



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**Université Claude Bernard**

**Lyon 1**

**Faculté de médecine de Lyon Sud**

**Année 2018**

**Etude de la variété et de la distribution des motifs et des résultats de consultation en médecine générale rurale.**

Thèse

Présentée à l'Université de Claude Bernard-Lyon 1

Et soutenue publiquement le 06/09/2018

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine générale

Par

Mademoiselle Lucie BELKAIIOUS

Née le 21/03/1987

A Besançon (25)

**U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)**

	ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
	BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
vieillessement	BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie
	BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
	BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
	CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
	DUBREUIL Christian	O.R.L.
	ECOCHARD René	Bio-statistiques
	FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
	FOUQUE Denis	Néphrologie
	GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
	GILLY François-Noël	Chirurgie générale
médicale	GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
	GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
	LAVILLE Martine	Nutrition
	LAVILLE Maurice	Thérapeutique
	MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
	MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
	MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
	MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
	NICOLAS Jean-François	Immunologie
	PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
	SIMON Chantal	Nutrition
	THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
	VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale

VIGHETTO Alain

Neurologie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

ANDRE Patrice

Bactériologie – Virologie

BERARD Frédéric

Immunologie

BONNEFOY Marc

Médecine Interne, option Gériatrie

BONNEFOY- CUDRAZ Eric

Cardiologie

CAILLOT Jean Louis

Chirurgie générale

CERUSE Philippe

O.R.L

DES PORTES DE LA FOSSE Vincent

Pédiatrie

FESSY Michel-Henri

Anatomie

FRANCK Nicolas

Psychiatrie Adultes

FREYER Gilles

Cancérologie ; Radiothérapie

GIAMMARILE Francesco

Biophysique et Médecine nucléaire

GLEHEN Olivier

Chirurgie Générale

JOUANNEAU Emmanuel

Neurochirurgie

LANTELME Pierre

Cardiologie

LEBECQUE Serge

Biologie Cellulaire

LINA Gérard

Bactériologie

LONG Anne

Médecine vasculaire

LUAUTE Jacques

Médecine physique et Réadaptation

PEYRON François

Parasitologie et Mycologie

PICAUD Jean-Charles

Pédiatrie

POUTEIL-NOBLE Claire

Néphrologie

PRACROS J. Pierre

Radiologie et Imagerie médicale

RIOUFFOL Gilles

Cardiologie

RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire

Biochimie et Biologie moléculaire

RUFFION Alain

Urologie

SANLAVILLE Damien

Génétique

SAURIN Jean-Christophe

Hépatogastroentérologie

SEVE Pascal

Médecine Interne, Gériatrie

THOBOIS Stéphane

Neurologie

TRILLET-LENOIR Véronique

Cancérologie ; Radiothérapie

TRONC François

Chirurgie thoracique et cardio

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

ALLAOUCHICHE

Anesthésie-Réanimation Urgence

BARREY Cédric

Neurochirurgie

BOHE Julien

Réanimation urgence

BOULETREAU Pierre

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

BREVET-QUINZIN Marie

Anatomie et cytologie pathologiques

CHAPET Olivier

Cancérologie, radiothérapie

CHO Tae-hee

Neurologie

CHOTEL Franck

Chirurgie Infantile

COTTE Eddy

Chirurgie générale

DALLE Stéphane

Dermatologie

DEVOUASSOUX Gilles

Pneumologie

DISSE Emmanuel

Endocrinologie diabète et maladies métaboliques

DORET Muriel

Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale

DUPUIS Olivier

Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale

FARHAT Fadi

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

FEUGIER Patrick

Chirurgie Vasculaire,

FRANCO Patricia

Physiologie

GHESQUIERES Hervé

Hématologie

GILLET Pierre-Germain

Biologie Cell.

HAUMONT Thierry

Chirurgie Infantile

KASSAI KOUPAI Berhouz

Pharmacologie Fondamentale, Clinique

LASSET Christine

Epidémiologie., éco. Santé

LEGA Jean-Christophe

Thérapeutique

LEGER FALANDRY Claire

Médecine interne, gériatrie

LIFANTE Jean-Christophe

Chirurgie Générale

LUSTIG Sébastien

Chirurgie. Orthopédique,

MOJALLAL Alain-Ali

Chirurgie. Plastique.,

NANCEY Stéphane

Gastro Entérologie

PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
REIX Philippe	Pédiatrie
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire
WALLON Martine	Parasitologie mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie
YOU Benoît	Cancérologie

#### **PROFESSEUR ASSOCIE NON TITULAIRE**

FILBET Marilène	Thérapeutique
-----------------	---------------

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRES**

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

#### **PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE**

DUPRAZ Christian
------------------

#### **PROFESSEUR ASSOCIE SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE**

BONIN Olivier
---------------

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)**

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie

VAN GANSE Eric

Pharmacologie Fondamentale, Clinique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène .hospitalière.
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine reproduction	Biologie et Médecine du développement et de la
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
PETER DEREK	Physiologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie
ROLLAND Benjamin	Psychiatrie. d'adultes

SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUBTIL Fabien	Biostatistiques
SUJOBERT Pierre	Hématologie
VALOUR Florent	Mal infect.

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

CHANELIERE Marc  
 PERDRIX Corinne  
 SUPPER Irène

### **PROFESSEURS EMERITES**

*Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière
LLORCA Guy	Thérapeutique
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire



## Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## Composition du Jury :

### Président du jury :

Monsieur le Professeur Alain Moreau

### Membres du jury :

Monsieur le Professeur Gilles Rode

Monsieur le Professeur Cyrille Colin

Monsieur le Docteur Alexis Perret

# Remerciements

A Monsieur le Professeur Alain Moreau :

Professeur des universités - Médecine générale

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils, votre professionnalisme et votre humanisme. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect. Un immense merci pour votre aide pour mon changement de voie vers la médecine générale. Les démarches pour quitter la chirurgie et rejoindre la médecine générale ont été complexes, mais grâce à votre soutien, ainsi qu'à celui du Pr Burillon et du Pr Cochat, que je remercie aussi, elles ont pu aboutir de façon favorable.

A Monsieur le Professeur Cyrille Colin :

Professeur des universités – Praticien hospitalier – Epidémiologie, économie de la santé et prévention.

Vous avez accepté de participer à mon jury de thèse et de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de toute ma considération.

A Monsieur le Professeur Gilles Rode :

Professeur des universités – Médecine physique et de réadaptation

Je vous remercie de participer au jury de ma thèse et d'évaluer mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A monsieur le Docteur Alexis Perret :

Médecin généraliste

Tu as été le tout premier médecin généraliste que je rencontrais en tant qu'interne. J'ai été époustoufflée par ton dynamisme, ta curiosité, ton humilité, ta patience, ta bienveillance avec les patients. Ta vision du soin a confirmé ma volonté d'être médecin généraliste en zone rurale. Ton accueil a été formidable, que ce soit au cabinet ou dans ta famille. Merci

aussi à Bénédicte pour son sourire et ses bons petits plats. Merci pour ton écoute, ta transmission d'expériences, ta générosité et ton humour (spécialement pour les jeux de mots !). Et merci d'avoir accepté de m'encadrer pour ma thèse. C'est un honneur d'être ta première thésarde.

Merci aux chirurgiens orthopédistes qui m'ont formé et m'ont permis d'acquérir une expérience, souvent utile en médecine générale rurale : F. Chotel, R. Koelher, K. Abelin Genevois, G. Vaz, P. Neyret, S. Lustig, S. Raux, V. Cunin, B. Giraud, H. Arnoud, E. Gancel, F. Saussac M. Guyard, A. Jacquel, H. Ouanezar, I. Izem, F. Plottard, W. Guicherd...

Merci à l'équipe de chirurgie infantile uroviscérale de l'HFME pour leur douceur et leur sympathie : P. Mourriquand, P-Y. Mure, R. Dubois, T. Gelas, D. Demede, D. Gorduza, F. Hameury, F. Lardellier..

Merci à tous les médecins généralistes qui m'ont accueillie en stage et ont partagé avec bienveillance et bonne humeur leur vision de ce métier aux multiples facettes : Bénédicte, Annabelle, Pierre et Charlotte (que de bons petits soins pour vos internes et leurs papilles), Coralie, Sylvie, Paul (une grande rigueur dans les prescriptions et des débriefings subtils sur la relation médecin/malade), Francis (une formation en or à l'échographie, aux projets et aux idées insolites !), Thierry.

Merci à l'équipe des urgences de Saint Luc Saint Joseph.

Merci aux médecins qui ont accepté de partager leurs dossiers médicaux pour cette étude.

Merci à mes parents. Merci pour votre présence et votre soutien tout au long de mes études et pour vos remarques et la chasse aux fautes d'orthographe sur ce travail.

Merci Papa pour m'avoir transmis ta détermination, ta rigueur, ta motivation, qui ont été précieuses pour mes études et dans bien d'autres domaines (notamment en trail ou en vélo). Merci Maman pour ta douceur, ta patience, ton ouverture d'esprit et ta capacité à me surprendre jour après jour !

Merci à mon frère. Merci Sim pour ta présence à mes cotés, ton écoute, ton grain de folie. Merci d'apporter dans la famille une âme artistique. Je te souhaite de la réussite, de beaux projets et de pouvoir t'exprimer comme tu l'entends dans la Photographie.

Merci à mes tantes et oncles, à mes cousines et cousins. Noël sans vous serait bien fade (sans parler de tes plats exquis Gilles !). Vivement les prochaines chorales post prandiales ! D'ailleurs « Qu'est ce que t'as dans panier ? »

Merci mon Fred: Merci d'avoir ouvert un magasin de vélo en face de la station médicale. Merci pour ton soutien, ta patience (très très grande !), ton précieux sourire, tes idées folles et fixes... Merci d'être aussi Chouette (pas l'animal) ! Et merci pour les belles rencontres que tu m'as permises : Super Matt et Aurore, Titi et Jacqueline, la Privas Sport Compagnie avec Gégé le grand chef, Manu, Michel, Claude... Chantal, Claude Claire, Simon, Juju (Tu reviens l'hiver prochain stp ?), Yann, Fatscal, Marc et sa libération, Isa et Manu, Sof et Mathieu, Léa, Luc et Yann mon binôme de Chilkooterie, Kamelott (si tu pouvais arrêter de me griffer les pieds ?), Principe, Chouette alors, Estaminet, Vernon... Et le Serre de Bar, ma deuxième maison !

Merci à mes amis :

Merci à Clémence, une rencontre magique. Merci pour ta douceur inégalable, ton écoute, ton humour corrosif. Que de bons moments passés en Corse, à Reims sans champagne, chez un tatoueur, sur les pistes de danse, sur les sentiers, dans tes nombreux appartements bisontins, du sel sur la main gauche et un citron dans la main droite, une poche de glace sur la joue...

Merci à Sof, Sébastien le crabe, co équipière de poney, ma confidente, ma colloc'. Quel bonheur de te voir si épanouie, si Sof !

Merci à Cam, Pedro, Lolo. Vous m'avez transmis le gout de la rando, des bivouacs (il fait quand même froid dans le Vercors !), de l'escalade, de la Drôme, du bon vin rouge, la vraie vie quoi ! Merci Cam pour ces belles vacances partagées sur les sentiers, les soirées à papoter en sirotant de doux breuvages... Merci Lolo de m'avoir envoyé au Cheylard, quelle bonne idée ! Merci pour ta bonne humeur, impossible d'écouter « Boogie Wonderland » sans penser à toi. Merci Pedro pour ta bienveillance, les échanges dans la cuisine de la colloc, les danses sous la tanière de M. Valton, tes avis enflammés toujours très nuancés, ton

amour contagieux de la Drôme, ton bœuf bourguignon après une rando glaciale dans le Vercors...

Merci à tous les bressans : Clem (et nos retours épiques à l'annexe, nos randos et baignades dromoises), Thib et Ju, Martin et Gawelle, Lulu, Thibault... Heureusement que vous étiez là pour ce premier semestre en orthopédie et pour marquer le début de cette nouvelle vie lyonnaise.

Merci Béré. Merci pour cette incroyable complicité, ces folies partagées. Dans la nuit en petit chat en Bourgogne, sur la piste de danse d'une péniche, sur le Mont Thou, au bord d'une piscine à Séville quand tu gagnes un pari, aux Eurockéennes (Vive les Pomportes et les échappées sauvages !).

Merci Lélia. Merci pour ta gentillesse sans limite, ta douceur. Merci de m'avoir initié au trail (le virus a fait du dégât depuis !). Je suis contente d'avoir été à tes cotés au tout début de cette belle histoire avec Guillaume. Encore pardon pour la tenue de cérémonie !

Merci Marionne. Merci pour ta bonne humeur, les bons moments sur mon balcon à la colloc, à Istanbul (en échappant aux gazs lacrymo, en écrivant des manuels très pertinents pour aider les jeunes demoiselles à trouver un mari, Dikat !, Ta Tongue !)

Merci à mes copines du poney : Mini Cha et Tata Maud (prêtes à louper Desperates Housewives pour les apéros du mardi soir) et à Ghis, pour tes bons soins à Hokkaido et à nous.

Merci à Hokkaido pour m'avoir porté, supporté et apaisé pendant ces années d'études de médecine.

Merci à mes amies et amis de Besac : Floch et Elena mes fiancées, Fanny, Adeline, Mona, Camille, Pierre Marie, PEG, Laura, Charlotte pour avoir mis des paillettes dans ces années d'étude parfois un peu trop longues et sages. Une douce et douloureuse pensée à Apolline.

Merci à mes amis du Cheylard qui agrémentent bien les rempla et rendent cet internat si vivant : Lucile, Kelly, Coralie, Alexandre, Maud.

Merci à mes co internes d'orthopédie pour avoir adouci l'ambiance parfois un peu rude en stage : Tom sans chemise ni chaussure pointue (un jour on ne sera plus en sous effectif !), Lulu, Cyril, Charles, Anya, Romain, Antoine, Marion, Mathieu, Thib, Camille, Hervé, Gael...

Merci à mes co internes fabuleux d'uroviscéral pédiatrique : Ben, Ines, Dorothée, Paul. Une ambiance magique : « Target et Focus », soirées endiablées, gardes de chat... Au fait il reste des dossiers à faire ?

Merci à toutes les personnes qui m'ont soutenu dans mon changement de voie de la chirurgie vers la médecine générale et qui m'ont supportée, divertie, apaisée, choyée dans cette période intranquille.

Merci à Charlotte et Arnaud d'être arrivé aux Vans. Votre rencontre est précieuse et promet d'être riche en bons moments.

Et merci à tous les habitants des Vans pour cet accueil si chaleureux qui me convainc de m'installer dans ce petit paradis !

## Table des matières:

	pages
<b><u>Introduction</u></b>	18
1 Pourquoi cette étude?	18
2 Que dit la littérature ?	18
3 Définition du motif de consultation et du résultat de consultation	19
4 Différentes classifications disponibles	20
5 Les rôles du médecin généraliste	21
6 Objectifs de l'étude	22
<b><u>Matériel et méthode</u></b>	22
1 Caractéristiques de l'étude	22
2 Lieux et dates de l'étude	22
3 Choix du nombre de journées de consultations par praticien	23
4 Critères d'inclusions et d'exclusions de l'étude	24
5 Logiciels utilisés	24
6 Fiche de recueil des données	25
7 Ce que nous avons dû exclure par manque de données disponibles	27
8 Choix de la classification pour le codage	27
9 Aspects éthiques et réglementaires	28
<b><u>Résultats</u></b>	29
1 Caractéristiques des consultations	29
1.1 Répartition hommes/femmes	29
1.2 A propos des tranches d'âge rencontrées	29
1.3 Concernant les antécédents des patients	30



2 Résultats de consultations	31
3 Motifs de consultations	32
4 Champs cliniques abordés	36
5 Procédures de soins	38
5.1 Concernant la biologie	38
5.2 Concernant les imageries	41
5.3 Concernant les avis spécialisés	43
5.4 Concernant la réalisation d'une ordonnance	45
5.5 Concernant les arrêts de travail	47
5.6 Concernant la prescription de kinésithérapie	49
6 Gestes pratiqués au cabinet par les médecins généralistes	50
7 Orientation des patients	51

## Discussion 51

1 Discussion des principaux résultats de l'étude	51
1.1 Nombre moyen de motifs de consultations et de résultats de consultations	51
1.2 Résultats de consultations et motifs de consultations les plus fréquents	52
1.3 Procédures de soins	55
1.4 Gestes pratiqués par les médecins généralistes	57
1.5 Orientation des patients	59
2 Forces et Limites de l'étude	60
2.1 Forces de l'étude	60
2.2 Limites de l'étude	61
3 Le médecin généraliste : acteur du premier recours au système de soins	64
3.1 Variété de la population prise en charge	64
3.2 Polyvalence des compétences du médecin généraliste	65
3.3 Le médecin généraliste organise principalement sa prise en charge en ambulatoire	66
3.4 Le médecin généraliste: un acteur principal de la prévention	66

3.5 Le médecin généraliste suit son patient dans le temps	67
4 Le médecin généraliste : au centre du parcours de soins coordonné	69
4.1 Un travail en équipe avec des confrères médicaux ou paramédicaux	69
4.2 Un travail en équipe avec les centres hospitaliers	69
4.3 Un travail en équipe avec les spécialistes	70
5 Perspectives	71
<u>Conclusion</u>	74
<u>Bibliographie</u>	75
<u>Mots clefs</u>	77
<u>Abréviations</u>	78
<u>Annexes :</u>	78
Annexe 1 : Fiche de recueil des données	78
Annexe 2 : Chapitres de la CIM 10	79

# Introduction :

## **1. Pourquoi cette étude ?**

Lors de ma formation d'interne, j'ai eu l'opportunité de pouvoir effectuer trois stages chez le praticien, que j'ai choisis en Ardèche. Je souhaitais découvrir la médecine générale rurale, je suis donc allée au Cheylard (niveau 1 et niveau 2) et aux Vans. Au cours de ces stages, j'ai été frappée par la richesse et la variété des consultations. J'avais l'impression de sauter « du coq à l'âne », de balayer un vaste champ de la médecine et même parfois de dépasser le cadre classique de la médecine pour avoir à gérer des demandes sociales, sentimentales, professionnelles qui peuvent un peu désarçonner mais qui renforcent l'intérêt de la profession.

