



Activité d'une **interne** de médecine générale en **SASPAS**

La mise en place du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS) est encore récente.¹ Celui-ci devrait permettre à l'étudiant une adaptation progressive à l'activité de médecine générale. Pendant ce stage, parallèlement au soin, l'interne doit réaliser un travail personnel dit de recherche.

Après un an d'existence dans notre UFR, il nous a semblé intéressant d'utiliser ce temps pour tenter de décrire l'activité de l'interne. Sa présence à temps partiel lui permet-elle une réelle confrontation à l'exercice de la médecine générale ? Cette activité est-elle très différente de celles des maîtres de stage qui l'accueillent ? Nos objectifs étaient donc de décrire, à l'aide de quelques variables, l'activité d'un interne, puis de la comparer à celle des deux médecins du même cabinet et, enfin, de tenter d'expliquer les éventuelles différences. Nous voulions aussi tester la faisabilité d'un « travail personnel de recherche », sachant qu'il s'agit souvent du premier exercice du genre pour les internes et qu'il serait difficile de le poursuivre au-delà des six mois de stage.

MÉTHODE

Cette étude a été réalisée dans un cabinet de deux médecins de sexe masculin, âgés de 48 et 50 ans, installés depuis 18 ans dans une ville de 100 000 habitants. L'interne était une femme de 30 ans, en dernier semestre de formation, qui s'apprête à faire des remplacements en vue d'une installation. Elle travaillait deux jours par semaine dans le cabinet (mardi et jeudi) [et un troisième jour dans un autre cabinet dont l'activité n'a pas été prise en compte ici].

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective, comparative entre l'activité d'une interne de médecine générale et celles de deux de ses maîtres de stage (MdS) travaillant dans le même cabinet. Les médecins et l'interne relevaient en direct et en continu l'ensemble de leurs actes dans le dossier médical des patients pendant six mois, de mai à novembre 2004.

Les médecins utilisaient un dossier médical informatisé, dont les informations standardisées étaient analysables (logiciel EasypratV6). Les diagnostics étaient relevés par

l'intermédiaire du *Dictionnaire des résultats de consultation* de la SFMG.² L'analyse des données a été faite par un module spécifique sous Access, au cabinet des médecins. L'analyse descriptive des trois activités a été réalisée à partir des variables suivantes : le nombre d'actes, l'âge et le sexe des patients, les diagnostics. Afin de pouvoir étudier l'activité de l'interne et la comparer à celles des deux médecins, nous avons effectué des regroupements thématiques de diagnostics à partir des listes des 25 les plus fréquemment rencontrés par les trois médecins. Ces regroupements ont été calqués sur ceux utilisés par la SFMG :³ les pathologies aiguës, les pathologies chroniques, les pathologies psychologiques, les conduites addictives et la prévention. Cela ne correspond pas à l'exhaustivité de l'activité, mais permet de dessiner les grands types de problèmes rencontrés par l'interne.

RÉSULTATS

L'activité de l'interne

Au total, 579 actes ont été pratiqués du 1^{er} mai au 31 octobre 2004, lors de 42 journées de travail, soit une moyenne de 13 actes par jour (de 5 à 23).

Les patients vus par l'interne étaient des femmes dans 60 % des cas. La moyenne d'âge était de 31 ans

Par **Emmanuelle Deleau**, interne de médecine générale, SASPAS Poitiers (86), **Olivier Kandel**, **Jean-François Maugard**, département de médecine générale, UFR médecine de Poitiers et Société française de médecine générale (SFMG).

TABLEAU I – LES 25 DIAGNOSTICS LES PLUS COURANTS TOUS ÂGES ET SEXES CONFONDUS VUS PAR L'INTERNE

Ordre	Diagnostics	%	Ordre	Diagnostics	%
1	examens systématiques et prévention	15,20	14	toux	2,76
2	angine	7,60	15	épigastralgie	2,59
3	rhinopharyngite	7,08	16	Asthénie, fatigue	2,59
4	vaccination	6,39	17	contraception	2,42
5	hypertension artérielle	4,15	18	rhinite	2,42
6	douleur non caractéristique	3,63	19	plainte abdominale	2,07
7	troubles psychiques	3,28	20	céphalée	2,07
8	humeur dépressive	3,11	21	otite moyenne	2,07
9	hyperlipidémie	3,11	22	conjonctivite	1,73
10	anxiété angoissée	2,94	23	problème avec l'alcool	1,55
11	lombalgie	2,94	24	diarrhée nausée vomissements	1,55
12	dermatose	2,94	25	otite externe	1,38
13	bronchite aiguë	2,76	26	réaction à une situation éprouvante	1,38

