



D'après une communication de
Frédéric Chevallier (Université de Paris-13)

frederic.chevallier@univ-paris13.fr
exercer 2019;155:320-1.

→ **Mots-clés** : épisode de soins ;
résultats de consultation ;
programme clinique ; codage clinique.

→ **Keywords**: episode of care;
consultation result; critical pathway;
clinical coding.

Estimation des durées de suivi des pathologies aiguës, en médecine générale, à l'aide des données de l'Observatoire de la médecine générale

Estimation of follow up duration of acute diseases in general practice with the General Practice Observatory

CONTEXTE

Les durées de suivi des pathologies aiguës sont mal connues en médecine ambulatoire, contrairement au milieu hospitalier¹. Connaître ces durées permettrait d'alerter le praticien lors d'un épisode traînant qui remettrait en question ses premières hypothèses diagnostiques. Sur un plan ergonomique, les consultations pourraient être rassemblées en épisodes de soins. Les problèmes en cours pourraient être identifiés automatiquement par le logiciel métier, et les médecins généralistes (MG) pourraient ainsi analyser et comparer leurs pratiques. Les incidences et prévalences des pathologies aiguës pourraient être calculées pour, par exemple, surveiller l'arrivée et la circulation de virus sur le territoire. Le parcours de soins pourrait être analysé et utilisé dans des études épidémiologiques rétrospectives.

OBJECTIFS

Estimer pour chaque tableau clinique des durées de suivi en médecine générale et estimer la proportion de patients revus au cours d'un épisode de soins ainsi que le nombre de consultations par épisode de soins.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude quantitative rétrospective descriptive. Les données provenaient de l'Observatoire de la médecine générale, recueillies de 2000 à 2010 auprès de 118 médecins. Les diagnostics cliniques ont été recueillis de manière standardisée au cours des consultations ainsi que le statut nouveau (N) ou persistant (P) de l'épisode de soins. La fin de l'épisode correspondait à la dernière consultation ayant un statut P dans les six mois. Un histogramme a été construit avec en abscisse la durée de l'épisode de soins (en jours) et en ordonnée le nombre d'épisode de soins terminés. Les percentiles n'étaient pas exploitables compte tenu du bruit de fond dans les données. Une courbe de densité cumulée a été utilisée pour synthétiser les données avec en abscisse la durée de l'épisode de soins et en ordonnée le pourcentage d'épisodes terminés au cours du temps. Ainsi, pour la pneumopathie aiguë, 70 % des épisodes de soins se résumaient à une seule consultation. Le seuil a été déterminé par une méthode analogue aux courbes ROC, pour établir la plus petite durée comprenant le maximum d'épisodes de soins. Puis une analyse de sensibilité a été effectuée en appli-

quant toutes les consultations, donc tous les épisodes de soins. Une deuxième analyse a été effectuée avec tous les épisodes de soins ayant eu plus de deux consultations, ce qui permettait d'encadrer la durée attendue de l'épisode de soins. L'analyse a été validée par une concordance entre deux opérateurs. Les codages manuels par le MG et automatiques ont été comparés.

RÉSULTATS

211 088 patients ont été recensés, 141 000 patients permettant le calcul d'au moins une durée d'épisode de soins aigus. Au total, 114 tableaux cliniques aigus ont été étudiés. Les durées de tableaux cliniques et les seuils de consultations de suivi ont été calculés. Pour la rhinopharyngite, le seuil de consultation était relativement bas, à une consultation ou plus, l'épisode durait environ sept jours. Le seuil à au moins deux consultations était à cinquante-deux jours. 14 % des épisodes de soins avaient plus de deux consultations (intervalle de confiance à 95 % [IC95] = 9-22), ce qui correspondait à 1,16 consultation par épisode de soins (IC95 = 1,1-1,26). Le pourcentage de concordance médian médecin/logiciel était de 79 % (IC95 = 69-84). Certains tableaux cliniques avaient des scores négatifs. Le MG considérait que l'épisode de soins avait déjà commencé alors que le logiciel médical considérait qu'il commençait plus tard : la méthode automatique n'avait pas accès aux données du système de santé alors que le MG savait par son interrogatoire que l'épisode avait commencé au sein du système hospitalier avant la consultation.

RÉSULTAT PRINCIPAL

Les données de l'Observatoire en médecine générale ont permis de déterminer que seuls 14 % des épisodes de soins aigus avaient entraîné plus de deux consultations. Le recueil de données sur le logiciel ne permettait pas de déterminer une durée fiable d'épisode aigu².

COMMENTAIRES

Il a été possible d'agrèger automatiquement les consultations en épisodes de soins pour la majorité des diagnostics aigus, avec un taux d'erreur acceptable, et la proportion de reconsultation faible. La population étudiée était représentative des MG. Les données n'avaient pas été recueillies pour l'étude, le risque de modification des données au cours de la pratique en fonction de l'objectif était donc relativement faible. Il existait des biais de mesure, les patients âgés étant plus souvent revus et plus souvent hospitalisés. Pour certains tableaux cliniques, les effectifs étaient faibles, les durées pouvant être discutées. Certaines pathologies qui se sont avérées plus chroniques qu'aiguës, comme les myalgies, pouvaient être exclues de ce travail. L'ergonomie des logiciels médicaux pouvait être améliorée, en permettant une représentation plus synthétique des consultations antérieures de façon automatisée, en regroupant les consultations en épisodes de soins. Ce travail permettait de justifier le choix d'un seuil d'alerte en consultation. Lorsqu'il existait une discordance entre le praticien et le logiciel, à qui donner raison ? La notion d'épisode de soins pouvait être définie de différentes manières.

Il pouvait débuter lors de la première consultation du MG ou à la date de début des symptômes, par le début des soins et éventuellement de prise en charge par un autre médecin, par le premier contact avec le système de santé. Il en était de même pour l'arrêt de l'épisode de soins, en considérant uniquement notre activité dans l'épisode de soins avec la dernière consultation ou jusqu'à la fin de la prise en charge qui pouvait être la fin de l'ordonnance ou de la kinésithérapie. Et si c'était le patient qui avait raison ? Certains épisodes de soins n'étaient pas vus en consultations mais auto-gérés par les patients³. Dans la pratique clinique, ces seuils attendus pourraient être utilisés par le logiciel en effectuant un rappel quand le motif de consultation se répète pour ainsi débiter des explorations. Chaque médecin pourrait saisir le seuil lui paraissant pertinent pour chaque maladie⁴. Le logiciel pourrait donner l'information des problèmes en cours, chroniques et aigus et sans que le médecin ait le travail fastidieux de clôturer les épisodes de soins aigus. ◆

Analyse et commentaires de
Mariela Skendi et **Julie Delmestre**,
Université Paris-6- Sorbonne Université

Références

1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Open CCAM 2018. Lyon : Atih, 2019. Disponible sur : <https://www.scansante.fr/> [consulté le 11 juillet 2019].
2. 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. Thèse de médecine : Université Paris-11, 2016.
3. Darmon D, Sauvart R, Staccini P, Letrilliart L. Which functionalities are available in the electronic health record systems used by French general practitioners? An assessment study of 15 systems. *Int J Med Inf* 2014;83:37-46.
4. Pult L, Borst F, Szlajzel J, et al. Comment classer les patients en médecine de premier recours? *Med Hyg (Genève)* 1999;57:1799-804.