Le Cheylard se trouve à 1h30 du premier centre hospitalier, il n'y a pas de spécialiste, l'imagerie y est disponible le lundi uniquement. Aux Vans, le premier centre hospitalier est à 35 mn de route, il n'y a pas d'imagerie ou de spécialiste sur place. De part cet éloignement géographique, il est donc logique que les praticiens soient amenés à prendre en charge des demandes de soins d'une grande diversité, réaliser par eux-mêmes des gestes techniques, transférer moins facilement les patients à un spécialiste ou à l'hôpital. La distance est dans ce cas un obstacle aux soins.

Cette curiosité pour la variété des motifs de consultations et donc la pratique de la médecine générale en rural m'a donc incité à étudier ce sujet pour ma thèse. Je voulais voir de façon plus objective si cette impression se confirmait. Quelle était la réalité de la pratique de la médecine générale rurale sur le plan des demandes de soins et des procédures thérapeutiques ? Qu'est ce que signifiait alors la position de premiers recours du médecin généraliste et sa position de coordinateur de soins ?

## **2. Que dit la littérature ?**

Je me suis donc intéressée aux études portant sur ce sujet. Il y a en fait peu de données publiées sur l'ensemble des motifs de consultations en soins ambulatoire. En milieu hospitalier, beaucoup d'informations sont connues grâce au PMSI. En médecine ambulatoire, certains organismes privés permettent de recueillir des informations (les réseaux d'IMS-Health (Intercontinental Marketing Services) et Thales (CEGEDIM) mais portant surtout sur les prescriptions médicamenteuses. L'observatoire de médecine générale (OMG) créé en 1995 par la société française de médecine générale (SFMG) a été interrompu en 2011 faute de soutien financier (1).

On peut aussi recueillir des informations issues de travaux menés par l'Assurance maladie (sur les médicaments remboursés, les ALD...).

L'étude ECOGEN de L. Letrilliart (1) est la première étude destinée à décrire la distribution des motifs et des résultats de consultation de grande envergure. C'est une étude multicentrique menée entre décembre 2011 et avril 2012 sur 20613 consultations. Les informations ont été recueillies par 54 internes sur 27 départements. La classification CISP 2 a été choisie pour coder les motifs et résultats de consultation.

Les motifs et le contenu de la consultation de médecine générale ont aussi été traités dans des thèses que j'aborderai dans la discussion.

Je n'ai pas retrouvé d'étude portant sur une pratique rurale uniquement.

### **3. Définition du motif de consultation et du résultat de consultation**

Afin d'éviter toute confusion entre motif et résultat de consultation, il est important de les définir. Le « motif de consultation » est la demande du patient, sa plainte, par exemple « toux », « fièvre », « douleur de l'épaule », « renouvellement d'ordonnance »...

Le « résultat de consultation » (RC) a été défini par le SFMG à partir des concepts du Dr R. Braun. Il a défini 4 types d'états morbides dénommés « résultat de consultation » :

- un symptôme
- un syndrome
- une maladie
- un diagnostic certifié

Il ne faut pas confondre résultat de consultation et diagnostic (même si le RC peut être un diagnostic !). Le RC est une conclusion diagnostique, une délibération. C'est un trouble de la santé que le médecin estime avoir à résoudre à la fin de l'entretien et de l'examen clinique. (2)

Le RC est une « certitude sémiologique », il est confortable pour le médecin qui élimine un risque vital ou fonctionnel immédiat, maîtrise les risques évolutifs et pour le patient qui ressent le risque pris en compte par le médecin, et qui est placé en situation d'attente, de surveillance active.

Un dictionnaire des RC a été réalisé, pour progresser sur un langage commun.(3)

C'est un langage propre et spécifique à la médecine générale, une modélisation des processus de décisions et des situations diagnostiques concrètes rencontrées sur le terrain.

Le RC met fin au mythe du diagnostic préalable à toute décision : « Je ne sais pas ce que vous avez mais je sais ce que je dois faire » disait le Pr Grenier.(4)

#### **4. Différentes classifications disponibles**

La CIM 10 (Classification internationale des maladies) est une nomenclature publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), actuellement à sa dixième révision entrée en vigueur dans notre pays en 1993. Elle code les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures. La liste des codes contient 14 400 codes différents et permet de coder de nombreux diagnostics et situations cliniques ou sociales. Utilisant des sous-classifications facultatives, le nombre de codes peut s'étendre jusqu'à 16 000. Cf annexes.

La CISP est la classification internationale des soins primaires. Elle est la version française de l'International Classification of Primary Care (ICPC), développée par l'Organisation internationale des médecins généralistes (Wonca). Elle appartient à la famille des classifications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme classification associée à la Classification internationale des maladies (CIM). Elle permet de classer et coder trois éléments de la consultation de médecine générale, ou plus généralement de soins primaires. Il s'agit des motifs de rencontre (du point de vue du patient), les appréciations portées par le professionnel de la santé (problèmes de santé diagnostiqués) et les procédures de soins (réalisées ou programmées). La CISP est une classification bi-axiale, dont le premier axe est composé de 17 chapitres désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres psychologique et social) et le second axe de sept composants (symptômes et plaintes, procédures diagnostiques et préventives, procédures thérapeutiques, résultats d'examens complémentaires, procédures administratives, références et autres motifs de contact, diagnostics et maladies). À chaque rubrique est associé un code comprenant trois caractères alphanumériques, dont une lettre désignant le chapitre suivie de deux chiffres spécifiant la rubrique. La CISP-2 comporte 687 rubriques sans les procédures (composants 1 et 7 seulement), disposant le plus souvent de critères d'inclusion et d'exclusion, et d'une correspondance avec la liste de codes CIM-10. Elle a été développée initialement pour le recueil manuel et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale.

## 5. Les rôles du médecin généraliste

JL. Gallais met en évidence dans son étude : « Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales » la compétence du médecin généraliste dans la diversité des aspects curatifs et préventifs de la santé. De plus il met en valeur la disponibilité du médecin généraliste, sa place primordiale dans la continuité des soins au cabinet et à domicile.(5)

Bourgueil dans son étude : « Le rapprochement de données de médecine générale et de remboursement de l'assurance maladie : étude de faisabilité et premiers résultats » insiste sur le manque d'informations sur la morbidité diagnostiquée et la prise en charge en ville et souligne que les situations rencontrées évoluent vers la complexité.(6)

La thèse de J. Signoret montre aussi cet accroissement de la complexité des consultations de médecine générale. Le nombre moyen de RC par consultation est passé de 1.9 à 2.6 entre 1993 et 2010. Le poids de l'aigu est resté stable dans le temps. Il y a d'avantages de problèmes de santé chroniques et de demandes administratives à gérer. Ceci est bien évidemment favorisé par le vieillissement de la population (2).

Le rôle du médecin généraliste dans la prévention ressort dans de nombreuses études.

ECOGEN souligne cette activité principale (1).

L'OMG retient comme premier motif de consultation : « examen systématique et préventif »(7).

L'assurance maladie publie en 2009 un « point d'info » sur ce sujet : « Le médecin traitant, adopté par la majorité des français, favorise la prévention. ». Cet article illustre les progrès réalisés en terme de prévention grâce au statut de médecin traitant et aux thèmes prioritaires de la loi de santé publique. (8)

Le médecin généraliste est donc en position de premiers recours, il occupe une place primordiale dans les soins primaires.

La prévention tient une place majeure dans son activité quotidienne.

Et il est aussi au carrefour du système de soins, avec un rôle de coordinateur des soins, il organise un suivi personnalisé du patient. C'est un médiateur et régulateur à l'interface des acteurs médicaux, sociaux et de la famille(5). Cette approche globale est en permanence centrée sur le patient.

## 6. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude descriptive était de mesurer la variété et la distribution des motifs et résultats de consultation en médecine générale rurale en Ardèche. Secondairement, le but était aussi de recueillir des informations sur les procédures de soins et la trajectoire du patient proposées par le médecin généraliste, et ainsi d'observer de façon plus objective le rôle du médecin traitant dans le parcours de soins du patient.

## Matériel et méthode

### 1. Caractéristiques de l'étude

Pour explorer le contenu de ces consultations de médecine générale rurale, nous avons choisi de faire une étude descriptive rétrospective qui permet de transcrire au mieux les conditions réelles de la pratique quotidienne, habituelle(9). Il ressort des consultations passées, de leur véracité et spontanéité, les habitudes des praticiens. On n'est pas tenté de mener une consultation idéale, comme pour donner une leçon à des étudiants. Il y a plus de neutralité. Le prospectif ne garantit pas une meilleure précision si les dossiers médicaux sont bien remplis. La thèse de G. Flesh Georgel (10), montrait dans son recueil de données prospectif un sexe des patients non connu dans 11% des cas. Le rétrospectif nous a permis aussi de faire une étude exhaustive sur une année entière, en toute saison, qui permet d'éviter le biais des épidémies saisonnières. Nous avons aussi pu simplement avec le rétrospectif utiliser le hasard pour les dates utilisées, nous permettant donc d'avoir un échantillon plus représentatif de la pratique réelle.

### 2. Lieux et dates de l'étude

Nous avons choisi 6 praticiens, volontaires, en Ardèche, où j'avais effectué mon stage praticien niveau 1 : Le Cheylard et mon deuxième SASPAS : Les Vans.

Au Cheylard, les données ont été recueillies auprès du Dr Perret Alexis et du Dr Capeillere Annabelle, tous deux MSU, qui travaillent ensemble dans une maison de santé.

Aux Vans, j'ai recueilli les données auprès du Dr Pellet Francis, du Dr Salmacis Thierry, du Dr Maurin Laure, MSU également, qui travaillent à la Station médicale des Vans, une maison de santé.

Egalement auprès du Dr Faubry Paul, MSU, travaillant en partie à la maison de santé des Vans et d'autre part à son cabinet à Saint Paul le jeune.

L'âge moyen des praticiens était de 46,7 ans.

J'ai tiré au sort des dates de journées de consultation, grâce à un logiciel : « Hasard », sur l'année 2016. J'ai retenu 5 journées de consultations par praticien. J'ai ressorti la journée de leur agenda de consultation puis rechercher par nom le patient concerné, et la consultation choisie.

Si le praticien ne travaillait pas au cabinet ce jour la, j'ai choisi la journée de la veille. Si cela n'allait toujours pas, pour des congés par exemple, j'avais tiré a sort une 6eme journée au hasard. Ces deux solutions m'ont permis d'avoir mes 5 journées de consultations par praticien.

Les dates retenues étaient :

-1<sup>er</sup> mars 2016

-3 mai 2016

-16 juin 2016

-9 aout 2016

-3 octobre 2016

Et la 6eme de secours : 15 novembre 2016

### **3. Choix du nombre de journées de consultations par praticien**

Pour cette étude, nous voulions un nombre de consultation qui soit cohérent avec un échantillon représentatif de la pratique de la médecine générale rurale. Nous voulions aussi intégrer plusieurs praticiens pour augmenter cette représentativité, chacun ayant sa patientèle et ses habitudes, ses spécificités. Nous nous sommes basés sur un nombre moyen de 20 consultations par jour par praticien, sachant qu'il y a des demi journées où les praticiens ne travaillent pas ou sont en visite a domicile ou à l'hôpital.



Cela faisait 20\*5\*6 soit 600 consultations environ, ce qui répondait à nos objectifs. Et comme notre travail est une étude descriptive et non analytique, nous n'avions pas de nombre minimal de patients à avoir pour mettre en évidence un facteur de risque, un lien de causalité.

#### **4. Critères d'inclusions et d'exclusions de l'étude :**

Sur les journées de consultation tirées au sort, nous avons inclus dans l'étude toutes les consultations réalisées au cabinet du praticien, tracées dans le dossier du patient.

##### N'ont pas été inclus :

- Une éventuelle consultation rapide non prévue, pour laquelle il n'y a pas de trace sur l'agenda du praticien.
- Les visites à domicile qui ont rarement des notes dans le dossier informatique.
- L'activité hospitalière du praticien. Car aux Vans et au Cheylard, tous les praticiens de l'étude participent aux visites des patients hospitalisés à l'hôpital local.
- Les sorties Médecins Correspondants Samu des praticiens qui sont d'astreinte de nuit mais aussi de journée. Les sorties s'ajoutent de façon imprévue à la journée de consultation. Et dans ce contexte d'urgence, il n'y a pas toujours de trace dans l'agenda ou dans le dossier du patient.
- Certaines urgences qui arrivent au cabinet de façon inopinée. Les patients arrivant avec les pompiers, qui sont médicalisés et repartent ensuite vers un CH sont rarement tracés dans les agendas et les dossiers médicaux. Certaines urgences par contre le sont : suture, plâtre, douleur abdominale... mais de façon inconstante.

#### **5. Logiciels utilisés**

Pour extraire les données, j'ai donc utilisé les logiciels médicaux de mes praticiens (que je connaissais bien pour les avoir bien utilisés en stage chez eux).

Au Cheylard, le logiciel utilisé est Médistory, logiciel classique où les informations sont classées par consultations, selon un ordre chronologique.

Aux Vans, c'est le logiciel X Med, qui est utilisé et partagé entre tous les praticiens de la MSP et avec le Dr Faubry, et l'infirmière Asalée. Au départ déroutant et exigeant, il s'avère ensuite très pratique. On peut soit accéder aux informations par consultations selon leur ordre chronologique, de façon classique ; soit par problème de santé du patient, classé selon la CIM 10, ou l'on obtient tous les actes en relation avec celui-ci (observations, ordonnances, courriers...). Aucun des praticiens n'utilisaient le DRC ou la CISP.

## 6. Fiche de recueil des données

Concernant les informations à recueillir, nous avons établi un tableau, en prenant en considération : ce que nous souhaitons obtenir pour notre objectif, ce que j'avais vu dans des études proches du thème de la notre, ce qui était possible de recueillir en pratique.

Tout d'abord, nous avons porté notre attention sur les informations administratives des patients :

-lieu de recueil : Le Cheylard, Les Vans

Pour les consultations du Dr Faubry qui exerce aux Vans et à Saint Paul le jeune, nous avons fait le choix de ne pas distinguer les lieux. Les deux lieux étant très proches, éloignés de la même façon des centres hospitaliers et des spécialistes, le nombre de patient de Saint Paul étant faible, cela n'aurait pas été d'un intérêt supplémentaire pour cette étude.

-praticien

-âge

-sexe

Pour avoir une idée de la morbidité des patients, nous avons collecté aussi :

-si le patient était en ALD ou non

-s'il présentait comme ATCD : une hypertension artérielle, un diabète (1 ou 2, insulinodépendant ou non), une cardiopathie.

Ensuite, nous nous sommes portés sur la consultation choisie.

Nous avons alors retenu :

-le motif de consultation

-le résultat de consultation

Nous avons choisi d'associer un résultat à un motif lors de mon recueil de données car étant dans une démarche rétrospective, nous n'avons pas forcément l'ensemble des plaintes du patient notées dans le dossier médical informatisé mais les principales, amenant au médecin à définir le résultat de consultation. Par exemple, si le patient venait pour rhinorrhée, odynophagie, asthénie et toux et que le résultat de consultation est « rhinopharyngite aiguë virale », nous n'avons pas compté 4 motifs de consultation qui auraient faussés les statistiques, mais recueilli le principal, le plus gênant qui est d'ailleurs souvent le seul noté.

-la classification du résultat de consultation selon la CIM 10

-le nombre de motif de consultation par consultation

Puis, par résultat de consultation, les variables d'intérêt décrites étaient :

-est ce que la situation a été gérée sur place ou le patient a-t-il été transféré de suite à l'hôpital ?

-si oui, a-t-il été transféré dans un CH ou à l'hôpital local ?

-est ce qu'un avis spécialisé par courrier ou par téléphone a été demandé ?

-est ce qu'une imagerie a été prescrite ?

Cette imagerie comprend : radiographies, échographies, scanner, IRM, fond d'œil, ostéodensitométrie.

-est ce qu'une ordonnance d'analyse biologique ou bactériologique a été rédigée ?

Ce qui comprend : analyses de sang, d'urines ou autres prélèvements bactériologiques, mycologiques.

-est ce qu'une ordonnance de traitement a été réalisée ? Ordonnance qui comprend : prescription de médicaments, de soins par une infirmière, de matériel pour faire des pansements, des conseils, consignes de surveillance...

-est ce qu'une ordonnance de kinésithérapie a été donnée ?

-est ce qu'un arrêt de travail a été fait ?

-est ce qu'un geste a été effectué lors de la consultation : électrocardiogramme, vaccin, suture, drainage d'abcès, échographie, infiltrations, frottis, pose de stérilet, plâtre, petite chirurgie...

## **7. Ce que nous avons exclu par manque de données disponibles :**

Un des objectifs de notre travail étant de montrer la diversité des demandes de soins en premiers recours en médecine générale rurale, il était frustrant pour nous de ne pas retrouver d'avantage de trace de patients que l'on prend en charge en urgence, soit pour un problème médical soit pour un problème traumatologique. Ces patients représentent précisément l'intérêt accru de cette pratique éloignée des centres hospitaliers et qui signe la particularité de l'exercice en rural. Ce n'est malheureusement pas toujours tracé.

De même, pour les visites à domicile, cela fait partie intégrante de l'activité de médecin de campagne, et elles n'ont pas pu apparaître dans l'étude.

Il aurait été également intéressant d'intégrer dans notre étude les sorties Médecin Correspondant Samu, illustrant cette spécificité de l'exercice à distance des centres hospitaliers ainsi que l'activité hospitalière des praticiens à l'hôpital local. Chaque praticien effectuant une à plusieurs visites par semaine dans les services de médecine ainsi que d'EHPAD.

Nous aurions souhaité aussi pour les consultations incluses, ajouter les précisions suivantes :

-si la consultation était programmée ou non

Car aux Vans et au Cheylard, on ajoute un nombre non négligeable de consultations non programmées.

-Si le patient possède la CMU, l'AME, ou est en maladie professionnelle, en invalidité. Ces données médicosociales sont dans certaines études recueillies et utilisées.

-Pour les consultations, portant sur les troubles anxiodépressifs, nous n'avons pas pu recueillir si un véritable entretien d'écoute active, de soutien avait été effectué.

## **8. Choix de la classification pour le codage**

Concernant la classification des résultats de consultation, j'avais le choix entre : la CIM 10, le dictionnaire des résultats de consultation, la CISP 2.

J'ai demandé l'avis du Dr JP Picheta qui est médecin au Département d'Information Médicale de Romans, et qui travaille précisément dans le domaine que je voulais traiter. Il m'a conseillé de

choisir la CIM 10. En effet cette classification est la référence internationale, et permet d'avoir une portée étendue. Elle est utilisée dans de nombreuses études.

