

# PRATIQUES PREVENTIVES EN MEDECINE GENERALE EN REGION RHÔNE-ALPES (2000)

## 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. LE MEDECIN DE FAMILLE ET LA PREVENTION**

#### **3.1 Le baromètre santé des médecins généralistes**

Le Baromètre Santé (12) est un dispositif mis en place par le Comité Français d'Education pour le Santé (CFES) depuis 1992 ; il s'agit d'enquêtes périodiques mesurant l'état de l'opinion, des connaissances, des attitudes et des comportements des Français face à la santé. La méthodologie mise en place correspond à celle des études dites « connaissances, attitudes, comportements et pratiques (CACP) » basées sur des enquêtes téléphoniques réalisées sur des échantillons représentatifs des différentes populations étudiées. Le dernier Baromètre Santé concerne les médecins généralistes qui en 1998-99 exerçaient une activité libérale.

2.073 médecins généralistes ont été interrogés dans cette enquête soit environ 1 médecin sur 30 exerçant une activité libérale en France. Les thèmes abordés lors de ce sondage sont les suivants : les comportements personnels du médecin, la prévention et l'éducation du patient, les vaccinations, le dépistage des cancers gynécologiques, le VIH et l'hépatite C, le traitement et la prise en charge des problèmes d'addiction : alcool et tabac, mais aussi toxicomanie et les patients âgés de plus de 65 ans.

#### **3.2 Les comportements personnels du Médecin Généraliste**

Globalement 1/3 des médecins généralistes consomment du tabac et 30% d'entre eux prennent régulièrement des boissons alcoolisées c'est-à-dire tous les jours ou 3 à 5 fois par semaine. Les praticiens hommes sont plus souvent fumeurs et consommateurs d'alcool que les praticiens femmes. Quand les femmes sont fumeuses elles consomment autant de cigarettes par jour que les hommes. La moyenne journalière est de 8,2 cigarettes pour les fumeurs réguliers.

Un médecin sur quatre a pris des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois. Ils sont toutefois 1,1 % à en prendre tous les jours, 1,5% plusieurs fois par semaine et 6,5% quelques fois par mois. On observe dans ce domaine peu ou pas de différence selon le sexe et très peu selon l'âge du répondant. 96,5% des médecins généralistes sont vaccinés contre l'hépatite B et 27,4% ont pratiqué un test de dépistage de l'hépatite C. En ce qui concerne le SIDA, 59,5% d'entre eux ont déjà réalisé un test et 64,6% déclarent avoir déjà utilisé des préservatifs au cours de leur vie.

##### **3.2.1 Les vaccinations : opinions et pratiques**

###### **◆ Les opinions**

97,6% des médecins français se déclarent favorables à la vaccination dont 78% très favorables. Il semble exister une typologie particulière des omnipraticiens très favorables à la vaccination ; on observe effectivement qu'il s'agit le plus souvent d'hommes exerçant en secteur conventionné et/ou de médecins référents, dont la clientèle bénéficie plus fréquemment d'une aide médicale gratuite, et dont l'activité s'élève en moyenne à plus de 25 actes par jour ; ils sont par ailleurs vaccinés eux-mêmes contre l'hépatite B et ne pratiquent jamais de médecine alternative.

###### **◆ Les pratiques**

⇒ La vaccination R.O.R.

En ce qui concerne la vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole, les médecins qui déclarent avoir une opinion très favorable sont ceux qui ne pratiquent pas systématiquement de médecine alternative et réalisent plus de 25 actes en moyenne par jour : 86% d'entre eux proposent systématiquement la vaccination R.O.R. aux enfants de 1 à 2 ans ; 64,3% la propose aux enfants de 3 à 6 ans ; 61,5% la proposent aux enfants de 11 à 13 ans partiellement vaccinés.