ACTIVITÉ D'UNE INTERNE EN SASPAS

TABLEAU II – LES 5 DIAGNOSTICS LES PLUS FRÉQUENTS PAR TRANCHES D'ÂGE VUS PAR L'INTERNE

ordre	< 16 ans	16 à 39 ans	40 à 65 ans	> 65 ans
1	rhinopharyngite	ex. systématique et prévention	hypertension artérielle	hypertension artérielle
2	ex. systématique et prévention	angine	ex. systématique et prévention	troubles psychiques
3	vaccination	vaccination	humeur dépressive	constipation
4	angine	rhinopharyngite	problème avec l'alcool	rhinopharyngite
5	toux	contraception	anxiété fatigue	syndrome colique

(extrêmes : 1 mois et 86 ans). Dans 272 actes, les patients avaient entre 16 à 39 ans et dans 48 actes, plus de 65 ans.

La liste des 25 diagnostics les plus souvent rencontrés par l'interne (tableau I) était variée et comportait des situations cliniques de type symptomatique ou syndromique (douleur non caractéristique, troubles psychiques, hyperlipidémie, lombalgie...) et des tableaux de maladie (angine, hypertension artérielle, bronchite...). Le diagnostic le plus fréquent (15,2 % des actes) était : « examens systématiques et prévention » (examens systématiques de l'enfant, examens de sport, dépistage des cancers...). L'analyse des fréquences de diagnostics par tranche d'âge montre que, pour les moins de 40 ans, les plus fréquents étaient des infections des voies aériennes supérieures et la prévention. Pour les plus de 40 ans, il s'agissait de la prise en charge de l'hypertension artérielle, de la prévention et des problèmes psychiques (tableau II).

Les regroupements de diagnostics montrent que la prévention représente 24 % de l'activité de l'interne. Elle n'avait vu que 14 % de pathologies du groupe chronique (17 % pour les femmes). Plus d'un diagnostic sur trois correspondait à une pathologie aiguë, et les infections des voies aériennes supérieures représentaient 65 %. Pour les femmes, les principales pathologies aiguës étaient urinaires ou gynécologiques ; 11 % des diagnostics faisaient partie du groupe psychologique. On remarque, par ailleurs, que l'interne n'a pas vu de femmes pour conduite addictive.

L'interne a relevé 158 diagnostics sur les 270 définitions que compte le dictionnaire des diagnostics, soit 58 % de l'ensemble. Certains diagnostics non utilisés étaient des situations habituelles en médecine générale (tableau III).

TABLEAU III
QUELQUES
DIAGNOSTICS
NON VUS PAR
L'INTERNE

- Adénopathie isolée
- Brûlure
- Chalazion
- Épistaxis
- Escarre
- Fécalome
- Insuffisance respiratoire
- Panaris
- Prostatite
- Zona

Comparaison de l'activité de l'interne à celles des deux maîtres de stage

Au total, 4221 patients ont été vus par les trois médecins pendant ces six mois : 13,5 % ont consulté l'interne, 44 % le médecin A et 43 % le médecin B. Il y avait 45 % d'hommes et 55 % de femmes. L'interne a vu proportionnellement plus de femmes (60 %) que les deux médecins (54 et 55 %) dans la même période ($p = 0,036$). L'âge moyen des patients vus par les deux médecins était

identique : 36 ans (31 ans pour l'interne). La répartition en fonction des tranches d'âge montre des différences significatives ($p < 0,001$) : 61 et 58 % des patients vus par les médecins étaient des adultes jeunes (16 à 39 ans) [71 % pour l'interne]. La patientèle des deux médecins était globalement voisine et plus équilibrée. Celle de l'interne était composée pour les deux tiers des moins de 40 ans (fig. 1).

L'analyse des regroupements de diagnostics révèle quelques différences. L'interne a vu 10 % de plus de pathologies aiguës, a réalisé sensiblement plus d'actes de prévention ; en revanche, les deux médecins ont vu deux fois plus de pathologies chroniques que l'interne. Dans la prise en charge des problèmes psychologiques, l'activité de l'interne était légèrement inférieure et, dans le suivi des addictions, ses prises en charge étaient nettement moins élevées que celles des médecins (fig. 2).

