Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

ANNEE 2016

N°

# PRINCIPAUX RESULTATS DE CONSULTATIONS DES PATIENTS AGES DE 65 ANS ET PLUS CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE

*étude ancillaire de l'étude ECOGEN*

THESE
présentée
à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 22 juin 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Anne-Lise BUFFET
Née le 28/04/1983
à Beaune

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

ANNEE 2016

N°

# PRINCIPAUX RESULTATS DE CONSULTATIONS DES PATIENTS AGES DE 65 ANS ET PLUS CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE

*étude ancillaire de l'étude ECOGEN*

THESE
présentée
à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 22 juin 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Anne-Lise BUFFET
Née le 28/04/1983
à Beaune

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

Année Universitaire 2015-2016

UFR des Sciences de Santé

au 1er Mai 2016

| | |
|---|---|
| **Doyen :** | **M. Frédéric HUET** |
| 1er Assesseur : | M. Yves ARTUR |
| Assesseurs : | Mme Laurence DUVILLARD |
| | M. Pablo ORTEGA-DEBALLON |
| | M. Marc MAYNADIE |

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | | **Discipline** |
|---|---|---|---|
| M. | Marc | **BARDOU** | Pharmacologie clinique |
| M. | Jean-Noël | **BASTIE** | Hématologie - transfusion |
| M. | Emmanuel | **BAULOT** | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. | Laurent | **BEDENNE** | Gastroentérologie et hépatologie |
| M. | Yannick | **BEJOT** | Neurologie |
| M. | Charles | **BENAIM** | Médecine physique et réadaptation |
| | | | (Mise à disposition pour convenances personnelles jusqu'au 31/10/2016) |
| M. | Alain | **BERNARD** | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. | Jean-François | **BESANCENOT** | Médecine interne |
| Mme | Christine | **BINQUET** | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | Bernard | **BONIN** | Psychiatrie d'adultes |
| Mme | Claire | **BONITHON-KOPP** | Thérapeutique |
| M. | Philippe | **BONNIAUD** | Pneumologie |
| M. | Alain | **BONNIN** | Parasitologie et mycologie |
| M. | Bernard | **BONNOTTE** | Immunologie |
| M. | Olivier | **BOUCHOT** | Chirurgie cardiovasculaire et thoracique |
| M. | Belaid | **BOUHEMAD** | Anesthésiologie - réanimation chirurgicale. |
| M. | Alexis | **BOZORG-GRAYELI** | ORL |
| M. | Alain | **BRON** | Ophtalmologie |
| M. | Laurent | **BRONDEL** | Physiologie |
| M. | François | **BRUNOTTE** | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| M. | Patrick | **CALLIER** | Génétique |
| M. | Philippe | **CAMUS** | Pneumologie |
| M. | Jean-Marie | **CASILLAS-GIL** | Médecine physique et réadaptation |
| Mme | Catherine | **CHAMARD-NEUWIRTH** | Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière |
| M. | Pierre-Emmanuel | **CHARLES** | Réanimation |
| M. | Pascal | **CHAVANET** | Maladies infectieuses |
| M. | Nicolas | **CHEYNEL** | Anatomie |
| M. | Alexandre | **COCHET** | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | Luc | **CORMIER** | Urologie |
| M. | Yves | **COTTIN** | Cardiologie |
| M. | Charles | **COUTANT** | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Gilles | **CREHANGE** | Oncologie-radiothérapie |
| Mme | Catherine | **CREUZOT-GARCHER** | Ophtalmologie |
| M. | Frédéric | **DALLE** | Parasitologie et mycologie |
| M. | Serge | **DOUVIER** | Gynécologie-obstétrique |
| Mme | Laurence | **DUVILLARD** | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Laurence | **FAIVRE-OLIVIER** | Génétique médicale |
| Mme | Patricia | **FAUQUE** | Biologie et Médecine du Développement |
| Mme | Irène | **FRANCOIS-PURSSELL** | Médecine légale et droit de la santé |
| M. | Pierre | **FUMOLEAU** | Cancérologie |
| M. | François | **GHIRINGHELLI** | Cancérologie |
| M. | Claude | **GIRARD** | Anesthésiologie – réanimation chirurgicale |
| M. | Maurice | **GIROUD** | Neurologie |
| M. | Vincent | **GREMEAUX** | Médecine physique et réadaptation |
| M. | Patrick | **HILLON** | Thérapeutique |
| M. | Frédéric | **HUET** | Pédiatrie |
| M. | Pierre | **JOUANNY** | Gériatrie |
| M. | Denis | **KRAUSE** | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Gabriel | **LAURENT** | Cardiologie |
| M. | Côme | **LEPAGE** | Gastroentérologie et hépatologie |
| M. | Romaric | **LOFFROY** | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Luc | **LORGIS** | Cardiologie |
| M. | Jean-Francis | **MAILLEFERT** | Rhumatologie |
| M. | Philippe | **MAINGON** | Cancérologie-radiothérapie |
| M. | Cyriaque Patrick | **MANCKOUNDIA** | Gériatrie |
| M. | Laurent | **MARTIN** | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. | David | **MASSON** | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Marc | **MAYNADIE** | Hématologie - transfusion |
| M. | Thibault | **MOREAU** | Neurologie |

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. | Klaus Luc | **MOURIER** | Neurochirurgie |
| Mme | Christiane | **MOUSSON** | Néphrologie |
| M. | Paul | **ORNETTI** | Rhumatologie |
| M. | Pablo | **ORTEGA-DEBALLON** | Chirurgie Générale |
| M. | Jean-Michel | **PETIT** | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Lionel | **PIROTH** | Maladies infectieuses |
| Mme | Catherine | **QUANTIN** | Biostatistiques, informatique médicale |
| M. | Patrick | **RAT** | Chirurgie générale |
| M. | Jean-Michel | **REBIBOU** | Néphrologie |
| M. | Frédéric | **RICOLFI** | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Paul | **SAGOT** | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Emmanuel | **SAPIN** | Chirurgie Infantile |
| M. | Henri-Jacques | **SMOLIK** | Médecine et santé au travail |
| M. | Eric | **STEINMETZ** | Chirurgie vasculaire |
| M. | Jean-Raymond | **TEYSSIER** | Génétique moléculaire |
| Mme | Christel | **THAUVIN** | Génétique |
| M. | Pierre | **VABRES** | Dermato-vénéréologie |
| M. | Bruno | **VERGES** | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Narcisse | **ZWETYENGA** | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE D'URGENCE

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. | Bruno | **MANGOLA** | (du 01/05/2016 au 14/11/2016) |

## PROFESSEURS EN SURNOMBRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. | Frédéric | **MICHEL** | (surnombre du 20/10/2015 au 31/08/2019) |
| M. | Roger | **BRENOT** | (surnombre jusqu'au 31/08/2018) |
| Mme | Monique | **DUMAS-MARION** | (surnombre jusqu'au 31/08/2018) |
| M. | Marc | **FREYSZ** | (surnombre jusqu'au 31/08/2016) |
| M. | Philippe | **ROMANET** | (surnombre du 10/07/2013 au 31/08/2016) |
| M. | Pierre | **TROUILLOUD** | (surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017) |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

| | | | **Discipline Universitaire** |
|---|---|---|---|
| M. | Sylvain | **AUDIA** | Médecine interne |
| Mme | Shaliha | **BECHOUA** | Biologie et médecine du développement |
| Mme | Marie-Claude | **BRINDISI** | Nutrition |
| M. | Jean-Christophe | **CHAUVET-GELINIER** | Psychiatrie, psychologie médicale |
| M. | Alexis | **DE ROUGEMONT** | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| M. | Olivier | **FACY** | Chirurgie générale |
| Mme | Ségolène | **GAMBERT-NICOT** | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Françoise | **GOIRAND** | Pharmacologie fondamentale |
| Mme | Agnès | **JACQUIN** | Physiologie |
| M. | Sylvain | **LADOIRE** | Histologie |
| M. | Alain | **LALANDE** | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | Louis | **LEGRAND** | Biostatistiques, informatique médicale |
| Mme | Stéphanie | **LEMAIRE-EWING** | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | André | **PECHINOT** | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| M | Maxime | **SAMSON** | Médecine interne |
| M. | Benoit | **TROJAK** | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| M. | Paul-Mickaël | **WALKER** | Biophysique et médecine nucléaire |

## PROFESSEURS EMERITES

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. | Jean | **CUISENIER** | (01/09/2014 au 31/08/2017) |
| M. | Jean-Pierre | **DIDIER** | (01/09/2011 au 31/08/2017) |
| M. | Jean | **FAIVRE** | (01/09/2012 au 31/08/2018) |
| M | Philippe | **GAMBERT** | (01/09/2014 au 31/08/2017) |
| M. | François | **MARTIN** | (01/09/2012 au 31/08/2018) |
| M. | Pierre | **POTHIER** | (01/09/2015 au 31/08/2018) |

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. | Jean-Noël | **BEIS** | Médecine Générale |

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mme | Patricia | **MERCIER** | Médecine Générale |
| M. | Gilles | **MOREL** | Médecine Générale |

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mme | Catherine | **AUBRY** | Médecine Générale |
| M. | Didier | **CANNET** | Médecine Générale |
| M. | Clément | **CHARRA** | Médecine Générale |
| M. | Arnaud | **GOUGET** | Médecine Générale |
| M. | François | **MORLON** | Médecine Générale |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. | Didier | **CARNET** | Anglais |
| M. | Jean-Pierre | **CHARPY** | Anglais |
| Mme | Catherine | **LEJEUNE** | Pôle Epidémiologie |
| M. | Gaëtan | **JEGO** | Biologie Cellulaire |
| Mme | France | **MOUREY** | Sciences et techniques des activités physiques et sportives |

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mme | Marianne | **ZELLER** | Physiologie |

## PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mme | Marceline | **EVRARD** | Anglais |
| Mme | Lucie | **MAILLARD** | Anglais |

## PROFESSEURS CERTIFIES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mme | Anaïs | **CARNET** | Anglais |
| M. | Philippe | **DE LA GRANGE** | Anglais |
| Mme | Virginie | **ROUXEL** | Anglais (Pharmacie) |

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mme | Evelyne | **KOHLI** | Immunologie |
| M. | François | **GIRODON** | Sciences biologiques, fondamentales et cliniques |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. | Mathieu | **BOULIN** | Pharmacie clinique |
| M. | Philippe | **FAGNONI** | Pharmacie clinique |
| M. | Frédéric | **LIRUSSI** | Toxicologie |
| M. | Marc | **SAUTOUR** | Botanique et cryptogamie |
| M. | Antonin | **SCHMITT** | Pharmacologie |

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## COMPOSITION DU JURY

| | |
|---|---|
| Président : | M. le Professeur Cyriaque MANCKOUNDIA |
| Membres : | M. le Professeur Jean-Marie CASILLAS<br>M. le Professeur Jean-Noël BEIS |
| Directeur : | Mme le Docteur Déborah FRAIZY |
| Co-directeur : | M. le Docteur Didier CANNET |

# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Cyriaque MANKOUNDIA, qui me fait l'honneur de présider ce jury.

A Madame le Docteur Deborah FRAIZY et Monsieur le Docteur Didier CANNET, pour m'avoir confié ce sujet de thèse très intéressant et m'avoir fait confiance pour le mener à bien. Merci de votre disponibilité pendant ce travail et de vos remarques utiles pour l'améliorer.

A Messieurs les Professeurs Jean-Noël BEIS et Jean-Marie CASILLAS, pour avoir accepté de prendre part au jury.

Aux membres de l'étude ECOGEN.

A mes maîtres de stage. Merci de vous être investis dans ma formation en m'accueillant dans vos services et cabinets respectifs.

A mes co-internes. Merci pour les bons moments passés avec vous. Notamment Marie, j'ai beaucoup appris avec toi.

A mes parents. Merci de m'avoir offert cette chance de devenir médecin. Merci de votre soutien, je sais que je n'ai pas toujours été facile. Il y a 40 ans, Papa, tu soutenais ta thèse. Merci aujourd'hui de m'avoir fait confiance en tant que remplaçante et de m'avoir confié tes si chers patients.

A Pierre-Etienne. Merci pour ton aide précieuse pour ce travail. Ensemble nous avons construit une si belle famille.

A mes enfants Iris, Alfred et Antoine pour tout ce que vous m'apportez.

A mes frères, François et Jérôme. Je regrette de ne pas pouvoir vous voir plus souvent.

A ma cousine Anne-Christine. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir encouragée.

A Thibaut. Merci pour tes nombreuses relectures.

A ma famille, belle famille et amis. Merci d'être là.

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

# SERMENT D'HIPPOCRATE

*"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."*

# TABLE DES MATIERES


**INTRODUCTION** ..... **13**

**METHODES** ..... **16**

**1) L'étude ECOGEN** ..... **16**

**2) Schéma de l'étude et population étudiée** ..... **17**

**3) Tests statistiques** ..... **18**

**RESULTATS** ..... **19**

**1) Les résultats de consultations** ..... **20**

a) Classement des 20 premiers RC des patients âgés de 65 ans et plus ..... 20

b) Top 10 des RC ..... 22

c) Nombre moyen de RC ..... 24

**2) La durée de consultation** ..... **24**

**3) Lieu de consultation** ..... **25**

**4) Affection de Longue Durée** ..... **26**

**5) Comparaison homme/femme** ..... **26**

**DISCUSSION** ..... **28**

**1) Forces et faiblesses de l'étude** ..... **28**

**2) Rappel des principaux résultats** ..... **29**

a) Principaux résultats de consultations des patients âgés de 65 ans et plus ..... 29

b) Comparaison par rapport aux patients âgés de moins de 65 ans ..... 31

**3) Comparaisons des résultats de consultations avec d'autres données de la littérature** ..... **32**

a) Comparaison des résultats avec l'OMG de la SFMG ..... 32

b) Comparaison par rapport à d'autres études ..... 33

**4) Nombre de RC/durée de consultation** ..... **33**

**5) Perspectives** ..... **35**

**CONCLUSIONS** ..... **37**

**BIBLIOGRAPHIE** ..... **39**

**ANNEXES** ..... **42**

**Annexe 1 : Protocole détaillé de l'étude ECOGEN et cadre règlementaire** ..... **42**

**Annexe 2 : Questionnaire patient : feuille de recueil des données** ..... **45**

**Annexe 3 : CISP-2** ..... **47**

**Annexe 4 : Tableau récapitulatif des résultats statistiques** ..... **50**

**Annexe 5 : Top 25 de l'OMG de la classe d'âge 70-79 ans** ..... **52**

**Annexe 6 : Top 20 ECOGEN des 20-65 ans** ..... **54**

**RESUME** ..... **56**

# TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

## FIGURES

Figure 1 : Répartition des effectifs par sexe chez les patients âgés de 65 ans et plus

Figure 2 : Distribution des patients âgés de 65 ans et plus par tranches d'âge

Figure 3 : Classement des 10 premiers RC chez les patients âgés de 65 ans et plus

Figure 4 : Classement des 10 premiers RC chez les patients âgés de moins de 65 ans

Figure 5 : Comparaison des 10 premiers RC entre les patients âgés de 65 ans et plus et les patients âgés de moins de 65 ans

Figure 6 : Comparaison du nombre moyen de RC entre les patients âgés de 65 ans et plus et les patients âgés de moins de 65 ans

Figure 7 : Comparaison des durées de consultation dans les deux populations

Figure 8 : Comparaison du temps de consultation entre les deux populations

## TABLEAUX

Tableau 1 : Classement des RC les plus fréquents chez les patients âgés de 65 ans et plus

Tableau 2 : Classement des RC par appareils anatomiques

Tableau 3 : Classement des dix premiers RC des hommes âgés de 65 ans et plus

Tableau 4 : Classement des dix premiers RC chez les femmes âgées de 65 ans et plus

# TABLE DES ABREVIATIONS

| | |
|---|---|
| ALD : | Affection de Longue Durée |
| CIM : | Classification Internationale des Maladies |
| CISP-2 : | Classification Internationale des Soins Primaires |
| CNGE : | Collège National des Généralistes Enseignants |
| DMG : | Département de Médecine Générale |
| DRC : | Dictionnaire des Résultats de Consultation |
| DREES : | Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques |
| ECOGEN : | Éléments de la Consultation en médecine GENérale |
| ESPS : | Enquête sur la Santé et la Protection Sociale |
| MSU : | Maître de Stage Universitaire |
| OMG : | Observatoire de la Médecine Générale |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Santé |
| PMSI : | Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information |
| RC : | Résultats de Consultation |
| SFMG : | Société Française de Médecine Générale |
| SNIIRAM : | Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie |
| WONCA : | World Organization of National Colleges, Academies |

.

# TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Protocole détaillé de l'étude ECOGEN et cadre réglementaire

Annexe 2 : Questionnaire patient

Annexe 3 : CISP-2

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des résultats statistiques

Annexe 5 : Top 25 de l'OMG de la classe d'âge 70-79 ans

Annexe 6 : Top 20 ECOGEN des 20-65 ans

# INTRODUCTION

En France, les soins primaires représentent la part la plus importante de demandes de soins avec en 2010, une moyenne de 3.7 consultations par an et par habitant (1). Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI) a permis d'améliorer l'état des connaissances sur la prise en charge de la morbidité en secteur hospitalier. Il n'en est pas de même pour le secteur des soins primaires. La Société Française de Médecine Générale (SFMG) a développé depuis 1995 un réseau national composé de plus d'une centaine de médecins généralistes, constituant l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) (2). Son but était de recueillir des informations reposant sur l'utilisation du Dictionnaire des Résultats de Consultations (DRC) (3). Ainsi, un top 50 des résultats de consultations (RC) les plus fréquents a été établi en 2009 (4), les 30 premiers représentant plus de la moitié de l'activité d'un médecin généraliste.

Hormis cette expérience de l'OMG, ainsi que des études ponctuelles, des recueils de données de consultations ciblées sur les épidémies de grippe et les informations sur les remboursements des patients produites en routine dans le Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), très peu de données sur la morbidité diagnostiquée et prise en charge en ambulatoire sont disponibles. Pourtant, la connaissance des caractéristiques des patients et de la morbidité reconnue et traitée en médecine générale apparaissent comme des conditions nécessaires. Ainsi, ces informations permettraient le développement des savoirs sur les pratiques efficaces et sur l'adaptation des organisations en soins primaires dans le but de rendre les parcours de soins des patients plus efficients (1).

Devant ce constat, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a décidé de lancer en 2011 l'étude Éléments de la COnsultation en médecine GENérale (ECOGEN) (5). Cette étude fut la première étude en France visant à documenter et surtout lier les motifs de consultation en soins primaires avec leurs résultats, ainsi que les actes réalisés par le praticien grâce à l'utilisation de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2). Cela a permis de mieux connaître le contenu de la consultation du médecin généraliste. L'analyse de ces données représente donc une mine d'informations à exploiter, d'autant plus que la complexité des situations rencontrées par les médecins généralistes s'accroît du fait du vieillissement de la population.

Au 1er janvier 2015, la France comptait 66,3 millions d'habitants (6). La population française continue de vieillir sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie (notamment grâce à l'amélioration de la qualité des soins) et de l'avancée en âge des générations du baby-boom (7). Au 1er janvier 2015, le taux d'habitants âgés de 65 ans et plus était de 18.4 % de la population française, alors qu'ils représentaient 17.9 % au 1er janvier 2014 (soit une progression de 2.9 % ) et 16.3 % en 2005 (soit une progression de 12.9 %) (6). Cette progression est plus forte depuis 2011, année au cours de laquelle la première génération nombreuse du baby-boom (personnes nées en 1946) a atteint l'âge de 65 ans. Entre 2005 et 2015, la part des personnes des plus de 75 ans est passée de 8,0 % à 9,1 % (6).

Selon l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS) de 2012 (8), 64.8 % des personnes âgées de 65 ans ou plus se déclarent atteintes d'au moins une maladie ou problème de santé chronique. Par rapport aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon au regard de grands indicateurs comme la mortalité standardisée ou l'espérance de vie (à la naissance ou à 65 ans) et pour certains indicateurs thématiques comme la mortalité cardiovasculaire, deuxième cause de décès en France (7). Le vieillissement de la population contribue à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques, d'incapacité fonctionnelle et de dépendance.

Le vieillissement se définit par l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies (9). L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës (9).

Dans notre société vieillissante, l'augmentation des maladies chroniques et de la polypathologie entraînent une accentuation de la complexité des consultations pour les médecins généralistes (1) qui constituent le premier recours du système de soins français. Il apparaît donc essentiel de connaître la morbidité des patients âgés de 65 ans et plus afin d'optimiser les pratiques de médecine de ville et le parcours de soins de ces patients.

C’est donc dans ce contexte de vieillissement que nous avons réalisé une étude ancillaire sur les RC chez les patients âgés de 65 ans et plus consultant en médecine générale grâce à la base de données de l’étude ECOGEN.

L’objectif principal de notre travail était de décrire les 20 premiers RC chez les personnes âgées de 65 ans et plus consultant en médecine générale. Nous souhaitions ainsi identifier l’existence de maladies prédominantes.

Dans un deuxième temps, nous avons comparé les 10 premiers RC de cette population aux 10 premiers RC de la population âgée de moins de 65 ans. Nous avons également comparé la durée de consultation dans ces deux populations ainsi que la proportion de patients en Affection de Longue Durée (ALD).

# METHODE

## 1) L'étude ECOGEN

ECOGEN était une étude transversale nationale multicentrique proposée par le CNGE et réalisée en patientèle de médecine générale entre le 1er décembre 2011 et le 30 avril 2012. Au total, 54 internes en stage de niveau 1 auprès de 128 Maîtres de Stage Universitaires (MSU) répartis sur le territoire national ont participé à cette étude.

L'objectif principal était de décrire la distribution des motifs de consultations associés aux principaux problèmes de santé (RC) pris en charge en médecine générale en France. Le protocole de l'étude est disponible en annexe 1.

Une fois par semaine, chaque interne devait remplir un questionnaire élaboré par le CNGE pour chacune des vingt premières consultations de la journée. Le détail du questionnaire « patient » est disponible en annexe 2.

Les données recueillies comprenaient :

- les caractéristiques du patient (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, couverture sociale, lien avec un éventuel accident du travail ou maladie professionnelle, ALD ou invalidité),
- le contexte (consultation ou visite),
- la liste des motifs de consultations énoncée par le patient,
- les RC établis par le maître de stage examinateur,
- les procédures de soins réalisées et programmées,
- l'heure de début et de fin de consultation.

Les patients étaient informés du projet d'étude par un affichage dans la salle d'attente du cabinet et lors de la consultation, le médecin informait oralement le patient et recevait - ou non - son consentement. Les caractéristiques des MSU étaient précisées indépendamment du questionnaire sur le site de saisie. Le refus de la présence de l'interne n'annulait pas la consultation, mais seules les données administratives étaient alors recueillies.

Dans un second temps, les données étaient saisies dans une base informatique prévue à cet effet en utilisant la CISP-2 développée par l'Organisation Internationale de la Médecine Générale : la World Organization of National Colleges, Academies *(*WONCA) et dont le détail se trouve en annexe 3. Tous les investigateurs ont été formés à l'utilisation de la CISP-2 et à la saisie informatique lors d'un séminaire d'une journée et demi en novembre 2011. La CISP est une classification qui dérive de la Classification Internationale des Maladies (CIM) adaptée aux soins primaires. Elle a été conçue par la WONCA qui est l'organisation non gouvernementale en relation officielle avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1980 pour la médecine générale. La CISP est parue en 1975 et a été révisée en 1998 (CISP-2). Il s'agit d'une classification internationale permettant de coder les motifs, RC et procédures, lors de la prise en charge du patient. Elle présente une structure bi-axiale comprenant sur un axe 7 composants identifiés par un chiffre et sur un second axe 17 chapitres basés sur les systèmes corporels identifiés par une lettre.

Pour vérifier la qualité du relevé et repérer d'éventuelles erreurs de codage, une double saisie informatique de vingt consultations sur un autre site dédié a été réalisée en février 2012. La base de données complète a été mise à disposition en février 2013 sous la forme d'un tableur Excel. Elle a été transmise au Département de Médecine Générale (DMG) de Dijon par les investigateurs d'ECOGEN en décembre 2014.

2) Schéma de l'étude et population étudiée

Il s'agissait d'une étude ancillaire du projet ECOGEN menée en collaboration avec le DMG de Dijon lors du premier semestre de l'année 2015. Elle a été réalisée après accord des principaux investigateurs de l'étude ECOGEN et obtention de la base de données sous forme d'un tableur Excel. ECOGEN ayant été réalisée entre le 1er décembre 2011 et le 30 avril 2012, nous avons défini deux populations d'étude. En se fondant sur la définition de la vieillesse de l'OMS, qui retient l'âge de 65 ans, nous avons inclus les personnes nées en - et avant - 1946 dans la population âgée de 65 ans et plus. La deuxième population incluait les personnes âgées de moins de 65 ans, nées en - et après - 1947.

3) Tests statistiques

Les comparaisons de moyennes ont été réalisées par le test t de Student via le logiciel Excel. Le niveau de significativité était de 1 %.

# RESULTATS

A partir des 20 945 consultations que contenait la base de données, 164 ont été exclues par le contrôle qualité en raison d'une date de consultation en dehors de la période d'étude (26 consultations), d'une invalidation par l'interne après saisie (57 consultations), de l'absence de données concernant le patient et le contexte (1 consultation), de l'existence de motifs sans RC associé (9 consultations), de doublons (66 consultations) ou de l'absence de tout élément de consultation (5 consultations). Il restait donc 20 781 consultations à analyser. Le patient ayant refusé la présence de l'interne pour 168 consultations, les données de consultations ont donc été enregistrées pour 20 613 consultations.

Parmi ces données, 5 499 (26.7 %) concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus avec un âge moyen de 77.4 ans (+/- 7.62) et un âge médian de 77 ans. L'âge maximum était 112 ans et l'âge minimum 66 ans. Parmi ces personnes, la majorité était des femmes (59.6 %).

Les figures 1 et 2 résument les principales caractéristiques démographiques de notre population d'étude.

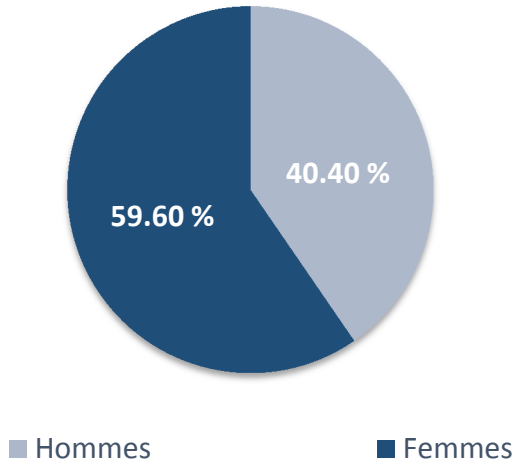


**Figure 1**
Répartition des effectifs par sexe chez les patients âgés de 65 ans et plus

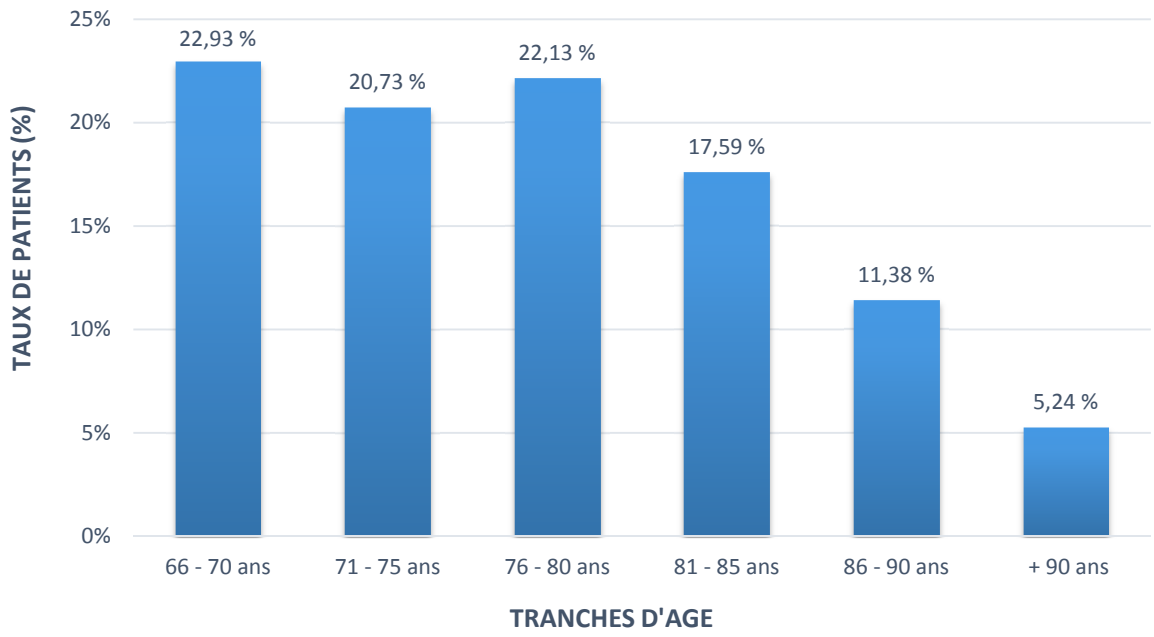


**Figure 2**
Distribution des patients âgés de 65 ans et plus par tranches d'âge

1) Les résultats de consultations

a) Classement des 20 premiers RC des patients âgés de 65 ans et plus

Les vingt premiers RC des patients âgés de 65 ans et plus représentaient 55.16 % de la totalité des RC (tableau n°1). L'hypertension artérielle non compliquée était le 1er RC avec un taux de patients de 12.21 %. La deuxième position du classement était occupée par les situations de médecine préventive et gestion de santé (comme la rédaction de certificats médicaux et les vaccinations) avec 6.88 % des RC. D'autres facteurs de risques cardiovasculaires arrivaient en 3e et 4e position : les dyslipidémies avec 6.13 % des RC et le diabète de type 2 avec 3.87 %. Les RC les plus fréquents incluaient aussi des problèmes ostéoarticulaires notamment l'arthrose (2.43 %) ou l'ostéoporose (1.70 %). La dépression et les perturbations du sommeil représentaient respectivement 2.54 % et 2.24 %, la fibrillation auriculaire 2.20 % et l'hypothyroïdie 2.06 %.

**Tableau 1**
Classement des RC les plus fréquents chez les patients âgés de 65 ans et plus

| RANG | CODE CISP-2 | LIBELLE DE LA CISP-2 | FREQUENCE | TAUX (%) | TAUX CUMULE (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | K86 | Hypertension artérielle non compliquée | 2002 | 12,21 | 12,21 |
| 2 | A98 | Gestion santé/médecine préventive | 1128 | 6,88 | 19,08 |
| 3 | T93 | Trouble du métabolisme des lipides | 1006 | 6,13 | 25,22 |
| 4 | T90 | Diabète de type 2 | 634 | 3,87 | 29,08 |
| 5 | P76 | Dépression | 416 | 2,54 | 31,62 |
| 6 | L91 | Autre arthrose | 398 | 2,43 | 34,05 |
| 7 | P06 | Perturbation du sommeil | 368 | 2,24 | 36,29 |
| 8 | K78 | Fibrillation auriculaire/flutter | 361 | 2,20 | 38,49 |
| 9 | T86 | Hypothyroïdie/myxœdème | 338 | 2,06 | 40,55 |
| 10 | L95 | Ostéoporose | 278 | 1,70 | 42,25 |
| 11 | D12 | Constipation | 255 | 1,55 | 43,80 |
| 12 | K87 | Hypertension artérielle avec complication | 247 | 1,51 | 45,31 |
| 13 | R74 | Infection aiguë voies respiratoires supérieures | 230 | 1,40 | 46,71 |
| 14 | Y85 | Hypertrophie bénigne de la prostate | 218 | 1,33 | 48,04 |
| 15 | A97 | Pas de maladie | 211 | 1,29 | 49,33 |
| 16 | R78 | Bronchite aiguë, bronchiolite | 205 | 1,25 | 50,58 |
| 17 | K76 | Cardiopathie ischémique sans angor | 194 | 1,18 | 51,76 |
| 17 | T91 | Carence vitaminique/nutritionnelle | 194 | 1,18 | 52,94 |
| 19 | K92 | Athérosclérose/maladie vasculaire périphérique | 193 | 1,18 | 54,12 |
| 20 | R95 | Maladie pulmonaire chronique obstructive | 170 | 1,04 | 55,16 |

Les facteurs de risques cardiovasculaires étaient prédominants (tableau 2).