⇒ L'hépatite B

En ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B, 70,1% des généralistes se disent favorables à la vaccination anti-hépatite B pour l'ensemble de la population. La suspension provisoire de cette vaccination dans les collèges en 1998 semble avoir influé sur l'opinion des généralistes : 36,1% seulement d'entre eux se disent très favorables à la vaccination à l'entrée en 6ème (contre 65,3% en 1994-95) ; 55,5% d'entre eux se disent très favorables à cette vaccination chez les adolescents (contre 85,6% en 1994-95). Certains facteurs semblent influencer significativement l'opinion défavorable du médecin : le fait d'être une femme, d'avoir moins de 50 ans, de pratiquer une médecine alternative de manière exclusive, de ne pas être vaccinée soi-même contre l'hépatite B, et d'avoir moins de 5% de sa clientèle bénéficiant de l'Aide Médicale Gratuite.

⇒ Les autres vaccins

En ce qui concerne les autres vaccinations, elle recueillent plus de 2/3 des opinions très favorables et 6,4% d'opinions très défavorables. On observe qu'un tiers des médecins propose systématiquement le rappel de la coqueluche et un autre tiers ne le propose jamais. Par ailleurs, 93% des médecins proposent systématiquement aux personnes âgées les vaccinations anti-grippales et 86,4% d'entre eux proposent une vaccination anti-tétanique.

### **3.2.2 La prise en charge des addictions : tabac et alcool**

Près de 9 médecins sur 10 prennent en charge seuls la dépendance tabagique, ce qui est en légère diminution par rapport à 1993-94. La fréquence des consultations motivées par un sevrage tabagique est de 2,4% (contre 1,9% lors du Baromètre Santé précédent). Le fait que l'omnipraticien soit lui-même fumeur n'a pas d'influence majeure sur la fréquence de prise en charge des patients tabagiques.

En ce qui concerne les méthodes de sevrage, le patch anti-tabac prédomine puisque 2/3 des médecins le conseillent en priorité. On assiste par ailleurs à un recul des méthodes telles que l'acupuncture ou l'auriculothérapie. Les questionnaires pré-établis concernant le tabac ne sont utilisés que dans 6,2% des cas. La notion de tabagisme est portée dans le dossier médical plus de 8 fois sur 10. Une radiographie pulmonaire de dépistage de cancer bronchique a été prescrite au cours du dernier mois par plus de la moitié des omnipraticiens interrogés. Enfin 40% d'entre eux se sentent efficaces dans la lutte contre le tabagisme.

En ce qui concerne l'alcool la prise en charge des sujets alcoolodépendants fait appel le plus souvent à une structure spécialisée. Un médecin généraliste sur quatre seulement dit traiter cette pathologie seul. De ce fait, la fréquence des consultations motivées par une telle démarche est en diminution : 2,3% des actes en 1993-94 contre 1,6% aujourd'hui.

L'utilisation des questionnaires pré-établis est encore trop peu fréquente (4,5%). La notion de consommation de boissons alcoolisées est renseignée dans le dossier des patients près de trois fois sur quatre. Trois médecins sur dix seulement pensent qu'ils sont efficaces dans le domaine de l'alcoolisme.

### **3.2.3 La prise en charge des toxicomanies**

80,8% des omnipraticiens disent avoir assuré la prise en charge de patients toxicomanes dans le cadre de leur consultation. Cette prise en charge est réelle dans 40,3% des cas ; le médecin la réalise soit seul (5,9%), soit en liaison avec une structure spécialisée le plus souvent (34,6%). Elle est le plus souvent ponctuelle avec une réorientation vers une structure spécialisée, là encore certains facteurs semblant significativement liés à la prise en charge des usagers de drogues par le médecin généraliste : il s'agit d'hommes le plus souvent âgés de moins de 41 ans, exerçant dans une ville de plus de 20.000 habitants, référents, dont 10% de la clientèle bénéficie de l'Aide Médicale Gratuite, pratiquant 21 actes et plus, et participant à un réseau toxicomanie. Le généraliste participant à un réseau toxicomanie joue un rôle primordial. En effet, 39,8 % d'entre eux suivent plus de dix héroïnomanes en moyenne par mois contre 3,2 % pour les médecins ne participant pas à ce type de réseau. Tout naturellement ils prescrivent plus fréquemment des traitements de substitution de type Subutex<sup>®</sup>, mais également de la Méthadone<sup>®</sup>. Plus de la moitié d'entre eux se sentent efficaces dans l'aide qu'ils apportent aux patients. Le sentiment d'inefficacité gagne 86,4% des médecins dont la prise en charge se limite à une réorientation vers des structures spécialisées et il concerne près de sept généralistes sur dix lorsque celui-ci travaille en liaison avec une structure spécialisée.

