

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2004

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 7 avril 1988)

Présenté et soutenue publiquement
Le 12 mai 2004 à Poitiers par
Mademoiselle Isabelle JAMMET

**Etudes sur une typologie des consultations en médecine générale
Résultat d'une étude descriptive prospective sur 3142 consultations**

Composition du jury :

Président : Monsieur le professeur Roger GIL

Membres : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Monsieur le Docteur Bernard GAVID

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

Organigramme de l'étude

Comité de pilotage de l'étude

Olivier KANDEL : directeur de l'étude

Philippe BOISNAULT : codirecteur

Didier DUHOT : responsable informatique

Gérard VERY : correspondant des experts généralistes au pôle nomenclature CNAM-TS

Jean François LEMASSON : expert SFMG au pôle nomenclature de la CNAM-TS

Marc LEVAILLANT : CREGAS INSERM 537 – CNRS (Directeur : Gérard de Pourville)

Isabelle JAMMET : médecin en cours de thèse

Médecins investigateurs

Philippe BOISNAULT (95)

Daniel CANDELIER (10)

Yvonnick CLEMENCE (88)

Rachel COLLIGNON PORTES (95)

Jean Michel DUGRAND (47)

Didier DUHOT (93)

Pierre FERRU (86)

Bernard GAVID (86)

Eric GUERBER (56)

Claudie HELSENS (95)

Rémi de la HERONNIERE (74)

Olivier KANDEL (86)

Patrick LANQUE (95)

Patrick LARSIMON (74)

Jean Luc LEEUWS (85)

Jean François LEMASSON (56)

Jean Noël MICHE (93)

François RAINERI (91)

Philippe SZIDON (95)

Michel THENAISY (41)

Yann THOMAS-DESESSARTS (95)

Gérard VERY (91)

Boris ZILBER (74)

Nous remercions les médecins qui ont travaillé bénévolement pour ce travail ainsi que les syndicats médicaux MG France et SML pour leur contribution financière à cette étude qui est par ailleurs en quasi totalité financée par la SFMG.

Nous remercions également le Dr Gilles HEBBRECHT, Médecin DIM de la SFMG, pour sa relecture scientifique.

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION.....	5
2 MATERIEL ET METHODE.....	7
2.1 Objectif général.....	7
2.2 Objectifs opérationnels.....	7
2.3 Méthode et moyens.....	7
2.3.1 Type d'étude.....	7
2.3.2 Population étudiée.....	8
2.3.3 Population de l'étude.....	8
2.3.4 Unité statistique.....	9
2.3.5 Période de recueil.....	9
2.3.6 Les moyens.....	10
2.3.6.1 Outils de recueil.....	11
2.3.6.2 Outil de relevé des pathologies.....	12
2.3.6.3 Outil statistique.....	14
2.3.7 Les variables.....	14
2.3.7.1 Variables issues du dossier informatisé.....	14
2.3.7.2 Variables issues du questionnaire.....	15
2.3.8 Stratégie d'analyse.....	15
3 RESULTATS.....	15
3.1 Les investigateurs.....	17
3.1.1 Echantillon.....	18
3.1.2 Age et sexe.....	19
3.1.3 L'exercice professionnel.....	19
3.1.3.1 Lieu d'exercice.....	20
3.1.3.2 Mode d'exercice.....	22
3.1.3.3 Ancienneté d'installation.....	23
3.2 Les patients.....	26
3.2.1 Age et sexe.....	27
3.2.2 Connaissance du patient.....	28
3.3 Données générales sur l'échantillon.....	29
3.3.1 Répartition des consultations et visites.....	30
3.3.2 Nombre d'actes par jour.....	31
3.4 Description des variables descriptives des actes.....	32

3.4.1	Durée de la consultation.....	35
3.4.2	Types d'interrogatoire et d'examen.....	36
3.4.3	Les diagnostics relevés.....	37
3.4.4	La prescription médicamenteuse.....	39
3.4.5	Les examens biologiques, imagerie et les paramédicaux.....	41
3.4.6	Arrêt de travail.....	43
3.4.7	Recours à des compétences externes.....	45
3.4.8	Geste technique.....	47
3.4.9	Temps décisionnel principal.....	49
3.4.10	Actes en ALD.....	51
3.4.11	Élément socio-culturel.....	53
3.4.12	Présence d'un tiers pendant l'acte.....	55
3.4.13	Appréciation du risque de gravité de la situation.....	57
3.4.14	Difficulté de l'acte.....	
3.5	Classification des actes pour les consultations.....	59
3.5.1	Classe 1 : la consultation du nourrisson.....	
3.5.2	Classe 2 : la consultation de l'adolescent et du jeune adulte.....	67
3.5.3	Classe 3 : l'éducation dans le cadre d'une pathologie.....	
3.5.4	Classe 4 : les 46-65 ans (adultes mûrs).....	67
3.5.5	Classe 5 : les pathologies diverses de l'âge adulte.....	67
3.5.6	Classe 6 : la consultation de l'enfant.....	67
3.5.7	Classe 7 : les gestes techniques.....	67
3.5.8	Classe 8 : la prise en charge psychologique.....	67
3.5.9	Classe 9 : le recours à des compétences externes.....	
3.5.10	Classe 10 : la polypathologie.....	68
3.5.11	Classe 11 : la grande polypathologie.....	68
		69
		69
3.6	Identification des critères de caractérisation des actes.....	70
		71
4	DISCUSSION.....	72
		73
4.1	La méthodologie.....	74
4.1.1	période et durée de l'étude.....	76
4.1.2	choix des investigateurs.....	78
4.1.3	choix de l'outil de relevé des pathologies.....	80
4.1.4	choix des variables.....	81
		82
4.2	Les résultats.....	83
4.2.1	Les investigateurs.....	84
4.2.2	Les patients.....	85
4.2.3	Les variables descriptives des actes.....	86
4.2.4	La partition en classes.....	
4.2.5	Des critères aux indicateurs de caractérisation des actes.....	87
4.2.5.1	L'âge ou les classes d'âge.....	
4.2.5.2	La connaissance du patient.....	89
4.2.5.3	La prévention.....	
4.2.5.4	La prise en charge de la pathologie aiguë.....	92
4.2.5.5	La prise en charge des problèmes chroniques.....	
4.2.5.6	La prise en charge psychologique.....	96
4.2.5.7	Le nombre de diagnostics.....	
4.2.5.8	Les gestes et actes techniques.....	
4.2.5.9	Le recours à des compétences externes.....	
4.2.5.10	L'évaluation du risque.....	
4.2.5.11	La notion de difficulté de l'acte.....	

4.2.5.12 La durée de la consultation.....
4.2.5.13 Identification des indicateurs de caractérisation des
actes.....

5 CONCLUSION.....

6 BIBLIOGRAPHIE.....

7 ANNEXES.....

1 INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la médecine générale est à la recherche de sa propre identité au sein d'une médecine de plus en plus spécialisée.

En 2002, la WONCA Europe en a proposé une nouvelle définition : C'est « une discipline scientifique et universitaire avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires» (2).

Le 16 Janvier 2004, au Journal Officiel, la médecine générale est enfin reconnue par un diplôme d'études spécialisées (20).

Cette réforme va permettre de promouvoir la recherche en médecine générale qui répond à un besoin de théorisation de l'enseignement et d'amélioration de la qualité des soins.

Notre étude a pour origine une demande du pôle nomenclature de la CNAM-TS faite à la Société Française de Médecine Générale, pour participer en tant qu'expert, à une réforme de la nomenclature des actes. En effet, depuis 1996 l'état, la CNAM-TS et les sociétés savantes sont engagés dans une refonte de la classification des actes médicaux. Après avoir travaillé sur les actes techniques, le pôle nomenclature de la CNAM se penche actuellement sur les actes cliniques. La SFMG a réalisé cette étude afin de répondre avec des arguments objectifs aux questions posées.

La revue de la bibliographie confirme l'existence de nombreuses informations décrivant le profil des médecins, celui des patients, voir des pathologies prises en charge, mais très peu décrivent le contenu des actes. Ce moment privilégié et très privé qu'est la rencontre d'un patient avec son généraliste est-il si étrange pour échapper à toute description ? La pluralité des pratiques interdit-elle toute analyse commune et objective ?

L'exercice de standardisation des contenus de l'activité médicale se révèle plus délicat à réaliser dans le champ de la médecine générale que dans celui des autres spécialités ou de la médecine hospitalière (7). En effet, la médecine générale constitue une offre de prise en charge de premier recours, continue et individualisée, s'adressant en milieu ouvert à tout patient pour tout problème y compris psycho-social. Cette position particulière implique un grand nombre de problèmes de santé différents pris en charge simultanément, un recours moindre aux gestes ou aux actes techniques, une confrontation quotidienne à l'urgence....

Cette étude a pour but d'apporter quelques éléments de réponse à la question : « est-il possible de déterminer quelques indicateurs facilement identifiables et reproductibles pour qualifier différents types d'actes en médecine générale ? ».

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Objectif général

Dans le but de parfaire la description du contenu des actes médicaux, l'objectif général est de mettre à jour différents types d'actes caractéristiques en médecine générale, qui puissent être facilement identifiés par le médecin à partir d'indicateurs objectifs, reproductibles et peu nombreux.

2.2 Objectifs opérationnels

- Décrire par une analyse prospective d'un relevé d'activité d'une vingtaine de médecins, les caractéristiques des actes cliniques selon des critères, subjectifs proposés lors de l'expertise de la CNAMTS et d'autres objectifs, issus du dossier médical informatisé.
- Construire à partir de ce recueil, des types d'actes « les plus fréquents et les plus caractéristiques de la discipline ».
- Tirer de ces types d'actes, des indicateurs permettant de réaliser une codification.

2.3 Méthode et moyens

2.3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective.

2.3.2 Population étudiée

Il s'agit de l'activité des médecins généralistes en France.

2.3.3 Population de l'étude

Nous avons étudié l'activité d'une vingtaine de médecins généralistes. Les médecins ont été recrutés sur appel à candidature par message électronique adressé aux 100 médecins du réseau de l'observatoire de la médecine générale de la SFMG. Chaque médecin s'engage à relever une centaine de cas consécutifs. Il s'agit d'un relevé exhaustif comprenant l'ensemble de leurs actes (consultations et visites) pendant la période définie. Le recueil s'est fait en direct pour les consultations et en différé pour les visites.

2.3.4 Unité statistique

L'unité statistique est l'acte médical. L'échantillon étudié est composé du regroupement des actes relevés par les investigateurs pendant la durée du recueil.

2.3.5 Période de recueil

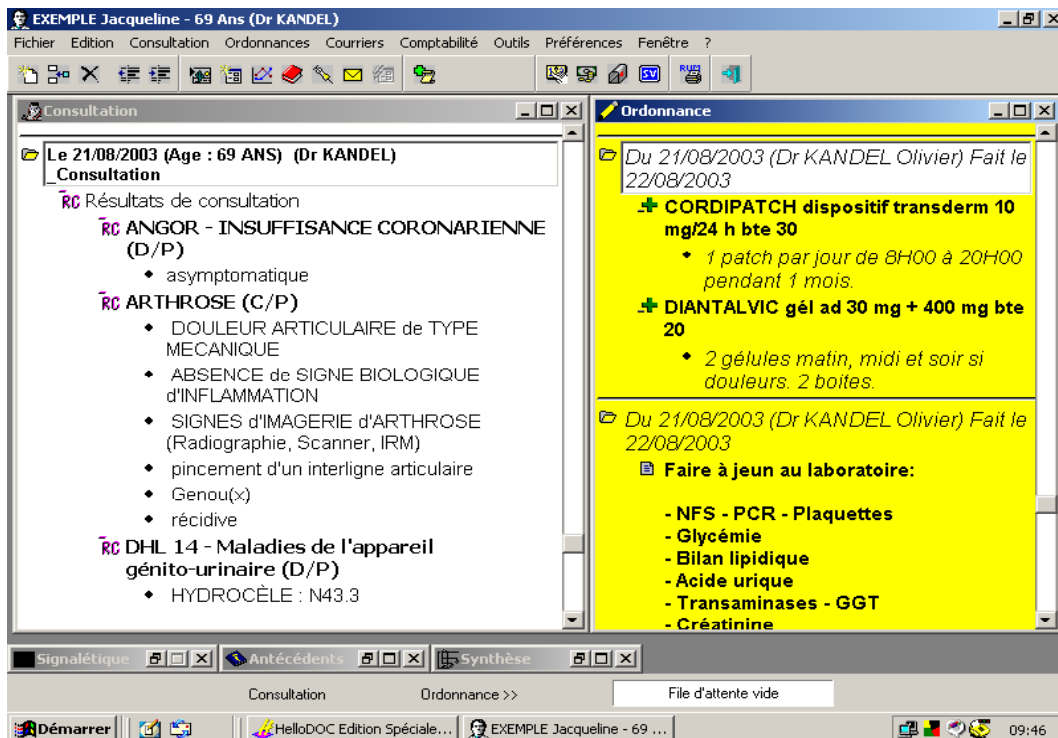
Le recueil s'est déroulé du 31 Mars au 9 Mai 2003.

2.3.6 Les moyens

2.3.6.1 Outils de recueil

Les investigateurs utilisent d'une part, un dossier médical informatisé dont les informations standardisées sont analysables. Le logiciel utilisé est Easyprat version 5 ou 6 (Biostat) et d'autre part, un questionnaire complémentaire pour relever les critères absents du logiciel médical. Ce dernier est présenté sur une interface informatique développée sous ACCESS.

- Visualisation du dossier médical informatisé (dans le logiciel Easyprat).



- Visualisation du questionnaire complémentaire

The screenshot shows the Microsoft Access 'Questionnaire de EXEMPLE Jacqueline' form. It contains several dropdown menus and checkboxes for data entry.

Fields and options:

- Type d'acte:** Acte programmée (consultation ou visite sur RDV), Acte dans une plage horaire prévue < sans RDV >, Acte intercalé dans une activité sur RDV (dont 2ème patient sur 1 RDV), Urgence interrompant l'activité en cours.
- Cet acte est-il DIFFICILE ou complexe ?** (dropdown menu)
- Un élément SOCIO-CULTUREL du patient intervient-il dans cet acte ?** (dropdown menu)
- PRISE en CHARGE consacrée principalement à :** (dropdown menu)
- DUREE de la séance (en minutes):** 0. **Nombre de DERANGEMENTS non liés à ce patient pendant la séance:** 0.
- Pendant cet acte (consultation ou visite):**
 - J'ai eu un ENTRETEN avec un TIERS concernant ce patient (direct ou par téléphone)
 - J'ai eu recours à un PROFESSIONNEL PARAMEDICAL
 - J'ai fait un ARRÊT DE TRAVAIL
 - J'ai demandé un AVIS SPECIALISE
 - J'ai PRESCRIS de la BIOLOGIE
 - C'était un ACCIDENT DE TRAVAIL
 - J'ai PRESCRIS de l'IMAGERIE
 - J'ai réalisé un GESTE TECHNIQUE
- Pendant cet acte (consultation ou visite) le patient m'a apporté des résultats :**

L'extraction des données permet pour chaque médecin, d'obtenir 2 fichiers liés, un pour les actes et un pour les diagnostics. La concentration des données a été faite sous ACCESS ainsi que le traitement des variables.

2.3.6.2 Outil de relevé des pathologies

Il s'agit du « Dictionnaire des Résultats de Consultation »(27).

Il est issu des travaux de R.N. BRAUN qui a développé une théorie pour décrire les « symptômes et syndromes », les « tableaux de maladie » et les « diagnostics certifiés » observés en médecine générale (5).

Ce Dictionnaire est un langage commun, conçu sur les critères de fréquence des états morbides en médecine générale, et sur le choix de définitions exclusives les unes des autres.

Il a pour objectifs :

- de dénommer et décrire les états pris en charge en soins de premier recours, et en particulier les états non caractéristiques qui en représentent les deux tiers,
- de permettre au praticien de prendre sa décision dans un esprit à la fois de certitude sémiologique, mais aussi d'ouverture et de vigilance,
- d'ordonner la tenue des dossiers médicaux pour un meilleur suivi des malades.

Il comporte 273 résultats de consultation qui recouvrent 95 % de la pratique quotidienne du médecin généraliste.

La correspondance de chaque définition du dictionnaire avec la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies (26)) est la garantie d'un langage transversal et international commun à toutes les spécialités médicales.

2.3.6.3 Outil statistique

Nous avons utilisé un outil statistique d'analyse factorielle en correspondance multiple, couplée à une classification sur facteurs, avec description des classes (logiciel SPAD : logiciel de référence pour l'analyse des données). Le travail a été réalisé par le département d'information médical (DIM) de la SFMG avec l'aide d'un statisticien du CREGAS (Inserm U537-CNRS) (25).

2.3.7 Les variables

Les données issues du recueil (dans le dossier médical informatisé et par le questionnaire complémentaire lié à chaque consultation) ainsi que le traitement de ces données ont permis d'analyser dans un premier temps 38 variables :

2.3.7.1 Variables issues du dossier informatisé :

Variable	Modalités de la variable	Code de la variable
Type de séance	Consultation Visite	Type de séance
Classe d'âge	De 0 à 2 ans De 3 à 14 ans De 15 à 25 ans De 26 à 45 ans De 46 à 65 ans 66 ans et plus	Classe d'âge
Sexe	Homme Femme	Sexe
Connaissance du patient	Inconnu (1 à 2 fois) Peu connu (3 à 5 fois) Connu (>5 fois)	Connaissance
Nombre de diagnostics dans l'acte	0 1 2 à 3 4 à 6 7 et plus	Nb Diagnostics CI
Nombre de lignes de médicaments	0 1 à 3 4 à 6 7 et plus	NB_lig_presc_CL
Une au moins des prescriptions en ALD 30	Oui Non	Acte_ALD
Affection aiguë	Oui Non	AIGU
Affection aiguë vue plus d'une fois	Oui Non	Aigu P
Affection chronique	Oui Non	CHRON
Nouvelle affection chronique (code suivi en N)	Oui Non	Chron N
Diagnostics du champ cardio-vasculaire	Oui Non	card-vasc
Facteurs de risques cardio-vasculaires	Oui Non	FR-CV
Infections des voies aériennes supérieures	Oui Non	IVAS
Affections du champ psychique au sens strict	Oui	Psy 1
Affections du champ psychique au sens large	Non	Psy 3
Addictions (alcoolisme, toxicomanie, tabagisme, anorexie et boulimie)	Oui Non	addict
Diagnostics du champ gastro-entérologique	Oui Non	gastro
Diagnostics du champ rhumatologique	Oui Non	rhumato
Diagnostics du champ endocrinologique	Oui Non	diab-endo
Cancers	Oui Non	cancer
Diagnostics du champ prévention (vaccin, contraception, ménopause)	Oui Non	prevent

2.3.7.2 Variables issues du questionnaire : cf annexe n° 1 p 96

Variable	Modalités de la variable	Code de la variable
Type d'acte	Programmé Intercalé Sans RDV Urgent	Q_Type_d'actes
Type d'interrogatoire et d'examen clinique	Focalisé Général non approfondi Approfondi d'un appareil Général approfondi	Q_interrogatoire
Evaluation du risque de la situation	Faible Moyen Elevé	Evaluation_risque
Ressenti de la difficulté de l'acte	Oui Non	Q_act_difficile
Temps décisionnel principal	Education Prévention Prescription Psychothérapie Geste technique	Q_temps_décisionnel_principal
Présence d'un élément socio-culturel	Oui Non	Q_Deter_Soc_Cult
Durée de l'acte	De 1 à 5 minutes De 6 à 10 minutes De 11 à 15 minutes De 16 à 20 minutes De 21 à 25 minutes De 26 à 30 minutes De 31 à 45 minutes Plus de 45 minutes	Durée_classe
Dérangement pendant l'acte (secrétaire, téléphone...)	Oui Non	Q_dérangement
Présence d'un tiers pendant la séance (tout patient)	Oui Non	Q_entretien_tiers_tous
Présence d'un tiers pendant la séance d'un adulte	Oui Non	Q_entretien_tiers_adult
Prescription de biologie, d'imagerie ou de paramédical	Oui Non	Q_prescript_bio_imag_PM
Prescription d'un arrêt de travail	Oui Non	Q_AT
Orientation vers un médecin spécialiste ou hospitalisation	Oui Non	Q_recours_med
Acte dans le cadre d'un accident de travail	Oui Non	Q_accident_W
Réalisation d'un geste technique	Oui	Q_gest_techn

pendant la séance	Non	
Retour d'information d'un médecin spécialiste (lettre)	Oui Non	Q_retour_rec_spé
Retour de résultat de biologie ou d'imagerie pendant la séance	Oui Non	Q_Résult_bio_imag

2.3.8 Stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse est la suivante :

- Afin d'évaluer la représentativité de notre échantillon, nous décrivons le profil des investigateurs et de la patientèle
- Afin de comparer à la bibliographie pour valider l'échantillon, nous décrivons les variables de l'échantillon par tri à plat et construisons des variables pertinentes de regroupement à partir de l'analyse en composante multiple et de la classification
- Afin de répondre aux objectifs de l'étude nous décrivons les classes d'actes et identifions les indicateurs permettant de décrire ces classes, puis nous sélectionnons les indicateurs les plus fiables et reproductibles.

3 RESULTATS

3.1 Description des investigateurs

3.1.1 Echantillon

27 candidats ont répondu sous 48 heures à notre appel. 23 ont réellement participé au travail. Pour les 4 autres, 2 n'ont pas démarré pour des raisons extérieures à l'étude et 2 ont eu un problème technique informatique rendant le recueil impossible.

L'objectif fixé au départ de l'étude était de 20 investigateurs, le comité de pilotage a décidé de retenir les 23 médecins ayant réalisé le recueil. Ces 23 personnes sont réparties dans 9 régions françaises.

Ces médecins n'ont pas été choisis selon des critères de représentativité de l'ensemble de la population généraliste française. Mais ils regroupent des médecins urbains, semi-ruraux et ruraux, des jeunes et des moins jeunes. La moitié d'entre eux ne sont pas des médecins très investis dans l'activité habituelle de la SFMG.

3.1.2 Age et sexe

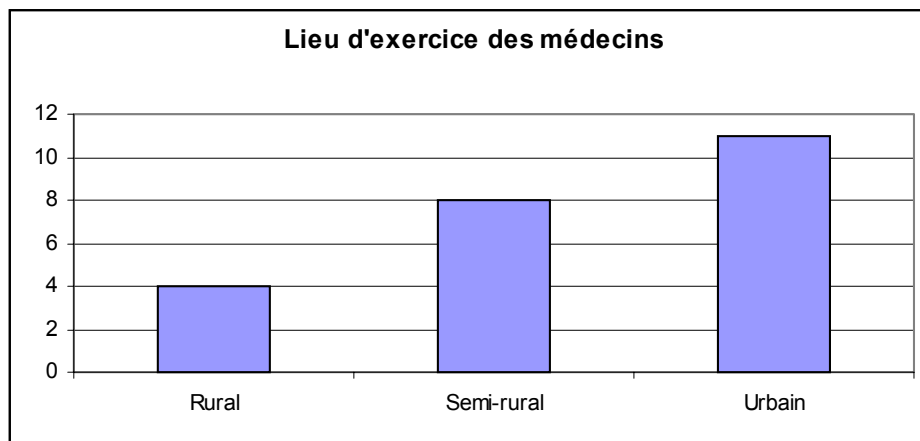
Les investigateurs se répartissent entre 2 femmes et 21 hommes.

La répartition des âges va de 30 à 75 ans, dont 12 médecins entre 40 et 49 ans, 9 entre 50 et 59 ans, pour une moyenne d'âge de 49,6 ans.

	Année
Moyenne	49,6
Minimum	30,8
Maximum	75,1
Écartype	8,3

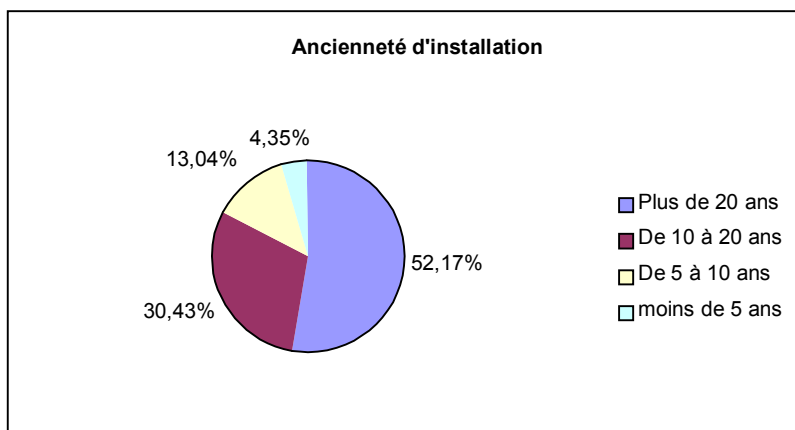
3.1.3 L'exercice professionnel

3.1.3.1 Lieu d'exercice : 4 médecins exercent en milieu rural (13,04%), 8 autres en semi-rural (39,13%) et 11 en milieu urbain (47,83%).



3.1.3.2 Mode d'exercice : 14 investigateurs travaillent au sein de groupes médicaux (60,87%) et 9 exercent seuls (39,13%). Les médecins d'un même groupe médical ne sont pas nécessairement tous dans l'étude.

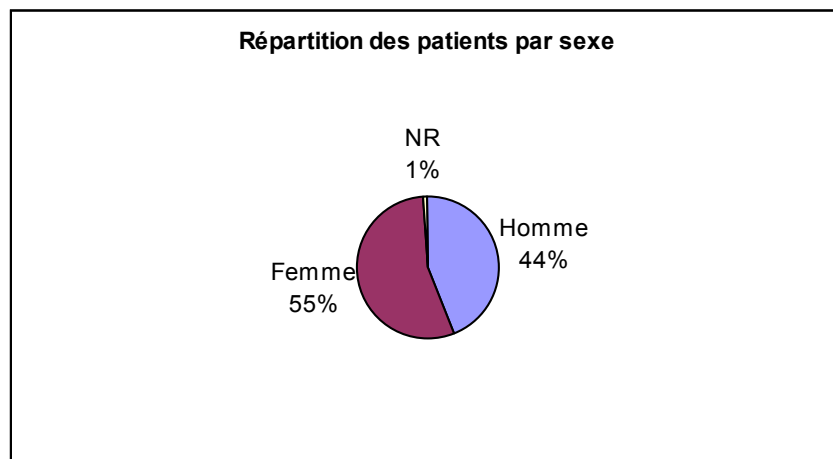
3.1.3.3 Ancienneté d'installation : 1 médecin est installé depuis moins de 5 ans, 3 autres ont entre 5 et 10 ans d'installation, 7 entre 10 et 20 ans d'ancienneté et 12 ont plus de 20 ans d'exercice de la médecine générale.



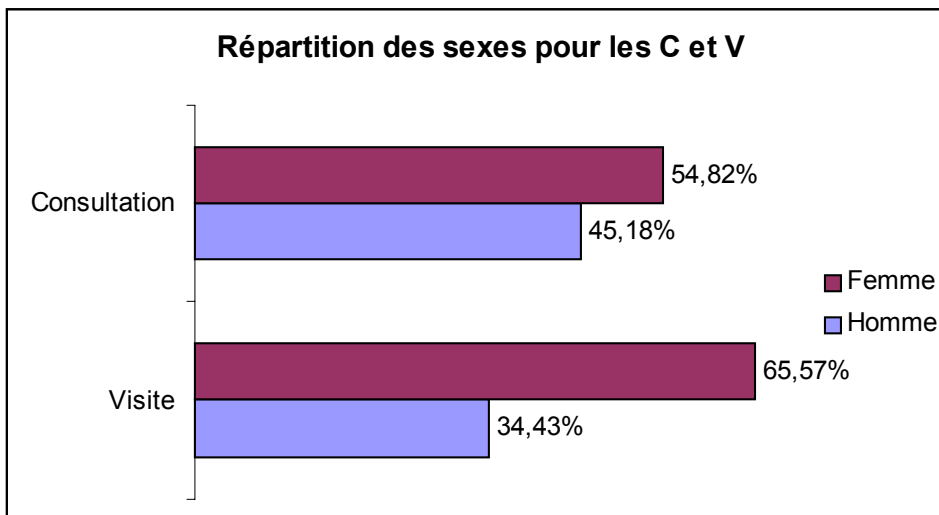
3.2 Les patients

3.2.1 Age et sexe

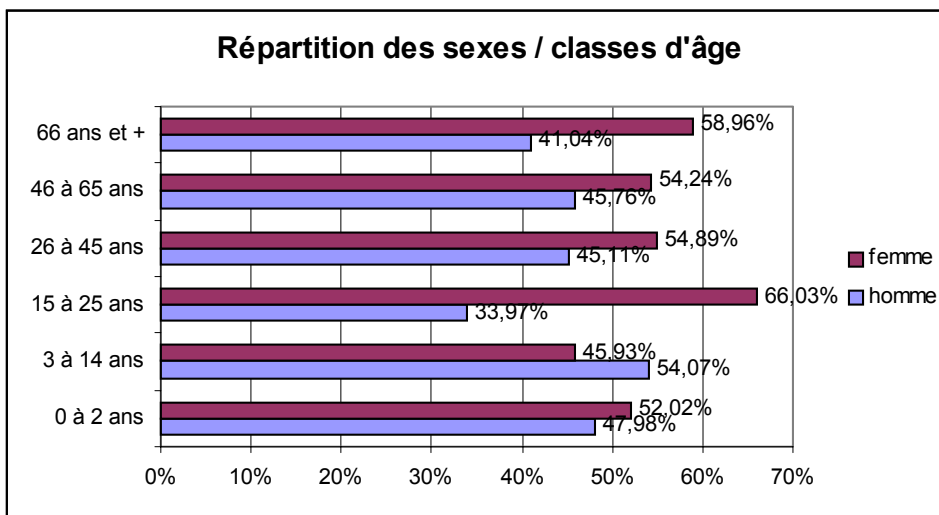
Elle se répartit en 1931 femmes et 1526 hommes. Pour 22 actes, le sexe du patient n'est pas connu.



	Consultation		Visite	
Homme	1411	45,18%	115	34,43%
Femme	1712	54,82%	219	65,57%



Le sexe ratio homme/femme est de 0,79. Il est plus faible en visite qu'en consultation (respectivement 0,53 contre 0,82).



Les femmes sont nettement plus représentées dans la tranche d'âge des 15-25 ans (suivi gynécologique : contraception et grossesse), et au-delà de 66 ans (espérance de vie plus importante).

Les garçons sont plus représentés dans la tranche d'âge des 3-14 ans (petits traumatismes).

L'âge moyen des patients est de 44,44 ans.

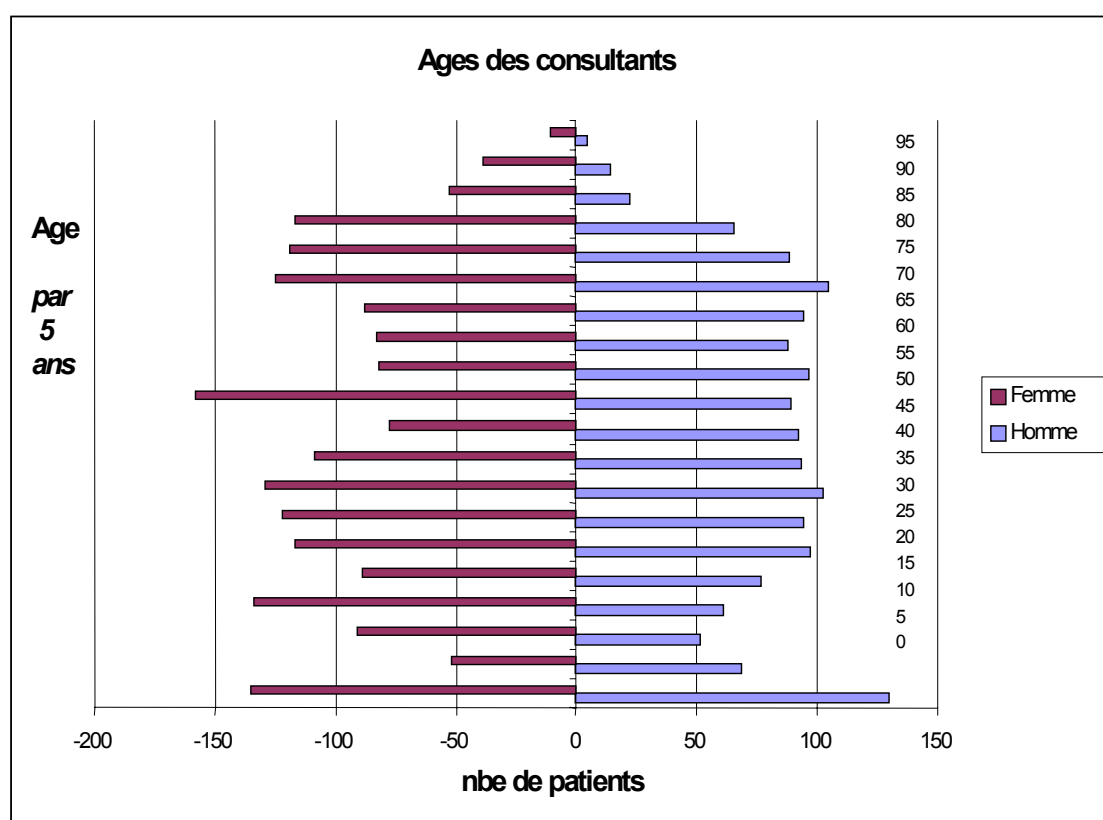
Age	Consultation	Visite
Moyenne	41,26	74,06
Maximum	103	98
Minimum	0	1
Ecartype	24,32	19,1

L'âge moyen est nettement plus important en visite qu'en consultation (74 ans contre 41 ans). Les visites sont plus souvent, à l'heure actuelle, réservées à des personnes âgées ne pouvant se déplacer.

