

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME**  
**D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

par

GIRARD-MONNIER Fabienne

Née le 09 mai 1981 à Bordeaux

**Est-il possible d'estimer la complexité du suivi des  
patients polypathologiques chroniques ?**

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2012

Doyen de la faculté : Professeur Djillali ANNANE

Président du jury : Professeur Pierre-Louis DRUAIS

Directeur de thèse : Docteur Philippe BOISNAULT

DES de Médecine Générale

Université Versailles – St Quentin-en-Yvelines

## REMERCIEMENTS

Au président du jury : Professeur Pierre-Louis Druais.

Aux membres du jury : Professeur Olivier Dubourg, Professeur Thierry Leret , Dr Philippe Boisnault, Dr Alain Jami et Dr Chantal Stheneur.

A mon directeur de thèse : Dr Philippe Boisnault pour cette thèse qui a été une grande aventure, et pour m'avoir donnée le premier le gout de la médecine générale.

Aux investigateurs de l'Observatoire de Médecine Générale pour m'avoir permis d'utiliser les données de la base.

A mon tuteur : Dr Claude Rougeron, pour m'avoir suivie et donnée des conseils avisés tout au long de mon cursus.

A mon mari, Antonin Monnier pour m'avoir toujours soutenue.

A ma fille, Naomie Monnier qui nous donne tant de joie et de bonheur.

Et enfin à toute ma famille, ma belle-famille et à tous mes amis pour leur entourage et amour.

## TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	6
1.1	CONTEXTE GENERAL .....	6
1.2	Objectifs .....	8
2	METHODE .....	9
2.1	Principe : .....	9
2.2	L’Observatoire de la Médecine Générale.....	10
2.2.1	Base de données Diogène :.....	10
2.2.2	Objectifs de l’Observatoire de la MG : .....	11
2.3	Les Résultats de Consultation en Pathologies chroniques.....	11
2.3.1	Définition du Résultat de Consultation .....	11
2.3.2	Définition de la pathologie chronique .....	13
2.3.3	Sélection des Résultats de Consultation :.....	14
2.4	LE TABLEAU DE SUIVI .....	14
2.4.1	Le suivi .....	14
2.4.2	Les éléments de suivis .....	15
2.4.3	Fréquence .....	15
2.4.4	Conditions .....	16
2.4.5	Sources bibliographiques.....	16
2.4.6	Construction des Tableaux de suivi des RC :.....	19
2.5	Pondération.....	20
2.5.2	Indice de Complexité de Suivi par RC .....	21
2.5.3	Indice de Complexité par patient.....	21
2.6	Analyse statistique.....	22
3	Résultats .....	23
3.1	La population étudiée .....	23
3.2	RC.....	25
3.2.1	Les 50 RC.....	25
3.2.2	Exclusion .....	26
3.2.3	Inclusion .....	26
3.3	Les éléments de suivi (ES) et leurs types .....	27

3.3.1	Les ES.....	27
3.3.2	Les types d'ES et leurs pondérations.....	27
3.4	Premier tableau de suivi par RC à partir Données disponibles dans les référentiels :.....	35
3.5	Deuxième tableau de suivi par RC.....	36
3.5.1	Interprétations et création des référentiels.....	36
3.5.2	Présentation du deuxième tableau.....	38
3.5.3	Cas particulier de la prise en charge de la douleur et du risque accru d'automédication en AINS et paracétamol.....	38
3.5.4	Les deux tableaux pour chaque RC avec leurs remarques et interprétations supplémentaires:.....	39
3.6	Tableau de Synthèse.....	78
3.7	ICS.....	78
3.7.1	Application à la pathologie/ au RC: ICS-RC.....	78
3.7.2	Application à la polypathologie : ICS-P :.....	83
4	DISCUSSION.....	96
4.1	Description des insuffisances et des limites :.....	96
4.1.1	Choix limité des RC.....	96
4.1.2	La nature des RC :.....	96
4.1.3	Les référentiels.....	96
4.1.4	Les types d'ES et leur P(ES).....	96
4.1.5	Le suivi.....	96
4.1.6	Le mode de cotation.....	97
4.1.7	Les fréquences de consultations chez le médecin généraliste :.....	97
4.1.8	Le choix des ES.....	97
4.1.9	ICS.....	97
4.2	Discussion à propos de l'ICS.....	98
4.2.1	L'ISC-RC :.....	98
4.2.2	L'ISC-P.....	98
4.3	Analyse des variances.....	100
4.4	Perspectives de travail.....	100
4.4.1	Les autres RC.....	100

4.4.2	Validation et réactualisation des référentiels :.....	100
4.4.3	Travail de fusion de L'éduc diet/conseils hygiéno-diet pour les associations de RC :	101
4.4.4	Application de l'ISC-P dans le mode cotation de la consultation chez le médecin généraliste: .....	101
5	CONCLUSION .....	102
6	Bibliographie.....	104
7	Glossaire.....	105
8	ANNEXES .....	107
8.1	Annexe 1 : CIM10.....	107
8.2	Annexe 2 : Liste des RESULTATS de CONSULTATION .....	109
8.3	Annexe 3 : Liste des 112 RC CHroniques.....	116
8.4	Annexe 4 : Liste des Elements de Suivi.....	119
8.5	Annexe 5 : Elements de suivi, Type et Pondération.....	121
8.6	Annexe 8 : Referentiels utilisés pour le tableau de synthese.....	123
8.7	Annexe 9 : Tableau de synthèse Global .....	128

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 CONTEXTE GENERAL

A ce jour le médecin généraliste ne dispose que de peu de moyens pour définir la difficulté de prise en charge d'un patient polypathologique chronique. Il n'a que son dossier médical pour la mesurer et donc qu'une intuition de l'importance de son suivi, qui sera basée éventuellement sur le nombre de pathologies, le nombre de lignes sur l'ordonnance, la fréquence des consultations de médecine générale, de suivi chez les spécialistes ... mais ces indicateurs sont-ils vraiment représentatifs de l'importance de sa prise en charge ?

Il n'existe que quelques études sur la consultation chronique qui ont permis de définir des typologies<sup>1,2</sup> de consultation de médecine générale afin d'améliorer les prescriptions<sup>1</sup> mais aussi afin de définir un autre mode de notation<sup>2</sup> de la consultation chez le médecin. Il n'en existe cependant pas concernant la difficulté et la complexité de la prise en charge du patient chronique polypathologique.

On sait actuellement que le patient polypathologique chronique occupe une place de plus en plus importante au sein de la consultation du médecin généraliste : 40% des consultations du médecin généraliste<sup>1,3</sup> concernent un patient polypathologique chronique. On peut noter rapidement que :

- Ces consultations sont les plus longues<sup>3</sup> avec celles prises en charge en ALD<sup>4</sup>.
- Les patients les plus concernés sont âgés de 40 à 55 ans<sup>1</sup>.
- Les pathologies concernées évoluent en fonction de l'âge mais aussi du niveau socioéconomique du patient.
- Les plus représentées sont l'HTA, le Diabète et l'obésité.

En 2004, un quart des 6,56 millions de patients pris en charge en Affection Longue Durée (ALD)<sup>3</sup> étaient des patients chroniques. Ces patients chroniques avaient, eux, un âge moyen de 61 ans, avec une majorité de femmes (51,8%) ; les maladies plus fréquentes par ordre de fréquence étaient cardiovasculaires, les tumeurs malignes, le diabète et les affections psychiatriques<sup>5</sup>.

Par ailleurs l'IRDES révélait en 2006 que 8 personnes sur 10 dans la population générale souffraient d'un trouble de santé chronique en France. Les pathologies étaient par ordre de fréquence : oculaires, dentaires, ostéoarticulaires, endocriniennes, nutritionnelles, métaboliques et cardiovasculaires <sup>6</sup>.

Au travers de ces données, on s'aperçoit que ces patients polypathologiques chroniques sont de plus en plus nombreux et que, la population vieillissant, ils représentent aussi un enjeu économique majeur. Nous avons donc besoin de les suivre, les étudier et les connaître au mieux à une échelle nationale mais aussi et surtout à l'échelle du médecin généraliste qui a un rôle central dans le suivi de ces patients lourds<sup>7</sup>.

En France, la consultation d'un patient chronique par un médecin généraliste dure en moyenne 16 minutes, ce qui est beaucoup plus long que la plupart des autres pays notamment en Espagne, Grande Bretagne, Hollande, USA, les pays nord européens et le Canada où les médecins généralistes disposent d'une durée de 6 à 13 minutes<sup>8</sup>.

L'emploi du temps des médecins généralistes est très chargé avec un temps de travail de 52 à 60 h par semaine <sup>9</sup>. La moitié des médecins généralistes est désireuse de diminuer son temps de travail<sup>10</sup> et on note que la satisfaction de leur travail décroît avec l'âge et la durée de travail<sup>10</sup>. Une part importante de leur activité s'appuie sur une collaboration : d'abord avec les spécialistes puis avec les pharmaciens, IDE, biologistes, kiné... afin d'assurer la continuité des soins entre tout le personnel médical et paramédical <sup>11</sup>.

Alors que le médecin généraliste a ce rôle principal, il est en manque de référentiels car ceux qui lui sont offerts ne concernent que des monopathologies. Ainsi, le suivi d'un patient polypathologique amène à des prescriptions inadaptées, avec des interactions, des contre-indications et des couts exorbitants <sup>12</sup>. Ces référentiels ne donnent pour la plupart que très peu de données concrètes pour le suivi des patients. Les patients sont donc traités au cas par cas avec de grandes disparités inter médecin et inter patients.

Il paraît essentiel que le médecin généraliste aie une meilleure gestion de son organisation et une meilleure collaboration avec ses confrères, qu'il ait à sa disposition des moyens fiables, rapides et adaptés de suivi, faciles d'accès et reproductibles afin de mieux connaître les patients et de mesurer rapidement l'investissement nécessaire pour chacun et de pouvoir exercer dans des conditions

optimales. C'est pourquoi il nous a semblé nécessaire de créer un outil de suivi sous forme de tableau de suivi et incluant un indicateur capable d'estimer la difficulté de la prise en charge des patients polypathologiques chroniques.

## ***1.2 OBJECTIFS***

Nous chercherons dans ce travail à répondre à la question : Est-il possible de créer un **outil de suivi** du patient polypathologique chronique, que nous appellerons **le tableau de suivi** et à partir de ce tableau de calculer un indice de complexité de suivi du patient (**ISC-P**).

L'indice de complexité de suivi des maladies (ICS-RC) et l'indice patient, ISC-P, seront les témoins de la complexité de la prise en charge de la maladie et du patient. Nous tenterons de définir cet ISC-P et pour cela, on verra si l'indice ISC-P du patient dépend de la somme des **ISC-RC** de ses pathologies, **du nombre de pathologies**, du genre des patients ou de leurs âges et s'il varie d'un médecin à l'autre fonction de son type de patientèle. Nous verrons si cet ISC-P a une part de variance inexplicable.



## 2 METHODE

### 2.1 PRINCIPE :

Nous allons prendre une population, celle de 2009, dont les données sont intégrées à la base de données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) et sélectionner à partir de celle-ci les patients polypathologiques chroniques c'est-à-dire ceux qui ont plus de 2 pathologies chroniques.

Nous allons, à partir d'eux, voir les pathologies ou les Résultats de Consultation chronique (RC) dont ils sont affectés.

Pour chaque pathologie chronique ou RC on va chercher les éléments de suivi (ES) dans des référentiels et créer une liste des ES pour chaque pathologie.

On regroupera ces ES en plusieurs sous-groupes d'ES : des **type** d'ES.

Chaque type d'élément de suivi sera pondéré  $P(ES)$ .

Pour chaque couple pathologie chronique – élément de suivi, on va définir une fréquence basse  $Freq_{bas}(ES)$ , et une fréquence haute,  $Freq_{haute}(ES)$  d'exécution de l'ES selon la sévérité de la pathologie et le contexte du patient.

Nous pourrions définir une pondération haute,  $ISC-RC_{haut}$ , et une pondération basse,  $ISC-RC_{bas}$  de la pathologie chronique, ainsi qu'un  $ISC-RC_{\mu}$ , moyenne des deux autres. Ces dernières vont dépendre de tous les ES de la pathologie et donc de leur pondération  $P(ES)$  et des  $Freq_{haute}(ES)$  et  $Freq_{bas}(ES)$  d'exécution de ces éléments de suivi.

Nous ferons ce travail pour les 50 premières pathologies chroniques les plus rencontrées et en excluant les RC au contenu hétérogène.

Nous nous tournerons ensuite vers les patients et leurs pathologies. Nous allons créer aussi un indice de suivi mais pour le patient : l'ISC-P. Pour cela, nous reprendrons la liste des éléments de suivi correspondant à leurs pathologies avec leurs  $Freq_{haute}(ES)$  et  $Freq_{bas}(ES)$ . Nous retrouverons forcément des redondances de certains ES. Dans ces cas nous prendrons la valeur la plus haute des fréquences basse et haute de ces éléments de suivi et ainsi éliminerons leurs répétitions.

Nous définirons un listing d'ES avec leurs  $\text{Freq}_{\text{haute}}(\text{ES})$  -  $\text{Freq}_{\text{bas}}(\text{ES})$  et leur  $P(\text{ES})$  pour chaque patient lissé de leurs redondances et pourrons calculer un index de complexité l'ISC- $P_{\text{Bas}}$  et ISC- $P_{\text{Haut}}$  et un ICS- $P_{\mu}$  de suivi pour chaque patient.

Nous pourrons ainsi comparer les ISC-P des patients avec les ICS RC des pathologies, les ISC-P entre eux même et les ISC-P des médecins.

## ***2.2 L'OBSERVATOIRE DE LA MEDECINE GENERALE***

La société Française de Médecine Générale ( SFMG ) a créé en 1993 un réseau de médecins utilisant un dossier médical informatisé structuré qui a abouti à la création de l'Observatoire de le médecine générale (OMG).

L'OMG résulte du travail des médecins investigateurs qui fournissent les données et des médecins de la SFMG qui les traitent.

Avant 2005, seuls les médecins utilisant les versions 5 et 6 du logiciel médical Easyprat pouvaient devenir investigateurs de l'OMG. Depuis 2005, le logiciel Mégabase a été labellisé OMG permettant à d'autres médecins de rejoindre l'Observatoire. Au moment de l'étude, l'OMG comptait 99 médecins investigateurs.

Pour répondre aux exigences des études qu'elle mène, la SFMG a créé en 2001 un département médical d'information (DIM) sur le mode organisationnel des DIM créés dans les années 1980 dans le monde hospitalier pour la gestion du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Ce DIM est constitué de 5 médecins sociétaires de la SFMG, d'un médecin salarié plein temps issu du monde hospitalier, compétent en statistique, épidémiologie et en gestion de bases de données. Ce groupe est renforcé par un comité de validation, qui a pour but de participer à la réflexion théorique et au contrôle de cohérence des données issues de la base.

### **2.2.1 Base de données Diogène :**

Diogène est une base de données qui concerne les caractéristiques :

- des médecins : genre, âge, lieu et mode d'exercice, secteur conventionnel...
- des patients : genre, âge, mode de vie, catégorie socioprofessionnelle, ATCD médicaux.

- ainsi que du contenu des consultations : diagnostics, prescriptions des examens paracliniques et des médicaments.

En 2011, la base recense plus de 870 000 patients pris en charge lors de 8 millions de séances, avec 10 millions de résultats de consultations et 20 millions de prescriptions médicamenteuses. Le recueil des données se fait par les médecins investigateurs, en temps réel pendant leur consultation, à l'aide d'un outil spécifique intégré dans le logiciel du médecin : le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC). Lors de chaque consultation, le médecin recueille les diagnostics des problèmes pris en charge lors de la consultation.

### **2.2.2 Objectifs de l'Observatoire de la MG :**

Les informations produites par l'OMG, proche de la réalité de la pratique et des contraintes de la médecine générale, alimentent des travaux de recherche réalisés par la SFMG au niveau national mais aussi des projets de recherches internationaux. L'OMG contribue ainsi à faire progresser la connaissance des pathologies, l'efficacité de la prise en charge et l'évolution de la pratique en médecine générale. Il permet notamment d'éclairer la formation médicale initiale et continue et d'étayer l'élaboration de référentiels professionnels.

L'OMG produit régulièrement des données sur l'activité des médecins généralistes et permet à ces derniers de comparer leurs pratiques à la pratique générale et de repositionner leur stratégie décisionnelle de façon constructive.

## ***2.3 LES RESULTATS DE CONSULTATION EN PATHOLOGIES CHRONIQUES***

### **2.3.1 Définition du Résultat de Consultation**

Le résultat de consultation (RC) est l'ensemble des conclusions diagnostiques du médecin au terme de la séance, pondérées par une position diagnostique et un code suivi. Le terme de **Résultat de Consultation** est utilisé car il permet ainsi de noter tout ce que nous prenons en charge pour le patient qui est devant nous, à savoir, soit un symptôme, soit un syndrome, soit un tableau de maladie ou un diagnostic certifié.

De nombreux médecins utilisent le Dictionnaire des Résultats de Consultation pour documenter leurs dossiers médicaux et structurer la réflexion sur leurs prises de décision. Ils appréhendent ainsi plus facilement les problèmes pris en charge, leur niveau de risque et l'étendue de leur espace de liberté.

Le **Dictionnaire des Résultats de Consultation** (DRC) est un recueil des RC classés par ordre alphabétique. Il contient à la fois 274 RC et 18 dénominations hors listes. Le DRC n'est pas une classification mais une nomenclature d'« ensemble des termes techniques d'une science » classés par ordre alphabétique, un outil conçu par la SFMG à partir des concepts novateurs du Dr Robert N. Braun.

Le DRC permet de saisir son dossier médical avec un haut niveau de certitude : en effet chaque définition comprend des critères dont certains sont obligatoires.

### **LE DRC est un moyen de gérer le risque clinique**

La sémiologie clinique reste fondamentale et le médecin généraliste en sera peut-être bientôt le seul spécialiste. Ainsi le Dictionnaire des Résultats de Consultation permet la modélisation non seulement des situations diagnostiques concrètes rencontrées dans la médecine du vrai monde, mais aussi des processus de décision. Loin d'en écarter les autres éléments décisionnels, il leur donne au contraire tout leur sens. Il fait disparaître la dichotomie longtemps entretenue entre l'organique et le fonctionnel : le corps humain ne se partage pas et son vocabulaire pour exprimer la souffrance est en définitive tellement restreint que rien ne permet de dire, quand on l'écoute s'il prépare une « grosse maladie » ou un « petit bobo ». La notion de "**Position Diagnostique**" et de "**Diagnostic Etiologique Critique - DEC**" permet au praticien de gérer l'incertitude diagnostique en s'appuyant sur une certitude clinique. Cette préoccupation est fondamentale, en particulier devant un cas non caractéristique. Le DRC est un moyen d'entrer dans une démarche de "**gestion du risque**".

### **Le DRC permet aussi le recueil de données**

Le DRC est un **langage commun**. Il permet donc une analyse des pratiques. Les données recueillies lors de la saisie des Résultats de Consultation sont stockées dans une base de données et mises en ligne sur l'Observatoire de la Médecine Générale. Dans les 10 millions de résultats de consultation, 71 % sont des symptômes isolés ou des syndromes - 29 % des tableaux de maladie ou des diagnostics certifiés.

## Correspondance CIM 10

Il y a un encodage des Résultats de Consultation avec la Classification Internationale des Maladies (CIM10) : cela permet une analyse des pratiques à l'échelle internationale. (cf. annexe 1)

### 2.3.2 Définition de la pathologie chronique

Sous l'appellation de *maladie chronique* commune on retrouve plusieurs types de chronicités tant du point de vue de la durée que de la sévérité ou de la curabilité. Par exemple on peut entendre dans maladie chronique une maladie durable sur toute la vie comme l'HTA ou bien une rhinite qui est caractérisée par son caractère saisonnier, une maladie récidivante ou bien des maladies incurables pour les cancers ou encore des maladies en échappement de traitement comme l'incontinence urinaire ou les hémorroïdes. Il est donc nécessaire et important d'introduire une **définition de la chronicité**. Le seul point commun entre ces maladies est la nécessité d'un recours répété aux soins sur une longue durée.

Nous allons suivre la définition de la chronicité adoptée par l'*étude polychrome, rapport final INSERM du 30 octobre 2009*. Cette étude s'est basée sur l'**épisode de soins** concernant un RC s'il est *nouveau* noté N ou *persistant* noté P lors de la consultation. Les membres de cette étude ont utilisé l'indicateur N/P (rapport du nombre de cas nouveau sur le nombre de cas persistant) comme critère de différenciation entre les pathologies *aigues, chroniques et intermédiaires* : la médiane du groupe *aigue* est de 2,02, la variance de 4,66 et l'étendue de 10,94. La médiane du groupe *chronique* est de 0,13, la variance de 0,09 et l'étendue de 1,17. Pour le groupe *intermédiaire* la médiane est de 0,53, la variance de 0,39 et l'étendue de 2,95. Ils ont fait corroborer ces résultats avec une analyse qualitative du ressenti des médecins pour ces différents types de pathologies. Ils ont également supprimé les pathologies n'ayant pas de traitement médicamenteux comme par exemple la sténose artérielle. Ils ont confronté ces résultats avec une analyse statistique pour avoir des résultats cohérents.

Ils ont ensuite établi des typologies de pathologies chroniques pour une meilleure homogénéité clinique que l'on retrouve dans le DRC.

On compte parmi les 274 RC : 114 RC aiguës, 112 RC chroniques, 35 RC intermédiaires et 16 RC non pathologiques. (Cf. annexe 2)

### **2.3.3 Sélection des Résultats de Consultation :**

Pour notre étude, on ne s'intéresse qu'aux 112 RC chroniques. Nous les avons classés par ordre de fréquence de patients et nous sommes limités aux 50 premiers RC correspondant à X% des patients. On exclura les pathologies dont le RC est trop disparate, empêchant ainsi toute généralité (cf. annexe 2).

## **2.4 LE TABLEAU DE SUIVI**

### **2.4.1 Le suivi**

#### **2.4.1.1 Définition et contexte**

Le rôle du médecin généraliste est de suivre ses patients selon ses pathologies. Suivre, c'est s'assurer que chaque pathologie reste stable et faire en sorte qu'elle le reste. Pour cela le médecin généraliste sera consulté régulièrement par son patient et lui demandera d'effectuer ou pas des examens afin de pouvoir ajuster son traitement.

Nous allons rechercher à partir de référentiels les éléments d'un suivi **simple**, c'est à dire pour des pathologies chroniques non compliquées et déjà diagnostiquées. Nous n'allons donc pas retenir les éléments permettant le diagnostic ni des complications des RC. Mais nous garderons les références qui font appel à la surveillance, à l'équilibration de la pathologie et à la **prévention** des complications.

#### **2.4.1.2 Grille de lecture**

Les éléments recherchés dans les référentiels sont donc : éléments de suivi, leurs fréquences et leurs conditions d'exécution.

Nous excluons les éléments de suivi permettant le diagnostic de la pathologie qui est a priori déjà fait et le diagnostic des complications (nous intéressons seulement à la prévention et au dépistage).

## 2.4.2 Les éléments de suivis

### 2.4.2.1 Définition

Les éléments de suivi (ES) sont tous les examens ou demandes de consultation **prescrits** par le médecin généraliste ainsi que les actes **effectués** par celui-ci au cours de la consultation. Ce sont tous les **outils** dont le médecin généraliste a besoin pour suivre au plus proche et au plus adapté du patient, ce qui va lui permettre de dépister les évolutions en gravité ou les complications. Il ne s'agit pas du bilan initial de la pathologie ni du diagnostic des complications.

Nous voulons pouvoir faire des règles de suivi **générales** pour chaque RC chronique, nous ne prendrons pas en compte les cas particuliers de complication et d'évolution.

### 2.4.2.2 Type d'Elément de Suivi

Nous allons créer des types d'ES formant des sous-groupes homogènes d'ES afin de pouvoir uniformiser les données recueillies et donc de pouvoir comparer les différents types et chaque ES plus facilement.

## 2.4.3 Fréquence

Le propre du suivi des pathologies est la redondance de ses examens. Chaque RC va avoir ses ES avec une fréquence qui leur est propre. La fréquence va dépendre des pathologies mais aussi de leurs sévérités.

Un examen n'ayant pas de récurrence n'a pas été retenu car ne fait pas partie du suivi au sens strict mais à son diagnostic ou à celui de ses complications.

Ces règles de fréquence seront établies pour chaque **pathologie** à partir des recommandations retrouvées dans les référentiels. Si elles sont inexistantes on pourra adopter celles de surveillance des **médicaments** prescrits ou encore celles faites en pratique courante sur la base de notre propre expertise.

On ne peut parler d'une seule fréquence : il faudra créer une fréquence basse, **Freq<sub>bass</sub>**, et une fréquence haute, **Freq<sub>haut</sub>** selon la sévérité des cas au sein d'une même pathologie ou selon certaines conditions générales.

#### **2.4.4 Conditions**

Nous souhaitons faire des généralités de suivi sur les RC avec leurs ES et leurs fréquences d'exécution. Cependant, sans rentrer dans les cas particuliers, certains ES sont soumis à des conditions d'exécution que nous ne pouvons négliger. Nous tiendrons donc compte de ces dernières et les annoterons.

#### **2.4.5 Sources bibliographiques**

Nous avons choisi les ressources couramment utilisées par les médecins en France.

Ces ressources doivent donc être faciles d'accès, consultables rapidement lors de la consultation par exemple et donc francophones.

Il faut qu'elles soient recevables ce qui signifie avec un haut niveau de preuves c'est à dire rédigées par des sociétés savantes comme par exemple HAS, ANAES ou issues de concertations d'expert.

Nous ne tiendrons compte que des données les plus récentes.

Pour tout cela nous sélectionnerons ces référentiels via les bases de données de la SFMG : Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale (Drefc), et du Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (Cismef) . Et si les données sont encore insuffisantes nous les rechercherons dans la base de médicament Thériaque ou sur la base de notre propre expertise.

##### **2.4.5.1 DREFc**

#### **Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale**

La SFMG a mis en ligne cette base de données qui permet aux médecins et à leurs patients d'accéder facilement aux données actualisées de la science pour chacun des 272 résultats de consultation du DRC.

**Pour chaque entrée du dictionnaire le lecteur dispose :**



- 1- De la liste les recommandations de pratique clinique, en rapport avec ce RC.
- 2- D'un accès à l'OMG (Observatoire de la médecine Générale) montrant l'importance de ce problème de santé dans la pratique des médecins de premiers recours.
- 3- De la possibilité de compléter sa recherche documentaire en affichant les notices bibliographiques traitant de ce sujet (articles de périodiques, méta-analyses, cours de faculté) sur le site CISMef du CHU de Rouen.
- 4- De l'accès aux documents destinés aux patients, concernant le problème de santé considéré, et sélectionnés par les documentalistes de CISMef. Le médecin pourra imprimer les documents intéressants pour les remettre à son patient, ou communiquer à ce dernier l'adresse de la page sur Internet.

**Les informations du DReFC** sont exclusivement de nature générale et ne visent pas la situation particulière d'une personne physique ou morale : elles sont fournies pour améliorer et non remplacer la relation qui existe entre un patient (ou visiteur du site) et son médecin.

#### **2.4.5.2 Les autres référentiels :**

##### **2.4.5.2.1 *CisMeF***

Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CISMef est un projet initié par le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen - Hôpitaux de Rouen. Il a débuté dès l'existence du site Web<sup>1</sup> du CHU en février 1995. Ce catalogue indexe les principaux sites et documents francophones. Il a dépassé les 43.000 ressources indexées en mai 2008 avec une moyenne de 55 nouvelles ressources par semaine.

Cette liste de sites contient un classement thématique, en particulier des spécialités médicales, un classement alphabétique et un accès par type de ressources. Depuis juin 2000, l'outil associé, Doc'CISMef, permet d'effectuer des recherches dans le catalogue de ressources, et offre des possibilités de recherche plus étendues.

---

<sup>1</sup> <http://www.chu-rouen.fr/cismef/> ou <http://www.cismef.org/>

CISMeF utilise deux outils standards pour organiser l'information : le thesaurus MeSH (Medical Subject Headings) utilisé notamment pour la base de données bibliographique Medline et le format de métadonnées du Dublin Core. Chaque site indexé comprend une notice descriptive. CISMeF adhère aux principes de qualité de l'information de santé sur l'Internet, développé à la fois par le Net Scoring développé en collaboration avec Centrale Santé et par la grille Health on the Net (HON). CISMeF est un outil utile pour la communauté francophone, professionnel de santé ou cyber-citoyen : chaque jour ouvré 30.000 ordinateurs se connectent sur ce site représentant environ 40.000 personnes.

#### 2.4.5.2.2 *Thériaque*<sup>2</sup> :

Avec plus de **4600 spécialités** et **4000 produits de parapharmacie**, la base de données médicamenteuse THÉRIAQUE constitue une base de données médicamenteuses indispensable pour les professionnels de Santé dans le cadre de leur pratique quotidienne. **Les monographies THÉRIAQUE** sont rédigées d'après les données publiées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et l'Agence européenne du médicament (EMA), en particulier les Résumés des caractéristiques du produit (RCP) et les informations économiques publiées au Journal officiel. Toutes structurées de la même façon, les monographies permettent une lecture rapide et pratique.

Elles sont le **reflet de l'information officielle** disponible le jour de la consultation (mise à jour mensuelle).

#### 2.4.5.2.3 *Expérience professionnelle*

On pourra se définir en tant qu'expert basé sur notre propre expérience pour :

- compléter ou créer des données de suivi quand ces dernières sont absentes, insuffisantes ou trop vagues pour chaque RC.
- pour choisir des référentiels à suivre quand il y en a plusieurs et qu'ils sont contradictoires.
- pour regrouper certains RC et estimer que l'on peut établir des règles homogènes de suivi et donc généraliser un suivi commun pour ces RC.

---

<sup>2</sup> [http://www.theriaque.org/apps/recherche/rch\\_simple.php](http://www.theriaque.org/apps/recherche/rch_simple.php)

## **2.4.6 Construction des Tableaux de suivi des RC :**

### **2.4.6.1 Premier Tableau de suivi avec Données disponibles dans les référentiels**

Pour chaque RC nous allons d'abord créer un tableau de suivi résumant les données des référentiels. Nous rapporterons dans ces tableaux toutes les données basiques des référentiels se rapportant au suivi ou ES sans tri. Nous rapporterons aussi les ES non mentionnés qui, d'emblée, nous ont paru indispensables. Ce sera un tableau à 3 colonnes : une pour les ES, une autre pour les données de suivi et une troisième pour les référentiels qui s'y rattachent. Il se peut que l'on retrouve plusieurs référentiels. Dans ce cas on les mentionnera tous et entre parenthèses.

### **2.4.6.2 Deuxième Tableau de suivi travaillé et exploitable**

Nous ferons ensuite une relecture de ces premiers tableaux et les uniformiserons de façon à pouvoir créer un grand tableau récapitulatif rapportant toutes les données. C'est aussi à ce moment que l'on se placera en tant qu'expert pour interpréter les référentiels. On mixera ces référentiels avec notre expérience pour fixer des fréquences hautes et basses d'exécution des ES. On pourra éliminer certains ES qui ne rentrent pas dans le suivi simple mais dans les complications ou le diagnostic. On ne gardera de ces données que certains éléments de manière à avoir un tableau pour chaque RC composé des colonnes suivantes : types d'ES, les ES, les Freq<sub>bas</sub> et Freq<sub>haute</sub>, conditions et référentiels. On obtiendra donc un tableau interprété et uniformisé pour chaque RC et chaque ligne sera rangée par ordre alphabétique de type d'ES. Ils pourront être fusionnés en un seul grand tableau de synthèse. On expliquera alors succinctement le choix des référentiels et des données pour chaque RC au cas par cas quand cela nous a semblé nécessaire.

### **2.4.6.3 Tableau de synthèse**

Ce troisième tableau sera un grand tableau récapitulatif qui regroupera tous ces deuxièmes tableaux de suivi pour chaque RC avec leurs suivis uniformisés et des données exploitables. On aura ainsi l'ensemble des données de règles de suivi des RC retenus.

## 2.5 PONDERATION

### 2.5.1.1 Contexte

On veut mettre en évidence la complexité de la prise en charge de la polyopathie chronique **par le médecin généraliste** lors d'une consultation et montrer que celle-ci ne dépend pas que du nombre de pathologies. Pour cela, il faudra trouver un moyen de quantifier cette complexité et ce **en fonction du médecin généraliste**.

