



ECOGEN RESPI : étude des résultats de consultation associés à un motif respiratoire en médecine générale

ECOGEN RESPI: problems/diagnoses associated with a respiratory reason for encounter in general practice

Mathieu Carron¹, Damien Van Gysel², Jean-Gabriel Fuzibet³, Marc Albertini⁴, Philippe Hofli¹, Laurent Letrillart⁵, David Darmon¹

exercer 2015;118:61-7.

mathieu.carron01@gmail.com

Background. Prevalence of respiratory disease reached 12 % of the French population. There is no French study focusing on the association between respiratory reasons of encounter and their related diagnoses.

Aim. To describe the distribution of problems/diagnoses in General Practice related to a respiratory reason for encounter.

Method. Observational cross-sectional multicentre ancillary study of the French ECOGEN study. From December 2011 to April 2012, 128 outpatient practices were involved to describe General Practitioners (GPs) encounters. GP trainees primarily collected observational data for each encounter on a questionnaire, before encoding into a secured online database according to the second version of International classification in primary care (ICPC-2). This ancillary study was conducted on all consultations with a reason related to the «Respiratory» ICPC-2 chapter or the «Chest pain» ICPC-2 item.

Results. We selected 4 003 encounters out of 20 878. We identified 4 188 problems/diagnoses related to 6 302 respiratory reasons for encounter (mainly: cough, sneezing/nasal congestion, throat symptoms, shortness of breath). Patients' reasons for encounter were mostly symptoms rather than diseases. Upper respiratory infections and acute bronchitis/bronchiolitis were the main problems/diagnoses associated with respiratory reasons for encounter. GP did not support 36.2 % of patient's VADS self-diagnosis.

Conclusion. The diagnosis probabilities linked to respiratory reasons for encounter should enable the GPs to improve their daily practice.

1. Département d'enseignement et de recherche en médecine générale, UFR Nice

2. Département d'information médicale, hôpital de Cimiez, CHU Nice

3. Service de médecine interne, hôpital Archet-1, CHU Nice

4. Service de pneumo-pédiatrie, hôpital Lénal, CHU Nice

5. Département de médecine générale, UFR Lyon

Mots-clés

Signes et symptômes respiratoires

Motif de consultation

Résultat de consultation

Médecine générale

Key words

Respiratory signs and symptoms

Reason for encounter

Problem/diagnosis

General Practice

Introduction

Les maladies respiratoires représentent une part importante des pathologies rencontrées en population générale¹. Elles diminuent la qualité de vie²⁻⁴. Elles augmentent les coûts directs (liés à la maladie), et indirects (baisse de productivité, absentéisme au travail)^{5,6}.

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'asthme font partie des dix pathologies chroniques les plus fréquentes dans la population mondiale⁷. Aux États-Unis, les infections des voies aériennes supérieures (IVAS) sont responsables de 25 millions de consultations chaque année⁸. Les IVAS, l'asthme et la bronchite aiguë sont les pathologies respiratoires les plus fréquentes en soins primaires^{1,2,8,9}. Les principaux motifs de consultation (MC) rapportés

– quel que soit l'âge du patient – sont : toux, écoulement nasal, congestion nasale et voix enrouée^{10,11}. Rares sont les études ayant évalué l'association entre la distribution des résultats de consultation (RC) et les motifs de consultation¹¹⁻¹³. En France, seules quelques études rendent compte de la distribution des résultats de consultation^{9,14}. Il s'agit pourtant de données essentielles pour la pratique en médecine générale ; la démarche décisionnelle y étant déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires. Il n'existe à ce jour aucune étude française décrivant la distribution des résultats de consultation associés à des motifs de consultation d'ordre respiratoire. L'objectif principal de cette étude était de décrire la distribution des résultats de consultation en médecine générale associés à un motif respiratoire.

