



Quels sont, en médecine générale, les motifs de consultations des étudiants ? Secondairement, évaluation de la part psychologique des motifs

Noémie Morel

► To cite this version:

Noémie Morel. Quels sont, en médecine générale, les motifs de consultations des étudiants ? Secondairement, évaluation de la part psychologique des motifs. Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-00877401>

HAL Id: dumas-00877401

<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00877401>

Submitted on 29 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER GRENOBLE 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2013

N°

**QUELS SONT, EN MÉDECINE GÉNÉRALE, LES
MOTIFS DE CONSULTATIONS DES ÉTUDIANTS ?
Évaluation de la part psychologique des motifs**

MOREL Noémie

Née le 05/03/1986

À Villeurbanne (69)

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE* le 03/09/2013

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE : Monsieur le Pr BOUGEROL, Président du jury

Monsieur le Pr LABARÈRE,

Madame le Dr BRIN,

Madame le Dr CHAUVET, Directrice de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers 2012-2013
--

NOM	PRÉNOM	INTITULÉ DE LA DISCIPLINE
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-Réanimation
ARVIEUX- BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie Générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et Droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAZ	Bruno	Gastro-entérologie, Hépatologie, Addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET	Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et Imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et Cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique, Médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire, Médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie

CHABRE	Olivier	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et Cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophthalmologie
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie Clinique
DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et Santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et Médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et Médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie Générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et Imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, Economie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie, Transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HENNEBICK	Sylviane	Génétique et Procréation
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique

JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et Imagerie médicale
LABARERE	José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et Cytologie pathologiques
LE BAS	Jean-François	Biophysique et Médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastro-entérologie, Hépatologie, Addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie Générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et Biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et Santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et Traumatologie
MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO	Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, Brûlologie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-Réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et Mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine Physique et de Réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie

PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et Traumatologie
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL	Carole	Réanimation médicale
SERGENT	Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et Traumatologie
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastro-entérologie, Hépatologie, Addictologie

Maîtres de Conférences des Universités 2012-2013

NOM	PRÉNOM	INTITULÉ DE LA DISCIPLINE
APEL	Florent	Ophthalmologie
BOISSET	Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT	Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART	M. Pierre	Parasitologie et Mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique, Médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie, Transfusion
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DIETERICH	Klaus	Génétique et Procréation
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et Droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et Biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie médicale
GUZUN	Rita	Endocrinologie, Diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE	François	Biochimie et Biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et Biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Épidémiologie, Economie de la santé et Prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et Mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie

MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, Information médicale et technologies en communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire
PAYSANT	François	Médecine légale et Droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, Information médicale et technologies en communication
ROUX-BUISSON	Nathalie	Biochimie, Toxicologie et Pharmacologie
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et Biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Merci Professeur Bougerol d'avoir accepté la présidence de ma thèse. Merci également de votre disponibilité pour ma soutenance puisque vos activités sont nombreuses.

Merci Professeur Labarère de votre présence dans mon jury. Vos remarques m'ont permis de composer mon mémoire de DES, en lien avec mon travail de thèse.

Merci Docteur Brin d'assister à ma thèse et de vous être rendue disponible parmi vos réunions et activités à la faculté, où l'on vous sait très impliquée !

Enfin, merci Marion ! C'est toi qui m'as proposé ce travail, qui m'as accompagné, motivé et guidé tout au long ! Tes idées, tes remarques étaient d'une grande aide et m'ont permis d'avancer dans la bonne direction. Grâce à ta réactivité et ton dynamisme, mes nombreuses questions et moments d'angoisse trouvaient toujours réponses et soutien !

A ma famille,

A mes chers parents, mes sœurs et mes beaux-frères, au p'tit Lu, et à mes magnifiques neveux et nièces, pour le soutien constant, les conseils informatiques, la détente et tous les bons moments ensemble!

A Mamyliène et Grand-père

A mes oncles, tantes, cousins et cousines, trop nombreux pour tous vous citer !

A Michèle, Didier, Sandra, Romain pour le soutien à Charly, ou à Fontannes et l'accueil dans votre famille !

A mes co-internes rencontrés tout au long de ces 3 ans d'internat,

Aux internes de gériatrie et au café du self ! A Irène et Raph pour l'aide en anglais, à Clem et Noa, las chicas de Santiago et à mes Très Chères Morues de Lyon-Sud !

Aux amis

Delphine et Jb, notre 2^{ème} maison, toujours motivés pour nous accueillir à Charvieux ou St Vérand ! Stef, qui ne me laisse jamais tomber et a toujours de bons conseils ; Marlène, Julie et Yannick, on va pouvoir enfin aller grimper et randonner! Mouste'clip, Blandine et Claude, Manon, ce temps est loin maintenant mais tellement bon !

A mes anciens Maîtres de stages,

Drs Mavraganis, Derain et Jaquet et Drs Amoudry, Parot et Dumont

Les stages dans vos cabinets et le temps passé à vos côtés m'ont appris énormément. C'est grâce à vous tous que j'ai trouvé ma vocation de médecin généraliste. Un grand Merci !

Et enfin, à Thibaut,

Tu supportes la médecine et ses concours en restant patient et disponible, tu me soutiens et me donne du courage depuis le début !

Toujours à mes côtés, tu m'apportes rires, joie et réconfort !

Merci pour ton amour depuis six ans maintenant, c'est parti pour de nombreuses autres années et de nouveaux projets !

SOMMAIRE

Liste des PU-PH	1
Liste des MCU	5
Remerciements	7
Introduction	10
Matériel et Méthode	11
Résultats	13
Discussion	17
Conclusion	20
Références bibliographiques	22
Annexe 1 : Carte des Départements de Médecine Générale	23
Annexe 2 : Questionnaire patients	24
Annexe 3 : CISP, Titres courts	25
Annexe 4 : Protocole de l'étude ECOGEN	28
Résumé et Abstract	40
Serment d'Hippocrate	42

INTRODUCTION

La France comptait 2 359 200 étudiants à la rentrée universitaire 2011¹. Ce chiffre est en hausse chaque année. De nombreux facteurs rentrent en jeu à cette période de vie : le changement de rythme, l'incertitude professionnelle future, les difficultés financières, l'éloignement familial, les questionnements personnels. Ces facteurs peuvent engendrer des difficultés scolaires, des problèmes de santé ou une souffrance morale des étudiants. Ils doivent donc être considérés comme une population vulnérable et méritent une attention particulière quant à leur santé, physique et psychique.

Les données actuelles concernant l'état de santé des étudiants proviennent essentiellement des études menées par les mutuelles étudiantes. Depuis 1999 et tous les deux ans, les mutuelles étudiantes régionales réunies au sein de l'Union Nationale des Mutuelles Etudiantes Régionales (USEM), réalisent avec le Ministère de l'Enseignement Supérieure et de la Recherche une enquête observationnelle sur la santé des étudiants. La plus récente date de 2011² et constate que 37% des étudiants interrogés éprouvent un stress qu'ils gèrent mal et 23% des troubles du sommeil. Ces chiffres sont plus élevés qu'en 2009³, démontrant la persistance de ces troubles chez les étudiants. De plus, 32.6% fument du tabac et 83% des étudiants consomment de l'alcool de façon occasionnelle, régulière ou excessive. Dans la population générale, ces chiffres sont respectivement de 27%⁴ et 86%⁵. La proportion de fumeur (tabac ou cannabis) chez les étudiants est en hausse à chaque nouvelle étude. Enfin, 4 étudiants sur 5 avaient consulté un professionnel de santé dans les 12 derniers mois, qui était un médecin généraliste dans 67% des cas¹. Le médecin généraliste reste donc le premier professionnel de santé des étudiants, d'accès aisé et rapide.