**Tableau 2**
Classement des RC par appareils anatomiques

| CHAPITRE | FREQUENCE | TAUX (%) |
|---|---|---|
| Cardiovasculaire | 3 994 | 24,4 |
| Métabolisme, nutrition, endocrinien | 2 604 | 15,9 |
| Ostéoarticulaire | 1 973 | 12,0 |
| Général et non spécifié | 1 775 | 10,8 |
| Psychologique | 1 238 | 7,5 |
| Système digestif | 1 213 | 7,4 |
| Respiratoire | 1 139 | 6,9 |
| Peau | 605 | 3,7 |
| Neurologique | 380 | 2,3 |
| Système urinaire | 355 | 2,2 |
| Système génital masculin et sein | 343 | 2,1 |
| Œil | 178 | 1,1 |
| Système génital féminin et sein | 170 | 1,0 |
| Oreille | 154 | 0,9 |
| Sang, système hématologique/immunologique | 144 | 0,9 |
| Social | 135 | 0,8 |
| Grossesse, accouchement | 1 | 0,01 |

b) Top 10 des RC

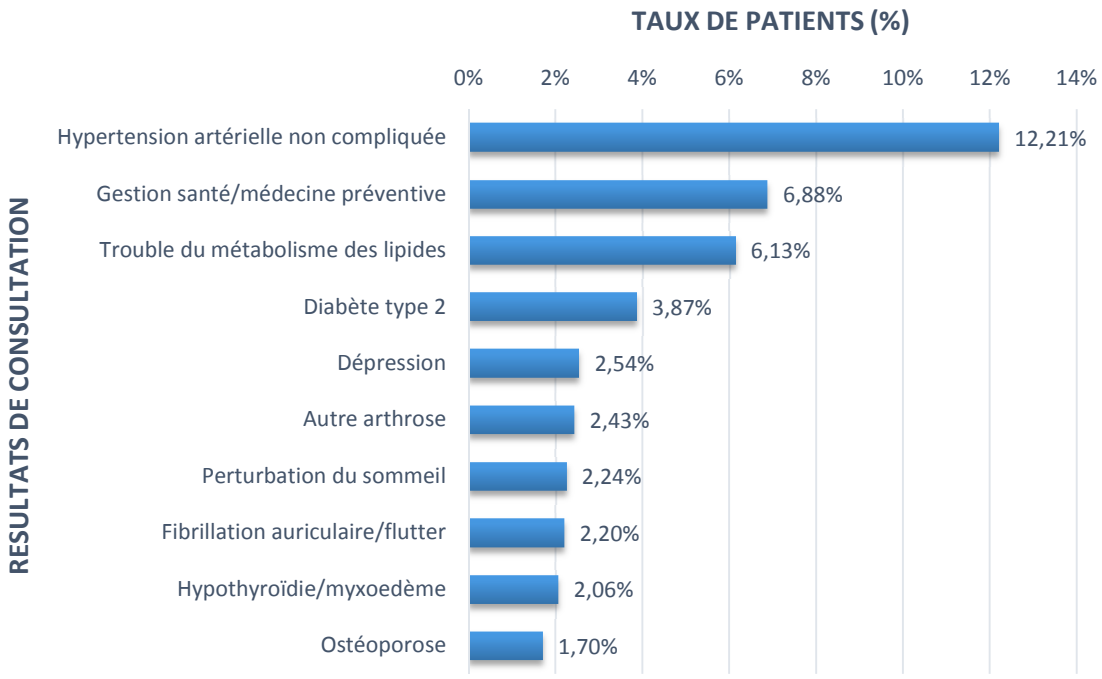


**Figure 3**
Classement des 10 premiers RC chez les patients âgés de 65 ans et plus

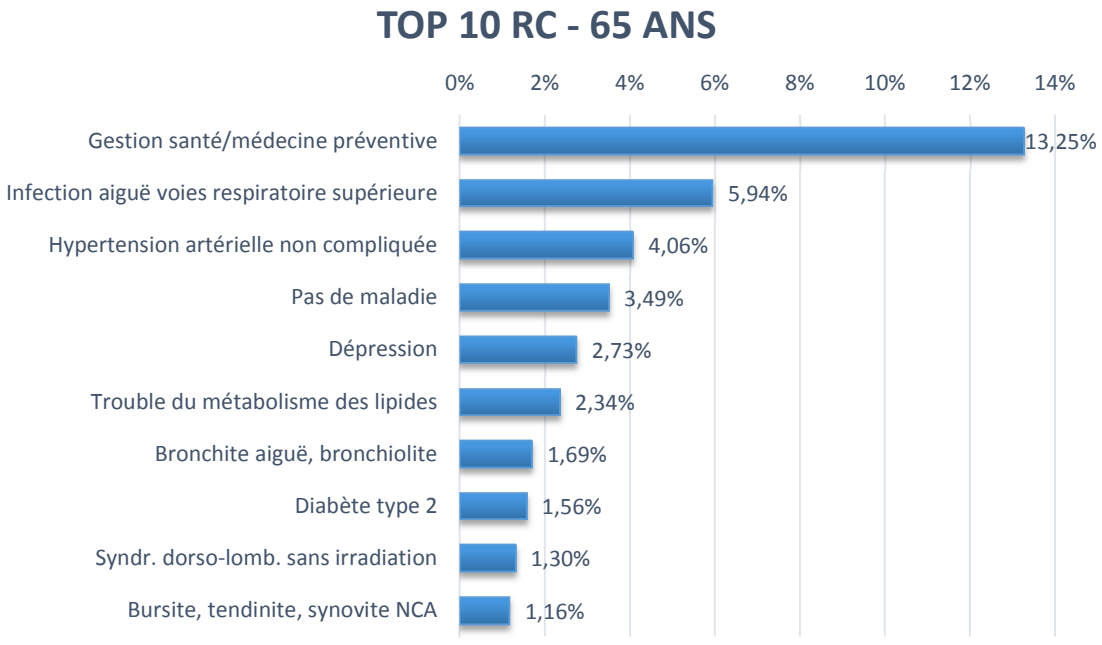


**Figure 4**
Classement des 10 premiers RC chez les patients âgés de moins de 65 ans

En ce qui concerne la population âgée de moins de 65 ans, les vingt premiers RC représentaient 47.88 % des RC. Le résultat le plus fréquent correspondait à des situations de prévention (13.25 %) (figure 4). Les infections aiguës des voies respiratoires supérieures représentaient le deuxième RC le plus fréquent (5.94 %). Les facteurs de risques cardiovasculaires constituaient des résultats fréquents mais en plus faible proportion que pour la population âgée de 65 ans et plus : hypertension artérielle non compliquée (4.06 %), troubles du métabolisme des lipides (2.34 %) et diabète de type 2 (1.56 %). Les problèmes ostéoarticulaires sont également présents dans les dix premiers RC, notamment les syndromes dorso-lombaires sans irradiation (1.30 %) et les bursites, tendinites et synovites (1.16 %).

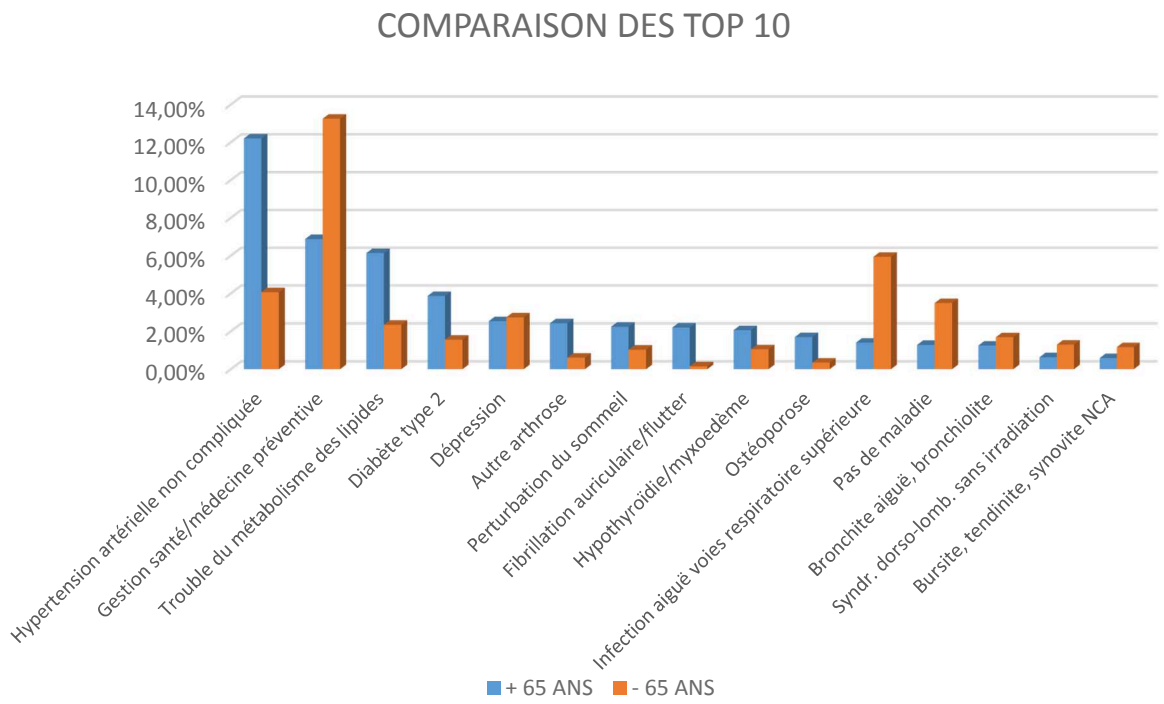


**Figure 5**
Comparaison des 10 premiers RC entre les patients âgés de 65 ans et plus et les patients âgés de moins de 65 ans

La comparaison des dix premiers RC entre les deux populations a permis de montrer la prédominance des facteurs de risques cardiovasculaires chez les patients âgés de 65 ans et plus, alors que chez les moins de 65 ans, les situations de préventions et les infections aiguës des voies aériennes supérieures étaient prédominantes (figure 5).

c) Nombre moyen de RC

Le nombre moyen de RC était de 2.98 (+/- 1.78) par personne chez les patients âgés de 65 ans et plus, alors qu'il était de 1.93 (+/- 1.20) chez les patients âgés de moins de 65 ans avec une différence significative entre les deux groupes (*p<0.01).* Les résultats sont disponibles en annexe 4. La figure 6 permet de comparer le nombre moyen de RC entres les deux populations.

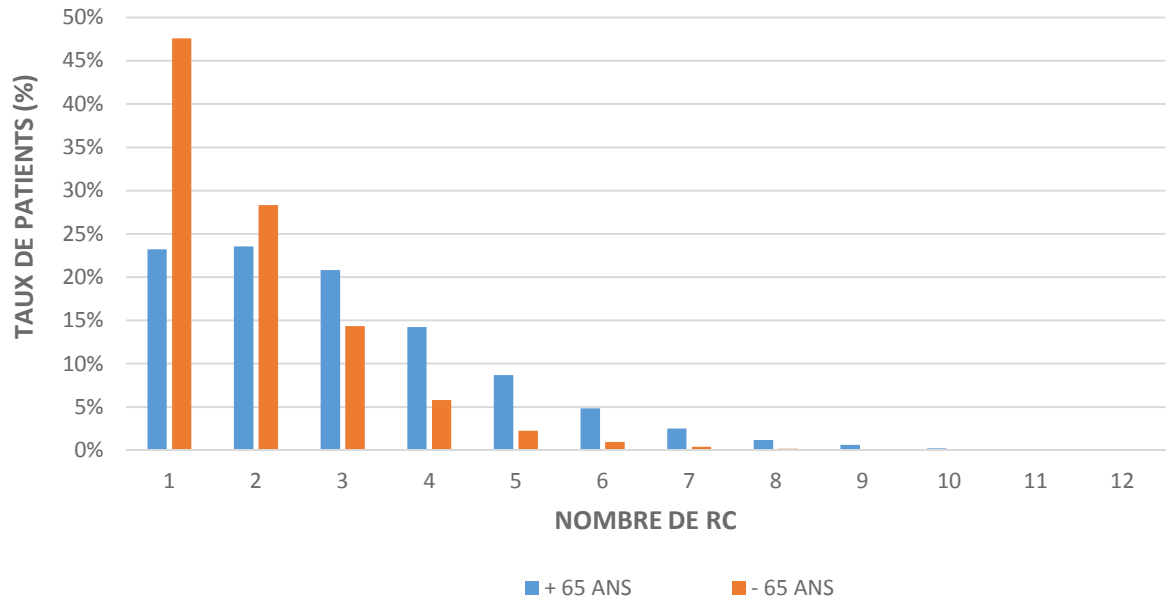


**Figure 6**
Comparaison du nombre moyen de RC entre les patients âgés de 65 ans et plus et les âgés de moins de 65 ans

2) La durée de consultation

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la durée moyenne de consultation était de 18.83 minutes (+/- 17.29) avec une médiane de 16 minutes. Pour les patients âgés d'au maximum 65 ans, la durée moyenne de consultation était de 16.71 minutes (+/- 14.61) et une médiane de 15 minutes. La durée de consultation était significativement plus longue chez les patients âgés de 65 ans et plus comparée à la durée de consultation des patients âgés de moins de 65 ans (*p<0.01).*

Chez les patients âgés moins de 65 ans, 56.4 % avaient un temps de consultation inférieur ou égal à 15 minutes (figures 7 et 8) et 43.6 % avaient un temps de consultation supérieur à 16 minutes. Les patients âgés de 65 ans et plus étaient 52.6 % à avoir un temps de consultation supérieur à 16 minutes.

