

LA SEMAINE DU GENERALISTE (2000-2001)

1. INTRODUCTION

L'état de santé de la population française est évalué par différents indicateurs : espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité, morbidité,... et se caractérise plus particulièrement par une surmortalité prématurée en comparaison avec les pays de même niveau de développement économique (1, 2, 3).

Les notions concernant la morbidité sont obtenues grâce aux taux d'incidence et de prévalence des pathologies : il s'agit le plus souvent des pathologies représentant un enjeu en termes de santé publique, faisant l'objet d'enquêtes épidémiologiques : cancer colo-rectal, cancer du sein, cancer du col et les pathologies tumorales en général, mais aussi bronchite chronique, tuberculose, infections par le VIH, etc...

En dehors des résultats d'études épidémiologiques des indicateurs synthétiques d'invalidité ou de risque vital du CREDES indiquent que :

- 64% des personnes ne sont pas ou peu gênées par leur état de santé, 24,3 % ressentent un gêne mais mènent une vie normale, 3,1 % ont une activité ralentie ou pas d'activité du tout du fait de la maladie ; enfin, une personne sur mille est grabataire ;
- 63,3% des personnes ne présentent aucun indice de risque vital et ont un « risque péjoratif » très faible ; à l'opposé le pronostic vital est « probablement mauvais » ou « nettement mauvais » pour 7,5%.

Le nombre de maladies un jour donné est un indicateur de la morbidité prévalente ; il est de 3,3 en moyenne pour un individu, mais 12% des personnes interrogées ne déclarent aucune affection et 9% en déclarent 8. Le nombre moyen de maladies déclarées est plus élevé pour les femmes (4,0) que pour les hommes (2,8) et augmente avec l'âge (8 pathologies pour les personnes de plus de 80 ans), mais il varie peu selon la catégorie sociale.

Les pathologies déclarées ne présentent pas toutes la même gravité. La morbidité prévalente est dominée, par les affections ophtalmologiques et les pathologies dentaires. Viennent ensuite les maladies cardio-vasculaires avec les insuffisances veineuses et l'hypertension artérielle qui concernent plus d'un quart de la population française, tandis que les tumeurs arrivent loin derrière. L'âge et le sexe sont d'importants facteurs de différenciation ; les affections cardio-vasculaires, les affections ostéo-articulaires, les troubles endocriniens ou du métabolisme touchent plus de la moitié des personnes âgées.

A un niveau plus détaillé :

- 48% de la population portent des lunettes, 15% sont obèses ;
- près de 50% des personnes âgées de 65 ans ou plus ont perdu presque toutes leurs dents, un quart d'entre elles ont des difficultés à se déplacer, 12% éprouvent des difficultés à faire leur toilette, 7% portent une prothèse auditive (3).

2. NOTIONS EPIDEMIOLOGIQUES

La morbidité dans la population suivie par le médecin généraliste est le plus souvent connue à travers les pathologies les plus graves. C'est ainsi que les enquêtes statistiques nationales concernent le plus souvent la prévalence des affections figurant sur la liste des 30 Affections de Longue Durée (ALD).

La dernière étude en date (février 1996) permet de connaître des taux d'incidence et de prévalence rapportés à la population protégée incluant les individus assurés sociaux. La demande d'exonération du ticket modérateur est la plupart du temps faite par le médecin généraliste, et les nouveaux cas sont donc ceux que ce dernier a à connaître dans sa clientèle.

Les résultats sont les suivants, par ordre décroissant (4) :

Affection	Incidence Nouveau cas /10 000 pers. protégées	Affection	Incidence Nouveau cas / 10 000 pers. protégées
Tumeurs malignes	318	Formes graves d'une affection neurologique musculaire	11
Affections psychiatriques	275	Insuffisance rénale chronique	10
Diabète	130	Paraplégie	8
Artériopathie chronique dont insuf. coronarienne	114	Scoliose évolutive	7,7
Cardiopathie congénitale, insuf. Cardiaques et valvulopathies	75	Maladies métaboliques	7,5
HTA sévère	59	Sclérose en plaques	5,9
AVC	50	Périartérite, LED	5,6
IRCG	41	SA	4,2
Infarctus du myocarde récent	28	Aplasie	1,7
Maladie chronique évolutive du foie et cirrhose	27	Hémoglobinopathie	1,1
Déficit immunitaire (VIH)	20	Hémophilie	0,8
Maladie de Parkinson	18,5	Transplantation d'organes : Rein, cœur, moelle	0,3
PCR	16,6	Mucoviscidose	0,2
RCH	15	Bilharziose	/
Tuberculose	14,5		

L'activité des médecins libéraux, spécialistes ou généralistes, est fournie par le département statistique de la CNAMTS et fait ressortir la répartition des actes suivants (5) :

- Actes en Z : 8,9%
- Actes en K, KC, SPM : 14,2%
- Visites : 17,1%
- Consultations : 59,7%.