Selon des rapports de l'Assemblée Nationale⁶ axés sur la protection sociale des étudiants, les difficultés administratives d'affiliation (régime général ou étudiant) et financières pour l'acquisition d'une mutuelle dominant. 20% des étudiants de 20 à 29 ans ne possèdent pas de complémentaire santé, pour des raisons de coût ou d'inutilité, ce qui inexorablement entraîne un renoncement aux soins. Pour mémoire,

le montant de la cotisation sociale étudiante pour l'année 2011-2012 s'élève à 203 euro⁷.

Une étude qualitative réalisée en novembre 2007 par l'observatoire d'Expertise et Prévention de la Santé des Étudiants⁸ a mis en évidence trois classes de facteurs de risque de mauvaise santé mentale chez les étudiants : sociodémographique (être une femme, vivre des évènements familiaux marquants, manquer de revenus, devoir travailler en parallèle des études) ; universitaire (résider en région parisienne, être insatisfait de son cursus , changer d'orientation) ; et comportemental (être incapable de se faire de nouveaux amis, sur-pratiquer les jeux vidéo, rompre une relation amoureuse). Or, les plaintes psychiques sont justement fréquentes dans cette population¹.

Aucune étude de la santé des étudiants n'émerge du corps médical. Des études antérieures ressortent leurs interrogations : la prévention, la contraception et la sexualité, les addictions, la nutrition, le stress. Aussi, ils avouent ressentir un mal-être psycho-social, source de stress, de souffrance psychologique et de trouble du sommeil, en contraste avec leur bon état de santé somatique apparent.^{1,2,3} L'étude ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) est réalisée avec le Collège National des Généralistes Enseignants afin de connaître les motifs de consultations en médecine générale. Nous allons plus spécifiquement identifier les motifs de consultations des étudiants, en médecine générale et ambulatoire, et secondairement, en évaluer la part psychologique.

MATERIEL ET METHODES

C'est une étude prospective, descriptive et multicentrique (annexe 1). Du 01/12/2011 au 30/04/2012, cinquante-quatre internes investigateurs, en stage ambulatoire de premier niveau, ont réalisé le recueil de données, chez cent vingt-huit médecins généralistes maîtres de stage. Une fois par semaine, chez l'un des maîtres de stage, ils remplissaient le questionnaire (annexe 2) créé par le CNGE pour chacune des

vingt premières consultations. Celui-ci demandait les données administratives et la liste des motifs de consultations énoncés par le patient, les résultats de consultation établis par le maître de stage examinateur, et les procédures, c'est à dire l'ensemble des actions et prescriptions du praticien lors de la consultation. Enfin, l'heure de début et de fin de consultation étaient notées. Toutes les consultations de la journée sans exclusion étaient prise en compte, au cabinet ou en visite, jusqu'à atteindre les vingt hebdomadaires nécessaires. Si l'interne investigateur n'avait pas les vingt consultations le jour même, le recueil se poursuivait le lendemain. Le nombre de consultations attendu était de quatre cent par interne soit vingt mille au total. Le refus de la présence de l'interne n'annulait pas la consultation, mais seule la partie administrative du questionnaire pouvait alors être remplie.

Dans un second temps, ces données étaient saisies sur une base informatique créée à cet effet, en utilisant la Classification Internationale en Soins Primaires (CISP-2) de la WONCA (annexe 3) pour traduire les relevés en langage universel et analysable. A chaque motif correspondait un code alphanumérique et un verbatim établi. Tous les investigateurs ont été formés à la CISP-2 et à la saisie informatique lors d'un séminaire d'une journée et demi en novembre 2011.

Pour vérifier la qualité du relevé, une double saisie informatique de vingt consultations sur un autre site dédié, a été réalisée en février 2012. En mars 2012, un enregistrement audio d'une des consultations était demandé aux internes investigateurs (annexe 4).

La base de données complète, comprenant 20 943 consultations a été livrée aux internes investigateurs sous la forme d'un tableau EXCEL en février 2013. 594 consultations concernant les étudiants ont été extraites. Puis, les âges ont été bornés de 16 à 32 ans. Ces valeurs ont été retenues conformément aux textes de la sécurité sociale⁹ : 16 ans est l'âge minimal en deçà duquel l'individu ne peut bénéficier d'une cotisation sociale étudiante ; et celle-ci est obligatoire jusqu'à 28 ans, avec possibilité d'allongement de 4 ans, soit jusqu'à 32 ans, en cas de service militaire, maternité, longue maladie ou études doctorales. Au final, le nombre de consultations analysées étaient de 549.

RESULTATS

Description de la population

Parmi les 549 consultations, il y a 13 consultations avec refus de présence de l'interne où le questionnaire n'a pu être rempli au-delà de la partie socio-professionnelle. Donc, 536 consultations sont analysées.

La population comprend 369 femmes (67%) et 180 hommes (33%). La majorité de ces étudiants ne travaille pas en parallèle de leurs études (tableau 1). S'ils travaillent, ils exercent la profession d'« employé ». La majorité des étudiants n'a pas de statut social particulier, 6% bénéficient de la CMU (tableau 2). L'âge moyen est de 22 ans (figure 1).

PROFESSION	HOMMES	FEMMES	TOTAL	VALEUR en %
Agriculteur	0	0	0	0
Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise	5	2	7	1,5
Cadre Sup., Prof. Intellectuelle	3	2	5	1
Prof. Intermédiaire	5	5	10	2
Employé	15	34	49	9
Ouvrier	6	1	7	1,5
Retraité	0	0	0	0
Sans Profession	146	325	471	85
TOTAL	180 (33%)	369 (67%)	549	100

Tableau 1 : catégories professionnelles en fonction du sexe des étudiants

STATUT	AUCUN	ALD	CMU	AME	ACCIDENT DU TRAVAIL	INVALIDITE	MALADIE PRO.	TOTAL
NOMBRE	501	13	32	0	2	1	0	549
VALEUR %	91	2,4	6	0	0,4	0,2	0	100

Tableau 2 : répartition des étudiants selon leur exonération sociale

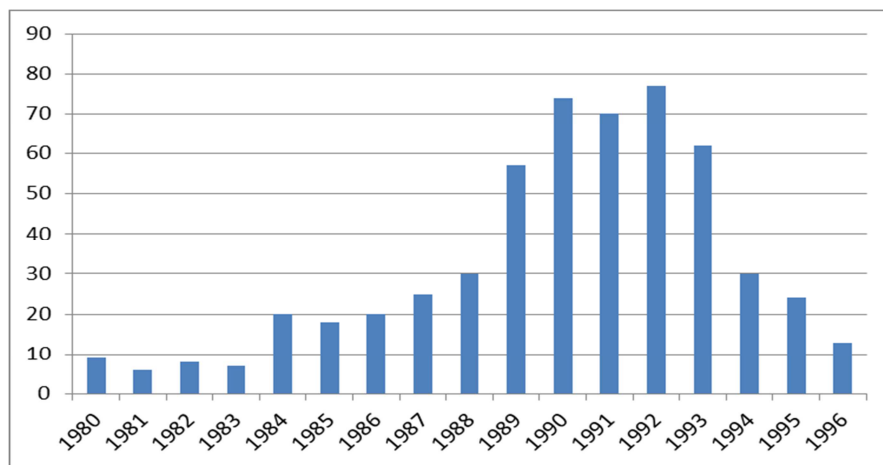


Figure 1 : distribution de la population selon l'année de naissance

Parmi les 128 maitres de stages universitaires participant à l'étude, 115 reçoivent des étudiants au moins une fois en phase de recueil, soit 90%. Il y a plus de médecins de sexe masculin (64%) que de médecin de sexe féminin (36%) participant à l'étude. Le nombre de consultations d'étudiants par généraliste-enseignant pendant le recueil, varie de 1 à 18, avec une moyenne de 5 consultations par praticien.