La répartition des âges est la suivante :

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
0 à 2 ans	5,44%	4,66%	5,00%
3 à 14 ans	13,50%	9,06%	11,02%
15 à 25 ans	8,19%	12,58%	10,65%
26 à 45 ans	24,51%	23,56%	23,98%
46 à 65 ans	24,05%	22,53%	23,20%
66 et plus	24,31%	27,60%	26,15%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

- Pyramide des âges de la patientèle :



3.2.2 Connaissance du patient :

Ce champ a été construit à partir de plusieurs informations :

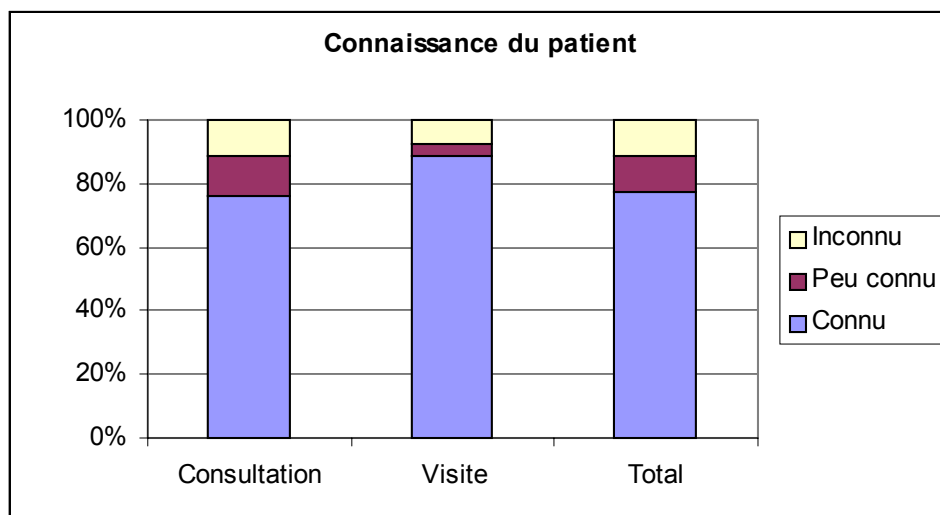
- la date de la première séance enregistrée, ce qui a permis de calculer l'ancienneté du dossier informatique.
- le nombre d'actes total de ce patient avec le médecin investigateur.
- le nombre d'actes dans l'année précédente avec le médecin investigateur.

L'algorithme de choix a été le suivant :

- sont considérés comme inconnus les patients n'ayant qu'une ou deux séances au total dans le dossier médical (y compris celle du jour). Cela correspond à 386 actes.
- sont considérés comme connus les patients vus plus de 5 fois. Cela correspond à 2683 actes.
- sont considérés comme peu connus les patients ayant entre 3 et 5 actes dans le dossier. Cela correspond à 410 actes.

- Connaissance du patient pour les consultations et les visites :

Connaissance	Consultation		Visite	
	Nombre	%	Nombre	%
Connu	2385	75,91%	298	88,43%
Peu connu	396	12,60%	14	4,15%
Inconnu	361	11,49%	25	7,42%



Les visites sont effectuées majoritairement pour des patients connus (88% contre 76% en consultation).

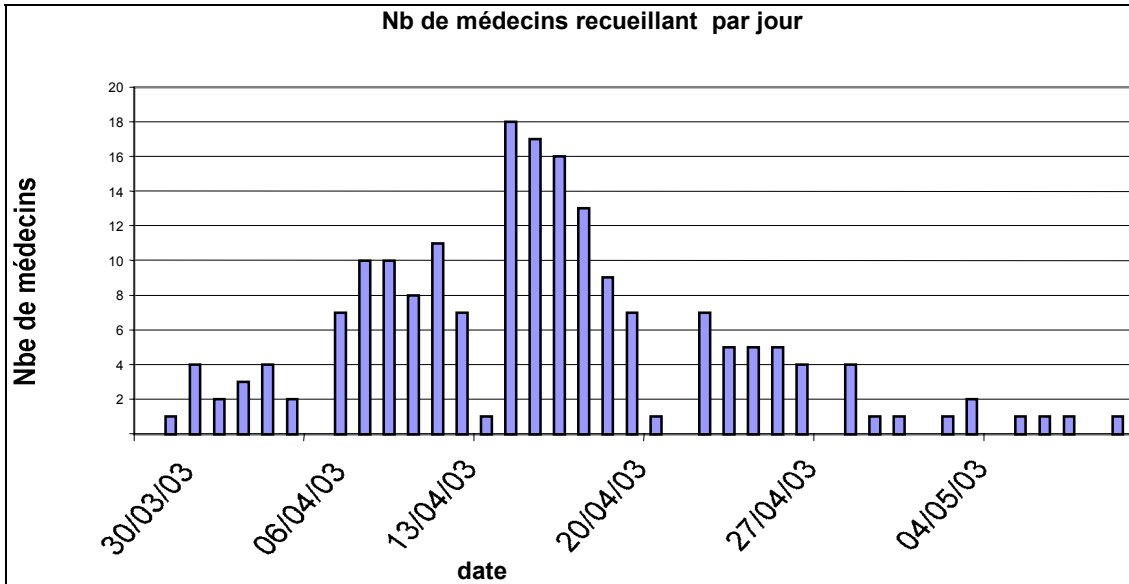
3.3 Données générales sur l'échantillon

L'échantillon total est constitué de l'ensemble des actes relevés par les médecins investigateurs.

Le recueil s'est échelonné du 31 mars au 9 mai 2003. Chaque médecin a réalisé son recueil en moyenne sur 8,3 jours (mini 3 – maxi 14).

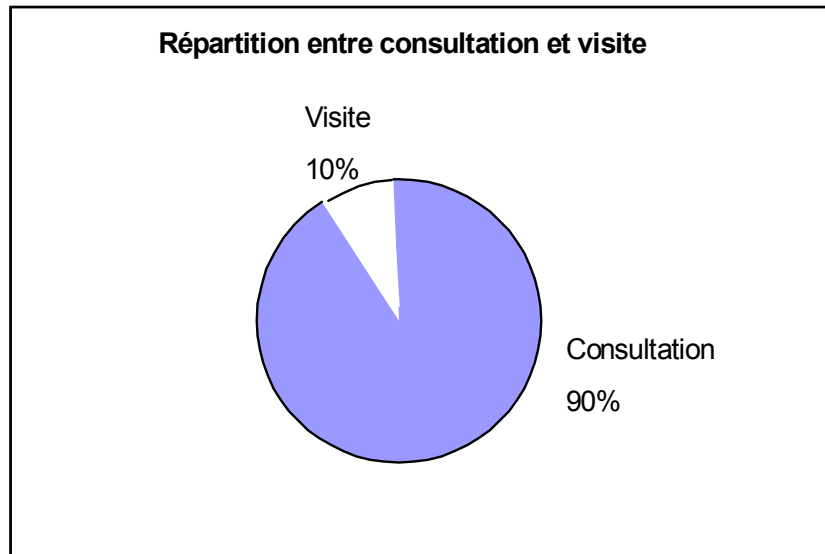
L'ensemble du recueil correspond à 190 journées de travail.

Chaque médecin a relevé une moyenne de 151,8 actes (mini : 47 - maxi : 266). Trois recueils sont à moins de 100 et six à plus de 200.



3.3.1 Répartition des consultations et visites

3479 actes ont été relevés dont 3142 consultations (90%) et 337 visites (10%).



3.3.2 Nombre d'actes par jour

Les médecins ont réalisé en moyenne 18.7 actes par jour. Cette moyenne varie en fonction de l'implantation géographique du cabinet : 22.4 à la campagne contre 17.2 en ville. Ce nombre décroît avec l'ancienneté de l'installation pour passer de 19 actes par jour lorsque le médecin a moins de 5 ans d'installation à 14.7 au delà de 25 ans.

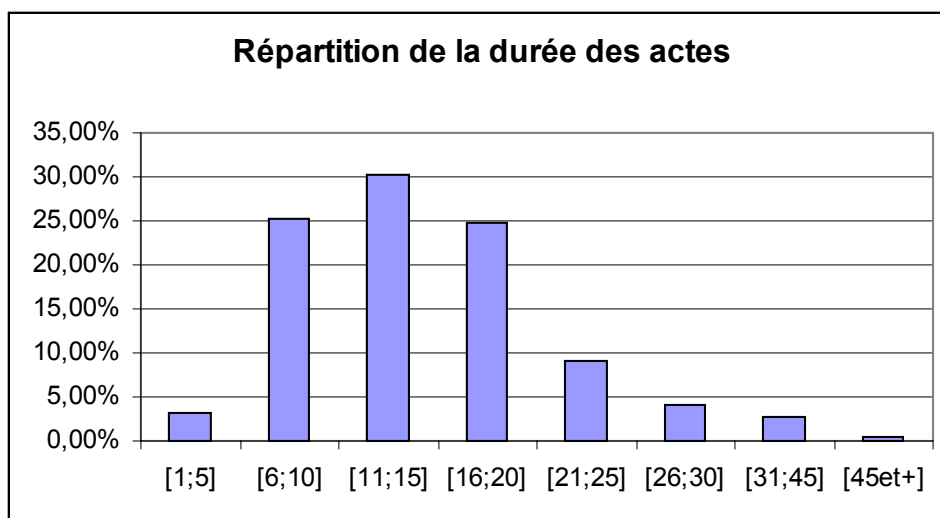
3.4 Description des variables descriptives des actes

3.4.1 Durée de la consultation

La durée de l'acte a été relevée par le médecin en minutes. La durée moyenne des consultations est de 16,18 minutes.

- La répartition de la durée des actes est la suivante :

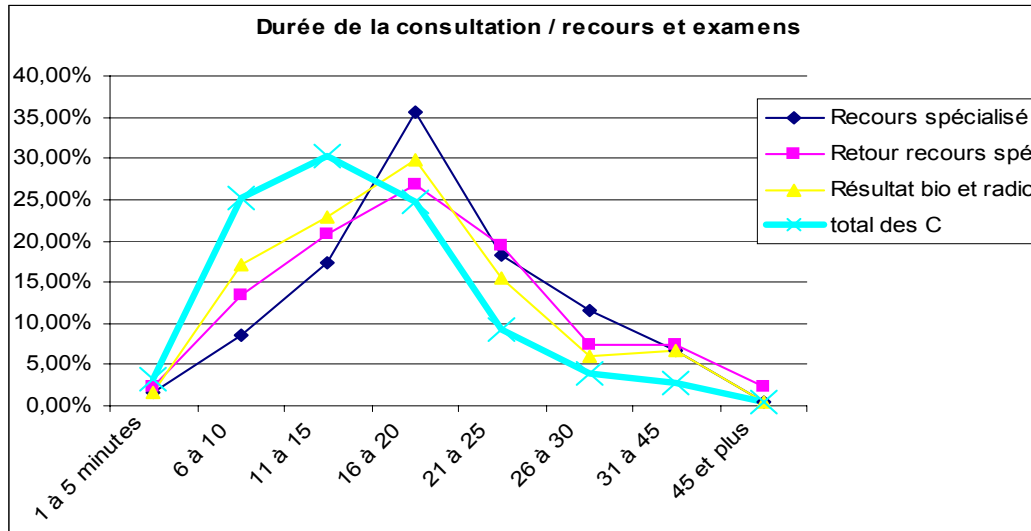
Minutes	Nombre	%
Non renseigné	8	0,25%
1 à 5	100	3,18%
6 à 10	790	25,16%
11 à 15	950	30,25%
16 à 20	776	24,71%
21 à 25	288	9,17%
26 à 30	125	3,98%
31 à 45	89	2,83%
45 et plus	14	0,45%
Total	3140	100,00%



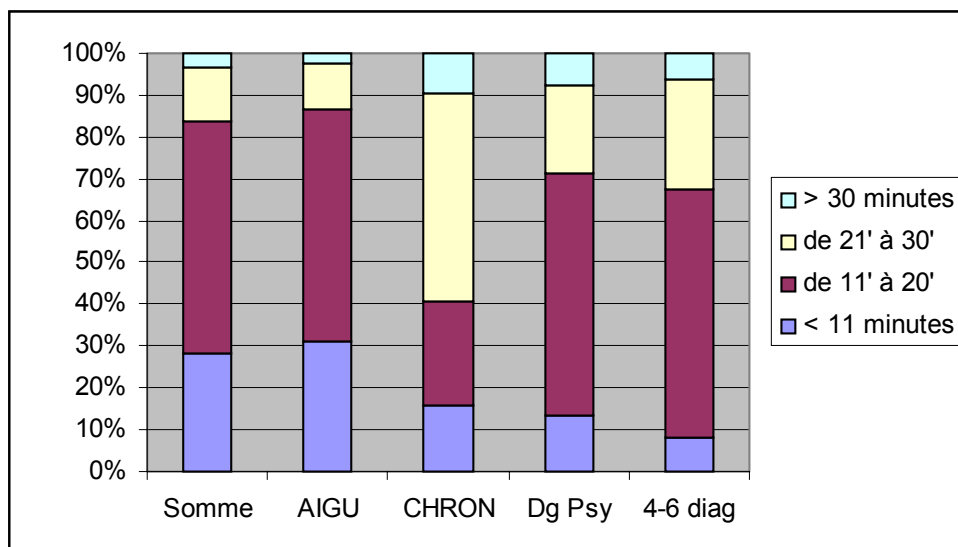
La majorité des consultations (80%) a une durée entre 6 et 20 minutes.

Nous avons croisé la durée de la consultation avec quelques variables du recueil.

Pour l'évolution de la durée de la consultation en fonction de la prescription d'un recours spécialisé, d'un retour d'information spécialisé ou de résultats de biologie ou d'imagerie, nous constatons un décalage de la courbe vers des durées de consultation plus longues.



Nous présentons dans le tableau ci-dessous la durée de la consultation en fonction de la présence dans l'acte de certaines variables : la pathologie aiguë, la pathologie chronique, les diagnostics de groupe psychologique, la présence de 4 à 6 diagnostics dans l'acte.

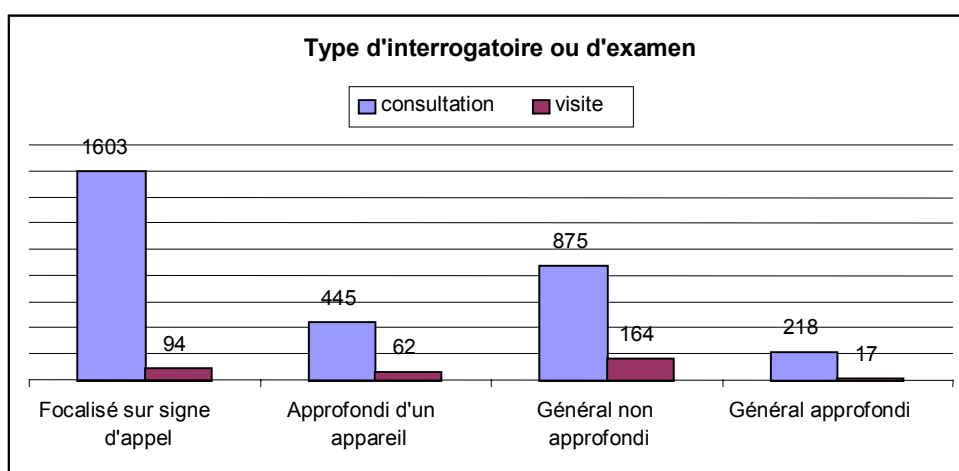


La présence d'une pathologie chronique allonge la durée de consultation de même que la présence d'un diagnostic de groupe psychologique ou la présence d'au moins 4 à 6 diagnostics.

3.4.2 Types d'interrogatoire et d'examen

Il a été demandé aux médecins investigateurs de classer leurs actes en fonction de 4 types " d'interrogatoire et d'examen clinique réalisé ". Cet item est issu de la grille proposée par le pôle nomenclature de la CNAM-TS. En l'absence d'examen clinique, le médecin devait malgré tout renseigner cette question en particulier lors de soutien psychologique. Il s'agit d'évaluer l'étendue du champ exploré lors de l'entretien et de l'examen clinique.

Interrogatoire et examen	Consultation	Visite	Total
Focalisé sur signe d'appel	51.2%	27.9%	48,9%
Approfondi d'un appareil	14.2%	18.4%	14.6%
Général non approfondi	27.9%	48.7%	29.9%
Général approfondi	6.7%	5%	6.7%



On note qu'un examen général est réalisé dans un peu plus d'un tiers des actes (36%). Il est plus souvent réalisé en visite (54%) qu'en consultation (35%). Le type d'examen le plus fréquemment pratiqué est focalisé sur un signe d'appel (49 %), en particulier en consultation (51%).

- En consultation : répartition des modalités de la variable " interrogatoire et examen " en fonction des **classes d'âge**.

Type d'interrogatoire et examen	Classe d'âge						Total
	0 à 2 ans	3 à 14 ans	15 à 25 ans	26 à 45 ans	46 à 65 ans	66 ans et plus	
Approfondi d'un appareil	8,57%	10,82%	10,77%	13,97%	17,41%	16,04%	14,17%
Focalisé sur signe d'appel	46,86%	60,31%	62,71%	59,19%	47,51%	33,65%	51,03%
Général approfondi	20,00%	5,41%	3,87%	4,29%	7,59%	8,65%	6,94%
Général non approfondi	24,57%	23,45%	22,65%	22,55%	27,49%	41,67%	27,86%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

On note par cette comparaison, que l'examen général approfondi est sensiblement plus important chez les patients de moins de 3 ans (20% / 6,94% en moyenne). Ceci pouvant correspondre aux examens systématiques du nourrisson. L'examen général non approfondi est lui retrouvé en proportion plus importante chez les patients de plus 66 ans. Cela s'explique sans doute par la polypathologie plus fréquente à cet âge (cf infra). L'interrogatoire et l'examen approfondi d'un appareil croissent progressivement avec l'âge avec un pic pour les 46, 65 ans. Quant à l'examen focalisé sur un signe d'appel il est plus élevé chez le patient jeune entre 3 et 45 ans.

3.4.3 Les diagnostics relevés

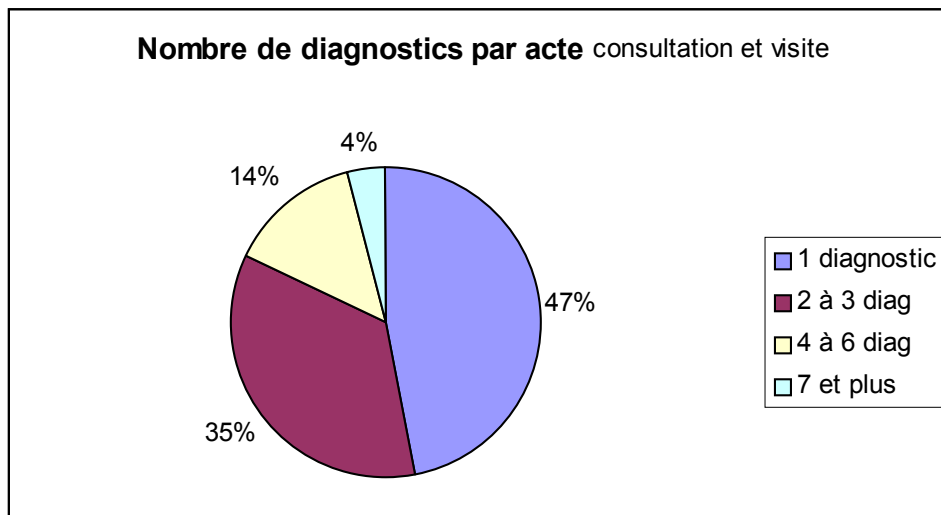
Chaque investigateur a relevé les problèmes de santé pris en charge lors de ses consultations et visites. Ce relevé a été réalisé par l'intermédiaire du dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG. Pour les diagnostics de faible fréquence non répertoriés, le médecin classe la pathologie dans les chapitres de la CIM10.

- Au total 270 diagnostics différents ont été retrouvés dans le recueil. Au sein de ceux-ci on dénote entre autre 90 diagnostics de type aigu et 92 diagnostics de type chronique.
- Le total des lignes de diagnostics pour l'ensemble des actes est de 7010, dont 6186 en consultation et 824 en visite.
- On dénombre en moyenne 1,96 diagnostics par consultation et 2,45 diagnostics par visite.

	Consultation	Visite
Nombre de diagnostic	6186	824
Moyenne	1,96	2,44
Minimum	1	1
Maximum	14	15
Ecart type	1,73	2,22

- Le nombre de diagnostics au sein d'un même acte varie.

Nombre de diagnostics par acte	Consultation		Visite		Total	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
1 diagnostic	1491	48,49%	128	38,44%	1619	47,51%
2 à 3	1071	34,83%	112	33,63%	1183	34,71%
4 à 6	410	13,33%	67	20,12%	477	14,00%
7 et plus	103	3,35%	26	7,81%	129	3,79%
Total	3075	100,00%	333	100,00%	3408	100,00%



Certains diagnostics ont été regroupés ; la liste des regroupements est en annexe (p99). Ainsi on peut étudier le nombre d'actes ayant au moins un diagnostic de tel ou tel groupe.

Groupe de diagnostics	%
Affection aiguë	56,87
Affection chronique	43,41
Facteur de risque cardio-vasculaire	24,09
Infection des voies aériennes supérieures	23,84
Affection cardio-vasculaire	21,77
Trouble psychique	21,23
Affection rhumatologique	18,36
Action de prévention	15,85
Affection gastro-entérologique	13,62
Affection endocrino-diabétologique	9,13
Addiction	4,74
Cancer	1,53

On retrouve dans 56,87% des actes au moins une affection aiguë. 18,05% d'entre elles sont vues au moins pour la deuxième fois. La distinction entre une première fois et un suivi (2^{ème} consultation et plus pour le même problème se fait grâce au code suivi qui est relevé par le médecin (" N " pour un nouveau cas, " P " pour un cas persistant). On retrouve dans 43,41% des actes au moins une affection chronique. 10,38% d'entre elles sont vues pour la première fois.

- Liste des 50 premiers diagnostics par ordre de fréquence

Rang	Liste des diagnostics relevés	Nombre	Pourcentage	% cumulé
1	HTA	544	7,76%	7,76%
2	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	272	3,88%	11,64%
3	ETAT FEBRILE	246	3,51%	15,15%
4	ETAT MORBIDE AFEBRILE	163	2,33%	17,48%
5	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	143	2,04%	19,52%
6	INSOMNIE	142	2,03%	21,55%
7	DIABETE DE TYPE 2	137	1,95%	23,50%
8	VACCINATION	131	1,87%	25,37%
9	LOMBALGIE	123	1,75%	27,12%
10	RHINITE	114	1,63%	28,75%
11	ARTHROSE	113	1,61%	30,36%
12	ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE	106	1,51%	31,87%
13	RHINOPHARYNGITE	104	1,48%	33,35%
14	ASTHME	100	1,43%	34,78%
15	HUMEUR DEPRESSIVE	89	1,27%	36,05%
16	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	86	1,23%	37,28%
17	CONSTIPATION	82	1,17%	38,45%
18	PLAINTÉ ABDOMINALE	82	1,17%	39,62%
19	ASTHENIE - FATIGUE	81	1,16%	40,78%
20	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	79	1,13%	41,91%
21	DEPRESSION	77	1,10%	43,01%
22	SUITE OPERATOIRE	72	1,03%	44,04%
23	DERMATOSE	67	0,96%	45,00%
24	CANCER	66	0,94%	45,94%
25	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	65	0,93%	46,87%
26	RHUME	65	0,93%	47,80%
27	TABAGISME	65	0,93%	48,73%
28	ANXIÉTÉ - ANGOISSE	63	0,90%	49,63%
29	HYPOTHYROIDIE	61	0,87%	50,50%
30	CERVICALGIE	55	0,78%	51,28%
31	ECZEMA	55	0,78%	52,06%
32	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	53	0,76%	52,82%
33	TOUX	53	0,76%	53,58%
34	OTITE MOYENNE	52	0,74%	54,32%
35	EPIGASTRALGIE	51	0,73%	55,05%
36	MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)	51	0,73%	55,78%
37	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	51	0,73%	56,51%
38	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	51	0,73%	57,24%
39	BRONCHITE AIGUË	50	0,71%	57,95%
40	HYPERLIPIDEMIE	49	0,70%	58,65%
41	INSUFFISANCE CARDIAQUE	49	0,70%	59,35%
42	SCIATIQUE	49	0,70%	60,05%
43	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	48	0,68%	60,73%
44	CONTRACEPTION	46	0,66%	61,39%
45	ANGINE	45	0,64%	62,03%
46	EPAULE DOULOUREUSE	45	0,64%	62,67%
47	JAMBES LOURDES	45	0,64%	63,31%
48	CONTUSION	44	0,63%	63,94%
49	OBESITE	44	0,63%	64,57%
50	CONJONCTIVITE	43	0,61%	65,18%

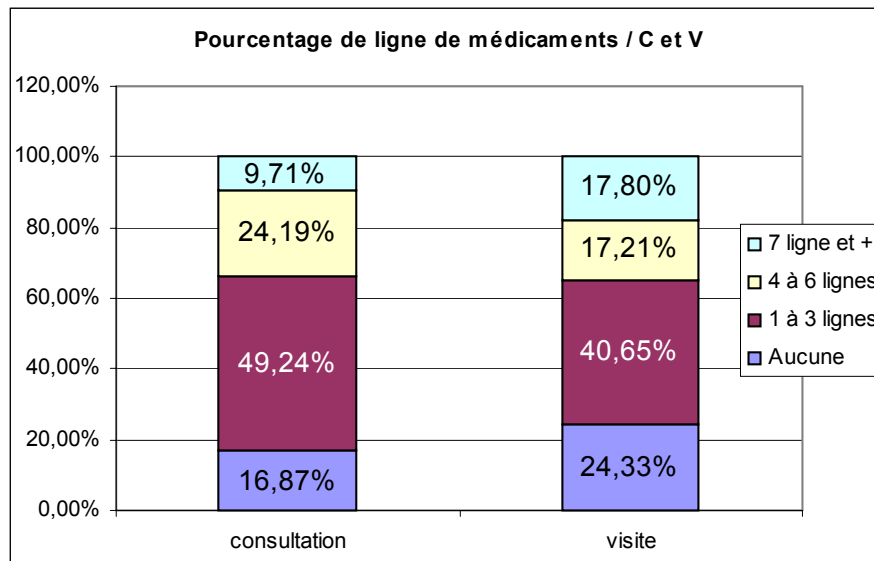
3.4.4 La prescription médicamenteuse

Les lignes de médicaments ont été analysées à partir du module d'ordonnance du logiciel métier des investigateurs.

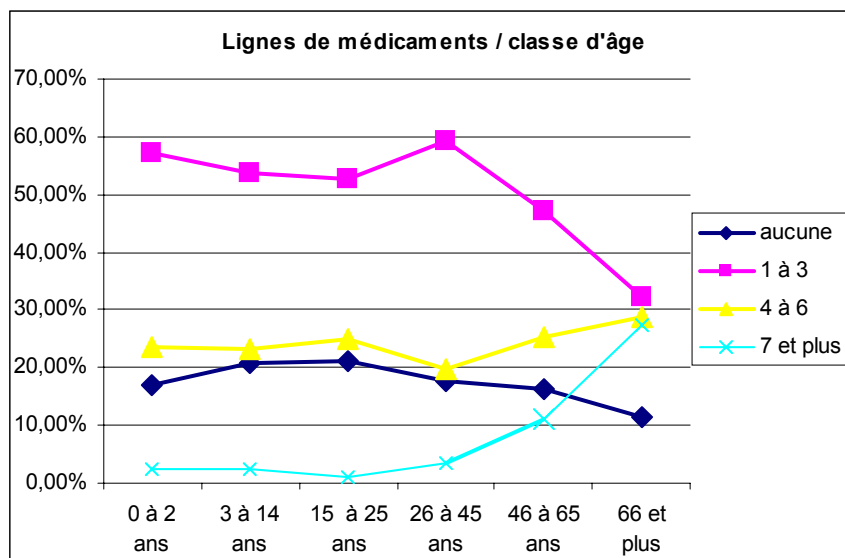
Pour les consultations, l'analyse du nombre de lignes de médicaments par ordonnance montre les résultats suivants :

- 16,87% des ordonnances ne présentent aucun médicament,
- 49,24% entre 1 à 3 lignes de médicaments,
- 24,19% de 4 à 6 lignes et 9,71% avec 7 lignes et plus.

Le nombre moyen de ligne de médicaments est de 3,04.



Répartition du nombre de lignes de médicaments en fonction des classes d'âge :



La prescription des médicaments augmente avec l'âge, avec chez les plus de 66 ans une prescription de plus de 6 médicaments dans 25.41% des cas.

3.4.5 Les examens biologiques, imagerie et les paramédicaux

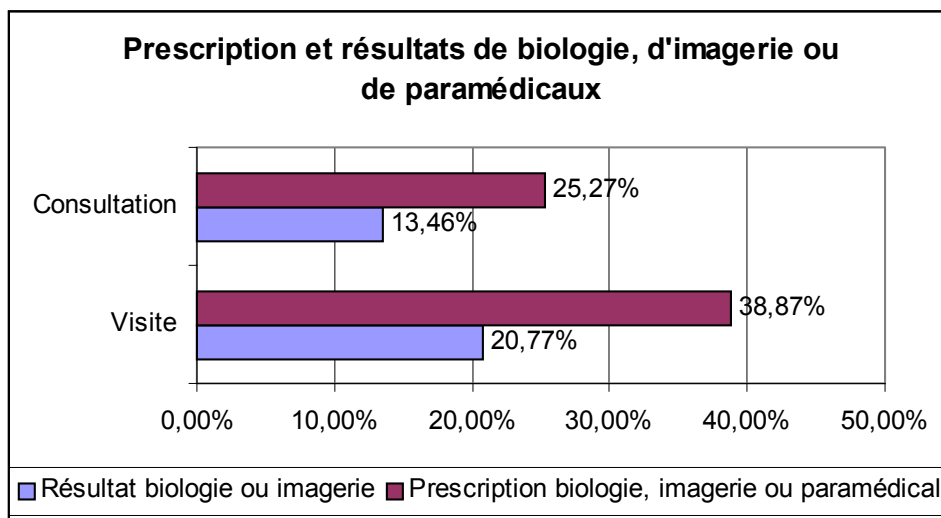
Les prescriptions d'examen **biologique, d'imagerie médicale ou d'un professionnel paramédical** (infirmière, kinésithérapeute...) ont été regroupées dans une seule variable. Il en est de même pour la lecture et l'explication de résultats biologiques ou d'imagerie médicale.

Le taux de prescription moyen est de 26,59%, avec une moyenne par médecin minimum à 12,33% et une moyenne maximum à 45,71%.

Une telle prescription est réalisée dans 25,82% des actes pour des patients hommes et dans 27,40% des actes pour les femmes.

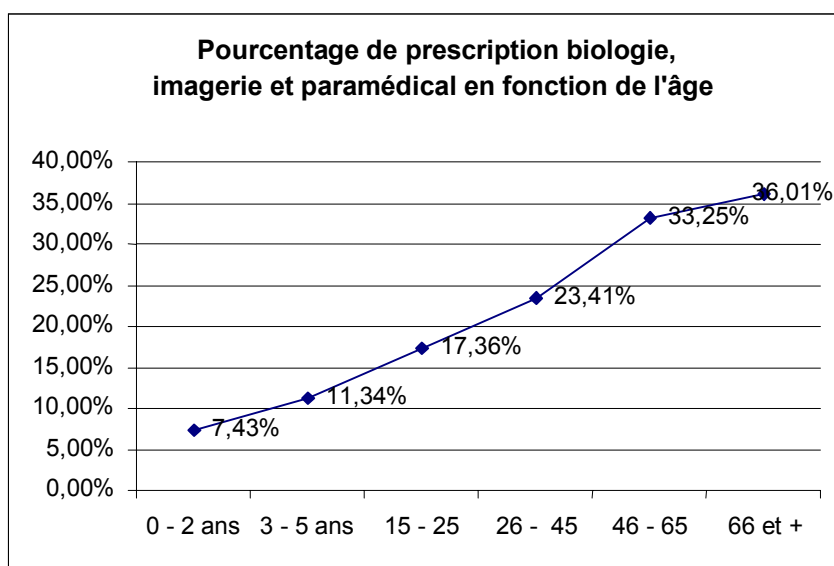
Ces prescriptions sont retrouvées dans 33,33% des actes lorsqu'un élément socioculturel intervient dans les décisions.

Présente dans 19,27% des actes lorsqu'il y a un diagnostic, on les retrouve dans 42,64% des actes lorsqu'il y a 7 diagnostics ou plus.



La prescription d'examen biologique, d'imagerie ou de paramédicaux est plus importante en visite qu'en consultation (39% contre 25%).

- Répartition pour les consultations, des actes avec une prescription de biologie, d'imagerie ou de paramédical en fonction des **classes d'âge** des patients :



Cette prescription augmente avec l'âge.

3.4.6 Arrêt de travail

Chaque prescription d'un arrêt de travail a été relevée.