### **3.2.4 Le dépistage des cancers gynécologiques**

On observe dans cette enquête que les médecins généralistes qui réalisent eux-mêmes les frottis ont une probabilité huit fois supérieure d'avoir prescrit au moins une mammographie au cours des 3 dernières années par rapport aux médecins qui ne réalisent pas eux-mêmes les frottis. Certains facteurs sont significativement liés à la prescription plus fréquente de mammographie par le généraliste : le nombre élevé d'actes quotidiens, la pratique de la médecine allopathique, le sentiment d'efficacité et l'utilisation de brochures de prévention, sont les éléments d'un profil de prescription de mammographies plus élevée.

Pour neuf médecins sur dix une mammographie a été réalisée chez la dernière patiente de 50 à 60 ans vue en consultation ; cette mammographie a été prescrite sept fois sur dix par le médecin généraliste lui-même et deux fois sur dix par un autre praticien. Le taux de réalisation des frottis par le médecin généraliste est influencé par les mêmes facteurs que ceux déterminant la prescription de mammographie. Par ailleurs, interviennent également le sexe du médecin et sa localisation géographique. Les généralistes femmes réalisent 3,5 fois plus souvent les frottis que leurs collègues et les médecins exerçant en milieu rural sept fois plus de frottis que ceux localisés en agglomération parisienne. Enfin les médecins référents, ou les médecins appartenant à un réseau de soins, font plus fréquemment les frottis eux-mêmes. Près de huit médecins sur dix s'estiment bien préparés pour annoncer un résultat de dépistage anormal à leurs patientes.

### 3.2.5 La prise en charge des personnes âgées

La polyopathie rencontrée chez les personnes âgées de plus de 65 ans, les déficits progressifs - en particulier sensoriels - conduisant à un risque de dépendance, les contraintes du maintien à domicile sont autant de facteurs donnant au médecin de famille un rôle primordial dans l'accompagnement de ces populations.

Le Baromètre Santé des médecins généralistes a étudié à partir du dernier patient âgé de plus de 65 ans rencontré par le praticien à la fois le contexte de la consultation et l'ensemble des prescriptions à visée préventive.

Près de six fois sur dix, ce dernier patient est une consultante venue au cabinet du médecin. Une fois sur cinq, les patients reçoivent un traitement préventif de l'ostéoporose et bien sûr cette prescription concerne 30,3% des femmes (contre 3,9% des hommes). La thérapeutique est le plus souvent à base de calcium et de vitamine D. Un examen visuel a été prescrit par 42% des généralistes tandis qu'un examen auditif n'est demandé que pour 17,2% des interrogés. Un conseil nutritionnel a été donné au patient par 43,6% d'entre eux. 80% des recours aux soins par les patients de 75 à 80 ans ont lieu chez le généraliste. Dans 62,1% des cas, le motif de la consultation est une pathologie chronique ; dans 32,4% il s'agit d'un problème aigu récent ; les problèmes psychologiques motivent la consultation dans 3,5% des cas et une conduite préventive dans seulement 2,8% des cas.