Elle permet un meilleur regroupement, une structuration intelligente des données. Et il sera ainsi possible que mon étude soit utilisée ultérieurement pour des comparaisons avec d'autres études.

Cette classification permet de bien de retranscrire notre réflexion de médecin généraliste, dans le sens où tout problème de santé n'est pas étiqueté de suite à un diagnostic. Et les codes R : regroupant les symptômes ou les codes Z : le recours aux soins, permettent ainsi de classer avec justesse la demande de soins du patient.

On peut lui reprocher son utilisation complexe, il y a 30000 entrées, avec de nombreuses définitions (11), mais grâce au logiciel : « Aide au codage », le codage a été simple.

Le dictionnaire des résultats de consultation aurait aussi été un choix que nous pensons pertinent par sa capacité à modéliser les processus de décision ainsi que les situations diagnostiques concrètes rencontrées sur le terrain. Et il traduit bien le langage spécifique et propre à la médecine générale (4).

Mais il est utilisé surtout en France, un peu en Allemagne et en Autriche et le nombre de définition est limité (300).

La CISP a l'avantage d'intégrer des dimensions environnementales. Elle est plus connue sur le plan international mais est complexe à utiliser par ses deux axes et ses 678 items. Elle s'applique d'avantage à une étude prospective.

J'ai donc suivi les conseils du Dr Picheta et l'application s'est très bien faite, tant sur le plan de la capacité de transcription des résultats de consultations que sur la simplicité et la rapidité du codage.

## **9. Aspect éthique et réglementaire:**

Le problème de la confidentialité des dossiers médicaux peut être avancé.

J'ai reçu l'accord de chaque praticien d'avoir accès à ses dossiers.

Cette étude étant rétrospective, elle ne modifie pas les pratiques habituelles des médecins et ne rentre pas dans le cadre de la loi Huriet.

# Résultats

Nous avons recueilli les données portant sur 656 consultations.

Les praticiens ayant en plus de leur activité de consultation au cabinet, une activité hospitalière et effectuant des visites à domicile, certaines journées tirées au sort présentaient peu de consultations, par rapport à l'activité globale du praticien.

## **1. Caractéristiques des consultations :**

Nous avons recueilli sur ces 656 consultations 1028 motifs de consultation.

Le nombre moyen de motifs de consultation par consultation était de 1.56.

Le nombre de résultat de consultation était identique à celui des motifs de consultation.

Le nombre maximum de RC était de 5.

### **1.1 Répartition hommes/femmes :**

La population était composée de 298 hommes et 358 femmes, ce qui fait un ratio de 1.2.

Soit 45.4% d'hommes et 54.6% de femmes.

### **1.2 A propos des tranches d'âge rencontrées :**

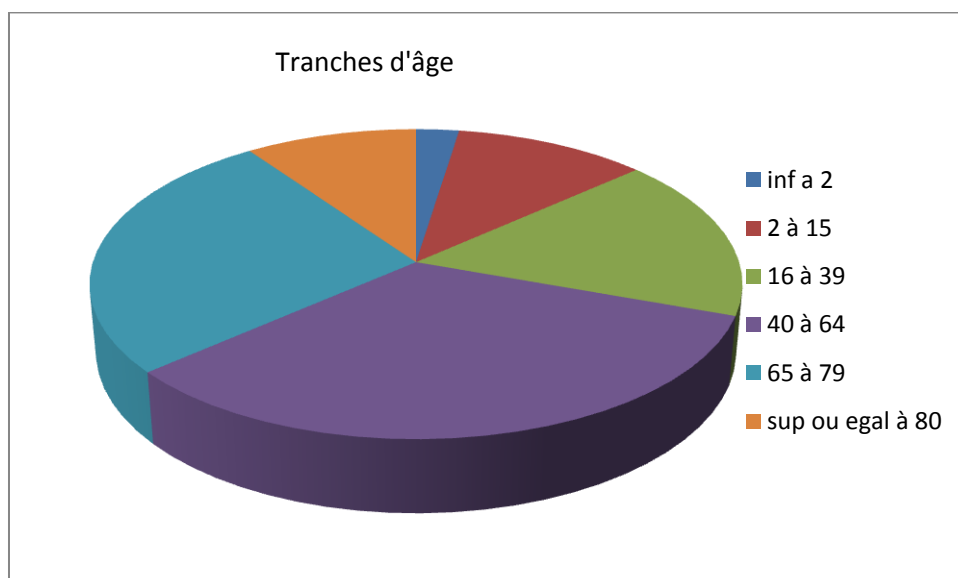
L'âge moyen de la population étudiée était de 50.7 ans.

La population la plus fréquemment rencontrée était la classe d'âge 40-64 ans puis 65-79 ans.

La population la moins fréquemment rencontrée était les enfants âgés de moins de 2 ans.

### Tranches d'âge :

Age (ans)	nombre de patients
< 2	16
2 à 15	72
16 à 39	112
40 à 64	217
65 à 79	175
sup ou égal à 80	64



### 1.3 Concernant les antécédents des patients :

208 patients étaient en ALD, soit 31.7% des patients.

206 étaient connus pour avoir une hypertension artérielle, soit 31.4% des patients.

89 étaient porteur d'une cardiopathie, soit 9.0% des patients.

Et 59 étaient diabétiques, soit 13.6% des patients.

## 2. Résultats de consultation :

Les résultats de consultation les plus fréquemment pris en charge étaient représentés par la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires : HTA (88 sur 1028 RC soit 8.5%), diabète de type 2 (39, soit 3.8%), cardiopathies (37 soit 3.6%), hypercholestérolémie (16 soit 1.6%).

61 troubles anxio-dépressifs ont été pris en charge, soit 5.9% des RC.

Les infections respiratoires ou ORL aigues tiennent aussi une part importante des RC avec les rhinopharyngites aigues (26 soit 2.5% des RC), les angines à streptocoque (11 soit 1.1%), les pharyngites virales (10 soit 1%).

L'appareil locomoteur est aussi source de nombreux RC avec les lombalgies (25 soit 2.4%), les tendinopathies (22 soit 2.1%), les lombosciatiques (19 soit 1.8%), l'arthrose (18 soit 1.8%), les douleurs de membre sans étiologie définie (15 soit 1.5%).

On retrouve aussi fréquemment la délivrance d'un certificat médical (le plus souvent d'aptitude au sport) avec 44 RC (4.3%), le dépistage des cancers du sein, cancers colorectaux, cancers du col utérin (Z129) avec 18 RC (1.8%) et la prescription de contraception orale (10 RC (1%)).

### Résultats de consultation les plus fréquents:

RC Cim10	RC	effectifs	pourcentages
I10	HTA	88	8,5
F412	trouble anxio-dépressif	61	5,9
Z027	certificat médical	44	4,3
E11	diabète 2	39	3,8
I519	cardiopathie	37	3,6
J00	rhinopharyngite aigue	26	2,5
M545	lombalgies	25	2,4
M779	tendinopathie	22	2,1
M544	lombosciatique	19	1,8
Z129	dépistage	18	0,8
M190	arthrose	18	1,8
E780	hypercholestérolémie	16	1,6
M796	douleur de membre	15	1,5
K219	RGO	13	1,3
I48	ACFA	13	1,3
E03	hypothyroïdie	13	1,3
J020	angine a streptocoque	11	1,1
N40	HBP	10	1
J029	pharyngite virale	10	1
Z309	contraception	10	1

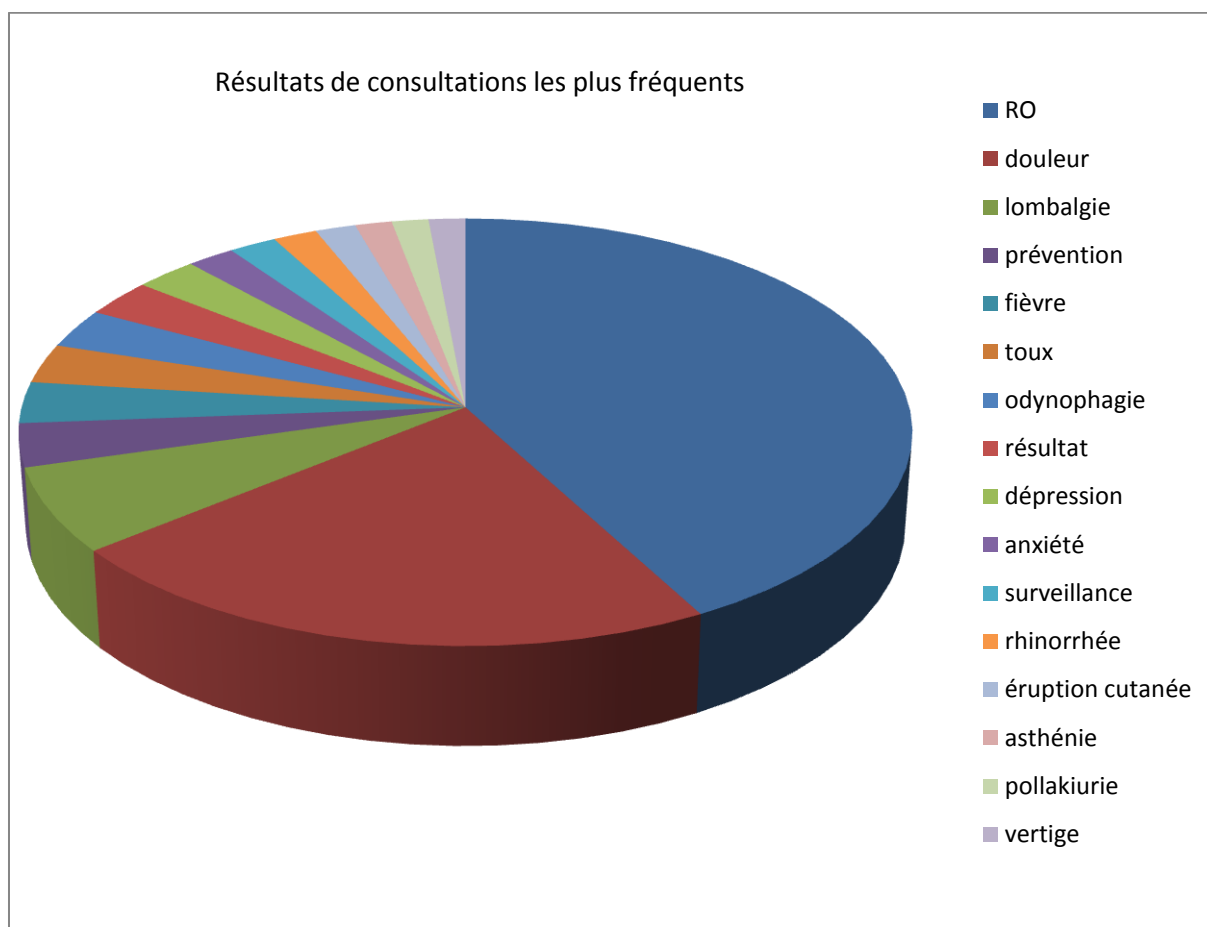


### 3. Motifs de consultations :

Les motifs de consultations les plus fréquents étaient :

- Le renouvellement d'ordonnance : 283, soit 27.5% des motifs de consultations.
- La douleur : 148 (14.4%).
- La lombalgie : 43 (4.2%).
- La prévention : 22 (2.1%).
- La fièvre : 21 (2.0%).

Le **renouvellement d'ordonnance** était présent dans 213 consultations comme au moins un des motifs, soit 32.5% des consultations.



### Motifs de consultations les plus fréquents :

Motifs	Effectifs
RO	283
douleur	148
lombalgie	43
prévention	22
fièvre	21
toux	20
odynophagie	20
résultat	19
dépression	17
anxiété	13
surveillance	13
rhinorrhée	12
éruption cutanée	11
asthénie	10
pollakiurie	10
vertige	10
diarrhée	9
céphalée	8
troubles du sommeil	8
cervicalgie	7
otalgie	7
brulures urinaires	6
dorsalgie	5
dyspnée	5
palpitations	5
constipation	5
malaise	5
lésion cutanée	5
plaie	5
RO méthadone	4
sciatalgie	3
myalgies	3
obstruction nasale	2
troubles érectiles	2

Dans le cadre de la **prévention primaire**, les praticiens ont répondu à 89 demandes, qui concernaient le plus souvent la délivrance d'un certificat de sport (30), la surveillance de la croissance (12), la réalisation de frottis (10).

Motifs de consultation du domaine de la prévention primaire :

certificat de sport	30
prévention	21
surveillance croissance	12
frottis	10
demande de biologie	6
naevus	4
dépistage CCR	3
demande de bilan IST	2
dépistage ostéoporose	1

Le résultat de consultation « prévention » comprend comme motifs :

- demande de dépistage de PSA
- vaccins anti grippal ou autre mais pas ceux s'intégrant dans le suivi de la croissance
- demande de mammographie
- découverte d'un problème de santé ne répondant pas à la demande du patient
- prévention du voyageur

Sur les 656 consultations, il y a eu 11 **épisodes de soins initiés par le médecin qui ne répondaient pas à la demande du patient** :

- un cas de découverte de maladie d'Alzheimer,
- lors de la surveillance de la croissance chez l'enfant : un kyste de l'épididyme et une catarrhe tubaire,
- 2 découvertes d'HTA,
- un cas de surpoids,
- un cas de trouble du comportement alimentaire,
- un trouble de la vision,
- 2 goitres thyroïdiens,
- une hypotension.

On retrouve dans les résultats de consultation une partie **psycho-sociale et familiale** de la médecine générale. Notamment avec la prise en charge des troubles anxio-dépressifs (61 RC), de violences conjugales (2 RC), les conjugopathies (1 RC). Les problèmes de maintien à domicile difficile avec soutien aux aidants (1RC). Sur le plan administratif, la rédaction de certificat pour des prêts immobilier, des assurances. Le médecin généraliste est aussi amené à prendre en charge de nombreuses pathologies en lien avec le travail comme les burn-out (1 RC), et d'autres maladies professionnelles notamment de l'appareil locomoteur (non spécifiées dans cette étude).

#### **4. Champs cliniques abordés :**

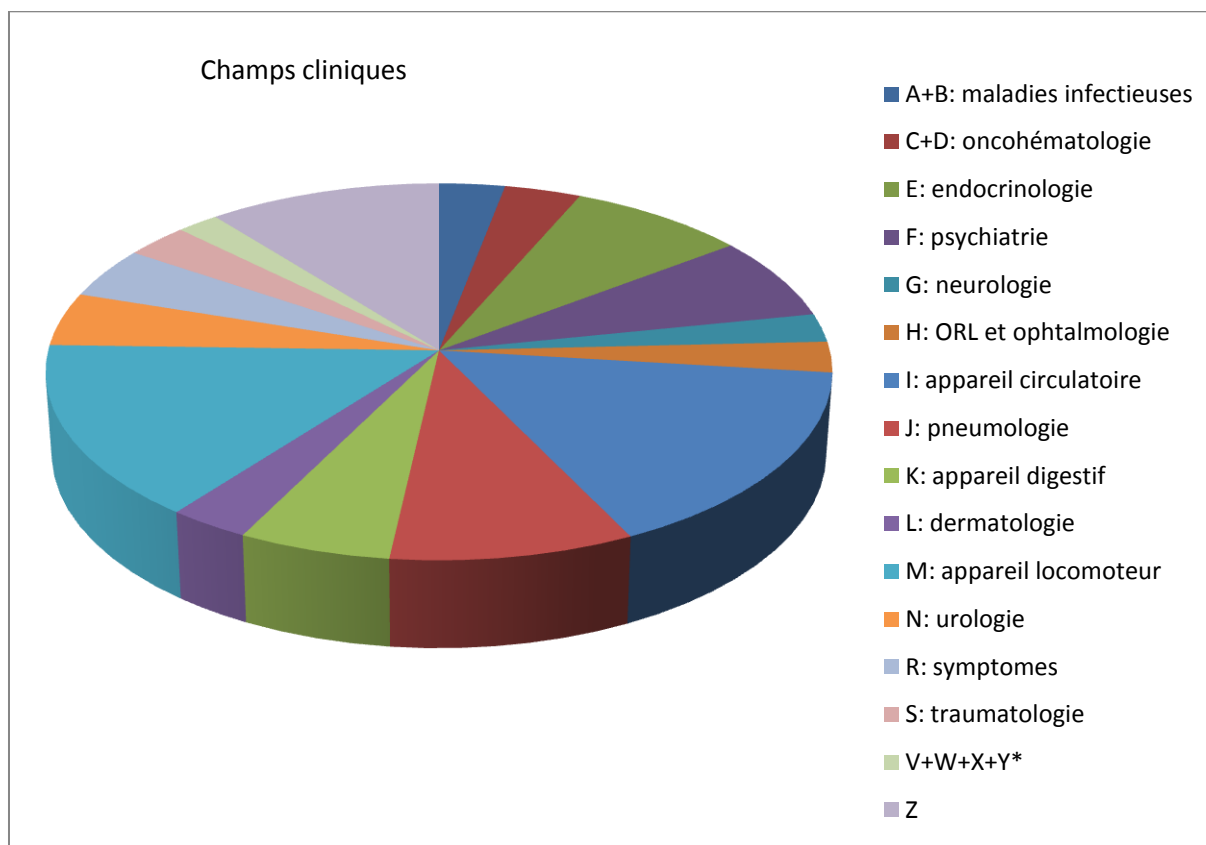
Nous nous sommes ensuite penchés sur la distribution des RC selon les champs cliniques abordés en nous basant sur les différents chapitres de la CIM 10.

Les champs cliniques les plus fréquemment rencontrés étaient l'appareil circulatoire (163 résultats de consultation), l'appareil locomoteur (orthopédie et rhumatologie)(154), l'appareil respiratoire (93) et l'endocrinologie (84).

Les thématiques les plus rarement abordées étaient : la neurologie (25), l'ORL et l'ophtalmologie (27), la traumatologie (30), les maladies infectieuses (31) et la dermatologie (31).