Enfin, les médecins ont relevé, pendant les six mois, 232 et 221 des 270 diagnostics du dictionnaire (85 % et 81 %) [58 % pour l'interne].

DISCUSSION

L'interne a fait en moyenne 13 actes par jour de présence au cabinet. Le nombre moyen d'actes quotidiens réalisés par un généraliste en France, varie de 17 à 18,7.³⁻⁶ Compte tenu du temps nécessaire d'adaptation et d'apprentissage en début de stage, l'interne s'est bien retrouvée en situation de pratique réelle de médecine générale.

Les patients vus par l'interne étaient majoritairement des jeunes femmes. Avec 60 % de patients de sexe féminin, l'interne a vu plus de femmes que les médecins du cabinet (54 et 55 %) et que le chiffre habituellement indiqué : 55 %.^{3,5} Le fait que l'interne était une femme intervient certainement. Dans ce cabinet d'hommes, elle a probablement vu des patientes qui préfèrent, par choix personnel ou culturel, consulter un médecin femme. La tranche d'âge des patients la plus rencontrée par l'interne était les 15 à 39 ans. Elle a vu peu de patients de plus de 65 ans (8 %). Les chiffres figurant dans la littérature montrent plus de 25 % de patients de 65 ans et plus.³⁻⁵ Mais les jeunes médecins voient en général moins de patients âgés : 19 % de plus de 70 ans pour les médecins avant 40 ans, contre 32 % pour les confrères de plus de 50 ans. Outre l'âge de l'interne, cette différence peut aussi s'expliquer par la préférence des patients, les personnes âgées étant peut-être plus réticentes, mais aussi par l'intervention de la secrétaire dans la prise de rendez-vous...

Si l'on compare les 25 diagnostics les plus fréquemment pris en charge par l'interne à ceux des médecins de l'Observatoire de la médecine générale,⁸ on note une grande similitude. Les diagnostics absents de la liste de l'interne s'expliquent par le plus jeune âge de ses patients. On les retrouve en revanche dans ses listes analysées par tranche d'âge. L'interne a donc pris en charge

ACTIVITÉ D'UNE INTERNE EN SASPAS

les principales situations cliniques habituellement rencontrées en médecine de ville. Cela permet, par ailleurs, de souligner que l'utilisation d'un langage standardisé des diagnostics est possible et facilement assimilable.

L'analyse des regroupements de diagnostics montre quelques différences, bien que l'activité de l'interne apparaisse aussi diversifiée que celles des deux médecins.

Ainsi, 37 % des prises en charge de l'interne font partie du groupe des pathologies aiguës, contre 22 et 24 % pour les médecins du cabinet. Il faut rapprocher son chiffre de ceux de la Drees : 36 %.⁷ Le planning de l'interne se remplit en bonne partie au fur et à mesure de la journée avec des patients qui prennent un rendez-vous le jour même. L'interne a vu 14 % de pathologies du groupe « pathologies chroniques » contre 36 et 25 % pour les médecins du cabinet. En général les chiffres sont encore plus élevés : 43 %, 49 %.⁷ Notons que ces patients viennent souvent avec des rendez-vous programmés tous les trois mois. L'interne ne consultant que deux jours par semaine, elle a eu moins de chance de les rencontrer.

L'interne a pris en charge des problèmes psychologiques et des addictions dans 12,5 % des cas contre 30 et 22 % pour les médecins du cabinet. Selon les publications, les chiffres varient entre 16 et 26 %.^{3,7}

L'activité de prévention a représenté 24 % de l'activité de l'interne, soit presque le double de celle des médecins. En observant les différences dans le contenu de ces actes, « vaccination » et « examens systématiques » font partie des 5 « dénominations » les plus courantes pour l'interne. Mais la différence se fait essentiellement dans le suivi des femmes, car « grossesse » est présent dans la liste des 25 prises en charge les plus fréquentes, alors qu'il apparaît au-delà des 25 plus fréquentes dans la population féminine des deux confrères.

