

1. Département de médecine générale, université Claude-Bernard-Lyon 1.
2. Département de médecine générale, université de Rouen.
3. Département de médecine générale, université de Nice-Sophia-Antipolis.
4. Département de médecine générale, université Paris-5-Descartes.
5. Service de biostatistiques, Hospices civils de Lyon.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale

The ECOGEN study: elements of the consultation in general practice

Laurent Letrilliart,¹ Irène Supper,¹ Matthieu Schuers,² David Darmon,³ Pascal Boulet,² Madeleine Favre,⁴ Mad-Hélénie Guérin,⁵ Alain Mercier²

exercer 2014;114:148-57.

laurent.letrilliart@univ-lyon1.fr

Context. *In France, few data allow to have an overview of the reasons for seeking care and of the health problems in primary care. Data from the rare existing private operators are poorly accessible.*

Objective. *To describe the protocol and the main results of the ECOGEN study, especially the distribution of the reasons for encounter and consultation results.*

Methods. *Multicentre, cross-sectional national study, conducted in general practice. Investigators were 54 interns from 27 medical schools, during their training under direct supervision by 128 university trainers. They have been educated to structuring the electronic health record and to the use of the International classification of primary care (ICPC-2). They have collected and entered variables specific to each consultation over a period of 20 days, distributed between December 2011 and April 2012, and variables on their trainer(s).*

Results. *Consultation data have been recorded for 20613 consultations. Each consultation included in average 2.6 reasons for encounter, 2.2 consultation results, and 4.7 processes of care. Each consultation result was thus associated to 1.2 reason for encounter and to 2.1 processes of care. The most frequent consultation result corresponded to situations of prevention (11.0% of the consultation results), followed by the cardiovascular risk factors: uncomplicated hypertension (7.0%), lipid disorder (3.7%), non-insulin dependent diabetes (2.4%). The most frequent reasons for encounter were for seeking repeat prescribing (21.3%), the follow-up of a health problem (5.7%) and the discussion of investigations results (4.0%).*

Conclusion. *The ECOGEN study attests to the diversity and the continuity of care of the general practitioner, who is a true partner in preserving and improving his patients' health.*

Mots-clés

Résultats de consultation

Motifs de consultation

Médecine générale

Key words

Consultation results

Reasons for encounter

General practice

Introduction

En France, peu de données permettent d'avoir une vue d'ensemble de la réalité des motifs de recours aux soins et des problèmes de santé en soins primaires. Quelques systèmes de recueil continu et systématique de données de morbidité en médecine de ville existent, essentiellement les réseaux d'IMS-Health (*Inter-continental Marketing Services*) et Thales (CEGEDIM). Ces opérateurs privés sont orientés vers le suivi des prescriptions médicamenteuses et leurs données ne sont pas librement accessibles¹. La Société française de médecine générale (SFMG) a développé depuis 1995 un réseau national composé de plus d'une centaine de

médecins généralistes, constituant l'Observatoire de la médecine générale (OMG). Celui-ci a permis d'alimenter une base de données médicales exploitables, reposant sur l'utilisation du Dictionnaire des résultats de consultation. Cet observatoire a interrompu ses activités en 2011 faute de soutien financier pérenne². Il existe aussi des enquêtes ponctuelles réalisées en population générale par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), qui décrivent la morbidité déclarée³.

Hormis une large étude de faisabilité portant sur les résultats de consultation (à l'exclusion des motifs de consultation et des procédures de soins)⁴, aucun recueil de données de consultation de médecine générale

d'envergure n'a été réalisé en France jusqu'à présent en utilisant la Classification internationale des soins primaires (CISP)⁵. Celle-ci a pourtant été reconnue par l'Organisation mondiale de la santé en 2003 comme classification internationale de référence pour les soins primaires⁶. La nécessité de mieux connaître le contenu de la consultation du médecin généraliste pour penser le soin et l'enseigner a conduit le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) à mettre en œuvre une étude d'envergure nationale, l'étude ECOGEN (Éléments de la COnsultation en médecine GENérale).

L'objectif de cet article est de décrire le protocole et les principaux résultats de cette étude, en termes de distribution des motifs et des résultats de consultation. La description des procédures de soins fait l'objet d'un article spécifique de ce numéro⁷.

Méthode

Il s'agissait d'une étude transversale nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale. Elle comportait 128 centres, constitués de cabinets accueillant des internes en stage supervisé de niveau 1, rattachés à 27 départements de médecine générale (figure 1).

Critères d'inclusion

Les données ont été recueillies par 54 internes de médecine générale en stage supervisé chez le praticien (niveau 1), chacun étant investigateur dans 1 à 3 centres (terrains de stage). Ils ont été dirigés par 40 enseignants de médecine générale, dont 30 chefs de clinique universitaires.