Arrêt de travail	Consultation	Visite
NON	92,36%	98,22%
OUI	7,64%	1,78%

- Pour les consultations le taux d'arrêt de travail est 7,09% pour les hommes et de 8,18% pour les femmes.
- La répartition en fonction des classes d'âge est la suivante :

Arrêt de travail	Classe d'âge					Total
	< 15 ans	15 à 25 ans	26 à 45 ans	46 à 65 ans	66 et plus	
NON	100%	86,72%	86,01%	90,19%	99,78%	92,93%
OUI	0%	13,28%	13,99%	9,81%	0,22%	7,07%

- En consultation, on retrouve une prescription d'arrêt de travail dans 10,96% des actes s'il existe un déterminant socioculturel contre 6,90% dans les consultations où il n'est pas mentionné.
- En consultation, le taux de prescription d'arrêt de travail varie en fonction des diagnostics. Ce tableau n'indique qu'une tendance puisque plusieurs diagnostics peuvent être retrouvés lors de la même consultation.

Type d'affection	% d'arrêt de travail
Rhumatologique	12%
Psychique	12%
Addictive	9%
Aiguë	8%
Gastro-entérologique	7%
Cancer	6%
Chronique	5%
Endocrino-diabétologique	5%
Cardiovasculaire	3%
Prévention	3%

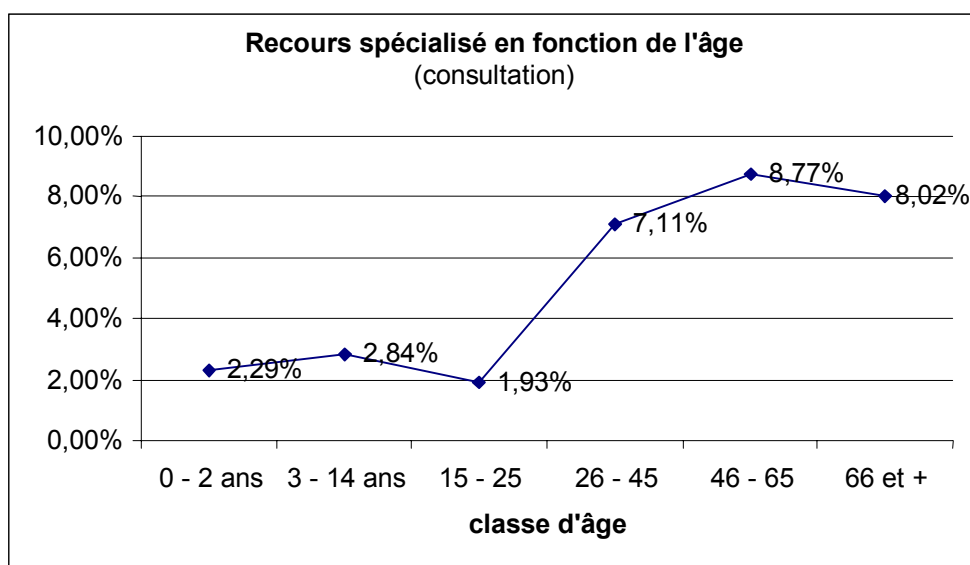
3.4.7 Recours à des compétences externes

Le recours à un médecin spécialiste ou à une hospitalisation du patient a été relevé par les médecins, ainsi que l'explication d'un retour d'information pendant l'acte (lettre ou compte rendu).

	Consultation	Visite	Total
Recours spécialisé	198	22	220
	6,30%	6,53%	6,32%
Retour spécialisé	134	24	158
	4,26%	7,12%	4,54%

Pour les consultations le taux de recours spécialisé est de 6,66% pour les hommes et de 6,02% pour les femmes.

Le taux de recours au médecin spécialiste est rare jusqu'à 25 ans, sans dépasser 3 %. Il passe à 7.11% pour la classe d'âge de 25 à 45 ans pour atteindre 8,77% entre 45 et 65 ans et redescendre à 8.02% après 66 ans.



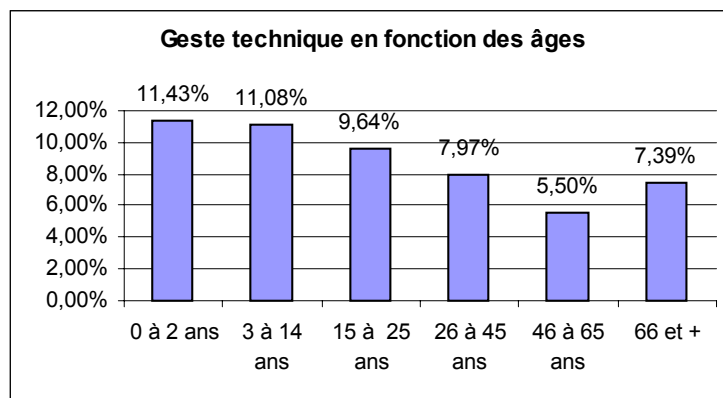
En consultation le taux de recours varie de 3% si le médecin considère l'acte sans risque majeur, 17% s'il le considère élevé (11% si le risque est moyen).

En consultation, on retrouve une prescription de recours spécialisé dans 10,46% des actes en ALD contre 5,82% sans ALD.

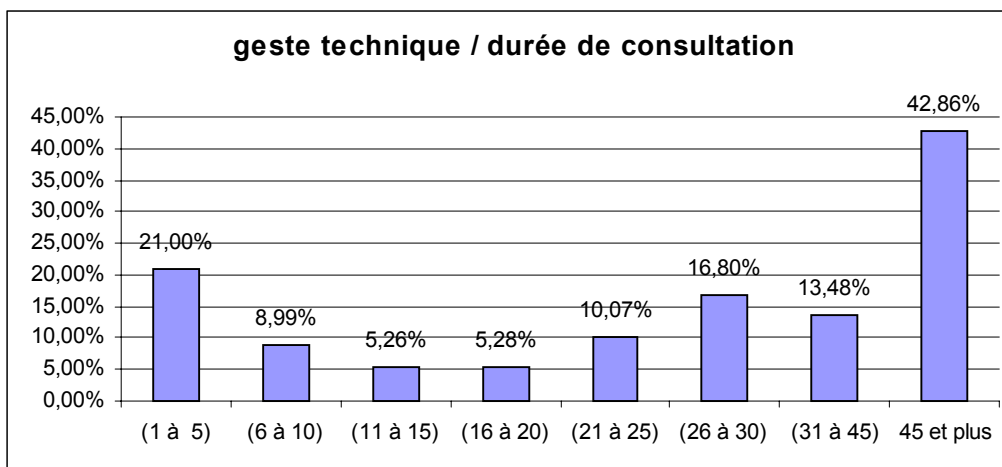
3.4.8 Geste technique

Tous les gestes techniques ont été relevés. De la petite chirurgie à la vaccination en passant par le frottis cervico-vaginal.

Geste technique	Consultation		Visite		Total	
NON	2890	91,98%	328	97,33%	3218	92,50%
OUI	252	8,02%	9	2,67%	261	7,50%



La réalisation de gestes techniques est plus importante chez les enfants de moins de 3 ans (11,43%)(correspondant aux vaccinations) et décroît progressivement pour atteindre un minimum chez les 46-65 ans (5,50%) pour remonter légèrement chez les plus de 66 ans.

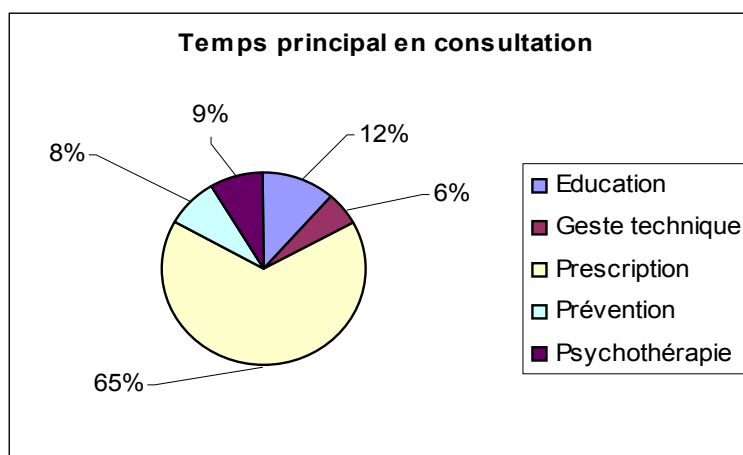


La courbe en cupule s'explique par la diversité des gestes techniques, les gestes de moins de 5 minutes correspondant aux vaccinations et les gestes de plus de 45 minutes aux gestes de petite chirurgie.

3.4.9 Temps décisionnel principal

A l'issue de la consultation ou de la visite nous avons demandé au médecin de préciser le champ décisionnel qui a le plus mobilisé ses compétences ou son attention. Le choix était exclusif, il ne pouvait en retenir deux conjointement.

Temps décisionnel principal	Consultation	Visite	Total
Prévention	258 8,21%	9 2,67%	267 7,67%
Education	366 11,65%	48 14,24%	414 11,90%
Psychothérapie	272 8,66%	28 8,31%	300 8,62%
Prescription	2066 65,75%	245 72,70%	2311 66,43%
Geste technique	180 5,73%	7 2,08%	187 5,38%



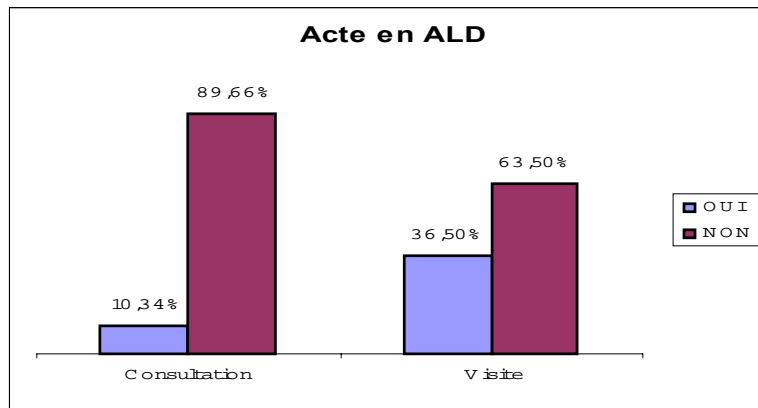
Dans 2/3 des actes, le temps décisionnel principal est un temps de prescription. Les 4 autres décisions sont dans des proportions équivalentes (entre 6 et 12 %).

3.4.10 Actes en ALD

La notion d'ALD est issue des prescriptions. L'existence d'au moins un médicament en ALD étant nécessaire pour que l'acte soit classé dans cette catégorie.

On retrouve au moins un médicament en ALD30 dans 12,88% de l'ensemble des actes.

Acte en ALD	Consultation	Visite	Total
OUI	325 10,34%	123 36,50%	448 12,88%
NON	2817 89,66%	214 63,50%	3031 87,12%

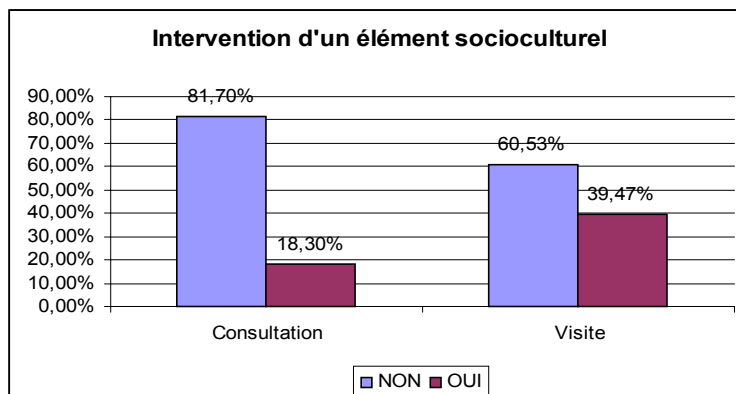


Plus d'un tiers des visites sont en ALD, alors que les consultations ne le sont que dans 10% des cas.

3.4.11 Élément socio-culturel

A la question : " un élément d'ordre socio-culturel est-il intervenu dans la gestion des problèmes de santé pris en charge lors de l'acte ? " Les médecins ont répondu.

	Consultation	Visite	Total
NON	81,70%	60,53%	79,65%
OUI	18,30%	39,47%	20,35%

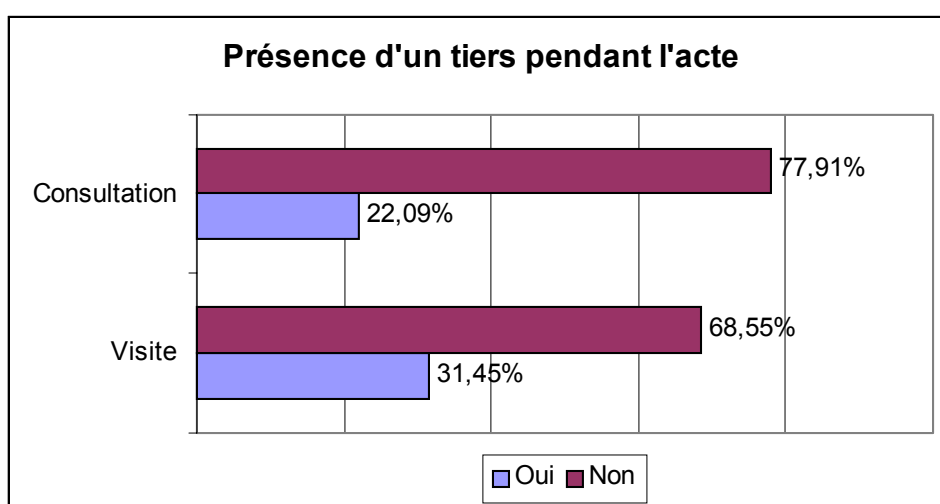


3.4.12 Présence d'un tiers pendant l'acte

On retrouve la présence d'un tiers (souvent familial) dans 23% de l'ensemble des actes (22% en consultation et 31% en visite).

Présence d'une tierce personne pendant l'acte.

Présence d'un tiers	Consultation		Visite		Total	
	NON	2448	77,91%	231	68,55%	2679
OUI	694	22,09%	106	31,45%	800	23,00%



La fréquence élevée d'un tiers parental lorsque le malade est un enfant (100%), nous a amené à analyser la sous-population des adultes uniquement. On retrouve alors une tierce personne dans 7,87% de l'ensemble des actes (5,08% en consultation et 42,79% en visite).

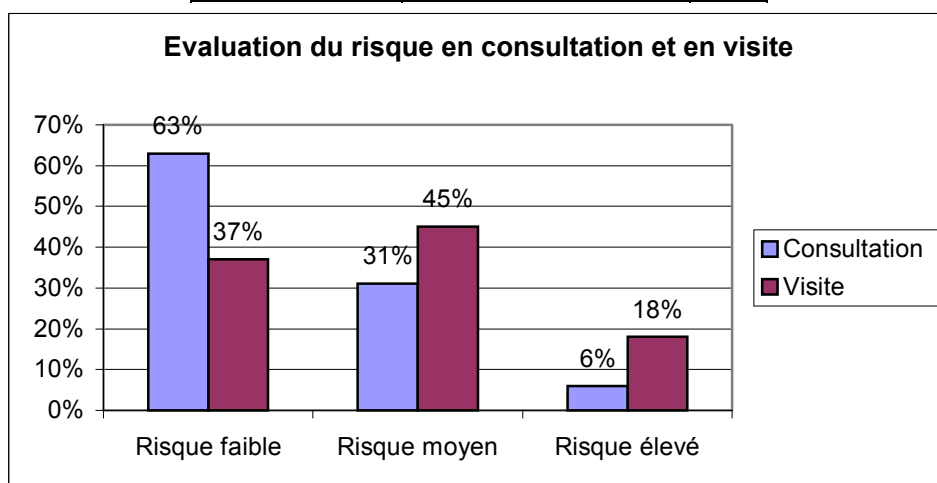
Présence d'un tiers pendant les consultations des patients adultes par tranches d'âge

Présence d'un tiers	15 – 25 ans	26 – 45 ans	46 – 65 ans	66 et plus	Total
NON	341	786	731	590	2448
OUI	22	30	33	46	131
total	363	816	764	636	2579

3.4.13 Appréciation du risque de gravité de la situation clinique.

De la même manière nous avons demandé lors de chaque acte, au médecin d'évaluer le risque de gravité potentielle inhérent aux problèmes pris en charge. Cet item est issu de la grille proposée par le pôle nomenclature de la CNAM-TS. Il s'agit d'un relevé d'opinion (sentiment des médecins).

	Consultation	Visite	Total
Risque élevé	200	62	262
Risque faible	1974	126	2100
Risque moyen	968	149	1117



L'appréciation du risque de gravité de la situation clinique est considéré comme plus fort en visite qu'en consultation.

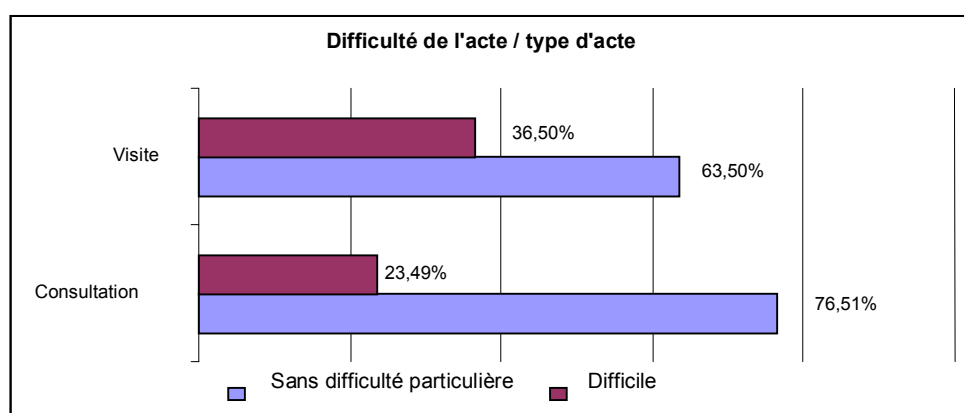
Il augmente avec l'âge du patient : le risque élevé passe de 1 % pour les moins de 3 ans à 12 % pour les plus de 66 ans et le risque moyen passe de 18% à 42 % pour les mêmes tranches d'âge.

3.4.14 Difficulté de l'acte

A l'issue de la consultation ou de la visite il est demandé au médecin d'exprimer son ressenti quant à **la difficulté rencontrée dans le déroulement de son acte**. Cette difficulté peut être liée à la complexité d'une pathologie (diagnostic, risque...), à un problème de communication (étranger, déficience intellectuelle...) ou à la relation avec le patient (négociation thérapeutique...).

	Consultation	Visite	Total
Acte sans difficulté majeure	76,51%	63,50%	75,25%
Acte difficile	23,49%	36,50%	24,75%

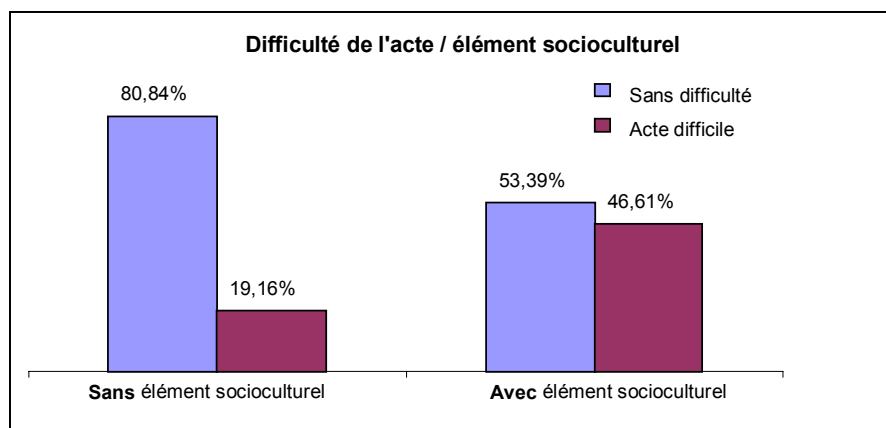
L'acte est considéré comme difficile dans un quart des cas.



Les actes sont plus souvent ressentis comme difficile en visite (36% contre 23%).

La prise en charge psychothérapeutique est ressentie comme un acte difficile (64% contre 25% en moyenne). Si la prise en charge préventive est peu fréquemment caractérisée comme difficile (11,61%) celle pour l'éducation du patient l'est plus nettement (39,13%).

- Répartition des modalités de la variable " difficulté de l'acte " en fonction de l'intervention d'un **élément socio-culturel** du patient :



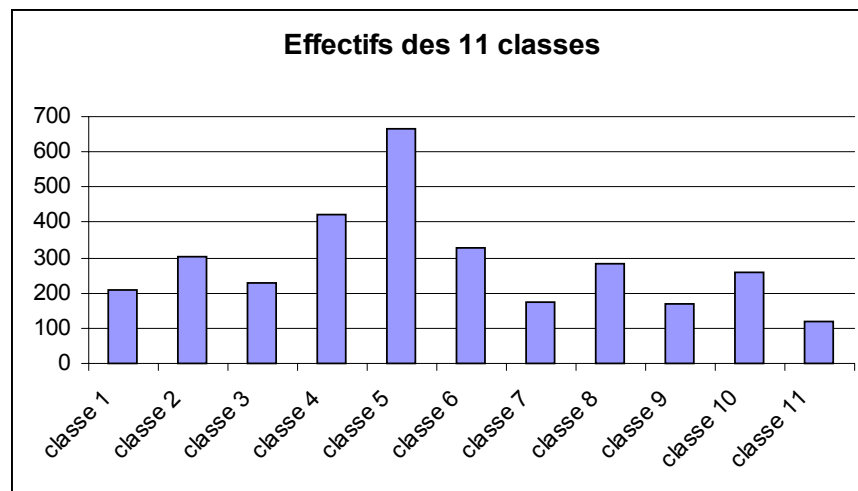
3.5 Classification des actes pour les consultations

Nous avons réalisé cette classification uniquement sur l'échantillon des consultations. Un travail identique est envisageable sur les visites mais, ici, l'échantillon semble trop faible.

Pour classer les actes, nous avons réalisé une analyse factorielle en correspondance multiple, couplée à une classification sur facteurs, avec description des classes à l'aide du logiciel SPAD.

Nous n'avons dans un premier temps fait aucune hiérarchisation des variables et nous sommes parvenus à une typologie en 8 classes. Puis nous avons sélectionné les variables les plus caractéristiques et objectives afin de renforcer la sensibilité des arbres construits et leur partition en classes. Nous avons alors obtenu 11 classes pertinentes et suffisamment descriptives.

L'objectif est de comparer et de voir si cette méthode permettrait de révéler des indicateurs non apparus en retenant l'ensemble des variables pour caractériser les arbres.



L'interprétation des 11 classes produites, n'a posé aucune difficulté. Pour chaque classe la combinaison des valeurs les plus caractéristiques permet de décrire aisément des types d'actes correspondant à la réalité de notre pratique quotidienne. Seule la classe 5, la plus importante, est assez polymorphe et ne peut être qualifiée par un type d'acte ou de contenu précis. Il s'agit seulement de patients adultes avec en général une pathologie non chronique. Pour faciliter la lecture et l'analyse de ces classes, nous avons intitulé chaque classe :

1. La consultation du nourrisson
2. La consultation de l'adolescent et du jeune adulte
3. L'éducation dans le cadre d'une pathologie
4. Les 46-65 ans
5. Les pathologies diverses des adultes (hormis les 46-65 ans)
6. La consultation de l'enfant
7. Les gestes techniques
8. La prise en charge psychologique
9. Le recours à des compétences externes
10. La polypathologie
11. La grande polypathologie

La dénomination des classes a pour fonction de décrire des classes mais elle n'a rien d'exclusive.

Pour chaque classe, nous présentons un cas clinique qui a été choisi dans l'ensemble de l'échantillon des actes par la méthode du parangon. Le parangon est le cas clinique le plus représentatif de la classe. Une fois le parangon de chaque classe identifié par le logiciel, nous avons retrouvé le numéro du médecin qui avait réalisé cet acte. Nous avons alors demandé au médecin n°X, de nous décrire la consultation du xx/xx/2003 pour son patient numéro Y. L'objectif était d'illustrer par un cas clinique chacune des classes identifiées.

3.5.1 Classe 1 /11 : La consultation du nourrisson

Cette première classe comprend **210** consultations qui représentent **6,68%** de l'échantillon total.

Elle est caractérisée par :

- Des **patients de la naissance à 2 ans**. Ils représentent 80% des patients de cette classe et cette classe contient 95% des patients de cette classe d'âge.
- Des **actes de prévention**. 40% des actes contiennent un diagnostic de ce type ou sont considérés par le médecin comme contenant un temps principal de prévention.
- Il existe un **problème aigu** dans 93% des actes (dont la prévention), dont des infections des voies aériennes supérieures dans 45%.
- Il n'y a **qu'un seul diagnostic** relevé dans les actes dans 59% des cas.
- Le médecin considère la situation clinique **sans risque majeur** dans 80% des cas et son acte **sans difficulté particulière** dans 86% des cas.
- Il n'y a pas de recours à un spécialiste dans 98 % des cas ni de prescription de biologie ou d'examen dans 88.57 % des cas

Voir annexe n° 3 p 104 pour l'interprétation du tableau

V.TEST	PROBA	- POURCENTAGES - Class/Mod - Mod/Clas - Global				- MODALITES - Caractéristiques des variables		- POIDS -
31.93	0.000	95.43	79.52	5.57	CA1 [0 ; 2]	Classe d'age	Cla1 175	
19.23	0.000	24.78	81.90	22.09	entr_tier_tous_oui	entr_tiers_tous	ent2 694	
13.39	0.000	32.56	40.00	8.21	TPD_Prévention	Q_temps_décisionnel_principal	Q_t4 258	
12.14	0.000	10.97	93.33	56.87	AIGU	AIGU	AIG1 1778	
9.12	0.000	10.07	85.24	56.59	NR	CHRON	CHR2 1778	
8.87	0.000	17.07	40.48	15.85	prevention	prevent	pre2 498	
8.72	0.000	8.55	97.14	75.91	NR	FR-CV	FR-2 2385	
8.61	0.000	8.38	98.10	78.23	NR	card-vasc	car1 2458	
8.15	0.000	8.28	97.62	78.77	NR	psy1	psy1 2475	
6.97	0.000	7.95	97.14	81.64	NR	rhumato	rhu1 2565	
6.83	0.000	12.55	44.76	23.84	IVAS	IVAS	IVA1 749	
6.67	0.000	7.58	99.52	87.71	NR	psy3	psy1 2756	
5.81	0.000	8.61	80.95	62.83	R_faible	Evaluation_risque	Eva1 1974	
5.52	0.000	7.38	99.05	89.66	Acte_non_ald	Acte_ALD	Act2 2817	
5.42	0.000	7.24	100.00	92.36	Arret_W_non	Q_AT	Q_A1 2902	
5.35	0.000	16.97	17.62	6.94	Général_Approf	Q_interrogatoire	Q_j3 218	
5.05	0.000	7.92	88.57	74.73	Presc_bio_imag_PM_no	Q_presc_bio_imag_PM	Q_p1 2348	
5.03	0.000	7.29	99.05	90.87	NR	diab-endo	dia1 2855	
4.64	0.000	11.46	30.95	18.05	P	Aigu P	Aig2 567	
4.41	0.000	7.39	95.71	86.54	Résult_bio_ou_imag_n	Q_Résult_bio_imag	Q_R1 2719	
3.70	0.000	7.57	86.67	76.51	Diffic_act_non	Q_act_difficile	Q_a1 2404	
3.42	0.000	6.98	99.52	95.26	NR	addict	add1 2993	
3.41	0.000	8.32	59.05	47.45	Diag_1	Nb Diagnostics Cl	Nb 2 1491	
2.88	0.002	7.00	98.10	93.70	Recours_med_non	Q_recours_med	Q_r1 2944	
2.60	0.005	6.91	99.05	95.74	retour_rec_spé_non	Q_retour_rec_spé	Q_r1 3008	

On peut retenir de cette classe les critères suivant :

- L'âge, ici les nourrissons et enfants moins de 3 ans
- La prévention
- La prise en charge de pathologie aiguë
- Le niveau de risque et de difficulté, ici faible

Nous pouvons illustrer cette classe par :

- La consultation systématique du nourrisson
- Les affections de l'enfant en dessous de 3 ans (conseil alimentaire...)
- La rhino-pharyngite

Cas clinique :

Kani S. âgée de 2 ans, est amenée par sa maman pour fièvre et pleurs. Il s'agit du quatrième enfant d'une famille guinéenne demandeur d'asile. Nous assurons un double suivi avec la PMI. Le lien est régulier avec les services sociaux qui se chargent de l'hébergement. La maman parle peu le français.

L'interrogatoire de la maman et l'examen de Kani révèle une otite moyenne aiguë.

Le résultat de consultation est donc :

- **OTITE MOYENNE AIGUË** (C/N)

Un traitement par antibiotique, antipyrétique et pulvérisations nasales est instauré.

3.5.2 Classe 2 /11 : La consultation de l'adolescent et du jeune adulte

Cette deuxième classe comprend **303** consultations qui représentent **9,64%** de l'échantillon total.

Elle est caractérisée par :

- Des **patients entre 15 et 25 ans**. 100% des patients de cette classe sont des adolescents et jeune adultes. Cette classe contient 83% des patients de cette classe d'âge.
- Des **patients peu ou pas connus** dans 40% des actes.
- Une majorité de **filles (65%)**.
- La prise en charge d'un **seul diagnostic (62%) aigu (70%)** sans recours spécialisé (99%) ayant nécessité un interrogatoire et examen clinique focalisé sur signe d'appel (65%).
- Le médecin considère la situation clinique **sans risque majeur** dans 81% des cas et son acte **sans difficulté particulière** dans 87% des cas.
- Un temps décisionnel principal de prescription dans 75% des actes et de prévention dans 15%.

V.TEST	Proba	- Pourcentages -			- Modalités -		- Poids -	
		Class/Mod	Mod/Clas	Global	Caractéristiques des variables			
40.69	0.000	83.47	100.00	11.55	CA4 [15 ; 25]	Classe d'age	Cla3	363
11.53	0.000	12.49	98.35	75.91	NR	FR-CV	FR-2	2385
11.27	0.000	12.21	99.01	78.23	NR	card-vasc	car1	2458
8.34	0.000	11.72	94.72	77.91	entr_tier_tous_non	entr_tiers_tous	ent1	2448
7.49	0.000	12.56	81.85	62.83	R_faible	Evaluation_risque	Eva1	1974
7.15	0.000	12.88	75.58	56.59	NR	CHRON	CHR2	1778
6.41	0.000	10.61	98.68	89.66	Acte_non_ald	Acte_ALD	Act2	2817
5.73	0.000	11.11	90.76	78.77	NR	psy1	psy1	2475
5.67	0.000	10.96	92.74	81.64	NR	rhumato	rhu1	2565
5.61	0.000	10.63	96.70	87.71	NR	psy3	psy1	2756
5.42	0.000	12.68	62.38	47.45	Diag_1	Nb Diagnostics CI	Nb 2	1491
5.19	0.000	18.01	21.45	11.49	Inconnu	Connaissance1	Con1	361
5.16	0.000	10.40	98.02	90.87	NR	diab-endo	dia1	2855
5.11	0.000	11.98	70.63	56.87	AIGU	AIGU	AIG1	1787
5.10	0.000	12.29	65.02	51.02	Focalisé_sur_SA	Q_interrogatoire	Q_i2	1603
5.10	0.000	11.06	87.79	76.51	Diffic_act_non	Q_act_difficile	Q_a1	2404
5.02	0.000	10.22	99.34	93.70	Recours_med_non	Q_recours_med	Q_r1	2944
4.78	0.000	10.07	100.00	95.74	retour_rec_spé_non	Q_retour_rec_spé	Q_r1	3008
4.37	0.000	18.22	15.51	8.21	TPD_Prévention	Q_temps_décisionnel_principal	Q_t4	258
4.23	0.000	13.67	35.64	25.14	Durée2_[6 ; 10]	Durée_classe	Dur2	790
4.16	0.000	15.06	24.75	15.85	prevention	prevent	pre2	498
3.97	0.000	11.57	65.35	54.49	2	Sexe	Sex2	1712
3.68	0.000	11.04	75.25	65.75	TPD_Prescriptions	Q_temps_décisionnel_principal	Q_t3	2066
3.66	0.000	10.37	93.07	86.54	Résult_bio_ou_imag_n	Q_Résult_bio_imag	Q_R1	2719
3.54	0.000	10.64	85.15	77.18	Dérang_Non	Q_Dérangement	Q_D1	2425
3.47	0.000	16.67	13.20	7.64	Arret_W_oui	Q_AT	Q_A2	240
3.18	0.001	14.39	18.81	12.60	peu_connu	Connaissance1	Con3	396
3.16	0.001	10.60	82.18	74.73	Presc_bio_imag_PM_no	Q_presc_bio_imag_PM	Q_p1	2348
2.80	0.003	9.96	98.35	95.26	NR	addict	add1	2993
2.44	0.007	9.79	100.00	98.47	NR	cancer	can1	3094

On peut retenir de cette classe les critères suivant :

- L'âge, ici des adolescents et jeunes adultes
- La connaissance du patient, ici moins connu
- La prise en charge d'une pathologie aiguë
- Le niveau de risque et de difficulté, ici faible

L'illustration clinique correspondrait à :

- Les infections aiguës du jeune
- L'entorse de la cheville
- La contraception de la jeune femme

Cas clinique :

Léa P. âgée de 18 ans, vient en fin de consultation pour une toux, un essoufflement à l'effort et fatigue. Cette patiente est connue du cabinet depuis son enfance. On suit aussi ses parents et sa sœur.