Comme chaque patient consiste en l'association de RC et que chaque RC par des types d'ES, c'est en pondérant chaque type d'ES donc chaque ES que nous pourrons pondérer chaque patient. Pour cela il faut déjà que le rôle du médecin généraliste soit bien défini : il est considéré en tant que médecin traitant, coordinateur au **centre** du parcours de soins. Le spécialiste est vu comme un « **correspondant** » défini en tant que tel par l'assurance maladie, et dont sa consultation se fait via la coordination du médecin traitant. Ceci doit être rappelé car dans un référentiel monopathologique le spécialiste peut être le médecin traitant pour la pathologie en question sans consultation préalable chez le médecin généraliste.

L'indice de complexité est donc défini **par rapport au médecin généraliste** et sa valeur mesure **le temps** qu'il consacre à l'ES au cours de la consultation.

### 2.5.1.2 Pondération de chaque type d'ES, P(ES):

Nous sommes partis du fait que chaque type d'ES n'avait pas la même influence sur la complexité de la consultation et que chaque type d'ES formait des groupes homogènes de complexité. On peut donc attribuer une **pondération** pour chaque type ES en estimant que chaque type a la même valeur. Par exemple nous avons attribué une cotation unique pour le type biologie. Ainsi, effectuer un ionogramme sanguin ou une numération de formule sanguine a le même degré de complexité pour le suivi. Cela permet de comparer chaque type d'élément de suivi les uns par rapport aux autres.

Nous avons assimilé cette complexité au **temps** consacré à la prescription, la lecture et l'analyse de l'ES. Ce temps passé pour chaque ES peut être facilement mesuré ou estimé.

Nous avons pondéré chaque type d'ES et l'avons donc fait en fonction du temps passé par le médecin généraliste par type d'ES dans son cabinet. Avoir un P(ES) pour chaque type ES permet de les comparer entre eux. On a annoté **P(ES)** la pondération attribuée à ES en question, exemple P(Bio).

### 2.5.2 Indice de Complexité de Suivi par RC

Pour l'application au RC, nous sommes partis du fait que sa complexité de suivi est due à la **multitude** des ES et à leur **nature** propre. Cette dernière est définie par le P(ES).

Le RC va être caractérisé par son **Indice de Complexité (ISC-RC)**. Il va dépendre de l'ensemble des P(ES) mais aussi de la fréquence de ses ES. Comme nous avons 2 types de fréquence, une haute et une basse, l'ICS-RC va être représenté par un ISC-RC haut et un ISC-RC bas avec des ISC-RC égaux à la somme des P(ES) multipliés par leur fréquence  $Freq_{haut}$  et  $Freq_{bas}$  respectivement. Nous utiliserons aussi l'ISC-RC $\mu$  qui est la moyenne de l'ISC-RC $_{haut}$  et de l'ISC-RC $_{bas}$ . **L'ICS-RC est représenté par  $\Delta ICS_{haut-bas}$  et par son ISC-RC $\mu$ .**

$$ICS-RC_{haut} = \sum P(ES) \times Freq_{haute}(ES)$$

$$ISC-RC_{bas} = \sum P(ES) \times Freq_{basse}(ES)$$

$$ISC-RC\mu = \sum (ISC-RC_{haut} + ISC-RC_{bas}) / 2$$

### 2.5.3 Indice de Complexité par patient

De même nous pouvons calculer pour le patient un indice de complexité de prise en charge du suivi de ses pathologies chroniques (ICS-P). Au niveau du patient au sein d'une consultation on va parler d'un indice haut et bas ISC-P $_{haut}$  et ISC-P $_{bas}$  et d'un indice moyen ISC-P $\mu$ .

Nous ne calculerons pas les ISC-P en faisant la somme des ICS-RC pour chaque patient. Nous allons prendre le tableau de synthèse pour chaque RC. Nous ferons un listing des ES à faire pour chaque association de RC. Certains ES seront retrouvés **plusieurs** fois et avec des fréquences différentes selon le RC. Ces ES ne sont pourtant **pas à considérer** plusieurs fois au cours de la consultation. Pour pallier à cela nous prendrons la **plus haute** valeur des fréquences haute, **Freq $_{max}$  (haute)** et basses, **Freq**

$\max$  (basse) et ne compterons qu'une seule fois l'ES correspondant. Nous pourrions ainsi calculer directement, grâce au logiciel Microsoft *Access*, l'ISC-P de chaque patient comme mentionné.

Chaque patient est répertorié dans la base de données de l'OMG sous la forme d'un numéro et à chaque numéro est attribué **le nombre de RC** et leurs natures, **le sexe**, leur **âge** et le **code médecin** auquel il est rattaché.

Nous allons pouvoir mixer ces données avec celles du tableau de synthèse et nous obtiendrons aussi pour chaque patient un ISC-P haut, **ISC-P<sub>ht</sub>**, un ISC-P bas, **ISC-P<sub>b</sub>** et un ISC-P moyen, **ISC-P<sub>μ</sub>**.

$$\text{ISC-P}_{\text{haut}} = \sum \text{P(ES)} \times \text{Freq}_{\max(\text{haute})}$$

$$\text{ISC-P}_{\text{bas}} = \sum \text{P(ES)} \times \text{Freq}_{\max(\text{basse})}$$

$$\text{ISC-P}_{\mu} = [\sum(\text{ISC-P}_{\text{haut}} + \text{ISC-P}_{\text{bas}})]/2$$

## 2.6 ANALYSE STATISTIQUE

Nous allons ensuite étudier l'ISC-P par une analyse statistique de façon à mesurer sa pertinence. Pour cela :

- nous verrons si les ISC-P<sub>μ</sub> dépendent des ISC-RC<sub>μ</sub> :  $\text{ISC-P}_{\mu} = k \times \sum \text{ISC-RC}_{\mu}$
- Nous comparerons l'ISC-P<sub>μ</sub> avec la  $\Delta$  (ISC-Phaut - ISC-Pbas)
- Nous ferons une analyse des variances de l'ISC-P<sub>μ</sub> en regardant quelle est la part de la variance que l'on peut attribuer à l'âge du patient, à son genre, au nombre de RC ou au médecin.

Le traitement des données sera fait avec l'aide du Dr Philippe Boisnault (Département d'Information Médical – SFMG) et l'analyse statistique avec l'aide de Marc le Vaillant, ingénieur CNRS du CERME33 (unité Inserm-CNRS UMR 8211-U988).

### 3 RESULTATS

#### 3.1 LA POPULATION ETUDIEE

Pour sélectionner notre échantillon de patients, nous sommes partis des 50 RC chroniques les plus fréquents parmi les 112 RC chroniques, mais n'en avons retenu que 40 pour des raisons citées ci-dessous, ce qui recouvre 77,9% des RC chroniques en fréquence patient.

Nous avons considéré l'année 2009 et avons extrait les patients qui étaient affectés par au moins un des 40 RC. Cela correspond à 29385 patients, soit 69% des patients chroniques totaux. (Le nombre total des patients chroniques est de 42582).

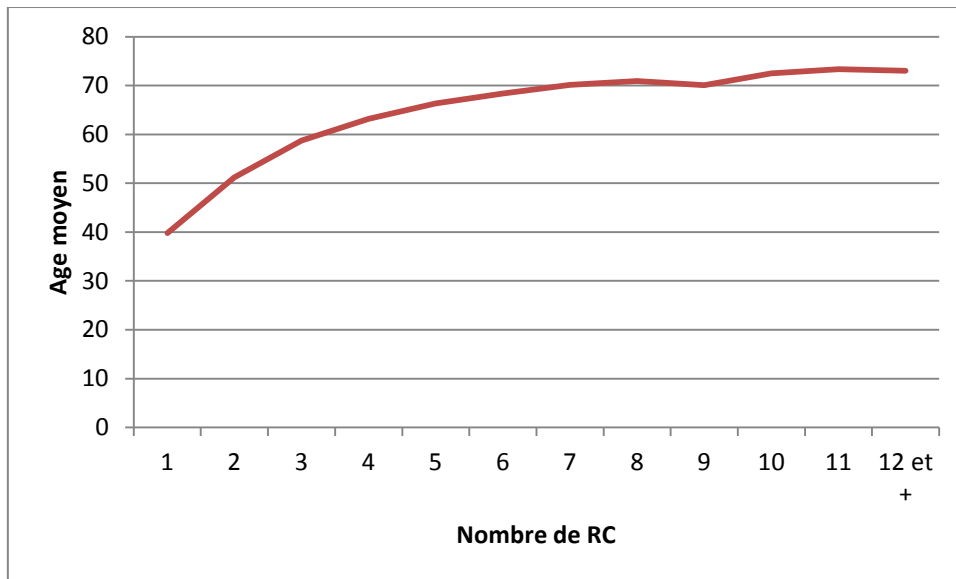
On ne s'intéresse ici qu'aux polypathologies (c'est-à-dire à partir de 2 pathologies) et cela concerne 20120 patients.

Parmi eux, 17992 sont considérés comme patients soignés par leurs médecins traitants. Il s'agit de ceux qui ont consulté au moins 2 fois cette année-là, donnée couramment admise pour considérer que le patient est bien suivi par son médecin traitant car nous ne disposons pas de la donnée « médecin traitant ».

Nb RC	Nb patients	âge Moyen	âge Ecart Type	âge Min	âge max
1	11393	39.8	21.1	0	109
2	6960	51.2	19.3	0	103
3	4581	58.7	16.8	0	99
4	2950	63.2	15.3	11	102
5	1704	66.4	14.0	12	98
6	908	68.4	13.0	21	101
7	428	70.1	13.4	19	98
8	238	70.9	11.9	36	98
9	114	70.1	11.8	38	94
10	69	72.5	11.8	42	90
11	21	73.3	10.5	51	86
12 et +	19	73.0	8.1	49	79
<b>Total</b>	<b>29385</b>	<b>51.2</b>	<b>21.4</b>	<b>0</b>	<b>109</b>
<b>Total (&gt;2)</b>	<b>17992</b>	<b>58.4</b>	<b>18.22</b>	<b>0</b>	<b>103</b>

Tableau 1: Les patients en fonction du nombre de RC

Nous possédons donc une population d'étude de **17992 patients** polypathologiques chroniques et ayant un médecin traitant.



**Figure 1 : Age moyen en fonction du nombre de RC**

La polypathologie, tout comme la pathologie chronique, commence dès la naissance.

On voit que l'âge augmente en fonction du nombre de RC ceci de manière linéaire puis nous voyons une inflexion de la courbe vers 5 pathologies. De 5 à 12 RC l'âge moyen stagne entre 66 et 73 ans.

On trouve un âge moyen de 58 ans pour les patients polypathologiques.



On remarque également que plus il y a de pathologies et moins cela ne concerne de patients. Voici la répartition du nombre de pathologies chez les patients polypathologiques :

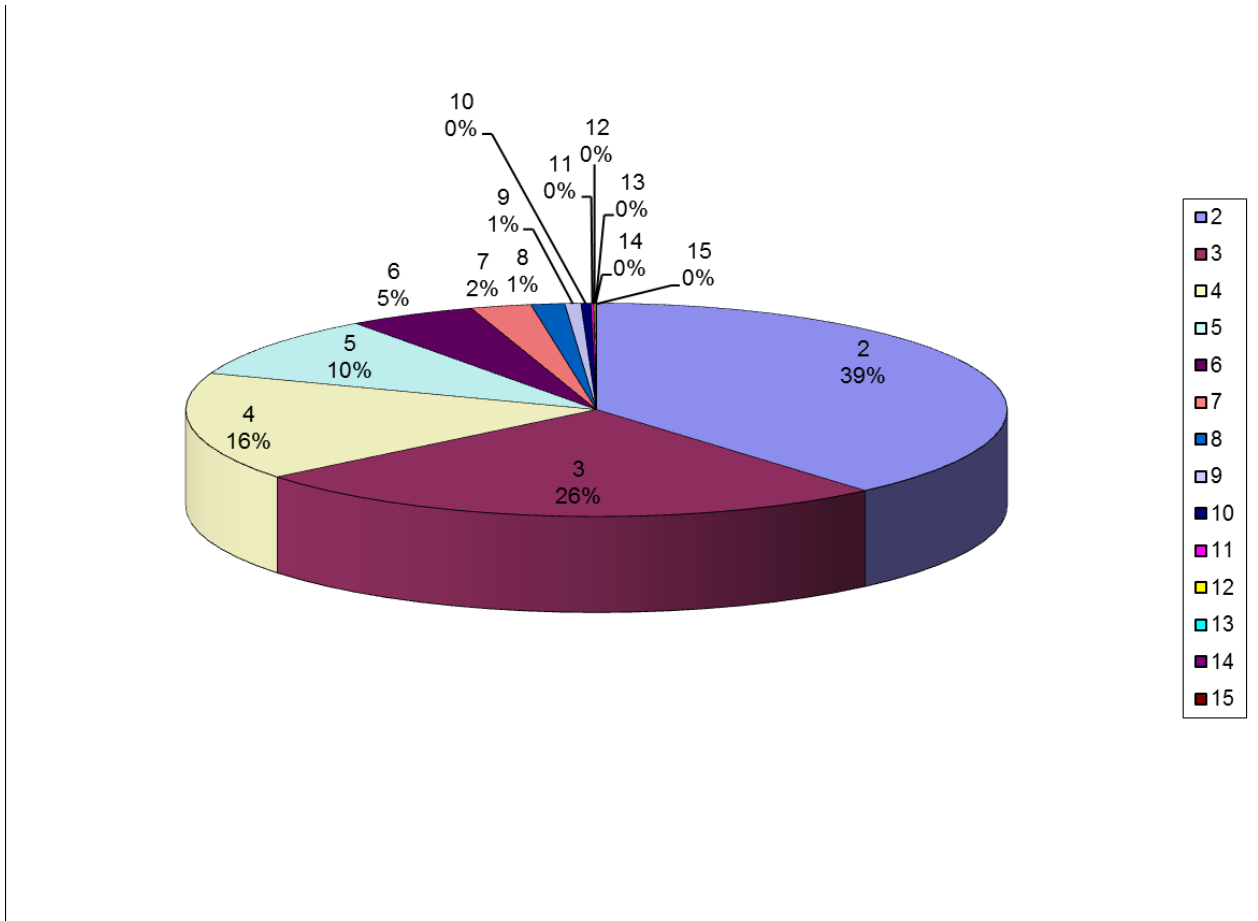


Figure 2 : répartition des patients en fonction du nombre de pathologies chroniques

## 3.2 RC

### 3.2.1 Les 50 RC

En annexe 3 sont présentés les 112 RC chroniques, classés par ordre décroissant de pourcentage de patients chroniques, en prenant les 50 premiers RC on s'intéresse à **86,1%** des pathologies rencontrées en médecine générale :

On remarque que 41,2% des patients de notre population souffrent d'**HTA** : c'est la maladie chronique la plus rencontrée. La deuxième est l'hyperlipidémie, représentée par presque un tiers des patients.

On peut établir quelques typologies de maladies chroniques fréquentes :

- On voit que les FDRCV arrivent en tête de liste avec donc l'HTA en premier et l'hyperlipidémie en deuxième, le diabète qui est en 5<sup>ème</sup> position et le tabagisme qui est le 11<sup>ème</sup> RC. Par contre, curieusement, l'obésité n'est pas aussi fréquente dans sa prise en charge avec 3,9% seulement des patients.
- On voit que les pathologies douloureuses occupent une vaste place avec : lombalgie en 3<sup>ème</sup> position, arthropathie-periarthropathie en 4<sup>ème</sup>, arthrose en 7<sup>ème</sup>, épaule en 12<sup>ème</sup> et Cervicalgie, en 13<sup>ème</sup> position.
- Un troisième item peut être également retrouvé autour des troubles neuropsychiques avec : insomnie, anxiété-angoisse, humeur dépressive voire même vertiges et état vertigineux.

### 3.2.2 Exclusion

Nous avons **exclu** 10 pathologies :

- Trouble psychique, trouble du rythme, pathologie de l'ongle car le RC regroupe plusieurs sous-groupes dont le suivi leur est propre.
- Cancer car le suivi dépend du type de cancer.
- AVC car le suivi est au cas par cas suivant l'étiologie et l'ancienneté.
- Paresthésie des membres, jambes lourdes et état vertigineux, troubles sexuels, œdème des membres inférieurs car les RC sont trop disparates (cause locale, trouble vasculaire ou neurologique).

### 3.2.3 Inclusion

Nous avons gardé par contre 7 RC dont il était difficile de faire des généralités car divers dans leurs expressions et leurs étiologies : céphalées, arthropathie, arthrose, cervicalgie, épigastralgie, épaule et névralgie. Nous les avons conservés car il est possible de généraliser sur le suivi de ces RC en tenant compte de la prise commune d'antalgiques ou d'AINS ainsi que leurs risques majeurs d'automédication.

### 3.3 LES ELEMENTS DE SUIVI (ES) ET LEURS TYPES

#### 3.3.1 Les ES

##### 3.3.1.1 Les 65 ES

On compte au final 65 ES qui ont été retrouvés dans les données de référentiel. Ils comprennent tous les examens, bilans et recours à d'autres correspondants médicaux et paramédicaux.

Ce sont ces 65 ES qui vont servir au médecin généraliste à suivre ses patients et qui seront répétés au cours du suivi.

(Voir la liste de ces ES en annexe 4)

#### 3.3.2 Les types d'ES et leurs pondérations

##### 3.3.2.1 Les 6 types d'ES

Nous avons réparti les 65 éléments de suivi en 6 types d'ES. Ces 6 types différents sont utilisés au total 354 fois dans le suivi des 40 RC.

Type	Nb ES	Utilisation
Avis spécialisé	5	10
Biologie	26	151
Evaluation	4	80
Examen complémentaire	18	42
Geste technique	9	58
Paramédical	3	13
Total	65	354

Tableau 2 : nombre et utilisation des éléments de suivi

Puis nous avons pondéré ces différents types d'ES. Ces pondérations représentent le **temps passé** par le médecin généraliste en consultation pour traiter chaque type d'ES.

Type d'Elément de suivi	Pondération
Avis spécialisé	6
Biologie	0,5
Évaluation clinique	6
Examen complémentaire	4
Geste technique	1
Paramédical (adressage)	3

Tableau 3 : pondération des éléments de suivi

### 3.3.2.2 Liste des éléments de suivi

#### 3.3.2.2.1 Examens complémentaire :

Les examens complémentaires (Ex comp) sont ceux faits chez le spécialiste (comme par exemple une fibroscopie, une échographie du cœur, radio, etc.). Les différents examens complémentaires sont au nombre de **18** et sont utilisés au total 42 fois.

Ils ne sont retrouvés, pour la plupart, que pour le suivi d'une seule pathologie (2 maximum).

L'examen complémentaire qui sert le plus est l'**ECG**. Il est retrouvé dans le suivi de plus d'un quart des pathologies, avec 11 utilisations. Le deuxième examen le plus utile est l'**écho cœur**, utilisée 6 fois. Puis les EFR et la MAPA sont utilisés 3 fois. Ensuite, les examens complémentaires ne sont utilisés qu'une ou deux fois.

On a estimé que l'examen complémentaire prenait 4 minutes. C'est le temps nécessaire pour prescrire l'examen en rédigeant une ordonnance circonstancielle brève, pour interpréter le résultat et pour l'intégrer au dossier.

Type	élément de suivi	Nb d'utilisations
Ex comp	ECG	11
Ex comp	Echo cœur	6
Ex comp	Echo doppler des membres inférieurs (artériels et veineux)	2
Ex comp	Echo doppler TSA	2
Ex comp	Echo hépatique	1
Ex comp	Echo prostate	1
Ex comp	Echographie mammaire	1
Ex comp	EFR	3
Ex comp	Epreuve d'effort	2
Ex comp	Fibroscopie	1
Ex comp	Fond œil	2
Ex comp	Gaz du Sang	1
Ex comp	Mammographie	1
Ex comp	MAPA	3
Ex comp	Ostéodensitométrie	1
Ex comp	Radio articulaire	1
Ex comp	Radio rachis	2
Ex comp	Radio thorax	1

Tableau 4 : liste des examens complémentaires

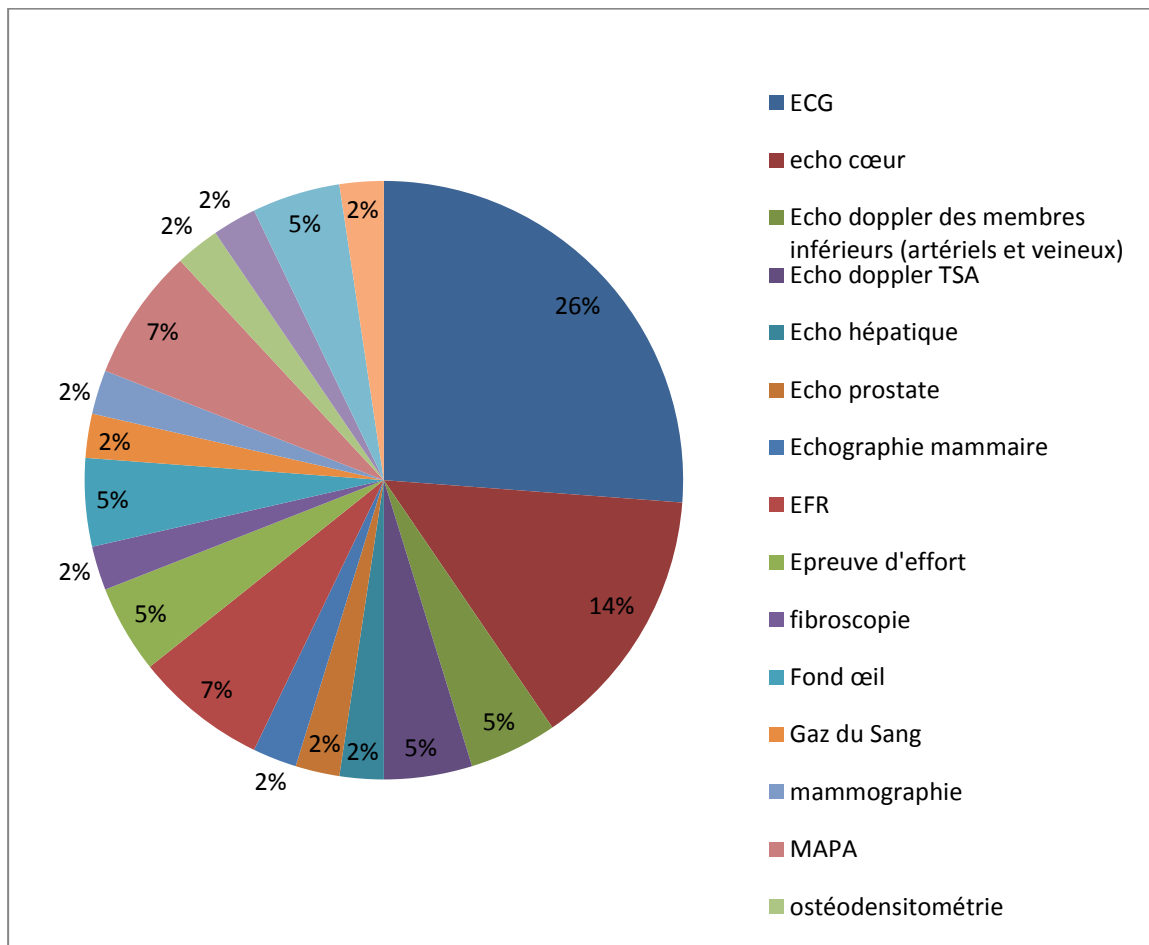


Figure 3 : fréquence des examens complémentaires

### 3.3.2.2.2 *Biologie* :

La biologie (Bio) contient le ionogramme sanguin, la clairance de la créatinine, EAL.... Elle regroupe **26** éléments différents et on les utilise **151** fois dans le suivi.

La **clairance de la créatinine** est la plus utilisée : **23** pathologies en ont besoin pour leur suivi. Le **ionogramme sanguin** est le deuxième plus utilisé avec 20 pathologies. Les **transaminases** arrivent en troisième position avec le suivi de 18 pathologies puis **NFS/plaquettes** utilisé 17 fois. La **glycémie** et **EAL/LDL** sont en cinquième position avec 15 pathologies concernées.

Type	élément de suivi	Nb d'utilisation
bio	µalbuminurie	2
bio	albuminémie	2
bio	Bili T et C	3
bio	BNP	1
bio	BU :Protéinurie glycosurie	3
bio	Ca,	1
bio	CDT	1
bio	Cl creat	23
bio	CPK	3
bio	CRP	2
bio	EAL LDL	15
bio	Gamma GT	5
bio	Glycémie	15
bio	Hb Glyquée	2
bio	INR	1
bio	iono	20
bio	lipasemie	1
bio	NFS plaquettes	17
bio	protéinurie des 24 h	4
bio	recherche sang selles	1
bio	T4L	1
bio	Transaminases	18
bio	TSH	7
bio	Uréurie, iono U, creat U	1
bio	VGM	1
bio	VS	1

Tableau 5 : liste des dosages biologiques

En dehors de ces grandes catégories on voit qu'une grande diversité d'actes de biologie ne sert qu'à un nombre restreint de pathologies, comme le montre le graphique ci-dessous.

Beaucoup de ces actes de biologie (**9** d'entre eux) ne sont utilisés qu'**une seule fois**, comme la recherche de sang dans les selles, T4L, Vs, VGM, Iono urinaire, INR, lipasémie, CDT, Ca, BNP.

4 d'entre eux ne servent que 2 fois : la microalbuminurie, albuminémie, CRP, Hb glyquée. La BU, CPK, Bili T et C sont comptabilisés 3 fois pour le suivi des pathologies. La Pu est utilisée 4 fois. Les gamma GT sont utilisés 5 fois et enfin la TSH est utilisée 7 fois .

On a considéré que c'était l'ES le plus rapide, avec un temps estimé à 0,5 minute environ pour la lecture d'un examen bio et sa prescription. Comme on se place dans la pathologie sans particularité on a donc un suivi biologique sans anomalie. La lecture de ce bilan est donc rapide, il n'y a pas d'explication importante à fournir au patient et d'attention à porter sur un point particulier.

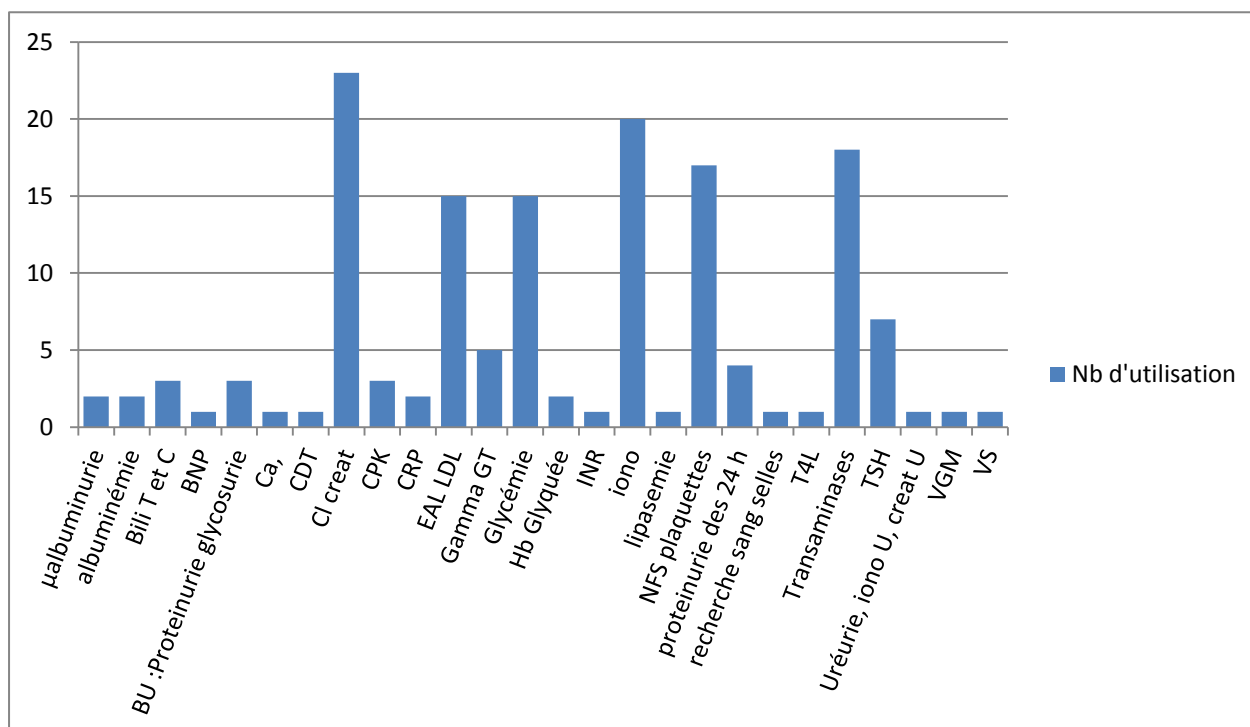


Figure 4 : répartition en nombre d'utilisation des dosages biologiques

### 3.3.2.2.3 Gestes Techniques

Les gestes techniques (GT) sont effectués par le médecin généraliste au cours de la consultation (par exemple actes de vaccinations, la prise de la pression artérielle, la pesée du patient, etc...). Les GT sont au nombre de **9** et utilisés **58** fois au total.

L'un des plus fréquents est la prise de la PA dans un peu plus d'un quart des cas (14 pathologies), ce qui n'engage que faiblement le praticien à « prendre la tension » (alors que nombreux sont ceux qui ont l'impression que la consultation n'a pas été complète si elle ne comporte pas une prise de la PA.). Mais c'est **la prise de poids** qui reste le geste le plus demandé pour le bon suivi de ces pathologies. Il

est plus utilisé que la PA avec le suivi de **19** pathologies ce qui signifie que pratiquement **la moitié** des pathologies doivent avoir une pesée pour son suivi.

Le vaccin antigrippal n'est recommandé que dans 8 des 40 pathologies tandis que le vaccin antipneumococcique dans 7. La mesure de taille est utilisée 3 fois, le DEP est pratiqué dans trois pathologies, une proposition de sevrage tabagique ne sert que 2 fois et la saturation ainsi que le test au microfilament ne sont mentionnés qu'une seule fois.

ES	Nb d'utilisation
µfilament	1
Débit expiratoire de pointe	3
PA	14
poids	19
proposition sevrage tabagique	2
saturation O2 instantanée	1
taille	3
Vaccin antigrippal	8
vaccin antipneumococcique	7

Tableau 6 : gestes techniques utilisés

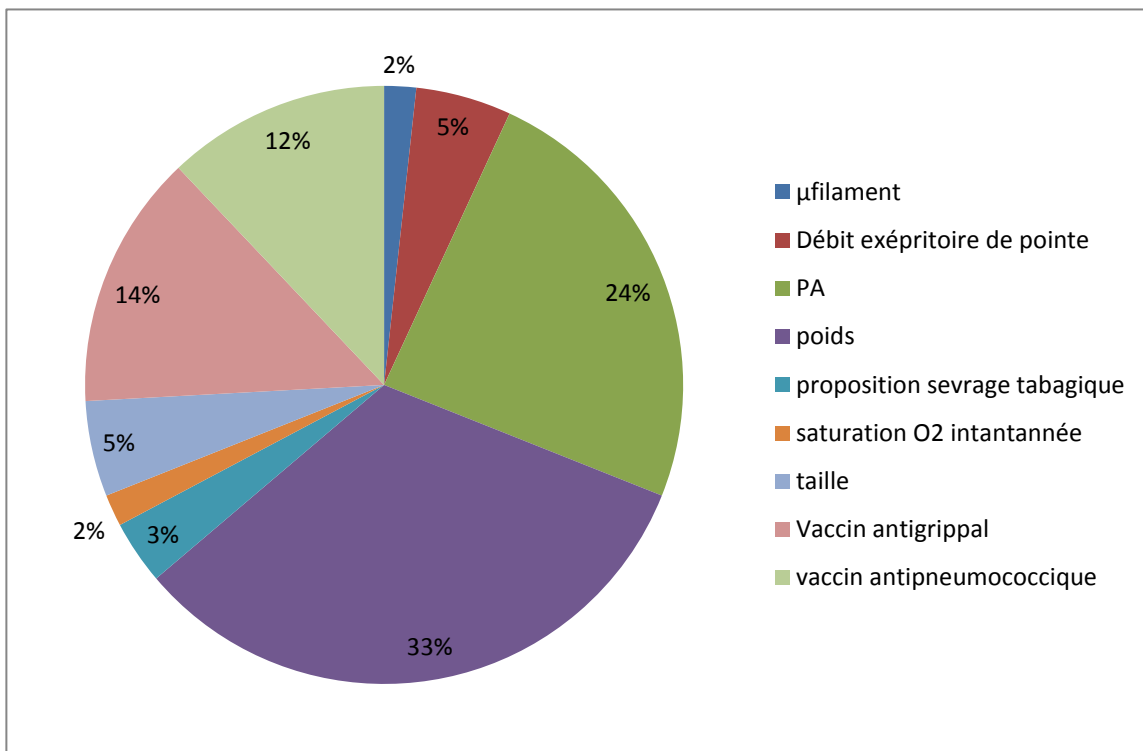


Figure 5 : répartition des gestes techniques en fréquence d'utilisation



Les GT prennent un petit peu plus de temps que la biologie. La prise de la PA ou la pesée par exemple demandent que le patient se déshabille et s'installe et que l'on reporte le résultat dans le dossier (temps estimé à 1 minute).