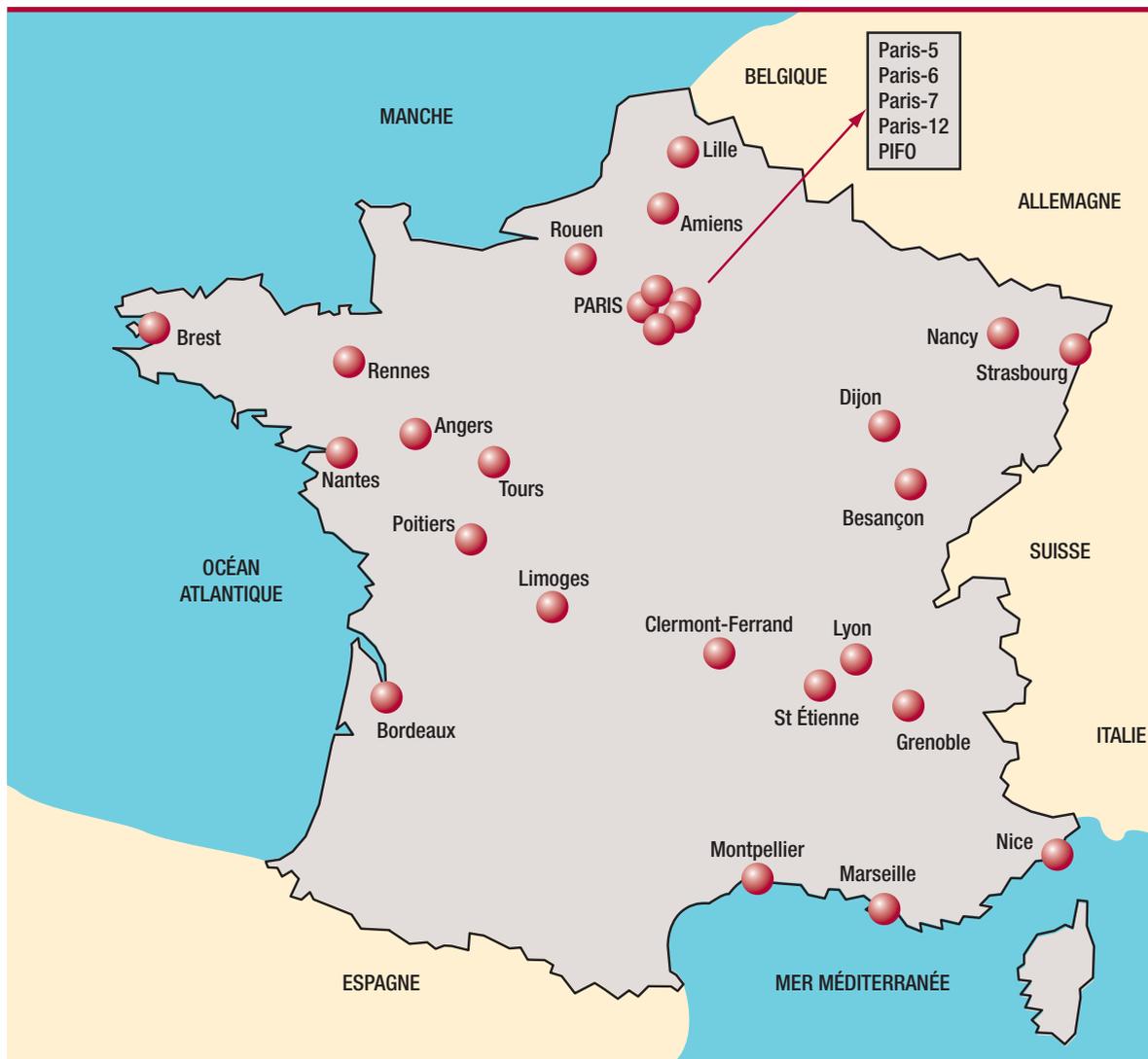


Figure 1. Répartition géographique des 27 universités participantes

Toutes les consultations des maîtres de stage universitaires (MSU) de ces centres, à leur cabinet ou à domicile, durant une période de 20 jours ouvrés répartis entre décembre 2011 et avril 2012, ont été incluses. Les journées d'inclusion représentaient ainsi approximativement une journée (ou deux demi-journées) de stage sur quatre journées hebdomadaires, en alternance entre les MSU si l'interne avait plusieurs terrains de stage. Était inclus tout patient vu en visite ou consultation, et ne manifestant pas son refus de participer. En cas de refus de participation, le motif était enregistré. Il était demandé à chaque interne de recueillir un minimum de 400 consultations pendant la durée de l'étude.

Formation des investigateurs

Les internes investigateurs ont bénéficié d'une journée et demie de formation au recueil et à la saisie des données, dans le cadre de deux séminaires inter-régionaux organisés à Lyon et Paris. Les principes de la structuration du dossier médical informatisé « orienté problème »⁸ et d'utilisation de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2)⁹ leur ont été enseignés. Ils ont bénéficié d'exercices pratiques, fondés sur l'analyse de consultations filmées¹⁰. Diverses situations emblématiques de médecine générale avaient été auparavant mises en scénario, puis filmées et montées. Celles-ci intriquaient des préoccupations relatives à des problèmes chroniques et à des problèmes aigus intercurrents, exprimées par le patient (au début ou en cours de consultation) ou induites par le médecin. Les internes ont été entraînés à repérer les différentes composantes de la consultation (motifs de consultation du patient, procédures de soins, résultats de consultation du médecin).

Une fiche aide-mémoire, rappelant les diverses procédures formelles nécessaires au recueil et à la saisie des données, a été remise aux internes investigateurs¹¹. Durant la période de recueil des données, un forum leur a permis d'échanger sur les difficultés liées au codage et à la saisie des données, dans le but d'améliorer la qualité des données. La faisabilité du recueil et de la saisie des données avait été testée dans le cadre d'une étude pilote en mars 2011¹².