L'interrogatoire et l'examen clinique centré sur la sphère ORL et bronchique révèle une bronchite aiguë importante.

Le résultat de consultation est donc :

- **BRONCHITE AIGUË (C/N)**

Un traitement par Clamoxyl*, Becotide* et Surbronc* est prescrit.

3.5.3 Classe 3 /11 : L'éducation dans le cadre d'une pathologie

Cette troisième classe comprend **230** consultations qui représentent **7,32%** de l'échantillon total.

Elle est caractérisée par :

- La notion de **temps éducatif** prédominant dans 95% des consultations.
- L'**absence de pathologie aiguë** dans 63% des actes et en particulier les IVAS (87%).
- L'**apparition des troubles chroniques** dans 59%, avec les facteurs cardio-vasculaires dans 37% des consultations. Mais en dehors des problèmes psychologiques (94%).
- Le médecin considère la situation clinique de **risque moyen** dans 45% des cas et son acte est **difficile** dans 36% des cas.
- Des **patients entre 26 et 65 ans** dans 71% des cas. Il s'agit des adultes en activité. Mais cette classe ne contient que 20% des patients de cette tranche d'âge.
- La consultation comprend 2 à 3 diagnostics dans 53 % des cas.
- Il n'y a aucun recours spécialisé dans 100% des cas.

V.TEST	Proba	- Pourcentages -			- Modalités -		- Poids -	
Class/Mod	Mod/Clas	Global			Caractéristiques des variables			
31.85	0.000	60.11	95.65	11.65	TPD_Education	Q_temps_décisionnel_principal	Q_t1	366
6.80	0.000	26.12	15.22	4.26	retour_rec_spé_oui	Q_retour_rec_spé	Q_r2	134
6.38	0.000	10.77	63.48	43.13	NR	AIGU	AIG2	1355
5.99	0.000	13.74	34.35	18.30	Déter_soc_cult_oui	Q_Deter_soc_cult	Q_D2	575
5.93	0.000	15.13	27.83	13.46	Résult_bio_ou_imag_o	Q_Résult_bio_imag	Q_R2	423
5.93	0.000	11.30	52.61	34.09	Diag_2-3	Nb Diagnostics Cl	Nb 3	1071
5.11	0.000	7.81	100.00	93.70	Recours_med_non	Q_recours_med	Q_r1	2944
5.04	0.000	10.04	59.57	43.41	CHRON	CHRON	CHR1	1364
4.85	0.000	10.85	45.65	30.81	R_moyen	Evaluation_risque	Eva2	968
4.58	0.000	11.50	35.65	22.69	Dérang_Oui	Q_Dérangement	Q_D2	713
4.55	0.000	13.03	25.22	14.16	Approf_sur_appareill	Q_interrogatoire	Q_i1	445
4.47	0.000	11.23	36.96	24.09	FR_CV	FR-CV	FR-1	757
4.41	0.000	11.25	36.09	23.49	Diffic_act_oui	Q_act_difficile	Q_a2	738
4.32	0.000	8.40	87.39	76.16	NR	IVAS	IVA2	2393
4.09	0.000	8.29	88.26	77.91	entr_tier_tous_non	entr_tiers_tous	ent1	2448
4.09	0.000	10.86	36.09	24.32	CA6 [46 ; 65]	Classe d'age	Cla5	764
3.62	0.000	16.11	10.43	4.74	addict	addict	add2	149
3.59	0.000	7.91	94.78	87.71	NR	psy3	psy1	2756
3.40	0.000	12.85	16.09	9.17	Durée5 [21 ; 25]	Durée_classe	Dur5	288
3.16	0.001	9.93	35.22	25.97	CA5 [26 ; 45]	Classe d'age	Cla4	816
3.05	0.001	7.72	96.96	91.98	Gest_techn_non	Q_gest_techn	Q_g1	2890
2.94	0.002	10.57	24.35	16.87	presc_0	NB_lig_presc_CL	NB_1	530
2.42	0.008	11.67	12.17	7.64	Arret_W_oui	Q_AT	Q_A2	240
2.38	0.009	11.15	13.91	9.13	endocrino	diab-endo	dia2	287
2.34	0.010	9.50	28.26	21.77	card_vasc	card-vasc	car2	684

On peut retenir de cette classe les critères suivant :

- la notion d'éducation à la santé
- La prise en charge d'une pathologie non aiguë non psychiatrique

L'illustration clinique corespondrait à :

- L'HTA débutante
- L'hyperlipidémie avec régime alimentaire
- La grossesse

Cas clinique :

Monsieur Claude B. âgé de 56 ans, vient pour ce qu'on a l'habitude de qualifier par son renouvellement de traitement. On connaît ce patient depuis une dizaine d'années. C'est un célibataire ouvrier qui n'a que sa sœur comme relation. Il est porteur d'une hypertension artérielle.

Lors de la précédente consultation, le médecin lui avait prescrit un bilan biologique de contrôle. Ce bilan montre une hypercholestérolémie avec un cholestérol total à 2,85g/l et un LDL à 1,92 g/l. Les triglycérides sont à 1,56g/l et la glycémie à 1,20g/l. Le dernier bilan réalisé 3 ans plus tôt était normal.

L'interrogatoire, notamment sur son alimentation, révèle de grosses erreurs diététiques. Il cuisine peu, mange beaucoup de charcuterie, de plats en conserve et de fromages.

L'examen clinique sera général (non approfondi). On retrouve un poids à 86Kg pour 175cm (IMC 28), une TA à 135/80 et un pouls à 64. Les pouls sont bien perçus, les pieds en bon état, aucun œdème....

Les résultats de consultation sont donc :

- **HTA** (O/P)
- **HYPERLIPIDEMIE** (A/P)

L'essentiel de la consultation est basé sur une éducation avec rappel des règles diététiques mais le patient ne comprend pas tout l'intérêt de ces efforts. Nous convenons de recontrôler par un bilan biologique dans 3 mois. Prescription de RENITEC 5.

3.5.4 Classe 4 /11 : Les 46-65 ans (adultes mûrs)

Cette quatrième classe comprend **420** consultations qui représentent **12,79%** de l'échantillon total.

Elle est caractérisée par :

- Des **patients entre 46 et 65 ans** dans 99% des cas. Il s'agit des adultes dans la deuxième partie de leur activité . Cette classe contient 52% des patient de cette tranche d'âge.
- Un temps décisionnel de **prescription** dans 90% des cas.
- Des **pathologies non psychologiques** (98%).
- Aucun recours spécialisé, ni geste technique.
- Le médecin considère la situation clinique **sans risque majeur** dans 70% des cas.
- La prise en charge d'un seul diagnostic dans 54% des cas.
- La prescription d'examen biologique ou d'imagerie ou de paramédical dans 32% des actes.

V.TEST	Proba	- Pourcentages -				- Modalités -	- Poids -	
Class/Mod	Mod/Clas	- Global				Caractéristiques des variables		
36.34	0.000	52.49	99.75	24.32	CA6 [46 ; 65]	Classe d'age	Cla5	764
11.78	0.000	17.47	89.80	65.75	TPD_Prescriptions	Q_temps_decisionnel_principal	Q_t3	2066
11.31	0.000	15.89	96.77	77.91	entr_tier_tous_non	entr_tiers_tous	ent1	2448
8.65	0.000	14.40	98.76	87.71	NR	psy3	psy1	2756
7.10	0.000	13.65	100.00	93.70	Recours_med_non	Q_recours_med	Q_r1	2944
5.83	0.000	14.51	89.30	78.77	NR	psy1	psy1	2475
5.09	0.000	13.60	97.76	91.98	Gest_techn_non	Q_gest_techn	Q_g1	2890
3.46	0.000	14.39	70.65	62.83	R_faible	Evaluation_risque	Eva1	1974
3.12	0.001	16.12	31.84	25.27	Presc_bio_imag_PM_ou	Q_presc_bio_imag_PM	Q_p2	794
2.77	0.003	13.35	93.53	89.66	Acte_non_ald	Acte_ALD	Act2	2817
2.75	0.003	14.55	53.98	47.45	Diag_1	Nb_Diagnostics_CI	Nb_2	1491
2.56	0.005	13.52	86.32	81.70	Deter_soc_cult_non	Q_Deter_soc_cult	Q_D1	2567
2.50	0.006	14.29	56.97	51.02	Focalisé_sur_SA	Q_interrogatoire	Q_i2	1603
2.46	0.007	13.10	98.01	95.74	retour_rec_spé_non	Q_retour_rec_spé	Q_r1	3008

On peut retenir de cette classe les critères suivants :

- L'âge
- La notion de temps de prescription
- La prise en charge d'une pathologie non psychiatrique

Cas clinique :

M. Michel B. 60 ans est connu et suivi depuis 1970. Il est en retraite depuis 6 mois après plus de trente années d'un métier de VRP d'une grande société. Son kilométrage en voiture était de plus de 80.000 km par an mais chaque fois que son emploi du temps le lui permettait, il courait ou nageait. Très sobre, il a toujours évité les repas d'affaires. Il respecte scrupuleusement ses dates de rappel de vaccination.

Cependant il s'est souvent plaint de douleurs de localisations diverses, épicondyle, genoux, épaules, cou, région lombaire pour lesquelles il consulte épisodiquement.

En 1988 des acouphènes sont survenus et l'ont beaucoup perturbé sans jamais obtenir de guérison malgré de multiples recours aux meilleurs ORL de Paris et des grandes villes visitées. En 1995, un zona intercostal a bien guéri, sans séquelles.

Ce 16 janvier 2003, sa plainte décrit des douleurs cervicales irradiant vers l'omoplate et tout le long du bras gauche perturbant son sommeil. Depuis 2 à 3 semaines sans que l'on retrouve un événement déclenchant (effort ou activité inhabituelle).

L'examen du cou montre une limitation douloureuse de la flexion -extension, un blocage de la rotation vers la gauche et un point douloureux à gauche des dernières épineuses de la base du cou.

Les irradiations à partir de cette zone sont décrites vers le bord interne de l'omoplate gauche, la face postérieure du bras et de l'avant-bras jusqu'aux 4^{ème} et 5^{ème} doigts. Les réflexes tendineux sont symétriques aux deux membres supérieurs mais on trouve une légère hypoesthésie de l'auriculaire gauche. Le reste de l'examen est normal sans différences avec les examens précédents.

Deux résultats de consultation sont notés : **CERVICALGIE (B/N)** et **NEURALGIE-NEVRITE (C/N)**

Les multiples questions posées par ce patient traduisent son inquiétude sur la cause et le pronostic de ses troubles faisant reprendre l'historique et l'évolution (toujours favorable) de ses « douleurs ».

Un scanner du rachis cervical est prescrit : Le non-dit laisse à penser qu'il était attendu...

Le traitement s'est limité à une association Paracétamol et Codéine.

3.5.5 Classe 5 /11 : Les pathologies diverses des adultes (hormis les 46-65 ans)

Cette cinquième classe comprend **666** consultations qui représentent **21,20%** de l'échantillon total. C'est la classe la plus importante en effectif mais aussi la plus hétérogène.

Elle est caractérisée par :

- Des **patients entre 26 et 45 ans** dans 72,52% des cas et des patients âgés de plus de 66 ans dans 27,48%.
- Des **pathologies diverses**, unique dans 57% des consultations, 2 à 3 diagnostics dans 39% des actes, non psychologique(94%), non chronique dans 63% des actes et non aiguë dans 50%.
- Que le médecin considère **sans risque majeur** dans 71% des cas et **sans difficulté** particulière (86%).
- Une durée de consultation **ne dépassant pas 15 minutes** dans 67% des cas.
- Aucun recours spécialisé, ni geste technique.
- Une prescription de 2 à 3 lignes de médicaments pour 62%.
- Un temps principal de décision consacré à la prescription dans 98% .

V.TEST Proba	- Pourcentages -	- Modalités -	- Poids -
Class/Mod -	Mod/Clas – Global	Caractéristiques des variables	
29.29 0.000	59.19 72.52 25.97	CA5 [26 ; 45]	Clas4 816
22.42 0.000	31.46 97.60 65.75	TPD_Prescriptions	Q_t3 2066
16.04 0.000	26.55 97.60 77.91	entr_tier_tous_non	ent1 2448
10.52 0.000	23.39 98.95 89.66	Acte_non_ald	Act2 2817
9.57 0.000	22.62 100.00 93.70	Recours_med_non	Q_r1 2944
7.76 0.000	26.96 62.61 49.24	presc_1-3	NB_2 1547
7.33 0.000	23.37 92.79 84.15	NR	pre1 2644
7.26 0.000	24.07 86.19 75.91	NR	FR-2 2385
6.83 0.000	22.93 94.89 87.71	NR	psy1 2756
6.65 0.000	23.79 85.89 76.51	Diffic_act_non	Q_a1 2404
6.64 0.000	25.95 62.46 51.02	Focalisé_sur_SA	Q_j2 1603
6.01 0.000	22.39 97.15 91.98	Gest_techn_non	Q_g1 2890
5.90 0.000	25.75 57.66 47.45	Diag_1	Nb 2 1491
5.83 0.000	22.45 96.25 90.87	NR	dia1 2855
5.76 0.000	21.97 99.25 95.74	retour_rec_spé_non	Q_r1 3008
5.54 0.000	23.27 85.89 78.23	NR	car1 2458
5.29 0.000	23.15 86.04 78.77	NR	psy1 2475
5.23 0.000	24.11 71.47 62.83	R_faible	Eva1 1974
5.05 0.000	28.77 27.48 20.24	CA7 [66 et plus]	Clas6 636
5.04 0.000	22.87 88.44 81.95	NR	Aig1 2575
4.24 0.000	24.80 50.45 43.13	NR	AIGU 1355
4.05 0.000	25.79 36.79 30.24	Durée3_[11 ; 15]	Dur3 950
3.95 0.000	23.73 63.36 56.59	NR	CHRON 1778
3.77 0.000	22.68 82.58 77.18	Dérang_Non	Q_D1 2425
3.73 0.000	22.25 90.84 86.54	Résult_bio_ou_imag_n	Q_R1 2719
3.64 0.000	21.49 99.85 98.47	NR	can1 3094
3.48 0.000	25.70 30.48 25.14	Durée2_[6 ; 10]	Dur2 790
3.15 0.001	24.46 39.34 34.09	Diag_2-3	Nb 3 1071
2.81 0.002	28.75 10.36 7.64	Arret_W_oui	Q_A2 240
2.59 0.005	21.59 97.60 95.83	entr_tier_adult_non	ent1 3011
2.51 0.006	24.23 31.83 27.85	Acte sans rendez vou	Q_T3 875
2.51 0.006	24.57 27.63 23.84	IVAS	IVA1 749

Cette classe est très polymorphe, il est difficile de retenir des critères précis pour la définir.

L'illustration clinique correspondrait à :

- La cystite
- La sciatique

Cas clinique :

Patiente de 27 ans vue il y a une semaine pour une cystite et état « viral » avec nausées et douleurs abdominales. Mise sous antibiotique, antispasmodique et anti-émétique. Demande d'un ECBU.

Ce jour, les signes urinaires perdurent malgré l'antibiotique et l'ECBU est revenu positif à Staphylocoque Eperdimidis.

Les résultats de consultation sont :

- **CYSTITE-CYSTALGIE (C/P)**
- **ETAT MORBIDE AFEBRILE (O/P)**

La patiente est mise sous un nouvel antibiotique (quinolone) et antispasmodique.

3.5.6 Classe 6 /11 : la consultation de l'enfant

Cette sixième classe comprend **326** consultations qui représentent **10,38%** de l'échantillon total.

Elle est caractérisée par :

- Tous les **patients sont des enfants de 3 à 14 ans**. 84% de cette tranche d'âge sont dans cette classe
- Des enfants peu ou pas connus pour 34% d'entre eux.
- Une majorité de garçons (52%).
- La prise en charge d'une seule pathologie dans 66% des consultations, aiguë dans 87%, du groupe des IVAS pour 57%.
- Que le médecin considère **sans risque majeur** dans 84% des cas et **sans difficulté** particulière (94%).
- Aucun recours spécialisé, ni geste technique.
- Un temps principal de décision consacré à la prescription (77%) et à la prévention (14%).

V.TEST Proba - Pourcentages -				- Modalités -		- Poids -	
Class/Mod -	Mod/Clas -	Global		Caractéristiques des variables			
41.73	0.000	84.02	100.00	12.35	CA2 [3 ; 14]	Classe d'age	Cla2 388
33.54	0.000	46.97	100.00	22.09	entr_tier_tous_oui	entr_tiers_tous	ent2 694
13.66	0.000	24.83	57.06	23.84	IVAS	IVAS	IVA1 749
13.33	0.000	16.31	88.96	56.59	NR	CHRON	CHR2 1778
12.50	0.000	15.95	87.42	56.87	AIGU	AIGU	AIG1 1787
12.42	0.000	13.22	99.69	78.23	NR	card-vasc	car1 2458
12.35	0.000	13.50	98.77	75.91	NR	FR-CV	FR-2 2385
11.32	0.000	13.01	98.77	78.77	NR	psy1	psy1 2475
9.20	0.000	12.40	97.55	81.64	NR	rhumato	rhu1 2565
8.94	0.000	13.93	84.36	62.83	R_faible	Evaluation_risque	Eva1 1974
8.89	0.000	12.77	94.17	76.51	Diffic_act_non	Q_act_difficile	Q_a1 2404
8.75	0.000	11.79	99.69	87.71	NR	psy3	psy1 2756
7.93	0.000	11.81	98.47	86.54	Résult_bio_ou_imag_n	Q_Résult_bio_imag	Q_R1 2719
7.87	0.000	11.54	99.69	89.66	Acte_non_ald	Acte_ALD	Act2 2817
7.30	0.000	12.52	90.18	74.73	Presc_bio_imag_PM_no	Q_presc_bio_imag_PM	Q_p1 2348
7.16	0.000	14.49	66.26	47.45	Diag_1	Nb Diagnostics Cl	Nb 2 1491
7.01	0.000	11.23	100.00	92.36	Arret_W_non	Q_AT	Q_A1 2902
6.16	0.000	11.28	98.77	90.87	NR	diab-endo	dia1 2855
5.77	0.000	16.08	38.96	25.14	Durée2_[6 ; 10]	Durée_classe	Dur2 790
5.32	0.000	10.89	100.00	95.26	NR	addict	add1 2993
5.30	0.000	11.01	99.39	93.70	Recours_med_non	Q_recours_med	Q_r1 2944
4.85	0.000	11.35	94.48	86.38	NR	gastro	gas1 2714
4.71	0.000	12.20	77.30	65.75	TPD_Prescriptions	Q_temps_décisionnel_principal	Q_t3 2066
4.55	0.000	11.49	90.49	81.70	Déter_soc_cult_non	Q_Deter_soc_cult	Q_D1 2567
4.41	0.000	10.80	99.69	95.74	retour_rec_spé_non	Q_retour_rec_spé	Q_r1 3008
4.22	0.000	16.92	20.55	12.60	peu_connu	Connaissance1	Con3 396
3.72	0.000	17.83	14.11	8.21	TPD_Prévention	Q_temps_décisionnel_principal	Q_t4 258
3.16	0.001	12.15	57.67	49.24	presc_1-3	NB_lig_presc_CL	NB_2 1547
3.09	0.001	10.58	100.00	98.03	Acc_trav_non	Q_accident_W	Q_a1 3080
3.07	0.001	12.04	59.20	51.02	Focalisé_sur_SA	Q_interrogatoire	Q_i2 1603
2.93	0.002	10.83	96.01	91.98	Gest_techn_non	Q_gest_techn	Q_g1 2890
2.59	0.005	11.98	51.84	44.91	1	Sexe	Sex1 1411
2.58	0.005	10.54	100.00	98.47	NR	cancer	can1 3094
2.49	0.006	14.40	15.95	11.49	Inconnu	Connaissance1	Con1 361
2.48	0.007	10.83	93.56	89.62	NR	Chron N	Chr2 2816
2.40	0.008	10.99	86.81	81.95	NR	Aigu P	Aig1 2575

C'est la classe d'âge qui prédomine pour définir cette classe.

Cas clinique :

Julien M, âgé de 11 ans vient en consultation car il s'est fait mal au doigt en faisant du volley en classe.

Ce jeune patient est connu du cabinet où il voit indifféremment les deux médecins du cabinet. On suit aussi sa mère, son frère et sa grande sœur.

Il n'a aucun antécédent particulier sinon une légère dyslexie qui nécessite une prise en charge orthophonique.

Il vient seul en consultation car il habite en face du cabinet médical.

A l'interrogatoire, il explique très bien son accident de sport. Il a mal au niveau de l'articulation de la première inter-phalangienne du majeur de la main gauche.

L'examen clinique ciblé sur le doigt en question est en effet augmenté de volume, les mouvements actifs et passifs sont diminués et la pression de l'articulation douloureuse. On confirme l'intégrité des autres articulations de la région.

Le résultat de consultation est donc :

- **ENTORSE D'UN DOIGT (C/N)**

Le médecin réalise en consultation une immobilisation du doigt avec la prescription d'une pommade anti-inflammatoire et un arrêt du sport pendant 10 jours.

3.5.7 Classe 7 /11 : Les gestes techniques

Cette septième classe comprend **174** consultations qui représentent **5,54%** de l'échantillon total.

Elle est caractérisée par :

- Un temps décisionnel principal de geste technique dans 100% des actes et la réalisation d'un geste technique dans 75% des actes
- On distingue les **vaccinations** de l'enfant avec 22% de patients entre 3 et 14 ans pour une durée inférieure à 6 minutes dans 12% des actes.
- Et des **gestes techniques plus longs** avec une durée de 26 à 30 minutes dans 8% des consultations.
- Il n'y a **qu'un diagnostic** dans 72% des actes de cette classe.
- Le médecin considère la situation clinique **sans risque majeur** dans 78% des cas.
- L'absence de prescription médicamenteuse dans 53% des actes.
- La présence d'une pathologie du groupe de la prévention dans 33% des actes.

V.TEST Proba - Pourcentages -				- Modalités -		- Poids -	
Class/Mod -	Mod/Clas -	Global		Caractéristiques des variables			
35.75	0.000	96.67	100.00	5.73	TPD_Gestes_technique	Q_temps_décisionnel_principal	Q_t2 180
23.16	0.000	51.59	74.71	8.02	Gest_techn_oui	Q_gest_techn	Q_g2 252
11.36	0.000	17.55	53.45	16.87	presc_0	NB_lig_presc_CL	NB_1 530
8.37	0.000	8.80	81.03	51.02	Focalisé_sur_SA	Q_interrogatoire	Q_i2 1603
8.09	0.000	6.95	98.85	78.77	NR	psy1	psy1 2475
7.80	0.000	7.06	97.13	76.16	NR	IVAS	IVA2 2393
6.85	0.000	6.41	100.00	86.38	NR	gastro	gas1 2714
6.62	0.000	8.38	71.84	47.45	Diag_1	Nb Diagnostics Cl	Nb 2 1491
6.44	0.000	6.31	100.00	87.71	NR	psy3	psy1 2756
6.04	0.000	7.65	78.16	56.59	NR	CHRON	CHR2 1778
5.63	0.000	11.45	32.76	15.85	prevention	prevent	pre2 498
5.53	0.000	6.71	91.95	75.91	NR	FR-CV	FR-2 2385
5.31	0.000	21.00	12.07	3.18	Durée1_[1 ; 5]	Durée_classe	Dur1 100
4.86	0.000	6.51	91.95	78.23	NR	card-vasc	car1 2458
4.82	0.000	6.39	94.25	81.70	Déter_soc_cult_non	Q_Deter_soc_cult	Q_D1 2567
4.39	0.000	6.07	98.28	89.66	Acte_non_ald	Acte_ALD	Act2 2817
4.20	0.000	6.84	77.59	62.83	R_faible	Evaluation_risque	Eva1 1974
3.93	0.000	5.99	98.28	90.87	NR	diab-endo	dia1 2855
3.73	0.000	10.05	22.41	12.35	CA2 [3 ; 14]	Classe d'age	Cla2 388
3.60	0.000	5.81	100.00	95.26	NR	addict	add1 2993
3.58	0.000	6.32	87.36	76.51	Diffic_act_non	Q_act_difficile	Q_a1 2404
3.27	0.001	8.21	32.76	22.09	entr_tier_tous_oui	entr_tiers_tous	ent2 694
3.22	0.001	6.03	94.25	86.54	Résult_bio_ou_imag_n	Q_Résult_bio_imag	Q_R1 2719
2.86	0.002	6.08	89.66	81.64	NR	rhumato	rhu1 2565
2.79	0.003	6.55	67.24	56.87	AIGU	AIGU	AIG1 1787
2.72	0.003	12.00	8.62	3.98	Durée6_[26 ; 30]	Durée_classe	Dur6 125
2.51	0.006	5.82	97.13	92.36	Arret_W_non	Q_AT	Q_A1 2902

On peut retenir de cette classe le critère suivant :

- le geste technique

L'illustration clinique correspondrait à :

- La vaccination
- Le FCV
- L'ablation d'un naevus
- L'ablation d'un bouchon de cérumen

Cas clinique :

Madame Anne Lise L est une patiente de 37 ans connue depuis 2 mois, mais rarement vue qui est enceinte de 8 mois lors cette consultation.

Sa grossesse est suivie par un confrère gynécologue. Je la vois pour les soins d'une plaie accidentelle à la main, qui avait nécessité des points.

Ce jour la plaie est propre, la cicatrisation est en bonne voie. Je l'avais vue 4 jours plutôt à la date prévue pour l'ablation des fils et avais reporté celle ci car la plaie était inflammatoire et la cicatrisation insuffisante.

J'effectue l'ablation des fils sans problème. Pose d'un pansement de protection pendant 24 heures.

Le rappel de sa vaccination antitétanique doit être fait et nous convenons de nous revoir après l'accouchement. Je lui prescris.

Le diagnostic retenu est **SUITE OPERATOIRE** (0/P).

3.5.8 Classe 8 /11 : la prise en charge psychologique

Cette huitième classe comprend **283** consultations qui représentent **9,01%** de l'échantillon total.

Elle est caractérisée par :

- La prise en charge des **problèmes psychologiques** et psychiatriques (86%).
- Une addiction dans 18% des actes.
- L'**association de diagnostics** : 2 à 3 pour 43% et de 4 à 6 pour 21%.
- Des **patients adultes entre 26 et 45 ans** dans 42% des cas et entre **46 et 65 ans** dans 43%.
- Une majorité de femme : 68%.
- L'existence d'un **déterminant socioculturel** intervenant dans les décisions dans 36% des actes.
- Une **durée de consultation** entre 20 et 30 minutes dans 25% des actes et entre 31 et 45 minutes dans 11%.
- Le médecin considère le **risque moyen et élevé** dans 66% des cas et l'acte **difficile** (57%).

V.TEST Proba - Pourcentages -				- Modalités -		- Poids -		
Class/Mod	Mod/Clas	Global	Caractéristiques des variables					
35.91	0.000	89.34	85.87	8.66	TPD_psychothérapie	Q_temps_décisionnel_principal	Q_t5	272
28.62	0.000	58.55	79.86	12.29	psy_strict	psy3	psy2	386
25.65	0.000	37.33	87.99	21.23	psy	psy1	psy2	667
12.70	0.000	21.82	56.89	23.49	Diffic_act_oui	Q_act_difficile	Q_a2	738
8.99	0.000	34.90	18.37	4.74	addict	addict	add2	149
8.25	0.000	11.12	93.99	76.16	NR	IVAS	IVA2	2393
7.73	0.000	13.56	65.37	43.41	CHRON	CHRON	CHR1	1364
7.40	0.000	17.74	36.04	18.30	Déter_soc_cult_oui	Q_Déter_soc_cult	Q_D2	575
7.30	0.000	37.08	11.66	2.83	Durée7_[31 ; 45]	Durée_classe	Dur7	89
7.24	0.000	15.97	43.11	24.32	CA6 [46 ; 65]	Classe d'age	Cla5	764
7.01	0.000	10.74	92.93	77.91	entr_tier_tous_non	entr_tiers_tous	ent1	2448
6.95	0.000	14.57	49.82	30.81	R_moyen	Evaluation_risque	Eva2	968
6.50	0.000	24.00	16.96	6.37	R_élevé	Evaluation_risque	Eva3	200
5.99	0.000	14.46	41.70	25.97	CA5 [26 ; 45]	Classe d'age	Cla4	816
4.73	0.000	11.21	67.84	54.49	2	Sexe	Sex2	1712
4.29	0.000	16.67	16.96	9.17	Durée5_[21 ; 25]	Durée_classe	Dur5	288
4.26	0.000	17.50	14.84	7.64	Arret_W_oui	Q_AT	Q_A2	240
4.12	0.000	14.61	22.97	14.16	Approf_sur_appareill	Q_interrogatoire	Q_i1	445
4.10	0.000	14.88	21.55	13.05	Diag_4-6	Nb Diagnostics Cl	Nb 4	410
3.70	0.000	9.80	91.52	84.15	NR	prevent	pre1	2644
3.56	0.000	11.14	53.36	43.13	NR	AIGU	AIG2	1355
3.51	0.000	19.20	8.48	3.98	Durée6_[26 ; 30]	Durée_classe	Dur6	125
3.25	0.001	11.39	43.11	34.09	Diag_2-3	Nb Diagnostics Cl	Nb 3	1071
2.94	0.002	11.92	30.04	22.69	Dérang_Oui	Q_Dérangement	Q_D2	713
2.89	0.002	12.35	24.73	18.05	P	Aigu P	Aig2	567
2.80	0.003	9.56	91.87	86.54	Résult_bio_ou_imag_n	Q_Résult_bio_imag	Q_R1	2719
2.65	0.004	9.80	81.27	74.73	Presc_bio_imag_PM_no	Q_presc_bio_imag_PM	Q_p1	2348
2.50	0.006	9.68	84.10	78.23	NR	card-vasc	car1	2458

On peut retenir de cette classe les critères suivants :

- Les problèmes psychologiques et psychiatriques
- L'association de plusieurs diagnostics
- La durée de consultation

L'illustration clinique correspondrait à :

- La dépression
- Le deuil
- Les problèmes de couple
- Les psychoses
- L'alcoolisme

Cas clinique :

Monsieur Michel K. âgé de 55 ans, vient en fin de consultation vers 20H00 comme à son habitude. Ce patient est connu depuis une dizaine d'années. Il est suivi pour son alcoolisme et une dépression. Il s'agit d'un patient marié, père d'un fils de 20 ans " qui fait rien et ça m'agace " .Il est cadre moyen dans une entreprise d'installation d'électricité basse tension.

Après un long cheminement vers un changement de comportement dans sa consommation d'alcool, Monsieur a fait " une cure " il y a 6 ans. Après une période d'abstinence totale il se réalcoolise de loin en loin lors de contrariétés. Mais ce patient ne s'est jamais caché la réalité de son problème et vient en consultation très rapidement après chaque rechute.

Ce soir, il parle d'emblée de son travail, du chantier énorme qu'il a, du manque de personnel et du calendrier fou. " Je n'aime pas travailler comme cela " dit-il. Il se dit mal, anxieux et a besoin de prendre l'apéritif avant de rentrer le soir car il ne parle pas de son travail à la maison.

Longue discussion sur ce qu'il ressent, sur ce besoin de prendre de l'alcool, sur sa capacité à arrêter.

Aucun examen clinique n'est réalisé dans la consultation.

Les résultats de consultation sont donc :

- **PROBLEME AVEC L'ALCOOL (C/P)**
- **DEPRESSION (C/P)**

Il est décidé de poursuivre l'ATHYMIL30*, de reprendre le XANAX0,5* dont il est un peu dépendant et de débiter un traitement par AOTAL*. On souligne sur l'ordonnance la nécessité d'arrêt de toute boisson alcoolisée et de boire 3 litres d'eau par jour.

Un nouveau rendez-vous dans 8 jours est programmé.

Monsieur K semble un peu plus détendu et en partant tient à saluer mon associé dont la porte du bureau est légèrement entrouverte !

3.5.9 Classe 9 /11 : Le recours à des compétences externes

Cette neuvième classe comprend **171** consultations qui représentent **5,44%** de l'échantillon total.

Elle est caractérisée par :

- Le **recours à des compétences externes** avec 90% d'adressage à un spécialiste ou une hospitalisation, et 51% de prescription de biologie, d'imagerie ou d'un paramédical.
- L'**association de 2 à 3 diagnostics** pour 52%.
- Un tiers des patients ont **entre 46 et 65 ans** (38%).
- Une **durée de consultation** entre 16 et 20 minutes dans 33% et entre 20 et 30 minutes dans 30% des actes.
- Un temps principal de décision consacré à la **prescription** pour 75% des consultations de la classe, même si 31% des actes n'ont pas de prescription médicamenteuse.
- Le médecin considère le **risque moyen et élevé** dans 66% des cas et **difficile** (37%).

