

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 25 juin 2020 à Poitiers
par Aurélie ADES épouse VILLENEUVE
née le 16 février 1993

**UNE DESCRIPTION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE
PAR L'ANALYSE D'UN RECUEIL DE DONNÉES EN CONTINU.**

Revue de la littérature sur l'Observatoire de Médecine Générale.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Monsieur le Professeur François BIRAULT
Madame la Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Directeur de thèse : Madame la Docteur Julie CHOUILLY

Co-directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire

- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur François BIRAULT et Madame la Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET,

Merci de votre présence dans ce jury et pour l'intérêt porté à ce travail.

A Julie CHOUILLY,

Merci pour ton travail, pour ton soutien et ton implication dans cette thèse. Un merci tout particulier pour m'avoir fait découvrir ce qu'est la médecine générale et m'avoir transmis ta passion.

A Olivier KANDEL,

Merci pour tout le travail, l'accompagnement et ton dévouement à cette thèse. Merci pour tous les enseignements reçus durant mon internat, pour ton enthousiasme et surtout pour la confiance que tu m'accordes.

A Philippe BOISNAULT, Frédéric CHEVALLIER, Pascal CLERC, Julien LEBRETON, François RAINERI et Philippe SZIDON de la SFMG,

Je vous remercie pour votre enthousiasme et votre contribution à cette thèse. Poursuivre ce travail avec vous sera un vrai bonheur.

A Gilles GABILLARD et Jean-François MAUGARD,

Merci pour vos enseignements et votre confiance.

A Guy AUREGAN,

Merci pour ta bienveillance, ton enseignement et ta confiance.

A tous les médecins que j'ai eus la chance de croiser pendant mes études, pour ceux qui m'ont formée ou tout simplement marquée par leur humanité.

A Maud PINARD,

Merci pour tous les moments passés ensemble, ta présence et ton aide précieuse de relecture de cette thèse.

A Camille CHABOUTY, Elise SAUQUET et Anaïs VANEL

Merci pour votre soutien, votre présence et pour avoir partagé ces années d'études au lycée ou sur les bancs de la faculté. Merci pour cette amitié qui perdure.

A mes amies de faculté, Coline ANDRE-FORTIN, Axelle BRENOT, Marion HARCHEN et Juliette SABOURAULT,

Merci d'être là tout simplement.

A mes parents, mon frère, ma belle-sœur et ma nièce,

Merci pour votre présence, votre soutien et votre amour.

A ma belle-famille,

Merci pour votre soutien de chaque instant.

A Alexis,

Sans qui tout cela n'aurait été possible. Merci pour ton amour si précieux, ta bienveillance et tes encouragements. Merci d'être là tout simplement.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	16
MATERIEL ET METHODE	26
1. La Société Française de Médecine Générale	26
2. La naissance d'un réseau	27
3. Le fonctionnement du réseau	28
3.1 Les ressources humaines	28
3.2 Les partenaires	30
3.3 Le financement	31
4. Le circuit des données	31
4.1 Un langage commun et standardisé	31
4.2 Les logiciels médicaux	32
4.3 L'extraction des données	33
4.4 L'entrepôt des données	33
4.5 La validation externe des données	36
5. La production et l'utilisation des données	37
5.1 Un site internet dédié	37
5.2 Les études réalisées	39
5.3 Les thèses et les articles	39
6. Rappel de la question de recherche	40
7. Rappel des objectifs	40
8. Déroulé de l'étude	40
RESULTATS	43
Fiche 1 : La durée de consultation	46
Fiche 2 : Jamais un sans au moins 2	48
Fiche 3 : Pas une consultation qui se ressemble	49
Fiche 4 : 25 affections font 50% de la pratique	51
Fiche 5 : Un diagnostic dans 10% des cas	53
Fiche 6 : Reconsultation et révision de diagnostic	55
Fiche 7 : L'activité de l'interne en SASPAS	57
Fiche 8 : L'hypertension artérielle au top du top	59
Fiche 9 : Rite de la prise de tension	62
Fiche 10 : Histoire de sucre	63

Fiche 11 : La douleur dans 75% des cas.....	66
Fiche 12 : La dermatologie, c'est facile	68
Fiche 13 : L'angine bactérienne, une pathologie rare.....	71
Fiche 14 : L'asthme à tous les âges	73
Fiche 15 : Lombalgie	75
Fiche 16 : « Docteur, vous faites les enfants ? »	78
Fiche 17 : Les adolescents, ces absents.....	80
Fiche 18 : « Docteur, vous faites la gynéco ? »	83
Fiche 19 : La ménopause, une histoire passée	86
Fiche 20 : Augmentation des maladies du travail	88
Fiche 21 : Un médiateur des problèmes liés au travail	90
Fiche 22 : Une société angoissée.....	92
Fiche 23 : Le moral pas au top, la formation non plus !.....	95
Fiche 24 : La prise en charge des addictions	98
Fiche 25 : Et la prévention	100
Fiche 26 : Trop de paperasse.....	102
Fiche 27 : Aigu et chronique ?	104
Fiche 28 : Le croisement de la trentaine.....	106
Fiche 29 : Les maladies s'additionnent, la multimorbidité.....	108
Fiche 30 : A propos des maladies en ALD.....	110
Fiche 31 : Des associations uniques	112
Fiche 32 : Des consultations sans médicaments	114
Fiche 33 : Des médicaments qui rendent malade.....	116
Fiche 34 : Optimisons nos ordonnances.....	118
Fiche 35 : A propos d'arrêt de travail.....	120
Fiche 36 : Les fameux psychotropes	122
Fiche 37 : Prescrire un psychotrope ne prend pas 10 minutes.....	124
Fiche 38 : Des mots qui font mouche	126
Fiche 39 : Les prescriptions complémentaires.....	128
Fiche 40 : Recours aux spécialistes	130
Fiche 41 : Retour d'informations.....	131
DISCUSSION	134
1. L'originalité du travail	134
2. Les points forts de l'OMG	135

2.1 Des chiffres et encore des chiffres	135
2.2 Un système de recueil unique	135
2.3 Structuration des dossiers médicaux.....	136
2.4 Un retour d'information en libre accès	137
3. Limites et biais de l'OMG	138
3.1 Un biais de sélection	138
3.2 Les limites de l'étude	138
3.3 Le langage utilisé	138
4. Et les autres réseaux ?	139
4.1 D'autres réseaux français.....	139
4.2 Et à l'étranger	141
5. A propos de notre travail.....	142
PERSPECTIVES	144
1. Vers un codage des actes	144
2. Un dossier médical structuré	145
3. Un nouveau réseau de recueil en ambulatoire	145
4. Un objectif collectif pour un usage en coopération	146
5. L'évènement COVID-19.....	146
6. Des objectifs opérationnels.....	147
CONCLUSION	150
BIBLIOGRAPHIE	153
RESUME	160
SERMENT D'HIPPOCRATE	161

LISTE DES ABREVIATIONS

AC/FA : Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire
ALD : Affection Longue Durée
AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
ASCO : American Society of Clinical Oncology
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CERMES : Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale
CES : Collège d'Enseignement Secondaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIM : Classification Internationale des Maladies
CISP : Classification Internationale des Soins Primaires
CMP : Centres Médico Psychologiques
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
COPIL : comité de pilotage
CREDES : Centre de Recherche en Economie de la Santé
CREGAS : Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquée à la Santé
CRPV : Centres Régionaux de Pharmacovigilance
DES : Diplôme d'Etudes Supérieures
DGS : Direction Générale de la Santé
DiC : Diagnostic Critique
DIM : Département de l'Information Médicale
DRC : Dictionnaire des Résultats de consultation®
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRMG : Documents de Recherche en Médecine Générale
ECG : Electro-Cardiogramme
ECOGEN : Eléments de la COsultation en médecine GENérale
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FCV : Frottis Cervico-Vaginaux
FDR CV : Facteur de Risque Cardio-Vasculaire

FMC : Formation Médicale Continue
GROG : Groupe Régional d'Observation de la Grippe
HTA : Hypertension Artérielle
InVS : Institut de veille sanitaire
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MI : Membres Inférieurs
MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin
O2 : Oxygène
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMG : Observatoire de la Médecine Générale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPERA : Améliorer sa Pratique par l'Évaluation de la Réalité Observée
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PMI : Protection Maternelle Infantile
PPR : Pseudo-Polyarthrite Rhizomélique
PR : Polyarthrite Rhumatoïde
PubMed : Public Access to Medline
RC : Résultat de Consultation
RECIF : Réseau d'Épidémiologie Clinique International Francophone
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
SFMG : Société Française de Médecine Générale
SNDS : Système National des Données de Santé
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SP : Spondylarthrite Ankylosante
TDR : Test de Diagnostic Rapide
TSA : Troncs Supra-Aortiques
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS : Union Régionales des Professionnels de Santé
USA : United States of America
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010	17
Figure 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025	17
Figure 3 : Le circuit des données de l'OMG.....	36
Figure 4 : Copie du site de l'OMG avec les sélecteurs	37
Figure 5 : Comparaison des données d'un investigateur / au groupe.....	38
Figure 6 : Répartition des actes en fonction de leur durée	46
Figure 7 : Nombre de RC par acte en fonction de l'âge.....	48
Figure 8 : Répartition en % de la typologie de consultation	49
Figure 9 : Proportion des RC dans la pratique d'un généraliste	51
Figure 10 : Répartition des 4 positions diagnostiques	53
Figure 11 : Types de consultation d'un SASPAS et des médecins d'un même cabinet.....	57
Figure 12 : Répartition des patients par tranche d'âge sur une année	60
Figure 13 : Évolution annuelle de la prévalence de l'HTA	60
Figure 14 : Évolution annuelle de la prévalence du diabète de type II.....	63
Figure 15 : Le traitement du diabète de type II en médecine générale.....	64
Figure 16 : Répartition des consultations par recours à une autre spécialité.....	64
Figure 17 : Proportion des actes avec de la douleur par tranche d'âge.....	66
Figure 18 : Proportion des actes douloureux homme / femme	66
Figure 19 : Prévalence de l'asthme et rang par tranche d'âge en 2005	73
Figure 20 : Évolution annuelle de la prévalence de l'asthme.....	74
Figure 21 : Répartition des prescriptions en fonction du nombre d'antiasthmatisque.....	74
Figure 22 : Évolution de la prévalence annuelle du RC LOMBALGIE.....	76
Figure 23 : Répartition des différents types de RC selon la classe d'âge	78
Figure 24 : Nombre d'actes par patient et par tranche d'âge.....	80
Figure 25 : Tabagisme par tranche d'âge et de genre	81
Figure 26 : Répartition des RC gynécologiques selon l'âge de la patiente et le genre du médecin.....	83

Figure 27 : Part des FCV réalisés par les médecins généralistes en Europe	85
Figure 28 : Evolution annuelle du RC MENOPAUSE	86
Figure 29 : Evolution annuelle de 2 ténosynovites	88
Figure 30 : Evolution de la prévalence du canal carpien	89
Figure 31 : Evolution annuelle de la prévalence du RC PROBLEME PROFESSIONNEL	90
Figure 32 : Evolution annuelle du RC REACTION A SITUATION EPROUVANTE	93
Figure 33 : Comparaison H/F par tranche d'âge du RC ANXIETE-ANGOISSE	93
Figure 34 : Comparaison homme / femme pour Dépression et Problème avec l'alcool.....	96
Figure 35 : Patients pris en charge pour des troubles psychotiques de 1999 à 2009.....	96
Figure 36 : Evolution sur 10 ans de la prise en charge de 3 addictions.....	98
Figure 37 : Prévalence mensuelle de la prévention.....	100
Figure 38 : Répartition des actes par tranches d'âge pour EXAMEN SYSTEMATIQUE ET PREVENTION	101
Figure 39 : Evolution annuelle des PROCEDURE ADMINISTRATIVE.....	102
Figure 40 : Pourcentage des patients vus en fonction du type de RC	104
Figure 41 : Evolution des troubles aigus et chroniques en fonction de l'âge	106
Figure 42 : Répartition des RC entre aigu, chronique et intermédiaire	107
Figure 43 : Age moyen en fonction du nombre de RC par patient.....	108
Figure 44 : Répartition des patients en ALD 30 en fonction de la durée de consultation	110
Figure 45 : Répartition des associations de pathologies les plus fréquentes.....	112
Figure 46 : Nombre de lignes de médicament par ordonnance	114
Figure 47 : Pourcentage de biologie, imagerie et paramédical en fonction de l'âge.....	115
Figure 48 : Type de modification souhaitable sur les ordonnances	118
Figure 49 : Part des actes avec arrêt de travail selon les classes d'âges.....	120
Figure 50 : Pourcentage de séances avec prescription de neuroleptiques par tranche d'âge et par genre.....	122
Figure 51 : Pourcentage de prescriptions d'antidépresseur par tranche d'âge et par genre	123

Figure 52 : Emergence de problèmes psychologiques en fonction de la durée de consultation	124
Figure 53 : Prescription de psychotropes en fonction de la durée de consultation .	125
Figure 54 : Evolution de la prescription d'antibiotiques pour les RC ANGINE, BRONCHITE, RHINOPHARYNGITE, ETAT FEBRILE.....	126
Figure 55 : Pourcentage de biologie et imagerie en fonction de l'âge	128
Figure 56 : Répartition des dosages biologiques pour les maladies chroniques	129
Figure 57 : Pourcentage de recours aux avis en fonction de l'âge	130
Figure 58 : Comparaison des chiffres d'un médecin/au groupe pour TABAGISME ...	131

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Comité de pilotage de l'OMG.....	30
Tableau 2 : Informations recueillies chez les investigateurs.....	34
Tableau 3 : Répartition par genre de la patientèle dans les bases de données	36
Tableau 4 : Quelques articles référencés dans PubMed	39
Tableau 5 : Liste des 11 classes de consultation en médecine générale	49
Tableau 6 : Les 25 premiers RC pour 2 tranches d'âge	52
Tableau 7 : Liste des RC aux plus forts taux de révision et reconsultation.....	55
Tableau 8 : Les 50 RC les plus fréquents pour les hommes de 50 à 59 ans, sur un an.....	59
Tableau 9 : Les 8 profils d'HTA.....	61
Tableau 10 : Liste des 20 RC dermatologiques les plus fréquents.....	68
Tableau 11 : Liste des 37 RC rencontrés au moins une fois par an	69
Tableau 12 : ANGINE : Nombre de patients et d'actes / an / médecin	71
Tableau 13 : Classement des 15 RC les plus fréquents sur une année	75
Tableau 14 : Liste des DiC pour le RC LOMBALGIE	77
Tableau 15 : Nombre d'actes et médiane par an	79
Tableau 16 : Le TOP 20 des RC par genre	81
Tableau 17 : Les problèmes gynécologiques les plus fréquemment pris en charge en médecine générale	84
Tableau 18 : Place des 4 premiers RC psy dans le TOP 50 tout âge.....	92
Tableau 19 : Liste des RC psychologiques les plus fréquents.....	95
Tableau 20 : Prévalence de la prévention en acte.....	100
Tableau 21 : Liste des 10 ALD les plus fréquentes	111
Tableau 22 : Les prescripteurs de traitements en cause	116
Tableau 23 : Les 10 premiers effets indésirables	116
Tableau 24 : Prescription d'arrêt de travail dans la rhinopharyngite	121

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Jusqu'au milieu du XXème siècle, la médecine générale était le principal mode d'exercice de la pratique clinique. Elle a ensuite progressivement subi un déclin au profit des spécialités d'organes et de l'hôpital. En effet, après la seconde guerre mondiale, les Ordonnances créant la Sécurité sociale solvabilisant les patients, puis en 1958¹ la création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) renforçant la filière de formation initiale des médecins, ont pour conséquence indirecte une marginalisation de la médecine générale. Les spécialités s'organisaient alors autour d'organes (cardiologie, rhumatologie...) ou de techniques (radiologie, chirurgie...) et la médecine généraliste devenait de ce fait difficilement visible, sans contours précis. L'exercice se définissait au mieux en creux au regard de l'ensemble des autres disciplines.

De l'omnipraticien au désamour

La médecine de premier recours, omnipraticienne puis de famille, est devenue générale, sans qu'un territoire propre lui soit clairement attribué. Il a fallu, en France, attendre 1972 pour voir la première expérience d'enseignement de la médecine générale, à la faculté de Bobigny. Il faudra attendre 10 ans de plus et la Loi du 23 décembre 1982² pour que cet enseignement soit officialisé, et presque 10 ans de plus pour une reconnaissance de la qualification en médecine générale en 1989. La filière universitaire de médecine générale est créée en 1991. Enfin, en 2002, 30 ans après les premières expériences d'enseignement, la médecine générale redevenait une spécialité à part entière³.

Cette marginalisation d'un demi-siècle n'a pas touché de la même manière tous les pays industrialisés. Ainsi, cette situation n'a pas aidé la France dans la représentation internationale de notre discipline⁴. Malgré les incantations des administrations sanitaires françaises établies depuis des années, "le pivot du système de santé", "le virage ambulatoire" et l'apparition du concept de "médecin traitant", l'image de cette

¹ Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Dite ordonnance Robert Debré

² Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques

³ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

⁴ <http://www.woncaeurope.org>

discipline reste sous-estimée, en particulier par les étudiants, et totalement méconnue des responsables de la santé, comme des confrères hospitaliers. D'années en années, le scénario se reproduit : de nombreux postes ouverts à l'internat de médecine générale restent vacants ; de jeunes généralistes se détournent de l'exercice en cabinet préférant le salariat, en PMI, à l'hôpital ou en maison de retraite (1). En 2016, près de 40% des jeunes diplômés en médecine générale ne s'installaient pas (2). Parmi les facteurs couramment avancés pour expliquer cette désaffection de la médecine générale, nous retrouvons en bonne place la méconnaissance du métier. S'en suit alors une baisse régulière des installations. En 2018, les médecins généralistes étaient environ 88 000 en activité régulière (Figure n°1) avec une diminution de quasiment 10% en dix ans dans toutes les régions.

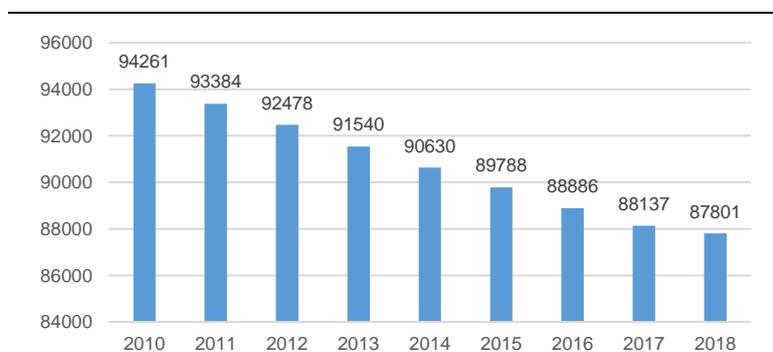


Figure n°1 : Evolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010

Pire, l'hexagone pourrait perdre un généraliste sur quatre entre 2007 et 2025 (Figure n°2) (3).

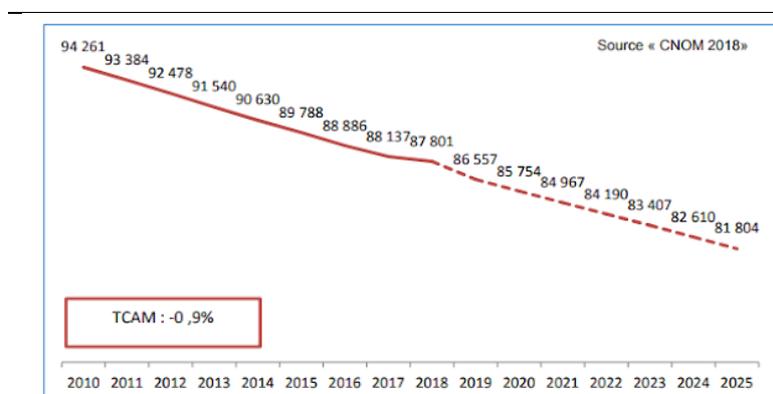


Figure n°2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025

Et pourtant s'ils savaient !

Bientôt le médecin travaillera au-delà de 65 ans. Alors que l'âge de la retraite est progressivement repoussé, la question de la lassitude au travail devient de plus en plus un argument de choix professionnel. Pour augmenter la productivité, la spécialisation du travail est sans cesse croissante depuis la deuxième partie du XXe siècle. Mais elle trouve depuis quelques années ses limites, notamment par l'usure dans le temps et la monotonie des tâches. La médecine, qui ne cesse de s'hyperspécialiser, n'échappe pas à ce phénomène. Sont apparus le rythmologue, l'hypertensiologue, l'épileptologue... Même les internistes ont vu naître le diabétologue. Après le sexologue, viendrait d'apparaître l'acouphénologue. On imagine la lassitude probable de nos confrères qui s'occupent d'une seule maladie pendant plus de 30 ans.

Le médecin généraliste, lui, rencontre plus de 250 problèmes de santé différents en une année. Il est un des rares médecins prenant régulièrement en charge plus d'un problème par consultation. Sa discipline est sans aucun doute la plus diversifiée :

- Lorsque le patient passe la porte de son bureau, minute de suspense, le médecin ne sait pas, la plupart du temps, le trouble que celui-ci vient lui offrir.
- L'absence de plateau technique accessible pendant la consultation impose au praticien l'usage d'un sens clinique élaboré, couplé à une démarche intellectuelle.
- Le médecin traitant est amené à cheminer aux côtés du patient, dans une histoire intime partagée, tenant compte de l'altérité. Il connaît le grognon, le toujours souriant, le bavard, le taiseux... cet autre qu'il rencontre sans toujours percevoir sa proximité.
- La médecine générale est un merveilleux poste d'observation de la nature humaine et des fonctionnements sociaux. Le généraliste doit s'adapter. Il suit l'enfant, l'adulte et la personne âgée, de culture et d'expression différentes. Il tient compte des représentations individuelles et collectives de la maladie et de la santé.

D'aucun soulignerait un peu rapidement que le généraliste certes, voit beaucoup de pathologies et n'est pas enfermé dans un regard monomaniaque d'un organe ou d'une maladie, mais qu'il est limité à la *bobologie*, aux maladies non graves. Il n'en est rien, puisque, placé à l'entrée du système de soin, il faudra au praticien différencier le banal du potentiellement grave. Sachons que la démarche du médecin est bien plus complexe devant une épigastralgie, aux étiologies incertaines, que devant un ulcère gastrique ou même un cancer de l'estomac, au protocole très précis.

La complexité, qui est aussi la valeur ajoutée de la médecine générale, est de prendre en charge des malades plus que des maladies, au carrefour des sciences et de l'humanisme.

Les étudiants ne savent pas assez la diversité de son travail : varié, inattendu et passionnant. Les maîtres de stage devraient en prendre conscience et veiller à bien le présenter aux externes et internes qui passent dans les cabinets (4).

Une démarche clinique légitimement différente

Le généraliste ne rencontrera pas, après des décennies d'exercice, la totalité des maladies répertoriées dans la Classification Internationale des Maladies (CIM). S'il observe énormément d'états fébriles et de céphalées, il verra rarement de méningite bactérienne ou de rupture d'anévrisme cérébral. Il n'en sera pas de même dans un service de maladies infectieuses ou dans un service de neurochirurgie. La prévalence des maladies n'est pas la même dans ces deux populations, justifiant ainsi des démarches diagnostiques différentes.

Par ailleurs, le corps humain ne dispose que de symptômes en nombre limité pour exprimer sa souffrance. La douleur ou la fièvre peuvent être le signe d'une maladie tout à fait bénigne mais aussi le mode de révélation d'une maladie gravissime. En population générale, un trouble quelconque peut sans doute correspondre au tout début d'une maladie, mais il peut aussi disparaître spontanément sans jamais faire sa preuve étiologique. Tous les cliniciens savent aussi qu'une maladie se présente rarement d'emblée avec tous les éléments sémiologiques nécessaires pour la reconnaître, éléments qui n'apparaîtront qu'au fil du temps.

Ainsi existe-t-il bien deux démarches diagnostiques, une pour le praticien du soin primaire et une pour les médecins du second et troisième recours. Celles-ci sont quasiment inversées dans leurs constructions intellectuelles, mais complémentaires. La démarche diagnostique de l'hospitalier, grâce à la mobilisation de compétences techniques, va consister à identifier la cause du trouble présenté par le patient. Celle du généraliste, qui est en amont, s'organise prioritairement en fonction des fréquences de maladies et des risques à éviter. Aussi, l'hospitalier travaille légitimement sur un mode de recherche systématique d'étiologie, quand le généraliste fonctionne, tout aussi légitimement, sur un mode probabiliste. La connaissance de cette notion par les futurs médecins et par l'ensemble du corps médical pourrait certainement permettre une meilleure compréhension entre la médecine généraliste et la médecine de

spécialité d'organe, chacune reconnaissant la fonction de l'autre, et prenant conscience que les incompréhensions entre ces deux mondes sont issues de démarches médicales adaptées, nécessairement différentes et complémentaires (5). Il est surprenant d'observer la différence qu'il existe entre la perception extérieure de la médecine générale et celle que l'on peut avoir de l'intérieur. Reconnaissons que certains généralistes, qui ont intégré le complexe d'infériorité souvent insufflé par leurs maîtres à l'hôpital, véhiculent un manque d'intérêt pour leur discipline. Afin de mieux faire connaître l'intérêt de la médecine générale, il nous paraissait alors utile de voir si l'on pourrait décrire, avec des faits observés documentés, l'activité d'un généraliste.

Définition du médecin généraliste

Qu'est-ce que la médecine générale ? En reprenant Pestiaux et Vanwelde (6), du Centre Universitaire de Médecine générale de l'Université Catholique de Louvain, dans "définir" il y a "défi" (7). Et c'est un peu ce qui nous attend en voulant définir cette discipline.

La première définition de la médecine générale est écrite en 1974 par le groupe de travail européen de Leeuwenhorst (8). Elle est centrée sur la description des activités professionnelles. S'appuyant sur ces travaux, l'Organisation mondiale des collèges, académies et associations de médecins généralistes (WONCA), précisait en 1991 le rôle du médecin généraliste au sein du système de soin. En 2002, la WONCA Europe décrivait la médecine générale comme "une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques". Cette nouvelle définition se différenciait des précédentes par la volonté de se centrer sur les principes de la discipline : une définition de la médecine générale et non du médecin généraliste et de ses tâches (9).

Margaret Maruani, sociologue française, a tenté en 1991, de définir le médecin généraliste (10) : "Le médecin généraliste est quelqu'un à qui on peut parler de son corps et de sa vie et dont on attend qu'il fournisse des réponses chaque fois qu'on s'écarte de son état antérieur. Le personnage propre du médecin généraliste se dissout dans un de ses avatars spécialisés chaque fois qu'il effectue un acte morcelant le patient en objet d'étude et d'intervention pratiques ; il se reconstitue dans la diachronie à travers un discours ouvert, décloisonné, prosaïque". Cette définition traduit bien les ambiguïtés et les tensions dans lesquelles s'inscrit l'exercice de la

médecine générale. Le discours des généralistes véhicule d'ailleurs une conception d'eux-mêmes paradoxale, mêlant satisfaction et dévalorisation. C'est que leur pratique est traversée par plusieurs oppositions radicales, parmi lesquelles la tension entre soins éclatés et prise en charge globale ou encore entre approche technique et approche relationnelle.

Il apparaît donc que le médecin généraliste et la médecine générale n'ont pas de définition illustrant la pratique réelle, alors même qu'il s'agit du premier acteur des soins primaires.

Le concept de soins primaires

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires à Alma-Ata en 1978 (11) comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays." Les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé d'un pays et ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté.

Le médecin de soins primaires est donc celui qui peut donner une réponse pour 90% des patients, dans 90% des situations; ce que la WONCA définit par l'apport d'une réponse à une grande majorité de besoins individuels.

Les missions du médecin généraliste ont été redéfinies dans la loi du Code de santé publique de 2009 (8). Elles sont : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique. Les médecins généralistes devront aussi "*orienter les patients dans le système de soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participer à la permanence des soins*". Cette loi précise donc le rôle du médecin généraliste dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé. Alors que l'on parle de médecin « pivot du système de santé » et que des définitions théoriques du médecin généraliste ont été publiées, il semblerait qu'il y ait un flou entre la réalité et les connaissances véhiculées par les étudiants, la population et les

médecins eux-mêmes. Personne ne semble pouvoir décrire précisément ce qu'il se passe dans un cabinet de médecine générale et les préjugés continuent à être diffusés, préjugés dans lesquels bon nombre de médecins généralistes ne se reconnaissent pas.

La nécessité d'informations sur le secteur ambulatoire

La nécessité de pouvoir décrire et étudier les maladies et les soins dans le secteur ambulatoire a amené différents acteurs à mettre en place des réseaux de recueils.

Dès la fin des années 80, l'Inserm, l'Université Sorbonne et plus récemment Santé Publique France, ont constitué une base de données en médecine extra hospitalière à des fins de veille sanitaire et de recherche : **Le Réseau Sentinelle**⁵. Il s'est principalement centré sur l'observation de grands phénomènes épidémiques. Très utile notamment dans le cadre épidémiologique, il ne permet cependant pas de dresser un tableau de l'activité du médecin généraliste.

A la même époque, le Groupe Régional d'Observation de la Grippe (**GROG**)⁶ était créé pour observer et suivre les épidémies de grippe. En France, sous la forme d'une association Loi 1901, ce réseau avait le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Il a cessé son activité en 2014 à la suite de l'arrêt du financement.

De son côté, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), a créé en 2002 un Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (**SNIIRAM**) (12). Cette base est alimentée par les données concernant les caractéristiques des patients, la consommation de soins en ville ou en établissement. Elle permet entre autre, une meilleure compréhension des parcours de soins et de la consommation de ceux-ci, pour un objectif d'optimisation de la qualité et de la rationalisation des politiques sanitaires (13).

Les acteurs du privé ont aussi tenté l'expérience (14). On pense en premier à la société CEGEDIM et son observatoire **THALES** qui recueille les informations concernant les prescriptions pharmaceutiques. Il existe aussi les enquêtes EPPM d'**IMS Health** ou **IMS Disease Analyzer**. Ces données sont très centrées sur le marché du médicament.

⁵ www.sentiweb.fr

⁶ <http://www.grog.org/>

Il y eut aussi des tentatives de cohortes (15). Dès 1989, Electricité de France, Gaz de France et l'Inserm lançaient la cohorte **GAZEL**. L'objectif de la cohorte **Constances**, créée tout récemment, est quant à lui de mieux connaître les déterminants de santé et les consommations de soin. Elle est gérée par l'unité Inserm UMS 11. Elle se constitue d'un échantillon représentatif d'adultes âgés de 18 à 69 ans, consultants des Centres d'examens de santé de la Sécurité sociale.

La Société Française de Médecine Générale (SFMG), elle, a décidé en 1993 de créer son propre recueil de données. Cette expérience baptisée **Observatoire de la Médecine Générale** (OMG) avait comme objectif de décrire cette discipline mal connue et de favoriser l'essor de travaux de recherche en médecine générale. Le recueil des données, permanent et exhaustif, a été possible grâce à l'informatisation des cabinets médicaux (16). L'OMG a fermé ses portes en 2014 par manque de soutien financier. Son entrepôt de données est cependant toujours exploité pour des études ou des publications.

La question de recherche

Nous sommes partis du constat sans cesse renouvelé que la médecine générale est une discipline mal connue par les confrères des autres spécialités, tout comme par les administrations sanitaires de notre pays. Elle reste peu attractive pour les jeunes confrères par son intérêt et sa diversité souvent trop mal valorisés par les enseignants, y compris de médecine générale. De ce fait, il nous a alors semblé utile de voir si, à partir de cet Observatoire OMG, nous ne pourrions pas dresser un tableau de l'activité d'un médecin généraliste en France.

En effet, au-delà de la riche production d'informations permise par cet observatoire, il n'a jamais été réalisé une description globale de l'activité des généralistes. C'était pourtant un des objectifs initiaux qui motivait l'aventure.

La question était donc la suivante : **Est-il possible à partir des données produites par l'OMG pendant 15 ans, de proposer un tableau de l'activité des généralistes français ?**

Les objectifs du travail

Le premier objectif était donc de donner une idée plus précise de l'activité des généralistes en France. Le deuxième était de préparer la publication d'un manuel, un ouvrage qui contribuerait à cette connaissance de notre discipline. Enfin, depuis la

fermeture de l'OMG, il est régulièrement évoqué en France, l'idée de relancer un tel projet. Le troisième objectif était donc de contribuer à un éventuel projet, en partageant l'expérience des 20 ans de l'OMG.

MATERIEL & METHODE

MATERIEL & METHODE

Pour mener à bien notre travail, nous avons réalisé une revue de la littérature afin d'identifier toutes les publications scientifiques, y compris la littérature grise, issues des données de l'Observatoire OMG.

Cette enquête bibliographique nous a permis de décrire le dispositif de cet observatoire, que nous présentons dans ce chapitre : Matériel et méthode. Les informations descriptives proposées dans le chapitre Résultats, le sont sous la forme de fiches dites : "Le saviez-vous". L'idée était de présenter ce tableau, cette photographie de la médecine générale, de la manière la plus didactique possible, tout en restant facile à lire. Enfin une partie sera réservée à la présentation des enseignements à tirer de cette expérience.

1. La Société Française de Médecine Générale

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) est une société savante, association Loi 1901, créée le 6 février 1973 par sept médecins généralistes⁷. Elle compte actuellement 700 membres associés dont 70 membres titulaires répartis sur toute la France. Depuis 1993, le Conseil National de l'Ordre des Médecins reconnaît à la SFMG le statut de société savante. Une société savante est un groupe organisé, dans un champ disciplinaire donné, dont les participants ont pour objectif de rendre compte de leurs travaux, d'améliorer la connaissance dans leur domaine, d'assurer la formation et la recherche, de diffuser les résultats de leurs activités, de soutenir et promouvoir leur discipline (17). L'article II des statuts de la SFMG⁸ confirme cet objectif : *"Cette association a pour but de promouvoir la médecine générale. À cet effet, l'association favorisera la recherche et l'action dans les domaines scientifique, sociologique et économique, propres à assurer la promotion et la qualification des médecins de famille et des soins primaires. Considérant que la médecine moderne nécessite un nombre élevé de médecins généralistes de haut niveau, l'association s'engage à apporter tout son concours à la formation universitaire et post-universitaire, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'amélioration du système de soins"*.

⁷ Lionel Bécour, Jean de Coulboeuf, Serge Ghozi, Jean Goedert, Philippe Jacot, Jacques Pezé et Oscar Rosowsky.

⁸ Statuts de la Société Française de Médecine Générale : <http://www.sfm.org/presentation/statuts/>

La SFMG publie, dès 1981, des Documents de Recherche en Médecine Générale (DRMG) dont l'objectif est de donner un regard et une analyse de la pratique de cette discipline. Un des points de vue défendu par la SFMG est que "*la formation médicale du généraliste repose avant tout sur l'observation méthodique de sa propre activité, jointe à une information critique*" (18). À cet effet la SFMG s'est lancée en 1988, dans un projet de nomenclature médicale adaptée à la médecine de premier recours.

2. La naissance d'un réseau

En France, avant les années 90, les données épidémiologiques en médecine extrahospitalière étaient rares et éparses. Elles étaient même quasi inexistantes pour la médecine générale. Il s'agissait en général d'études à postériori, centrées sur les motifs de recours, plus que sur les réels troubles de santé diagnostiqués (19). Cette situation pouvait s'expliquer par le caractère ambulatoire et individuel de l'activité du médecin généraliste qui rendait difficile la production de travaux (20).

Robert N Braun (1917-2007), médecin généraliste autrichien s'est intéressé à ce sujet. Il publie en 1970 « *Pratique critique et enseignement de la médecine générale* », résultant de l'observation et de l'analyse de sa pratique durant 25 ans. La SFMG s'intéresse à ces travaux et traduit cet ouvrage en français au début des années 80 (21).

Les généralistes français découvraient alors, à travers les mots de Braun, un concept fondamental : la Loi de répartition régulière des cas. Chaque spécialité médicale n'utilise dans son champ, qu'une infime partie des 30 000 dénominations de la CIM-10. Il fallait donc créer un lexique au champ beaucoup plus restreint, qui correspondrait à la pratique réelle et non au listing exhaustif de toutes les maladies répertoriées. C'était le cœur de la réflexion de Braun qui a rédigé la *Casographie* (22), premier dictionnaire regroupant les 300 cas rencontrés au moins une fois par an par un médecin généraliste. En 1983, un groupe de travail se constituait pour poursuivre et développer cette réflexion (23). À la fin des années 80, la SFMG se lance dans la rédaction de 270 définitions des Résultats de consultation (RC) qui débouche sur la publication de la première version du Dictionnaire des Résultats de consultation® (DRC) (24).

En 1992, une convention signée avec la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) a permis un travail de validation de ces définitions⁹. L'objectif de cette convention était triple : proposer une classification descriptive des états pris en charge en soins primaires, ordonner la tenue des dossiers médicaux en médecine générale et tester l'acceptabilité de l'utilisation d'un tel outil par les médecins (25).

Pour ce faire, la SFMG a alors créé un réseau d'une centaine de médecins, volontaires et bénévoles, répartis sur le territoire. Ces médecins investigateurs ont relevé l'ensemble de leurs consultations pendant près de 3 ans entre 1993 et 1995. Le recueil des données se faisait en temps réel pendant leur consultation, à l'aide d'un logiciel informatique sous DATA. L'objectif était de vérifier, sur une grande échelle, dans les conditions d'utilisation quotidienne, la pertinence et la cohérence des définitions du dictionnaire. A l'issue de ce test de faisabilité et des analyses de validation, forte de cette expérience, la SFMG a pris la décision de pérenniser la dynamique acquise pendant l'étude et de proposer aux médecins investigateurs de poursuivre l'aventure en créant un Observatoire de la Médecine Générale (OMG).