Recueil des données

Les données concernant les consultations ont été recueillies en texte libre sur un questionnaire papier, à la fin de chaque consultation d'un patient. Il s'agissait des variables suivantes :

- lieu de consultation (cabinet ou visite) ;
- âge ;
- genre ;
- catégorie socioprofessionnelle et statuts d'exonération éventuelle du patient ;
- patient nouveau ou déjà connu ;
- résultats de consultation (problèmes diagnostiqués

par le médecin), leur caractère nouveau ou ancien, chronique¹³, et iatrogène éventuel ;

- pour chaque résultat de consultation, les motifs de consultation (symptômes ou plaintes du patient), les procédures de soins réalisées et programmées ;
- pour chaque procédure, l'évaluation par l'interne de sa transférabilité éventuelle à d'autres professionnels de santé ;
- durée de la consultation.

Les données suivantes ont été recueillies à propos des MSU :

- âge ;
- genre ;
- milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain, code postal et ville de résidence) ;
- secteur conventionnel ;
- mode d'exercice (isolé, en groupe médical, en groupe pluridisciplinaire, en centre de santé) ;
- nombre annuel de consultations (selon le RIAP 2010) ;
- réception des visiteurs médicaux ;
- réception des délégués de l'assurance maladie.

Saisie des données

Les internes investigateurs ont saisi de façon différée (de préférence le même jour, en fin de journée) les données préalablement recueillies sur les questionnaires papier dans une base de données centralisée accessible sur un site Web dédié. Les données concernant les motifs et résultats de consultation ainsi que les procédures de soins ont été saisies sous la forme de codes de la CISP-2, avec l'assistance d'un moteur d'aide au codage en ligne proposant un choix de codes lors de la saisie d'un texte libre. Dans le cadre du contrôle de la qualité des saisies, une double saisie a été réalisée par chaque interne investigateur sur un échantillon d'environ 20 consultations du premier jour de consultation d'une semaine de février 2012.

Analyses des données

La base de données relationnelle, de format « MySQL », a bénéficié d'un contrôle qualité, qui a permis de repérer

	n	Par résultat de consultation	Par consultation
Consultations	20 613		
Résultats de consultation	45 582		2,21 (2,19-2,23)
Motifs de consultation	54 589	1,20 (1,19-1,20)	2,65 (2,63-2,67)
Procédures de soins	97 779	2,15 (2,14-2,16)	4,74 (4,70-4,78)

Tableau 1. Fréquence des différences éléments de consultation

	n	(%)
Âge		
0-4 ans	1 762	(8,48)
5-14 ans	1 500	(7,22)
15-30 ans	2 465	(11,86)
31-45 ans	3 541	(17,04)
46-49 ans	4 103	(19,74)
60-74 ans	4 118	(19,82)
75-111 ans	3 291	(15,84)
Total	20 780	(100,00)
Genre		
Masculin	8 674	(41,74)
Féminin	12 107	(58,26)
Total	20 781	(100,00)
Antériorité		
Connu	19 635	(94,49)
Nouveau	1 146	(5,51)
Total	20 781	(100,00)
Statuts d'exonération		
Au moins une	6 289	(20,28)
ALD	4 797	(23,10)
CMU	860	(4,14)
AME	56	(0,27)
AT	445	(2,14)
MP	79	(0,38)
Invalidité	333	(1,60)
Aucune	14 481	(69,72)
Total	20 770	(100,00)
Catégorie socioprofessionnelle		
Agriculteurs exploitants	74	(0,36)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	575	(2,77)
Cadres et professions intellectuelles	1 052	(5,06)
Professions intermédiaires	1 247	(6,00)
Employés	4 014	(19,32)
Ouvriers	820	(3,95)
Retraités	6 801	(32,73)
Autres personnes sans activité professionnelle	6 190	(29,79)
Total	20 781	(100,00)

Tableau 2. Caractéristiques des patients

les valeurs manquantes et aberrantes. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS[®]. Elles ont consisté à décrire la fréquence des motifs et des résultats de consultation, et leur distribution anatomique (chapitres de la CISP-2) et étiologique (composantes de la CISP-2).

La représentativité des MSU des centres participants par rapport aux médecins généralistes français (à l'exclusion des médecins d'exercice particulier ; source : CnamTS) a été évaluée en comparant les distributions d'âge, de genre, de milieu d'exercice (tranches d'unité urbaine¹⁴), de secteur conventionnel et de volume d'activité. Les patients ayant refusé de participer ont été comparés aux patients inclus pour l'âge, le genre, les statuts ALD et CMU. Les comparaisons ont été réalisées avec un test du chi-2 pour les variables qualitatives, avec un test de Student ou un test de Wilcoxon (en l'absence de distribution normale) pour les variables quantitatives. La comparaison du nombre de résultats de consultation par consultation entre la saisie initiale et la double saisie a été réalisée avec un test de Wilcoxon.

Aspects éthiques et réglementaires

Une déclaration a été établie auprès du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) puis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Bien que cette étude d'observation ne modifiait pas les pratiques habituelles des médecins, et n'entraîne pas *a priori* dans cadre de la loi Huriet, une déclaration a été adressée auprès d'un comité de protection des personnes (CPP). Une affiche d'information des patients destinée à être apposée dans les cabinets des MSU concernés a été mise à la disposition des internes investigateurs. Une autorisation d'utilisation de la CISP-2 a été obtenue de la WONCA, à titre dérogatoire compte tenu du non-acquittement des droits relatifs à cette classification par la France jusqu'à présent.