V.TEST	Proba	- Pourcentages -			- Modalités -		- Poids -
Class/Mod	Mod/Clas	Global			Caractéristiques des variables		
30.04	0.000	77.78	90.06	6.30	Recours_med_oui	Q_recours_med	Q_r2 198
10.21	0.000	17.97	44.44	13.46	Résult_bio_ou_imag_o	Q_Résult_bio_imag	Q_R2 423
8.54	0.000	27.61	21.64	4.26	retour_rec_spé_oui	Q_retour_rec_spé	Q_r2 134
7.49	0.000	11.08	51.46	25.27	Presc_bio_imag_PM_ou	Q_presc_bio_imag_PM	Q_p2 794
5.71	0.000	9.09	51.46	30.81	R_moyen	Evaluation_risque	Eva2 968
4.88	0.000	8.31	52.05	34.09	Diag_2-3	Nb Diagnostics Cl	Nb 3 1071
4.61	0.000	10.00	30.99	16.87	presc_0	NB_lig_presc_CL	NB_1 530
4.30	0.000	16.00	11.70	3.98	Durée6_[26 ; 30]	Durée_classe	Dur6 125
4.13	0.000	13.00	15.20	6.37	R_élevé	Evaluation_risque	Eva3 200
4.13	0.000	8.67	37.43	23.49	Diffic_act_oui	Q_act_difficile	Q_a2 738
4.02	0.000	8.51	38.01	24.32	CA6 [46 ; 65]	Classe d'age	Cla5 764
3.68	0.000	10.76	18.13	9.17	Durée5_[21 ; 25]	Durée_classe	Dur5 288
3.64	0.000	9.44	24.56	14.16	Approf_sur_appareill	Q_interrogatoire	Q_i1 445
3.30	0.000	5.91	95.32	87.71	NR	psy3	psy1 2756
3.27	0.001	9.11	22.81	13.62	gastro	gastro	gas2 428
3.15	0.001	6.14	85.96	76.16	NR	IVAS	IVA2 2393
2.75	0.003	10.09	12.87	6.94	Général_Approf	Q_interrogatoire	Q_i3 218
2.68	0.004	7.57	31.58	22.69	Dérang_Oui	Q_Dérangement	Q_D2 713
2.63	0.004	11.45	8.77	4.17	entr_tier_adult_oui	entr_tiers_adult	ent2 131
2.62	0.004	6.00	85.96	77.91	entr_tier_tous_non	entr_tiers_tous	ent1 2448
2.57	0.005	6.67	53.22	43.41	CHRON	CHRON	CHR1 1364
2.55	0.005	6.20	74.85	65.75	TPD_Prescriptions	Q_temps_décisionnel_principal	Q_t3 2066
2.41	0.008	6.87	42.69	33.80	Matin	Temps	Tem2 1062
2.36	0.009	7.22	32.75	24.70	Durée4_[16 ; 20]	Durée_classe	Dur4 776

On peut retenir de cette classe les critères suivants :

- Le recours à des compétences externes
- L'association de plusieurs diagnostics
- La durée de consultation

L'illustration clinique correspondrait à :

- L'hospitalisation programmée par le médecin
- Le bilan cardiologique d'une insuffisance cardiaque
- La demande de fibroscopie
- Le retour d'un bilan biologique du diabète

Cas clinique :

Monsieur JL C est un patient de 56 ans que je connais bien. Il habite dans la même rue que moi depuis 40 ans. Je le suis médicalement depuis 10 ans. Il exerce une profession libérale avec plusieurs employés. Il est par nature assez stressé. Il n'a pas d'antécédent particulier. Sa femme est infirmière, ancienne surveillante de service hospitalier.

Je le vois assez rarement, souvent en semi-urgence en fin de consultation, "adressé" et accompagné par sa femme, pour des symptômes polymorphes, évoquant des pathologies cardiologiques ou digestives, et dont les bilans sont toujours revenus normaux.

Trois jours avant cette consultation je l'ai vu pour des précordialgies avec à l'examen un frottement pleural net à gauche ; Le reste de l'examen était normal. L'ECG fait alors était normal.

Je lui ai demandé alors un bilan biologique et une radio de thorax.

Il revient ce jour avec les résultats, il est toujours gêné. La radio de thorax est peu contributive. Le bilan biologique ne montre pas de syndrome infectieux, les enzymes cardiaques sont normales.

L'auscultation pulmonaire est identique.

Les diagnostics retenus sont

PRECORDIALGIE (A/P)

FROTTEMENT PLEURAL (DHL 18 - Symptômes, signes et résultats anormaux, non classés ailleurs) (A/P).

Compte tenu de ses facteurs de risque (âge, sédentarité et stress) et afin de rassurer tout le monde, je lui demande de prendre l'avis du cardiologue et lui remet donc une lettre à cette fin.

Ne pouvant éliminer une origine infectieuse et devant la gêne du patient je lui prescrit un traitement antibiotique et anti-inflammatoire (RULID et SOLUPRED).

3.5.10 Classe 10 /11 : La polypathologie

Cette dixième classe comprend **257** consultations qui représentent **8,18%** de l'échantillon total.

Elle est caractérisée par :

- Des **patients de plus de 66 ans** dans 86% des actes.
- Une **polypathologie** : 87% des consultations avec 4 à 6 diagnostics.
- La présence d'au moins une **pathologie chronique** par acte dans 96% des cas.
- Un patient avec au moins un médicament en **ALD** dans 55% des actes.
- Aucun recours spécialisé ou hospitalisation dans 98%.
- Une **durée de consultation** entre 16 et 25 minutes pour 50% actes.
- Un temps principal de décision consacré à la **prescription** pour 86% des consultations de la classe.
- Le médecin considère le **risque moyen et élevé** dans 60% des cas et **difficile** (31%).

V.TEST Proba - Pourcentages -					- Modalités -		- Poids -
Class/Mod - Mod/Clas - Global					Caractéristiques des variables		
29.04	0.000	54.39	86.77	13.05	Diag_4-6	Nb Diagnostics CI	Nb 4 410
24.17	0.000	34.91	86.38	20.24	CA7 [66 et plus]	Classe d'age	Cla6 636
22.78	0.000	31.87	84.82	21.77	card_vasc	card_vasc	car2 684
21.95	0.000	29.06	85.60	24.09	FR_CV	FR-CV	FR-1 757
19.20	0.000	18.18	96.50	43.41	CHRON	CHRON	CHR1 1364
19.09	0.000	43.38	54.86	10.34	Acte_ALD	Acte_ALD	Act1 325
14.43	0.000	35.08	41.63	9.71	presc_7 & +	NB_lig_presc_CL	NB_4 305
11.03	0.000	28.92	32.30	9.13	endocrino	diab-endo	dia2 287
9.70	0.000	13.65	71.98	43.13	NR	AIGU	AIG2 1355
9.48	0.000	19.06	42.80	18.36	rhumato	rhumato	rhu2 577
9.10	0.000	10.36	96.11	75.91	connu	Connaissance1	Con2 2385
8.67	0.000	15.43	52.53	27.85	Général_Non_Approf	Q_interrogatoire	Q_i4 875
7.74	0.000	9.97	94.94	77.91	entr_tier_tous_non	entr_tiers_tous	ent1 2448
7.39	0.000	10.65	85.60	65.75	TPD_Prescriptions	Q_temps_décisionnel_principal	Q_t3 2066
6.62	0.000	17.29	28.79	13.62	gastro	gastro	gas2 428
6.39	0.000	14.08	41.63	24.19	presc_4-6	NB_lig_presc_CL	NB_3 760
6.28	0.000	14.54	37.74	21.23	psy	psy1	psy2 667
6.11	0.000	8.86	100.00	92.36	Arret_W_non	Q_AT	Q_A1 2902
5.94	0.000	9.69	90.27	76.16	NR	IVAS	Iva2 2393
5.78	0.000	12.60	47.47	30.81	R_moyen	Evaluation_risque	Eva2 968
5.75	0.000	16.08	26.46	13.46	Résult_bio_ou_imag_o	Q_Résult_bio_imag	Q_R2 423
4.41	0.000	12.09	37.35	25.27	Presc_bio_imag_PM_ou	Q_presc_bio_imag_PM	Q_p2 794
4.24	0.000	14.25	21.40	12.29	psy_strict	psy3	psy2 386
4.14	0.000	15.28	17.12	9.17	Durée5_[21 ; 25]	Durée_classe	Dur5 288
4.12	0.000	17.00	13.23	6.37	R_élevé	Evaluation_risque	Eva3 200
3.85	0.000	9.53	76.65	65.82	Acte programmé	Q_Type_d_actes	Q_T2 2068
3.67	0.000	8.93	91.83	84.15	NR	prevent	pre1 2644
3.59	0.000	8.59	98.44	93.70	Recours_med_non	Q_recours_med	Q_r1 2944
3.49	0.000	11.50	31.91	22.69	Dérang_Oui	Q_Dérangement	Q_D2 713
3.24	0.001	11.08	33.46	24.70	Durée4_[16 ; 20]	Durée_classe	Dur4 776
3.20	0.001	8.62	96.89	91.98	Gest_techn_non	Q_gest_techn	Q_g1 2890
2.72	0.003	10.70	30.74	23.49	Diffic_act_oui	Q_act_difficile	Q_a2 738
2.60	0.005	8.34	100.00	98.03	Acc_trav_non	Q_accident_W	Q_a1 3080
2.36	0.009	9.50	52.14	44.91	1	Sexe	Sex1 1411
2.35	0.009	12.84	10.89	6.94	Général_Approf	Q_interrogatoire	Q_i3 218

On peut retenir de cette classe les critères suivant :

- L'association de plusieurs diagnostics
- La chronicité des pathologies
- La durée de consultation
- L'ALD

L'illustration clinique correspondrait à :

- L'arthrose, l'insuffisance coronarienne et la dépression

Cas clinique :

Madame Ghislaine A. 67 ans retraitée d'une grande banque vit en couple avec son mari handicapé par les séquelles d'une poliomyélite de l'enfance. Elle héberge encore dans son grand pavillon sa fille de 27 ans avec laquelle « la vie n'est pas toujours simple ». Une visite quotidienne à sa mère âgée de 96 ans, encore autonome dans un appartement proche, complète son emploi du temps consacré aussi à diverses activités associatives.

Elle venait ce jour-là en consultation pour renouveler son traitement et surtout pour parler de ses difficultés pratiques et relationnelles avec sa mère et sa fille que je soigne toutes deux.

Cette consultation commence comme chaque fois par un point sur ses préoccupations et le retentissement sur son « moral » mais c'est une femme forte qui ne demande jamais de remèdes anxiolytiques ou antidépresseurs.

L'examen général est normal. Mesures : 50Kg 1,53m IMC 20,6 cardio-vasculaire tension 140 x80 cœur régulier 76 min, Seins sans anomalie palpable –Mammo normale en août 2002 – TV normal

Les articulations ne sont pas douloureuses mais le rachis est examiné systématiquement depuis la ménopause car à une scoliose très importante de l'adolescence s'ajoute une ostéoporose diagnostiquée depuis plusieurs années et surveillée par densitométrie. La déformation thoracique favorise chez elle les infections broncho-pulmonaires mais ce jour l'auscultation pulmonaire est normale.

Les résultats de consultation sont :

ANOMALIE POSTURALE (A/P)

MENOPAUSE (0/P)

OSTEOPOROSE (D/P)

HYPERLIPIDEMIE (0/P)

PROBLEME FAMILIAL (B/P)

La prescription :

Elisor Optruma Idéos

Cette consultation de suivi n'est pas un simple bilan somatique mais s'intègre dans un suivi familial avec les problèmes de la fille, de la mère mais aussi du mari et les conséquences de son handicap

3.5.11 Classe 11 /11 : La grande polyopathie

Cette dernière classe comprend **120** consultations qui représentent **3,82%** de l'échantillon total.

Elle est caractérisée par :

- Des **patients de plus de 66 ans** dans 63% des actes.
- Une **polyopathie** : 85% des consultations avec plus de 7 diagnostics.
- La présence d'au moins une **pathologie chronique** par acte dans 85% des cas et aiguë persistantes 32%.
- Un patient avec au moins un médicament en **ALD** dans 51% des actes.
- Le médecin considère le **risque moyen et élevé** dans 76% des cas et **difficile** (59%).

V.TEST	Proba	- Pourcentages - Class/Mod - Mod/Clas – Global			- Modalités - Caractéristiques des variables	- Poids -	
27.87	0.000	99.03	85.00	3.28	Diag_7 & +	Nb Diagnostics Cl	Nb 5 103
15.85	0.000	26.56	67.50	9.71	presc_7 & +	NB_lig_presc_CL	NB_4 305
13.64	0.000	13.89	79.17	21.77	card_vasc	card-vasc	car2 684
12.53	0.000	12.29	77.50	24.09	FR_CV	FR-CV	FR-1 757
11.43	0.000	20.21	48.33	9.13	endocrino	diab-endo	dia2 287
11.41	0.000	18.77	50.83	10.34	Acte_ALD	Acte_ALD	Act1 325
10.91	0.000	15.42	55.00	13.62	gastro	gastro	gas2 428
10.43	0.000	11.95	63.33	20.24	CA7 [66 et plus]	Classe d'age	Clas6 636
9.52	0.000	7.48	85.00	43.41	CHRON	CHRON	CHR1 1364
8.46	0.000	9.62	59.17	23.49	Diffic_act_oui	Q_act_difficile	Q_a2 738
7.36	0.000	9.88	47.50	18.36	rhumato	rhumato	rhu2 577
5.70	0.000	6.92	55.83	30.81	R_moyen	Evaluation_risque	Eva2 968
5.58	0.000	4.78	95.00	75.91	connu	Connaissance1	Con2 2385
5.03	0.000	12.00	20.00	6.37	R_élevé	Evaluation_risque	Eva3 200
4.73	0.000	8.81	28.33	12.29	psy_strict	psy3	psy2 386
3.93	0.000	4.49	91.67	77.91	entr_tier_tous_non	entr_tiers_tous	ent1 2448
3.81	0.000	4.51	90.00	76.16	NR	IVAS	IVA2 2393
3.80	0.000	6.88	32.50	18.05	P	Aigu P	Aig2 567
3.62	0.000	5.94	43.33	27.85	Général_Non_Approf	Q_interrogatoire	Q_i4 875
3.60	0.000	7.33	25.83	13.46	Résult_bio_ou_imag_o	Q_Résult_bio_imag	Q_R2 423
3.13	0.001	5.79	38.33	25.27	Presc_bio_imag_PM_ouQ_presc_bio_imag_PM	Q_p2	Q_p2 794
3.02	0.001	8.26	15.00	6.94	Général_Approf	Q_interrogatoire	Q_i3 218
2.94	0.002	5.02	56.67	43.13	NR	AIGU	AIG2 1355
2.57	0.005	5.29	40.00	28.90	Après midi	Temps	Tem1 908
2.42	0.008	5.47	32.50	22.69	Dérang_Oui	Q_Dérangement	Q_D2 713
2.33	0.010	4.05	97.50	91.98	Gest_techn_non	Q_gest_techn	Q_g1 2890

On peut retenir de cette classe les critères suivants :

- L'association de plusieurs diagnostics (c'est le nombre de diagnostics qui prédomine)
- La chronicité des pathologies
- L'ALD
- L'existence en plus d'un diagnostic aigu

Cas clinique :

Me Marguerite O. , 85 ans, vient pour sa visite mensuelle de suivi de pathologies chroniques. C'est une patiente que je suis depuis 12 ans. Elle vient à pied au cabinet car le temps le permet.

Elle a pour antécédents une insuffisance coronarienne, une insuffisance cardiaque, une insuffisance respiratoire, un diabète de type 2, un accident vasculaire cérébral, une HTA et une hyperlipidémie.

Elle a eu 6 enfants. Elle a une déficience auditive prononcée ce qui oblige à élever la voix.

Depuis la dernière consultation, elle va bien. Le cahier de suivi des glycémies ne montre que peu d'écart par rapport aux objectifs fixés (1,5 à 2,5 gr). Nous évoquons la "pression" des infirmières sur le suivi du régime à chaque glycémie dépassant le seuil. Je lui rappelle que je ne souhaite pas qu'elle suive un régime strict.

L'examen est sans particularité : TA à 130/60, auscultation cardiaque normale. Son poids n'a pas bougé.

Le bilan biologique demandé tous les trois mois est stable :

Hémoglobine A1C (%) = 7,8 ; Créatinémie ($\mu\text{mol/l}$) = 73 ; SGOT (UI/l) = 21 ; SGPT (UI/L) = 28

Les diagnostics retenus sont

INSUFFISANCE CORONARIENNE persistant asymptomatique

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE persistant asymptomatique

INSUFFISANCE CARDIAQUE persistant asymptomatique

DIABETE TYPE 2 persistant asymptomatique

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL persistant asymptomatique

HTA persistant asymptomatique

HYPERLIPIDEMIE persistant asymptomatique

Il n'y pas lieu de prévoir d'examen complémentaires ce jour

Le traitement est renouvelé sans changement pour 4 semaines :

(ALD) LOPRIL 25 mg Un comprimé matin et soir

(ALD) LOXEN 50 mg Une gélule matin et soir

(ALD) DIGITALINE NATIVELLE cp 0,1 mg un comprimé trois jours par semaine

(ALD) FUROSEMIDE RPG cp 40 mg Un comprimé le matin

(ALD) SECALIP 300 mg Une gélule le matin

(ALD) EUPHYLLINE 200 mg Une gélule matin et soir

(ALD) DIFFUK Une gélule le matin

(ALD) ASPEGIC 250 mg Un sachet le matin

(ALD) INSULATARD HMGE 16 unités le matin à injecter par IDE

(ALD) METFORMINE Biogaran 850mg Un comprimé matin et soir

3.6 Identification des critères de caractérisation des actes

L'analyse de la répartition et de la fréquence des variables décrivant les classes, nous permet secondairement d'individualiser 13 critères. Pour ce faire, nous avons retenu les variables qui caractérisent le plus souvent la partition en classe et celles qui sont spécifiques d'une classe.

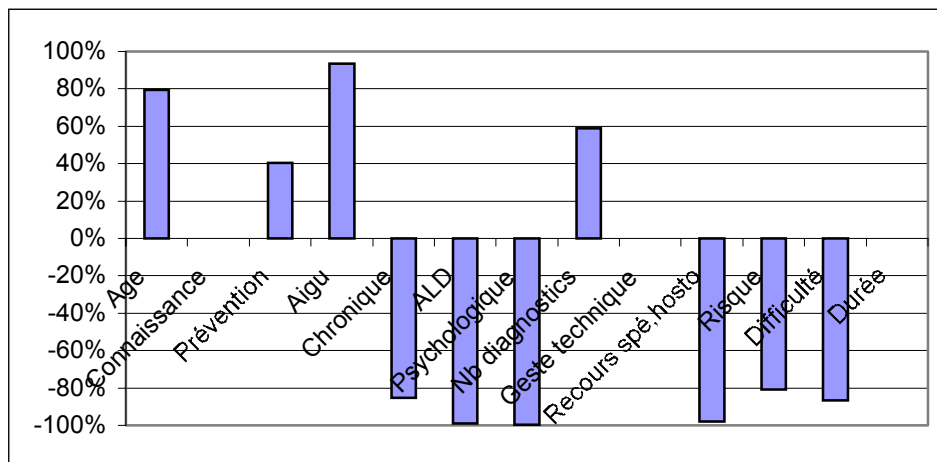
Les 13 critères identifiés sont
- L'âge ou les classes d'âge des patients
- La connaissance du patient
- La prise en charge de la prévention
- La prise en charge des pathologies aiguës
- La prise en charge des problèmes chroniques
- La prise en charge en ALD
- La prise en charge psychologique
- Le nombre de diagnostics
- La réalisation de gestes techniques
- Le recours à des compétences externes
- L'évaluation du risque
- La notion de difficulté de l'acte
- La durée de la consultation

Pour chaque classe, nous présentons une visualisation en histogramme des critères. Notre but est de visualiser le poids, la prégnance, des critères que nous avons retenus. Nous avons placé en ordonnées les pourcentages. Lorsque la modalité de la variable est présente, elle est soit positive (ex : ALD), soit négative (ex : non ALD) et alors placée en négatif.

Lorsqu'il existe deux modalités d'une même variable significatives dans une classe, nous avons choisi de faire la somme des pourcentages des deux modalités pour les représenter (ex : dans la classe 3, les 26-45 ans sont représentatifs à 35% et les 46-65 ans sont représentatifs à 36%, le critère âge est donc significatif dans 71% des cas).

Lorsque les deux modalités de la variable connaissance du patient, c'est à dire celle où le patient est inconnu et celle où le patient est peu connu, sont présentes dans une même classe, nous avons choisi de présenter la somme des pourcentages de ces deux modalités (ex : dans la classe 2, le patient est inconnu dans 21% des cas et peu connu dans 19% des cas ; le critère connaissance du patient est significatif par son absence dans 40% des cas).

Classe 1 : La consultation du nourrisson

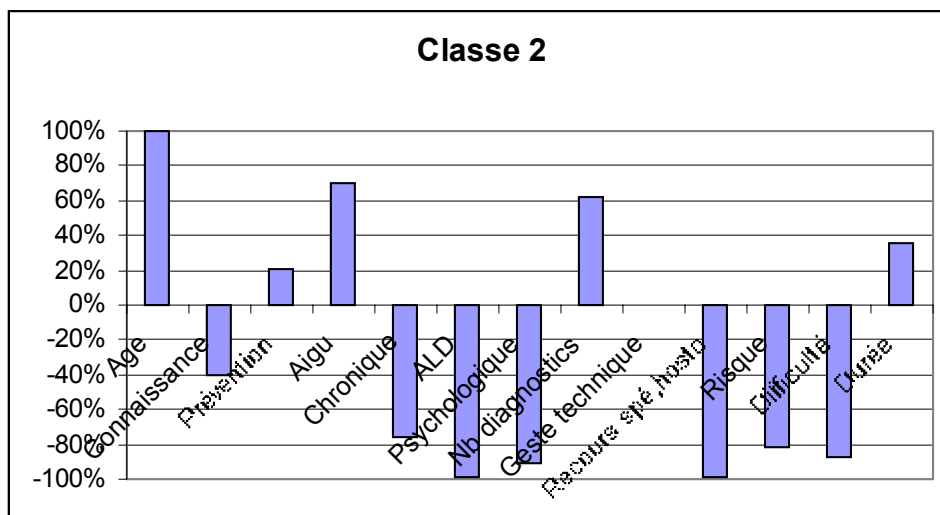


Les critères significatifs de cette classe sont l'âge du patient (présent dans 80% des actes), la prise en charge de la prévention, des pathologies aiguës et le nombre de diagnostics (1 seul dans 59% des actes).

Les critères significatifs par leur absence sont la pathologie chronique, la prise en charge en ALD, la prise en charge psychologique, le recours spécialisé, le risque et la difficulté de la consultation.

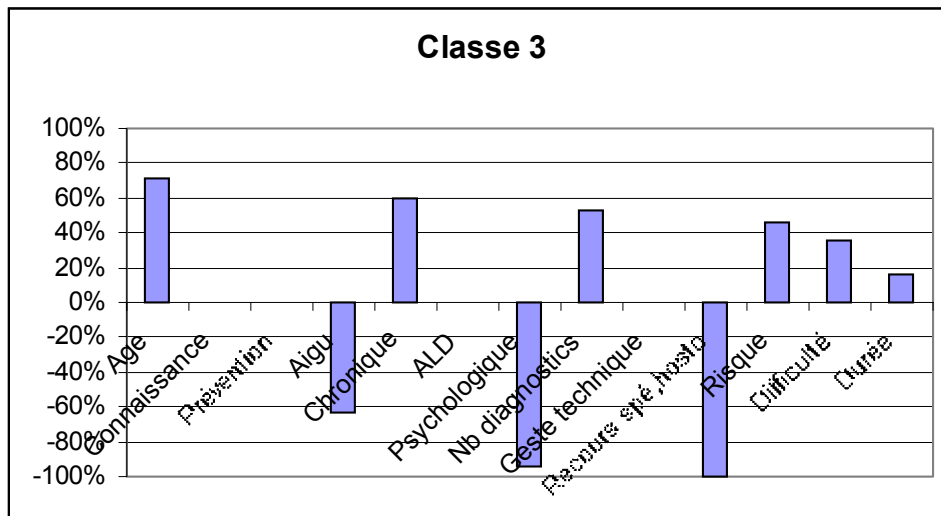
Les critères non significatifs de cette classe sont la connaissance du patient, la réalisation de geste technique et la durée de la consultation.

Classe 2 : la consultation de l'adolescent et de l'adulte jeune



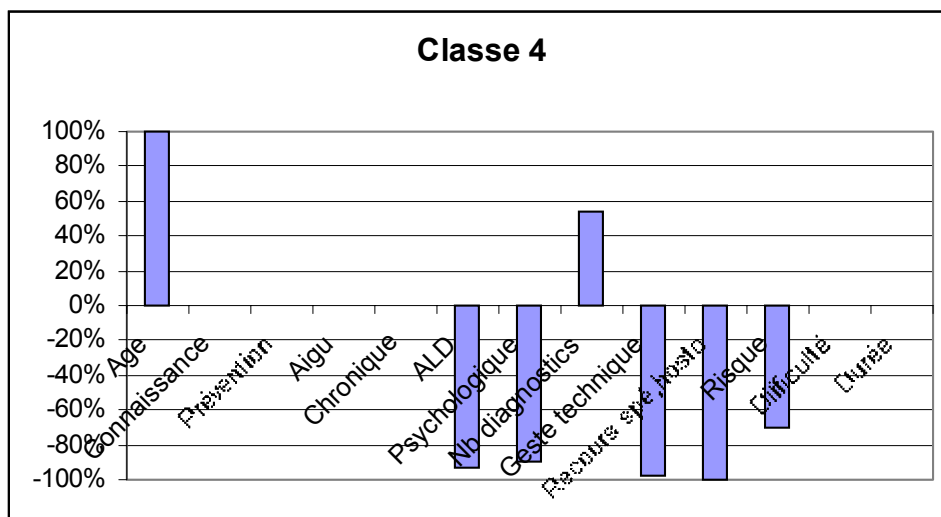
Le critère « âge du patient » est très significatif puisque 100% des patients de cette classe ont entre 15 et 25 ans. La prévention, la pathologie aiguë, le nombre de diagnostic ainsi que la durée de la consultation sont également significatifs de cette classe. En revanche, la réalisation de geste technique n'est pas un critère descriptif de cette classe. Les autres critères sont significatifs par leur absence (pour exemple il n'y a pas de difficulté de l'acte dans 88% des actes).

Classe 3 : l'éducation dans le cadre d'une pathologie



L'âge, la prise en charge de la pathologie chronique, le nombre de diagnostics, le risque, la difficulté et la durée de la consultation sont des critères significatifs de cette classe. Trois critères sont significatifs par leur absence : la prise en charge de la pathologie aiguë, la prise en charge psychologique et le recours spécialisé. Les quatre autres critères (connaissance, prévention, ALD et geste technique) ne décrivent pas cette classe.

Classe 4 : Les 46- 65 ans

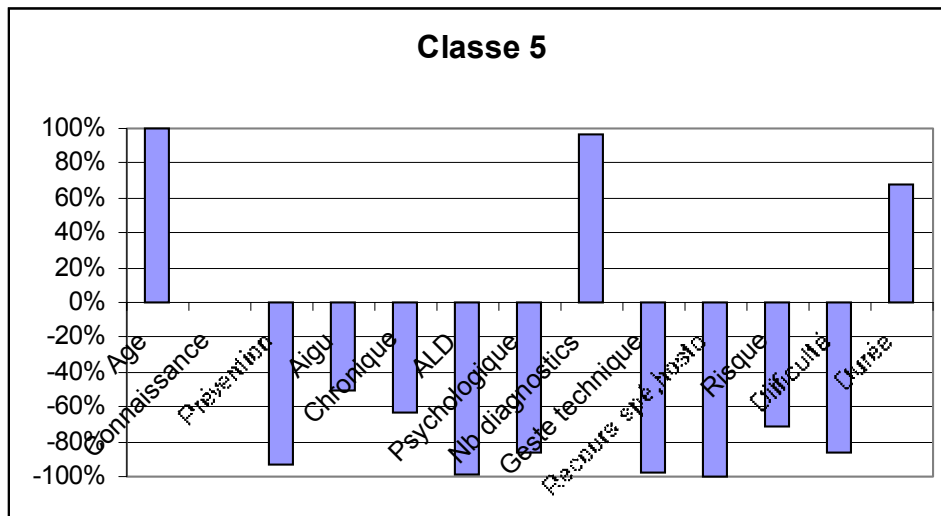


Le critère « âge du patient » est très significatif puisque 99,75% des patients de cette classe ont entre 46 et 65 ans. Le nombre de diagnostics est également significatif (dans 54% des cas, il y a un seul diagnostic).

Elle est caractérisée par l'absence des critères ALD, prise en charge psychologique, geste technique, recours à des compétences externes et risque.

Les six autres critères sont non significatifs de cette classe.

Classe 5 : Les pathologies diverses des adultes (hormis les 46-65 ans)

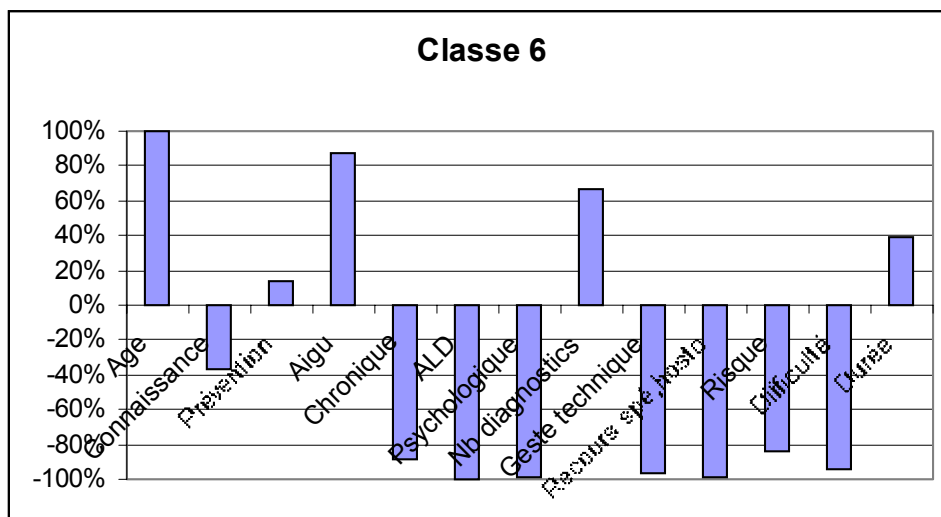


3 critères sont significatifs par leur présence : l'âge, le nombre de diagnostics et la durée de consultation.

La connaissance du patient est le seul critère non significatif dans cette classe.

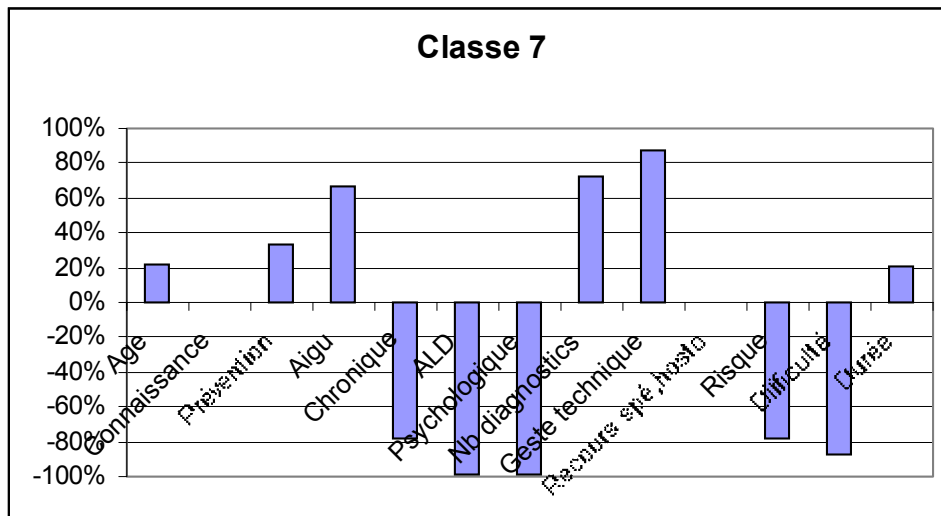
Les 9 autres critères sont significatifs de cette classe par leur absence.

Classe 6 : la consultation de l'enfant



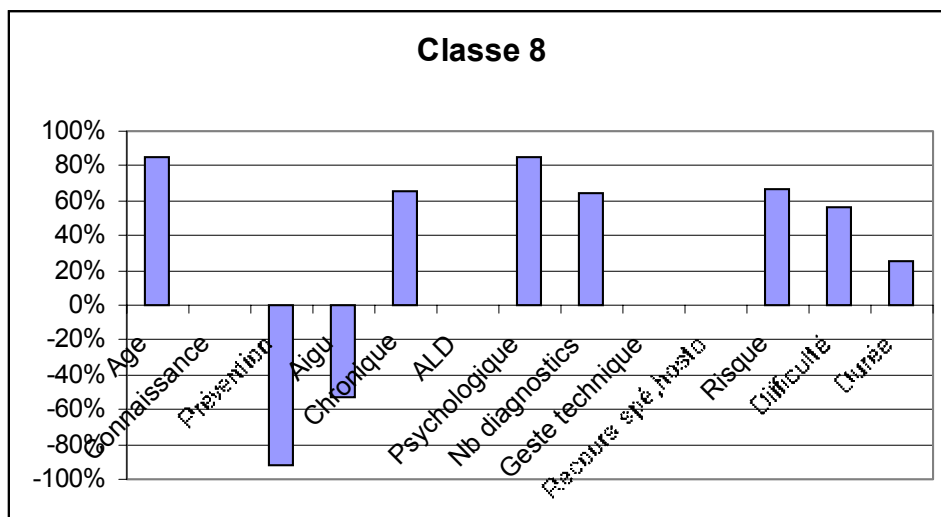
Cette classe est très superposable à la classe 2 des adolescents et adultes jeunes (hormis le critère geste technique). Mais les pourcentages sont différents. Le critère « pathologie aiguë » est significatif par sa présence dans 87% des actes contre 70% pour la classe 2.