3. Le fonctionnement du réseau

Un tel projet d'observatoire nécessite une organisation rigoureuse et précise allant de l'animation d'un réseau de médecins investigateurs à la gestion d'une base informatique, en passant par l'acheminement et l'intégration de données standardisées.

3.1. Les ressources humaines

La SFMG a donc constitué **un réseau de médecins généralistes investigateurs** bénévoles. Tout au long du projet, celui-ci a regroupé entre 70 et 125 investigateurs. Chaque médecin disposait d'un équipement informatique, d'un accès internet et d'un logiciel médical labellisé OMG (26). Ils utilisaient le Dictionnaire des Résultats de consultation® (DRC) pour structurer leur dossier médical et standardiser les données. Ils devaient, bien entendu, s'engager à envoyer régulièrement leurs données à la SFMG. En pratique, à chaque consultation, chaque médecin investigateur relevait les données de sa consultation, sans modification de son mode de travail. Puis, ces données étaient transférées grâce à un logiciel extracteur,

⁹ Convention CNAMTS 1397/93.

initialement sur disquettes par courrier postal, puis de façon dématérialisée par internet. Chaque médecin avait en retour des informations, soit globales, reflet des données collectives, soit individuelles lui permettant de se comparer au groupe.

La nécessité de former puis d'assister techniquement les médecins imposait **une animation constante** de ce groupe de confrères. La SFMG a créé une équipe à cet effet comportant un médecin référent, que tous les investigateurs pouvaient contacter en cas de problème, et une secrétaire dédiée à cette tâche.

À l'image de l'organisation des établissements de santé, la SFMG a aussi dû créer un **Département de l'Information Médicale (DIM)** pour gérer sa base de données, valider et analyser les résultats (27). Ce DIM était constitué de cinq médecins généralistes, d'un médecin salarié à temps plein au profil informatique et biostatistique, et d'un analyste-programmeur. Ce groupe gérait l'architecture informatique de la base, contrôlait la cohérence des données et était l'interface naturelle avec le département qui gérait la partie publication des données.

Il a également été mis en place un **comité d'éthique** qui veillait au bon respect de la législation. Un groupe de médecins, juristes et patients s'est créé pour réfléchir à la problématique éthique posée par le recueil et la production de données de santé. Le recueil et la transmission de données informatisées exigent en effet le respect des règles fondamentales de protection des patients, des médecins, et du secret professionnel, règles fixées par les différentes instances (conseil de l'Ordre, CNIL, conseil de Recherche). Tout d'abord, les données concernant le patient et le médecin étaient totalement anonymisées (même si, pour des raisons de pharmacovigilance notamment, l'administrateur du réseau pouvait, le cas échéant, établir un lien entre les données et le médecin). Seule une clé primaire, numérique, permettait d'attribuer à un patient des actes, des résultats de consultation, des prescriptions de médicaments. Ensuite, la finalité de la collecte de données devait être connue du médecin investigateur et de ses patients. De plus, la volonté des patients était respectée en cas de refus : non transmission des données le concernant, retrait à tout moment de la base. Des affiches, des dépliants, ainsi que l'accord CNIL étaient donc à la disposition des médecins pour informer leurs patients. Enfin, le médecin réalisait l'exportation des données de façon volontaire, sans incursion d'un tiers dans son ordinateur. Le processus et le support des données étaient protégés afin de rendre impossible toute pénétration indésirable grâce au cryptage par une clé 128 bits. À toutes les étapes de

la création de l'OMG, la SFMG a veillé à respecter ces règles par le biais de son comité d'éthique.

La création d'un **conseil scientifique** a également été nécessaire afin de définir les informations médicales nécessaires, de veiller à la validité de celles-ci et de suivre la production des données sur le plan scientifique. Ce conseil scientifique était composé d'un directeur et de personnes externes à la SFMG, qualifiées dans le domaine de l'épidémiologie et de la publication scientifique.

L'ensemble du dispositif était coordonné par un **comité de pilotage** (COFIL) regroupant les responsables de chaque groupe de travail de l'OMG (Tableau n°1). Il se réunissait mensuellement. En fonction des nécessités de l'ordre du jour, des experts ou partenaires pouvaient être invités à une ou plusieurs réunions du COFIL. Lors d'études particulières, un COFIL dédié à celles-ci était constitué pour le suivi spécifique de chaque travail.

Tableau n°1 : Comité de pilotage de l'OMG
--

Le responsable du réseau des investigateurs
La secrétaire du réseau des investigateurs
Le directeur du DIM
Le directeur du Conseil scientifique
Le responsable du Comité d'éthique
Le trésorier de la SFMG
Le président de la SFMG

3.2 Les partenaires

Tout au long de la mise en place et de l'existence de cet observatoire, la SFMG a conclu différents partenariats. Il est possible de les classer en 3 catégories.

En premier, ceux apportant **une aide méthodologique et scientifique**, notamment le CERMES (Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale), remplacé actuellement par le CREDES (Centre de Recherche en Economie de la Santé). Le partenariat était centré sur l'aide méthodologique et l'aide à la définition des axes d'analyse des données médicales. Le Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquée à la Santé (Inserm-CNRS) aidait à développer une coopération scientifique. Les projets de recherche portaient sur l'amélioration des pratiques en termes de prise en charge des malades, de santé publique et d'efficacité économique. Citons également Open Rome (Réseau d'observation des maladies et des épidémies) qui a convenu en 2001 d'un partenariat ayant pour but des appuis scientifiques réciproques et la promotion de travaux communs. Avec l'Unité Pharmaco épidémiologie et

évaluation de l'impact des produits de Santé de l'Inserm, avait été conclue une collaboration sur l'axe d'analyse des prescriptions. Un autre accord avait été signé avec Epiter (association des épidémiologistes de terrain) pour la formation continue en épidémiologie.

Des partenariats ont aussi permis le développement d'**observatoires régionaux**. La SFMG a en effet signé un contrat de 3 ans avec 5 Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML), maintenant URPS, permettant la naissance d'observatoires régionaux construits sur le modèle de l'OMG. Il s'agissait des régions Bourgogne, Centre, Nord Pas de Calais, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte-D'azur. Enfin des partenariats étaient signés avec des éditeurs de logiciels de dossiers médicaux pour participer à l'amélioration du dossier médical. Les logiciels qui respectaient le cahier des charges nécessaire à une bonne structuration du recueil des données, et permettaient de les extraire, étaient labellisés par la SFMG.

3.3. Le financement

Un projet d'une telle ampleur nécessitait un budget annuel conséquent. À titre indicatif, il était de 600 000 € pour l'année 2007. Si l'OMG représentait une belle opportunité de connaissance pour les soins extra hospitaliers, il a toujours peiné à trouver des financements. Ce financement était assuré par trois sources majeures. La réponse à des appels d'offre de recherche, l'aide du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), et l'autofinancement par la SFMG avec notamment une part importante de bénévolat de ses sociétaires investis dans le projet.

4. Le circuit des données

L'Observatoire de la Médecine Générale recueillait, en une seule et même base, les données médicales d'une centaine de médecins exerçant dans toute la France. Il fallait dans un premier temps que ces médecins soient informatisés et dotés d'un logiciel permettant de relever les données de consultation. Ces données devaient être transférées et regroupées sous un même format avant d'être validées.

4.1. Un langage commun et standardisé

La Classification Internationale des Maladie (CIM) est actuellement la référence indiscutable en médecine. Celle-ci comporte 155 000 codes différents correspondant à 30 000 dénominations de maladie. Depuis les années 90, sous l'impulsion de la WONCA, la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)(28) permet de

couvrir l'ensemble de l'activité de soins primaires. Celle-ci comporte 3 axes et 17 chapitres correspondants aux appareils anatomiques. La documentation du dossier médical ne pouvant s'envisager qu'en temps réel, au cours de la consultation, elle doit donc être simple d'utilisation avec un nombre d'items, de titres, et une arborescence réduite. La CIM est, certes, la référence scientifique internationale mais elle est trop exhaustive pour la pratique quotidienne. La CISP a le mérite d'être une classification plus proche de notre réalité allant des motifs de consultation à la prise en charge, en passant par les diagnostics, mais nécessite un temps d'apprentissage et un changement de paradigme pour les médecins qui utilisent majoritairement le texte libre (29).

Les médecins investigateurs ont utilisé le Dictionnaire de Résultat de consultations® (DRC) qui leur permettait de retrouver facilement dans une liste, classée par ordre alphabétique, les 300 termes qu'ils utilisent le plus souvent représentant plus de 95% de leur activité. En d'autre terme, il s'agit d'un dictionnaire des situations cliniques rencontrées au moins une fois par an et par médecin. Chaque entrée du dictionnaire, appelée Résultat de consultation (RC), présente un titre et une définition avec des critères d'inclusion, d'exclusion et des compléments sémiologiques. A chaque définition clinique d'un RC correspond un ou des codes CIM et un ou des codes CISP, renforçant la notion de langage commun nécessaire à toutes études de ce type. La faiblesse du DRC tient à son manque de diffusion internationale, puisque issu de la France (il n'est utilisé que dans quelques pays européens).

L'utilisation du DRC tout au long de l'expérience de l'OMG a permis d'avoir un langage commun standardisé et de structurer les informations qui en découlaient (prescription, médicaments...).

4.2. Les logiciels médicaux

Un réseau de recueil épidémiologique ne pouvait s'envisager qu'avec un support informatique. Au début des années 90, peu de médecins étaient informatisés. Le début de l'expérience a été mené, avant l'avènement de Windows, grâce à un petit logiciel sous DOS. Très rapidement, la SFMG a constitué un groupe de confrères chargés de réaliser le cahier des charges d'un véritable logiciel professionnel structuré. L'outil de recueil des informations était essentiel pour la qualité des données. Ce groupe "Dossier médical informatisé" a mis en place un Label dit OMG à l'intention des éditeurs de logiciels qui respectaient ce cahier des charges (29). Le site Internet de la SFMG attestait de cette labellisation, dont l'éditeur pouvait se prévaloir. A la fin des

années 90, le dispositif initial migrait sur un logiciel Windows Easyprat[®] version 5, puis version 6. Progressivement, plusieurs éditeurs de logiciels s'intéressaient au sujet et intégraient le dictionnaire : Mégabaze[®] version 7 et 8, puis Médistory[®]. En 2014, six logiciels de plus étaient disponibles : Hypermed[®], Axilog[®], X-Med[®], Hellodoc[®], Shaman[®] et Axisanté[®].

4.3. L'extraction des données

L'acheminement des données recueillies par chaque investigateur a nécessité la construction de modules informatiques, puis de petits logiciels d'extraction. Mensuellement, l'investigateur envoyait ses données, initialement sur disquettes par courrier postal, puis par internet. Les données reçues étaient intégrées dans une table construite à partir du logiciel Paradox (30).

L'extraction comprenait : une segmentation, une classification, une association et un échantillonnage des données. Pour chacun des domaines, les données de prise en charge des patients pouvaient être centralisées dans un environnement unique ou être réparties dans plusieurs contextes (par exemple, les données de biologie pouvaient être stockées de manière différente selon qu'elles étaient intégrées automatiquement sous forme de flux ou saisies à la main ; les éléments d'anamnèse et d'examen clinique pouvaient bénéficier d'un environnement de stockage particulier, ou se trouver associés aux retours de biologie...).

Suivant le logiciel utilisé, l'extraction se faisait selon deux modalités distinctes. Pour certain (EasyPrat[®] et Mégabaze[®]), la SFMG avait développé un module externe qui copiait la base de données pour en extraire les informations. Pour d'autres (HyperMed[®] et X-Med[®]), l'extraction était intégrée dans le logiciel métier et ne requérait pas, par conséquent, l'installation d'un module complémentaire.

Une copie en clair des fichiers transmis était disponible sur le disque dur de l'investigateur qui pouvait, à tout moment, consulter ce qui avait effectivement été transmis à l'OMG. Dans les jours suivant son envoi, le médecin investigateur recevait un accusé de réception avec, entre autres, le nombre de consultations et le nombre de patients.

4.4. L'entrepôt des données

Les données extraites, après transfert, étaient stockées dans un environnement relationnel grâce à une base de données sous Access[®]. Cette base devenant

insuffisante, en février 2000, l'entrepôt a migré sous Oracle 8i® puis Oracle 9i® dans une base de données nommée "Diogène" (31).

Le médecin investigateur relevait les informations utiles au soin et au suivi de ses patients à l'aide du DRC® installé dans son logiciel médical. Il n'y a donc aucunement besoin de double saisie rendant le recueil en direct et en continu possible. Les données extraites comportaient des informations concernant la consultation (séance), le patient et le médecin (Tableau n°2).

Tableau n°2 : Informations recueillies chez les investigateurs	
Données patients	
Lors de chaque consultation	<ul style="list-style-type: none"> > Les diagnostics réalisés. Ceux qui sont pris en compte lors de l'acte. > Les symptômes et signes retrouvés dans la définition du diagnostic le jour de l'acte. > Pour chaque diagnostic, si le cas est nouveau ou persistant. > Les décisions pour chaque diagnostic (médicaments, radio, arrêt de travail...).
Dans le dossier	<ul style="list-style-type: none"> > Date de l'acte. > Sexe et âge du patient. > Le bassin d'habitation. > La CSP des patients.
Données médecins	
	<ul style="list-style-type: none"> > L'âge > Le sexe > Le lieu d'exercice > Le mode d'exercice

En 14 années de recueil, cette base de données a recensé plus de 690 000 patients pris en charge lors de 6 millions d'actes médicaux, avec 8 millions de Résultats de consultations et 15 millions de prescriptions médicamenteuses.

Les données étaient gérées par le DIM de la SFMG qui a mis en place trois bases de données (32).

- **La première base servait à la réception** des envois des investigateurs. Elle permettait de scinder en domaines les différentes données transmises. Existaient un domaine patient, contenant les données anonymes liées à l'individu ; un domaine séance contenant les données caractérisant les contextes de prise en charge des patients (date et type de prise en charge : consultation, visite, téléphone, courriel, courrier); un domaine épisode de soins proposant une vision diachronique des prises en charge, liant celles-ci aux différentes pathologies, qu'elles soient aiguës ou chroniques ; un domaine diagnostic représenté par les Résultats de consultation, donnant une vision synchrone du suivi des patients, et enfin, le domaine des décisions composé des prescriptions de médicaments,

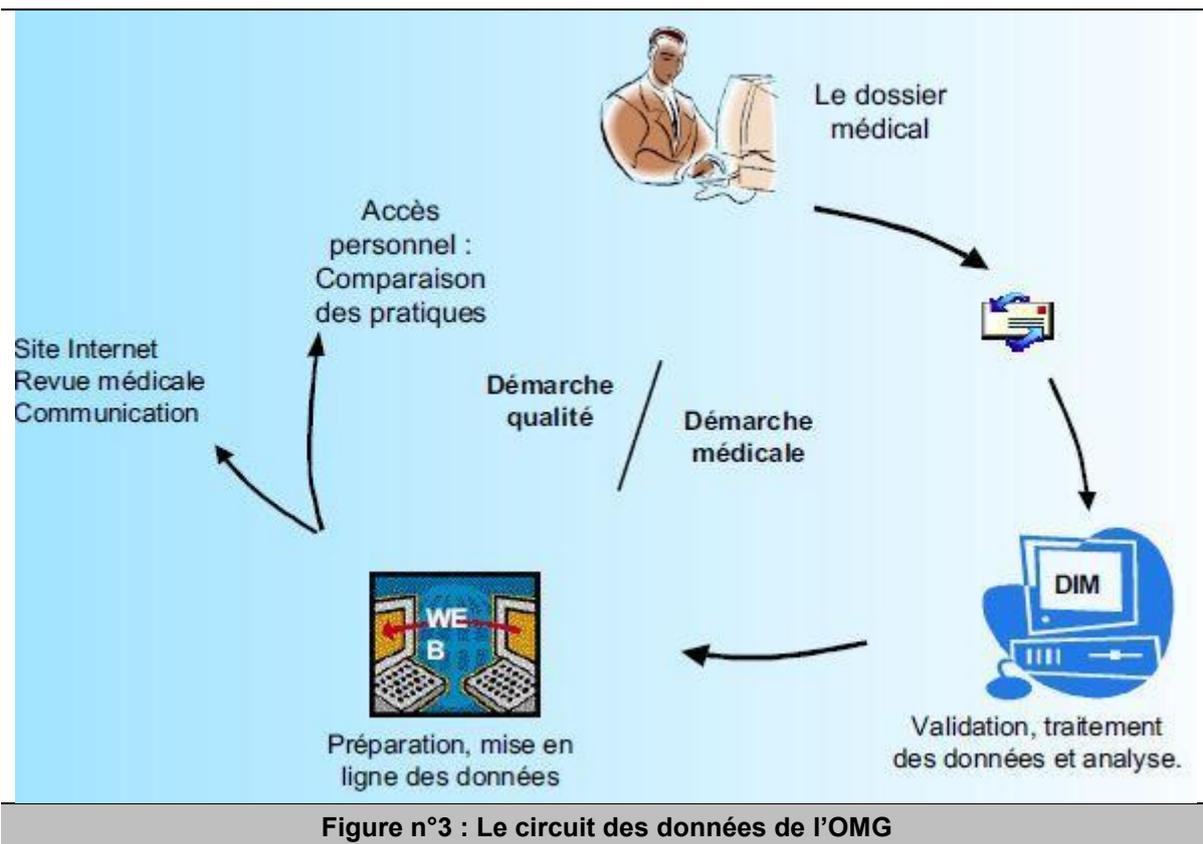
biologie, imagerie, geste technique, arrêt de travail, adressage, procédure administrative, reconvoction et rappel.

- **La deuxième base permettait l'intégration** des données. Celle-ci s'effectuait en trois temps. En premier, le contenu des fichiers envoyés était chargé dans des tables de traitement. Puis, une comparaison entre le contenu de ces tables et les données déjà présentes, permettait de différencier les données déjà intégrées des données nouvelles. Enfin, les nouvelles données étaient intégrées dans les tables ad-hoc. Cette base servait à valider les données et "subissait" une batterie de tests d'assurance qualité (Loi de Pareto¹⁰) et de pertinence (volumes d'acte, de diagnostics, de médicaments...).
- **La troisième base, appelée Diogène**, permettait l'utilisation des données. Elle comportait également les mini-entrepôts de données appelés datamarts dévolus à chaque étude en cours. Les données de la base d'intégration étaient régulièrement transférées, "recopiées" vers la base Diogène (33).

En pratique, chaque identifiant médecin OMG était transformé en un code médecin anonymisé afin que seul le DIM de la SFMG ait la responsabilité déontologique et pénale de pouvoir remonter vers le code médecin, si le besoin apparaissait d'identifier le lien médecin / patient (34).

Le cheminement des données du cabinet du médecin jusqu'à la production de données statistiques est illustré ci-dessous (16) (Figure n°3).

¹⁰ Loi de Pareto : phénomène empirique appliqué à des domaines comme le contrôle qualité : environ 80 % des effets sont le produit de 20 % des causes



4.5. La validation externe des données

Il fallait pouvoir garantir que les données, relevées dans la centaine de cabinets médicaux, correspondaient bien à l'activité de médecine générale décrite dans les réseaux épidémiologiques du moment et qu'il n'y avait pas de différence significative compromettant la fiabilité des informations produites. Une comparaison aux résultats d'autres bases de données de médecine de premier recours, a donc été réalisée, notamment avec les études de la CNAMTS, de la DREES et de l'IRDES. Cette comparaison a démontré que les patientèles étaient comparables en termes de répartition par genre (Tableau n°3) (35), de tranche d'âge, et de pourcentage de consultations par rapport au total des séances.

Tableau n°3: Répartition par genre de la patientèle dans les bases de données

	OMG	CNAMTS	INSEE
Femmes	52.5 %	53 %	46.9 %
Hommes	47.5 %	47 %	53.1 %

D'autres réseaux ont été utilisés comme le GROG ou le Réseau Sentinelle, de 1995 à 1999, montrant respectivement la concordance des pics épidémiques de grippe¹¹ ou de gastro-entérite (36).

5. La production et l'utilisation des données

L'Observatoire de Médecine Générale avait pour objectif premier la recherche et la description de ce qui se passe réellement dans un cabinet de ville. Les données travaillées étaient publiées régulièrement afin de dresser ce tableau jusqu'alors peu connu. Une telle banque de données n'avait jamais existé en France.

La production des données s'est organisée autour de trois axes : la réponse à des appels d'offre de recherche ; la publication des données sous forme de thèses, d'articles ou de communications dans les congrès ; la création un site Internet¹² dédié à la présentation de données générales par Résultats de consultation.

5.1. Un site internet dédié

La SFMG a développé ce site internet en 1997. Les données globales sont présentées pour chaque Résultat de consultation (RC) par patient et par acte. Le visiteur peut accéder au top 50 (les 50 RC les plus fréquents) par année ou par genre de patient par exemple et, grâce à un sélectionneur, à 9 sortes de données en trois onglets (Figure n°4).

Données en consultation pour : ANEVRYSMES ARTERIELS
[Voir la définition](#) [Voir les Recommandations de Pratiques Francophones](#)

■ Généralités ■ Patients ■ Actes

VOTRE SELECTION

ANNEE
 2009
 VALIDER

Données générales
 Répartition des patients par tranche d'âge
 Répartition des actes par tranche d'âge

	Nbe total	Par médecin	
		Moyenne	Bornes interquartile (Q25 ; Médiane ; Q75)
Patients	58	1.1	(0 ; 0 ; 1)
Actes	176	3.5	(0 ; 0 ; 4)

[Pour faire une demande des données particulières, cliquez ici.](#)

Figure n°4 : Copie du site de l'OMG avec les sélecteurs

¹¹ Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe : <http://www.grog.org/>

¹² <http://omg.sfmfg.org>

Ce site internet¹³ était constitué de 2 parties : la première adressée au grand public avec des données générales sur l'observatoire. Ces données étaient et sont toujours en libre accès, sans restriction. La deuxième était réservée à chaque médecin membre du réseau lui permettant, avec login et mot de passe, de comparer les données de sa pratique à ceux de l'ensemble des médecins de l'observatoire (Figure n°5). Ces éléments étaient réactualisés semestriellement.

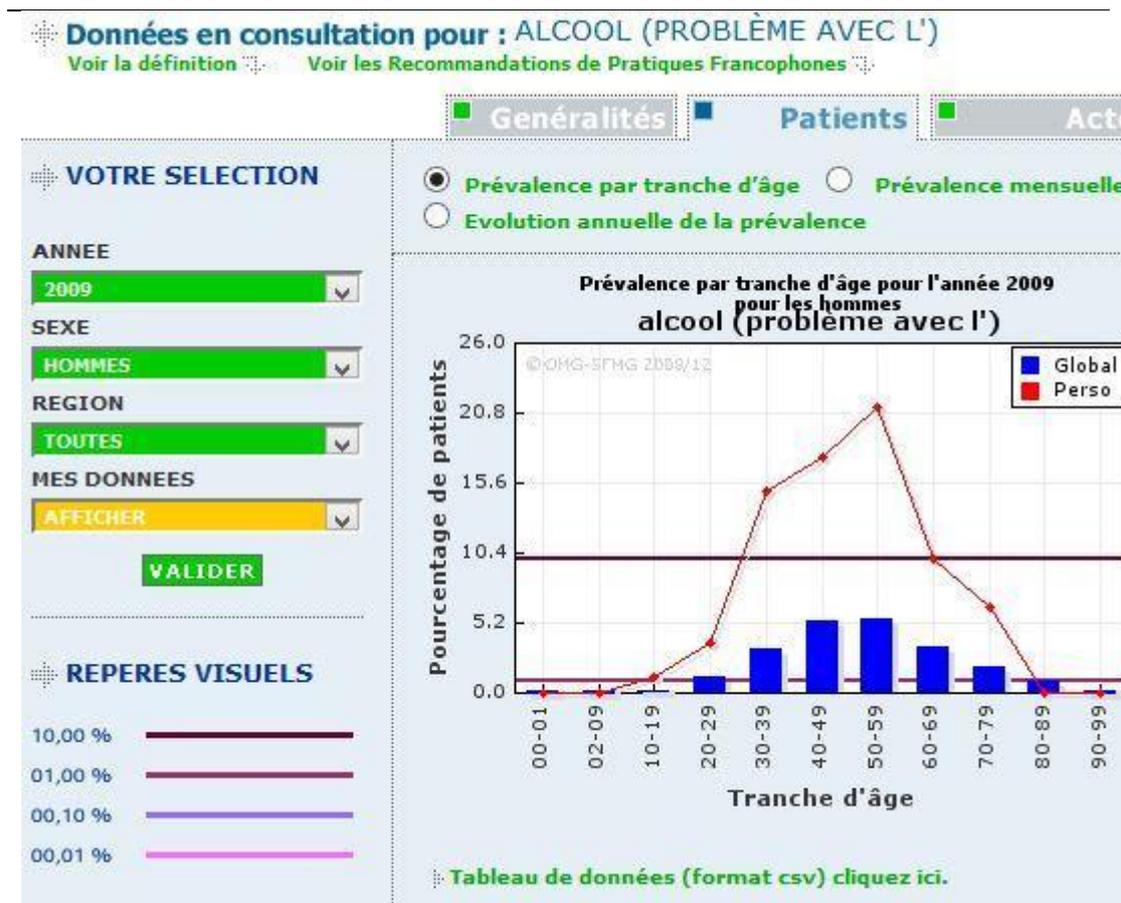


Figure n°5 : Comparaison des données d'un investigateur / au groupe

En 2002, la SFMG créé un **Département Internet** pour mettre à la disposition des sociétaires et des groupes de recherche, des outils adaptés au travail à distance. Cette équipe a tout naturellement été chargée, avec le soutien de professionnels, de la mise en ligne des données de l'OMG.

¹³ <http://omg.sfm.org>

5.2. Les études réalisées

La grande diversité des données publiées et le nombre conséquent de statistiques produites a permis de nombreuses études, seule ou en partenariat. Ses études ont contribué à décrire la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital. En France, les partenariats scientifiques pour des recherches ont été menés avec des départements Inserm (37) et CNRS, mais aussi l'InVS, le CREDES, le CRPV de Bordeaux ou encore le GROG. L'OMG a également participé à des études internationales centrées sur les soins primaires, dont les Pays-Bas (Réseau NIVEL) et l'Angleterre, mais aussi le Japon et les USA, notamment sur la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire (38).

5.3 Les thèses et les articles

L'Observatoire de Médecine Générale a permis la réalisation d'une cinquantaine de thèses. Les résultats des travaux de recherche étaient publiés dans les Documents de Recherche en Médecine Générale (DRMG), revue éditée par la SFMG. La Revue du Praticien Médecine Générale®, principale revue française dans la discipline, a aussi contribué à la diffusion des travaux de l'OMG, que ce soit des études, des thèses ou de simples actualités. Enfin, les partenariats scientifiques ont permis de coécrire dans des revues à comité de lecture (Tableau n°4).

Tableau n°4 : Quelques articles référencés dans PubMed

Hurtaud A, Aubin M, Ferrat E, Lebreton J, Paillaud E, Audureau E, Bastuji-Garin S, Chouaid C, Boissault P, Clerc P and Canoui-Poitrine F. **Continuity of care in general practice at cancer diagnosis. A national cohort study of 2853 patients.** British Journal of General Practice, Online First 2019. 69 (679): e88-e96.

Saint-Lary O, Boissault P, Naiditch M, Szidon P, Duhot D, Bourgueil Y, Pelletier-Fleury N. **A Comparison between the Clinical versus Medication-Based Approach to Identify Target Populations.** PLoS ONE | www.plosone.org 1 April 2012. Volume 7.

Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. **Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France: a data-based study.** BMC Family practice.

Chouilly J, Kandel O, Duhot D, Hebbrecht G. **Do general practitioners identify iatrogenic in their medical records ? Study of 2,380 cases of iatrogenic statements by French general practitioners.** Rev Prat. 2011 Dec;61(10):1418-22.

Coindard G, Arnould P, Duhot D, Ourabah R, Raineri F. **Acute fever: has the media coverage of the swine flu generated a medical overconsumption in primary care in France?** Rev Prat. 2010 Dec 20;60(10 Suppl):8-14.

Caumes E, Legros F, Duhot D, Cohen JM, Arnould P, Mosnier A. **Health Problems in Returning Travelers Consulting General Practitioners.** Journal of Travel Medicine, Volume 15, Issue 6, 2008, 457-459

Kandel O, Ripault A, Jourdain M, Bouche G. **Does the duration of medical consultations have an impact on the prescription of psychotropic drugs? Cross-sectional study carried out in general practice on 2,896 procedures.** Rev Prat. 2008 Jun 30;58(12 Suppl):19-24.

Rosman S, Le Vaillant M, Schellevis F, Clerc P, Verheij R, Pelletier-Fleury N. **Prescribing patterns for upper respiratory tract infections in general practice in France and in the Netherlands.** Eur J Public Health. 2008 Jun;18(3):312-6. Epub 2007 Dec 26.

Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Hebbrecht G, Boisnault P. **Determinants of preventive services in general practice. A multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France.** Health Policy. 2007 May;81(2-3):218-27. Epub 2006 Aug 1

Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisnault P. **Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ?** Revue du Praticien Médecine Générale. tome 18, n°656/657, 07/05/2004, 781-84p

6. Rappel de la question de recherche

Au-delà de la riche production d'informations permise par cet observatoire, il n'a jamais été réalisé une description globale de l'activité des généralistes. C'était pourtant l'un des objectifs initiaux qui motivait l'aventure. Il a donc paru intéressant de réaliser une revue de la littérature issue de l'OMG, afin de formaliser une description de la médecine générale, un miroir de ce qui se déroule dans un cabinet.

La question était donc de la suivante : Est-il possible, à partir des données produites par l'OMG pendant 15 ans, de proposer un tableau de l'activité des généralistes français ?

7. Rappel des objectifs

Le premier objectif était donc de donner une idée plus précise de l'activité des généralistes en France. Le deuxième était de préparer la publication d'un manuel, un ouvrage qui contribuerait à cette connaissance de notre discipline. Enfin, depuis la fermeture de l'OMG pour des raisons financières en 2014, il est régulièrement évoqué en France, l'idée de relancer un tel observatoire des pratiques. Le troisième objectif était donc de contribuer à un éventuel projet, en partageant l'expérience des 20 ans de l'OMG.

8. Déroulé de l'étude

L'idée d'écrire un manuel de médecine générale dédié à l'OMG avait été régulièrement évoquée par les responsables de la SFMG. Début 2018, la SFMG décidait d'envisager concrètement sa faisabilité. En septembre 2018, une première

réunion est organisée pour constituer une équipe et organiser le travail. Ce groupe prend le nom de "Manuel OMG" et est composé de 6 membres titulaires de la SFMG. À l'image du premier ouvrage de la médecine générale publié par la SFMG en 2015, le Manuel théorique de médecine générale (39), la décision est prise de débiter par la réalisation d'une thèse d'exercice.

Lors d'une deuxième réunion en octobre 2018, une étudiante en DES de médecine générale à Poitiers est intégrée au groupe.

Le travail est organisé en deux parties. Un sous-groupe, dont 3 membres de l'ancien DIM de la SFMG était chargé de rechercher l'ensemble des publications, y compris grises, issues de l'OMG et de les archiver dans un dossier Dropbox®. Trois autres personnes, la thésarde et ses directeurs, étaient pendant ce temps chargés d'écrire l'introduction et le chapitre matériel et méthode. Ces deux chapitres ont donc été présentés à la SFMG en décembre 2018. Il est conclu lors de cette réunion de débiter la partie résultats sous forme de fiches « Le saviez-vous » à l'aide de l'ensemble des fichiers archivés dans la Dropbox®. Une réunion à Poitiers a lieu en avril 2019 pour voir l'avancée du travail puis une présentation orale en mai 2019 à l'occasion de la journée de communication de la SFMG. Deux autres réunions, en petit comité, ont lieu à Poitiers en août 2019 puis mars 2020 afin de finaliser l'ensemble des fiches se portant au nombre de 41.

RESULTATS

RESULTATS

Pour donner un regard sur la médecine générale, à partir de données de l'OMG, et répondre à notre premier objectif de « donner à voir », nous avons fait le choix de proposer des fiches le plus didactiques possibles. Nous les avons appelées "**Le saviez-vous**". Cela pour montrer que le tableau que nous proposons n'est pas exhaustif. Qu'il est forcément parcellaire. Qu'il ressemble plus à un tableau impressionniste ou pointilliste à la Seurat, qu'à une toile réaliste à la Gustave Courbet.

A cet effet, nous avons fait une revue de la littérature et colligé tous les articles, rapports d'études, productions statistiques, issus ou en lien avec l'Observatoire de la Médecine Générale. Nous avons organisé une réunion d'une journée à la SFMG avec les cadres impliqués dans cette aventure, afin de s'imprégner de l'esprit des recherches menées pendant 20 ans. Nous avons ensuite fait une sélection des documents utilisables permettant de répondre à notre question de recherche. Nous avons ainsi retenu 116 productions écrites. Nous nous sommes aussi servis du site de l'OMG¹⁴ pour illustrer certains propos.

Nous avons ensuite construit et rédigé 41 fiches. Elles sont numérotées de 1 à 41. Chacune est constituée d'un titre, d'une rapide présentation du sujet et suivie d'une discussion. La liste des fiches est dans le sommaire de la thèse. Nous avons choisi un ordre arbitraire mais répondant à une sorte de fil conducteur d'une consultation et donc de notre pratique.

Nous avons pour des raisons de commodité de lecture, pris le parti inhabituel d'écrire ces fiches au présent et non au passé, comme l'impose normalement l'écriture scientifique.

¹⁴ Observatoire de la médecine générale 2009-4. Société Française de Médecine Générale: <http://omg.sfm.org>

Intelligibilité des graphiques

L'interprétation des données et des chiffres, n'étant pas toujours aisée, nous précisons ci-dessous quelques informations pour bien comprendre le sens des principaux mots ou expressions utilisés dans la présentation notamment des graphiques.

Incidence : C'est le nombre de cas nouveaux pour une maladie dans une population déterminée et durant un laps de temps donné.

Prévalence : Indicateur épidémiologique caractérisant la fréquence d'une maladie dans une population pour une période donnée.

L'analyse de la base est faite soit par acte, soit par patient. Si l'information n'est pas dans la graphique elle est dans le texte qui le précède.

Evolution annuelle de l'incidence

Il s'agit du nombre de nouveaux cas pris en charge pour 100 consultations. Par exemple, dans 3,2% des consultations il a été pris en charge un nouveau cas d'angine. Attention, ne pas lire : 3,2% des patients vus ont eu une angine.

Evolution annuelle de la prévalence

Il s'agit de la comparaison de la fréquence des patients ayant eu un diagnostic pris en charge au moins une fois en consultation dans l'année par les médecins du réseau. Exemple : environ 5% des patients vus en consultation ont été pris en charge pour une angine dans l'année.

Répartition des actes par tranches d'âge

Nombre d'actes dans lesquels le diagnostic a été pris en charge, calculé par tranches d'âge et sexe. Ceci permet de visualiser la répartition des cas entre les différentes tranches d'âge. Exemple : quel est l'âge des hypertendus pris en charge en consultation ?

Répartition des patients par tranches d'âge

Nombre de patients ayant eu au moins une fois ce diagnostic dans l'année, calculé par tranches d'âge et sexe. Ceci permet de visualiser la répartition des patients entre les différentes tranches d'âge. Exemple : quel âge ont les hypertendus pris en charge ?

Incidence par tranche d'âge (actes)

Il s'agit du nombre de nouveaux cas pris en charge pour 100 consultations d'une tranche d'âge donnée et pour l'année et le sexe sélectionnés. Exemple : dans l'année, chez 3% des consultations des hommes de 30 à 39 ans, il a été pris en charge un nouveau cas d'angine. Attention ne pas lire : 3% des hommes de 30 à 39 ans ont fait

une angine ou 3 % des nouvelles angines surviennent chez les hommes de 30 à 39 ans.

Prévalence par tranche d'âge (patient)

Il s'agit de la fréquence du diagnostic pris en charge en consultation pour une tranche d'âge, pour l'année et le sexe correspondant. Exemple : 10% des enfants de 0 à 9 ans vus en consultation, dans l'année, ont été pris en charge pour une angine.

Attention, ne pas lire : 10 % des angines surviennent chez des enfants de 0 à 9 ans ou encore 10% des actes réalisés chez les enfants de 0 à 9 ans concernent des angines.

LA DUREE DE CONSULTATION

Le saviez-vous ?

La durée moyenne des consultations en France est de 16,29 minutes (mini : 1 minute et maxi 60 minutes ; écart type = 7,18). 58% des consultations durent moins de 16 minutes (Figure n°6). Les 3/4 des consultations durent entre 10 et 19 minutes et 44% plus d'1/4 d'heure.

