

Année 2012-2013

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : LANCIEN Prénom : Solenn
Date et Lieu de naissance : 1 décembre 1984 à Versailles

Présentée et soutenue publiquement le : 8 octobre 2013

**MISE EN PLACE D'UN TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES INDICATEURS DE
PREVENTION SYSTEMATIQUE ET NON ORIENTEE.
AUDIT DE PRATIQUE CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DE
GENNEVILLIERS, ASNIERE ET VILLENEUVE LA GARENNE DANS LE
CADRE DE L'EXPERIMENTATION DES NOUVEAUX MODES DE
REMUNERATION (eNMR).**

Président de thèse : **Professeur Marc BRODIN**

Directeur de thèse : **Professeur Michel NOUGAIREDE**

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse le Pr Marc Brodin.

Aux membres du jury.

A mon directeur de thèse, Pr Michel Nougairède, qui m'a appris que tout temps disponible lors d'une consultation doit être prétexte à refaire le point sur la prévention. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale.

Remerciements aux 15 médecins du Pôle de Santé Universitaire Gennevilliers-Villeneuve la Garenne, ayant accepté de participer à cet audit. Merci du temps consacré à mon travail de recherche et j'espère qu'il vous aidera dans votre pratique quotidienne.

A Jean Marie Nougairède, coordinateur du Pôle de santé, pour son aide précieuse.

Au Dr Mehrsa Koukabi pour sa confiance. Elle m'a connue toute jeune interne et m'a toujours accordé son soutien, étapes après étapes, jusqu'à me permettre de rejoindre prochainement son équipe. Merci de m'avoir aidée à devenir le médecin que je suis.

A mes parents, ma sœur adorée et mon frère qui m'ont soutenue pendant toutes mes années d'études. Vous avez accueilli mon enthousiasme, ma fatigue, mes incompréhensions, mes tristesses et mes coups de gueule. Mes parents m'ont appris qu'il fallait essayer et foncer quand on voulait quelque chose, s'en donner les moyens.

Un remerciement spécial à ma maman. Quand j'étais petite fille, je lui ai dit très jeune vouloir devenir infirmière, elle m'a dit que c'était un très beau métier mais... pourquoi pas docteur. A force d'y penser, je me suis lancée... A force de volonté et de travail j'y suis arrivé.

A Yvonig pour avoir supporté mes doutes et mes longues journées de rédaction de thèse, merci de ta compréhension et de ton amour.

ABREVIATIONS

AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et des Produits de Santé
L'AFSSAPS est devenue en 2012 l'ANSM, dans le cadre de la réforme du contrôle des médicaments.

ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé

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

ARS Agence Régionale de Santé

BEH Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CNIL Commission Nationale Informatique et Liberté

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMP Dossier Médical Personnel

DPC Développement Professionnel Continu

eNMR expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

FMC Formation Médicale Continue

HAS Haute Autorité de Santé

INCa Institut National du Cancer

INPES Institut National de Prévention de l'Education pour la Santé

INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS Institut de Veille Sanitaire

OFDT Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ORS Observatoire Régionale de Santé

PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PSU-GVLG Pôle de Santé Universitaire- Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne

RBP Recommandations de Bonne Pratique

IMC Indice de Masse Corporelle

TA Tension Artérielle

IST Infections Sexuellement Transmissibles

ATCDf IdM ou MS Antécédents familiaux d'Infarctus du Myocarde ou de Mort Subite

ATCDf AVC Antécédents familiaux d'Accident Vasculaire Cérébral

ATCDf Kcolon Antécédents familiaux de Cancer du colon

ATCDf Ksein Antécédents familiaux de Cancer du sein

FCV Frottis Cervico Vaginal

VAT Vaccination Anti Tétanos

HDL-c HDL-cholestérol

LDL-c LDL-cholestérol

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION p.8

1. Médecine générale et prévention p.8
 - a) *Cadre législatif p.8*
 - b) *Définitions p.10*
2. Les aides à la mise en œuvre de la prévention p.12
 - a) *Les organisations officielles p.12*
 - b) *L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (eNMR) p.14*
 - c) *Les données individuelles d'un médecin généraliste, transmises par la CPAM p.20*
 - d) *Les audits comme « méthode d'amélioration de la qualité » p.21*
3. Acteurs et outils de prévention p.22
 - a) *Les patients p.22*
 - b) *Les médecins p.22*
 - c) *Les outils au cabinet p.24*
4. Travaux sur la mise en œuvre de la prévention en médecine générale p.29
 - a) *Travaux de thèse antérieurs p.29*
 - b) *Travaux du Dr Julien Gelly publiés dans Exercer p.31*
 - c) *Travaux sur l'utilisation de TBS pour le suivi des pathologies chroniques p.32*
5. Questions posées et objectifs p.33

MATERIEL ET METHODE p.35

1. Etape 1 : *Choix d'indicateurs de prévention à étudier et points sur les recommandations les concernant p.37*
2. Etape 2 : *Questionnaire sur le renseignement des indicateurs de prévention dans les dossiers p.38*
3. Etape 3 : *Recueil dans les dossiers des indicateurs étudiés p.39*
4. Etape 4 : *Création d'un Tableau de Bord de Suivi (TBS) de prévention systématique et non orientée p.40*
5. Etape 5 : *Nouveau recueil dans les dossiers des indicateurs de prévention et recueil des TBS remplis p.49*
6. Etape 6 : *Présentation des résultats aux médecins du PSU-GVLG p.51*

RESULTATS p.52

1. Questionnaire et grille du questionnaire p.52
 - a) *Indicateurs déclarés notés p.52*
 - b) *Concernant l'emplacement de recueil pour chaque indicateur p.53*
 - c) *Concernant la fréquence de recueil pour chaque indicateur p.54*
2. Synthèse des résultats du 1° tour p.57
 - a) *Profil des patients étudiés dans les dossiers du 1° recueil p.57*
 - b) *Taux d'indicateurs notés dans les dossiers p.57*
 - c) *Taux de dates notées dans les dossiers p.58*
 - d) *Taux de périodicités respectées dans les dossiers p.59*

3. Synthèse des résultats du 2° tour p.60
 - a) *Profil des patients étudiés dans les dossiers du 2° recueil p.60*
 - b) *Taux d'indicateurs notés dans les dossiers p.60*
 - c) *Taux de dates notées dans les dossiers p.61*
 - d) *Taux de périodicités respectées dans les dossiers p.62*
4. Comparaison des deux recueils p.63
 - a) *Comparaison des taux médians d'indicateurs notés dans les dossiers p.63*
 - b) *Comparaison des taux de dates notées dans les dossiers p.64*
 - c) *Comparaison des taux de périodicités respectées dans les dossiers p.64*
5. Tableau de Bord de Suivi (TBS) p.65
 - a) *Remplissage du TBS dans les dossiers étudiés lors du 2° recueil p.65*
 - b) *Utilisation du TBS au cabinet rue Victor Hugo depuis sa création p.66*

DISCUSSION p.69

1. A propos des recommandations HAS et du PSU-GVLG sur les indicateurs étudiés, et de leur connaissance par les 15 médecins interrogés p.69
2. A propos de ce que déclarent faire les 15 médecins dans le renseignement des dossiers patients, en matière de prévention p.71
3. A propos des résultats des recueils dans les dossiers patients observés p.72
4. A propos du TBS de prévention (3 médecins du cabinet rue Victor Hugo) p.74
5. A propos des évolutions proposées par indicateur p.75
6. A propos des médecins interrogés et des dossiers patients observés p.77
 - a) *Les médecins interrogés p.77*
 - b) *Les patients inclus p.78*
7. A propos des pratiques de prévention à l'étranger, quelques exemples p.78
8. Au total p.80

CONCLUSION p.82

BIBLIOGRAPHIE p.85

1. Sources de la bibliographie p.85
 - a) *Recherches françaises p.85*
 - b) *Recherches internationales p.86*
2. Recherches bibliographique p.86
3. Références bibliographique p.92

ANNEXES p.102

1. Questionnaire et Grilles de recueil dans les dossiers p.102
 - Annexe 1 : Questionnaire médecins et réponses attendues p.102*
 - Annexe 2 : Grille accompagnant le Questionnaire et réponses attendues p.104*
 - Annexe 3 : Grille de recueil dans les dossiers, recueil n°1 p.104*
 - Annexe 4 : Grille de recueil dans les dossiers, recueil n°2 p.105*

2. Résultats Indicateur par Indicateur p.106
Annexes 5 à 23 p.106
3. Résultats Médecin par Médecin p.116
Annexe 24 : Courrier adressé aux médecins généralistes ayant participé à l'audit p.116
Annexe 25 : Concernant les médecins interrogés et les dates de recueil p.118
Annexes 26 à 40 : Résultats médecin par médecin p.119
4. Résultats Cabinet par Cabinet p.137
5. Recommandations HAS, détaillées par indicateur p.140
Annexe 44 : Poids, Taille et IMC p.140
Annexe 45 : Tension Artérielle p.142
Annexe 46 : Tabac p.143
Annexe 47 : Alcool p.145
Annexe 48 : Drogues p.147
Annexe 49 : IST p.150
Annexe 50 : Facteurs de risque cardio vasculaire (Antécédents familiaux IdM ou MS, AVC, Diabète = surveillance de la Glycémie, Dyslipidémie = surveillance des HDL et LDL-c) p.152
Annexe 51 : Cancers (Antécédents familiaux Kcolon et Hémoocult, Antécédents familiaux Ksein et Mammographie, FCV et Cancer du col de l'utérus) p.156
Annexe 52 : VAT p.161
6. Informations concernant le PSU-GVL p.165
Annexe 53 : Liste des formations de prévention proposées aux médecins p.165
Annexe 54 : Courrier adressé au président de la société Sephira éditrice du logiciel Médicawin p.166
Annexe 55 : Présentation des actions de prévention engagées ou envisagées p.167

RESUME p.169

INTRODUCTION

1. Médecine générale et prévention

a) Cadre législatif

Les missions du médecin généraliste sont définies par l'article L4130-1 du code de Santé Publique (1) : « Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies et l'éducation pour la santé. »

Selon le rapport de la Commission d'Orientation Prévention sur les Stratégies nouvelles de prévention en 2006 (Ministère de la Santé et des Solidarités) (2) :

« L'un des objectifs de la prévention est de permettre à chacun de préserver le plus longtemps possible (...) ses capacités de résistance face aux agressions. »

« En prévention, la notion de parcours ne part pas d'une situation pathologique, mais au contraire fait référence à la santé. C'est pourquoi, le parcours de prévention se déroule tout au long de la vie, en amont, mais aussi dans le même temps et au-delà de situations pathologiques (...). Grâce à une approche globale de chacun dès la naissance (...). Le parcours de prévention poursuit une double ambition :

- Promouvoir la santé en donnant à chacun la possibilité d'être l'acteur de sa santé (...).
- Développer une logique de réduction ou de suppression des risques dans le cadre de soins de prévention individuels. »

La consultation de prévention est un droit acquis depuis les ordonnances de 1945, créant le système de protection sociale français : chaque assuré peut bénéficier gratuitement tous les cinq ans d'un bilan de santé. Cette consultation dédiée est assurée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dans les centres d'Examen Santé. C'est l'article L321-3 du Code de la sécurité sociale qui prévoit la possibilité d'obtenir cet examen de santé. (Informations sur le site <http://www.bilansante.fr/>). Si une affection est découverte, une consultation gratuite peut être proposée auprès d'un médecin généraliste.

Le bilan comporte, en plus d'un examen clinique, les examens suivants (modulables en fonction de l'âge, du sexe et des antécédents médicaux):

- Analyse d'urine.
- Prise de sang : diabète, cholestérol, etc.
- Bilan biométrique : taille, poids, mesure de l'IMC (Indice de Masse Corporelle).
- Acuité auditive et acuité visuelle.
- Electrocardiogramme de repos.
- Test de la mémoire : concerne principalement les personnes âgées.
- Mesure du souffle : détecter les problèmes liés au tabagisme, à l'asthme, etc.
- Entretien avec un diététicien.
- Examen buccodentaire.
- Pour les patients de sexe féminin, un examen gynécologique.
- Test « Hémocult ».
- Test « HIV » : réalisé suite à une demande de l'intéressé.

Selon la Commission (2) :

« Les moments de soins doivent être une occasion d'aborder la prévention (...). Il est en effet pertinent de se préoccuper à la fois d'assurer les meilleurs traitements aux personnes atteintes d'une pathologie donnée, tout en s'efforçant de développer les actions permettant d'éviter si cela est possible son apparition, ses complications et les effets éventuellement négatifs des traitements.

Il faut donc renforcer la dimension préventive des pratiques actuelles des professionnels de santé et non confier ce domaine uniquement à des acteurs spécifiques, au prétexte que le parcours de prévention serait l'affaire de spécialistes. »

« (...) le médecin traitant est un pivot du système de prévention. C'est autour de lui que se construit le parcours individualisé de chacun. (...) Les mesures à retenir sont celles qui reposent sur un rapport coût - efficacité établi à un niveau de preuve suffisant. Une évaluation en ce sens doit permettre de déterminer quels éléments de ces actions de prévention seront pris en charge par l'Assurance Maladie. »

>> La prévention est au cœur de la médecine générale, mais elle peut être difficile à intégrer à la pratique quotidienne. Deux approches s'opposent à l'heure actuelle :

- **La première est celle des bilans ponctuels de santé, tous les cinq ans, reposant sur une série d'examens.**
- **La deuxième consiste en un suivi continu du patient, à l'aide d'indicateurs de prévention, recueillis avec une certaine périodicité et notés dans le dossier médical informatisé.**

b) Définitions

Prévention

- Pour le dictionnaire (3) :

« Ensemble des dispositions prises pour prévenir un danger, un risque, un mal. »

« Ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme. »

- Pour le Code de Santé Publique (4) :

« Elle a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant réduire les risques de maladie. »

- L'OMS définit 3 niveaux de prévention :

Prévention primaire : vise à réduire l'incidence d'une maladie en agissant sur les causes.

Prévention secondaire : vise à réduire la prévalence d'une maladie en la diagnostiquant précocement, lorsque les possibilités thérapeutiques sont encore simples et curatives.

Prévention tertiaire : vise à réduire les récurrences ou les complications d'une maladie installée.

- En 1983, Gordon donne une autre organisation de la prévention (5):

Prévention universelle : vise à protéger l'ensemble de la population. Ex. Nutrition, Tabac, Alcool.

Prévention sélective : vise à protéger des sous-groupes de la population (sexe, âge...).Ex. Mammographie chez les femmes entre 50 et 75 ans.

Prévention ciblée : vise à protéger les patients sains mais ayant un ou plusieurs facteurs de risque de développer une maladie dans l'avenir. Ex. HTA.

>> Dans cette thèse : on parlera des préventions primaire et secondaire de l'OMS, et des préventions décrites par Gordon. Il s'agit de Prévention : systématique et non orientée.

Dépistage

- Pour le dictionnaire (3) :

Dépistage : vise à isoler, au sein d'une population, une sous-population à haut risque d'une pathologie.

Dépistage systématique : dépistage proposé systématiquement à une population concernée.

Dépistage de masse : dépistage proposé à la population concernée dans son ensemble.

Dépistage individuel : dépistage réalisé à l'occasion d'un contact avec un professionnel de santé.

Dépistage organisé : mise en place de procédures d'organisation visant à bien réaliser le dépistage, selon des critères de qualité, dans la population concernée. Il peut exister des dépistages de masse organisés comme des dépistages individuels organisés.

>> Dans cette thèse, il est question de dépistage à l'échelle de la population générale pour des pathologies fréquentes et potentiellement graves.

Indicateur

- Pour le dictionnaire (3) :

Indicateur : Permet de mesurer de façon objective un phénomène étudié. Un indicateur doit être facile à utiliser, l'ensemble des indicateurs sont regroupés dans un document appelé "Tableau de bord". Un indicateur est un outil décisionnel et permet de mesurer l'efficacité d'un dispositif mis en place.

>> Ce travail de thèse propose de tester un outil permettant, pour les patients, le recueil d'indicateurs de prévention en continu : le Tableau de Bord de Suivi (TBS).

2. Les aides à la mise en œuvre de la prévention

a) Les organisations officielles

La Haute Autorité de Santé (HAS)

Elle organise, coordonne et finance l'élaboration des recommandations professionnelles. Après acceptation des recommandations par le groupe de travail et le groupe de lecture, le texte est soumis pour discussion à la Commission recommandations pour l'amélioration des pratiques de la HAS et pour validation finale au Collège. Elle assure la diffusion des recommandations.

Niveaux de preuves scientifiques et grades de recommandations (RBP):

Les RBP sont des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné. En l'absence d'étude, les recommandations sont fondées sur des accords professionnels. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles.

Tableau 1 : Grades des Recommandations de Bonne Pratique.

Grade des recommandations	
A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4)
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)

Elle co-organise et intervient à différents niveaux dans la réalisation de la Conférence de Consensus. Son aide méthodologique porte sur l'organisation et la synthèse de la littérature scientifique. Son intervention n'interfère en rien avec le travail des Experts et du Jury. Avec l'aide des sociétés promotrices, elle assure la diffusion des Recommandations.

Les Conférences de Consensus :

Elles font la synthèse des connaissances médicales, en mettant en exergue les points d'accord et de divergence relatifs à une intervention de santé, puis elles cherchent à dégager un consensus afin d'améliorer les pratiques professionnelles. Ce sont des séances publiques durant laquelle les experts exposent les données de la littérature, leurs expériences professionnelles afin d'en discuter avec le Jury et le public présent. A l'issue des débats, le Jury se réunit à huis clos afin de dégager un consensus, écrire les conclusions et les recommandations répondant concrètement aux questions posées initialement. Ces recommandations sont rendues publiques et largement diffusées par la suite.

L'institut National d'Éducation et de Prévention pour la Santé (INPES)

Créé par la loi du 4 mars 2002, c'est un établissement public ayant différentes missions dont l'expertise en prévention, la promotion de la santé et la mise en œuvre de programmes de santé publique sur le territoire français. Il est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la participation à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et à la formation à l'éducation pour la santé.

b) L'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (eNMR)

Selon un communiqué des Agences Régionales de Santé (ARS) (6) :

« L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé a été engagée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2008 (article 44). Elle a pour objectif d'encourager une meilleure coopération entre professionnels de santé, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques, et de développer des services innovants pour les patients. Les expérimentations visent à compléter le paiement à l'acte par des modes de rémunération par forfait. »

« L'objectif de ces expérimentations est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de 1er recours. Une évaluation nationale et régionale permettra de déterminer leur impact sur l'efficacité du système et sur la qualité de la prise en charge des patients, et conditionnera leur éventuelle généralisation. Ces expérimentations, prévues sur une période de 5 ans (2008-2012), prolongées jusqu'au 31 décembre 2013 par la LFSS pour 2012, et pilotées par les ARS, concernent toute structure pluri-professionnelle ambulatoire qui a formalisé un projet de santé visant notamment à favoriser la continuité et l'accès aux soins. »

L'évaluation de « suivi » : « L'évaluation devra mesurer l'impact des incitations financières proposées sur l'atteinte de ces objectifs afin d'apporter une aide à la décision en vue d'arrêter ou de généraliser ces expérimentations et proposer, le cas échéant, les aménagements nécessaires. »

L'évaluation « cognitive » : « Les dimensions évaluées portent sur l'activité et la productivité des professionnels; la consommation de soins des assurés; la qualité des soins voire leur efficience, tout en contrôlant les variables de l'environnement d'implantation et des organisations de l'exercice.

Elle s'appuie sur un recueil de données avant (2008, 2009) et après (2011, 2012, 2013) l'entrée des sites dans l'expérimentation, qui vise à comparer les sites expérimentateurs à différentes catégories de groupes témoins (...). L'objectif est d'assurer la production des indicateurs permettant la modulation « à la performance » du financement des sites. »

Selon les ARS toujours (7) : « Le contenu du contrat est divisé en quatre modules, dont deux sont à ce jour opérationnels : le module coordination et le module « nouveaux services aux patients » qui concerne à ce jour l'éducation thérapeutique du patient. Ces modules définissent des montants et des objectifs mesurés par des indicateurs définis en concertation avec les partenaires de l'expérimentation et validés par la HAS. »

Module 1 : « Missions coordonnées » : versement d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs. Le forfait est versé à la structure, son montant est fonction de la patientèle des médecins généralistes et du nombre de professionnels du site adhérant à l'expérimentation. Il est conditionné en partie à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience.

Module 2 : « Education thérapeutique » : vise à expérimenter un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique du patient en médecine de ville dans le but d'aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer leur maladie.

Ces programmes d'éducation thérapeutique doivent se conformer au cahier des charges national défini par arrêté du ministre chargé de la santé, être autorisés par les agences régionales de santé (ARS) et évalués par la Haute Autorité de santé.

Cadre législatif

Textes régissant les expérimentations des nouveaux modes de rémunération.

- *Article 44-I de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.*
- *Décret n° 2009-474 du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération de professionnels de santé.*

Texte relatif à la société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

- *La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.*
- *Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires.*

Textes relatifs à l'éducation thérapeutique du patient :

- *Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.*
- *Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.*
- *Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.*
- *Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.*

Textes relatifs à la coopération entre professionnels de santé.

- *Article L4011-1 créé par l'article 51 de la LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires relatif à la coopération entre les professionnels de santé.*

Textes relatifs aux centres de santé :

- *Décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé.*
- *Arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du code de la santé publique.*

Evolution des eNMR depuis 2010

Selon la revue « Expérimentation des nouveaux modes de rémunération » (8) :

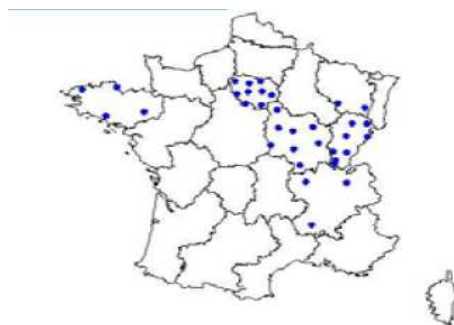
« 46 sites avaient été retenus en 2010 dans le cadre de la 1^{ère} vague. (...) » « 89% des sites retenus ont plébiscité le module 1, et 33% d'entre eux ont plébiscité le module 2.»

« Les sommes engagées atteignent à ce jour 2,6 M€ et ont été attribuées majoritairement dans le cadre du module 1 (...). »

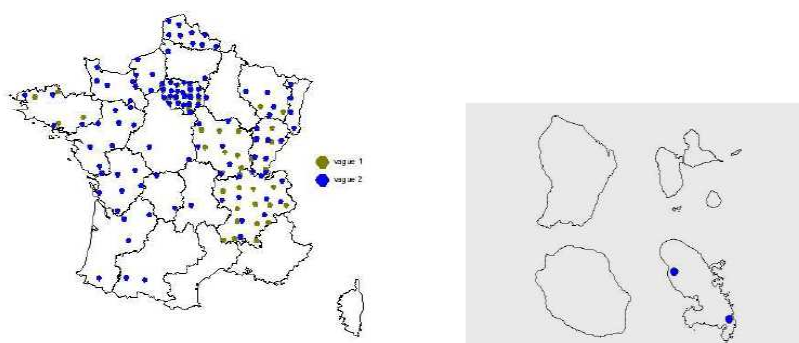
Selon la revue « Expérimentation des nouveaux modes de rémunération » (9) :

« A l'issue du 2^{ème} appel à projets, 153 sites (...) dans 19 régions participent désormais aux expérimentations(...). 88% des sites retenus expérimentent le module 1 qui représente près de 90% des sommes allouées (...). Les sommes prévues pour les deux appels à projets avoisinent à ce jour 7 M€ par an (2,6 M€ pour le 1^{er} appel à projet et 4,4 pour le 2nd). »

Graphique 1 : Sites retenus lors de la 1^o vague d'eNMR.



Graphique 1 bis : Sites retenus lors de la 2^o vague d'eNMR.



>> Dans le cadre de cette thèse, on s'intéressera au module 1 : « Missions Coordonnées ». Les indicateurs sont de 3 types : efficacité, qualité des pratiques, coordination et continuité des soins.

Tableau 2 : Objectifs et indicateurs retenus pour le calcul du module 1.

Objectifs d'efficience	Indicateurs	Cible	Nom dans le guide de codage	Modalités de recueil
Bon usage des médicaments génériques	Taux de délivrance en nombre de boîtes dans le répertoire pour les antibiotiques**	Taux du site > 90%	E1	requête AM
	Taux de délivrance en nombre de boîte dans le répertoire pour les antihypertenseurs**	Taux du site > 65%	E2	requête AM
	Taux de délivrance en nombre de boîtes dans le répertoire pour les statines supérieur**	Taux du site > 70%	E3	requête AM
Diminution du recours à l'hospitalisation	En attente		E4	requête AM
Bon usage des transports sanitaires	Taux d'utilisation de transports assis professionnalisés	Taux du site ≥ 75%	E5	requête AM

Tableau 2 bis: Suite des objectifs et indicateurs retenus pour le calcul du module 1.