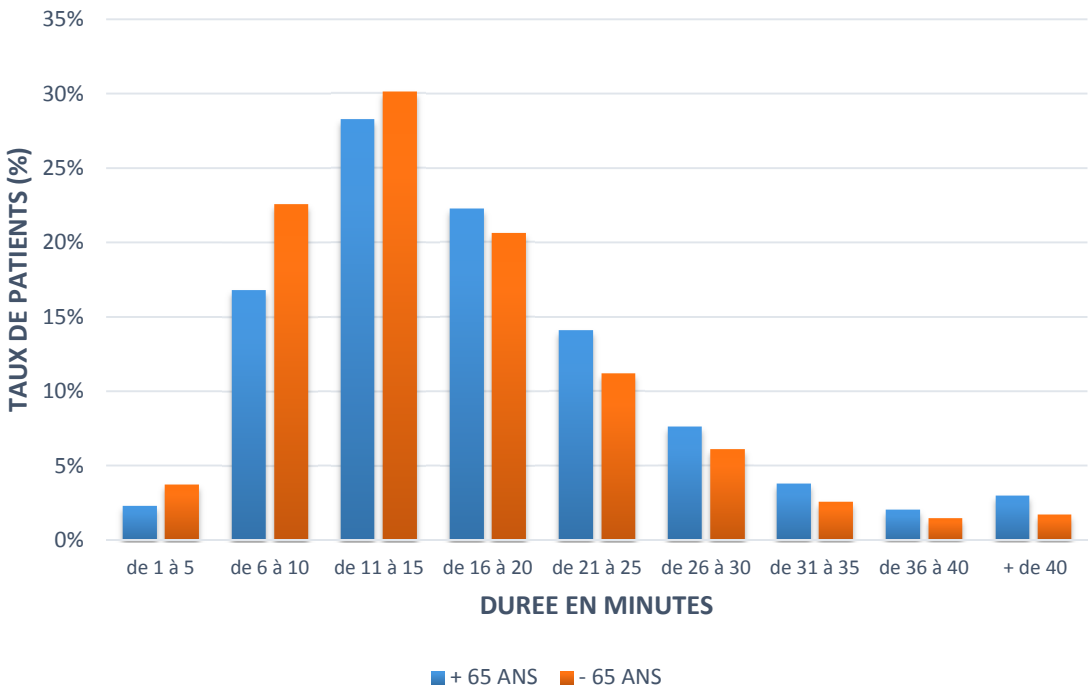


**Figure 7**
Comparaison des durées de consultation dans les deux populations

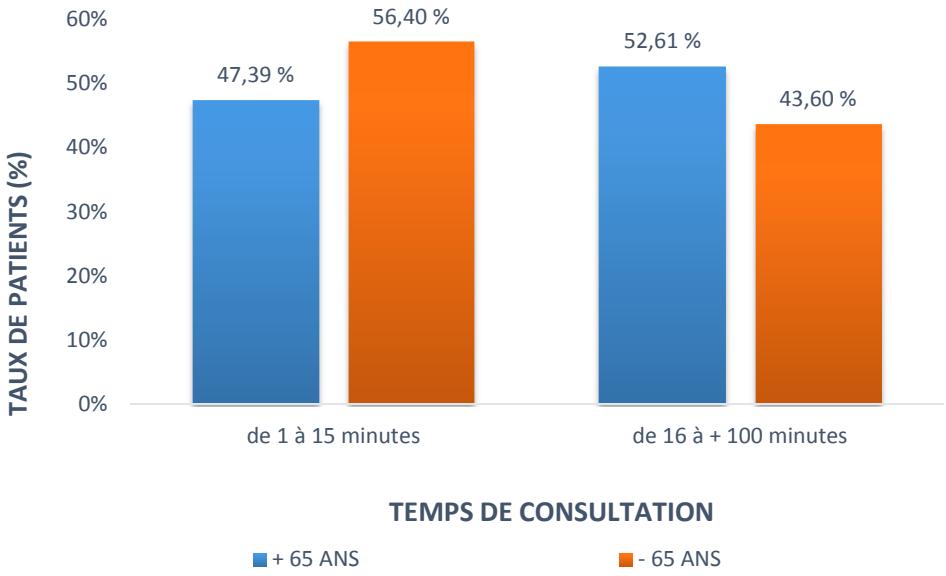


**Figure 8**
Comparaison du temps de consultation entre les deux populations

3) Lieu de consultation

Les patients âgés de 65 ans et plus étaient 18.40 % à avoir été vus en visite à domicile, contre 1.70 % chez les patients âgés de moins de 65 ans. Les résultats sont disponibles en annexe 4.

4) Affection de Longue Durée

Les ALD concernaient 51.10 % des patients âgés de 65 ans et plus, alors qu'elles concernaient 11.20 % des patients âgés de moins de 65 ans. La proportion d'ALD était significativement plus grande chez les patients âgés de 65 ans et plus ($p<0.01$). Le détail de ces données statistiques est disponible en annexe 4. L'indication d'ALD ainsi que le nombre par patient n'étaient pas renseignés dans le questionnaire.

5) Comparaison homme/femme

Il est intéressant de noter qu'il existait des différences au sein de la population des personnes âgées de 65 ans et plus selon le sexe. Même si l'hypertension artérielle non compliquée était en tête dans les deux sexes, comparés aux femmes, les hommes sollicitaient moins leur médecin généraliste pour la prévention, mais beaucoup pour des pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, fibrillation auriculaire, cardiopathie ischémique, athérosclérose et maladies vasculaires périphériques). L'hypertrophie bénigne de la prostate arrivait en cinquième position des RC (tableau 3).

**Tableau 3**
Classement des dix premiers RC des hommes âgés de 65 ans et plus

| RANG | CODE CISP-2 | LIBELLE DE LA CISP-2 | FREQUENCE | TAUX (%) | TAUX CUMULE (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | K86 | Hypertension artérielle non compliquée | 776 | 11,94 | 11,94 |
| 2 | T93 | Trouble du métabolisme des lipides | 424 | 6,52 | 18,46 |
| 3 | A98 | Gestion santé/médecine préventive | 400 | 6,15 | 24,62 |
| 4 | T90 | Diabète de type 2 | 329 | 5,06 | 29,68 |
| 5 | Y85 | Hypertrophie bénigne de la prostate | 217 | 3,34 | 33,02 |
| 6 | K78 | Fibrillation auriculaire/flutter | 193 | 2,97 | 35,98 |
| 7 | P06 | Perturbation du sommeil | 127 | 1,95 | 37,94 |
| 8 | K76 | Cardiopathie ischémique sans angor | 126 | 1,94 | 39,88 |
| 9 | K87 | Hypertension avec complication | 120 | 1,85 | 41,72 |
| 10 | K92 | Athérosclérose/maladie vasculaire périphérique | 115 | 1,77 | 43,49 |

Les femmes consultaient principalement pour des troubles psychologiques à type de perturbations du sommeil et dépression ainsi que pour des troubles ostéoarticulaires tels que l'arthrose et l'ostéoporose (tableau 4).

**Tableau 4**
Classement des dix premiers RC chez les femmes âgées de 65 ans et plus

| RANG | CODE CISP-2 | LIBELLE DE LA CISP-2 | FREQUENCE | TAUX (%) | TAUX CUMULE (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | K86 | Hypertension artérielle non compliquée | 1 226 | 12,38 | 12,38 |
| 2 | A98 | Gestion santé/médecine préventive | 728 | 7,35 | 19,74 |
| 3 | T93 | Trouble du métabolisme des lipides | 582 | 5,88 | 25,61 |
| 4 | P76 | Dépression | 311 | 3,14 | 28,75 |
| 5 | T90 | Diabète de type 2 | 305 | 3,08 | 31,84 |
| 6 | L91 | Autre arthrose | 285 | 2,88 | 34,71 |
| 7 | T86 | Hypothyroïdie/myxœdème | 274 | 2,77 | 37,48 |
| 8 | L95 | Ostéoporose | 254 | 2,57 | 40,05 |
| 9 | P06 | Perturbation du sommeil | 241 | 2,43 | 42,48 |
| 10 | D12 | Constipation | 175 | 1,77 | 44,25 |

La durée de consultation chez les femmes de 65 ans et plus était de 18.83 minutes (+/- 11.77) et celle des hommes de plus de 65 ans était de 18.84 minutes (+/- 23.14) sans différence significative entre les deux genres ($p=0.98$).

# DISCUSSION

## 1) Forces et faiblesses de l'étude

ECOGEN était une étude de grande ampleur ayant permis de décrire le contenu précis des consultations en médecine générale grâce à un outil précieux : la CISP-2 de la WONCA. Cette classification, validée par l'OMS et internationalement reconnue, permet la standardisation des motifs de consultations (symptômes et plaintes des patients), des RC (conclusions diagnostiques des médecins) et des procédures de soins réalisées ou programmées. Elle constituait un système d'information complet centré sur l'ensemble patient/médecin contrairement aux autres classifications (CIM-10, DRC) qui sont centrées exclusivement sur le dispensateur des soins. Néanmoins, l'utilisation de la CISP-2 pouvait représenter une difficulté pour l'interne, initialement pour son appropriation et secondairement pour la fiabilité et la régularité. Elle a donc nécessité une formation préalable des internes à son utilisation afin de limiter les erreurs de codage des données. De ce travail dépendait la qualité future de leurs travaux de thèses, source de motivation supplémentaire. Il résulte de cette étude une importante base de données regroupant 20 944 consultations, 45 638 résultats, 54 658 motifs, 97 907 procédures ainsi que des données inédites comme la durée de consultation, les catégories socio-professionnelles ou l'âge des patients.

La bonne représentativité des praticiens des centres participants constituait une force de l'étude. Il a été démontré qu'ils ne différaient pas des médecins généralistes français pour l'âge moyen, le genre, le milieu d'exercice, le secteur conventionnel et le nombre annuel de consultations (5). Cependant, à travers leur démarche volontaire de participation à l'enseignement et à la recherche en médecine générale, ils pouvaient représenter un biais de mesure, puisqu'on peut supposer qu'ils participent plus que la moyenne des médecins à des formations continues et qu'ils pouvaient avoir des pratiques différentes de leurs confrères non MSU.

Les données enregistrées concernaient les consultations ponctuelles et ne prenaient pas en compte les problèmes de santé chroniques, connus ou inconnus, non pris en charge au cours de la consultation incluse. Cette étude ne permet donc pas de connaître l'incidence ou la prévalence des problèmes de santé chroniques de la population française. De plus, l'étude ECOGEN ne permettait pas de savoir si

la consultation était en rapport avec une ALD et si le patient était pris en charge pour une ou plusieurs ALD. Le déroulement de l'étude au cours d'un semestre d'hiver pouvait constituer un biais en raison du nombre plus important d'épidémies durant cette période. Ainsi, il est possible de craindre une surestimation des pathologies respiratoires aiguës (hautes et basses) ou digestives (gastro-entérites). Cette étude a été menée en lien avec le DMG de Dijon dont une des thématiques de recherche est le vieillissement. Nous avons choisi le seuil de 65 ans et plus, âge limite d'entrée dans la vieillesse selon la définition de l'OMS. Toutefois, les dernières études épidémiologiques ont montré une amélioration de la santé ressentie par les personnes âgées. L'âge n'est donc qu'un indicateur partiel et le terme « personne âgée » devient plutôt un « concept ». C'est autour de l'âge de 75 ans (10) que la santé se dégrade durablement et que des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent. La vie sociale est parfois moins intense et des processus de retrait s'observent, malgré une autonomie préservée. Au-delà de 85 ans, le terme « grand âge » apparaît et le risque de perte d'autonomie et d'indépendance pour les activités de la vie quotidienne s'accroît fortement (10).

2) Rappel des principaux résultats

a) Principaux résultats de consultations des patients âgés de 65 ans et plus

Les patients âgés de 65 ans et plus représentaient 26 % de l'ensemble des patients avec une majorité de femmes (59.6 %). Une enquête réalisée par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), entre juin 2002 et janvier 2003, avait montré que les consultations et les visites des médecins généralistes concernaient 55 % de femmes et 28 % de personnes au minimum septuagénaires (11).

Chez les personnes âgées, la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires arrivait en 1ère position dans cette étude (12.21 % pour l'hypertension artérielle non compliquée, 6.13 % pour les troubles du métabolisme des lipides et 3.87 % pour le diabète de type 2) devant les situations de prévention et la dépression. Une étude menée en Suède en 2008 sur les maladies chroniques et la polypathologie chez les personnes âgées de plus de 77 ans, avait retrouvé l'hypertension artérielle comme maladie la plus fréquente avec 38 % de personnes concernées (12).

Il est surprenant de ne pas retrouver dans ce classement les pathologies démentielles et l'arthrose. En effet, selon l'enquête ESPS 2012, 34.7 % des patients âgés de plus de 65 ans déclaraient souffrir

d'arthrose des membres (8). Dans notre enquête, la démence se situait en 33e position (30e chez la femme et 36e chez l'homme), la gonarthrose en 22e position et la coxarthrose en 53e position.

La démence concernait 35.6 millions de personnes dans le monde en 2010 et pourrait atteindre 65.7 millions de personnes en 2030 (13). Du fait de la durée et du coût pour la mise en place d'études longitudinales, peu de publications récentes existent concernant la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des syndromes démentiels. En France, les dernières estimations retrouvaient 855 000 personnes atteintes de démence en 2005 et 225 000 nouveaux cas seraient recensés chaque année (14). La forme la plus commune est la maladie d'Alzheimer dans 80 % des cas (15) et les femmes auraient un risque plus élevé que les hommes, après 80 ans, d'être touchées (16). Cependant, ces données semblent sous-évaluées car les études épidémiologiques montrent que près de la moitié des malades ne sont pas diagnostiqués (14). Ce manque de diagnostic s'explique d'une part par le manque de sensibilisation et de formation des médecins généralistes qui ont un rôle pivot dans le diagnostic et d'autre part, par le déni des symptômes par les patients et leurs entourages (17). Cette pathologie étant liée au vieillissement (17), nous pouvons supposer qu'elle apparaîtrait dans le top 20 si notre enquête avait été réalisée par tranches d'âge ou à partir de 75 ans. Par ailleurs, la démence constitue la principale cause d'entrée en institution des personnes âgées. Dans l'étude PAQUID, près de 40 % des déments vivaient en institution, cette proportion de déments en institution étant d'autant plus élevée que la démence est à un stade sévère (18).

En ce qui concerne l'arthrose, la prévalence dans les pays industrialisés, quel que soit le site, est estimée entre 8 et 15 % et est appelée à augmenter avec le vieillissement (19). L'arthrose est la plus fréquente des arthropathies dégénératives mais sa définition varie selon les études et les pays : il peut s'agir de diagnostics ou de douleurs rapportées par le patient associés à des signes radiographiques ou de diagnostics posés par le médecin (19). L'arthrose touche plus de la moitié des personnes âgées de plus de 65 ans et 85 % des sujets âgés de plus de 70 ans (20). Selon une étude canadienne (21), l'âge avancé et le sexe féminin étaient les principaux facteurs de risques de la gonarthrose. De plus, les articulations portantes étaient particulièrement vulnérables au développement de la maladie notamment l'arthrose du genou qui était susceptible de provoquer des incapacités fonctionnelles (21). Dans notre étude, une prédominance de l'arthrose chez la femme était également retrouvée que ce soit pour le RC « autre arthrose » (6e position alors que chez l'homme ce même résultat était en 11e position)

ou pour le RC « gonarthrose » (18e position dans la population féminine et en 24e position dans la population masculine).

Il est intéressant de noter qu'il existait des différences selon le sexe au sein de la population âgée de 65 ans et plus. Une prédominance de diagnostics cardiovasculaires était notée dans la population masculine, alors que les femmes consultaient davantage pour des troubles psychiatriques (perturbation du sommeil et dépression) ou des pathologies ostéoarticulaires (ostéoporose et arthrose). Selon le Baromètre Santé 2010, chez les personnes âgées de 55 à 85 ans, les femmes consultaient plus fréquemment que les hommes, quel que soit le praticien (22). Le rapport de Santé Publique de 2011 retrouvait effectivement une prévalence plus importante chez la femme âgée de plus de 65 ans de maladies ostéoarticulaires et de problèmes psychiques, mais sans différence concernant les maladies cardiovasculaires (23).

b) Comparaison par rapport aux patients âgés de moins de 65 ans

Chez les patients âgés de moins de 65 ans, l'activité des médecins généralistes était dominée par les situations de prévention (13.25 %) et les infections aiguës des voies respiratoires supérieures (5.94 %). Une étude réalisée en Hollande sur les rhinosinusites en médecine générale, avait montré une incidence plus importante dans la tranche d'âge 25-44 ans (24).

L'hypertension artérielle non compliquée était classée en 3e position avec un taux inférieur par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus (4.06 % chez les patients âgés de moins de 65 ans versus 12.21 %). Les autres facteurs de risques cardiovasculaires étaient également présents dans les 10 premiers RC mais à des taux moins importants. En effet, les troubles du métabolisme des lipides arrivaient en 6e position avec un taux de 2.34 % alors qu'ils arrivaient en 3e position chez les personnes âgées avec un taux de 6.13 %. Le diabète de type 2 quant à lui était classé en 8e position alors qu'il était en 4e position chez les patients âgés de 65 ans et plus. Par contre, les patients âgés de moins de 65 ans souffraient davantage de syndromes dorso-lombaires sans irradiation et de pathologies inflammatoires telles que les bursites, les tendinites et les synovites, pouvant être provoquées par leurs activités professionnelles.