Les trois-quarts des médecins qui ont déjà proposé un examen auditif à leurs patients âgés de plus de 65 ans leur ont également déjà prescrit un examen visuel. On observera que la proportion de praticiens ayant déjà prescrit un examen visuel ou auditif est corrélé à l'âge du médecin et au nombre d'actes réalisés par ce dernier. Les conseils nutritionnels sont plus fréquemment donnés par les médecins exerçant en mode d'exercice particulier. Cette corrélation est l'inverse de celle observée pour la prescription d'examens sensoriels. Un tiers des médecins a déclaré que son dernier patient âgé de plus de 65 ans avait manifesté un état dépressif au cours des douze derniers mois. On observe que l'état dépressif constaté chez les patients est corrélé à la taille de l'agglomération dans laquelle les médecins exercent. Ils sont en effet 7,6% des médecins à avoir constaté un état dépressif en zone rurale contre 37,4% en agglomération parisienne. Les médecins participant à un réseau ont davantage fait cette observation : 41,4% versus 32,4%. On observe une corrélation positive entre le sentiment d'efficacité du médecin pour changer les comportements de ses patients et le dépistage d'un état dépressif chez les plus de 65 ans. Un quart des médecins déclare avoir connu une tentative de suicide parmi ces mêmes patients au cours des douze derniers mois. A l'inverse du dépistage des états dépressifs, plus la taille de l'agglomération s'accroît et moins les praticiens ont la connaissance d'une tentative de suicide parmi leurs patients âgés de plus de 65 ans (29,5% en zone rurale versus 24,5% dans les agglomérations).

### 3.2.6 L'éducation des patients

Qu'il s'agisse de l'alimentation, de l'exercice physique ou encore du bon usage de médicaments, plus de neuf médecins sur dix déclarent avoir donné des conseils de prévention au cours des sept derniers jours.

En ce qui concerne l'utilisation de supports pédagogiques ou d'aide visuelle, un médecin sur deux déclare avoir utilisé ceux-ci au cours des sept derniers jours et, presque un sur trois a donné une brochure à son patient lors de la dernière journée de consultation. On observe cependant que 68,3% des médecins n'utilisent jamais de questionnaire pré-établi concernant le repérage de facteurs de risque ou de dépistage de certaines pathologies. Les hommes semblent utiliser plus fréquemment les questionnaires pré-établis alors que les femmes se servent davantage des aides visuelles et des supports pédagogiques. Certaines thèmes concernent davantage les « conseils oraux » ; il s'agit de l'alimentation (98,8% des médecins ont donné ce type de recommandations à au moins un patient au cours des sept derniers jours) ainsi que de l'exercice physique (93,8%) et du bon usage du médicament (90,8%). En ce qui concerne les questionnaires pré-établis, on constate que la dépression arrive en première position des thèmes évoqués (57,7%). Viennent ensuite le tabac (19,7%), le diabète (17,3%), les maladies cardio-vasculaires (15,6%) et les cancers (12,7%). Seulement 5,2% des médecins emploient ces supports souvent ou très souvent, et 26,5% parfois. On observe que les jeunes praticiens utilisent plus fréquemment des supports pédagogiques que leurs aînés et que les médecins qui ont un mode d'exercice particulier quel qu'il soit, déclarent avoir plus souvent pratiqué certains actes éducatifs.

Le secteur conventionnel d'activité semble peu discriminant quant aux pratiques préventives et éducatives. Enfin, les comportements personnels des médecins semblent avoir peu d'influence sur les pratiques éducatives envers les patients, ceci notamment en ce qui concerne la consommation de tabac et d'alcool et la consommation de psychotropes.

Le fait d'être ou non vacciné contre l'hépatite B est un facteur discriminant quant aux démarches préventives et éducatives des praticiens. On constate ainsi qu'un tiers des vaccinés emploie des questionnaires pré-établis contre 23% pour les autres médecins. Plus de la moitié d'entre eux se sont servis d'aides visuelles ou de supports pédagogiques pour expliquer une pathologie contre 41,2% chez les médecins non vaccinés. De la même manière, les généralistes qui ont déjà effectué pour

eux-mêmes un test de dépistage de l'hépatite C (27,4%) sont plus engagés dans certaines démarches de prévention et d'éducation. Enfin, on observe que les médecins qui ont déjà utilisé des préservatifs (64,6%) sont plus actifs dans le domaine de l'éducation et de la prévention que les autres même après ajustement sur l'âge. Ils sont plus nombreux à employer des questionnaires pré-établis et à utiliser des aides visuelles ou des supports pédagogiques.