Les prescriptions sont également analysées par cet organisme avec une valorisation concernant :

- la pharmacie, somme payée par l'assuré pour l'achat des médicaments remboursables
- les analyses de biologie ou d'anatomo-cyto-pathologie : nombre de coefficients B
- les actes de masso-kinésithérapie : nombre de coefficients en AMM
- les indemnités journalières (I.J.) : nombre de journées indemnisables en maladie (5).

Les prescriptions, et particulièrement celles des médecins généralistes, prennent d'un point de vue économique, le pas sur l'activité de production proprement dite des médecins. En effet, à l'issue de chaque séance, le médecin peut demander au patient :

- de revenir en consultation ; 21,7% des généralistes et 26% des spécialistes le font
- d'aller consulter un confrère ; c'est le cas lors de 2,5 séances de médecin sur 100
- de faire des examens de laboratoire ou de radiologie (13% des séances)
- de se faire hospitaliser (1,3% des séances)
- d'acheter des produits pharmaceutiques.

Sur ce dernier point, on sait que 90% des actes de médecins généralistes et 64% de ceux des spécialistes donnent lieu à une prescription de respectivement 3,1 et 2,3 produits pharmaceutiques différents (3).

La plupart des informations disponibles sur la consommation de médecine de ville proviennent de sources dissociant les notions de prise en charge ou activité du médecin généraliste de celles de morbidité observée chez les patients (6, 7, 8, 9, 10, 11).

3. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La connaissance de l'activité du médecin généraliste, en termes de C ou V, de recours au spécialiste, de prescriptions d'examens complémentaires, de volume des prescriptions médicamenteuses ne saurait être détachée de la morbidité présentée par la population suivie. Cette morbidité dépendant elle-même de l'âge et du sexe des patients mais aussi de variations saisonnières à prendre en compte dans une analyse détaillée des données.

4. OBJECTIFS

L'objectif de cette étude sera de disposer d'une information sur l'activité des médecins généralistes de l'Auvergne. Cette étude permettra de décrire l'actuelle répartition de l'activité journalière des médecins généralistes liée à la morbidité observée selon la période de l'année.

5. PLAN EXPERIMENTAL

Il s'agit d'une enquête de type descriptif, prospective, de l'activité médicale des médecins généralistes.

Le recueil des données aura lieu chaque mois sur une année ; le déroulement se fera sur deux jours consécutifs changeant chaque mois par glissements successifs, de manière à obtenir l'activité globale « reconstituée » des médecins sur une semaine par trimestre.

6. POPULATION DE L'ENQUETE

6.1 *Les médecins*

100 médecins seront inclus dans l'enquête. La population à l'étude est l'ensemble des médecins généralistes exerçant en pratique courante de ville. Afin d'assurer une description de la pratique de prise en charge évaluée sur la série de médecins, un échantillon de 100 médecins sera constitué à partir du réseau de l'A.D.I.M de la région Auvergne.

6.2 *Les patients*

Chaque médecin devra indiquer l'affection rencontrée ainsi que la prise en charge globale de chacun de ses patients venus le consulter les jours de l'enquête.

6.2.1 **Sélection des patients**

Les patients dont la prise en charge globale sera décrite par les médecins, devront répondre aux critères de sélection et de non sélection décrits aux paragraphes suivants.

Il est essentiel de préciser que la prise en charge globale des patients ne sera aucunement modifiée par le protocole de cette enquête.

6.2.2 **Critères de sélection des patients**

Seront sélectionnés dans l'enquête les patients de sexe masculin et féminin consultant le médecin généraliste quel que soit leur diagnostic, l'un des deux jours consécutifs définis chaque mois pendant un an.