Objectifs de qualité des pratiques	Indicateurs	Cible	Nom dans le guide de codage	Modalités de recueil
Dépistage du cancer du sein	Taux de couverture du dépistage individuel et organisé du cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans**	Taux du site ≥ au taux national	P2	requête AM
Prévention contre la grippe saisonnière	Taux de couverture vaccinale chez les patients de 65 ans ou plus**	Taux du site ≥ taux de référence pour les patients de 65 ans ou plus	P3	requête AM
Lutte contre l'hypertension	Taux de patients de moins de 75 ans ayant une HTA essentielle isolée non compliquée équilibrée (pression artérielle mesurée sur site inférieure à 140/90 mmHg ou 135/85 mmHg en automesure, au moins sur 3 contrôles annuels)**	Taux du site ≥ 50%	P4	déclaration du site
Prise en charge des diabétiques	Taux de patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages HbA1c par an**	Taux du site > 65 %	P5	requête AM
Prévention de l'obésité	Taux d'enfants âgés de 6 à 16 ans, examinés au moins deux fois dans l'année par le MT ou une IDE, dont le poids, la taille et l'IMC sont tracés dans le dossier médical au moins 2 fois dans l'année	Taux du site ≥ 80%	P6	déclaration
Prévention du risque cardiovasculaire	Taux de patients masculins âgés de plus de 45 ans ayant bénéficié d'une évaluation des facteurs de risque cardiovasculaires	Taux du site > 40 %	P7	déclaration
Dépistage Alzheimer	Taux de patients se plaignant de troubles mnésiques et bénéficiant de tests mémoires dans le cadre du dépistage de la maladie d'Alzheimer	Taux du site > 50 %	P8	déclaration
Accompagnement Alzheimer	Taux de patients pour lesquels une consultation de soutien aux aidants a été proposée	Taux du site > 30 %	P9	déclaration
Lombalgies chroniques	Taux de patients lombalgiques ou lombosciatalgiques, en arrêt de travail de plus de 3 mois, dont les dossiers ont été discutés en réunion pluriprofessionnelle MG/kiné +/- pharmaciens +/- psychologue, d'au moins 50%	Taux du site ≥ 50%	P10	déclaration
Prescription par les paramédicaux	Taux de délivrance de dispositifs médicaux (compresses et/ou pansement hydrocolloïdes) prescrits par des IDE	Taux du site > 10%	P12	requête AM

Tableau 2 ter: Suite des objectifs et indicateurs retenus pour le calcul du module 1.

Objectifs de coordination et de continuité des soins	Indicateurs	Cible	Nom dans le guide de codage	Modalités de recueil
Continuité des soins	Dossier de patient commun : chaque consultation ou série d'acte paramédical réalisé ou sein du site est tracé dans le dossier médical commun tenu par chaque médecin traitant	Coder Oui / Non Coder « oui » si et seulement si le traçage de chaque consultation ou acte est effectué sur une <u>durée minimale d'un trimestre au cours de l'année</u>	C1	déclaration
	Continuité des soins en dehors des heures de fonctionnement du site : en dehors des heures de fonctionnement du site, un répondeur/serveur/affichage signale les coordonnées du lieu/moyen de prise en charge recommandés	Coder Oui / Non En dehors des heures de fonctionnement du site, un répondeur/serveur/affichage signale les coordonnées du lieu/moyen de prise en charge recommandés	C2	déclaration
	Continuité des soins aux heures de fonctionnement du site : Dans le cadre des horaires de fonctionnement du site, la continuité des soins est assurée par les professionnels de santé, c'est-à-dire qu' un professionnel de santé est toujours sur place aux heures d'ouverture de la structure en dehors de la permanence des soins	Coder Oui/non Pour le codage « oui », préciser le nombre de jours que cela concerne par semaine ainsi que le nombre de semaines concernées par an	C3	déclaration
	Coordination des soins avec une structure extérieure : le site a établi une coordination (le cas échéant traduite par une convention écrite) dans au moins un des champs suivants: - médicaux (SAU, HAD,...), - "sociaux" (réseaux, aides sociales, SSIAD...), - santé mentale (secteur)	Coder « oui », si le site a établi <u>une convention</u> dans au moins un des champs suivants et préciser le(s) champ(s): - médicaux (SAU, HAD,...), - sociaux (réseaux, aides sociales, SIAD...), - santé mentale (secteur).	C4	déclaration

Tableau 2 quater : Objectifs et indicateurs retenus pour le calcul du module 1.

Objectifs de coordination et de continuité des soins	Indicateurs	Cible	Nom dans le guide de codage	Modalités de recueil
Partage d'information	Espace de travail informatique commun : les professionnels de santé ont accès à un espace de travail informatique commun (à distinguer d'un dossier médical partagé)	Coder Oui/ Non Coder « oui » si et seulement si l'indicateur est rempli <u>sur une période minimale d'un trimestre au cours de l'année.</u>	C7	déclaration
	Des réunions de concertation/suivi ont lieu selon un rythme programmé avec les professionnels de santé du site 1. Les modalités d'organisation des échanges pluri-professionnels autour des cas complexes sont protocolisés. 2. Des réunions de concertation pluri-professionnelles ont lieu au minimum une fois par trimestre 3 L'analyse des pratiques professionnelles entre médecins a lieu au moins une fois par mois 4 L'analyse des pratiques avec les autres professionnels de santé a lieu au minimum une fois par trimestre. 5 Les protocoles pluri-professionnels de pratiques sont adaptés au minimum une fois par an.	L'indicateur est validé si 2 items sur 5 au minimum sont remplis	C5	déclaration
Organisation des pratiques	Les protocoles : les professionnels du site suivent les malades chroniques avec des protocoles sous la forme d'aide-mémoires sur support papier ou électronique	Coder « oui » si et seulement si les aides-mémoire sont en place pour au minimum une pathologie, sur une <u>période minimale d'un trimestre au cours de l'année</u>	C6	déclaration

c) Les données individuelles d'un médecin généraliste transmises par la CPAM

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) peut envoyer à chaque médecin le relevé des « indicateurs de suivi de sa pratique ». Le relevé est divisé en quatre parties :

- La prévention : Vaccination (Grippe), Dépistage (Frottis, Mammographie), iatrogénie.
- Le suivi des pathologies chroniques : Exemple. Diabète =HbA1c, Fond d'œil, Statines...
- Les prescriptions médicamenteuses : Antibiotiques, IPP, Statines, Antihypertenseurs...
- Organisation du cabinet et qualité des services.

Pour chaque item, le relevé donne un état des lieux à différents moments de l'année et l'objectif cible (mais il n'est pas précisé comment est défini cet objectif cible).

Tableau 3 : Exemple de données transmises, par la CPAM, à un médecin généraliste.

La prévention								
	Indicateur	Votre situation de départ	Situation à fin mars	Situation à fin juin	Situation à fin septembre	Situation à fin décembre	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Dépistage des cancers								
Cancer du sein	Part de vos patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années	55,3%	53,6%	50,7%	53,0%		≥70 %	≥80 %
Cancer col utérus	Part de vos patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	48,7%	45,6%	45,3%	45,9%		≥55 %	≥80 %

Tableau 3 bis : Exemple de données transmises, par la CPAM, à un médecin généraliste.

Bon usage des médicaments et prévention de la iatrogénie médicamenteuse								
Iatrogénie médicamenteuse	Part de vos patients de 65 ans et plus traités par vasodilatateurs dans l'année	1,8%	2,5%	2,1%	1,8%		≤7 %	≤5 %
	Part de vos patients de 65 ans et plus traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	5,5%	6,0%	6,7%	5,7%		≤11 %	≤5 %
	Part de vos patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines	10,2%	13,3%	15,1%	19,2%		≤13 %	≤12 %
Antibiothérapie	Nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année	12,3%	13,8%	13,2%	13,2%		≤40 %	≤37 %
Vaccination								
Grippe	Part de vos patients âgés d'au moins 65 ans vaccinés contre la grippe saisonnière	44,0%					≥62 %	≥75 %
	Part de vos patients âgés de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés contre la grippe saisonnière	25,8%					≥62 %	≥75 %

Tableau 3 ter: Exemple de données transmises, par la CPAM, à un médecin généraliste.

Les indicateurs de suivi de votre pratique							
Dr [REDACTED]						Date d'impression : 05/02/2013	
N° [REDACTED]							
Nombre de patients tous régimes vous ayant déclaré comme médecin traitant (MT) au 31/12/2011 : 1119							
Le suivi des pathologies chroniques : vos patients diabétiques							
Indicateur	Votre situation de départ	Situation à fin mars	Situation à fin juin	Situation à fin septembre	Situation à fin décembre	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Part de vos patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	50,0%	41,7%	43,7%	44,7%		≥54 %	≥65 %
Part de vos patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années	75,8%	67,7%	71,4%	74,8%		≥68 %	≥80 %
Part de vos patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine	62,5%	60,5%	60,2%	62,2%		≥65 %	≥75 %
Part de vos patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant	62,0%	71,4%	74,0%	72,5%		≥52 %	≥65 %

d) Les audits comme « méthode d'amélioration de la qualité »

Définition de l'HAS :

« Audit de pratique : Méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères, de comparer des pratiques de soins et des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et les résultats de soins avec l'objectif de les améliorer. Comme toutes les méthodes d'amélioration, l'Audit revient à comparer une pratique clinique à une démarche optimale, souvent résumée dans un référentiel de pratique. »

L'audit médical : on compare la pratique du/des médecin(s) à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Il repose sur une démarche volontaire et un regard sur son propre fonctionnement. Après avoir établi un référentiel puis un questionnaire, recueil des données puis analyse. Des mesures de correction sont adoptées. Le deuxième tour permet d'apprécier les modifications.

>> Les médecins ont des outils à leur disposition pour évaluer leurs pratiques et les améliorer. Des référentiels sur les indicateurs sont mis à leur disposition par l'Etat. L'étude de nouveaux modes de rémunération valorisent et renforcent les mesures de prévention en médecine générale.

3. Acteurs et outils de prévention

a) Les patients

Intéresser les patients à la prévention est difficile. Ils viennent pour un ou plusieurs motifs de consultation et ont du mal à s'investir dans une autre discussion. Discuter de prévention les amène à penser à des pathologies et à des complications qu'ils n'ont pas. Les conséquences à long terme de la prévention sont plus ou moins bien comprises, notamment selon l'âge du patient, et ses antécédents personnels et familiaux. La confiance dans le médecin fait partie des clés pour que le suivi préventif soit accepté, et une information claire au patient. Le temps consacré est également en jeu, il ne doit pas être trop long.

b) Les médecins

Il s'agit, pour certains médecins, de modifier leurs pratiques et de faire de la prévention. Elle fait désormais partie de la formation des médecins. Difficultés pour aborder certains sujets avec les patients : alcool, drogue...Et où noter les informations? Certaines stigmatisent le patient. Problème du temps et parfois, manque d'intérêt ou d'envie des médecins et des patients. Certains estiment que quelques indicateurs sont de l'ordre du spécialiste (ex. gynécologue et Mammographie)

L'enquête Baromètre santé médecin et pharmaciens de 2003 (Gautier 2005), révèle que les médecins ont un sentiment d'efficacité en prévention sauf dans les domaines de l'alcoolisme (37,5%), de l'usage des drogues (29,5%), et des accidents de la vie courante (45,8%). Les principaux freins évoqués ont été: la résistance des patients (50% des cas), le manque de temps (33%), le manque de formation (4,8 %), l'absence de rémunération (2,2 %), l'impression d'inefficacité (1,7 %), et enfin le fait que cette activité ne soit pas perçue comme valorisante (0,3 %).

Le Développement Professionnel Continu (DPC)

L'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a introduit dans le code de la santé publique la notion de développement professionnel continu des professionnels de santé, afin de réunir dans un concept commun les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Le DPC (...) constitue donc une obligation à laquelle chacun doit satisfaire dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente, en participant chaque année à un programme. (...) Le contrôle du respect de l'obligation sera assuré par les conseils de l'ordre, ou l'agence régionale de santé.

Il est géré par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu. (www.ogdpc.fr), il remplace les Formations Médicales Continues (FMC) obligatoires, où le praticien devait se former en continu, rendre des comptes à ses pairs, et transmettre son avis sur les pratiques professionnelles. (10) La FMC ne présentait pas d'obligation de modification des pratiques. Elle n'était pas contrôlée.

Article 11 du code de déontologie médicale :

« Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances médicales (...). Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. »

Loi du 13 août 2004 (article 14) : *« Obligation complémentaire : évaluation des pratiques professionnelles. »*

c) Les Outils au cabinet

Le dossier médical

Recommandations de l'ANAES, datant de 96. Rediscutées en 2004 (11) : « La tenue d'un dossier pour chaque patient suivi en médecine ambulatoire a été rendue obligatoire par le Code de Déontologie en 1995. A la demande du patient, le médecin est dans l'obligation de transmettre à un autre médecin les données objectives contenues dans le dossier(...).

Une évolution est souhaitable pour :

- Assurer la continuité et la cohérence des soins, les tâches de médecine préventive qui nécessitent une programmation. Répondre à la pression sociale pour documenter et justifier les décisions.
- Favoriser la prise de conscience progressive des professionnels concernant la nécessité d'évaluer la qualité des soins et de mettre en place des procédures d'amélioration de la qualité. (...) la question de la qualité du dossier est directement liée à celle du temps consacré à sa tenue. »

« La nature des informations recueillies et leur disposition dans le dossier répondent à des objectifs précis :

- Retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier. Se remémorer le contenu des rencontres.
- Disposer à tout moment d'une histoire médicale actualisée et synthétique, utile à la prise de décision. Structurer le recueil d'informations au moment des rencontres.
- Expliciter les arguments qui sous-tendent les décisions.
- Planifier et assurer un suivi médical personnalisé (...).
- Favoriser la transmission à un autre soignant (associé, remplaçant, successeur, confrère en ville ou hospitalier, intervenant paramédical) des informations permettant d'optimiser l'efficacité, la sécurité, et l'efficience de son intervention.»

Tableau 4 : Tableau de l'ANAES= les informations à recueillir dans les dossiers patients.

Identification	
Nom complet actualisé	indispensable
Sexe	indispensable
Date de naissance	indispensable
Numéro du dossier	souhaitable
Symbole pour signaler les homonymes	souhaitable

Tableau 4 bis: Tableau de l'ANAES= les informations à recueillir dans les dossiers patients.

Informations administratives	
Adresse	indispensable
Téléphone	indispensable
Profession	indispensable
Numéro de Sécurité Sociale	souhaitable
Affection de longue durée (ALD)	souhaitable
Tuteur, curateur, tiers payeur	souhaitable
Mutuelle	souhaitable
Données d'alerte (dont les allergies et intolérances médicamenteuses)	indispensable
Rencontre	
Nom du médecin	indispensable
Date de la rencontre	indispensable
Type de contact	indispensable
Données significatives de la rencontre	souhaitable
Conclusion / synthèse de la rencontre	indispensable
Décisions	indispensable
Histoire médicale actualisée et facteurs de santé	
Antécédents personnels	indispensable
Antécédents familiaux	indispensable
Facteurs de risque	indispensable
Vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage	indispensable
Événements biographiques significatifs	souhaitable

Textes de Loi

- *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Journal Officiel n° 54 du 5 mars 2002.*
- *Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Journal Officiel n° 101 du 30 avril 2002.*

- Décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 pris pour l'application de l'article 1316-4 du code civil et relatif à la signature électronique. Journal Officiel n° 77 du 31 mars 2001.
- Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique. Journal Officiel n° 62 du 14 mars 2000.

Les logiciels métiers

Ils sont nombreux avec des organisations différentes. Ils permettent de stocker des documents scannés (ex. compte-rendu d'hospitalisation) et la transmission, par les laboratoires, des résultats des examens biologiques, avec leur intégration semi-automatique dans les dossiers. Ils ne font pas l'objet de recommandations de bonne pratique. Aucun n'est accrédité par l'Etat qui n'a pas défini une organisation type des logiciels métiers médicaux.

Selon l'ANAES en 2004 (11) :

« Un système informatique peut générer des alertes et des rappels, permettant d'améliorer la sécurité des prescriptions et le respect des protocoles de suivi. Il peut contribuer à améliorer les pratiques et à mettre en œuvre des recommandations (...).».

« En France, une soixantaine de programmes de dossier médical informatique sont proposés aux médecins généralistes par des sociétés commerciales. Aux Pays-Bas, l'informatisation des dossiers médicaux des médecins généralistes est un succès incontestable : Adoption d'un vocabulaire standardisé. Choix de l'interactivité du médecin avec l'ordinateur (le médecin saisit lui-même les données), implication de structures professionnelles à travers l'élaboration initiale d'un cahier des charges pour les systèmes informatiques gérant les dossiers. De plus : remboursement par le gouvernement de 60% du coût de l'informatisation.»

Le tableau 5 donne un exemple des comparaisons de logiciel que l'on peut trouver sur internet, pour aider les médecins à choisir un logiciel (sur le site <http://comparatif-logiciels-medicaux.fr>). Les logiciels cités sont éO et MEDICAWIN qui seront étudiés dans le reste de ce travail. Cette analyse n'est pas discriminante et ne permet pas de conclure à la supériorité d'un logiciel métier sur un autre.

Tableau 5 : Exemple d'évaluation des logiciels métiers proposés aux médecins.

Eo Médecin	Medicawin
éO Médecin (Silk informatique, Sarl) 1993	Médicawin (CRIP, groupe Sephira), 1994
Diffusion 800 clients environ annoncés	Médicawin revendique 2 500 utilisateurs. Mais, son éditeur Le groupe Sephira, leader sur la télétransmission des FSE annonce 33.000 clients professionnels de santé pour l'ensemble de ses produits.
Mac et PC. Sous Mac OS X ou Windows, programmé en 4D (V12 version courante). Export en Ascii et XML. Code source chez notaire, serait remis aux sociétés et associations partenaires en cas de disparition de l'éditeur.	PC Windows XP, Vista, Seven (32 et 64 bits). – NTServer et TSE VPN Programmé en Windev. Export à la demande. Sources déposées à l'APP.
Accès au dossier très efficace dans le cadre de la structuration des données par épisodes médicaux. Une bonne ergonomie assiste la saisie. Nouveaux questionnaires d'évaluation (HARD, Hamilton 17, Mental test, AUDIT, etc.) Organisation POMR (orienté problème) du dossier facilitant son approche Synthèse par éléments (vaccinations, allergies, consultations, etc.), par pathologies et suivi chronologique. Infos datées et signées. Dossier de Synthèse annuelle : prototype en test Tableau de bord Convention : prototype en test	L'interface a été entièrement repensée il y a deux ans ce qui l'a rendu plus aérée et intuitive. Affichage très lisible sur un même écran. Résumé du dossier médical. Saisie rapide en texte libre ou via des questionnaires personnalisés. Recherche et mémorisation intelligentes
Intention. Seront intégrés avec éO FSE (Historique des remboursements intégré autorisé par le CNDA, DMT en cours)	Historique des remboursement déposé au CNDA via WebIntellio, Déclaration du Médecin Traitant en cours.
Banque Claude-Bernard. Interactions, allergies. Conseil de prises, contre-indications et optimisation du coût. Ordonnance en DCI Logiciel certifié. Certification selon le référentiel HAS déposée le 26/2/2012 et obtenue le 22/10/12	Vidal Expert : Prescription en DCI et générique. Interactions médicamenteuses et physiopathologiques. Rédaction automatique de posologies. Logiciel certifié. Certification avec Vidal selon le référentiel HAS obtenue le 17/8/2012 (demande déposée le 29/02/2012)
Alarmes paramétrables. Tableau de suivi des données cliniques et biologiques par pathologie.	Alarmes simples et chronologiques. Carnet de vaccination. Suivi des pathologies.
Modèles de courrier. Insertion de tout élément du dossier. Traitement de texte intégré 4D Write	Bibliothèque de courriers types, exploitée par un traitement de texte intégré ou Word. Fusion de courriers avec les données médicales patient. Gestion complète des documents (archivage). E-mail
Réseau local, synchronisation avec un portable. Intranet. Développement en cours d'éO Médecin Web sur tablette tactile.	DocteurNet CPS (messagerie sécurisée), DrNet Hprim, Dr Net, Biosenseur. Dictée vocale. TLA. Module Import/Export pour activité multisites.
Gestion des recettes et des impayés. Lien vers comptabilités médicales (CIEL)	iNSc. DMP en cours Comptabilité complète jusqu'à la 2035, agréé DGI, trésorerie pour votre AGA. Interface avec lecteur bancaire.
Infobulles, manuels, liste de diffusion sur Internet. Télémaintenance. Mise à jour par téléchargement.	Installation et formations personnalisées sur site. Téléformation. Manuel papier et électronique. Aide en ligne contextuelle. Hot line réactive ouverte le samedi, téléassistance. Mise à jour en ligne automatique. Assistance de proximité avec un réseau de 50 partenaires et deux agences régionales.
Codage CIM10, CISP-2. Recherche multicritère. Agenda avec visuels multipraticiens et gestion de la salle d'attente, gestion des stocks (fournitures, médicaments).	CIM 10 – PMSI. Recherche multicritères. Connexion audiomètres (Noah). Intégration d'images. Agenda multi praticiens. Gestion des réseaux de soins
Médecine générale, adapté aux maisons de santé pluridisciplinaires et aux pôles de santé (version infirmière et kiné)	Anesthésiste, Cardiologue, Chirurgie, Dermatologue, Gastro-entérologue, Gynécologue, Médecine générale, ORL, Pneumologue
éO FSE 1.01 (utilise PyxVital 1.40) - Monoposte de 300€ TTC (version SESAM-Vitale) à 1445 € TTC (Version Expertise) - Client/serveur à partir de 2200€ TTC	Lecteur et service Intellio ou logiciel WebIntellio dans le poste de travail. Le groupe Sephira assure la télétransmission de 17.709 médecins (chiffre GIE Sesam-Vitale du 30/09/2012) avec gestion, rapprochement et pointage des FSE. Archivage juridique sécurisé sur 90 jours et archivage illimité. Statistiques d'activité A partir de 390 € TTC + contrat de services à partir de 10 euros/mois La hot-line ouverte de 8h30 à 18h30 et le samedi de 8h30 à 16h30 utilise un numéro payant (0,15 €/mn).
Etre peu diffusé n'empêche pas éO Médecin d'être un logiciel réussi, fruit de la coopération entre une société savante (SFTG) et une équipe informatique passionnée qui participe à des programmes de recherche. Le choix de la structuration des données qui était le sien dès l'origine lui donne un atout pour s'adapter aux exigences de la Convention 2012. Pour augmenter sa diffusion, son éditeur vient de conclure un partenariat avec Actom, spécialisé dans l'édition d'ordonnances qui le commercialise sous le nom d'éO by Actom.	Le logiciel est resté très simple d'utilisation rappelant la saisie papier pour les réfractaires à l'informatique. A noter, les possibilités de connexion à des appareils pour les spécialistes (audiométrie en particulier). Evolutions en cours pour les objectifs de la Convention 2012. L'assistance téléphonique assurée à l'origine depuis Marseille a été regroupée au Mans.
Silk informatique 40 bis avenue du général Patton 49000 Angers Tél. 0241182626 Fax 0241182629 En savoir plus sur l'éditeur avec Buzz Médecin Le site officiel de l'éditeur : www.silk-info.com Distributeur en France : ACTOM France	Groupe Sephira 12, rue Vincent Scotto 72000 Le Mans Tél. 0 800 740 890 et n°vert 0 805 63 63 63 Fax 02 43 78 95 77 En savoir plus sur l'éditeur avec Buzz Médecin

Les Tableaux de Bord de Suivi (TBS)

Certains logiciels, comme le logiciel éO, possèdent des TBS pour le diabète et l'HTA. Ils permettent de remplir des données de l'examen clinique et des examens complémentaires de façon périodique. Des alarmes permettent de savoir quand refaire certains examens biologiques et certains tests cliniques (ex. évaluer la sensibilité des quatre membres ...). Ils sont des aides à la prévention. Ils sont rapides à remplir et sont systématiques. Ils suivent les recommandations de suivi pour ces deux pathologies chroniques.

>> L'évaluation des pratiques professionnelles par les médecins, notamment par le DPC, met en évidence qu'il faudrait un outil de prévention, simple, claire et rapide, faisant participer le patient.

>>Se pose la question de l'utilisation des TBS en prévention. Ils seraient à intégrer au dossier médical informatisé des patients, donc à développer dans les logiciels métiers. Les indicateurs choisis feraient l'objet de recommandations.

>> A l'heure actuelle, l'Etat commence à s'investir dans ce domaine. Notamment par la création de banques de données médicamenteuses informatisées (ex. utilitaire VIDAL), en 2012. Les médecins les utilisant touchent une rémunération. Le principe pourrait être généralisable en matière de prévention. Les médecins devraient être acteurs de la création des logiciels métiers qu'ils utilisent.

4. Travaux sur la mise en œuvre de la prévention en médecine générale

a) Travaux de thèses antérieurs

Thèse de Pénélope Ader en 2008 (12) sur l'évaluation de la faisabilité et sur l'impact de séances de formation médicale continue associées à un audit clinique à partir du contenu des dossiers médicaux, concernant la prise en charge préventive des patients. Ce travail réalisé auprès de 15 médecins généralistes des Hauts-de-Seine (92) n'avait pas entraîné de modification significative de la tenue globale des dossiers.