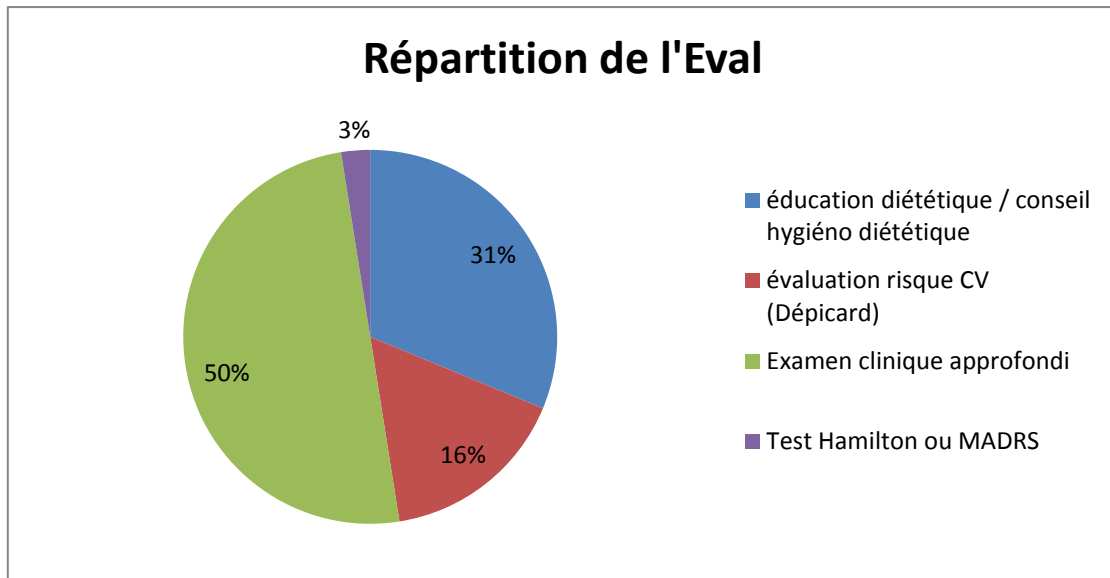
#### 3.3.2.2.4 *Test d'évaluation :*

Ce sont les tests d'évaluation (Eval) faits par le médecin généraliste comme le test Hamilton, qui est un outil diagnostique pour la dépression, on a également introduit dans **éval** : l'examen clinique approfondi et ciblé du patient. Eval sont faites de 4 sous-groupes et retrouvées 80 fois.

On a estimé qu'un examen clinique approfondi et ciblé sur le RC se fait 1 fois par an pour toutes les pathologies. Il y a ensuite **l'éducation diététique (educ diet)/conseil hygiéno-diététique (conseils hygienodiet)** qui jouent un rôle majeur dans le suivi des RC chroniques et intéresse 25 pathologies soit presque le  $\frac{3}{4}$  **des pathologies**. Il y a, d'une part, l'éduc diet qui est très ciblée sur les régimes alimentaires indispensables pour des pathologies comme le diabète, l'hyperlipidémie, l'obésité et d'autre part il y a les conseils hygiéno-diététiques qui concernent plus de pathologies. Ces derniers sont basés sur des conseils d'hygiène de vie comme la pratique d'une activité physique quotidienne pour l'arthrose, les troubles cardiaques ; la pratique de sport pour l'anxiété, arrêt de consommation d'excitant comme le café pour l'anxiété et des conseils d'équilibre alimentaire (et non de régime) comme pour les FRCV, les troubles cardiaques... ; l'évaluation des facteurs de risque CV est présent dans plus de un tiers du suivi des pathologies ; le test Hamilton intéresse, lui, 2 pathologies.

S	Nb d'utilisation
éducation diététique / conseil hygiéno diététique	25
évaluation risque CV (Dépicard)	13
Examen clinique approfondi	40
Test Hamilton ou MADRS	2

Tableau 7 : tests d'évaluation utilisés



**Tableau 8 : Répartition en fréquence des tests d'évaluation**

On a estimé que l'Eval prend le plus de temps avec les consultations spé car l'**évaluation** reprend aussi tout le dossier et demande une attention plus approfondie en fonction de la pathologie. Avec un test oral dans le test Hamilton par exemple, ou dans l'examen clinique approfondi, il faut que le patient se déshabille et s'installe sur la table d'examen, puis que le praticien passe à l'examen clinique. Enfin les conseils hygienodiet demandent également beaucoup de temps : il faut faire une enquête avec interrogatoire afin d'ajuster les habitudes des patients. Ce temps est évalué à 6 minutes

#### 3.3.2.2.5 *Avis spécialisé :*

Le type « avis spécialisé » (Avis spé) regroupe les consultations chez le spécialiste sans examen secondaire effectué par le spécialiste.

On en dénombre 5 différents dont consultation cardiologue, pneumologue, médecin vasculaire, psychiatre et ORL. On s'aperçoit qu'on les utilise **seulement 10 fois** au total pour l'aide au suivi des **40** pathologies chroniques retenues : le cardiologue dans 4 pathologies, le pneumologue et le psychiatre 2 fois et le médecin vasculaire et ORL une seul fois chacun sur les 40 pathologies chroniques.

ES	Nb d'utilisation
consultation cardiologue	4
consultation pneumologue	2
Consultation médecin vasculaire	1
consultation ORL	1
Psychiatre	2

**Tableau 9 : liste des avis spécialisés utilisés**

C'est le type d'ES qui prend le plus de temps car il faut rédiger un courrier et donc reprendre tout le dossier, lire la lettre de réponse du praticien spécialiste en question et l'expliquer au patient. Le temps est estimé à 6 minutes.

#### 3.3.2.2.6 *Paramédical :*

Le dernier type d'ES est le paramédical qui est composé de 3 sous-groupes : consultation chez le psychologue (qui concernent 7 pathologies), le diététicien (5 pathologies) et le podologue (1 pathologie).

ES	Nb d'utilisation
Diététicien	5
podologue	1
psychologue	7

**Tableau 10 : liste des paramédicaux sollicités dans le suivi**

Dans la plupart du temps il suffit de faire une prescription ou une lettre courte sans reprendre le dossier dans sa globalité quand on envoie un patient vers un paramédical. Le temps est estimé à 3 minutes.

### **3.4 PREMIER TABLEAU DE SUIVI PAR RC A PARTIR DONNEES**

#### ***DISPONIBLES DANS LES REFERENTIELS :***

A l'aide des recherches bibliographiques, nous avons créé des tableaux de suivi pour chaque RC avec les référentiels qui s'y rapportent. Ces tableaux de suivi, comme leur nom l'indique, récapitulent le suivi pour chaque RC avec des données à l'état brut.

Ces tableaux sont constitués de 2 colonnes : ES et données sur les conditions d'exécution des examens avec leurs référentiels notés entre parenthèse.

## 3.5 DEUXIEME TABLEAU DE SUIVI PAR RC

### 3.5.1 Interprétations et création des référentiels

#### Interprétation :

Quand les référentiels étaient trop vagues, on les a interprétés en faisant un mixage entre ces référentiels et notre expérience pour donner des fréquences hautes et basses d'exécution des ES.

On a aussi éliminé certains ES qui ne rentrent pas dans le suivi simple mais dans les complications par exemple le TDN thoracique dans le suivi du tabagisme, ou même certains ES qui ne se font pas en pratique courante comme la manométrie anale dans la constipation chronique.

#### Création :

On a dû créer des règles de suivi quand on n'avait pas de données suffisantes dans certains cas :

- Quand les règles de suivi ont trait à des situations qui ne devraient théoriquement pas exister. Par exemple le suivi mensuel des patients traités avec des **benzodiazépines au long cours** comme par exemple dans l'anxiété, l'insomnie ou lombalgie.
- Nous avons également estimé d'emblée que tous les RC doivent bénéficier au minimum d'une évaluation approfondie ciblée par an.
- Quand les recommandations ne donnent aucun suivi particulier. Ainsi, pour certains RC comme la rhinite allergique, on a déterminé qu'il y avait au minimum une consultation chez le **médecin généraliste** avec une fréquence à définir en fonction du RC. Par exemple pour reprendre la rhinite allergique, on sait que ces rhinites chroniques sont saisonnières donc les patients seront vus par le médecin généraliste en fréquence haute 2 fois par an et bénéficieront au moins d'un examen clinique approfondi.
- Quand les seules règles de suivi sont celles basées sur les règles de prescription du Thériaque des médicaments supposés prescrits.
- Quand les données ne donnent aucun suivi particulier, nous avons regroupé certains ES qui pouvaient avoir un suivi identique. Ainsi, nous avons donc rassemblé: cervicalgies, épaule

(téno-synovites), arthropathies-périarthropathies, céphalées, migraines et lombalgies autour d'un suivi commun de risque majeur d'automédication en AINS et paracétamol.

- Certains RC sont des Facteurs de Risque Cardio-Vasculaires (FRCV) et à chaque fois que l'on était dans ce cas on a contrôlé tous les autres. De même les affections cardiaques quelles qu'elles soient font l'objet d'une surveillance rapprochée des FRCV. Cela consiste dans les ES à effectuer annuellement : EAL/LDL, Glycémie, une prise de la PA et du poids.
- Bien sûr aussi, toute surveillance du poids s'accompagne de l'éval : educ diet/conseil hygienodiet. Ceci concerne donc tous les FDRCV et les troubles cardiovasculaires comme ACFA, Angor, insuffisance cardiaque mais aussi certains troubles musculosquelettiques comme l'arthrose ou la lombalgie.
- Certaines pathologies sont caractérisées par leur potentiel déséquilibre, ce qui amène le médecin généraliste à voir le patient toutes les 2 semaines comme dans la dépression, l'humeur dépressive, les problèmes avec alcool, ou ACFA. En ce qui concerne l'ACFA c'est l'INR qui peut se déséquilibrer. Il peut se gérer au téléphone avec le patient avec un maximum de 24 prises de sang par an. Il y a d'autres RC caractérisés par leur déséquilibre comme l'asthme, la bronchite chronique, l'insomnie, l'insuffisance cardiaque, HTA, anxiété et angoisse, ainsi que toutes les pathologies douloureuses que nous avons précédemment regroupées sous un seul et même suivi, celui lié au risque important d'automédication en AINS et paracétamol. Quand ces RC sont déséquilibrés, le médecin peut être amené à voir ses patients 12 fois dans l'année en moyenne. Ceci amène des écarts de nombre de consultations importants entre 1 à 12 pour l'insomnie et les pathologies douloureuses. Pour ces pathologies, le médecin généraliste peut parfois ne voir le patient qu'une seule fois pour la prescription d'une ordonnance – ordonnance que le patient n'utilisera que pour une prise épisodique de médicaments. De même pour le diabète, HTA, insuffisance cardiaque, ACFA dans lesquels les patients bien équilibrés peuvent n'être vus que 2 fois dans l'année.
- Nous avons également pensé que les ES effectués sous certaines conditions devaient avoir un minimum de fréquence basse à 0 si les conditions n'étaient pas remplies. Par exemple dans le diabète il faut faire une protéinurie toutes les 24 heures si la bandelette urinaire est positive

sinon cette protéinurie n'est pas effectuée. A l'inverse certaines conditions fixent un minimum qui ne peut être 0 comme le suivi par EAL/LDL de l'hyperlipidémie qui est à faire 2 fois si déséquilibré mais reste à faire une fois minimum même si il est équilibré.

### 3.5.2 Présentation du deuxième tableau

Nous allons donc à partir de ces interprétations et créations de données créer un deuxième tableau de suivi qui sera exploitable.

Il comprendra 7 colonnes pour: le RC concerné, le type d'ES, l'ES, Fréquence haute, et, Fréquence basse, condition de suivi et les référentiels.

### 3.5.3 Cas particulier de la prise en charge de la douleur et du risque accru d'automédication en AINS et paracétamol

Ce suivi nous servira pour 7 RC ayant attrait à la douleur: lombalgie, arthrose, arthropathie-périarthropathie, cervicalgie, épaule (téno-synovites), céphalées et migraines.

Le référentiel qui s'y rapporte est le 67 correspond au Thériaque. On a estimé qu'il fallait un minimum de 1 consultation chez le médecin généraliste pour la prescription de la bio et un maximum de 12 fois par an en cas de déséquilibre.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	transa	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Cons	Consultation MT	1	12	Patho douloureuse avec automédic forte	99
Eval	Exam clinique approfondi	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	99

Tableau 11: Eléments de suivi pour la prise en charge de la douleur

### 3.5.4 Les deux tableaux pour chaque RC avec leurs remarques et interprétations supplémentaires:

#### 3.5.4.1 HTA

ES	Données	Référence
Cl creat	annuel plus souvent si anormal	1
EAL LDL	tous les 3 ans si normal	1
Glycémie	tous les 3 ans si normal	1
Iono	annuel + souvent si traitement	1
Dépícard FDR CV	annuel	1
BU : Protéinurie glycosurie	BU annuel	1
µalbuminurie	si BU négative	99
Protéinurie des 24 h	si BU positive	99
Fond œil	tous les 3 ans	99
ECG	tous les 3 ans annuel si anormal	99,1
Echo cœur	si ECG modifié ou souffle si FDRCV fort ? À voir avec AP	99
MAPA	tous les 3 ans (mono ou bi thérapie) annuel pour >2 TTT ou en ALD	99
Consultation médecin traitant	3/6 mois	99,40
PA	3/6 mois	1
poids	annuel	99

Tableau 12 : Données disponibles dans les référentiels pour l'HTA

#### Remarques et interprétations :

- Nous avons considéré que la condition : « si clairance anormale » ne devait pas être prise en compte car cela renvoie à un autre RC, qui est l'insuffisance rénale avec son propre suivi.
- Par ailleurs, il y avait une contradiction entre effectuer une recherche de FDRCV chaque année et faire la glycémie et EAL tous les 3 ans. Nous avons considéré de ne garder le suivi qu'une fois tous les 3 ans car on se place dans le cadre de bilan normaux. Dans le cas inverse, on se placerait, une fois encore, dans le cadre d'autres RC qui sont hyperlipidémie et diabète.

- Pour le iono il n'y avait pas de données plus précises que de « le faire plus souvent si traitement ». Nous avons alors estimé que de le faire 2 fois par an était raisonnable.
- Il n'y avait pas non plus de données pour effectuer une MAPA et le FO que l'on a trouvés pourtant important de suivre.
- Enfin l'HTA est une pathologie qui peut se déséquilibrer. On a donc estimé qu'on pouvait voir un patient chaque mois pour le rééquilibrer.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	µalbuminurie	0,00	1,00	si BU négative	99
bio	BU : Protéinurie glycosurie	1,00	1,00		1
bio	Cl creat	1,00	1,00		1
bio	EAL LDL	0,33	0,33	si normal	1
bio	Glycémie	0,33	0,33	si normal	1
bio	iono	1,00	2,00	Hte si traitement Diurétique ou IEC	1 ; 99
bio	protéinurie des 24 h	0,00	1,00	si BU positive	99
Cons MT	Consultation MT	2,00	6,00		1 ; 40
éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1,00	1,00		1
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseil hygienodiet	1	1		99
Ex comp	ECG	0,33	1,00	Hte si anormal	1
Ex comp	écho cœur	0	1,00	si ECG modifié ou souffle si FDRCV fort ? À voir avec AP	1
Ex comp	Fond œil	0,33	0,33		99
Ex comp	MAPA	0,33	1,00	Bsse : si mono ou bi thérapie Hte si +2TT	99
GT	PA	2,00	6,00		1
GT	poids	1	2		99

Tableau 13 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'HTA



### 3.5.4.2 HYPERLIPIDEMIE

ES	Données	Référence
EAL LDL	annuel plus souvent si déséquilibré	4,5
Transaminases	avant tt par statine, 3 mois après le début du tt puis tous les ans	4
Gamma GT	avant tt par statine, 3 mois après le début du tt puis tous les ans	4
CPK	avant tt par statine, 3 mois après le début du tt puis tous les ans	4
Dépicaard FDR CV	annuel	99
consultation médecin traitant	1 fois par an avec éducation diététique	99

Tableau 14 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Hyperlipidémie

#### Remarques et interprétations :

- On recherche annuellement tous les FRCV quand on en possède déjà un (cf. création de données ci-dessus).
- Un suivi annuel paraît donc nécessaire, avec un minimum de 2 fois par an s'il y a un déséquilibre (accompagné toujours par des conseils hygiéno-diététiques et des GT).

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	CPK	0	1	Si tt	4
bio	EAL LDL	1	2	Hte si déséquilibré	4,5
bio	Glycémie	1	1		99
bio	Gamma GT	1	1		4
bio	Transaminases	0	1	Si tt	4
Cons MT	Consultation MT	1	2		99
éval	évaluation risque CV (Dépicaard)	1	1		99
éval	Educ diet/conseil hygieno diet	1	2		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
GT	poids	1	2		99
GT	PA	1	2		99
paramed	diététicien	0	1		99

Tableau 15 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Hyperlipidémie

### 3.5.4.3 LOMBALGIE

ES	Données	Référence
Cl creat	annuel	99
Radio rachis	si symptômes influent sur la vie quotidienne surtout chez patient jeune <20ans ou recherche spondylolisthesis, SPA,	37,38
consultation médecin traitant	recherche profession, exposition aux vibrations, état psychologique, prise en charge globale, pas d'examens complémentaires, réinsertion la plus rapide dans le travail, collaboration avec médecin du travail et médecin conseil	35,36
poids	annuel	99

Tableau 16 : Données disponibles dans les référentiels pour la Lombalgie

#### Remarques et interprétations :

- On a estimé que le nombre de consultations chez le médecin traitant pouvait atteindre 12 fois par an à cause d'une possibilité de prescription de benzodiazépine délivrée mois par mois.
- On a éliminé la condition de recherche de SPA car il s'agit d'un autre RC.
- Le poids sera pris 2 fois par an étant donné que le patient peut être vu 12 fois.
- On a intégré ce RC dans la prise en charge spéciale de la douleur avec le risque majeur d'automédication en AINS et paracétamol.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Cl creat	1	1	pour auto médic cf. fiche ains	99
bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Cons MT	Consultation MT	1	12	en fonction du tt Bz morphiniques	37
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet//conseil hygienodiet	1	1		99
Ex comp	radio rachis	0,33	1	si symptômes influent sur la vie quotidienne, surtout chez patient jeune <20ans ou recherche spondylolisthesis,	36 ; 99
GT	poids	1	2		38

Tableau 17 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour la Lombalgie

### 3.5.4.4 ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE

Aucune donnée ciblée dans les référentiels pour le suivi de ce RC n'a été retrouvée

**Remarques et interprétations :**

Nous avons considéré le suivi de ce RC comme précédemment en prise en charge d'automédication en AINS et paracétamol.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Cl creat	1	1	pour auto médic cf. fiche ains	67
bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Cons MT	Consultation MT	1	12	Patho douloureuse avec automédic forte	99
éval	Examen clinique approfondi	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	99

**Tableau 18 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Arthropathie-Périarthropathie**

### 3.5.4.5 DIABETE DE TYPE 2

ES	Données	Référence
Cl creat	annuel, (sauf si metformine trim)	9
EAL LDL	annuel	9
Glycémie	annuel	9
Hb glyquée	trim	9
NFS+ plaquettes	annuel si sulfamides ou InhAGlucosidases	99,67
Transaminases	annuel si sulfamides ou InhAGlucosidases	99,67
iono	Annuel si sulfamides ou InhAGlucosidases, biguanide	99,67
Dépocard FDR CV	annuel	99
BU : Protéinurie glycosurie	annuel	6
µalbuminurie	si BU -	6
protéinurie des 24 h	si BU + PU/24H	6
Diététicienne	selon diet (au moins semestriel)	99
Fond œil	annuel	9
podologue	annuel	9
µfilament	annuel si pas podologue	9
ECG	annuel	9
écho cœur	si FDRCV élevé (>2), si ECG modifié ou souffle voir avec AP	9
MAPA	Tous les trois ans	99
Echo doppler des membres inférieurs (artériels et veineux)	5 ans, si âge >40 ans, diabète >20 ans, rapproché si fort FDCV (>2)	9
Echo doppler TSA(ou artères rénales)	?	99
Vaccin antigrippal (annuel)	tous	99
vaccin antipneumococcique (tous les 5 ans)	tous	9
consultation cardiologue	si FDRCV élevé (>2)	9
consultation médecin traitant	trim ou semestriel	99
PA	<130/80	9
Poids		99

Tableau 19 : Données disponibles dans les référentiels pour le Diabète

#### Remarques et interprétations :

- L'éducation diététique prend une place prépondérante dans la prise en charge du diabétique. Celle-ci se fait rarement chez un diététicien : il s'agit surtout de diabètes très sévères (lors d'hospitalisation par exemple).
- On a aussi pensé qu'un suivi régulier par un contrôle poussé des FDRCV était indispensable si FRCV élevé. Il est envisagé pour cela de faire, au moins tous les 3 ans, une MAPA, ainsi que de mesurer le retentissement par une écho des membres

inférieurs et une échographie des TSA. Ces écho ne sont à faire que s'il y a un fort facteur de risque CV, 1 fois tous les 3 ans seulement sinon on rentre dans la pathologie de l'AOMI.

- On a estimé que la consultation chez le médecin généraliste est régulée en fonction de l'Hb glyquée qui ne se pratique que tous les 3 mois.
- Il faut ajouter, au suivi proposé dans les référentiels centrés sur le diabète, celui des médicaments utilisés préconisés dans le Vidal. Nous avons donc ajouté un suivi hépatique, une numération formule sanguine et un iono (même si le ionogramme n'est pas directement perturbé mais ces traitements peuvent souvent donner des diarrhées et donc faire varier ce dernier).

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Avis spé	consultation cardiologue	0	1	si FDRCV élevé (>2)	9
bio	µalbuminurie	0	1	si BU -	6
bio	BU : Protéinurie glycosurie	1	1		6
bio	CI creat	1	4	hte si metformine	99; 9
bio	EAL LDL	1	1		9
bio	Glycémie	1	1		9
bio	Hb glyquée	2	4		9
bio	iono	1	1		99
bio	NFS plaquettes	0	1	Si sulfamides	99
bio	protéinurie des 24 h	0	1	si BU +	6
bio	Transaminases	0	1	si sulfamides ou InhAGlucosidases	99
Cons MT	Consultation MT	2	12		99
éval	Educ diet /conseil hygienodiet	1	4		99
éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Ex comp	ECG	1	1		9
Ex comp	écho cœur	0	0,5	si FDRCV élevé (>2), si ECG modifié ou souffle	98
Ex comp	Echo doppler des membres inférieurs (artériels et veineux)	0	0,33	si âge >40 ans, diabète >20 ans + rapproché si fort FDRCV (>2)	9 ; 99
Ex comp	Echo doppler TSA	0	0,33	Si FDRCV>2	99
Ex comp	Fond œil	0,5	1		9
Ex comp	MAPA	0,33	0,33	Si FRCV>2	99
GT	µfilament	1	1		9
GT	PA	2	12	<130/80	9
GT	Poids	2	12		99

GT	Vaccin antigrippal	1	1		70
GT	vaccin antipneumococcique	0,2	0,2		70
paramed	Diététicien	0	1		99
paramed	podologue	1	1		9

Tableau 20 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour le diabète

### 3.5.4.6 REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE

ES	Données	Référence
fibroscopie /coloscopie	à faire systématiquement dès que:>50 ans ou, signe alarme: anémie, hémorragie, dysphagie, amaigrissement, ou symptôme atypique: toux nocturne, asthme, enrouement, douleur pseudo angineuse, sensation de brûlure pharyngée otalgies ; si endobrachyoœsophage: tous les 2/3 ans; si arrêt d'un tt et réapparition des symptômes sur œsophagite sévère	33,34, 42
consultation médecin traitant	annuel avec recherche systématique de tabac et alcool	99

Tableau 21 : Données disponibles dans les référentiels pour Reflux Pyrosis Œsophagite

#### Remarques et interprétations :

- On a enlevé la condition endobrachyoœsophage et œsophagite sévère qui constituent chacun une complication, donc un autre RC.
- Le médecin sera consulté au minimum 2 fois pour la prescription des IPP.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Cons MT	Consultation MT	2	2		99
Ex comp	fibroscopie	0,33	0,5	:>50 ans, signes d'alarme, réapparition des signes à l'arrêt du TTT, symptôme atypique	33, 34,42
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet /conseil hygiéno diet	1	1		99

Tableau 22 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour Reflux-Pyrosis-Œsophagite

### 3.5.4.7 ARTHROSE

ES	Données	Référence
autres Radio	1 an après le diagnostic puis tous les 2 ans	7
consultation médecin traitant	annuel	99

Tableau 23 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Arthrose

#### Remarques et interprétations :

- Le suivi de ce RC a été considéré comme la prise en charge d'automédication aux antalgiques.
- Nous avons gardé le seul élément de suivi retrouvé dans les référentiels ciblés (la radio) mais on a estimé que l'on peut faire une radio minimum tous les 5 ans pour évaluer l'évolution de l'arthrose avec un max de 1 radio par an dans les cas sévères.
- On a ajouté le suivi du poids car cela joue sur l'évolution de l'arthrose.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Ex comp	Radio articulaire	0,2	1	en fonction de l'évolution	7,99
bio	CI creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Cons MT	Consultation MT	1	12	Patho douloureuse avec automédic forte	99
bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
éval	Examen clinique approfondi	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	99
Eval	Educ diet/conseil hygienodiet	0	1	Si besoin	99
GT	Poids	1	2		99

Tableau 24 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Arthrose

### 3.5.4.8 RHINITE

Aucune donnée dans les référentiels pour le suivi de ce RC n'a été retrouvée.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99

Tableau 25 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour la Rhinite

### 3.5.4.9 INSOMNIE

ES	Données	Référence
consultation médecin traitant	qd introduction d'une benzo : consultation après 1 semaine de tt(40) dans la modalité d'arrêt des benzodiazépines: consultations rapprochées la 1 <sup>o</sup> semaine, après l'arrêt puis suivi durant 6 mois. (13) recherche: modification des repères chronologiques, causes hyperéveil, affection médicale non contrôlée, trouble dépressif, suspicion SAS ou du syndrome des jambes sans repos, associations mentales défavorables au sommeil(39)	13, 39 ,40

Tableau 26 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Insomnie

#### Remarques et interprétations :

Le rythme de suivi par le médecin généraliste peut suivre celui de la prescription des médicaments. Ainsi le patient peut être vu 1 fois par mois s'il a un traitement comprenant des benzodiazépines.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Cons MT	Consultation MT	1	12	selon traitement (benzo, hypnotique, ...)	99, 13, 39,40
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
éval	Educ diet/conseil hygienodiet	1	1		99

Tableau 27 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Insomnie

### 3.5.4.10 ANXIETE – ANGOISSE

ES	Données	Référence
Cl creat	selon tt	68
Transaminases	selon tt	68
Gamma GT	selon tt	68
BILI T et C	selon tt	68
iono	Na, K selon tt(68)	68
psychologue	?	68,69
psychiatre	selon gravité, difficulté diagnostique, ou thérapeutique	68
consultation médecin traitant	pour tous les patients	68

Tableau 28 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Anxiété - Angoisse

#### Remarques et interprétations :

Selon la sévérité une proposition annuelle peut être proposée chez le psychologue ou le psychiatre.



Type ES	ES	Fre q bas s	Fre q hte	condition de suivi	Referen ce
Avis spé	Psychiatre	0	1	selon sévérité	68
bio	Cl creat	0	1	selon traitement	68
bio	iono	0	1	selon traitement	68
bio	Transaminases	0	1	selon traitement	68
bio	Bili T et C	0	1	selon traitement	68
bio	Gamma GT	0	1	selon traitement	68
Cons MT	Consultation MT	4	12	selon traitement (benzo, ...) et soutien psychologique	99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
éval	Educ diet/conseil hygienodiet	1	1		99
parame d	psychologue	0	1	proposition annuel	68

Tableau 29 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Anxiété - Angoisse

### 3.5.4.11 TABAGISME

ES	Données	Références
Dépocard FDR CV	annuel	99
Radio thorax	tous les 5 ans à partir de 20 PA	99
Débit expiratoire de pointe	à chaque consultation, pour fumeurs et âge > 40 ans /toux et expectoration matinales /exposition professionnelle	17,18
EFR	tous les 5 ans à partir de 20 PA I, si VEMS/VEM6 < 0,7	18,99
Vaccin antigrippal (annuel)	vérification annuelle à partir de 20PA	99
consultation évaluation +/- sevrage tabacologie en 3 consultations : info ; évaluation Fagerstrom ; arrêt	proposé à chaque consultation,	17
consultation médecin traitant	avec recherche systématique de cancer ORL, BPCO et de pathologies chroniques susceptibles d'être aggravées par le tabac, avec D totale de 6S à 6M si TNS, et 7 à 9S si bupropion, et suivre les patients pendant 6 mois après l'arrêt,	17
PA	lors de chaque consultation	17

Tableau 30 : Données disponibles dans les référentiels pour le tabagisme

#### Remarques et interprétations :

- Dans une démarche de sevrage tabagique, on peut être amené à voir le patient 6 fois par an.
- La proposition du sevrage tabagique se fait à chaque consultation.

- PA et poids sont pris 2 fois au maximum car le patient est vu 6 fois maximum.
- On recherche annuellement tous les FDRCV quand on en a 1.
- On a estimé aussi qu'un maximum d'une radio tous les 5 ans chez les patients ayant **plus de 20 PA** devaient être la règle.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	glycémie	1	1		99
bio	EAL/LDL	1	1		99
Cons MT	Consultation MT	1,00	6,00	Hte si protocole d'arrêt	17
éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1,00	1,00		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseil hygiéno-diététique	1	1		99
Ex comp	EFR	0	1,00	à partir de 20 PA I, si VEMS/VEM6<0,7(18)	18,99
Ex comp	Radio thorax	0	0,20	>20 PA	99
GT	Débit expiratoire de pointe	1,00	6,00	Hte si âge>40 ans /toux et expectoration matinales /exposition professionnelle	17,18
GT	PA	1,00	2,00		17
GT	Poids	1	2		99
GT	proposition sevrage tabagique	1,00	6,00	à chaque consultation quel qu'en soit le motif ou le RC	17
GT	Vaccin antigrippal	0	1,00	20PA	70
GT	Vaccin antipneumococcique	0	0,2	20PA	70

Tableau 31 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour le Tabagisme

### 3.5.4.12 EPAULE (TENOSYNOVITE)

Aucune donnée ciblée dans les référentiels pour le suivi de ce RC n'a été retrouvée

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Cons MT	Consultation MT	1	12	Patho douloureuse avec automédic forte	99
bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
éval	Examen clinique approfondi	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	99

Tableau 32 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour la Ténosynovite de l'Epaule

**Remarques et interprétations :**

Nous avons considéré le suivi de ce RC comme précédemment en prise en charge d'automédication en AINS et paracétamol.

**3.5.4.13 CERVICALGIE**

ES	Données	Référence
autres Radio	si d'emblée douleur et raideur intenses, si aggravation, si résistance au tt bien conduit	48
SCANNER (THORACIQUE +/- ABDOMINO PELVIEN autres)	si doute sur pathologie inflammatoire, tumorale, infectieuse ou traumatisme récent	48
IRM	si doute sur pathologie inflammatoire, tumorale, infectieuse ou traumatisme récent	48
consultation médecin traitant	??	99

Tableau 33 : Données disponibles dans les référentiels pour des cervicalgies

**Remarques et interprétations :**

- Nous avons considéré le suivi de ce RC comme une prise en charge d'automédication en AINS et paracétamol.
- Un suivi régulier par radio nous a semblé important (comme pour les lombalgies).