Classe 7 : les gestes techniques



Le critère « geste technique » est très significatif de cette classe dans 87 % des actes. (moyenne de la variable réalisation de geste technique et du temps décisionnel principal de geste technique). Le critère « pathologie aiguë » ainsi que « le nombre de diagnostics » sont également importants.

Classe 8 : la prise en charge psychologique

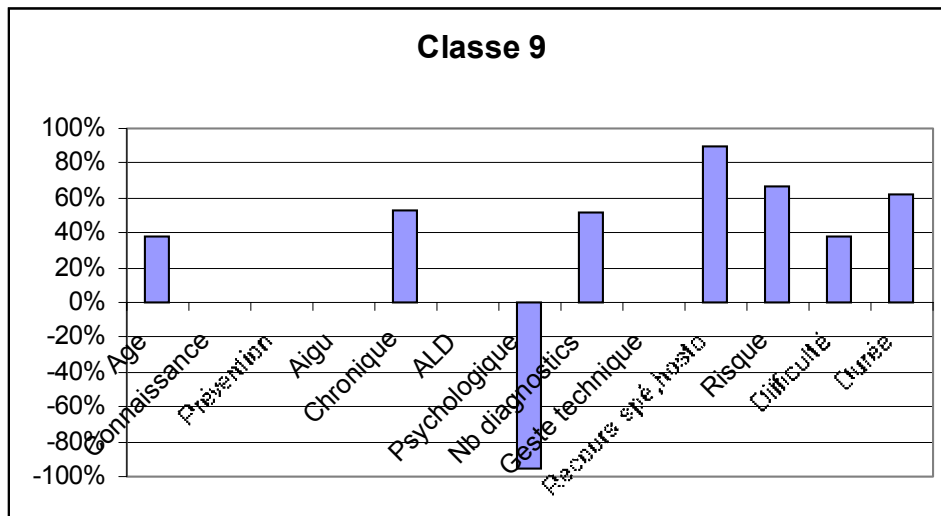


Les critères âge, prise en charge de la pathologie chronique, de la pathologie psychologique, le nombre de diagnostics, le risque, la difficulté de l'acte et la durée de consultation sont des critères significatifs de cette classe par leur présence.

La prise en charge de la prévention et de la pathologie aiguë sont significatifs par leur absence.

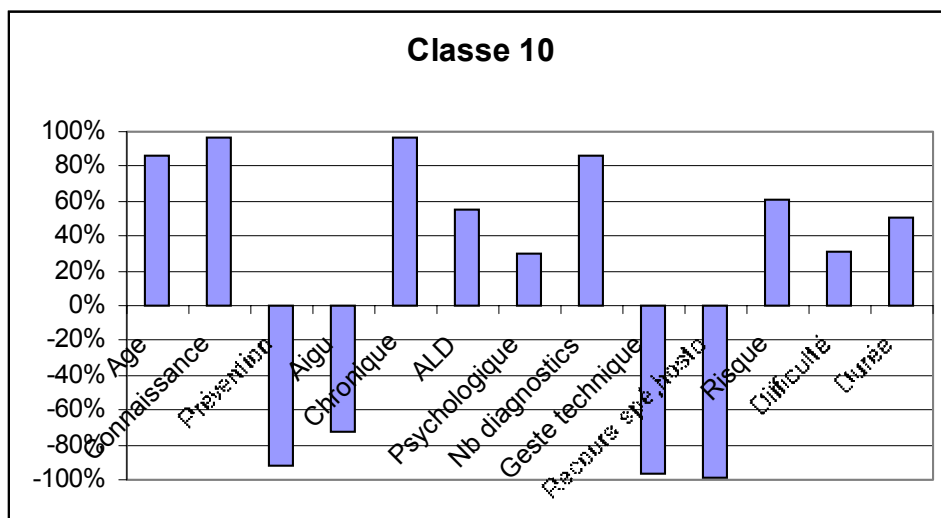
Les autres critères sont non significatifs.

Classe 9 : le recours à des compétences externes



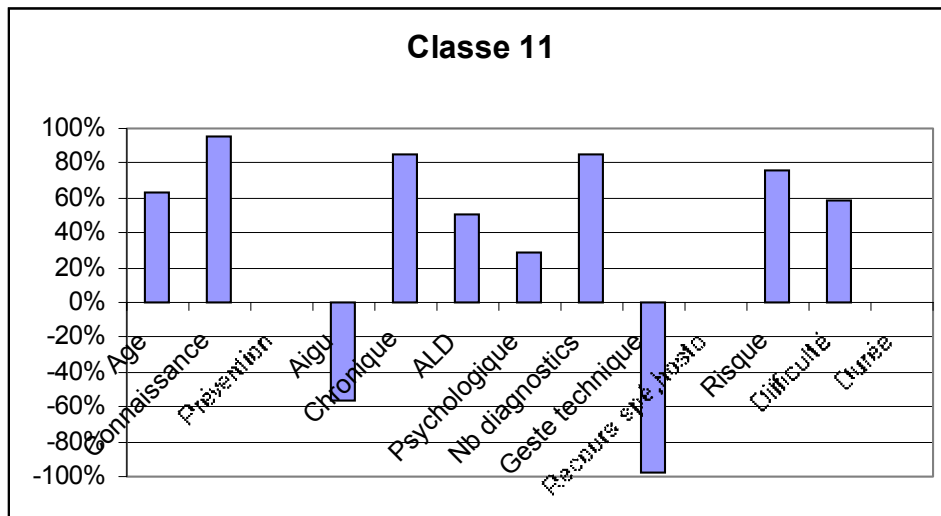
L'adressage à un spécialiste ou l'hospitalisation sont présents dans 90% des actes. Le critère prise en charge psychologique est absent dans 95% des actes.

Classe 10 : la polypathologie



Tous les critères sont significatifs, soit par leur présence (connaissance (96%), pathologie chronique (96,5%)), soit par leur absence (prévention (-92%), recours à des compétences externes (-98%)).

Classe 11 : la grande polypathologie



3 des 13 critères sont présents dans plus de 80% des actes de cette classe (la connaissance du patient, la prise en charge de la pathologie chronique et le nombre de diagnostics). Le critère geste technique est absent dans 97,5% des actes. La prévention, le recours spécialisé et la durée de consultation sont non significatifs de cette classe.

4 DISCUSSION

4.1 La méthodologie

4.1.1 Période et durée de l'étude

Une des limites de l'étude est que ce recueil bien que dépassant 3000 actes, est réalisé sur une courte période. En effet, le recueil s'est déroulé du 31/03 au 09/05/03, au printemps, en dehors d'une période d'épidémie qui aurait pu influencer les résultats (par exemple sur le nombre de prise en charge de pathologies aiguës). On peut penser aussi qu'un recueil en septembre aurait pesé sur la dimension prévention par les examens systématiques de sport...

En revanche, le recueil s'est effectué en continu donc sans biais de sélection des patients. Le relevé est de 3479 actes dont 3142 consultations, nombre statistiquement significatif pour une étude descriptive.

4.1.2 Choix des investigateurs

Les médecins participant à l'étude ont été recrutés sur la base du volontariat ce qui signifie leur sélection sur des critères d'engagement et de dévouement professionnel (même si parmi les 23 médecins participants, seulement la moitié d'entre eux sont très investis dans l'activité habituelle de la SFMG). Le taux de participation est donc plus important que si cette enquête avait été réalisée auprès de médecins choisis de façon aléatoire (estimé aux alentours de 10% lors des enquêtes prospectives (16).

4.1.3 Choix de l'outil de relevé des pathologies

Nous avons utilisé le dictionnaire des résultats de consultation (27), outil qui semble le plus adapté à la description des motifs de recours en médecine générale qui sont principalement des symptômes et des syndromes. En effet, il existe divers outils pour décrire les pratiques médicales. Leur pertinence varie selon leur champ d'application ambulatoire ou hospitalière, généraliste ou spécialiste. Ces systèmes de description et de codage sont utilisables en pratique quotidienne, soit en temps réel ou en temps différé (14). La classification Internationale des Maladies (26) ainsi que la Classification Internationale des Soins Primaires (19) sont deux outils possibles pour décrire les pratiques médicales mais leur défaut est l'absence de langage commun défini. Une même situation clinique est désignée par des appellations diverses par des médecins différents.

De plus ce dictionnaire des résultats de consultation est utilisé par tous les investigateurs dans leur pratique quotidienne pour relever dans le dossier médical les pathologies qu'ils prennent en charge lors de leurs consultations ou visites. Cet outil n'a donc pas été un obstacle dans son utilisation pour cette étude.

4.1.4 Choix des variables

Le point fort de l'étude est le nombre important de variables (38) et de leurs modalités (102) pour décrire le contenu des actes.

L'adjonction de variables subjectives proposées par la CNAM-TS a posé les problèmes que l'on attendait. La difficulté s'est notamment posée pour l'évaluation du risque de la situation, de la difficulté de l'acte et de la durée de la consultation.

Concernant cette dernière variable, deux méthodes pouvaient être utilisées :

La première est le temps réel correspondant entre l'ouverture et la fermeture du dossier médical informatique du patient. Cette méthode avait malheureusement un inconvénient, c'est à dire que si au milieu de la consultation, le médecin, en raison d'un dérangement téléphonique, était obligé de quitter le dossier actuel pour consulter un autre dossier médical, l'estimation de la durée de la consultation était fautive.

La deuxième méthode, est l'estimation par le médecin de la durée de la consultation. Celle-ci est également fautive car le médecin n'utilise pas de chronomètre ! Il semble que toutes les études portant sur cette variable soient confrontées aux mêmes difficultés (4, 9, 23).

A noter que le support informatique rend possible une telle étude avec tant de variables, d'autant que la structuration qu'impose cet outil permet un traitement des données plus facile.

4.2 Les résultats

Nos résultats peuvent être comparés principalement à 2 études réalisées en France. Elles ont plus de dix ans, mais nous n'avons pas retrouvé de données plus récentes.

La première réalisée en 1992 par le CREDES, intitulée « Clientèle et motifs de recours en médecine libérale » (1), la deuxième réalisée par la SFMG en 1994 intitulée « Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales » (13).

4.2.1 Les investigateurs

Il existe dans notre étude une sous représentation féminine avec 9% de femmes contre 21,6% dans l'étude de la CNAM-TS (12).

L'âge moyen des investigateurs (49 ans) est proche de celui des généralistes français (47 à 48 selon les sources) (1,13).

On note aussi par rapport à l'étude de la CNAM-TS (12), une sous représentation des médecins urbains avec 47.83% contre 62.8% et des médecins exerçant en milieu rural avec 13.04% contre 24.4% et une sur représentation des médecins exerçant en milieu semi-rural avec 39.13% contre 12.8%. Tous ces chiffres peuvent se discuter selon la définition de l'exercice en milieu semi-rural.

Le petit nombre de médecins investigateurs ne permet pas d'atteindre la représentativité de la population des médecins généralistes français. En revanche, leur activité au regard des différentes variables n'est pas homogène ceci permet de contourner en partie le risque d'un groupe de professionnels qui pratiquerait sur le même modèle.

Tous les médecins de l'étude sont nécessairement informatisés contre 86% dans la population des médecins généralistes français (11).

4.2.2 Les patients

Le sexe ratio patient homme/femme de cet effectif est de 0,79 contre 0,72 dans l'étude du CREDES (1).

Le pourcentage d'hommes est un peu plus important (44% contre 42% dans cette même étude). Ceci peut s'expliquer par le fait que nous avons une sous représentation des médecins femmes et qu'il a été montré qu'il existe une attirance des patients vers des médecins du même sexe. En effet le médecin femme voit davantage de patients femmes que son homologue masculin (64% de femmes contre 57% de femmes pour un médecin homme (1)).

Le sexe ratio patient homme/femme passe de 0,82 pour les consultations à 0,53 pour les visites. Les visites sont plus souvent destinées aux femmes ce qui est logique du fait que les visites sont normalement destinées à une clientèle âgée et que les femmes ont une espérance de vie plus longue.

L'âge moyen est de 44,44 ans contre 43,6 ans dans l'étude du CREDES (1).

Concernant la répartition des âges, notre échantillon est similaire à cette même étude :

Les enfants de moins de 2 ans représentent 5% dans notre étude contre 4%, les 3-14 ans 11% contre 13,7% (des 2-15 ans), les 15-65 ans 57,8% contre 56,1 %, les plus de 65 ans 26,15 % contre 26,2%

11% des patients de notre étude sont inconnus contre 10% dans l'étude du CREDES (1).

Si le profil des investigateurs n'est pas représentatif de la population des médecins généralistes français, en revanche, le profil de la clientèle est proche de la population consultant les généralistes français.

4.2.3 Les variables descriptives des actes

Nous allons reprendre quelques unes des variables descriptives des actes et les comparer à la bibliographie. Notre but est de corroborer sinon valider notre échantillon en se référant aux données publiées en France.

Les médecins de notre étude font moins de visite à domicile, 10% contre 16,8% selon la CNAM-TS pour l'ensemble des médecins français. Notons que cette étude faite en mai 2003 est secondaire à la forte diminution du recours à la visite, suite aux changements instaurés en octobre 2002. Les dernières données de la CNAM-TS confirment la diminution des visites depuis un an (15).

Le nombre moyen d'acte réalisé par jour (18,7) est voisin de ceux retrouvés dans d'autres études. La direction des statistiques et des études de la CNAM-TS parle elle de 17 actes par jour (12).

Ce nombre moyen d'actes par jour varie en fonction de l'implantation géographique : les médecins généralistes installés en milieu rural ont une activité plus importante que ceux des villes du fait d'une moindre « concurrence », des distances...

Avec 16,18 minutes en moyenne la durée de consultation retrouvée dans notre étude est comparable aux données françaises (14,13). Pour d'autres pays on retrouve un temps moyen de 21 minutes en Suède, 14,8 minutes en Australie et entre 6 à 12 minutes en Angleterre (9).

Le nombre moyen de diagnostics par acte (1,96) est comparable à celui retrouvé par la SFMG (28). Avec 1,58 diagnostics par séance les chiffres du CREDES en 1992 sont inférieurs (1).

Nous avons opéré un regroupement des diagnostics par grands domaines afin de comparer notre échantillon aux données bibliographiques : 23% des actes contiennent au moins une pathologie du groupe cardio-vasculaire (affection ou facteurs de risque cardio-vasculaires) (contre 34% dans l'étude du CREDES (1)), 23,84 % une infection des voies aériennes supérieures (contre 27,9%), 21,23% pour un trouble psychique (contre 12,9 %). On constate une diminution des pathologies cardio-vasculaires de 11% et une augmentation de la prise en charge des troubles psychiques de 8%. La comparaison est toutefois délicate puisqu'il existe des différences dans l'outil de recueil des groupes de diagnostics.

Dans 83 % des consultations il y a une prescription médicamenteuse contre 90% dans une enquête du CREDES de 1994 (21). Le nombre moyen de lignes de médicaments par ordonnance est de 3,04 contre 3,1 (21). Il augmente également avec l'âge.

La prescription de biologie, d'imagerie et de soins paramédicaux est de 26,59 % en moyenne contre 29,4% dans l'étude de la SFMG (13).

Le taux de prescription d'arrêt de travail est de 7,64% en consultation contre 1,78% en visite. Ce taux est de 5,1% dans l'étude de la SFMG (mais il englobe les consultations et visites).

Le taux de recours aux spécialistes est de 6,32% contre 5,9% dans l'étude actes et fonctions du médecin généraliste et contre 10,1% dans l'étude réalisée en Poitou-Charentes en 1994 (mais celle-ci comprenait les demandes de radiographies qui représentaient 35,7% des recours) (8).

Un geste technique est réalisé dans 8,02 % des consultations contre 13% dans l'étude actes et fonctions du médecin généraliste (étude qui comportait des gestes comme imagerie, IVG audiométrie...)(13).

Concernant le temps décisionnel principal, 11,9% concerne l'éducation (13,3 % correspond à une activité de conseil ou d'information (13)), 8,62% concerne la psychothérapie (contre 9,3% dans cette même étude).

Dans 22% des consultations, la personne qui consulte est accompagnée. La bibliographie est pauvre en ce domaine. Il est seulement souligné qu'il s'agit d'un des nombreux facteurs allongeant le temps de consultation (24).

La revue de la littérature corrobore globalement les résultats de notre étude. Ceci nous permet d'envisager une analyse des partitions en classes des actes qui soit pertinente.

4.2.4 La partition en classe

Si la partition en classe ne présente pas d'incohérence particulière dans l'analyse pure des résultats statistiques en une analyse professionnelle, l'interprétation des classes nécessite malgré tout, une bonne acclimatation à la présentation des tableaux de chaque classe.

Pour exemple, la classe 1, que nous avons intitulée « la consultation du nourrisson », comprend 20% de patients de plus de 3 ans. Il faut bien comprendre que les pourcentages présentés sont ceux des modalités des variables les plus caractéristiques statistiquement de la classe. Ces intitulés nous ont permis une meilleure compréhension et visualisation des résultats.

Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé de typologie des consultations en médecine générale.

Une étude de la DREES en cours de publication, sur le même sujet a été réalisée auprès de 922 médecins généralistes de France métropolitaine et porte sur les consultations et visites. La collecte des résultats s'est effectuée de Juin 2002 à Janvier 2003. Celle-ci retrouve une partition en 10 classes.

Les variables utilisées n'étant pas complètement les mêmes, la partition en classe n'est pas superposable. En revanche certaines classes se ressemblent :

La classe 1 qui représente 34% de l'échantillon correspond à une population majoritairement âgée de plus de 45 ans avec suivi d'une pathologie chronique, en ALD. Cette classe peut correspondre à la classe 10 des polyopathologies mais leur effectif est beaucoup plus important donc elle englobe plus de patients.

La classe 2 (18%) comprend dans la moitié des actes des enfants entre 0 et 12 ans et correspond majoritairement à des affections aiguës, notamment des infections des voies aériennes supérieures, et à des actes de prévention. Cette classe peut être comparée à nos classes 1 et 6.

La classe 5 comprend dans 100% des actes des jeunes âgés entre 13 et 24 ans. Cette classe peut correspondre à notre classe 2.

Les autres classes ne sont pas similaires et difficilement comparables.

Une des classes qui représente 6% de l'effectif correspond aux problèmes rhumatologiques, une autre correspond essentiellement à des visites pour suivi d'une affection chronique, mais sans prescription médicamenteuse, une autre correspond à des actes de longue durée (dans 50% des cas de 30 à 44 minutes) avec une déstabilisation d'une affection chronique stable, la présence de problèmes psychologiques.

Concernant notre étude, la question qui se pose est de savoir si la typologie aurait été très différente avec un plus grand nombre d'investigateurs et une répartition du recueil plus harmonieuse sur l'année ?

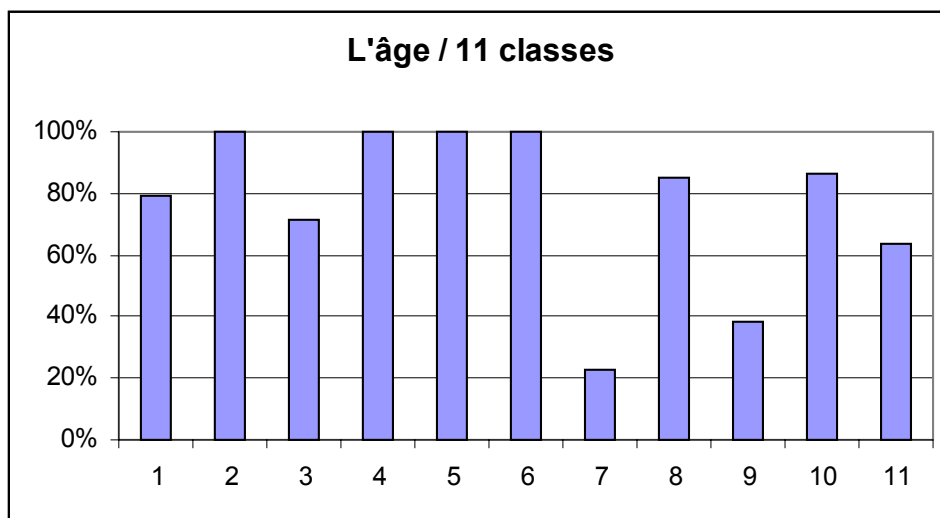
La question a été posée par les médecins lors de la discussion. Par exemple, une classe concernant la consultation de la femme serait-elle apparue ? La mauvaise représentabilité des femmes médecins en est peut être l'explication. En effet, la gynécologie représente une part importante de l'activité de la plupart des médecins généralistes femmes. Les motifs de consultation les plus fréquents (contraception, suivi de la ménopause, infections, douleurs, saignement...) relèvent de la compétence de la médecine générale. Les femmes n'hésitent pas, même suivies régulièrement par un gynécologue, à consulter pour ces motifs un médecin généraliste en urgence ou en l'absence de leur gynécologue (22).

4.2.5 Des critères aux indicateurs de caractérisation des actes

La détermination des critères permettant une typologie des actes est basée sur la fréquence des variables retrouvées dans les classes. Ce travail de sélection a identifié 13 critères. Il reste à discuter de leur capacité à être utilisés par les médecins comme indicateurs pour caractériser en pratique quotidienne leurs actes.

4.2.5.1 L'âge ou les classes d'âge des patients

Voir les données sur la variable « âge des patients » page 16



Cet histogramme est construit sur le même mode que celui de la page 60

Il ressort que la classe d'âge est une variable de caractérisation des classes très fréquente. Elle est significative pour toutes les classes.

Elle est très « spécifique » des classes 2, 4, 5 et 6 (adolescents, les pathologies des 46-65 ans, les pathologies diverses des adultes (hormis les 46-65 ans) et la consultation des enfants). Elle est nettement moins spécifique des classes 7 (gestes techniques) et 9 (recours à des compétences externes).

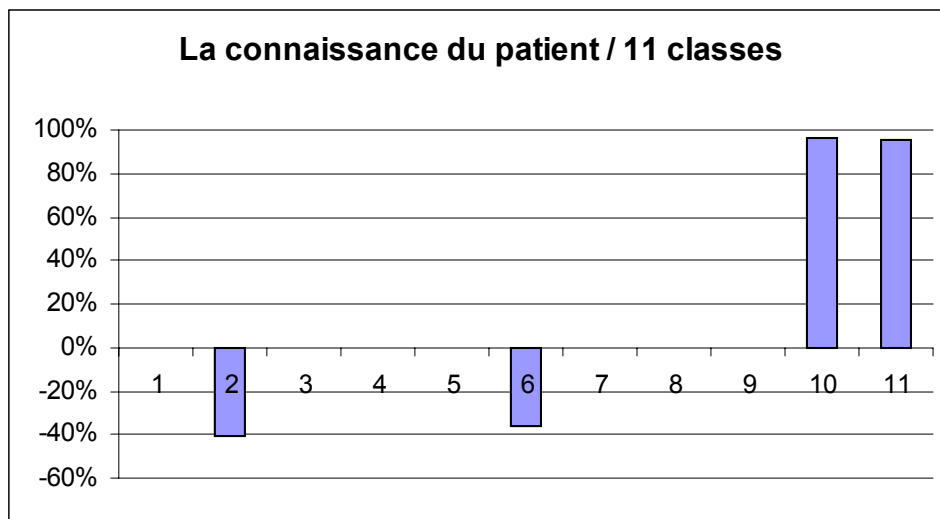
La répartition des modalités de cette variable dans les différentes classes est la suivante :

Classes	Tranches d'âge						Age tout confondu
	[0;2 ans]	[3;14 ans]	[15;25 ans]	[26;45 ans]	[46;65 ans]	[66 ans et +]	
1	79,52%						79,52%
2			100%				100%
3				35,22%	36,09%		71,31%
4					99,75%		99,75%
5				72,52%		27,48%	100%
6		100%					100%
7		22,41%					22,41%
8				41,77%	43,11%		84,88%
9					38,01%		38,01%
10						86,38%	86,38%
11						63,33%	63,33%

Le critère d'âge est un bon indicateur de caractérisation des actes. C'est une donnée objective, facilement identifiable et ne posant pas de problème quant au secret professionnel ou à l'éthique médicale.

4.2.5.2 La connaissance du patient

Voir les données sur la variable “ connaissance du patient ” page 17



Ce critère intervient de manière significative dans la description de quatre classes (2,6,10 et 11).

Pour les classes 10 et 11, les patients sont connus dans respectivement 96% et 95% des consultations. S'agissant des classes des polyopathologies (lourdes et moins lourdes), c'est logique. Ce critère est donc redondant avec d'autres plus aisé à formaliser.

Pour la consultation des 15-25 ans (classe 2), le patient est peu ou pas connu dans 40% des cas. A cet âge, le patient n'est pas toujours suivi par le médecin généraliste de son enfance (déménagement dans le cadre des études ou de la vie active). De même, en moyenne, les adolescents consultent beaucoup moins que l'ensemble de la population (8% contre 13%) (3). Dans notre étude le critère connu correspond à un patient vu plus de cinq fois.

Pour la classe 6 (les 3 à 14 ans), l'enfant est peu ou pas connu dans 36,50% des cas. Cette tranche d'âge peut être suivie par un confrère pédiatre.

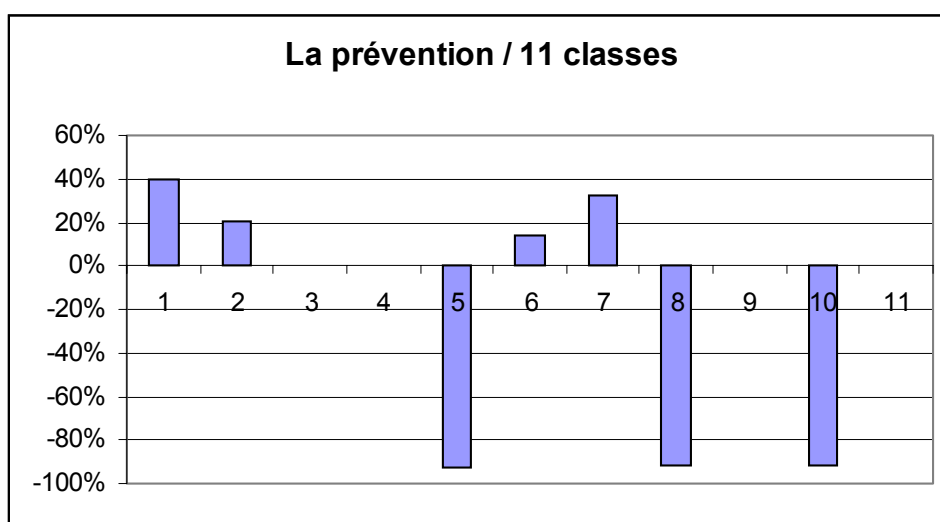
La question est de savoir si la méconnaissance du patient peut être un facteur de complication de l'acte ? Dans ces deux classes on retrouve les critères de pathologie aiguë (70 et 87%), de diagnostic unique (62 et 66%), de l'absence de difficulté (88% et 94%) et de l'absence de risque (82% et 84%). On peut donc conclure que le fait de ne pas connaître un patient n'est pas un facteur de complication de la consultation.

Le critère « connaissance du patient » peut être retenu comme indicateur de caractérisation des actes, car il semble intervenir sur les modalités de consultation. En revanche il est important de bien définir cette notion de connaissance. Les définitions varient dans la littérature. Il y a la notion d'ancienneté, mais aussi le nombre de contacts avec le médecin, ainsi que la fréquence de ceux-ci.

4.2.5.3 La prise en charge de la prévention

Ce critère s'appuie sur deux variables, d'une part, la définition par le médecin de son " temps décisionnel principal " dans la consultation et d'autre part, le regroupement des résultats de consultation étiqueté prévention :

- CONTRACEPTION
- EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION
- GROSSESSE (CONSTATATION)
- GROSSESSE (SURVEILLANCE)
- MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)
- REACTION TUBERCULINIQUE
- VACCINATION



La prévention est un critère de description par sa présence dans les classes 1 (40%), 2 (24%), 6 (14%) et 7 (32%).

A l'inverse, il caractérise aussi par son absence les classes 5 (92%), 8 (91%), 10 (91%).

Sa présence positive (notion de prévention importante dans l'acte), permet de préciser des sous classes au sein de chaque classe et ainsi de caractériser plus finement des types de consultations.

Voir les données sur la variable " temps décisionnel principal " page 31.

	Description de la classe	Temps Prévention	Diagnostics Prévention	Exemple d'acte
Classe 1	0-2 ans	40%	40%	Examen du nourrisson
Classe 2	15-25 ans	15%	24%	Examen du sport Contraception Grossesse
Classe 6	3-14 ans	14%		Examen de l'enfant
Classe 7	Geste technique		32%	Vaccination, IDR

La prévention concerne principalement les jeunes.

Pour chaque classe, nous pouvons comparer à la bibliographie les données concernant la prévention.

Pour les 0-2 ans, nous retrouvons la prévention présente dans 40% des consultations contre 32% dans une étude de la SFMG réalisée en 1995 sur les consultations des enfants (17) et 40% dans l'étude du CREDES (1).

Pour les 3-14 ans, la prévention est présente dans 14% des actes. Elle chute nettement par rapport aux nourrissons mais ceci s'explique par le calendrier vaccinal. Dans l'étude de la SFMG, ils ont différencié les 2-10 ans et les 10-15 ans. Pour les 2-10 ans, les actes de prévention représentent 14% des motifs de consultation (taux identique au nôtre), alors que pour les 10-15 ans, ce taux reprend toute son importance puisqu'il passe à 30% des motifs de consultation. A noter que cette étude avait été réalisée au début de la vaccination contre l'hépatite B.

Concernant les 15-25 ans, les actes de prévention représentent 24 % des motifs de consultation. Dans une enquête du CREDES concernant les adolescents(11-20 ans) (3), les motifs administratifs et la prévention (surveillance sportive, certificats médicaux et vaccinations) représentent 19% des recours. Mais ce taux ne comporte pas la contraception et la surveillance de grossesse qui sont deux motifs fréquents (expliquant la plus forte proportion de filles dans cette tranche d'âge (65%).

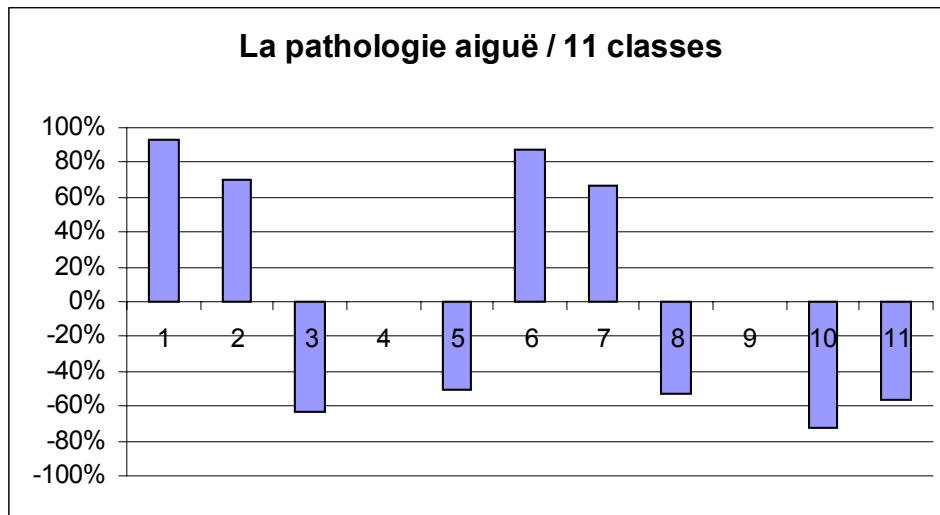
Outre sa fonction curative de premier recours, le médecin généraliste a un rôle d'information et de prévention. Les rappels vaccinaux, licences de sport ou prescriptions de contraception sont des moments privilégiés pour nouer des liens de confiance et accompagner le passage vers l'état adulte (6).

Concernant les gestes techniques, 32% concernent la prévention contre 46,6% sur une enquête descriptive du contenu des consultations en médecine générale (10). Ces gestes correspondent aux vaccinations, IDR et frottis cervico-vaginaux.

Il semble donc intéressant de retenir le critère « prévention » comme indicateur pour identifier un type d'acte particulier qui correspond à une pratique individualisée du soin.

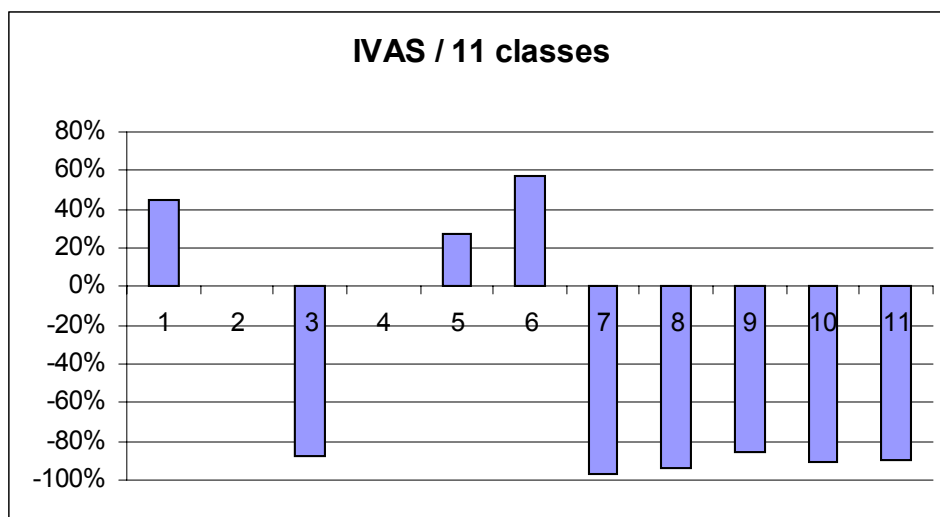
4.2.5.4 La prise en charge de la pathologie aiguë

Ce critère est issu de deux variables. Le regroupement de diagnostics obligatoirement "aigus", et sous ensemble correspondant au regroupement des "infections des voies aériennes supérieures".