Thèse de Julie Rosso en 2011 (13) et (14), sur les soins préventifs destinés aux adultes et l'évaluation de la charge de travail en soins primaires : L'objectif de cette thèse était d'estimer le temps nécessaire à un médecin généraliste pour délivrer la totalité des soins de prévention recommandés par les autorités sanitaires françaises. Dans cette thèse, l'auteur reprend les données publiées par la Société française de médecine générale et conclut que la prévention (examen systématique, dyslipidémie, vaccination...) représenterait un tiers de l'activité du médecin généraliste.

Tableau 6: Données de l'Observatoire de la Médecine Générale.

Extrait des 50 résultats de consultations les plus fréquents. Observatoire de la médecine générale. Société française de médecine générale (SFMG). 2009.
<http://omg.sfm.org>

Rang	Résultats de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
1	Examen systématique et prévention	16 556	24,28
2	Etat fébrile	11 849	17,38
3	Hypertension artérielle	8 935	13,10
4	Rhinopharyngite-rhume	8 418	12,34
5	Vaccination	8 224	12,06
6	Etat morbide afébrile	7 838	11,49
7	Hyperlipidémie	5 700	8,36
8	Lombalgie	4 689	6,88
9	Arthropathie-périarthropathie	4 063	5,96
10	Douleur non caractéristique	3 483	5,11

« En moyenne et par an, chaque patient aurait 15,4 facteurs de risques à détecter et 24,5 recommandations le concernant. » « Le nombre et la durée des consultations de prévention augmentent à chaque nouveau dépistage. »

« La première partie des résultats évalue le temps théorique annuel nécessaire à la prévention à plus de 250 heures pour un médecin généraliste. »

« Les (...) obstacles soulevés sont :

- Le manque de formation en communication et négociation (...).
- Le problème de l'acceptation par les patients, la non-compliance, l'absence de demande de leur part et la priorité donnée au seul motif premier de consultation.
- Le manque de connaissances médicales validées en matière de prévention et de dépistage, expliquerait les différences entre les pratiques et les recommandations existantes. Parmi les généralistes, existeraient des points de vue différents à propos de leur rôle, de leur responsabilité dans la prévention (...).
- Le manque d'un cadre organisationnel hiérarchisant les priorités de prévention.
- Les honoraires inadéquats : pas de rémunération complémentaire spécifique pour la réalisation des soins de prévention, ce qui n'incite pas les médecins à les dispenser. »

« La deuxième partie des résultats : aucun patient ne peut recevoir les soins préventifs adaptés en moins de 10 minutes par an. (...) En prenant les durées moyennes de réalisation des actes, les soins de prévention peuvent nécessiter jusqu'à 25 minutes par an pour un seul patient (...). » « Il est absolument nécessaire de trouver des solutions pour aider les médecins à satisfaire les objectifs de prévention. »

« Le modèle canadien du médecin de famille, constitue une première piste. Plusieurs travaux ont montré que consulter régulièrement le même médecin pendant quelques années était la meilleure façon pour un patient d'être à jour des soins de prévention le concernant (15). »

« Une deuxième solution est la délégation de certains soins de prévention à d'autres professionnels de santé comme les infirmières pour les bilans sanguins (...). » « C'est le cas au Québec avec la constitution de Groupes de médecine de famille ou GMF, véritables équipes de premier recours, auxquelles seront rattachés à terme 75 à 80 % de la population (16). » « Citons aussi le cas des Etats-Unis où existent des cabinets appelés « patient-centered medical homes » (PCMH), regroupant professionnels de santé mais aussi employeurs et assureurs (15). »

« Une autre proposition peut être de créer une consultation annuelle dédiée à la prévention pour chaque patient et rémunérée en tant que telle (17). »

>> Les conclusions de cette thèse ramènent à la question posée au début de cette introduction : Quelle organisation adopter dans le développement de la prévention en France : en continu ou ponctuellement ? Et si ponctuellement : à quelle périodicité (annuelle ? Tous les cinq ans ? Tous les trois ans) ?

b) Travaux du Dr Julien Gelly publiés dans Exercer :

Dans Exercer en 2010 (18), le Dr Julien Gelly chef de clinique en médecine générale à l'université Paris VII Diderot et ses collègues se posent la question « de l'impact sur le taux de remplissage des dossiers médicaux, d'une formation couplée à un audit clinique sur les pratiques préventives en soins primaires ».

Il s'agissait d'un audit clinique de médecins généralistes ayant assisté à 8 séances de 2 h de formation. À partir des dossiers médicaux de 15 patients âgés de 20 à 60 ans sélectionnés au hasard, les praticiens devaient remplir une grille ciblée sur 12 items de prévention choisis pour leurs niveaux de preuve :

- Antécédent familial de mort subite ou d'infarctus du myocarde (IdM) au 1er degré avant 55 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes. Antécédent familial d'accident vasculaire cérébral précoce (avant 45 ans). Antécédent familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire/Hypercholestérolémie pour les hommes de plus de 50 ans et les femmes de plus de 60 ans/Vaccination antitétanique : dernier rappel datant de moins de 10 ans/Consommation de tabac. Consommation déclarée d'alcool/Prise de risque pour les infections sexuellement transmissibles (IST)/Mesure de la pression artérielle : au moins une mesure dans l'année écoulée/Dépistage du cancer colorectal par Hémocult II® tous les 2 ans de 50 à 74 ans.

- Dépistage du cancer du sein par mammographie tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans. Dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico vaginal (FCV) tous les 3 ans pour les femmes de 20 à 65 ans, après 2 FCV normaux à un an d'intervalle.

« Le taux de remplissage des dossiers médicaux a significativement augmenté entre les deux tours pour : antécédent familial de mort subite ou d'IdM, d'AVC précoce, vaccination anti tétanique, consommation d'alcool, prise de risque pour les IST et dépistage du cancer du col de l'utérus ».

Les auteurs concluent que :

« (...) aucune recommandation professionnelle en matière de prévention systématique n'était disponible en France. Un référentiel a donc été rédigé pour déterminer les interventions médicales réalisables en médecine générale, dans le champ des préventions primaire et secondaire, chez les adultes âgés de 20 à 60 ans. (...) les interventions retenues ont été celles concernant une situation fréquente en soins primaires, et qui avaient démontré leur efficacité sur l'amélioration de la santé des patients (grade A ou B). »

>> Absence de recommandations claires en matière de prévention.

>> L'audit, couplé à une formation médicale continue, pourrait améliorer le remplissage des dossiers, lever certaines réticences des médecins et permettre d'avoir une vision plus globale des patients. Les médecins pourraient effectuer en continu des actions de prévention et intégrer la prévention à leur pratique.

c) Travaux sur l'utilisation de TBS pour le suivi des pathologies chroniques

Dans Pratiques et Organisation des Soins volume 40 de juillet-septembre 2009 (19), des médecins généralistes enseignant dans les facultés de médecine Paris V, VI et VII travaillent sur : « Développement et étude d'impact d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale. »

Ils ont défini les fonctionnalités du système logiciel éO. Il s'agit d'une étude randomisée, contrôlée, en grappes, comparant éO + TBS (groupe intervention) versus éO (groupe témoin).

Le Critère de jugement était : caractère à jour du suivi pour chaque procédure, dans chaque groupe, avant et après intervention. Impact mesuré par la différence absolue d'évolution entre les groupes, ajustée sur l'âge, le sexe, l'origine géographique et la catégorie professionnelle des patients. Les résultats mis en avant sont : « Différence ajustée statistiquement significative, chez les diabétiques, pour l'IMC, l'examen des pieds, l'ECG, l'examen du fond d'œil ; chez les hypertendus pour l'IMC et la protéinurie à la bandelette. »

Les auteurs concluent que : « Les TBS facilitent l'application des recommandations en consultation. Ils sont facilement transposables à d'autres logiciels, pour toutes les pathologies chroniques et la prévention. L'utilisation des TBS contribuerait à structurer et coder uniformément les informations des dossiers médicaux, et fournirait à chaque médecin des indicateurs de la qualité de sa pratique. »

>> En synthétisant ces études, on peut envisager la réalisation d'un audit de prévention, basé sur l'utilisation d'un Tableau de Bord de Suivi d'indicateurs de prévention.

5. Questions posées et objectifs

Dans le cadre du Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers - Villeneuve la Garenne (PSU-GVLG) dans le 92, participant aux eNMR, cette thèse étudie l'organisation et les taux de remplissage des indicateurs de prévention dans les dossiers patients informatisés de médecins généralistes. Si on incite et aide des médecins généralistes à organiser le recueil des indicateurs de prévention dans leur logiciel métier, le taux de recueil de chaque indicateur est-il amélioré ?

Ce constat entraîne d'autres questions : il y a-t-il un décalage entre ce que pensent noter les médecins dans les dossiers et ce qu'ils notent ? Quels indicateurs notent-ils toujours/jamais ? Où notent-ils l'information ? Quelle fréquence de recueil des indicateurs respectent-ils ? A-t-on toujours des recommandations à suivre pour les indicateurs de prévention ? Connaissent-ils les recommandations ? Les appliquent-ils ?

Pour y répondre au mieux, il faut dans un premier temps voir ce que déclarent les médecins. Et voir ce qui se passe dans les dossiers, ce qui est noté, comment, où. Quelle est leur organisation, afin de proposer une amélioration de celle-ci. Est-ce que la création d'un outil unique de recueil (TBS) simplifie la mise en œuvre de la prévention (gain de temps, recueil de tous les indicateurs, alarmes pour se souvenir de la fréquence de recueil...) ?

Objectifs de cette thèse:

- Faire l'état des lieux actualisé des recommandations HAS concernant les indicateurs de prévention étudiés, pour les patients de plus de 18 ans.
- Voir ce que déclarent les médecins sur le recueil des indicateurs de prévention dans les dossiers médicaux de leurs patients. Quels Indicateurs sont déclarés notés, dans quels emplacements de recueil, à quelles fréquences ?
- Voir ce qui est inscrit dans les dossiers. Les indicateurs notés. Les dates de recueil des indicateurs. Le respect ou non des périodicités de recueil des indicateurs.
- Mesurer l'impact de l'introduction d'un TBS de prévention dans le renseignement des indicateurs, dans les dossiers patients informatisés.

MATERIEL ET METHODE

Audit sur la prévention systématique et non orientée dans les dossiers patients. Réalisé entre septembre 2011 et février 2013, auprès de 15 médecins généralistes du 92 (Hauts de Seine) participants aux eNMR dans le cadre du Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers-Villeneuve la Garenne (PSU-GVLG). Etude en 6 étapes :

- Etape 1 : Choix d'indicateurs de prévention à étudier, et point sur les recommandations HAS les concernant et les normes décidées par les médecins du PSU-GVLG.
- Etape 2 : Questionnaire sur le renseignement des indicateurs de prévention dans les dossiers patients du cabinet.
- Etape 3 : Recueil dans 20 dossiers par médecin, des indicateurs étudiés.
- Etape 4 : création de Tableaux de Bord de Prévention Homme et Femme dans le cabinet rue Victor Hugo à Gennevilliers.
- Etape 5 : Nouveau recueil dans 20 dossiers par médecin (pour les 3 médecins du cabinet rue Victor Hugo), des indicateurs étudiés et des TBS remplis.
- Etape 6 : Présentation des résultats généraux et individuels aux médecins.

Présentation du Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers-Villeneuve la Garenne (PSU-GVLG) auquel appartiennent les médecins interrogés dans ce travail.

Présentation sur le site du pôle (<https://sites.google.com/site/psugvlg/home>):

Il s'agit principalement des membres de l'Association des Professionnels Libéraux de Santé de Gennevilliers et Villeneuve la Garenne (créée en 1981), et de réseaux de santé actifs sur le territoire de ces deux communes : des médecins généralistes, pharmaciens, dermatologue, pédiatre, infirmiers, orthophonistes, biologiste, kinésithérapeute, préparateur en pharmacie, pédicure, podologue, psychanalyste et psychologue clinicien.

Les réseaux Agékanonix (Handicaps et Dépendances, qui s'adresse aux personnes en situation de perte d'autonomie, quel que soit leur âge, dont le maintien à domicile nécessite une coordination pluridisciplinaire), ARèS92(créé pour le VIH et la toxicomanie, il s'adresse aussi à des personnes ayant une difficulté d'accès aux soins, voire une exclusion du système de soins et/ou une situation clinique nécessitant une prise en charge multi-partenariale.) et Périnatal nord 92 sont partenaires du pôle.

Objectifs des eNMR choisis par les membres du PSU-GVLG:

Objectifs de qualité des pratiques : « Dépistage des cancers du sein et du colon », « Lutte contre l'hypertension », « Prise en charge des diabétiques », « Prévention de l'obésité », « Prévention du risque cardiovasculaire », « Prescription par les paramédicaux ».

Objectifs de coordination et de continuité des soins : « Dossier de patient commun », « Continuité des soins pendant et / ou en dehors des heures de fonctionnement du site », « Coordination des soins avec une structure extérieure (médicaux (HAD, SAU...), sociaux (réseaux, SSIAD...), santé mentale) ». « Espace de travail informatique commun », « Réunion de concertation ». « Protocoles de soins ».

Objectifs d'efficience : « Bon usage des médicaments génériques (antibiotiques, antihypertenseurs, statines) », « Diminution du recours à l'hospitalisation », « Bon usage des transports sanitaires »

« Des réunions de médecins généralistes sont mises en place tous les 1 à 2 mois. Les médecins généralistes peuvent échanger sur leurs pratiques, faire des études de cas, ou soulever des problématiques qui les concernent. »

15 médecins généralistes du pôle ont participé à ce travail de thèse. Ils ont adhéré au choix des indicateurs de prévention étudiés. Leur participation a été rémunérée par le PSU-GVLG. En Annexe 55, présentation des actions engagées ou envisagées en matière de prévention par les membres du pôle.

1. Etape 1 : Choix d'indicateurs de prévention à étudier et point sur les recommandations les concernant

Choix de 19 indicateurs : ils font partie des objectifs choisis par les médecins du PSU-GVLG participant à cet audit. Certains font partie des indicateurs de l'étude du Dr Julien Gelly (18). Ils font l'objet de recommandations de grade A, B ou C, de Recommandations de Bonne Pratique (RBP), de recommandations de l'INPES ou d'un accord professionnel. « Situations fréquentes, ayant fait preuve d'une efficacité dans la prise en charge des patients ». Les recommandations citées dans cette thèse sont émises et utilisées en France (HAS). Chaque indicateur est détaillé en Annexes 44 à 52.

Tableau 7 : Indicateur par indicateur, niveaux de recommandations.

	Grade/Niveau de Preuve
Poids	
Taille	
Indice de Masse Corporelle (IMC)	
Tension Artérielle (TA)	B
Tabac	A
Alcool	B
Drogues	Accords Professionnels
Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	Accords Professionnels
ATCD familial (ATCDf) d'Infarctus du Myocarde (IdM) ou de Mort Subite (MS)	Accords Professionnels
ATCD familial (ATCDf) d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	Accords Professionnels
ATCD familial (ATCDf) Cancer du colon (Kcolon)	
Hémocult	A
ATCD familial (ATCDf) Cancer du sein (Ksein)	A
Mammographie	B
Frottis Cervico Vaginal (FCV)	A
Vaccin Anti Tétanos (VAT)	
Glycémie	A
HDL-cholestérol (HDL-c)	Accords Professionnels
LDL-cholestérol (LDL-c)	Accords Professionnels

Tableau 8 : Indicateur par indicateur, recommandations de suivi fixées par l'HAS et par le pôle.

	Recommandations de suivi fixées par l'HAS	Recommandations de suivi fixées par les médecins du PSU-GVLG
Poids	Au mieux à chaque consultation	Chaque consultation ou tous les ans
Taille	Mesure à la 1 ^o consultation, puis?	Tous les 3 ans
IMC	Surveiller évolution selon modifications de Poids et de la Taille	Tous les 3 ans
TA	Mesure à chaque bras lors de la 1 ^o consultation, puis?	chaque consultation ou tous les ans
Tabac	Evaluer Histoire/Dépendance/Difficultés d'arrêt	Tous les ans
Alcool		Tous les ans
Drogues		Tous les ans
IST		Tous les ans
ATCDf IdM ou MS		Tous les ans
ATCDf AVC		Tous les ans
ATCDf Cancer colon		Tous les ans
Hémocult	Hommes et Femmes de 50 à 74 ans, tous les 24 mois	Idem recommandations
ATCDf Cancer sein		Tous les ans
Mammographie	Femmes de 50 à 74 ans, tous les 24 mois	Idem recommandations
FCV	Femmes 25-65 ans, si 2 FCV normaux à 1 an, tous les 36 mois	Femmes de 25 à 65 ans, tous les 36 mois
VAT	Tous les 10 ans, après un rappel entre 16 et 18 ans	Tous les 10 ans
Glycémie	Dépistage lors d'un examen de routine ou à la demande, si négatif : tous les 1 à 3 ans	Dès 45 ans, tous les 3 ans
HDL-c	Dépistage lors d'un examen de routine ou à la demande	Hommes>45 ans, Femmes>55 ans, Tous les 3 ans
LDL-c	Dépistage lors d'un examen de routine ou à la demande	Hommes>45 ans, Femmes>55 ans, Tous les 3 ans

2. Etape 2 : Questionnaire sur le renseignement des indicateurs de prévention dans les dossiers

Questionnaire de 12 questions ouvertes (en Annexe 1). Les premières questions concernent les indicateurs renseignés lors de l'interrogatoire, de l'examen physique et d'un bilan biologique. Les questions suivantes permettent de détailler certains indicateurs (Tabac, Alcool, Drogues, IST, Antécédents familiaux).

Le choix a été fait de ne pas donner une liste d'indicateurs à cocher, selon renseigné ou non. Le but était de voir ceux qui venaient spontanément en tête aux médecins. Donc, on peut le supposer, les plus souvent interrogés et renseignés.

Les réponses attendues sont détaillées en Annexe 1. D'autres réponses ont été prises en compte dans la discussion. Pas de temps imposé pour remplir le questionnaire, qui était amené par l'investigateur aux médecins participants et rempli en sa présence.

Pour chaque indicateur, deux questions complètent le questionnaire (en Annexe 2) : Dans quel emplacement du dossier et à quelle fréquence le renseignez-vous?

- Concernant l'emplacement de recueil d'un indicateur; le but était de voir si les médecins sont organisés, s'ils savent où placer l'information pour pouvoir la retrouver facilement (eux-mêmes ou un médecin remplaçant). 3 emplacements étaient proposés par indicateur : l'emplacement dédié à la consultation du jour (chronologie des consultations), l'emplacement dédié par le logiciel à l'indicateur, ou l'emplacement créé par le médecin (propre à son organisation).
- Concernant la fréquence de recueil d'un indicateur, le but était de voir si les médecins ont une idée de la fréquence à laquelle ils renseignent chaque indicateur. Case en texte libre. Pas de fréquence au choix des médecins, les fréquences et les périodicités de recueil présentées dans les Résultats sont celles proposées par les médecins interrogés.

3. Etape 3 : Recueil dans les dossiers des indicateurs étudiés

Un recueil des indicateurs étudiés, a été réalisé dans 20 dossiers patients pour chaque médecin (à l'exception d'un médecin pour lequel par erreur, le recueil n'a été fait que sur 16 dossiers patients, médecin n°6). Grille de recueil dans les dossiers en Annexe 3.

Recueil dans 20 dossiers patients dont le médecin est le médecin traitant. Liste des patients dont ils sont médecins traitant obtenue sur Amélie.fr>>espace. On a pris les patients dont ils sont médecins référents. Médecins et patients sont liés par un contrat moral de suivi. Patients âgés de 18 ans et plus, vus au moins une fois en consultation. Tirage au sort aléatoire de 20 patients de la liste médecin traitant, obtenue par la fonction ALEA du logiciel EXCEL.

Pour chaque patient, on a regardé :

- Sa date de naissance pour calculer son âge au moment du recueil et voir s'il était concerné ou non par tous les indicateurs.
- La date de la dernière consultation pour évaluer la bonne périodicité du recueil de l'indicateur.


Pour chaque dossier, on a regardé :

- Si l'indicateur était renseigné (oui/non).
- Si la date de recueil était notée (oui/non).
- Si la périodicité de recueil fixée par les recommandations HAS ou les médecins du PSU-GVLG était respectée (oui/non).

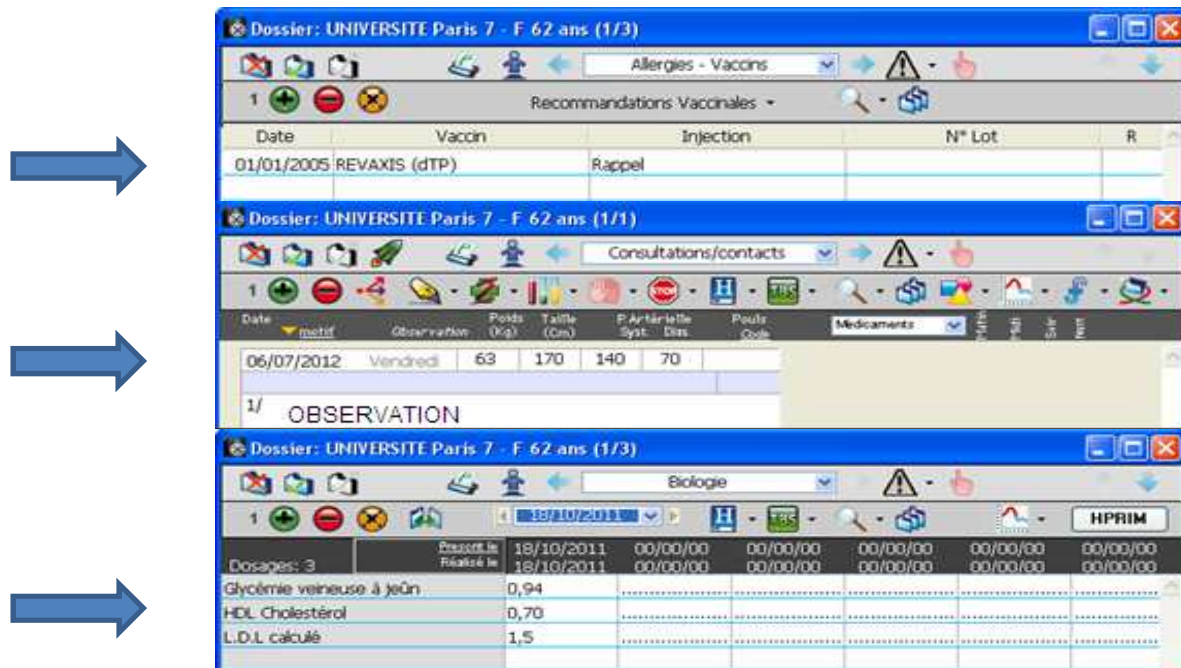
Les dossiers ont été observés dans l'intégralité des emplacements disponibles dans le logiciel. Pour les indicateurs non retrouvés dans les emplacements, il a été regardé jusqu'à 5 consultations antérieures pour les retrouver, sans limitation d'années de consultation.

4. Etape 4 : Création d'un Tableau de Bord de Suivi (TBS) de prévention systématique et non orientée

A l'ouverture d'un dossier patient dans le logiciel éO, les indicateurs de prévention sont éparpillés dans différentes fenêtres du logiciel métier.



Tous	Significatifs	Non Significatifs	Parents			
Type Historique	Début	Fin	Problème	Familial	R	
Antécédents familiaux	2011		Ksein à 30 ans	Soeur		
	2011		Mère IDM à 50 ans, K sein à 56 ans	Mère		
	2011		AVC décédé à 75 ans	Père		
Gnéco-obstétrique	2011		mammo - 2009, FCV - 2009			
Prévention annuelle	2011		Tabac 15 cg/j-1979, OH 28/sem, drogue 0, IST -		*	
Surveillance	2011		hémocult - 2010			



Dans le cabinet 33 rue Victor Hugo à Gennevilliers, création en octobre 2010 dans le logiciel métier utilisé (éO) deTBS de prévention Homme et Femme. Les 3 médecins du cabinet et les internes ont participé à sa création. Les indicateurs choisis ont été sélectionnés selon les objectifs du PSU-GVLG et les pratiques des médecins du cabinet (2 médecins pratiquant aussi en PMI).

Les médecins ont été ensuite formés à l'utilisation des TBS. Dès octobre 2010, ils ont été introduits dans la pratique quotidienne de consultation. Le but était de les utiliser pour les patients de 18 à 65 ans consultant au moins une fois au cabinet. Impossibilité de créer des TBS similaires dans les autres logiciels métiers utilisés par les médecins du pôle.

A l'ouverture un certain nombre d'indicateurs s'inscrivent automatiquement dans le tableau, s'ils ont été remplis dans les emplacements dédiés du logiciel: Poids, Taille, Pressions Artérielles Systolique et Diastolique (PAS et PAD), Glycémie à jeun, HDL et LDL-cholestérol.

Glycémie, HDL et LDL-cholestérol : périodicité fixée = tous les 3 ans maximum.

Poids, Taille, PAS et PAD : périodicité fixée = tous les ans maximum.