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Cons MT	Consultation MT	1	12		99
bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Ex comp	Radio du rachis	0,33	1	si symptômes influent sur la vie quotidienne, surtout chez patient jeune <20ans, si aggravation, si résistance au tt bien conduit	36, 48,99

Tableau 34 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour les Cervicalgies

### 3.5.4.14 CONSTIPATION

ES	Données	Référence
Cl creat	que si résistance au traitement	32
Glycémie	que si résistance au traitement	32
NFS+ plaquettes	que si résistance au traitement	32
crp	que si résistance au traitement	32
TSH	que si résistance au traitement	32
Ph, Hco3, Ca, prot, albuminémie	Ca que si résistance au traitement	32
examen particulier	temps de transit colique et manométrie anorectale si résistant au traitement et doute de diagnostic étiologique	32
fibroscopie /coloscopie	si modification du transit ou doute sur une organicité	32
consultation médecin traitant	annuel éliminer causes gynécologiques(32)	32

Tableau 35 : Données disponibles dans les référentiels pour de la constipation

#### Remarques et interprétations :

- Nous avons éliminé d'emblée comme examen complémentaire la manométrie anale car elle n'est jamais faite en pratique courante dans le suivi de ce RC.
- Nous avons considéré que la coloscopie ne fait pas partie du suivi de la constipation mais intervient dans la recherche d'une complication.
- La biologie ne se fait que si la constipation est sévère et résistante au traitement.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Albuminémie	0	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
bio	Cl creat	0	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
bio	CRP	0	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
bio	Glycémie	0	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
bio	iono	0	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
bio	NFS plaquettes	0	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
bio	TSH	0	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
Cons MT	Consultation MT	1	2	annuel	32, 99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
éval	Educ diet/conseil hygienodiet	1	1		99

Tableau 36 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour la Constipation

### 3.5.4.15 HYPOTHYROIDIE

ES	données	Références
EAL LDL	surveillance?	99
TSH	semestrielle ; ts les 6 mois si hypothyroïdie fruste(42)	42
T4L	semestrielle si non traitée	99
consultation médecin traitant	annuel	99
IMC	annuel	99

Tableau 37 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Hypothyroïdie

#### Remarques et interprétations :

- Le seul ES retrouvé est le T4L.
- Nous avons pensé qu'il serait judicieux de surveiller le bilan lipidique ainsi que le poids car il peut y avoir une répercussion sur ces derniers.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	EAL LDL	1	1		99
bio	T4L	2	2	si non traitée	99
bio	TSH	2	4		42
Cons MT	Consultation MT	1	2		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
GT	poids	1	2		99

Tableau 38 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Hypothyroïdie

### 3.5.4.16 ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE

ES	Données	Référence
Cl creat	annuel, si IEC	11,43
EAL LDL	annuel	11
Glycémie	annuel	11
NFS+ plaquettes	annuel, si aggravation	44
Transaminases	Annuel,	11
Gamma GT	Annuel	11
iono	annuel, si IEC	11,44
CPK	Annuel si statine	11
Dépicaard FDR CV	annuel	99
ECG	annuel	11,44
écho cœur	si ECG modifié	99
Epreuve d'effort	Selon avis cardio, annuel	11,44
Vaccin antigrippal (annuel)	tous	99
vaccin antipneumococcique (tous les 5 ans)	tous	99
consultation cardiologue	Selon avis cardio si besoin d'ajustement traitement, sinon annuel	11,44
consultation médecin traitant	3 mois	11,43
PA	3 mois	99

Tableau 39 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Angor

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Avis spé	consultation cardiologue	1	1		11,44
bio	Cl creat	0	1	si IEC	11,43
bio	CPK	0	1	si statine	11
bio	EAL LDL	1	1		11
bio	Gamma GT	1	1		11
bio	Glycémie	1	1		11
bio	iono	0	1	si IEC	11,44
bio	NFS plaquettes	0	1	si aggravation	44
bio	Transaminases	1	1		11
Cons MT	Consultation MT	4	4		11,43
éval	évaluation risque CV (Dépicaard)	1	1		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseil hygienodiet	1	1		99
Ex comp	ECG	1	1		11,44
Ex comp	écho cœur	0	1	si ECG modifié, à voir avec AP	99
Ex comp	Epreuve d'effort	1	1		11,44
GT	PA	4	4		99
GT	Vaccin antigrippal	1	1		70
GT	vaccin antipneumococcique	0,2	0,2		70

Tableau 40 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Angor

### 3.5.4.17 HUMEUR DEPRESSIVE

ES	Données	Référence
Cl creat	annuel	99
NFS+ plaquettes	annuel	99
Transaminases	annuel	99
TSH	annuel	99
iono	annuel	99
ECG	annuel si tricyclique ou neuroleptique	99, 67
Test Hamilton ou MADRS	Annuel	99
consultation médecin traitant	fréquentes en début de tt par exemple: S0, S3, S7, S15+téléphone; arrêt du traitement si non réponse au bout de 8 semaines, arrêt si bonne réponse au bout de 16-20 semaines après la disparition des symptômes	12
IMC	trimestriel	99

Tableau 41 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Humeur Dépressive

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Cl creat	0	1	Selon traitement	67
bio	iono	0	1	Selon traitement	67
bio	NFS plaquettes	0	1	Selon traitement	67
bio	Transaminases	0	1	Selon traitement	67
bio	TSH	0	1		99
Cons MT	Consultation MT	4	24		12
éval	Test Hamilton ou MADRS	1	2		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseil hygienodiet	4	14		99
Ex comp	ECG	0	1	si tricyclique ou neuroleptique	99, 67
GT	Poids	4	4		99
paramed	psychologue	0	1		99

Tableau 42 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Humeur Dépressive

#### Remarques et interprétations :

- Nous avons également utilisé dans le suivi de ce RC le référentiel 67 (le Vidal) en fonction des traitements antidépresseurs utilisés (comme les neuroleptiques par un ECG).
- Dans des épisodes sévères, le médecin généraliste peut être amené à voir le patient tous les 15 jours sur une longue période.

- Le poids nous a paru un marqueur indispensable tous les 3 mois.
- L'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre peut être d'une grande aide. Nous ne l'avons compté qu'une fois.
- Nous avons ajouté la TSH afin de ne pas passer à côté d'une étiologie thyroïdienne.

### 3.5.4.18 ASTHME

ES	Données	références
EFR	chez les patients contrôlés trimestriel ou biannuel si corticothérapie inhalée forte, biannuel ou annuel si corticoïde inhalé moyenne ou faible dose, annuel voire plus si pas de tt de fond	51
consultation pneumologue	chez les patients non contrôlés: ayant recours à une corticothérapie oral: 1 mois après arrêt	99
consultation médecin traitant	avec toujours une DEP chez les patients <b>contrôlés</b> : trimestrielle si corticothérapie inhalée forte, biannuel si corticoïde inhalé moyenne ou faible dose, annuel si pas de tt de fond; chez les patients <b>non contrôlés</b> : ayant recours à une corticothérapie oral:1 semaine et à 1 mois après arrêt+ avis spé; sans recours au corticothérapie orale:1 à 3 mois après exacerbation	51, 99

Tableau 43 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Asthme

#### *Remarques et interprétations :*

La consultation chez le pneumologue est finalement rare pour la prise en charge des asthmatiques.



Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Avis spé	consultation pneumologue	0	1	si non contrôlés avec prise de corticoïde orale	99
Cons MT	Consultation MT	1	12	selon équilibre du traitement	51, 99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseil hygienodiet	1	1		99
Ex comp	EFR	1	3	selon traitement	51
GT	Vaccin antigrippal	1	1		70
GT	Vaccin antipneumococcique	0,2	0,2		70
GT	Débit expiratoire de pointe	1	12		99

Tableau 44 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Asthme

### 3.5.4.19 DEPRESSION

Les référentiels ne font pas de distinction entre humeur dépressive et dépression.

ES	Données	Références
Cl creat	annuel	99
NFS+ plaquettes	annuel	99
Transaminases	annuel	99
TSH	annuel	99
iono	annuel	99
ECG	annuel si tricyclique ou neuroleptique	99, 67
Test Hamilton ou MADRS	Annuel	99
consultation médecin traitant	fréquentes en début de tt par exemple: S0, S3, S7, S15+téléphone; arrêt du traitement si non réponse au bout de 8 semaines, arrêt si bonne réponse au bout de 16-20 semaines après la disparition des symptômes	12
IMC	trimestriel	99

Tableau 45 : Données disponibles dans les référentiels pour la Dépression

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Avis spé	psychiatre	0	1	Selon sévérité	99
bio	Cl creat	0	1	Selon traitement	67
bio	iono	0	1	Selon traitement	67
bio	NFS plaquettes	0	1	Selon traitement	67
bio	Transaminases	0	1	Selon traitement	67
bio	TSH	0	1		99
Cons MT	Consultation MT	4	24		12
éval	Test Hamilton ou MADRS	1	2		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseil hygienodiet	4	4	A chaque mesure du poids	99
Ex comp	ECG	0	1	si tricyclique ou neuroleptique	99, 67
GT	Poids	4	4		99
paramed	psychologue	0	1		99

Tableau 46 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour la Dépression

### 3.5.4.20 EPIGASTRALGIE

Aucune donnée ciblée dans les référentiels pour le suivi de ce RC n'a été retrouvée

#### *Remarques et interprétations :*

Nous avons néanmoins considéré que ces patients étaient quand même vus et examinés au moins une fois par an et risquaient également d'avoir une ordonnance comprenant un IPP. Il n'y a pas de surveillance particulière pour les IPP mais cela impose une fréquence maximum de 2 fois par an pour leur prescription chez le médecin généraliste.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Cons MT	Consultation MT	1	2		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseil hygienodiet	1	1		99

Tableau 47 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Epigastralgie

### 3.5.4.21 CEPHALEE

Les seules références retrouvées sur les céphalées concernent **migraines et céphalée de tension** et le seul suivi concerne un suivi psychologique s'il y a résistance au traitement.

ES	Données	références
psychologue	si comorbidité psychiatrique	49
consultation médecin traitant	régulier si traitement par amytriptiline	49

Tableau 48 : Données disponibles dans les référentiels pour des Céphalées

#### Remarques et interprétations :

Nous avons considéré le suivi de ce RC comme une prise en charge d'automédication en AINS et paracétamol.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Cons MT	Consultation MT	1	12		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
paramed	psychologue	0	1	Si résistance au tt et comorbidité psychiatrique	49

Tableau 49 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour les Céphalées

### 3.5.4.22 ECZEMA

Aucune donnée ciblée dans les référentiels pour le suivi de ce RC n'a été retrouvée.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Cons MT	Consultation MT	1	4		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99

Tableau 50 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Eczéma

### 3.5.4.23 NEVRALGIE – NEVRITE

Aucune donnée ciblées dans les référentiels pour le suivi de ce RC n'a été retrouvée

#### *Remarques et interprétations :*

Nous avons considéré le suivi de ce RC comme une prise en charge d'automédication en AINS et paracétamol.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Cons MT	Consultation MT	1	12		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99

Tableau 51 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour les Névralgies-Névrites

### 3.5.4.24 OSTÉOPOROSE

ES	Données	références
Cl creat	annuel si tt par bisphosphonate	58,67
Ph, Hco3, Ca, prot, albuminémie	Ca, annuel si tt par bisphosphonate	58,67
biologie particulière	non recommandé de manière systématique : marqueurs de résorption : sanguin:N/C telopectide du collagène de type 1, urinaire: idem, calciurie, pas avant 6 mois de traitement; marqueur de formation : ostéocalcine, phosphatase alcaline totale et osseuse, pas avant 3/6 mois	26
ostéodensitométrie	possible dans le suivi, à la fin d'un traitement, pas avant 2 ans de traitement(26) (29), à refaire 3 à 5 ans après la première si pas de tt + ménopause+ 1° ostéodensitométrie normale (58)	26, 29,58
consultation médecin traitant	annuel, adapté le tt en fonction de l'âge, localisation de l'ostéoporose et signes climatériques, ou intolérances au tt (29)	29
taille	annuel	99
IMC	annuel	99

Tableau 52 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Ostéoporose

**Remarques et interprétations :**

- Nous avons éliminé la biologie particulière car elle n'est jamais faite en pratique courante.
- Le poids pouvant jouer sur l'ostéoporose, il est important de le contrôler.
- La variation de taille chez le patient peut être un bon indicateur de l'ostéoporose du rachis.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Ca,	1	1	si tt par bisphosphonate	58
bio	Cl creat	1	1	si tt par bisphosphonate	58
Cons MT	Consultation MT	1	2		29
Ex comp	ostéodensitométrie	0	0,3		26,29, 99
GT	taille	1	1		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99

Tableau 53 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Ostéoporose

**3.5.4.25 PROSTATE (HYPERTROPHIE)**

ES	Données	références
Cl creat	en fonction de la clinique, évolution de la gêne, non systématique	16 ,46
BU : Protéinurie glycosurie	si suspicion ou atcd d'infection urinaire	16 ,46
ECHO tissus mous (hépatique, de thyroïde, rénale)	écho de l'arbre urinaire fonction de l'évolution, non systématique	16 ,46
bilan urodynamique	fonction de l'évolution, non systématique	16 ,46
débitmètre	fonction de l'évolution, non systématique	16 ,46
consultation médecin traitant	le seul suivi devrait être clinique, annuel, avec questionnaire (ex: I-PSS), mais traitement si : insuffisance rénale secondaire, hématurie, diverticules vésicaux (16+46)	16 ,46

Tableau 54 : Données disponibles dans les référentiels pour l'hypertrophie de la Prostate

**Remarques et interprétations :**

- Nous avons estimé que la débitmétrie, et donc le bilan urodynamique, ne se faisaient pas en pratique courante dans le suivi de ce RC, mais plutôt dans celui de dysurie.
- L'écho de la prostate dans le **suivi** n'est pas obligatoire.
- La clairance de créatinine permet d'évaluer le retentissement potentiel sur l'arbre urinaire.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	BU : Protéinurie glycosurie	1	1		16,46 ,99
bio	Cl creat	1	1		16,46, 99
Cons MT	Consultation MT	1	2		16,46, 99
Ex comp	Echo prostate	0	0,33		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99

Tableau 55 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'hypertrophie de la Prostate

### 3.5.4.26 FIBRILLATION-FLUTTER AURICULAIRES

#### Remarques et interprétations :

- Nous avons estimé que les FDRCV devaient être tous contrôlés annuellement et qu'il fallait faire une glycémie annuellement plutôt que tous les 5 ans. De plus, nous avons considéré que la consultation du médecin traitant pouvait être effectuée au maximum 1 fois par mois si traitement AVK.
- On ne fait pas d'épreuve d'effort pour les personnes âgées dont le diagnostic est déjà posé (fréquence minimum à 0).
- Le poids et la PA doivent être pris à chaque consultation (ce sont des témoins des déséquilibres).

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Cl creat	1	1		10
bio	EAL LDL	1	1		99
bio	Glycémie	1	1		99
bio	INR	0	24	si tt avec AVK	10
bio	TSH	0	2	si tt par amiodarone	10
Cons MT	Consultation MT	2	12	Hte si déséquilibre ACFA	10,99
éval	évaluation risque CV	1	1		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseil hygienodiet	1	1		99
Ex comp	ECG	1	1		99
Ex comp	écho cœur	0,5	1	si non réduite	99
Ex comp	Epreuve d'effort	0	0,33	sportif régulier ou activité importante	10
Ex comp	MAPA	0,5	1	si non réduite	99
GT	PA	2	12		99
GT	Poids	2	12		99

Tableau 56 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'AC/FA

### 3.5.4.27 OBESITE

ES	Données	références
Cl creat	annuel	99
EAL LDL	annuel	99
Glycémie	annuel	99
Transaminases	tous les trois ans	99
Gamma GT	tous les trois ans	99
BILI T et C	tous les trois ans	99
TSH	tous les trois ans	99
Dépocard FDR CV	annuel	99
Diététicienne	semestriel; si au bout de 6 mois à 1 an de suivi sans résultat ou IMC>35+comorbidité, IMC>40 (47)	47
ECG	tous les 3 ans(2) annuel si anormal(99)	2,99
écho cœur	si ECG modifié	99
Vaccin antigrippal (annuel)	tous	99
consultation médecin traitant	Annuel mesure de tour de taille systématiques(2);fréquence dépend des résultats(47)	2,47
IMC	calcul à chaque cs (47)	47

Tableau 57 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Obésité

#### Remarques et interprétations :

- Comme dans le diabète, l'éducation diététique est très importante. Elle se fait de manière complémentaire entre médecin généraliste et diététicien (rares sont les patients qui sont pris en charge par le diététicien).
- Nous n'avons pas eu de référence concernant le suivi biologique chez ces personnes alors qu'il nous semble primordial de rechercher les FDRCV au moins une fois par an. Ceci est mentionné plus bas pour le suivi de la **surcharge pondérale** (qui est un autre RC) (référence N°64). Nous avons également estimé qu'il était important d'effectuer un bilan hépatique pour la recherche d'une stéatose hépatique.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	BILI T et C	0,33	1		99
bio	Cl creat	1	1		99
bio	EAL LDL	1	1		99
bio	Gamma GT	0,33	1		99
bio	Glycémie	1	1		99
bio	Transaminases	0,33	1		99
bio	TSH	0,33	1		99
Cons MT	Consultation MT	1	4		2,47
éval	Educ diet/conseil hygiéno diet	1	4		99
éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Ex comp	ECG	0,33	1	annuel si anormal	2,99
GT	PA	1	4		99
GT	poids	1	4		47
GT	taille	1	4	si < 18ans	64
GT	Vaccin antigrippal	1	1		98
paramed	Diététicien	0	1	si au bout de 6 mois à 1 an de suivi sans résultat ou IMC>35+comorbidité, IMC>40	47
paramed	psychologue	0	1	si comorbidité, ou si tour de taille élevée	64

Tableau 58 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Obésité

### 3.5.4.28 VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

ES	Données	références
consultation médecin traitant	5 ans, si stade >C2 contention élastique réévaluer régulièrement le bénéfice risque(57)	57

Tableau 59 : Données disponibles dans les référentiels pour les Varices de MI

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Cons MT	Consultation MT	0,2	1	5 ans, si stade >C2 contention élastique réévaluer régulièrement le bénéfice risque	57
éval	Examen clinique approfondi	0,2	1		99

Tableau 60 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour les Varices de MI



### 3.5.4.29 MIGRAINE

ES	Données	références
psychologue	si comorbidité psychiatrique	49
consultation médecin généraliste	régulier si traitement par amytriptiline	49

Tableau 61 : Données disponibles dans les référentiels pour la Migraine

#### Remarques et interprétations :

- Ce RC est considéré comme une prise en charge de la douleur avec risque accru d'automédication en AINS et paracétamol.
- Il est recommandé d'avoir recours au psychologue pour le patient migraineux dont le traitement résiste. Néanmoins, cela est rarement fait en pratique.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Cons MT	Consultation MT	1	12		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
paramed	psychologue	0	1		99

Tableau 62 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour la Migraine

### 3.5.4.30 ALCOOL (PROBLEME AVEC L')

ES	Données	références
Glycémie	annuel	99
NFS+ plaquettes	annuel	99
Transaminases	annuel, si anl +TP	99
Gamma GT	?	54
TP	si transa anl	54
VGM	?	99
BILI T et C	annuel	54
lipasemie	?	99
biologie particulière	CDT annuel	99
Dépicaard FDR CV	annuel	99
psychologue	thérapie cognitivocomportementale+ soutien	99
ECG	tous les 5 ans chez patient femme >3v/jour pdt +10ans et homme >5v/jour pdt +15 ans	99
SCANNER (THORACIQUE +/- ABDOMINO PELVIEN autres)	si ECHO anle	99
Marqueurs tumoraux	si bilan hépatique anl	99
ECHO tissus mous (hépatique, de thyroïde, rénale)	si bilan hépatique anl ou tous les 5 ans chez patient femme >3v/jour pdt +10ans et homme >5v/jour pdt +15 ans	99
autres vaccinations	hépatite B	99
consultation Evaluation +/- sevrage alcoolo	proposé à chaque consultation	99
consultation ORL	tous les 5 ans chez patient femme >3v/jour pdt +10ans et homme >5v/jour pdt +15 ans	99
consultation médecin traitant	? (54); annuel évaluation de consommation:(3 v pdt 10 ans pour une femme ou 5 v pdt 15 ans risque de cirrhose++) recherche: une neuropathie, cardiomyopathie, trouble du comportement, signes insuffisance hépatocellulaire	54 ,99
PA	annuel	99
poids	annuel	99

Tableau 63 ; Données disponibles dans les référentiels pour l'Alcool

#### Remarques et interprétations :

- Un bilan biologique hépatique annuel nous a semblé important chez la personne ayant des problèmes avec l'alcool. Ceci impose un minimum de 1 consultation par an chez

le médecin généraliste. Par ailleurs, il est rare de voir les patients plus de tous les 3 mois.

- Un ECG doit être couramment pratiqué ainsi que les consultations ORL vu les possibilités de répercussion de l'alcool sur le cœur et sur la sphère ORL.
- Ces patients devraient également être vus par des psychologues.
- La prise en charge en conseil hygienodiet fait partie intégrante de la consultation.

#### 3.5.4.30.1 *Tableau après uniformisation, interprétation des données*

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Avis spé	consultation ORL	0	0,20	chez patient femme >3v/jour pdt +10ans et homme >5v/jour pdt +15 ans	99
bio	BILI T et C	1	1		99
bio	CDT	1	1		99
bio	EAL/LDL	1	1		99
bio	Gamma GT	1	1		54
bio	Glycémie	1	1		99
bio	lipasemie	1	1		54
bio	NFS plaquettes	1	1		99
bio	Transaminases	1	1		99
bio	VGM	1	1		54
Cons MT	Consultation MT	1,00	24		99
éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/Conseil hyginéodiet	1	24		99
Ex comp	ECG	0	0,20	femme >3v/jour pdt +10ans et homme >5v/jour pdt +15 ans	99
Ex comp	Echo hépatique	0	0,20	si bilan hépatique anl	99
GT	PA	1,00	4,00		99
GT	poids	1,00	4,00		99
paramed	psychologue	1	1		99

Tableau 64 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Alcool

### 3.5.4.31 HYPERGLYCEMIE

ES	Données	références
EAL LDL	annuel	65
Glycémie	Annuel	65
Dépicard FDR CV	annuel	65
consultation médecin traitant	annuel	65
PA	annuel	65
taille	annuel	65
IMC	annuel	65
poids	annuel	65

Tableau 65 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Hyperglycémie

#### Remarques et interprétations :

Un suivi minimum biologique avec examen clinique complet paraît le plus adapté pour ce RC.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	EAL LDL	1	1		65
bio	Glycémie	1	1		65
bio	Hb Glyquée	1	1		65
Cons MT	Consultation MT	1	1		65
Eval	Educ diet/Conseil hyginéodiet	1	1		99
éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		65
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
GT	PA	1	1		65
GT	poids	1	1		65

Tableau 66 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Hyperglycémie

### 3.5.4.32 SYNDROME COLIQUE

ES	Données	références
NFS+ plaquettes	si persistance des symptômes ou modifiés + si <50 ans+ pas de symptôme d'alarme + symptôme de colopathie fonctionnelle (53)	53
crp	si persistance des symptômes ou modifiés+ si <50 ans+ pas de symptôme d'alarme+ symptôme de colopathie fonctionnelle(53)	53
VS	si persistance des symptômes ou modifiés+ si <50 ans+ pas de symptôme d'alarme+ symptôme de colopathie fonctionnelle(53)	53
Transaminases	si conso paracétamol	67,99
TSH	si persistance des symptômes ou modifiés+ si <50 ans+ pas de symptôme d'alarme+ symptôme de colopathie fonctionnelle(53)	53
iono	si laxatif régulier	53
recherche sang selles	si persistance des symptômes ou modifiés+ si <50 ans+ pas de symptôme d'alarme+ symptôme de colopathie fonctionnelle(53)	53
biologie particulière	sérologie transglutaminase si persistance des symptômes ou modifiés+ si <50 ans+ pas de symptôme d'alarme+ symptôme de colopathie fonctionnelle(53)	99
consultation médecin traitant	?	99

Tableau 67 : Données disponibles dans les référentiels pour le Syndrome Colique

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Referenc e
bio	CRP	0	1	si persistance des symptômes ou modifiés+si <50 ans+pas de symptôme d'alarme+symptome de colopathie fonctionnelle(53)	53
bio	iono	0	1	si conso laxatif régulière	53
bio	NFS plaquettes	0	1	si persistance des symptômes ou modifiés + si <50 ans+ pas de symptôme d'alarme+ symptôme de colopathie fonctionnelle 53)	53
bio	recherche sang selles	0	1	si persistance des symptômes ou modifiés+ si <50 ans+ pas de symptôme d'alarme+symptome de colopathie fonctionnelle(53)	53
bio	TSH	0	1	si persistance des symptômes ou modifiés+si <50 ans+pas de symptôme d'alarme+symptome de colopathie fonctionnelle(53)	53
bio	VS	0	1	si persistance des symptômes ou modifiés+si <50 ans+pas de symptôme d'alarme+symptome de colopathie fonctionnelle(53)	53

Cons MT	Consultation MT	1	2		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/Conseil hyginéodiet	1	1		99

Tableau 68 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour le Syndrome Colique

### 3.5.4.33 SURCHARGE PONDERALE

ES	Données	références
EAL LDL	annuel? (64)	64
Glycémie	annuel? (64)	64
Dépicaard FDR CV	annuel? (64)	64
Diététicienne	si comorbidité, ou si tour de taille élevée(64)	64
psychologue	si comorbidité, ou si tour de taille élevée(64)	64
consultation médecin traitant	à adapter en fonction de chaque patient(64)	64
PA	à chaque consultation(64)	64
taille	à chaque consultation(64)	64
IMC	à chaque consultation(64)	64
poids	à chaque consultation(64)	64

Tableau 69 : Données disponibles dans les référentiels pour la Surcharge Pondérale

#### Remarques et interprétations :

Les références retrouvées ne concernent que la surcharge pondérale. Nous n'avons pas rapporté ces référentiels à l'obésité mais nous avons suivi ces directives et en avons rajouté d'autres comme le suivi du bilan hépatique (comme dans l'obésité).

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	EAL LDL	1	1		64
bio	Glycémie	1	1		64
Cons MT	Consultation MT	1	2		64
éval	évaluation risque CV	1	1		64
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseils hygienodiet	1	1		99
GT	PA	1	1		64
GT	poids	1	2		64
GT	taille	0	2	si < 18ans	64
paramed	Diététicien	0	1	si comorbidité, ou si tour de taille élevée	64

Tableau 70 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour la Surcharge Pondérale

### 3.5.4.34 BRONCHITE CHRONIQUE

ES	Données	références
Cl creat	annuel, selon état clinique	99
NFS+ plaquettes	annuel	99
iono	annuel, selon état clinique	99
saturation O2 instantanée	à chaque consultation	99
Oxymétrie nocturne	selon symptômes	99
ECG	tous les 2 ans, évaluation du handicap, complication	98
écho cœur	si ECG modifié, si HTAP a l'examen initial	98
Radio thorax	si évènement et indication chirurgicale	98
Débit expiratoire de pointe	à chaque consultation	19
EPREUVES D'EFFORT	chez insuffisant respiratoire pour évaluation du handicap avant et après réentraînement et selon état clinique	98
EFR	annuel ou si aggravation, BPCO stable ou au décours d'une hospitalisation	98
GAZ DU SANG	lors d'un suivi OLD:1/an et ventilation mécanique, recherche indication oxygénothérapie	98
Vaccin antigrippal (annuel)	Tous(19) +(60)	19 ,60
vaccin antipneumococcique	Tous(19) +(60)	19 ,60
consultation évaluation +/- sevrage tabacologie en 3 consultations : info ; évaluation Fagerstrom ; arrêt	proposé à chaque consultation(19) +(60)	19 ,60
consultation pneumologue	pour spirométrie, si OLD:-6 /12 mois, si OLD+:1/6 mois	19,21
consultation médecin traitant	si OLD (oxygénothérapie longue durée)-:3/6 mois et si OLD +:1/3 mois(21), lors des exacerbations: recherche signes cliniques de gravité: sat, FR, pouls, évaluer les comorbidités, état nutritionnel, FDRCV, psychologie(17), réévaluation a 24/72 h(19)	17, 19,21
IMC	à chaque consultation<21, FDR de mortalité(19)	19

Tableau 71 ; Données disponibles dans les référentiels pour la Bronchite chronique

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Avis spé	consultation pneumologue	0,5	2	si OLD -	60
bio	Cl creat	0	1	si corticoïdes	99
bio	iono	0	1	si corticoïdes	99
bio	NFS plaquettes	1	1		99
Cons MT	Consultation MT	4	12	si OLD -	17, 19, 21
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseils hygienodiet	1	1		99
Ex comp	ECG	0,5	1		99
Ex comp	écho cœur	0	1	si ECG modifié	98
Ex comp	EFR	1	1		98
Ex comp	Gaz du Sang	0	1	si OLD +	98
GT	Débit expiratoire de pointe	4	12		98
GT	poids	4	6	si OLD -	19
GT	proposition sevrage tabagique	0	12	si tabagisme	99
GT	saturation O2 instantanée	4	12	en fonction OLD	99
GT	Vaccin antigrippal	1	1		60,70
GT	vaccin antipneumococcique	0,2	0,3		60,70

Tableau 72 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour la Bronchite Chronique

### 3.5.4.35 INSUFFISANCE RENALE

ES	Données	références
Cl creat	tous les clcr/10 mois	5, 6
EAL LDL	5 ans(5,6), traitement de FRCV(66)	5, 6, 66
Glycémie	traitement de FRCV(66)	5, 6
NFS+ plaquettes	tous les clcr/10 mois	5, 6
iono	tous les clcr/10 mois	5, 6
Ph, Hco3, Ca, prot, albuminémie	tous les clcr/10 mois	5, 6
protéinurie des 24 h	tous les clcr/10 mois	5, 6
Urémie, iono U, creat U	tous les clcr/10 mois	5, 6
Diététicienne	annuel	5, 6
Vaccin antigrippal	tous	5, 6
vaccin antipneumococcique	tous	5, 6
consultation médecin traitant	tous les clcr/10 mois	5, 6
PA	tous les clcr/10 mois	5, 6
poids	traitement de FRCV(66)	66

Tableau 73 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Insuffisance Rénale



Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	albuminémie	2	12		5, 6
bio	Cl creat	2	12		5, 6
bio	EAL LDL	1	1		5, 6, 66
bio	Glycémie	1	1		5, 6
bio	iono	2	12		5, 6
bio	NFS plaquettes	2	12		5, 6
bio	protéinurie des 24 h	1	12		5, 6
bio	Uréurie, iono U, creat U	1	12		5, 6
Cons MT	Consultation MT	2	12		5, 6
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseils hygienodiet	1	2		99
GT	PA	2	12		5, 6
GT	poids	2	12		66
GT	Vaccin antigrippal	1	1		5, 6,70
GT	vaccin antipneumococcique	0,2	0,2		5, 6,70
paramed	Diététicien	0	1		5, 6

Tableau 74 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Insuffisance Rénale

### 3.5.4.36 MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)

ES	Données	références
Transaminases	si THM	30
EAL LDL	annuel ?	31,56
Glycémie	annuel ?	31,56
Dépicaord FDR CV	Annuel ?	31,56
ECG	annuel?	99
ostéodensitométrie	si FDR de fracture ostéoporotiques retrouvées	29
mammographie	dépistage systématique	56
ECHO tissus mous (hépatique, de thyroïde, rénale)	des seins si trop denses à la mammo(56)	56
consultation médecin traitant	recherche FDR de fracture ostéoporotique: atcd de fracture,>60 ans, atcd de corticothérapie systémique>7,5 mg/j pendant au moins 3 mois, atcd de fracture de l'extrémité sup du fémur chez parent du 1° degré, IMC<19, ménopause précoce<40 ans, tabagisme, alcoolisme, baisse acuité visuelle, trouble neuromusculaire ou orthopédiques ; si fracture+ corticothérapie (+ménopause) : traitement d'emblée par Bisphosphonate 2 ans(29) annuel chez la femme sous THM avec palpation des seins et examen gynécologique complet(30) recherche maladie CV surtout >65 ans et HTA surtout >45 ans(31) examen cv(56)	29, 30,31, 56
PA	à surveiller chaque consultation(56)	56

Tableau 75 : Données disponibles dans les référentiels pour la Ménopause

**Remarques et interprétations :**

Il n'y avait pas de données sur la fréquence à laquelle il fallait faire les bilans biologiques.