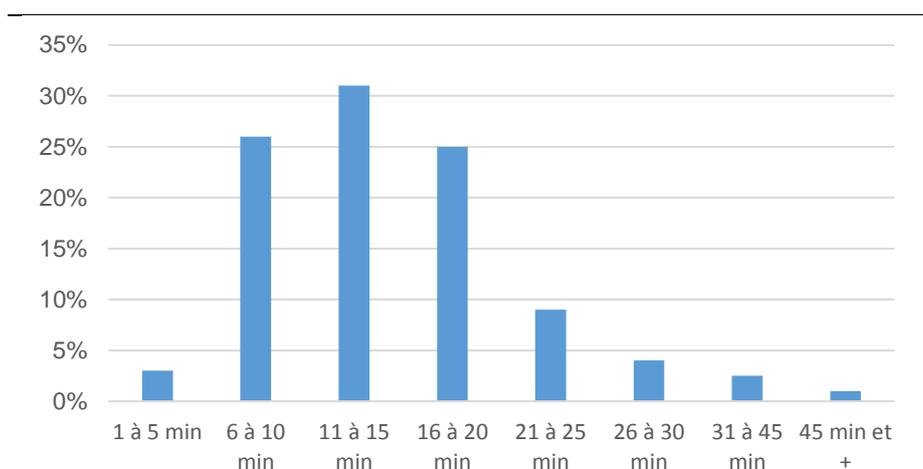


Figure n°6 : Répartition des actes en fonction de leur durée

La durée des consultations à la campagne, en semi-rural et en ville est comparable, avec respectivement 15,35, 16,51 et 15,02 minutes. Elle varie en fonction de l'âge : souvent courtes (de 6 à 10 minutes) pour les patients de 3 à 45 ans et un peu plus longues (de 16 à 30 minutes) pour les plus de 65 ans multimorbides.

Cette durée varie peu en fonction du type de problèmes de santé. En revanche, la présence d'un problème chronique l'allonge, de même que la présence d'un diagnostic psychologique ou de la présence d'au moins 4 diagnostics.

Discussion

Avec un peu plus de 16 minutes en moyenne, la durée de consultation retrouvée dans nos études est comparable aux données françaises. Selon une étude de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) réalisée en 2002 (40), la durée moyenne d'une consultation était évaluée à 16 minutes, alors qu'une autre étude évoque 18 minutes (41).

La question de la durée de consultation est souvent ressentie comme contraignante par les généralistes. Par principe de réalité, il faut pourtant s'y adapter. Mais il est illusoire de souhaiter recevoir tous les patients pendant trois quarts d'heure. Nous ne serions d'ailleurs pas dans notre rôle. Il est inutile de culpabiliser pour autant, car nos consultations sont parmi les plus longues d'Europe. On évoque en moyenne 21 minutes en Suède, 14,8 minutes en Australie et entre 6 à 12 minutes en Angleterre (42).

Attention tout de même, car des études montrent que le médecin interrompt souvent son patient après une durée moyenne d'expression de... 22 secondes, alors que la durée moyenne d'expression spontanée du patient est de 92 secondes (43) !

JAMAIS UN, SANS AU MOINS DEUX

Le saviez-vous ?

Il est bien rare qu'un patient prenne rendez-vous pour un seul motif. En effet, lors d'une consultation, nous sommes appelés à prendre en charge en moyenne 2,2 problèmes de santé (42). C'est une particularité notoire de la médecine générale.

Il n'existe qu'un seul problème pris en charge dans moins de la moitié des cas, dans plus d'1/3 on en retrouve 2 à 3 et dans 20% 4 et plus. Ce chiffre augmente avec l'âge pour atteindre en moyenne 4 problèmes pris en charge par consultation au-delà de 60 ans, ceci se faisant au profit des pathologies chroniques. Le nombre de problèmes aigus reste quant à lui stable, quel que soit l'âge du patient (44).

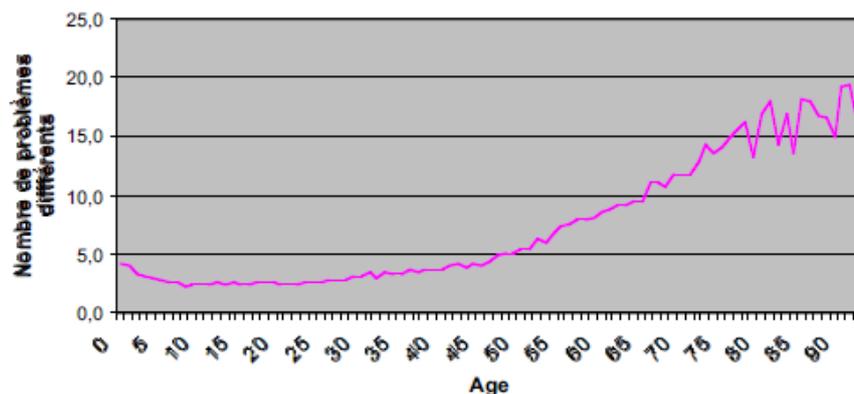


Figure n°7 : Nombre de RC par acte en fonction de l'âge

Discussion

On pourrait dire, en exagérant un peu, que le fameux syndrome de la poignée de porte, celui qu'évoque le patient en toute fin de consultation, n'existe pas pour le médecin qui connaît cette donnée, car il aura anticipé et demandé au patient quel était la deuxième raison de sa venue.

Certains confrères, pour leur faciliter la tâche, ont apposé une petite affichette dans leur salle d'attente. Il semble que cela soit efficace !

Le saviez-vous ?

Dans plus d'une consultation sur deux vous évoquez plus de deux problèmes de santé à votre médecin.

En général vous n'évoquez qu'un seul de ces motifs en début de consultation, gardant les autres pour la fin !

Aidez-nous à mieux vous soigner, évoquez-nous d'emblée vos différents motifs de consultation, même ceux qui vous paraissent secondaires.

PAS UNE CONSULTATION QUI SE RESSEMBLE

Le saviez-vous ?

Il existe 11 grandes classes de consultation en médecine générale (42). Ainsi, outre la diversité d'activité liée à la grande variété de maladies rencontrées, il existe en plus un large spectre de typologie de consultation, allant de la consultation du nourrisson à celle du vieillard et passant par la consultation dédiée à un geste technique et la multimorbidité (Tableau n°5).

Tableau n°5 : Liste des 11 classes de consultation en médecine générale

1	Consultation du nourrisson
2	Consultation de l'adolescent
3	Education dans le cadre d'une pathologie
4	Apparition de morbidité de l'adulte après 40 ans
5	Pathologie diverse non chronique de l'âge adulte
6	Consultation de l'enfant
7	Geste technique
8	Prise en charge psychologique et psychiatrique
9	Recours et retour de recours
10	Multimorbidité
11	Grande multimorbidité

Bien évidemment, en tant que médecin de premier recours, la classe concernant « les pathologies diverses de l'adulte non chroniques » est la plus importante (Figure n°8).

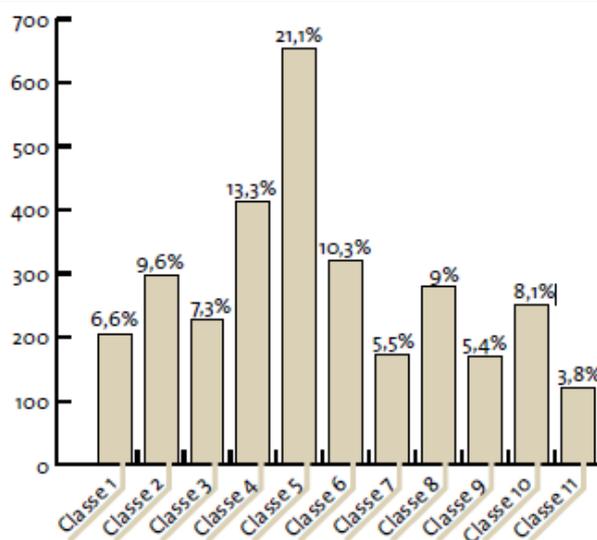


Figure n°8 : Répartition en % de la typologie de consultation

Discussion

Cette approche par typologie confirme, s'il en était besoin, la grande variété de notre discipline. Ceci n'est pourtant pas inutile à préciser, notamment aux étudiants en médecine (et aussi à leurs enseignants), tant ils pensent que le généraliste ne soigne que des rhumes et des gastro-entérites et se contente de renouveler des ordonnances. On peut noter, entre autre, que la prise en charge de la multimorbidité représentait déjà il y a 15 ans plus de 12% de la pratique (classe 10 et 11).

25 AFFECTIONS FONT 50% DE LA PRATIQUE

Le saviez-vous ?

Un médecin généraliste rencontre en un an, en moyenne, 250 à 270 situations cliniques différentes (Résultat de consultation). Ces 250 Résultats de consultation représentent plus de 95% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours. Ces chiffres découlent de la Loi de répartition régulière des cas (45) : tout praticien exerçant la médecine générale, sous la même latitude, doit s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 situations cliniques, pourvu qu'il les désigne toujours de la même manière. Au-delà des 300, les situations cliniques les moins fréquentes sont observées en moyenne moins d'une fois par an sur trois ans.

Notons que les 25 premières situations cliniques représentent 50% de l'activité d'un généraliste (Figure n°9).

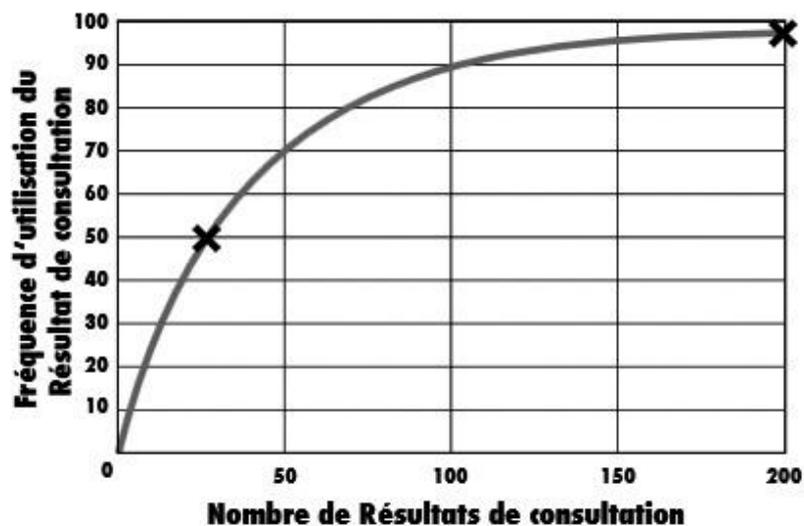


Figure n° 9 : Proportion des RC dans la pratique d'un généraliste

Discussion

Cette donnée sur le nombre de Résultats de consultation différents vus dans une année est une bonne illustration de la diversité de notre discipline. La médecine générale n'est pas monotone. On pourrait avancer que la moitié du temps le praticien ne rencontre que 25 RC différents et que cela n'est pas énorme. Il n'en reste pas moins une belle diversité au regard des autres spécialités médicales.

Il faut ajouter que cette fréquence des RC varie et se modifie avec l'âge du patient (Tableau n°6).

Tableau n°6 : Les 25 premiers RC pour 2 tranches d'âge

Patients de 50 à 59 ans				Patients de 80 à 89 ans			
Rang	Résultat de consultation	Nombre de patients	Pourcentage	Rang	Résultat de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	2027	23.37	1	HTA	1184	54.87
2	HTA	2002	23.08	2	HYPERLIPIDÉMIE	568	26.32
3	HYPERLIPIDÉMIE	1350	15.56	3	ARTHROSE	394	18.26
4	ETAT FEBRILE	1044	12.04	3	VACCINATION	394	18.26
5	LOMBALGIE	978	11.28	5	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	315	14.60
6	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	837	9.65	6	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	287	13.30
7	ETAT MORBIDE AFEBRILE	829	9.56	7	DIABETE DE TYPE 2	271	12.56
8	RHINOPHARYNGITE - RHUME	759	8.75	8	INSOMNIE	237	10.98
9	VACCINATION	713	8.22	9	FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES	233	10.80
10	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	654	7.54	10	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	210	9.73
11	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	637	7.34	11	LOMBALGIE	209	9.68
12	TABAGISME	516	5.95	12	CONSTIPATION	203	9.41
13	DIABETE DE TYPE 2	506	5.83	13	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	201	9.31
14	EPAULE (TENOSYNOVITE)	465	5.36	14	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	186	8.62
15	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	461	5.31	15	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	184	8.53
16	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	455	5.25	16	CANCER	179	8.29
17	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	420	4.84	17	INSUFFISANCE CARDIAQUE	178	8.25
18	RHINITE	417	4.81	18	INSUFFISANCE RENALE	174	8.06
19	INSOMNIE	407	4.69	18	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	174	8.06
20	PLAINTE ABDOMINALE	395	4.55	20	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	164	7.60
21	ANXIETE - ANGOISSE	381	4.39	20	OSTEOPOROSE	164	7.60
22	DEPRESSION	358	4.13	22	ETAT MORBIDE AFEBRILE	142	6.58
23	TOUX	342	3.94	23	RHINOPHARYNGITE - RHUME	131	6.07
24	HYPOTHYROIDIE	336	3.87	24	PROSTATE (HYPERTROPHIE)	129	5.98
25	SCIATIQUE	334	3.85	24	EPAULE (TENOSYNOVITE)	129	5.98

UN DIAGNOSTIC DANS 10% DES CAS !

Le saviez-vous ?

Dans seulement 10% des cas le médecin de premier recours peut avoir un diagnostic confirmé : histologique, bactériologique, anatomopathologique... (Figure n°10, (46)). Mais la plupart du temps il n'en a pas besoin, car il prend en charge une cystite ou une pneumopathie sans confirmation bactériologique.

L'OMG a aussi montré que le médecin est dans une situation d'incertitude diagnostique dans 70 % des cas qui se présentent à lui. Dans 30% des actes, il reste à la fin de sa consultation devant un tableau clinique de symptômes (plainte abdominale...) et dans 40 % de syndromes (arthropathie...). Pour le reste, 20 % des situations correspondent à des tableaux caractéristiques de maladie (cystite...).

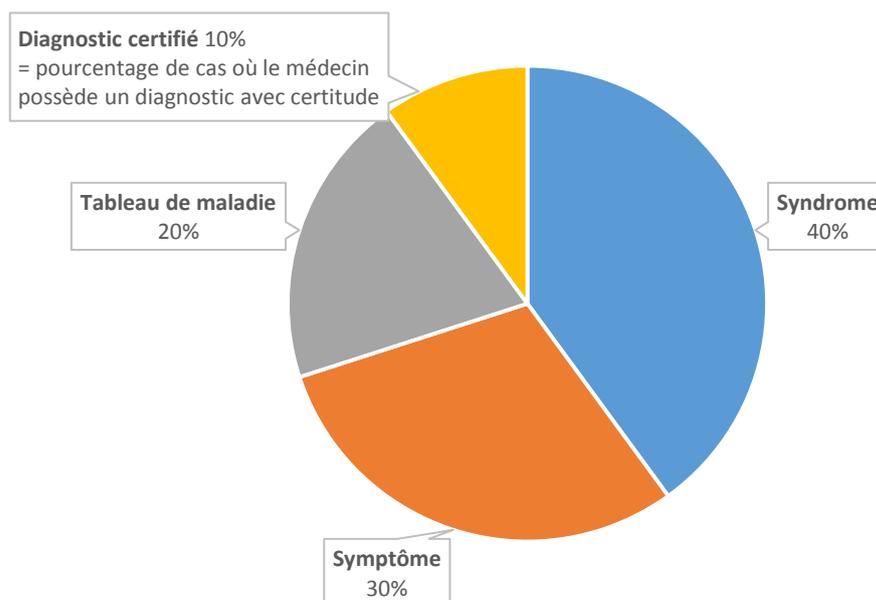


Figure n°10 : Répartition des 4 positions diagnostiques

Discussion

Le médecin généraliste doit conserver à l'esprit qu'il est, dans au moins 2/3 des cas, devant un état non caractéristique d'une maladie. Ceci partant du fait que « *Le corps humain n'a, pour réagir aux innombrables agressions pathogènes, qu'un nombre relativement modeste de troubles et de signes de maladie perceptibles. Par suite, les symptômes et syndromes pathognomoniques, c'est à dire permettant de déterminer une maladie sans équivoque et donc faciles à saisir, sont extrêmement rares...* »(47).

La principale erreur actuellement, comme le disait Waltraud Fink, c'est de savoir que «... *Le médecin praticien apprend la pratique de la médecine sur des cas que plus tard, il ne traitera pas, mais adressera au domaine spécialisé. Il apprend ainsi ce qu'il ne fera pas. Par contre, il n'apprendra pas la manière de penser qui devrait être la sienne. Il arrivera donc mal équipé dans le champ principal de l'activité médicale...*» (48). Une réflexion toujours en cours, mais il y a surtout des progrès à poursuivre dans la formation des généralistes concernant cette notion, cœur de notre pratique.

Certaines contraintes d'exercice expliquent ces chiffres. Il en existe 3 principales :

- Les troubles de santé qui se présentent sont souvent à un stade précoce de leur évolution et correspondent rarement à un tableau complet de maladie.
- Le généraliste a des moyens diagnostiques limités, sans plateau technique conséquent à sa disposition
- De plus, il doit prendre ses décisions dans un temps limité, celui de la consultation, environ 18 minutes. Et pourtant le généraliste français a un des temps de consultation moyen le plus long en Europe (41)

RECONSULTATION ET REVISION DE DIAGNOSTIC

Le saviez-vous ?

Seuls 14 % des épisodes de soins aigus ont entraîné plus de deux consultations. Le taux de reconsultation varie d'une maladie aiguë à l'autre (49). Il est très faible, 1% des cas, pour le phlegmon de l'amygdale par exemple. Les 3 problèmes de santé aigus ayant le taux de reconsultation le plus important sont la THROMBOPHLEBITE (60%), l'ULCERE GASTRIQUE (58%) et la SCIATIQUE (48%) (Tableau n°7).

Quant au taux de révision, c'est-à-dire de correction du Résultat de consultation, il est faible, de l'ordre de 5 % (50). Il s'agit du nombre de fois où un problème de santé (RC) est révisé en une autre dénomination, un autre RC. Les Résultats de consultation qui sont le plus souvent révisés sont : TUMEFACTION, ETAT FEBRILE, DOULEUR NON CARACTERISTIQUE, EPIGASTRALGIE, PLAINTE ABDOMINALE (Tableau n°7). L'ETAT FEBRILE par exemple a évolué et devient une PNEUMOPATHIE (51). La DOULEUR NON CARACTERISTIQUE de l'hémi-thorax gauche est devenu quelques jours plus tard un ZONA...

Tableau n°7 : Liste des RC aux plus forts taux de révision et reconsultation	
RC au plus haut taux de reconsultation	RC au plus haut taux de révision
THROMBOPHLEBITE (60 %)	TUMEFACTION
ULCERE GASTRIQUE (58 %)	ETAT FEBRILE
SCIATIQUE (48 %)	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
BLESSURES COMBINEES SEVERES (44 %)	EPIGASTRALGIE
AMAIGRISSEMENT (41 %)	PLAINTE ABDOMINALE

Discussion

Le corps humain ne dispose que de symptômes en nombre limité pour exprimer sa souffrance. La douleur ou la fièvre peuvent être le signe d'une maladie tout à fait bénigne comme le mode de révélation d'une maladie grave. En population générale, un trouble quelconque peut correspondre au tout début d'une maladie, mais il peut aussi disparaître spontanément sans jamais faire sa preuve étiologique. Par ailleurs, une maladie se présente rarement d'emblée avec tous les éléments sémiologiques nécessaires pour la reconnaître. C'est la particularité du médecin de premier recours.

L'écologie des troubles de santé est pour lui bien différente de celle de ses confrères hospitaliers (5).

Le faible taux de reconsultation et plus encore celui de révision, rassure quant à la peur de l'erreur de diagnostic liée à la position qu'occupe le généraliste à l'émergence des maladies.

Ces notions pourraient laisser penser que le généraliste fait de la "bobologie", qu'il fait du "petit soin". Il n'en est rien. Il est en effet bien plus facile de prendre en charge un ulcère gastrique ou un cancer de l'estomac qu'un mal au ventre, là est la complexité de la médecine générale. Moins le tableau est précis, plus la position du médecin est difficile. Certes, l'éventualité, en soin primaire, d'une cause grave est peu fréquente, mais... pas nulle. D'une certaine manière on pourrait dire que la complexité est inversement proportionnelle à la présence de références scientifiques et de protocoles.

L'ACTIVITE DE L'INTERNE EN SASPAS

Le saviez-vous ?

Les internes en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) ont une activité globalement similaire à celle des médecins généralistes, ce qui en fait donc un stage très formateur (52).

L'interne a certes moins de consultations pour des pathologies chroniques, mais il a plus de consultations de prévention (Figure n°11).

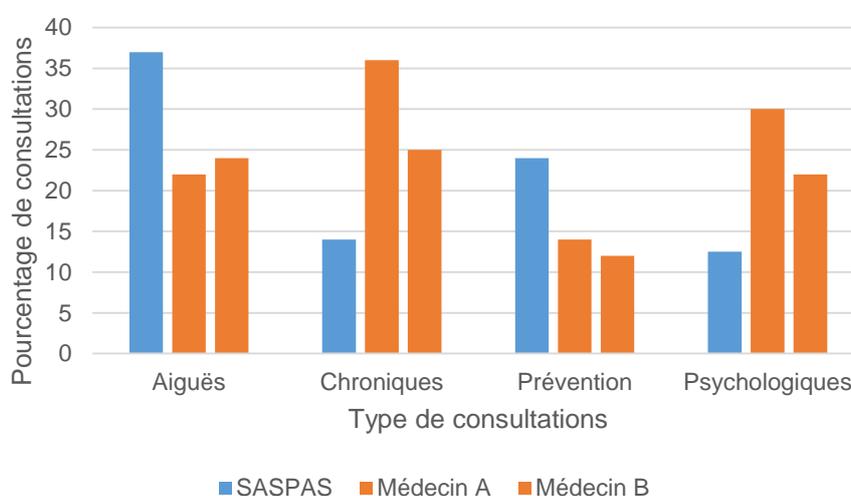


Figure n°11 : Types de consultation d'un SASPAS et des médecins d'un même cabinet

Dans cette étude, la moyenne d'âge des patients du SASPAS est de 31 ans, alors que celles de ceux suivis par les médecins du cabinet était de 36 ans.

L'interne fait en moyenne 15 consultations par jour. Pendant les 6 mois de son stage, il voit en moyenne 160 Résultats de consultations différents, sur les 270 du Dictionnaire des Résultats de consultation (DRC), sachant que les 100 diagnostics les plus fréquents du DRC représentent 90% de l'activité du généraliste.

Discussion

Ces quelques chiffres permettent d'affirmer que le stage SASPAS est une mise en situation au plus près du réel pour les internes. Les quelques différences observées, sont, on peut l'imaginer, similaires à celles de l'installation d'un jeune médecin. Les

patients jeunes vont naturellement consulter les médecins plus jeunes, toute chose égale par ailleurs. Les médecins voient ainsi leur patientèle vieillir avec eux. Et on sait bien qu'une partie des « vieux patients » restent attachés à leur médecin et consultent plus difficilement un remplaçant. Mais, le taux de consultation pour des pathologies chroniques et psychologiques n'est pas nul pour l'interne de SASPAS, c'est donc bien une vraie immersion dans leur futur métier (53).

Ces stages sont également valorisants pour les maîtres de stage, qui se confrontent sans cesse aux nouvelles habitudes, aux nouvelles recommandations. Les réunions quotidiennes pour évoquer les consultations sont des lieux d'échanges, de confrontations de bonne pratique et de pratique faisable, d'évocation de la gestion du risque, cœur de notre métier qui effraie souvent les internes au sortir de l'hôpital.

On ne peut que souhaiter la multiplication de ce type de stage et son obligation. Après tout, un interne de médecine générale ne devrait-il pas être formé majoritairement sur son lieu d'exercice futur ? Combien d'installations futures sont d'ailleurs engendrées sur ce lieu de stage ?

L'HYPERTENSION ARTERIELLE AU TOP DU TOP

Le saviez-vous ?

La prévalence globale de l'hypertension est de 10,7 %. Elle atteint 24,8% au-delà de 50 ans (54) (Tableau n°8). Un médecin généraliste français voit en moyenne 2 à 3 patients hypertendus par jour.

Tableau n°8 : Les 50 RC les plus fréquents pour les hommes de 50 à 59 ans, sur un an			
Rang	RC	Nombre	Pourcentage
1	HTA	1021	24.8
2	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	926	22.5
3	HYPERLIPIDÉMIE	837	20.3
4	LOMBALGIE	495	12.1
5	ETAT FEBRILE	467	11.3
6	ETAT MORBIDE AFEBRILE	367	8.9
7	RHINOPHARYNGITE - RHUME	355	8.6
8	TABAGISME	330	8.0
9	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	322	7.8
10	VACCINATION	318	7.7
11	DIABETE DE TYPE 2	316	7.7
12	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	283	6.9
13	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	242	5.9
14	ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	224	5.4
15	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	207	5.1
16	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	199	4.8
17	EPAULE (TENOSYNOVITE)	191	4.6
17	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	191	4.6
19	RHINITE	187	4.6
20	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	177	4.3

L'HTA touche les femmes, comme les hommes, à partir de la quarantaine et surtout après 50 ans (Figure n°12).

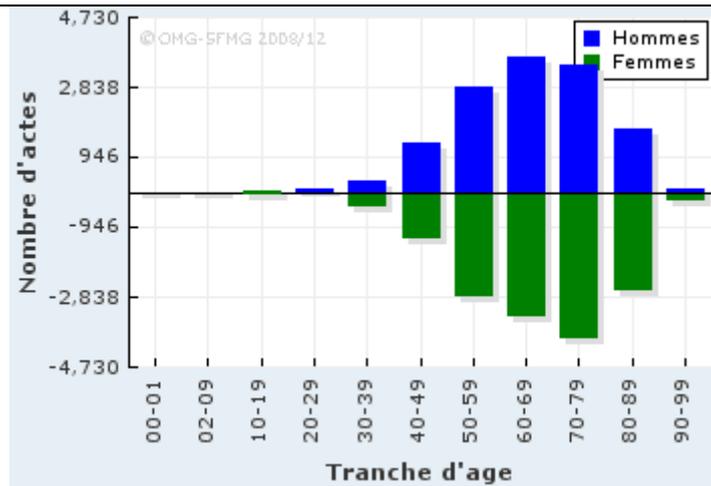


Figure n°12 : Répartition des patients par tranche d'âge sur une année

Parmi les patients hypertendus, 53 % recevaient une monothérapie, 32 % une bithérapie et 15 % une trithérapie ou plus (55).

Par ailleurs, nous constatons une tendance à l'augmentation de prévalence de cette pathologie en 10 ans jusqu'aux années 2010, tendance qui a probablement persisté depuis 2010.

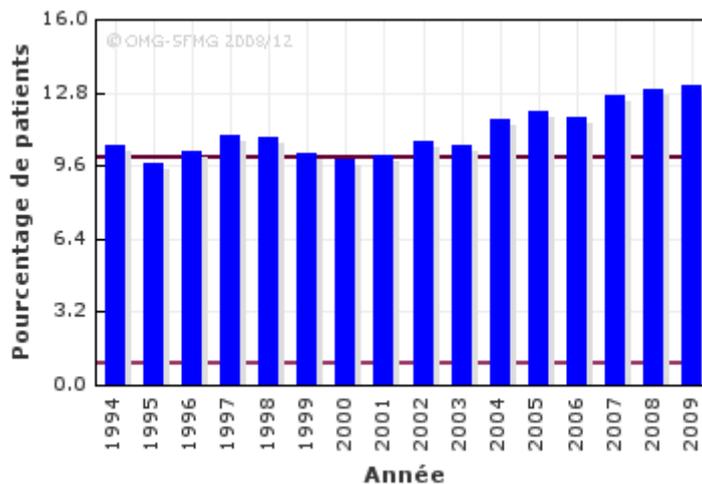


Figure n°13 : Evolution annuelle de la prévalence de l'HTA

Discussion

Ces chiffres sont recoupés par différentes études sur le sujet et montrent une certaine stabilité de cette prise en charge sur une quinzaine d'années. Ainsi, l'hypertension artérielle est "au top du top" en fréquence des maladies prises en charge en soins de premier recours.

Le principal enseignement est que le généraliste doit être performant sur ce sujet. Toutefois l'HTA est rarement isolée (moins de 30% des cas). Sa prise en charge doit donc tenir compte des problèmes de santé associés. C'est l'enjeu majeur des années à venir. Une étude issue des données de l'OMG (56) a permis d'identifier 8 profils d'HTA. Quatre d'entre eux sont sans complications et associés à d'autres facteurs de risque (diabète, dyslipidémie, tabagisme...) et 4 autres sont associés à des complications cardiovasculaires (Tableau n°9).

Tableau n°9 : Les 8 profils d'HTA

4 sans complication (≈ 2/3 des HTA)

- 1- Isolée** ou avec **1 FDR CV** (50%)
- 2- Avec diabète de type 2**
+/- arthropathie, d'hyper-uricémie ou de trouble sexuel
- 3- Avec obésité et hyperlipidémie** et/ou diabète de type 2
+/- arthropathie, asthme, céphalée, goutte, hypothyroïdie, œdèmes des MI
- 4- Avec tabagisme et hyperlipidémie**
+/- alcool, BPCO, dépression, surpoids, trouble sexuel

4 avec maladie cardiovasculaire (≈ 1/3 des HTA)

- 5- Avec FDR CV + trouble de conduction** (56%), IRC (54%)
- 6- Avec diabète de type 2** (72%), insuffisance coronarienne (34%), AOMI (15%)
- 7- Avec AC/FA** (73 %), insuffisance cardiaque (50%)
- 8- Avec un AVC**

Malgré sa très grande fréquence, on ne peut concevoir sa prise en charge de manière isolée. Cette notion de multimorbidité devient incontournable, notamment dans l'édition de recommandations médicales adaptées à la réalité de l'épidémiologie.

RITE DE LA PRISE DE TENSION

Le saviez-vous ?

A la question de savoir si leur médecin généraliste prend leur tension, les patients répondent par l'affirmative, presque surpris : "oui bien sûr, à chaque fois". Mais il semble que cette habitude soit inculquée par le médecin lui-même : "S'il la mesure tout le temps c'est que c'est important" (57). Plus de 80% des médecins déclarent prendre la tension systématiquement à chaque consultation et 12% le font avec un objectif précis de dépistage ou de suivi (58). Dans la surveillance des maladies chroniques, la prise de tension n'est réalisée que dans un quart des consultations, contre la prise de poids qui est mesurée dans un tiers des consultations. La mesure de la fameuse saturation O2 instantanée (2%), était encore anecdotique à l'époque de l'OMG (59).

Discussion

S'il est souvent irritant d'entendre le patient réclamer une prise de tension artérielle à la fin d'une consultation qui ne nécessitait pas qu'on la mesure, ce rituel a probablement été, sinon initié, au moins entretenu, par les médecins (54). Tout comme l'ordonnance serait la preuve que le médecin agit dans un but de soigner le corps malade, la prise de tension serait le geste confirmant qu'il l'a bien examiné.

Le retour récent de la pratique de l'automesure devrait contribuer à une progressive démystification du geste par une utilisation profane généralisée.

Rappelons cependant que l'hypertension artérielle est le Résultat de consultation le plus fréquent, toute maladies confondues. Il n'est donc pas tout à fait incongru de mesurer cette constante aussi souvent !

HISTOIRE DE SUCRE

Le saviez-vous ?

Il existe 2 fois plus de prises en charge de patients diabétiques depuis 20 ans, très certainement secondaire à l'augmentation des dépistages, mais aussi à la progression de la prévalence de cette maladie. Le diabète de type II se positionne à la 9^{ème} place en termes de fréquence d'actes réalisés, correspondant à presque 5% des actes d'une année (Figure n°14). Il s'agit de la 2^{ème} maladie chronique après l'HTA. La CNAM-TS estimait en 2002 qu'il y avait entre 1.2 et 1.5 millions de diabétiques en France (60), prévalence correspondant à celle retrouvée dans la base de l'OMG.

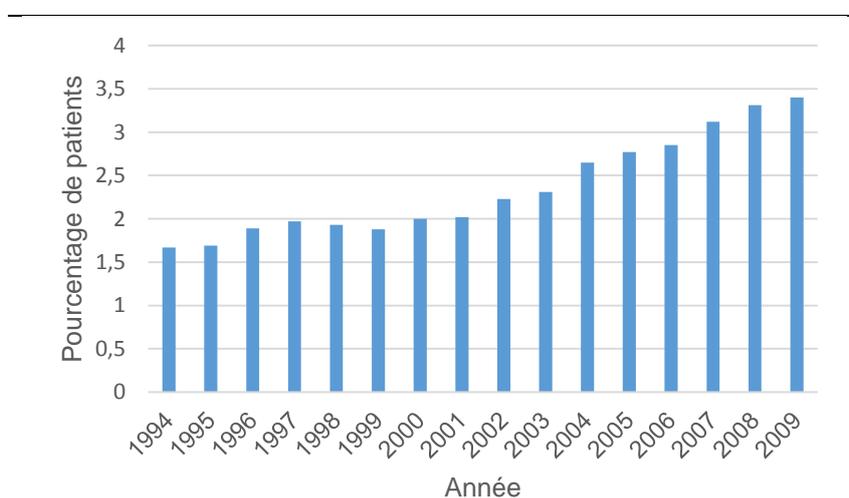
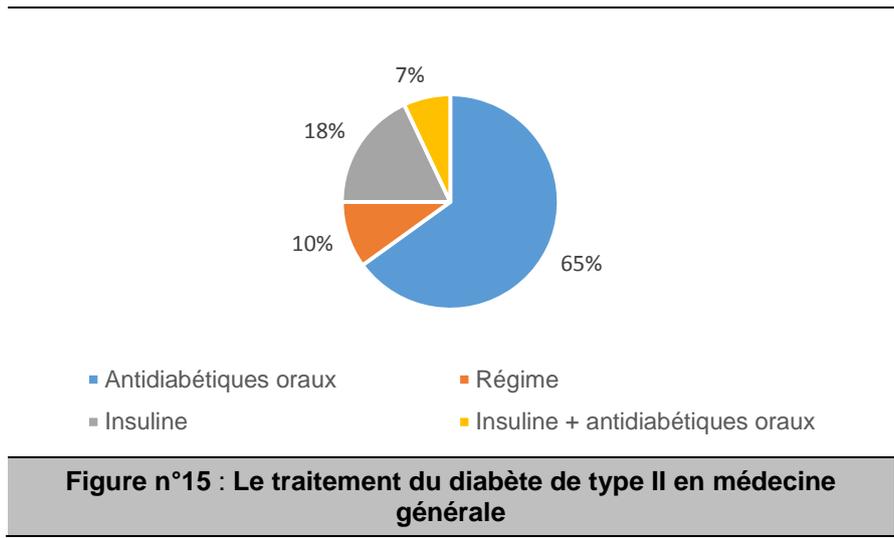
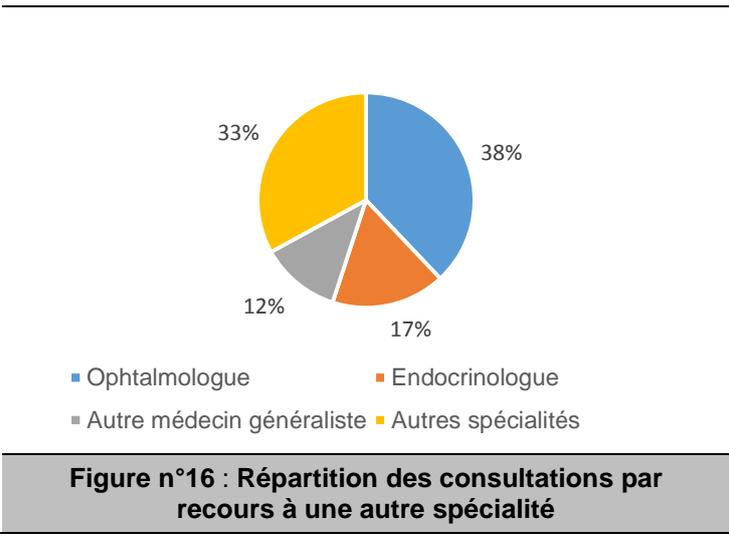


Figure n°14 : Evolution annuelle de la prévalence du diabète de type II

Si l'on regarde du côté des traitements, 2/3 des patients suivis par leur médecin généraliste ont un traitement antidiabétique oral seul (61) (Figure 15).



Près de 8 patients diabétiques sur 10 ont consulté un confrère d'une autre spécialité. L'endocrinologue, est peu consulté, dans moins de 20% des cas, il s'agit surtout du cardiologue et de l'ophtalmologue (Figure n°16).



Discussion

Le diabète de type 2 étant la 2^{ème} maladie chronique en terme de fréquence d'actes, le généraliste doit bien maîtriser ce sujet. Ceci d'autant que le diabète de type II est très majoritairement suivi par ce dernier. Une étude de 2009 met en évidence que moins de 12% des patients ont déjà consulté un endocrinologue diabétologue (62). L'étude montre aussi que 40% des diabétiques ne prennent aucun traitement. Ceci n'est pas surprenant et peut s'expliquer par le respect des règles hygiéno-diététiques mais aussi, nous le savons, par l'inobservance de certains patients. L'épidémiologie

du diabète répond bien au concept de carré de White. La population globale des diabétiques est fort différente de celle des diabétiques hospitalisés, multimorbides, présentant des complications sévères (63).