Analyse des motifs de consultation

Il y a 1127 motifs de consultations répartis en 536 consultations. Le nombre moyen de motifs par consultation est de 2,1 -les extrêmes étant de 1 à 6 motifs-, et le nombre médian de motifs par consultation est de 1,3.

Le tableau 3 présente les motifs de consultations les plus fréquents, par lettre de la CISP. Les cinq lettres les plus représentées sont : « A » pour les généralités, « R » pour le système respiratoire, « D » pour le système digestif, « L » pour le système ostéo-articulaire et « P » de l'appareil psychologique. Ces cinq appareils représentent 2/3 des motifs exprimés. Les motifs d'ordre psychologique représentent 7,3% des motifs. Les appareils les moins abordés sont le système hématologique et l'appareil génital masculin.

LETTRE	MC1	MC2	MC3	MC4	MC5	MC6	TOTAL	VALEUR %
A	192	36	17	0	0	0	245	21,7
R	141	46	13	4	3	1	208	18,4
D	88	39	12	2	0	0	141	12,5
L	80	10	3	5	0	0	98	8,7
P	62	13	6	1	0	0	82	7,3
S	56	6	1	0	0	0	63	5,6
W	61	1	0	0	0	0	62	5,5
N	31	14	3	2	0	0	50	4,4
X	40	6	0	0	0	0	46	4,1
K	26	2	1	0	0	0	29	2,6
U	21	4	0	0	0	0	25	2,2
H	15	2	2	3	1	0	23	2
T	17	4	1	1	0	0	23	2
F	6	2	1	2	0	0	11	1
Z	5	4	0	1	0	0	10	1
B	8	0	0	0	0	0	8	0,7
Y	3	0	0	0	0	0	3	0,3
TOTAL	852	189	60	21	4	1	1127	100

Tableau 3 : Fréquence des motifs regroupés en lettre de la CISP

LETTRE DE LA CISP	APPAREIL
A	Général et Non-spécifié
R	Système respiratoire
D	Système digestif
L	Système Ostéo-articulaire
P	Psychologique
S	Peau
W	Grossesse, Accouchement et Planification Familiale
N	Neurologique
X	Système génital féminin et sein
K	Cardio-vasculaire
U	Système urinaire et néphrologique
H	Oreille
T	Métabolique, Nutritionnel et Endocrinien
F	Œil
Z	Social
B	Sang, Système hématopoïétique et Immunologique
Y	Système génital masculin

*Tableau 4 : Correspondance des lettres de la CISP
MC 1 : Premier Motif de Consultation exprimé*

Le tableau 5 précise les trois codes les plus fréquents pour les cinq premiers appareils (« A », « R », « D », « L » et « P »). Le code le plus fréquent est la « toux » (5,1%) et représente plus d'un quart des motifs respiratoires (27,4%). La demande de « contact administratif » est le premier code d'ordre général (3,8%). Les « perturbations du sommeil », les « sensations de tristesse » et les « rencontres de suivi » sont les codes les plus fréquents au sein de l'appareil psychologique (respectivement 20,7%, 11% et 9,6%)

LETTRE CISP	CODE	VERBATIM	Nombre Total	Valeur sur tous les motifs (%)	Valeur dans la lettre (%)	Somme dans la lettre (%)
A	A03	Fièvre	43	3,8	17,6	46,2
	A44	vaccination	37	3,3	15,1	
	A62	contact administratif	33	2,9	13,5	
R	R05	Toux	57	5,1	27,4	70,1
	R21	S/P de la gorge	49	4,3	23,6	
	R07	congestion nasale	40	3,5	19,2	
D	D11	diarrhée	33	2,9	23,4	56,2
	D01	douleur abdominale	28	2,5	19,9	
	D10	vomissement	21	1,9	14,9	
L	L02	S/P des lombes	12	1,1	12,2	33,6
	L03	S/P du dos	11	1	11,2	
	L15	S/P du genou	10	0,9	10,2	
P	P06	perturbation du sommeil	17	1,5	20,7	41,3
	P03	sensation de dépression	9	0,8	11	
	P63	rencontre de suivi	8	0,7	9,6	

Tableau 5 : les 3 codes les plus fréquents pour les appareils « A », « R », « D », « L », et « P ». S/P : Symptômes et plaintes

La dernière colonne du tableau montre que 70% des symptômes respiratoire sont représentés par les codes de la toux (R05), des plaintes de la gorge (R21) et de congestion nasale (R07). Pour les motifs généraux, ostéo-articulaires et psychologiques, les 3 codes les plus fréquents représentent par contre moins de la moitié des motifs de la lettre (respectivement 46,2%, 33,6% et 41,3%).

DISCUSSION

LES BIAIS

On peut s'interroger sur la reproductivité des résultats si l'étude avait été faite sur un semestre d'été ou sur douze mois consécutifs. La saison estivale aurait pu diminuer les demandes d'actes administratifs et surtout les plaintes des registres respiratoires et digestifs en l'absence d'épidémies. Evaluer la prévalence des motifs psychologiques à distance de la pression scolaire et l'impact de celle-ci sur les

angoisses et les perturbations du sommeil des étudiants aurait alors pu être décrit.

Il n'a pas été inclus les consultations d'étudiants au sein des Médecines Préventives Universitaires. Les MPU sont présentes dans chaque université et d'accès gratuit au cours des trois premières années d'études. Il serait intéressant de savoir si les étudiants expriment des plaintes plus personnelles ou tout à fait similaires dans ces consultations. Leur localisation directement sur les campus, au milieu des autres étudiants, peut être un frein pour livrer des plaintes d'ordres psychologiques et personnelles. Au contraire, l'accès rapide et gratuit peut faciliter les consultations pour des motifs ordinaires. Pourtant, l'étude de l'USEM 2011 montre que face à la maladie, seulement 1,9% des étudiants consultent à la MPU².

Cette étude n'a pas été réalisée avec l'intégralité des départements de médecine générale. Vingt-sept ont participé sur les trente-quatre existants ; Paris-sud, Paris-Bobigny, Toulouse-Rangueil, Toulouse-Purpan, Caen, Reims, et Lille-Etat n'ont pas contribué. Certaines de ces facultés ont un nombre d'étudiants conséquent ce qui aurait pu renforcer nos résultats.

La classification de l'étude choisie est LA CISP de la WONCA. Cette classification est reconnue par l'OMS et validée de façon internationale. Elle n'était pas connue des investigateurs, ce qui a nécessité une formation préalable. Son utilisation n'a peut-être pas été aisée et fluide au cours de l'étude.

LES RESULTATS

Les motifs ordinaires priment : des demandes d'actes généraux et non-spécifiés puis des plaintes respiratoires et digestives. On pourrait envisager de développer l'éducation thérapeutique pour ces pathologies bénignes mais fréquentes. L'étude de l'USEM 2011² montre que les étudiants le font indirectement car « face à la maladie », 46,8% des répondants « ont recours à l'automédication » et 51% « attendent que cela passe ». Le verbatim « contact administratif », correspond à la rédaction de n'importe quel document médico-administratif. Il s'agissait probablement de rédaction de certificats médicaux de non contre-indications, attestations, ou formulaires de la sécurité sociale. Le verbatim « vaccination » peut représenter une mise à jour des

vaccins tels Diphtérie-Tétanos-Polio, avant une embauche ou une inscription universitaire, de vaccinations pour le voyageur ou encore contre le papillomavirus. L'étude ne permet pas de préciser quel type de vaccin est effectué.

Les plaintes ostéo-articulaires apparaissent, avec essentiellement des plaintes du dos et des genoux, ce qui est assez inattendu chez cette jeune population. Vu qu'ils ne travaillent pas on peut supposer qu'il s'agit d'incidents de sports et loisirs.