Peu de données comparant les patients âgés de 65 ans et plus et les patients âgés de moins de 65 ans sont disponibles dans la littérature. Une étude réalisée au Canada en 2005 (25) sur la polypathologie

avait constaté que celle-ci augmentait avec l'âge. En effet, le nombre et la fréquence de maladies chroniques étaient plus importants chez les patients âgés de 65 ans et plus par rapport aux patients âgés entre 45 et 64 ans.

3) Comparaisons des résultats de consultations avec d'autres données de la littérature

a) Comparaison des résultats avec l'OMG de la SFMG

En France, les données de l'assurance maladie permettent d'appréhender le nombre de consultations et de visites ayant fait l'objet d'un remboursement et sont collectées dans une base de données régionale. Elles indiquent également la proportion de consultations en rapport avec une ALD mais elles ne permettent pas de connaître les motifs ni les durées de consultations. Il existe peu d'études sur les RC en médecine générale concernant la population générale et encore moins concernant les personnes âgées. Les seules données retrouvées sont celles collectées par l'OMG qui a réalisé jusqu'en 2009 des classements des RC des patients de médecine générale par tranches d'âge. Les données ne sont donc pas tout à fait comparables, d'autant plus que l'OMG utilisait le DRC et non la CISP-2 et une catégorisation par tranches d'âge. Il s'agissait d'un réseau de médecins généralistes informatisés (environ 600 à la fin de l'année 2008), ayant pour mission d'effectuer des relevés sur les pratiques en soins primaires de façon continue et en temps réel.

Dans notre étude, l'âge médian des patients âgés de 65 ans et plus était de 77 ans. En comparant à la tranche d'âge de 70 à 79 ans de l'OMG (26), l'hypertension artérielle était le 1er RC. Mais l'hyperlipidémie arrivait en deuxième position devant la vaccination (qui est une procédure selon la CISP-2) puis la prévention qui arrivait seulement en 4e position du classement. Cette différence par rapport à notre classement peut s'expliquer par la volonté, depuis la convention de 2011, de réaffirmer le rôle du médecin traitant dans la prévention. Toujours dans le classement de l'OMG (dont le détail est disponible en annexe 5), l'arthropathie et la périarthropathie arrivaient en 5e position et le diabète de type 2 quant à lui arrivait au 7e rang après l'arthrose.

Dans le classement de l'OMG, les pourcentages des RC étaient plus élevés que dans notre étude. Cela provenait du fait que le nombre de RC possibles était plus important avec la CISP-2 (qui contient 1000 RC) qu'avec le DRC (qui contient 278 RC). De plus, la CISP-2 apporte des précisions supplémentaires puisqu'elle dissocie l'hypertension artérielle non compliquée et l'hypertension artérielle compliquée.

b) Comparaison par rapport à d'autres études

Un travail de recherche réalisé en 2010 par une interne de médecine générale, dans le cadre de sa thèse, avait pour objectif principal d'étudier les diagnostics de consultations en médecine générale établis à partir de la CISP-2 sur un échantillon de médecins généralistes en Haute-Normandie sur une période d'un mois (27). Cette étude dirigée par le Dr Boulet, qui a piloté l'étude ECOGEN, peut être considérée comme un travail préliminaire afin d'étudier la faisabilité de la CISP-2 sur un échantillon régional. Les données recueillies concernaient 24.8 % de patients âgés de plus de 65 ans. Les RC les plus rencontrés pour ces patients étaient par ordre décroissant : les problèmes cardiovasculaires dont le diagnostic principal était l'hypertension artérielle non compliquée (10.24 %), les problèmes métaboliques dont les diagnostics principaux étaient les troubles du métabolisme des lipides (6.04 %) et le diabète de type 2 (3.55 %). Cependant, il s'agissait d'un panel de patients de Haute-Normandie et ne pouvaient pas être superposé pour l'ensemble de la population française. Toutefois, ces résultats étaient concordants avec ceux de notre étude.

L'étude canadienne réalisée sur la polypathologie, en 2005, retrouvait comme principaux diagnostics l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie et les pathologies rhumatologiques (25). La hausse de la prévalence de maladies chroniques comme le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle constituait une source de préoccupation grandissante au Canada en raison d'une augmentation des dépenses de santé chez les personnes âgées de plus de 65 ans. En effet, l'enquête réalisée en 2008 avait montré que dans chacun des groupes de personnes âgées de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus, les personnes ayant au moins trois affections chroniques avaient effectué trois fois plus de consultations médicales que les personnes qui n'avaient aucune affection chronique (28). Cette enquête soulignait ainsi l'intérêt de la prévention pour une gestion efficace des maladies chroniques.

4) Nombre de RC/durée de consultation

La durée de consultation chez les personnes âgées de 65 ans et plus était significativement plus longue (18.83 minutes versus 16.71 pour les moins de 65 ans). Une enquête nationale réalisée en 2002 par la DREES, sur les déterminants de la pratique médicale des médecins généralistes, avait évalué la durée moyenne des séances à 16 minutes. Ce temps de consultation variait avec l'âge : il était de 15.8 minutes

pour les 45-69 ans et 16.8 pour les 70-94 ans (29). Notre étude retrouvait donc des temps de consultations un peu plus longs que cette estimation nationale, mais ces résultats restaient superposables, puisque, dans les deux cas, le temps de consultation augmentait avec l'âge du patient. Dans l'enquête de la DREES, la pathologie diagnostiquée était un élément déterminant pour la durée de consultation. Elle était en moyenne plus élevée pour les problèmes psychologiques ou psychiatriques et en revanche plus faible en cas d'infections des voies aériennes ou de prévention. De même, les ALD et la pluralité des diagnostics donnaient lieu à des séances plus longues (29).

En ce qui concerne la pluralité des diagnostics, notre étude a retrouvé une différence significative entre nos deux populations d'étude. Les personnes âgées de 65 ans et plus avaient en moyenne 2.98 RC par consultation, alors que le reste de la population avait une moyenne de 1.93, soit environ 1 RC de plus. Cette différence paraît importante si elle est rapportée à la durée de consultation qui n'est pas beaucoup plus longue chez les personnes âgées. Malgré une recherche bibliographique approfondie, peu de références abordent le sujet des consultations à RC multiples. Une thèse ayant étudié l'évolution des consultations de médecine générale en terme de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010 (30) évoquait une durée moyenne de consultation de 16.30 minutes avec un allongement de la durée de consultation en fonction du nombre de RC supplémentaire (2 à 4 minutes par RC supplémentaire). Il était également évoqué une augmentation de la difficulté ressentie pour le médecin généraliste face à une consultation à RC multiples. Plus le nombre de RC augmentait, plus la consultation était jugée complexe. Ceci était d'autant plus vrai que les RC concernaient des pathologies chroniques. Pour gérer cette difficulté, les médecins allemands préfèrent un temps de consultation plus court et revoir le patient plus rapidement (31). Pour ne pas se disperser dans sa réflexion le médecin doit structurer sa consultation et hiérarchiser les plaintes multiples du patient (30).

La durée de consultation chez les femmes âgées de 65 ans et plus était comparable à celle des hommes âgés de 65 ans et plus (moyenne de 18.83 minutes pour la femme et 18.84 pour l'homme) mais cela n'était pas significatif. Ce résultat était différent de celui retrouvé dans l'enquête de la DREES qui notait une durée de consultation plus courte pour les hommes, sans précision pour l'âge (29). En effet, dans cette enquête la durée moyenne de consultation est plus importante pour la prise en charge des problèmes psychologiques ou psychiatriques. Il est donc naturel de penser que les femmes âgées de

65 ans et plus pourraient avoir un temps de consultation supérieur puisqu'elles consultent davantage pour des troubles de la santé mentale (32) que les hommes âgés de 65 ans et plus.

5) Perspectives

L'objectif principal de notre étude était de décrire les principaux RC des personnes âgées de 65 ans et plus. L'objectif secondaire était de comparer ces résultats à ceux des personnes âgées de moins de 65 ans. Afin de rester synthétique, nous avons décidé de ne pas étudier d'autres objectifs.

Toutefois, grâce à cette importante base de données constituée via l'étude ECOGEN, il serait intéressant de faire une autre étude en comparant la population des personnes âgées de 65 ans et plus à la population des personnes âgées de 20 à 65 ans comme le suggère une étude suisse (33) sur une période d'un an afin de limiter les biais dus aux infections aiguës des voies respiratoires supérieures plus fréquentes chez les jeunes patients et pendant la période hivernale. Nous avons d'ailleurs effectué ce classement dont le détail se trouve en annexe 6.

Notre étude s'est focalisée sur les RC sans faire de lien avec les motifs de consultations ou le recours aux avis de spécialistes ou encore la fréquence d'adressage aux urgences. Or, avec le vieillissement, la fréquence des maladies chroniques augmente. Il est naturel de penser que les patients âgés consultent plus régulièrement, notamment pour le renouvellement de leurs ordonnances. Une thèse réalisée en 2013 à partir de la base de données ECOGEN avait montré que les retraités avaient un moindre recours aux spécialistes (34). Ces derniers présentent des maladies chroniques susceptibles de décompenser et de nécessiter un recours à un service d'accueil des urgences. Il serait intéressant d'étudier la fréquence d'adressage des personnes âgées vers les services d'urgences.

L'augmentation de l'espérance de vie entraîne une augmentation des maladies chroniques et des ALD. Le taux de personnes en ALD 30 (liste des 30 pathologies) augmente fortement avec l'âge : 1,2 % pour les 0-4 ans, 3,3 % pour les 25-29 ans, 10,7 % pour les 45-49 ans, 30,5 % pour les 65-69 ans, 45,0 % pour les 75-79 ans, jusqu'à 64,9 % pour les 90 ans et plus et le taux des hommes en ALD 30 est supérieur à celui des femmes, quel que soit l'âge (35). Le différentiel augmente à partir de 50 ans, pour atteindre plus de 10 points d'écart entre 70 et 84 ans, traduisant la surmorbidité des hommes à âge égal pour les ALD 30 (35).

Parmi les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle est le plus important, car 13 % des décès globaux lui sont attribués (36). Elle représente le premier facteur de risque de maladies chroniques. Le poids de ce facteur de risque étant majeur pour la santé publique, il est essentiel que des études soient menées pour connaitre la prévalence de l'hypertension artérielle en rapprochant les données de l'assurance maladie avec les informations médicales de ville, comme cela a été testé par l'équipe de recherche de l'équipe « Prospère » (1).

Dans notre étude, les situations de prévention étaient le 2e RC pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et le 1er pour les personnes âgées de moins de 65 ans.

La prévention devient donc un enjeu majeur de santé publique et le médecin spécialiste en médecine générale étant le mieux placé pour appréhender le patient dans sa globalité, il devient le pivot des soins primaires.

THESE SOUTENUE PAR MADEMOISELLE ANNE-LISE BUFFET

## CONCLUSIONS

Avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge des générations du baby-boom, la population française continue de vieillir. Peu d'étude se sont intéressées à la morbidité prise en charge en soins primaires. En effet, peu de données sont disponibles concernant la population générale et encore moins pour la population âgée. Or, avec le vieillissement, les maladies chroniques et la polypathologie sont en augmentation et entraînent une complexification des consultations pour le médecin généraliste. L'étude nationale ECOGEN a été la première à analyser le contenu des consultations de médecine générale en recueillant les résultats de consultations et les procédures rattachées à chaque motif de consultation. Ce recueil a été réalisé grâce à la Classification Internationale des Soins Primaires reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'objectif principal de ce travail ancillaire de l'étude ECOGEN était de décrire les principaux résultats de consultations des personnes âgées de 65 ans et plus consultant en médecine générale en France. Le résultat de consultation le plus fréquent était l'hypertension artérielle non compliquée. D'autres facteurs de risques cardiovasculaires tels que le diabète de type 2 et les dyslipidémies constituaient des résultats de consultations fréquents. Le deuxième résultat de consultation le plus fréquent correspondait aux situations de médecine préventive. La durée de consultation était en moyenne de 18.83 minutes pour un nombre moyen de résultats de consultations de 2.98.

La comparaison avec les patients âgés de moins de 65 ans a montré des différences. Les situations de préventions et les infections respiratoires des voies aériennes supérieures dominaient les résultats de consultations dans la population plus jeune. De plus, la durée moyenne de consultation des personnes âgées de 65 ans et plus était plus longue et le nombre de résultats de consultations était supérieur par rapport aux patients plus jeunes. Plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus étaient concernées par une ou plusieurs affections de longue durée.

UFR SCIENCES DE SANTÉ DIJON

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE

Cette étude a donc permis de mettre en évidence la prédominance des facteurs de risque cardiovasculaires chez les personnes âgées de 65 ans et plus, alors que les patients âgés de moins de 65 ans consultaient davantage pour des infections aiguës des voies respiratoires supérieures ou pour des situations relevant de la prévention.

Le Président du jury,

Pr P. MANCKOUNDIA

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 17 mai 2016

Le Doyen

Pr. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE


1. Bourgueil Y, Perlbarg J (Irdes ; Prospère). Le rapprochement de données de médecine générale et de remboursement de l'Assurance maladie : étude de faisabilité et premiers résultats. Question d'économie de la santé 2014;196:1-6

2. Société Française de Médecine Générale [en ligne] ; [consulté le 20 février 2015]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/accueil/

3. Société Française de Médecine Générale. Dictionnaire des Résultats de consultation [en ligne ; [consulté le 24 mars 2015]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/theorie_pratique/demarche_diagnostique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation/

4. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la Médecine Générale - Top 50 des RC [en ligne] ; [consulté le 20 février 2015]. Disponible sur: http://omg.sfmg.org/content/donnees/top25.php

5. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D. ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer. 2014; 25(114):148-57

6. Bellamy V, Beaumel C. Population - Bilan démographique 2014 - Des décès moins nombreux [en ligne]. Insee ; 2015 [consulté le 25 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=IP1532

7. Von Lennep F. L'état de santé de la population en France - Édition 2015 - L'état de santé de la population [en ligne]. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes ; 2015 [consulté le 5 avril 2015]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015

8. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 [en ligne]. Irdes ; 2014 [cité 28 mars 2015]. Disponible sur: http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf

9. Corpus de Gériatrie. Le vieillissement humain [en ligne]. janv 2000 [consulté le 1 sept 2015]; Disponible sur: http://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/docs/1131088938792249.pdf

10. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [en ligne]. HAS ; 2015 [consulté le 15 septembre 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

11. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie . Drees. 2004; juin;n°315

12. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among the Elderly Population in Sweden. Am J Public Health. juill 2008;98(7):1198-200.

13. Stephan BCM, Tzourio C, Auriacombe S, Amieva H, Dufouil C, Alpérovitch A, et al. Usefulness of data from magnetic resonance imaging to improve prediction of dementia: population based cohort study. BMJ. 2015;350:h2863.

14. Caro G, Comparin C, Contassot F, Gaudin C, et al. Le dépistage de la démence de la personne âgée : état des lieux, enjeux et perspectives [en ligne]. Mémoire : Module Interprofessionnel de Santé Publique : 2012 [consulté le 19 novembre 2015]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/457660/

15. Ramaroson H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F, PAQUID. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort. Rev Neurol (Paris). avr 2003;159(4):405‑11.

16. Letenneur L, Gilleron V, Commenges D, Helmer C, Orgogozo J, Dartigues J. Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. J Neurol Neurosurg Psychiatry. févr 1999;66(2):177‑83.

17. Amieva H, Andrieu S, Berr C, Buée L. Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux [en ligne]. Inserm; 2007 [consulté le 19 novembre 2015]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Sommaire.html

18. Dartigues JF, Gagnon M, Michel P, Letenneur L, Commenges D, Barberger-Gateau P, et al. Le programme de recherche paquid sur l'épidémiologie de la démence méthodes et résultats initiaux. Rev Neurol (Paris). 1991;147(3):225‑30.

19. Rat AC, El Adssi H. Épidémiologie des maladies rhumatismales. EMC - Appareil locomoteur. avr 2013;8(2):1‑15 [Article 14-001-A-10]

20. Jaeger C, Cherin P. L'arthrose : une nouvelle maladie inflammatoire ? Actualités fondamentales et thérapeutiques. Médecine Longévité. sept 2011;3(3):116‑36.