Fenêtres apparaissant dans le logiciel éO à l'ouverture d'un TBS de prévention :

The screenshot shows the 'éO' software interface for a patient's prevention record. The main window displays a table of indicators for 'Prévention Femme' as of 06/07/2012. The table includes columns for 'Libellé', 'Noté le', 'Survenu le', 'F', 'Valeurs', 'Unité', 'C', 'Objectif', 'A', 'Echéance', and 'P'. The 'Poids' indicator is highlighted in yellow, and its history is shown in a separate table on the left. The right sidebar provides a summary of the patient's medical history and vaccination status.

Libellé	Noté le	Survenu le	F	Valeurs	Unité	C	Objectif	A	Echéance	P
Poids	06/07/2012	06/07/2012		63	kg	N			06/07/2013	
Taille	06/07/2012	06/07/2012		170	cm	N			06/07/2017	
IMC							18,5 < N < 24,9			
PAS	06/07/2012	06/07/2012		140			140 < N		06/07/2013	
PAD	06/07/2012	06/07/2012		70			80 < N		06/07/2013	
Tabac cig./début							0 < N			
Alcool verres/sem							14F < N < 21H			
Drogues							N			
IST							N			
IST tests							N			
ATCDF IDM ou MS							N			
ATCDF AVC							N			
ATCDF Diabète							N			
ATCDF K colon							N			
hémocult							N			
ATCDF K sein							N			
Mammographie							N			
FCV							N			
Vaccin HPV							N			
Vaccin tetanos							N			
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012		0,7	g/l		0,4 < N < 0,6		06/07/2015	
L.D.L calculé	06/07/2012	06/07/2012		1,50	g/l		1,6 < N		06/07/2015	
Glyc.jeûn	06/07/2012	06/07/2012		0,94	g/l		1,26 < N		06/07/2015	

Le tableau de gauche donne, pour chaque indicateur, l'historique des valeurs antérieures.

Le tableau de droite donne un résumé des informations déjà rentrées dans le logiciel, et permet de remplir plus rapidement le TBS si le patient n'est pas présent.

En faisant un clic droit sur un indicateur, une fonction dictionnaire s'ouvre et donne des informations sur l'indicateur : définitions, recommandations HAS, périodicité de recueil...

Le TBS de prévention Femme comporte 23 indicateurs et le TBS de prévention Homme comporte 19 indicateurs. Certains indicateurs ne font pas partie des indicateurs étudiés dans cette thèse : Vaccination HPV, Antécédent familial de Diabète.

Le tableau central reprend les différents indicateurs précédemment définis :

Libellé	Noté le	Survenu le	F	Valeurs	Unité	C	Objectif	A	Echéance	P
Poids	06/07/2012	06/07/2012		63	Kg		N		06/07/2013	
Taille	06/07/2012	06/07/2012		170	cm		N		06/07/2017	
IMC							18,5 < N < 24,9	●		
PAS	06/07/2012	06/07/2012		140			140 < N		06/07/2013	
PAD	06/07/2012	06/07/2012		70			80 < N		06/07/2013	
Tabac cig./j-début							0 < N	●		
Alcool verres/sem							14F < N < 21H	●		
Drogues							N	●		
IST							N	●		
IST tests							N	●		
ATCDF IDM ou MS							N	●		
ATCDF AVC							N	●		
ATCDF Diabète							N	●		
ATCDF K colon							N	●		
hémocult							N	●		
ATCDF K sein							N	●		
Mammographie							N	●		
FCV							N	●		
Vaccin HPV							N	●		
Vaccin tetanos							N	●		
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012		0,7	g/l		0,4 < N < 0,6		06/07/2015	
L.D.L calculé	06/07/2012	06/07/2012		1,50	g/l		1,6 < N		06/07/2015	
Glyc.jeûn	06/07/2012	06/07/2012		0,94	g/l		1,26 < N		06/07/2015	

La 1° colonne = l'indicateur.

La 2° colonne = la date où l'information est rentrée dans le TBS.

La 3° colonne = la date où l'examen physique ou biologique/l'interrogatoire a été fait.

La 4° colonne = liste de choix possibles pour l'indicateur.

La 5° colonne = la valeur (chiffre ou texte) de l'indicateur ou le choix fait dans la liste.

La 6° colonne = si elle existe, l'unité de l'indicateur.

La 7° colonne permet de rentrer un commentaire si besoin. (Par exemple : si Antécédent familial d'Infarctus du myocarde ou de Mort Subite noté, elle permet de préciser si chez le père ou la mère du patient, l'âge de survenu...).

La 8° colonne = si elles existent, les normes de l'indicateur.

La 9° colonne contient un point rouge si les indicateurs n'ont pas été renseignés ou si les informations ne sont plus à jour, ex. mammographie à refaire.

La 10° colonne donne la date où les informations ne seront plus à jour.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) se calcule avec les chiffres de Poids et de Taille déjà rentrés. Le Poids doit être noté tous les ans, la Taille tous les 5 ans au maximum. L'IMC doit être noté tous les ans. La norme est fixée entre 18.5 et 24.9 kg.m2. Périodicités de mesure de la Taille et de calcul de l'IMC différentes de celles décidées par les médecins du pôle.

IMC	06/07/2012		>	Demander	
PAS	06/07/2012	06/07/2012			
PAD	06/07/2012	06/07/2012			
Tabac cig/-début					
Alcool verres/sem					
Drogues					
IST					

Taille du patient au 06/07/2012 (en mètre)? 06/07/2012

Les informations concernant le Tabac et l'Alcool sont à rentrer en texte libre pour mieux quantifier la consommation (cigarettes/jour, verres/semaine) et pouvoir noter l'année de début de consommation pour les cigarettes. La périodicité de recueil est de 12 mois.

Concernant les Drogues, les informations notées font partie d'une liste. Les choix disponibles ont été difficiles à établir, le but étant de ne pas stigmatiser les malades. Le type de drogue, la quantité consommée ne sont pas renseignés. Le choix est simple : consommation = « oui/non ou rare ». La périodicité de recueil est de 12 mois.

Drogues	06/07/2012		>	Drogues	
IST					
IST tests					
TCDf IDM ou MS					
ATCDF AVC					
ATCDF Diabète					
ATCDF K colon					
hémocult					
ATCDF K sein					
Mammographie					
FCV					
Vaccin HPV					
Vaccin tetanos					
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012		<0,6	06/07/2015

Je prends...

Rare
Oui
Non

Dans ce TBS, le sevrage en Tabac, Alcool ou Drogue(s) n'est pas renseigné. L'idée étant que les renseignements déjà notés amèneront le médecin, qu'il connaisse le patient ou non, à discuter du sevrage. Cette discussion devant être ensuite rapportée dans le dossier.

Pour les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les choix listés concernent les comportements sexuels : « prise de risques » ou détail du mode de prévention (« protection, abstinence, partenaire(s) régulier(s) »).

IST	06/07/2012				
IST tests					
ATCDF IDM ou MS					
ATCDF AVC					
ATCDF Diabète					
ATCDF K colon					
hémocult					
ATCDF K sein					
Mammographie					
FCV					
Vaccin HPV					
Vaccin tétanos					
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012		<0,6	06/07/2015
L.D.L calculé	06/07/2012	06/07/2012			06/07/2015

Pour les Tests IST : « prescrit », « non fait », «faits » (« positifs ou négatifs »), « pas besoin » (car protection et/ou déjà faits) « refusés » par le patient, mais noté car permet éventuellement d'en reparler plus tard ou de se rappeler pourquoi pas de test dans le dossier. « A rediscuter » : patient non opposé mais pour le moment ne veut pas le faire. La périodicité de recueil est de 12 mois.

IST tests	06/07/2012				
ATCDF IDM ou MS	06/07/2012				
ATCDF AVC					
ATCDF Diabète					
ATCDF K colon					
hémocult					
ATCDF K sein					
Mammographie					
FCV					
Vaccin HPV					
Vaccin tétanos					
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012		N <0,6	06/07/2015
L.D.L calculé	06/07/2012	06/07/2012		N	06/07/2015
Glyc.jeûn	06/07/2012	06/07/2012			06/07/2015

Ce TBS n'inclut pas les antécédents d'IST. Comme pour les drogues, l'idée est d'en discuter avec le patient, à partir des renseignements notés dans le TBS.

Concernant les Antécédents familiaux : cardio-vasculaires (Infarctus du myocarde, Mort subite, Accident vasculaire cérébrale), Cancer du Colon et du Sein, de Diabète : Les choix sont : « Non », « oui (et facteur de risque) », « oui, pas de facteur de risque » selon les définitions HAS, et « ne sait pas » (ne connaît pas ses antécédents familiaux). La périodicité de recueil est de 12 mois.

ATCDF IDM ou MS	06/07/2012	06/07/2012	>	ATCDF IDM ou MS		06/07/2013
ATCDF AVC						
ATCDF Diabète						
ATCDF K colon						
hémocult						
ATCDF K sein						
Mammographie						
FCV						
Vaccin HPV						
Vaccin tetanos						
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012			<0,6	06/07/2015
L.D.L calculé	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015
Glyc.jeûn	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015

Prévention Femme (11/23) - ATCDF IDM ou MS : N

Les choix pour l'Hémocult sont : « positif/négatif », « voir à 50 ans » car pas encore dans les limites d'âge fixées par HAS, « prescrit », prescrit mais « non fait », « refus », « à reproposer ». « Les exclusions définitives ou temporaires de 2 ans », sont pour les patients qui ont fait une coloscopie ou ont un cancer colo rectal (HAS). La périodicité de réalisation est de 24 mois.

IST tests	06/07/2012	06/07/2012	>	hémocult		06/07/2013
ATCDF IDM ou MS	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2013
ATCDF AVC	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2013
ATCDF Diabète	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2013
ATCDF K colon	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2013
hémocult	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2014
ATCDF K sein	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2013
Mammographie						
FCV						
Vaccin HPV						
Vaccin tetanos						
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012			<0,6	06/07/2015
L.D.L calculé	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015
Glyc.jeûn	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015

Pour la Mammographie, les choix sont : « normale »/ « anormale », « voir à 50 ans » quand la patiente sera concernée, patiente « non concernée » (double mammectomie), « prescrite », prescrite mais « non faite », « refusée », « à repropser » (par exemple : quand la patiente sera plus disponible). La périodicité de réalisation est de 24 mois.

IST tests	06/07/2012	06/07/2012	>	Mammographie		06/07/2013
ATCDF IDM ou MS	06/07/2012	06/07/2012	>	Je prends...		06/07/2013
ATCDF AVC	06/07/2012	06/07/2012	>	Prescrite		06/07/2013
ATCDF Diabète	06/07/2012	06/07/2012	>	à repropser		06/07/2013
ATCDF K colon	06/07/2012	06/07/2012	>	Anormale		06/07/2013
hémocult	06/07/2012	06/07/2012	>	Non faite		06/07/2014
ATCDF K sein	06/07/2012	06/07/2012	>	Refus		06/07/2014
Mammographie	06/07/2012		>	voir à 50 ans		06/07/2013
FCV				Non concernée		
Vaccin HPV				Normale		
Vaccin tetanos						
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012			<0,6	06/07/2015
L.D.L calculé	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015
Glyc.jeûn	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015

Les choix du Frottis Cervico Vaginale (FCV) sont : « normal », anormal : « à recontrôler dans 6 mois, dans 1 an », « prescrit », prescrit « non fait », « refusé », « à repropser ». Patiente « non concernée » (hystérectomisée), « exclusion définitive » (ex. Cancer). La périodicité de réalisation est de 36 mois.

IST tests	06/07/2012	06/07/2012	>	FCV		06/07/2013
ATCDF IDM ou MS	06/07/2012	06/07/2012	>	Je prends...		06/07/2013
ATCDF AVC	06/07/2012	06/07/2012	>	à repropser		06/07/2013
ATCDF Diabète	06/07/2012	06/07/2012	>	non concernée		06/07/2013
ATCDF K colon	06/07/2012	06/07/2012	>	exclusion définitive		06/07/2013
hémocult	06/07/2012	06/07/2012	>	FCV à recontrôler dans 6 mois		06/07/2014
ATCDF K sein	06/07/2012	06/07/2012	>	FCV à recontrôler dans 1 an		06/07/2014
Mammographie	06/07/2012	06/07/2012	>	Prescrit		06/07/2013
FCV	06/07/2012		>	Non fait		06/07/2014
Vaccin HPV				Refus		
Vaccin tetanos				Normal		
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012			<0,6	06/07/2015
L.D.L calculé	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015
Glyc.jeûn	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015

Pour le Vaccin anti papilloma virus (HPV) – pour les jeunes filles, les choix sont : « non fait » (patiente qui est dans le cadre des recommandations et n'a pas été vaccinée), « fait », en cours : « 1 ou 2 injections faites », « refusé », «à faire » = prescrit et en attente, « non concernée » (patiente qui n'est plus dans le cadre des recommandations et n'a pas été vaccinée). Ce n'est pas une vaccination obligatoire. (Les conditions de vaccination contre le HPV n'ont pas été détaillées dans cette thèse car il ne fait pas partie des indicateurs étudiés).

Pas de périodicité renseignée car période où le vaccin peut être proposé est courte et pas de rappel. Il est amené à se développer et à être proposé de plus en plus, il sera donc dans les années à venir un élément important du questionnaire de suivi des patientes.

IST tests	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
ATCDF IDM ou MS	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
ATCDF AVC	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
ATCDF Diabète	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
ATCDF K colon	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
hémocult	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2014
ATCDF K sein	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
Mammographie	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2014
FCV	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2015
Vaccin HPV	06/07/2012		>			
Vaccin tetanos						
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012			<0,6	06/07/2015
L.D.L calculé	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015
Glyc.jeûn	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015

Concernant le Vaccin Anti Tétanos (VAT), les choix sont : « rappel fait », « à faire », « refusé », patient qui « ne sait plus » son statut vaccinal, rappel « contre indiqué », « à rediscuter » selon disponibilités du patient. La périodicité de réalisation : est de 10 ans.

IST tests	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
ATCDF IDM ou MS	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
ATCDF AVC	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
ATCDF Diabète	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
ATCDF K colon	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
hémocult	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2014
ATCDF K sein	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2013
Mammographie	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2014
FCV	06/07/2012	06/07/2012	>			06/07/2015
Vaccin HPV	06/07/2012	06/07/2012	>			
Vaccin tetanos	06/07/2012		>			
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012			<0,6	06/07/2015
L.D.L calculé	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015
Glyc.jeûn	06/07/2012	06/07/2012				06/07/2015

Tableau 9: Exemple de TBS de « Prévention Systématique Femme » rempli.

Libellé	Noté le	Survenu le	F	Valeurs	Unité	C	Objectif	A	Echéance	P
Poids	06/07/2012	06/07/2012		63	Kg	-	N		06/07/2013	
Taille	06/07/2012	06/07/2012		170	cm	-	N		06/07/2017	
IMC	06/07/2012	06/07/2012	>	21	Kg/m2	-	18,5 < N <		06/07/2013	
PAS	06/07/2012	06/07/2012		140		-	140 < N		06/07/2013	
PAD	06/07/2012	06/07/2012		70		-	80 < N		06/07/2013	
Tabac cig/j	06/07/2012	06/07/2012		15/1979		-	0 < N		06/07/2013	
Alcool verres/j	06/07/2012	06/07/2012		28		-	2 < N < 3		06/07/2013	
Drogues	06/07/2012	06/07/2012	>	Non		-	0 < N		06/07/2013	
IST	06/07/2012	06/07/2012	>	Prise de risques		-	0 < N		06/07/2013	
IST tests	06/07/2012	06/07/2012	>	Négatif		-	N		06/07/2013	
ATCDF IDM ou mort	06/07/2012	06/07/2012	>	Oui, pas de FDR		-	N		06/07/2013	
ATCDF Diabète	06/07/2012	06/07/2012	>	Oui, pas de FDR		-	N		06/07/2013	
ATCDF AVC	06/07/2012	06/07/2012	>	Oui		-	N		06/07/2013	
ATCDF K colon	06/07/2012	06/07/2012	>	Non		-	N		06/07/2013	
hémocult.	06/07/2012	01/01/2009	>	A reproposer		-	N	🔴	01/01/2011	
ATCDF K sein	06/07/2012	06/07/2012	>	Oui		-	N		06/07/2013	
Mammographie	06/07/2012	01/01/2009	>	à reproposer		-	N	🔴	01/01/2011	
FCV	06/07/2012	01/01/2009	>	à reproposer		-	N	🔴	01/01/2012	
Vaccin HPV	06/07/2012	06/07/2012	>	Non fait		-	N			
Vaccin tétanos	06/07/2012	01/01/2005	>	Rappel fait		-	N		01/01/2015	
Glyc.jeûn	06/07/2012	06/07/2012		0,94	g/l	-	N < 1,26		06/07/2015	
HDL-c	06/07/2012	06/07/2012		0,7	g/l	-	0,4 < N < 1,0		06/07/2015	
LDL-c	06/07/2012	06/07/2012		1,5	g/L	-	N < 1,6		06/07/2015	

Dans le TBS de Prévention Systématique Homme, tous les indicateurs sont présents sauf ceux encadrés en rouge.

5. Etape 5 : Nouveau recueil dans les dossiers des indicateurs de prévention et recueil des TBS remplis

Initialement l'étape 5 était la suivante : nouveau recueil dans 20 dossiers patients par médecin, après consultation des résultats du 1° recueil et participation à des formations sur la prévention. En Annexe 53, la liste des formations proposées aux médecins participants : dates, thèmes, médecins présents...

Mais, parmi les médecins interrogés, de nombreux médecins ont décidé de changer leur logiciel, et/ou d'intégrer un Tableau Bord de Suivi entre les 2 recueils présumés. Changement de logiciel compliqué : cahier des charges à définir, choix du logiciel, transfert de données d'un logiciel à un autre, difficultés rencontrées auprès de l'éditeur de logiciel...(En Annexe 54, le courrier adressé au président de la société éditrice du Logiciel Médicawin lors des demandes de résiliation de contrat par les médecins du PSU-GVLG).

Au début de ce travail de thèse en juillet 2011, sur 15 médecins, 3 utilisaient le logiciel éO et 12 utilisaient Médicawin. Des recherches effectuées par le responsable du PSU-GVLG Jean-Marie Nougairède, dans le logiciel Médicawin ont prouvé qu'il était moins pratique d'usage et moins fonctionnel que le logiciel éO. En juillet 2013 à l'amorce du 2° tour d'audit, 12 médecins participant à ce travail de thèse avaient changé, ou étaient en cours de changement de logiciel métier, pour le logiciel éO.

Après réflexion, il a été décidé qu'un nouveau recueil, dans ce contexte, ne présentait pas d'intérêt. Discussion d'un nouveau recueil 2-3 ans après la mise en place dans les cabinets de tous les médecins du pôle d'un logiciel unique et de TBS de prévention Homme et Femme. Décisions de maintenir le deuxième tour de recueil de l'audit pour les 3 médecins du cabinet utilisant les TBS.

Méthodologie auprès des 3 médecins du cabinet rue Victor Hugo à Gennevilliers : pas de dossier sélectionné au hasard. On a voulu voir s'il y avait une évolution dans le remplissage des dossiers des patients vus récemment en consultation. Patients de 18 ans et plus, vus au moins une fois, ayant un des 3 médecins du cabinet comme médecin traitant (idée d'un contrat moral établi avec les médecins du cabinet).

Contrat moral également entre les médecins du cabinet concernant tous les patients pris en charge, qu'ils soient leur patient ou celui d'un collègue). 1° patient de la journée, par médecin, sur les 20 derniers jours de consultations.

Médecins non prévenus du changement de méthodologie du recueil.

Comme lors du 1° recueil : observation dans 20 dossiers par médecin : indicateur renseigné ou non, date de recueil notée ou non, périodicité de recueil respectée ou non. Observation dans 20 dossiers, des taux de remplissage des TBS : combien sont remplis (c'est-à-dire renseignés pour d'autres indicateurs que le Poids, la Taille, PAS, PAD, Glycémie, HDL et LDL-c, qui s'inscrivent automatiquement si renseignés dans l'emplacement dédié), combien d'indicateurs ne sont pas à jour...Grille de recueil dans les dossiers en Annexe 4.

Observation des statistiques de remplissage des TBS dans les dossiers patients. Epidémiologie dans le logiciel éO des TBS sur une année : du 01/01/2012 au 30/12/2012 (31 non inclus, pour des raisons informatiques). Pas d'épidémiologie par médecin, logique d'un cabinet de groupe : les médecins sont amenés à voir parfois les patients d'un collègue. Le TBS peut être rempli ou complété lors d'un rendez-vous avec un médecin remplaçant le médecin habituel du patient (idem pour les internes du cabinet).

6. Présentation des résultats aux médecins du PSU-GVLG

Présentation à tous les médecins des résultats généraux de l'étude : résultats du questionnaire : indicateur par indicateur (Annexes 5 à 23), résultats des 2 recueils dans les dossiers : indicateur par indicateur. Comparaison des deux recueils. Les données épidémiologiques concernant les TBS de prévention.

Présentation individuelle médecin par médecin des résultats du 1° tour d'audit, et du 2° tour pour 3 médecins (Annexes 26 à 40) : résultats individuels du Questionnaire et du Recueil des indicateurs.

Présentation, des résultats par cabinet pour 12 médecins exerçant en cabinet de groupe (Annexes 41 à 43), pour permettre une réflexion de groupe au sein de chaque cabinet.

RESULTATS

1. Questionnaire et Grille du questionnaire

a) Indicateurs déclarés notés

Le graphique suivant donne pour chaque indicateur (en abscisse), le nombre de médecins déclarant le noter (en ordonnée), maximum 15 médecins.

Graphique 2 : Indicateur par indicateur, nombre de médecins déclarant le noter.

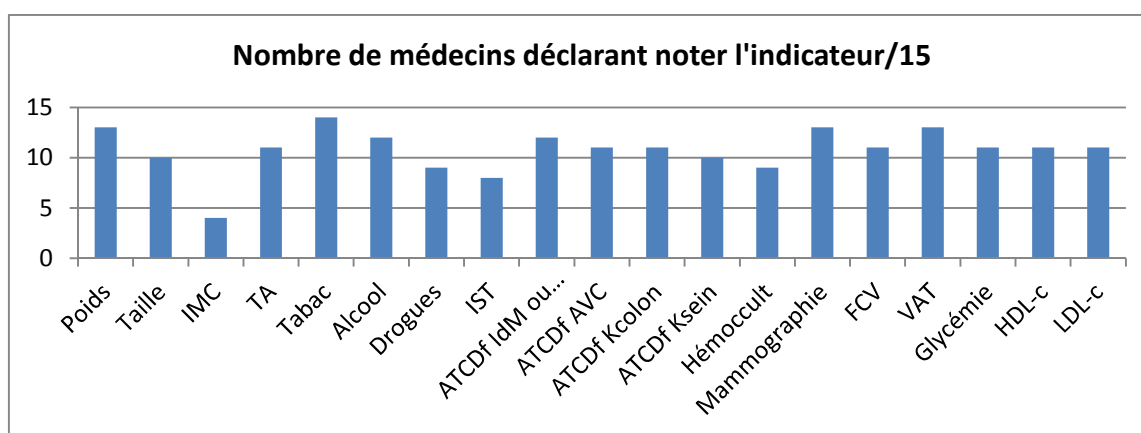


Tableau 10 : Indicateur par indicateur, nombre de médecin déclarant le noter.

		Nb médecins déclarant noter l'indicateur /15 médecins	Taux de médecins déclarant noter l'indicateur
POIDS		13	87%
TAILLE		10	67%
IMC		4	27%
TA		11	73%
TABAC		14	93%
	quantité consommée	13	87%
	sevrage	4	27%
ALCOOL		12	80%
	quantité consommée	12	80%
	sevrage	0	0%
DROGUES		9	60%
	produit consommé	9	60%
	quantité consommée	4	27%
	sevrage	1	7%
IST		8	53%
	ATCD d'IST	4	27%
	moyens de prévention	7	47%
	tests IST	7	47%
ATCDf IdM ou MS		12	80%
	degré	8	53%
	sexe	0	0%
	âge	11	73%
ATCDf Ksein		10	67%

		Nb médecins déclarant noter l'indicateur /15 médecins	Taux de médecins déclarant noter l'indicateur
ATCDf AVC		11	73%
	âge	9	60%
ATCDf Kcolon		11	73%
	degré	11	73%
	âge	12	80%
HEMOCCULT		9	60%
MAMMOGRAPHIE		13	87%
FCV		11	73%
VAT		13	87%
GLYCEMIE		11	73%
HDL-c		11	73%
LDL-c		11	73%

Tableau 11 : Synthèse, pour certains indicateurs, des recommandations HAS et de ce qui déclarent faire la majorité des médecins interrogés dans le questionnaire.

	LES RECOMMANDATIONS HAS	RECOMMANDATIONS DECLAREES SUIVIES
TABAC	Evaluer la motivation au sevrage, la dépendance (quantité consommée, entre autres critères)	NON pour le sevrage OUI pour quantifier la consommation
ALCOOL	Quantifier la consommation	OUI
DROGUES	Quantifier la consommation, et la polyconsommation	NON pour la quantifier la consommation OUI pour la recherche des produits consommés
IST	Interroger sur les Tests IST	NON
ATCDf IdM ou MS	Renseigner le sexe, l'âge et le degré de parenté	NON pour le sexe
ATCDf AVC	Renseigner l'âge	OUI
ATCDf Kcolon	Renseigner le degré et l'âge	OUI
ATCDf Ksein	Renseigner l'ATCD familial	NON, précision inutile du degré et de l'âge

b) Concernant l'emplacement de recueil pour chaque indicateur

A= chronologie de la consultation = dans l'observation de la consultation.