La pathologie aiguë est significative par sa présence dans quatre classes notamment celles des nourrissons et des enfants où elle est présente dans plus de 80% des actes.

Elle est absente dans cinq classes et notamment dans la classe 10 de la polypathologie où elle absente dans 72% des actes.



Les infections des voies aériennes supérieures sont significatives et présentes pour les classes des nourrissons, des enfants et des adultes (principalement des 26-45 ans).

Elles représentent 45% des consultations des nourrissons contre 40% dans l'étude de la SFMG (17).

Nous avons ajouté quand elle existe la modalité " 1 seul diagnostic dans l'acte ".

Classe 1	Pathologie aiguë	93%
	IVAS	44%
	1 seul diagnostic	59%

Classe 7	Pathologie aiguë	67%
	Sans IVAS	97%
	1 seul diagnostic	71%

Classe 2	Pathologie aiguë	70%
	1 seul diagnostic	62%

Classe 8	Sans pathologie aiguë	53%
	Sans IVAS	93%

Classe 3	Sans pathologie aiguë	63%
	Sans IVAS	87%

Classe 9	Sans IVAS	85%
----------	-----------	-----

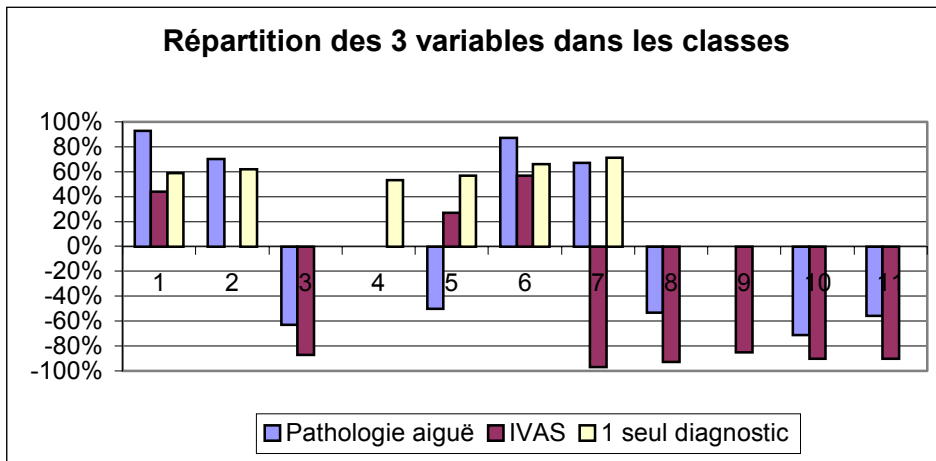
Classe 4	1 seul diagnostic	53%
----------	-------------------	-----

Classe 10	Sans pathologie aiguë	71%
	Sans IVAS	90%

Classe 5	Sans pathologie aiguë	50%
	IVAS	27%
	1 seul diagnostic	57%

Classe 11	Sans pathologie aiguë	56%
	Sans IVAS	90%

Classe 6	Pathologie aiguë	87%
	IVAS	57%
	1 seul diagnostic	66%



Qu'ils soient présents ou absents ces critères aident à décrire et caractérisent bien les différentes classes.

La limite de ce critère est la définition des affections aiguës. Cela est envisageable sans pour autant nécessiter un codage des pathologies, en créant un indicateur " aigu " que le médecin noterait. Ce critère peut être aussi regroupé avec d'autres, comme le nombre de diagnostics pour définir un type d'acte cohérent. Par exemple la prise en charge d'une seule pathologie aiguë.

4.2.5.5 La prise en charge de la pathologie chronique

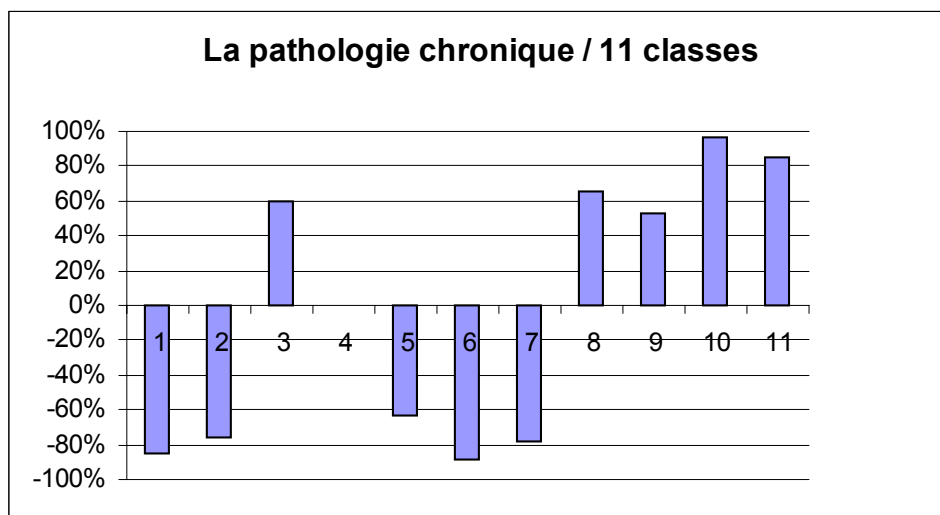
Ce critère est illustré par plusieurs variables.

Le regroupement à partir du relevé des médecins de tous les diagnostics obligatoirement chroniques.

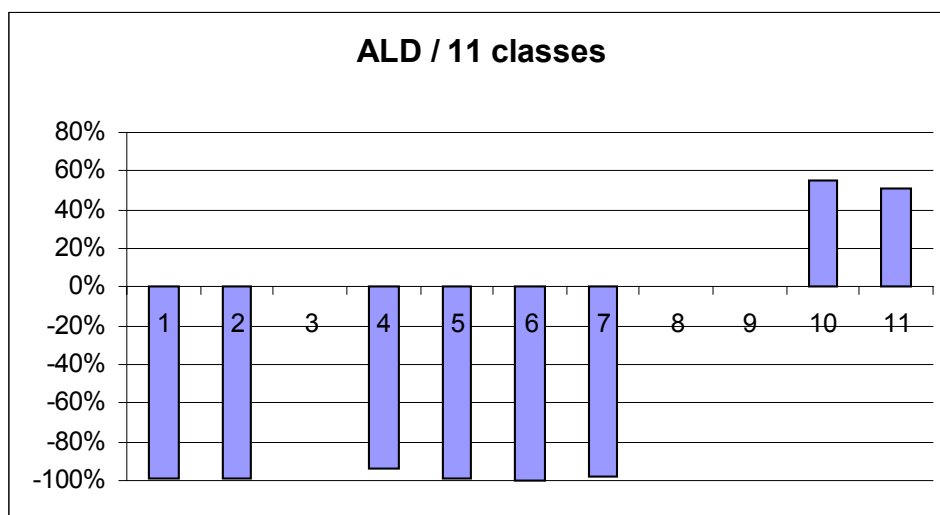
Le regroupement des facteurs de risques cardio-vasculaires (HTA, diabète, hyperlipidémie...).

L'existence dans l'ordonnance d'au moins un médicament en ALD.

Ces variables interviennent de manière significative dans la description des classes 3,8,9,10 et 11.



Les diagnostics de groupe chronique sont présents et significatifs dans cinq classes sur onze (l'éducation dans le cadre d'une pathologie chronique, la prise en charge psychologique, le recours à des compétences externes, la polypathologie et la grande polypathologie).

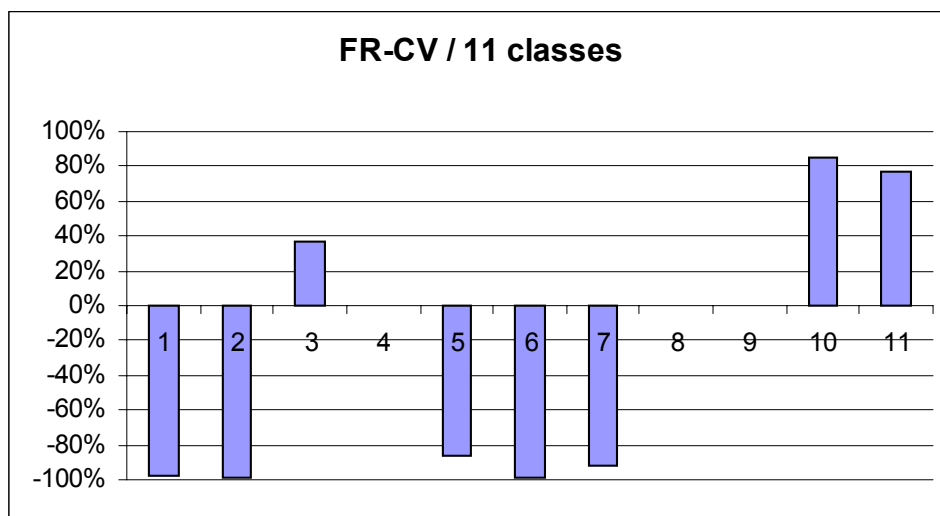


Le critère ALD est significatif par sa présence dans les classes 10 et 11 concernant les polypathologies.

Il est significatif par son absence dans six classes (celles des jeunes de 0 à 25 ans, celles des pathologies aiguës des adultes et celle des gestes techniques).

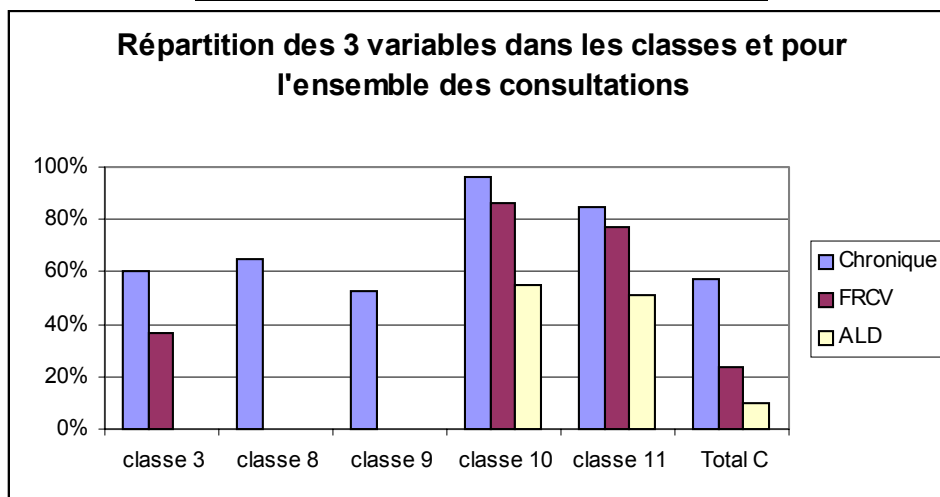
Il n'est pas significatif dans l'éducation d'une pathologie chronique, la prise en charge psychologique et le recours à des compétences externes.

Voir les données sur la variable ALD page 32.



La variable « les facteurs de risque cardio-vasculaire » est significative par sa présence dans les classes 3 (éducation dans le cadre d'une pathologie chronique), 10 (polypathologie) et 11 (grande polypathologie).

	Chronique	FRCV	ALD
classe 3	60%	37%	
classe 8	65%		
classe 9	53%		
classe 10	96%	86%	55%
classe 11	85%	77%	51%
total des C	57%	24%	10%



La présence de la modalité « pathologie chronique » dans les classes 3 et 9 n'est pas significativement différente de la répartition de celle dans la population de l'ensemble des consultations. 60% pour la classe 3, 53% pour la 9 contre 57% pour l'ensemble.

La classe 8 correspond aux diagnostics psychologiques et psychiatriques. A noter que la variable ALD n'est pas significativement descriptive de cette classe.

Les trois modalités du champ des pathologies chroniques sont en revanche sensibles pour les classes 10 et 11.

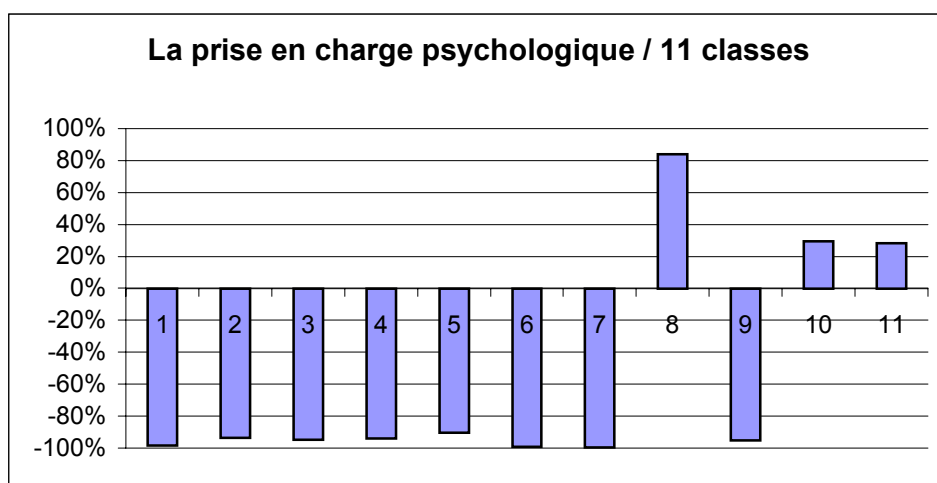
Modalités d'autres variables	Classe 10	Classe 11	Total des C
4 à 6 diagnostics	80,77%		13,33%
Plus de 7 diagnostics		85,00%	3,35%
Difficulté de l'acte : oui	30,74%	59,17%	23,49%
Risque moyen et élevé	60,70%	75,83%	37,00%
Plus de 7 lignes de médicaments	41,63%	67,50%	9,71%

On voit dans ces deux classes que la notion de chronicité est liée à la polyopathie. La distinction entre les deux individualise deux types d'actes :

- La prise en charge des problèmes chroniques simples (classe 10)
- La prise en charge des polyopathologies chroniques lourdes (classe 11)

Nous pouvons retenir ce critère comme un indicateur de caractérisation des actes.

4.2.5.6 La prise en charge psychologique



Ce critère est illustré par plusieurs variables :

Le regroupement à partir du relevé des médecins de tous les diagnostics de champs psychologiques et psychiatriques au sens large.

Le regroupement des diagnostics psychiatriques au sens strict.

La modalité « temps psychothérapeutique » de la variable concernant le « temps décisionnel principal » déclaré en fin de consultation.

Et une autre variable a été réalisée par le regroupement des addictions.

Voir les données sur les variables concernées pages 24,31.

Ces trois éléments individualisent très clairement la classe 8/11.

Modalité des variables	Classe 8
Diagnostics psychologiques et psychiatriques, large	87,99%
Diagnostics psychologiques et psychiatriques, strict	79,86%
Temps décisionnel psychothérapeutique	85,87%
Diagnostics d'addictions	18,37%

L'analyse des autres variables retrouvées dans la classe 8/11 donne quelques éléments complémentaires sur ce critère.

Modalités d'autres variables de la classe 8	Classe 8	Total
Difficulté de l'acte : oui	56,89%	23,49%
Risque moyen et élevé	66,78%	37,00%
Pathologie chronique	65,37%	43,59%
Présence d'un déterminant socioculturel	36,04%	18,30%
Durée de consultation entre 26 et 45 minutes	20,14%	6,81%

La prise en charge psychologique est considérée comme un acte plus difficile, à plus haut risque, entraînant une consultation plus longue.

Le critère de prise en charge de trouble psychologique ou d'une maladie psychiatrique est un bon indicateur. Le relevé des diagnostics étant très proche de l'expression par les médecins de la prise en charge psychothérapeutique (tous deux de l'ordre de 85%), le codage des pathologies n'est donc pas obligatoire pour retenir ce critère.

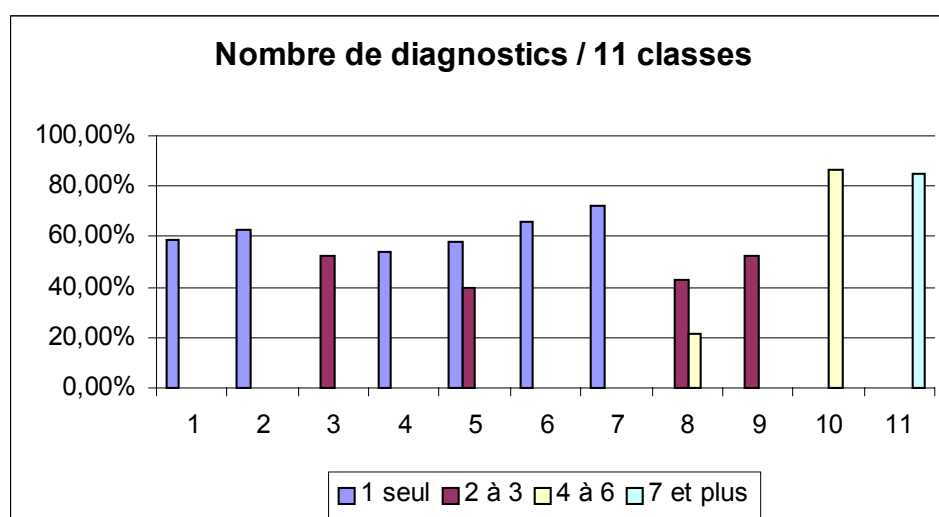
4.2.5.7 Le nombre de diagnostics

Le nombre de diagnostics dans l'acte a été regroupé en classe .

Cette variable est un élément descriptif significatif dans les 11 classes.

La répartition des modalités de cette variable dans les différentes classes est la suivante :

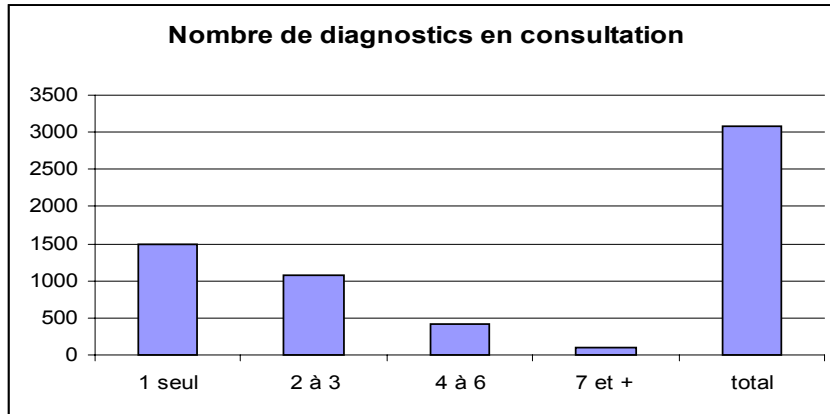
Nbr De diag	Classe											Total C	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1 seul	59,05	62,38		53,98	57,66	66,26	71,84						48,49
2 à 3			52,61		39,34				52,05				34,83
4 à 6								21,55		86,77			13,33
7 et plus											85,0		3,35



Dans 5 des 11 classes c'est la modalité " 1seul diagnostic " qui apparaît. Dans 5 autres ce sont les modalités de 2 diagnostics ou plus qui sont visibles. Enfin dans une classe, la 5 deux modalités de la variable sont significatives.

Indépendamment de la comparaison aux pourcentages de l'échantillon complet on peut retenir que cet indicateur " nombre de diagnostics " est intéressant. Il faudrait faire une analyse plus détaillée pour retenir plusieurs grandes catégories du type :

- Acte avec un ou deux diagnostics
- Acte de deux à cinq diagnostics
- Acte avec plus de cinq diagnostics



4.2.5.8 Pour les gestes et actes techniques

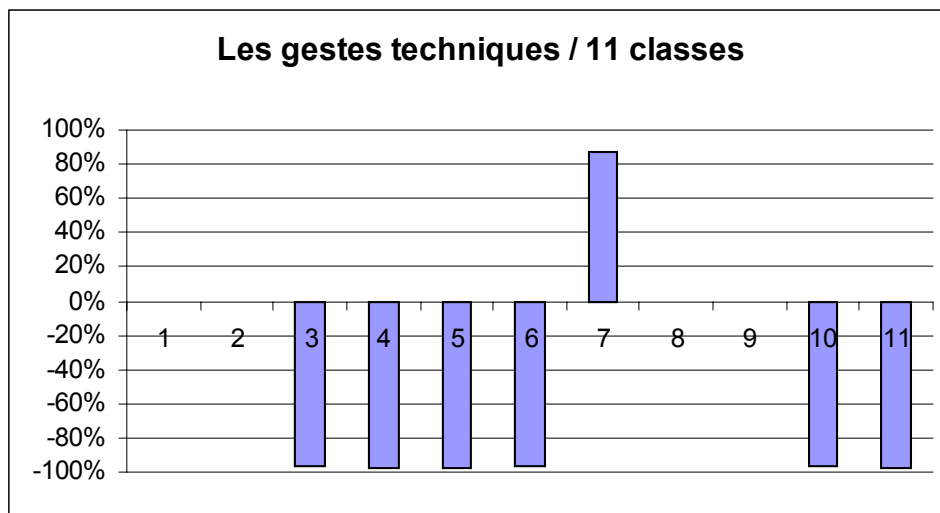
Ce critère est illustré par plusieurs variables.

La réponse à la question : " J'ai réalisé un geste technique ".

La modalité " geste technique " de la variable concernant le " temps décisionnel principal " déclaré par le médecin en fin de la consultation.

Voir les données sur cette variable pages 30, 31.

Ces éléments individualisent très clairement la classe 7/11. Cette classe représente 5,54% des actes et l'analyse de la variable montre sur l'ensemble des consultations 8,02% de gestes techniques.



Concernant la classe 7, deux modalités de durée sont significatives : celle de 1 à 5 minutes dans 12% des actes et celle de 26 à 30 minutes dans 8,62% des actes. Ceci prouve bien l'hétérogénéité des gestes techniques réalisés par le médecin généraliste et la grande variabilité du temps consacré à ces gestes. Les gestes courts correspondent surtout aux

vaccinations, IDR, injections. Les gestes plus longs correspondent surtout à la petite chirurgie.

On peut également retenir ce critère comme indicateur de caractérisation des actes.

4.2.5.9 Le recours à des compétences externes

Ce critère est illustré par plusieurs variables :

Le recours à un médecin spécialiste ou une hospitalisation.

La prescription d'un examen biologique, de l'imagerie ou un paramédical.

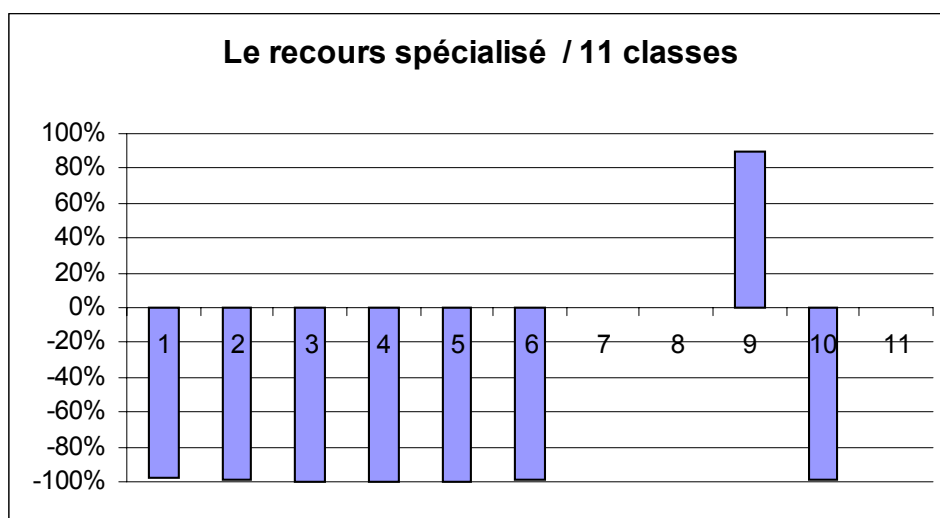
Le retour d'informations spécialisées

Le retour d'examen biologique ou d'imagerie.

Voir les données sur ces variables page 29

Ces éléments individualisent très clairement la classe 9/11

	Classe 9	Total des C
Recours spécialisé et hospitalisation	90,06%	6,30%
Recours biologie, imagerie, paramédical	51,46%	25,27%
Retour de recours spécialisé	21,64%	4,26%
Retour de biologie et imagerie	44,44%	13,46%

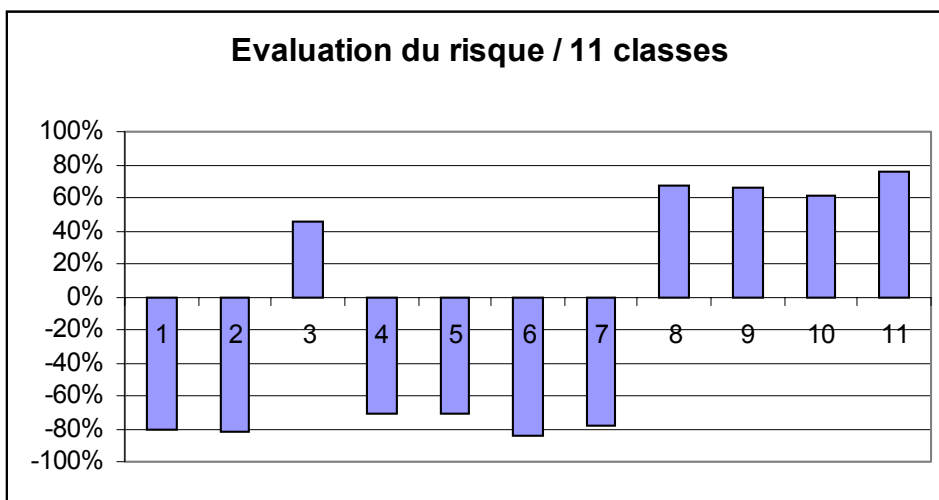


L'analyse plus détaillée de cette classe 9, montre qu'il s'agit d'actes " lourds " : 52,03% avec 2 à 3 diagnostics, 29,83% d'une durée de plus de 20 minutes, 53,22% de pathologies chroniques et 22,81% de champs gastro-entérologique, 66,66% évalués à risque moyen ou élevé et 37,43% sont qualifiés d'acte difficile.

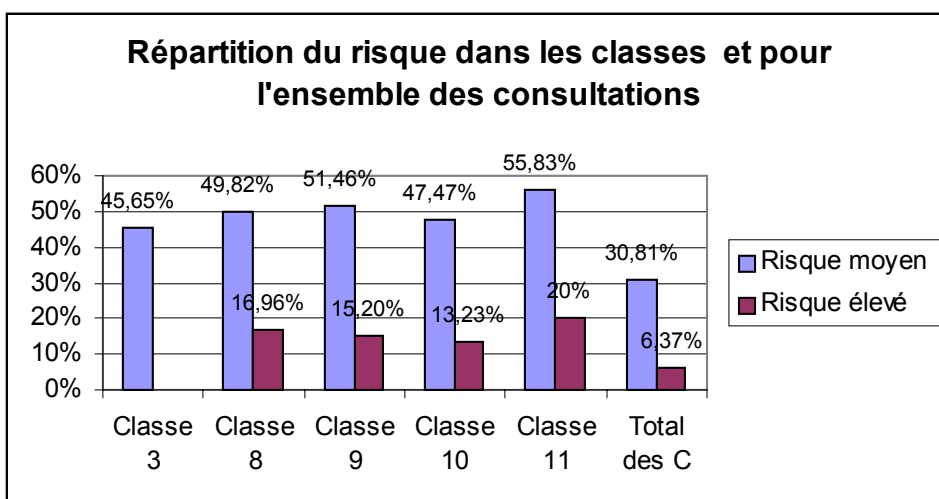
Les 30,99% d'actes avec aucune prescription, vont dans le sens d'actes consacrés en priorité à ces recours.

S'il est difficile d'individualiser des actes avec prescription de biologie, d'imagerie ou de paramédical, le recours (l'adressage) aux médecins spécialistes et l'hospitalisation, semble un indicateur à retenir.

4.2.5.10 L'évaluation du risque



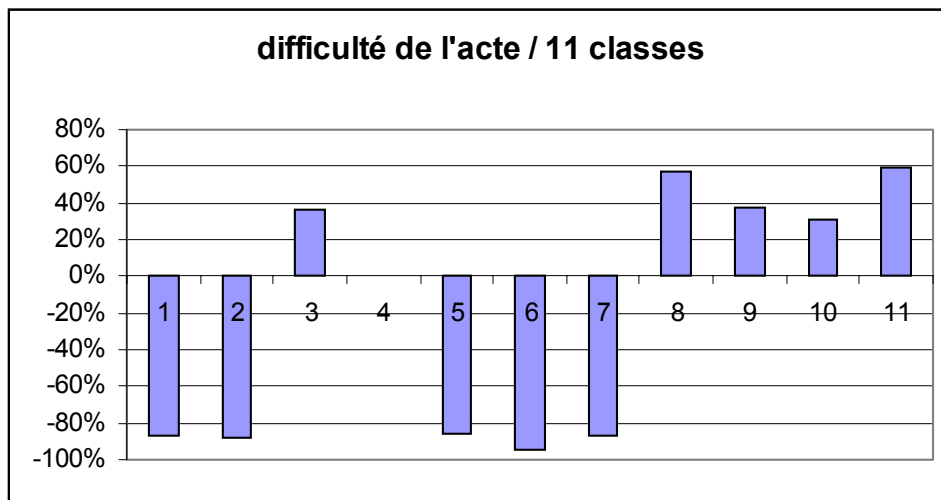
Les classes qui présentent un risque moyen ou élevé sont les classes 3,8,9,10 et 11. Pour toutes les autres classes, le risque est faible.



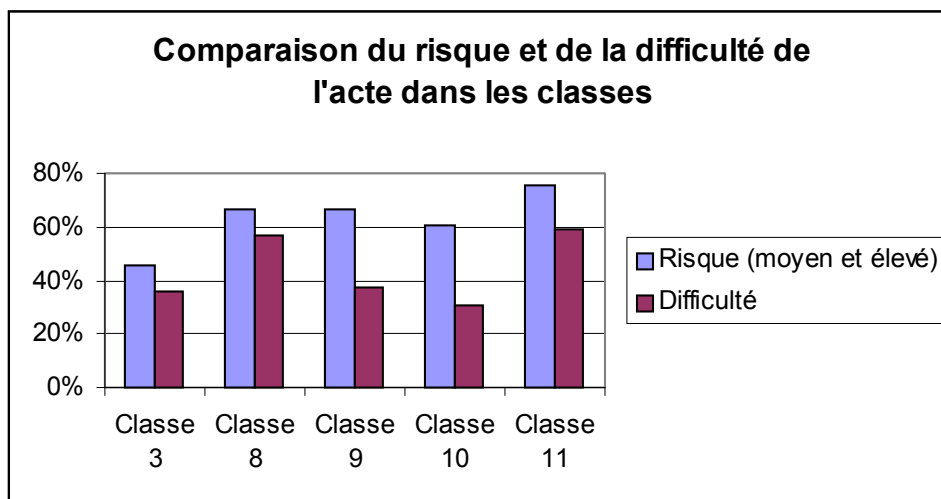
Le critère « risque de la situation » est un critère subjectif et difficile à évaluer. Le risque n'est pas nécessairement lié à la gravité de la maladie (par exemple, le risque immédiat d'une épigastrie (infarctus du myocarde) peut être plus vital que celui d'une rectocolite hémorragique).

Par conséquent, nous ne pouvons pas retenir ce critère comme indicateur de caractérisation des actes.

4.2.5.11 La notion de difficulté de l'acte



Le critère difficulté de l'acte est significatif des classes 3, 8, 9, 10 et 11, tout comme le critère de l'évaluation du risque.



Ces deux critères évoluent dans le même sens (un peu plus faibles dans l'éducation d'une pathologie et plus forts dans la grande polypathologie).

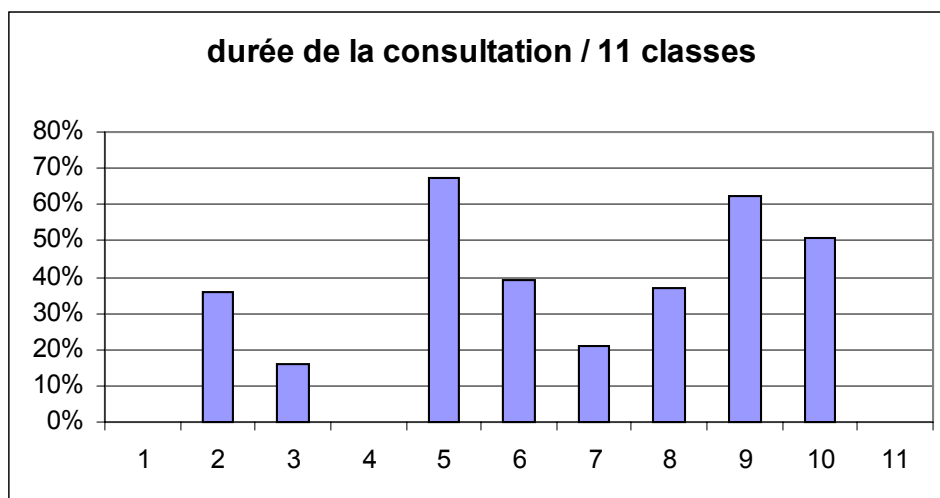
L'évaluation de la difficulté de l'acte est un critère subjectif. Devant une même situation, chaque médecin peut ressentir différemment si l'acte est difficile ou non, selon son propre vécu et sa propre personnalité.