Nous avons opté pour 1 fois par an.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
bio	EAL LDL	1	1		31, 56,
bio	Glycémie	1	1		31, 56
bio	Transaminases	0	1	si THM	30
Cons MT	Consultation MT	1	2		29
éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		31, 56
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Ex comp	mammographie	0,33	0,33		56
Ex comp	Echo des seins	0	0,33	Si seins denses	56
GT	PA	1	2		56
GT	Poids	1	1		99

Tableau 76 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour la Ménopause

**3.5.4.37 ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS**

ES	Données	références
CI creat	Annuel	59
EAL LDL	annuel	59
Glycémie	annuel	59
Transaminases	annuel si statine	59
iono	K, annuel si IEC ou ARA2	59
CPK	annuel si statine et douleur musculaire	59
Dépicard FDR CV	annuel	59
µalbuminurie	annuel si diabétique	59
protéinurie des 24 h	annuel	59
ECG	annuel	59
Echo doppler des membres inférieurs (artériels et veineux)	si aggravation+ annuel	59
Echo doppler TSA(ou artères rénales)	1 tous les 4 ans	59
médecin vasculaire	annuel avec mesure d'IS	59
consultation cardiologie	?? Annuel, estime si besoin écho de stress, scinti...	59
consultation médecin traitant	annuel avec contrôle des fdcv	59
PA	annuel	59
poids	annuel	59

Tableau 77 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Artérite de MI

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Avis spé	consultation cardiologue	1	1		59
Avis spé	Consultation médecin vasculaire	1	1		59
bio	CI creat	1	1		59
bio	EAL LDL	1	1		59
bio	Glycémie	1	1		59
bio	iono	1	1		59
bio	protéinurie des 24 h	1	1		59
Cons MT	Consultation MT	1	2		59
éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		59
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseil hygienodiet	1	1		99
Ex comp	ECG	1	1		59
Ex comp	Echo doppler des membres inférieurs (artériels et veineux)	1	1		59
Ex comp	Echo doppler TSA	0,25	0,25		59
GT	PA	1	2		59
GT	poids	1	2		59

Tableau 78 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Artérite des MI

### 3.5.4.38 HEMORROIDE

ES	Données	références
consultation médecin traitant	6 mois? (99) Pour régularisation du transit(61)	99,61

Tableau 79 : Données disponibles dans les référentiels pour les Hémorroïdes

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Références
Cons MT	Consultation MT	1	2		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99

Tableau 80 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour les Hémorroïdes

## 3.5.4.39 INSUFFISANCE CARDIAQUE

ES	Données	références
CI creat	6 mois si IEC	23
EAL LDL	annuel	22
Glycémie	annuel	22
NFS+ plaquettes	si évènement intercurrent	22
Transaminases	cf. hyperlip, si statine	22
TSH	selon contexte initial	22
iono	6 mois si IEC(22)	22,23
CPK	cf. hyperlip, si statine	22
biologie particulière	BNP si doute diagnostic sur évènement intercurrent, pas ds le suivi courant(63)	22,63
Dépicaord FDR CV	à faire, annuel?	22
ECG	annuel	22
Holter ECG	si signe d'appel clinique ou à l'interro	22
écho cœur	3 ans, ou si signe d'appel clinique ou à l'interro	22
Echo doppler TSA(ou artères rénales)	si OAP récidivant	22
Vaccin antigrippal	tous	22
vaccin antipneumococcique	tous	22
consultation cardiologue	annuel sauf instabilité	22
consultation médecin traitant	si stable tous les 6 mois, si instable tous les quelques jours au max 2 semaines, recherche prise de poids, pouls, essoufflement, tb cognitifs, informer sur les medics CI : épargneurs de potassium, AINS et Ica, apport hydrique 1-2l/j et Na<6g/j(22), recherche cachexie (- 5Kg ou 7,5%du poids en -6 mois, ou IMC <22	22,23
poids	tous les jours si + 2Kg en 3 jours, prévenir med tt(23)	23

Tableau 81 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Insuffisance Cardiaque

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Avis spé	consultation cardiologue	1	1	si instable	22
bio	BNP	1	12		22,63
bio	Cl creat	1	2	si IEC	22
bio	CPK	1	1	, si statine	22
bio	EAL LDL	1	1		22
bio	Glycémie	1	1		22
bio	iono	1	2	si IEC	22
bio	Transaminases	1	1	, si statine	22
Cons MT	Consultation MT	2	12		22,23
éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		22
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Eval	Educ diet/conseil hygienodiet	1	1		99
Ex comp	ECG	1	1		22
Ex comp	écho cœur	0,33	1		22
GT	poids	2	12		23
GT	PA	2	12		99
GT	Vaccin antigrippal	1	1		22,70
GT	vaccin antipneumococcique	0,2	0,2		22,70

Tableau 82 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Insuffisance Cardiaque

### 3.5.4.40 INCONTINENCE URINAIRE

ES	Données	références
bilan urodynamique	si tt anti cholinergique infructueux (AC) après 1 à 2 mois d'essai(62)	62
bilan cognitif	si tt AC non fructueux et perso fragilisée et dans cadre de tt par AC(62)	62
consultation gynécologue : ou urologique	si tt AC non fructueux avec bilan UD normal(62)	62
consultation médecin traitant	surveillance globe vésicale si sous anticholinergique(62)	62

Tableau 83 : Données disponibles dans les référentiels pour l'Incontinence Urinaire

#### Remarques et interprétations :

- Le bilan urodynamique est réalisé lors du diagnostic mais ce n'est pas un ES.
- Nous n'avons pas retenu le référentiel pour bilan cognitif à faire chez une patiente ayant une incontinence urinaire (ce n'est jamais fait en pratique courante).

- Nous avons uniquement considéré l'incontinence urinaire simple : il s'agit sinon d'un prolapsus ou autre. Dans ces cas il s'agit ainsi d'autres RC nous n'avons donc pas suivi non plus les références pour la consultation chez le gynécologue.

Type ES	ES	Freq bass	Freq hte	condition de suivi	Reference
Cons MT	Consultation MT	1	2		99
éval	Examen clinique approfondi	1	1		99

Tableau 84 : Eléments de suivi après interprétation et l'uniformisation des données pour l'Incontinence Urinaire

### 3.6 TABLEAU DE SYNTHÈSE

Cf. Annexe 8

### 3.7 ICS

#### 3.7.1 Application à la pathologie/ au RC: ICS-RC

En incorporant dans le tableau de synthèse la pondération P(ES) pour chaque ES, en les multipliant par leur freq bas et leur freq hte d'exécution et en faisant la somme, comme indiqué dans la méthodologie, on obtient un score. Ce score mesure le temps de gestion de la complexité du RC: l'ICS-RC. Pour chaque RC on aura un ICS-RC bas, ICS-RC haut et ICS-RC  $\mu$  (obtenus directement par *ACCESS*).

Ce score représente le temps qui est comptabilisé sur une année et réparti sur une fréquence basse et haute de consultations chez le médecin généraliste. Cependant il est impossible de savoir exactement comment cette complexité se répartit par consultation. On ne peut pas estimer un temps moyen par consultation car on sait que certaines consultations seront plus longues que d'autres, c'est le propre des pathologies chroniques. C'est pourquoi on a considéré l'ICS-RC sur une année et non sur une consultation.

Nous obtenons alors le tableau ci-dessous, dans lequel on a classé les RC en fonction de leurs ICS-RC haut, par ordre décroissant et on a gardé les fréquences basses et hautes de consultations chez le médecin traitant (MT Freq bass et MT Freq Hte) :

Ordre par ICS haut	pathologie	ICS(RC) Bas	ICS(RC) haut	ICS(RC) $\mu$	MT Freq Bass	MT Freq Hte
1	alcool (problème avec l')	24,5	174,3	99,4	1	24
2	diabète type 2	38,02	96,16	67,09	2	12
3	Bronchite Chronique	34,7	84,7	59,7	4	12
4	Insuffisance rénale	23,2	83,2	53,2	2	12
5	insuffisance cardiaque	38,02	81,2	59,61	2	12
6	arythmie-fibrillation auriculaires	30,5	69,82	50,16	2	12
7	obésité	24,48	62,5	43,49	1	4
8	artérite des membres inférieurs	43,5	45,5	44,5	1	2
9	angor- insuffisance coronarienne	39,2	45,2	42,2	4	4
10	dépression	22	43,5	32,75	4	24
11	asthme	18,2	43,2	30,7	1	12
12	HTA	26,79	42,65	34,72	2	6
13	tabagisme	23	41	32	1	6
14	humeur dépressive	22	37,5	29,75	4	24
15	hyperlipidémie	21,5	34	27,75	1	2
16	surcharge pondérale	21	27	24	1	2
17	anxiété angoisse	12	23,5	17,75	4	12
18	hyperglycémie	21,5	21,5	21,5	1	1
19	Arthrose	15,8	20	17,9	1	12
20	lombalgie	16,32	20	18,16	1	12
21	ménopause (problème et suivi)	16,32	19,14	17,73	1	2
22	constipation	13,155	15,5	14,3275	1	2
23	syndrome colique	12	15	13,5	1	2
24	reflux-pyrosis-œsophagite	13,32	14	13,66	2	2
25	épigastralgie	12	12	12	1	2
26	insomnie	12	12	12	1	12
27	cervicalgie	9,32	12	10,66	1	12
28	hypothyroïdie	9,5	11,5	10,5	1	2
29	Migraine	8	11	9,5	1	12
30	Céphalée	8	11	9,5	1	2
31	ostéoporose	8	9,32	8,66	1	2
32	prostate (hypertrophie)	7	8,32	7,66	1	2
33	névralgie névrite	8	8	8	1	12
34	Arthropathie - périarthropathie	8	8	8	1	12
35	Epaule (Ténosynovite)	8	8	8	1	12
36	hémorroïde	6	6	6	1	2
37	Incontinence urinaire	6	6	6	1	2
38	eczéma	6	6	6	1	4
39	rhinite	6	6	6	1	2
40	Varices des membres inférieurs	6	6	6	0	1

Tableau 85 : Indice de Complexité de Suivi pour chaque pathologie

**Remarques :**

On s'aperçoit que la complexité de la gestion de la pathologie chronique va de 6 minutes à plus de 3h par an.

Il est intéressant de noter les disparités au niveau du nombre de séances comme certaines pathologies qui seront peut être vues 24 fois dans l'année, comme alcool (problème avec l'), humeur dépressive et dépression, certaines vues 12 fois comme les pathologies douloureuses, l'insuffisance cardiaque et rénale, asthme, l'anxiété-angoisse, l'insomnie, bronchite chronique, le diabète alors que d'autres, comme l'ostéoporose, la rhinite ne nécessiteront que 2 séances maximum.

On se rend compte de la diversité des consultations pour un même RC par exemple l'obésité a un ICS haut à 62,5 minutes et un ICS bas à 24,48 min répartis de 1 à 4 séances sur l'année chez le médecin généraliste. Cela signifie qu'au cours d'une séance pour la prise en charge de l'obésité le temps pour gérer sa complexité peut varier de 6 minutes (=ISC-RC bas/MT freq haut) à 62,5 minutes (ISC-RC ht /MT Freq bas).

**3.7.1.1 ISC-RC ht**

L'ICS-R haut représente le **temps annuel théorique maximum** de consultation consacré à la **gestion** de la complexité de la pathologie par le médecin généraliste. Ce temps de gestion n'est que considéré en monopathologie. Il représente aussi le temps minimum de prise en charge globale de la pathologie car il ne prend pas en compte une évolution possible, une anomalie par rapport au suivi habituel et les complications. Il ne tient pas non plus compte de l'interrogatoire qui est une partie très importante de la consultation.

On s'aperçoit que le RC qui **peut** prendre le plus de temps, celui qui a l'ISC-RC haut le plus haut, est **alcool** (problème avec l') avec un temps de 174,3 minutes, soit presque 3 heures, réparties selon les cas de 1 à 24 séances sur l'année. La 2° pathologie la plus difficile à gérer est le **diabète type 2** avec un temps maximum de 96,16 mn soit plus d'1h 36 min réparties entre 2 à 12 consultations à l'année. En 3° position nous trouvons la **bronchite chronique** avec 84,7 minutes en 4 à 12 séances.

Nous voyons par ailleurs qu'il est difficile de définir un **type** de pathologie qui va être le plus complexe dans son suivi. En effet, il n'y a pas de typologie de pathologies les plus longues. Par



exemple, notons la dispersion des ISC-RC haut pour les troubles psychiatriques, la dépression est en 10 ° rang alors que l'humeur dépressive est en 14°, l'anxiété au 17 ° rang et l'insomnie au 26 ° rang.

On note cependant que les pathologies de prise en charge de la douleur, avec risques majeurs d'automédication, font partie des pathologies les plus faciles à gérer avec des temps maximum de gestion estimés de 12 à 6 minutes : 12 pour la cervicalgie, 11 pour les céphalées - migraines, 8 pour l'arthropathie-péri arthropathie, épaule (téno-synovite de l'). Pourtant on sait que ces pathologies ne sont pas les plus courtes en temps de consultation : ce dernier est largement au profit de l'examen clinique.

On peut également remarquer que les pathologies caractérisées par **leurs déséquilibres** sont pour la plupart dans les plus difficiles à gérer. Ainsi nous trouvons le diabète en 2°place avec 96,16 min, la bronchite chronique en 3°place avec 59,7 minutes, l'insuffisance rénale en 4° place avec 83,2 minutes, l'insuffisance cardiaque en 5° place avec 81,2 min puis arythmie-fibrillation auriculaires en 6° place avec 69,82 min. Mais on retrouve au contraire l'obésité et l'artérite des membres inférieurs en tête : en 7° et 8°position avant même HTA ou l'asthme.

Même si nous ne pouvons pas ramener l'ISC-RC au nombre de consultations chez le médecin traitant pour avoir un **temps moyen** maximum de consultations lié au temps de gestion pour les raisons suscitées : Nous pouvons toutefois considérer les RC dont les ICS-RC haut sont supérieurs à (>)16min, temps moyen de consultation du médecin généraliste( cf. intro), et dont la fréquence basse est 1 : ceci donne le temps maximum imputé par le temps de gestion de la pathologie au cours d'une seule consultation. Ainsi nous avons la liste ci-dessous :

RC	ICS pouvant être inclus en 1 consultation et supérieur à 16 min
Alcool (problème avec l')	174,3
obésité	62,5
artérite des membres inférieurs	45,5
asthme	43,2
tabagisme	41
hyperlipidémie	34
surcharge pondérale	27
hyperglycémie	21,5
lombalgie	20
arthrose	20
ménopause (problème et suivi)	19,14

Tableau 86 : RC ayant un ICS supérieur à 16 pour une consultation

On s'aperçoit que 11 RC peuvent demander en 1 seule consultation entre 174,3 minutes à 19,14 minutes pour la seule gestion de la complexité de la maladie. Quand nous comparons ces résultats avec la moyenne de 16 minutes de moyenne de consultation on comprend la complexité et la diversité de la gestion de la pathologie d'une consultation sur l'autre.

### 3.7.1.2 Répartition de l'ISC-RC bas en fonction des RC :

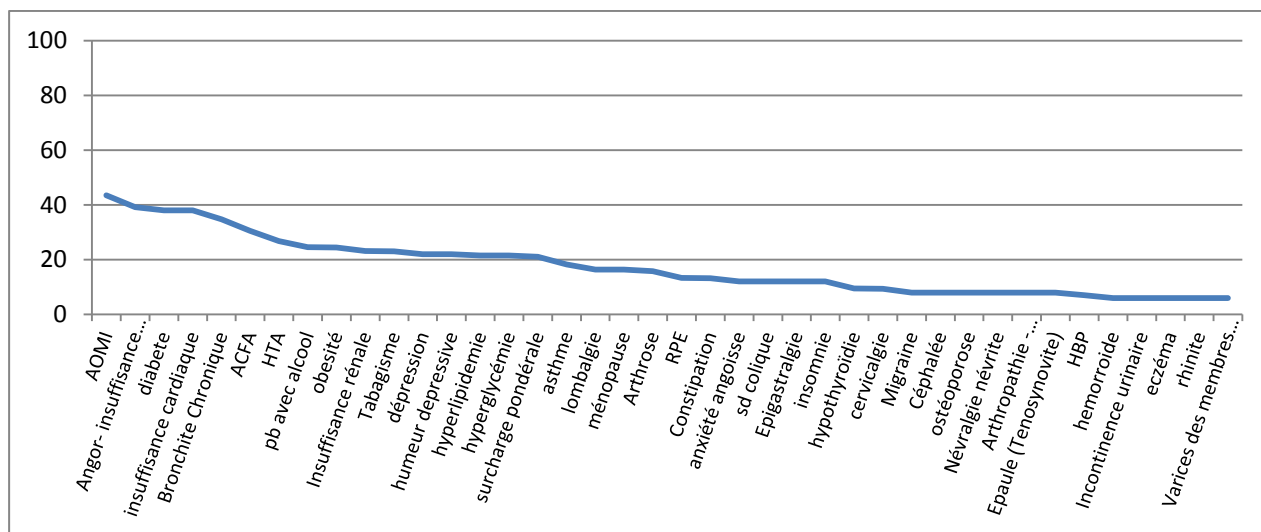


Figure 6 ; Indice de Complexité Bas du RC (par ordre décroissant)

Ce graphique classe les RC selon leur ISC-RC bas par ordre décroissant. On s'aperçoit que l'ICS bas le plus haut est 43 minutes. On note également une stagnation de la courbe à 20 minutes. Ceci signifie que bon nombre de RC ont un temps incompressible du temps de gestion de la pathologie chronique aux alentours de 20 minutes.

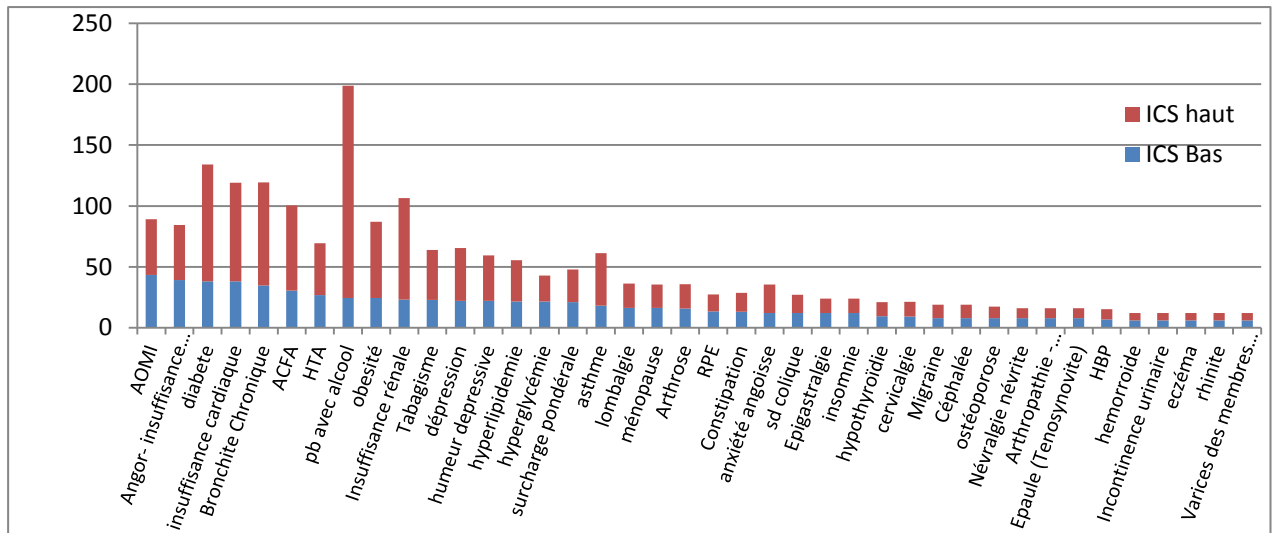


Figure 7 : Indice de complexité du RC Haut et Bas (classé par ICS bas décroissant)

Quelques remarques :

Les RC sont également classés par ordre décroissant d'ICS-RC bas et on a rajouté leur ICS-RC haut. Ceux-ci sont représentés en rouge et l'ICS-RC bas en bleu pour chaque RC. On se rend compte que les ICS haut et ICS bas sont **indépendants**. On voit par exemple que c'est l'artérite des membres inférieurs (AOMI) qui a ICS bas le plus haut à 43,5 minutes mais a un ICS haut à 45,5 minutes.

### 3.7.2 Application à la polypathologie : ICS-P :

#### 3.7.2.1 Description de la population

Grace à l'OMG, on a pu avoir accès à l'ensemble des pathologies des patients et ainsi voir les associations de pathologies parmi les 40 sélectionnées, sous la forme du tableau suivant :

ALCOOL (PROBL AVEC AVEC 1)	ANGOR - INSUFFISANCE CORONAIRE**	ANXIETE - ANXIÉTÉ**	ARTÉRIELS - HYPERTENSION**	ARTHROPATHIE - PERIARTHROPATHIE**	ARTHRALGIE - PERIARTHROPATHIE**	ASTHME	BRONCHITE CHRONIQUE**	CEPHALÉE	CERVICALGIE	COLIQUE ISCHÉMIQUE**	CONSTIPATION	DEPRESSION	DIABÈTE DE TYPE 2	ECZÉMA	ÉPAULE ENCHAÎNÉE**	EPIGASTRALGIE	FIBRILLATION - HÉTÉROFIBRILLATION**	HTA	HUMÉRALE - DORSALGIE**	HYPERTENSION	HYPERLIPIDÉMIQUE	HYPOTHYROIDISME	HYPOTHYROIDISME	IMCO - INCONTINENCE URINAIRE**	INSOMNIE	INSUFFISANCE CARDIAQUE**	INSUFFISANCE CARDIAQUE**	LABIALGIE	MÉMOIRE - DÉMENCE**	MIGRAINE	NEURALGIE - NEURITE**	OBESITÉ	OSTÉOPOROSE	PROSTATE - HYPERTROPHIE**	RÉALLIQUÉ - PERIARTHROPATHIE**	RHINITE	SURCHARGE - PONDÉRIALE**	TABAGISME	VARICES - HÉMOHÉMATOME**	Co			
																																										416	
													1																														165
													1																														141
			1																																								137
				1																																							133
																																											119
			1																																								105
				1																																							83
																																											68
																																											62
																																											61
																																											61
																																											59
																																											53
																																											52
			1																																								51
																																											49
																																											49
																																											47
																																											47
																																											47
																																											46
																																											46

Tableau 87 : extrait du tableau des associations de RC

Ces données sont présentées sous la forme de tableau avec en colonne les 40 RC différents et en ligne des »1« correspondant à la pathologie sélectionnée ; on obtient donc par ligne les associations de polyopathologies retrouvées parmi les 17992 patients. Ces associations ont été classées par ordre décroissant de fréquence en nombre de patients.

Par exemple, on s'aperçoit que l'association de polyopathologie la plus fréquente est **HTA - hyperlipidémie** qui ne concernent que **416** patients, ensuite le **diabète - HTA** est la 2° plus représentée avec **165** patients, puis la troisième est faite de 3 pathologies qui est **HTA-hyperlipidémie - diabète** et concernent **141** patients, la 4° est **arthropathie- HTA** qui ne représente que 137 patients et la 5° association est la **rhinite - l'asthme** ne concernant que **133** patients. Toutes ces données intéressent un total de **8352** associations différentes et concernent 17992 patients.

De plus on s'aperçoit qu'à partir de la ligne 1780 jusqu'à la dernière la ligne 8352, les associations ne concernent qu'une seule personne, donc **6573** associations sur 8352 associations ne sont retrouvées qu'une seule fois, c'est-à-dire plus de **78.69%** ne sont que des associations **uniques**.

Si on prend les 10 premières associations de polyopathologies on obtient le graphique suivant

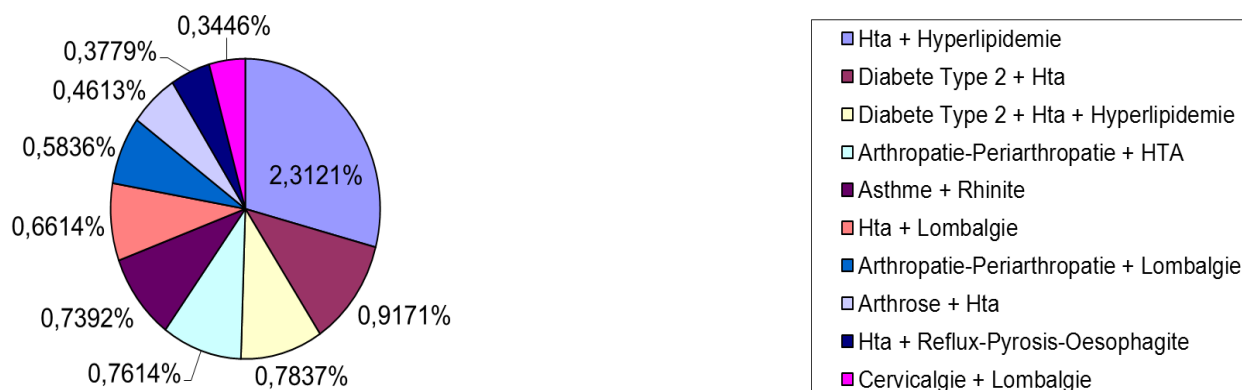


Figure 8 : répartition des associations de pathologies les plus fréquentes

On comprend que lorsque l'on s'intéresse aux **10 associations** les plus fréquentes, cela intéresse un très petit nombre de patients : 7,9% des patients. L'association la plus fréquente n'intéresse que **2.31%** des patients et la deuxième plus fréquente intéresse **0.971%** des 17992 patients.

On a pu voir aussi que le nombre de pathologies par associations de pathologies variaient de 2 à 15 pathologies et étaient réparties de la manière suivante :

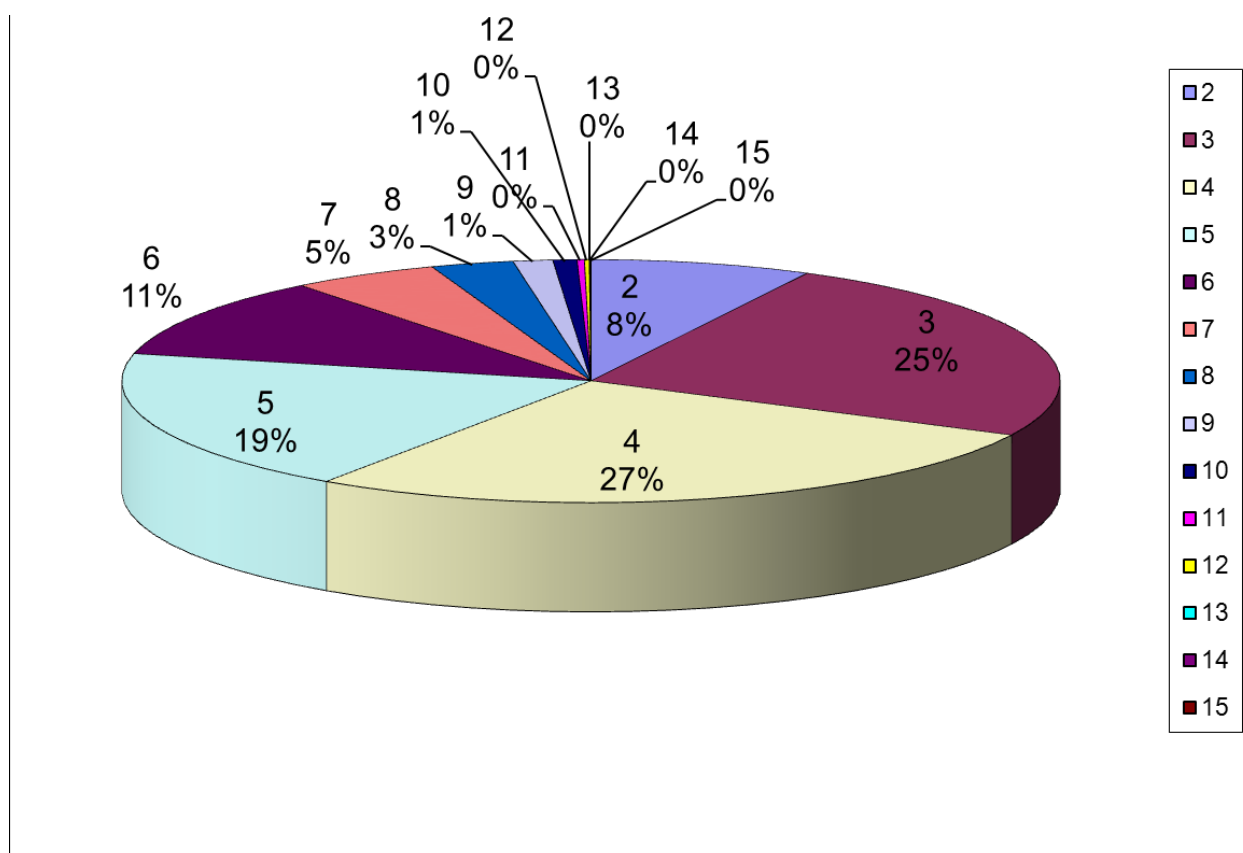


Figure 9 : répartition des patients en fonction du nombre de pathologies

Le nombre de pathologies par association le plus important est au nombre de 4 avec 27 % des associations et 25% des associations comptent 3 ; puis 19% associations de pathologies sont faites de 5 pathologies ; au-delà de 8 pathologies ces associations sont anecdotiques.

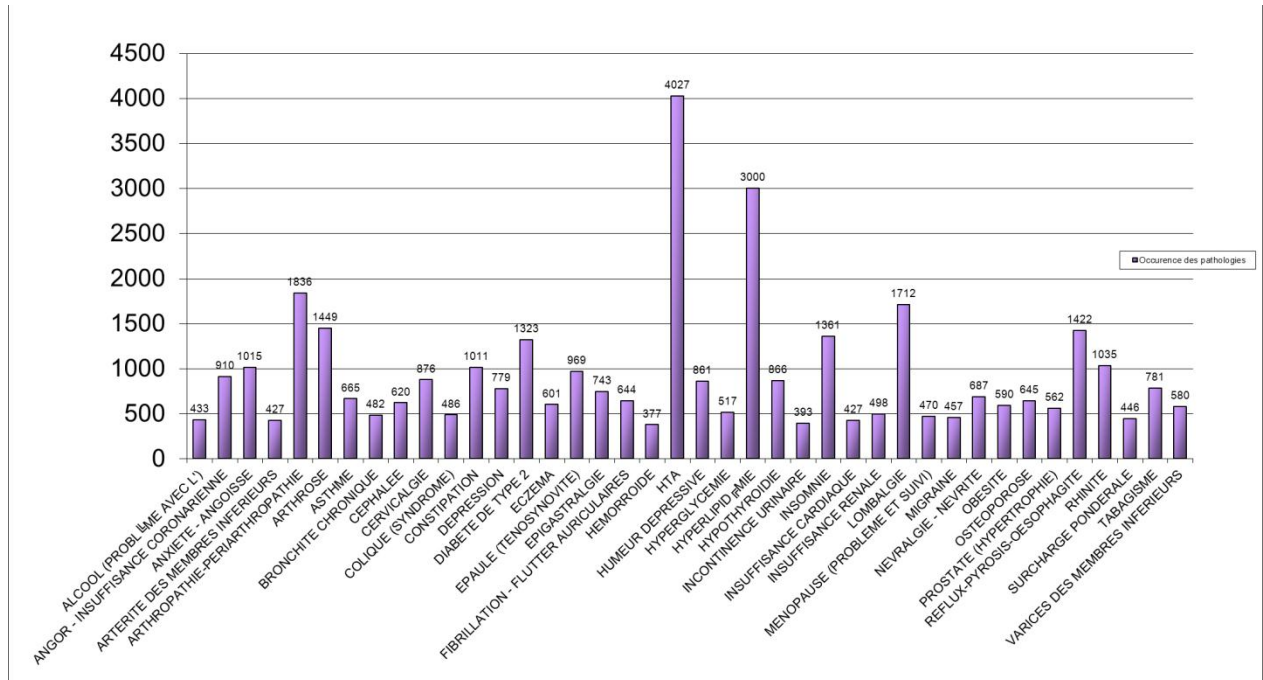


Figure 10 : occurrence des pathologies dans les associations

En terme d'associations on voit que l'HTA est présente 4027 fois sur 8352 associations différentes, soit 48% des associations sont faites avec l'HTA. L'hyperlipidémie concerne 3000 associations donc 35.9% des associations sont concernées par l'hyperlipidémie. Toujours en terme d'associations, l'arthropathie est la 3<sup>e</sup> la plus représentée contrairement au fait de parler en terme de patients où c'est la lombalgie qui est la 3<sup>e</sup> plus fréquente.

Voici le graphique correspondant au nombre de patients en fonction du type de pathologies.