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

Méthode

Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude ancillaire du projet ECOGEN (Éléments de la COnsultation en médecine GÉNérale) : étude transversale nationale multicentrique réalisée en médecine générale, en France métropolitaine. Celle-ci s'est déroulée sur une période de 20 jours ouvrés répartis entre décembre 2011 et avril 2012. Les investigateurs étaient 54 internes de 27 facultés de médecine, en stage ambulatoire de niveau 1 chez 128 maîtres de stage des universités (MSU). Tous les patients vus en consultation ou en visite ont été inclus, à l'exception de ceux manifestant leur refus de participer. L'objectif principal du projet ECOGEN était de décrire la distribution des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé en médecine générale en France, ainsi que les procédures de soins associées¹⁵.

Recueil des données

Les internes ont été préalablement formés au codage à l'aide de la deuxième version de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2). Les données étaient recueillies sur un questionnaire papier au cours de chaque consultation. Une saisie différée était ensuite réalisée sur une base de données sécurisée accessible en ligne. Un système d'aide au codage à l'aide de la CISP-2 permettait d'optimiser le recueil des éléments de chaque consultation à partir des verbatim saisis. Au moins un résultat de consultation était saisi pour chaque consultation. Plusieurs motifs de consultation pouvaient être associés à un même résultat de consultation (figure 1).

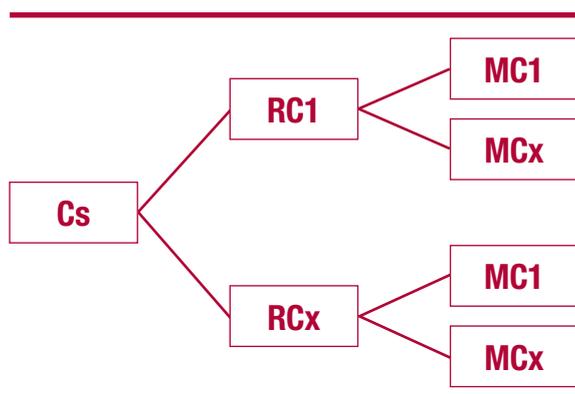


Figure 1. Relation entre les différents éléments de la consultation codés à l'aide de la CISP-2 (en dehors des procédures de soins)
CISP-2 : deuxième version de la Classification internationale des soins primaires ; Cs : consultation ; MC1,x : motif de consultation (1 à x) ; RC1,x : résultat de consultation (1 à x).

Analyses statistiques

Les motifs de consultation se rapportant à l'ensemble des items du chapitre « Respiratoire » de la CISP-2 ont été identifiés. L'item « Douleur thoracique » (chapitre « Général ») a également été sélectionné en raison de son association avec certaines pathologies respiratoires¹⁶. Les verbatim associés ont permis de corriger les codages erronés. Toutes les consultations incluant au moins l'un des motifs prédéterminés ont été incluses dans cette étude ancillaire du projet ECOGEN.

Les résultats de consultation ont été décrits en tenant compte des classes d'âge du projet hollandais TRANSITION¹². La distribution des résultats et des motifs de consultation a été décrite en termes d'effectifs et de proportions. Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'un test du Chi2 après vérification des conditions d'application. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. Les analyses ont été réalisées avec la version 2.15.2 du logiciel R[®].

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), de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), et du Comité de protection des personnes (CPP). Une affiche d'information à l'attention des patients a été apposée dans les centres participants. La base de données a été hébergée par une société de service. Une autorisation d'utilisation de la CISP-2 a été demandée auprès de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA).

Résultats

À partir des 20 878 consultations du projet ECOGEN, 4 003 consultations associées à au moins un motif respiratoire ont été incluses, soit 6 302 motifs et 4 188 résultats de consultations distincts. Les patients étaient majoritairement des femmes (58,8 %) ; l'âge moyen était de 40,7 ans (tableau 1).

Les dix premiers motifs de consultation représentaient 91,2 % des motifs respiratoires de cette étude (tableau 2). Les trois premiers motifs respiratoires étaient : toux, congestion nasale/éternuements, symptôme et plainte de la gorge. Ils représentaient 74,7 % de l'ensemble des motifs respiratoires. La toux représentait à elle seule 41,5 % des motifs respiratoires.