6.2.3 **Critères de non sélection des patients**

Sont exclus du champ de l'enquête, les patients venus consulter un autre jour que les deux jours consécutifs définis chaque mois au cours de l'enquête.

7. EVALUATION MEDICALE

7.1 Critères d'évaluation

Il s'agit des critères suivants :

- nombre d'actes programmés
- nombre d'actes urgents
- nombre de consultations réalisées par le généraliste
- nombre de visites réalisées par le généraliste
- nombre d'avis spécialisés demandés par le généraliste
- répartition des affections diagnostiquées
- nombre de premier diagnostic
- nombre de prescriptions complémentaires en particulier :
 - examens biologiques
 - examens radiologiques
 - actes Infirmiers
 - et actes de kinésithérapie
- nombre de médicaments prescrits sur l'ordonnance

7.2 Type d'analyse médicale

Il s'agit d'une enquête descriptive de l'activité du médecin généraliste.

7.3 Horizon temporel

La durée totale de l'enquête est de un an. L'analyse descriptive sera réalisée chaque trimestre et à la fin de l'année de recueil d'information.

7.4 Point de vue de l'enquête

La perspective adoptée pour cette enquête sera celle de la société en général. Cette perspective sera désagrégée et le point de vue du système de l'assurance maladie sera aussi abordé.

7.5 Analyse statistique

Une étude statistique descriptive de l'activité sera réalisée sur la série de 100 médecins :

- sur l'ensemble des patients pour la période de 3 mois et la période d'un an
- par groupes de patients présentant une affection similaire sur la période de 3 mois et sur la période d'un an.

8. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique des données sera effectuée par l'A.D.I.M. après discussion du plan d'analyse avec l'URCAM -Auvergne.

8.1 Population de l'enquête

Il s'agit de tous les médecins généralistes de la région Auvergne participant à cette enquête pendant la période de sélection, ouverte sur un an.

L'effectif de 100 médecins correspond au nombre d'individus de l'échantillon permettant d'obtenir un intervalle de confiance acceptable en termes de précision de l'information ($= \pm 5\%$) sur des occurrences de l'ordre de 20%.

8.2 Méthodes statistiques

Les critères qualitatifs seront présentés sous forme de tableaux de contingence et les critères quantitatifs seront décrits par leurs moyennes, écart-types, médianes et avec leurs intervalles de confiance. Les tests statistiques appropriés seront utilisés en fonction du type de variables. Les tests seront décrits dans le plan d'analyse.

Les données manquantes seront identifiées en temps réel par une saisie sur flux de retour des questionnaires. Elles feront l'objet d'une interrogation complémentaire immédiate du médecin ayant procédé à la sélection afin de minimiser le nombre de données manquantes et de ne pas utiliser de méthodes de reconstruction de l'information altérant la fiabilité des données en général.

9. DEROULEMENT DE L'ENQUÊTE

9.1 Période de recueil

Elle se déroulera pendant un an, à raison de d'un jour par mois avec glissement successif de ce jour chaque mois. Chaque patient consultant son médecin au cours de ces différentes périodes se verra proposer par son médecin traitant d'entrer dans l'enquête et de fournir des informations de consommations de ressources médicales liées à la consultation.

9.2 Arrêts de l'enquête

L'A.D.I.M. peut décider à tout moment d'arrêter l'enquête dans les cas suivants :

- Insuffisances qualitatives ou quantitatives dans le recueil des données. Le contrôle de qualité instauré au cours du monitoring de l'enquête doit fournir les signaux d'alerte propres à entraîner une correction de la situation : relances téléphoniques aux médecins, rencontres face à face avec l'ARC ;

L'arrêt prématuré de l'enquête peut aussi intervenir à la demande du médecin dans le centre investigateur.

10. PROCÉDURES DE RECUEIL DES DONNÉES ET MONITORING

10.1 Recueil des données

Les cahiers d'observation seront fournis par l'A.D.I.M.. Ils seront remplis par les médecins au stylo à bille à l'encre noire, en lettres capitales. L'anonymat du patient dont la prise en charge aura été décrite sur les questionnaires, sera respecté ; seul le médecin traitant possédera un code permettant d'identifier son patient.