Résultats

La base de données comportait initialement 20 945 consultations. Le contrôle qualité de la base de données a conduit à exclure 164 consultations, en raison d'une date de consultation en dehors de la période d'étude (26 consultations), d'une invalidation par l'interne après saisie (57), de l'absence de données concernant le patient et le contexte (1), de l'existence de motifs sans résultats de consultations associés (9), de doublons (66) ou de l'absence de tout élément de consultation (5). Au total, 20 781 consultations ont été analysées, correspondant à 385 consultations en moyenne par interne investigateur. Le patient a refusé la présence de l'interne pour 168 consulta-

tions (0,8 %), mais aucun n'a refusé de participer à l'étude. Les données de consultation ont ainsi été enregistrées pour 20 613 consultations.

Caractéristiques des consultations

Chaque consultation comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation, 2,2 résultats de consultation, et 4,7 procédures de soins. Chaque résultat de consultation était ainsi associé à 1,2 motif de consultation et à 2,1 procédures de soins (tableau 1). Après exclusion de 13 valeurs supérieures à une heure, la durée moyenne des consultations était de 16,7 minutes (IC95 = 16,6-16,8) et sa durée médiane était de 15 minutes. Les visites à domicile représentaient 6,1 % de l'ensemble des consultations. La patientèle ayant consulté était composée de 94,5 % de patients déjà connus du médecin, de 58,3 % de femmes, de 15,7 % d'enfants de moins de 15 ans et de 15,8 % de personnes âgées de plus de 75 ans, de 4,4 % de patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME (tableau 2).

Résultats de consultation

Le résultat de consultation le plus fréquent correspondait à des situations de prévention (11,0 % des résultats de consultation) (tableau 3). Les facteurs de risque cardiovasculaire constituaient des résultats de consultation fréquents : hypertension artérielle non compliquée (7,0 %), dyslipidémie (3,7 %), diabète non insulino-dépendant (2,4 %). Les résultats de consultation les plus fréquents incluaient aussi les infections respiratoires aiguës, notamment des rhinites et/ou pharyngites (4,3 %) ou des bronchites ou bronchiolites (1,5 %). La dépression et les perturbations du sommeil représentaient respectivement 2,7 et 1,5 % des résultats de consultation, l'hypothyroïdie 1,4 %. Parmi l'ensemble des résultats de consultation, 39,6 % au minimum correspondaient à des problèmes de santé chroniques. En dehors du chapitre « général » (16,6 %), les chapitres les plus fréquemment concernés correspondaient aux appareils cardiovasculaire (13,5 %) et musculosquelettique (12,6 %). Les problèmes psychologiques et sociaux représentaient respectivement 8,2 et 1,4 % des résultats de consultation rapportés (figure 2). Les résultats de consultation correspondaient à un diagnostic dans 80 % des cas et à un symptôme ou une plainte dans 20 % des cas (figure 3).

Motifs de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent était la demande de renouvellement de traitement médicamenteux (21,3 % des motifs de consultation) (tableau 4). Le patient consultait pour le suivi d'un problème de santé dans 5,7 % des cas et pour discuter de résultats d'exams dans 4 % des cas. Le motif était d'ordre administratif dans 2,9 % des cas, et correspondait à une

demande relative à une vaccination ou un traitement préventif dans 1,7 % des cas. Les symptômes respiratoires étaient des motifs fréquents de consultation, en particulier la toux (4,8 %), la congestion nasale (2 %) et les symptômes et plaintes de la gorge (1,8 %), de même qu'une fièvre (2,6 %). En dehors du chapitre « général » (15,5 %), les chapitres les plus fréquemment concernés correspondaient aux appareils cardiovasculaire (13,3 %) et respiratoire (13,3 %) (figure 2). Les motifs de consultation correspondaient à une demande de procédure dans 50,2 % des cas, à un symptôme ou une plainte dans 43 % des cas et à un diagnostic dans 6,8 % des cas (figure 3).

L'épisode de soins ne répondait pas à une demande du patient mais était initié par le médecin dans 9,4 % des cas. Un résultat de consultation correspondant à une situation de prévention était présent dans 22 % des consultations, initié par le médecin dans 52,8 % des cas.

Représentativité et validité des données

Les MSU des centres participants ne différaient pas de l'ensemble des médecins généralistes français pour l'âge moyen ($p = 0,89$), le genre ($p = 0,41$), le milieu d'exercice ($p = 0,72$), le secteur conventionnel ($p = 0,75$) et le nombre annuel de consultations ($p = 0,25$). Ils appartenaient néanmoins plus souvent aux classes d'âge de 40 à 44 ans et de 50 à 59 ans ($p = 0,01$) (tableau 5). Les patients ayant refusé la présence de

Code	Rubrique	n	(%)
A98	Gestion santé/médecine préventive	5 000	(10,95)
K86	Hypertension non compliquée	3 189	(6,99)
R74	Infection aiguë des voies respiratoires supérieures	1 969	(4,31)
T93	Trouble du métabolisme des lipides	1 691	(3,70)
A97	Pas de maladie	1 235	(2,70)
P76	Dépression	1 216	(2,66)
T90	Diabète non insulino-dépendant	1 093	(2,39)
R78	Bronchite aiguë/bronchiolite	697	(1,53)
P06	Perturbation du sommeil	669	(1,47)
T86	Hypothyroïdie/myxoedème	647	(1,42)
Total		17 406	(38,14)