21. Gaudreault N, Duand M, Moffet H, Hébert L, et al. Bilan des connaissances sur les facteurs de risque de l'arthrose du genou et les outils d'évaluation et les interventions en matière de soins et services [en ligne]. Irsst; septembre 2014 [consulté 5 janvier 2016]. Rapport No.: R-832. Disponible sur: http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-832.pdf

22. Leon C, Beck F. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010 [en ligne]. Inpes; 2014 [consulté 12 janvier 2016]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1549.pdf

23. Danet S. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. [en ligne]. Drees; 2011 [consulté le 7 septembre 2015]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf

24. Hoffmans R, Schermer T, van der Linde K, Bor H, van Boven K, van Weel C, et al. Rhinosinusitis in morbidity registrations in Dutch General Practice: a retro-spective case-control study. BMC Fam Pract [en ligne]. 11 sept 2015 [consulté 26 mai 2015];16. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4567828/

25. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. Ann Fam Med. juin 2005;3:223‑8.

26. Observatoire de la Médecine Générale. Top 50 des RC les plus fréquents par patients pour tous les patients de 70 à 79 ans pour l'année 2009 [en ligne]. [consulté 25 mars 2015]. Disponible sur: http://omg.sfmg.org/content/donnees/top25.php

27. Aubert C. Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecins généralistes en Haute-Normandie. Thèse d'exercice : médecine : université de Rouen : 2012.

28. air-chronic_disease_aib_fr.pdf [en ligne]. Disponible sur: https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_fr.pdf

29. Breuil-genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et Résultats [en ligne]. Drees; avril 2006 [consulté le 10 septembre 2015].Disponible sur: http://millefaces.free.fr/Flech/Documents/medecine/rapportDREES-duree-consultations.pdf

30. Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en terme de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. Thèse d'exercice : médecine : université de Versailles : 2012.

31. Konrad TR, Link CL, Shackelton RJ, Marceau LD, Knesebeck O von dem, Siegrist J, et al. It's about time: Physicians' perceptions of time constraints in primary care medical practice in three national healthcare systems. Med Care. févr 2010;48(2):95‑100.

32. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet. 13 juill 2012;380(9836):37‑43.

33. Rizza A, Kaplan V, Senn O, Rosemann T, Bhend H, Tandjung R. Age- and gender-related prevalence of multimorbidity in primary care: the swiss fire project. BMC Fam Pract. 24 nov 2012;13:113.

34. Lelong T. Quel est le recours aux médecins correspondants spécialistes lors des consultations de médecine générale : analyse du parcours de soins coordonnés dans l'étude française multicentrique ECOGEN. Thèse d'exercice : Université de Bourgogne : 2013.

35. Weill A. Les aspects économiques des affections de longue durée [en ligne]. Adsp; juin 2007 [consulté 14 janvier 2016].18p. (59). Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=100

36. World Health Organization. Global health risks mortality and burden of disease attributable to selected major risk. 2009.

**Annexe 1 : Protocole détaillé de l'étude ECOGEN et cadre règlementaire**

1/ Schéma de l'étude ECOGEN :

L'étude était quantitative, descriptive, transversale, multicentrique.

2/ Promoteur et coordonnateur : Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) :

Le promoteur était Le Professeur Alain Mercier, membre du département de médecine générale de l'université de Rouen et chercheur au CNGE.

Le coordonnateur du projet était le Pr Laurent Letrillart, membre du département de médecine générale de l'université de Lyon 1 et membre du conseil scientifique du CNGE.

3/ Investigateur :

Pour chaque faculté participant à l'étude correspondaient un à quatre internes investigateurs. Ils devaient coder un nombre défini de consultations sur le site d'investigation qui était leur terrain de stage en médecine générale. Cette phase observationnelle s'étalait sur 5 mois du 28 novembre 2011 à avril 2012.
Cette démarche permettait une répartition homogène des sites d'investigation sur le territoire français et par conséquent une meilleure représentativité de la population française au travers des patients inclus dans l'étude.

L'effectif espéré était de 20 000 consultations codées.

4/ Site d'investigation :

Tout le territoire français était représenté par les différents sites d'investigation, englobant pratique de ville et pratique en milieu rural et semi rural. L'étude comportait 128 centres d'investigation. Le centre d'investigation était le cabinet de médecine général ou officiait le médecin généraliste, maitre de stage, qui accueillait un interne en formation. Il s'agissait du «stage chez le praticien de niveau 1» validant la maquette du diplôme de médecine générale.

L'investigateur était donc l'interne, sur son lieu de stage.

5/ Contrôle qualitatif :

Une étude pilote avait été réalisée au préalable au cours du mois de Mars 2011 au sein du cabinet du Pr Laurent Letrillart par un interne de l'université de Lyon 1 afin d'évaluer la faisabilité du recueil de donnée par l'interne.

Une double saisie était effectuée sur un échantillon de 20 consultations afin d'évaluer les erreurs de saisie informatique potentielles.

Une consultation prédéfinie était enregistrée par format audio afin d'évaluer la qualité du codage réalisé par l'interne. Cet enregistrement était soumis à un contre codage par un comité expert.

6/ Cadre éthique et autorisations :

Le CNGE bénéficiait d'une autorisation d'utilisation de la CISP2 délivrée par la World Organisation of National College Académies (WONCA), par dérogation, car la France ne s'acquittait pas des droits d'utilisation de cette classification.

L'étude avait été déclarée conforme à la loi informatique et liberté par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Une déclaration était 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).

Une déclaration était adressée auprès d'un Comité de Protection des Personnes (CPP). Les patients étaient informés du déroulement de l'étude par un document officiel approuvé par la CNIL et placé en salle d'attente pendant la phase d'observation de l'étude. Les patients pouvaient, à tout moment, refuser le recueil des données les concernant.

Le consentement éclairé du patient était recueilli par écrit au début de la consultation qui faisait l'objet d'un enregistrement.

**Annexe 2 : Questionnaire patient : feuille de recueil des données**

ECOGEN – Questionnaire patients

| Heure de début | Initiales MG | Date de consultation | Consultation | Patient | Année de naissance | Genre | Etudiant |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| /__ __/ h /__ __/ | /__/__/ | /__ __/__ __/ | Cabinet ☐ Visite ☐ | Nouveau ☐ Déjà connu ☐ | /__ __ __ __/ | M ☐ F ☐ | Oui ☐ Non ☐ |

**Statut** Invalidité ☐ CMU ☐ AME ☐ ALD ☐ AT ☐ MP ☐

**Profession** agriculteur ☐ artisan, commerçant, chef d'entreprise ☐ employé[3] ☐ ouvrier[4] ☐ cadre sup., profession intellectuelle[1] ☐ profession intermédiaire[2] ☐ retraité ☐ autre sans activité professionnelle ☐

[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** |
|---|---|---|---|
| 1. | | 6. | |
| 2. | | 7. | |
| 3. | | 8. | |
| 4. | | 9. | |
| 5. | | 10. | |

| **Procédures** (diagnostiques, préventives, thérapeutiques, administratives, autres) | | | ***Transférabilité*** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **R / P** | **n° RC** | **SC / AC / I** | **Professionnels** | **Conditions (le cas échéant) : DMP / PPD / SMG / AC** |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |
| 15. | | | | | |

| **Résultats de consultation** (symptômes ou diagnostics) [RC] | **N / A** | **Iatro** | | **N / A** | **Iatro** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | 6. | | |
| 2. | | | 7. | | |
| 3. | | | 8. | | |
| 4. | | | 9. | | |
| 5. | | | 10. | | |

RC : N = nouveau, A = ancien. Iatro : 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 prédéfini, 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.

**Heure de fin**
/__ __/ h /__ __/

**Annexe 3 : CISP-2**

# ICPC-2 – French

**International Classification of Primary Care – 2nd Edition**

**Wonca International Classification Committee (WICC)**

## Procédures

| | |
|---|---|
| -30 | Ex médical/bilan santé détaillé |
| -31 | Ex médical/bilan santé partiel |
| -32 | Test de sensibilité |
| -33 | Ex microbiologique/immunologique |
| -34 | Autre analyse de sang |
| -35 | Autre analyse d'urine |
| -36 | Autre analyse de selles |
| -37 | Cytologie/histologie |
| -38 | Autre analyse de laboratoire |
| -39 | Epreuve fonctionnelle |
| -40 | Endoscopie |
| -41 | Radiologie diagnostique/imagerie |
| -42 | Tracé électrique |
| -43 | Autre procédure diagnostique |
| -44 | Vaccination/médication préventive |
| -45 | Recom./éducation santé/avis/régime |
| -46 | Discussion entre dispensateurs SSP |
| -47 | Discussion dispensateur spécialiste |
| -48 | Clarification de la demande du patient |
| -49 | Autre procédure préventive |
| -50 | Médication/prescription/injection |
| -51 | Incision/drainage/aspiration |
| -52 | Excision/biopsie/cautér/débridation |
| -53 | Perfusion/intubat./dilatat./appareillage |
| -54 | Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse |
| -55 | Traitement local/infiltration |
| -56 | Pansement/compression/bandage |
| -57 | Thérapie manuelle/médecine physique |
| -58 | Conseil thérap/écoute/examens |
| -59 | Autres procédures thérapeutiques |
| -60 | Résultats analyses/examens |
| -61 | Résultats ex/procéd autre dispensateur |
| -62 | Contact administratif |
| -63 | Rencontre de suivi |
| -64 | Epis. nouveau/en cours init. par disp. |
| -65 | Epis. nouveau/en cours init. par tiers |
| -66 | Référence à dispens. SSP non médecin |
| -67 | Référence à médecin |
| -68 | Autre référence |
| -69 | Autres procédures |

## Général et non spécifié A

| | |
|---|---|
| A01 | Douleur générale/de sites multiples |
| A02 | Frissons |
| A03 | Fièvre |
| A04 | Fatigue/faiblesse générale |
| A05 | Sensation d'être malade |
| A06 | Evanouissement/syncope |
| A07 | Coma |
| A08 | Gonflement |
| A09 | P. de transpiration |
| A10 | Saignement/hémorragie NCA |
| A11 | Douleur thoracique NCA |
| A13 | Préoc. par/peur traitement médical |
| A16 | Nourrisson irritable |
| A18 | Préoc. par son aspect extérieur |
| A20 | Demande/discussion sur l'euthanasie |
| A21 | Facteur de risque de cancer |
| A23 | Facteur de risque NCA |
| A25 | Peur de la mort, de mourir |
| A26 | Peur du cancer NCA |
| A27 | Peur d'une autre maladie NCA |
| A28 | Limitation de la fonction/incap. NCA |
| A29 | Autre S/P général |
| A70 | Tuberculose |
| A71 | Rougeole |
| A72 | Varicelle |
| A73 | Paludisme |
| A74 | Rubéole |
| A75 | Mononucléose infectieuse |
| A76 | Autre exanthème viral |
| A77 | autre maladie virale NCA |
| A78 | Autre maladie infectieuse NCA |
| A79 | Cancer NCA |
| A80 | Traumatisme/lésion traumat. NCA |
| A81 | Polytraumatisme/lésions multiples |
| A82 | Effet tardif d'un traumatisme |
| A84 | Intoxication par subst. médicinale |
| A85 | Effet sec. subst. médicinale |
| A86 | Effet toxique subst. non médicinale |
| A87 | Complication de traitement médical |
| A88 | Effet sec. de facteur physique |
| A89 | Effet sec. de matériel prothétique |
| A90 | Anom. congénitale NCA/multiple |
| A91 | Résultat d'investigat. anormale NCA |
| A92 | Allergie/réaction allergique NCA |
| A93 | Nouveau-né prématuré |
| A94 | Autre morbidité périnatale |
| A95 | Mortalité périnatale |
| A96 | Mort |
| A97 | Pas de maladie |
| A98 | Gestion santé/médecine préventive |
| A99 | Maladie de nature/site non précisé |

## Sang, syst. hématop/ immunol. B

| | |
|---|---|
| B02 | Ganglion lymph. augmenté/ douloureux |
| B04 | S/P du sang |
| B25 | Peur du SIDA/du VIH |
| B26 | Peur du cancer du sang/lymph. |
| B27 | Peur autre maladie sang/lymph/rate |
| B28 | Limitation de la fonction/incap. (B) |
| B29 | Autre S/P du syst. lymph./immunol. |
| B70 | Adénite aiguë |
| B71 | Adénite chronique/non-spécifique |
| B72 | Maladie de Hodgkin/lymphome |
| B73 | Leucémie |
| B74 | Autre cancer du sang |
| B75 | Tumeur bénigne/indét. sang/lymph. |
| B76 | Rupture traumat. de la rate |
| B77 | Autre traumat. sang/lymph/rate |
| B78 | Anémie hémolytique héréditaire |
| B79 | Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate |
| B80 | Anémie par déficience en fer |
| B81 | Anémie carence vit B12/ac. folique |
| B82 | Autre anémie/indét. |
| B83 | Purpura/défaut de coagulation |
| B84 | Globules blancs anormaux |
| B87 | Splénomégalie |
| B90 | Infection par le virus HIV, SIDA |
| B99 | Autre maladie sang/lymph/rate |

## Syst. Digestif D

| | |
|---|---|
| D01 | Douleur/crampes abdominales gén. |
| D02 | Douleur abdominale/épigastrique |
| D03 | Br□lure/br□lant/br□lement estomac |
| D04 | Douleur rectale/anale |
| D05 | Démangeaisons périanales |
| D06 | Autre douleur abdominale loc. |
| D07 | Dyspepsie/indigestion |
| D08 | Flatulence/gaz/renvoi |
| D09 | Nausée |
| D10 | Vomissement |
| D11 | Diarrhée |
| D12 | Constipation |
| D13 | Jaunisse |
| D14 | Hématémèse/vomissement de sang |
| D15 | Méléna |
| D16 | Saignement rectal |
| D17 | Incontinence rectale |
| D18 | Modification selles/mouvem. intestin |
| D19 | S/P dents/gencives |
| D20 | S/P bouche/langue/lèvres |
| D21 | P. de déglutition |
| D23 | Hépatomégalie |
| D24 | Masse abdominale NCA |
| D25 | Distension abdominale |
| D26 | Peur du cancer du syst. digestif |
| D27 | Peur d'une autre maladie digestive |
| D28 | Limitation de la fonction/incap. (D) |
| D29 | Autre S/P du syst. digestif |
| D70 | Infection gastro-intestinale |
| D71 | Oreillons |
| D72 | Hépatite virale |
| D73 | Gastro-entérite présumée infectieuse |
| D74 | Cancer de l'estomac |
| D75 | Cancer du colon/du rectum |
| D76 | Cancer du pancréas |
| D77 | Autre cancer digestif/NCA |
| D78 | Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. |
| D79 | CE du syst. digestif |
| D80 | Autre traumat. du syst. digestif |
| D81 | Anom. congénitale du syst. digestif |
| D82 | Maladie des dents/des gencives |
| D83 | Maladie bouche/langue/lèvres |
| D84 | Maladie de l'œsophage |
| D85 | Ulcère duodénal |
| D86 | Autre ulcère peptique |
| D87 | Trouble de la fonction gastrique |
| D88 | Appendicite |
| D89 | Hernie inguinale |
| D90 | Hernie hiatale |
| D91 | Autre hernie abdominale |
| D92 | Maladie diverticulaire |
| D93 | Syndrome du colon irritable |
| D94 | Entérite chronique/colite ulcéreuse |
| D95 | Fissure anale/abcès périanal |
| D96 | Vers/autre parasite |
| D97 | Maladie du foie NCA |
| D98 | Cholécystite/cholélithiase |
| D99 | Autre maladie du syst. Digestif |