B= Emplacement dédié à l'indicateur, du logiciel.

C = Emplacement de l'indicateur, propre à l'organisation du médecin.

Le graphique suivant donne pour chaque indicateur - en abscisse, l'emplacement de recueil déclaré utilisé, en majorité, par les médecins interrogés. L'ordonnée donne le nombre de médecins qui l'ont déclaré noté à cet emplacement.

Graphique 3 : Indicateur par indicateur, emplacement de recueil le plus souvent déclaré utilisé.

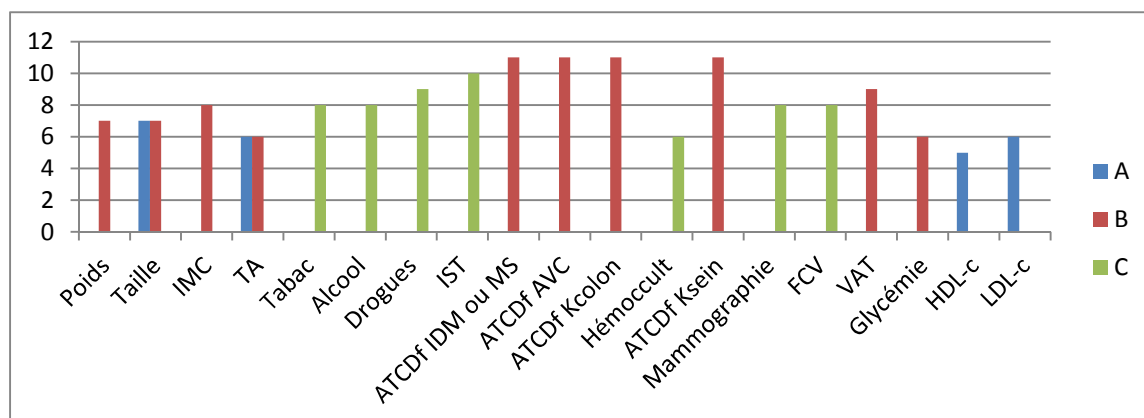


Tableau 12 : Indicateur par indicateur, nombre de médecins déclarant noter dans chaque emplacement.

	A		B		C		A-B		A-C		B-C	
	N/15	Taux	N/15	Taux	N/15	Taux	N/15	Taux	N/15	Taux	N/15	Taux
POIDS	6	40%	7	47%	0	0%	2	13%	0	0%	0	0%
TAILLE	7	47%	7	47%	0	0%	1	7%	0	0%	0	0%
IMC	6	40%	8	53%	0	0%	1	7%	0	0%	0	0%
TA	6	40%	6	40%	1	7%	1	7%	1	7%	0	0%
TABAC	2	13%	4	27%	8	53%	1	7%	0	0%	0	0%
ALCOOL	2	13%	4	27%	8	53%	0	0%	1	7%	0	0%
DROGUES	0	0%	4	27%	9	60%	0	0%	2	13%	0	0%
IST	2	13%	3	20%	10	67%	0	0%	0	0%	0	0%
ATCDf IdM ou MS	1	7%	11	73%	3	20%	0	0%	0	0%	0	0%
ATCDf AVC	1	7%	11	73%	3	20%	0	0%	0	0%	0	0%
ATCDf Kcolon	1	7%	11	73%	3	20%	0	0%	0	0%	0	0%
HEMOCCULT	3	20%	4	26%	6	40%	0	0%	2	13%	0	0%
ATCDf Ksein	1	7%	11	73%	3	20%	0	0%	0	0%	0	0%
MAMMOGRAPHIE	1	7%	4	27%	8	53%	0	0%	2	13%	0	0%
FCV	1	7%	4	27%	8	53%	0	0%	2	13%	0	0%
VAT	1	7%	9	60%	4	27%	0	0%	1	7%	0	0%
GLYCEMIE	5	33%	6	40%	3	20%	0	0%	0	0%	1	7%
HDL-c	5	33%	4	27%	4	27%	1	7%	0	0%	1	7%
LDL-c	6	40%	4	27%	4	27%	0	0%	0	0%	1	7%

c) Concernant la fréquence de recueil pour chaque indicateur

Le graphique suivant donne pour chaque indicateur - en abscisse, la fréquence de recueil déclarée utilisée, en majorité, par les médecins interrogés. L'ordonnée donne le nombre de médecins qui déclare chaque fréquence de recueil.

Graphique 4: Indicateur par indicateur, fréquence de recueil la plus souvent déclarée notée.

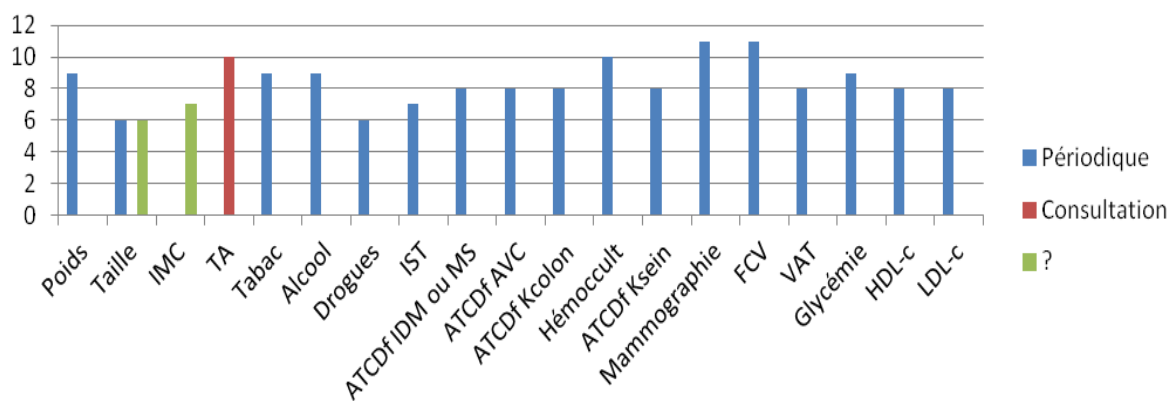


Tableau 13 : Indicateur par indicateur, nombre de médecins déclarant chaque fréquence.

	Périodique		Chaque consultation		Quand on y pense		Jamais		?	
	N/15	Taux	N/15	Taux	N/15	Taux	N/15	Taux	N/15	Taux
POIDS	9	60%	4	27%	0	0%	0	0%	2	13%
TAILLE	6	40%	1	7%	2	13%	0	0%	6	40%
IMC	5	33%	1	7%	2	13%	0	0%	7	47%
TA	4	27%	10	67%	0	0%	0	0%	1	7%
TABAC	9	60%	0	0%	2	13%	0	0%	4	27%
ALCOOL	9	60%	0	0%	2	13%	0	0%	4	27%
DROGUES	6	40%	0	0%	3	20%	1	7%	5	33%
IST	7	47%	0	0%	3	20%	1	7%	4	27%
ATCDf IdM ou MS	8	53%	0	0%	3	20%	0	0%	4	27%
ATCDf AVC	8	53%	0	0%	3	20%	0	0%	4	27%
ATCDf Kcolon	8	53%	0	0%	3	20%	0	0%	4	27%
HEMOCCULT	10	67%	0	0%	2	13%	0	0%	3	20%
ATCDf Ksein	8	53%	0	0%	3	20%	0	0%	4	27%
MAMMOGRAPHIE	11	73%	0	0%	2	13%	0	0%	2	13%
FCV	11	73%	0	0%	2	13%	0	0%	2	13%
VAT	8	53%	0	0%	2	13%	0	0%	5	33%
GLYCEMIE	9	60%	0	0%	0	0%	0	0%	6	40%
HDL-c	8	53%	0	0%	0	0%	0	0%	7	47%
LDL-c	8	53%	0	0%	0	0%	0	0%	7	47%

Le graphique suivant donne pour chaque indicateur - en abscisse, la périodicité déclarée notée, en majorité, par les médecins interrogés quand ils déclarent un recueil périodique. L'ordonnée donne le nombre de médecins qui déclarent chaque périodicité.

Graphique 5 : Indicateur par indicateur, périodicité de recueil la plus souvent déclarée notée.

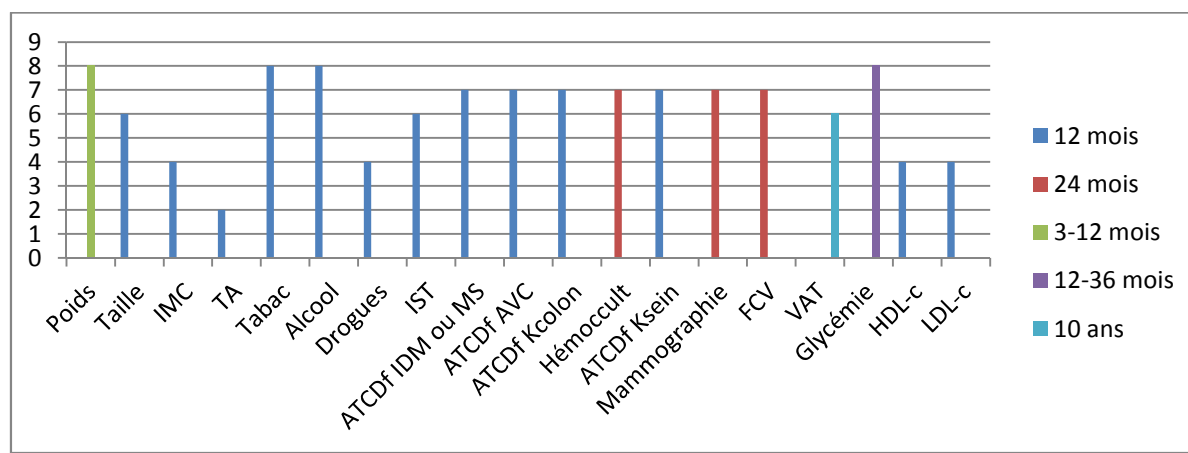


Tableau 14 : Indicateur par indicateur, nombre de médecins déclarant chaque périodicité de recueil. En gras, les périodicités recommandées par l'HAS.

		N/N déclarant un recueil périodique	Taux
POIDS	2 mois et 3-4 mois	4/9-4/9	44%
	12 mois	1/9	11%
TAILLE	12 mois	6/6	100%
IMC	3-4 mois	1/5	20%
	12 mois	4/5	80%
TA	3-4 mois	1/4	25%
	12 mois	3/4	75%
TABAC et ALCOOL	6 mois	1/9	11%
	12 mois	8/9	89%
DROGUES	6 mois-24 mois	1/6-1/6	17%
	12 mois	4/6	67%
IST	6 mois	1/7	14%
	12 mois	6/7	86%
ATCD familiaux (tous)	12 mois	7/8	88%
	24 mois	1/8	12%
	12 mois	3/10	30%
HEMOCCULT	12 mois	7/10	70%
	24 mois	4/11	36%
MAMMOGRAPHIE	12 mois	7/11	64%
	24 mois	3/11	27%
	24-36 mois	3/11	27%
FCV	12 mois-24 mois	1/8-1/8	12%
	10 ans	6/8	75%
	12 mois	4/9	44%
GLYCEMIE	12 mois	4/9	44%
	12-36 mois	4/9	44%
	5 ans	1/9	11%
HDL-c et LDL-c	12 mois	4/8	50%
	12-36 mois	3/8	38%
	5 ans	1/8	12%

2. Synthèse des résultats du premier tour de l'audit

a) Profil des patients étudiés dans les dossiers du 1^{er} recueil

Tableau 15 : Médecin par médecin, profil des 20 patients étudiés (sauf médecin 6 = 16 patients).

	Hommes = H	Femmes =F	Age min	Age max	Age Moyen	Age Médian
Médecin 1	13	7	25 ans	81 ans	60.1 ans	63 ans
Médecin 2	10	10	23 ans	87 ans	53.9 ans	56 ans
Médecin 3	6	14	23 ans	88 ans	52.4 ans	52 ans
Médecin 4	11	9	18 ans	78 ans	54,9 ans	48 ans
Médecin 5	7	13	21 ans	80 ans	42,1 ans	50ans
Médecin 6	10	6	20 ans	65 ans	38,2 ans	42 ans
Médecin 7	5	15	23 ans	51 ans	34,4 ans	34 ans
Médecin 8	9	11	21 ans	79 ans	48 ans	48 ans
Médecin 9	8	12	18 ans	85 ans	49,7 ans	47 ans
Médecin 10	13	7	18 ans	90 ans	53,6 ans	57 ans
Médecin 11	8	12	18 ans	75 ans	36,7 ans	46 ans
Médecin 12	6	14	26 ans	55 ans	34,5 ans	40 ans
Médecin 13	6	14	22 ans	77 ans	45,2 ans	49 ans
Médecin 14	7	13	19 ans	72 ans	41,7 ans	45 ans
Médecin 15	3	17	19 ans	65 ans	38,8 ans	42 ans

Tableau 15 bis : Médecin par médecin, profil des 20 patients étudiés (médecin 6 = 16 patients).

	>45 ans	H>45 ans	F>55 ans	50-75 ans	F=50-75 ans	F=25-65 ans
Médecin 1	15	11	4	11	3	5
Médecin 2	14	9	4	6	1	5
Médecin 3	12	3	7	9	7	8
Médecin 4	13	8	4	12	5	7
Médecin 5	6	3	2	4	3	11
Médecin 6	5	4	0	2	0	4
Médecin 7	3	2	0	1	1	13
Médecin 8	12	4	5	8	4	8
Médecin 9	10	6	2	5	2	9
Médecin 10	14	5	8	11	7	7
Médecin 11	6	2	2	3	3	10
Médecin 12	3	1	1	2	2	12
Médecin 13	10	4	4	7	5	12
Médecin 14	8	2	3	6	4	11
Médecin 15	7	1	4	5	5	15

b) Taux d'indicateurs notés dans les dossiers

Taux = nombre de dossiers où l'indicateur est noté sur 20 dossiers. Sauf : Hémoccult, Mammographie, FCV, Glycémie, HDL et LDL-c où Taux = nombre de dossiers où l'indicateur est noté sur nombre de dossiers concernés par l'indicateur. Résultats pour 15 médecins.

Le graphique suivant donne pour chaque indicateur - en abscisse, le Taux médian de remplissage dans les dossiers - en ordonnée (en pourcentage).

Graphique 6 : Indicateur par indicateur, Taux médian de remplissage.

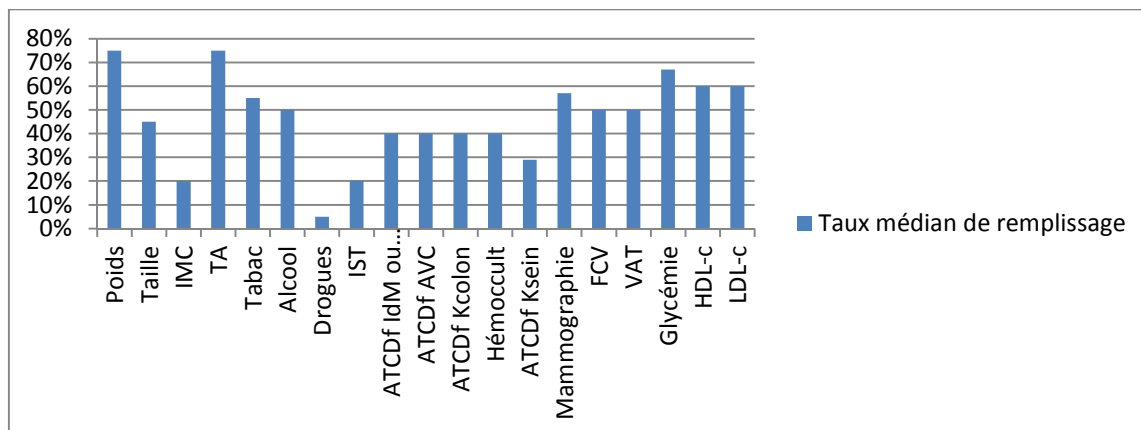


Tableau 16 : Indicateur par indicateur, Taux de remplissage dans les dossiers.

	Taux Minimum	Taux Maximum	Taux Médian
Poids	35%	100%	75%
Tension Artérielle	25%	100%	75%
Glycémie	0%	86%	67%
HDL-c	0%	80%	60%
LDL-c	0%	80%	60%
Mammographie	0%	100%	57%
Tabac	0%	90%	55%
VAT	19%	85%	50%
FCV	0%	100%	50%
Alcool	0%	85%	50%
Taille	15%	100%	45%
Hémo occult	0%	75%	40%
ATCDf IdM ou MS	0%	65%	40%
ATCDf AVC	0%	65%	40%
ATCDf Kcolon	0%	65%	40%
ATCDf Ksein	0%	71%	29%
IMC	0%	85%	20%
IST	0%	80%	20%
Drogues	0%	80%	5%

c) Taux de dates notées dans les dossiers

Tableau 17 : Indicateur par indicateur, Taux de dates notées quand l'indicateur est noté.

	Taux Minimum	Taux Maximum	N médecins qui ne notent pas de date /15
Poids	X	100%	X
Taille	X	100%	X
IMC	0%	100%	X
TA	X	100%	X
Tabac	0%	100%	5/15

	Taux Minimum	Taux Maximum	N médecins qui ne notent pas de date /15
Alcool	0%	100%	4/15
Drogues	0%	100%	4/15
IST	0%	100%	X
ATCDf IdM ou MS	0%	100%	5/15
ATCDf AVC	0%	100%	6/15
ATCDf Kcolon	0%	100%	7/15
Hémoccult	0%	100%	X
ATCDf Ksein	0%	100%	5/15
Mammographie	0%	100%	X
FCV	0%	100%	X
VAT	X	100%	X
Glycémie	0%	100%	X
HDL-c	0%	100%	X
LDLC-c	0%	100%	X

d) Taux de périodicités respectées dans les dossiers

Le graphique suivant donne pour chaque indicateur - en abscisse, le Taux médian de périodicités respectées dans les dossiers - en ordonnée (en pourcentage).

Graphique 7 : Indicateur par indicateur, Taux médian de périodicités respectées.

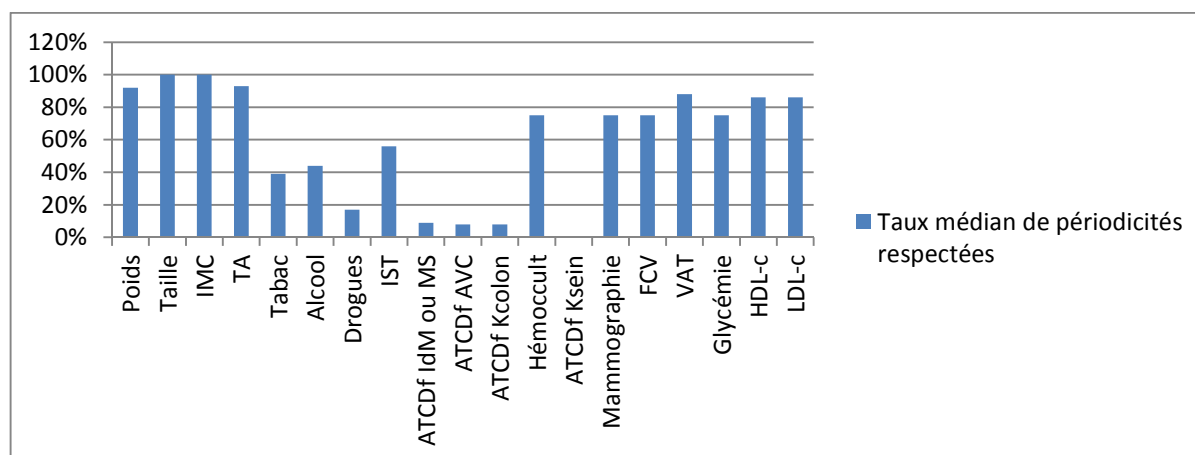


Tableau 18 : Indicateur par indicateur, Taux de périodicités respectées si la date est notée.

	Taux Minimum	Taux Maximum	Taux Médian	Taux de médecins ne notant pas la date/15
Taille	31%	100%	100%	X
IMC	0%	100%	100%	X
TA	80%	100%	93%	X
Poids	62%	100%	92%	X
VAT	67%	100%	88%	X
HDL-c	0%	100%	86%	X
LDLC-c	0%	100%	86%	X
Hémoccult	0%	100%	75%	X
Mammographie	0%	100%	75%	X

	Taux Minimum	Taux Maximum	Taux Médian	Taux de médecins ne notant pas la date/15
FCV	0%	100%	75%	X
Glycémie	0%	100%	75%	X
IST	0%	100%	56%	X
Alcool	0%	86%	44%	4/15
Tabac	0%	80%	39%	5/15
Drogues	0%	100%	17%	4/15
ATCDf IdM ou MS	0%	100%	9%	5/15
ATCDf AVC	0%	44%	8%	6/15
ATCDf Kcolon	0%	44%	8%	7/15
ATCDf Ksein	0%	50%	0%	5/15

3. Synthèse des résultats du deuxième tour de l'audit

a) Profil des patients étudiés dans les dossiers du 2°recueil

Tableau 19 : Médecin par médecin, profil des patients étudiés.

	Hommes	Femmes	Age min	Age max	Age Moyen	Age Médian
Médecin 1	13	7	23a	78a	50.3a	51a
Médecin 2	7	13	20a	81a	45.3a	46a
Médecin 3	7	13	21a	80a	54.7a	58a

Tableau 19 bis : Médecin par médecin, profil des patients étudiés. H= Hommes, F= Femmes.

	>45 ans	H>45 ans	F> 55 ans	50-75 ans	F=50-75 ans	F=25-65 ans
Médecin 1	14	10	3	11	2	4
Médecin 2	10	4	2	8	5	10
Médecin 3	14	6	6	9	5	7

b) Taux d'indicateurs notés dans les dossiers

Le graphique suivant donne pour chaque indicateur - en abscisse, le Taux médian de remplissage dans les dossiers - en ordonnée (en pourcentage).

Graphique 8 : Indicateur par indicateur, Taux médian de remplissage au 2° recueil.

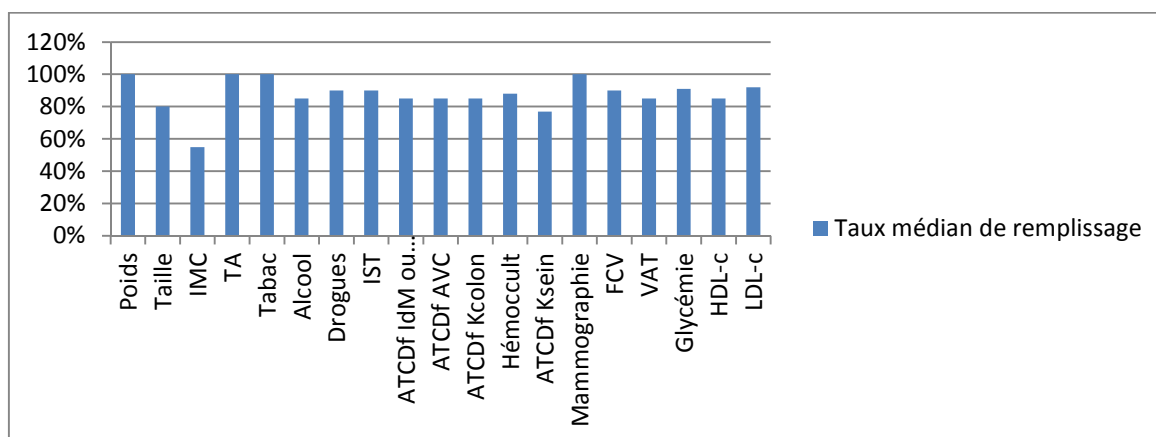


Tableau 20 : Indicateur par indicateur, Taux de remplissage.

	Taux Minimum	Taux Maximum	Taux Médian
Poids	100%	100%	100%
TA	95%	100%	100%
Mammographie	80%	100%	100%
Tabac	75%	100%	100%
LDL-c	85%	100%	92%
Glycémie	81%	100%	91%
FCV	71%	100%	90%
Drogues	65%	100%	90%
IST	65%	100%	90%
Hémocult	82%	89%	88%
HDL-c	83%	100%	85%
Alcool	65%	100%	85%
VAT	65%	95%	85%
ATCDf IdM ou MS	75%	90%	85%
ATCDf Kcolon	75%	90%	85%
ATCDf AVC	75%	85%	85%
Taille	70%	95%	80%
ATCDf Ksein	69%	86%	77%
IMC	50%	65%	55%

c) Taux de dates notées dans les dossiers

Tableau 21 : Indicateur par indicateur, Taux de dates notées quand l'indicateur est noté.