Enfin, la différence entre la liste des diagnostics utilisés par l'interne et celles des médecins est notoire (158 contre 232 et 221). L'étude portant sur la période estivale, certains diagnostics sont logiquement absents du recueil (engelure, phlegmon de l'amygdale, syndrome de Raynaud, varicelle...). La découverte du langage standardisé² en début de stage peut aisément expliquer une partie de cette différence. Il faut aussi, et peut-être surtout, souligner la moindre activité de l'interne qui n'était présente au cabinet que deux jours par semaine. Toutefois, cette différence doit être relativisée à la lumière de la « loi de répartition régulière des cas ». Les situations cliniques les moins fréquentes sont observées au moins une fois tous les 3 000 cas, soit à peu près une fois par an. En deux mois d'équivalent temps plein, l'interne a pris en charge 158 situations cliniques différentes. Sachant que les 100 diagnostics les plus fréquents du *Dictionnaire des résultats de consultation* représentent 90 % de l'activité d'un généraliste, on peut considérer qu'après son SASPAS l'interne est prête à exercer dans de bonnes conditions la médecine générale.

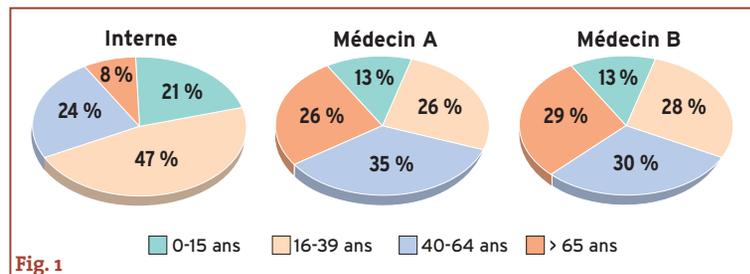


Fig. 1

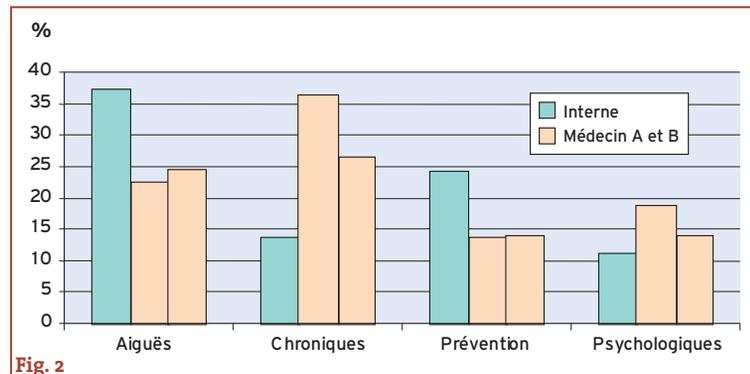


Fig. 2

CONCLUSION

Le stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé, introduit depuis peu dans la formation des futurs médecins généralistes, semblerait être apprécié par les internes.¹⁰ Cette étude, bien que limitée à l'expérience d'un seul interne, montre qu'ils sont confrontés aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale, malgré leur présence à temps partiel. Cela laisse penser que cette nouvelle opportunité de stage pratique est très formatrice et permet à l'interne d'être mieux préparé à sa future pratique. Cette étude mériterait d'être étendue, en particulier sur plusieurs universités. Les postes proposés aux internes seront en augmentation chaque semestre, dans quasiment toutes les UFR. Il est plutôt encourageant pour la profession de savoir que ses internes désirent une formation complète et adaptée à leurs futures pratiques. Gageons que les généralistes, maîtres de stage, se donneront les moyens de les accueillir. ■

Références

1. Circulaire ministérielle DGS/DES 2004 n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du SASPAS.
2. Dictionnaire des résultats de consultation (révision 2001). Ferru P, Kandel O *et al.* Doc Rech Med Gen ; 58 : 3-67.
3. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boinault P. Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 : 781-4.
4. Une semaine d'activité des médecins généralistes CNAM-TS-Point STAT n° 33-juin 2001.
5. Taux de consommation de séances de médecins en un mois. INSEE. 1998.
6. Gallais JL *et al.* Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Doc Rech Med Gen juin 1997 ; 45.
7. Les consultations et visites des médecins généralistes Un essai de typologie. Labarthe G. Études et Résultats. DREES. n° 315, juin 2004.
8. Observatoire de la médecine générale 2004-10. Société française de médecine générale. <http://omg.sfm.org>
9. www.sfm.org/dictionnaire/digest_enligne.html
10. isnar.com- bulletin d'information des résidents. N° 25, été 2004.

Fig. 1 : Répartition des patients par tranches d'âge pour les trois médecins ; fig. 2 : Comparaison des 3 médecins/regroupement de quelques diagnostics.