Neuf des 10 premiers motifs de consultation appartenaient à la rubrique « Symptômes et plaintes » (S/P) de la CISP-2. La seule pathologie retrouvée (IVAS) représentait 2,9 % des motifs respiratoires. Les patients consultaient donc dans 97,1 % des cas pour un symptôme ou une plainte respiratoire.



La toux – premier motif respiratoire – était majoritairement associée à des résultats de consultation en rapport avec des infections respiratoires telles que IVAS ou bronchite aiguë/bronchiolite (tableau 3). Les IVAS étaient principalement observées chez les personnes âgées de moins de 45 ans ($p < 0,001$). Au-delà, la toux était surtout associée à des infections respiratoires basses. La toux représentait également le troisième résultat de consultation associé (identique au motif initial de consultation), notamment après l'âge de 25 ans ($p < 0,001$). L'asthme était peu retrouvé (2,6 %). La maladie pulmonaire chronique obstructive (MPCO) ne faisait pas partie des dix premiers résultats de consultation associés au motif « toux ».

Le motif « congestion nasale/éternuements » était associé à une IVAS dans près de 60 % des cas, ainsi qu'aux résultats de consultation suivants : sinusite aiguë/chronique (9,3 %), bronchite aiguë/bronchiolite (7,9 %), rhinites allergiques (7,2 %). Le motif « symptôme et plainte de la gorge » était essentiellement associé aux résultats de consultation suivants : IVAS (49,0 %), angine aiguë (19 %). Le motif « souffle court/dyspnée » était plus fréquent chez les personnes âgées de plus de 75 ans, et dans ce cas associé avec une décompensation cardiaque. Les IVAS étaient les seules pathologies retrouvées parmi les motifs de consultation, mais le résultat de consultation associé était différent dans près de 40 % des cas. Le médecin généraliste ne confirmait l'autodiagnostic d'IVAS que dans 63,8 % des cas. En revanche, une otite moyenne aiguë/myringite ou une bronchite aiguë/bronchiolite était associée au motif « IVAS » dans respectivement 6,5 % des cas.

Le motif « douleur thoracique » était associé à un résultat de consultation identique dans 31,6 % des cas. Les autres résultats de consultation associés étaient : symptôme et plainte du thorax (9,0 %), troubles et état anxieux (6,0 %), douleur musculaire (4,5 %), syndrome dorso-lombaire et irradiation (4,5 %), maladie de l'œsophage (3,8 %). Les pathologies cardiaques ne faisaient pas partie des premiers résultats de consultations associés, en dehors de la « douleur cardiaque » (3,0 %). Les pathologies infectieuses dominaient les résultats de consultation associés à un motif respiratoire (tableau 4), et en premier les pathologies d'origine virale : IVAS (37,0 %), bronchite aiguë/bronchiolite (13,7 %), laryngite/trachéite aiguë (5,7 %). La maladie pulmonaire chronique obstructive ne représentait que 1,4 % des résultats de consultation associés.

Discussion

Cette étude a décrit la distribution des motifs de consultation d'ordre respiratoire, ainsi que la distribution des résultats de consultation associés. Les trois premiers motifs de consultation de cette étude correspondaient à ceux majoritairement retrouvés en soins primaires¹⁰.

Distribution des motifs respiratoires et des résultats de consultation associés

Le motif « toux » est essentiellement associé à des pathologies infectieuses, dominées par les IVAS et la bronchite aiguë/bronchiolite. En revanche, l'asthme n'apparaissait qu'au septième rang et la maladie pulmonaire chronique obstructive (MPCO) ne faisait pas partie des dix premiers résultats de consultation associés. Ces résultats sont similaires à ceux présentés dans le cadre du projet hollandais TRANSITION pour le motif « toux »¹². Cependant, l'étude de Hong *et al.* retrouvait l'asthme et la MPCO parmi les premières pathologies diagnostiquées devant une toux¹⁷. La maladie de l'œsophage était également absente des dix premiers résultats de consultation associés. Le lien entre le reflux gastro-œsophagien et la toux chronique a pourtant été clairement établi^{18,19}. Le protocole de l'étude n'autorisait le codage de certaines pathologies qu'après confirmation du diagnostic par des explorations complémentaires réalisées à l'issue de la

n = 4 003	
Sexe	
Femmes	2 356 (58,8 %)
Hommes	1 647 (41,2 %)
Âge	
0-4 ans	506 (12,6 %)
5-14 ans	515 (12,9 %)
15-24 ans	306 (7,7 %)
25-44 ans	894 (22,3 %)
45-64 ans	944 (23,6 %)
65-74 ans	409 (10,2 %)
75 ans ou +	429 (10,7 %)