**Répartition des RC selon les champs cliniques :**

Champs cliniques:	Nombre de consultations :
I: appareil circulatoire	163
M: appareil locomoteur	154
J: appareil respiratoire	93
E: endocrinologie	84
F: psychiatrie	73
K: appareil digestif	58
N: appareil génito urinaire	47
C+D: oncohématologie	36
A+B: maladies infectieuses	31
L: dermatologie	31
S: traumatologie	30
H: ORL et ophtalmologie	27
G: neurologie	25



**Les résultats de consultation qui n'étaient pas des diagnostics** étaient au nombre de 79, soit 7.7% des résultats de consultation. A l'issue de la consultation, le praticien garde comme résultat de consultation un symptôme et organise sa prise en charge diagnostique. Les résultats de consultation les plus fréquents dans ce cas sont : les douleurs de membre (15), les troubles du sommeil (8) et les douleurs abdominales (6).

## **5. Procédures de soins :**

Nous avons ensuite recueilli si pour chaque consultation, des examens complémentaires étaient prescrits, nous avons noté si pour chaque résultat de consultation une biologie et/ou une imagerie était prescrite.

1196 procédures de soins ont été recueillies au total.

Ce qui représente 1.2 procédures de soins par résultats de consultation et 1.8 par consultation.

### **5.1. Concernant la biologie :**

216 biologies ont été prescrites sur 1028 résultats de consultation.

21.0 % des résultats de consultation ont donné lieu à la prescription de biologie.

182 consultations (sur 656) ont donné lieu à une prescription de biologie, soit 27.7%.

Si on considère en valeur absolue, les champs cliniques dans lesquelles nous prescrivons le plus de biologie :

- 55 en endocrinologie (E)
- 54 pour l'appareil circulatoire (I)
- 17 pour l'appareil génito urinaire (N)
- 15 pour l'appareil viscéral (K)

Remarquons que 21 biologies ont été prescrites pour des résultats de consultations « R », c'est-à-dire des symptômes anormaux sans diagnostic posé. Et 19 pour la catégorie « Z ».

Et les champs cliniques dans lesquelles nous prescrivons le moins de biologie :

- Aucune en traumatologie (S)
- 1 en ophtalmologie et ORL (H)
- 1 en maladies infectieuses (A+B)
- 2 en psychiatrie (F)

Et aucune pour la catégorie V+W+X+Y.

Ensuite, si l'on considère les champs cliniques où l'on prescrit le plus de biologies par rapport au nombre de résultat de consultation de ce champ clinique :

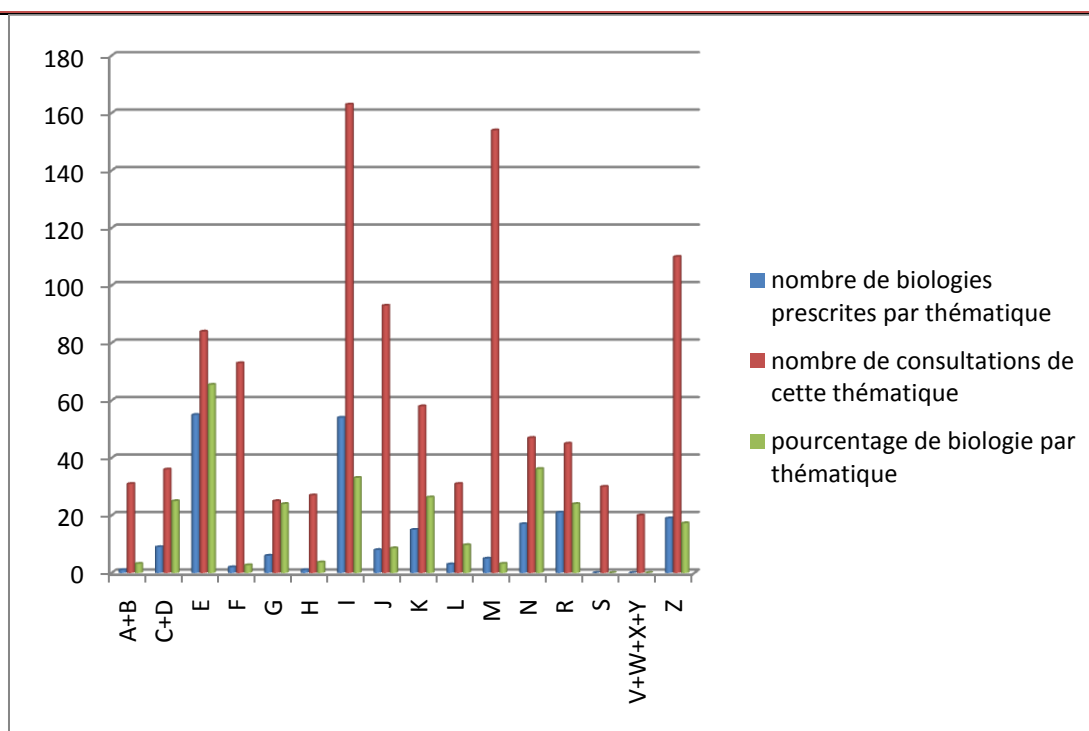
- 65.5% en endocrinologie (E)
- 36.2% pour l'appareil génito urinaire (N)
- 33.1% pour l'appareil circulatoire (I)
- 26.3% en viscéral (K)

Les champs cliniques où proportionnellement, on prescrit le moins de biologie :

- 0% en traumatologie (S) et pour V+W+X+Y.
- 2.7% en psychiatrie (F)
- 3.2% en orthopédie/rhumatologie (M)
- 3.2% en maladies infectieuses (A+B)

### Biologies prescrites selon les thématiques

Thématiques	nombre de biologies prescrites par spécialité	Nombre de RC de cette spécialité	pourcentage de biologies par spécialité
A+B: maladies infectieuses	1	31	3,2
C+D: oncohématologie	9	36	25
E: endocrinologie	55	84	65,5
F: psychiatrie	2	73	2,7
G: neurologie	6	25	24
H: ORL et ophtalmologie	1	27	3,7
I: appareil circulatoire	54	163	33,1
J: pneumologie	8	93	8,6
K: appareil digestif	15	58	26,3
L: dermatologie	3	31	9,7
M: appareil locomoteur	5	154	3,2
N: urologie	17	47	36,2
R: symptômes	21	45	24
S: traumatologie	0	30	0
V+W+X+Y	0	20	0
Z	19	110	17,3



**Répartition des prescriptions de biologies selon les thématiques et la fréquence de ces thématiques.**



## 5.2. Concernant les imageries :

95 imageries ont été prescrites, sur 1028 résultats de consultation, soit 9.24%.

91 consultations ont donné lieu à une prescription d'imagerie, soit 13.9% des consultations.

En valeur absolue, les champs cliniques où le plus grand nombre d'imagerie ont été prescrites sont :

- 27 en orthopédie/rhumatologie (M)
- 10 en endocrinologie (E)
- 10 pour l'appareil génito urinaire (N)
- 9 en traumatologie (S)

Et 9 pour la catégorie « R ».

### Les champs cliniques où le moins d'imageries ont été prescrites :

- Aucune en maladies infectieuses (A+B), en psychiatrie (F) et pour la catégorie « V+W+X+Y »
- 1 en neurologie (G)
- 1 en dermatologie (L)

Par rapport au nombre de résultat de consultation de la thématique, on observe que les thématiques donnant lieux aux plus fréquentes prescriptions d'imageries sont :

- la traumatologie (S) : 30.0%
- l'appareil génito urinaire (N) : 21.3%
- l'orthopédie (M) : 17.5%
- l'onco hématologie (C+D) : 13.9%

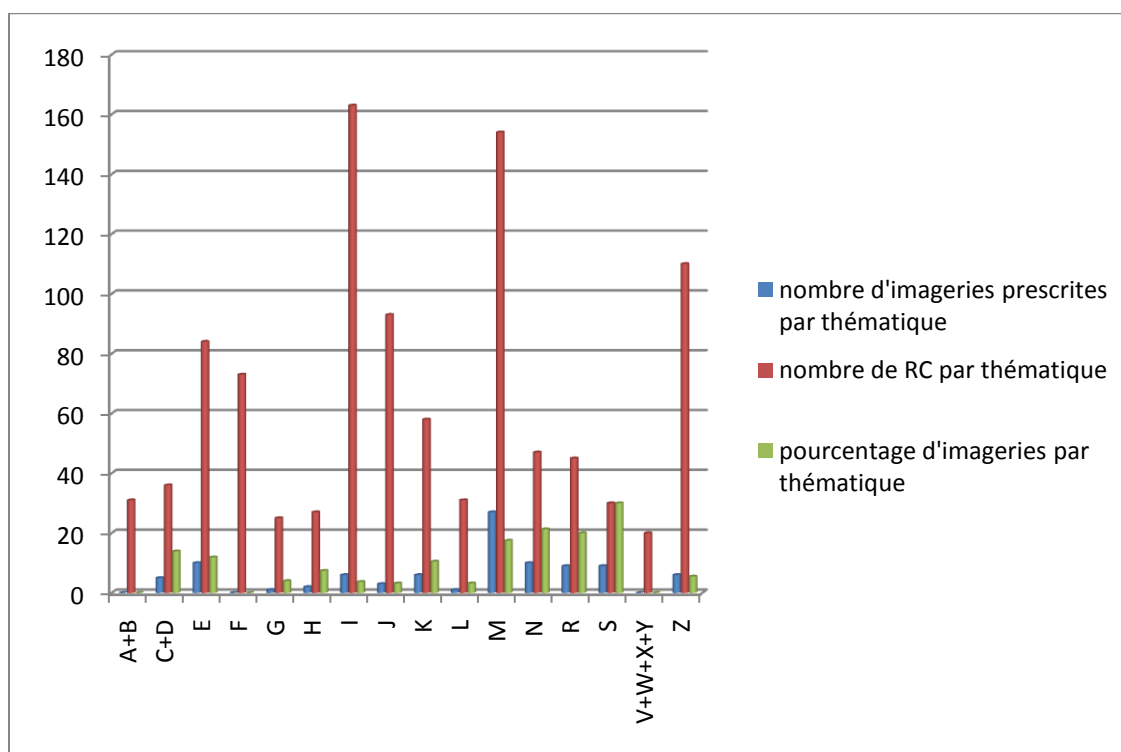
Et 20.0 % pour la catégorie « R ».

De même, les spécialités entraînant en valeur relative le moins de prescriptions d'imageries sont :

- Les maladies infectieuses (A+B), la psychiatrie (F) : 0%
- La dermatologie (N) : 3.2%
- L'appareil respiratoire (J) : 3.2 %

**Imageries :**

Thématiques	Nombre d'imageries prescrites par résultat de consultation	nombre de résultat de cette thématique	pourcentage d'imagerie par thématique
A+B: maladies infectieuses	0	31	0
C+D: oncohématologie	5	36	13,9
E: endocrinologie	10	84	11,9
F: psychiatrie	0	73	0
G: neurologie	1	25	4
H: ORL et ophtalmologie	2	27	7,4
I: appareil circulatoire	6	163	3,7
J: pneumologie	3	93	3,2
K: appareil digestif	6	58	10,5
L: dermatologie	1	31	3,2
M: appareil locomoteur	27	154	17,5
N: urologie	10	47	21,3
R: symptômes	9	45	20
S: traumatologie	9	30	30
V+W+X+Y	0	20	0
Z	6	110	5,5



**Répartition des prescriptions d'imagerie selon les thématiques et la fréquence de ces thématiques.**

### **5.3. Concernant les avis spécialisés :**

113 avis spécialisés ont été demandés par courrier en adressant un patient ou par téléphone lors de la consultation, ce qui représente 11% des motifs de consultation et 17.2% des consultations.

Les thématiques dans lesquelles, il est demandé le plus d'avis spécialisés sont :

- L'appareil circulatoire (i) : 20
- L'orthopédie/rhumatologie (M) : 15
- L'oncohématologie (C+D) : 12
- L'appareil digestif (K) : 11

Les thématiques où il est demandé, le moins d'avis spécialisés sont :

- Les maladies infectieuses (A+B) : 1
- L'appareil génito urinaire (N) : 2
- La traumatologie (S) : 3
- L'endocrinologie (E) : 4

Si l'on considère les pourcentages les plus élevés d'avis spécialisés demandés, par rapport au nombre de résultats de consultation du champ clinique ; on demande de façon relative le plus souvent des avis spécialisés en :

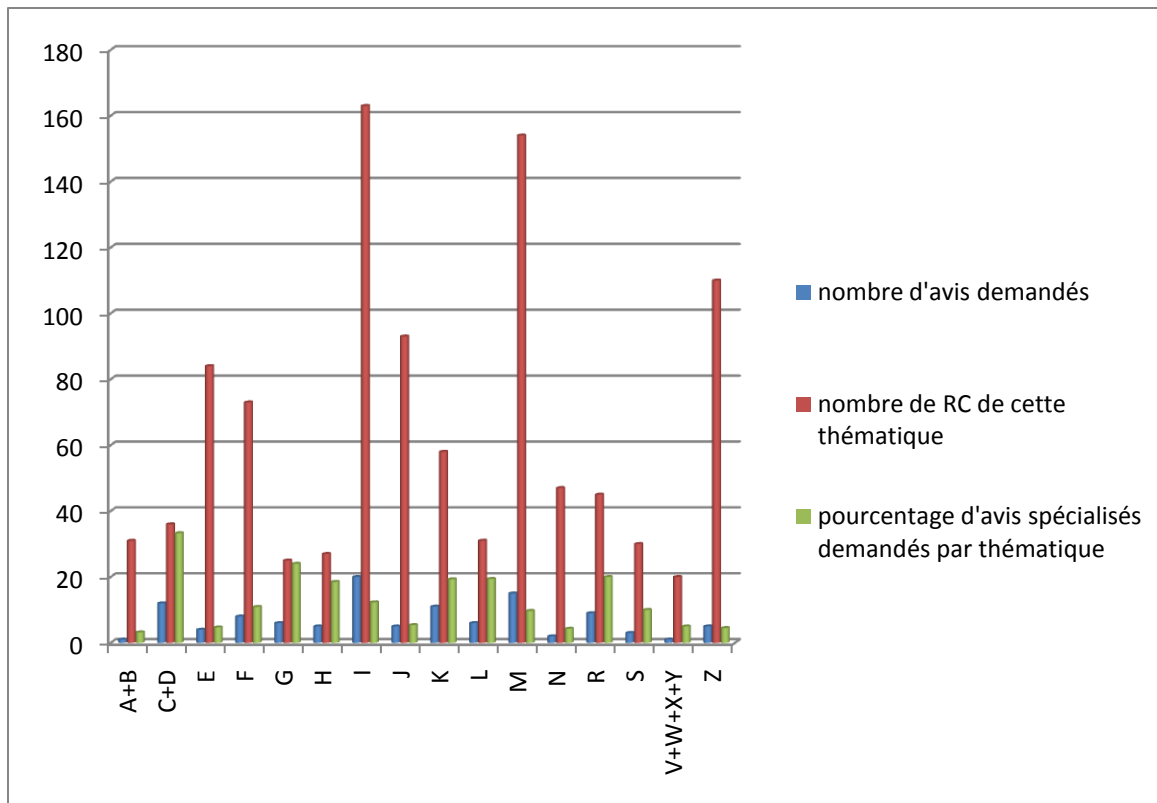
- Onco-hématologie (C+D) : 33.3%
- Neurologie(G) : 24%
- Dermatologie (L) : 19.4%

Et le moins souvent :

- En maladies infectieuses (A+B) : 3.2%
- Appareil génito urinaire (N) : 4.3%
- Endocrinologie (E) : 4.7%

**Avis spécialisés :**

<b>Thématiques</b>	<b>nombre d'avis demandés</b>	<b>nombre de RC de cette thématique</b>	<b>pourcentage d'avis spécialisés demandés par thématique</b>
<b>A+B: maladies infectieuses</b>	1	31	3,2
<b>C+D: oncohématologie</b>	12	36	33,3
<b>E: endocrinologie</b>	4	84	4,7
<b>F: psychiatrie</b>	8	73	10,9
<b>G: neurologie</b>	6	25	24
<b>H: ORL et ophtalmologie</b>	5	27	18,5
<b>I: appareil circulatoire</b>	20	163	12,3
<b>J: pneumologie</b>	5	93	5,4
<b>K: appareil digestif</b>	11	58	19,3
<b>L: dermatologie</b>	6	31	19,4
<b>M: appareil locomoteur</b>	15	154	9,7
<b>N: urologie</b>	2	47	4,3
<b>R: symptômes</b>	9	45	20
<b>S: traumatologie</b>	3	30	10
<b>V+W+X+Y</b>	1	20	5
<b>Z</b>	5	110	4,5



Répartition des demandes d'avis spécialisés demandés selon les thématiques et la fréquence de ces thématiques.

#### **5.4. Concernant la réalisation d'une ordonnance :**

725 ordonnances ont été réalisées, sur 1028 motifs de consultation soit 70.5%.

535 consultations ont donné lieu à la rédaction d'ordonnances soit 81.5%.

44 certificats médicaux ont été rédigés, le plus souvent il s'agissait de certificats d'aptitude au sport, ce qui représente 4.3% des motifs de consultation et 6.7% des consultations.