## **4. JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

### ***4.1 Connaissance de l'activité***

La connaissance de l'activité du médecin généraliste, en termes de C ou V, de recours au spécialiste, de prescriptions d'exams 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.

### ***4.2 Connaissance des pratiques de prévention***

Le Baromètre Santé est un sondage d'opinion du médecin généraliste alors que l'étude présentée ici sera une enquête sur 2000 patients par bimestre permettant d'avoir un reflet de la réalité des situations, venant compléter ainsi les déclarations du médecin généraliste dans le domaine de la prévention. Le schéma méthodologique permet également de mesurer les évolutions en cours, d'année en année, de ces pratiques de prévention.

## 5. OBJECTIFS

L'objectif de cette étude sera de disposer d'une information sur l'activité des médecins généralistes de Rhône-Alpes ainsi que des populations suivies par ces médecins. Cette étude permettra de décrire l'**actuelle activité journalière** des médecins généralistes liées à la **morbidité observée** et la **prévention réalisée** dans le cadre des pratiques libérales, ainsi que les facteurs d'adhésion et/ou de résistance à la prévention des médecins et/ou des consommateurs.

*Les résultats de la première partie de cette enquête alimenteront la Conférence Régionale de Santé se déroulant en janvier 2001.*

## 6. 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 un jour chaque bimestre sur une année ; le déroulement se fera un jour de la semaine différent chaque bimestre par glissements successifs, de manière à obtenir l'activité globale « reconstituée » des médecins pendant une semaine ouverte sur une année, en tenant compte des variations saisonnières.

## 7. POPULATION DE L'ENQUETE

### 7.1 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 représentatifs de la population médicale, sera constitué à partir du réseau de l'A.D.I.M de la région Rhône-Alpes.

### 7.2 Les patients

Chaque médecin devra indiquer l'affection rencontrée, la prise en charge globale ainsi que la prévention ou l'Education à la Santé réalisée face à chacun de ses patients venus le consulter le jour de l'enquête.

#### 7.2.1 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.*

#### 7.2.2 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, le jour défini chaque bimestre pendant un an.

#### 7.2.3 Critères de non sélection des patients

Sont exclus du champ de l'enquête, les patients venus consulter un autre jour que le jour défini chaque bimestre au cours de l'enquête.

## 8. EVALUATION MEDICALE

### 8.1 Critères d'évaluation

Il s'agit des critères suivants :

#### a) Concernant les médecins

- moyenne d'âge
- répartition du sexe
- répartition du secteur conventionnel
- moyenne de la durée d'installation, du mode d'exercice particulier
- fréquence des médecins travaillant en réseau
- fréquence de satisfaction de leur rôle en matière de prévention
- moyenne de leur fraction du temps consacré à la prévention

#### b) Concernant les patients

- moyenne d'âge
- répartition du sexe
- fréquence de leur activité professionnelle
- fréquence de leur affiliation à la CMU
- répartition de la zone d'habitat
- fréquence des patients consultant ce médecin pour la 1<sup>ère</sup> fois
- nombre d'affections chroniques
- répartition des affections chroniques
- 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
- fréquence des arrêts de travail
- moyenne des arrêts de travail
- fréquence des hospitalisations

Notion d'addiction :

- fréquence du sevrage tabagique
- fréquence du sevrage alcoolique
- fréquence du sevrage de la drogue

Couverture vaccinale :

- fréquence des connaissances du statut vaccinal
- fréquence des conseils donnés en matière de vaccination lors de la consultation
- fréquence des vaccinations réalisées lors de la consultation

Prévention des personnes âgées

- fréquence de traitement préventif de l'ostéoporose instauré
- fréquence de pratique d'examens sensoriels visuels
- fréquence de pratique d'examens sensoriels auditifs
- fréquence de pratique d'examens sensoriels cognitifs
- fréquence des bilans sensoriels suivis d'appareillage

Suivi gynécologique

- fréquence de suivi sur pathologie préexistante
- fréquence de mammographie prescrite au cours des deux dernières années