Tableau 1. Caractéristiques des patients inclus dans cette étude ancillaire du projet ECOGEN
Les valeurs sont : effectif (proportion)

Rang	Code	Intitulé CISP-2	n = 6 302
1	R05	Toux	2614 (41,5 %)
2	R07	Congestion nasale/éternuements	1113 (17,7 %)
3	R21	Symptôme et plainte de la gorge	976 (15,5 %)
4	R02	Souffle court/dyspnée	312 (4,9 %)
5	R74	Infection des voies aériennes supérieures	185 (2,9 %)
6	A11	Douleur thoracique	133 (2,1 %)
7	R08	Autre symptôme et plainte du nez	126 (2,0 %)
8	R23	Symptôme et plainte de la voix	119 (1,9 %)
9	R25	Expectoration/glaire anormale	108 (1,7 %)
10	R06	Saignement du nez/épistaxis	62 (1,0 %)

Tableau 2. Distribution des dix premiers motifs de consultation d'ordre respiratoire
Les valeurs sont : effectif (proportion). CISP-2 : deuxième version de la Classification internationale des soins primaires

consultation. Les motifs de consultation « Rencontre de suivi » et « Résultats d'examens » n'ayant pas été pris en compte dans cette étude, cela a pu biaiser la prévalence de ces pathologies.

La dyspnée est un symptôme fréquent dans de nombreuses pathologies respiratoires ou cardiaques^{13,20}. Elle est retrouvée comme motif dans 5 % des cas, ce qui est plus important que dans des travaux antérieurs^{13,21}. Les résultats de consultation associés sont cependant similaires à ceux décrits dans la littérature : bronchite aiguë/bronchiolite (13,8 %) ^{12,13} ou défaillance cardiaque (8,0 %). Ces résultats sont comparables à ceux du projet TRANSITION. La défaillance cardiaque atteint 16,1 % chez les plus personnes âgées de 75 ans ou plus. Le lien entre la dyspnée et la décompensation cardiaque, ainsi que son renforcement avec l'âge, fut montré dans des travaux antérieurs^{12,13, 21-24}.

Dans le cadre de cette étude ancillaire, le motif « douleur thoracique » a également été inclus en tant que motif respiratoire. Ce symptôme est associé à une pathologie respiratoire dans un cas sur dix (bronchite aiguë/bronchiolite, pneumopathie, pleurésie)^{15,25}. La prévalence de la douleur thoracique en soins primaires varie de 1,5 à 2,7 % selon les séries^{15,26,27}. Le principal résultat de consultation qui lui était associé au cours de cette étude était « douleur thoracique », identique au motif initial de consultation. C'est le concept de « résultat de consultation – symptôme ». Comme pour la dyspnée, des explorations complémentaires sont nécessaires pour poser un diagnostic précis. Cela a pu contribuer à majorer ce phénomène de « résultat de consultation – symptôme ».