Les champs cliniques donnant lieu le plus souvent à des ordonnances en valeur absolue sont :

- L'appareil circulatoire (I) : 144
- L'orthopédie (M) : 106
- L'appareil respiratoire (J) : 81
- L'endocrinologie (E) : 68

Et le moins souvent :

- L'onco hématologie (C+D) : 9

- La neurologie (G) : 20
- L'ophtalmologie et l'ORL (H) : 21
- La dermatologie (L) : 23

Par rapport au nombre de résultats de consultation du champ clinique, on prescrit le plus d'ordonnances en :

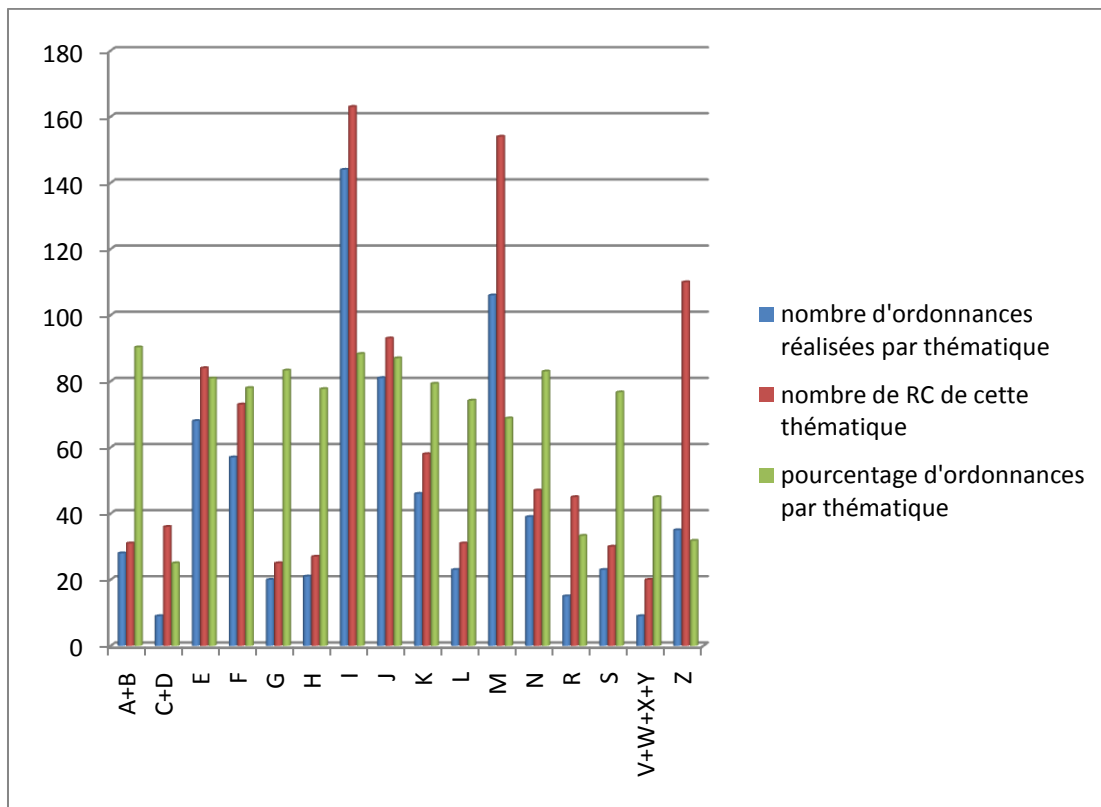
- maladies infectieuses (A+B) : 90.3%
- pour l'appareil circulatoire (I) : 88.3%
- pour l'appareil respiratoire (J) : 87.0%
- neurologie (G) : 83.3%

et où l'on prescrit le moins :

- oncohématologie (C+D) : 25.0%
- orthopédie (M) : 68.8%
- dermatologie (L) : 74.2%
- traumatologie (S) : 76.7%

#### Ordonnances :

Thématique	nombre d'ordonnances réalisées par thématique	nombre de RC de cette thématique	pourcentage d'ordonnances par thématique
<b>A+B: maladies infectieuses</b>	28	31	90,3
<b>C+D: oncohématologie</b>	9	36	25
<b>E: endocrinologie</b>	68	84	80,9
<b>F: psychiatrie</b>	57	73	78
<b>G: neurologie</b>	20	25	83,3
<b>H: ORL et ophtalmologie</b>	21	27	77,7
<b>I: appareil circulatoire</b>	144	163	88,3
<b>J: pneumologie</b>	81	93	87
<b>K: appareil digestif</b>	46	58	79,3
<b>L: dermatologie</b>	23	31	74,2
<b>M: appareil locomoteur</b>	106	154	68,8
<b>N: urologie</b>	39	47	83
<b>R: symptômes</b>	15	45	33,3
<b>S: traumatologie</b>	23	30	76,7
<b>V+W+X+Y</b>	9	20	45
<b>Z</b>	35	110	31,8



**Répartition des ordonnances réalisées par thématique et la fréquence de ces thématiques**

**5.5. Concernant les arrêts de travail :**

55 arrêts de travail ont été prescrits, soit 8.4% des consultations.

Les arrêts de travail ont été le plus souvent prescrits en :

- orthopédie/rhumatologie (M) : 28
- psychiatrie (F) : 8
- traumatologie (S) : 6
- appareil génito-urinaire (N) : 3

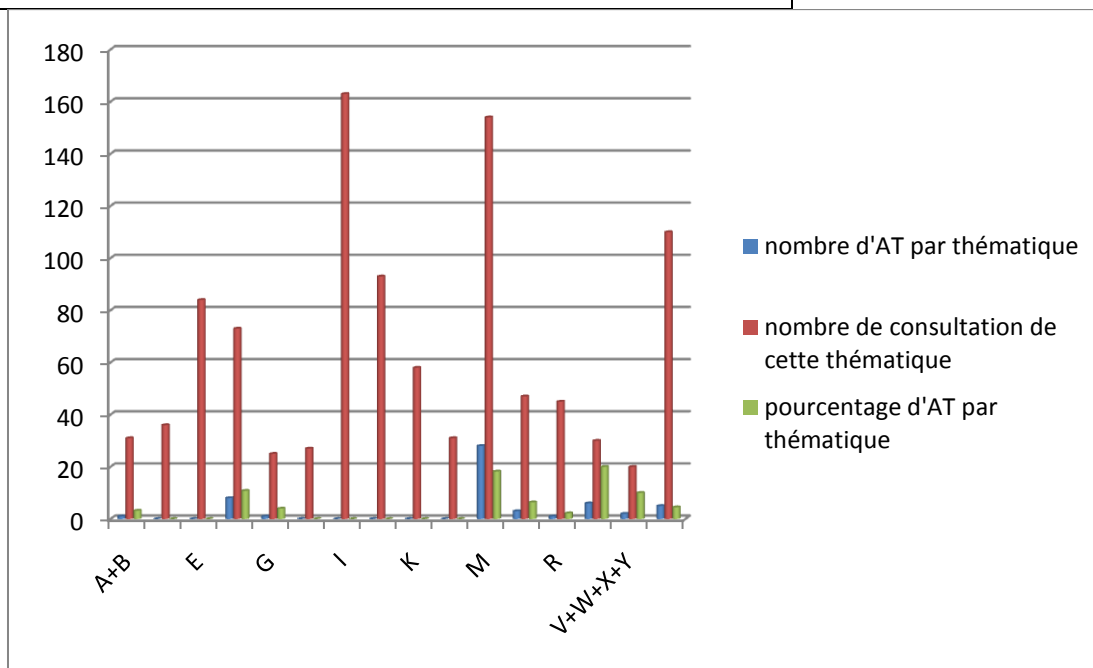
Il n'y a pas eu d'arrêt de travail recensé dans les domaines d'onco-hématologie, endocrinologie, dermatologie, ophtalmologie et ORL, cardiologie, appareil digestif et appareil respiratoire.

En pourcentage, on retrouve le plus d'arrêts de travail prescrits en :

- traumatologie (S) : 20%
- orthopédie/rhumatologie (M) : 18.2%
- psychiatrie (F) : 10.8%
- appareil génito urinaire : 6.4%

**Arrêts de travail :**

Thématique	nombre d'AT par thématique	nombre de consultation de cette thématique	pourcentage d'AT par thématique
A+B: maladies infectieuses	1	31	3,2
C+D: oncohématologie	0	36	0
E: endocrinologie	0	84	0
F: psychiatrie	8	73	10,8
G: neurologie	1	25	4
H: ORL et ophtalmologie	0	27	0
I: appareil circulatoire	0	163	0
J: pneumologie	0	93	0
K: appareil digestif	0	58	0
L: dermatologie	0	31	0
M: appareil locomoteur	28	154	18,2
N: urologie	3	47	6,4
R: symptômes	1	45	2,2
S: traumatologie	6	30	20
V+W+X+Y	2	20	10
Z	5	110	4,5



**Répartition des arrêts de travail par thématique et selon la fréquence de ces thématiques**



## 5.6. Concernant la prescription de kinésithérapie:

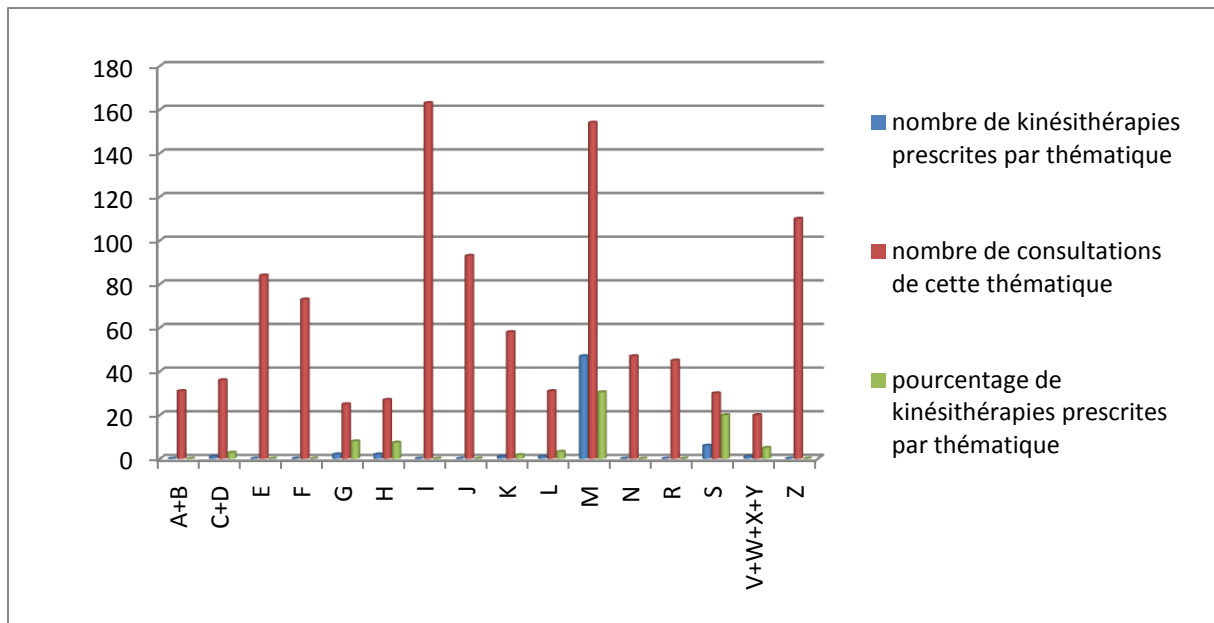
La kinésithérapie a été le plus prescrite en valeur absolue et relative en :

- orthopédie/rhumatologie (M) : 47 prescriptions au total et 30.5% des consultations d'orthopédie.
- traumatologie (S) : 6 et 20%
- neurologie (G) : 2 et 8%
- ophtalmologie et ORL (H) : 2 et 7.4%

Il n'y a pas eu de kinésithérapies prescrites dans les thématiques suivantes : maladies infectieuses, endocrinologie, psychiatrie, cardiologie, appareils respiratoires et génito urinaire.

### Kinésithérapies :

Thématique	nombre de kinésithérapies prescrites par spécialité	nombre de consultations de cette spécialité	pourcentage de kinésithérapies prescrites par spécialité
A+B: maladies infectieuses	0	31	0
C+D: oncohématologie	1	36	2,8
E: endocrinologie	0	84	0
F: psychiatrie	0	73	0
G: neurologie	2	25	8
H: ORL et ophtalmologie	2	27	7,4
I: appareil circulatoire	0	163	0
J: pneumologie	0	93	0
K: appareil digestif	1	58	1,7
L: dermatologie	1	31	3,2
M: appareil locomoteur	47	154	30,5
N: urologie	0	47	0
R: symptômes	0	45	0
S: traumatologie	6	30	20
V+W+X+Y	1	20	5
Z	0	110	0



### Répartition des prescriptions de kinésithérapie selon les spécialités et la fréquence de ces thématiques

## 6. Gestes pratiqués au cabinet par les médecins généralistes :

91 gestes ont été pratiqués par les médecins dans notre étude, soit 13.4% des consultations.

### Les gestes plus fréquemment pratiqués sont :

- les **électrocardiogrammes** (tous les cabinets en étaient équipés) 20 réalisés dans l'étude, c'est-à-dire 22% des gestes ;
- les **échographies** (uniquement disponibles aux Vans) : 13 soit 14.3% des gestes. Elles sont réalisées à but diagnostique et pour guider certaines infiltrations.
- les **vaccins** : 12, soit 13.2% des gestes, le plus souvent dans le cadre de la surveillance de la croissance chez les enfants.
- Concernant le soulagement des douleurs de l'appareil locomoteur, la **mésothérapie** est pratiquée uniquement par une des praticiens : 11 consultations dans cette étude (12%des gestes) ; les **infiltrations** : 7 avec ou sans échographie (7.7% des gestes).
- La **petite chirurgie** est présente avec 6 explorations, lavages et plus ou moins sutures de plaies (6.6% des gestes), 2 mises à plat et drainage d'abcès, une exérèse de kyste tricholemmal du cuir chevelu et une confection d'immobilisation plâtrée.

Gestes	Effectifs
ECG	20
échographies	13
vaccins	12
mésothérapie	11
infiltrations	7
frottis	7
plaies	6
mise à plat abcès	2
vertébrothérapie	2
ablation bouchon	2
MMS	1
exérèse kyste	1
ablation implanon	1
tympanométrie	1
risperdal IM	1
platre	1
bilan AVP	1
ablation tique	1
ablation fils	1

### Gestes pratiqués par les médecins généralistes

## 7. Orientation des patients :

La très grande majorité des patients consultant le médecin généraliste rentrent à domicile. C'est ici le cas de 651 consultations sur 656 (99.2%).

Nous n'avons aucun transfert à l'hôpital local dans cette étude.

7 patients ont été hospitalisés dans un centre hospitalier : 4 au Cheylard (soit au CH de Privas ou au CH de Valence) et 3 aux Vans (soit au CH d'Ales ou au CH d'Aubenas).

Les résultats de consultation ayant conduit à ces transferts en urgence sont :

- une appendicite aigue
- une aggravation de syndrome néphrotique après discussion par téléphone avec le néphrologue du patient.
- Une angine à streptocoque compliquée chez un enfant de 1an.
- Un accident de la voie publique (AVP) avec une forte suspicion de fracture d'épaule.
- Une rupture du tendon d'Achille.
- Un traumatisme d'un doigt avec forte suspicion de fracture
- Un AVP vélo avec une plaie de doigt à explorer au bloc chirurgical et une forte suspicion de fracture au niveau du genou.

## Discussion :

Le rôle du médecin généraliste ne cesse d'évoluer dans le temps, les consultations deviennent plus longues, plus complexes (12). La polyvalence du médecin généraliste est une des clefs de ses compétences, nécessaire à sa position de premiers recours au système de soins.

Nous avons donc voulu nous pencher sur le contenu de consultations de médecins généralistes à la campagne pour examiner de façon plus précise la diversité des demandes au médecin généraliste et son rôle dans le parcours de soins du patient.

L'objectif de notre étude descriptive était d'observer la variété des motifs de consultations et des résultats de consultations en médecine générale rurale sur deux centres en Ardèche, de voir quels étaient les motifs et résultats de consultation les plus fréquents. Elle portait aussi sur les procédures de soins et les trajectoires proposées par le médecin généraliste à l'issue de la consultation, notamment en fonction du domaine concerné par le résultat de consultation du patient.

### **1. Discussion des principaux résultats de l'étude :**

#### **1.1. Nombre moyen de motifs de consultations et de résultats de consultations :**

Dans cette étude portant sur 656 consultations, nous avons recueilli 1028 motifs de consultations, qui correspondaient à 1028 résultats de consultation. Le nombre moyen de motifs de consultation et de résultats de consultation par consultation était de 1.56.

Dans l'étude Ecogen (1) portant sur 20781 consultations, il est bien dissocié le nombre moyen de motifs de consultation, qui est de 2.6 du nombre de résultats de consultation qui est de 2.2.

Dans l'étude L. Senous Petijean sur l'analyse multifactorielle des consultations en médecine générale à Paris (9), sur 2140 consultations, il est retrouvé 1.23 motifs de consultations par consultation. Le nombre maximum est de 5, comme dans mon étude.

La thèse de J. Marquant (13) sur la spécificité des consultations pour « renouvellement d'ordonnance » (RO), qui part des données de l'étude ECOGEN, rapporte un nombre moyen de

motifs de consultation de 3.98 quand le patient vient pour « RO » et de 2.26 si il n'y a pas de « RO » dans ses motifs de consultation.

La thèse de J. Signoret (2) sur l'évolution du contenu des consultations de médecine générale entre 1993 et 2010 montre une évolution du nombre moyen de RC de 1.9 en 1993 à 2.26 en 2010.

L'étude de F. Agguzoli en 1992 portant sur l'étude de la clientèle et motifs de recours en médecine libérale porte sur 150 000 consultations et relève 1.5 motifs par consultation. (14)

La thèse de G. Flesch Georgel sur le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville en 1998 décrit 1.7 motifs par consultation pour 1172 consultations (10).

La thèse de V. Donval de 1998 sur la polyvalence de consultation de médecine générale rapporte un nombre de motifs de consultation de 1.6 mais un nombre de problèmes gérés pendant la consultation (problèmes découverts ou implicites) de 2.66.(15).

Dans l'étude de P. Jaine (16) sur la pluralité des sujets abordés lors d'une consultation en médecine générale de 2005, il retrouve un nombre moyen 2.24 motifs par consultation.

La moyenne de cette étude de 1.56 est concordante avec les données de la littérature entre 1.23 et 2.66.

## **1.2. Résultats de consultations et motifs de consultations les plus fréquents :**

La prise en charge de problèmes cardiovasculaires et de ses facteurs de risques est la part d'activité la plus importante dans mon étude avec 88 RC pour l'HTA (8.5%), 39 (3.8%) pour le diabète de type 2 ; 37 (3.5%) pour les cardiopathies et 16 (1.6%) pour l'hypercholestérolémie. Ce qui représente au total 180 RC sur 1028 soit 17.5% des RC.

Ensuite, arrivent les troubles anxiodépressifs avec 61 RC (5.9%) et les infections respiratoires hautes (9 sinusites, 10 pharyngites, 26 rhinopharyngites, 11 angines à streptocoque, 2 trachéites, 2 laryngites, 2 gripes) 62 RC au total soit 6.0%.

Concernant les motifs de consultations les plus fréquents, nous avons retrouvé en tête du classement la demande de renouvellement d'ordonnance : 283, soit 27.5% des motifs de consultations. Puis les plaintes fonctionnelles avec tout d'abord la douleur : 148 (14.4%) sans précision de la localisation

puis spécifiquement les lombalgies : 43 (4.2%), puis les situations de prévention : 22 (2.1%). La fièvre avec 21 cas (2.0%) est un motif aussi fréquent.