A propos de cette inobservance, la maladie, les injonctions médicales et les traitements ont une répercussion sur la vie du patient. Ces répercussions peuvent être lourdes et potentiellement facteurs de non-adhésion aux traitements proposés. Cette charge de travail (workload) correspond aux efforts que fait le patient pour gérer ce qu'on appelle son fardeau (64). Des études ont montré qu'un patient ayant trois problèmes de santé chroniques prendrait de 6 à 13 médicaments par jour, consulterait entre 1 et 5 fois par mois un personnel soignant, et consacrerait 27 à 70 heures chaque mois à gérer sa santé (65). Devant une hémoglobine glyquée élevée, avant toute augmentation d'un traitement, il est primordial d'évaluer ce fardeau et ne pas se contenter de la fameuse (ré) éducation thérapeutique. C'est en acceptant d'alléger cette charge de travail qu'on peut espérer une optimisation de l'observance. N'oublions pas que la plupart du temps cette maladie est "indolore" pour le patient !

LA DOULEUR DANS 75% DES CAS

Le saviez-vous ?

Dans 3 consultations sur 4, le médecin généraliste prend en charge une douleur et ce, quel que soit l'âge du patient (66) (Figure n°17).

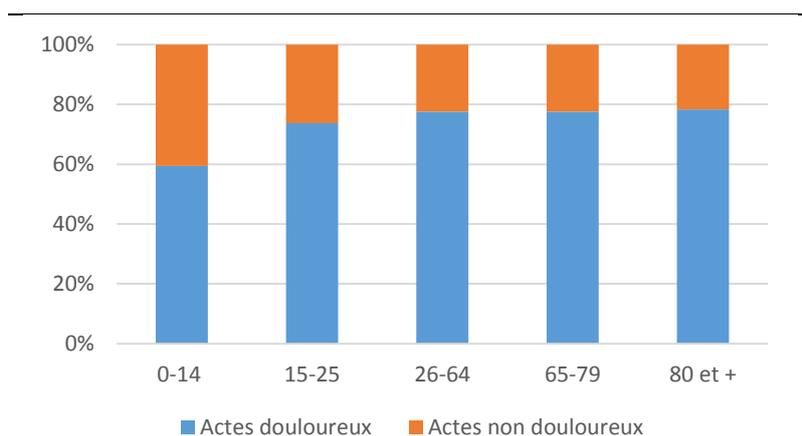


Figure n°17 : Proportion des actes avec de la douleur par tranche d'âge

Dans plus de 80% des RC dits aigus, la douleur est présente. Pour les RC dits chroniques, la douleur n'est retrouvée qu'une fois sur deux. Les femmes semblent présenter plus de douleur que les hommes (Figure n°18).

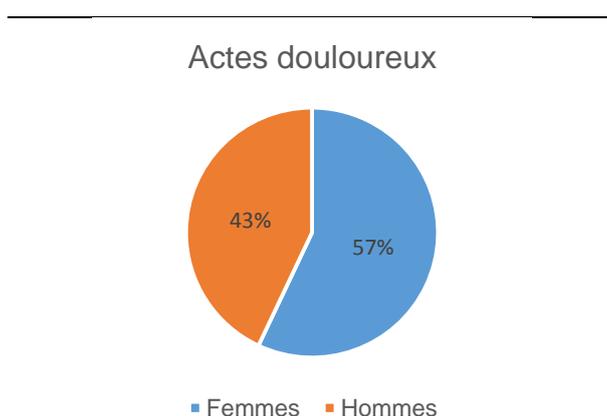


Figure n°18 : Proportion des actes douloureux Homme / Femme

Ce sont les atteintes ostéo-articulaires et celle de l'appareil respiratoire, dont ORL, qui sont les plus souvent retrouvées. Mais, les troubles mentaux et psychiatriques regroupent eux aussi de nombreuses situations de douleur (67).

Discussion

La douleur est présente dans l'activité quotidienne des médecins généralistes. On leur reproche pourtant régulièrement de ne pas la prendre en charge ! La sémantique liée à la douleur est très riche, preuve en est qu'il existe 27 mots différents exprimant la douleur au sein du Dictionnaire des Résultats de consultation. Il est donc important d'en avoir connaissance afin de repérer ces consultations douloureuses. Il semblerait enfin que les médecins soient encore un peu craintifs dans leur prescription médicamenteuse (67), une consultation sur deux comportant une douleur se conclurait avec un antalgique et il y a une faible diversification des classes d'antalgiques utilisés.

LA DERMATOLOGIE, C'EST FACILE

Le saviez-vous ?

La dermatologie représente 13,4% de l'ensemble de la pratique du médecin généraliste. Elle n'est donc pas à négliger. En pratique courante, il s'agit d'une vingtaine de tableaux différents (Tableau n°10). Prises individuellement, ces entités nosographiques n'apparaissent pas dans le Top 25 des RC les plus fréquents. En dehors du RC DERMATOSE NON CARACTERISTIQUE qui est un RC à part, dit d'attente, le trouble le plus fréquent est l'ECZEMA, en 54^{ème} position de l'ensemble des RC.

Tableau n°10 : Liste des 20 RC dermatologiques les plus fréquents

Dénomination	%	Rang
DERMATOSE NON CARACTERISTIQUE	1,52	38
ECZEMA	1,16	54
ONGLE (PATHOLOGIE DE) - MYCOSE UNGUEALE	0,74	68
PRURIT LOCALISE	0,50	90
URTICAIRE - OEDEME DE QUINCKE - LUCITE	0,52	86
INTERTRIGO - PIED D'ATHLETE - ERYT FESSE NOURRISSON	0,47	93
ACNE	0,43	102
HERPES	0,37	108
VERRUE	0,37	113
PSORIASIS	0,35	119
PIQURE D'ANIMAL	0,31	126
NAEVUS	0,26	139
PRURIT GENERALISE	0,25	144
CHEVEUX (CHUTE)	0,23	153
ULCERE DE JAMBE	0,23	150
ECZEMA PALMOPLANTAIRE DYSHIDRO	0,16	170
DERMITE SEBORRHEIQUE	0,14	183
KYSTE SEBACE	0,14	188
IMPETIGO	0,13	194
ZONA	0,13	193

En élargissant un peu notre champ, 37 RC représentent la dermatologie en médecine de premier recours (Tableau n°11).

Tableau n°11 : Liste des 37 RC rencontrés au moins une fois par an

	Rg		Rg
DERMATOSE NON CARACTERISTIQUE	38	ZONA	193
ECZEMA	54	COR - DURILLON	190
ONGLE (PATHOLOGIE DE) - MYCOSE UNGUEALE	68	OEDEME LOCALISE	191
PRURIT LOCALISE	90	FOLLICULITE SUPERFICIELLE	206
URTICAIRE - OEDEME DE QUINCKE - LICITE	86	PITYRIASIS VERSICOLOR	203
INTERTRIGO - PIED D'ATHLETE - ERYT. FESSE NOUR.	93	ERYSIPELE	215
ACNE	102	MOLLUSCUM PENDULUM	226
HERPES	108	FURONCLE - ANTHRAX	230
VERRUE	113	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	233
PSORIASIS	119	LIPOME	239
PIQURE D'ANIMAL	126	MORSURE - GRIFFURE	237
NAEVUS	139	PITYRIASIS ROSE DE GIBERT	239
PRURIT GENERALISE	144	ENGELURE	243
CHEVEUX (CHUTE)	153	ECZEMA PALMOPLANTAIRE FISSURAIRE	257
ULCERE DE JAMBE	150	ESCARRE	255
ECZEMA PALMOPLANTAIRE DYSHIDRO	170	GALE	263
DERMITE SEBORRHEIQUE	183	HYPERSUDATION	269
KYSTE SEBACE	188	ECZEMA FACE NOURRISSON	273
IMPETIGO	194		

Discussion

Qui n'a pas entendu dans la bouche d'un confrère ou d'un collègue interne : « je ne suis pas bon en dermatologie » ? En réalité, la situation n'est peut-être pas si complexe. Il existe 3 situations. Premièrement des lésions dermatologiques non caractéristiques, ensuite les principales lésions que tout généraliste doit identifier et enfin des lésions moins fréquentes.

Pour les premières, non caractéristiques, qui représentent 17% des cas, le praticien ne pourra pas, au moment même de la consultation, "faire un diagnostic". Il lui importe alors de bien décrire sémiologiquement la lésion, afin d'organiser sa démarche diagnostique et revoir le patient. A noter qu'il ne reconnaîtra pas forcément la lésion, le temps faisant souvent son action.

Les RC du deuxième groupe de troubles sont, eux, indispensables à connaître et le futur médecin devra axer sa formation sur ceux-ci. Ils sont au nombre de 20. De l'eczéma au zona en passant par les intertrigos, l'urticaire et autre pityriasis. Certaines de ces lésions sont facilement reconnaissables. On parle de reconnaissance de forme : on les a vu une fois et on les reconnaît toute sa vie. Deux ne sont pas si faciles que cela et nécessiteront de s'y intéresser de plus près, comme l'eczéma et le psoriasis. Enfin, les atteintes dermatologiques du 3^{ème} groupe sont celles que le médecin ne verra qu'à peine plus d'une fois par an. Mais là aussi, un certain nombre sont faciles à identifier.

Cette manière d'aborder la dermatologie devrait influencer la formation initiale et aider les internes dans l'organisation de leurs objectifs de stage chez le praticien. Ainsi, pourront-ils dire que comme pour l'HTA et le diabète, la dermatologie c'est facile !

L'ANGINE BACTERIENNE, UNE PATHOLOGIE RARE

Le saviez-vous ?

L'angine représente moins de 3% des actes annuels d'un médecin généraliste et nécessite une antibiothérapie dans moins d'1/3 des cas (68). Selon les données de l'OMG, le nombre moyen de patients présentant une angine, était de 62 par an et par médecin, pour un nombre d'actes moyen de 72, soit un taux de reconsultation très faible (Tableau n°12).

Tableau n°12 : ANGINE : Nombre de patients et d'actes / an / médecin

	Moyenne	Interquartile Q25 – Q50 – Q75
Patient	62,3	(32 – 48 – 74)
Acte	71,7	(37 – 58 – 88)

La distinction entre une angine virale ou bactérienne se fait depuis quelques années par le test diagnostique appelé TDR. Le score clinique de Mac Isaac est, soulignons le, tout aussi performant.

Discussion

Ainsi, l'angine est moins fréquente qu'on l'imagine. On pourrait dire qu'en moyenne, sur une année, un médecin généraliste français voit une angine par semaine (62 pour 52 semaines). Si on en juge par le nombre de TDR réalisés par les internes en début de stage chez le praticien, ceux-ci ne se limitent pas à l'indication de l'angine ! Mais l'expérience se construit avec le temps car les mêmes internes commandent moins de boîtes de TDR en fin de stage !

Le score de Mac Isaac permet, à lui seul, le bon usage d'antibiotiques car il possède une bonne valeur prédictive positive. L'étude sur le RC ANGINE-PHARYNGITE et de ses critères (items de la définition), reprenant ceux du Mac Isaac permet une justification de la prescription d'une antibiothérapie dans 75 % des cas. L'antibiothérapie est justifiée si le score de Mac Isaac est supérieur à 4, et la présence d'un TDR positif est intimement liée au résultat de ce score. Il convient donc de le rappeler car il remplace avantageusement l'écouvillonnage systématique des patients.

On peut imaginer que le pharmacien puisse pratiquer le TDR afin de rassurer les patients (c'était la motivation initiale de la mise en place de ce test) et d'éviter des consultations trop rapides dans les cabinets médicaux pour une simple affection virale.

L'ASTHME A TOUS LES AGES

Le saviez-vous ?

L'asthme fait partie des rares maladies dites chroniques présentes à tout âge de la vie (Figure n°19). Elle est même la première maladie chronique chez les moins de 25 ans (69).

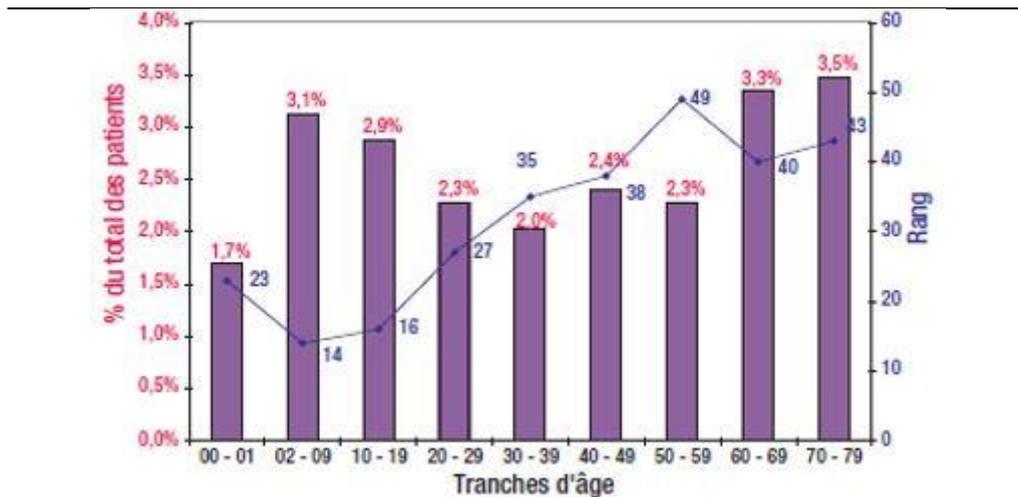


Figure n°19 : Prévalence de l'asthme et rang par tranche d'âge en 2005

Sur les quinze années d'analyse de l'OMG, l'asthme est en augmentation constante au fil des ans (Figure n°20).

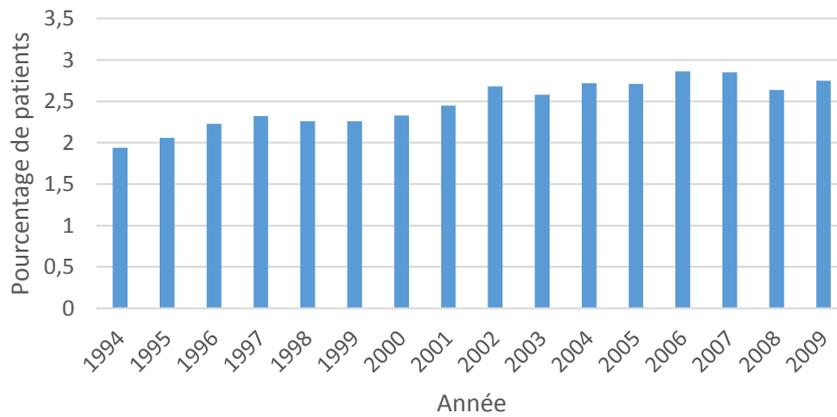


Figure n°20 : Evolution annuelle de la prévalence de l'asthme

Discussion

Maladie inflammatoire et chronique, l'asthme est cependant pris en charge de manière aiguë, par épisode principalement, lors de crises ou de poussées. Malgré l'éducation thérapeutique, et même si la présence d'infirmière ASALEE semble modifier les comportements, les patients et peut-être aussi, dans une moindre mesure les médecins, ont des résistances à entrer dans un suivi régulier de maladie chronique. Dans plus de 80% des consultations concernées par l'asthme, celui-ci est traité en mono ou de bithérapies (70) (Figure n°21).

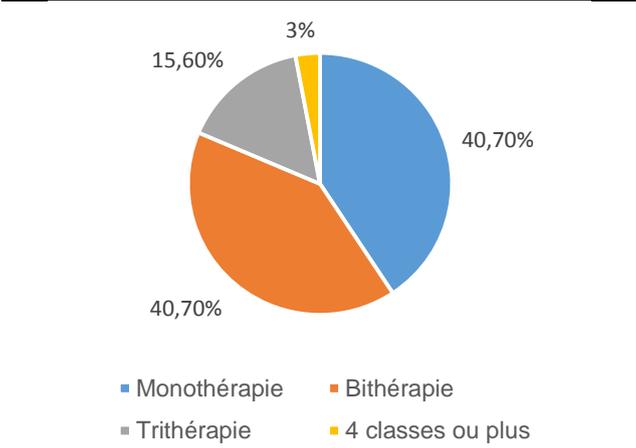


Figure n°21 : Répartition des prescriptions en fonction du nombre d'antiasthmatic

LOMBALGIE

Le saviez-vous ?

En moyenne chaque année, un médecin généraliste français voit une centaine de patients pour lombalgie. Ils consultent en moyenne une fois et demie pour ce problème. La lombalgie est en effet fréquente en médecine générale et se situe à la 8^{ème} position des Résultats de consultation tout patients confondus. Il atteint même la 4^{ème} position devant l'HTA chez les 40-50 ans (Tableau n°13).

Tableau n°13: Classement des 15 RC les plus fréquents sur une année

Les 15 RC les plus fréquents pour tous les patients				Les 15 RC les plus fréquents pour les 40 - 50 ans			
		Nb patients	%			Nb patients	%
1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	16556	24.28	1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	1820	20.24
2	ETAT FEBRILE	11849	17.38	2	ETAT FEBRILE	1228	13.66
3	HTA	8935	13.10	3	ETAT MORBIDE AFEBRILE	966	10.74
4	RHINOPHARYNGITE - RHUME	8418	12.34	4	LOMBALGIE	949	10.55
5	VACCINATION	8224	12.06	5	HTA	938	10.43
6	ETAT MORBIDE AFEBRILE	7838	11.49	6	RHINOPHARYNGITE - RHUME	859	9.55
7	HYPERLIPIDÉMIE	5700	8.36	7	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	722	8.03
8	LOMBALGIE	4689	6.88	8	TABAGISME	673	7.48
9	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	4063	5.96	9	VACCINATION	641	7.13
10	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	3483	5.11	10	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	589	6.55
11	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	3175	4.66	11	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	575	6.39
12	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	3125	4.58	12	HYPERLIPIDÉMIE	542	6.03
13	RHINITE	2944	4.32	13	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	463	5.15
14	PLAINTÉ ABDOMINALE	2758	4.04	14	CONTRACEPTION	455	5.06
15	CONTRACEPTION	2658	3.90	15	RHINITE	404	4.49

On constate par ailleurs une augmentation régulière de près de 32% (de 5.2 à 6.9%) de la prise en charge pour lombalgie en 20 ans (Figure n°22).

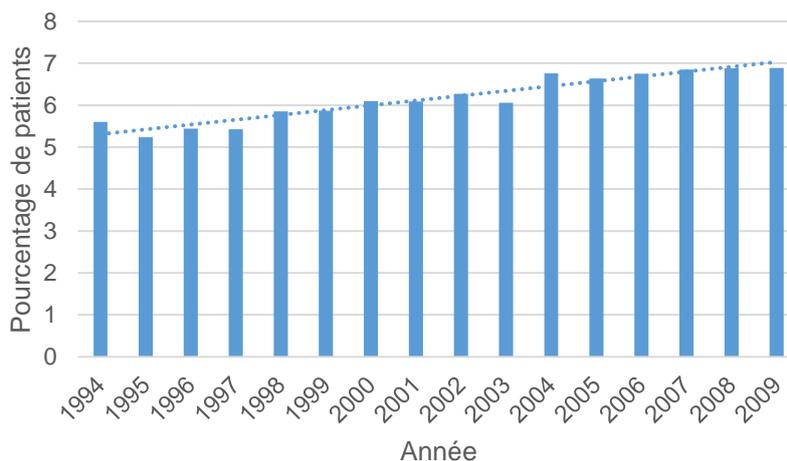


Figure n°22 : Evolution de la prévalence annuelle du RC LOMBALGIE

Discussion

Force est de constater que la lombalgie est un problème récurrent de médecine générale. Dans la réalité de la pratique, ce trouble est généralement pris en charge comme un problème aigu. Pourtant, une enquête de l'IRDES datant de 2012 (71), montrait que les patients interrogés évoquent la lombalgie comme maladie chronique dans 19% des cas, contre 13% pour l'HTA ou 8.5% le diabète. Ces résultats sont d'ailleurs superposables à ceux d'une enquête réalisée en Belgique (72). Peut-être est-il possible d'avancer que le médecin ne perçoit pas toujours la demande du malade avec la même acuité que lui. La maladie du médecin (disease) et maladie du malade (illness) diffèrent : la vision du patient correspond à un état de mal-être qui ne correspond pas systématiquement à un diagnostic de maladie selon le médecin (73). Pas si simple donc de savoir si la lombalgie est un trouble aigu ou chronique, si l'on doit la prendre en charge comme une succession d'instantanés ou dans la durée. On peut se poser la même question avec l'organique et le psychosomatique. Nous savons bien, et les patients aussi, que la lombalgie est qualifiée "du mal du siècle" : *se casser le dos, en avoir plein le dos...* Toute la complexité de la démarche en premier recours est condensée dans la prise en charge pour une lombalgie (74). Le risque de gravité est faible, mais pas nul. Il n'est pas nécessaire de l'explorer immédiatement, mais il faut éviter la chronicisation. Il ne faut pas sous-estimer une maladie organique, mais le risque principal est de médicaliser une étiologie psychogène...

Chaque Résultat de consultation du dictionnaire des Résultat de consultation® possède une liste de DiC (diagnostics critiques) correspondant aux maladies à évoquer devant ce RC (46).

Tableau n°14 : Liste des DiC pour le RC LOMBALGIE

DiC	Criticité	Fréquence
Arthrose	60	***
Hernie discale	90	***
Psychogène	2	***
Maladie de Scheuerman	60	***
Tassement ostéoporotique	60	***
Spondylolisthésis	90	***
Cancer	300	**
Rhumatisme inflammatoire chronique	140	**
Chondrocalcinose	60	**
Sténose du canal médullaire	90	**
Spondylodiscite infectieuse	3000	*
Maladie de Paget	60	*
Tumeur bénigne	90	*

LOMBALGIE en possède 13 (Tableau n°14) dont « psychogène » ayant une criticité faible mais une fréquence importante. Le praticien doit, devant son patient lombalgique, évoquer une origine psychogène. En médecine générale ce n'est pas un "diagnostic d'élimination". En parler évite, perte de temps, surmédicalisation inutile et enkystement délétère. Le patient en partenaire intéressé à aider son médecin à trouver la cause de son mal, validera ou pas cette piste. Le soignant a plus de résistance à parler de cela que le patient. Si le patient réfute cette hypothèse le praticien est alors plus à l'aise pour explorer d'autres causes à la lombalgie.

"DOCTEUR, VOUS FAITES LES ENFANTS" ?

Le saviez-vous ?

D'après une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en 2002, parmi les enfants de moins de 3 ans, 5 % ont seulement vu un pédiatre, 40% ont vu seulement un généraliste et 55 % ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre (75). Ces chiffres datent, mais le suivi en médecine générale a dû s'accroître. Pour la population des moins de 16 ans, 8 enfants sur 10 (79%) sont pris en charge exclusivement par leur médecin de famille.

Jusqu'à 6 ans, la moitié des consultations de ces enfants concerne un état infectieux. On retrouve prioritairement ETAT FEBRILE, CATARRHE DES VOIES RESPIRATOIRES puis ETAT AFEBRILE. Avant deux ans, l'EXAMEN SYSTEMATIQUE ET PREVENTION représente légitimement 30% des actes (Figure n°23).

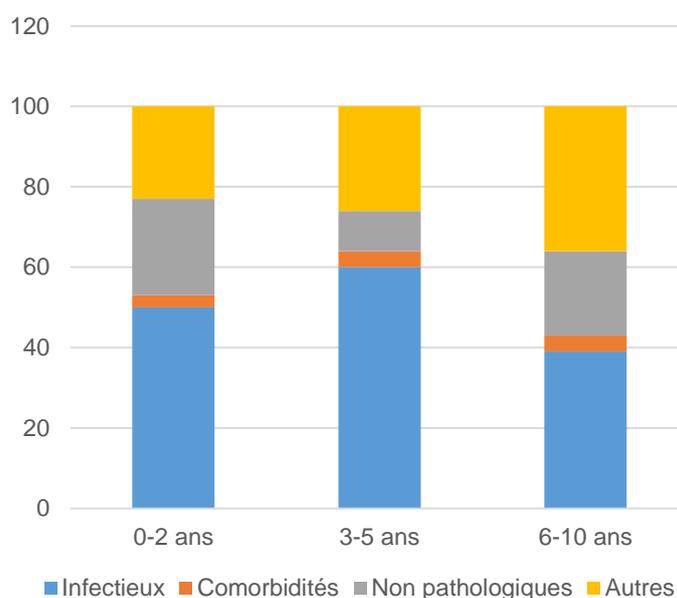


Figure n°23 : Répartition des différents types de RC selon la classe d'âge

Une analyse rétrospective avec typologie de patients sur les années 2000 a permis l'analyse de 1014 enfants ayant généré 35 771 actes (76) (Tableau n°15).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les garçons et les filles quelle que soit la classe d'âge.

Tableau n°15 : Nombre d'actes et médiane par an

	Actes	1^{er} quartile	Médiane	2^{ème} quartile
0-2 ans	14 956	4	12	23
3-5 ans	10 122	4	9	14
6-10	10 693	5	6	14
Total	35 771			

Au final, 15% des enfants méritaient une attention particulière quant à leurs infections à répétition. Il s'agit d'enfants faisant plus de 6 infections par an avant 2 ans, plus de 6 infections par an entre 3 et 5 ans et plus de 2 par an entre 6 et 10 ans. Une des conséquences directes pour ces enfants est le risque de recevoir plus d'antibiotiques que les autres, réponse thérapeutique souvent inappropriée devant cette problématique à répétition.

On comprend facilement qu'il s'agit des consultations peu chronophages. Plus d'un tiers durent moins de 15 minutes (77).

Discussion

Quand en 2009 une journaliste déclarait au journal de France 2 que seuls 20% des enfants ont la chance d'être suivis par un pédiatre, les autres devant se contenter d'aller chez le généraliste, nous lui rappelions que la prise en charge des soins non programmés en pédiatrie l'est principalement par les généralistes¹⁵. Depuis les années 2000, la situation a légèrement changé par le développement de la surveillance par les puéricultrices (PMI...) et la diminution du nombre de pédiatres en ville. Cette évolution est tardive car bien plus répandue dans les autres pays européens. La surveillance systématique des enfants est progressivement dévolue aux paramédicaux, quand les soins sont confiés au médecin traitant.

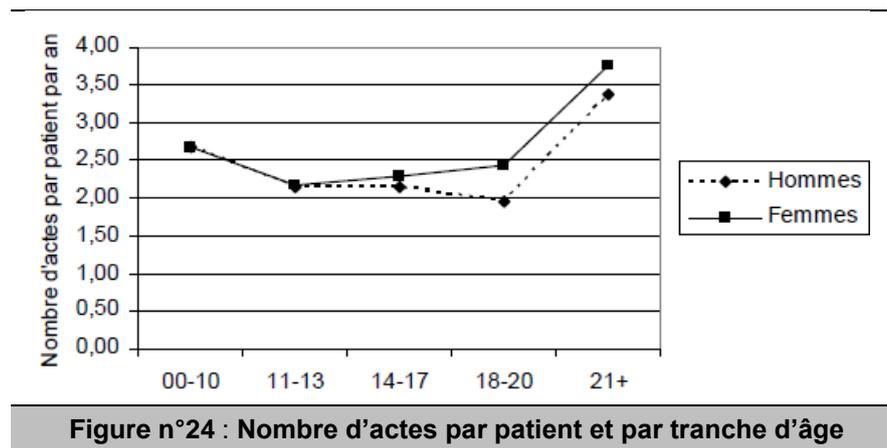
Oui, le docteur "fait les enfants". Il n'a sans doute pas besoin, contrairement à l'idée reçue, de réserver des créneaux plus longs pour ces consultations pédiatriques, car en moyenne elles ne sont pas plus longues que pour les autres patients.

¹⁵ Editorial « France 2 fait fort ! Partialité ou simple manque de sérieux ? ». Janvier 2009.

LES ADOLESCENTS, CES ABSENTS

Le saviez-vous ?

L'adolescence est la période de la vie où l'on consulte le moins un médecin (Figure n°24).



L'adolescent consulte dans 75% des cas pour un problème de santé aigu (78). Le trio de tête des raisons de consulter sont d'abord les motifs non pathologiques, que l'on retrouve dans plus d'1/3 des actes pour la tranche d'âge 10 à 19 ans. Il s'agit entre autre des examens systématiques (vaccination, contraception, sport...). Viennent ensuite les infections aiguës saisonnières (angine, rhinopharyngite, otite, gastro-entérite...) et la traumatologie (contusion, entorse, arthropathie...).

Quatre affections chroniques figurent dans le TOP 20 des adolescents : la RHINITE ALLERGIQUE, l'ASTHME, l'ACNE et les ANOMALIES POSTURALES.

On retrouve ensuite, mais toujours dans le TOP 50, les RC à type d'ANGOISSE, d'INSOMNIE et de REACTION A SITUATION EPROUVANTE.

Les jeunes filles diffèrent des garçons par les motifs gynécologiques et la moindre fréquence de la traumatologie (Tableau n°16).

Tableau n°16 : Le TOP 20 des RC par genre

♀		♂		
Rang	RC	%	RC	%
1	EX. SYSTEMATIQUE & PREVENTION	16.19	EX. SYSTEMATIQUE & PREVENTION	23.35
2	ETAT FEBRILE	12.28	ETAT FEBRILE	13.54
3	VACCINATION	11.62	VACCINATION	8.21
4	RHINOPHARYNGITE - RHUME	7.69	ETAT MORBIDE AFEBRILE	7.61
5	ETAT MORBIDE AFEBRILE	7.14	RHINOPHARYNGITE - RHUME	7.60
6	CONTRACEPTION	6.14	ANGINE	2.92
7	ANGINE	3.28	RHINITE	2.88
8	RHINITE	2.32	ASTHME	2.80
9	PLAINTE ABDOMINALE	2.08	CONTUSION	2.65
10	ACNE	2.08	DIARRHEE - VOMISSEMENT	2.58
11	PERI-ARTHROPATHIE	1.94	ACNE	2.31
12	CYSTITE - CYSTALGIE	1.85	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	2.13
13	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	1.82	ENTORSE	2.02
14	ASTHME	1.72	PERI-ARTHROPATHIE	1.96
15	ENTORSE	1.71	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	1.64
16	LOMBALGIE	1.70	PLAINTE ABDOMINALE	1.60
17	DYSMENORRHEE	1.65	TOUX	1.53
18	ANOMALIE POSTURALE	1.60	OTITE MOYENNE	1.43
19	CONTUSION	1.60	ANOMALIE POSTURALE	1.21
20	DIARRHEE - VOMISSEMENT	1.53	DERMATOSE	1.21

A noter que l'évocation en consultation de la consommation de toxiques débute dès 14 ans et prédomine chez les garçons (78). Les problèmes liés au tabac dès 11 ans et ceux liés à l'alcool aux alentours de 16 ans (Figure n°25).

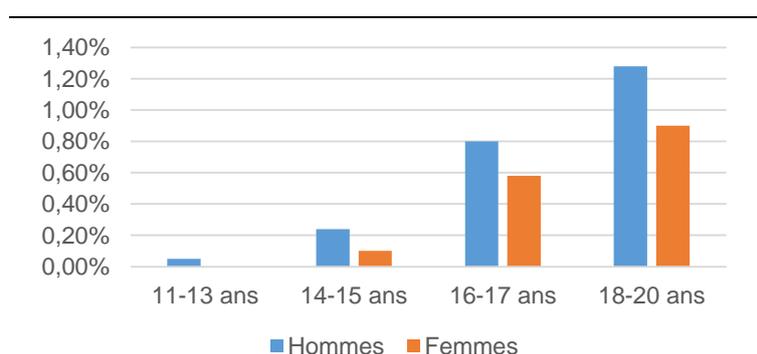


Figure n°25 : Tabagisme par tranche d'âge et de genre

Discussion

Les adolescents consultent donc peu. Ceci est compréhensible puisque l'on est moins malade à cet âge et que l'on ne "subit" plus les examens systématiques de l'enfance. Il est donc important de saisir l'occasion de leur venue pour aborder certains sujets. Lors d'une consultation pour un certificat d'aptitude au sport ou d'une entorse, le médecin doit évoquer la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et s'enquérir du sommeil ou de l'anxiété du jeune patient. L'inintérêt des examens de non contre-indication au sport est connu. Plus grand monde n'ose encore réaliser un test de Ruffier-Dickson. Alors "profitons" de ces occasions pour interroger le mal-être possible de l'adolescence.

"DOCTEUR, VOUS FAITES LA GYNECO" ?

Le saviez-vous ?

Les médecins généralistes "font" de la gynécologie. Cette activité représente un peu plus de 11% de son activité. Les femmes médecins font deux fois plus d'actes gynécologiques que leurs homologues hommes (79) (Figure n°26).

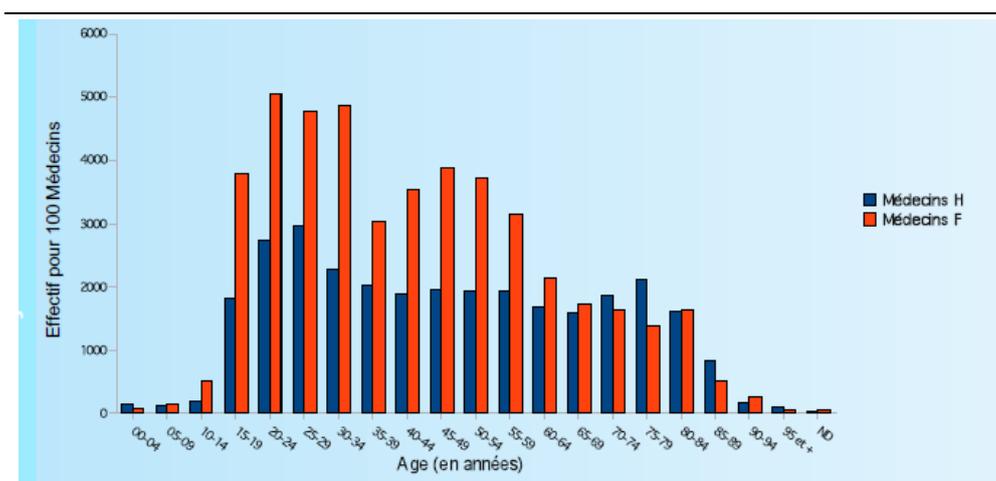


Figure n°26 : répartition des RC gynécologiques selon l'âge de la patiente et le genre du médecin

Cette activité correspond à 16 Résultats de consultation, allant de l'orthogénie à l'obstétrique, en passant par la prévention et la prise en charge des morbidités, essentiellement infectieuses (Tableau n°17).

Tableau n°17 : Les problèmes gynécologiques les plus fréquemment pris en charge en médecine générale

	Rang
CONTRACEPTION	11
GROSSESSE	29
MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)	40
VULVITE-VAGINITE	58
MENORRAGIE-METRORRAGIE	71
DYSMENORRHEE	106
HERPES	108
DOULEUR PELVIENNE	120
SEIN (AUTRE)	123
SEIN (TUMEFACTION)	130
LEUCORRHEE	185
SEXUELLE (DYSFONCTION)	210
UTERUS (HYPERTROPHIE - FIBROME)	213
COL UTERIN (ANOMALIE DU)	236
SYNDROME PREMENSTRUEL	239
POST- PARTUM (SUIVI)	257

Discussion

Il est fort probable que depuis la fermeture de l'OMG, la part de la gynécologie en médecine générale ait progressivement augmenté. La principale raison réside dans la féminisation importante de notre discipline. Il faut y ajouter la diminution régulière de la gynécologie médicale de ville. En revanche, la récente réinstallation des sages-femmes semble laisser entrevoir une modification dans la prise en charge du suivi de grossesse.

La médicalisation de l'orthogénie semble une particularité de notre pays. Grossesse et contraception ont certainement été surmédicalisées, sans doute liées à la pression médicale des années 1965 à 1984 avec le CES de gynécologie médicale. A l'avenir, la fonction du (de la) généraliste se recentrera sur le soin et la prévention. A ce titre, la prévention du cancer du col de l'utérus est intéressante. Dans notre pays une faible proportion de frottis cervicovaginaux est réalisée par les généralistes alors que celle-ci dépasse les 85% au Danemark ou aux Pays-Bas (80). De plus, près de 40% des

femmes n'auraient pas réalisé de dépistage en quatre ans. Ce taux augmente à partir de 50 ans et pour les femmes ayant des caractéristiques socioéconomiques défavorables (81). Le mode d'organisation des soins du pays et la méthode d'implication des soignants dans ce dépistage sont primordiaux (Figure n°27).

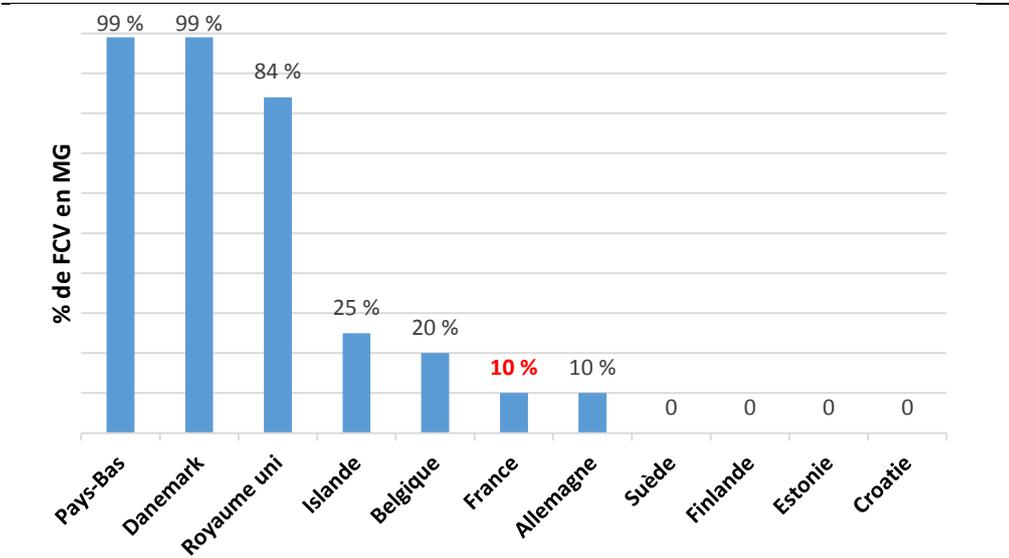


Figure n°27 : Part des FCV réalisés par les médecins généralistes en Europe

LA MENOPAUSE, PASSEE DE MODE !