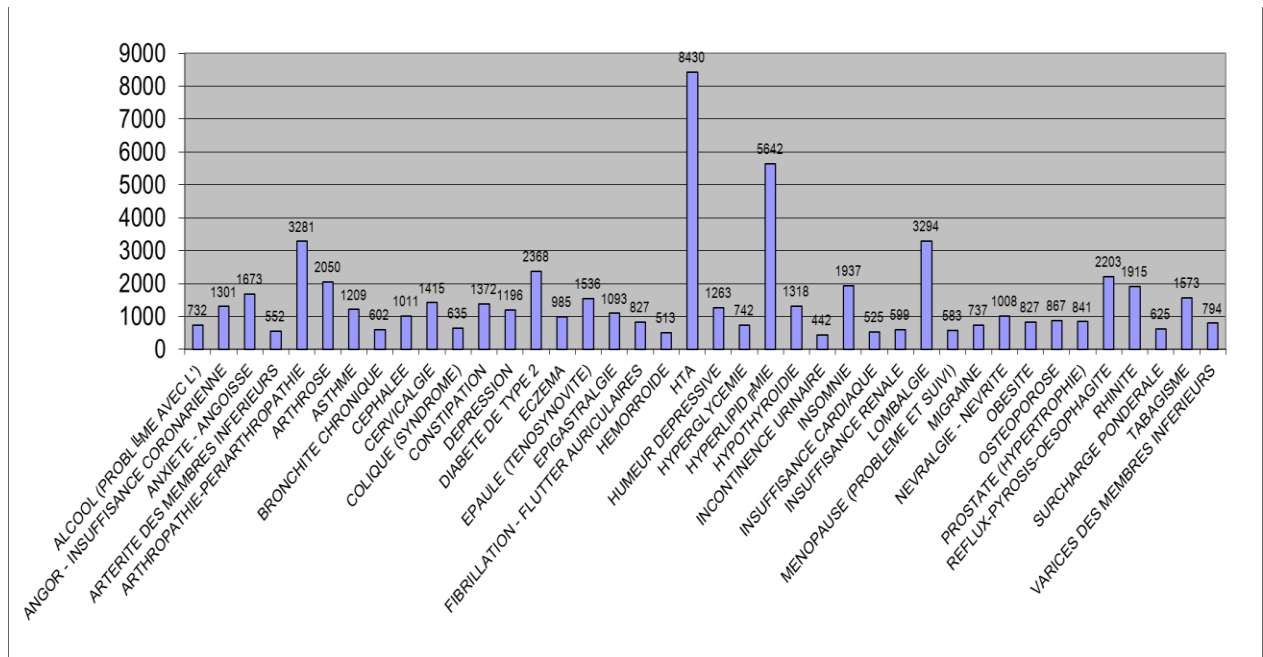


Figure 11: Nombre de patients par pathologies

On obtient donc des graphiques différents selon si on se place en terme d'associations plutôt que de patients ; et cela seulement pour les associations les plus nombreuses en terme de patients car seront pondérés par leurs nombres.

### 3.7.2.2 ISC-P

On peut appliquer à chaque patient le mode de calcul de l'indice de complexité maintenant que l'on connaît leurs pathologies, leurs suivis, et les pondérations des suivis. Le mode de calcul est indiqué dans la méthodologie.

On obtiendra donc aussi un ISC-P haut : ISC-P<sub>ht</sub>, un ISC-P bas : ISC-P<sub>bas</sub> et un ISC-P moyen : ISC-P<sub>μ</sub> pour chaque association de RC.

### 3.7.2.3 ISC- $P_{\mu}$

Nous pouvons nous intéresser à la distribution de l'ISC- $P_{\mu}$  :

	<b>ISC-<math>P_{\mu}</math></b>
N échantillon)	17992
Valeur moyenne	47.8736105
Valeur minimum	6
Valeur maximum	188
Quartile 25	31
Quartile 50=médiane	41
Quartile 75	64
Ecart Type	26,87
variance	722,14

Tableau 88 : description de la variable ICS- $P_{\mu}$

Sa distribution est régulière et est représentée ainsi :

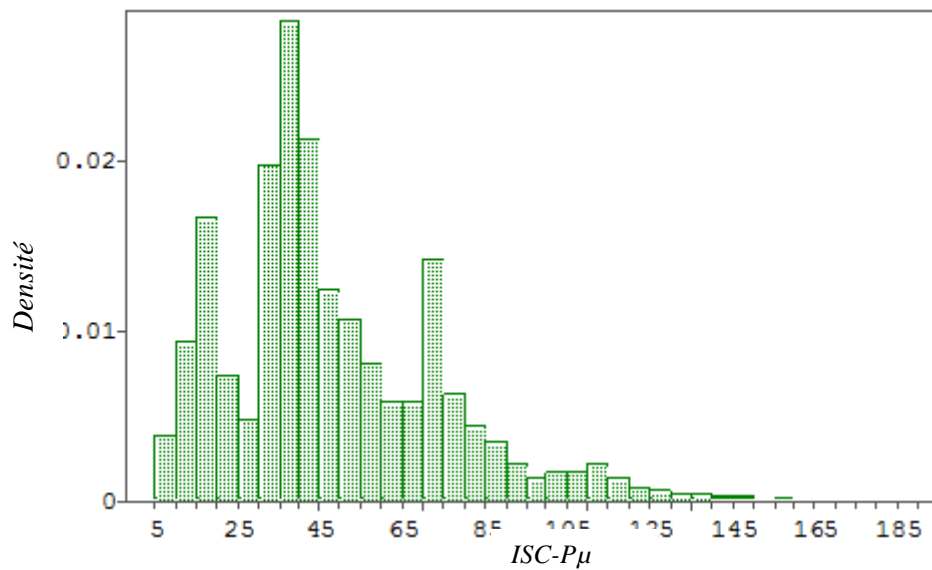


Figure 12 : distribution de l'ICS- $P_{\mu}$



### 3.7.2.4 Comparaison de ISC-P $\mu$ à la somme des ICS $\mu$ (RC) (= $\sum$ ICS $\mu$ (RC))

Nous avons voulu savoir si l'ISC-P $\mu$  était comparable à la  $\sum$ ICS $\mu$ (RC), pour cela nous avons fait ce tableau :

	$\sum$ ICS $\mu$ (RC)	$\sum$ ICS $\mu$ (RC)/ ISC-P $\mu$
N (échantillon)	17992	17992
Valeur moyenne	83.2176601	1.70723897
Valeur minimum	12	1.06
Valeur maximum	440.5275	4.06
Quartile 25	42.72	1.40089586
Quartile 50	68.7	1.65
Quartile 75	110.67	1.94860465
Ecart Type	54.4862915	0.39941761
variance	2968.75596	0.15953443

Tableau 89 : comparaison de l'ICS-P avec la somme des ICS-RC

L'ISC-P $\mu$  est l'indice moyen de complexité de suivi propre à l'association de pathologies, il n'est pas égal à la somme des ICS $\mu$ -RC.

Nous avons considéré donc le ratio entre la  $\sum$ ICS $\mu$ -RC et l'ISC-P $\mu$ . Celui-ci est égale à 1,7 en moyenne, et varie de 4,06 maximum à 1,06 minimum.

### 3.7.2.5 $\Delta$ (ISC- $P_{ht}$ -ISC- $P_b$ )

Nous pouvons dans un deuxième temps nous intéresser à la variation( $\Delta$ ) entre ISC- $P_{ht}$  et ISC- $P_b$  :  $\Delta$  (ISC- $P_{ht}$ -ISC- $P_b$ )

	$\Delta$ (ISC- $P_{ht}$ -ISC- $P_b$ )
N (échantillon)	17992
Valeur moyenne	35.81
Valeur minimum	0
Valeur maximum	253.85
Quartile 25	14.68
Quartile 50=médiane	25
Quartile 75	50.8
Ecart Type	36.53
variance	1335.13

Tableau 90 : description de la variable Delta

Sa distribution est aussi régulière et se fait ainsi :

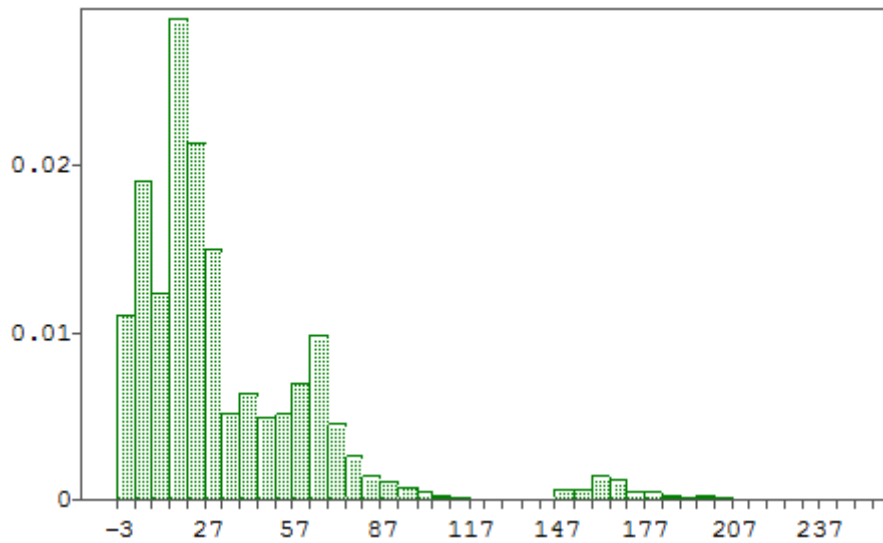


Figure 13 : Distribution de la variable Delta

### 3.7.2.6 Comparaison de l'ISC-P $\mu$ avec la variation $\Delta$ (ISC-P<sub>ht</sub> - ISC-P<sub>b</sub>)

Afin de mieux comprendre ce que représente l'ISC-P $\mu$  et la variation  $\Delta$  (ISC-P<sub>ht</sub> - ISC-P<sub>b</sub>), nous les avons comparé l'un à l'autre dans le graphique ci-dessous :

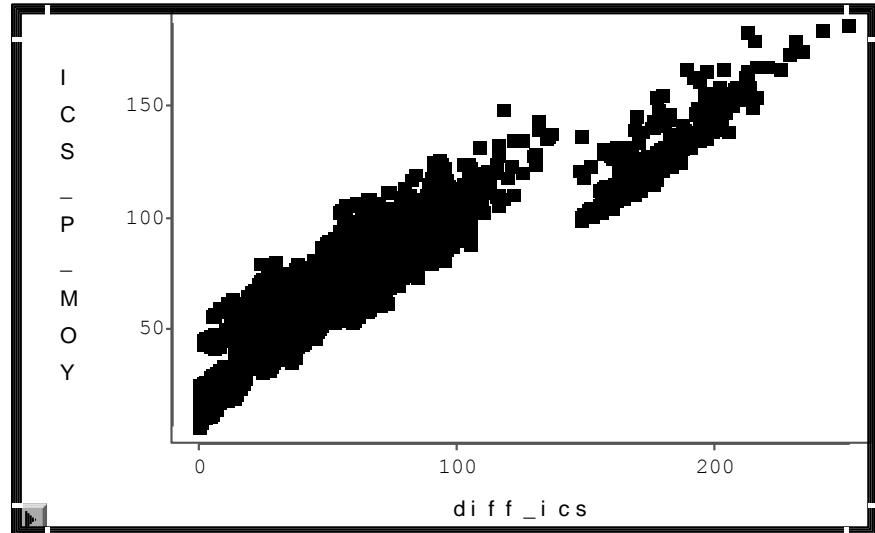


Figure 14 : Comparaison de ISC-P $\mu$  et de Delta

Et nous nous apercevons que plus l'ISC-P $\mu$  augmente plus la  $\Delta$  (ISC-P<sub>ht</sub>-ISC-P<sub>b</sub>) est importante, il y a un facteur de corrélation entre ces deux variables qui est de 0,93.

### 3.7.2.7 Analyse des variances de l'ISC-P

#### 3.7.2.7.1 Variance liée aux nombres de RC

L'une des variances de l'ISC-P est le nombre de RC comme en témoigne le graphique ci-dessous :

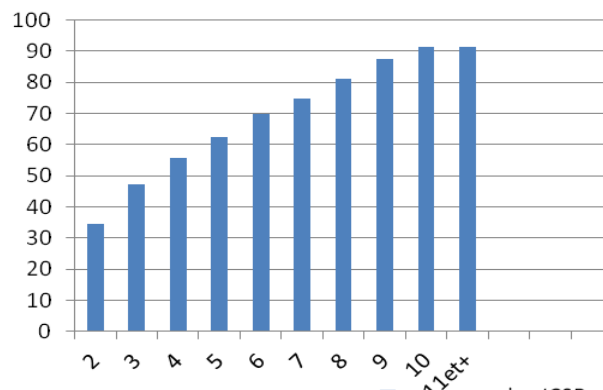


Figure 15 : Moyenne des ICS-P $\mu$  en fonction du nombre de pathologies

En effet, nous voyons que l'ISC-P $\mu$  varie en fonction du nombre de pathologies en association et ceci de manière linéaire: plus il y a de pathologies et plus ISC-P $\mu$  est haut meme si ces résultats s'amointrissent vers 10 pathologies. (Précisons qu'a partir de 11 pathologies le nombre de patients est moins important voire négligeable par rapport à notre échantillon N=17992: 11 pathologies concernent 21 patients, 12 pathologies concernent que 14 patients ;13 pathologies concernent les 2 patients, 14 pathologies 1 patient et 15 pathologies 2 patients donc on ne tient pas compte de ces dernières données)

### 3.7.2.7.2 *Variance liée à l'âge*

Une autre variance de l'ISC-P est l'âge, en voici la représentation :

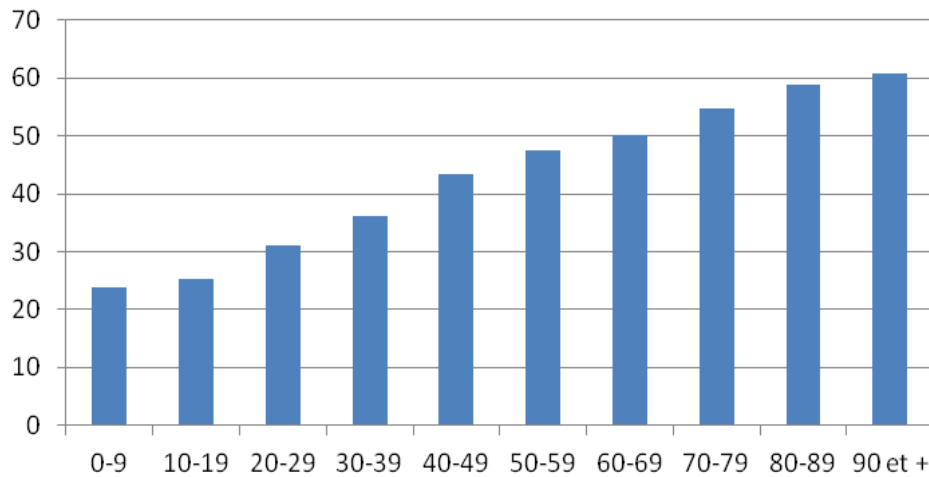


Figure 16 : Moyenne des ICS-P $\mu$  en fonction de l'âge

Nous voyons donc aussi que plus l'âge est important plus l'ISC-P $\mu$  augmente.

### 3.7.2.7.3 *Variance liée au genre :*

Enfin l'ISC-P $\mu$  n'est pas le même selon le genre du patient :

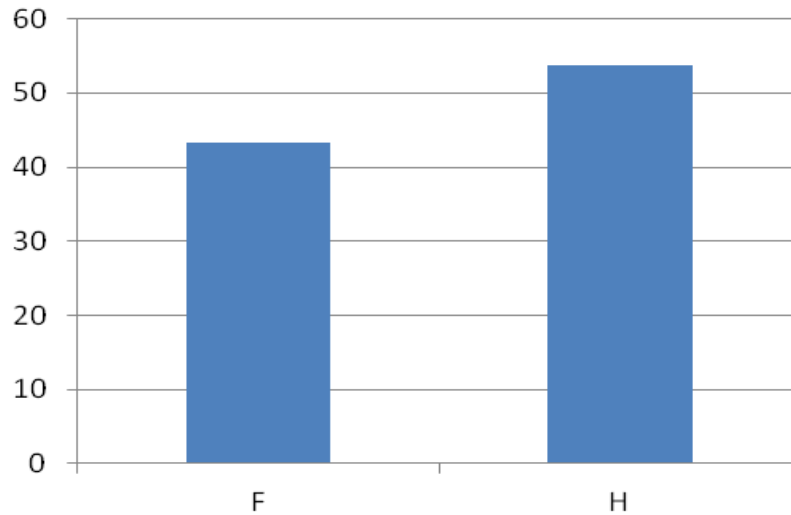


Figure 17 : Moyenne des ISC-P $\mu$  en fonction du genre

Nous voyons que la moyenne des ISC-P $\mu$  est plus haute chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes cette moyenne est à 53,7 contre 43,3 chez les femmes.

### 3.7.2.7.4 *Variance inter ou intra médecins*

Marc Le Vaillant, statisticien à l'INSERM, nous a aidés afin de définir les variances inter et intra médecin. Ainsi il utilise un modèle mixte permettant de prendre en compte la double dimension des données acte X médecin et de décomposer la variance totale de l'indicateur de complexité entre la variance venant des variations de l'indicateur « à l'intérieur » de chaque médecin de la variance de l'indicateur moyen « entre » médecins. Son analyse statistique permet de mesurer la variance inter médecin et intra médecin.

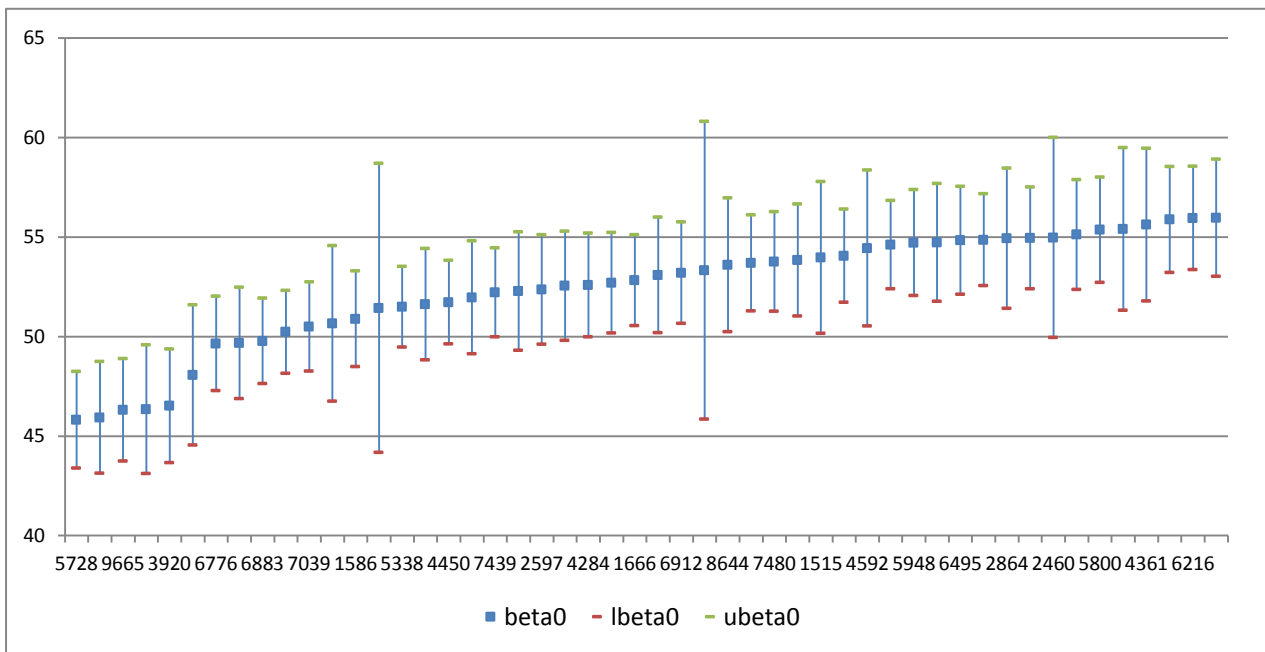
La variance inter médecin est estimée à 26,1436 et celle intra médecin est estimée à 697,99.

Ceci nous permet de dire que la variance inter médecin occupe une part très limitée de la variance totale. On peut mesurer cette part en calculant le rapport entre la variance inter-médecin et la variance totale :

$$t = \frac{26.1436}{26.1436 + 697.99} = 3,61\%$$

La variance entre médecin ne représente donc que **3,61%** (ce qui n'est pas négligeable) de la variance totale de l'indicateur de complexité, le reste de cette variance (96,4%) venant donc des variations intra-médecin.

Le graphique suivant permet de visualiser la variance inter médecin



**Figure 18 : indice de complexité moyen ajusté sur l'âge du patient le sexe, le nombre de pathologies chroniques et intervalle de confiance par médecin (n=63)**

Ce graphique traduit que : à âge, genre et nombre de RC fixés l'ISC-Pμ varie faiblement mais de manière non négligeable d'un médecin à un autre. L'indice de complexité moyen ajusté sur les trois variables précédentes est égal à 55,3.

L'ISC-Pμ varie surtout à 96,4% (cf. ci-dessus) d'un patient à un autre, ce que l'on a nommé la variance intra médecin a contrario de la variance inter médecin.

Nous pouvons expliquer une partie de la variance intra médecin par 3 facteurs, qui sont :

- le nombre de RC,

- l'âge des patients
- leur genre.

Les parts de variance attribuables à chaque facteur explicatif peuvent être calculés ainsi, à titre indicatif:

$$\% \text{ var expl. par } X1 = \frac{\text{var. résid. modèle } (X2, X3) - \text{var. rés. modèle } (X1, X2, X3)}{\text{variance résid. modèle } (X2, X3)}$$

Ce qui donne le tableau suivant :

	<b>Age, genre fixés</b>	<b>Genre, Nb RC. fixés</b>	<b>Nb RC, âge fixés</b>	<b>Age, genre, Nb RC. fixés</b>
Variance inter-médecins	31,2	14,5	20,8	18,3
Variance résiduelle du modèle	599,7	506,9	514,4	486,7
% de variance expliquée	Nb path. : 18,8%	Age : 4,0%	Genre : 5,4%	Variance résiduelle (non expliquée): 71,8%

**Tableau 91: Décomposition de la variance de l'ICS-Pu**

On peut donc dire que les 3 variables âge, genre, nombre de pathologies expliquent en bloc 30% de la variance du niveau indice ce qui laisse donc 70% de variance non expliquée

## **4 DISCUSSION**

### ***4.1 DESCRIPTION DES INSUFFISANCES ET DES LIMITES :***

#### **4.1.1 Choix limité des RC**

Nous avons considéré 40 RC ce qui recouvre 76,3% des pathologies, cela était suffisant pour notre étude sur ICS. Il a fallu se fixer un nombre défini et acceptable de RC, mais par conséquent on ne couvre pas l'ensemble des patients.

#### **4.1.2 La nature des RC :**

La nature même du RC est parfois un peu vague et peut regrouper différents sous-groupes, pour notre étude cela a été un facteur limitant c'est pourquoi nous en avons exclu 10 et regroupé 7.

#### **4.1.3 Les référentiels**

Le manque de données nous a contraints à intégrer des données issues de notre propre expérience et donc de nous placer en tant qu'experts. La validité de ces référentiels est à envisager.

#### **4.1.4 Les types d'ES et leur P(ES)**

Le regroupement de certains ES sous le même type peut être parfois discutable comme une consultation chez le podologue et le psychologue, il en va de même pour le P(ES) de ces 2 actes par voie de conséquence.

#### **4.1.5 Le suivi**

Nous avons ici considéré le suivi « basic » du patient. Nous n'avons pas considéré les complications, les évolutions qui font partie de la pathologie



### 4.1.6 Le mode de cotation

La cotation choisie est le temps estimé pour chaque type d'ES. Il s'agit d'une estimation et on a regroupé les ES en type. Il peut paraître difficile de généraliser le temps passé pour l'utilisation de chaque ES.

### 4.1.7 Les fréquences de consultations chez le médecin généraliste :

Le modèle proposé ne tient pas compte des fréquences de consultations par an chez le médecin généraliste. Nous les avons cependant mentionnées dans les deuxièmes tableaux de suivi car c'est souvent à partir de celles-ci que l'on s'est basés pour les fréquences des ES.

### 4.1.8 Le choix des ES

Il y a une limite parfois difficile à cerner entre **le suivi et diagnostic de complication ou le diagnostic étiologique** comme dans le suivi de la constipation, nous n'avons pas retenu la coloscopie comme ES mais par expérience nous savons qu'au moins une coloscopie sera faite sur une constipation chronique sévère ou chez le patient âgé qui devient constipé chronique.

De même nous n'avons pas retenu les ES qui n'étaient pas répétés nous avons donc négligé les examens qui sont pourtant pratiqués mais qu'une seule fois comme pour reprendre l'exemple de la coloscopie dans la constipation.

### 4.1.9 ICS

L'utilisation d'un indicateur tend à uniformiser des pathologies alors que celles-ci sont qualitativement différentes comme celles regroupées par leur suivi d'antalgique et ne rend pas compte de la différence de complexité au cours de la séance.

## **4.2 DISCUSSION A PROPOS DE L'ICS**

### **4.2.1 L'ISC-RC :**

On note la disparité des ISC-RC et celle du nombre de séances sur lequel le patient consultera pour la même pathologie. Comme nous l'avons vu pour l'obésité ce temps de gestion peut prendre de 6 à 62,5 minutes pour une consultation.

Nous avons vu par ailleurs qu'il est impossible de savoir à l'avance comment ce temps de gestion va se répartir sur l'année : nous n'avons pu définir des typologies de pathologies lourdes en observant leurs ISC-RC haut en dehors des pathologies pouvant se déséquilibrer.

Nous avons vu également les 11 pathologies dont le temps maximum imputé par la gestion de la pathologie dépassait amplement le temps moyen de consultation, expliquant les retards des médecins.

Avec l'ISC-RC bas on se rend compte qu'en moyenne le temps minimum de gestion d'une pathologie est de 20 minutes en moyenne.

On note enfin la décorrélation entre ISC-RC bas et ISC-RC haut.

### **4.2.2 L'ISC-P**

Quand nous décrivons notre échantillon de patients polypathologiques, on a noté :

- la disparité des associations de pathologie : la plupart des associations ne concernent qu'un patient unique. Autrement dit chaque patient est unique. L'association la plus fréquente ne concerne que 2,31% des patients.
- 4 est le nombre de pathologies le plus retrouvé par association.
- Que les pathologies les plus retrouvées en monopathologies sont les mêmes qu'en polypathologie mais dans des proportions différentes.

4.2.2.1 L'ISC-P $\mu$  n'est pas égal à la somme des ISC-RC $\mu$

$$\boxed{\sum \text{ISC-RC}\mu \neq \text{ISC-P}\mu}$$

Cela signifie que suivre un patient polypathologique ne revient pas à sommer le suivi de ces pathologies. Le ratio de la  $\sum \text{ICS}_{\mu}\text{-RC} / \text{ISC-P}_{\mu}$  est toujours  $>1$  avec une moyenne à 1.7, ce qui signifie que le suivi d'associations de RC est toujours inférieur à la somme des suivis des RC, c'est donc le médecin généraliste au centre du suivi qui est à l'origine de ce résultat. C'est le médecin généraliste qui est à l'origine de ce travail de fusion.

Le suivi d'associations de pathologies est **différent** de la somme des suivis de ses pathologies.

#### 4.2.2.2 Représentation ISC-P $\mu$ par rapport à la $\Delta (\text{ISC-P}_{\text{ht}}-\text{ISC-P}_{\text{b}})$

Quand nous comparons l'ISC-P $\mu$  avec la différence ISC-P $_{\text{haut}}$  et ISC-P $_{\text{bas}}$ , on s'aperçoit que plus l'ISC-P $\mu$  est haut plus la différence entre ISC-P $_{\text{haut}}$  et ISC-P $_{\text{bas}}$  est importante.

L'ISC-P $\mu$  représente la difficulté moyenne de prise en charge de suivi d'une association de pathologies.

La différence entre ISC-P $_{\text{haut}}$  et ISC-P $_{\text{bas}}$  est la **variabilité** de prise en charge **due aux individus**, à la nature du patient lui-même, et à la relation médecin-patient.

Le graphique nous montre qu'il y a une **forte** corrélation, une corrélation de 0,93 **entre la complexité de prise en charge d'associations de pathologies et la variabilité inter-individu**; c'est à dire que plus la prise en charge de suivi d'association de pathologies est complexe et plus la variabilité inter individus est importante. Ceci nous permet d'introduire la notion de **contextualisation** du mode de suivi aux patients. Pour reprendre l'exemple précédent plus l'ISC-P $\mu$  est haut, donc plus l'association de pathologies est complexe et plus  $\Delta (\text{ISC-P}_{\text{ht}}-\text{ISC-P}_{\text{b}})$  sera grand et donc plus l'ISC-P $_{\text{haut}}$  sera haut et plus l'ISC-P $_{\text{bas}}$  sera bas et moins nous pourrons prévoir l'ISC-P véritable du patient lambda ,ce qui n'est pas le cas en monopathologie quand on a comparé les ISC-RC haut et l'ISC-RC bas.

Quand on parle de l'ISC-P $\mu$ , on devrait en fait parler d'un **ICS (association de pathologies)** et non ICS $\mu$  (patient) car il représente la difficulté moyenne de prise en charge **d'une association de**

**pathologies.** Celui qui représente réellement le patient est indice qui est variable, fonction du patient lui-même et qui est compris entre un  $ICS-P_{haut}$  et  $ICS-P_{bas}$ .

### **4.3 ANALYSE DES VARIANCES**

Le modèle analyse la variance de l'indice de complexité moyen en fonction de l'âge, du sexe, et du nombre de pathologies chroniques. On s'aperçoit que l'ISC-P varie linéairement en fonction de l'âge et du nombre de RC. L'ISC-P $\mu$  est plus haut chez l'homme que chez la femme.

On a également vu, avec Marc Le Vaillant, que la variance de l'ISC-P $\mu$  dépendait faiblement d'un médecin à l'autre : la variance inter médecin n'explique que 3,61% de la variance totale de l'ISC-P $\mu$ .

On arrive cependant à définir la variance intra médecin qu'à 30% grâce aux 3 facteurs de variance précédemment décrit : l'âge, le genre et le nombre de RC.

L'indice de complexité moyen ajusté sur les trois variables précédentes est égal à 55,3.

**70%** de la variance intra médecin reste inexpliquée. Ceci prouve que l'ISC-P est un vrai nouvel indicateur pertinent car il est **indépendant** des 3 facteurs explicatifs. Ces 70% pourrait éventuellement être expliqué par la **nature** des RC.

### **4.4 PERSPECTIVES DE TRAVAIL**

#### **4.4.1 Les autres RC**

Notre travail s'est limité à 40 RC, il faudrait poursuivre ce travail sur les RC restants.

#### **4.4.2 Validation et réactualisation des référentiels :**

Comme nous l'avons mentionné, nous avons dû nous placer en tant qu'experts pour pallier aux manques de référentiels. Pour que notre travail soit exploitable, Il faudrait que nos données soient validées par une société savante. Une perspective de travail consisterait à l'obtention d'un haut niveau de preuves de nos données.

Aussi nous avons utilisé des référentiels qui sont sans cesse réactualiser, il y aura donc une réactualisation à faire au fur et à mesure que de nouveaux référentiels apparaissent.

#### **4.4.3 Travail de fusion de L'éduc diet/conseils hygiéno-diet pour les associations de RC :**

Nous avons vu l'importance de **l'éduc diet /conseils hygiéno-diet** au cours de notre étude. Cette évaluation joue un rôle prépondérant dans le suivi des RC, cela auprès des  $\frac{3}{4}$  des RC. Il serait intéressant de faire une étude qualitative de ces éducations en fonction de chaque RC. Nous verrions leurs diversités et mettrions en évidence leurs possibles antagonismes lors de leurs mises en pratique. Nous verrions que pour fournir de bonnes éducations, il ne suffit pas de sommer les éducations et conseils de chaque RC pour chaque association de RC, mais qu'il y a, là aussi, un vrai travail de fusion des données afin d'avoir un système cohérent d'éducation au sein des associations de RC. Cette étude sera semblable à la nôtre en termes de **fusion** de données plutôt que de **sommation** quand il s'agit d'associations de RC.

#### **4.4.4 Application de l'ISC-P dans le mode cotation de la consultation chez le médecin généraliste:**

Nous nous sommes basés sur des **propositions** d'ES par le médecin généraliste et non sur leurs **exécutions**. Nous pourrions imaginer une étude parallèle basée sur les données de la caisse nationale de l'assurance maladie pour savoir quels sont les ES réellement faits et créer un « **ISC-P d'exécution** ». Nous pourrions faire le parallèle entre l'ISC-P d'exécution et le cout des associations de pathologie. A terme nous pourrions ainsi différencier et valoriser les consultations chez le médecin généraliste.