Dans l'étude ECOGEN (1), le RC le plus fréquent était les situations de prévention (11%) puis les facteurs de risque cardiovasculaires : HTA non compliquée (7%), hypercholestérolémie (3.7%) et diabète non insulino-dépendant (2.4%) puis les infections respiratoires (rhinites, pharyngites (4.3%) bronchites (1.5%)...) puis les dépressions (2.7%) et les troubles du sommeil (1.5%).

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient le renouvellement d'ordonnance, le suivi d'un problème de santé, la discussion d'un résultat d'examen complémentaire.

La classification utilisée était la CISP 2, l'étude était prospective expliquant les différences de distribution.

L'Observatoire de médecine générale (OMG) a effectué en 2009 un top 50 des motifs/ résultats de consultations les plus fréquents qui montrait une part majeure des examens systématiques et préventifs (24.28%) suivi de : la fièvre (17.38%), l'HTA (13.10%), les rhinopharyngites (12.34%) et la vaccination (12.06%).(7)

Dans la thèse de L. Senous Petitjean(10), les RC les plus fréquents étaient les infections ORL. Elle classait à part le renouvellement d'ordonnance comme motif gigogne, où l'HTA, la contraception puis le syndrome dépressif étaient les demandes de soins majoritaires.

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient le renouvellement d'ordonnance, la douleur, la toux, la fièvre puis la vaccination.

Elle soulignait le fait que les problèmes sociaux étaient plus rares en motifs de consultation qu'en résultats.

Une étude internationale de J.K. Soler de 2012(17) conduite à Malte, en Serbie et aux Pays Bas retraçait un top 5 des motifs de consultation avec : toux, fièvre, éruption cutanée, mal de gorge, asthénie et un top 5 des résultats de consultation avec prévention, pilule contraceptive, HTA, dermatologie et eczéma, troubles du sommeil.

La thèse de J. Signoret (2) décrivait comme résultats de consultation les plus fréquents : l'HTA (12.55%), les examens systématiques et préventifs (9.96%), l'hyperlipidémie (7%), la fièvre (6.8%), les rhinopharyngites (4.9%).

G. Labarthe, a publié dans la DREES (Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques) en 2002 une étude sur les consultations et visites des médecins généralistes : un essai

de typologie (18). Elle retrouvait sur 44000 consultations et 6000 visites, de 922 médecins généralistes comme résultats de consultations les plus fréquents : une catégorie « autres » (31%), l'hypertension artérielle (16.6%), les examens systématiques et préventifs (8.2%), l'anxiété (7.9%), la rhinopharyngite (5.5%), la dépression (4.9%) et les lombalgies (4.8%).

Elle classait ensuite la nature du recours aux soins : avec 42% de contrôle d'une affection chronique stable, 31% d'affection aiguë, 8% de déstabilisation d'une affection chronique, 4% d'affection en cours d'exploration, 2% de premier diagnostic.

Dans son travail, les infections des voies aériennes supérieures représentaient 16 % des diagnostics retrouvés, les affections cardiovasculaires 26%, les affections psychologiques ou psychiatriques 13%, la prévention 12%.

L'étude Polychrome de P. Clerc (19) de 2009 sur un essai de typologie des maladies chroniques, retrouvait comme pathologies les plus fréquemment prises en charge : l'hypertension artérielle (7%), l'hyperlipidémie (2%), l'arthrose (2%), les lombalgies (1.95%), le diabète de type 2 (1.83%). Si on regarde sur le plan des appareils : l'appareil circulatoire (22.9%) et ostéoarticulaire (17.5%) étaient les principaux puis psychiatrique (15.9%) et métabolique et endocrinien (15.4%). Tout en gardant en étant conscient que les affections aiguës étaient exclues.

L'étude d'A. Fémina de 2002 (26) sur les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France, confirmait ces informations. Par rapport à la dépense courante de santé, 12.6% était dédié aux maladies cardiovasculaires, 10.6% aux troubles mentaux, 9% aux maladies ostéoarticulaires et 7.7% aux maladies respiratoires.

Au total, il apparaît que le médecin généraliste consacre une grande partie de son travail à prendre en charge l'appareil cardiovasculaire avec ses facteurs de risques, les infections respiratoires hautes et faire de la prévention.

Mais le pourcentage de ces domaines d'action principaux reste faible (inférieurs à 10%). Les pathologies les plus fréquentes ont souvent des pourcentages entre 2 et 5% ce qui traduit une grande diversité des pathologies prises en charge et la polyvalence du médecin généraliste en milieu rural.

Dans notre étude, 79 résultats de consultation n'étaient pas des diagnostics soit 7.7% des RC.

Dans l'étude ECOGEN (1), ils retrouvaient 20% de symptômes ou syndromes dans leurs résultats de consultations.

Dans l'étude de G. Labarthe (18), les symptômes ou syndromes représentent 13% des résultats de consultation.

Nous sommes alors amenés à penser que les praticiens de l'étude s'avancent d'avantage dans leur diagnostic. Cette démarche est peut être favorisée par l'isolement géographique, les avis spécialisés moins accessibles qui poussent à trancher d'avantage la stratégie thérapeutique. Ce constat peut être également expliqué par les différences de langage, propre à chaque médecin. Selon notre façon de nous exprimer, on peut laisser une conclusion ouverte ou fermée. Le logiciel utilisé peut aussi influencer ces résultats, selon sa tendance à inciter à conclure ou non.

Dans notre étude, 11 épisodes de soins étaient initiés par le médecin et ne répondaient pas à une demande du patient, soit 1.7% des cas.

Dans l'étude ECOGEN, cette situation correspondait à 9.4% des cas.

La divergence des chiffres est essentiellement expliquée par le recueil de données incomplet car rétrospectif.

### **1.3. Procédures de soins**

Au cours de notre étude nous avons relevé 1196 procédures de soins soit 1.8 par consultation.

L'étude ECOGEN (1) retrouvait 4.7 procédures de soins par consultation.

La thèse de J. Marquant (13) en retrouvait 4.19.

Nos résultats diffèrent largement. Dans l'étude ECOGEN, les procédures de soins relevées ne sont pas détaillées. Dans la thèse de J. Marquant, qui part des données ECOGEN, les « procédures de soins », regroupaient un plus grand nombre de variables relevées que dans notre étude. Elle comptait aussi dans ce groupe : l'examen clinique, les « bilans de santé détaillés », l'écoute /conseils, l'analyse de résultats d'examens, les recommandations/ régimes : éducation thérapeutique, les contacts administratifs. Toutes ces données n'ont pas été recueillies dans notre étude, l'examen clinique étant une des bases de la consultation et les autres données non précisées dans les dossiers médicaux.



Dans notre étude, 21% des consultations ont donné lieu à la prescription de biologie, 13.9% à une imagerie, 81.5% à une ordonnance, 8.3% à un arrêt de travail, 6.7% à un certificat médical et 17.2% à un avis spécialisé.

Dans la thèse de L. Senous Petitjean (10), elle retrouvait :

- 9% avec une imagerie,
- 63% avec une ordonnance,
- 2% avec un arrêt de travail,
- 4% avec un certificat médical.

On remarque des chiffres globalement inférieurs à ceux de notre étude. Son étude était aussi rétrospective, elle date de 2000, une partie des dossiers n'étaient pas informatisés. Elle souligne dans sa discussion le recueil probablement incomplet des données, qui peut expliquer cette divergence, rappelons que dans son étude le nombre moyen de motifs de consultation était de 1.23, le plus bas de ceux retrouvés dans la littérature.

Dans la thèse de V. Drappier Donval (15), des ordonnances étaient réalisées dans 80% des cas, comme on le retrouve dans notre étude.

Dans l'étude de G. Labarthe (16), 73% des consultations engendraient une ordonnance.

Dans l'étude de J.L. Gallais (5) les avis spécialisés étaient demandés dans 5% des consultations. G. Labarthe retrouvait le même chiffre dans son étude(18).

En regardant les spécialités qui nécessitent le plus d'exams complémentaires, nous avons remarqué que les imageries sont le plus prescrites en traumatologie, orthopédie/rhumatologie et pour l'appareil urinaire et le moins en maladie infectieuses, psychiatrie et dermatologie.

Concernant les imageries, il faut bien nuancer les résultats avec la notion qu'en cardiologie, les spécialistes font eux-mêmes l'imagerie principale (échographie) que du coup nous ne prescrivons pas avant le rendez vous, de même qu'en gastro entérologie avec les coloscopies et gastroscopies.

Pour les biologies, l'endocrinologie, l'appareil génito urinaire, la cardiologie entraînaient le plus de prescriptions. Le moins de prescriptions est retrouvé en psychiatrie, dermatologie, traumatologie.

Les maladies infectieuses demandent étonnamment peu d'examens complémentaires dans notre étude. Ceci s'explique par la caractéristique transversale de cette spécialité et la classification CIM 10. Dans notre étude, les pneumopathies sont classées dans l'appareil respiratoire (J) et non en maladies infectieuses, de même, les pyélonéphrites sont classées dans l'appareil urinaire (N). Ces deux pathologies infectieuses nous amènent en pratique à prescrire des biologies.

Dans la thèse de L. Senous Petitjean (10), les spécialités qui engendraient le plus d'examens complémentaires étaient la gastro entérologie et la cardiologie, et dermatologie est celle qui engendrait le moins.

Ce qui confirme bien que la dermatologie et la psychiatrie sont essentiellement cliniques.

Dans notre étude, les avis spécialisés sont surtout demandés en onco-hématologie, neurologie et dermatologie. Les spécialistes les moins sollicités sont les infectiologues, les urologues et gynécologues.

En effet, la thérapeutique de l'onco-hématologie est en grande partie effectuée par les spécialistes en contexte hospitalier.

La cardiologie et la gastro entérologie sont aussi des spécialités dans lesquelles beaucoup d'avis ont été demandés. Ces spécialités sont techniques. Les médecins généralistes envoient leur patient à la fois pour l'avis du spécialiste mais aussi pour les examens complémentaires associés : échographies cardiaques, épreuves d'effort, gastroscopies et coloscopies.

Dans la thèse de L. Senous Petitjean (10), les spécialistes les plus sollicités étaient les dermatologues et les moins sollicités étaient les pneumologues.

#### **1.4. Gestes pratiqués par les médecins généralistes**

Dans notre étude, 91 gestes techniques diagnostiques ou thérapeutiques ont été effectués, ce qui représente 13.4% des consultations.

Les gestes les plus pratiqués sont : les électrocardiogrammes (22%), les échographies (14.3%), les vaccins (13.2%) puis la mésothérapie et les infiltrations. Les sutures et les plâtres représentent une faible part des gestes réalisés.

Dans l'étude de J.L. Gallais sur les actes et fonctions du médecin généraliste (5), il observait que la réalisation de gestes techniques médicaux représentait 13% de leur activité.

Dans la thèse de Y. Mezino (20) sur les motifs de recours des médecins généralistes aux urgences à la Réunion, il a étudié les gestes régulièrement pratiqués au cabinet : 12.7% des praticiens n'en faisaient aucun, 20.9% faisaient des plâtres, 84.5% effectuaient des sutures et 46.1% des électrocardiogrammes.

Les raisons évoquées comme obstacles à la réalisation de ces gestes étaient : un manque de temps (pour 62.9% des médecins interrogés), un manque d'équipement (31.5%), une rémunération insuffisante (31.5%), une gêne sur le plan médico-légale (22.5%), un manque d'expérience (7.9%).

Dans l'étude de G. Labarthe (18), dans 6% des consultations était réalisé un acte technique. Ces actes techniques étaient représentés par : les vaccins (50% des actes techniques), des injections intramusculaires (25%), des sutures, et plus rarement des plâtres, des électrocardiogrammes, des frottis, des prélèvements bactériologiques. La prescription d'actes techniques est supérieure à la réalisation, elle est de 22%.

La thèse de S. Jouanin (21) retrouvait une réalisation de gestes techniques dans 2.4% des cas.

Les travaux de J.L. Gallais, G. Labarthe relevaient des données sur un échantillon national représentatif des médecins généralistes. La thèse de S. Jouanin a recueilli des données auprès de 31 maîtres de stages de la faculté de médecine de Lyon Sud, c'est-à-dire des praticiens en Rhône Alpes. Ces praticiens travaillent en milieu urbain, rural ou semi rural.

On peut expliquer la nette supériorité des gestes effectués dans notre étude, exclusivement rurale par l'éloignement géographique des centres hospitaliers qui amènent les praticiens à développer d'avantage l'activité des gestes techniques. Lorsque le premier centre hospitalier est à 40 minutes ou 1h30 de route, l'électrocardiogramme et les sutures sont des gestes indispensables à réaliser. Concernant les infiltrations (de corticoïdes retard intra articulaires souvent du genou ou de l'épaule, la mésothérapie, la vertébrothérapie, on observe que ces gestes ne sont pas effectués dans les études comparées. Ce sont dans ce cas des gestes qui certes ne sont pas vitaux mais qui apportent un service rendu au patient important, en lui permettant de ne pas aller voir un spécialiste qui sera éloigné géographiquement. Il est aussi important que les patients et les médecins eux même prennent conscience que ces gestes ne sont pas réservés aux spécialistes. Par exemple en ce qui concerne les frottis cervico utérins, un grand nombre de patientes sont étonnées lorsqu'elles apprennent que les praticiens le font à leur cabinet, simplement, lors d'une consultation. Elles

évitent ainsi : le trajet jusqu'au spécialiste, le délai de rendez vous de plusieurs mois et tout simplement elles le font d'avantage car il devient plus accessible.

L'échographie se place entre les deux. Elle peut apporter des informations sur l'urgence d'une situation et aider sur le plan diagnostique, et influencer la décision de transférer un patient au centre hospitalier, qui encore une fois à cause de l'éloignement géographique est toujours bien mesurée. Par exemple en recherchant un épanchement péritonéal chez un patient avec un abdomen douloureux aigu. En recherchant des thromboses veineuses profondes, l'apport de l'échographie est aussi précieux en cabinet, car sans cet outil, on est obligé de mettre sous anticoagulant le patient sans certitude diagnostique puis attendre un rendez vous chez un radiologue. Elle aide aussi à rechercher un corps étrangers dans une plaie, voir si un abcès est collecté ou non, profond ou non et selon le cas : l'inciser ou non. Facilement on peut rechercher un décollement de la rétine pour une douleur aigue de l'œil. Les voies urinaires sont aussi explorées en pratique courante sur des pyélonéphrites, des coliques néphrétiques. En obstétrique aussi, elle est très informative. Elle peut aidée à des diagnostics plus subtils sur des problèmes locomoteurs comme rechercher une fissure, un épanchement sur des tendinites ; et guider des infiltrations. On l'utilise de façon binaire, c'est-à-dire en cherchant quelque chose de précis, on élimine ou on confirme. Cet outil se développe de plus en plus dans les cabinets médicaux et rend de nombreux services.

En effet ces gestes prennent du temps, ils nécessitent du matériel, de la formation, mais ils apportent un service rendu non négligeable au patient en zone rurale et permettent au praticien une pratique variée, très intéressante sur le plan intellectuel.

### **1.5. Orientation des patients**

Dans notre étude, sur 656 consultations, il y a 7 transferts dans un centre hospitalier, aucun à l'hôpital local. Pour les 649 consultations restantes, le patient rentre à domicile, soit dans 99% des cas.

Le fait de n'avoir aucun transfert à l'hôpital local est sûrement secondaire à la petite taille de l'échantillon. En pratique courante, aux Vans et encore plus au Cheylard (plus isolé géographiquement), un praticien transfert en moyenne un patient tous les 8 jours à l'hôpital local (46 patients par an). De plus, ces entrées à l'hôpital local sont fréquemment faites depuis une visite à domicile du patient (âgé, fragile, qui ne peut plus venir en consultation au cabinet), et les visites à domicile n'ont pas été recueillies dans notre étude.

Ces hôpitaux locaux sont une alternative de choix quand le centre hospitalier n'est pas forcément justifié et que le retour à domicile est impossible. Il peut accueillir des patients soit en urgence soit

de façon programmée, ce qui est très confortable pour le patient et sa famille, qui reste proche du domicile et pour le médecin qui peut suivre de près son patient, en le sachant en sécurité à l'hôpital. Il faut bien mesurer les besoins médicaux du patient avec les moyens disponibles dans ces hôpitaux locaux. En plus cela permet de ne pas surcharger les urgences des centres hospitaliers qui sont déjà bien souvent saturées.

On observe donc que pour la majorité des demandes de soins, la solution est trouvée dans le cabinet du médecin généraliste, comme le soulignait dans son étude J.L. Gallais (5). Il retrouvait dans son étude 0.9% d'hospitalisations.

Dans sa thèse, L. Senous Petit jean(10), retrouvait moins de 1% d'hospitalisations.

Ces chiffres concordent avec ceux de notre étude et confirment bien les notions de l'étude du carré de White de M. Budowski (22) selon laquelle une infime part de la population, exposée à un problème de santé est finalement hospitalisé. De plus la part des gens qui consulte un médecin généraliste et qui sera hospitalisée est minime : pour 1000 adultes exposés à un problème de santé, 750 ressentent un problème de santé, 250 consultent un médecin, 9 sont admis dans un hôpital.

<b>Etudes</b>	<b>pourcentage de transferts dans un CH</b>
<b>L. Senous Petitjean</b>	<1%
<b>M. Budowski</b>	3,60%
<b>notre étude</b>	1%

## **2. Forces et limites de l'étude**

### **2.1. Forces de l'étude**

Cette étude s'est portée sur le contenu de la consultation de médecine générale, en recueillant de nombreuses informations, allant du terrain du patient (âge, sexe, antécédents) aux motifs de consultation puis aux résultats de consultation. En recueillant la stratégie thérapeutique (examens complémentaires, avis spécialisés...), on voit même au-delà de cette consultation, on aborde le parcours de soins du patient. La trajectoire du patient était aussi relevée. Donc avec cette étude certes rétrospective et transversale, on peut d'avantage se représenter : ce qui amène le plus les patients à consulter en premier recours, ce que le médecin généraliste prend le plus fréquemment

en charge, quelles sont les caractéristiques de sa patientèle, comment il oriente sa prise en charge, quelles sont les spécialités qui lui demandent le plus d'examen complémentaires, d'avis spécialisés et quels sont les gestes qu'il peut pratiquer à son cabinet. Ces gestes retrouvés étaient particulièrement nombreux, variés et originaux par rapport aux données de la littérature.