Il n'a pas été mis en évidence dans les cinq premières classes de motifs de consultations, ceux d'ordre gynécologique. En effet, ils apparaissent en 10^{ème} position et représentent moins de 5% des motifs. Nous aurions pu penser qu'au sein d'une population jeune et composée en majorité de femmes, ils ressortiraient davantage. L'analyse complète de la base de données d'ECOGEN permettra de comparer avec la population générale.

La même analyse a été faite sur les jeunes adultes de 16 à 32 ans non-étudiants¹⁰. Les proportions d'hommes et de femmes sont identiques. L'ordre des cinq premiers appareils est : « A », « R », « L », « D », « P ». On note là aussi l'importante part des plaintes psychologiques. Ces deux populations, étudiantes ou non, semblent finalement proches ; une analyse statistique permettrait de préciser à quel point.

Conformément aux données de la littérature^{2,3}, le descriptif des motifs psychologiques met en évidence les troubles du sommeil des étudiants et les sensations de tristesse. La notion de « rencontre de suivi » qui apparaît en 3^{ème} position montre cependant qu'une prise en charge est en place. Le mal-être de l'étudiant est entendu par le généraliste, qui reste le premier recours médical de l'étudiant². Même si ces motifs ressortent spontanément dans les consultations de médecine générale, ils doivent être recherchés et approfondis par le praticien. Cette forme de dépistage pourrait limiter des répercussions sur la vie affective, les études, et les addictions des étudiants et surtout ouvrir à la discussion. Les autres thèmes qui intéressent les étudiants n'apparaissent pas (addiction, nutrition, sexualité, stress)^{2,3}. Ils souhaiteraient pourtant davantage d'informations à ces propos. La venue en consultation d'un étudiant, même pour un banal motif, devrait être l'occasion d'aborder ces thèmes et de réaliser des actions de préventions.

THESE SOUTENUE PAR : Noémie MOREL

TITRE : Quels sont les motifs de consultation, en médecine générale, des étudiants ?

CONCLUSION

Cette étude liste les motifs de consultation en médecine générale des étudiants de 16 à 32 ans de décembre 2011 à avril 2012 en France.

De façon non spécifique, ces derniers sont essentiellement des motifs hivernaux, digestifs et respiratoires, ou d'ordre général avec demande d'acte administratif ou de vaccination. Ces 3 grandes classes de motif représentent 52% de l'ensemble. Ces résultats sont plutôt logiques vu le contexte saisonnier et rassurants quant à l'absence de pathologies spécifiques somatiques des étudiants. Les demandes de contacts administratifs correspondent probablement à la rédaction de certificats médicaux ou de vaccinations, qui rentrent dans une démarche de médecine préventive, essentielle pour cette population.

Les motifs psychologiques, et plus particulièrement les troubles du sommeil et sensation de tristesse, sont en 5^{ème} position (7,3%). Ces mêmes plaintes sont pourtant au premier plan des préoccupations des étudiants. La recherche de ces symptômes et la notion de suivi médical est à encourager. Il serait également intéressant d'en connaître les facteurs favorisants ainsi que la nature d'éventuelle prescription médicamenteuse associée. Mis en parallèle avec les souhaits des étudiants d'information sur les addictions, la nutrition et la sexualité, ces éléments sont à prendre en compte pour améliorer les consultations des étudiants par les professionnels de santé et préserver leur santé mentale.

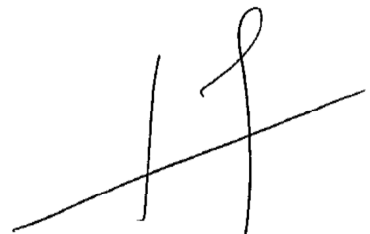
(*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER

(*) Grenoble, le 15/7/2013

(*) LE DOYEN


(*) 