Le saviez-vous ?

Le nombre de consultations dédiées à la prise en charge de la ménopause s'est considérablement effondré depuis le début des années 2000. Le recours au médecin a été divisé par deux entre la fin des années 90 et la fin de la première dizaine des années 2000 (Figure n°28). Cette cassure dans les chiffres correspond à la remise en question scientifique des traitements hormonaux de la ménopause.

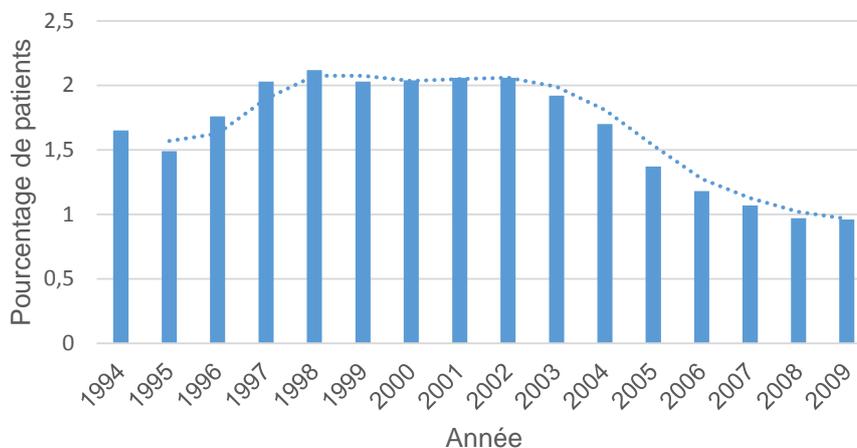


Figure n°28 : Evolution annuelle du RC MENOPAUSE

Discussion

En effet, une étude américaine en 2000 montrait une augmentation significative des risques d'accident cardiovasculaire et de cancer du sein chez les femmes traitées par hormonothérapie (82). En janvier 2003, l'Agence française pour la sécurité sanitaire des produits de santé, publiait un avis dans lequel elle recommandait de limiter la prescription des THS. Cette période faisait suite à un cycle d'une dizaine d'années de forte invitation à prescrire (83). Sous la pression des médias féminins et de l'industrie pharmaceutique, on déplorait alors, à l'occasion des formations médicales continue que seulement 11% des femmes ménopausées françaises bénéficiaient du THS ! Après la disparition des médicaments non hormonaux (pour des raisons d'effets indésirables), les ressources thérapeutiques devenant minimes, le recours au médecin a donc fortement diminué.

Au-delà de cette explication, il est intéressant tout de même de constater que les plaintes liées aux désagréments de la ménopause ont fortement diminué. La pression médiatique avait-elle accentué les plaintes ? La "visite médicale", comme on disait, était encore très présente.

On savait déjà que les attentes des patientes ne correspondaient pas forcément aux préoccupations des médecins. Ces derniers justifiant un traitement essentiellement comme une prévention de l'ostéoporose, alors que les femmes en attendaient surtout une action sur le vieillissement de la peau et la sécheresse vaginale (84). Peut-être faudrait-il en tenir compte dans le dialogue avec nos patients ?

AUGMENTATION DES MALADIES DU TRAVAIL

Le saviez-vous ?

Le nombre de maladies professionnelles déclarées a augmenté de 4% entre 2005 et 2012 (85) atteignant 56 000 déclarations annuelles, soit environ 230 maladies déclarées chaque jour. Les troubles musculo-squelettiques occupent une place prépondérante, représentant les 4/5^{ème} des maladies professionnelles, dont 1/3 pour le syndrome du canal carpien.

Ces chiffres issus des données du ministère du travail, sont confirmés par ceux de l'OMG. Il est effectivement retrouvé une augmentation du nombre de patients présentant des ténosynovites du coude et de l'épaule (Figure n°29). Les épicondylites ont doublé en moins de 5 ans dans le début des années 2000.

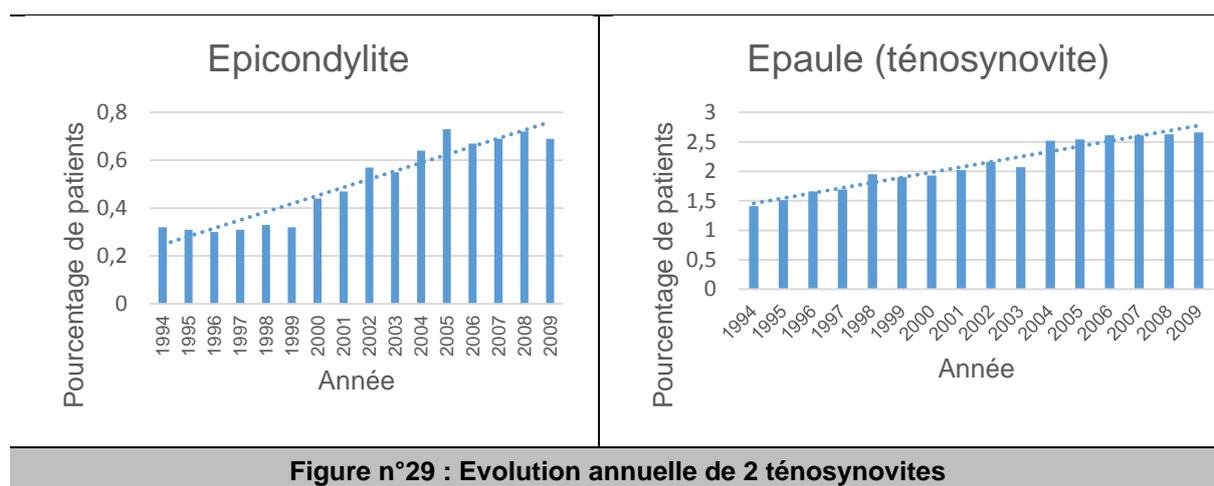


Figure n°29 : Evolution annuelle de 2 ténosynovites

Il en va de même avec une augmentation franche de la prévalence du syndrome du canal carpien (Figure n°30).

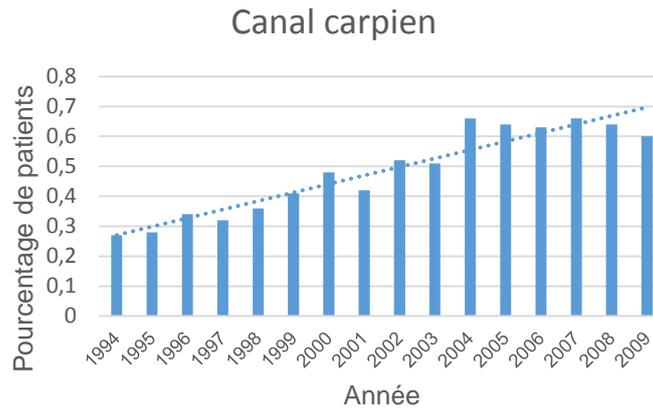


Figure n°30 : Evolution annuelle du canal carpien

Discussion

Cette tendance actuelle à l'augmentation des maladies professionnelles peut être due à plusieurs facteurs : la sensibilisation des médecins du travail et des salariés, la simplification des critères de reconnaissance en maladie professionnelle, la médiatisation du problème... Mais à l'heure de l'informatisation des chaînes de production, de la diminution de la manutention, de la prévention des troubles musculo-squelettiques, comment peut-on expliquer cette accentuation ? Par la sédentarité des travailleurs, renforcée par le temps passé devant l'informatique sur des sites mal adaptés. Peu de salariés ont des claviers et souris sans fil. A l'augmentation de la productivité horaire du temps de travail depuis le passage aux 35 heures en... 1998 (86) ? On pourrait enfin oser envisager qu'il s'agit d'une manière physique de se plaindre d'un autre problème plus récemment pris en compte, à savoir la souffrance morale au travail, quand le corps exprime la souffrance d'un travail répétitif ou peu valorisant ou encore mal reconnu ? Les troubles musculo-squelettiques sont plus aisément objectivables et reconnus en maladies professionnelles (voir fiche 21).

UN MEDiateur DES PROBLEMES LIES AU TRAVAIL

Le saviez-vous ?

Il existe une forte augmentation de la prévalence des problèmes liés au travail. Ceux-ci ont été multipliés par 5 en 10 ans (87), avec une prédominance féminine. Les médecins généralistes ont bien perçu ce phénomène (88) : 23% des patients souffriraient de stress professionnel chronique, 7% de harcèlement moral et 13% d'épuisement professionnel (89). Ces troubles concernent particulièrement les femmes (66%), les employés (44%) et les cadres (17%).

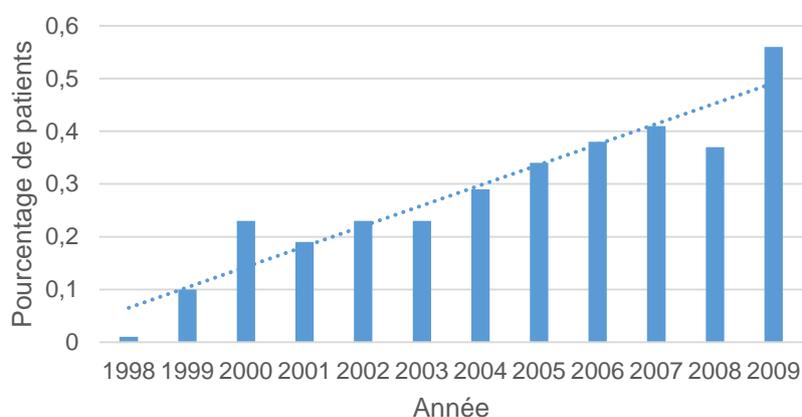


Figure n°31 : Evolution annuelle de la prévalence du RC PROBLEME PROFESSIONNEL

Discussion

Les conditions de travail se seraient dégradées ces dernières années (87) et la souffrance psychique des salariés devient de plus en plus visible. L'analyse isolée du Résultat de consultation PROBLEME PROFESSIONNEL, confirme qu'il se passe bien quelque chose depuis le début des années 2000. La société fait de la santé une priorité, entraînant insidieusement sa médicalisation excessive (90). Tout ce qui fait problème dans notre société est confié à la médecine. La vieillesse, le sport, les difficultés scolaires, la pauvreté et le travail. Le stress au travail lié aux difficultés économiques et aux dérives de la gestion des ressources humaines touche maintenant tous les niveaux dans l'entreprise, de l'employé au cadre supérieur. Pour éviter toute analyse sur les méthodes de management, la souffrance est évacuée vers

les médecins. Pour autant, nous observons qu'il est plus difficile depuis ces dernières années, d'imposer un arrêt de travail aux patients. Les refus sont fréquents.

Pourtant, le vieux concept de gestion des ressources humaines, devait optimiser le fonctionnement de l'entreprise moderne. Etrange association de 3 mots : gestion - ressource - humaine. On gérait les ressources naturelles, les ressources énergétiques, les stocks... Mais les techniques de management atteignent peut-être leur limite. Si l'entreprise n'y apporte pas de modifications, c'est sans doute que la productivité est encore à ses yeux, satisfaisante. Mais pour le moment, afin d'éviter toute remise en question, la souffrance professionnelle est médicalisée et confiée au médecin. L'humain est plein de ressources, mais ne se gère peut-être pas sans un minimum de confiance et de reconnaissance.

UNE SOCIETE ANGOISSEE

Le saviez-vous ?

Sur un an, au moins 15% des patients ont consulté pour un des 6 troubles psychiques les plus fréquents : INSOMNIE, ANXIETE-ANGOISSE, REACTION A SITUATION EPROUVANTE, HUMEUR DEPRESSIVE, NERVOSITE et DEPRESSION (91). L'anxiété-angoisse est le 2^{ème} de ces troubles. Dans le top 50 des RC les plus fréquents, tous patients confondus, si l'on opère un regroupement des 4 RC du domaine psychologique, ceux-ci représentent 11,72% des patients et les placent au 6^{ème} rang dans le TOP 50, juste après HTA, RHINOPHARYNGITE et VACCINATION (Tableau n°18).

Tableau n°18 : Place des 4 premiers RC psy dans la TOP 50 tout âge		
Résultat de consultation	% de patient	Rang
ETAT FEBRILE	17.38	2
HTA	13,1	3
REACTION SITUATION EPROUVANTE	4.58	12
ANXIETE ANGOISSE	3.07	26
DEPRESSION	2.13	39
HUMEUR DEPRESSIVE	1.94	47
Total des 4 RC psy	11,72	6

Parmi les RC du chapitre psychisme, le RC REACTION A SITUATION EPROUVANTE montre une augmentation la plus sensible sur les 15 ans d'étude (Figure n°32). Il est probable que la courbe ne se soit pas inversée depuis 10 ans !

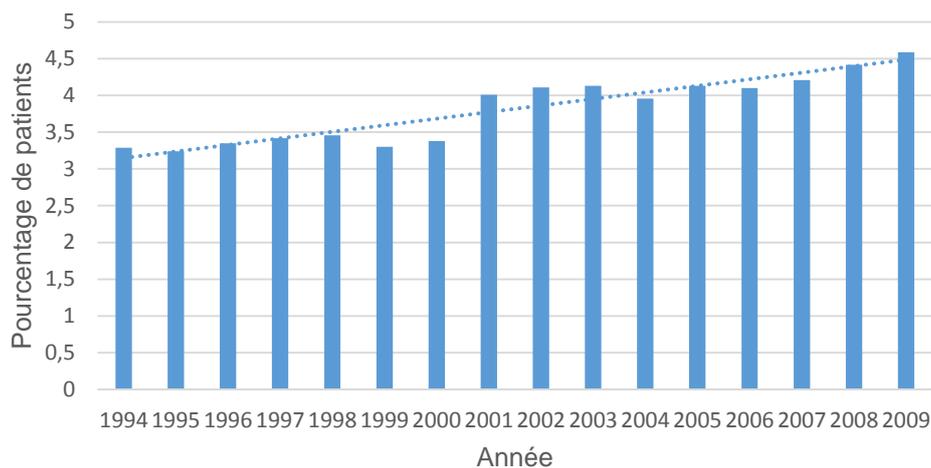


Figure n° 32 : Evolution annuelle du RC REACTION A SITUATION EPROUVANTE

L'anxiété angoisse touche le plus souvent les patients entre 20 et 65 ans, mais elle est prise en charge dès l'adolescence. Pour toutes les tranches d'âge, ce RC est plus fréquent chez la femme (Figure n°33). La prise en charge de cette angoisse se prolonge dans le temps dans les $\frac{3}{4}$ des cas (91).

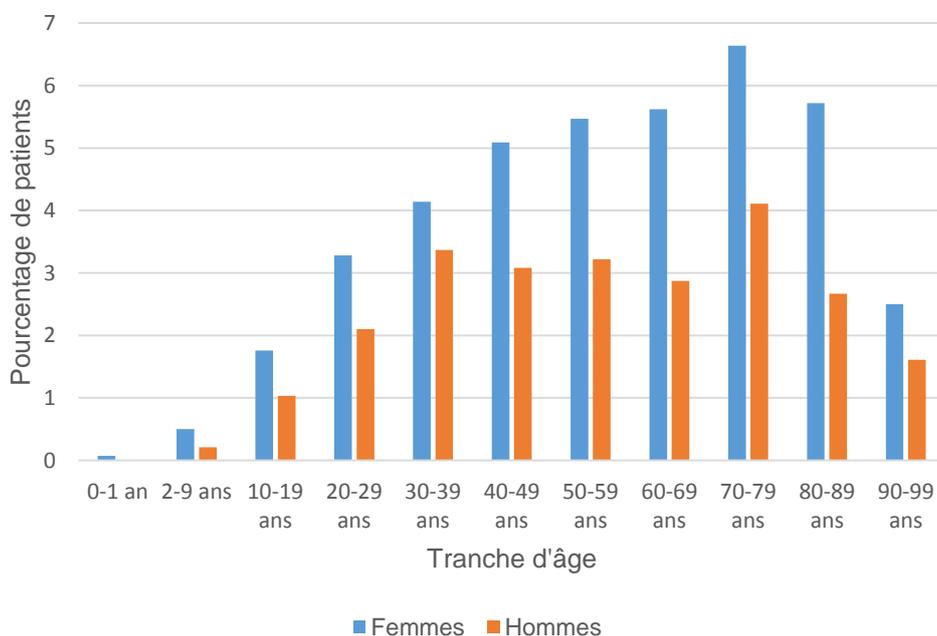


Figure n° 33 : Comparaison H/F par tranche d'âge du RC ANXIETE-ANGOISSE

Discussion

Les troubles psychologiques légers sont donc fréquemment pris en charge en médecine générale. Ils sont majoritairement féminins. Peut-on y voir un marqueur prouvant que la pression sociale porte encore majoritairement sur les femmes ? Ou alors cela est-il lié au fait que les femmes se livrent plus aisément chez leur médecin là où les hommes ont plus de difficultés à se mettre au pied du mur ? Certains diront que les hormones entrent en jeu dans la gestion du stress, mais à notre connaissance aucune étude sérieuse ne l'a encore réellement prouvé.

Au total, nul étudiant en médecine générale (comme tout médecin généraliste) ne doit ignorer ce champ de la pathologie complètement sous-enseigné dans le cursus universitaire. Force est de constater, au regard de l'épidémiologie, qu'il serait souhaitable d'envisager des stages « écoute et psychothérapie de soutien » !

LE MORAL PAS AU TOP, LA FORMATION NON PLUS !

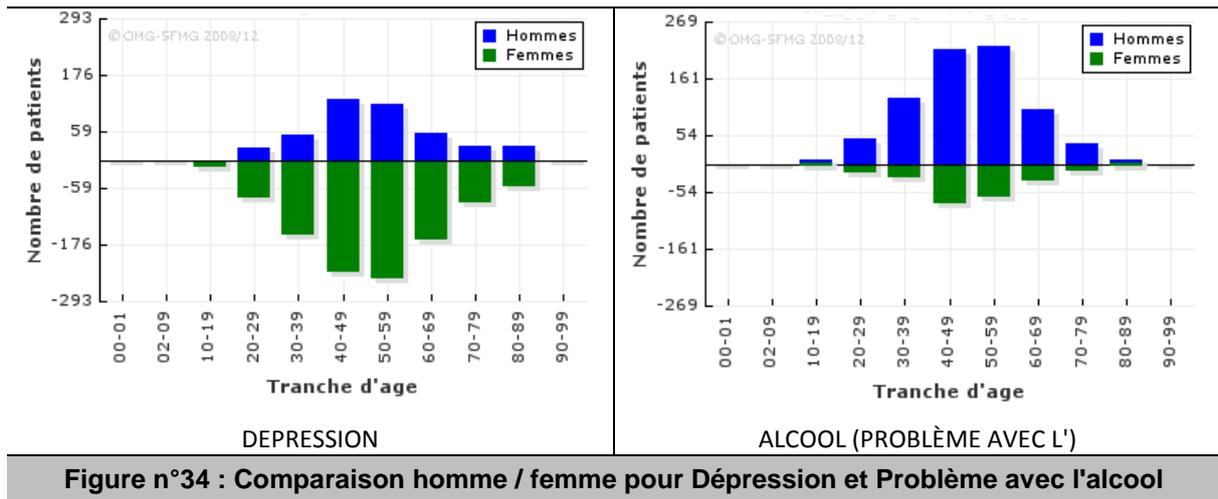
Le saviez-vous ?

L'ensemble des troubles psychologiques pris en charge en médecine générale sont dominés par les troubles anxio-dépressifs, puis les addictions et les troubles psychotiques. Ils représentent près de 15% des actes, soit un acte sur 6. Les 4 RC du domaine anxio-dépressif figurent dans le TOP 25 des RC les plus fréquents. (Tableau n°19).

Tableau n°19 : Liste des RC psychologiques les plus fréquents

Dénomination	%	Rang
REACTION A SITUATION EPROUVANTE	2,96	11
ANXIETE - ANGOISSE	2,41	17
DEPRESSION	2,27	20
HUMEUR DEPRESSIVE	1,88	24
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	1,51	36
TOXICOMANIE	1,45	38
TROUBLE PSYCHOTIQUE	0,83	67
DHL 05 - Troubles mentaux et du comportement	0,19	166
ANOREXIE - BOULIMIE	0,17	177
SYNDROME MANIACO DEPRESSIF	0,13	192
PHOBIE	0,12	208
COMPORTEMENT (TROUBLES)	0,09	219

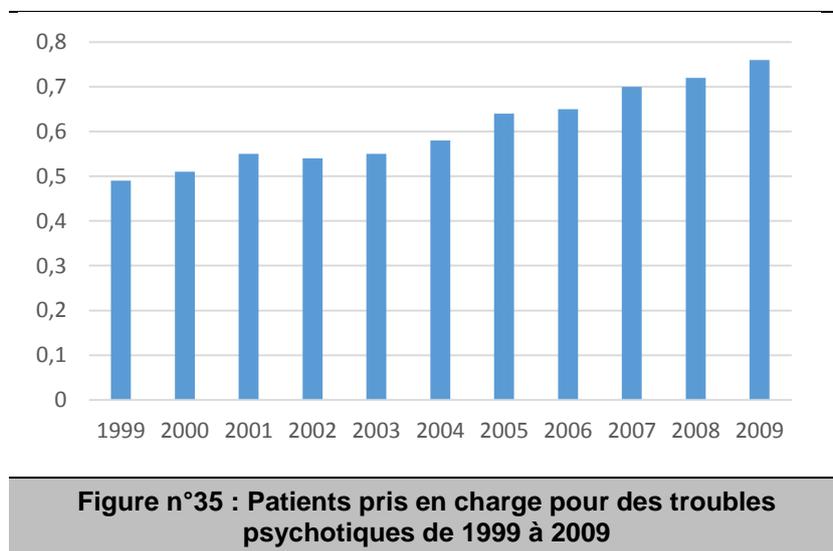
Il existe une nette prédominance masculine pour les addictions, tandis que les femmes prédominent en ce qui concerne les troubles anxio-dépressifs (Figure n°34).



Ces tableaux sont donc plus fréquents que ceux de la sphère gynécologique (11%) et même dermatologique (13%).

Discussion

Les troubles d'ordre psychique sont incontestablement sous-estimés par les médecins alors qu'ils les prennent en charge. Ils croissent régulièrement depuis le début des années 2000, y compris pour les troubles "lourds" (Figure n°35).



Ne vaudrait-il pas mieux organiser, pendant le DES de médecine générale, des stages de psychiatrie ? La plupart des internes se disent démunis face au patient présentant une souffrance morale. Très peu ont entendu parler de Balint ou du concept d'altérité, privilégiant d'emblé des solutions, de type comportementales, avant d'oser le

questionnement et converser avec le patient. Il y a ici, plus que des acquisitions techniques, des savoirs à connaître, des savoirs faire et des savoirs être à maîtriser.

LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Le saviez-vous ?

La prise en charge ambulatoire de la toxicomanie et du tabagisme a très nettement augmenté depuis 15 ans, alors que celle de l'alcoolisme reste désespérément stable.

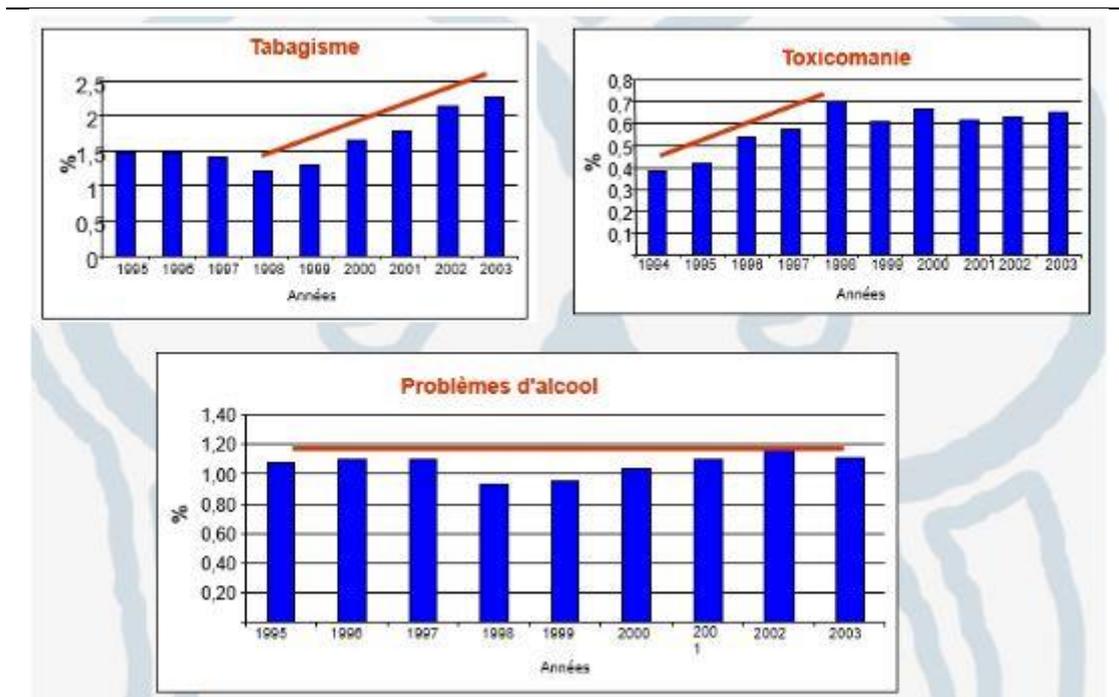


Figure n°36: Evolution sur 10 ans de la prise en charge de 3 addictions

En effet, l'OMG a montré une multiplication par deux en 5 ans de la prise en charge de l'addiction au tabac au début des années 2000, et une augmentation de 50% en 5 ans de la prise en charge de la toxicomanie dès le milieu des années 90, alors que la prise en charge de l'alcoolodépendance stagne pendant toute la durée des 15 années de recueil.

Discussion

Ces chiffres s'expliquent et montrent bien que le médecin vit dans un environnement social et qu'il ne peut donc agir seul. La prise en charge du tabagisme s'est améliorée, grâce à l'évolution d'une législation drastique et d'un accroissement net du prix. Pour la toxicomanie, la mise sur le marché d'un traitement de substitution (BUPRENORPHINE, METHADONE) correspond à cette augmentation.

Les problèmes d'alcool pris en charge ne figurent pas dans les 50 troubles les plus fréquents en médecine générale. On ne les retrouve qu'à la 31^{ème} position si l'on observe que les hommes et ils remontent à la 13^{ème} place pour la tranche d'âge des 40 à 50 ans. Si l'on compare aux chiffres dans la population générale (92), force est de constater que la prise en charge des patients ayant des mésusages d'alcool pose problème. A notre décharge, la société reste très passive sur ce sujet, qui lui paraît plus délicat que le tabac ou les drogues. Il semble pourtant clair que la difficulté à évoquer la consommation d'alcool vient plus du médecin que du patient (93). On peut le regretter car la prise en charge ambulatoire par le généraliste, pour peu qu'elle soit formalisée, donne des résultats non négligeables. Il a été montré qu'un patient sur trois était abstinente à un an et qu'ils sont 65% à se déclarer bien psychologiquement (94).

L'optimisation de la prise en charge de ces patients passerait curieusement moins par des formations spécifiques à l'alcoologie, mais par des moyens adaptés permettant au soignant de se positionner vis-à-vis de son rôle, ainsi que la place qu'il est disposé à faire à cet autre qu'est le patient. On pense alors au Groupe de pairs© et aux groupes Balint. Quant au questionnement systématique, il est illusoire. Il montre une méconnaissance de l'exercice en médecine générale. Alors, comment optimiser notre démarche ? Par un ciblage du dépistage : lors d'une prise de la pression artérielle élevée (effet tensiogène de l'alcool) ; lors d'une consultation pour asthénie (effet dépressif) ; lors des examens d'aptitude au sport (prévention des risques), lors des consultations d'arrêt de tabac (co-addiction) (95).

ET LA PREVENTION

Le saviez-vous ?

Une consultation sur 10 comporte un acte lié à la prévention. En septembre, c'est la saison du sacrosaint certificat de non contre-indication au sport, et la prévention représente jusqu'à 25% de l'activité du médecin généraliste (Figure n°37).

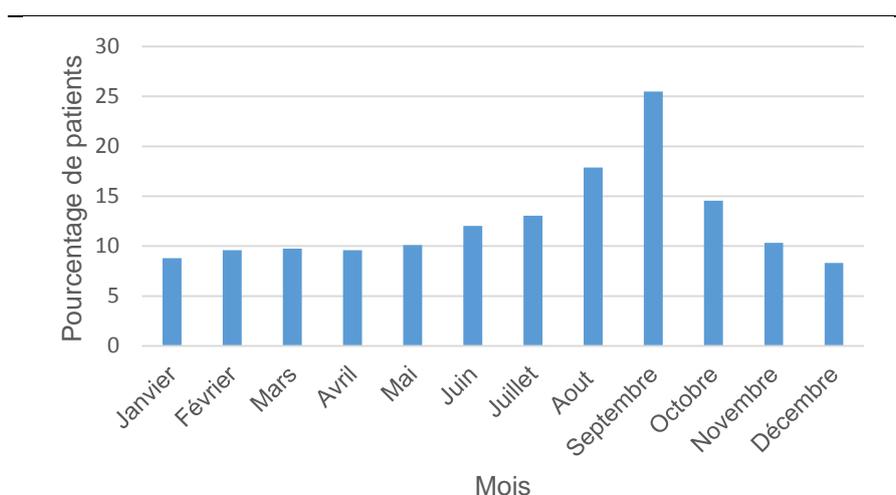


Figure n°37 : Prévalence mensuelle de la prévention

La prévention est regroupée autour de 3 RC, à savoir : EXAMEN SYSTEMATIQUE ET PREVENTION, VACCINATION et CONTRACEPTION. A eux trois ils sont présents dans 18% des actes de médecine générale (Tableau n°20).

Tableau n°20 : Prévalence de la prévention en acte

RC	Rang	%
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	2	11.02
VACCINATION	6	5.25
CONTRACEPTION	25	1.88

La répartition des actes par tranche d'âge montre que les examens systématiques, la prévention primaire, touche tous les âges de la vie avec une forte proportion entre 0 et 19 ans et un pic à la cinquantaine (Figure n°38).

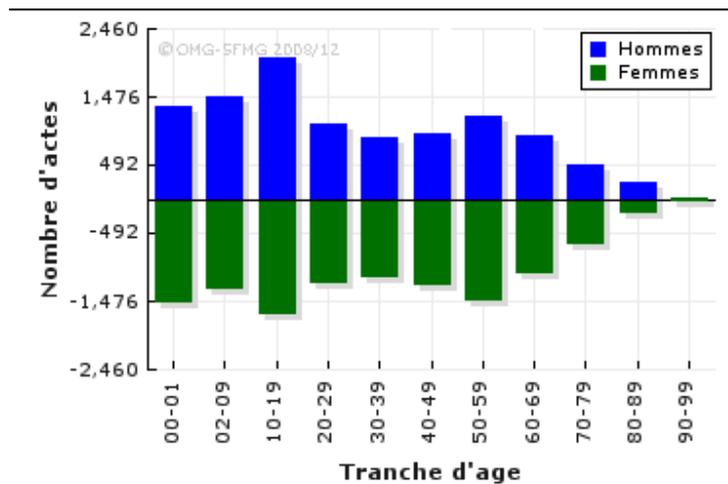


Figure n°38 : Répartition des actes par tranches d'âge pour EXAMEN SYSTEMATIQUE ET PREVENTION

Discussion

La prévention, l'éducation à la santé et le dépistage font partie intégrante des compétences du médecin généraliste. Cette activité représente, au minimum, un dixième de son temps de travail et n'est donc pas négligeable. Les actes de prévention ont augmenté de 50% depuis le début du siècle.

Tous ces actes sont souvent peu investis par les patients : « Docteur ce n'est qu'un certificat », « C'est juste pour un conseil »... Ils sont régulièrement relégués en second ou troisième motif de consultation, sur le pas de la porte disons-nous parfois. Ou même uniquement par téléphone. Il nous arrive aussi de ne pas y porter autant d'attention qu'une plainte organique. C'est bien le "mal français".

A ce titre, l'éducation thérapeutique (96), aussi louable soit-elle, se réfère au même domaine linguistique révélateur de la vision apostolique du médecin : on prescrit, on ordonne, on éduque, dans une certaine injonction empathique, pour une observance ou un résultat médiocre. La vision préventive impose aux soignants de réfléchir sa place dans une approche dite centrée patient (64).

TROP DE PAPERASSE

Le saviez-vous ?

Les médecins ont une aversion pour les tâches administratives. Les généralistes n'échappent pas à ce sentiment. Selon une enquête réalisée en 2018 par la Mutuelle du Médecin¹⁶, 8 généralistes sur 10 considèrent que le temps consacré à ces tâches pèse « lourdement » sur leur activité professionnelle. Ces éléments regroupent les demandes des patients, mais aussi le secrétariat, le téléphone, la comptabilité et le courrier (97).

Que peut nous en dire l'OMG ? Le Résultat de consultation PROCEDURE ADMINISTRATIVE, comprend les actes réalisés pendant la consultation et pour le patient. Il s'agit de la rédaction d'un formulaire administratif réglementé dit CERFA, pour une demande d'ALD, de maladie professionnelle ou d'accident de travail, un dossier de handicap, invalidité (MDPH) ou pour une assurance-vie, prêts. Il peut aussi s'agir d'un certificat, comme une mesure de protection juridique ou pour coups et blessures...

Ce RC est retrouvé dans un peu plus de 3% des actes environ, ce qui le place en 28^{ème} position dans le classement par fréquence des Résultats de consultation. Ce n'est donc en effet pas négligeable. De plus, on observe entre 2000 et 2009, une nette augmentation du pourcentage (Figure n°39).

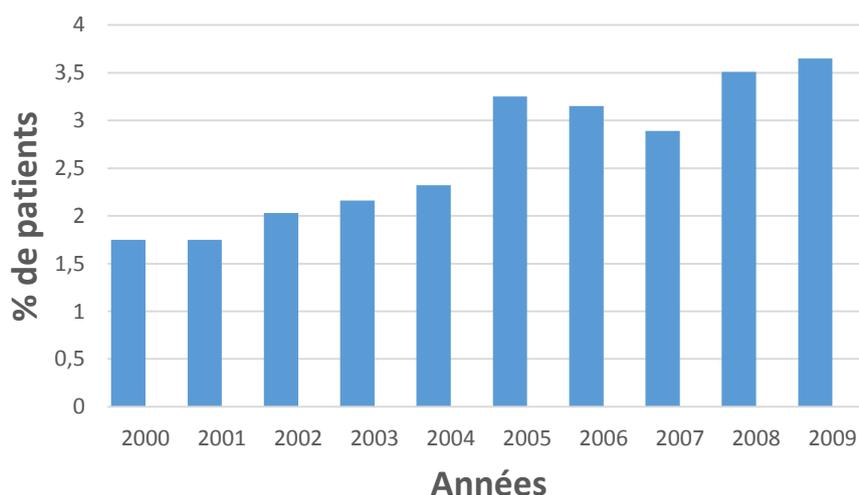


Figure n°39 : Evolution annuelle des PROCEDURE ADMINISTRATIVE

¹⁶ L'agenda des généralistes plombé par les tâches non médicales. Par Sophie Martos. Publié par Le Quotidien du Médecin le 15/11/2018

Discussion

Les tâches administratives ont bien une place non négligeable dans l'activité médicale et ont sans doute augmenté depuis la création du concept de médecin traitant en 2004. Certains confrères hospitaliers, y compris des internes, en profitent d'ailleurs un peu, arguant auprès des patients, pour se décharger de tâches administratives, que seul le médecin traitant peut remplir ces documents. N'oublions pas que nos patients n'ont pas le choix. "On" leur demande ces documents. Ils ne peuvent faire autrement. On peut s'en agacer, c'est pourtant la juste contrepartie d'une organisation sociale et solidaire. Il est très probable que dans les pays au système de soins moins protecteur les démarches administratives soient plus légères.

Pourtant, ces demandes, véritables injonctions mal identifiées s'empilent et le patient est perdu, balloté pourrait-on dire, entre médecins, administration et employeur. Allant jusqu'à confondre les mots : ordonnance, certificat, attestation... L'exemple récent de l'épidémie Covid-19 illustre cette situation : arrêt de travail d'abord, puis certificat d'isolement pour les patients vulnérables, puis demande de certificat d'aptitude, sans parler du dépistage impossible, puis ciblé et enfin généralisé. On dit que le généraliste est médecin de premier recours, il est parfois aussi le médecin du dernier recours (98). Enfin, soulignons que les médecins qui ont une secrétaire à temps plein dans leur cabinet limitent considérablement leurs tâches administratives. *Doctolib* ne réglera pas tout, mais les jeunes confrères semblent en avoir pris conscience et seraient mieux équipés en secrétariat que leurs aînés (67% contre 31% des plus de 50 ans).

AIGU ET CHRONIQUE ?

Le saviez-vous ?