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

## Oeil F

| | |
|---|---|
| F01 | Oeil douloureux |
| F02 | Oeil rouge |
| F03 | Ecoulement de l'œil |
| F04 | Taches visuelles/flottantes |
| F05 | Autre perturbation de la vision |
| F13 | Sensation oculaire anormale |
| F14 | Mouvements oculaires anormaux |
| F15 | Apparence anormale de l'œil |
| F16 | S/P de la paupière |
| F17 | S/P lunettes |
| F18 | S/P lentilles de contact |
| F27 | Peur d'une maladie de l'œil |
| F28 | Limitation de la fonction/incap. (F) |
| F29 | Autre S/P de l'œil |
| F70 | Conjonctivite infectieuse |
| F71 | Conjonctivite allergique |
| F72 | Blépharite, orgelet, chalazion |
| F73 | Autre infection/inflammation de l'œil |
| F74 | Tumeur de l'œil et des annexes |
| F75 | Contusion/hémorragie de l'œil |
| F76 | CE dans l'œil |
| F79 | Autre lésion traumat. de l'œil |
| F80 | Sténose canal lacrymal de l'enfant |
| F81 | Autre anom. congénitale de l'œil |
| F82 | Décollement de la retire |
| F83 | Rétinopathie |
| F84 | Dégénérescence maculaire |
| F85 | Ulcère de la cornée |
| F86 | Trachome |
| F91 | Défaut de réfraction |
| F92 | Cataracte |
| F93 | Glaucome |
| F94 | Cécité |
| F95 | Strabisme |
| F99 | Autre maladie de l'œil/annexes |

## Oreille H

| | |
|---|---|
| H01 | Douleur d'oreille/otalgie |
| H02 | P. d'audition |
| H03 | Acouphène/bourdonnement d'oreille |
| H04 | Ecoulement de l'oreille |
| H05 | Saignement de l'oreille |
| H13 | Sensation d'oreille bouchée |
| H15 | Préoc. par l'aspect des oreilles |
| H27 | Peur d'une maladie de l'oreille |
| H28 | Limitation de la fonction/incap. (H) |
| H29 | Autre S/P de l' oreille |
| H70 | Otite externe |
| H71 | Otite moyenne aiguë/myringite |
| H72 | Otite moyenne séreuse |
| H73 | Salpingite d'eustache |
| H74 | Otite moyenne chronique |
| H75 | Tumeur de l'oreille |
| H76 | CE dans l'oreille |
| H77 | Perforation du tympan |
| H78 | Lésion traumat. superf. de l'oreille |
| H79 | Autre lésion traumat. de l'oreille |
| H80 | Anom. congénitale de l'oreille |
| H81 | Excès de cérumen |
| H82 | Syndrome vertigineux |
| H83 | Otosclérose |
| H84 | Presbyacousie |
| H85 | Traumatisme sonore |
| H86 | Surdité |
| H99 | Autre maladie de l'oreille/ mastoïde |

## Cardio-vasculaire K

| | |
|---|---|
| K01 | Douleur cardiaque |
| K02 | Oppression/constriction cardiaque |
| K03 | Douleur cardiovasculaire NCA |
| K04 | Palpitat./perception battements card. |
| K05 | Autre battement cardiaque irrégulier |
| K06 | Veines proéminentes |
| K07 | Oedème, gonflement des chevilles |
| K22 | Facteur risque mal. cardio-vasculaire |
| K24 | Peur d'une maladie de cœur |
| K25 | Peur d' de l'hypertension |
| K27 | Peur autre maladie cardio-vasculaire |
| K28 | Limitation de la fonction/incap. (K) |
| K29 | Autre S/P cardiovasculaire |
| K70 | Infection du syst. cardio-vasculaire |
| K71 | RAA/maladie cardiaque rhumatismale |
| K72 | Tumeur cardio-vasculaire |
| K73 | Anom. congénitale cardio-vasculaire |
| K74 | Cardiopathie ischémique avec angor |
| K75 | Infarctus myocardique aigu |
| K76 | Cardiopathie ischémique sans angor |
| K77 | Décompensation cardiaque |
| K78 | Fibrillation auriculaire/flutter |
| K79 | Tachycardie paroxystique |
| K80 | Arythmie cardiaque NCA |
| K81 | Souffle cardiaque/artériel NCA |
| K82 | Cœur pulmonaire |
| K83 | Valvulopathie NCA |
| K84 | Autre maladie cardiaque |
| K85 | Pression sanguine élevée |
| K86 | Hypertension non compliquée |
| K87 | Hypertension avec complication |
| K88 | Hypotension orthostatique |
| K89 | Ischémie cérébrale transitoire |
| K90 | Accident vasculaire cérébral |
| K91 | Maladie cérébrovasculaire |
| K92 | Athéroscl./mal. vasculaire périphér. |
| K93 | Embolie pulmonaire |
| K94 | Phlébite et thrombophlébite |
| K95 | Varices des jambes |
| K96 | Hémorroïdes |
| K99 | Autre maladie cardio-vasculaire |

## Ostéo-articulaire L

| | |
|---|---|
| L01 | S/P du cou |
| L02 | S/P du dos |
| L03 | S/P des lombes |
| L04 | S/P du thorax |
| L05 | S/P du flanc et du creux axillaire |
| L07 | S/P de la mâchoire |
| L08 | S/P de l'épaule |
| L09 | S/P du bras |
| L10 | S/P du coude |
| L11 | S/P du poignet |
| L12 | S/P de la main et du doigt |
| L13 | S/P de la hanche |
| L14 | S/P de la jambe et de la cuisse |
| L15 | S/P du genou |
| L16 | S/P de la cheville |
| L17 | S/P du pied et de l'orteil |
| L18 | Douleur musculaire |
| L19 | S/P musculaire NCA |
| L20 | S/P d'une articulation NCA |
| L26 | Peur cancer syst. ostéo-articulaire |
| L27 | Peur autre maladie syst. ostéo-articul. |
| L28 | Limitation de la fonction/incap. (L) |
| L29 | Autre S/P ostéo-articulaire |
| L70 | Infection du syst. ostéo-articulaire |
| L71 | Cancer du syst. ostéo-articulaire |
| L72 | Fracture du radius/du cubitus |
| L73 | Fracture du tibia/du péroné |
| L74 | Fracture de la main/du pied |
| L75 | Fracture du fémur |
| L76 | Autre fracture |
| L77 | Entorse de la cheville |
| L78 | Entorse du genou |
| L79 | Entorse articulaire NCA |
| L80 | Luxation et subluxation |
| L81 | Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire |
| L82 | Anom. congénitale ostéo-articulaire |
| L83 | Syndrome cervical |
| L84 | Syndr. dorso-lomb. sans irradiation |
| L85 | Déformation acquise de la colonne |
| L86 | Syndr. dorso-lombaire et irradiation |
| L87 | Bursite, tendinite, synovite NCA |
| L88 | Polyarthrite rhumatoïde séropositive |
| L89 | Coxarthrose |
| L90 | Gonarthrose |
| L91 | Autre arthrose |
| L92 | Syndrome de l'épaule |
| L93 | Coude du joueur de tennis |
| L94 | Ostéochondrose |
| L95 | Ostéoporose |
| L96 | Lésion aiguë interne du genou |
| L97 | Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. |
| L98 | Déformation acquise membres inf. |
| L99 | Autre maladie ostéo-articulaire |

## Neurologique N

| | |
|---|---|
| N01 | Mal de tête |
| N03 | Douleur de la face |
| N04 | Jambes sans repos |
| N05 | Fourmillements doigts, pieds, orteils |
| N06 | Autre perturbation de la sensibilité |
| N07 | Convulsion/crise comitiale |
| N08 | Mouvements involontaires anormaux |
| N16 | Perturbation du go□t/de l'odorat |
| N17 | Vertige/étourdissement |
| N18 | Paralysie/faiblesse |
| N19 | Trouble de la parole |
| N26 | Peur d'un cancer neurologique |
| N27 | Peur d'une autre maladie neurologique |
| N28 | Limitation de la fonction/incap. (N) |
| N29 | Autre S/P neurologique |
| N70 | Poliomyélite |
| N71 | Méningite/encéphalite NCA |
| N72 | Tétanos |
| N73 | Autre infection neurologique |
| N74 | Cancer du syst. neurologique |
| N75 | Tumeur bénigne neurologique |
| N76 | Autre tumeur indét. neurologique |
| N79 | Commotion |
| N80 | Autre lésion traumat. de la tête |
| N81 | Autre lésion traumat. neurologique |
| N85 | Anom. congénitale neurologique |
| N86 | Sclérose en plaque |
| N87 | Syndrome parkinsonien |
| N88 | Epilepsie |
| N89 | Migraine |
| N90 | Algie vasculaire de la face |
| N91 | Paralysie faciale/paralysie de Bell |
| N92 | Névralgie du trijumeau |
| N93 | Syndrome du canal carpien |
| N94 | Névrite/neuropathie périphérique |
| N95 | Céphalée de tension |
| N99 | Autre maladie neurologique |

## Psychologique P

P01 Sensation anxiété/nervosité/tension
P02 Réaction de stress aiguë
P03 Sensation de dépression
P04 Sentiment/comport. irritable/colère
P05 Sensation vieux, comportement sénile
P06 Perturbation du sommeil
P07 Diminution du désir sexuel
P08 Diminution accomplissement sexuel
P09 Préoccupation sur identité sexuelle
P10 Bégaiement, bredouillement, tic
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant
P12 Enurésie
P13 Encoprésie
P15 Alcoolisme chronique
P16 Alcoolisation aiguë
P17 Usage abusif du tabac
P18 Usage abusif de médicament
P19 Usage abusif de drogue
P20 Perturbation de la mémoire
P22 S/P du comportement de l'enfant
P23 S/P du comportement de l'adolescent
P24 P. spécifique de l'apprentissage
P25 Problèmes de phase de vie adulte
P27 Peur d'un trouble mental
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)
P29 Autre S/P psychologique
P70 Démence
P71 Autre psychose organique
P72 Schizophrénie
P73 Psychose affective
P74 Trouble anxieux/état anxieux
P75 Trouble somatoforme
P76 Dépression
P77 Suicide/tentative de suicide
P78 Neurasthénie, surmenage
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif
P80 Trouble de la personnalité
P81 Trouble hyperkinétique
P82 Syndrome de stress post-traumatique
P85 Retard mental
P86 Anorexie mentale, boulimie
P98 Autre psychose NCA
P99 Autre trouble psychologique

## Respiratoire R

R01 Douleur du syst. respiratoire
R02 Souffle court, dyspnée
R03 Sibilance
R04 Autre P. respiratoire
R05 Toux
R06 Saignement de nez, épistaxis
R07 Congestion nasale, éternuement
R08 Autre S/P du nez
R09 S/P des sinus
R21 S/P de la gorge
R23 S/P de la voix
R24 Hémoptysie
R25 Expectoration/glaire anormale
R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire
R27 Peur d'une autre maladie respiratoire
R28 Limitation de la fonction/incap. ( R)
R29 Autre S/P respiratoire
R71 Coqueluche
R72 Streptococcie pharyngée
R73 Furoncle/abcès du nez
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup.
R75 Sinusite aiguë/chronique
R76 Angine aiguë
R77 Laryngite, trachéite aiguë
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite
R79 Bronchite chronique
R80 Grippe
R81 Pneumonie
R82 Pleurésie, épanchement pleural
R83 Autre infection respiratoire
R84 Cancer des bronches, du poumon
R85 Autre cancer respiratoire
R86 Tumeur respiratoire bénigne
R87 CE du nez, du larynx, des bronches
R88 Autre lésion traumat. du syst. resp.
R89 Anom. congénitale du syst. resp.
R90 Hypertrophie amygdales/végétations
R92 Autre tumeur indét. du syst. resp.
R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive
R96 Asthme
R97 Rhinite allergique
R98 Syndrome d'hyperventilation
R99 Autre maladie respiratoire

CODES PROCÉDURE
SYMPTÔMES ET PLAINTES
INFECTIONS
NÉOPLASMES
TRAUMATISMES
ANOMALIES CONGÉNITALES
AUTRES DIAGNOSTICS

## Peau S

S01 Douleur/hypersensibilité de la peau
S02 Prurit
S03 Verrue
S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau
S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau
S06 Eruption localisée
S07 Eruption généralisée
S08 Modification de la couleur de la peau
S09 Doigt/orteil infecté
S10 Furoncle/anthrax
S11 Infection post-traumat. de la peau
S12 Piqûre d'insecte
S13 Morsure animale/humaine
S14 Brûlure cutanée
S15 CE dans la peau
S16 Ecchymose/contusion
S17 Eraflure, égratignure, ampoule
S18 Coupure/lacération
S19 Autre lésion traumat. de la peau
S20 Cor/callosité
S21 S/P au sujet de la texture de la peau
S22 S/P de l'ongle
S23 Calvitie/perte de cheveux
S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu
S26 Peur du cancer de la peau
S27 Peur d'une autre maladie de la peau
S28 Limitation de la fonction/incap. (S)
S29 Autre S/P de la peau
S70 Zona
S71 Herpes simplex
S72 Gale/autre acariose
S73 Pédiculose/autre infestation peau
S74 Dermatophytose
S75 Moniliase/candidose de la peau
S76 Autre maladie infectieuse de la peau
S77 Cancer de la peau
S78 Lipome
S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau
S80 Kératose actinique/coup de soleil
S81 Hémangiome/lymphangiome
S82 Naevus/naevus pigmentaire
S83 Autre anom. congénitale de la peau
S84 Impétigo
S85 Kyste/fistule pilonidal
S86 Dermatite séborrhéique
S87 Dermatite atopique/eczéma
S88 Dermatite et allergie de contact
S89 Erythème fessier
S90 Pytiriasis rosé
S91 Psoriasis
S92 Maladie des glandes sudoripares
S93 Kyste sébacé
S94 Ongle incarné
S95 Molluscum contagiosum
S96 Acné
S97 Ulcère chronique de la peau
S98 Urticaire
S99 Autre maladie de la peau

## Métabol., nutrit., endocrinien T

T01 Soif excessive
T02 Appétit excessif
T03 Perte d'appétit
T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant
T05 P. d'alimentation de l'adulte
T07 Gain de poids
T08 Perte de poids
T10 Retard de croissance
T11 Déshydratation
T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien
T27 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit.
T28 Limitation de la fonction/incap. (T)
T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit.,
T70 Infection du syst. endocrinien
T71 Cancer de la thyroïde
T72 Tumeur bénigne de la thyroïde
T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien
T78 Canal/kyste thyréoglosse
T80 Anom. congénit. endoc/ métab./nutrit.
T81 Goitre
T82 Obésité
T83 Excès pondéral
T85 Hyperthyroïdie/thyréotoxicose
T86 Hypothyroïdie/myxœdème
T87 Hypoglycémie
T89 Diabète insulino-dépendant
T90 Diabète non insulino-dépendant
T91 Carence vitaminique/nutritionnelle
T92 Goutte
T93 Trouble du métabolisme des lipides
T99 Autre maladie endoc/métab./nutrit

## Système Urinaire U

U01 Dysurie/miction douloureuse
U02 Miction fréquente/impérieuse
U04 Incontinence urinaire
U05 Autre P. de miction
U06 Hématurie
U07 Autre S/P au sujet de l'urine
U08 Rétention d'urine
U13 Autre S/P de la vessie
U14 S/P du rein
U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire
U27 Peur d'une autre maladie urinaire
U28 Limitation de la fonction/incap. (U)
U29 Autre S/P urinaire
U70 Pyélonéphrite/pyélite
U71 Cystite/autre infection urinaire
U72 Urétrite
U75 Cancer du rein
U76 Cancer de la vessie
U77 Autre cancer urinaire
U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire
U79 Autre tumeur indét. urinaire
U80 Lésion traumat. du tractus urinaire
U85 Anom. congénitale du tractus urinaire
U88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique
U90 Protéinurie orthostatique
U95 Lithiase urinaire
U98 Analyse urinaire anormale NCA
U99 Autre maladie urinaire

## Grossesse, accouchement et PF W

W01 Question de grossesse
W02 Peur d'être enceinte
W03 Saignement pendant la grossesse
W05 Nausée/vomissement de grossesse
W10 Contraception post-coïtale
W11 Contraception orale
W12 Contraception intra-utérine
W13 Stérilisation chez la femme
W14 Autre contraception chez la femme
W15 Stérilité - hypofertilité de la femme
W17 Saignement du post-partum
W18 Autre S/P du post-partum
W19 S/P du sein/lactation post-partum
W21 Préoc. par modific. image et grossesse
W27 Peur complications de la grossesse
W28 Limitation de la fonction/incap. (W)
W29 Autre S/P de la grossesse
W70 Infection puerpérale, sepsis
W71 Infection compliquant la grossesse
W72 Tumeur maligne avec grossesse
W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse
W75 Lésion traumat. et grossesse
W76 Anom. congénitale et grossesse
W78 Grossesse
W79 Grossesse non désirée
W80 Grossesse ectopique
W81 Toxémie gravidique
W82 Avortement spontané
W83 Avortement provoque
W84 Grossesse a haut risque
W85 Diabète gravidique
W90 Acc. non complique, enfant vivant
W91 Acc. non complique, enfant mort
W92 Acc. complique, enfant vivant
W93 Acc. complique, enfant mort
W94 Mastite puerpérale
W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation
W96 Autre complication puerpérale
W99 Autre maladie de la grossesse/acc.