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE


(*) PROFESSEUR

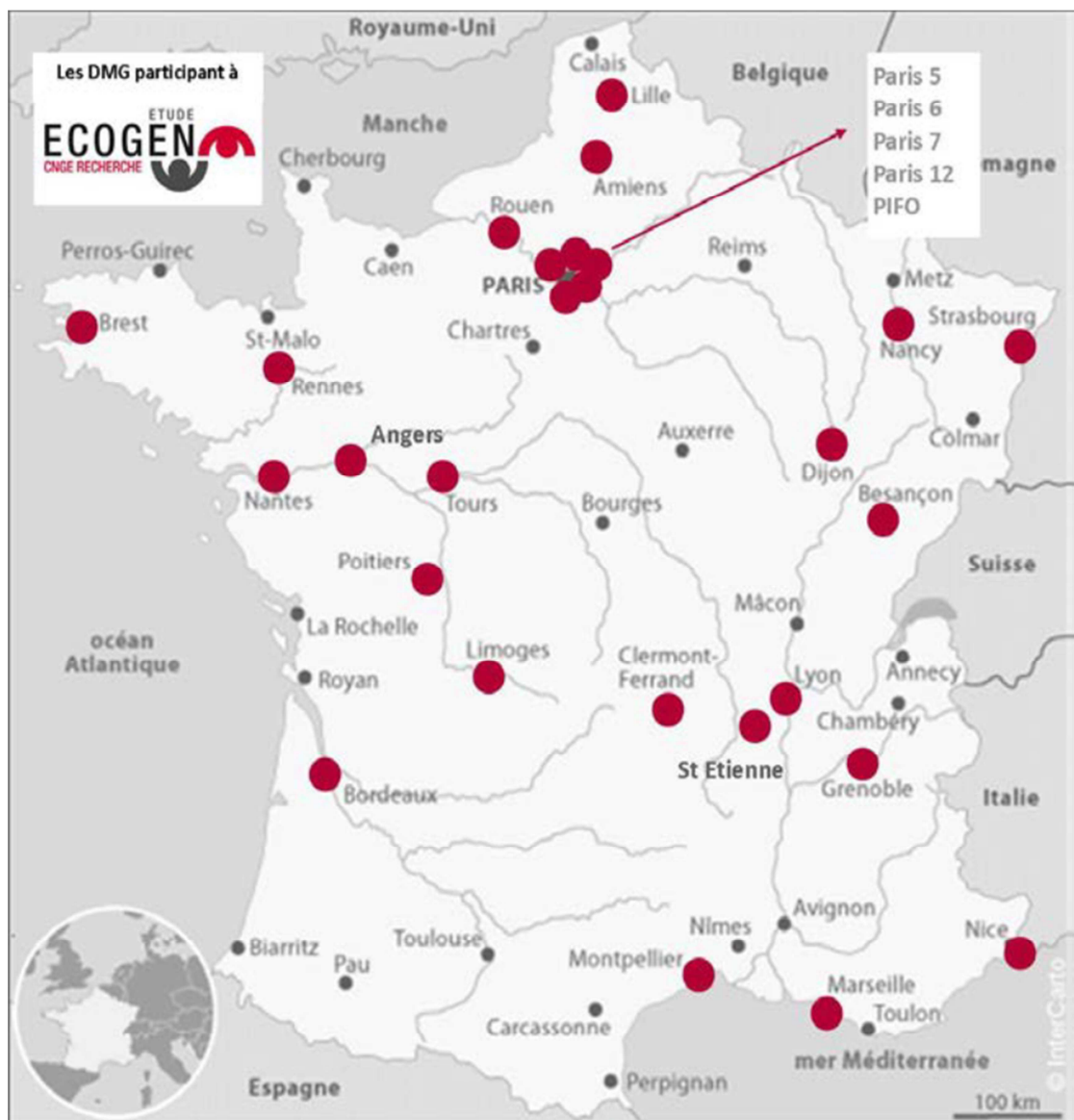
RÉFÉRENCES

- 1 Ministère de l'Enseignement Supérieure et de la Recherche ; dossier de presse de rentrée des Etudiants : 2011 La concrétisation du changement ; le 13/09 2011
- 2 Union Nationale des Mutuelles Etudiantes Régionales, Ministère de l'Enseignement Supérieure et de la Recherche; La santé des étudiants en 2011 ; hiver 2011
- 3 Union Nationale des Mutuelles Etudiantes Régionales, Ministère de l'Enseignement Supérieure et de la Recherche; La santé des étudiants en 2009 ; 2009
- 4 Institut National pour la Prévention et l'Education pour la Santé ; <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp> ; 29/05/2012
- 5 Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie ; http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/conso.html#aff_rech; juillet 2012
- 6 Rapport de l'Assemblée Nationale ; La santé et la protection sociale des étudiants en 2006 en France ; 6 décembre 2006
- 7 Le site officiel de l'administration française ; <http://www.service-public.fr/actualites/001730.htm> ; 25/07/2012
- 8 Observatoire Expertise et Prévention pour la Santé des Etudiants ; La santé mentale des étudiants en 2007 ; Novembre 2007
- 9 L'assurance Maladie ; <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-faites-des-etudes/vous-etes-etudiant/votre-protection-sociale.php>; 06/02/2013
- 10 Morel N., Mémoire de DES de Médecine Générale ; Quels sont, en médecine Générale, les motifs de consultations des 16-32 ans ? Évaluation de la part psychologique ; septembre 2013. *Non soutenu à ce jour*
- Union Nationale des Mutuelles Etudiantes Régionales, Ministère de l'Enseignement Supérieure et de la Recherche; La santé des étudiants en 2007 ; 2007
- Observatoire de la santé des étudiants à Grenoble ; La santé des étudiantes après une année passée à l'Université ; juin 2011
- Vandentorren S. et al ; Besoin en information en santé des étudiants au service inter universitaire de médecine préventive de Bordeaux ; Santé Publique, 2005/1 Vol. 17, p. 47-56. DOI : 10.3917/spub.051.0047
- Migeot V. et al. ; Comportements de santé des étudiants d'IUT de l'Université de Poitiers ; Santé Publique, 2006/2 Vol. 18, p. 195-205. DOI:10.3917/spub.062.0195 Poitiers

ANNEXES

Annexe 1 :

Carte des Départements de Médecine Générale participant à l'étude



Annexe 2 :

Questionnaire de l'étude

Heure de début / _ / _ h / _ / _ /	Initiales MG / / /	Date de consultation / _ / _ / _ / _ /	Consultation Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/>	Patient Nouveau <input type="checkbox"/> Déjà connu <input type="checkbox"/>	Année de naissance / _ / _ / _ / _ /	Genre M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Étudiant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Statut Invalide <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/>		Profession cadre sup., profession intellectuelle ¹ <input type="checkbox"/> agriculteur <input type="checkbox"/> artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> profession intermédiaire ² <input type="checkbox"/> employé ³ <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> autre sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> ouvrier ⁴ <input type="checkbox"/>		1 Inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs. 2 Inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise. 3 Inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. 4 Inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs.				
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédures)		n° RC		n° RC		n° RC		
1.		6.		6.				
2.		7.		7.				
3.		8.		8.				
4.		9.		9.				
5.		10.		10.				
Procédures (diagnostics, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)		R / P		n° RC		SC / AC / I		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
Résultats de consultation (symptômes ou diagnostics) [RC]		N / A		latro		N / A		
1.				6.		latro		
2.				7.				
3.				8.				
4.				9.				
5.				10.				
						Heure de fin / _ / _ h / _ / _ /		

RC : N = nouveau, A = ancien, latro : I = intoxication médicamenteuse ; AI = allergie ou intolérance médicamenteuse ; C = complication de traitement non médicamenteux ; MP = effet secondaire de matériel prothétique. Procédure : R = réalisée, P = programmée.

Transférabilité : SC = sans condition, AC = avec condition, I = impossible, DMP = Dossier médical partagé, PPD = Protocole pré-défini, SMG = Supervision du médecin généraliste, AC = Autre condition (à préciser).

Professionnels concernés (plusieurs réponses possibles) : I = infirmière, Ph = pharmacien, Ps = psychologue, S = secrétaire, K = kiné, SF = sage-femme, AS = assistante sociale, AP = autre professionnel.

Annexe 3 :

Titre court de la Classification Internationale en Soins Primaires 2 (CISP -2
WONCA)

Mise en page : Laurent Letrillart, 28 octobre 2011

Annexe 4 :

Protocole de l'étude ECOGEN : Éléments de la CONsultation en médecine GENérale

Comité de pilotage :

Dr Laurent Letrilliart, MCA, DMG de l'Université de Lyon ; Pr Alain Mercier, PA, DMG de l'Université de Rouen ; Dr Irène Supper, étudiante en master 2 d'« Evaluation en santé et Recherche clinique » de l'Université de Lyon ; Dr Matthieu Schuers, CCA, DMG de l'Université de Rouen ; Dr David Darmon, CCA, DMG de l'Université de Nice ; Dr Pascal Boulet, CNGE ; Dr Dominique Ambros, MCA, DMG de l'Université de Reims ; Dr Madeleine Favre, MSU, DMG de l'Université de Paris 5 ; Pr Gil Mury, PA, DMG de l'Université de Clermont-Ferrand

Comité scientifique :

Dr Laurent Letrilliart, MCA, DMG de l'Université de Lyon ; Pr Alain Mercier, PA, DMG de l'Université de Rouen ; Pr Bernard Gay, PU, DMG de l'Université de Bordeaux ; Dr Denis Pouchain, UFR Paris-Ouest ; Dr Eric Van Ganse, MCU-PH, Unité de pharmaco-épidémiologie de l'Université de Lyon

Développements informatiques :

Philippe Ameline

Validation méthodologique :

Pr Anne-Marie Schott, Epidémiologiste, Université de Lyon 1 ; Pr René Ecochard, Biostatisticien, Hospices Civils de Lyon ; Mad-hélénie Elsensohn, biostatisticienne, Hospices Civils de Lyon

Financements :

Laboratoires Pfizer ; CNGE Conseil

1. Introduction

1.1. Intérêt de classifier les données de consultation en soins primaires.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a identifié la classification des actes et des pathologies, opérée selon des procédures harmonisées et adaptées, comme un

facteur concourant à la qualité des soins, au même titre que la tenue d'un dossier médical informatisé bien organisé¹. L'utilisation de nomenclatures et le recours à la classification des pathologies ouvre notamment l'accès direct à des bases de connaissances informatisées. En particulier, la représentation standardisée et codée des problèmes de santé des patients dans le dossier médical informatisé constitue un préalable au contrôle des prescriptions médicamenteuses (en termes d'indications, de contre-indications, voire de précautions d'emploi) en temps réel lors de l'élaboration de l'ordonnance². Certains logiciels pilotes, notamment « Prodigy » au Royaume-Uni (compatible avec la nomenclature de Read), intègrent ainsi des recommandations de bonne pratique dans le cadre de systèmes d'aide à la prescription médicamenteuse mais aussi non médicamenteuse, d'aide à la demande d'avis spécialisé ou d'hospitalisation, et à l'information du patient (édition de brochures thématiques)³. La classification systématique des motifs de consultation (plaintes présentées par le patient) et des résultats de consultation (problèmes diagnostiqués par le médecin) dans le cadre d'un réseau de médecins permet aussi de constituer une base de données utilisable comme outil d'aide à la démarche diagnostique. Le projet hollandais « Transition », reposant sur la classification des épisodes de soins en médecine générale selon la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP, Wonca), a permis ainsi d'informer en retour les praticiens sur la distribution de fréquence des résultats diagnostiques selon le motif de consultation.⁴ Il est possible d'imaginer l'utilisation de ce type de données de morbidité dans un but pronostique, selon une modélisation prenant en compte les co-morbidités ainsi que les facteurs démographiques.⁵ Enfin, la simple connaissance par chaque praticien de la distribution de fréquence des pathologies dans sa patientèle lui permettrait d'orienter son développement professionnel continu selon des critères objectifs, afin de mettre ses compétences en adéquation avec les problèmes qu'il rencontre le plus fréquemment.