Sept patients sur dix âgés de plus de 10 ans, présentent au moins un problème aigu dans l'année et 90% des plus de 70 ans présentent au moins un problème chronique (Figure n°40).

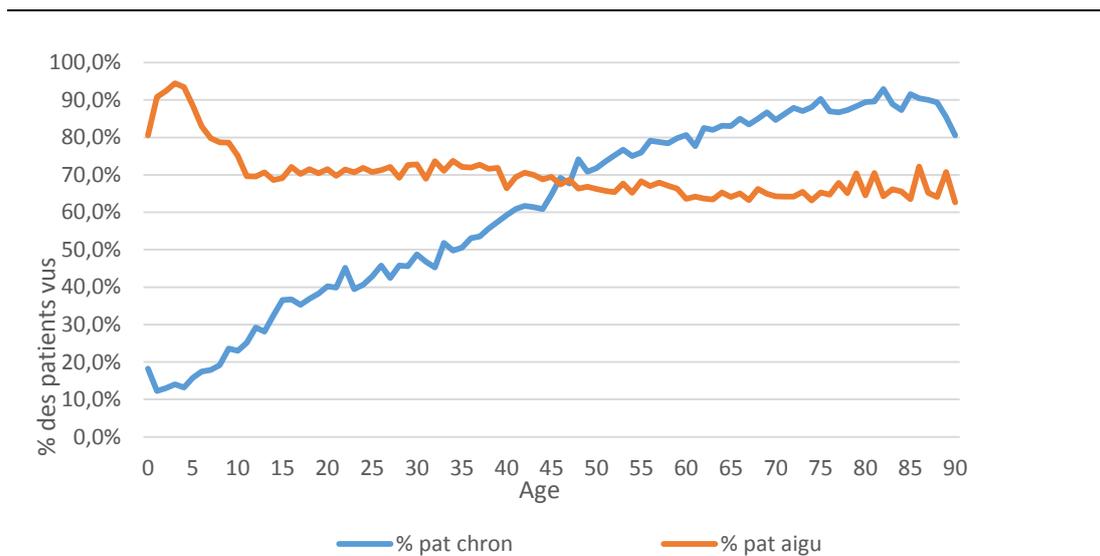


Figure n°40 : Pourcentage des patients vus en fonction du type de RC

La courbe des problèmes chroniques croise celle des aigus à la quarantaine. A part la petite enfance, les problèmes aigus restent stables quel que soit l'âge du patient (un problème aigu tous les deux contacts) (33) quand la proportion des affections chroniques augmente depuis ces dernières décennies, même chez des patients jeunes (69).

A la vue de ces différents graphiques, on peut imaginer que les maladies chroniques sont le motif de consultation principal en médecine de ville, pour les patients de plus de 35 ans, avec l'HTA en tête. Cependant, les RC à gestion aiguë représentent presque 90% des RC tandis que les RC à gestion chronique n'en représentent qu'à peine 10%. Les médecins généralistes prennent donc en charge certaines maladies chroniques de manière aiguë par « poussée » ou « crise ». Elles sont alors gérées comme un nouvel épisode et non comme une série de cas persistants.

Discussion

Il est probablement vrai d'affirmer que les consultations actuelles de médecine générale sont plus lourdes avec des prises en charge chronophages et complexes, en lien à l'accroissement des maladies chroniques. L'allongement de l'espérance de vie, mais sans doute aussi l'évolution de la société, expliquent l'augmentation du nombre d'affections chroniques mais aussi de la multimorbidité (99).

La simultanéité de maladies aiguës et chroniques peut parasiter la démarche diagnostique du praticien. Il risque de négliger la nouvelle entité morbide apparue qui peut lui sembler secondaire au regard de la multimorbidité. Cette prise en charge simultanée de plusieurs problèmes de santé est de plus en plus prégnante. La multimorbidité devient un des axes majeur de la fonction du généraliste. Elle ne peut être étudiée par la juxtaposition des différentes maladies. Une piste serait de réfléchir à des recommandations par typologie de patients.

De plus, la séparation entre entité aiguë et chronique n'est pas aussi étanche qu'on l'imagine. Certes, une angine est aiguë et un diabète chronique, mais quand est-il d'une lombalgie (Fiche n°15). D'aiguë elle devient régulièrement chronique. Et l'asthme ? Chronique dira-t-on sans hésiter. L'analyse de la pratique montre pourtant qu'il est souvent pris en charge comme un trouble aigu (Fiche n°14). Force est de constater que le suivi d'un diabète est plus distendu que celui d'un asthme. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette discordance. Une vision sensiblement différente de la maladie entre le médecin, le patient, l'état de la science et même l'assurance maladie. Le danger est alors une prise en charge inadaptée : prescriptions redondantes d'actes médicaux et paramédicaux, soins qui ne sont pas optimaux. Tout ceci peut générer une insatisfaction professionnelle du médecin entraînant une réaction plus ou moins consciente d'inertie thérapeutique.

LE CROISEMENT DE LA TRENTAINE

Le saviez-vous ?

Le nombre de troubles chroniques dépasse celui des troubles aigus à partir de 35 ans (Figure n°41). Nous l'avons vu, les maladies chroniques démarrent tôt dans la vie, mais ils augmentent nettement à partir de la tranche d'âge 30 à 40 ans. Les troubles de santé aigus, eux, restent relativement stables tout au long de la vie. En moyenne, il existe 0.5 problème aigu par consultation quel que soit l'âge (33).

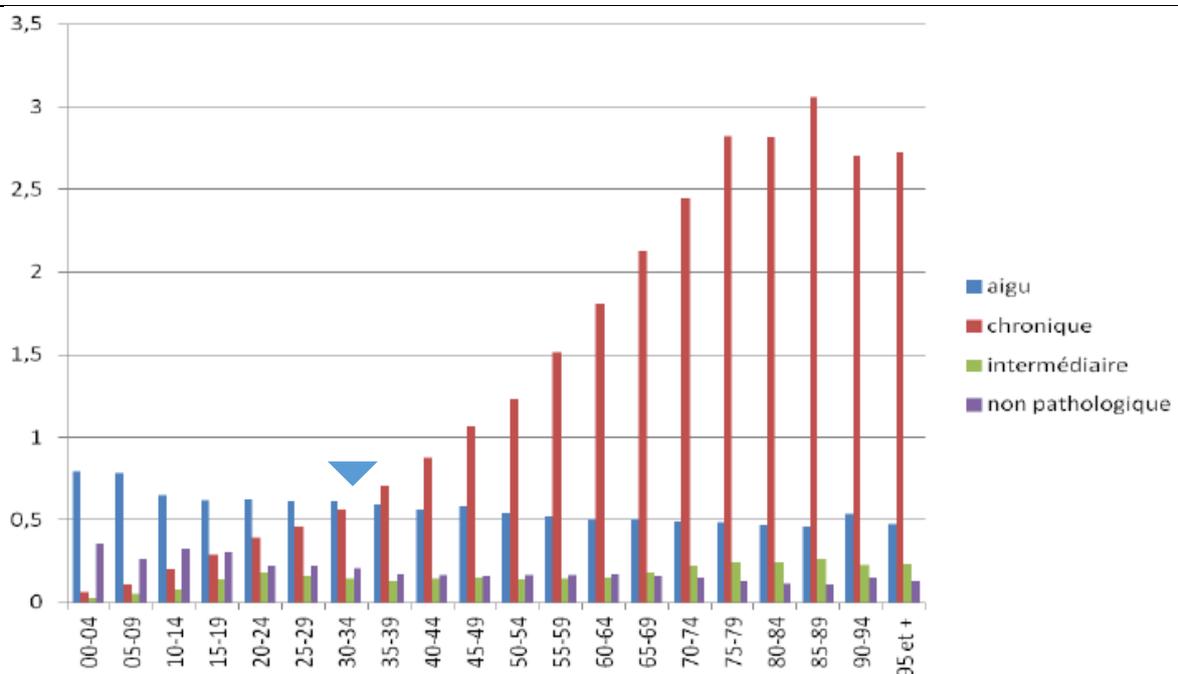


Figure n°41 : Evolution des troubles aigus et chroniques en fonction de l'âge

Discussion

Ce cap de la trentaine qui fait passer la part des maladies chroniques devant celle des troubles aigus, montre à quel point les problèmes chroniques ont une place importante en médecine générale. Ces maladies sont sensiblement différentes à la trentaine et à la soixantaine. Plutôt d'ordre psychologiques et rhumatologiques pour les premiers et cardiovasculaires ou métaboliques pour les seconds. Bien que médecin du premier recours, l'activité du généraliste ne se limite pas aux affections passagères. Il prend en charge beaucoup de troubles qui perdurent et ce, dès la trentaine.

Certains troubles sont difficiles à caractériser d'aigu ou chronique, comme nous l'évoquions précédemment. Il s'agit de LOMBALGIE, TENOSYNOVITE, SURDITE, HERPES, ANEMIE FERRIPRIVE, ECZEMA DISHIDROSIQUE, COCCYDYNIE... Ceux-ci sont, en fonction du tableau clinique, parfois considérés par le médecin comme aigus ou parfois pris en charge de manière chronique. Au final, une analyse des données de l'OMG portant sur plus de 7 millions de RC montre que les médecins traitent majoritairement des troubles chroniques (Figure n°42).

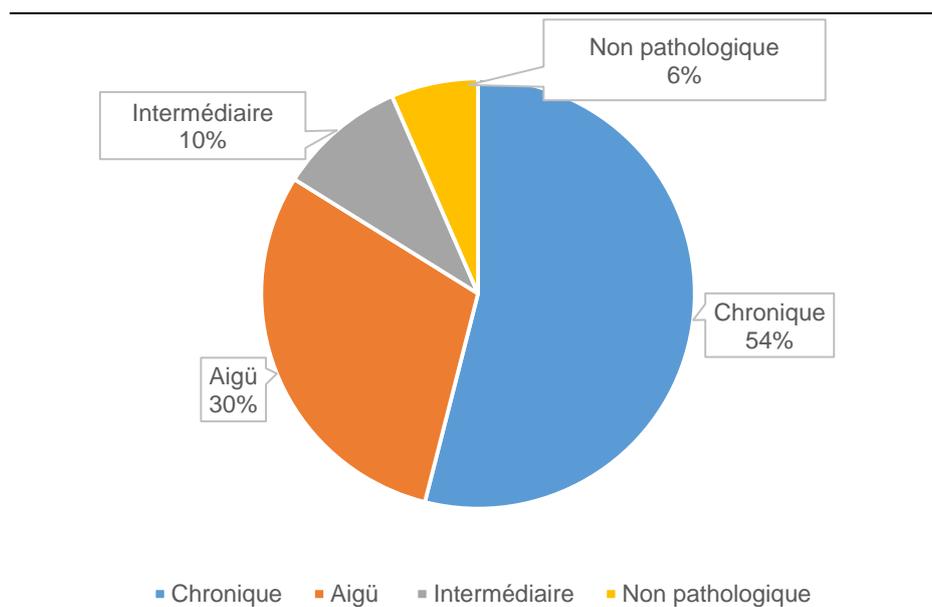


Figure n°42 : Répartition des RC entre aigu, chronique et intermédiaire

LES MALADIES S'ADDITIONNENT, LA MULTIMORBIDITE

Le saviez-vous ?

La multimorbidité, qui correspond à l'association de minimum 2 pathologies, commence dès le jeune âge et présente une évolution linéaire au cours de la vie (59). L'IRDES révélait même en 2006 que 8 personnes sur 10 souffraient d'une pathologie chronique en France. Plus de la moitié des patients (62%) sont dits « multimorbides ». Après 66 ans, il n'est pas rare que le médecin prenne en charge plus de 5 problèmes de santé par consultation (Figure n°43).

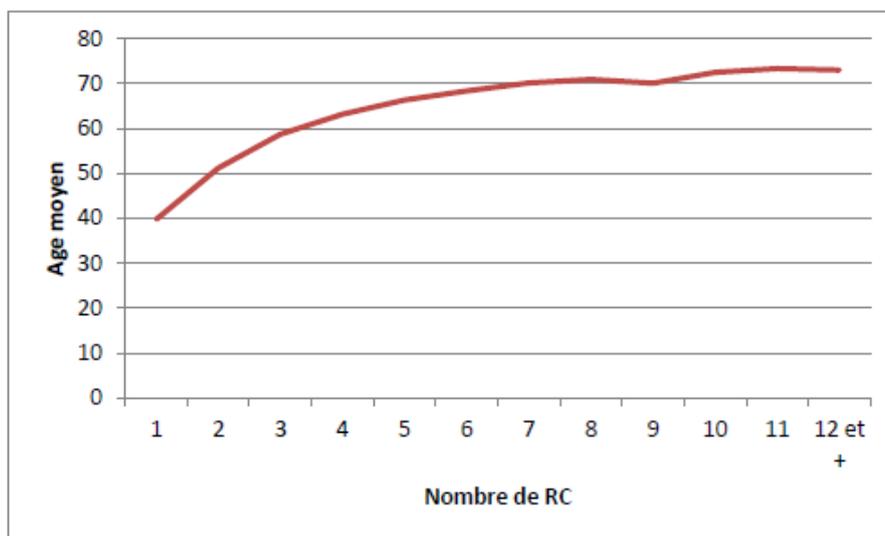


Figure n°43 : Age moyen en fonction du nombre de RC par patient

L'âge moyen de ces patients multimorbides est de 58 ans et il existe 3 grandes classes de multimorbidité : les facteurs de risque cardio-vasculaires (HTA, diabète...), les pathologies douloureuses (lombalgie, arthropathie...) et les troubles neuropsychologiques (insomnie, anxiété, dépression...).

Discussion

A noter que l'habitude est d'utiliser le mot polypathologie. Mais ce terme est inapproprié. Pathologie vient du grec « pathos », souffrance et « logos » discours. La pathologie est donc la science qui a pour objet l'étude des maladies. Aucun malade ne pourra donc avoir de « pathologie », de même que le ciel ne peut avoir de

« météorologie ». Nous ne devrions donc plus dire ou écrire des phrases du type : « Il s'agit d'un patient atteint d'une polyopathie... ». Un groupe de travail dénommé « étymologie – philologie » au sein de la Société Française de Médecine Générale, a retenu et argumenté le choix de : multimorbidité. Il est plus cohérent linguistiquement et correspond mieux à la réalité conceptuelle de cette association de maladies ou phénomènes morbides.

Le nombre de patients multimorbides ne cesse d'augmenter, par l'augmentation de l'espérance de vie, les progrès thérapeutiques et l'irréversible propension de la médecine à découvrir (sinon inventer) de nouvelles maladies. On disait aussi jusqu'alors, grâce au progrès social et l'amélioration de la qualité de la vie, mais serait-ce toujours le cas dans les décennies à venir ? Cette multimorbidité devient un cœur de métier du généraliste. Médecin traitant, il connaît le patient dans sa globalité, son histoire médicale et personnelle. Il doit faire la synthèse, y compris du traitement parfois morcelé et limiter, sinon éviter la iatrogénie. Afin de ne pas alourdir le fardeau du patient, il doit trouver l'axe principal d'intervention, c'est-à-dire l'élément de santé sur lequel il faudra agir pour déclencher un effet domino thérapeutique sur les autres problèmes de santé...(64).

A PROPOS DES MALADIES EN ALD

Le saviez-vous

Un patient sur six (16%) qui consulte un généraliste présente au moins une maladie reconnue en affection de longue durée : les fameuses ALD30. L'âge moyen de ces patients est de 65 ans (42).

Ces consultations généralement plus complexes, concernent souvent la multimorbidité et sont en moyenne plus longue (77). En effet, plus de 40% de ces consultations dépassent les 20 minutes, pour une moyenne générale à 16 minutes et 1 sur 4 dure même plus de 25 minutes (Figure n°44).

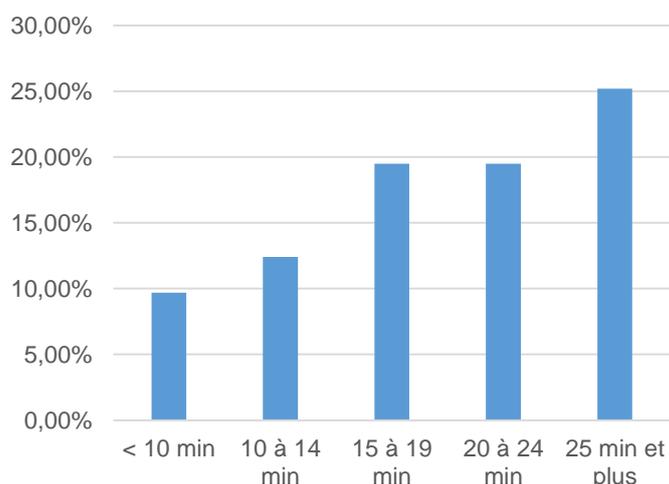


Figure n°44 : Répartition des patients en ALD 30 en fonction de la durée de consultation

Dans le peloton de tête des maladies en ALD viennent : le cardiovasculaire (insuffisance coronarienne, trouble du rythme, artérite des membres inférieurs, insuffisance cardiaque...) le diabète, le cancer, les troubles psychiatriques et la BPCO. On retrouve aussi, d'une manière moins fréquente, les maladies neurologiques (épilepsie, démence, maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral) et les maladies inflammatoires au sens large (pseudo-polyarthrite rhizomélique, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) et le VIH (Tableau n°21).

Tableau n°21 : Liste des 10 ALD les plus fréquentes

RC en lien avec une ALD	Rang
DIABETE DE TYPE 2	22
ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	50
CANCER	54
FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES	70
BPCO	81
PSYCHIQUE (TROUBLE)	93
ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS	98
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	> 100
INSUFFISANCE CARDIAQUE	
EPILEPSIE	
DIABETE DE TYPE 1	
INFARCTUS DU MYOCARDE	
DEMENCE	
PARKINSONNIEN (SYNDROME)	
COMPORTEMENT (TROUBLES)	
V.I.H.	
SPA et PR	
MICI	
SCLEROSE EN PLAQUES	
PPR - HORTON	

Discussion

La maladie chronique en ALD la plus fréquente est le diabète mais les atteintes cardiovasculaires forment le groupe le plus important. L'écologie des maladies, la pathocénose, évolue (100). A la fin du 20^{ème} siècle sont ainsi apparues les démences (Alzheimer) et le VIH. Depuis une vingtaine d'années, progressent régulièrement les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin, la Polyarthrite Rhumatoïde... Ces dernières ont d'ailleurs fait leur apparition dans le Dictionnaire des Résultats de consultation puisqu'elles ont dépassé le seuil d'au moins un cas par an et par médecin. L'évolution actuelle nous incite à penser qu'il y aura un nombre croissant de patients en ALD. Ceci entrainera une augmentation des consultations complexes et chronophages.

DES ASSOCIATIONS UNIQUES

Le saviez-vous ?

Il existe plus de 8300 associations de pathologies différentes chez les patients multimorbides et près de 80% de ces associations sont uniques, à l'image de chaque patient et de chaque consultation lors de la rencontre singulière avec un soignant (59). L'association la plus fréquente est HTA + DYSLIPIDEMIE, mais ne représente que moins de 3% des patients. Au même titre, HTA + DIABETE représente moins de 1% des patients (Figure n°45).

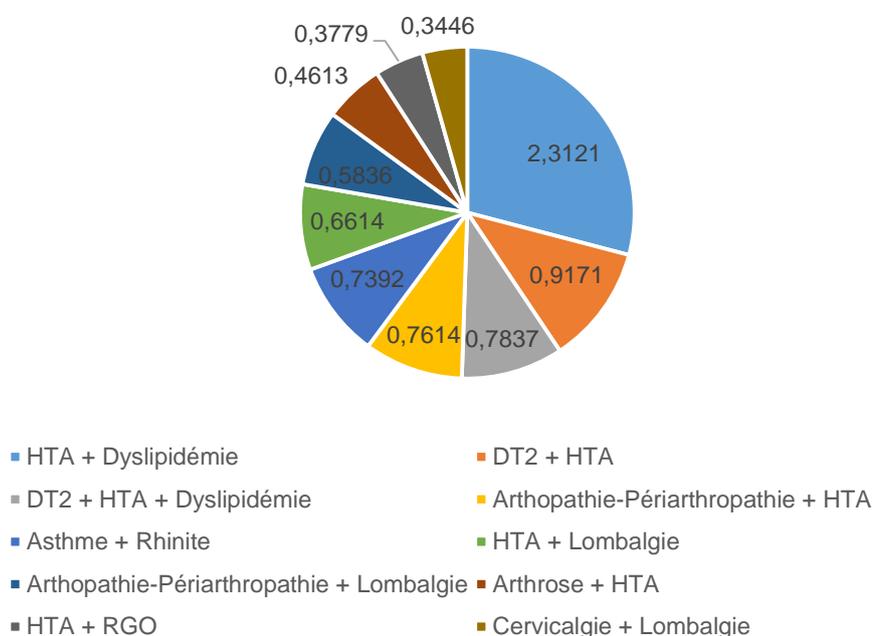


Figure n°45 : Répartition des associations de pathologies les plus fréquentes

De plus, presque 30% des patients multimorbides ont au moins 4 pathologies différentes associées.

Discussion

Ce nombre surprenant de plus de 8000 associations différentes de phénomènes pathologiques, illustre bien la complexité de l'exercice du médecin traitant et rend particulier le travail d'accompagnement du patient. Le diabète de monsieur X, n'est pas le même que celui de monsieur Y, parce qu'il s'agit de personnalités différentes, mais

aussi parce qu'ils ont une association de troubles de santé différents. Rappelons que la multimorbidité n'est pas la somme des maladies ou troubles de santé. Les référentiels et recommandations disponibles portent pour le moment majoritairement sur la monopathologie, ce qui les rend difficilement applicables en pratique courante. La conséquence de ces nombreuses associations de pathologies trouve une application dans la prescription. Il est habituellement avancé qu'au-delà de 5 médicaments, la gestion des interactions médicamenteuses est illusoire. Cependant, la somme de recommandations existantes pour chaque maladie impliquerait que le médecin dépasse souvent largement ce chiffre fatidique de 5. Nul doute qu'à l'avenir, la recherche et l'expertise en médecine générale devront se lancer dans l'édition de recommandations sur la multimorbidité.

DES CONSULTATIONS SANS MEDICAMENTS

Le saviez-vous ?

Une consultation en médecine générale n'aboutit pas nécessairement à la prescription d'un médicament. Dans 17% des cas, le médecin ne rédige pas d'ordonnance (42), ou bien il propose des conseils. Une enquête menée par la DRESS en 2002 fait le même constat (101).

Pour le reste, la moitié de nos prescriptions médicamenteuses comporte moins de 4 médicaments, quand 10% en présente 7 et plus. Le nombre de ligne de médicaments augmente légitimement avec l'âge, pour atteindre plus de 6 médicaments une fois sur quatre (24,4%) chez les plus de 65 ans. (Figure n°46).

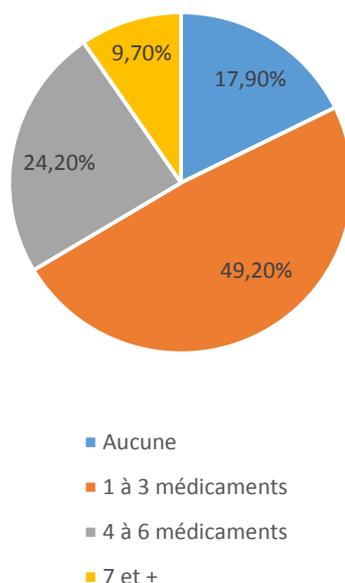


Figure n°46 : Nombre de lignes de médicament par ordonnance

La France fait partie des pays européens où le niveau de prescription est élevé. Il est donc intéressant d'observer quand même qu'une fois sur 5, le médecin ne prescrit pas de médicament (16,87%).

Par ailleurs, il est à noter que la prescription d'imagerie, de biologie et de paramédicaux, concerne en moyenne un quart des consultations. Ce taux de

prescription augmente avec l'âge pour atteindre 35% des consultations après 65 ans (101).

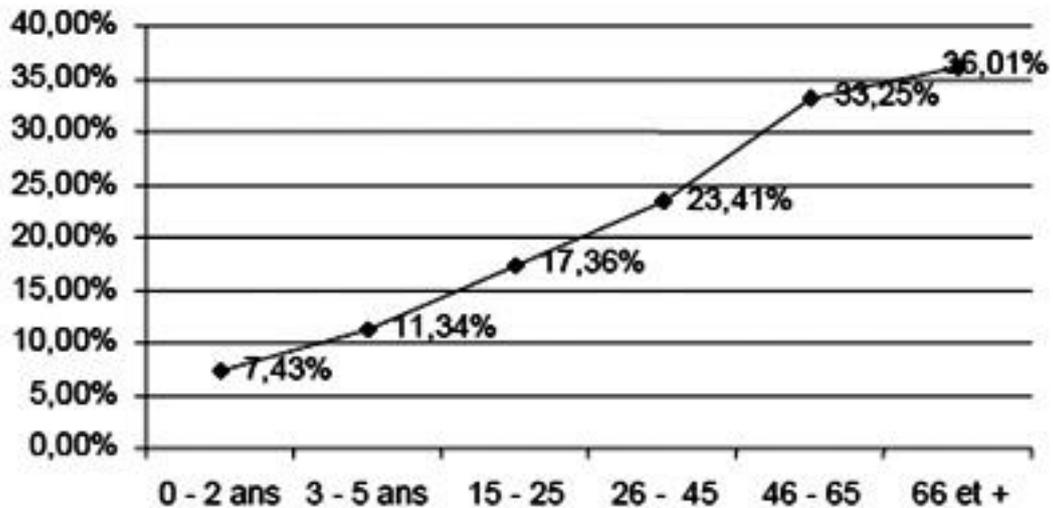


Figure n°47 : Pourcentage de biologie, imagerie et paramédical en fonction de l'âge

Discussion

Contrairement aux idées reçues, la consultation n'est pas systématiquement sanctionnée par une prescription de médicament, d'examen complémentaire ou d'orientation vers un collègue paramédical. Il existe certes, encore des résistances chez certains patients comme pour certains confrères. Mais, il est donc possible de le faire et les patients nous rappellent régulièrement qu'ils n'attendent pas obligatoirement des médicaments, mais le plus souvent d'être rassurés sur le trouble qu'ils présentent.

L'industrie pharmaceutique a énormément pesé sur les prescriptions des médecins français. Elle est encore très présente à l'hôpital et chez certains confrères de ville, mais depuis une quinzaine d'années, de plus en plus de médecins ne reçoivent plus la "visite médicale" et s'abonnent à la revue Prescrire. Nul doute que cette tendance va contribuer à la décroissance thérapeutique.

DES MEDICAMENTS QUI RENDENT MALADE

Le saviez-vous ?

Les traitements incriminés dans la iatrogénie sont dans 2/3 des cas prescrits par le médecin lui-même (Tableau n°22). L'automédication ne représente qu'à peine 2% des cas. Elle est présente à tout âge avec une prédominance féminine et un maximum à la cinquantaine.

Tableau n°22 : Les prescripteurs de traitements en cause

Prescripteur	Nombre de séances	%
Médecin	1556	66.1
Tiers médical ou paramédical	529	22.5
Automédication	40	1.7
Non précisé	230	9.8
Total	2355 séances	100

Dans presque 9 cas sur 10, la iatrogénie est due à un effet indésirable du traitement. Cet effet indésirable est dans ¼ des cas de type gastroentérologique avec 7% de diarrhée (Tableau n°23). Nous savons que les trois premières classes de médicaments incriminés sont les antibiotiques, puis les hypolipémiants et enfin les antidépresseurs (102).

Tableau n°23 : les 10 premiers effets indésirables

Effets indésirables	Nombre	%
Diarrhée	162	7
Nausée/Vomissement	153	6.6
Epigastralgie	106	4.6
Trouble du sommeil	84	3.6
Myalgie	83	3.6
Constipation	74	3.2
Œdème des membres inférieurs	71	3.1
Eruption	69	3
Urticaire	63	2.7
Total	865	37.4

Discussion

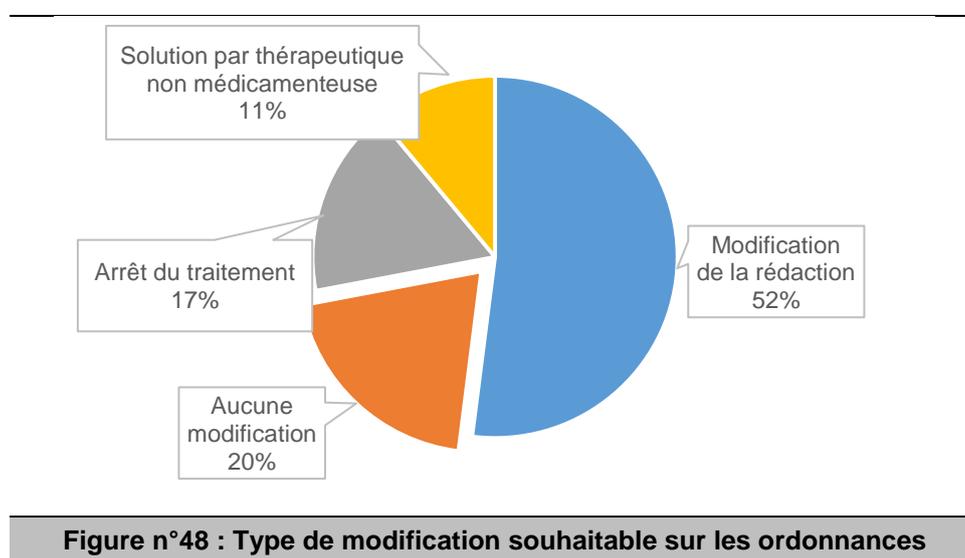
En France, le nombre d'heures de formation initiale consacrées à la prescription de médicaments est 5 à 6 fois inférieur à ce qu'il est chez nos voisins d'Europe du Nord (103). Et pourtant, nous savons qu'il existe une iatrogénie dans environ 2% des

consultations (104), ce qui fait 2 par semaine ! De plus, l'âge, la multimorbidité mais surtout la polymédication sont les principaux facteurs de risque iatrogènes. Le vieillissement de la population et le nombre croissant de lignes thérapeutiques sur les ordonnances laissent donc penser que le risque iatrogénique est important. La technologie informatique développe des stratégies pour aider le médecin. Cependant, tous ces progrès à type d'alerte sont affaiblis, car de plus en plus fréquents pour les ordonnances multilignes. Une autre stratégie doit être mise en œuvre afin de limiter au mieux le risque iatrogénique et peut être prendre exemple sur les pays d'Europe du Nord ?

OPTIMISONS NOS ORDONNANCES

Le saviez-vous ?

Sur le plan du contenu de nos prescriptions, on note qu'une optimisation est souhaitable et elle est possible notamment pour les patients atteints de multimorbidité (105). L'analyse montre que 80% des ordonnances pourraient-être modifiées et que 20% sont considérées comme optimales. Dans la moitié des cas, il ne s'agit que d'amélioration de rédaction, portant souvent sur l'imprécision de la répartition sur 24 heures ou sur l'abus de recours aux abréviations (Figure n°48).



Il apparaît, après modifications des ordonnances, que le nombre de médicaments prescrits diminue d'un tiers (30%), les contre-indications de moitié (46%) et les interactions médicamenteuses de plus de 60%.

Discussion

Sur le plan positif il ressort de ces chiffres, nous l'avons vu dans la fiche précédente, que près d'une fois sur 6 le médecin ne prescrit pas de médicament (16,87%). Deuxièmement, notre hantise de la sur-prescription ne touche environ que 15% de nos ordonnances et dans le cadre de la multimorbidité. En revanche, nos prescriptions sont optimisables. L'expertise menée dans le cadre de l'étude Polychrome l'a prouvée. Le risque principal est la fameuse "inertie thérapeutique" (39) notamment dans le cadre de ce que nos patients (et trop souvent les médecins eux-mêmes) appellent

"renouvellement d'ordonnance". En effet, cette consultation renouvellement d'ordonnance ne consiste pas à recopier les médicaments de la prescription précédente, mais à réévaluer les problèmes pris en charge et les traitements qui leurs sont liés, avec l'objectif d'une optimisation thérapeutique.

Certains mettent en avant la résistance des patients à diminuer tout traitement chronique et leur fréquente ambivalence, se plaignant d'avoir trop de médicaments tout en refusant une quelconque diminution. D'autres médecins semblent moins "ordonnateurs" en recherchant la complicité du patient, en osant écrire par exemple : "tenter de supprimer le comprimé de midi et en reparler lors de la prochaine consultation". Cela semble un levier efficace.

A PROPOS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Le saviez-vous ?

Un arrêt de travail est prescrit dans moins de 8% des consultations de médecine générale (42), représentant environ 1,4 arrêt prescrit par jour par médecin. Ces arrêts sont proportionnellement plus fréquents chez les jeunes entrant sur le marché du travail (Figure n°49).

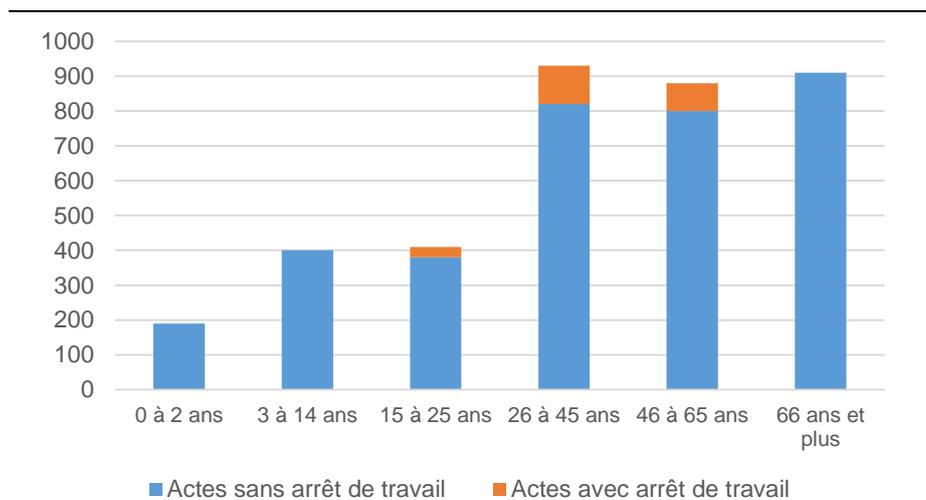


Figure n°49 : Part des actes avec arrêt de travail selon les classes d'âges

Dans 6 cas sur 10, il s'agit de pathologies aiguës et une fois sur 3 de pathologies des voies aériennes supérieures. La part des pathologies psychiatriques n'est pas négligeable représentant 3 cas sur 10. Enfin, on retrouve 8% d'arrêt dans le cadre d'accident de travail¹⁷...

Discussion

Les médecins généralistes sont régulièrement stigmatisés pour les prescriptions d'arrêt de travail. Il est pourtant intéressant de souligner que nos confrères français ne sont pas si prescripteurs qu'on l'imagine. Une étude comparative européenne (106) réalisée sur la prise en charge de la rhinopharyngite avait montré que les français

¹⁷ SFMG, Au sujet des arrêts de travail. Communiqué de presse. 2003.

étaient, certes plus prescripteurs de médicaments (dont les antibiotiques !), mais délivraient moins d'arrêt de travail (Tableau n°24)

Tableau n°24 : Prescription d'arrêt de travail dans la rhinopharyngite		
Pays	Pourcentage	Médiane
France	24	3 jours
Allemagne	83	4 jours
Belgique	55	3 jours

Au-delà de ces constatations, il est important de rappeler que les conditions de travail sont des déterminants bien connus de troubles de santé, physiques et/ou psychiques. Ainsi, devant cette progression des arrêts, nous retrouvons l'augmentation de pathologies résultantes de la précarité et de la pénibilité du travail. Le médecin généraliste se verrait alors attribuer une sorte de rôle de médiateur social ? (voir fiche « Un médiateur des problèmes liés au travail »).

La hausse des arrêts de travail apparait ici comme un phénomène complexe mêlant les médecins généralistes aux problèmes de la société et du marché du travail.

LES FAMEUX PSYCHOTROPES

Le saviez-vous ?

Plus de 80% des prescriptions de médicaments psychotropes sont le fait de médecins généralistes ainsi que la moitié des prescriptions de neuroleptiques (103). Ces prescriptions concernent toutes les tranches d'âge avec un maximum à la quarantaine (Figure n°50).

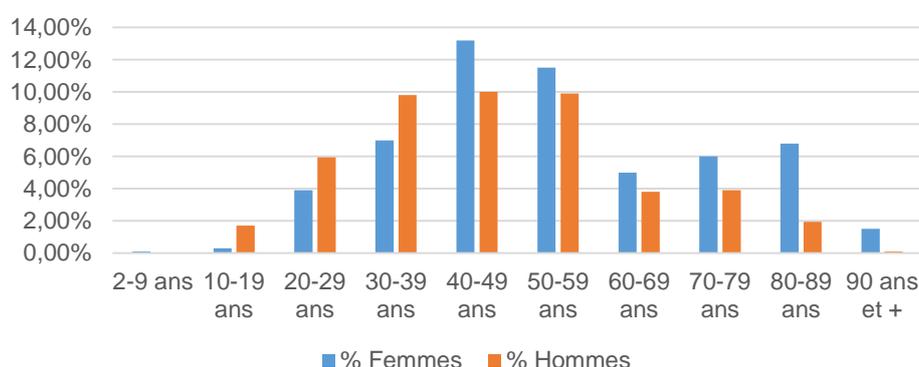


Figure n°50 : Pourcentage de séances avec prescription de neuroleptiques par tranche d'âge et par genre

En moyenne, 5% des patients consultant en médecine générale reçoivent des antidépresseurs. Ce chiffre atteint 8% chez les femmes de 40 à 50 ans. Il diminue sensiblement chez les hommes retraités, mais, les femmes ne gardent une prescription que très légèrement diminuée à la soixantaine (Figure n°51).