Les IVAS étaient le premier résultat de consultation au cours de cette étude (37,0 % des cas). C'était aussi le seul diagnostic retrouvé parmi les motifs de consultation d'ordre respiratoire. Cet autodiagnostic était cependant

Code	Intitulé CISP-2	0-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	p	Total
R74	IVAS	227 (45,0 %)	187 (43,0 %)	76 (47,0 %)	192 (41,0 %)	149 (29,0 %)	73 (30,0 %)	53 (20,0 %)	< 0,001	957 (36,6 %)
R78	Bronchite aiguë/ bronchiolite	95 (19,0 %)	54 (12,0 %)	19 (12,0 %)	75 (16,0 %)	119 (23,0 %)	60 (25,0 %)	101 (37,0 %)	< 0,001	523 (20,0 %)
R05	Toux	24 (5,0 %)	23 (5,0 %)	8 (5,0 %)	51 (11,0 %)	63 (12,0 %)	39 (16,0 %)	30 (11,0 %)	< 0,001	238 (9,0 %)
R77	Laryngite/ trachéite aiguë	35 (7,0 %)	41 (9,0 %)	16 (10,0 %)	35 (7,0 %)	42 (8,0 %)	15 (6,0 %)	10 (4,0 %)	NS	194 (7,4 %)
R80	Grippe	4 (1,0 %)	25 (6,0 %)	6 (4,0 %)	37 (7,0 %)	33 (6,0 %)	2 (0,8 %)	3 (1,1 %)	NS	110 (4,2 %)
R81	Pneumonie	5 (1,0 %)	18 (4,0 %)	5 (3,0 %)	14 (3,0 %)	16 (3,0 %)	17 (7,0 %)	21 (8,0 %)	< 0,001	96 (3,7 %)
R96	Asthme	15 (3,0 %)	22 (5,0 %)	13 (8,0 %)	5 (1,0 %)	8 (1,5 %)	4 (1,6 %)	2 (0,8 %)	NS	69 (2,6 %)
H71	OMA, myringite	51 (10,0 %)	10 (2,0 %)	-	2 (0,5 %)	4 (0,8 %)	-	1 (0,4 %)	NS	68 (2,6 %)
R75	Sinusite aiguë/ chronique	-	3 (0,7 %)	2 (1,0 %)	17 (4,0 %)	36 (7,0 %)	6 (2,4 %)	2 (0,7 %)	NS	66 (2,5 %)
R76	Angine aiguë	11 (2,0 %)	18 (4,0 %)	8 (5,0 %)	8 (1,7 %)	5 (1,0 %)	-	-	NS	50 (1,9 %)
Total		504 (19,3 %)	437 (16,7 %)	163 (6,2 %)	473 (18,1 %)	523 (20,0 %)	243 (9,3 %)	271 (10,4 %)		2 614 (100 %)

Tableau 3. Distribution par classe d'âge des dix premiers résultats de consultation associés au motif « toux »
Les valeurs sont : effectif (proportion). CISP-2 : deuxième version de la Classification internationale des soins primaires ; IVAS : infection des voies aériennes supérieures ; NS : non significatif ; OMA : otite moyenne aiguë.

souvent infirmé par le médecin généraliste (36,2 %). Les diagnostics alternatifs (otite moyenne aiguë/myringite, bronchite aiguë/bronchiolite) représentaient chacun 6,5 % des cas, et correspondaient à des complications bactériennes souvent secondaires aux IVAS⁸. L'autodiagnostic peut conduire à une automédication. Si le patient consulte un médecin généraliste, ce dernier peut corriger l'autodiagnostic porté initialement. Enfin, une partie du recueil des données s'est déroulée durant l'hiver, saison propice aux infections virales et pouvant entraîner une décompensation respiratoire, ce qui a pu majorer la prévalence des IVAS de la bronchite aiguë/bronchiolite^{8,28,29}.