Tableau 3. Top 10 des résultats de consultation (n = 45 642)

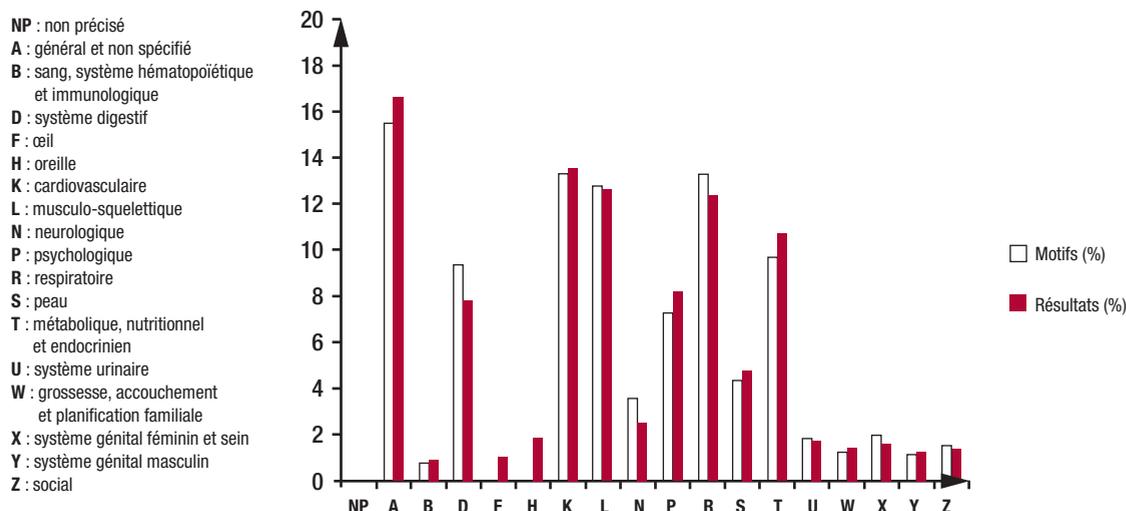


Figure 2. Distribution des motifs et résultats de consultation par appareil

l'interne ne différaient pas des patients inclus pour l'âge ($p = 0,63$) et les statuts ALD ($p = 0,12$) et CMU ($p = 0,74$), mais ils étaient plus souvent de sexe féminin (66,7 vs 58,2 % ; $p = 0,03$).

Un échantillon de 987 questionnaires (4,7 %) a fait l'objet d'une double saisie. Le nombre de résultats de consultation par consultation ne différait pas entre les deux saisies (différence moyenne : 0,002 ; $p = 0,69$). Parmi les 2 230 résultats de consultation correspondant, 72 différaient entre les deux saisies (3,2 %), dont 26 du fait d'un résultat manquant. Parmi les 2 643 motifs de consultation correspondant, 176 différaient entre les deux saisies (6,7 %), dont 90 du fait d'un motif manquant.

Discussion

Alors que notre système de soins place de plus en plus le médecin généraliste traitant au centre de la prise en charge des patients¹⁵, l'étude ECOGEN a permis de décrire de façon précise le contenu de l'acte de consultation en médecine générale. Elle a montré qu'en moyenne les consultations de médecine générale comportent 2,2 résultats de consultation (problèmes diagnostiqués par le médecin), chacun répondant à 1,2 motif de consultation (symptôme ou plainte du patient) et associé à 2,1 procédures de soins (réalisées ou programmées). L'activité des médecins généralistes est dominée par les situations de prévention (11 %), recouvrant la promotion de la santé et le dépistage, et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires (13,1 % pour l'hypertension artérielle non compliquée, la dyslipidémie et le diabète non insuli-

nodépendant). La prise en charge des problèmes de santé est initiée par le médecin dans 9,4 % des cas, et dans 52,8 % des cas lorsqu'il s'agit d'une situation de prévention. Alors que les motifs de consultation comportent 43 % de symptômes et plaintes, les résultats de consultation n'en comportent plus que 20 %.

Diversité et continuité des soins

Du fait de leur accès en premier recours, les médecins généralistes accueillent des patients présentant des profils très variés, notamment en termes d'âge, de genre et de milieu socio-économique. Ils suivent habituellement leurs patients au long cours, connaissant déjà le patient dans 94,5 % des consultations. Ils prennent en charge des problèmes de santé somatiques mais aussi psychologiques et sociaux, chroniques dans plus de 40 % des cas. Ils sont confrontés au repérage de facteurs de risque et au diagnostic de maladies se présentant fréquemment sous la forme de symptômes indifférenciés. Ces observations sont caractéristiques de l'exercice de la médecine générale en Europe¹⁶. Les principaux résultats de consultation identifiés dans cette étude sont assez concordants avec les données de l'Observatoire de la médecine générale, qui sont habituellement rapportées au nombre de consultations. Celles-ci montraient ainsi pour l'année 2009 la prédominance des situations de prévention (24,3 % des consultations), des facteurs de risque cardiovasculaires (24,9 % pour l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie et le diabète non insulino-dépendant) et des infections des voies respiratoires (28,4 % pour la rhinopharyngite, l'angine, la rhinite, la toux et la bronchite aiguë)¹⁷. Sept des dix résultats de consultation les plus fréquents