- répartition des mammographies prescrites sur signes d'appel ou à titre systématique
- fréquence d'assurance des mammographies réalisées
- fréquence de prescription frottis selon les périodes
- répartition des frottis sur signes d'appel ou à titre systématique
- fréquence d'assurance des frottis réalisés
- répartition du dialogue instauré autour de la contraception

Autre activité de prévention

- fréquence de prise en charge de la santé psychologique
- fréquence des états dépressifs recherchés
- fréquence des tentatives de suicide recherchées
- fréquence des conseils nutritionnels délivrés
- fréquence des conseils d'hygiène de vie délivrés
- fréquence des actes de dépistage prescrits

## **8.2 Type d'analyse médicale**

Il s'agit d'une enquête descriptive de l'activité du médecin généraliste selon les populations concernées en termes de prescription et de pratique préventive.

## **8.3 Horizon temporel**

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

## **8.4 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.

## **8.5 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 6 mois et la période d'un an
- par groupes de patients présentant une affection similaire sur la période de 6 mois et sur la période d'un an.

## **9. ANALYSE STATISTIQUE**

L'analyse statistique des données sera effectuée par l'A.D.I.M. après discussion du plan d'analyse avec la DRASS de Rhône-Alpes.

### **9.1 Population de l'enquête**

Il s'agit de tous les médecins généralistes de la région Rhône-Alpes 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%.

### **9.2 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.

## **10. DEROULEMENT DE L'ENQUÊTE**

### **10.1 Période de recueil**

Elle se déroulera pendant un an, à raison d'un jour par bimestre avec glissement successif de ce jour chaque bimestre. 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 ainsi que des informations concernant la prévention réalisée au cours de celle-ci

### **10.2 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.

## **11. PROCÉDURES DE RECUEIL DES DONNÉES ET MONITORING**

### **11.1 *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 qui sera noté sur une feuille de correspondance conservée par le médecin.

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 côté. 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.

### 11.1.1 Questionnaires

Le recueil sera réalisé grâce à deux cahiers d'observation :

- a) concernant les médecins : le recueil sera renseigné une seule fois au début de l'enquête
- b) concernant tous les patients venus consulter le médecin les jours de l'enquête. Le questionnaire sera présenté sous la forme d'un document relié comportant le même questionnaire qui sera rempli par le médecin autant de fois qu'il aura vu de patients.

#### Questionnaire Médecin (à ne remplir qu'une seule fois au début de l'enquête)

Quelques questions vous concernant

AGE     SEXE M  F   
SECTEUR CONVENTIONNEL I  II  DUREE D'INSTALLATION (ANNEES)     
MODE D'EXERCICE PARTICULIER Oui  Non  Si oui lequel \_\_\_\_\_  
LIEU D'EXERCICE urbain  périphérique  rural

Votre opinion sur la prévention et le rôle du Médecin Généraliste

Selon vous, les patients sont-ils demandeurs d'informations de votre part ? Oui  Non

Avez-vous le sentiment d'être efficace dans les domaines suivants ?

suivi vaccinal Oui  Non   
suivi gynécologique Oui  Non   
prise en charge des personnes âgées Oui  Non   
prise en charge des modes de vie Oui  Non

sevrage des addictions : Oui  Non

Si oui, lesquelles : Tabac  Alcool  Drogues

Dans ces domaines (tabac, alcool, drogues), vous abordez ces questions :  
plutôt systématiquement  plutôt à la demande du patient ou de l'entourage

Travaillez-vous en réseau ? Oui  Non

Si oui, lequel \_\_\_\_\_

Etes-vous satisfait, dans le système actuel, du rôle que vous jouez en matière de prévention ? Oui  Non

Si non, pourquoi :

Manque de temps  Rémunération inadaptée  Insuffisance de formation

Autre en clair \_\_\_\_\_

Estimez en pourcentage la fraction de temps que vous pensez consacrer en moyenne à la prévention dans le cadre de votre activité libérale   %

Quelle est votre opinion sur les différents outils de Prévention à votre disposition ?

les questionnaires d'aide à la consultation	très favorable <input type="checkbox"/>	plutôt favorable <input type="checkbox"/>	défavorable <input type="checkbox"/>
les Brochures	très favorable <input type="checkbox"/>	plutôt favorable <input type="checkbox"/>	défavorable <input type="checkbox"/>
les Médias	très favorable <input type="checkbox"/>	plutôt favorable <input type="checkbox"/>	défavorable <input type="checkbox"/>

Comment vous procurez-vous ces différents outils ?