Approche par symptôme

Malgré l'essor d'Internet et la facilité d'accès aux informations médicales, les patients consultent en soins primaires pour des symptômes et non des maladies. Par sa connaissance médicale, le praticien réalise une démarche diagnostique à partir des symptômes exprimés. Il intervient au stade initial, alors que les médecins de second recours sont, eux, souvent consultés après une première orientation. La présentation clinique initiale de la maladie peut entraîner des difficultés diagnostiques aboutissant à des erreurs d'orientation et de soins³⁰. Une seule consultation n'est pas toujours suffisante au médecin généraliste pour aboutir à un diagnostic précis, la symptomatologie nécessitant souvent plus d'investigations. La CISP-2 permet de coder un motif de consultation comme résultat de consultation et inversement. Un symptôme peut conclure une consultation, et une maladie peut être une raison de consultation. Cela reprend le concept de « diagnostic-symptôme » déjà décrit, mais que nous préférons nommer « résultat de consultation-symptôme ». Il s'agit d'un symptôme codé en tant que résultat de consultation. Cette attitude permet au praticien de conclure la consultation et d'organiser une prise en charge médicale ainsi qu'une surveillance, sans éliminer de diagnostic. Une thérapeutique adaptée peut être démarrée³¹. La douleur thoracique, pour laquelle un « résultat de consultation-symptôme » est retrouvé dans 31,6 % des cas, en est un bon exemple. L'étude TOPIC a observé une évolution du diagnostic à 1 an de la consultation initiale dans 17,5 % des cas. Seules 3,1 % des douleurs thoraciques étaient sans diagnostic à 1 an¹⁶.

Les probabilités diagnostiques en rapport avec un motif de consultation offre au praticien une meilleure connaissance des pathologies rencontrées en pratique quotidienne. Cette approche épidémiologique leur permet aussi d'adapter leur formation médicale continue en fonction de leur pratique. En s'appuyant sur des résultats de travaux nationaux et internationaux³², des actions de prévention ciblées sur les pathologies les plus prévalentes pourront participer à améliorer la santé des individus tout en diminuant les coûts liés à

Rang	Code	Intitulé CISP-2	n = 4 188
1	R74	Infection des voies aériennes supérieures	1 552 (37,1 %)
2	R78	Bronchite aiguë/bronchiolite	573 (13,7 %)
3	R77	Laryngite/trachéite aiguë	240 (5,7 %)
4	R05	Toux	235 (5,6 %)
5	R76	Angine aiguë	206 (4,9 %)
6	R75	Sinusite aiguë/chronique	183 (4,4 %)
7	R97	Rhinite allergique	134 (3,2 %)
8	R96	Asthme	132 (3,1 %)
9	R80/R81	Grippe/pneumonie	93 (2,2 %)
10	R95	Maladie pulmonaire chronique obstructive	58 (1,4 %)

Tableau 4. Distribution des dix premiers résultats de consultation d'ordre respiratoire associés à un motif respiratoire

Les valeurs sont : effectif (proportion). CISP-2 : deuxième version de la Classification internationale des soins primaires.

la santé. Les probabilités diagnostiques apportent une aide dans la réflexion médicale du praticien qui travaille à partir d'un symptôme. Elles permettent d'améliorer la pertinence et l'efficacité des stratégies diagnostiques¹².

Codage en soins primaires

Le codage des motifs et résultats de consultation en soins primaires permet de constituer des bases de données médicales informatisées. Cela contribue à la création de logiciels informatisés d'aide à la décision médicale. Ce codage nécessite une nomenclature standardisée. À ce jour, la CISP-2 est la classification internationale la plus adaptée aux soins primaires. Cet outil couvre les symptômes et problèmes rencontrés en soins primaires. Il permet d'utiliser le concept de « résultat de consultation-symptôme ». Certains logiciels pilotes intègrent des recommandations de bonne pratique dans le cadre de systèmes d'aide à la prescription médicamenteuse, non médicamenteuse (d'aide à la demande d'avis spécialisé ou d'hospitalisation) et à l'information du patient, avec un rapport coût-efficacité favorable³³. Depuis 2009, le Centre belge d'*Evidence-Based medicine* (Cebam) a développé le module *Evidence-Linker*. Son évaluation par les médecins est positive. Il est disponible pour les logiciels médicaux de médecine générale³⁴. Les données de morbidité informatisées pourraient être utilisées dans un but pronostic au moyen de logiciels permettant une modélisation en fonction des comorbidités et des facteurs socio-démographiques³⁵. Ces logiciels, encore expérimentaux, seront un jour une véritable aide pour le praticien dans sa pratique quotidienne, et non une substitution. Leur objectif est de renforcer la qualité des soins en diminuant le risque d'erreur diagnostique et le nombre de prescriptions inutiles.