## 5 CONCLUSION

Le médecin généraliste est au cœur du suivi des patients poly pathologiques chroniques. Il assure la synthèse des différents intervenants et la gestion quotidienne de ce suivi. Cette fonction est de plus en plus importante avec l'augmentation de ces patients. Celle-ci est expliquée par le vieillissement et l'augmentation de l'espérance de vie de la population.

Les référentiels disponibles traitent de la mono pathologie et rarement de la poly pathologie : la poly pathologie est souvent apparentée à une addition de mono pathologies. L'expérience des cliniciens de terrains pressent qu'il n'en ait rien : la poly pathologie est une situation dont la complexité ne se résume pas à l'addition de situations plus simples que représentent les mono pathologies.

La diversité des associations de pathologies rend difficile le travail de suivi du médecin généraliste. La création d'un outil de mesure de la complexité de chaque patient poly pathologique chronique semble nécessaire, notamment à des fins d'organisation de travail (temps de consultation par exemple).

Pour créer cet indicateur, nous avons construit un tableau de synthèse des éléments de suivi. Il permet un suivi personnalisé, logique, reproductible et facile d'utilisation. Il s'appuie cependant sur des référentiels qui doivent être validés dans le choix des éléments de suivi et dans leurs fréquences de réalisation. Il pourra être affiné par une contextualisation notamment aux traitements et aux résultats biologiques des patients. La mise en place de cet indicateur, à partir de ce tableau est simple.

L'analyse de cet indicateur confirme que le suivi des poly pathologies n'est pas la somme des suivis de mono pathologies. La **variabilité** et la **complexité** du suivi des patients poly pathologiques chroniques sont d'autant plus importantes que l'indice moyen de complexité est grand. La variance de l'indice moyen de complexité du patient est expliquée pour un tiers par l'âge, le genre et le nombre de pathologies chroniques ; le reste de la variance est lié à la **nature** des pathologies chroniques. L'indice de complexité montre que le suivi est d'autant plus difficile et **disparate** que l'on est un homme, âgé et avec un grand nombre de pathologies.

La grande variabilité des situations des patients, mise en évidence par cet indicateur, pose question quant à l'organisation du système de soin. Ce dernier unifie la consultation du médecin généraliste par

sa cotation unique « C ». L'organisation du travail des médecins voire leurs rémunérations pourraient être facilitées par l'intégration de cette notion nouvelle.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

- <sup>1</sup> Clerc P, Lebreton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pourvouville G : *Etude polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la polyprescription*.INSERM, rapport final octobre 2009
- <sup>2</sup> Kandel O, Duhot D, Very G,Lemasson JF, Boisnault P .*Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale?* Rev Prat, Med Gen 2004 ; 18 :781-4
- <sup>3</sup> Labarthe G. : *Les consultations et visites des médecins généralistes :un essai de typologie*. Paris :DREES, Etudes et Résultats ;2004.N°315
- <sup>4</sup> Breuil-Genier P, Goffette C :.*La durée des séances des médecins généralistes*.DREES.2006 ,Etudes et Résultats N°481,Avril.
- <sup>5</sup> Weill A, Vallier N, Salavane B, Bourrel R, Cayla M, Suarez C et al. : *Fréquence des trente affections de longue durée pour le bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2004*.Prat Organ Soins 2006 ;37 :173-88
- <sup>6</sup> Allonier C, Guillaume S, Sermet C : *De quoi souffre –t-on ?Etat des lieux des maladies déclarées en France* .Paris :IRDES ,Questions d'économie de la santé ;2006.N°12 3
- <sup>7</sup> Gallais J-L et al. : *Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales*.1994.Document de recherche-SFMG :1-107
- <sup>8</sup> Gallais J-L : *2001 Illustration de quelques déterminants de la durée de consultation en médecine générale en France*, Journée de Communication SFMG, Paris
- <sup>9</sup> Philippe Le Fur, en collaboration avec Yann Bourgueil et Chantal Cases. : *Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles*.
- <sup>10</sup> Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B., Ventelou B. , Verger P et al. : *L'exercice de la médecine générale libérale :premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises* ,DREES.2007.Etudes et résultats N°610
- <sup>11</sup> Bournot M.-C, Goupil M.-C et Tuffreau F, ORS des Pays de la Loire : *Les médecins généralistes :un réseau professionnel étendu et varié*.DREES.2008 ,Etudes et résultats N°649 ,aout.
- <sup>12</sup> Clerc P, Lebreton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pourvouville G : *Etude Polychrone :Une méthode pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale*. Pratiques et Organisation des Soins 2009 n°3



## 7 GLOSSAIRE

### Glossaire :

AA : antalgique

ACFA : arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AOMI : artérite oblitérante des membres inférieurs

ARA2 : agoniste des récepteurs a l'angiotensine 2

ATCD : antécédent

Avis spé : avis spécialiste

Bili T et C : bilirubine libre et conjuguée

Bio : acte de biologie

BNP : natrial peptid

BU : bandelette urinaire

Ca : calcium

CDT : transferrine déficiente en carbohydrate

Cismef : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

Cl creat : clairance de la créatinine

Cons MT : Consultation MT : consultation médecin traitant

CPK : créatine phosphokinase

CRP : protéine de réaction

CV : cardiovasculaire

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation

DREFc : Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale

EAL exploration anomalie lipidique

ECG électrocardiogramme

Echo : échographie

Educ diet : éducation diététique

EFR : épreuve fonctionnelle respiratoire

ES : élément de suivi

Eval : évaluation

Ex comp : examen complémentaire

FDRCV :facteur de risque cardio vasculaire

GT : gestes techniques

HAS : Hautes autorités de santé

Hb glyquée : hémoglobine glyquée

HBP : hypertrophie bénigne de prostate

HTA :hypertension artérielle

ICS : indice de complexité de suivi

IDE : infirmier diplômé d'état

IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion

IMC :indice de masse corporelle

Iono : ionogramme sanguin

Kiné :kinésithérapeute

MADRS (échelle) : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

MAPA : mesure ambulatoire de la Pression artérielle

Médecin généraliste : médecin généraliste

Med tt : médecin traitant

NFS :numération Formule Sanguine

OMG : observatoire de médecine générale

Pb : problème

Radio : actes de radiologie

PA : pression artérielle

P A : paquet année

Paramed : paramédicaux

Patho : pathologie

Pu : protéinurie

RC : résultat de consultation

SFMG :société française de médecine générale

TP : temps de prothrombine

TSA :troncs supra aortiques

TT :traitement

VGM : volume globulaire moyen ( des globules rouges)

VS :vitesse de sédimentation

## 8 ANNEXES

### 8.1 ANNEXE 1 : CIM10

Voici les différents chapitres du livre de la CIM 10

[CHAPITRE I](#) : CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES (A00-B99)

[CHAPITRE II](#) : TUMEURS (C00-D48)

[CHAPITRE III](#) : ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES ET CERTAINS TROUBLES DU SYSTEME IMMUNITAIRE (D50-D89)

[CHAPITRE IV](#) : MALADIES ENDOCRINIENNES, NUTRITIONNELLES ET METABOLIQUES (E00-E90)

[CHAPITRE V](#) : TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT (F00-F99)

[CHAPITRE VI](#) : MALADIES DU SYSTEME NERVEUX (G00-G99)

[CHAPITRE VII](#) : MALADIES DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES (H00-H59)

[CHAPITRE VIII](#) : MALADIES DE L'OREILLE ET DE L'APOPHYSE MASTOIDE (H60-H95)

[CHAPITRE IX](#) : MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (I00-I99)

[CHAPITRE X](#) : MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (J00-J99)

[CHAPITRE XI](#) : MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF (K00-K93)

[CHAPITRE XII](#) : MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE (L00-L99)

[CHAPITRE XIII](#) : MALADIES DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE, DES MUSCLES ET DU TISSU CONJONCTIF (M00-M99)

[CHAPITRE XIV](#) : MALADIES DE L'APPAREIL GENITO-URINAIRE (N00-N99)

[CHAPITRE XV](#) : GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET PUERPERALITE (O00-O99)

[CHAPITRE XVI](#) : CERTAINES AFFECTIONS DONT L'ORIGINE SE SITUE DANS LA PERIODE PERINATALE (P00-P96)

[CHAPITRE XVII](#) : MALFORMATIONS CONGENITALES ET ANOMALIES CHROMOSOMIQUES (Q00-Q99)

[CHAPITRE XVIII](#) : SYMPTOMES, SIGNES ET RESULTATS ANORMAUX D'EXAMENS CLINIQUES ET DE LABORATOIRE, NON CLASSES AILLEURS (R00-R99)

[CHAPITRE XIX](#) : LESIONS TRAUMATIQUES, EMPOISONNEMENTS ET CERTAINES AUTRES CONSEQUENCES DE CAUSES EXTERNES (S00-T98)

[CHAPITRE XX](#) : CAUSES EXTERNES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE (V01-Y98)

[CHAPITRE XXI](#) : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)

**8.2 ANNEXE 2 : LISTE DES RESULTATS DE CONSULTATION**

Dénomination du RC	CompteDeRC Seq	Type Aigu(ai),chronique (Ch) ou intermédiaire (In)
ABCES SUPERFICIEL	659	Ai
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	263	Ai
ACCES ET CRISE	516	Ai
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	2093	Ch
ACNE	891	Ch
ACOUPHENE	1241	Ch
ADENOPATHIE	479	Ai
ALBUMINURIE	197	Ch
ALCOOL (PROBLEME AVEC L')	3389	Ch
ALGODYSTROPHIE	296	Ch
AMAIGRISSEMENT	558	Ai
AMENORRHEE-OLIGOMENORRHEE- HYPOMENORRHEE	706	In
ANEMIE (NON FERRIPRIVE)	711	In
ANEMIE FERRIPRIVE - CARENCE EN FER	889	Ch
ANEVRYSME ARTERIEL	252	In
ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	4360	Ai
ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	5270	Ch
ANOMALIE BIOLOGIQUE	1	NC
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	7994	In
ANOMALIE POSTURALE	726	In
ANOREXIE - BOULIMIE	359	Ch
ANXIETE - ANGOISSE	5758	Ch
APHTE	206	Ai
APPETIT (PERTE D')	82	Ai
ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS	2067	Ch
ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	10400	Ch
ARTHROSE	6933	Ch
ASTHENIE - FATIGUE	3069	In
ASTHME	4303	Ch
BACTERIURIE - PYURIE	290	Ai
BALANO-POSTHITE	254	Ai
BLESSURES COMBINEES LEGERES	952	Ai
BLESSURES COMBINEES SEVERES	284	Ai
BOUFFEE DE CHALEUR	556	Ch
BRONCHITE AIGU <sub>TT</sub>	3832	Ai
BRONCHITE CHRONIQUE	2394	Ch
BRULURE	372	Ai
CANAL CARPIEN	1054	Ch
CANCER	4424	Ch

CATARACTE	197	In
CEPHALEE	2613	Ch
CERUMEN	1144	Ai
CERVICALGIE	3520	Ch
CHALAZION	218	Ai
CHEVEUX (CHUTE)	349	Ch
CHOLECYSTITE	31	Ai
CICATRICE	165	In
CIRRHOSE DU FOIE	217	Ch
COCCYDYNIE	51	In
COL UTERIN (ANOMALIE DU)	60	In
COLIQUE (SYNDROME)	1896	Ch
COLIQUE NEPHRETIQUE	234	Ai
COMPORTEMENT (TROUBLES)	227	Ch
CONJONCTIVITE	1924	Ai
CONSTIPATION	4261	Ch
CONTRACEPTION	4056	In
CONTUSION	2930	Ai
CONVULSION FEBRILE	2	Ai
COR - DURILLON	335	In
CORPS ETRANGER DANS CAVITE NATURELLE	46	Ai
CORPS ETRANGER SOUS-CUTANE	74	Ai
CRAMPE MUSCULAIRE	910	Ai
CYSTITE-CYSTALGIE	2976	Ai
DECES	93	NC
DEMENCE	845	Ch
DENT	945	Ai
DEPRESSION	5318	Ch
DERMATOSE	3986	In
DERMITE SEBORRHEIQUE	605	Ch
DIABETE DE TYPE 1	586	Ch
DIABETE DE TYPE 2	10126	Ch
DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	3609	Ai
DIARRHEE (ISOLEE)	1522	Ai
DIFFICULTE SCOLAIRE	64	NC
DORSALGIE	2346	In
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	6308	Ai
DOULEUR PELVIENNE	478	In
DYSMENORRHEE	459	Ch
DYSPHAGIE	191	Ai
DYSPNEE	1395	Ai
DYSURIE	560	Ch
ECZEMA	2842	Ch
ECZEMA FACE NOURRISSON	47	Ai
ECZEMA PALMOPLANTAIRE DYSHIDRO	352	In
ECZEMA PALMOPLANTAIRE FISSURAIRE	95	Ch

ENGELURE	74	Ai
ENROUEMENT	310	Ai
ENTORSE	2101	Ai
ENURESIE	176	Ch
EPAULE (TENOSYNOVITE)	4472	Ch
EPICONDYLITE	855	Ch
EPIGASTRALGIE	2828	Ch
EPILEPSIE	1047	Ch
EPISTAXIS	364	Ai
ERYSIPELE	308	Ai
ERYTHEME FESSIER NOURRISSON	123	Ai
ESCARRE	272	In
ETAT FEBRILE	17341	Ai
ETAT MORBIDE AFEBRILE	10806	Ai
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	25670	NC
FECALOME	31	Ai
FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES	3531	Ch
FISSURE ANALE	211	Ai
FOLLICULITE SUPERFICIELLE	257	Ai
FRACTURE	1349	Ai
FURONCLE - ANTHRAX	204	Ai
GALE	88	Ai
GASTRITE CHRONIQUE	385	Ch
GINGIVITE	141	Ai
GLAUCOME	734	Ch
GOITRE	975	Ch
GOUT (ANOMALIE DU)	26	In
GOUTTE	1399	Ch
GROSSESSE	2174	NC
HALLUX VALGUS	335	Ch
HEMATOME SUPERFICIEL-ECCHYMOSE	308	Ai
HEMATURIE	432	Ai
HEMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE	88	Ai
HEMORROIDE	1140	Ch
HEPATITE VIRALE	382	Ch
HERNIE - EVENTRATION	799	In
HERNIE HIATALE	924	Ch
HERPES	668	In
HTA	34435	Ch
HUMEUR DEPRESSIVE	4802	Ch
HYGROMA	111	Ai
HYPERGLYCEMIE	1975	Ch
HYPERLIPIDEMIE	18940	Ch
HYPERSUDATION	46	Ch
HYPERTHYROIDIE	522	Ch
HYPERURICEMIE	1368	Ch

HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	299	Ai
HYPOTHYROIDIE	4466	Ch
IATROGENE - EFFET INDESIRABLE D'UNE THERAPEUTIQUE	1188	NC
IMPETIGO	347	Ai
INCONTINENCE URINAIRE	1352	Ch
INFARCTUS DU MYOCARDE	553	Ch
INSOMNIE	6380	Ch
INSUFFISANCE CARDIAQUE	2334	Ch
INSUFFISANCE RENALE	2304	Ch
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	599	Ch
INTERTRIGO	795	Ai
JAMBES LOURDES	1878	Ch
KYSTE SEBACE	341	In
KYSTE SYNOVIAL	276	In
LANGAGE ORAL ET ECRIT (TROUBLE DU)	138	In
LEUCORRHEE	168	Ai
LIPOME	138	In
LITHIASE BILIAIRE	135	In
LITHIASE URINAIRE	174	In
LOMBALGIE	9797	Ch
LUCITE - ALLERGIE SOLAIRE	70	Ai
LUXATION	126	Ai
LYMPHANGITE	39	Ai
MAL DE GORGE	597	Ai
MALAISE - EVANOUISSEMENT	1010	Ai
MELENA	46	Ai
MEMOIRE (PERTE DE)	773	Ch
MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)	1734	Ch
MENORRAGIE-METRRORRAGIE	820	Ch
METEORISME	345	Ch
MIGRAINE	2346	Ch
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	135	Ai
MOLLUSCUM PENDULUM	147	Ai
MORSURE - GRIFFURE	118	Ai
MUSCLE (ELONGATION-DECHIRURE)	497	Ai
MYALGIE	789	Ai
MYCOSE UNGUEALE	172	Ch
NAEVUS	562	In
NAUSEE OU VOMISSEMENT	1219	Ai
NERVOSISME	616	Ch
NEVRALGIE - NEVRITE	2916	Ch
OBESITE	2837	Ch
OEDEME DE QUINCKE	101	Ai
OEDEME LOCALISE	286	Ai
OEDEME MEMBRES INFERIEURS	1694	Ch



OEIL (ACUITE VISUELLE)	536	In
OEIL (LARMOIEMENT)	70	Ch
OEIL (TRAUMATISME)	123	Ai
ONGLE (PATHOLOGIE DE)	1519	Ch
ORCHI-EPIDIDYMITE	55	Ai
ORGELET	202	Ai
OSTEOPOROSE	2985	Ch
OTALGIE	444	Ai
OTITE EXTERNE	833	Ai
OTITE MOYENNE	3383	Ai
PALPITATION-ERETHISME CARDIAQUE	760	Ch
PANARIS	260	Ai
PARASITOSE DIGESTIVE	73	Ai
PARESTHESIE DES MEMBRES	1246	Ch
PARKINSONIEN (SYNDROME)	645	Ch
PHLEGMON DE L'AMYGDALE	26	Ai
PHOBIE	232	Ch
PIED (ANOMALIE STATIQUE)	692	In
PIED D'ATHLETE	614	Ai
PIQURE D'ANIMAL	646	Ai
PITYRIASIS ROSE DE GIBERT	102	Ai
PITYRIASIS VERSICOLOR	304	Ai
PLAIE	1392	Ai
PLAINTE ABDOMINALE	5089	Ai
PLAINTES POLYMORPHES	826	Ch
PNEUMOPATHIE AIGUE	427	Ai
POLLAKIURIE	899	Ch
POLYARTHRITE RHUMATOIDE	398	Ch
POST- PARTUM (SUIVI)	39	Ai
PPR - HORTON	140	Ch
PRECORDIALGIE	496	Ai
PREPUCE ADHERENCE-PHIMOSIS	127	Ai
PROBLEME DE COUPLE	589	NC
PROBLEME FAMILIAL	397	NC
PROBLEME PROFESSIONNEL	671	NC
PROCEDURE ADMINISTRATIVE	3976	NC
PROLAPSUS GENITAL	153	In
PROSTATE (HYPERTROPHIE)	2792	Ch
PROSTATITE	205	Ch
PRURIT GENERALISE	606	Ch
PRURIT LOCALISE	989	Ai
PSORIASIS	1130	Ch
PSYCHIQUE (TROUBLE)	1969	Ch
PYELONEPHRITE AIGUE	266	Ai
REACTION A SITUATION EPROUVANTE	6831	Ai
REACTION TUBERCULINIQUE	277	Ai

RECTORRAGIES	460	Ai
REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	6785	Ch
REGLES (TROUBLES AUTRES) - METRORRAGIES	8	NC
RHINITE	5554	Ch
RHINOPHARYNGITE - RHUME	13136	Ai
SCIATIQUE	3557	Ai
SCLEROSE EN PLAQUES	193	Ch
SEIN (AUTRE)	423	Ch
SEIN (TUMEFACTION)	418	Ai
SENILITE	451	Ch
SEXUELLE (DYSFONCTION)	1456	Ch
SINUSITE	2279	Ai
SOUFFLE CARDIAQUE	909	In
STENOSE ARTERIELLE	919	Ch
STOMATITE - GLOSSITE	588	Ai
SUICIDE (TENTATIVE)	21	Ai
SUITE OPERATOIRE	3361	Ai
SURCHARGE PONDERALE	1821	Ch
SURDITE	852	In
SYNDROME DE RAYNAUD	386	Ch
SYNDROME MANIACO DEPRESSIF	311	Ch
SYNDROME PREMENSTRUEL	81	Ch
TABAGISME	5600	Ch
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE	291	Ch
TARSALGIE - METATARSALGIE	909	Ch
TENDON (RUPTURE)	65	Ai
TENOSYNOVITE	2190	In
THROMBOPHLEBITE	894	Ai
TIC	35	Ch
TOUX	3974	Ai
TOXICOMANIE	3086	Ch
TRAC	26	In
TRAUMATISME CRANIOCEREBRAL	125	Ai
TREMBLEMENT	529	Ch
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	3312	Ch
TUMEFACTION	2012	Ai
TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)	11	Ai
ULCERE DE JAMBE	695	In
ULCERE DUODENAL	140	Ai
ULCERE GASTRIQUE	246	Ai
ULCERE GASTRO-DUODENAL	7	NC
URETRITE	197	Ai
URTICAIRE	837	Ai
UTERUS (HYPERTROPHIE - FIBROME)	111	Ch
V.I.H.	104	Ch

VACCINATION	11940	NC
VARICELLE	432	Ai
VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	2385	Ch
VERRUE	819	Ai
VERTIGES- ETAT VERTIGINEUX	3231	Ch
VULVITE-VAGINITE	1217	Ai
ZONA	325	Ai

**8.3 ANNEXE 3 : LISTE DES 112 RC CHRONIQUES**

Rang	Reg Rc Id	Reg Rc Lib	Nb de patients	% des patients	% des pathologies	% path cumul
1	826	HTA	8857	41,2%	10,8%	10,8%
2	740	HYPERLIPIDEMIE	5800	27,0%	7,0%	17,8%
3	850	LOMBALGIE	3527	16,4%	4,3%	22,1%
4	828	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	3519	16,4%	4,3%	26,3%
5	818	DIABETE DE TYPE 2	2433	11,3%	3,0%	29,3%
6	753	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	2279	10,6%	2,8%	32,1%
7	715	ARTHROSE	2086	9,7%	2,5%	34,6%
8	754	RHINITE	2063	9,6%	2,5%	37,1%
9	742	INSOMNIE	2029	9,4%	2,5%	39,6%
10	859	ANXIETE - ANGOISSE	1797	8,4%	2,2%	41,7%
11	757	TABAGISME	1710	7,9%	2,1%	43,8%
12	830	EPAULE (TENOSYNOVITE)	1607	7,5%	2,0%	45,8%
13	848	CERVICALGIE	1498	7,0%	1,8%	47,6%
14	723	CONSTIPATION	1447	6,7%	1,8%	49,3%
15	741	HYPOTHYROIDIE	1394	6,5%	1,7%	51,0%
16	711	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	1334	6,2%	1,6%	52,7%
17	739	HUMEUR DEPRESSIVE	1322	6,1%	1,6%	54,3%
18	762	VERTIGES- ETAT VERTIGINEUX	1298	6,0%	1,6%	55,8%
19	717	ASTHME	1285	6,0%	1,6%	57,4%
20	727	DEPRESSION	1281	6,0%	1,6%	59,0%
21	734	EPIGASTRALGIE	1153	5,4%	1,4%	60,4%
22	721	CEPHALEE	1089	5,1%	1,3%	61,7%
23	732	ECZEMA	1077	5,0%	1,3%	63,0%
24	720	CANCER	1073	5,0%	1,3%	64,3%
25	219	NEURALGIE - NEVRITE	1065	5,0%	1,3%	65,6%
26	823	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	937	4,4%	1,1%	66,7%
27	748	OSTEOPOROSE	884	4,1%	1,1%	67,8%
28	845	PROSTATE (HYPERTROPHIE)	865	4,0%	1,1%	68,8%
29	819	FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES	858	4,0%	1,0%	69,9%
30	221	OBESITE	844	3,9%	1,0%	70,9%
31	761	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	828	3,8%	1,0%	71,9%
32	206	MIGRAINE	806	3,7%	1,0%	72,9%
33	709	ALCOOL (PROBLEME AVEC L')	785	3,6%	1,0%	73,8%
34	160	HYPERGLYCEMIE	754	3,5%	0,9%	74,8%
35	744	JAMBES LOURDES	674	3,1%	0,8%	75,6%
36	722	COLIQUE (SYNDROME)	669	3,1%	0,8%	76,4%
37	516	SURCHARGE PONDERALE	662	3,1%	0,8%	77,2%
38	224	ONGLE (PATHOLOGIE DE)	640	3,0%	0,8%	78,0%
39	223	OEDEME MEMBRES INFERIEURS	635	3,0%	0,8%	78,7%
40	719	BRONCHITE CHRONIQUE	630	2,9%	0,8%	79,5%
41	106	SEXUELLE (DYSFONCTION)	622	2,9%	0,8%	80,3%
42	179	INSUFFISANCE RENALE	608	2,8%	0,7%	81,0%
43	746	MENOPAUSE (PROBLEME ET SUIVI)	605	2,8%	0,7%	81,7%
44	713	ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS	562	2,6%	0,7%	82,4%
45	148	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	551	2,6%	0,7%	83,1%
46	150	HEMORROIDE	550	2,6%	0,7%	83,7%
47	820	INSUFFISANCE CARDIAQUE	538	2,5%	0,7%	84,4%
48	175	INCONTINENCE URINAIRE	463	2,2%	0,6%	85,0%
49	239	PARESTHESIE DES MEMBRES	455	2,1%	0,6%	85,5%

50	846	PSYCHIQUE (TROUBLE)	451	2,1%	0,5%	86,1%
51	140	GOUTTE	446	2,1%	0,5%	86,6%
52	6	ACOUPHENE	445	2,1%	0,5%	87,1%
53	47	CANAL CARPIEN	396	1,8%	0,5%	87,6%
54	162	HYPERURICEMIE	395	1,8%	0,5%	88,1%
55	290	TARSALGIE - METATARSALGIE	393	1,8%	0,5%	88,6%
56	263	PSORIASIS	389	1,8%	0,5%	89,1%
57	621	MENORRAGIE-METRRORRAGIE	376	1,7%	0,5%	89,5%
58	19	ANEMIE FERRIPRIVE - CARENCE EN FER	358	1,7%	0,4%	89,9%
59	138	GOITRE	351	1,6%	0,4%	90,4%
60	112	EPICONDYLITE	347	1,6%	0,4%	90,8%
61	45	PALPITATION-ERETHISME CARDIAQUE	329	1,5%	0,4%	91,2%
62	446	POLLAKIURIE	320	1,5%	0,4%	91,6%
63	759	TOXICOMANIE	310	1,4%	0,4%	92,0%
64	5	ACNE	296	1,4%	0,4%	92,3%
65	257	PLAINTES POLYMORPHES	289	1,3%	0,4%	92,7%
66	153	HERNIE HIATALE	282	1,3%	0,3%	93,0%
67	200	MEMOIRE (PERTE DE)	279	1,3%	0,3%	93,3%
68	402	STENOSE ARTERIELLE	275	1,3%	0,3%	93,7%
69	87	DERMITE SEBORRHEIQUE	270	1,3%	0,3%	94,0%
70	114	EPILEPSIE	263	1,2%	0,3%	94,3%
71	262	PRURIT GENERALISE	252	1,2%	0,3%	94,6%
72	478	SEIN (AUTRE)	234	1,1%	0,3%	94,9%
73	39	BOUFFEE DE CHALEUR	218	1,0%	0,3%	95,2%
74	447	DYSURIE	201	0,9%	0,2%	95,4%
75	747	NERVOSISME	196	0,9%	0,2%	95,7%
76	531	DYSMENORRHEE	187	0,9%	0,2%	95,9%
77	839	DEMENCE	182	0,8%	0,2%	96,1%
78	601	GLAUCOME	181	0,8%	0,2%	96,3%
79	143	HALLUX VALGUS	176	0,8%	0,2%	96,5%
80	296	TREMBLEMENT	168	0,8%	0,2%	96,8%
81	604	HYPERTHYROIDIE	162	0,8%	0,2%	96,9%
82	240	PARKINSONNIEN (SYNDROME)	154	0,7%	0,2%	97,1%
83	205	METEORISME	152	0,7%	0,2%	97,3%
84	176	INFARCTUS DU MYOCARDE	151	0,7%	0,2%	97,5%
85	62	CHEVEUX (CHUTE)	147	0,7%	0,2%	97,7%
86	602	DIABETE DE TYPE 1	147	0,7%	0,2%	97,9%
87	600	GASTRITE CHRONIQUE	139	0,6%	0,2%	98,0%
88	270	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	130	0,6%	0,2%	98,2%
89	7	SYNDROME DE RAYNAUD	124	0,6%	0,2%	98,3%
90	26	SENILITE	107	0,5%	0,1%	98,5%
91	607	HEPATITE VIRALE	106	0,5%	0,1%	98,6%
92	825	PROSTATITE	97	0,5%	0,1%	98,7%
93	829	POLYARTHRITE RHUMATOIDE	94	0,4%	0,1%	98,8%
94	504	TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE	91	0,4%	0,1%	98,9%
95	412	MYCOSE UNGUEALE	87	0,4%	0,1%	99,0%
96	15	ALGODYSTROPHIE	76	0,4%	0,1%	99,1%
97	528	COMPORTEMENT (TROUBLES)	73	0,3%	0,1%	99,2%
98	539	ANOREXIE - BOULIMIE	71	0,3%	0,1%	99,3%
99	529	SYNDROME MANIACO DEPRESSIF	69	0,3%	0,1%	99,4%
100	606	ALBUMINURIE	56	0,3%	0,1%	99,5%
101	530	PHOBIE	55	0,3%	0,1%	99,5%
102	838	CIRRHOSE DU FOIE	52	0,2%	0,1%	99,6%
103	103	ECZEMA PALMOPLANTAIRE FISSURAIRE	49	0,2%	0,1%	99,7%

104	843	UTERUS (HYPERTROPHIE - FIBROME)	44	0,2%	0,1%	99,7%
105	482	OEIL (LARMOIEMENT)	40	0,2%	0,0%	99,8%
106	840	SCLEROSE EN PLAQUES	40	0,2%	0,0%	99,8%
107	421	ENURESIE	39	0,2%	0,0%	99,8%
108	832	PPR - HORTON	38	0,2%	0,0%	99,9%
109	486	V.I.H.	35	0,2%	0,0%	99,9%
110	202	SYNDROME PREMENSTRUEL	26	0,1%	0,0%	100,0%
111	705	HYPERSUDATION	16	0,1%	0,0%	100,0%
112	317	TIC	10	0,0%	0,0%	100,0%

**8.4 ANNEXE 4 : LISTE DES ELEMENTS DE SUIVI**

élément de suivi
consultation cardiologue
consultation pneumologue
Consultation médecin vasculaire
consultation ORL
µalbuminurie
Albuminémie
BILI T et C
BNP
BU :Protéinurie glycosurie
Ca,
CDT
Cl creat
CPK
CRP
EAL LDL
Gamma GT
Glycémie
Hb Glyquée
INR
iono
lipasemie
NFS plaquettes
protéinurie des 24 h
recherche sang selles
T4L
Transaminases
TSH
Uréurie, iono U, creat U
VGM
VS
Educ diet
évaluation risque CV (Dépicard)
proposition sevrage tabagique
Exam clinique approfondi
Test Hamilton ou MADRS
ECG
écho cœur
Echo doppler des membres inférieurs (artériels et veineux)
Echo doppler TSA
Echo hépatique
Echo prostate
EFR
Epreuve d'effort
fibroscopie
Fond œil
Gaz du Sang
mammographie
MAPA
ostéodensitométrie
Radio articulaire

radio rachis
Radio thorax
μfilament
Débit expiratoire de pointe
PA
poids
saturation O2 instantanée
taille
Vaccin antigrippal
vaccin antipneumococcique
Diététicien
podologue
psychologue



**8.5 ANNEXE 5 : ELEMENTS DE SUIVI, TYPE ET PONDERATION**

Type	élément de suivi	Nombre d'utilisations
Avis spé	consultation cardiologue	4
Avis spé	consultation pneumologue	2
Avis spé	Consultation médecin vasculaire	1
Avis spé	consultation ORL	1
Avis spé	Psychiatre	2
bio	µalbuminurie	2
bio	albuminémie	2
bio	Bili T et C	3
bio	BNP	1
bio	BU :Protéinurie glycosurie	3
bio	Ca,	1
bio	CDT	1
bio	Cl creat	23
bio	CPK	3
bio	CRP	2
bio	EAL LDL	15
bio	Gamma GT	5
bio	Glycémie	15
bio	Hb Glyquée	2
bio	INR	1
bio	iono	20
bio	lipasemie	1
bio	NFS plaquettes	17
bio	protéinurie des 24 h	4
bio	recherche sang selles	1
bio	T4L	1
bio	Transaminases	18
bio	TSH	7
bio	Uréurie, iono U, creat U	1
bio	VGM	1
bio	VS	1
Cons MT	Consultation MT	40
éval	éducation diététique / conseil hygiéno diététique	25
éval	évaluation risque CV (Dépicard)	13
éval	Examen clinique approfondi	40
éval	Test Hamilton ou MADRS	2
Ex comp	ECG	11
Ex comp	écho cœur	6
Ex comp	Echo doppler des membres inférieurs (artériels et veineux)	2
Ex comp	Echo doppler TSA	2
Ex comp	Echo hépatique	1
Ex comp	Echo prostate	1
Ex comp	Echographie mammaire	1
Ex comp	EFR	3
Ex comp	Epreuve d'effort	2
Ex comp	fibroscopie	1
Ex comp	Fond œil	2
Ex comp	Gaz du Sang	1