\_\_\_\_\_  
Selon vous, les patients sont-ils bien informés par les médias ? Oui  Non

## Questionnaire Patient

(à remplir pour chacun des patients venus vous consulter les jours définis de l'enquête)

### Données socio-démographiques de votre patient

VOTRE PATIENT(E) EST AGE (E) DE  ANS IL (ELLE) EST DE SEXE M  F   
IL (ELLE) A UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE Oui  Non   
IL (ELLE) EST AFFILIE(E) A LA CMU Oui  Non  Ne Sais Pas   
IL (ELLE) HABITE EN ZONE urbaine  périphérique  rurale

### Votre patient : qui est-il / elle ? (Antécédents personnels)

Ce patient vous consulte pour la première fois Oui  Non   
Y a-t-il une notion de pathologies chroniques Oui  Non   
si oui, laquelle ou lesquelles : [Merci d'être succinct et précis ; ex : SEP, HTA, Arthrose, etc....]  
Pathologie 1 \_\_\_\_\_  
Pathologie 2 \_\_\_\_\_  
Pathologie 3 \_\_\_\_\_

### La consultation d'aujourd'hui

Il s'agit d' :  
une Consultation  une Visite  qui est Urgente  Programmée

Le motif de cette consultation est (Indiquez la pathologie en 2 mots maximum) \_\_\_\_\_

Un avis spécialisé a-t-il été demandé , ou est-il demandé ce jour ? Oui  Non

Votre prescription comporte (cocher si c'est oui)  
des actes de : Biologie  Radiologie  Infirmiers  Kinésithérapie   
un arrêt de travail :  Durée  Jours  
des médicaments :  Nombre  Prescrits  
une hospitalisation :

### Chez votre patient, vous retrouvez une notion d'addiction : oui Non

Si oui, laquelle : tabac  Alcool  Drogues

#### S'IL S'AGIT DU TABAGISME

Le sevrage a-t-il été déjà tenté ? Oui  Non  Ne Sais Pas  A votre initiative  A celle du patient

Le sevrage est-il été évoqué ce jour ? Oui  Non  A votre initiative  A celle du patient

Vous utilisez avec lui un questionnaire préétabli comme aide à la consultation sur le thème du tabac Oui  Non

Vous lui donnez des conseils pour l'arrêt du tabagisme Oui  Non

Vous lui avez remis une brochure Oui  Non

L'avez-vous dirigé vers une consultation spécialisée ? Oui  Non

#### S'IL S'AGIT DE L'ALCOOLISME

Le sevrage a-t-il été déjà tenté ? Oui  Non  Ne Sais Pas  A votre initiative  A celle du patient

Le sevrage est-il été évoqué ce jour ? Oui  Non  A votre initiative  A celle du patient

Vous utilisez avec lui un questionnaire préétabli comme aide à la consultation sur le thème de l'alcool Oui  Non

Vous lui donnez des conseils pour l'arrêt de l'alcoolisme ? Oui  Non

Vous lui avez remis une brochure Oui  Non

L'avez-vous informé des différents services existants tels que les associations anti alcooliques, etc? Oui  Non

**S'IL S'AGIT DE DROGUES** la(es)quelle(s) \_\_\_\_\_

Le sevrage a-t-il été déjà tenté ? Oui  Non  Ne Sais Pas  A votre initiative  A celle du patient

Le sevrage est-il évoqué ce jour ? Oui  Non  A votre initiative  A celle du patient

Quelle a été(ou sera) la méthode de substitution utilisée ?