Conclusion

Cette étude est la première en France à décrire la distribution des résultats de consultation associés aux motifs d'ordre respiratoire. La connaissance de la prévalence des pathologies rencontrées en soins primaires en fonction de l'âge peut faciliter la démarche diagnostique, sans se substituer à une démarche clinique adaptée à chaque patient. Pour avoir une meilleure représentativité de la pathologie respiratoire, il serait intéressant

de poursuivre le codage des données sur une année entière. L'inclusion des procédures « Rencontre de suivi » et « Résultats d'examen » améliorerait la représentativité de la pathologie respiratoire chronique et diminuerait la fréquence des « résultats de consultation-symptôme ». Ce travail peut être réalisé pour tous les chapitres de la CISP-2 afin de créer une grande base de probabilités diagnostiques médicales en soins primaires. Les logiciels informatisés d'aide à la décision médicale pourront alors s'appuyer sur de telles données.

Résumé

Contexte. Les pathologies respiratoires touchent 12 % de la population générale française. Il n'existe aucune étude française sur les motifs de consultation d'ordre respiratoire et les résultats de consultation associés.

Objectif. Décrire la distribution des résultats de consultation en médecine générale associés avec un motif de consultation d'ordre respiratoire.

Méthode. Étude ancillaire du projet ECOGEN : étude observationnelle transversale multicentrique réalisée en France métropolitaine. Entre décembre 2011 à avril 2012, 54 internes ont été investigateurs auprès de leurs maîtres de stage respectifs (128 centres). Les données concernant le contenu des consultations ont été recueillies au cours de chaque consultation sur un questionnaire papier. Elles étaient ensuite saisies dans une base de données sécurisée en ligne, à l'aide de la deuxième version de la Classification internationale en soins primaires (CISP-2). Cette étude a été menée sur toutes les consultations dont au moins un motif se rapportait à l'ensemble des items du chapitre « Respiratoire » de la CISP-2, ou de l'item « Douleur thoracique ».

Résultats. Parmi les 20 878 consultations du projet ECOGEN, 4 003 ont été analysées, soit 4 188 résultats de consultation associés à 6 302 motifs respiratoires. Les principaux motifs respiratoires étaient : toux, congestion nasale/éternuements, symptôme et plainte de la gorge, souffle/court/dyspnée. Les patients consultaient essentiellement pour des motifs répertoriés comme « symptômes et plaintes ». Les infections des voies aériennes supérieures et la bronchite aiguë/bronchiolite étaient les premiers résultats de consultation associés à un motif respiratoire. Les médecins généralistes ne confirmaient pas l'autodiagnostic d'IVAS dans 36,2 % des cas.

Conclusion. L'utilisation des probabilités diagnostiques pourrait permettre aux médecins généralistes d'améliorer leur pratique quotidienne.

Références

1. Allonier C, Guillaume S, Sermet C. De quoi souffre-t-on en France? État des lieux des maladies déclarées en France. Question d'économie de la santé 2007;123. Disponible sur : www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes123.pdf [Consulté le 30 janvier 2015].
2. Afrite A, Allonier C, Com-Ruelle L, Le Guen N. L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. Paris : Irdes, 2011. Disponible sur : www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1820.pdf [Consulté le 30 janvier 2015].
3. Hallstrand TS, Curtis JR, Aitken ML, Sullivan SD. Quality of life in adolescents with mild asthma. *Pediatr Pulmonol* 2003;36:536-43.
4. Chapman KR. Impact of 'mild' asthma on health outcomes: findings of a systematic search of the literature. *Respir Med* 2005;99:1350-62.
5. Bahadori K, Doyle-Waters MM, Marra C, et al. Economic burden of asthma: a systematic review. *BMC Pulm Med* 2009;9:24.
6. Morice AH, McGarvey L, Pavord I. British Thoracic Society Cough Guideline Group. Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax* 2006;61(Suppl 1):i1-24.
7. Chouaid C. Économie de la santé, maladies respiratoires, coûts et qualité de vie. *Rev Mal Respir* 2004;21:7S97-9.
8. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. *Lancet* 2003;361:51-9.
9. 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.
10. Hong CY, Lin RT, Tan ES, et al. Acute respiratory symptoms in adults in general practice. *Fam Pract* 2004;21:317-23.