Ex comp	mammographie	1
Ex comp	MAPA	3
Ex comp	ostéodensitométrie	1
Ex comp	Radio articulaire	1
Ex comp	radio rachis	2
Ex comp	Radio thorax	1
GT	µfilament	1
GT	Débit expiratoire de pointe	3
GT	PA	14
GT	poids	19
GT	proposition sevrage tabagique	2
GT	saturation O2 instantanée	1
GT	taille	3
GT	Vaccin antigrippal	8
GT	vaccin antipneumococcique	7
paramed	Diététicien	5
paramed	podologue	1
paramed	psychologue	7

## **8.6 ANNEXE 8 : REFERENTIELS UTILISES POUR LE TABLEAU DE SYNTHESE**

Ref1 HAS 2005 *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle.*

Réf. 2 SSMG 2006 *Obésité*

Réf. 3 :P Van Royen ,H Bastiaens, An D'hondt,Chris Provoost,Woust VanDer Borgh : *surcharge pondérale et obésité chez l'adulte en pratique de médecine générale*

Réf. 4 afssaps 2005: *prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique.*

Réf. 4 bis SSMG recommandation 2001 *hypercholestérolémie.*

Ref5 : recommandations ANAES sept 2004 *moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte.*

Réf. 6 : recommandations ANAES sept 2002 *diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte.*

Réf. 7 :SFR société française des rhumatismes 2005 *dossier sur l'arthrose.*

Réf. 8 : guide des pratiques essentielles OMS 2007 *la lutte contre le cancer du col de l'utérus.*

Réf. 9 HAS juillet 2007 guide affection de longue durée *diabète type2.*

Réf. 10 HAS juillet 2007 guide affection de longue durée *fibrillation auriculaire.*

Réf. 11 HAS mars 2007 guide affection de longue durée *insuffisance coronarienne.*

Réf. 12 HAS avril 2007 recommandations professionnelles *prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé.*

Réf. 13 HAS octobre 2007 recommandations professionnelles *modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé.*

Réf. 14 CNAMTS septembre 2007(à partir de ANAES 1998 cf. juste en dessous) *memobiologie, aide à l'application des référentiels pour les prescriptions de biologie en première intention, ;exploration de biologie thyroïdienne.*

Réf. 15 page internet de l'ANAES recommandations et référentiels médicales: *diagnostic et surveillance biologique de l'hypothyroïdie de l'adulte.*

Réf. 16 ANAES mars 2003 recommandations pour la pratique clinique: *prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'HBP synthèse des recommandations.*

Réf. 17 agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mai 2003 *les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac.*

Ref18 ministère de la santé et des solidarités 2005-2010, *programmes d'actions en faveur de la BPCO « connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ».*

Réf. 19 revue de la maladie respiratoire 2003; 20 :294-9 *actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO*

Réf. 20 HAS actualisation décembre 2007 liste et prestations ALD *insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire a une BPCO.*

Réf. 21 HAS octobre 2006 guide *insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire a une BPCO.*

Réf. 22 archives des maladies du cœur et des vaisseaux, tome 99,N°2(suppl),avril 2006: *insuffisance cardiaque et cardiomyopathie.*

Réf. 23 HAS guide ALD mars 2007 *insuffisance cardiaque a fonction systolique préservée symptomatique chronique.*

Réf. 25 : HAS guide ALD octobre 2006 *insuffisance respiratoire chronique grave secondaire à un asthme.*

Réf. 26: Revue du rhumatisme 72 (2005)27-33 *recommandations pour le suivi des traitements antiresorptifs au cours de l'ostéoporose post ménopausique.*

Réf. 27 COFER 2005 *arthropathie microcristalline.*

Réf. 28 fiche de transparence janv 2005 *prise en charge de la goutte.*

Réf. 30 AFSSAPS point d'étape juin 2006 *le traitement hormonal de la ménopause.*

Réf. 31 CNGOF (collège national des gynécologues et obstétriciens français) mai 2000 *la ménopause et ses complications.*

Réf. 32 gastroentéral clin biol 2007 ;31 :125-135 *recommandation pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique.*

Réf. 33 ANAES mars 2001 *indication a visée diagnostique de l'endoscopie digestive haute en pathologie oesogastroduodénale de l'adulte à l'exclusion de l'écho-endoscopie et l'entéroscopie.*

Réf. 34 rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles juin 2005 *prescription des examens dans le RGO chez l'adulte en gastroentérologie.*

Réf. 35 INRS juillet 2007 *lombalgies.*

Réf. 36 : KCE (centre fédéral d'expertise des soins de santé) reports vol 48 B 2007 *lombalgies chroniques.*

Réf. 37 conseil scientifique domaine de la santé nov 2006 *lombalgie commune de l'adulte.*

Réf. 38 société française de radiologie et la SFMN 2005 *guide de bon usage des examens d'imagerie médicale.*

Réf. 39 :SFTG en partenariat de HAS dec 2006 *recommandations prise en charge du patient se plaignant d'insomnie en médecine générale.*

Réf. 40 recommandations ESH/ESC 2007 *pour la prise en charge de HTA.*

Réf. 41 déclaration de consensus de la société suisse d'endocrinologie-diabétologie 2009 forum med suiss 2009 ;9(3)-50-55 *recommandations sur le traitement du diabète type 2.*

Réf. 42 Afssaps 2007 *recommandations de bonne pratique les antiseécrétoires gastriques de l'adulte.*

Re 44 HAS septembre 2010 *ald liste des actes et prestations sur la maladie coronarienne actualisation.*

Réf. 46 document consensuel de collaboration préparé pour l'association des urologues du Canada *guide de pratique pour la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de la prostate: version 2010.*

Ref47: HAS septembre 2011 *surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premiers recours.*

Réf. 48 : HAS 2005 *guide du bon usage des examens d'imageries médicales.*

Réf. 49 : HAS *prise en charge de la céphalée chronique...*

Réf. 50 Elsevier Masson Rev Mal Respir 2010 ;27 :S79-S105, *recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la rhinite allergique.*

Réf. 51 : afssaps et anaes septembre 2004 *recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents.*

Réf. 52 : ANAES mars 2001 *indication à visée diagnostique de l'endoscopie digestive en pathologie oesogastroduodénale de l'adulte à l'exclusion de l'écho endoscopie et de l'entéroscopie.*

Réf. 53 : WGO (world gastroenterology organisation) juin 2009 *syndrome de l'intestin irritable :une approche globale.*

Réf. 54 : Addica 2005 guide de pratique *La prise en charge des patients dépendants de l'alcool.*

Réf. 55 : ANAES 2001 conférence de consensus *modalités d'accompagnement du sujet alcoololo dépendant après un sevrage 7 et 8 mars 2001.*

Réf. 56 : ANAES 2004 Audition publique *traitements hormonaux substitutifs de la ménopause orientations générales conclusions et recommandations.*

Réf. 57 : HAS décembre 2010 *La compression médicale dans les affections veineuses chroniques.*

Réf. 58 : HAS 2006 *prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose.*

Réf. 59 : HAS mars 2007 *artériopathie oblitérante des membres inférieurs.*

Réf. 60 : revue des maladies respiratoires(2010)27,522-548 *Recommandation pour la pratique clinique : prise en charge de la BPCO mise à jour 2009.*

Réf. 61 SNFCP, coloproctologie, pratique clinique, avril 2001 *recommandations pour la pratique clinique sur le traitement des hémorroïdes.*

Réf. 62 : ANAES 2003 *Recommandations prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale.*

REF 63 : HAS 2010 *les marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire.*

Réf. 64 : HAS 2011 *surpoids et obésité de l'adulte ;prise en charge médicale de premier recours.*

Réf. 65: ANAES 2003 *principes de dépistage du diabète de type 2.*

Ref66 : société de néphrologie janvier 2009 *évaluation de la fonction rénale et de la protéinurie pour le diagnostic de la maladie rénale chronique chez l'adulte.*

Réf. 67 : Base médicamenteuse Thériaque

Réf. 68 : HAS actualisation novembre 2010 *liste des actes et prestations affections psychiatriques de longue durée troubles anxieux graves.*

Réf. 69 : CBIP Fiche de transparence juillet 2008 *prise en charge des troubles anxieux: trouble anxieux, trouble panique, phobie.*

## 8.7 ANNEXE 9 : TABLEAU DE SYNTHÈSE GLOBAL

### Le tableau de synthèse

Pathologie	Type	Élément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
hémorroïde	Cons MT	Consultation MT	1	2		99
hémorroïde	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
hyperglycémie	Cons MT	Consultation MT	1	1		65
hyperglycémie	bio	EAL LDL	1	1		65
hyperglycémie	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		65
hyperglycémie	bio	Glycémie	1	1		65
hyperglycémie	bio	Hb Glyquée	1	1		65
hyperglycémie	GT	PA	1	1		65
hyperglycémie	GT	poids	1	1		65
hyperglycémie	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Incontinence urinaire	Cons MT	Consultation MT	1	2		99
Incontinence urinaire	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Insuffisance rénale	bio	albuminémie	1	12		5, 6
Insuffisance rénale	bio	Cl creat	1	12		5, 6
Insuffisance rénale	Cons MT	Consultation MT	1	12		5, 6
Insuffisance rénale	paramed	Diététicien	1	1		5, 6
Insuffisance rénale	bio	EAL LDL	1	1		5, 6, 66
Insuffisance rénale	bio	Glycémie	1	1		5, 6
Insuffisance rénale	bio	iono	1	12		5, 6
Insuffisance rénale	bio	NFS plaquettes	1	12		5, 6
Insuffisance rénale	GT	PA	1	12		5, 6
Insuffisance rénale	GT	poids	1	12		66
Insuffisance rénale	bio	protéinurie des 24 h	1	12		5, 6
Insuffisance rénale	bio	Urémie, iono U, creat U	1	12		5, 6
Insuffisance rénale	GT	Vaccin antigrippal	1	1		5, 6
Insuffisance rénale	GT	vaccin antipneumococcique	0,2	0,2		5, 6
Insuffisance rénale	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Migraine	bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Migraine	bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Migraine	bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Migraine	bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Migraine	Cons MT	Consultation MT	1	12		99
Migraine	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Migraine	paramed	psychologue	0	1	si échec au TTT	49
Néuralgie névrite	bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Néuralgie névrite	Cons MT	Consultation MT	1	12		99
Néuralgie névrite	bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Néuralgie névrite	bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Néuralgie névrite	bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67



Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
Névrалgie névrite	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
obésité	bio	Bili T et C	0,33	1		99
obésité	bio	Cl creat	1	1		99
obésité	bio	EAL LDL	1	1		99
obésité	bio	Gamma GT	0,33	1		99
obésité	bio	Glycémie	1	1		99
obésité	bio	Transaminases	0,33	1		99
obésité	bio	TSH	0,33	1		99
obésité	Cons MT	Consultation MT	1	4		2,47
obésité	éval	Educ diet	1	4		99
obésité	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		99
obésité	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
obésité	Ex comp	ECG	0,33	1	annuel si anormal	2,99
obésité	GT	poids	1	4		47
obésité	GT	taille	0	4	si < 18ans	64
obésité	GT	Vaccin antigrippal	1	1		98
obésité	paramed	Diététicien	0	1	si au bout de 6 mois à 1 an de suivi sans résultat ou IMC>35+comorbidité, IMC>40	47
obésité	paramed	psychologue	0	1	si comorbidité, ou si tour de taille élevée	64
surcharge pondérale	bio	EAL LDL	1	1		64
surcharge pondérale	bio	Glycémie	1	1		64
surcharge pondérale	Cons MT	Consultation MT	1	2		64
surcharge pondérale	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		64
surcharge pondérale	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
surcharge pondérale	GT	PA	1	1		64
surcharge pondérale	GT	poids	1	2		64
surcharge pondérale	GT	taille	0	2	si < 18ans	64
surcharge pondérale	paramed	Diététicien	0	1	si comorbidité, ou si tour de taille élevée	64
Alcool (problème avec l')	Avis spé	consultation ORL	0,00	0,20	chez patient femme >3v/jour pdt +10ans et homme >5v/jour pdt +15 ans	99
Alcool (problème avec l')	bio	Bili T et C	1	1		99
Alcool (problème avec l')	bio	CDT	1	1		99
Alcool (problème avec l')	bio	Gamma GT	1	1		54
Alcool (problème avec l')	bio	Glycémie	1	1		99
Alcool (problème avec l')	bio	lipasemie	1	1		54

Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
Alcool (problème avec l')	bio	NFS plaquettes	1	1		99
Alcool (problème avec l')	bio	Transaminases	1	1		99
Alcool (problème avec l')	bio	VGM	1	1		54
Alcool (problème avec l')	Cons MT	Consultation MT	1,00	24,00		99
Alcool (problème avec l')	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		99
Alcool (problème avec l')	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Alcool (problème avec l')	Ex comp	ECG	0,00	0,20	femme >3v/jour pdt +10ans et homme >5v/jour pdt +15 ans	99
Alcool (problème avec l')	Ex comp	Echo hépatique	0,00	0,20	si bilan hépatique anl	99
Alcool (problème avec l')	GT	PA	1,00	4,00		99
Alcool (problème avec l')	GT	poids	1,00	4,00		99
Alcool (problème avec l')	paramed	psychologue	0	1		99
Angor- insuffisance coronarienne	Avis spé	consultation cardiologue	1	1		11,44
Angor- insuffisance coronarienne	bio	Cl creat	0	1	si IEC	11,43
Angor- insuffisance coronarienne	bio	CPK	0	1	si statine	11
Angor- insuffisance coronarienne	bio	EAL LDL	1	1		11
Angor- insuffisance coronarienne	bio	Gamma GT	1	1		11
Angor- insuffisance coronarienne	bio	Glycémie	1	1		11
Angor- insuffisance coronarienne	bio	iono	0	1	si IEC	11,44
Angor- insuffisance coronarienne	bio	NFS plaquettes	0	1	si aggravation	44
Angor- insuffisance coronarienne	bio	Transaminases	1	1		11
Angor- insuffisance	Cons MT	Consultation MT	4	4		11,43

Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
coronarienne						
Angor- insuffisance coronarienne	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		99
Angor- insuffisance coronarienne	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Angor- insuffisance coronarienne	Ex comp	ECG	1	1		11,44
Angor- insuffisance coronarienne	Ex comp	écho cœur	0	1	si ECG modifié, à voir avec AP	99
Angor- insuffisance coronarienne	Ex comp	Epreuve d'effort	1	1		11,44
Angor- insuffisance coronarienne	GT	PA	4	4		99
Angor- insuffisance coronarienne	GT	Vaccin antigrippal	1	1		99
Angor- insuffisance coronarienne	GT	vaccin antipneumococcique	0,2	0,2		99
Artérite des membres inférieurs	bio	Cl creat	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	Avis spé	consultation cardiologue	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	Cons MT	Consultation MT	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	bio	EAL LDL	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	Ex comp	ECG	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	Ex comp	Echo doppler des membres inférieurs (artériels et veineux)	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	Ex comp	Echo doppler TSA	0,25	0,25		59
Artérite des membres inférieurs	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	bio	Glycémie	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	bio	iono	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	Avis spé	Consultation médecin vasculaire	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	GT	PA	1	1		59

Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
Artérite des membres inférieurs	GT	poids	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	bio	protéinurie des 24 h	1	1		59
Artérite des membres inférieurs	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
arthrose	Ex comp	Radio articulaire	0,2	1	en fonction de l'évolution	7,99
Arthrose	bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Arthrose	Cons MT	Consultation MT	1	12		99
arthrose	GT	poids	1	1		99
Arthrose	bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Arthrose	bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Arthrose	bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Arthrose	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
asthme	Avis spé	consultation pneumologue	0	1	si non contrôlés avec prise de corticoïde orale	99
asthme	Cons MT	Consultation MT	1	12	selon équilibre du traitement	51, 99
asthme	Ex comp	EFR	1	3	selon traitement	51
asthme	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
asthme	GT	Débit expiratoire de pointe	1	12		99
Bronchite Chronique	Avis spé	consultation pneumologue	0,5	2	si OLD -	60
Bronchite Chronique	bio	Cl creat	0	1	si corticoïdes	99
Bronchite Chronique	bio	iono	0	1	si corticoïdes	99
Bronchite Chronique	bio	NFS plaquettes	1	1		99
Bronchite Chronique	Cons MT	Consultation MT	4	12	si OLD -	17, 19, 21
Bronchite Chronique	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Bronchite Chronique	Ex comp	ECG	0,5	1		99
Bronchite Chronique	Ex comp	écho cœur	0	1	si ECG modifié	98
Bronchite Chronique	Ex comp	EFR	1	1		98
Bronchite Chronique	Ex comp	Gaz du Sang	0	1	si OLD +	98
Bronchite Chronique	GT	Débit expiratoire de pointe	4	12	en fonction OLD	98
Bronchite Chronique	GT	poids	4	6	si OLD -	19
Bronchite Chronique	GT	proposition sevrage tabagique	0	12	si tabagisme	99
Bronchite Chronique	GT	saturation O2 instantanée	4	12	en fonction OLD	99
Bronchite Chronique	GT	Vaccin antigrippal	1	1		60
Bronchite Chronique	GT	vaccin antipneumococcique	0,2	0,2		60
Céphalée	bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Céphalée	Cons MT	Consultation MT	1	2		99
Céphalée	bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Céphalée	bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
Céphalée	paramed	psychologue	0	1		99
Céphalée	bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse	67

Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
					avec automédic forte	
Céphalée	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
syndrome colique	bio	CRP	0	1	si persistance des symptômes ou modifiés+si <50 ans+pas de symptôme d'alarme+symptôme de colopathie fonctionnelle(53)	53
syndrome colique	bio	iono	0	1	si conso laxatif régulière	53
syndrome colique	bio	NFS plaquettes	0	1	si persistance des symptômes ou modifiés+si <50 ans+pas de symptôme d'alarme+symptôme de colopathie fonctionnelle(53)	53
syndrome colique	bio	recherche sang selles	0	1	si persistance des symptômes ou modifiés+si <50 ans+pas de symptôme d'alarme+symptôme de colopathie fonctionnelle(53)	53
syndrome colique	bio	TSH	0	1	si persistance des symptômes ou modifiés+si <50 ans+pas de symptôme d'alarme+symptôme de colopathie fonctionnelle(53)	53
syndrome colique	bio	VS	0	1	si persistance des symptômes ou modifiés+si <50 ans+pas de symptôme d'alarme+symptôme de colopathie fonctionnelle(53)	53
syndrome colique	Cons MT	Consultation MT	1	2		99
syndrome colique	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Constipation	bio	Albuminémie	0,33	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
Constipation	bio	Cl creat	0,33	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
Constipation	Cons MT	Consultation MT	1	2	annuel	32, 99
Constipation	bio	CRP	0,33	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
Constipation	bio	Glycémie	0,33	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
Constipation	bio	iono	0,33	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99

Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
Constipation	bio	NFS plaquettes	0,33	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
Constipation	bio	TSH	0,33	1	En fonction de la sévérité et la résistance au traitement	32, 99
Constipation	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
dépression	bio	Cl creat	0	1	selon traitement	99
dépression	Cons MT	Consultation MT	4	24		12
dépression	Ex comp	ECG	0	1	si tricyclique ou neuroleptique	99, 67
dépression	bio	iono	0	1	selon traitement	99
dépression	bio	NFS plaquettes	0	1	selon traitement	99
dépression	Avis spé	Psychiatre	0	1	selon sévérité	99
dépression	GT	Poids	4	4		99
dépression	paramed	psychologue	0	1		99
dépression	éval	Test Hamilton ou MADRS	1	2		99
dépression	bio	Transaminases	0	1	selon traitement	99
dépression	bio	TSH	0	1	selon traitement	99
dépression	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
eczéma	Cons MT	Consultation MT	1	4		99
eczéma	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
Epigastralgie	Cons MT	Consultation MT	1	2		99
Epigastralgie	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
humeur dépressive	bio	Cl creat	0	1		67
humeur dépressive	Cons MT	Consultation MT	4	24		12
humeur dépressive	Ex comp	ECG	0	1	si tricyclique ou neuroleptique	99, 67
humeur dépressive	bio	iono	0	1		67
humeur dépressive	bio	NFS plaquettes	0	1	selon traitement	67
humeur dépressive	GT	Poids	4	4		99
humeur dépressive	paramed	psychologue	0	1		99
humeur dépressive	éval	Test Hamilton ou MADRS	1	2		99
humeur dépressive	bio	Transaminases	0	1	selon traitement	67
humeur dépressive	bio	TSH	0	1		99
humeur dépressive	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
hyperlipidémie	bio	CPK	1	1		4
hyperlipidémie	bio	EAL LDL	0	2	si déséquilibré	4,5
hyperlipidémie	bio	Gamma GT	1	1		4
hyperlipidémie	bio	Transaminases	1	1		4
hyperlipidémie	Cons MT	Consultation MT	1	2		99
hyperlipidémie	éval	Educ diet	1	2		
hyperlipidémie	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		99
hyperlipidémie	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
hyperlipidémie	GT	Poids	1	1		99
hyperlipidémie	paramed	Diététicien	0	1		
hypothyroïdie	Cons MT	Consultation MT	1	2		99
hypothyroïdie	bio	EAL LDL	1	1		99
hypothyroïdie	GT	poids	1	2		99
hypothyroïdie	bio	T4L	2	2	si non traitée	99
hypothyroïdie	bio	TSH	2	4		42
hypothyroïdie	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99

Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
insomnie	Cons MT	Consultation MT	1	12	selon traitement (benzo, hypnotique, ...)	99,13, 39,40
insomnie	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
ménopause (problème et suivi)	Cons MT	Consultation MT	1	2		29
ménopause (problème et suivi)	bio	EAL LDL	1	1		31, 56
ménopause (problème et suivi)	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		31, 56
ménopause (problème et suivi)	bio	Glycémie	1	1		31, 56
ménopause (problème et suivi)	Ex comp	mammographie	0,33	0,33		56
ménopause (problème et suivi)	Ex comp	Echographie mammaire	0	0,33	si seins denses	56
ménopause (problème et suivi)	GT	PA	1	2		56
ménopause (problème et suivi)	bio	Transaminases	0	1	si THM	30
ménopause (problème et suivi)	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
ostéoporose	bio	Ca,	1	1	si tt par bisphosphonate	58
ostéoporose	bio	Cl creat	1	1	si tt par bisphosphonate	58
ostéoporose	Cons MT	Consultation MT	1	2		29
ostéoporose	Ex comp	ostéodensitométrie	3	5		26,29, 99
ostéoporose	GT	poids	1	2		99
ostéoporose	GT	taille	1	1		99
ostéoporose	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
reflux-pyrosis- œsophagite	Cons MT	Consultation MT	2	2		99
reflux-pyrosis- œsophagite	Ex comp	fibroscopie	0,33	0,5	:>50 ans , signes d'alarme, réapparition des signes à l'arrêt du TTT, symptôme atypique	33,34, 42
reflux-pyrosis- œsophagite	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
rhinite	Cons MT	Consultation MT	1	2	selon la saisonnalité	99
rhinite	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
tabagisme	Cons MT	Consultation MT	1,00	6,00	si protocole d'arrêt	17

Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
tabagisme	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1,00	1,00		99
tabagisme	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
tabagisme	Ex comp	EFR	0,20	1,00	à partir de 20 PA l, si VEMS/VEM6<0,7(18)	18,99
tabagisme	Ex comp	Radio thorax	0,00	0,20	>20 PA	99
tabagisme	GT	Débit expiratoire de pointe	1,00	6,00	âge>40 ans /toux et expectoration matinales /exposition professionnelle	17,18
tabagisme	GT	PA	1,00	1,00		17
tabagisme	GT	proposition sevrage tabagique	1,00	6,00	à chaque consultation quel qu'en soit le motif ou le RC	17
tabagisme	GT	Vaccin antigrippal	1,00	1,00	20PA	99
Varices des membres inférieurs	Cons MT	Consultation MT	0	1	5 ans, si stade >C2 contention élastique réévaluer régulièrement le bénéfice risque	57
Varices des membres inférieurs	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
diabète type 2	Avis spé	consultation cardiologue	1	1	si FDRCV élevé (>2)	9
diabète type 2	bio	µalbuminurie	0	1	si BU -	6
diabète type 2	bio	BU :Protéinurie glycosurie	1	1		6
diabète type 2	bio	Cl creat	1	4	hte si metformine	99; 9
diabète type 2	bio	EAL LDL	1	1		9
diabète type 2	bio	Glycémie	1	1		9
diabète type 2	bio	Hb glyquée	2	4		9
diabète type 2	bio	iono	1	1		99
diabète type 2	bio	NFS plaquettes	0	1	si sulfamides	67
diabète type 2	bio	protéinurie des 24 h	0	1	si BU +	6
diabète type 2	bio	Transaminases	1	1	si sulfamides ou InhAGlucosidases	67
diabète type 2	Cons MT	Consultation MT	2	12		99
diabète type 2	éval	Educ diet	1	4		99
diabète type 2	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		99
diabète type 2	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
diabète type 2	Ex comp	ECG	1	1		9
diabète type 2	Ex comp	écho cœur	0	0,5	si FDRCV élevé (>2), si ECG modifié ou souffle	98



Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
					voir avec AP	
diabète type 2	Ex comp	Echo doppler des membres inférieurs (artériels et veineux)	0	0,33	si âge >40 ans, diabète >20 ans, rapproché si fort FDCV (>2)	9 ; 99
diabète type 2	Ex comp	Echo doppler TSA	0	0,33		99
diabète type 2	Ex comp	Fond œil	0,5	1		9
diabète type 2	Ex comp	MAPA	0,33	0,33		99
diabète type 2	GT	µfilament	1	1	si pas de podologue	9
diabète type 2	GT	poids	2	12		
diabète type 2	GT	PA	2	12	<130/80	9
diabète type 2	GT	Vaccin antigrippal	1	1		9
diabète type 2	GT	vaccin antipneumococcique	0,2	0,2		9
diabète type 2	paramed	Diététicien	0	1		99
diabète type 2	paramed	podologue	1	1		9
arythmie-fibrillation auriculaires	bio	Cl creat	1	1		10
arythmie-fibrillation auriculaires	bio	EAL LDL	1	1		99
arythmie-fibrillation auriculaires	bio	Glycémie	1	1		99
arythmie-fibrillation auriculaires	bio	INR	12	24	si tt avec AVK	10
arythmie-fibrillation auriculaires	bio	TSH	2	2	si tt par amiodarone	10
arythmie-fibrillation auriculaires	Cons MT	Consultation MT	2	12	ou activité importante	10,99
arythmie-fibrillation auriculaires	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		99
arythmie-fibrillation auriculaires	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
arythmie-fibrillation auriculaires	Ex comp	ECG	1	1		99

Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
arythmie-fibrillation auriculaires	Ex comp	écho cœur	0,5	1	si non réduite	99
arythmie-fibrillation auriculaires	Ex comp	Epreuve d'effort	0	0,33	sportif régulier ou activité importante	10
arythmie-fibrillation auriculaires	Ex comp	MAPA	0,5	1	si non réduite	99
insuffisance cardiaque	Avis spé	consultation cardiologue	1	1	si instable	22
insuffisance cardiaque	bio	BNP	1	4		22,63
insuffisance cardiaque	bio	Cl creat	1	2	si IEC	22
insuffisance cardiaque	bio	CPK	1	1	,si statine	22
insuffisance cardiaque	bio	EAL LDL	1	1		22
insuffisance cardiaque	bio	Glycémie	1	1		22
insuffisance cardiaque	bio	iono	1	2	si IEC	22
insuffisance cardiaque	bio	Transaminases	1	1	,si statine	22
insuffisance cardiaque	Cons MT	Consultation MT	2	12	si stable	22,23
insuffisance cardiaque	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1	1		22
insuffisance cardiaque	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
insuffisance cardiaque	Ex comp	ECG	1	1		22
insuffisance cardiaque	Ex comp	écho cœur	0,33	1		22
insuffisance cardiaque	GT	PA	2	12		
insuffisance cardiaque	GT	poids	2	12		23
insuffisance cardiaque	GT	Vaccin antigrippal	1	1		22
insuffisance cardiaque	GT	vaccin antipneumococcique	0,2	0,2		22
HTA	bio	µalbuminurie	0,00	1,00	si BU négative	99
HTA	bio	BU :Protéinurie glycosurie	1,00	1,00		1
HTA	bio	Cl creat	1,00	1,00		1
HTA	bio	EAL LDL	0,33	0,33	si normal	1
HTA	bio	Glycémie	0,33	0,33	si normal	1
HTA	bio	iono	1,00	2,00	si traitement Diurétique ou IEC	1 ; 99
HTA	bio	protéinurie des 24 h	0,00	1,00	si BU positive	99
HTA	Cons MT	Consultation MT	2,00	12,00		1 ; 40
HTA	éval	évaluation risque CV (Dépicard)	1,00	1,00		1
HTA	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
HTA	Ex comp	ECG	0,33	1,00	Hte si anormal	1
HTA	Ex comp	écho cœur	0	1,00	si ECG modifié ou souffle si FDRCV fort ? À voir avec AP	1

Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
HTA	Ex comp	Fond œil	0,33	0,33		99
HTA	Ex comp	MAPA	0,33	1,00	Bsse : si mono ou bi thérapie Hte si +2TT	99
HTA	GT	poids	1,00	2,00		99
HTA	GT	PA	2,00	12,00		1
arthropathie - périarthropathie	bio	Cl creat	1	1	pour auto médic cf. fiche ains	67
arthropathie - périarthropathie	Cons MT	Consultation MT	1	12		99
arthropathie - périarthropathie	bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
arthropathie - périarthropathie	bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
arthropathie - périarthropathie	bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
arthropathie - périarthropathie	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
épaule (ténosynovites)	bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
épaule (ténosynovites)	Cons MT	Consultation MT	1	12		99
épaule (ténosynovites)	bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
épaule (ténosynovites)	bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
épaule (ténosynovites)	bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
épaule (ténosynovites)	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
prostate (hypertrophie)	bio	BU :Protéinurie glycosurie	1	1		16,46, 99
prostate (hypertrophie)	bio	Cl creat	1	1		16,46, 99
prostate (hypertrophie)	Cons MT	Consultation MT	1	2		16,46, 99
prostate	Ex comp	Echo prostate	0	0,33		99

Pathologie	Type	Elément de suivi	F bass	F hte	condition de suivi	Réf.
(hypertrophie)						
prostate (hypertrophie)	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
cervicalgie	bio	Cl creat	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
cervicalgie	bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
cervicalgie	bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
cervicalgie	bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
cervicalgie	Cons MT	Consultation MT	1	12		99
cervicalgie	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
cervicalgie	Ex comp	radio rachis	0,33	1		99
lombalgie	bio	Cl creat	1	1	pour auto médic cf. fiche ains	99
lombalgie	bio	iono	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
lombalgie	bio	NFS plaquettes	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
lombalgie	bio	Transaminases	1	1	Patho douloureuse avec automédic forte	67
lombalgie	Cons MT	Consultation MT	1	12	en fonction du tt (Bz morphiniques	37
lombalgie	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
lombalgie	Ex comp	radio rachis	0,33	1	si symptômes influent sur la vie quotidienne, surtout chez patient jeune <20ans ou recherche spondylolisthesis	36 ; 99
lombalgie	GT	poids	1	1		38
anxiété angoisse	Avis spé	Psychiatre	0	1	selon sévérité	68
anxiété angoisse	bio	Cl creat	0	1	selon traitement	68
anxiété angoisse	bio	iono	0	1	selon traitement	68
anxiété angoisse	bio	Transaminases	0	1	selon traitement	68
anxiété angoisse	bio	Bili T et C	0	1	selon traitement	68
anxiété angoisse	bio	Gamma GT	0	1	selon traitement	68
anxiété angoisse	Cons MT	Consultation MT	4	12	selon traitement (benzo, ...) et soutien psychologique	99
anxiété angoisse	éval	Examen clinique approfondi	1	1		99
anxiété angoisse	paramed	psychologue	0	1	proposition annuel	68