	Taux Minimum	Taux Maximum
Poids	X	100%
Taille	X	100%
IMC	X	100%
TA	X	100%
Tabac	X	100%
Alcool	X	100%
Drogues	X	100%
IST	X	100%
ATCDf IdM ou MS	94%	100%
ATCDf AVC	94%	100%

	Taux Minimum	Taux Maximum
ATCDf Kcolon	94%	100%
Hémocult	X	100%
ATCDf Ksein	X	100%
Mammographie	X	100%
FCV	X	100%
VAT	XX	100%
Glycémie	X	100%
HDL-c	X	100%
LDLC-c	X	100%

d) Taux de périodicités respectées dans les dossiers

Le graphique suivant donne pour chaque indicateur - en abscisse, le Taux médian de périodicités respectées dans les dossiers - en ordonnée (en pourcentage).

Graphique 9 : Indicateur par indicateur, Taux médian de périodicités respectées

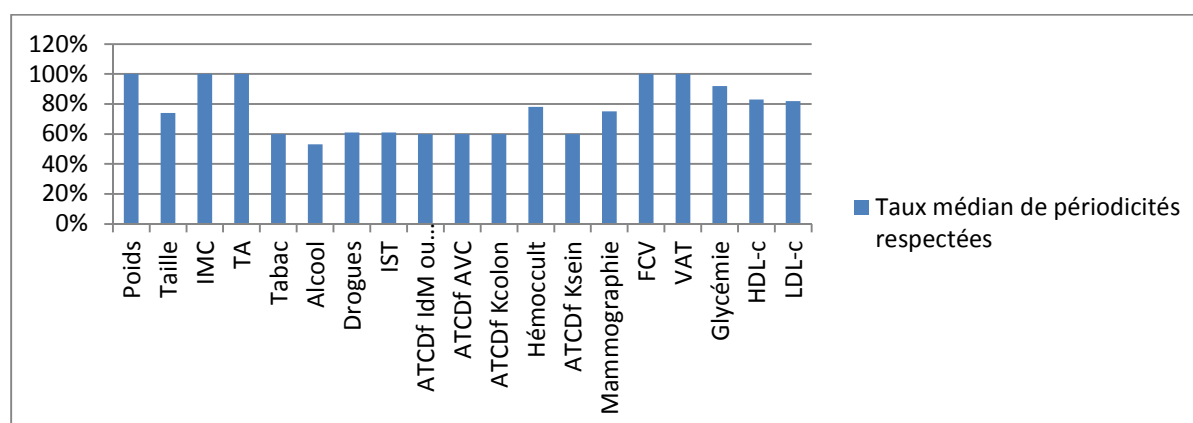


Tableau 22 : Indicateur par indicateur, Taux de périodicités respectées si la date est notée.

	Taux Minimum	Taux Maximum	Taux Médian
IMC	100%	100%	100%
VAT	92%	100%	100%
TA	90%	100%	100%
Poids	85%	100%	100%
FCV	78%	100%	100%
Glycémie	70%	93%	92%
HDL-c	60%	91%	83%
LDLC-c	67%	82%	82%
Hémocult	71%	88%	78%
Mammographie	50%	80%	75%
Taille	71%	88%	74%
IST	45%	77%	61%
Drogues	40%	77%	61%
Tabac	45%	73%	60%
ATCDf IdM ou MS	47%	71%	60%
ATCDf AVC	44%	71%	60%
ATCDf Kcolon	41%	71%	60%
ATCDf Ksein	33%	67%	60%
Alcool	45%	69%	53%

4. Comparaison des 2 recueils

a) Comparaison des Taux médians d'indicateurs notés dans les dossiers

Le graphique suivant donne pour chaque indicateur - en abscisse, les Taux médians de remplissage au premier et au deuxième tour de recueil - en ordonnée (en pourcentage) pour les médecins du cabinet VH.

Graphique 10 : Indicateur par indicateur, comparaison des Taux médians d'indicateurs notés pour les 3 médecins du cabinet VH lors des deux recueils.

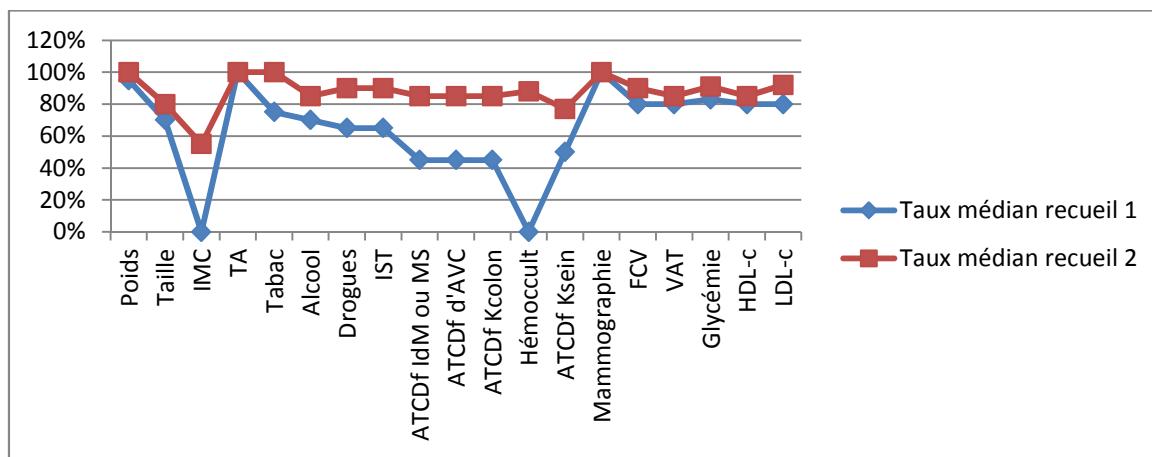


Tableau 23 : Comparaison des Taux médians d'indicateurs notés lors des deux recueils.

	Taux Médian RECUEIL 1 (15 médecins)	Taux Médian RECUEIL 1 (3 médecins VH)	Taux Médian RECUEIL 2 (3 médecins VH)
Poids	75%	95%	100%
Taille	45%	70%	80%
IMC	20%	0%	55%
TA	75%	100%	100%
Tabac	55%	75%	100%
Alcool	50%	70%	85%
Drogues	5%	65%	90%
IST	20%	65%	90%
ATCDf IdM ou MS	40%	45%	85%
ATCDf AVC	40%	45%	85%
ATCDf Kcolon	40%	45%	85%
Hémocult	40%	0%	88%
ATCDf Ksein	29%	50%	77%
Mammographie	57%	100%	100%
FCV	50%	80%	90%
VAT	50%	80%	85%
Glycémie	67%	83%	91%
HDL-c	60%	80%	85%
LDLC-c	60%	80%	92%

b) Comparaison des Taux de dates notées dans les dossiers

Tableau 24 : Comparaison des Taux de dates notées lors des 2 recueils.

	Taux RECUEIL 1 (15médecins) Taux min-Taux max	Taux RECUEIL 1 (3 médecins VH) Taux min-Taux max	Taux RECUEIL 2 (3 médecins VH) Taux min-Taux max
Poids	100%	100%	100%
Taille	100%	100%	100%
IMC	0-100%	0%	100%
TA	100%	100%	100%
Tabac	0-100%	100%	100%
Alcool	0-100%	100%	100%
Drogues	0-100%	100%	100%
IST	0-100%	100%	100%
ATCDf IdM ou MS	0-100%	85-100%	94-100%
ATCDf AVC	0-100%	85-100%	94-100%
ATCDf Kcolon	0-100%	85-100%	94-100%
Hémoccult	0-100%	0-100%	100%
ATCDf Ksein	0-100%	100%	100%
Mammographie	0-100%	100%	100%
FCV	0-100%	100%	100%
VAT	100%	100%	100%
Glycémie	0-100%	100%	100%
HDL-c	0-100%	100%	100%
LDLC-c	0-100%	100%	100%

c) Comparaison des Taux de périodicités respectées dans les dossiers

Le graphique donne pour chaque indicateur - en abscisse, les Taux médians de périodicités respectées lors des deux recueils - en ordonnée (en pourcentage), pour les médecins du cabinet VH.

Graphique 11 : Indicateur par indicateur, comparaison des Taux médians de périodicités respectées pour les 3 médecins du cabinet VH, lors des deux recueils.

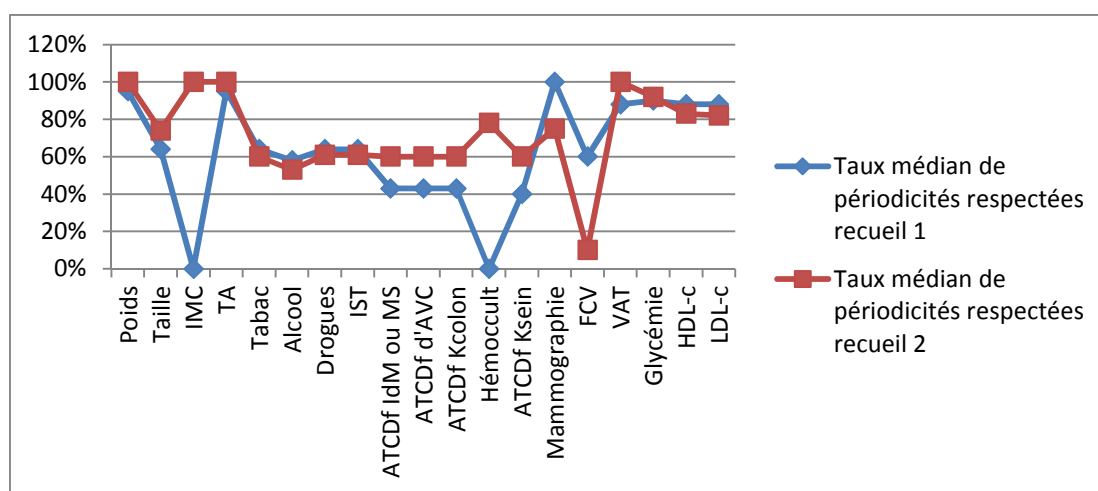


Tableau 25 : Comparaison des Taux médians de périodicités respectées lors des 2 recueils.

	Taux Médian RECUEIL 1 (15 médecins)	Taux Médian RECUEIL 1 (3 médecins VH)	Taux Médian RECUEIL 2 (3 médecins VH)
Poids	92%	95%	100%
Taille	100%	64%	74%
IMC	100%	0%	100%
TA	93%	95%	100%
Tabac	39%	64%	60%
Alcool	44%	58%	53%
Drogues	17%	64%	61%
IST	56%	64%	61%
ATCDf IdM ou MS	9%	43%	60%
ATCDf AVC	8%	43%	60%
ATCDf Kcolon	8%	43%	60%
Hémoccult	75%	0%	78%
ATCDf Ksein	0%	40%	60%
Mammographie	75%	100%	75%
FCV	75%	60%	100%
VAT	88%	88%	100%
Glycémie	75%	90%	92%
HDL-c	86%	88%	83%
LDLC-c	86%	88%	82%

5. Tableau de Bord de Suivi (TBS)

a) Remplissage du TBS dans les dossiers étudiés lors du 2° recueil

Tableau 26 : Taux de TBS remplis. H= Hommes, F= Femmes.

	TBS complétés /20 dossiers	TBS F/TBS complétés	TBS H/TBS complétés	TBS F complétés/F	TBS H complétés/H
Médecin 1	17/20	6/17	11/17	6/7	11/13
Médecin 2	14/20	8/14	6/14	8/13	6/7
Médecin 3	13/20	8/13	5/13	8/13	5/7

Tableau 27: Nombre d'indicateurs complétés et d'alarmes dans les TBS.

		Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3
Nombre minimum d'indicateurs remplis	Homme	7/19	15/19	9/19
	Femme	8/23	20/23	7/23
Nombre maximum d'indicateurs remplis	Homme	19/19	19/19	19/19
	Femme	22/23	23/23	23/23
Nombre médian d'indicateurs remplis	Homme	17/19	17/19	18/19
	Femme	21/23	23/23	22/23

Tableau 28 : Nombre d'alarmes dans les TBS.

		Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3
Nombre minimum d'alarmes	Homme	0/19	0/19	0/19
	Femme	1/23	0/23	0/23
Nombre maximum d'alarmes	Homme	12/19	4/19	10/19
	Femme	15/23	3/23	16/23
Nombre médian d'alarmes	Homme	2/19	3/19	1/19
	Femme	3/23	0/23	1/23

A noter :

Médecin 1 : 6 patients avec 1 indicateur en alarme + 1 patient avec 2 indicateurs en alarme, mais patients non concernés par ces indicateurs. >> En alarme : l'Hémoccult, la Mammographie et le Vaccin HPV.

Médecin 2 : 1 patient avec 1 indicateur en alarme, mais patient non concerné par cet indicateur. >> En alarme : le Vaccin HPV.

Médecin 3 : 3 patients avec 1 indicateur en alarme + 1 patient avec 3 indicateurs + 1 patient avec 5 indicateurs, mais patients non concernés par ces indicateurs. >> En alarme : Le Vaccin HPV, L'Hémoccult, la Mammographie, Glycémie, HDL et LDL-c.

b) Utilisation du TBS au cabinet rue Victor Hugo depuis sa création

Le logiciel éO possède un outil épidémiologie. On a regardé les TBS remplis du 01/01/2012 au 30/12/2012 (31 non inclus pour raisons informatiques), chez les patients vus au moins une fois en consultation, âgés de 18 à 65 ans (donc nés entre 01/01/1947 et le 31/12/1994). Remplis = au moins un item complété qui ne fait pas partie des items remplis automatiquement dans le TBS à sa création si renseigné dans le dossier (Poids, Taille, PAS, PAD, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol).

Tableau 29 : Par tranches d'âge et de sexe, nombre de patients ayant consulté au moins une fois entre le 01/01/2012 et 30/12/2012 et pour lesquels un TBS a été créé.

		Nb de patients ayant consulté Au moins une fois en 2012 = N1	N1 pour lesquels un TBS de prévention existe = N2	Taux (N1/N2)
Hommes	18-65 ans	881	829	94,10%
	50-65 ans	260	248	95,30%
	45-65 ans	338	323	95,60%
Femmes	18-65 ans	914	865	94,50%
	50-65 ans	238	228	95,70%
	45-65 ans	319	307	96,20%
	25-65 ans	591	563	95,30%

Graphique 12 : Par tranches d'âge et de sexe, nombre de patients ayant consulté au moins une fois entre le 01/01/2012 et 30/12/2012 et pour lesquels un TBS a été créé.

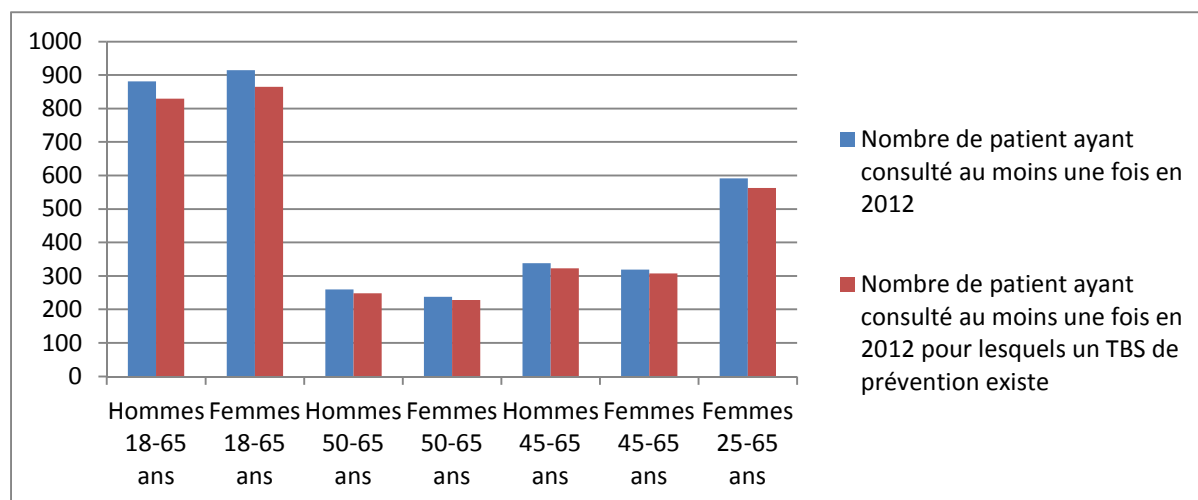


Tableau 30: Par tranches d'âge et indicateur par indicateur - pour les patients ayant consulté au moins une fois entre le 01/01/2012 et 30/12/2012 - nombre de TBS où l'indicateur est présent et à jour.

		Nb de TBS où indicateur présent = B	Taux de TBS où indicateur présent (B/A)	Nb de TBS où indicateur présent et à jour = C	Taux de TBS où indicateur à jour quand renseigné (C/B)
Hommes 18-65 ans (829 TBS créés = A)	Poids	790	95,20%	677	85,60%
	Taille	682	82,20%	307	45%
	IMC	313	37,80%	194	61,90%
	PAS	800	96,50%	710	88,70%
	PAD	799	96,30%	707	88,40%
	Tabac	481	58%	343	71,30%
	Alcool	457	65,90%	312	68,30%
	Drogues	495	59,70%	363	73,30%
	IST	481	58%	349	72,50%
	ATCDf IdM ou MS	458	55,20%	342	74,70%
	ATCDf AVC	483	58,20%	344	71,20%
	ATCDf Kcolon	485	58,50%	343	70,70%
	VAT	448	54%	403	89,90%
Hommes 50-65 ans (248 TBS créés = A)	Hémoccult	138	55,60%	101	73,20%
Hommes 45-65 ans (323 TBS créés = A)	Glycémie	285	88,20%	285	100%

Tableau 31 : Par tranches d'âge et indicateur par indicateur - pour les patientes ayant consulté au moins une fois entre le 01/01/2012 et 30/12/2012 - nombre de TBS où l'indicateur est présent et à jour.

		Nb de TBS où indicateur présent = B	Taux de TBS où indicateur présent (B/A)	Nb de TBS où indicateur présent et à jour = C	Taux de TBS où indicateur à jour quand renseigné (C/B)
Femmes 18-65 ans (865 TBS créés = A)	Poids	709	81,90%	0	0,00%
	Taille	659	76,20%	280	42,50%
	IMC	284	32,80%	171	60,20%
	PAS	832	96,10%	762	91,60%
	PAD	832	96,10%	761	91,40%
	Tabac	414	47,90%	292	70,50%
	Alcool	392	45,30%	274	69,90%
	Drogues	433	50,10%	294	67,90%
	IST	417	48,20%	282	67,60%
	ATCDf IdM ou MS	405	46,80%	292	72,00%
	ATCDf AVC	431	49,80%	295	68,40%
	ATCDf Kcolon	434	50,20%	297	68,40%
	ATCDf Ksein	431	49,80%	290	67,30%
	VAT	397	45,90%	342	86,10%
Femmes 50-65 ans (228 TBS créés = A)	Hémocult	105	46,10%	72	68,60%
	Mammographie	107	46,90%	73	68,20%
Femmes 45-65 ans (307 TBS créés = A)	Glycémie	275	89,60%	275	100,00%
Femmes 25-65 ans (563 TBS créés = A)	FCV	271	48,10%	220	81,20%

A noter : les données concernant les HDL et les LDL-cholestérol pour les Femmes et les Hommes n'ont pas été prises en compte. Les limites inférieures d'âges utilisées pour l'extraction des données du logiciel étaient erronées.

DISCUSSION

1. A propos des recommandations HAS et du PSU-GVLG sur les indicateurs étudiés, et de leur connaissance par les 15 médecins interrogés

Pour rappel, les 19 indicateurs étudiés font l'objet de recommandations de l'HAS, citées en Annexes 44 à 52. Pour certains indicateurs, des informations sont à préciser (ex. si Antécédent familial d'Infarctus du Myocarde ou de Mort Subite, il faut préciser l'âge, le sexe et le degré de parenté du parent malade) et des périodicités de recueil sont fixées. Dans le cas où des périodicités de recueil n'ont pas été fixées par les recommandations HAS, les médecins du PSU-GVLG ont discuté entre eux et décidé de périodicités de recueil à appliquer par indicateur. Ils ont également listé certaines informations supplémentaires à renseigner concernant quelques indicateurs (ex. le sevrage pour l'Alcool et le Tabac, moyens de prévention et ATCD d'IST, drogues consommées).

Les renseignements complémentaires proposés par les médecins du PSU-GVLG ne sont pas toujours déclarés notés par les médecins interrogés. Idem pour les renseignements recommandés par l'HAS. Ils sont à rediscuter avec les médecins interrogés mais également avec des médecins extérieurs au pôle. Lesquels sont les plus cohérents et les plus facilement utilisables dans la pratique quotidienne au cabinet ? Nécessité d'une collaboration dans cette optique avec l'Etat et les organismes en charge des recommandations. Nécessité de travaux de recherche spécifiques pour chaque indicateur.

Concernant les périodicités de recueil des indicateurs. Les médecins du pôle ne connaissent pas toujours les périodicités qu'ils ont eux même fixé. Pour l'Hémocult, la Mammographie et le VAT les périodicités définies par les recommandations HAS sont en majorité déclarées respectées. En moyenne pour le FCV, une périodicité de 24 mois est déclarée notée contre une périodicité recommandée de 36 mois.

Aucun travail n'a été retrouvé concernant les connaissances des médecins généralistes sur les recommandations HAS sur le FCV, et leur mise en pratique.

D'autres réponses ont été données par les médecins aux questions posées à l'interrogatoire, en plus des indicateurs cités. Ils sont également des pistes de réflexion sur les indicateurs de prévention :

A Renseigner à l'interrogatoire : Antécédent personnel ou familial de diabète (3 médecins /15), Moyens de contraception (5/15), Interruption(s) volontaire(s) de grossesse (2/15) et Grossesses pour les femmes (1/15). PSA pour les hommes (1/15). Le Travail (2/15). Victime de violences (1/15)? Allergies (2/15).

A Renseigner à l'examen physique : La Fréquence cardiaque (3/15), les suivis dentaires (1/15) et ophtalmologiques (1/15).

A Renseigner dans les examens complémentaires : Fibroscopie oeso gastro duodénale et coloscopie (1/15), groupe, Rhésus pour les femmes enceintes (1/15). Ionogramme sanguin (1/15), Bilan hépatique (1/15). HbA1c (1/15). Sérologies des infections sexuellement transmissibles (3/15). PSA (1/15). ECG (1/15), TSH (1/15), Clairance de la Créatinine (4/15).

Concernant le Tabac : l'âge de début (7/15).

Concernant l'Alcool : si consommation à risque (2/15).

Concernant les Drogues : pour certains médecins, renseignés dans le dossier que si problématique pour le patient, avec son accord (2/15). Peur que ce soit stigmatisant.

Concernant les IST : pour certains, notés que si infection (2/15).

Concernant les Antécédents familiaux : Diabète (7/15), HTA (6/15); Cancer du col (3/15), des ovaires (2/15), Maladie veineuse thrombo embolique (4/15), Dysthyroïdie (1/15), Obésités (1/15), Troubles des fonctions supérieures (1/15).

Ces données obtenues à l'interrogatoire sont en cours de discussion. Les médecins du PSU-GVVG souhaitent en intégrer certains dans des nouveaux TBS en cours de réflexion.

>> **Recommandations parfois méconnues alors que clairement définies, idem pour les données à renseigner décidées par les médecins du pôle. Méconnues ou non suivies car non utiles à la pratique quotidienne? Difficiles à interroger ?...Différence, parfois, pour un indicateur, entre les renseignements complémentaires proposés par les recommandations, et ceux proposés par les médecins du PSU-GVLG. Nécessité de les rediscuter pour définir les données pertinentes, faciles à renseigner dans les dossiers et intéressant la majorité des médecins, utiles au patient. Utiles à l'élaboration de stratégies de prévention. Logique d'une prise en charge identique pour tous. Faut-il faire des catégories de prévention : par âge, par sexe ? Comment ?**

2. A propos de ce que déclarent faire les 15 médecins dans le renseignement des dossiers patients, en matière de prévention

1 seul médecin, sur les 15, déclare noter les 19 indicateurs. Aucun indicateur n'est déclaré noté par tous les médecins. Pour chaque médecin, au moins un indicateur est déclaré noté mais n'est pas retrouvé noté dans plus de la moitié des dossiers. Les médecins sont plus ou moins sensibilisés à des indicateurs à différents moments : selon les formations reçues, les actualités générales et médicales...

Les items les moins souvent déclarés notés présentent des contraintes en terme de temps consacré et d'organisation : ex. prendre le temps de mesurer les patients, (à condition d'avoir une toise), de calculer l'IMC... Difficultés à aborder certains sujets : la sexualité, l'usage de drogues, d'où l'importance de développer le DPC et les réflexions sur certains indicateurs. Réflexion sur les questions à poser pour lancer la discussion, la façon de renseigner les informations dans les dossiers.

Pas de recommandation concernant les emplacements de préférence où noter les indicateurs dans les dossiers. Les résultats du questionnaire mettent en évidence la nécessité d'une simplification de ce recueil, notamment par un outil unique : le TBS.

Se pose la question, en cas d'anomalie d'un indicateur dans le TBS, de re noter l'information dans le dossier médical : dans la chronologie de la consultation où l'emplacement dédié à cet indicateur. Le risque étant de perdre l'information parmi toutes les données du TBS.

Le TBS est une aide mais il ne doit pas se substituer à l'observation de la consultation qui a pour objectif de noter les motifs de consultation, les données recueillies et les actions proposées. De même, comment le présenter au patient ? Le renseigner sur tous les indicateurs ou seulement ceux anormaux ? Faire une fiche de renseignement en matière de prévention ?