Toutes les cases devront être complétées. Le médecin précisera N.A. (non applicable) accompagné d'une justification, N.D. (non disponible) ou N.F. (non fait) en fonction des situations et aux endroits appropriés. Les modifications ou les additions apportées devront être faites de la façon suivante : la donnée initiale devra être barrée d'un seul trait pour qu'elle reste lisible. La nouvelle donnée sera reportée à coté. Toute correction faite par le médecin doit être datée et paraphée par lui-même.

L'original des documents de recueil des données sera adressé à l'A.D.I.M. La gestion des données sera effectuée au moyen des logiciels adaptés (ACCESS, EPI-INFO, SPSS), sous la responsabilité de l'A.D.I.M.

10.1.1 Questionnaires

Le recueil sera réalisé grâce à un cahier d'observation, contenant les variables suivantes :

1°) Informations socio-démographiques :

VARIABLES	FORMAT	TAILLE
Code Médecin	car α numérique	5
Date d'inclusion	date	8
Numéro Patient	car α numérique	5
Âge du patient	numérique	2
Sexe du patient	car α numérique	1

Informations concernant l'activité médicale

VARIABLES	FORMAT	TAILLE
Acte programmé ou Urgent	car α numérique	1
Consultation ou Visite réalisée par le médecin généraliste	car α numérique	1
Type d'affections	texte	30
notion de 1 ^{er} diagnostic	Y / N	1
Avis spécialisés demandés par le généraliste	Y / N	1
Examens complémentaires :		
• Biologiques	car α numérique	1
• radiologiques	car α numérique	1
• Actes infirmiers	car α numérique	1
• Actes de kinésithérapie	car α numérique	1
Nombre de médicaments prescrits sur l'ordonnance	numérique	2

10.1.2 Qualité des données

L'enquête fera l'objet d'une analyse qualitative de l'information avec tri à plat sur chacune des variables afin d'évaluer le pourcentage de données manquantes. Cette analyse qualitative sera faite en continu afin de corriger par les moyens adaptés un éventuel fléchissement de la motivation des médecins.

10.2 Accès aux documents sources des patients

L'enquête peut faire l'objet d'une inspection par les Autorités de contrôle compétentes.

Un recours au dossier patient pour recueil complémentaire d'informations en cas de remplissage non satisfaisant des questionnaires, pourra être demandé au médecin.

10.3 Monitoring du centre

Le monitoring du centre sera principalement réalisé par téléphone. L'intervention téléphonique comprendra :

- une description du schéma de l'enquête
- une présentation et une explication sur le mode de remplissage des questionnaires

Le suivi des sélections, médecin par médecin ainsi que la qualité des données saisies pour chacun d'eux fera l'objet d'un suivi personnalisé.

Ce suivi permettra un retour d'information au médecin et sera un lien indispensable à la qualité de l'enquête.

La saisie des données en temps réel permettra de contrôler la qualité du recueil qui, si elle pose problème, entraînera un contact téléphonique.

11. MATÉRIEL DE L'ENQUETE

- questionnaires
- lettre d'information au patient
- protocole
- enveloppes T

12. REGLES JURIDIQUES APPLIQUABLES

12.1 Soumission au Conseil National de l'Ordre des Médecins

Conformément à l'Article L.365-1 du code de la santé publique, communément appelé DMOS, (loi DMOS du 27/01/93, modifiée par la loi du 18/01/94), les activités de recherche ou d'évaluation scientifique doivent faire l'objet d'une convention soumise aux instances ordinales compétentes. Le caractère régional de l'enquête implique la soumission du protocole au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

12.2 Soumission à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - CNIL - (loi n° 78-17 du 06/01/78 complétée par la loi n° 99-641 du 27/07/99 : J.O. du 28 juillet 1999 et décret n° 99-919 du 27 octobre 1999 : J.O. du 31 octobre 1999).

Seront fournis à cet organisme :

- le protocole de recherche de l'enquête ;
- l'avis rendu par le comité consultatif ;
- les mesures envisagées pour informer individuellement les personnes et préserver leurs droits ;
- un descriptif des moyens informatiques ;
- les mesures de sécurité des traitements et des informations.

13. DIVULGATION DES DONNÉES

13.1 Responsabilités mutuelles

L'A.D.I.M. et le médecin participant ont la responsabilité conjointe des données fournies avant l'enquête et obtenues pendant celle-ci.