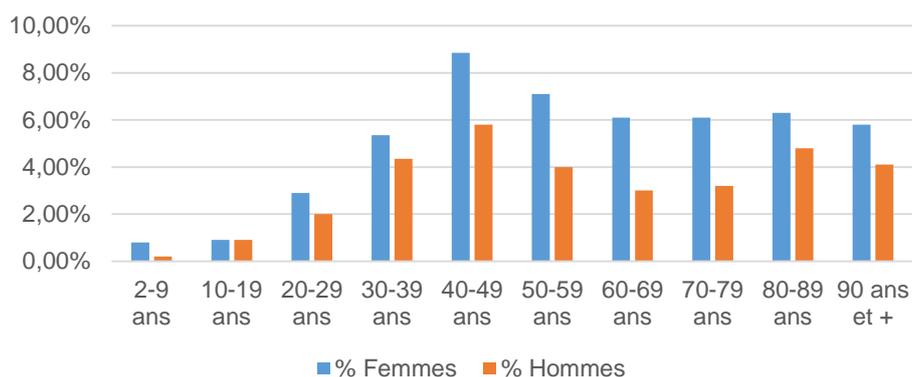


Figure n°51 : Pourcentage de prescriptions d'antidépresseur par tranche d'âge et par genre

Discussion

Tout âge confondu, il existe une nette prédominance féminine pour la prescription d'antidépresseurs (107). Existerait-il une susceptibilité du genre féminin à la pathologie dépressive ?

A l'inverse, la prescription de psychotropes baisse notablement au-delà de 80 ans alors qu'apparaissent des troubles liés entre autre à la démence. La multi médication et le risque de iatrogénie explique peut-être cela (108).

Souvent décriée en France, cette forte prescription de psychotropes peut s'expliquer par une habitude progressive à médicaliser les événements de la vie. Tout doit se faire vite. "Il faut que ça aille", pas le temps d'aller mal, y compris lors d'un décès.

Contrairement aux idées reçues, la prescription de psychotropes n'est pas inversement proportionnelle à la durée de consultation. Il ne s'agit pas d'une prescription pour gagner du temps (voir fiche « Prescrire un psychotrope ne prend pas 10 minutes »).

La baisse d'installation des psychiatres en dehors de l'hôpital et le sous-effectif dans les Centres Médico Psychologiques (CMP) implique une augmentation régulière, depuis quelques années, de la prise en charge psychique par les généralistes. Force est de constater que la formation universitaire est bien légère en ce domaine, y compris lors du DES de médecine générale !

PRESCRIRE UN PSYCHOTROPE NE PREND PAS 10 MINUTES

Le saviez-vous ?

Contrairement à une autre idée reçue, la prescription de psychotropes augmente avec la durée de consultation. Dans étude transversale portant sur 2900 consultations, il a été montré un lien significatif entre la durée de la consultation et la prescription de psychotropes (77). Quatre fois sur dix, le problème psychique émergeait au fil de la consultation. Une fois sur deux (48%), la durée de consultation était supérieure à 20 minutes (Figure n°52).

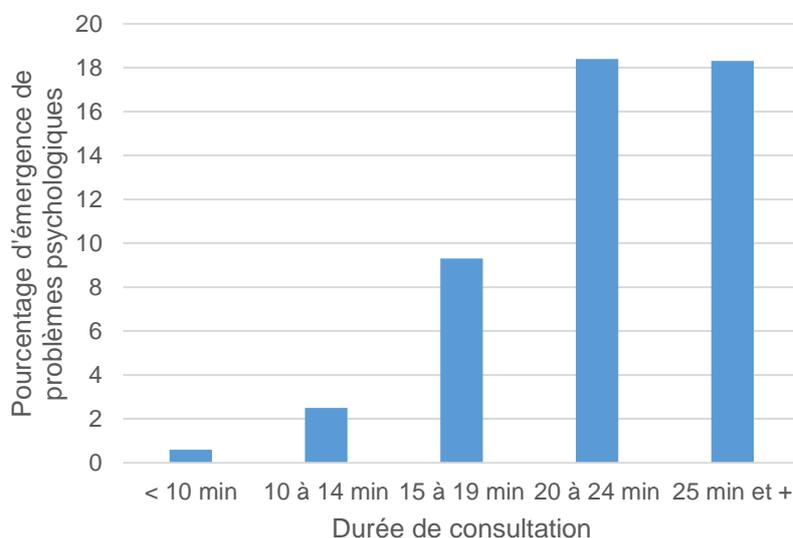


Figure n°52 : Emergence de problèmes psychologiques en fonction de la durée de consultation

Il était retrouvé 3 fois plus de prescriptions de psychotropes dans les consultations de plus de 20 minutes par rapport à celles inférieures à 10 minutes (Figure n°53).

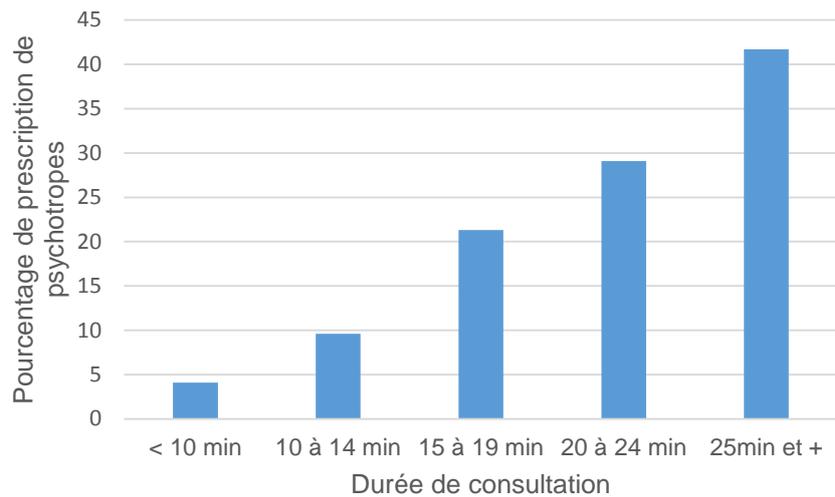


Figure n°53 : Prescription de psychotropes en fonction de la durée de consultation

Discussion

Les Français sont les plus gros consommateurs de psychotropes en Europe (109). Les médecins généralistes français ont souvent été incriminés, évoquant même que les psychotropes seraient pour eux un moyen d'abrégé la consultation, comme une alternative à l'entretien psychothérapeutique. Or, ce n'est pas la réalité. D'ailleurs, les médecins français prennent en charge plus de troubles dépressifs que leurs confrères européens (110). On peut rapprocher ce fait d'une autre observation : celle que la durée de consultation des généralistes français est une des plus longues d'Europe (111).

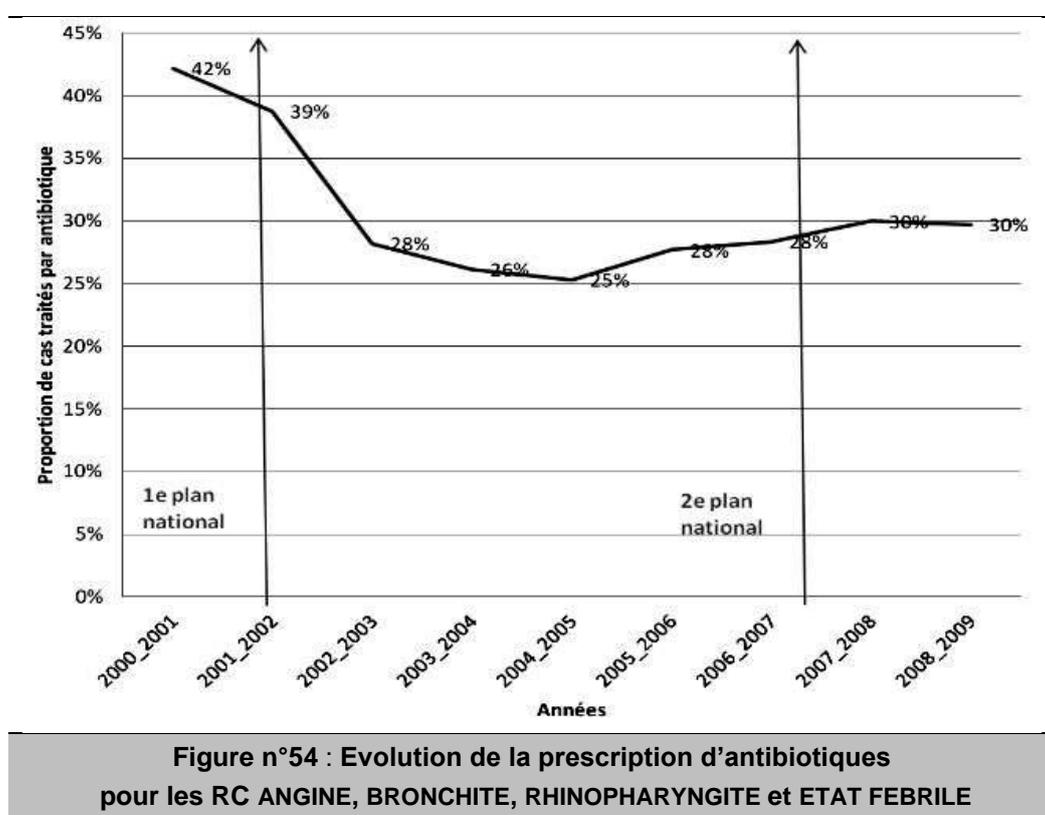
Ainsi, plus la rencontre entre le patient et son médecin se prolonge, plus ce dernier a des chances de recueillir le ressenti, les plaintes secondaires du patient. On pense au fameux "...Et sinon dans la vie comment ça va ?" évoqué par certains confrères au décours de la conversation. En effet, le patient n'évoque pas forcément immédiatement ses plaintes psychologiques. Il a parfois besoin que le médecin l'aide à parler de son mal-être. Parfois, c'est prétextant un autre motif de consultation qu'il se confie à son médecin.

Au final, il est possible d'avancer que plus la durée de consultation augmente plus les problèmes psychiques émergent et avec eux la nécessité, parfois, d'une prescription de psychotropes.

DES MOTS QUI FONT MOUCHE

Le saviez-vous ?

Le slogan « Les antibiotiques c'est pas automatique » du plan national de lutte contre la résistance des antibiotiques en 2001 a fonctionné. La SFMG y avait participé. On a pu observer une diminution de 12 % de la prescription des antibiotiques entre 2001 et 2006. Cependant le deuxième plan de 2007 n'a pas montré d'effet aussi spectaculaire (Figure n°54)(112).



La prescription des antibiotiques dépend bien entendu de l'âge du patient, des comorbidités et de la persistance des symptômes. Mais elle dépend également de la représentation que se fait le médecin de l'attente des patients. Une étude a ainsi montré que lorsqu'un médecin pose un diagnostic de virose chez un enfant et qu'il pense que les parents attendent une prescription d'antibiotique, il le prescrit dans 62% des cas, alors qu'il ne le fait que dans 7% des cas s'il pense que les parents n'attendent pas nécessairement d'antibiotiques (113).

Discussion

Toutes les recommandations actuelles invitent plutôt à raccourcir la durée de l'antibiothérapie. On ne prescrit plus à l'aveugle, on se réfère moins à la notion de "couverture antibiotique" devant une fièvre qui persiste. On "se" laisse le temps de la surveillance. On prend conscience, en laissant une place aux patients, que loin de nos idées préconçues, ils n'attendent majoritairement pas de prescription d'antibiotiques (114).

LES PRESCRIPTIONS COMPLEMENTAIRES

Le saviez-vous ?

On retrouve une prescription de biologie ou d'imagerie dans 15% des consultations (42). Cette prescription augmente avec l'âge du patient (Figure n°55) et lorsqu'un élément socioculturel intervient dans la décision.

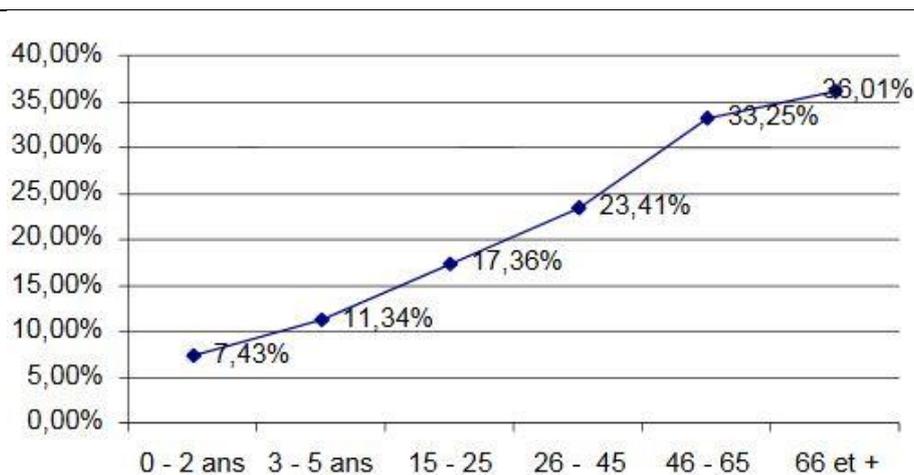


Figure n°55 : Pourcentage de biologie et imagerie en fonction de l'âge

Dans le suivi des maladies chroniques, il existe une grande variété de prescription d'examens biologiques (59). Les dosages les plus fréquents sont la fonction rénale, le ionogramme, la numération formule, les transaminases, puis la glycémie et le bilan lipidique (Figure n°56).

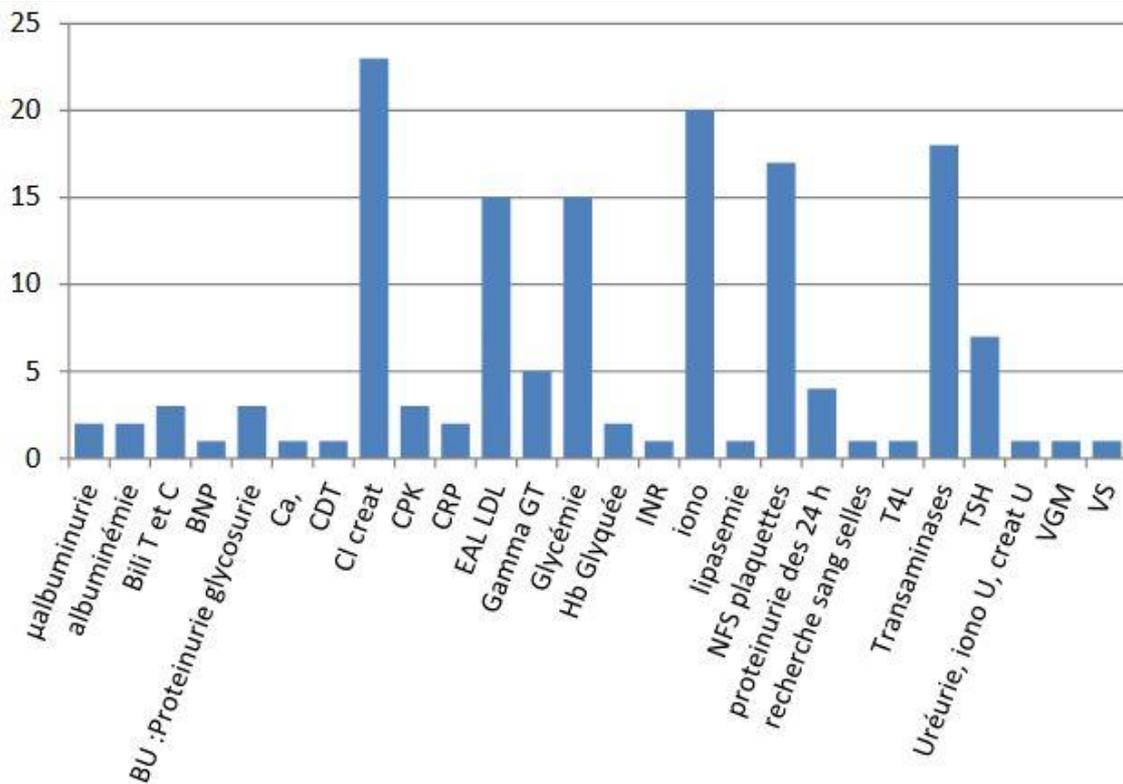


Figure n°56 : Répartition des dosages biologiques pour les maladies chroniques

Toujours dans la prise en charge des maladies chroniques, en dehors de la radiologie, le généraliste a recours majoritairement à l'électrocardiogramme (d'autant que certains les réalisent eux-mêmes), la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA), l'échocardiographie et les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR).

Discussion

Le médecin généraliste dispose et utilise une grande variété d'examens complémentaires. Il ne recourt cependant pas au fameux "bilantage systématique" et adapte ces prescriptions aux troubles de santé du patient. Ainsi, les examens les plus utilisés sont concordants avec l'épidémiologie des maladies chroniques, à savoir l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie et le diabète.

Quant aux explorations utilisées dans la démarche diagnostique, nous avons l'habitude de dire, que l'examen complémentaire le plus fréquemment utilisé par le généraliste, est... le temps. A l'émergence des troubles de santé, le médecin de premier recours utilise en effet la surveillance et l'observation comme indicateur de disparition, de confirmation ou de complication des troubles de santé.

RECOURS AUX SPECIALISTES

Le saviez-vous ?

Le recours aux spécialistes est présent pour moins de 3% des patients avant 25 ans et atteint seulement 8% des consultations après 60 ans (42) (Figure 57). Le plus fréquemment demandé, représentant presque la moitié de ces courriers, n'est autre que l'avis cardiologique. Fait logique lorsque l'on sait que l'HTA est la première maladie chronique en termes de fréquence.

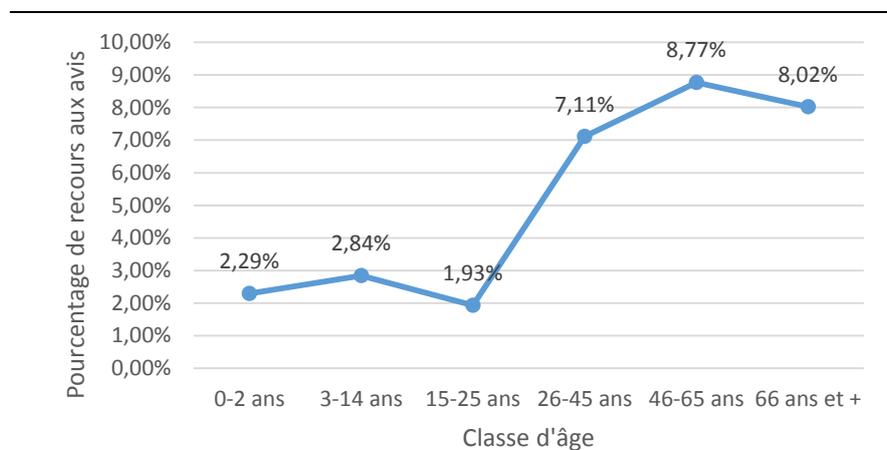


Figure n°57 : Pourcentage de recours aux avis en fonction de l'âge

Discussion

Le médecin généraliste n'adresse donc son patient que dans 8% des consultations. Dans une autre grande étude de 1992 (115), ce chiffre était même de 5%. Une nouvelle consultation est par contre planifiée avec son patient dans 22% des cas, signifiant une surveillance, une réévaluation de la situation initiale. On a l'habitude de dire que le prochain médecin que rencontrera le patient est... soi-même. Enfin, moins de 1% des consultations débouchent sur une hospitalisation. Ainsi, l'idée que le généraliste n'est qu'un médecin chargé d'orienter le patient vers une autre spécialité n'est pas vraie.

A noter tout de même que ce chiffre a sans doute un peu augmenté artificiellement ces dernières années avec l'obligation, pour le patient, d'avoir un courrier afin d'obtenir le remboursement de consultations "directes" chez un confrère !

RETOUR D'INFORMATION

Le saviez-vous ?

Participer à un recueil de données permet aussi de sécuriser sa pratique (16). Par un accès à ses propres données, le praticien peut avoir une analyse de sa pratique et même la comparer au groupe (Figure n°58).

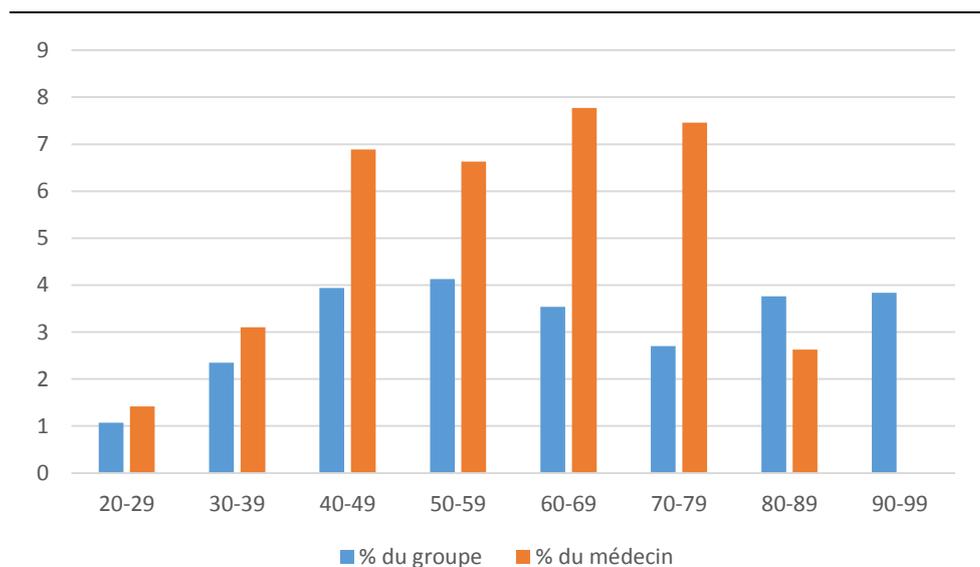


Figure n°58 : Comparaison des chiffres d'un médecin/au groupe pour TABAGISME

Cette participation lui permet aussi d'avoir, si besoin, des retours d'information, des alertes. L'exemple du retrait mondial de l'anti-inflammatoire non stéroïdien : Rofécoxib, en 2004 est une bonne illustration¹⁸. Un message reçu par la liste de diffusion de la Direction générale de la santé le jeudi 30 septembre à 18 heures, permettait à l'équipe de l'OMG de faire une analyse de la base et d'envoyer, en moins de 24 heures à tous les membres du réseau, une alerte avec les numéros des dossiers de leurs patients ayant eu ce médicament (encadré ci-dessous).

¹⁸ Relais - alerte : Vioxx* pour les médecins de l'OMG. 01/10/2004. Sur le site de la SFMG

Alerte VIOXX**Vendredi 1er octobre 16 heures**

La Food and Drug Administration aux Etats-Unis et l'Agence européenne du médicament à Londres reçoivent un communiqué du laboratoire MSD, leur annonçant le retrait mondial, à effet immédiat, de l'anti-inflammatoire Vioxx®, pour cause de risque accru d'accidents cardiovasculaires.

En France, plus de 500 000 personnes ont bénéficié d'un tel traitement depuis sa mise sur le marché en 2001. L'Afssaps recommande aux patients de consulter leur médecin pour modifier leur prise en charge thérapeutique. Les patients ne vont pas manquer, ni tarder de nous contacter.

Voici la listes des numéros de patients vous concernant : 35, 38, 58, 170, 157, 1333, 2162, 248, 2769, 3073, 3123, 6228, 9288, 9935, 11061.

Discussion

L'intérêt d'un observatoire des pratiques ne saurait se satisfaire de données ascendantes. L'expérience a montré qu'un recueil en continu doit correspondre, au mieux, à la pratique quotidienne du médecin pour ne pas lui prendre de temps. Le médecin investigateur ne relève bien que les données qui lui sont utiles aux soins de ses patients. La satisfaction et la persévérance des médecins du réseau résidaient certes dans le sentiment de contribuer à une œuvre commune, mais aussi à avoir des informations en retour sur leur exercice collectif et individuel. La possibilité d'alertes ciblées est aussi extrêmement rassurante.

DISCUSSION

DISCUSSION

1. Originalité du travail

Cet observatoire, maintenant fermé, était la première expérience d'envergure menée pour décrire le champ de la médecine générale. La plupart des études étaient et sont encore prospectives et ponctuelles, limitées dans le temps ou sur un sujet. La force de ce projet était de réaliser un relevé en direct et en continu permettant une analyse rétrospective.

Au-delà des données épidémiologiques, l'OMG a permis de valider des notions évoquées ou supposées et de contredire un certain nombre d'à priori erronés sur la pratique des généralistes.

Cette expérience était unique en France dans les années 90, à l'heure où l'informatisation des cabinets débutait juste. La création de ce réseau de médecins ne se connaissant pas, aux quatre coins de la France, avec des pratiques différentes, était aussi une gageure qui en a fait une aventure hors du commun.

Enfin, ce dispositif a été géré et financé pendant plus de 15 ans uniquement par la SFMG, en ne bénéficiant que de ponctuels et faibles soutiens financiers des pouvoirs publics. La plupart des ressources financières étaient de l'autofinancement ou des budgets répondant à des appels d'offres de recherches. Le développement de partenariats, comme avec l'Inserm, a aussi contribué à maintenir le dispositif dans la durée.

Nous constatons régulièrement la méconnaissance de notre pratique par le milieu médical, par les administrations de la santé, et dans une moindre mesure par le grand public. Un travail permettant l'exposition de ce métier, tel un portrait impressionniste, en montrant certains points majeurs et non connus jusqu'alors, paraissait nécessaire. Chaque thèse, chaque étude, article, apporte son lot de nouveautés, mais il s'agissait là de pouvoir regrouper, en un seul travail, des notions phares établies à partir de l'Observatoire. Un recueil en continu d'une quinzaine d'années laisse place, bien évidemment, à de nombreuses études, de nombreux graphiques, des milliers de chiffres. Ces derniers n'auraient aucun intérêt pris séparément les uns après les autres. L'idée était donc de regrouper dans cette thèse les principales notions de la pratique des généralistes français, afin que chacun puisse, au fil de sa lecture, se représenter un tableau de notre métier.

La clôture de cet Observatoire n'avait pas permis de publier une synthèse des principales données. Revenir sur ce travail permet donc de donner à voir une photographie de ce qu'est la médecine générale, afin de corriger certaines fausses images et de montrer aux étudiants l'intérêt de cette discipline.

2. Les points forts de l'OMG

2.1 Des chiffres et encore des chiffres

En 15 années de recueil, l'Observatoire de la Médecine Générale a recensé plus de 690 000 patients, pris en charge lors de 6 millions d'actes médicaux, avec 8 millions de résultats de consultations et 15 millions de prescriptions médicamenteuses. Une telle quantité d'informations n'est retrouvée dans aucune autre étude de ce domaine. L'ampleur de la base est conséquente et permet donc une grande variété d'analyses.

2.2 Un système de recueil unique

L'originalité de ce réseau est aussi due au système de recueil en continu. En effet, le constat est que les essais cliniques, même s'ils restent le gold standard en termes de démonstration scientifique, ont aussi leurs limites et ne peuvent pas toujours refléter la pratique courante. L'ambition était donc de créer un réseau rapide et réactif, avec une analyse en temps réel des données observationnelles d'un très grand nombre de patients, fournissant en retour à chaque praticien, une aide à la décision clinique. Finalement, c'est l'observation qui est souvent à l'origine d'avancées scientifiques importantes, particulièrement dans le domaine de la santé.

Ce recueil standardisé en direct a permis plusieurs types d'analyses via le recueil de données appelées « données de vie réelle » (116) :

- Des échanges professionnels et des comparaisons de pratiques pour améliorer la qualité des soins et optimiser les traitements : La mise en commun des données de consultation comprenant les diagnostics, les modalités de traitement et les biologies, alimente des dynamiques d'échange, de réflexion collective, de comparaison entre professionnels ; le tout étant un levier d'amélioration de la qualité des soins. Les nouvelles technologies contribuent à assurer les modalités de ces échanges, et ces derniers peuvent être organisés sous des formes diverses. L'animation du réseau facilite les rencontres entre généralistes investigateurs, ce qui

permet alors le partage des expériences personnelles et l'enrichissement des participants.

- **Une production de connaissances nouvelles pour répondre aux besoins de santé et faire évoluer les recommandations de bonne pratique** : L'apport de données en continu a aussi une place dans le développement de nouveaux produits, de nouvelles pratiques... : l'analyse des pathologies, des traitements existants, des besoins non couverts peut permettre d'orienter les recherches. La politique de santé actuelle est particulièrement avide de ce type de données.

- **La surveillance de la sécurité des produits de santé mis sur le marché et de leurs effets indésirables** : Cette expérience a permis d'étudier la iatrogénie en médecine générale. Elle a aussi donné lieu à des expériences d'alerte comme pour le Rofécoxib en 2004.

- **La surveillance du bon usage** : Le rapport efficacité / risque des traitements dépend fortement de leurs conditions d'utilisation : il faut donc s'assurer que les prescriptions soient pertinentes et conformes aux recommandations. L'observation des traitements en continu peut aussi permettre de détecter des innovations d'usage profitables (diffusion de pratiques sur des indications non encore validées par l'évidence scientifique), des gains d'efficience (traiter avec le meilleur rapport qualité / coût), de qualité et d'équité (accès aux traitements identique sur le territoire, observance...). Les actions étaient variables selon les constats (publication et diffusion de recommandations, développements d'études cliniques, retours d'information individuels ou collectifs vers les praticiens...).

- **L'évaluation de l'efficacité et de l'efficience** : Lors de la réévaluation des produits, les résultats observés par les médecins peuvent confirmer ou non les observations des essais cliniques. La mesure et l'évaluation sont indispensables en termes de santé publique. Cet outil y contribue puisqu'il permet d'analyser la pratique des médecins généralistes qui prennent en charge chaque année plus de 75 % de la population française. De ce point de vue, il apparaît être très utile au pilotage du système de santé.

2.3 Structuration des dossiers médicaux

Le langage standardisé, transcodé CIM-10, descriptif des problèmes pris en charge à chaque consultation, est d'un intérêt non négligeable pour bénéficier d'un dossier médical structuré. Cette logique de structuration conduit implicitement à la justification et à la traçabilité des décisions prises ; premier pas vers une démarche

qualité et argument médico-légal majeur. L'OMG a confirmé qu'utiliser une nomenclature médicale est faisable au quotidien.

2.4 Un retour d'informations en libre accès

Le caractère public des données accessibles via internet est un atout de cet observatoire. En effet, quiconque, qu'il soit médecin, patient, ou institutionnel peut accéder à certaines données générales mises en ligne et disposer d'un éclairage sur un problème de santé en médecine générale, afin de l'utiliser pour une publication, un séminaire, une soirée FMC, un cours à la faculté ou tout autre événement.

Les informations produites par les études et la recherche nécessaires à l'activité scientifique, comme à l'industrie, augmentent et se diversifient dans nos sociétés, et l'un des enjeux est le partage de la connaissance, qui est un moteur du progrès scientifique et aussi un levier de la démocratie. L'Observatoire était donc en avance dans ce domaine avec la création de ce site internet. Le partage de l'information et la mutualisation des connaissances intéressent tous les acteurs de la santé. Ces données accessibles, malgré leur ancienneté, ont et sont encore régulièrement citées en bibliographie.

Les principaux atouts de ce site internet :

- **Analyser sa pratique** : L'idée était de repérer les diagnostics les plus fréquents, de pouvoir se comparer à un groupe de médecins de la même discipline et de tirer certaines conclusions pouvant induire des changements positifs dans la pratique quotidienne. Il s'agit là d'une forme d'auto-évaluation du médecin. Chaque investigateur pouvait comparer son profil à celui du groupe dans son ensemble.
- **Participer à la formation médicale continue** : Cet observatoire permettait de l'orienter en fonction de ses besoins. Aussi, il permettait l'argumentation (dans un groupe de pairs par exemple).
- **Participer à la formation médicale initiale** : En visualisant en direct les affections effectivement rencontrées en médecine générale, cet outil permettait de situer et de suivre dans le temps l'importance des différentes affections prises en charge en médecine générale, les fréquences des recours générés par ces troubles ou pathologies ainsi que leurs modalités de traitement. De telles données étaient précieuses pour les enseignants et maîtres de stage qui ont toujours besoin de références.
- **Contribuer à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles** : La participation à un tel réseau était validante pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles grâce à un

programme baptisé OPERA (Améliorer sa Pratique par l'Evaluation de la Réalité Observée).

3. Limites et biais de l'OMG

3.1 Un biais de sélection

La sélection des médecins reposait sur le volontariat et le bénévolat et était contraint par l'utilisation de logiciels spécifiques. La non représentativité du réseau des investigateurs a souvent été reprochée à l'OMG. Le nombre d'une centaine de médecins était certes insuffisant pour réaliser des études centrées sur le médecin, mais en revanche pertinente pour l'analyse sur les patients et le soin.

3.2 Les limites de l'étude

Deux limites ont été identifiées pour l'OMG.

D'une part, la nécessité d'une organisation lourde et à haute compétence pour animer le réseau, traiter les données collectées et mener les études nécessaires. Malgré un budget annuel conséquent de l'ordre de 600 000€ par an et une structuration en véritable Département d'information médicale (DIM) sur le modèle des hôpitaux, la SFMG n'a pas eu les moyens d'exploiter au mieux la base de données. Les publications auraient pu être bien plus nombreuses.

D'autre part, si l'OMG a fourni des données médicales sur les patients consultant en médecine générale, il ne peut prétendre à décrire l'ensemble de la morbidité de la population. Ceci est logique, c'est le principe du fameux Carré de White. L'OMG ne peut étudier que les patients qui consultent.

3.3 Le langage utilisé

L'observatoire a bénéficié d'un langage standardisé commun via le Dictionnaire de Résultat de consultations. Seulement, ce langage est mal identifié au niveau international et parfois même inconnu par les médecins généralistes eux-mêmes. Les études et publications ont eu du mal à trouver la reconnaissance internationale. Cette situation a changé ces dernières années grâce au transcodage du dictionnaire avec la CIM-10 et même avec la CISP, faisant des utilisateurs de ce Dictionnaire les rares "codeurs" en continu en CIM et en CISP.

4. Et les autres réseaux ?

D'autres expériences et réseaux existent ou ont existé en France, et à l'étranger. Chacun a sa particularité, ses forces et ses limites. Nous proposons ici de lister, de manière non exhaustive, les principaux.

4.1 D'autres réseaux français

Base de données SNIIRAM : Base nationale créée en 1999 avec pour objectifs de contribuer à une meilleure gestion de l'Assurance Maladie et des politiques de santé, d'améliorer la qualité des soins et de transmettre aux professionnels de santé les informations pertinentes sur leur activité. Plusieurs finalités de cette base de données sont formulées¹⁹. En premier, il s'agissait d'améliorer la qualité des soins, notamment par la comparaison des pratiques aux référentiels, l'évaluation des comportements de consommation de soins, l'analyse des caractéristiques et des déterminants de la qualité des soins. En deuxième, il s'agissait de contribuer à une meilleure gestion de l'Assurance Maladie par la connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes, l'analyse quantitative des déterminants de l'offre de soins et la mesure de leurs impacts sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie. Un objectif était de contribuer à une meilleure gestion des politiques de santé par l'identification des parcours de soins des patients, le suivi et l'évaluation de l'état de santé des patients et leurs conséquences sur la consommation de soins, l'analyse de la couverture sociale des patients, la surveillance de la consommation de soins en fonction de différents indicateurs de santé publique ou de risque. En dernier, il y avait une volonté de transmettre aux prestataires de soins les informations pertinentes relatives à leur activité, à leurs recettes et, s'il y a lieu, à leurs prescriptions.

Il s'agit donc là d'une base de données bien différente de celles de l'Observatoire, base ne permettant pas de savoir avec exactitude ce qu'il se passe dans un cabinet de médecins généralistes, comme nous le constatons en lisant les objectifs énoncés par la CNAMTS. Il ne s'agit en aucun cas d'un relevé de résultat de consultations mais seulement d'un relevé via la carte vitale de la consommation de soins.

Réseau Sentinelle : Créé en 1984, il s'agit d'un réseau de recherche et de veille sanitaire en soins de premiers recours. Ce réseau a pour objectif la constitution de grandes bases de données en médecine générale et en pédiatrie, à des fins de veille sanitaire et de recherche, le développement d'outils de détection et de prévision

¹⁹ ameli.fr

épidémique, la mise en place d'études cliniques et épidémiologiques. Le principe est très simple : un nombre relativement important de médecins généralistes signalent les maladies épidémiques vues en cabinet de type grippe, diarrhées... Il s'agit donc là seulement d'une surveillance épidémiologique en temps réel de maladie prédéfinie.

Réseau RECIF (Réseau d'Epidémiologie Clinique International francophone) : Ce réseau est composé d'un ensemble d'épidémiologistes cliniciens, de biostatisticiens, d'économistes de la santé, d'enseignants et de chercheurs. Il a pour partenaires des universités, des ministères, des ONG et d'autres réseaux internationaux. Il intervient en France et dans les pays francophones émergents : Europe de l'Est, bassin Méditerranéen, Afrique... Ses principales missions sont la promotion de l'enseignement et la recherche appliquée en épidémiologie clinique. Il a pour vocation de favoriser l'émergence des concepts de l'épidémiologie clinique par des méthodes quantitatives et qualitatives. Enfin, il agit dans le but de participer à l'amélioration du système de santé et à la prise en charge des besoins de santé des populations.