Le codage des pathologies, parce qu'il permet de décrire de façon standardisée l'état clinique des patients et leur évolution, est utile aussi à l'évaluation des pratiques professionnelles, incluant les procédures (par comparaison à des référentiels) mais aussi les résultats des soins.

1.2. La classification internationale des soins primaires (CISP)

En France, il y a peu de données permettant d'avoir une vue d'ensemble de la morbidité réelle en soins primaires. Il existe des enquêtes ponctuelles réalisées par l'IRDES (anciennement dénommé le CREDES) auprès des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, qui décrivent la morbidité diagnostiquée en médecine libérale.⁶ Il y a aussi quelques systèmes de recueil continu et systématique de données de morbidité en médecine de ville, opérationnels sur une large échelle, essentiellement l'Observatoire de la Société française de médecine générale (Sfmg), les réseaux d'IMS Health et Thales (CEGEDIM). Depuis 1993, la Sfmg a développé un réseau national constitué 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 exploitable, reposant sur l'utilisation du Dictionnaire des résultats de consultation⁷. Hormis une large étude de faisabilité portant sur les résultats de consultation (à l'exclusion des motifs de consultation et des procédures de soins)⁸ aucun recueil de données de consultation de médecine générale d'envergure n'a été réalisé en France jusqu'à présent à partir de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). Pourtant, cette classification a été reconnue en 2003 comme classification internationale de référence pour les soins primaires, en étant incluse dans la famille des classifications de l'Oms⁹. Une étude ponctuelle réalisée par la SfmG a décrit en 1997 les procédures réalisées et programmées en médecine générale, mais les procédures étaient enregistrées par consultation et non par problème de santé¹⁰.

La CISP a été développée par l'Organisation internationale de la médecine générale (Wonca). La CISP-2 inclut 687 rubriques sans les procédures (composants 1 et 7 seulement), 40 rubriques correspondant aux procédures génériques (composants 2 à 6), soit environ 1400 rubriques au total (cf. Annexe 1). Elle a été créée spécifiquement pour le recueil (manuel à l'origine) et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale : motif de consultation (dans la perspective du patient), problèmes diagnostiqués (dans la perspective du médecin), et procédures (réalisées ou programmées)¹¹. Il s'agit d'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 7 composants (symptômes et plaintes, procédures diagnostiques et préventives, procédures thérapeutiques et médicaments, résultats de tests, procédures administratives, références et autres motifs de contact, diagnostics et maladies). A chaque rubrique est associé un code comprenant trois caractères alphanumériques, dont une lettre désignant le chapitre et deux chiffres spécifiant la rubrique¹². Dans le cadre du dossier médical informatisé, ses limites en termes de spécificité ont conduit au développement de versions étendues, intégrant une nomenclature ou un thésaurus¹³. La CISP a ainsi été complétée par l'utilisation de la Classification internationale des maladies (CIM-10) comme nomenclature (ICPC/ICD-NL) pour l'établissement de la liste des problèmes des patients Aux Pays-Bas¹⁴; par la constitution de thésaurus, à partir du langage naturel utilisé par les praticiens, comme outil d'aide au codage en Australie (ICPC Plus)¹⁵, en Belgique (LOCAS : Logiciel de Codage et d'Acquisition de Synonymes)¹⁶, et au Canada (Encode-FM)¹⁷. Il existe le plus souvent une correspondance entre ces systèmes terminologiques spécifiques de la médecine générale et la CIM-10, condition préalable à l'échange de données avec les médecins hospitaliers¹⁸. La CISP a déjà été traduite en plus d'une vingtaine de langues et est utilisée à large échelle en médecine générale, notamment aux Pays-Bas, en Norvège et en Australie^{19, 20, 21}.

2. Objectifs

2.1. Objectif principal

Décrire la distribution des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé (résultats de consultation) pris en charge en médecine générale en France.

2.2. Objectifs secondaires

- Décrire les procédures de soins (réalisées et programmées) associées aux principaux problèmes de santé et évaluer leur transférabilité à d'autres professionnels de santé (infirmières, pharmaciens, autres professionnels)
- Evaluer les déterminants de la durée de la consultation en termes de motifs de consultation, de résultats de consultation, et de procédures de soins

2.2. Objectifs ancillaires

- D'autres objectifs plus spécifiques pourront être définis avec les Internes investigateurs de l'étude et constituer le sujet de leur thèse d'exercice (cf. Annexe 5).

3. Méthode

3.1. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude transversale nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale. L'étude comportera environ 80 centres (cabinets accueillant des Internes en stage supervisé de niveau 1), rattachés à une vingtaine de départements universitaires de médecine générale. Elle sera coordonnée localement par les Chefs de clinique (ou éventuellement par des enseignants associés) intéressés de ces départements.

3.2. Investigateurs

Un Interne de médecine générale en stage supervisé chez le praticien (niveau 1) jouera le rôle d'investigateur dans un à trois centres. Chaque Interne ou binôme d'Internes pourra choisir un objectif parmi les objectifs principaux ou spécifiques de l'étude, ou en définir un autre, selon ses préférences. La définition de ce thème devra être effectuée à l'issue du séminaire de formation. La contribution de chacun à cette étude constituera son travail de thèse de médecine, sous la direction d'un Chef de clinique (ou d'un enseignant associé). Une journée et demie de formation

de l'ensemble des Internes investigateurs et de leur directeur de thèse au recueil des données, à l'utilisation de la CISP-2, ainsi qu'à l'analyse des données (BiostaTGV), sera organisée sur une base interrégionale, avant le début de l'étude. Les méthodes pédagogiques utilisées incluront l'utilisation de consultations filmées. La définition des objectifs de thèse pourrait intervenir à l'occasion de cette journée.

3.3. Recueil des données

Une enquête pilote sera réalisée dans le cabinet du Dr Letrilliart au cours du mois de mars 2011, afin de tester le recueil des données et leur saisie. Elle fera l'objet du mémoire de DES de Thomas Bouffet, Interne de médecine générale en stage dans ce cabinet durant cette période. Un autre test aura lieu parallèlement dans le cabinet du Dr Boulet au cours du mois d'avril 2011. Une fiche aide-mémoire sera éditée à l'intention des Internes. Une hot line et une adresse de courriel permettront d'échanger sur les difficultés liées au recueil, au codage et à la saisie des données. La collection de ces difficultés pourra donner lieu à un travail de mémoire ou de thèse.

Chaque Interne investigateur recueillera les données correspondant à 400 consultations, incluant les patients examinés en cabinet ou à domicile. Le recueil correspondra à 20 jours ouvrés répartis sur 5 mois, soit en principe 1 journée (ou à défaut 2 demi-journées) de stage sur 4 journées hebdomadaires, en alternance entre les MSU le cas échéant. Dans l'hypothèse d'une consultation moyenne de 20 patients par jour ouvré par cabinet, il sera ainsi possible d'inclure un effectif de 16 000 consultations environ sous l'hypothèse de la participation de 40 Internes.