Ensuite, une donnée principale a été recueillie sous la forme de « Résultat de consultation ». Cette notion est à promouvoir, elle est encore méconnue. On la confond souvent avec le diagnostic. Elle illustre bien la réflexion du médecin généraliste et sa façon de fonctionner au quotidien. Et cette notion spécifique à la médecine générale se prête de façon idéale au rôle de premier recours et de suivi du médecin généraliste. Les études portant uniquement sur les motifs de consultations entraînent souvent des listes de motifs de grande taille car non triées, regroupées par le médecin généraliste, qui rendent difficiles les comparaisons et sont sources d'erreur. Par exemple, La toux pour décompensation de BPCO est différente sur le plan diagnostique, pronostique et thérapeutique d'une toux d'irritation post rhinopharyngite virale.

Par ailleurs, les journées de consultation ont été tirées au sort et se répartissent bien sur toute l'année, il n'y a donc pas de biais saisonnier qui aurait pu fausser les statistiques et altérer la représentativité des résultats (souvent plus d'infectiologie en hiver et plus de traumatologie en été).

Aussi, le recueil de données a été standardisé en utilisant la CIM 10. Cette classification des données permet de pouvoir trier de façon simple et rapide les informations par appareil, permettant de voir rapidement les spécialités les plus ou les moins mises en jeu. Elle offre la possibilité de comparaison avec d'autres études.

Cette étude s'est penchée uniquement sur des données de la médecine générale rurale, ce qui est original et non retrouvé dans la littérature. Dans les études portant sur les motifs de consultation que j'ai pu comparer, les données étaient souvent issues d'un échantillon national représentatif ou de médecine de ville. Ce focus sur la médecine de campagne, qui souligne la variété et l'intérêt de la pratique est important à souligner. De plus elle met en valeur le parcours de soins du patient qui de part l'éloignement géographique des centres hospitaliers peut être différent de celui d'un patient urbain.

## **2.2. Limites de l'étude**

L'échantillon a été construit sur le choix de 6 praticiens, avec 5 journées de consultation par praticien, réparties sur l'année, tirées au sort sur l'année. Mais les praticiens choisis n'ont pas une

pratique exclusive du cabinet. Ils sont aussi, selon les journées, sur l'hôpital local, en visites à domicile. Donc certaines journées étaient peu denses en consultation par rapport à d'autres journées de leur semaine. La taille de 656 consultations est ainsi un peu faible, notamment à côté de certaines études de la littérature : ECOGEN (1) a recueilli 20781 consultations, la thèse de J. Marquant (13) portait des données d'ECOGEN est donc de ces 20781 consultations, l'enquête de J.L. Gallais (5) portait sur 11393 consultations et visites, l'étude de J. K Soler (17) portait sur 1 116 396 consultations, l'étude de I. Jammet (23) se basait sur 44000 consultations, 6000 visites.

Mais même si cette taille de l'échantillon est réduite, elle a quand même permis d'analyser 1028 résultats de consultation et de retrouver des chiffres concordants avec les données de la littérature.

On peut aussi remettre en question la représentativité des praticiens qui étaient plutôt jeunes, la moyenne d'âge était de 46.7 ans. Ils travaillaient tous en maison médicale, avaient des dossiers informatisés, les 6 praticiens étaient maîtres de stage. Tout ceci illustre une pratique qui ne représente pas forcément l'ensemble de la médecine générale rurale.

Dans les autres études de la littérature, on retrouve des données qui n'ont pas été collectées dans notre étude. Par exemple la catégorie socio professionnelle des patients, la durée des consultations recueillies dans ECOGEN(1), le caractère « urgent » ou « programmé » des consultations. Etant dans une étude rétrospective, il n'était pas possible de les retrouver à posteriori, elles n'étaient pas ou rarement présentes dans les dossiers.

La démarche rétrospective a aussi le défaut d'avoir potentiellement plus de données manquantes qu'en prospectif. Ceci explique probablement la moyenne faible de motifs de consultation par consultation. On sait qu'en pratique, même en étant rigoureux sur la tenue des dossiers médicaux informatisés, tout n'est pas noté. Par exemple, la ou les demandes de fin de consultation ne sont pas toujours rajoutées au dossier, on apporte alors un conseil, une écoute, on rajoute à la main une prescription sur l'ordonnance faite, on élargit la biologie préalablement prescrite, on fait rapidement une demande de kinésithérapie... Et de même, les arrêts de travaux ne sont pas toujours précisés dans les dossiers, qu'ils soient faits sur papier ou avec « AMELI ».

De plus certains épisodes de soins ne sont pas tracés dans le dossier médical informatisé du fait de l'organisation administrative des maisons médicales. Par exemple, les hémocults pour le dépistage du cancer colorectal sont fréquemment donnés par les secrétaires qui vérifient les critères d'inclusion et donnent l'hémocult, soit en dehors d'une consultation, soit avant ou après une consultation, et ceci n'est pas noté dans le dossier.

Une autre situation fréquente est aussi souvent omise du dossier : les consultations en urgence, non programmées soit par l'astreinte Médecin Correspondant Samu soit de manière spontanée, amènent les praticiens à consulter en salle d'urgence, pour des urgences vitales avec parfois des gestes de réanimation (ventilation, oxygénation, pose de voie veineuse périphérique et remplissage...) ou pour des plaies conséquentes à suturer. Et dans ce contexte, l'information n'est pas toujours saisie dans le dossier. De plus, certaines de ces urgences chez des personnes âgées fragiles évoluent parfois vers un transfert à l'hôpital local.

Toutes ces situations illustrant la pratique du médecin généraliste et plus spécifiquement en zone rurale ne sont pas toujours relevées et manquent dans notre étude.

Dans l'étude de L. Letrilliart et de C. Collin, Prometheus (24), était évaluée l'implantation d'un schéma de codage (CISP 2 ou dictionnaire des résultats de consultation) dans la pratique quotidienne d'un médecin généraliste. 61 médecins généralistes parisiens étaient volontaires. Le temps moyen de codage était de 2.5 minutes. 46% jugeaient ce temps excessif. 95% des médecins pensaient que l'utilité était d'avantage collective que pour la pratique individuelle. 56% pensaient le poursuivre après l'étude. Au total, il apparaissait que le codage des troubles de santé est faisable en pratique de routine, qu'il peut être utilisé sur une base plus répandue et liée avec d'autres informations si les praticiens sont entraînés, récompensés et que le codage est incorporé dans le logiciel médical. Il serait ainsi plus fiable et plus simple de recueillir des données pour des études.

Notre étude ne permet pas de mesurer la prévalence et l'incidence des problèmes de santé des patients. Tous les problèmes de santé du patient n'ont pas été le motif de consultation de la consultation relevée dans l'étude, et donc ne sont pas relevés. N'ont été recueillis que les pathologies ou problèmes de santé traités lors de la consultation. Mais ce défaut est toujours récurrent dans les études similaires comme dans ECOGEN(1) .



### **3. Le médecin généraliste : acteur du premier recours au système de soins**

#### **3.1. Variété de la population prise en charge**

Dans notre étude, on observe l'importance de la variété de la population prise en charge par les médecins généralistes tant sur le genre, l'âge, les comorbidités.

La population est mixte avec presque autant de femmes (54,6%) que d'hommes (45.4%).

Dans l'étude de L. Senous Petitjean (10), elle retrouvait une différence significative. Les femmes représentaient 60% de l'échantillon.

Dans l'étude ECOGEN (1), ils retrouvaient 58.3% de femmes.

Le travail de F. Aguzzoli (14) retrouvait 60% de femmes et 40% d'hommes.

La thèse d'I. Jammet (23) observait 55% de femmes.

Dans l'étude « De quoi souffre t on en France ? » de C. Allonier (25), qui est une enquête déclarative, où l'on a interrogé un jour donné des personnes. Chaque personne déclarait en moyenne 2.9 problèmes de santé. Les femmes en déclaraient 3.2 et les hommes 2.5. Ce qui concorde avec la légère supériorité des femmes qui consultent, et explique en partie cette différence.

La parité hommes/femmes semble plus marquée dans notre étude. Il n'y pas de genre de patient spécifique à la médecine générale.

En termes de tranches d'âge, on remarque que le médecin généraliste est amené à examiner des patients de tout âge. Certes les patients de 40 à 64 ans représentent une plus grosse partie de sa patientèle (33%) mais le reste de la population n'est pas rare en consultation. Les 65-79 ans représentent 26.7%, les 16-39 ans représentent 17%, les moins de 15 ans 13.4%, les plus de 80 ans représentent 9.8%. Au total, il n'y a pas une classe d'âge particulière à la médecine générale comme on le retrouve dans la littérature.

Il faut aussi souligner que les classes d'âge de notre étude (choisies à partir de données de la littérature(25)), ne sont pas toutes équivalentes en années. Si l'on rapporte le nombre de consultation par années, on retrouve :

< 2 ans : 8 consultations par an.

3/15 ans > 5,53

16/39 ans > 4,66

40/64 ans > 8,68

65/79 ans > 11,66

> 80 ans impossible

L'étude de F. Aguzzoli (14) s'intéressait à des tranches d'âge différemment construites. Il retrouvait 58% de la patientèle entre 16 et 64 ans, 23% de plus de 65 ans.

L'étude ECOGEN (1) retrouvait une patientèle avec 15.7% de moins de 15 ans et 15.8% de plus de 75 ans.

Concernant le terrain des patients rencontrés, on observe aussi des patients très différents. 31.7% étaient en ALD, 31.4% avaient une hypertension artérielle, 9.0% étaient porteurs d'une cardiopathie, 13.6% étaient diabétiques.

Dans la thèse d'I. Jammet (23), elle retrouvait 27% des consultations pour des patients en ALD.

Dans l'étude de L. Senous Petitjean(10), 4.9% des patients étaient en ALD.

A l'issue de ces observations sur le profil des patients, on peut confirmer que la patientèle qui consulte en premier recours en médecine générale à un profil très varié.

### **3.2. Polyvalence des compétences du médecin généraliste**

Dans notre étude, nous remarquons aussi que le médecin généraliste est amené à faire des **diagnostics variés**, dans des catégories variées de diagnostics (groupes de diagnostics de la CIM 10).

On retrouve ainsi : 13 spécialités mises en jeu, il ne manque que les catégories : O, P, Q, T, U de la CIM 10, c'est-à-dire : grossesse-accouchement ; périnatalité ; maladies congénitales-anomalies chromosomiques ; complications iatrogènes-empoisonnements et les brûlures.

Et on compte 199 diagnostics, sans prendre en compte les symptômes sans diagnostic établi, qui majorent la diversité des prises en charges à entreprendre.

On a vu précédemment la **diversité des gestes** que les médecins généralistes étaient amenés à pratiquer.

Il faut aussi souligner la part **psychosociale** que le médecin généraliste est amené gérer. Environ 10% des consultations dans notre étude. Et ne sont pas forcément recueillies, les écoutes de doléances des patients en fin de consultation, qui sont fréquentes. Ne sont pas recueillis aussi les échanges avec les infirmières à domiciles (informels ou en réunion de concertation pluridisciplinaire) sur des soucis de fragilité de maintien de personnes âgées a domicile, des troubles de l'humeur de patients qu'elles voient au quotidien ; ni les échanges avec les assistants sociaux, notamment à l'hôpital local ou simplement avec les familles d'un patient. Toute cette partie de la pratique, souvent peu enseignée aux cours de nos études nécessite des compétences qui sortent du domaine somatique pur.

Dans la thèse de F. Le Quintrec (12) sur les motifs multiples en médecine générale, les patients étaient interrogés sur leurs attentes par rapport à leur médecin généraliste. La polyvalence ressortait parmi les 4 qualités principales, avec l'écoute, l'honnêteté et l'absence de jugement.

### **3.3. Le médecin généraliste organise principalement sa prise en charge en ambulatoire**

Dans notre étude, 99% des consultations s'achèvent avec un retour à domicile.

Les patients qui viennent consulter le médecin généraliste attendent le plus souvent de lui qu'il trouve une solution leur permettant de rester à la maison. Il existe pour des problèmes de santé un peu complexes, des solutions pour éviter l'hospitalisation. Ces solutions sont recherchées dans la démarche d'une approche centrée sur le patient. En effet, on peut demander un avis spécialisé par téléphone ou adresser le patient à un spécialiste en lui prenant un rendez vous rapide. On peut reconvoquer le patient pour contrôler cliniquement et plus ou moins avec des résultats d'exams complémentaires. On peut s'entourer d'infirmières à domicile, de la famille pour surveiller le patient. On peut faire le geste technique soi même.

Toute cette gestion de l'orientation du patient, de « l'après consultation » met aussi en jeu des compétences particulières et variées.

### **3.4. Le médecin généraliste : un acteur principal de la prévention**

On a vu précédemment la polyvalence des compétences du médecin généraliste, il est alors important d'évoquer toute l'importance de son rôle dans la prévention de l'état de santé de ses patients. Dans notre étude 89 motifs de consultations appartenaient au domaine de la prévention, et la prévention était abordée dans 13.6% des consultations. Et encore une fois, ce chiffre est sous estimé de part le caractère rétrospectif et les données incomplètes dans les dossiers. La prévention,

par exemple la vérification des dépistages est souvent faite pendant un renouvellement d'ordonnance et n'est pas toujours notée dans le dossier. La prévention primaire regroupe elle aussi des champs variés allant de la surveillance de la croissance du nourrisson, au suivi gynécologique de la femme, évoquer avec les adolescents les infections sexuellement transmissibles, le tabac, mettre en œuvre les dépistages nationaux organisés, vacciner contre la grippe les personnes fragiles...

Il faut aussi prendre en compte le domaine de la prévention secondaire, qui est une grande part de l'activité du médecin généraliste, notamment avec le suivi des facteurs de risque cardiovasculaire. Dans notre étude, 59 patients étaient diabétiques, 206 hypertendus (certains patients ont ces deux antécédents). Il y a eu 16 résultats de consultation « hypercholestérolémie », 88 pour l'hypertension, 39 pour le diabète. On a vu auparavant que la prise en charge de l'appareil cardiovasculaire et particulièrement par la prévention secondaire et même tertiaire (surveillance des cardiopathies) était le domaine d'action le plus fréquent du médecin généraliste.

Dans l'étude ECOGEN (1), 22% des résultats de consultation correspondaient à une situation de prévention, dont 52,8% initiées par le médecin lui-même.

Dans l'enquête de J.L. Gallais (5), 13.3% des soins étaient des conseils et des informations de prévention.

Dans l'étude d'A. Fénina (26) sur les dépenses de prévention les dépenses de soins par pathologie en France, on apprend qu'en 2002, 10.5 milliards d'euros étaient dédiés à la prévention, dont 45% pour les prises en charges des facteurs de risques cardiovasculaires et 19% pour la prévention primaire en général (mesures à visée environnementale (hygiène et sécurité sanitaire...), éducation sur les comportements individuels et promotion de l'hygiène de vie (tabac, nutrition...) et vaccination, contraception, suivi de grossesse normale... ) et 36% pour les dépistages.

Dans la thèse de J. Signoret (2), le 2<sup>ème</sup> résultat de consultation le plus fréquent était les « examens systématiques et préventifs » (9.96%).

Dans la thèse d' I. Jammet(23), les « examens systématiques et préventifs » représentaient 8.2% des résultats de consultation. La prévention occupait 12% de l'activité du médecin généraliste quand on regroupait les diagnostics.

### **3.5. Le médecin généraliste suit son patient dans le temps**

Dans notre étude, 283 motifs de consultations sont des « renouvellements d'ordonnance », sur 1028, c'est-à-dire 27.5%, le plus fréquent. 213 consultations sur 656 (32.5%) contiennent au moins un « renouvellement d'ordonnance ». Cette part de suivi du patient est une des bases de la médecine de

famille. En connaissant le patient, ses antécédents, son contexte de vie, le médecin généraliste décide plus facilement et de façon plus adaptée et partagée de la prise en charge du patient. Le lien de confiance étant établi, cela simplifie aussi les décisions.

Aussi, ce suivi permet de reconstruire à distance, allant de quelques jours à quelques semaines, une situation clinique évolutive. Et ainsi, on peut éviter des transferts non justifiés au centre hospitalier ou au spécialiste par une réévaluation, une surveillance active d'une situation clinique.

Ce suivi dans la durée du patient permet d'améliorer la prévention de son état de santé.

Dans un point d'information de l'assurance maladie de 2009(8), il était souligné que le médecin traitant favorisait la prévention. Fin 2008, 85% des français avaient déclarés leur médecin traitant. Ce qui a entraîné de réels progrès en termes de prévention (iatrogénie médicamenteuse, vaccination, cancer du sein...), mais avec de fortes disparités selon les professionnels et les zones géographiques. 99.5% des français ont choisi comme médecin traitant un médecin généraliste. Par son suivi dans la durée et la coordination de leurs soins, le médecin traitant est le mieux placé pour organiser un suivi de prévention personnalisé. Et ceci réduit les inégalités face à la santé.

Dans l'étude polychrome de P. Clerc (19), les patients chroniques représentaient 45.33% de la patientèle.

En plus des patients vus pour « renouvellement d'ordonnance », la majeure partie des patients vus par les praticiens de notre étude sont connus de ces praticiens, mais nous n'avons pas pu relever cette donnée et le mesurer.

Ce suivi du patient dans le temps par le médecin traitant constitue la branche principale du parcours de soins du patient. De plus, le médecin traitant travaille en équipe avec tous les acteurs hospitaliers et extrahospitaliers, il a donc un rôle principal dans l'organisation du parcours de soins du patient, en essayant au mieux de lui simplifier l'accès aux soins.

Dans l'article de J. Allen (27), The European definitions of the key features of the discipline of and core competencies, le but était d'informer sur la nouvelle définition européenne des rôles du médecin traitant dans le système de soins publiés par Wonca Europe lors de la Conférence de Londres en juin 2002. Il était rappelé les caractéristiques de la discipline c'est-à-dire l'approche centrée patient, la continuité des soins, la gestion des problèmes aigus et chroniques et l'approche pluridimensionnelle, holistique. L'article insiste sur le rôle de « premiers recours » aux soins, qui est une interface avec le reste du système de soins et que cet accès est illimité.

Au total, on voit très bien que la position de première ligne du médecin généraliste, en particulier à la campagne nécessite des compétences variées. Il est aussi important de souligner que ses diverses compétences s'organisent toujours pour favoriser une prise en charge globale et centrée sur le patient, comme par exemple en favorisant une solution de proximité pour un patient qui refuse de faire des trajets pour voir un spécialiste, hospitaliser le patient à l'hôpital local quand l'entourage est insuffisant ou fatigué...