11. Frese T, Klaus S, Herrmann K, Sandholzer H. Children and adolescents as patients in general practice – The reasons for encounter. *J Clin Med Res* 2011;3:177-82.
12. Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. *J Fam Pract* 2002;51:31-6.
13. Frese T, Sobek C, Herrmann K, Sandholzer H. Dyspnea as the reason for encounter in general practice. *J Clin Med Res* 2011;3: 239-46.
14. Société française de médecine générale. Observatoire de la médecine générale. Disponible sur : <http://omg.sfm.org> [Consulté le 2 septembre 2013].
15. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *exercer* 2014;114: 148-57.
16. Verdon F, Herzig L, Burnand B, et al. Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. *Swiss Med Wkly* 2008; 138:340-7.
17. Hong Q, Bai C, Wang X. Characteristics of Chinese patients with cough in primary care centre. *J Transl Med* 2011;9:149-54.
18. Ing AJ, Ngu MC, Breslin AB. Chronic persistent cough and gastro-oesophageal reflux. *Thorax* 1991;46:479-83.
19. Irwin RS, French CL, Curley FJ, Zawacki JK, Bennett FM. Chronic cough due to gastroesophageal reflux. *Chest* 1993;104:1511-7.
20. Zoorob RJ, Campbell JS. Acute dyspnea in the office. *Am Fam Physician* 2003; 68:1803-10.
21. Charles J, Ng A, Britt H. Presentations of shortness of breath in Australian general practice. *Aust Fam Physician* 2005;34:520-1.
22. McKee PA, Castelli WP, McNamara PM, Kannel WB. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study. *N Engl J Med* 1971;285:1441-6.
23. Yousaf F, Collerton J, Kingston A, et al. Prevalence of left ventricular dysfunction in a UK community sample of very old people: the Newcastle 85+ study. *Heart* 2012;98:1418-23.
24. Mosterd A, Hoes AW, de Bruyne MC, et al. Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population: the Rotterdam study. *Eur Heart J* 1999;20:447-55.
25. Bösner S, Haasenritter J, Hani MA, et al. Gender differences in presentation and diagnosis of chest pain in primary care. *Fam Pract* 2009;10:79-87.
26. Nilsson S, Scheike M, Engblom D, et al. Chest pain and ischaemic heart disease in primary care. *Br J Gen Pract* 2003;53:378-82.
27. Ruigómez A, Rodríguez LAG, Wallander MA, Johansson S, Jones R. Chest pain in general practice: incidence, comorbidity and mortality. *Fam Pract* 2006;23:167-74.
28. Temte JL, Prunuske JP. Seasonal influenza in primary care settings: review for primary care physicians. *WMJ* 2010;109:193-200.
29. Dere WH. Acute bronchitis: results of U.S. and European trials of antibiotics therapy. *Am J Med* 1992;92:535-575.
30. Kostopoulou O, Delaney BC, Munro CW. Diagnostic difficulty and error in primary care – a systematic review. *Fam Pract* 2008;25:400-13.
31. Soler JK, Okkes I. Reasons for encounter and symptom diagnoses: a superior description of patients' problems in contrast to medically unexplained symptoms (MUS). *Fam Pract* 2012;29:272-82.
32. Soler JK, Okkes I, Oskam S, 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 diagnostic odds ratios across populations. *Fam Pract* 2012;29:299-314.
33. Rogers J, Jain NL, Hayes GM. Evaluation of an implementation of PRODIGY phase two. *Proc AMIA Symp* 1999:604-8.
34. Fauquer B. De la bibliothèque aux systèmes d'aide à la décision : accéder à de l'information de qualité en médecine générale. *Rev Med Brux* 2012;33:400-6.
35. Delaney BC, Fitzmaurice DA, Riaz A, Hobbs FD. Can computerized decision support systems deliver improved quality in primary care? *BMJ* 1999;319:1281-3.