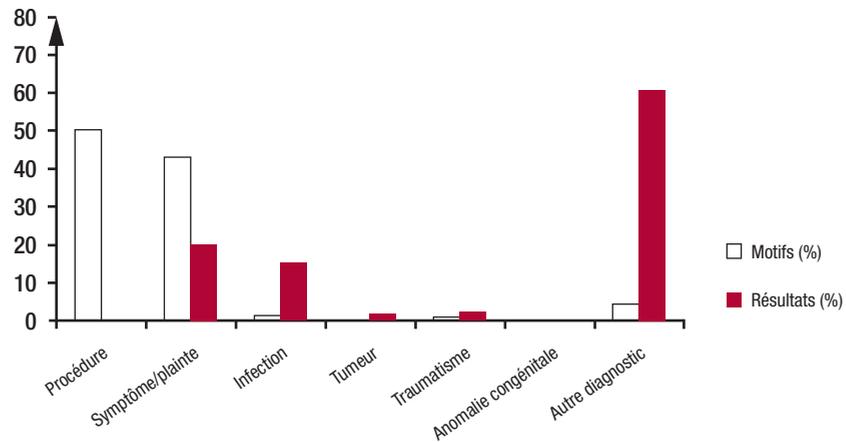


Figure 3. Distribution des motifs et résultats de consultation par composante

selon nos résultats étaient retrouvés dans les dix problèmes les plus souvent pris en charge par les médecins généralistes en Australie, à l'exception des troubles du sommeil, de l'hypothyroïdie, et de l'absence de maladie¹⁸. La fréquence élevée des situations d'hypothyroïdie et des perturbations du sommeil dans notre étude est confirmée par le classement (en quantité) de la lévothyroxine au 6^e rang des substances actives les plus vendues en ville en 2012, et le classement du zolpidem et de la zopiclone aux 13^e et 20^e rangs¹⁹.

En moyenne, les médecins généralistes prennent en charge simultanément 2,2 problèmes de santé au cours d'une consultation de 16,7 minutes. Cette estimation est proche d'une estimation française antérieure issue d'un recueil automatisé à partir des dossiers médicaux informatisés (2,1 problèmes par consultation)⁴. Elle est inférieure à celles issues d'une étude de consultations enregistrées par vidéo en Angleterre en 2011 (2,5 problèmes en 11,9 minutes)²⁰ et de l'observation par des étudiants aux États-Unis d'Amérique en 1999 (2,7 problèmes en 19,3 minutes)²¹. Compte tenu du lien entre la durée de la consultation et le nombre de problèmes pris en charge²⁰, ces variations suggèrent une influence du système de santé sur ce dernier indicateur²².

La proportion de symptômes et plaintes résiduels parmi les résultats de consultation (20 %) est proche de l'estimation de la SFMG (27 %) ²³ et plus encore d'une estimation australienne (18 %). Elle témoigne des situations où l'expertise du médecin généraliste ne permet pas de poser un diagnostic de maladie ou de syndrome au terme de la consultation. La durée moyenne des consultations dans l'étude ECOGEN (16,7 minutes) est proche d'une estimation nationale de 16 minutes en 2002²⁴.

Forces et faiblesses de l'étude

L'étude ECOGEN est la première en France à étudier le contenu des consultations en recueillant les motifs de consultation et les procédures rattachées à chaque résultat de consultation. Une étude ponctuelle réalisée en 1997 par la SFMG avait décrit les procédures de

Code	Rubrique	n	(%)
-50	Médication/prescription/injection	11 603	(21,25)
-64	Épisode initié par dispensateur	5 151	(9,44)
-63	Rencontre de suivi	3 123	(5,72)
R05	Toux	2 601	(4,76)
-60	Résultats analyses/examens	2 201	(4,03)
-62	Contact administratif	1 609	(2,95)
A03	Fièvre	1 413	(2,59)
R07	Congestion nasale/éternuement	1 105	(2,02)
R21	Symptôme/plainte de la gorge	967	(1,77)
-44	Vaccination/médication préventive	926	(1,70)
Total		30 699	(56,24)

Tableau 4. Top 10 des motifs de consultation (n = 54 590)

	Échantillon (n = 128)	France (n = 54 050)	p
Âge - n (%)			0,01
32-39 ans	11 (8,59)	6 038 (11,2)	
40-44 ans	14 (10,9)	4 827 (8,94)	
45-49 ans	10 (7,81)	6 600 (12,2)	
50-54 ans	33 (25,8)	10 808 (20,0)	
55-59 ans	38 (29,7)	11 195 (20,8)	
60-70 ans	22 (17,2)	14 473 (26,8)	
Total	128	53 941	
Moyenne (écart-type)	52,64 (7,88)	52,73 (9,35)	0,89
Genre - n (%)			0,41
Masculin	85 (66,4)	37 699 (69,8)	
Féminin	43 (33,6)	16 349 (30,2)	
Total	128	54 048	
Milieu d'exercice - n (%)			0,72
Commune rurale (nombre d'habitants)	18 (14,1)	7 696 (15,7)	
< 5 000	12 (9,37)	4 681 (9,54)	
5 000-9 999	8 (6,25)	3 692 (7,52)	
10 000-19 999	8 (6,25)	2 962 (6,03)	
20 000-49 999	7 (5,47)	3 612 (7,36)	
50 000-99 999	9 (7,03)	4 111 (8,38)	
100 000-199 999	8 (6,25)	3 333 (6,79)	
200 000-1 999 999	39 (30,5)	13 694 (27,9)	
Paris	19 (14,8)	5 300 (10,8)	
Total	128	49 081	
Secteur conventionnel - n (%)			0,75
1	118 (92,2)	50 216 (92,9)	
2 ou 3	10 (7,81)	3 834 (7,09)	
Total	128	54 050	
Nombre de consultations (année 2010)			
Moyenne (écart-type)	5 139 (1 762)	4 960	0,25