## **4. Le médecin généraliste : au centre du parcours de soins coordonné**

On a vu dans notre étude que le médecin généraliste est amené à travailler avec de nombreux collaborateurs. Et encore plus, s'il est isolé géographiquement, sa pratique n'est pas elle, isolée.

### **4.1. Un travail en équipe avec des confrères médicaux ou paramédicaux**

Dans notre étude, sur 656 consultations, 31 prescriptions de kinésithérapies ont été faites soit 9.3%. C'est-à-dire que presque un patient sur 10 est adressé au **kinésithérapeute**, le plus souvent pour des problèmes de l'appareil locomoteur, ce qui est donc courant.

Il manque dans notre étude les prescriptions **d'infirmières à domicile**, que nous n'avons pas pu relever et qui auraient été pertinentes pour connaître l'importance de ce travail en étroite collaboration avec elles, qui est en pratique très précieux.

Par les imageries que l'on prescrit, on peut aussi voir le lien avec les collègues **radiologues**. On peut soit interpréter les images par nous mêmes, mais souvent on s'aide aussi du compte rendu du radiologue, il est alors possible de l'appeler pour de plus amples informations ou discussion selon la clinique. Dans notre étude, on a relevé que 9.2% des résultats de consultations et 13.9% des consultations entraînaient une prescription d'imagerie. Une fois de plus, on remarque qu'il s'agit là d'une pratique fréquemment utilisée pour le médecin généraliste.

### **4.2. Un travail en équipe avec les centres hospitaliers**

Comme je l'ai précédemment expliqué, le médecin généraliste adresse régulièrement des patients à l'hôpital local quand le retour à domicile est impossible. Il va pouvoir de façon rapprochée travailler avec les infirmières, aides soignantes, cadres de santé, kinésithérapeutes, assistants sociaux de l'hôpital en s'y rendant régulièrement. De plus en connaissant bien les équipes soignantes, la

communication est encore plus facile et la qualité des soins n'en est que meilleure. La simplicité du transfert favorise aussi cette solution alternative. Si un lit est disponible de suite, on envoie le patient à l'hôpital depuis le cabinet ou le domicile via la famille ou une ambulance puis on passe faire les prescriptions à l'hôpital. Sinon, on peut programmer l'hospitalisation, si l'état de santé du patient le permet dans les jours qui suivent.

Quand la situation est plus complexe et ou plus urgente et nécessite d'avantages de moyens diagnostiques ou thérapeutiques, le médecin généraliste recourt au transfert dans un centre hospitalier. Nous en avons relevé 7 dans l'étude. 4 pour des lésions traumatiques nécessitant des radiographies et plus ou moins de la chirurgie. Un patient suspect d'appendicite et donc nécessitant sûrement une intervention chirurgicale. Un patient étroitement suivi par un service de néphrologie, qui présentait une aggravation de son syndrome néphrotique, que le spécialiste souhaitait gérer dans son service et un jeune enfant qui nécessitait un avis pédiatrique en urgence.

Pour ces 1% de transferts, le médecin généraliste communique par courrier et par téléphone avec les personnes qui accueillent le patient. Le médecin généraliste reçoit à posteriori un courrier résumant le passage aux urgences et l'hospitalisation.

#### **4.3. Un travail en équipe avec les spécialistes**

On a recueilli dans notre étude, 113 avis spécialisés pour 656 consultations, soit 17.2% des consultations. Le médecin généraliste est donc amené couramment à solliciter l'avis d'un confrère spécialiste pour la prise en charge de son patient. Les spécialistes les plus sollicités étant les orthopédistes/rhumatologues et les cardiologues. De même, la communication est effectuée le plus souvent par un courrier, mais si la situation est plus urgente ou délicate, la communication téléphonique est alors plus pratique et efficace.

Le médecin généraliste, coordinateur du parcours de soins est donc un partenaire majeur du patient pour préserver et améliorer sa santé.

## 5. Perspectives

A l'issue de cette étude sur la distribution des motifs et résultats de consultation et sur les procédures de soins, en médecine générale rurale, il serait intéressant et pertinent de pouvoir comparer les résultats avec une étude exclusivement urbaine et de rechercher des différences significatives.

Cette étude permet aussi de mettre en lumière les demandes multiples faites au médecin généraliste lors d'une seule consultation. Et pour un médecin généraliste, d'autant plus au début de son exercice, c'est une réelle difficulté, en pratique et ressentie. La thèse de F. Le Quintrec (12) porte justement les motifs multiples en médecine générale. Il a interrogé les patients qui avaient plus de 3 motifs de consultation sur les justifications du nombre de ces motifs. Les justifications les plus courantes étaient : « Je ne suis pas venu le voir depuis longtemps », « Je ne veux pas me déplacer pour une seule chose. », pour éviter des dépenses à la sécurité sociale, à cause de la difficulté d'avoir un rendez vous, la crainte de déranger « pour rien », « pour laisser de la place à ceux qui en ont le plus besoin ». Il ne ressortait pas un profil type de patient. Il était aussi intéressant d'observer que les patients n'avaient pas conscience de la difficulté ressentie par le médecin généraliste et que parfois ils ne souhaitaient pas une réponse immédiate mais un simple conseil, une réassurance.

Il serait important de former d'avantage les internes à cette réalité. Car ce phénomène nous amène parfois à nous sentir débordé, décontenancé. Il serait judicieux d'insister sur : la nécessité de hiérarchiser les plaintes du patient, sur le fait qu'on ne soit pas obligé de répondre et de régler tous les problèmes posés sur une seule consultation, qu'on puisse proposer de revenir pour répondre à des demandes qui ne seront pas correctement traitées si cela est réalisé en un temps trop limité et que comme il ressort dans la thèse de F. Le Quintrec, les patients n'ont pas cette attitude là « contre »leur médecin. Et parfois une simple écoute de leur demande, même si on n'apporte pas une solution miracle, répond à leurs attentes.

En mettant en évidence les problèmes de santé les plus fréquemment pris en charge en médecine générale, cela permet de pouvoir aussi orienter la formation des internes sur ces domaines. Il est logiquement plus intéressant de les former de façon plus approfondie sur ce qu'ils verront le plus fréquemment en consultation. Il est aussi important de leur rappeler l'importance du rôle de prévention du médecin généraliste, qui est à mettre en œuvre au quotidien. Et de même, de leur faire prendre conscience de l'importance de leur rôle de coordinateur du parcours de soins du patient et de la nécessité de travailler en équipe. Les gestes techniques les plus fréquents sont aussi



une information importante. Les internes doivent en avoir conscience dès le début de leur formation pour pouvoir s'entraîner le plus possible au cours de leurs stages.

D'ailleurs, quand on voit la place importante de l'échographie dans notre étude, on peut souhaiter qu'une formation de « l'échoscopie » soit intégrée au cursus de médecine générale. Les médecins de première ligne particulièrement en milieu rural, doivent avoir accès aux outils d'imagerie actuellement disponibles, pratiques, non invasifs et utiles aux diagnostics. La formation, non plus sous forme d'enseignement facultatif et accessoire et payant à l'échographie, mais dispensée à tous les internes de médecine générale, favoriserait les compétences des médecins en échoscopie et donc son utilisation, avec à la clef un service rendu majeur au patient. Il est important de sortir du carcan qui nous amène trop souvent à penser que les gestes sont réservés aux spécialistes, au milieu hospitalier. Bien sûr, cette formation est plus ou moins utile selon le milieu d'exercice choisi, en effet moins indispensable en ville.

Par ailleurs, en se basant sur l'étude du contenu des consultations de médecine générale, on pourrait effectuer une étude prospective longitudinale en milieu rural qui pourrait alors nous renseigner sur la prévalence et l'incidence des états de santé des patients. De plus, par cette étude sur la durée, on observerait mieux « le chaînage » des procédures de soins et donc les articulations du parcours de soins du patient.

En effet, comme le souligne A. Mizrahi(28), nous assistons à une évolution paradoxale de l'état de santé des personnes âgées en France. L'espérance de vie a augmenté à tous les âges de la vie, en moyenne de plus 2.7 ans à la naissance. Entre 1980 et 1991, le nombre de personnes de plus de 85 ans a augmenté de 13%, le nombre de personnes en ALD a augmenté de 20%, le nombre de personnes en institution a augmenté de 17%. Mais le nombre de maladies identifiées est passé de 2668 à 2616. L'incidence des maladies aiguës est stable. Le nombre de personnes invalides est passé de 14.9 à 7.5%. Les personnes menant une vie normale mais gênées dans leur quotidien sont passées de 40.3 à 45.7%. L'évolution de ces chiffres était dans la lignée de celle entre 1965 et 1980. Il en ressort donc que la population vieillit, que les pathologies chroniques sont plus nombreuses et donc que la pratique du médecin généraliste est de plus en plus complexe.

Selon Y. Bourgueil(6), la connaissance des caractéristiques des patients et de la morbidité reconnue et traitée en médecine générale apparaît comme une condition nécessaire au développement des savoirs sur les pratiques efficaces et sur l'adaptation des organisations en soins primaires pour

rendre les parcours de soins plus efficaces, ce qui est un enjeu majeur de santé publique, dans lequel le médecin généraliste a un rôle primordial.

Cette étude nous rappelle une notion clé entre l'Histoire et la géographie. À l'image de la géographie qui engendre l'Histoire, c'est le territoire qui façonne les Hommes et l'exercice médical.



Nom, prénom du candidat: Belkaious Lucie

## CONCLUSIONS

L'objectif principal de cette thèse était d'étudier la variété et la distribution des motifs et des résultats de consultation en médecine générale rurale. Cette étude portait également sur les procédures de soins, les gestes techniques réalisés au cabinet et l'orientation des patients. Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective. Les données ont été recueillies auprès de 6 praticiens en Ardèche, sur deux sites : Les Vans et Le Cheylard, sur 5 journées de consultations de l'année 2016.

Sur 656 consultations, nous avons recueilli 1028 motifs et résultats de consultations (RC). Le nombre moyen de résultats de consultations par consultation était de 1.56. Les résultats de consultation les plus fréquents étaient représentés par la prise en charge de l'appareil cardiovasculaire et de ses facteurs de risque (17.5% des RC) puis les infections respiratoires hautes (6%) et les troubles anxiodépressifs (5.9% des RC). Les examens complémentaires étaient prescrits dans 21% des consultations pour la biologie et 13.9% pour l'imagerie. 81.5% des consultations ont donné lieu à une ordonnance. Pour 17.2% des consultations, un avis spécialisé a été demandé, principalement en cardiologie et en orthopédie/rhumatologie. 91 gestes ont été pratiqués par les praticiens (électrocardiogrammes, échographies, vaccins et petite chirurgie principalement). 1% des patients vus en consultation, ont été transférés à l'hôpital.

Ce travail a permis de souligner la polyvalence du médecin généraliste en zone rurale ainsi que sa place primordiale dans la prévention et la coordination des soins.

Le Président de jury,  
Nom et Prénom  
Signature

Belkaious Lucie

VU,  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux

Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 29/05/2018

## **Bibliographie**

1. Letrilliart L. ECOGEN: Etudes des éléments de consultation en médecine générale. Exercer. 2014;25.
2. Signoret J. : Evolution du contenu de la consultation de médecine générale en terme de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Université de Versailles. 2012.
3. Clerc P. Des résultats de consultation... des filières de soins, des réseaux. Documents de recherches en médecine générale.
4. Ferru P. Le dictionnaire des résultats de consultation: à quoi ça sert? comment ça marche? Documents de recherches en médecine générale. sept 2003; vol 4.
5. Gallais J. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Documents de recherches en médecine générale; juin 1997, num 45.
6. Bourgueil Y. Le rapprochement de données de médecine générale et de remboursement de l'Assurance maladie: étude de faisabilité et premiers résultats. Questions d'économie de la santé. mars 2014. num 196.
7. Top 50 des motifs de consultations en médecine générale pour l'année 2009. Observatoire de médecine générale. omg.sfm.org.
8. Le médecin traitant, adopté par la majorité des français, favorise la prévention. Point d'information de l'assurance maladie. 2009.
9. Senous Petitjean L. Analyse multifactorielle des consultations en médecine générale à Paris. Etude portant sur 2140 consultations pour 1200 patients. Thèse de Doctorat en médecine générale. Université de Paris 6. 2000.
10. Flesch-Georgel G. Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville: une spécificité de la médecine générale: à partir d'une enquête prospective sur 1172 consultations dans le Bas Rhin. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Université de Strasbourg. 1998.

11. NG Cheong VEE J Marie. Analyse des raisons de mauvaises diffusions du dictionnaire des résultats de consultation chez les médecins généralistes et propositions pour l'améliorer. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Université de Poitiers. 2004.
12. Le Quintrec F. Motifs multiples en consultation de médecine générale: comportements et attentes des patients. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Université de Nantes. 2016.
13. Marquant J. Les consultations pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale: étude descriptive des éléments de consultation associés au motif « renouvellement d'ordonnance » à partir des données de l'étude ECOGEN. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Université de Lille 2. 2014.
14. Aguzzoli F. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale : France 1992. Paris: CREDES Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. 1994 mars p. 2vol.(343;193p.).
15. Drappier Donval V. Polyvalence de la consultation de médecine générale. Thèse de Doctorat en médecine générale. Université de Paris 5. 1998.
16. Jaine P. La pluralité des sujets abordés lors d'une consultation de médecine générale. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Université de Marseille. 2005.
17. Soler K J. An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is the family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titles of episodes of cares across populations. Family practice 2012. 29:283-298.
18. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes: un essai de typologie. Etudes et résultats. DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques). juin 2004. num 315.
19. Clerc P. Etude polychrome sur les maladies chroniques. Rapport final Inserm; 2009.
20. Mezino Y. Motifs de recours des médecins généralistes aux urgences du CHU Sud Réunion, déterminants de la prise de décision et communication ville-hôpital. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Université de Bordeaux. 2016.
21. Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. Thèse de Doctorat en médecine générale. Université de Lyon Sud.2006.

22. Budowski M, Gay B. Comment former les futurs généralistes? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. Rev Exerc. 2005;75:142–144.
23. Jammet I. Typologie des consultations en médecine générale. Thèse de Doctorat en médecine générale. Université de Poitiers. 2004.
24. Letrilliart L, Colin C. Prometheus: the implantation of clinical coding schemes in French routine general practice. Informatics in primary care; 2006.
25. Allonier C. De quoi souffre t on en France? Bulletin d'information en économie de la santé; juin 2007. num 123.
26. Fénina A. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France; Bulletin d'information en économie de la santé; juillet 2006. num 111.
27. Allen J. The european definitions of the key future of the discipline of and core competencies. Br J Gen Pract; 2002; 526-527.
28. Mizrahi A. L'évolution paradoxale de l'état de santé des personnes âgées en France: amélioration du pronostic vital, diminution de l'incapacité et augmentation du nombre de maladies. CreDES; aout 1994. num 1027.

## **Mots clefs :**

Médecine générale rurale

Motifs de consultations

Résultats de consultations

Parcours de soins

## Abréviations :

AT : arrêt de travail

CIM : Classification internationale des maladies

CISP : Classification internationale des soins primaires

DRC : dictionnaire des résultats de consultations

RC : résultat de consultation

V+W+X+Y : causes externes de morbidité et mortalité

Z : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

## Annexes :

### **Annexe 1 : Fiche de recueil des données :**

- Initiales du patient
- Praticien
- Lieu
- Sexe
- Age
- ALD : oui/non
- HTA : oui/non
- Diabète : oui/non
- Cardiopathie : oui/non
- Motifs de consultations
- Résultats de consultation
- Prise en charge ambulatoire : oui/non
- Transfert à l'hôpital local : oui/non
- Transfert dans un centre hospitalier : oui/non
- Avis spécialisé demandé : oui/non
- Imagerie : oui/non
- Biologie : oui/non
- Ordonnance : oui/non
- Kinésithérapie : oui/non
- Arrêt de travail : oui/non
- Gestes techniques
- Nombre de motifs/ résultats de consultation

## Annexe 2 : Chapitres de la CIM 10 :

Chapitre	Bloc	Titre
<b>I</b>	A00-A99	Certaines maladies infectieuses et parasites
<b>II</b>	C00-D48	Tumeurs
<b>III</b>	D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
<b>IV</b>	E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
<b>V</b>	F00-F99	Troubles mentaux et du comportement
<b>VI</b>	G00-G99	Maladies du système nerveux
<b>VII</b>	H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes
<b>VIII</b>	H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
<b>IX</b>	I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire
<b>X</b>	J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire
<b>XI</b>	K00-K93	Maladies de l'appareil digestif
<b>XII</b>	L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
<b>XIII</b>	M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
<b>XIV</b>	N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire
<b>XV</b>	O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité
<b>XVI</b>	P00-P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
<b>XVII</b>	Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
<b>XVIII</b>	R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
<b>XIX</b>	S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
<b>XX</b>	V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité
<b>XXI</b>	Z00-Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
<b>XXII</b>	U00-U99	Codes d'utilisation particulière





## RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS

L'objectif principal de cette thèse était d'étudier la variété et la distribution des motifs et des résultats de consultation en médecine générale rurale. Cette étude portait également sur les procédures de soins, les gestes techniques réalisés au cabinet et l'orientation des patients. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective. Les données ont été recueillies auprès de 6 praticiens en Ardèche, sur deux sites : Les Vans et Le Cheylard, sur 5 journées de consultations de l'année 2016.

Sur 656 consultations nous avons recueilli 1028 motifs et résultats de consultations (RC). Le nombre moyen de résultats de consultations par consultation était de 1.56. Les résultats de consultation les plus fréquents étaient représentés par la prise en charge de l'appareil cardiovasculaire et de ses facteurs de risque (17.5% des RC) puis les infections respiratoires hautes (6%) et les troubles anxio-dépressifs (5.9% des RC). Les examens complémentaires étaient prescrits dans 21% des consultations pour la biologie et 13.9% pour l'imagerie. 81.5% des consultations ont donné lieu à une ordonnance. Pour 17.2% des consultations, un avis spécialisé a été demandé, principalement en cardiologie et en orthopédie/rhumatologie. 91 gestes ont été pratiqués par les praticiens (électrocardiogrammes, échographies, vaccins et petite chirurgie principalement). 1% des patients vus en consultation, ont été transférés à l'hôpital.

Ce travail a permis de souligner la polyvalence du médecin généraliste en zone rurale ainsi que sa place primordiale dans la prévention et la coordination des soins.