La difficulté est plus souvent ressentie par le médecin devant la diversité des hypothèses à prendre en compte face à un symptôme (ex : épigastralgie), que lors de conduites à tenir standardisées pour le traitement de maladies authentifiées (ulcère gastrique).

Par conséquent, nous ne pouvons pas retenir ce critère comme un indicateur de caractérisation des actes.

4.2.5.12 La durée de la consultation

Voir les modalités de cette variable page 20



Ce critère est significatif pour 8 des 11 classes.

Nous pouvons étudier au sein de chacune de ces classes la répartition selon les 8 modalités de cette variable.

	Durée en minutes							
	[1;5]	[6;10]	[11;15]	[16;20]	[21;25]	[26;30]	[31;45]	[45et +]
Classe 2		35,64%						
Classe 3					16,09%			
Classe 5		30,48%	36,79%					
Classe 6		38,96%						
Classe 7	12,07%					8,62%		
Classe 8					16,96%	8,48%	11,66%	
Classe 9				32,75%	18,13%	11,70%		
Classe 10				33,46%	17,12%			

La durée de la consultation varie en fonction de l'âge : souvent courtes (de 6 à 10 minutes) pour les jeunes de 3 à 45 ans et un peu plus longues (de 16 à 30 minutes) pour les plus de 65 ans polypathologiques.

Les consultations sont de courte durée pour les consultations non difficiles et sans risque et inversement.

La prise en charge psychologique est un des critères qui allonge le plus le temps de consultation.

La durée de l'acte est sans doute un bon critère de l'investissement technique ou intellectuel, mais sa quantification reste difficile en direct et manuellement.

Par conséquent, nous ne retenons pas ce critère comme indicateur de caractérisation des actes.

4.2.5.13 Identification des indicateurs de caractérisation des actes

L'objectif de ce travail étant d'aboutir à des indicateurs les plus objectifs possibles, reproductibles et facilement utilisables par le médecin, certains critères, comme nous l'avons vu précédemment, n'ont pu être retenus (l'évaluation du risque, la notion de difficulté et la durée de la consultation).

On peut donc retenir comme indicateurs faciles à objectiver :
L'âge ou les classes d'âge des patients
La connaissance du patient
La prise en charge de la prévention
La prise en charge des pathologies aiguës
La prise en charge des problèmes chroniques
La prise en charge en ALD
La prise en charge psychologique
Le nombre de diagnostics
La réalisation de gestes techniques
Le recours à des compétences externes

Ces indicateurs répondent bien à notre question, mais peuvent-ils être utilisés tels quel pour une tarification des actes ? (objectifs de la CNAMTS).

Certains indicateurs très objectifs ne posent aucune discussion : l'âge, la prise en charge en ALD, le recours à des compétences externes et la réalisation de geste technique. En revanche, d'autres nécessiteraient d'être bien définis. La connaissance du patient est un critère objectif mais pose le problème de sa définition pour être reproductible. Quant à la prise en charge de la prévention, s'il est indéniable qu'elle représente une activité réelle du médecin généraliste, sa répartition en fonction des actes et des pathologies nécessiterait probablement l'individualisation d'un acte dédié individualisé. C'est d'ailleurs la piste actuellement envisagée par la CNAMTS. Enfin, les autres indicateurs (prise en charge psychologique, pathologies aiguës, chroniques, nombre de diagnostics) posent la question d'un premier niveau de codage des pathologies. Mais ce pourrait être un premier pas.

5 CONCLUSION

Ce travail a été initié par la Société Française de Médecine Générale dans le cadre d'une expertise demandée par la pôle nomenclature de l'assurance maladie qui réalise actuellement une refonte de la classification des actes médicaux.

La question posée pour cette recherche était la suivante : est-il possible de déterminer quelques indicateurs facilement identifiables et reproductibles pour qualifier différents types d'actes en médecine générale ?

Cette étude descriptive prospective s'est déroulée du 31 mars au 9 mai 2003 auprès de 23 médecins généralistes volontaires. Ceux-ci ont relevé directement l'ensemble de leurs actes sur la durée de l'étude. Ainsi 3479 actes ont été colligés dont 3142 consultations et 337 visites. Les données issues du dossier médical informatisé et d'un questionnaire complémentaire ont permis d'analyser 38 variables.

Les résultats obtenus sur la description du contenu des actes donnent un bon reflet de la pratique généraliste. En effet, même si les investigateurs ne sont pas représentatifs des médecins généralistes français, l'analyse du profil des patients ainsi que des variables descriptives des actes ont permis de valider l'échantillon étudié au regard des références bibliographiques françaises.

L'analyse statistique factorielle en correspondance multiple couplée à une classification sur facteurs a été réalisée sur l'échantillon des 3142 consultations. Nous avons obtenu une partition en 11 classes pertinentes et suffisamment descriptives.

Après détermination des principaux critères de caractérisation des actes (nous en avons retenus 13), nous avons sélectionnés les seuls indicateurs objectifs facilement utilisables par le médecin. Ces indicateurs ont pour but de décrire et qualifier cette typologie. Les dix indicateurs retenus au final sont : l'âge du patient, la connaissance du patient, la prise en charge de la prévention, la prise en charge des pathologies aiguës, la prise en charge des problèmes chroniques, la prise en charge en ALD, la prise en charge psychologique, le nombre de diagnostics, la réalisation de gestes techniques et le recours à des compétences externes.

Nous pouvons conclure que le croisement à plat de données décrivant le travail des médecins et la partition en classes des actes permet l'élaboration d'une typologie de consultations. Ce travail confirme que l'individualisation d'indicateurs objectifs, reproductibles et facilement utilisables par le médecin au quotidien est possible.

Toutefois une même analyse devra être réalisée pour les actes en visite à domicile. Notre échantillon est dans ce domaine trop faible. Il faudrait aussi poursuivre la réflexion en étudiant la faisabilité d'une classification des consultations qui s'appuierait sur des combinaisons de ces indicateurs, par un test en réel sur un grand nombre de médecins.

Si les résultats de cette étude apportent indéniablement des éléments de réponse aux questions soulevées par la refonte de la classification des actes médicaux, la question de la tarification des actes reste encore très ouverte. En Suisse par exemple, la nouvelle rémunération des consultations des généralistes se fait en fonction de la durée de la consultation... Par ailleurs la rémunération à l'acte versus capitation reste un sujet sensible sinon tabou dans notre pays contrairement aux autres pays européens. Enfin ce travail actuel sur la classification des actes pour une nouvelle tarification, n'occulte-t-elle pas

adroitement la question de la cotation des pathologies, qui est possible en médecine de premier recours et peut être souhaitable pour la qualité des soins ?

Les éléments nouveaux apportés par cette étude et l'intérêt qu'elle peut représenter à l'avenir dans la réflexion sur les classifications des actes, souligne la nécessité et l'intérêt de la recherche en médecine générale.

ANNEXES

ANNEXE N° 1

Extrait du mode d'emploi adressé aux investigateurs

Toutes ces explications n'ont pour but que de vous aider à comprendre le sens des questions. En aucune manière celui d'orienter vos réponses. Vous répondez sérieusement en votre âme et conscience.

Type d'acte

Acte programmé : Pour tout acte sur RDV. Pour les visites programmées ou celles demandées sans exigence du patient « je passerai dans la journée ».

Acte intercalé : Lorsqu'il y a 2 patients sur un RDV, lorsque c'est le patient qui insiste pour être pris entre deux. « J'en ai pour deux minutes Docteur » - « pouvez vous passer avant 11H00 ».

Acte sans RDV

Acte urgent : Pour tout acte nécessitant de perturber immédiatement l'ordre et l'organisation du planning.

Type d'interrogatoire et d'examen clinique

Il faut entendre ce critère au sens large pour l'ensemble de l'exploration (interrogatoire et examen clinique). Même si on ne fait pas d'examen clinique, il y a un entretien, un interrogatoire qui explore une plainte, un signe d'appel ou une fonction (y compris psychique).

C'est un critère de la CNAM, que nous avons conservé !

Focalisé, circonscrit par le signe d'appel : C'est le type d'examen pour une angine. S'il existe deux résultats de consultations dans l'acte, on peut relever cette réponse si les deux explorations sont strictement ciblées par des signes d'appels focalisés. (exemple : angine + cor au pied).

Général non approfondi : C'est le type de réponse en général pour un nouvel état fébrile ou asthénie...

Approfondi, orienté d'un appareil ou d'une fonction : Exemple, pour des signes évoquant une dysthyroïdie...

Général approfondi : Pour l'examen général d'un diabétique, pour des adénopathies, asthénie(a/P)...

Evaluation du risque de la situation

C'est aussi un critère de la CNAM, que nous avons conservé. Mais il est plus intéressant. Certes subjectif, il est en fait iconoclaste car la vision habituelle est celle du petit et du gros risque. Mais en fait, il s'agit de la gestion du risque de la situation.

Par exemple, la gestion du risque est plus sensible devant une EPIGASTRALGIE que devant un ULCERE GASTRIQUE confirmé.

Nous avons choisi une graduation en trois niveaux. Vous choisissez sans surestimer le risque.

Faible, Moyen, Elevé

Cet acte est-il difficile ou complexe ?

Il s'agit là de relever votre impression, votre sentiment à la fin de l'acte. Ils ne sont pas nécessairement liés à la situation clinique. La relation avec le patient peut intervenir, la négociation des décisions aussi.

Oui ou Non

Un élément socio-culturel du patient intervient-il dans cet acte ?

Il s'agit là de relever si le profil socio-culturel du patient est intervenu dans la consultation ou la visite.

Exemples : Trouble de la compréhension pour des patients étrangers ou déficients intellectuels, croyance profane perturbant la prescription...

A noter que la réponse OUI à cette question peut très bien suivre une réponse NON à la précédente.

Oui ou Non

Prise en charge principalement consacrée à (temps décisionnel principal)

Il s'agit pour cette question de souligner l'élément de prise en charge qui nous a principalement occupé. Bien évidemment, notre action peut concerner plusieurs dimensions, mais nous relevons ici celle qui nous a le plus sollicitée. Dans certains cas, il faudra choisir entre deux !

Action éducative centrée sur une pathologie : Lorsque les conseils et l'éducation du patient sur une pathologie sont importants. Par exemple, lors des rappels détaillés du régime alimentaire pour un diabétique, un obèse...

Action de prévention : Si la dimension préventive a été l'axe principal de l'acte : examen systématique, contraception, ménopause...

Action de prescription : Si la dimension de prescription a été l'élément essentiel de l'acte.

Prise en charge psychologique : Exemple : M. Dupont vient pour son renouvellement de traitement et parler de ses difficultés à organiser sa retraite récente. Il aura un examen général non approfondi, une ordonnance avec 6 lignes de médicaments et le médecin prend ¼ d'heure pour converser de la nouvelle vie du patient... Au total, il y a 6 RC dont diabète de type II et HTA, mais l'élément principal de cette consultation aura été cette fois, la « prise en charge psychologique ».

Geste technique : Si le geste technique a été une dimension essentielle de l'acte même si d'autres problèmes ont été pris en charge.

Durée de la séance (en minutes)

Nous aurons deux méthodes pour estimer le temps de l'acte. (Au moins pour les consultations). Il y aura le temps d'ouverture du dossier sous EASYPRAT. Mais cette méthode ayant des limites, nous avons décidé de demander d'estimer à la minute près le temps passé avec le patient. Pour les visites, nous incluons le temps de trajet.

Inscrire le temps en minutes.

Dérangement non lié à ce patient pendant la séance

Il faut noter si vous avez été dérangé par le téléphone, la secrétaire, un autre patient qui frappe à la porte...

Oui ou Non

Pendant cet acte

Nous allons maintenant préciser quelques points de la séance. Vous cochez la case lorsque vous l'avez fait, sinon vous laissez la case vide.

Présence d'un tiers pendant la séance (tout patient)

Présence d'un tiers pendant la séance d'un adulte

J'ai fait un ARRET DE TRAVAIL

J'ai prescrit de la BIOLOGIE

J'ai prescrit de l'IMAGERIE

J'ai prescrit un acte PARAMEDICAL : infirmière, kiné, assistante sociale...

J'ai demandé un AVIS SPECIALISE : pour tout envoi du patient à un spécialiste

C'était un ACCIDENT DE TRAVAIL

J'ai réalisé un ACTE TECHNIQUE : Si nous avons fait un acte technique, même si celui-ci n'a pas été un axe principal de la séance (ablation d'un bouchon de cérumen, d'agrafes, pose de points, changement d'un pansement, frottis cervico-vaginal...)

Le patient m'a apporté des résultats : Il s'agit de préciser si nous avons pris du temps pour interpréter et/ou expliquer des résultats reçus ou apportés par le patient lors de cette séance. Nous faisons la distinction entre une lettre d'un médecin spécialiste, des résultats de biologie ou d'imagerie.

ANNEXE N°2 : liste des regroupements de diagnostics

Les diagnostics de groupe AIGU

ANGINE
APHTE
BACTERIURIE - PYURIE
BALANO-POSTHITE
BLESSURES COMBINEES LEGERES
BLESSURES COMBINEES SEVERES
BRONCHITE AIGUË
BRULURE
CERUMEN
COLIQUE NEPHRETIQUE
CONJONCTIVITE
CONTUSION
CORPS ETRANGER DANS CAVITE NATURELLE
CYSTITIS - CYSTALGIE
DECES
DIARRHEE
DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
DOULEUR PELVIENNE
ENROUEMENT
ENTORSE
EPISTAXIS
ERYSIPELE
ERYTHEME FESSIER NOURRISSON
ETAT FEBRILE
ETAT MORBIDE AFEBRILE
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION
FOLLICULITE SUPERFICIELLE
FRACTURE
FURONCLE - ANTHRAX
GALE
GINGIVITE
GROSSESSE (CONSTATATION)
HEMATOME SUPERFICIEL-ECCHYMOSE
HEMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE
HEMORROÏDE
HYPERGLYCEMIE
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
IMPETIGO
INTERTRIGO
LEUCORRHEE
LUXATION
MAL DE GORGE
MALAISE – LIPOTHYMIE
MENORRAGIE-METRRORRAGIE
MORSURE - GRIFFURE
MUSCLE (ELONGATION-DECHIRURE)
NAUSEE
OEDEME AIGU DU POUMON
OEDEME DE QUINCKE
OEDEME LOCALISE
OEIL (TRAUMATISME)
ORGELET
OTALGIE
OTITE EXTERNE
OTITE MOYENNE
PALPITATION-ERETHISME CARDIAQUE
PANARIS
PARASITOSE DIGESTIVE
PHARYNGITE
PIED D'ATHLETE
PIQURE D'ANIMAL
PITYRIASIS ROSE DE GIBERT
PLAIE
PNEUMOPATHIE AIGUE
POLLAKIURIE
PROCEDURE ADMINISTRATIVE
PROSTATITE
PRURIT LOCALISE
PYELONEPHRITE AIGUE
REACTION A SITUATION EPROUVANTE
REACTION TUBERCULINIQUE
RHINOPHARYNGITE
RHUME
SINUSITE
STOMATITE - GLOSSITE
SUITE OPERATOIRE
TENDON (RUPTURE)
TENOSYNOVITE
TRAUMATISME CRANIOCEREBRAL
ULCERE DUODENAL
ULCERE GASTRIQUE
URETRITE
URTICAIRE
VACCINATION
VARICELLE
VOMISSEMENT
VULVITE-VAGINITE
ZONA

Les diagnostics de groupe CHRONIQUE

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL
ACOUPHENE
ALCOOL (PROBLEME AVEC L')
ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE
ANOMALIE POSTURALE
ANOREXIE - BOULIMIE
ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS
ARTHROSE
ASTHME
BRONCHITE CHRONIQUE
CANCER
CATARACTE
CIRRHOSE DU FOIE
COLIQUE (SYNDROME)
COMPORTEMENT (TROUBLES)
CONTRACEPTION
DEMENCE
DEPRESSION
DERMITE SEBORRHEIQUE
DIABETE DE TYPE 1
DIABETE DE TYPE 2
DYSMENORRHEE
ECZEMA
ECZEMA PALMOPLANTAIRE FISSURAIRE
ENURESIE
EPILEPSIE
ESCARRE
FIBRILLATION AURICULAIRE
FIBROME UTERIN
GASTRITE CHRONIQUE
GLAUCOME
GOITRE
GOUTTE
GROSSESSE (SURVEILLANCE)
HALLUX VALGUS
HEPATITE VIRALE
HERNIE - EVENTRATION
HERNIE HIATALE
HERPES
HTA
HUMEUR DEPRESSIVE
HYPERLIPIDEMIE
HYPERTHYROIDIE
HYPERURICEMIE
HYPOTHYROIDIE
INCONTINENCE URINAIRE
INFARCTUS DU MYOCARDE
INSOMNIE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RENALE
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
JAMBES LOURDES
LIPOME
LITHIASE BILIAIRE
LUCITE - ALLERGIE SOLAIRE
MEMOIRE (PERTE DE)
MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)
MIGRAINE
MOLLUSCUM PENDULUM
MYCOSE UNGUEALE
NAEVUS
NERVOSISME
OBESITE
OEDEME MEMBRES INFERIEURS
OEIL (ACUITE VISUELLE)
OEIL (LARMOIEMENT)
OSTEOPOROSE
PARKINSONNIEN (SYNDROME)
PHOBIE
PIED (ANOMALIE STATIQUE)
PITYRIASIS VERSICOLOR
PLAINTES POLYMORPHES
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
PROLAPSUS GENITAL
PROSTATE (HYPERTROPHIE)
PSORIASIS
PSYCHIQUE (TROUBLE)
REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE
RHINITE
SCLEROSE EN PLAQUE
SENILITE
SOUFFLE CARDIAQUE
SURCHARGE PONDERALE
SURDITE
SYNDROME DE RAYNAUD
SYNDROME MANIACO DEPRESSIF
TABAGISME
THROMBOPHLEBITE
TOXICOMANIE
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)
V.I.H.
VARICES DES MEMBRES INFERIEURS

Les diagnostics de groupe PSYCHOLOGIQUE LARGE

ACCES ET CRISE	NERVOSISME
ALCOOL (PROBLEME AVEC L')	PHOBIE
ANOREXIE - BOULIMIE	PLAINTES POLYMORPHES
ANXIETE - ANGOISSE	PROBLEME DE COUPLE
ASTHENIE - FATIGUE	PROBLEME PROFESSIONNEL
COMPORTEMENT (TROUBLES)	PSYCHIQUE (TROUBLE)
DEMENCE	REACTION A SITUATION EPROUVANTE
DEPRESSION	SEXUELLE (DYSFONCTION)
DHL 05 - Troubles mentaux et du comportement	SYNDROME MANIACO DEPRESSIF
DIFFICULTE SCOLAIRE	TABAGISME
HUMEUR DEPRESSIVE	TOXICOMANIE
INSOMNIE	TRAC

Les diagnostics de groupe PSYCHOLOGIQUE STRICT

DEPRESSION	PSYCHIQUE (TROUBLE)
DHL 05 - Troubles mentaux et du comportement	REACTION A SITUATION EPROUVANTE
HUMEUR DEPRESSIVE	SYNDROME MANIACO DEPRESSIF
NERVOSISME	TRAC
PHOBIE	

Les diagnostics de groupe ADDICTION

ALCOOL (PROBLEME AVEC L')	TABAGISME
ANOREXIE – BOULIMIE	TOXICOMANIE

Les diagnostics de groupe PREVENTION

CONTRACEPTION	MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	REACTION TUBERCULINIQUE
GROSSESSE (CONSTATATION)	VACCINATION
GROSSESSE (SURVEILLANCE)	

Les diagnostics de groupe IVAS

ANGINE	OTITE MOYENNE
BRONCHITE AIGUË	PHARYNGITE
BRONCHITE CHRONIQUE	PNEUMOPATHIE AIGUE
ENROUEMENT	RHINOPHARYNGITE
ETAT FEBRILE	RHUME
ETAT MORBIDE AFEBRILE	SINUSITE
MAL DE GORGE	

Les diagnostics de groupe CARDIOVASCULAIRE

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	OEDEME MEMBRES INFERIEURS
ANEVRYSME ARTERIEL	PALPITATION-ERETHISME CARDIAQUE
ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	PRECORDIALGIE
ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS	SOUFFLE CARDIAQUE
DHL 09 - Maladie de l'appareil circulatoire	STENOSE ARTERIELLE
FIBRILLATION AURICULAIRE	SYNDROME DE RAYNAUD
HTA	TACHYCARDIE
HYPERLIPIDEMIE	TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	THROMBOPHLEBITE
INFARCTUS DU MYOCARDE	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)
INSUFFISANCE CARDIAQUE	ULCERE DE JAMBE
JAMBES LOURDES	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS
OEDEME AIGU DU POUMON	

Les diagnostics de groupe FACTEUR DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

ALBUMINURIE
ALCOOL (PROBLEME AVEC L')
ANEVRYSME ARTERIEL
ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE
ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS
DHL 09 - Maladie de l'appareil circulatoire
DIABETE DE TYPE 1
DIABETE DE TYPE 2
FIBRILLATION AURICULAIRE
HTA
HYPERGLYCEMIE
HYPERLIPIDEMIE

Les diagnostics de groupe RHUMATOLOGIE

ALGODYSTROPHIE	EPICONDYLITE
ANOMALIE POSTURALE	GOUTTE
ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE	HALLUX VALGUS
ARTHROSE	HYGROMA
CANAL CARPIEN	LOMBALGIE
CERVICALGIE	MYALGIE
COCCYDYNIE	OSTEOPOROSE
CRAMPE MUSCULAIRE	PIED (ANOMALIE STATIQUE)
DHL 13 - Mal du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
DORSALGIE	SCIATIQUE
EPAULE DOULOUREUSE	TARSALGIE - METATARSALGIE
	TENOSYNOVITE

Les diagnostics de groupe GASTROENTEROLOGIE

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	HERNIE - EVENTRATION
CIRRHOSE DU FOIE	HERNIE HIATALE
COLIQUE (SYNDROME)	LITHIASE BILIAIRE
CONSTIPATION	METEORISME
DHL 11 - Maladies de l'appareil digestif	NAUSEE
DIARRHEE	PARASITOSE DIGESTIVE
DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	PLAINTE ABDOMINALE
DYSPHAGIE	RECTORRAGIES
EPIGASTRALGIE	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE
FISSURE ANALE	ULCERE DUODENAL
GASTRITE CHRONIQUE	ULCERE GASTRIQUE
HEMORROIDE	VOMISSEMENT
HEPATITE VIRALE	

Les diagnostics de groupe DIABETE ET ENDOCRINOLOGIE

AMAIGRISSEMENT	HYPERGLYCEMIE
DHL 03 - Mal. du sang, des organes hémato. et certaines du syst. Immunitaire	HYPERSUDATION
DHL 04 - Maladies endocriniennes, nutritionnelle et métaboliques	HYPERTHYROIDIE
DIABETE DE TYPE 1	HYPERURICEMIE
DIABETE DE TYPE 2	HYPOTHYROIDIE
GOITRE	OBESITE
	SURCHARGE PONDERALE

ANNEXE N°3 : Explications des tableaux de typologie d'actes

Abréviations de la **variable**
(Cf. liste après)

% de la classe sur

modalités de la variable
(cf. liste des variable et abréviation)

Nombre de cas de la classe

CLASSE 1 / 9

V.TEST POIDS	PROBA	POURCENTAGES			MODALITÉS (variable)		IDEN
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	
21.14							cc1c 137
13.65	0.000	45.20	92.70	43.36	Pas Tp Thérap	Temps_therap	Tem3 281
9.36	0.000	45.13	64.23	30.09	faible	Risque	Ris1 195
8.76	0.000	28.88	97.81	71.60	Dos léger	Lourdeur	Lou2 464
7.87	0.000	28.35	95.62	71.30	non CHR P	aff_chron_P	aff2 462
7.37	0.000	37.72	62.77	35.19	Foc SA	Interrog	Int2 228
7.08	0.000	28.87	89.78	65.74	non CHR	aff_chron	aff2 426
6.85	0.000	25.76	98.54	80.86	Décis simpl	Décis_compl	D0c2 524
5.77	0.000	30.70	70.80	48.77	opt therap	Diff_opt_Th0rap	Dif1 316
5.57	0.000	34.09	54.74	33.95	AA N	Aff_aigu_N	Aff1 220
5.57	0.000	25.19	95.62	80.25	non CV	Card_Vasc	Car2 520
5.37	0.000	27.56	82.48	63.27	pas Inter_path	Interf0r_patho	Int2 410
4.58	0.000	23.67	97.81	87.35	non HTA	HTA	HTA2 566
4.55	0.000	39.60	29.20	15.59	Inc	Anc_con_Cl	Anc3 101
4.41	0.000	37.29	32.12	18.21	AA 1RC	AA_1RC	AA_1 118
4.24	0.000	23.70	96.35	85.96	non psy	Psy	Psy2 557
4.22	0.000	36.00	32.85	19.29	1S	Séance_1_an_cl	S0a2 125
4.12	0.000	23.85	94.89	84.10	non ESP	ES_prev	ES_2 545
3.66	0.000	27.84	59.12	44.91	1RC	Nbe_RC_cl	Nbe1 291
3.44	0.000	25.00	79.56	67.28	AB	Pd_AB	Pd_1 436
3.05	0.001	25.71	66.42	54.63	1-3 LM	Nb_LO_CL	Nb_2 354
2.54	0.006	50.00	6.57	2.78	GT	Gest_Techn	Ges1 18
2.54	0.006	50.00	6.57	2.78	Rec_PM	Rec_PM	Rec1 18
2.51	0.006	22.57	94.89	88.89	pas cour	Courrier	Cou2 576
2.41	0.008	21.82	100.00	96.91	Non Diab	Diab0te	Dia2 628

La valeur test : doit être supérieure à 2 pour être significative

Il s'agit du rappel du pourcentage chaque modalité pour l'ensemble des individus.

Nbe d'individu dans la modalité

La variable dans la classe

Correspond au pourcentage des actes de cette classe qui contiennent la variable.

La classe dans le total de la variable

Correspond au pourcentage de la modalité présente dans cette classe.

Exemple : troisième ligne (encadrée) on peut dire que pour la variable - « **lourdeur** » du dossier :

- la valeur est de 8,76 ce qui veut dire que cette modalité est très représentative de cette classe
- p = 0,000(9) correspond au degré de significativité, (c'est-à-dire ici qu'il y a moins d'une chance sur mille que la différence soit du au hasard
- 97,81% des actes de cette classe ont un dossier léger.
- 28,88% de l'ensemble des actes avec un dossier léger sont dans cette classe.
- 71,60% du total des individus ont un dossier léger

6 BIBLIOGRAPHIE

- 1 AGUZZOLI F., LE FUR P., SERMET C.
Clientèle et motifs de recours en médecine libérale
CREDES, Mars 1994, N°1008 et 1008 bis.
- 2 ALLEN J., GAY B., CREBOLDER H., et al.
The European definitions of the key features of the discipline of general practice : the role of the GP and core competencies.
Br J Gen Pract 2002 ; 52 (479) : 526-7.
- 3 AUVRAY L., LE FUR P.
Adolescents : état de santé et recours aux soins.
CREDES éd., Questions d'économie de la santé. N°49, Mars 2002.
- 4 BARBERIS P.
La durée de consultation en médecine générale.
Th : Med : Paris VI : Broussais : 1998
- 5 BRAUN RN.
Pratique critique et enseignement de la médecine générale.
Paris : Payot, 1979.
- 6 CERTAIN M-H., GERVAIS Y., PERRIN A.
Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier.
Osmose Ed.-113p.
- 7 CLERC P.
Les mots pour dire le diagnostic.
Revue Autrement. N°161. Février 1996.
- 8 COGEMS Poitou-Charentes
Evaluation des recours demandés par les médecins généralistes à leurs confrères des autres spécialités.
Avril 1998.
- 9 DEVEUGELE M., DERESE A., VAN DEN BRINK-MUINEN A., BENSING J., DE MAESENEER J.
Consultation length in general practice : cross sectional study in six European countries.
BMJ 2002 Aug 31; 325(7362):472.
- 10 ELBAZ-CHAZA H.
Analyse descriptive du contenu de consultation en médecine générale : les décisions prises par le généraliste
Th : Med : Paris VI : Broussais : 1992
- 11 ENQUETE TAYLOR NELSON SOFRES SANTE
Informatisation des médecins en France.
Mars 2001.
- 12 FIVAZ C., LE LAIDIER S.

Une semaine d'activité des généralistes libéraux.
POINT STAT N°33-Juin 2001.

- 13 GALLAIS JL .& al.
Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales.
Doc. Rech. Méd. Gen. - SFMG 1994:45,1-107.
- 14 GALLAIS J-L.
Du codage des actes et des pathologies aux systèmes d'information en médecine.
La Revue du Praticien – Médecine Générale -Tome 12 - N°439 du 23 Novembre 1998
P27 à 32.
- 15 Génériques, visites à domicile : point de situation, un an après l'accord avec les
médecins généralistes.
Point d'information mensuel. Le 5 juin 2003. CNAM-TS.
- 16 GOLDBERG M.
L'épidémiologie sans peine.
2^{ème} édition FRISON ROCHE
- 17 GRIOT E.
Les consultations d'enfants en médecine générale.
La Revue du Praticien – Médecine Générale -Tome 12 – N°421 du 11 Mai 1998
P24 à 31
- 18 HOWIE JG., PORTER AM., HEANEY DJ., HOPTON JL.
Long to short consultation ratio : a proxy measure of quality of care for general practice.
Brit J Gen Practice; 1991April; 41(345 : 169-170)
- 19 JAMOULLE M., ROLAND M.
Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).
Lyon Lacassagne, 1992.
- 20 JOURNAL OFFICIEL
Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des
études médicales
Articles 13,14, 23.
- 21 LE FUR P., LE PAPE A., SERMET C.
La prescription pharmaceutique des médecins libéraux en 1994.
CREDES, Janvier 1998, N°2012.
- 22 LE GOAZIOU M-F., GILBERG S.
Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie.
La Revue du Praticien - Médecine Générale - Tome 13-N°474 du 25 Octobre 1999
P1645 à 1646.
- 23 MANSFIELD B J., IRELAND M., DICKINSON J A.
Variability in classification of consultations by content-based descriptors.
The Medical Journal Of Australia. Vol 155 . November 4, 1991.
- 24 MARTIN CM., ATEWELL RG., NISA M., Mc CALLUM J.,

- Characteristics of longer consultations in Australian general practice.
National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University,
Canberra.
Med J Aust. 1997 Jul 21;167(2):76-9.
- 25 Observatoire de la médecine générale
www.sfm.org
- 26 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1993
CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de
santé connexes.
Dixième révision, volume 1.
Genève, OMS, 1335 p.
- 27 SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE.
Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale.
Doc. Rech. Méd. Gén. – Révision 1998, 149p.
- 28 SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE
Annuaire statistique.
Doc. Rech. Méd. Gén.

RESUME

Proposée par la Société Française de Médecine Générale dans le cadre de son expertise lors des travaux de la CNAMTS sur la future classification des actes médicaux, cette étude a pour objectif de répondre à la question : est-il possible d'identifier quelques indicateurs facilement identifiables et reproductibles pour qualifier différents types d'actes en médecine générale ?

Cette étude prospective descriptive analyse le contenu d'un recueil en continu de 3142 consultations réalisées par 23 médecins généralistes du 31/03 au 09/05/2003.

Le travail est organisé en trois temps. Premièrement la description de 38 variables issues du dossier médical des investigateurs et d'un questionnaire complémentaire. Deuxièmement une analyse statistique factorielle en correspondance multiple, couplée à une classification sur facteurs permettant l'élaboration d'une typologie de consultations (en 11 classes). Troisièmement la détermination de critères (13) pour décrire et qualifier cette typologie. Enfin, la discussion nous permet de retenir une dizaine d'indicateurs objectifs et facilement identifiables.

Les 11 classes de la typologie représentent schématiquement : la consultation du nourrisson, la consultation de l'enfant, la consultation de l'adolescent, les pathologies diverses des adultes, les 46-65 ans, l'éducation dans le cadre d'une pathologie, les gestes techniques, la prise en charge psychologique, le recours à des compétences externes, la polypathologie et la grande polypathologie.

Les 10 indicateurs retenus au final sont : l'âge du patient, la connaissance du patient, la prise en charge de la prévention, la prise en charge des pathologies aiguës, la prise en charge des problèmes chroniques, la prise en charge en ALD, la prise en charge psychologique, le nombre de diagnostics, la réalisation de gestes techniques et le recours à des compétences externes.

Bien que cette étude présente quelques biais dont la non représentativité des médecins investigateurs et la courte période de l'enquête, elle permet de décrire en détail le contenu des actes en médecine générale. Cette description permet de valider l'échantillon étudié au regard des références bibliographiques françaises. Ce travail confirme que la mise en évidence d'indicateurs objectifs pouvant servir à une cotation des actes est possible. Ces indicateurs, précis, reproductibles et facilement identifiables par les médecins en fin de consultation, pourraient contribuer au travail actuellement en cours sur la refonte de la nomenclature des actes médicaux cliniques.

MOTS-CLES

Consultations
Médecine générale
Résultats de consultation
Typologie
Indicateurs d'acte