Les données recueillies concernant les consultations seront les suivantes : âge, sexe, catégorie socio-professionnelle du patient ; lieu de consultation (cabinet ou visite) ; patients nouveau ou connu ; résultats de consultation, et pour chaque résultat de consultation les motifs de consultation, les procédures de soins réalisées et programmées (systématiquement précisées en texte libre sauf pour les examens médicaux [-30, -31], les autres analyses de sang [-34], les vaccinations/médications préventives [-44] et les médicaments thérapeutiques [-50]) ; la durée de la consultation ; pour chaque procédure, l'évaluation par l'Interne de sa transférabilité (possible sans condition, possible sous condition, impossible ; et à quel(les) catégorie(s) de professionnels : infirmière, pharmacien, psychologue, secrétaire, kiné, sage-femme, assistante sociale, autre professionnel). La nomenclature minimale proposée comporte les conditions suivantes à la transférabilité : dossier médical partagé, protocole prédéfini, supervision du médecin généraliste, autre condition (à préciser). Une contre-évaluation de la transférabilité des procédures sera réalisée par le MSU sur l'échantillon de 20 consultations d'un jour donné chez chaque MSU, soit environ 5 % des consultations incluses, durant la première quinzaine du mois d'avril 2012. Pour chaque résultat de consultation, son caractère iatrogène éventuel sera précisé, en distinguant

intoxication médicamenteuse (A85), allergie ou intolérance médicamenteuse (A86), complication de traitement médical (A87) et effet secondaire de matériel prothétique (A89).

L'ensemble de ces données seront recueillies en texte libre sur un questionnaire papier, à la fin de chaque consultation d'un patient (cf. Annexe 2). Les données de non-inclusion des patients seront recueillies le cas échéant.

Les données suivantes seront recueillies à propos des MSU : âge, sexe, milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain, code postal et ville de résidence [base ZAUER]), secteur conventionnel, mode d'exercice (seul ou en groupe), nombre annuel de consultations (RIAP 2010), réception de la visite médicale (cf. Annexe 6).

3.4. Saisie des données

Chaque Interne investigateur saisira 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 (à partir de l'ordinateur du cabinet du Maître de stage [MSU] ou de l'ordinateur personnel de l'Interne). Les données concernant les motifs et résultats de consultation et les procédures de soins seront saisies sous la forme de codes de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2, cf. Annexe 3), avec un système d'aide en ligne au codage.

Une double saisie sera réalisée par chaque Interne investigateur sur un échantillon de 20 consultations du premier jour de consultation de la semaine du 6 au 10 février 2012, soit environ 5 % des questionnaires.

3.5. Validation des données

Un contrôle de qualité de la description et du codage des consultations sera réalisé (avec l'accord du patient) à partir de l'enregistrement audio systématique par chaque Interne investigateur d'une consultation pour évaluation par un expert. Cette consultation correspondra à la 3^{ème} consultation du premier jour de consultation de la semaine du 6 au 10 février 2012. La concordance entre l'expert et l'Interne sera mesurée pour le nombre et la nature des motifs de consultation et des résultats de consultation, ainsi que pour le nombre et la nature des procédures de soins (à l'exclusion de l'examen clinique, difficile à évaluer à partir d'un enregistrement audio).

3.6. Analyse des données

La base de données relationnelle de format MySQL sera transmise au Pôle IMER des Hospices Civils de Lyon, pour contrôle qualité des données et analyses statistiques. Celles-ci seront réalisées avec le logiciel SAS. Elles comporteront les étapes suivantes :

- Analyse descriptive des motifs de consultation et des procédures de soin associés aux principaux problèmes de santé.
- Analyse descriptive de la transférabilité des procédures de soins, et analyse de concordance entre évaluation des internes et des médecins
- Analyse de la représentativité des MG participants
- Analyse descriptive de la distribution des consultations selon leur durée
- Analyse univariée des facteurs prédictifs de la durée des consultations
- Analyse multivariée des facteurs prédictifs de la durée des consultations : approche par un modèle hiérarchique pour tenir compte de la structure emboîtée des données (patient = niveau 1, cabinet = niveau 2). Un modèle linéaire mixte puis un modèle de régression logistique seront construits pour modéliser la durée des consultations sous sa forme continue dans un premier temps et sous une forme catégorielle dans un second temps.

Les Internes auront chacun à disposition une copie de la base de données globale, dans un format Excel. Ils réaliseront chacun les analyses relatives à l'objectif spécifique de leur travail de thèse de médecine. Ils pourront utiliser un logiciel gratuit (BiostaTGV) pour faire ces analyses, après avoir bénéficié d'une initiation lors du séminaire de formation initial.

3.7. Restitution des données

Une journée de restitution collective sera organisée au terme des analyses de données, sous la forme d'un Symposium. Cette restitution pourrait éventuellement coïncider avec le Congrès annuel du CNGE, habituellement en novembre (à Lyon en 2012).

3.8. Aspects éthiques et réglementaires

Une déclaration sera établie au nom du CNGE 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 modifie pas les pratiques habituelles des médecins, et n'entre pas a priori dans cadre de la loi Huriet, une déclaration sera 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 sera éditée et imprimée en une trentaine d'exemplaires. La base de données devrait être hébergée par une société de service.

Une autorisation d'utilisation de la CISP-2 sera demandée auprès de la Wonca, à titre dérogatoire compte tenu du non acquittement des droits relatifs à cette classification par la France jusqu'à présent.

4. Communications

Chaque Interne (et le Dr Irène Supper, dans le cadre de son master 2) restera libre de présenter les résultats de son travail dans des Congrès nationaux ou internationaux, ou sous la forme de publications, dans le cadre d'un plan de communication. Une série de courts articles couvrant les principaux résultats de l'étude Ecogen sera proposée à la revue exercer pour publication.

5. Calendrier prévisionnel

- Juin 2011 : Finalisation du protocole. Signature du contrat.
- Juin 2011 : Recrutement des Chefs de clinique et associés (courrier aux Directeurs des DMG, aux Référents recherche, aux Présidents de Collèges et aux CCU). Edition d'un synopsis destiné à faciliter le recrutement
- Juillet 2011 : Déclaration auprès du CCTIRS puis de la CNIL. Demande autorisation d'utilisation de la CISP-2 auprès de la Wonca.
- Juillet 2011 – septembre 2011 : Recrutement des Internes. Engagement de principe des internes. Réunion du Comité de pilotage le 15/09 pour faire le point sur le recrutement. Formalisation de la formation, formation des experts et animateurs.
- Avril 2011 - octobre 2011 : Test du questionnaire (dans 2 cabinets différents) et finalisation du masque de saisie. Réunion de mise au point. Intégration des exercices de codage, corrigés de la fiche de saisie sur les cas exemple. Mise en place de l'hébergement de la base de données.
- 15 octobre 2011 : Liste définitive des internes et des dates de leur Formation.
- Octobre 2011 : Validation et impression des questionnaires.

- Novembre 2011 : Formation des Internes et Chefs de clinique : 2 à 3 sessions d'un jour et demi (4&5/11 Lyon -18&19/11 - Vincennes 2&3/12). Validation de leur calendrier de saisie ; établissement d'un calendrier de suivi du recueil pour anticiper les difficultés
- 24-25 novembre 2011 : Réunion (Atelier) avec les Chefs de Clinique lors du Congrès du CNGE (Bordeaux) obligatoire ; prévoir un lien avec les Collèges et l'Isnar pour anticiper leur venue au congrès (voir avec Michèle)
- Décembre 2011 - avril 2012 : Recueil des données par les Internes
- Février 2012 : Contre-codage des éléments de la consultation par un expert (1 consultation enregistrée). Etablissement d'une fiche technique. Double saisie de questionnaires (20 consultations /interne)
- Avril 2012 : Contre-évaluation de la transférabilité des procédures par les Maîtres de stage (20 consultations /MSU)
- Mai 2012 - septembre 2012 : Analyses des données
- Fin novembre 2012 : Demi-journée de restitution (symposium) lors du Congrès du CNGE (Lyon)
- Juin 2013 : Soumission des fiches de thèse pour un numéro spécial EXERCER et d'autres publications éventuelles, et de 2 publications dans des revues indexées

RÉFÉRENCES

- 1 ANAES. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 1999.
- 2 De Zegher I et al. OPADE: optimization of drug prescription using advanced informatics. Comput Methods Programs Biomed 1994; 45: 131-6.
- 3 Rogers J et al. Evaluation of an implementation of PRODIGY phase two. Proc AMIA Symp 1999; 604-8.
- 4 Okkes IM et al. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch Family Physicians. J Fam Pract 2002; 51: 31-6.
- 5 Delaney B et al. Can computerized decision support systems deliver improved quality in primary care ? BMJ 1999; 319: 1281-3.