Les données anonymes seront transmises à l'A.D.I.M. et à aucune autre personne physique ou morale.

L'A.D.I.M. s'engage à conserver ces données anonymes uniquement aux fins de traitement statistique et comme documents sources susceptibles de servir de vérifications aux résultats présentés.

13.2 Confidentialité

Toute information recueillie par le médecin, en liaison avec les résultats de l'enquête, y compris les informations fournies par l'A.D.I.M., sont confidentielles. La communication d'informations à des tiers se limite aux personnes amenées à délivrer un avis scientifique ou éthique concernant l'enquête et aux médecins participant à l'enquête.

13.3 Publications

Les résultats de cette enquête restent la propriété exclusive des différents partenaires ayant mutualisé leurs moyens pour réaliser cette enquête, à savoir l'ADIM et l'URCAM d'Auvergne.

14. ASSURANCE

Un contrat d'assurance (contrat n° 75/1 171 620), conformément à l'Article L.209-7 du Code de la Santé Publique est souscrit auprès de la Compagnie SOFRAS 6, place Bellecour 69002 LYON. Cette assurance couvre la responsabilité des différents intervenants.

L'assurance Responsabilité Civile Professionnelle du Médecin doit être à jour de cotisation. L'A.D.I.M. s'engage à recueillir cette information auprès de chacun des médecins inclus dans l'enquête.

La responsabilité civile du médecin est engagée à titre individuel dans l'enquête comme en dehors de l'enquête pour tout acte lié à sa pratique professionnelle.

15. PROCÉDURES D'ASSURANCE QUALITÉ - AUDITS

Conformément aux Bonnes Pratiques Cliniques et aux Bonnes Pratiques des Méthodes d'Évaluation Économiques des Stratégies Thérapeutiques, les activités suivantes peuvent être vérifiées :

- audit des documents relatifs à l'enquête,
- audit chez le médecin, nécessitant l'accès aux locaux et la consultation directe des documents relatifs à l'enquête, y compris le dossier du patient,
- audit de la base des données informatiques de l'A.D.I.M.,
- audit du rapport de fin de l'enquête.

Dans tous les cas, les règles de confidentialité relatives à l'anonymat du patient seront respectées.

16. CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE L'ENQUÊTE

16.1 Début et durée du recrutement

La période de sélection des patients débutera dès la réception de l'avis favorable des instances réglementaires (CNIL, CNOM), et durera un an.

17. BIBLIOGRAPHIE

1. La santé en France. Rapport du Haut Comité de Santé Publique. La documentation française.1994
2. La santé en France. Rapport du Haut Comité Se Santé Publique. La documentation française. 1996
3. DURIEZ M, LANCRY JP, LEQUET-SLAMA D, SANDIER S
Le système de santé en France PUF ; 1996 :1-127
4. Enquête statistique nationale : prévalence des affections de la liste des ALD 30. CNAMTS. 1996 :février :1-56
5. 3.Carnets statistiques : le secteur libéral des professions de santé en 1993.
CNAMTS 1994 ; N°80 :1-231
6. MIZRAHI An, MIZRAHI Ar
Influence de l'âge et du grand âge sur les dépenses médicales. 26^{ème} journées de gériatrie. Paris, CREDES, 1993
7. MENAHEM G
Augmentation de la consommation médicale des adultes et accroissement des taux de divorce. 2^{ème} Conférence Européenne d'Economie de la Santé : Paris, 16-18 décembre 1992. Paris, CES, CREDES, 1993 :1-10
8. BOCOGNANO A, GRANDFILS N, LE FUR Ph, MIZRAHI An, MIZRAHI Ar
Santé, soins et protection sociale en 1992. CREDES, 1993 :1-148
9. MIZRAHI An, MIZRAHI Ar
Evolution récente des disparités de consommations médicales de soins de ville. Résumé de la communication présentée aux « Journées de l'ALASS ». Lisbonne, Portugal, CREDES,1991 :1-13
10. SERMET C
Qui sont les malades et de quoi souffrent-ils ? Description de la morbidité déclarée et évolution 1980-91.
Communication présentée le 20 juin 1994 à Paris au colloque sur l'Enquête Santé. CREDES, 1994 ;09 :1-15
11. ans de recherche en économie de la santé. Rétrospective des travaux du CREDES depuis 1954. CREDES.
1994 ;1-153