>> Les données obtenues lors du questionnaire mettent en évidence la nécessité de simplifier et d'organiser le recueil des indicateurs de prévention. Les problèmes soulevés semblent pouvoir être résolus en partie par les TBS. Ces conclusions font écho aux résultats de l'étude concernant les TBS dans le suivi des pathologies chroniques, présentée en Introduction.

3. A propos des résultats des recueils dans les dossiers patients observés

A l'exception du Poids, les indicateurs aux taux de remplissage les plus élevés, au 1^o tour, ne sont pas les indicateurs les plus souvent déclarés notés. Les indicateurs aux taux de remplissage les plus bas sont les indicateurs les moins souvent déclarés notés (Drogues, IST et IMC).

Les taux médians de périodicité respectée les plus élevés, au 1^o tour, ne sont pas pour les indicateurs pour lesquels il y a des recommandations (Mammographie, HémoCCult, FCV). Non-respect des recommandations pour la Mammographie et l'HémoCCult (alors que recommandations déclarées connues).

Décalage entre ce que pensent faire et/ou ce que veulent faire les médecins et ce qu'ils font. Oubli d'interroger les malades ? Oubli de renseigner dans les dossiers ce qui a été demandé ?

Difficultés des médecins à estimer parfaitement ce qu'ils renseignent dans les dossiers. Mais bonne connaissance de ce qu'ils ne renseignent jamais. Si on interroge les médecins sur les indicateurs non retrouvés, dans leurs dossiers patients, les réponses sont souvent « je ne l'ai pas noté mais je le sais », « je sais que je l'ai demandé mais je ne l'ai pas noté ». Quid du médecin qui remplace et qui veut trouver l'information ? Difficultés à se souvenir d'interroger sur cet indicateur ou difficultés à renseigner le dossier car long, compliqué et pas d'emplacement adapté ? Rôle du TBS pour faciliter le recueil (aide-mémoire et gain de temps).

Si on compare les deux recueils faits dans cette thèse : les indicateurs présentant les taux de remplissage les plus bas et les plus hauts n'ont pas changé d'un recueil à l'autre. Taux médians de recueil de l'IMC et de l'Hémocult passés de nuls à 55% et 88%... A noter, que le FCV fait partie des taux médians de périodicités respectées les plus élevés lors des deux recueils, alors que méconnaissance de la périodicité de recueil recommandée mise en évidence lors du questionnaire. Les taux médians de périodicité ont été améliorés pour tous les indicateurs sauf la Mammographie et le FCV, sans explication retrouvée. Les interventions entre les deux recueils ont été des formations sur la prévention, la participation à un travail de thèse concernant l'Hémocult et l'introduction d'un TBS.

>> Par rapport aux études citées en introduction (12) et (18), cet audit a permis une augmentation des taux médians de recueil de tous les indicateurs, et des taux médians de périodicité respectées pour 12 indicateurs sur 19. Les méthodologies de ces différentes études sont cependant différentes et les résultats ne peuvent pas être comparés significativement. Mais se pose la question du rôle majeur du TBS dans cette amélioration.

4. A propos du TBS de prévention (3 médecin au cabinet rue Victor Hugo)

Plus de la moitié des TBS, des 20 dossiers patients par médecin, ont été remplis. Ces résultats tendent à prouver la rapidité d'intégration à la pratique quotidienne des TBS dans les consultations.

Le 2° tour de recueil dans 20 dossiers patients par médecins n'a pas été effectué chez 13 médecins ayant participé au 1° tour car ils souhaitent changer de logiciel métier. Une des raisons invoquées pour ce changement de logiciel était la possibilité de développer l'utilisation de TBS. Les médecins du PSU-GVLG sont convaincus qu'ils peuvent les aider dans le suivi des patients et faciliter les travaux de recherche au sein du pôle en uniformisant les modalités de recueil des données concernant un indicateur.

Le TBS permettrait d'avoir un lieu de recueil simplifié et unique, en l'absence d'anomalies des indicateurs. En notant plusieurs indicateurs dans la chronologie de la consultation, on prend le risque de perdre les informations après plusieurs consultations, d'où l'importance de privilégier un lieu de recueil dédié à ces indicateurs. Ce lieu peut être propre à l'organisation du médecin ou un emplacement dédié du logiciel... Les TBS pouvant jouer le rôle de l'un et/ou de l'autre.

Mais toute information importante, pathologique, nécessitant une intervention doit être mise en évidence dans le dossier patient. Le TBS ne permet pas de mettre en valeur une information isolée. C'est un lieu de centralisation des données, consultable à tout moment, servant de référence.

Les médecins du cabinet rue Victor Hugo ont créé un site internet, afin de mieux communiquer. Ils échangent ainsi des informations sur leurs agendas, sur les comptes du cabinet, les informations aux internes... Un des éléments du site s'appelle : éO-dossier médical (<https://sites.google.com/site/scmchristidisdurieznougairrede/eo>), il permet aux différents médecins et internes utilisant le logiciel et les TBS de prévention Hommes et Femmes, de faire des remarques pour les faire évoluer.

Exemples de messages laissés sur le site concernant les TBS de prévention :

- « Réfléchir au mode d'utilisation des alarmes.
- Créer TBS enfant et adolescent ; TBS asthme, dépression, IST, personnes âgées et/ou dépendantes.
- Dans TBS des Femmes : introduire des items sur désir d'enfant et contraception, éducation de la patiente, oubli de pilule...
- Une ligne pour calculer le facteur de risque global cardio vasculaire ? »

>> Depuis sa création en octobre 2011, le TBS a déjà évolué et facilité les pratiques. Il se veut en perpétuelle évolution, selon les recommandations et les patientèles des médecins. Le TBS mis en place au cabinet VH, ne conviendra peut être pas aux médecins du cabinet ML par exemple. Il doit être une aide et non une gêne. Il se complète avec le patient ou sans lui, en moins de 5 minutes. Des modifications sont à discuter au vu des résultats obtenus dans cette étude.

5. A propos des évolutions proposées par indicateur

Les résultats indicateur par indicateur sont détaillés en Annexes 5 à 23. Voici des pistes de réflexions au vu des résultats. Ces pistes seront soumises aux médecins du PSU-GVLG pour modifier les référentiels de recueil, en l'absence de recommandations.

Tableau 32 : Indicateur par indicateur, pistes de réflexions pour l'emplacement et la périodicité de recueil.

	EMPLACEMENT PROPOSE	PERIODICITE PROPOSEE
POIDS	Dédié (TBS)?	2-4 mois ou 12 mois?
TAILLE	Dédié (TBS) ou chronologie de la consultation?	12 mois ou 36 mois?
IMC	Dédié (TBS)?	12 mois ou 36 mois ou chaque modification Poids/Taille?
TA	Dédié (TBS) ou chronologie ?	12 mois ou chaque consultation ou à la demande?
TABAC	Organisation propre (TBS)?	12 mois?

	EMPLACEMENT PROPOSE	PERIODICITE PROPOSEE
ALCOOL	Organisation propre du médecin (TBS)?	12 mois?
DROGUES	Organisation propre du médecin (TBS)?	12 mois?
IST	Organisation propre du médecin (TBS)?	12 mois? Quelle question pour entamer le dialogue?
ATCDf IdM ou MS	Dédié (TBS)?	12 mois? Préciser si Facteur de risque ou non?
ATCDf AVC	Dédié (TBS)?	12 mois? Préciser si Facteur de risque ou non?
ATCDf Kcolon	Dédié (TBS)?	12 mois? Préciser si Facteur de risque ou non?
HEMOCCULT	Organisation propre du médecin (TBS)?	Suivi des recommandations
ATCDf Ksein	Dédié (TBS)?	12 mois? Préciser si Facteur de risque ou non?
MAMMOGRAPHIE	Organisation propre du médecin (TBS)?	Suivi des recommandations
FCV	Organisation propre du médecin (TBS)?	Suivi des recommandations
VAT	Dédié (TBS)?	10 ans. Revaxis (DTP) ou Repevax (DTPCoqHI)?
GLYCEMIE	Dédié (TBS)?	12 mois/ 36 mois/ 12-36 mois? Quand commencer?
HDL-c	Chronologie de la consultation?	12 mois? Quand commencer ?
LDLC-c	Chronologie de la consultation?	12 mois? Quand commencer ?

Concernant le TBS

En avril 2013, le Pôle de Santé Universitaire de Paris 7 (PSUP7, composé de médecins généralistes enseignant à l'université de médecine Paris 7, d'internes en cours de travaux de thèse sur la prévention et de coordinateurs de réseaux de santé) ont proposé une réflexion sur les indicateurs du TBS, ce qu'il fallait changer ou rajouter.

Par exemple :

Tabac : le patient fume ou a déjà fumé (oui/non), si oui : date de début de consommation, consommation moyenne, date arrêt consommation. Conseil minimal fait (oui/non) ?

Alcool : le patient est abstinent primaire ou secondaire, consommation simple, consommation à risque, usage nocif, alcoolo dépendant (Pyramide de Skinner) ?

Drogues : consommation problématique de drogue illicite ou de médicament (oui/non) ?

IST : Sérologies VHB ? Chlamydiae ? Prise de risque des IST (oui/non) ?

Antécédents familiaux : Diabète ? Lien de parenté ? Age de survenu ?

Hémoccult, Mammographie et FCV : simplifier les choix : Non réalisé, fait, exclusion (préciser dans commentaires les raisons et la durée de l'exclusion) ?

Créer un item Vaccination, en supprimant VAT et Vaccin HPV.

Biologie : rajouter la Clairance de la créatinine ?

Une autre évolution envisageable serait un TBS adapté à chaque âge du patient. Il n'inclurait que des indicateurs liés à l'âge du patient. Ex. Hémoccult qui n'apparaîtrait dans le TBS qu'à l'âge de 50 ans. Pour le moment, c'est impossible, l'indicateur est renseigné « non concerné » quand l'âge ne fait pas parti des âges concernant l'indicateur. Mais ces indicateurs complétés alors que non en rapport avec le patient peuvent être contraignant pour les médecins et mettre un frein au remplissage des TBS.

6. A propos des médecins interrogés et des dossiers patients observés

a) Les médecins interrogés

Dans le cadre de l'audit, les résultats obtenus dans cette étude, sont limités aux médecins ayant participé. Ils ne sont pas généralisables, et ne sont pas reproductibles. Les médecins participant ont déjà participé à des travaux de thèse sur la prévention (12), (13), (14), (18), ils sont sensibilisés à la prévention. Ils font partie du PSU-GVLG et discutent régulièrement de l'évolution de leurs pratiques. 12 médecins sur 15 appartiennent à des cabinets de groupe. La prévention mise en évidence dans leurs dossiers patients n'est pas toujours le reflet de leur pratique individuelle mais celle de l'organisation du cabinet et d'un travail collectif.

12 médecins sont sortis de l'étude entre le 1° et le 2° recueil. Des recherches effectuées par le responsable du PSU-GVLG dans le logiciel Médicawin (utilisé par les 12 médecins) ont prouvé qu'il était moins pratique d'usage et moins fonctionnels que le logiciel éO. En juillet 2013, ces 12 médecins étaient en cours de changement de logiciel. L'utilisation d'un même logiciel va permettre une harmonisation des pratiques et le développement de travaux de recherche au sein du PSU-GVLG. Comme vu dans Matériel et Méthode, ce changement peut être long et compliqué (cf. Annexe 54).

Augmentation du nombre de médecins participant au PSU-GVLG avec des domaines de compétence différents et se complétant. Remaniement de la composition de certains cabinets au cours du travail de thèse (ne concernent pas les médecins du cabinet rue Victor Hugo, observés lors des deux recueils). Mise en place de nouveaux axes de réflexion.

b) Les patients inclus

Pas de limite supérieure d'âge, patients inclus dès 18 ans. La prévention se limite pour certains indicateurs à des bornes (ex. HémoCCult 50 à 75 ans). Choix volontaire d'inclure tous les patients de plus de 18 ans, car recommandations souvent à partir de 18 ans.

TBS de prévention Hommes et Femmes qui ne concernent que les patients de 18 à 65 ans.

De nouveaux TBS sont en cours de discussion : les patients de plus de 65 ans, les patients en EHPAD, les adolescents, les femmes...

Modification de la méthodologie de recueil des patients entre le 1° et le 2° recueil. Au vu du faible nombre de patients étudiés par médecin, pas d'incidence sur les résultats.

7. A propos des pratiques de prévention à l'étranger, quelques exemples.

A l'image de l'Australie, de l'Angleterre, des Etats-Unis ou encore des Pays Bas, plusieurs pays ont développé des sites de référence en matière de médecine préventive. Ils s'adressent aux médecins généralistes mais aussi aux particuliers qui souhaitent se renseigner. Ces sites parlent de la prévention telle qu'elle est définie par l'OMS, et centralisent un ensemble de recommandations. Certains présentent également des travaux de recherche (ex. NIVEL primary Care Database du Netherlands institute for health services research). Certains pays comme les Pays Bas ont développé une consultation dédiée à la prévention, réalisée par les médecins généralistes. D'autres développent les dossiers patients informatisés... En consultant les sites et les revues internationales, on conclut que les pistes de recherche en matière d'organisation et d'amélioration de la prévention en médecine générale sont les mêmes pour beaucoup de pays. Alors quelles pistes privilégiées ? Cela dépend-il de facteurs culturels ?

On peut souligner l'exemple australien. En 1998, sortait la première édition du Green Book ou : "The Royal Australian College of General Practitioners' (RACGP) Putting prevention into practice: guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting" (60), un guide pratique de recommandations en médecine générale pour la prévention. Il donne aussi des outils pour améliorer la pratique de la médecine préventive au quotidien au cabinet. Parmi ces recommandation, le « SNAP, A population health guide to behavioural risk factors in general practice" (61), un guide qui conseille les médecins et les patients sur le Tabac (S = quit Smoking), la Nutrition (N = better Nutrition), l'Alcool (A = moderate Alcohol), l'Activité Physique (P = more Physical activity). Les médecins ont également la possibilité de réfléchir à leur pratique.

On ne peut qu'établir un parallèle avec la France où, en 2013, les rares recommandations établies sont éparpillés dans différents référentiels. Le Green Book met en évidence le retard de la France dans le domaine de la prévention.

Tableau 33 : Exemple de tableau proposé par le Green Book aux médecins généralistes en Australie pour réfléchir à leurs pratiques de prévention.

ACTIVITY			
Consider your prevention targets and the type of patient you hope to reach. This table may help you to understand what information you will provide for each target group and how the information will be provided.			
What information will you provide?	How and where will patients access information?	What media will you use?	Name/description of material
Smoking			
Nutrition			
Exercise			
Obesity			
Cervical screening			
Breast screening			
Diabetes			
Hypertension			
Alcohol intake			
Cholesterol levels			
Immunisation			
Injury prevention			
Sun exposure			
Mental health			
Alternative and complementary medicines			
Contraception and STIs			
Community services			
Other			

Des études ont été faites sur les différences entre les recommandations et les pratiques. Les mettre en évidence et les comprendre. Dans la méta analyse de 2005 présentée par la Collection Cochrane (62), cinquante-cinq publications ont été passées en revue. Les auteurs concluent à la nécessité de repenser les recommandations, les modes de rémunérations des médecins, les dépenses de santé pour la prévention, les méthodes de communication...

8. Au total

Au vu des résultats et de cette discussion, il semble y avoir plus d'avantages à réaliser une prévention en continu, par opposition à une prévention ponctuelle.

Un suivi ponctuel, peut présenter l'intérêt d'une liste d'objectifs à remplir. Mais difficultés pour appliquer du cas par cas dans ces conditions. Et à quelle périodicité proposer ces consultations dédiées ? Tous les 5 ans, comme le propose la Sécurité Sociale, tous les 3 ans, tous les ans ? Combien de temps durerait cette consultation ? Les patients seraient-ils d'accord pour venir en dehors de tout contexte pathologique ?

Un recueil en continu permet de compléter d'une consultation à une autre le recueil des indicateurs. Le médecin peut s'adapter à l'âge du patient, instaurer une certaine périodicité de recueil. Ces collègues peuvent également agir dans ces dossiers et faire de la prévention. Les TBS aident à une systématisation du recueil.

Le suivi en continu peut se faire au décours d'une consultation plus courte que prévue, à l'occasion d'un motif de consultation (demande de test IST, demande d'arrêt du tabac). Le patient est peut-être plus réceptif dans ce contexte, puisque lui-même présente une inquiétude sur ce qui pourrait lui arriver.

Il est impératif alors que les médecins soient au courant des recommandations et de leurs mises à jour. Le suivi en continu incite au développement du DPC, des audits, à une réflexion des médecins sur les indicateurs et les évolutions possibles de ceux-ci. Les résultats obtenus ici ne sont que des pistes de réflexion, pouvant faire l'objet de nouvelles études. Mais on constate que les informations à renseigner sur les indicateurs, choisis par les médecins du PSU-GVLG sont en majorité déclarées notées et notées.

Au cabinet rue Victor Hugo à Gennevilliers, les TBS de prévention Hommes et Femmes ont fait la preuve de leur simplicité d'utilisation. Après une formation de 15 minutes à leur utilisation, ils ont vite été intégrés à la pratique quotidienne en consultation au vu des données épidémiologiques citées dans les Résultats.

A long terme, l'objectif est la généralisation de l'usage de ces TBS à tous les médecins du PSU-GVLG pour faciliter l'harmonisation des données. Un des buts est de faciliter et encourager les travaux de recherche en médecine générale sur la prévention. Une autre piste de travail essentielle consiste à questionner les médecins et les patients sur leur ressenti concernant le TBS :

Pour les médecins : Gain de temps ou au contraire perte de temps en consultation ? Est-il pratique ? Les alarmes sont-elles une aide ? Expliquer indicateur par indicateur ? Détailler les indicateurs anormaux ? Voient-ils le TBS comme un outil en perpétuelle évolution ?

Pour les patients: ont-ils compris à quoi il servait? En voient-ils l'intérêt ? Impression d'une perte de temps quand ils le remplissent avec le médecin ?

CONCLUSION

Ce travail de thèse s'inscrit, dans le cadre des eNMR, dans la continuité d'audits de prévention déjà réalisés et dans un travail de réflexion sur les pratiques en médecine générale.

En matière de prévention systématique et non orientée : on a regardé les recommandations, ce que les médecins déclaraient noter et ce qu'ils notaient dans les dossiers patients. On a cherché à savoir si la création d'un Tableau de Bord de Suivi (TBS), améliorerait le recueil des indicateurs de prévention dans les dossiers.

La méthodologie de cette étude est faible et ne permet pas de comparer les 2 tours d'audit de façon statistique, ni de conclure significativement. C'est un audit, les résultats ne sont donc pertinents que pour les médecins participant. Cependant, ils ouvrent des pistes de réflexion en matière de prévention en médecine générale.

Les recommandations de l'HAS, pour les indicateurs de prévention étudiés dans cette thèse, ne sont pas toujours claires. Ex : à partir de quel(s) âge(s) proposer des dosages de Glycémie, HDL et LDL-cholestérol chez les patients sans antécédent de diabète, d'HTA ou de dyslipidémie ? Pourquoi (manque d'études pour conclure et/ ou liberté de prescription et de réflexion laissée aux médecins ?) ? Les recommandations modifient la pratique clinique, facilitent la systématisation de certains examens, et aident au dépistage et à la prévention.

Pour quasi tous les médecins, au moins un indicateur a été déclaré noté et n'a été retrouvé renseigné dans aucun des 20 dossiers étudiés au premier tour de l'audit. Il y a un décalage entre ce qu'ils pensent faire et le renseignement des dossiers patients. Perte d'informations pour le médecin et pour ses collègues, amenés à voir le patient en consultation en cas d'absence. Il peut également se poser la question d'une méconnaissance de certaines recommandations au vu de certaines déclarations de médecin et des résultats obtenus (ex. Périodicité des FCV)? Idem pour les recommandations de recueil fixées par les médecins d'un même pôle de santé, participant à une réflexion sur la prévention en médecine de ville.

Est-ce que tous les points à renseigner (cités dans les recommandations HAS et les objectifs de renseignement fixés par les médecins étudiés), sont pertinents et adaptés (par exemple pour le Tabac : motivation au sevrage, évaluation de la dépendance ?) ? Les items proposés pour certains indicateurs par les médecins du PSU-GVLG (ex. renseigner les antécédents de sevrage ou les tentatives, pour l'Alcool, le Tabac et les Drogues...) et testés dans ce travail, représentent des pistes de recherche, en complément ou en remplacement des recommandations.

En cernant mieux ce qui pose problème pour chaque indicateur, on en facilitera très probablement le recueil. On le rendra plus systématique, plus standardisé pour tous les médecins. Il faut s'aider de recommandations, basées sur des études et les réflexions des généralistes, en collaboration avec l'Etat. Celui-ci cherche de plus en plus à valoriser les travaux de recherche en matière de prévention, notamment en rémunérant les professionnels de santé y participant.

On peut se demander si l'étude des emplacements de recueil utilisés pourra aider au développement et à l'amélioration de logiciels métiers. Se pose la question d'un nouveau questionnaire à distance, après développement de l'utilisation des Tableaux de Bord de Suivi. Cette thèse met l'accent sur l'importance d'une collaboration des informaticiens avec les médecins usagers des logiciels.

Une piste de recherche est le développement de Tableaux de Bord de Suivi. Ils permettent un recueil de tous les indicateurs de prévention, jugés pertinents par les médecins, et une centralisation des données dans un même emplacement. Les alarmes présentes dans les TBS sont un rappel de la périodicité de renseignement des indicateurs. Les recommandations HAS peuvent être notées en définition. Les TBS sont faciles et rapides d'utilisations. Ils répondent à de nombreuses interrogations soulevées lors de la discussion des résultats de l'audit. Dans le cadre de cette thèse, on a constaté que les médecins pouvaient rapidement prendre l'habitude de remplir les TBS.

Une piste de travail consisterait à reproduire ce travail. Après des médecins du cabinet rue Victor Hugo dans 2-3 ans pour voir l'évolution des taux de remplissage des TBS (Augmentés ? Diminués ? Stables ?). Après des médecins du PSU-GVLG ayant participé au 1^o recueil, après modification des logiciels et développement des TBS. Après de médecins non investis dans les eNMR, n'ayant pas participé à des travaux ultérieurs concernant la prévention. Il serait pertinent de regarder également si toute anomalie dans le TBS est rapportée dans le dossier patient. Le TBS est une aide à la prévention mais toute constatation d'une anomalie et toute action proposée doit être notée et clairement expliquée dans le dossier du malade.

Au final :

Des progrès indéniables ont été faits pour le développement de la prévention en médecine générale. Les médecins disposent d'outils leur permettant de critiquer leurs pratiques et de les améliorer. Cette réflexion doit se faire en association avec l'Etat, qui doit continuer à promouvoir l'activité préventive (par les incitations financières en cours d'étude dans les eNMR, par exemple). Les recommandations concernant les différents indicateurs doivent être clarifiées. Et en accord avec les pratiques des médecins, les logiciels métiers doivent être standardisés et faire eux aussi l'objet de recommandations.

Les TBS de préventions Homme et Femme sont des outils de travail à développer dans l'avenir, des études ont fait la preuve des TBS. A travers leur élaboration, des points peu clairs dans les recommandations et des difficultés d'application en consultation sont mis en évidence, pour les indicateurs étudiés. Ils contribuent à améliorer la mise en pratique d'une prévention en continu dans les dossiers et évaluation des pratiques professionnelles. Celle-ci semble plus indiquée qu'une prévention ponctuelle tous les 5 ans. Un autre point important à l'avenir est de mesurer la façon dont les médecins et les patients perçoivent leur utilisation.