## Syst.génital féminin et sein X

X01 Douleur génitale chez la femme
X02 Douleur menstruelle
X03 Douleur intermenstruelle
X04 Rapport sexuel douloureux femme
X05 Menstruation absente/rare
X06 Menstruation excessive
X07 Menstruation irrégulière/fréquente
X08 Saignement intermenstruel
X09 S/P prémenstruel
X10 Ajournement des menstruations
X11 S/P liés a la ménopause
X12 Saignement de la post-ménopause
X13 Saignement post-coïtal femme
X14 Ecoulement vaginal
X15 S/P du vagin
X16 S/P de la vulve
X17 S/P du petit bassin chez la femme
X18 Douleur du sein chez la femme
X19 Tuméfaction/masse du sein femme
X20 S/P du mamelon chez la femme
X21 Autre S/P du sein chez la femme
X22 Préoc. par l'apparence des seins
X23 Peur d'une MST chez la femme
X24 Peur dysfonction sexuelle femme
X25 Peur d'un cancer génital femme
X26 Peur d'un cancer du sein femme
X27 Peur autre mal. génitale/sein femme
X28 Limitation de la fonction/incap. (X)
X29 Autre S/P génital chez la femme
X70 Syphilis chez la femme
X71 Gonococcie chez la femme
X72 Candidose génitale chez la femme
X73 Trichomonase génitale femme
X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme
X75 Cancer du col de l'utérus
X76 Cancer du sein chez la femme
X77 Autre cancer génital chez la femme
X78 Fibrome utérin
X79 Tumeur bénigne du sein femme
X80 Tumeur bénigne génitale femme
X81 Autre tumeur génitale indét. femme
X82 Lésion traumat. génitale femme
X83 Anom. génitale congénitale femme
X84 Vaginite/vulvite NCA
X85 Maladie du col de l'utérus NCA
X86 Frottis de col anormal
X87 Prolapsus utero-vaginal
X88 Maladie fibrokystique du sein
X89 Syndrome de tension prémenstruelle
X90 Herpes génital chez la femme
X91 Condylome acuminé chez la femme
X92 Infection génitale chlamydia femme
X99 Autre maladie génitale de la femme

## Syst. génital masculin et sein Y

Y01 Douleur du pénis
Y02 Douleur des testicules, du scrotum
Y03 Ecoulement urétral chez l'homme
Y04 Autre S/P du pénis
Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum
Y06 S/P de la prostate
Y07 Impuissance sexuelle NCA
Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme
Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme
Y13 Stérilisation de l'homme
Y14 Autre PF chez l'homme
Y16 S/P du sein chez l'homme
Y24 Peur dysfonction sexuelle homme
Y25 Peur d'une MST chez l'homme
Y26 Peur d'un cancer génital homme
Y27 Peur autre maladie génitale homme
Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)
Y29 Autre S/P génitale chez l'homme
Y70 Syphilis chez l'homme
Y71 Gonococcie chez l'homme
Y72 Herpes génital chez l'homme
Y73 Prostatite/vésiculite séminale
Y74 Orchite/épididymite
Y75 Balanite
Y76 Condylome acuminé chez l'homme
Y77 Cancer de la prostate
Y78 Autre cancer génital chez l'homme
Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme
Y80 Lésion traumat. génitale homme
Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce
Y82 Hypospadias
Y83 Ectopie testiculaire
Y84 Autre anom. congénitale homme
Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate
Y86 Hydrocèle
Y99 Autre maladie génitale chez l'homme

## Social Z

Z01 Pauvreté/P. économique
Z02 P. d'eau/de nourriture
Z03 P. d'habitat/de voisinage
Z04 P. socioculturel
Z05 P. de travail
Z06 P. de non emploi
Z07 P. d'éducation
Z08 P. de protection sociale
Z09 P. légal
Z10 P. relatif au syst. de soins de santé
Z11 P. du fait d'être malade/compliance
Z12 P. de relation entre partenaires
Z13 P. de comportement du partenaire
Z14 P. du à la maladie du partenaire
Z15 Perte/décès du partenaire
Z16 P. de relation avec un enfant
Z18 P. du à la maladie d'un enfant
Z19 Perte/décès d'un enfant
Z20 P. relation autre parent/famille
Z21 P. comportem. autre parent/famille
Z22 P. du à la mal. autre parent/famille
Z23 Perte/décès autre parent/famille
Z24 P. de relation avec un ami
Z25 Agression/évènement nocif NCA
Z27 Peur d'un P. social
Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z)
Z29 P. social NCA

## Abréviations

| | |
|---|---|
| / | ou |
| Acc. | Accouchement |
| Anom | Anomalie |
| Bén. | Bénin (igne) |
| CE | Corps étranger |
| Gén | Généralisé(e) |
| Incap | Incapacité |
| Indét | Indéterminé(e) |
| Loc. | Localisé(e) |
| Mal. | Maladie |
| MST | Maladie sexuellement transmissible |
| NCA | Non classé ailleurs |
| P. | Problème |
| Préoc | Préoccupé(e) |
| RAA | Rhumatisme articulaire aigu |
| S/P | Symptôme ou plainte |
| Sec. | Secondaire |
| Subs | Substance |
| Syndr | Syndrome |
| Tum. | Tumeur |

**Traducteurs: Michel Roland et Marc Jamoulle**

**Annexe 4 : Tableau récapitulatif des résultats statistiques**

| | ECOGEN | | +65 ANS | | ADULTES | | JEUNES | | -65 ANS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | 20613 | | 5499 | | 11071 | | 4043 | | 15114 | |
| % de la base Ecogen | 100% | | 26,7% | | 53,7% | | 19,6% | | 73,3% | |
| Age Moyen | 46,6 | | 77,4 | | 45,4 | | 7,8 | | 35,4 | |
| Age Médian | 49,0 | | 77,0 | | 46,0 | | 6,0 | | 38,0 | |
| Age max | 112,0 | | 112,0 | | 65,0 | | 20,0 | | 65,0 | |
| Age Min | 0,0 | | 66,0 | | 21,0 | | 0,0 | | 0,0 | |
| Hommes | 8618 | 41,8% | 2222 | 40,4% | 4413 | 39,9% | 1983 | 49,0% | 6396 | 42,3% |
| Femmes | 11995 | 58,2% | 3277 | 59,6% | 6658 | 60,1% | 2060 | 51,0% | 8718 | 57,7% |
| | | | | | | | | | | |
| Durée Moyenne | 17,27 | | 18,83 | | 17,29 | | 15,11 | | 16,71 | |
| Durée Médiane | 15 | | 16 | | 15 | | 14 | | 15 | |
| Durée max | 898 | | 860 | | 898 | | 565 | | 898 | |
| Durée Min | 1 | | 1 | | 1 | | 2 | | 1 | |
| | | | | | | | | | | |
| Consultations | 19344 | 93,8% | 4485 | 81,6% | 10874 | 98,2% | 3985 | 98,6% | 14859 | 98,3% |
| Visites | 1269 | 6,2% | 1014 | 18,4% | 197 | 1,8% | 58 | 1,4% | 255 | 1,7% |
| | | | | | | | | | | |
| ALD | 4498 | 21,8% | 2811 | 51,1% | 1642 | 14,8% | 45 | 1,1% | 1687 | 11,2% |
| | | | | | | | | | | |
| Nbre de résultats | 45582 | | 16401 | | 23211 | | 5970 | | 29181 | |
| Ecart type | 1,459350846 | | 1,785736505 | | 1,293363607 | | 0,74585133 | | 1,20390173 | |
| Mediane | 2 | | 3 | | 2 | | 1 | | 2 | |
| Moyenne | 2,211322952 | | 2,98254228 | | 2,096558576 | | 1,476626268 | | 1,93072648 | |
| 1er quartile | 1 | | 2 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 4e quartile | 3 | | 4 | | 3 | | 2 | | 2 | |
| Nbre Resultats Min | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Nbre Resultats Max | 12 | | 12 | | 11 | | 7 | | 11 | |
| | | | | | | | | | | |
| Niveau de confiance | 95% | | 95% | | 95% | | 95% | | 95% | |
| cote Z | 1,959963985 | | 1,959963985 | | 1,959963985 | | 1,959963985 | | 1,95996398 | |
| | | | | | | | | | | |
| marge d'erreur moyenne population | 0,019922196 | | 0,047198001 | | 0,024092136 | | 0,022990504 | | 0,01919329 | |
| intervalle confiance inf | 2,191400756 | | 2,935344279 | | 2,072466441 | | 1,453635764 | | 1,91153319 | |
| intervalle confiance sup | 2,231245147 | | 3,029740282 | | 2,120650712 | | 1,499616771 | | 1,94991977 | |

**Annexe 5 : Top 25 de l'OMG de la classe d'âge 70-79 ans**

TRANCHE D'AGE

70-79

SEXE

LES DEUX (CUMUL)

VALIDER

**Classement des 50 RC les plus fréquents**

**par patients pour tous les patients de 70 à 79 ans pour l'année 2009**

| Rang | Résultat de consultation | Nombre de patients | Pourcentage |
|---|---|---|---|
| 1 | HTA | 2099 | 49.70 |
| 2 | HYPERLIPIDÉMIE | 1370 | 32.44 |
| 3 | VACCINATION | 881 | 20.86 |
| 4 | EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION | 651 | 15.42 |
| 5 | ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE | 632 | 14.97 |
| 6 | ARTHROSE | 618 | 14.63 |
| 7 | DIABETE DE TYPE 2 | 593 | 14.04 |
| 8 | REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE | 426 | 10.09 |
| 9 | LOMBALGIE | 416 | 9.85 |
| 10 | ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE | 409 | 9.69 |
| 11 | INSOMNIE | 383 | 9.07 |
| 12 | ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE | 358 | 8.48 |
| 13 | ETAT MORBIDE AFEBRILE | 341 | 8.07 |
| 14 | DOULEUR NON CARACTERISTIQUE | 326 | 7.72 |
| 15 | RHINOPHARYNGITE - RHUME | 324 | 7.67 |
| 16 | CANCER | 291 | 6.89 |
| 17 | PROSTATE (HYPERTROPHIE) | 285 | 6.75 |
| 18 | EPAULE (TENOSYNOVITE) | 269 | 6.37 |
| 19 | CONSTIPATION | 264 | 6.25 |
| 19 | VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX | 264 | 6.25 |
| 21 | TROUBLE DU RYTHME (AUTRE) | 262 | 6.20 |
| 22 | ETAT FEBRILE | 258 | 6.11 |
| 23 | RHINITE | 255 | 6.04 |
| 24 | PLAINTE ABDOMINALE | 252 | 5.97 |
| 25 | OSTEOPOROSE | 251 | 5.94 |

**Annexe 6 : Top 20 ECOGEN des 20-65 ans**

| RANG | CODE | LIBELLE DE LA CISP-2 | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | A98 | Gestion santé/médecine préventive | 2703 | 11,6% |
| 2 | K86 | Hypertension non compliquée | 1185 | 5,1% |
| 3 | R74 | Infection aiguë voies respiratoires supérieures | 890 | 3,8% |
| 4 | P76 | Dépression | 792 | 3,4% |
| 5 | A97 | Pas de maladie | 696 | 3,0% |
| 6 | T93 | Trouble du métabolisme des lipides | 684 | 2,9% |
| 7 | T90 | Diabète non insulino-dépendant | 456 | 2,0% |
| 8 | L84 | Syndrome dorso-lombaire sans irradiation | 367 | 1,6% |
| 9 | L86 | Syndrome dorso-lombaire et irradiation | 322 | 1,4% |
| 10 | L87 | Bursite, tendinite, synovite non classé ailleurs | 316 | 1,4% |
| 11 | P74 | Trouble anxieux/état anxieux | 306 | 1,3% |
| 12 | T86 | Hypothyroïdie/myxoedème | 305 | 1,3% |
| 13 | P06 | Perturbation du sommeil | 288 | 1,2% |
| 14 | R78 | Bronchite aiguë, bronchiolite | 273 | 1,2% |
| 15 | R75 | Sinusite aiguë/chronique | 258 | 1,1% |
| 16 | W11 | Contraception orale | 220 | 0,9% |
| 17 | P17 | Usage abusif du tabac | 210 | 0,9% |
| 18 | D84 | Maladie de l'oesophage | 201 | 0,9% |
| 19 | L99 | Autre maladie ostéo-articulaire | 191 | 0,8% |
| 20 | R80 | Grippe | 184 | 0,8% |

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

TITRE DE LA THESE :
Principaux résultats de consultations des patients âgés de 65 ans et plus consultant en médecine générale. Etude ancillaire de l'étude nationale ECOGEN.

AUTEUR : ANNE-LISE BUFFET

RESUME :

Objectifs :
L'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la génération « baby-boom » ont entraîné une augmentation de la proportion de personnes âgées. L'objectif de notre étude était de décrire les principaux résultats de consultations des personnes âgées de 65 ans et plus consultant en médecine générale en France.

Matériels et méthodes :
Ce travail ancillaire a été réalisé en 2015, en lien avec le projet ECOGEN qui était une étude observationnelle transversale multicentrique nationale, en patientèle de médecine générale. Les données ont été recueillies par 54 internes investigateurs auprès de leurs maîtres de stages respectifs (128 centres) selon la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2, WONCA) entre le 1er décembre 2011 et le 30 avril 2012. Cela nous a permis de réaliser le premier relevé national de données de consultation en soins primaires, mettant en relation motifs, résultats et procédures. A partir de cette base de données, nous avons classé les résultats de consultation des personnes âgées de 65 ans et plus. Nous avons fait de même pour les personnes âgées de moins de 65 ans, afin de comparer dans un second temps ces deux populations.

Résultats :
Parmi les 20 613 consultations de la base de données ECOGEN, 5 499 (26.7 %) concernaient les personnes âgées de 65 ans et plus avec un âge moyen de 77.4 ans et une majorité de femmes (59.6 %). Le résultat de consultation le plus fréquent était l'hypertension artérielle non compliquée (12.2 %), suivie des situations de médecine préventive (6.9 %), des dyslipidémies (6.1 %), du diabète de type 2 (3.9 %), puis de la dépression (2.5 %). Concernant les patients âgés de moins de 65 ans, les résultats de consultations les plus fréquents étaient les situations de prévention (13.2 %) et les infections aiguës des voies respiratoires supérieures (5.4 %). Les personnes âgées de 65 ans et plus avaient un temps de consultation plus long ($p<0.01$) et un nombre moyen de résultats de consultations supérieur ($p<0.01$), comparées aux personnes âgées de moins de 65 ans.

Conclusion :
L'activité des médecins généralistes est dominée par la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires chez les personnes âgées de 65 ans et plus, dont l'hypertension artérielle non compliquée est le plus fréquent. Le médecin traitant est au centre du parcours de soins et est également amené à gérer des situations de prévention pour lesquelles il joue un rôle essentiel afin de limiter l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques dues au vieillissement.

**MOTS-CLES :** médecine générale, étude ECOGEN, vieillissement, facteurs de risques cardiovasculaires, prévention.