Tableau 5. Représentativité des médecins participants (année 2012)

soins par consultation et non par résultat de consultation²⁵. Les forces de cette étude résident dans son ampleur, la qualité des données recueillies et la représentativité des praticiens. Les erreurs de classification des données ont été limitées par la formation des

investigateurs au recueil des données et les erreurs de saisie par la mise à disposition d'un moteur de codage. La motivation des internes était renforcée par leur utilisation de la base de données collectivement constituée pour leur travail personnel de thèse. L'étude a permis de recueillir des données inédites, comme la durée des consultations ou la catégorie socioprofessionnelle des patients. La bonne représentativité des médecins autorise l'extrapolation des résultats à l'ensemble des médecins généralistes français.

Si l'étude permet de connaître la distribution des motifs de recours et des problèmes de santé pris en charge en médecine générale, elle ne permet pas de connaître la prévalence et l'incidence des problèmes de santé de la population française. En effet, tous les problèmes de santé chroniques (maladies ou facteurs de risque), connus ou inconnus, n'ayant pas été pris en charge durant les consultations incluses n'ont pas été enregistrés. Les données ayant été recueillies principalement durant la période hivernale, les affections virales et bactériennes des voies respiratoires supérieures et inférieures ont vraisemblablement été surestimées. Il n'a pas été possible d'évaluer spécifiquement la représentativité des patients inclus.

Perspectives

En matière d'enseignement, l'étude apporte de précieuses orientations. Les études médicales se structurent actuellement autour de l'acquisition de compétences, qui sont travaillées au cours de situations cliniques types²⁶. L'étudiant doit identifier l'information qui lui est nécessaire pour maîtriser la situation professionnelle. Cette posture peut s'appliquer à toutes les situations, mais une orientation fondée sur une analyse fonctionnelle des rôles professionnels est nécessaire²⁷. Il ressort de l'étude ECOGEN que les situations de prévention, qui incluent les démarches d'éducation du patient, sont emblématiques des compétences du MG. L'enseignant pourra ainsi mettre en lumière la nécessité d'un travail sur des types de problèmes de santé (ou de procédures de soins) particulièrement fréquents en soins primaires.

L'étude ECOGEN révèle la valeur ajoutée d'un recueil structuré (orienté problème) et standardisé (selon une classification internationale) des données pour la connaissance de l'activité médicale. L'évolution des modes de rémunération sur des objectifs de santé publique²⁸, qui nécessite le recueil par les praticiens d'indicateurs concernant leur activité médicale, rend nécessaire l'enseignement de l'utilisation des dossiers patients informatisés dans le cadre de la formation médicale initiale. Un tel enseignement est cependant rendu difficile par la grande diversité et le manque d'interopérabilité des systèmes sur le marché²⁹.

Au-delà des motifs et des résultats de consultation, le recueil prospectif de données comportant un chaînage des problèmes de santé des patients dans le temps pourrait permettre d'estimer l'incidence et la prévalence des épisodes de soins en médecine générale et de décrire l'enchaînement des procédures diagnostiques et thérapeutiques qui leur sont rattachées. Cette articulation est le maillon manquant de l'évaluation des besoins et des pratiques dans le champ des soins primaires³⁰. Une ou plusieurs base(s) de données longitudinales de qualité, facilement accessible(s) aux chercheurs en soins primaires, reste(nt) à créer. Elle(s) pourrai(en)t être interconnectée(s) avec les bases de données de l'assurance maladie, afin de mieux tracer le parcours de soins des patients³¹.

Conclusion

L'étude ECOGEN atteste de la diversité et de la continuité des soins du médecin généraliste. Proactif et non simple dispensateur de soins à la demande, il représente un véritable partenaire pour préserver et améliorer la santé de ses patients.

Remerciements : *Nous sommes reconnaissants à Denis Pouchain, Éric van Ganse, Anne-Marie Schott et René Ecochard pour la validation méthodologique du protocole. À Philippe Ameline pour les développements informatiques et à Véronique Bories-Maskulova pour les données transmises. Nous remercions aussi Michèle Lieurade et Marilyn Peronnet pour leur soutien logistique.*

Financement : *L'étude ECOGEN a bénéficié du soutien des laboratoires Pfizer et du Collège national des généralistes enseignants (CNGE).*

Résumé

Contexte. *En France, peu de données permettent d'avoir une vue d'ensemble des motifs de recours aux soins et des problèmes de santé en soins primaires. Les données des quelques opérateurs privés existants sont peu accessibles.*

Objectif. *Décrire le protocole et les principaux résultats de l'étude ECOGEN en termes de distribution des motifs et des résultats de consultation.*