Subutex  Méthadone  Autre traitement de substitution  Autres  Aucune

L'avez-vous dirigé vers une consultation spécialisée ? Oui  Non

L'avez-vous dirigé vers un autre professionnel ? Oui  Non

Vous participez à un réseau toxicomanie Oui  Non

#### **La couverture vaccinale de votre patient**

Connaissez-vous le statut vaccinal de votre patient ? Oui  Non

La consultation est-elle l'occasion d'un conseil en matière de vaccination ? Oui  Non

La consultation est-elle l'occasion d'un bilan en matière de vaccination ? Oui  Non

Vous réalisez ce jour une vaccination Oui  Non  A votre initiative  A la demande du patient

#### **La prévention chez les personnes âgées**

Vous avez instauré un traitement préventif de l'ostéoporose Oui  Non

Vous avez pratiqué des examens sensoriels concernant

la vision Oui  Non  ce test a été suivi d'appareillage

l'audition Oui  Non  ce test a été suivi d'appareillage

un bilan cognitif Oui  Non  ce test a été suivi de mesure

#### **Le suivi gynécologique**

Cette patiente est suivie pour pathologie préexistante Oui  Non

Avez vous prescrit une mammographie, au cours des deux dernières années ? Oui  Non

Si oui, Sur signes d'appel  A titre systématique  Dans le cadre d'une campagne de santé Publique

Si non, Avez-vous vérifié qu'une mammographie a été néanmoins réalisée Oui  Non

Avez vous prescrit un frottis ? il y a moins de 1 an  entre 1 et 2 ans  Sans objet

entre 2 et 3 ans  il y a de 3 ans ou plus  (col absent)

Si oui, Sur signes d'appel  A titre systématique  Dans le cadre d'une campagne de santé Publique

Si non, Avez-vous vérifié qu'un frottis a été néanmoins réalisé Oui  Non

Avez-vous instauré un dialogue autour de la contraception ? Oui  Non

Si oui, A votre initiative  A la demande de la patiente

Dans les suites d'une grossesse interrompue

Avez-vous instauré un dialogue autour du traitement substitutif hormonal ? Oui  Non

Si oui, A votre initiative  A la demande de la patiente

#### **Autres activités de prévention**

Avez-vous prescrit des actes de dépistage Oui  Non

Si oui, Pour le dépistage : de l'hépatite C  du VIH  du diabète

Autres dépistages (en clair) : \_\_\_\_\_

Avez-vous délivré des conseils nutritionnels Oui  Non

Avez-vous délivré des conseils d'hygiène de vie (Exercice physique, Sport, Sommeil,...) Oui  Non

Autres conseils en clair : \_\_\_\_\_

Avez-vous abordé les problèmes de santé psychologique de votre patient ? Oui  Non

Si oui,

Avez-vous recherché un état dépressif ? Oui  Non

Avez-vous recherché une notion de tentative de suicide ? Oui  Non

Avez-vous recherché d'éventuels problèmes de harcèlement en milieu professionnel ? Oui  Non

### **11.1.2 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.

### **11.2 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.

### **11.3 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.

## **12. MATÉRIEL DE L'ENQUETE**

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

## **13. REGLES JURIDIQUES APPLIQUABLES**

### **13.1 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.

### **13.2 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 ;
- les mesures envisagées pour informer individuellement les personnes et préserver leurs droits ;
- un descriptif des moyens informatiques ;
- les clauses de confidentialité ;
- les mesures de sécurité des traitements et des informations.

## **14. DIVULGATION DES DONNÉES**

### **14.1 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.

### **14.2 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.

### **14.3 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 la DRASS Rhône-Alpes.

## **15. 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.

## **16. 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.

## **17. CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE L'ENQUÊTE**

### ***17.1 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.

## 18. 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<sup>ème</sup> journées de gériatrie. Paris, CREDES, 1993
7. MENAHEM G  
Augmentation de la consommation médicale des adultes et accroissement des taux de divorce. 2<sup>ème</sup> 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
12. ARENES J, GUILBERT P, BAUDIER F  
Baromètre santé médecins généralistes 98/99. Education pour la santé pour mieux vivre. Editions CFES  
2000 :218p