- 6 La clientèle et les pathologies en médecine générale. *Concours Med* 1994 ;116 :1834-44.
- 7 Société française de Médecine Générale. *Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale*. Document de Recherche en Médecine générale 52, septembre 1998.
- 8 Letrilliart L et al. Prometheus: the implementation of clinical coding schemes in French routine general practice. *Inform Prim Care* 2006; 14: 157-65.
- 9 <http://www.who.int/classifications/related/en/index.html>
- 10 Gallais JL. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. *Documents de recherches en médecine générale* 1997; 45: 1-44.
- 11 Lamberts H et al. International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. *Fam Pract* 1992; 9: 330-9.
- 12 Jamouille M et al. *Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2)*. Bruxelles : Care Editions, 2000.
- 13 Letrilliart L et al. Interface terminologies: A case study on the International classification of primary care. *World Academy of Science, Engineering and Technology* 2009; 54: 614-7.
- 14 Hofmans-Okkes I et al. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Fam Pract* 1996; 13: 294-302.
- 15 Britt H. A new coding tool for computerized clinical systems in primary care – ICPC Plus. *Aust Fam Physician* 1997; 26: S79-S82.
- 16 Roland M et al. *Approches taxinomiques en médecine de famille*. Volume 1. Bruxelles : Care Editions, 1996.
- 17 Bernstein R et al. Reliability issues in coding encounters in primary care using an ICPC/ICD-10-based controlled clinical terminology. *J Informatics Prim Care* 1997; Symp Suppl: 843-7.
- 18 Wood M et al. The conversion between ICPC and ICD-10. Requirements for a family of classification systems in the next decade. *Fam Pract* 1992; 9: 340-8.
- 19 Report CS. *Moving toward international standards in primary care informatics: clinical vocabulary*, 1995, New Orleans. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research.
- 20 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.
- 21 <http://www.fmrc.org.au/beach.htm>

ANNEXES

° ANNEXES 2, 3, 4 : cf pages antérieures

° ANNEXE 5 : Questionnaire médecin MSU

1. Votre âge : | ____ | ans
2. Sexe : Féminin Masculin
3. Milieu d'exercice : Rural Semi-rural Urbain
4. Lieu d'exercice : _____ Code postal : | _____ |
6. Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3
7. Mode d'exercice : En solo En groupe médical
En groupe pluriprofessionnel En Centre de santé
8. Nombre annuel de consultations : | _____ | (Selon les données du RIAP annuel 2010)
9. Recevez-vous les visiteurs médicaux ? Oui Non
Si oui, nombre moyen de visiteurs par semaine : | ____ |
10. Recevez-vous les délégués de l'assurance maladie (DAM) ? Oui Non
Si oui, nombre moyen de visites par an : | ____ |
11. Avez-vous adhéré au CAPI ? Oui Non

° ANNEXE 6 : Exemples d'objectifs spécifiques (thèse d'exercice des internes)

- Estimer le nombre de décès évités / évitables et d'années de vies épargnées / épargnables grâce à la prévention en soins primaires (objectif déclinable en sous-objectifs par chapitres)
- Décrire la part des problèmes de santé chroniques et aigus.
- Evaluer la représentativité des problèmes de santé figurant au programme de l'internat de médecine
- Développer une proposition de maquette de DES de médecine générale basée sur la pratique des soins primaires

- Evaluer la représentativité des problèmes de santé faisant l'objet de recommandations de pratiques en langue française
- Evaluer l'influence des caractéristiques socioprofessionnelles et démographiques du patient sur les motifs et les résultats de consultation et sur les procédures réalisées et programmées
- Influence du sexe et de l'âge des médecins généralistes sur la distribution de sexe et d'âge de leur patientèle
- Influence de la réception des visiteurs médicaux et des Délégués de l'Assurance Maladie sur la fréquence des prescriptions médicamenteuses
- Autres : consultations pour « renouvellement d'ordonnance », consultations avec prescription d'arrêt de travail...

RESUME

INTRODUCTION

La France comptait 2,3 millions d'étudiants en 2011. Les données actuelles montrent que 37% des étudiants éprouvent du stress et 23% des troubles du sommeil. Leurs interrogations fréquentes concernent la nutrition, le stress et le sommeil. Aucune donnée n'émerge du corps médical. Cette étude épidémiologique réalisée grâce au Collège Nationale des Généralistes Enseignants, a comme objectif d'identifier les motifs de consultations des étudiants et d'en évaluer la part psychologique.

METHODE

Du 01/12/2011 au 30/04/2012, 54 internes investigateurs, en stage ambulatoire, ont réalisé le recueil chez 128 généralistes maîtres de stage répartis en France. Une fois par semaine, ils relevaient les données administratives et les motifs de consultations énoncés par chaque patient. Il était requis 400 consultations par investigateur, soit 20000 au total. Puis, 549 consultations d'étudiants ont été analysées en utilisant la Classification Internationale en Soins Primaires.

RESULTATS

L'échantillon est composé de 369 femmes et de 180 hommes. L'âge moyen est de 22 ans. Il y a 1127 motifs analysés. Les motifs les plus fréquents sont d'ordre général ou concernent les systèmes respiratoires, digestifs ou ostéo-articulaires : « contact administratif » (3,8%), « toux » (5,1%), « diarrhée » (2,9%), « plaintes des lombes » (1,1%). Les motifs psychologiques sont en 5^{ème} position et représentent 7,3 % des motifs. Á l'intérieur, les plaintes du sommeil et des sensations de tristesse priment.

CONCLUSION

Les motifs fréquents sont d'ordre général, respiratoire, digestif ou ostéo-articulaires. Les plaintes psychologiques mises en évidence par les études antérieures se retrouvent dans les consultations de médecine générale. La venue en consultation d'un étudiant pour un banal motif devrait être l'occasion d'investiguer le sommeil, l'état moral et d'aborder les thèmes pour lesquels ils souhaitent des informations afin de préserver la santé mentale des étudiants.

MOTS-CLEFS :

étudiant(s), motif(s) de consultation(s), médecine générale, trouble(s) du sommeil, prévention

ABSTRACT

INTRODUCTION

There were 2.3 million students at the start of the school year 2011. The current data about their health show that 37% suffer from stress and 23% from sleep disorder. Their most frequent questions are about nutrition, stress and sleep. No analyzes emerges from the medical profession. The goal of this epidemiological study realized thanks to the CNGE is to identify students' consultations' motivations and to estimate the psychological proportion from them.

METHOD

From 12/01/2011 to 04/30/2012, 54 internal students realized the data collection during their ambulatory internship among 128 general practitioners distributed in France. Once a week, they collected the administrative data and the consultations' motivations expressed by every patient. 20 000 consultations all in all were required. Then, 550 students' consultations were analyzed by using the international classification of primary care.

RESULTS

The sample consists of 369 women and 180 men with 22 middle-aged years. There are 1127 analyzed consultations' motivations. The most frequent are of general order or concern the respiratory, digestive and osteo-articular systems: Administrative need (3.8%), cough (5.1%), diarrhea (2.9%), complaints of loins (1.1%). Psychological motivations are on the 5th position with 7.3%. Inside, sleep complaints and sadness sensations dominate.

CONCLUSION

Frequent motivations are of general, respiratory, digestive or osteo-articular order. Psychological order complaints found by the previous analyzes are present in general medicine consultations A student's consultation for a commonplace motive should be the opportunity to approach sleeping disorders, moral state and the students' wonderings, to prevent students' mental health.

KEYS-WORDS:

Student(s), consultation(s)' motivation(s), general medicine, sleep disorder, health prevent

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.