Méthodes. *Étude transversale nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale. Les investigateurs étaient 54 internes de 27 facultés de médecine, en stage supervisé de niveau 1 chez 128 maîtres de stage universitaires. Ils ont été formés à la structuration du dossier médical informatisé et à l'utilisation de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2). Ils ont recueilli et saisi des variables spécifiques à chaque consultation sur une période de 20 jours répartis entre décembre 2011 et avril 2012, ainsi que des variables relatives à leur(s) maître(s) de stage.*

Résultats. *Les données de consultation ont été enregistrées pour 20 613 consultations. Chaque consultation comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation, 2,2 résultats de consultation, et 4,7 procédures de soins. Chaque résultat de consultation était ainsi associé à 1,2 motif de consultation et à 2,1 procédures de soins.*

Le résultat de consultation le plus fréquent correspondait à des situations de prévention (11 % des résultats de consultation), suivi des facteurs de risque cardiovasculaires : hypertension artérielle non compliquée (7 %), dyslipidémie (3,7 %), diabète (2,4 %). Le motif de consultation le plus fréquent était la demande de renouvellement de traitement médicamenteux (21,3 %), devant le suivi d'un problème de santé (5,7 %) et la discussion de résultats d'examen (4 %).

Conclusion. *L'étude ECOGEN atteste de la diversité et de la continuité des soins du médecin généraliste. Celui-ci est le véritable partenaire de ses patients, au service de la préservation et l'amélioration de leur santé.*

Références

1. Conseil national de l'information statistique. Connaissance statistique du médicament. Rapport du groupe de travail. 2005. Disponible sur : http://www.cnis.fr/files/content/sites/Cnis/files/Fichiers/publications/rapports/2005/RAP_2005_93_connaissance_statistique_medicament.PDF.
2. Société française de médecine générale. Observatoire de la médecine générale, 2014. Disponible sur : <http://omg.sfm.org/>.
3. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, et al. L'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. Questions d'économie de la santé 2012;198:1-6.
4. Letrilliart L, Gelas-Dore B, Ortolan B, Colin C. Prometheus: the implementation of clinical coding schemes in French routine general practice. Inform Prim Care 2006;14:157-65.

5. Wikipedia. Classification internationale des soins primaires (CISP). Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_internationale_des_soins_primaires_%28CISP%29.
6. World Health Organization. Derived and related classifications in the WHO-FIC. Geneva : WHO, 2014. Disponible sur : <http://www.who.int/classifications/related/en/>
7. Hsiung L, Supper I, Guérin MH, Pillot A, Ecochard R, Letrilliart L. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. *exercer* 2014;114:162-9.
8. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968;278:593-600.
9. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brulet JF. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires (CISP-2) : deuxième version. Bruxelles : Care éditions, 2000.
10. http://www.campus-umvf.cnge.fr/spip.php?article78&var_mode=calcul.
11. Site Web de l'étude ECOGEN : <http://etudeecogen.fr/>
12. Bouffet T. Sur les éléments de la consultation en médecine générale : une étude pilote. Mémoire de recherche en médecine générale, 2011.
13. O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract* 2004;21:381-6.
14. INSEE. Tranche d'unité urbaine 2010. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=fd-eec10&page=fichiers_detail/eec10/doc/listvaralpha/tu10.htm.
15. Cartier T, Mercier A, de Pouvourville N, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *exercer* 2012;101:65-71.
16. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, et al. The European definition of general practice / family medicine. Wonca Europe 2011. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf>.
17. Observatoire de la médecine générale. Top 25 / Les diagnostics les plus fréquents. Disponible sur : https://www.google.fr/?gfe_rd=cr&ei=jZmzU8PILa6f0wXus4HwBw&gws_rd=ssl.
18. Britt H, Miller GC, Henderson, J, et al. General practice activity in Australia 2011-2012. The University of Sydney, Family Medicine Research Centre; 2012. Disponible sur : http://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/8675/4/9781743320198_ONLINE.pdf.
19. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Analyse des ventes de médicaments en France en 2012, 2013. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/796352eff0e9119cca0ea5bbd898353a.pdf.
20. Salisbury C, Procter S, Stewart K, et al. The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings. *Br J Gen Pract* 2013;63:e751-9.
21. Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. Addressing multiple problems in the family practice office visit. *J Fam Pract* 2001;50:211-6.
22. Soler JK, Okkes I, Oskam S, van Boven K, et al. An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titles of episodes of care across populations. *Fam Pract* 2012;29:283-98.
23. Société française de médecine générale. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale : révision 2010. Documents de recherche en médecine générale 2010;66-70: 1-324.
24. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et résultats* 2006;481:1-8.
25. Gallais JL. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Documents de recherche en médecine générale 1997;45:1-44.
26. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, et al. Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. *exercer* 2012;103:169-74.
27. Wai-Ching L. Competency based medical training: review. *BMJ* 325:693-6.
28. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après : des progrès significatifs sur la qualité et la pertinence des soins, 2014. Accessible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013.pdf.
29. Darmon D, Sauvart R, Staccini P, Letrilliart L. Which functionalities are available in the electronic health record systems used by French general practitioners? An assessment study of 15 systems. *Int J Med Inf* 2014;83:37-46.
30. Goldberg M, Quantin C, Guéguen A, Zins M. Bases de données médico-administratives et épidémiologie : intérêts et limites. *Courrier des statistiques* 2008;124:59-70.
31. Bourgueil Y, Perlberg J, et al. 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* 2014;196:1-6.