A noter que ce réseau a développé une branche dédiée à la médecine générale en mars 2020 lors de l'épidémie du SARS-CoV-2.

Enquêtes ponctuelles de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (117): Il s'agit ici seulement d'enquêtes décrivant la morbidité déclarée. Elle a lieu tous les deux ans et interroge les mêmes ménages tous les quatre ans.

Etude ECOGEN (Eléments de la COsultation en médecine GENérale) : L'idée de cette étude partait du principe qu'aucun recueil de données de consultation de médecine générale n'avait été réalisé en utilisant la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a donc mis en œuvre une étude transversale d'envergure nationale avec un recueil de 400 consultations minimum, par investigateur, en 5 mois.

Le GROG (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe)²⁰ : Ce réseau a fonctionné de 1984 à 2014 dans le cadre de la surveillance de l'arrivée et la circulation des virus grippaux. Il a servi de modèle pour la mise en place de réseaux de surveillance en Europe et dans le monde. En effet, l'organisation était pointue avec un bulletin hebdomadaire et un site internet d'informations, accessible tout public.

²⁰ <http://www.grog.org/>

Réseau IMS-Health : Cette base française, intervenant dans 11 autres pays était constituée d'un panel de 400 médecins généralistes et 435 médecins spécialistes (couvrant 12 spécialités) par trimestre. Chaque médecin était interrogé sur une durée de 7 jours (soit environ 30 médecins généralistes et entre 30 et 40 spécialistes par semaine). Chaque trimestre, le panel était tournant avec 720 médecins fixes et 115 nouveaux médecins, la durée maximale de participation étant limitée à 3 ans. Sur les 7 jours d'enquête, le médecin fournissait l'intégralité des ordonnances qu'il avait délivrées sous une forme contenant les produits prescrits, les modalités de traitement, les diagnostics réalisés, les effets attendus et le profil du patient. Toutes ces données étaient ensuite traitées et permettaient le suivi des prescriptions médicamenteuses.

Réseau Thales CEGEDIM : Il s'agit d'une extraction quotidienne de données des dossiers médicaux (pathologies, ordonnances...). 625 médecins ont ainsi été équipés du logiciel Thalès. Cegedim a ensuite lancé Héraclès et équipé 3500 nouveaux médecins. Les données de ce réseau ne sont pas librement accessibles et il s'agit surtout d'un dispositif à but commercial.

4.2 Et à l'étranger

De nombreux pays étrangers développent des systèmes d'analyse pour améliorer la qualité des soins.

Par exemple, un réseau américain permettant la mise en commun de données dans un but d'amélioration du soin : le projet **CancerLinQ** (118). Ce projet est créé par L'American Society of Clinical Oncology (ASCO) en 2010. L'idée était la création d'une plateforme numérique reliant et analysant les dossiers médicaux informatisés d'hôpitaux volontaires. La plateforme rassemble aujourd'hui les dossiers de plus d'un million de patients atteints de cancer. L'ambition est de créer un système apprenant, rapide et réactif, qui analyse en temps réel les données observationnelles d'un très grand nombre de patients, et fournit en retour, à chaque praticien, pour les patients qu'il traite, une aide à la décision clinique.

Réseau NIVEL²¹ : Il s'agit là d'une base de données, gérée par l'institut national pour la recherche sur les services de santé aux Pays-Bas. Il utilise des données provenant de prestataires de soins de santé dans un but de surveillance de l'utilisation des services de santé. Ce réseau inclut donc toute la population néerlandaise utilisant le système de santé et une collecte d'informations a lieu avec centralisation des données

²¹ <https://www.nivel.nl/en/databases-and-panels>

et analyse. De nombreuses études locales, nationales et même internationales ont pu avoir lieu et ont toujours lieu grâce à ce réseau qui a reçu un rapport d'un comité international prouvant une qualité scientifique très élevée avec une grande pertinence pour la société d'un tel réseau. La SFMG a eu plusieurs partenariats avec ce réseau.

5. A propos de notre travail

Nous pourrions discuter du choix des sujets des fiches retenues. Il répond à un impératif, celui des données retrouvées dans la littérature, y compris grise, de cet OMG. Le nombre de 41 fiches est discutable aussi. D'autres auraient pu être ajoutées. L'ensemble ne peut donc prétendre à décrire rigoureusement l'activité en médecine générale. C'est pour cela que nous comparons le travail rendu à un tableau impressionniste plus qu'à une peinture réaliste. Nous pourrions aussi revendiquer un courant expressionniste puisqu'il s'agissait de donner à voir, aux étudiants en particulier, le cadre vivant de la pratique généraliste en tentant de répondre à certains a priori, pour donner envie de choisir cette spécialité médicale.

PERSPECTIVES

PERSPECTIVES

Le domaine du recueil de données médicales ambulatoires est encore peu apparent. Son avenir nécessite de concilier pragmatisme et ambition. Pragmatisme, en s'appuyant sur ce qui existe, les forces et les faiblesses des expériences antérieures. Il faut y adjoindre une vision ambitieuse osant croiser les différentes sources d'informations en s'appuyant sur les nouveautés technologiques. Notre système de santé, la rationalisation des coûts, la qualité des soins délivrés à nos patients ont besoin de données médicales extrahospitalières.

1. Vers un codage des actes

On nous annonce que les algorithmes et l'intelligence artificielle sauraient prochainement, sans nous, retrouver dans nos dossiers les éléments utiles. La reconnaissance de mots clefs dans du texte libre est souvent évoquée, comme exemple de ce progrès. Le dossier médical est avant tout l'émanation de la démarche du médecin, que le texte libre peine à décrire. Il est difficile d'imaginer que ce texte libre pourrait prochainement être la source d'un programme d'automatisation du processus décisionnel. Se laisser enfermer dans cette vision fait craindre un nouvel échec qui entraînerait à nouveau des années de retard, délétères à la qualité des soins (119).

Les recommandations actuelles invitent les médecins français à "coder" leurs actes en CIM10, indiscutable référence internationale en médecine. En pratique celle-ci est difficile à utiliser en directe et en continue. La CISP et le Dictionnaire des RC sont adaptés à l'exercice du généraliste. A l'avenir, en fonction de ce que l'on attendra d'un réseau de recueil, le dispositif devra pouvoir intégrer des données relevées éventuellement en CIM, mais surtout à l'aide de la CISP et en DRC. Chacun de ses deux outils a ses avantages. Le choix du DRC a l'avantage de relever aussi en tâche masquée le codage CIM et CISP. L'université doit impérativement apprendre à ses étudiants cette manière de relever les troubles de santé dans le dossier du patient.

2. Un dossier médical structuré

Le saviez-vous, la plupart des logiciels de dossiers médicaux sont encore peu ou pas structurés ? Force est de constater qu'en 2020, le dossier médical informatisé a jusqu'alors bien peu contribué à améliorer l'ancien dossier papier et ne permet pas l'aide à la décision et la fructueuse interactivité qu'il devrait apporter au médecin (119). Une des premières conséquences est de rendre difficile tout changement de logiciel professionnel. Une seconde est de rendre délicate l'extraction de données pour analyser sa pratique ou faire partie d'un réseau de recueil. Les projets actuels de logiciels de dossiers médicaux, par les sociétés privées et les GAFAs de la santé, ne sont pas pour nous rassurer.

La profession devra répondre à cette carence qui fragilise l'espoir d'un réseau de recueil à grande échelle. Il est souhaitable que les médecins s'organisent et optent en mettant des moyens, dans des solutions indépendantes et ouvertes.

3. Un nouveau réseau de recueil en ambulatoire

A l'image de ce qui se fait dans plusieurs pays étrangers, la France a réellement besoin d'un réseau de recueil de données ambulatoires pour étudier ce champ de la santé. Il existe, comme nous l'avons évoqué, quelques expériences, mais qui restent locales ou qui manquent d'ampleur. C'est d'ailleurs ce que conclut un récent rapport de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), qui positionne la France en ce domaine, au sein de l'ensemble des pays, de manière assez défavorable²².

Des réflexions ont lieu depuis plusieurs années sur l'intérêt qu'il y aurait à construire, à nouveau en France, une base de données d'une taille et d'une représentativité suffisante, appariant des données cliniques issues d'un échantillon de dossiers informatisés des médecins généralistes, aux données du Système National des Données de Santé (SNDS). Le Ministère de la santé et la CNAMTS ont mené une réflexion sur l'opportunité de créer eux-mêmes un tel outil, qui n'a pas débouché jusqu'à présent. Le Collège National des Généralistes Enseignants porte actuellement un projet qui avait été annoncé officiellement à l'automne 2017. La SFMG s'était réjouie

²² OECD. Recommendation on health data governance. Janvier 2017.

que l'idée de l'OMG puisse être reprise et espérait qu'elle soit optimisée avec des moyens nouveaux et la mutualisation des compétences²³.

4. Un objectif collectif pour un usage en coopération

La création d'un nouvel observatoire de la médecine générale devra s'appuyer sur toutes les compétences, techniques bien entendu, mais aussi dans l'animation de réseaux d'investigateurs. Porter un projet commun facilitera la capacité à trouver des financements. L'expérience de l'OMG montre qu'il ne faut pas certes avoir raison trop tôt, mais aussi qu'il faut savoir rechercher des collaborations dès la conception du projet.

Un véritable entrepôt de données extrahospitalières répondrait à des attentes croissantes. Les données ambulatoires sont en effet de plus en plus recherchées, par un nombre croissant d'institutions ou de chercheurs. Le nombre des publications a fortement augmenté entre 2006 et 2017 (116).

Il contribuerait également à constituer une base de référence pour certaines études. Comme avait servi de témoin l'OMG en 2008 pour l'évaluation du projet ASALEE afin de montrer que l'emploi d'une infirmière de santé publique améliore l'efficacité des soins (120).

Il permettrait surtout un véritable essor de la recherche en médecine générale, en permettant aux confrères et thésards d'interroger cette base de données lors de leurs travaux de recherches.

5. L'évènement COVID-19

Lors de l'épidémie actuelle de COVID-19, nous avons constaté avec regret l'absence d'un observatoire de la médecine ambulatoire. Certains confrères épars ont fait une analyse individuelle de leur activité, permettant de décrire les caractéristiques cliniques des ETATS FEBRILES qu'ils rencontraient. Ils ont objectivé le soudain changement de pratique avec un passage majoritaire à des consultations à plainte unique alors qu'elles sont habituellement de 2,2 diagnostics en moyenne. Ils ont aussi observé une franche augmentation des troubles psychiatriques. Comment ne pas

²³ La SFMG au Congrès du CNGE, ou l'on reparle d'un réseau de recueil en médecine générale. Editorial du site www.sfm.org le 10/12/2017.

prendre conscience de l'intérêt pour la santé publique d'avoir ce type de données à grande échelle ?

6. Des objectifs opérationnels

La longue expérience de l'OMG permet de préciser quelques éléments si l'on veut envisager un nouveau projet de plus grande envergure.

Tout d'abord, il est important de bien structurer le dispositif décisionnel. Il faut différencier le maître d'ouvrage (MAO) qui est l'entité porteuse d'un projet, définissant son objectif, son calendrier et le budget, du maître d'œuvre (MOE) qui est désigné par le maître d'ouvrage pour réaliser le projet, dans les conditions conformes à un contrat. Le maître d'œuvre a la responsabilité, dans le cadre de sa mission, de désigner une chefferie de projet. Outre désigner un MOE, le MAO doit établir son cahier des charges organisationnelles et préciser la propriété des données. Le MOE, quant à lui, proposera son projet, son organisation, son cahier de suivi des travaux.

Quatre entités doivent être mis en place :

Un comité de pilotage, la cheville ouvrière, ingénierie du projet. Il dirige et coordonne. Il est chargé de rendre chaque année un rapport d'activités de l'observatoire et un rapport financier, présentés au maître d'ouvrage.

Un conseil scientifique composé en général de personnes externes au projet. Il se réunit deux fois par an, ou à la demande du comité de pilotage.

Un département d'information médicale (DIM) chargé de la partie scientifique, statistique et épidémiologique. Il est composé de membres ayant une expérience et une qualification en base de données ou étude scientifique. Les statisticiens embauchés font partie de ce DIM.

Un département technique à deux bras :

Un groupe informatique, pour assurer le relevé des données, leur acheminement et leur stockage. Il sera composé de médecins et d'informaticiens. Il peut être externalisé en partie par de l'infogérance.

Un deuxième groupe, dédié à l'animation du réseau des investigateurs. Ce groupe est capital pour entretenir la "flamme" des médecins investigateurs.

La question de la **propriété de la donnée** est primordiale. Il semblerait logique que ce soit le maître d'ouvrage, commanditaire du projet, qui en soit le garant. Il est important de préciser aussi qui peut accéder aux données. Sans atteindre l'open source, un accès doit être possible aux structures généralistes moyennant un projet d'analyse.

Il est nécessaire par ailleurs, de disposer d'un cahier des charges permettant de **structurer les données au sein des logiciels métiers**, répondant aux besoins spécifiques de l'exercice de la médecine générale. Il est en effet nécessaire pour garantir une analyse de qualité, que chaque donnée recueillie puisse être identifiée comme appartenant à un référentiel ou issue de l'alignement ou du transcodage d'un référentiel.

Ainsi à l'instar d'autres pays européens, le système de santé français doit se doter d'un outil de connaissance et de recherche sur la pratique en médecine générale. L'observation et l'analyse fine des pratiques médicales requièrent des informations plus systématiques et détaillées. Les informations telles que les motifs de recours, les facteurs de risque, les signes cliniques, symptômes ou plaintes, les diagnostics, les résultats biologiques, les prescriptions... sont des éléments essentiels à la connaissance et à l'amélioration des pratiques en soin de premier recours.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les internes qui choisissent la médecine générale représentent plus d'1/3 des 8700 étudiants classés aux épreuves classantes nationales (ECN)²⁴. A peine la moitié de ceux-ci s'installeraient au final. Il existe par ailleurs une pénurie, car les nouveaux installés ne compensent pas les départs. De plus, tous les postes du territoire ne sont pas pourvus. Chaque année, 25% des médecins diplômés d'une faculté française décident de ne pas s'inscrire à l'Ordre et vont exercer d'autres professions²⁵. La médecine générale n'est pas valorisée auprès des étudiants et bon nombre d'entre eux ne la connaissent pas avant de passer les ECN, ou bien à travers des souvenirs de leur propre médecin traitant. De plus, il n'est pas rare que le discours de nos confrères enseignants hospitaliers ne soit que peu valorisant. Pourtant, les choses semblent très progressivement changer. De plus en plus d'étudiants font un stage en deuxième cycle, et il est régulier que des étudiants bien placés aux ECN choisissent notre spécialité...

Ce travail avait pour objectif de camper un tableau de la médecine générale afin de contribuer à faire connaître aux étudiants la variété et la richesse de cette spécialité. Pour cela, nous avons réalisé une revue de la littérature en prenant pour critères les études réalisées à partir de l'Observatoire de la Médecine Générale. Il s'agissait de relever toutes les publications liées à cet observatoire ainsi que la littérature dite grise (rapport, synthèse, travail non publié).

Nous sommes d'abord revenus sur l'organisation et le fonctionnement de cet observatoire, afin d'en comprendre le mécanisme. L'expérience menée par la Société Française de Médecine Générale a duré près de 20 ans et a produit des données pendant plus de 15 ans. La base de données recense plus de 690 000 patients, pris en charge lors de 6 millions d'actes, avec 8 millions de Résultats de consultations et 15 millions de lignes de prescriptions médicamenteuses.

Nous avons ensuite, à partir de ce matériel bibliographique, tenté de dessiner un tableau par touches de la médecine générale. A cet effet, nous avons sélectionné et rédigé 41 fiches intitulées "Le saviez-vous". L'idée étant de faire connaître aux futurs confrères la diversité de notre spécialité. Des informations et des chiffres clés,

²⁴ <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2018/specialites>

²⁵ Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Les internes en médecine : effectifs et répartitions 2010-2014

jusqu'alors souvent peu connus, sont donc regroupés avec une partie présentation et une discussion permettant d'élargir la réflexion.

A travers ce travail, nous espérons d'une part, donner envie aux étudiants de faire le choix de la médecine générale et d'autre part, donner l'envie à la profession de recréer un observatoire sans aucun doute indispensable à la compréhension de notre discipline.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Prieur C. Le désenchantement de la médecine générale. Le Monde des idées. Février 2009.
2. Rault J, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016. Conseil national de l'ordre des médecins; p. 326.
3. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018. Ordre National des Médecins.
4. Dory V, Pouchain D, Beaulieu M-D, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer. 2009; 20 (85).
5. Chouilly J, Kandel O, Jouteau D, Ferru P. Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. GMSanté. 2018.
6. Pestiaux D, Vanwelde C. Qu'en pense la dame de Saint-Léon ? Les nouveaux habits de la médecine générale. Louvain médical. 2002. 121: S213-219.
7. Lancry P-J. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. MSA. Février 2007.
8. Leeuwenhorst group. The General Practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General practice. Netherlands; 1974.
9. WONCA. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe, 2002
10. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes: Sociologie de la médecine générale. Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique. Rennes : 2010.
11. OMS. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS): Septembre 1978.
12. Babusiaux C, Sicard D, Decottignies R. L'Institut des données de santé. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. Avril 2010; 58(2): 85-8.
13. De Roquefeuil L, Studer A, Neumann A, Merlière Y. L'échantillon généraliste de bénéficiaires : Représentativité, portée et limites. Pratiques et Organisation des Soins. 2009; 40(3): 213.
14. Chevreul K, Le Fur P, Renaud T, Sermet C. Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville. IRDES; octobre 2006. Rapport 535.
15. Goldberg M, Zins M. Les cohortes généralistes en population. L'exemple des cohortes Gazel et Constances. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Février 2013; Rapport 2 : 299-313.
16. Duhot D, Kandel O, Boissault P, Hebbrecht G, Arnould M. Un réseau et une base de données au service de la médecine générale en France. Primary International-Primary Care. 2009; 2: 41-5.
17. Maisonneuve H, Moreau N, Steudler F, Guérot C, Durocher A. Typologie des sociétés savantes médicales françaises. Presse Médicale. Juillet 2004; 33(12): 784-90.
18. Vincent B. Sémiologie clinique et épidémiologique en médecine générale. XVII séminaire national de la SFMG. Documents de Recherches en Médecine Générale. Caen. Mai 1991, S39-40.
19. SFMG. La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine. 1983; S7-8.

20. Avenin G. Les bases de données issues des dossiers médicaux électroniques en France. Problèmes méthodologiques et perspectives. Paris Descartes; 2007.
21. Lectures pour la recherche et l'enseignement de la médecine générale : Lehrbuch der allgemeinmedizin (R.N. Braun). Document de Recherche En Médecine Générale. 1989; 31: 137-138.
22. Braun R.N., Danninger H., Landolt-Theus P., « Kasuographie, Benennung der regelmässig häufigen Fälle in der Allgemeinpraxis ». Verlag-Kirchheim, 1992.
23. Vincent B, Rosowsky O. Recherche épidémiologique et épistémologique sur la prise en charge du malade en médecine générale. Document de Recherche En Médecine Générale. 1988; 27 : 4-163.
24. Jacot P et al. Le Dictionnaire des Résultats de consultation - 1e édition. Document de Recherche En Médecine Générale. 1992.
25. Clerc P, Boisnault P, Ferru P. Première analyse statistique de l'utilisation du Dictionnaire des Résultats de consultation, pendant la période 1993-1999. Journées EMOI. Nancy. 2001.
26. Arnould DM. Département d'Information Médicale (DIM). Département Dossier Médical Informatisé (DMI) : 13.
27. Clerc P, Boisnault P, Hebbrecht G. Diogène cahier de validation. Rapport 1.
28. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brulet J. Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2) : deuxième version. Care Ed Belg. 2000; 232.
29. NG Cheong Vee JM. Analyse des raisons de la mauvaise diffusion du Dictionnaire des Résultats de Consultation® chez les médecins généralistes et propositions pour l'améliorer. Poitiers; 2014.
30. SFMG. Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale. septembre 1998; 52.
31. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. Octobre 2003. 51: 5.
32. Clerc P, Boisnault P, Hebbrecht G. Développement d'un entrepôt de données en médecine générale. Revue Epidémiologie Santé Publique. Octobre 2003. 51(5): 553-4.
33. Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. Thèse de médecine. Versailles. 2012.
34. SFMG. Mise en place d'un relais de diffusion de message d'alerte. Un service de l'OMG aux médecins investigateurs, le Vioxx®, retrait mondial. 2004.
35. SFMG. L'Observatoire de la Médecine Générale. Un outil au service de la médecine générale et de la santé publique.
36. Letrillart L, Desenclos J, Flahault A. Facteurs de risque des diarrhées aiguës épidémiques hivernales : une enquête cas-témoins en médecine générale. Document de Recherche En Médecine Générale. Janvier 1998; 50.
37. SFMG. Le bulletin de l'Observatoire de Médecine Générale. Mai 2010; 51.
38. SFMG. Le bulletin de l'Observatoire de la Médecine Générale. Octobre 2008.
39. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. GMSanté; 2015.
40. DREES : La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. Avril 2006 ; 481.
41. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E et al. Les emplois du temps des généralistes. Etudes et résultats. 2012 ; 797.

42. Kandel O, Duhot D, Véry G, et al. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Revue du Praticien Médecine Générale. 2004. 656/657:781-84.
43. Langewitz W, Denz M, Keller A, et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. British Medical Journal. 2002 ; 325:682-3.
- 44 Boisnault P, Clerc P, Kandel O et al. Observatoire de la médecine générale : quels bénéfices pour les médecins ? Revue du Praticien Médecine Générale. 2004 ; 656/657 : 569-72.
45. Braun Robert N. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Paris. Edition Payot. 1979 ; 512.
46. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P et al. Le Dictionnaire des Résultats de consultation®. Sémiologie des situations cliniques en médecine générale. Abrégé de gestion de l'incertitude diagnostique. Edition « Le plaisir de comprendre ».
47. Braun R.N. Traduction française de "Pratique Critique et Enseignement de la Médecine Générale ». Edition Payot. Paris. 1979.
48. Ferru P., « Der Abwendbar Gefährliche Verlauf. Le risque critique évitable ». Synthèse. Décembre 2008.
49. Chevallier F. Estimation des durées de suivi des pathologies aiguës, en médecine générale, à l'aide des données de l'Observatoire de la Médecine Générale. Paris XI. 2016.
50. Sourzac R. Le code suivi. Documents de Recherches en Médecine Générale. 1993; 42 : 41-64.
51. Clerc P, Martinez L, Morel F, Lecomte MA. Annuaire Statistique de l'OMG. Documents de Recherches en Médecine Générale. 1998; 52 : 1-36.
52. Deleau E, Kandel O, Maugard JF. Activité d'une interne de médecine générale en stage ambulatoire de sixième semestre (SASAS). Thèse de médecine. Poitiers ; 2005.
53. Hurtaud A, Rouillon F, Lorient M, Fritsch JP. Internes en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. Exercer. 26(120) : 182-190.
54. Duhot D, Martinez L, Ferru P, Kandel O, Gavid B. Prévalence de l'hypertension artérielle en médecine générale. Revue du Praticien Médecine Générale. 2002 ; 562 : 117-180.
55. Duhot D, Hebbrecht G, Lemerrier X, Clerc P. Description des classes médicamenteuses et leurs associations utilisées par les médecins généralistes pour la prise en charge de l'HTA. Congrès de la Médecine générale 2008.
56. Clerc P. et al. Construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale. Pratiques et Organisation des Soins. 2008. 39(1).
57. Defoort R. Perceptions et croyances sur la pression artérielle et sa mesure en consultation de médecine générale. Thèse de médecine. Lille ; 2015.
58. Lemerrier X, Duhot D, Arnould M, Poppelier A, Hebbrecht G. Caractéristiques de la mesure de la pression artérielle par les médecins généralistes français. Congrès de la médecine générale. Lyon ; 2008.
59. Girard-Monnier F. Est-il possible d'estimer la complexité du suivi des patients polypathologiques chroniques ? Thèse de médecine. Versailles; 2012.
60. CNAMTS. Des soins de qualité pour tous. Faits marquants. 2002.

61. Duhot D, Vallée J, Clerc P, Colignon-Portes R, Gavid B, Kandel O. Qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 en médecine générale grâce à l'hémoglobine glycosylée en France en 1999. Documents de Recherches en Médecine Générale. 2005; 60 : 25-29.
62. Robert J, Roudier C, Poutignat N, Fagot-Campagna An, Weill A, Rudnichi A, Thammavong N, Fontbonne A, Detournay B. Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. Pour le comité scientifique d'Entred 2007-2010. BEH Thématique 2009 ;42-43.
63. Giet D. Écologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale. Revue Médicale de Liège. 2006;61(5-6):277-84.
64. Clerc P, Lebreton J, Griot E, Comte C, Chaudon C. La multimorbidité, une nouvelle conception du soin. Edition GMSanté. 2020.
65. Buffel du Vaure C, Ravaud P, Baron G, Barnes C, Gilberg S, Boutron I. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis. British Medical Journal. Open 2016; 6(3).
66. Jacquet A.S. Est-il possible d'identifier les situations douloureuses en consultation de médecine générale à l'aide d'un outil de description des diagnostics ? Thèse de médecine. Versailles ; 2014.
67. Mak S.L. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale. Thèse de médecine. Versailles ; 2014.
68. Durel-Maurisse A. Angine et prescription d'antibiotiques: impact de l'utilisation systématique du score de Mac Isaac. Thèse de médecine. Paris; 2009.
69. Le Breton J. Typologie des patients de moins de 26 ans pris en charge pour pathologies chroniques en médecine générale. Thèse de médecine. Paris; 2007.
70. Hebbrecht G, Duhot D, Clerc P. Quelles classes médicamenteuses et leurs associations sont utilisées par les médecins généralistes pour la prise en charge de l'asthme ?
71. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. IRDES. Premiers résultats. Mai 2014;198.
72. Van der Heyden J. Enquête de santé par interview. Affections chroniques. Institut scientifique de santé publique. Belgique; 2008.
73. Haxaire C. Éducation thérapeutique: Concepts et enjeux. ADSP. Mars 2009; 66.
74. Le Breton J, Bercier S, Chouilly J, Kandel O. Rapport du Collège de la Médecine Générale pour la CNAM-TS, rédigé par la SFMG. Mars 2017. 30p.
75. CNAMTS. Direction des Statistiques et des Etudes. Des tendances de fond aux mouvements de court terme. Point de conjoncture n° 7. 2002 ; 22.
76. De Chefdebien M. Typologie de 1014 enfants atteints de pathologies infectieuses aiguës, nés entre 1999 et 2001 et suivis pendant 10 ans par les médecins de l'Observatoire de Médecine Générale. Thèse de médecine. Versailles ; 2013.
77. Kandel O, Ripault, Jourdain M, Bouche G. La durée de consultation intervient-elle sur la prescription de psychotropes ? Revue du Praticien Médecine Générale. Juin 2008. 58 :19-24.
78. Rousseau-Migeon C. Etude descriptive de la consultation des adolescents en médecine générale sur l'année 2002 à partir d'une base de données comportant 14000 consultations. Thèse de médecine. Versailles; 2004.

79. Poppelier A, Lacourcelle M, Hebbrecht G, Duhot D. Les médecins généralistes prennent-ils en charges les pathologies de la sphère gynécologique de la même manière selon qu'ils sont hommes ou femmes ? 3^{ème} congrès de la Médecine Générale. Nice; 2009.
80. Ruelle Y, Boivin JM. Le rôle des médecins généralistes européens dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et ses effets sur le succès du dépistage. *Exercer* 2009 ; 85 : 28-29.
81. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2017; (2-3) : 39-47.
82. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL and all. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Jul 17;288(3):321-33.
83. Löwy I, Gaudillière JP. Controverses sur le traitement hormonal de la ménopause. *Mouvements*. 2004/2; 32: 32 à 39
84. Gavid , Raineri F, Gallais JL, de Cailleux E. Ménopause : représentations et avis des femmes versus avis des médecins généralistes. Journée annuelle de communications de la Société française de médecine générale. 2001.
85. DARES. L'exposition des salariés aux maladies professionnelles. L'importance toujours prépondérante des troubles musculo-squelettiques. *DARES résultats*. 2016; 81.
86. Martin A. Productivité et temps de travail. *Alternative Economique*. Avril 2017.
87. DARES. Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés. *DARES Analyse*. 2014.
88. Habert M. Aspects spécifiques de la souffrance morale liée aux conditions de travail : enquête en vue d'une réflexion sur une prise en charge par le médecin généraliste. Thèse de médecine. Paris; 2006.
89. Moreau Le Scanf B. Étude du trouble multisomatoforme chez les patients qui présentent un problème professionnel en médecine générale. Thèse de médecine. Poitiers; 2009.
90. Nasse P, Légeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. 2008 ; 94.
91. Raineri F. Angoisse et anxiété. *Documents de Recherches en Médecine Générale*. 1999 : 53.
92. Beck F, Guignard R, Richard J. Usage de drogues et pratiques addictives en France, analyse du baromètre santé. *INPES*. 2014
93. Garandel J. Identification des facteurs qui influencent la prise en charge des patients faisant un mésusage de l'alcool en médecine générale. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine. Poitiers; 2017.
94. Marchal-Mangeot I. Evaluation du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants à l'alcool. Etude quantitative et qualitative d'un échantillon de 83 patients pris en charge en médecine générale. Thèse de médecine. Poitiers; 2011.
95. Kandel O. 3 chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2002; 16(587):1408-1410.
96. Sandrin-Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? *Médecine des maladies métaboliques* 2010; 4(1):38-43.

97. Prunier JB. Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie. Thèse de médecine. Montpellier; 2018.
98. Tissot C, Flageollet M. Le dernier recours, une face méconnue de l'exercice de la médecine générale. Thèse de médecine. Toulouse; 2014.
99. Clerc P. et al. Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. Pratiques et Organisation des Soins. Janvier-mars 2008, 39(1).
100. Fantini B, Lambrichs L and co. Histoire de la pensée médicale contemporaine. Editions du seuil. 2014: 43-49.
101. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Etudes et résultats, DRESS. 2005; 440 :12.
102. Chouilly J, Kandel O, Duhot D, Hebbrecht G. Les médecins généralistes identifient-ils la iatrogénie dans leur dossier médicaux ? Etude de 2380 cas de iatrogénie relevés par des médecins généralistes français. La Revue du Praticien. Décembre 2011 ; 61: 1418-1422.
103. Briot M. Le bon usage des médicaments psychotropes. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Sénat; 2006
104. Fayolle F. Iatrogénie médicamenteuse en médecine générale : à propos de deux enquêtes auprès des maîtres de stage de Franche-Comté. Thèse de médecine. Besançon; 2006.
105. Clerc P, Le Breton J, Mousquès J, Hebbrecht G, de Pouvourville G. Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies. Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. IRDES. Questions d'économie de la santé. Juillet-août 2010; 156.
106. Candelier D. et all. Prise en charge en médecine générale des infections. ORL à picornavirus ; quelles différences dans 3 pays européens ? Septembre 2003. Tome 17; numéro spécial des Journées Scientifiques EPITER.
107. Naudet M, Gallais JL, Hebbrecht G. Qui sont les patients qui se voient prescrire des antidépresseurs en médecine générale ? Dans quel contexte morbide diagnostiqué ? 3^{ème} Congrès de la Médecine Générale France. Nice; 2009.
108. Gallais JL, Naudet M, Hebbrecht G, et Duhot D. Quels sont les problèmes de santé présentés par les patients ayant bénéficié en médecine générale de prescriptions de neuroleptiques ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2009 ;57(2): 75-76.
109. Blanchard S. Le système de santé français en cause dans la surconsommation de psychotropes. Le Monde. 30 juin 2006.
110. Deveugele M, Derese A. Van Den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study. British Medical Journal. Août 2002; 325.
111. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DREES, Etudes et Résultats. Avril 2006; 481.
112. Morelière M. Etude de la prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes français dans les angines, les bronchites aiguës, les états fébriles et les rhinopharyngites, de 2000 à 2009. Thèse de médecine. Versailles; 2014.
113. Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, Krogstad P, Brook RH. The relationship between perceived parental expectations and pediatrician antimicrobial prescribing behavior. Pediatrics.1999; 103 :711-718.

114. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *British Medical Journal*. 1998; 317(7159) : 637-642.
115. Gallais et al. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. *Documents de Recherches en Médecine Générale*. 1997;45 : 1-107.
116. Bégaud B, Polton D, von Lennep F. Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé. 2017;105.
117. Pisarik J, Rochereau T, Célant N. Etat de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne. *Enquête santé et protection sociale 2014*. 2017;223 : 8.
118. Alaap Shah, Andrew K. Stewart, Andrej Kolacevski, Dina Michels, and Robert Miller. Building a rapid learning health care system for oncology: Why CancerLinQ collects identifiable health information to achieve its vision. *Journal of clinical oncology*. 2016 ; 34 :7.
119. Boishnault P, Ferru P, Kandel O, Szidon P, Thomas Desessarts Y, Véry G. L'instant et la durée, de l'antécédent à l'épisode de soin. A paraître chez GMSanté édition. 2020.
120. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *Questions d'économie de la santé*. IRDES. Novembre 2008 ; 136.

RESUME

RESUME

Introduction : Après avoir été marginalisée pendant ½ siècle et malgré sa reconnaissance universitaire depuis presque 20 ans, la médecine générale reste peu attractive auprès des étudiants. Pourtant, la médecine de premier recours est une discipline variée et intéressante car très clinique. Nous sommes partis du constat qu'en faisant mieux connaître cette discipline, elle deviendrait plus attractive. Pourrait-on à partir des informations de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), donner quelques éclairages sur l'activité d'un médecin généraliste français ?

Méthode : Nous avons d'abord réalisé une revue de la littérature des publications issues de l'OMG, puis décrit le dispositif de cette banque de données. Nous avons ensuite réalisé une sélection des informations illustrant notre objectif, sélection qui a permis de rédiger des fiches intitulées « Le saviez-vous ».

Résultats : Au nombre de 41, les fiches permettent de dresser un tableau de la médecine générale. Quelques chiffres clés ressortent : les généralistes prennent en charge en moyenne 2,2 problèmes par consultation ; les 25 situations cliniques les plus fréquemment rencontrées représentent 50% de l'activité ; le cap de la trentaine fait passer les maladies chroniques devant les troubles aigus ; 6 patients sur 10 sont atteints de multimorbidité ; l'hypertension artérielle est la première maladie chronique prise en charge par les généralistes ; la prescription de psychotropes augmente avec la durée de consultation ; une consultation sur 6 ne donne pas lieu à une prescription de médicaments ; ou encore : « Docteur, vous faites les enfants ? » ou « Docteur, vous faites la gynéco ? »...

Discussion : Ce réseau de recueil en continu est unique en France et a produit une importante base de données pendant ces 15 ans d'existence. Mais ces chiffres commencent à être anciens. Si les données fondamentales ne varient sensiblement pas, certaines évolutions de la société nécessitent une actualisation. Des projets de création d'un nouvel observatoire resurgissent régulièrement. Nous avons tenté de tirer les enseignements de cette expérience pour contribuer à l'espoir de voir à nouveau un entrepôt de données, indispensable à l'épidémiologie des soins de villes et aux travaux de recherche en médecine générale.

Conclusion : La médecine générale, spécialité clinique et variée devrait être plus attractive aux yeux des internes. Cette revue de la littérature à partir de l'OMG permet de dresser un tableau, certes parcellaire, mais qui devrait contredire quelques a priori et permettre de mieux connaître cette discipline.

Mots clés : Médecine générale, Premier recours, Observatoire, Réseau, Recueil de données

SUMMARY

Introduction: After being marginalized for half a century and despite its university recognition for almost twenty years, general medicine remains little attractive to students. Yet primary care is a varied and interesting discipline because it is very clinical. We started from the observation that in making this discipline better known, it would become more attractive. From the information from the Observatory of General Medicine (OMG), would we be able to give some insight into the activity of a French general practitioner?

Method: We first carried out a literature review of the publications from the OMG, and then described the system of this database. We then made a selection of the pieces of information which illustrate our objective. That selection made it possible to write cards entitled "Did you know".

Results: There are forty-one fact sheets which provide a picture of general medicine. Some key figures stand out. The generalists take on an average of 2.2 problems per consultation. The twenty-five clinical situations which are frequently encountered represent 50% of the activity. Being above the age of thirty puts chronic diseases ahead of acute disorders. Six out of ten patients are effected with multimorbidity. High blood pressure is the first chronic disease cared for by general practitioners. The prescription of psychotropic drugs are more likely to increase with the number of consultations. One out six visits does not end in a prescription. Or even questions like "Doctor, do you do children?" "or" Doctor, do you do gynecology? "...

Discussion: This continuous collection network is unique in France and has produced an important database during its fifteen years of existence. But these figures are getting outdated. If the basic data does not significantly vary, certain changes in society will need to be updated. The idea of creating a new observatory regularly resurfaces. We have tried to learn from this experience to contribute to the hope of seeing a new data warehouse, which is essential to the epidemiology of urban care and research work in general medicine.

Conclusion: General medicine is a clinical and varied speciality. It should be more attractive to interns. This literature review from the OMG makes it possible to picture it. It is certainly fragmented, but should contradict some prejudice and thus promote better knowledge of this discipline.

Keywords: General medicine, Primary care , Observatory, Network, Data collection.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