BIBLIOGRAPHIE DE LA THESE

1. Sources de la Bibliographie

La bibliographie a été élaborée avec le logiciel ZOTERO.

a) Recherches françaises

Sites consultés

HAS: www.has-sante.fr

BEH : www.invs.sante.fr/beh

INPES: www.inpes.sante.fr

AFSSAPS>> ANSM: ansm.sante.fr/

InVS : www.invs.sante.fr

InCa : www.e-cancer.fr

ARS: www.ars.sante.fr

ORS: www.ors-idf.org

Autres sources

- Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine et odontologie (BIUM), pour la recherche de travaux de thèse antérieurs:

http://www2.biusante.parisdescartes.fr/theses/theses_rech.htm

- Le catalogue du Système Universitaire de Documentation est le catalogue collectif français réalisé par les bibliothèques et centres de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche : <http://www.sudoc.abes.fr>

- Revue Prescrire : <http://www.prescrire.org>

- Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale : <http://drefc.sfmq.org/>

- Site du gouvernement français diffusant les textes de loi : <http://www.legifrance.gouv.fr>

- Site de la CPAM concernant le bilan de santé tous les 5 ans proposé aux patients : <http://www.bilansante.fr/>

b) Recherches en langue anglaise

Sites consultés

Canadian Task Force on Preventive Health Care : <http://canadiantaskforce.ca/>

Royal Australian College of General Practicioners: <http://www.racgp.org.au/>

US Preventive Services Task force: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>

Netherlands institute for health services research: <http://www.nivel.nl/en>

2. Recherches Bibliographique

a) Bibliothèque Inter universitaire de Médecine (BIUM)

- Mots clés : Prévention primaire en médecine générale = 36 résultats, dont :

ROSSO (Julie)

2011 • PARIS 5 DESCARTES • 184

Soins préventifs destinés aux adultes : évaluation de la charge de travail en soins primaires

Discipline : Médecine Type de thèse : Thèse d'exercice Support(s) : imprime

► **Document disponible sur Internet**

Mots-clés Santé publique : Soins santé primaire, Prévention, Médecine générale, Charge travail, Recommandation

ADER ROSSO (Pénélope)

2008 • PARIS 7 DENIS DIDEROT • 110

Evaluation des pratiques professionnelles préventives en médecine générale

Discipline : Médecine Type de thèse : Thèse d'exercice Support(s) : imprime

Mots-clés Santé publique : Evaluation pratique professionnelle, Médecine générale, Prévention, Audit, Médecin généraliste

b) Site de Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale (drefc)

Domaine : Toutes- Résultat de Consultation :

- Accident vasculaire cérébral (8 liens HAS, 1 lien AFSSAPS, 5 liens autres).
- Alcool (problème avec l') (4 liens HAS, 1 lien INPES, 9 liens autres).
- Angor-insuffisance coronarienne (4 liens HAS, 6 liens autres).
- Anorexie-boulimie (1 lien HAS, 2 liens autres).
- Cancer (22 liens HAS, 3 liens INCa, 1 lien autre)
- Col utérin (anomalie du) (1 lien HAS, 1 lien autre).
- Diabète de type 2 (5 liens HAS, 11 liens autres).
- HTA (3 liens HAS, 8 liens autres).
- Hyperglycémie (1 lien HAS).

- Hyperlipidémie (4 liens HAS, 3 liens autres).
- Infarctus du myocarde (2 liens HAS, 1 lien autre).
- Obésité (5 liens HAS, 2 liens OMS, 1 lien INPES, 8 liens autres).
- Tabagisme (4 liens HAS, 7 liens autres).
- Toxicomanie (6 liens HAS, 1 lien AFSSAPS, 1 lien INSERM, 4 liens autres).
- VIH (2 liens HAS, 2 liens OMS, 13 liens autres).
- Vaccination (2 liens HAS, 1 lien AFSSAPS, 5 liens INPES, 2 liens InVS, 2 liens OMS, 9 liens autres).

c) Site de l'HAS

Recherche indicateur par indicateur.

d) Site de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS)

Dossiers thématiques :

- Maladies chroniques et traumatismes :
 - Cancers.
 - Diabète.
 - Maladies cardio-vasculaires.
 - Nutrition et Santé.
- Maladies infectieuses :
 - VIH-Sida-IST.
- Populations et Santé :
 - Usagers de Drogues.
- Tous les dossiers :
 - Couverture Vaccinale.

e) Site de l'Institut National d'Education et de Protection pour la Santé (INPES)

Espaces thématiques:

- Alcool.
- Drogues illicites.
- Maladies infectieuses .
- VIH/Sida.
- Vaccination.
- Tabac.

f) Site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM)

Dossiers thématiques.

Publications.

g) Sur le Portail des Agences Régionales de Santé (ARS)

Parcours et Offre de Soins : Nouveaux Modes de Rémunération des professionnels de Santé

- Présentation.
- Mise en œuvre.
- Modes de rémunération.
- Evaluation.

h) Sur le site : www.e-cancer.fr

Plan cancer 2009-2013.

Prévention:

- Facteurs de risque et de protection :
 - Tabac.

- Alcool.
- Alimentation
- Activité physique.
- Environnement et cancers.
- Travail et cancers.

Dépistage

- Dépistage par organe :
 - Cancer du sein.
 - Cancer du col de l'utérus.
 - Cancer colo rectal.
- Les acteurs du dépistage.

Prévention et Santé Publique.

- i) Site de l'Observatoire Régionale de la Santé

Cadrage régional

- Démographie.
- Economie.
- Santé des Populations.
- Indicateurs.

Principales thématiques

- Pathologies (Tumeurs, VIH/Sida, Tuberculose, Surpoids-Obésité).
- Populations (Jeunes, Personnes Agées, Personnes Handicapées).
- Comportements (Usage d'Alcool, Usage de Tabac, Usage de Drogues illicites).
- Mode de vie (Nutrition, Sexualité et Contraception).
- Environnement (Santé et environnement, Air intérieur, Air extérieur, Bruit, Etudes de perception, Plan régional, Traitement des déchets).

j) Site de la Canadian Task Force on Preventive Health Care

Guidelines

- Screening for Depression.
- Screening for cervical cancer.
- Screening for hypertension.
- Screening for type 2 diabetes.
- Screening for Breast cancer.
- The Canadian Guide to clinical preventive Health care (1994) = 81 chapitres de A à Z en anglais (de l'examen echo prenatal de la grossesse aux bactériuries asymptomatique des sujets ages).

Ressources

- Tools = le plus souvent, des échelles d'évaluation ou de dépistage (ex. échelle de dépistage de la dépression, recherche de facteurs de risque de diabète).
- k) Site du Royal Australian College of General Practicioners

Clinical guidelines

- Putting prevention into Practice (Green Book) = guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting (1° edition en 1998). Il se définit comme un guide d'introduction à la prévention en médecine de ville et un référentiel pour les stratégies d'améliorations de la prévention.
 - SNAP a population help guide to behavioural risk factors in general practice = S: quit smoking, N: better Nutrition, A: Moderate Alcohol, P: more Physical activity. 5 étapes pour chaque thématique = Ask and Assess, Advise and Assist, Arrange.
- l) Site de l'US Preventive Services Task force

Recommendations

- A-Z topic guide (par pathologie de A à Z)

- Recommendations for Adult
- Recommendations for children and Adolescents

Nominate a Recommendation Statement Topic

- Toute personne, professionnelle ou non, peut citer un thème sur lequel il souhaiterait des recommandations.

Tools for Primary Care Practice

- Guide to Clinical Preventive Services, 2012

m) Site du Netherlands institute for health services research

Dans le moteur de recherche du site, chercher : Prevention. 4 pages de résultats, parmi lesquels sont présentés les sujets d'études suivant :

Page 1 = background >> Etude QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe). <http://www.nivel.nl/en/qualicopc>. Cette étude a pour objectifs d'analyser et comparer comment est réalisée la prévention dans 35 pays européens en termes de qualité, de coût des soins. Un autre objectif est de montrer quelles organisations sont associées aux meilleurs résultats.

Page 1 = Prevention >> <http://www.nivel.nl/en/prevention>

Une recherche ciblée sur la consultation dédiée à la prévention du médecin généraliste, dans les pays germaniques.

Page 2 = Care Processes >> <http://www.nivel.nl/en/care-processes>

Synthèse d'études concernant l'influence des caractéristiques sociales du patient, de la motivation du médecin (et de son désir d'indicateurs précis) dans le développement de la prévention en médecine générale.

Page 4 = Communication in health Care <http://www.nivel.nl/en/communication-health-care>

Synthèse d'études mettant en évidence des méthodes de communication entre le médecin et le patient pour la prévention.

3. Références bibliographiques

(1)Article L4130-1 du Code de la Santé Publique [Internet]. Available from: <http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/65-code-de-la-sante-publique/549134/article-l4130-1>

(2)Commission d'Orientation de Prévention pour le Ministère de la Santé et des Solidarités. Stratégies nouvelles de Prévention. 2006 décembre; Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_du_3_decembre_2006_Strategies_Nouvelles_de_Prevention_de_la_Commission_d_Orientation_Prevention.pdf

(3)Dictionnaire. Larousse, 2012.

(4)Code de Santé Publique [Internet]. 2002. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006685741&idSectionTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121128>

(5)Gordon, RS. An operational classification of disease prevention. Public Health report. 1983;107–9.

(6)ARS Communication de l'ARS sur les eNMR [Internet]. 2011. Available from: http://www.ars.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Actualites/Communiques_de_presse/CP_ENMR_250311.pdf

(7)ARS Présentation du dispositif aux sites [Internet]. Available from: <http://www.ars.sante.fr/Presentation-du-dispositif-aux.126659.0.html>

(8)Expérimentations Nouveaux Modes de Rémunération des professionnels de santé. La lettre n°1 [Internet]. 2011. Available from: http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/presentation_DSS/Newsletter_EN_MR_N1.pdf

(9)Expérimentations Nouveaux Modes de Rémunération des professionnels de santé. La lettre n°2 [Internet]. 2011. Available from: http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/presentation_DSS/Newsletter_EN_MR_N2.pdf

(10)Conseil national de la FMC des Praticiens Hospitaliers. L'obligation de Formation Médicale Continue [Internet]. 2005. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcp.pdf

(11)A.N.A.E.S. La tenue du dossier médical en médecine générale: état des lieux et recommandations [Internet]. septembre 96. Available from: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>

(12)Ader P. Evaluation des pratiques professionnelles préventives en médecine générale. Thèse pour le diplôme d'État de doctorat en médecine. Université Denis-Diderot - Paris-7, 2008.

(13)Julie Rosso. SOINS PRÉVENTIFS DESTINÉS AUX ADULTES : Évaluation de la charge de travail en soins primaires. 2011.

(14)Medder, JD, Kahn, NB Jr et Susman JL. Risk factors and recommendations for 230 adult primary care patients based on US preventive Services Task Force guidelines. Am J Prev med. 1992, 8, pp. 150-153

(15) Ferrante, JM et al. Principles of the Patient-Centered Medical Home and Preventive Service Delivery. *Ann Fam Med*. 2010, 8, pp. 108-116.

(16) Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec. *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Décembre 2008.

(17) Rafferty, M. Prevention services in primary care: taking time, setting priorities. *West J med*. 1998, 169, pp. 269-275.

(18) Julien Gelly, Aline Seif, Christine Chandemerle, Josselin Le Bel, Bruno Lepoutre, Michel Nougairède. Étude de l'impact sur le taux de remplissage des dossiers médicaux d'une formation couplée à un audit clinique sur les pratiques préventives en soins primaires. *exercer* 2010;93:98-103. [Internet]. 2010; Available from: <http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3478 Article EPP definitif- Exercer 2010.pdf>

(19) Falcoff H , Benainous O , Gillaizeau F , Favre M , Simon C , Desfontaines E , Lamy J-B , Venot A , Seroussi B , Bouaud J , Durieux P. Développement et étude d'impact d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale. *Pratiques et Organisation des Soins* volume 40 n° 3. 2009 Sep

(20) Aspects physiologiques du vieillissement [Internet]. Available from: <http://sites.univ-provence.fr/wlpc/pagesperso/lemaire/enseignement/psyage/physiologie.PDF>

(21)HAS, AFDAS-TCA l'Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire. Recommandations de Bonne pratiques sur l'anorexie mentale [Internet]. 2010. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/anorexie-mentale-prise-en-charge

(22)OMS, Série de rapports techniques 8948. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale [Internet]. 2003. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf

(23)Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un Comité d'experts. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (OMS, Série de Rapports techniques, No 854):367.

(24)WHO MONICA Project: Risk Factors. International Journal of Epidemiology 1989, 18(Suppl. 1):S46–S55.

(25)HAS, Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours [Internet]. 2011. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours

(26)HAS, Prise en charge des patients adultes atteints d'Hypertension Artérielle essentielle [Internet]. 2005. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/hta_2005_-_recommandations.pdf

(27)HAS, Dossier de presse : Prise en charge des patients adultes atteints d'Hypertension Artérielle essentielle [Internet]. 2005. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/DP_HTA.pdf

(28)ANAES, HAS, Référentiel d'auto évaluation des pratiques en médecine générale -Aide au sevrage tabagique [Internet]. 2004. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200908/aide_au_sevrage_tabagique_referentiel_2004.pdf

(29)H.A.S. Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence Actualisation des recommandations de l'Afssaps de 2003 [Internet]. 2012. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240462/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-reperage-au-maintien-de-labstinence-note-de-cadrage

(30)A.N.A.E.S, H.A.S. Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique [Internet]. 2004. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/reperage_des_fumeurs_et_initiation_du_sevrage_tabagique_rapport_juin_2004.pdf

(31)Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Numéro thématique- journée mondiale sans tabac, 21 mai 2011 [Internet]. 2011. Available from: http://www.invs.sante.fr/beh/2011/20_21/index.htm#1

(32)ANAES, Société Française d'Alcoologie. Conférence de consensus Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage [Internet]. 2001. Available from: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/alc2.pdf>

(33) Primary Health Care European Project on Alcohol. Available from:

<http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/Du9/>

(34) ANAES, Conférence de consensus Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant [Internet]. 17 mars 99. Available from: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/alcool.court.pdf>

(35) INPES. Alcool et médecine générale Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves [Internet]. 2008. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>

(36) HAS, Ministère de la Santé et des Solidarités. Audition publique “Abus, dépendances et polyconsommations: stratégies de soins” [Internet]. 2007. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_467654/audition-publique-abus-dependances-et-polyconsommations-strategies-de-soins-du-1er-au-2-fevrier-2007

(37) INPES. Baromètre santé [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2008. Available from: <http://www.ofdt.fr/>

(38) Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 [Internet]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000436/index.shtml>

(39) INPES. Dépistage du VIH et des IST [Internet]. 2007. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/829.pdf>

(40) Bulletin des réseaux de surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles [Internet]. décembre, 2011. Available from: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletin-des-reseaux-de-surveillance>

(41) HAS, InVS. Dépistage de l'infection par le VIH en France [Internet]. 2009. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf

(42) ANAES, Méthodes d'évaluation du risque cardio vasculaire global [Internet]. 2004. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_vasculaire_rap.pdf

(43) A.N.A.E.S. Principe de dépistage du diabète de type 2 [Internet]. 2003. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_synth_2003.pdf

(44) A.N.A.E.S. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications [Internet]. janvier 99. Available from: <http://www.besancon-cardio.org/recommandations/diab.pdf>

(45)H.A.S. Diabète de type 2 [Internet]. 2007. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald8_guidemedecin_diabetetype2_revunp_vucd.pdf

(46)Société Scientifique de Médecine Générale. Recommandations de bonne pratique : hypercholestérolémie [Internet]. 2001. Available from: http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/hypercholest.pdf

(47)Julien Gelly, Aline Seif, Christine Chandemerle, Josselin Le Bel, Bruno Lepoutre, Michel Nougairède. Étude de l'impact sur le taux de remplissage des dossiers médicaux d'une formation couplée à un audit clinique sur les pratiques préventives en soins primaires. *exercer* 2010;93:98-103. [Internet]. 2010; Available from: <http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3478 Article EPP definitif- Exercer 2010.pdf>

(48)AFSSAPS. Prise en charge du patient dyslipidémique [Internet]. 2005. Available from: <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/traitements/prise-en-charge-patient-dyslipidemique-afssaps>

(49)HAS, Institut National du cancer. Guide-Affection de longue durée- cancer colo rectal, adénocarcinome [Internet]. 2012. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_lap_ccr_web.pdf

(50)Institut National du cancer. Calendrier du dépistage des cancers [Internet]. 2008. Available from: www.e-cancer.fr

(51)Julien Gelly, David Darmon, Hélène Vaillant-Roussel, Jean-Sébastien Cadwallader. Dépistage systématique du cancer du sein par mammographie: le dilemme [Internet]. *exercer* 2012;102:130-6; Available from: <http://quoi.info/wp-content/uploads/2012/10/depistage-le-dilemme.pdf>

(52)Dépistage du cancer du sein en France: identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. 2011. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201105/note de cadrage depistage du cancer du sein - identification des femmes a haut risque et modalites de depistag.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201105/note_de_cadrage_depistage_du_cancer_du_sein_-_identification_des_femmes_a_haut_risque_et_modalites_de_depistag.pdf)

(53)HAS, Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009 [Internet]. 2009. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/note de cadrage depistage cancer col uterus note cadrage.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/note_de_cadrage_depistage_cancer_col_uterus_note_cadrage.pdf)

(54)HAS, Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. 2010. Available from: <http://www.pasteur.fr/ip/resource/filecenter/document/01s-00004i-013/recommandations-pour-le-de-pistage-du-cancer-du-col-de-l-ute-rus-en-france.pdf>

(55)INVS. Tétanos. 2004 Nov 10; Available from: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Tetanos>

(56)Haute Autorité de Santé. Mise en évidence de l'immunoprotection antitétanique en contexte d'urgences [Internet]. 2009. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/mise en evidence de limmunoprotection antitetanique en contexte durgence-note de cadrage.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/mise_en_evidence_de_limmunoprotection_antitetanique_en_contexte_durgence-note_de_cadrage.pdf)

(57) Institut de Veille Sanitaire. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2012 avril;163,186.

(58) INPES. Calendrier vaccinal simplifié 2012 [Internet]. 2012. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1175.pdf>

(59) Institut de Veille Sanitaire. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2013 avril;129,159.

(60) The Royal Australian College of General Practitioners "Green Book" Project Advisory Committee. Putting prevention into practice Guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting [Internet]. 2006. Available from: <http://www.racgp.org.au/download/documents/Guidelines/Greenbook/racpggreenbook2nd.pdf>

(61) The Royal Australian College of General Practitioners College House. SNAP - A population health guide to behavioural Physical activity risk factors in general practice [Internet]. 2004. Available from: <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/SNAPpopulationhealthguidetobehaviouralriskfactorsingeneralpractice/SNAPguide2004.pdf>

(62) Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care (Review). The Cochrane Library; 2005.

ANNEXES

1. Questionnaire et Grilles de recueil dans les dossiers

Annexe 1 : Questionnaire médecins et réponses attendues.

AUDIT PRATIQUE :

PREVENTION SYSTEMATIQUE ET NON ORIENTEE

Docteur :

Date du questionnaire :

Durée déclarée d'une consultation :

1/Quels indicateurs de prévention renseignez-vous systématiquement dans les dossiers, à l'interrogatoire ?

- *Tabac, Alcool, Drogues, IST.*
- *Antécédents familiaux cancer du sein, cancer du colon, d'infarctus du myocarde ou de mort subite, d'AVC.*
- *Vaccination anti tétanique.*

2/Quels indicateurs de prévention renseignez-vous systématiquement dans les dossiers, à l'examen physique ?

- *Poids, Taille, IMC.*
- *Tension Artérielle.*

3/Quels examens renseignez-vous systématiquement dans les dossiers ?

- *HDL-cholestérol, LDL-cholestérol.*
- *Glycémie veineuse.*
- *Hémoccult.*
- *Mammographie.*
- *FCV.*

4/Sur le plan du tabac, que notez-vous ?

- *La fréquence de consommation: cigarettes/jour, Paquets Années. Fréquence notée comme renseignée dans les deux cas.*
- *Le sevrage, englobe : depuis quand, si en cours, si antécédent(s) de sevrage(s)...*

5/Sur le plan de l'alcool, que notez-vous ?

- *La fréquence de consommation : certains en verres /j ou verres/semaine, idem tabac.*
- *Le sevrage, idem tabac.*

6/Sur le plan des drogues que notez-vous ?

- *La fréquence de consommation. renseignée par jour, par semaine, occasionnel...*
- *Le sevrage, idem tabac et alcool.*
- *Les produits consommés.*

7/Sur le plan de la prévention des Infections sexuellement transmissibles, que notez-vous ?

- *La modalité de prévention : protection, abstinence, fidélité...*
- *Les tests des IST : englobe quand ? résultats ? Considéré comme noté si une ou plusieurs des infos précédente(s).*
- *Antécédent d'IST.*

8/Sur le plan des antécédents familiaux d'infarctus du myocarde et de mort subite, que notez-vous ?

- *Le degré de parenté du patient avec le parent malade.*
- *Le sexe du parent malade.*
- *L'âge du parent lors de la maladie.*

9/Sur le plan des antécédents familiaux d'accidents vasculaires cérébraux, que notez-vous ?

- *L'âge du parent lors de la maladie.*

10/Sur le plan des antécédents familiaux de cancer du sein, que notez-vous ?

- *Le degré de parenté du patient avec le parent malade.*
- *L'âge du parent lors de la maladie.*

11/Sur le plan des antécédents familiaux de cancer du colon, que notez-vous ?

- *Le degré de parenté du patient avec le parent malade.*
- *L'âge du parent lors de la maladie.*

Annexe 2 : Grille accompagnant le Questionnaire et réponses attendues.

H= Hommes, F= Femmes.

Indicateur	Dans quel emplacement du dossier notez-vous l'information ?			A quelle fréquence notez-vous l'information ?
	A= chronologie de la consultation	B=emplacement dédié du logiciel	C=organisation propre du médecin	
Poids				Chaque consultation/12 mois
Taille				36 mois
IMC				36 mois
Tension artérielle				Chaque consultation/12 mois
Tabac				12 mois
Alcool				12 mois
Drogues				12 mois
IST				12 mois
ATCDf IdM ou MS				12 mois
ATCDf AVC				12 mois
ATCDf kcolon				12 mois
Hémocult				24 mois
ATCDf ksein				12 mois
Mammographie				24 mois
FCV				36 mois
HDL-Cholestérol				36 mois H>45 ans et > 55 ans
LDL-Cholestérol				36 mois H>45 ans et F> 55 ans
Glycémie				36 mois dès 45 ans
VAT				10 ans

Annexe 3 : Grille de Recueil dans les dossiers, recueil n°1.

Médecin n°

Patient n°..... /20

Sexe :

Date de naissance :

Date de la dernière consultation :

Indicateur	Noté ?		Date où l'indicateur a été noté dans le dossier	Périodicité respectée ?	
	OUI	NON		OUI	NON
Poids					
Taille					
IMC					
Tension artérielle					
Tabac					
Alcool					
Drogues					
IST					
ATCDf IdM ou MS					
ATCDf AVC					
ATCDf kcolon					
Hémocult					
ATCDf ksein					
Mammographie					
FCV					
HDL-Cholestérol					
LDL-Cholestérol					
Glycémie					
VAT					

Annexe 4 : Grille de Recueil dans les dossiers, recueil n°2.

C'est l'Annexe 3, à laquelle on a ajouté le tableau ci-dessous :

TBS complété OUI/NON	
Nombre d'indicateurs complétés	
Nombre d'alarmes activées	
Indicateurs non complétés (* si non concerné par indicateur)	

2. Résultats Indicateur par Indicateur

Annexe 5 : LE POIDS.

Tableau 34 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant le Poids.

	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec. 1	Rec. 2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	100%	100%	100%	100%	95%	85%
Médecin 2	O	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecin 3	O	95%	100%	100%	100%	95%	100%
Médecin 4	O	95%	X	100%	X	95%	X
Médecin 5	O	55%	X	100%	X	73%	X
Médecin 6	O	94%	X	100%	X	87%	X
Médecin 7	O	80%	X	100%	X	75%	X
Médecin 8	N	75%	X	100%	X	87%	X
Médecin 9	O	65%	X	100%	X	62%	X
Médecin 10	N	75%	X	100%	X	93%	X
Médecin 11	O	60%	X	100%	X	92%	X
Médecin 12	O	40%	X	100%	X	88%	X
Médecin 13	O	45%	X	100%	X	100%	X
Médecin 14	O	35%	X	100%	X	86%	X
Médecin 15	O	40%	X	100%	X	100%	X

Annexe 6 : LA TAILLE.

Tableau 35 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant la Taille.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	100%	95%	100%	100%	65%	74%
Médecin 2	O	70%	80%	100%	100%	64%	88%
Médecin 3	O	65%	70%	100%	100%	31%	71%
Médecin 4	O	85%	X	100%	X	59%	X
Médecin 5	O	55%	X	100%	X	100%	X
Médecin 6	O	88%	X	100%	X	100%	X
Médecin 7	O	45%	X	100%	X	100%	X
Médecin 8	N	20%	X	100%	X	100%	X
Médecin 9	N	25%	X	100%	X	40%	X
Médecin 10	N	20%	X	100%	X	100%	X
Médecin 11	O	45%	X	100%	X	100%	X
Médecin 12	O	15%	X	100%	X	100%	X
Médecin 13	N	20%	X	100%	X	100%	X
Médecin 14	N	20%	X	100%	X	100%	X
Médecin 15	O	25%	X	100%	X	100%	X

Annexe 7 : l'INDICE DE MASSE CORPORELLE.

Tableau 36 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant l'IMC.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	N	0%	65%	0%	100%	0%	100%
Médecin 2	O	0%	55%	0%	100%	0%	100%
Médecin 3	N	0%	50%	0%	100%	0%	50%
Médecin 4	N	85%	X	100%	X	59%	X
Médecin 5	N	55%	X	100%	X	100%	X
Médecin 6	O	75%	X	100%	X	100%	X
Médecin 7	N	50%	X	100%	X	100%	X
Médecin 8	N	20%	X	100%	X	100%	X
Médecin 9	N	25%	X	100%	X	40%	X
Médecin 10	N	20%	X	100%	X	100%	X
Médecin 11	O	45%	X	100%	X	100%	X
Médecin 12	O	15%	X	100%	X	100%	X
Médecin 13	N	15%	X	100%	X	100%	X
Médecin 14	N	20%	X	100%	X	100%	X
Médecin 15	N	25%	X	100%	X	100%	X

Annexe 8 : LA TENSION ARTERIELLE.

Tableau 37 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant la Tension Artérielle.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	100%	100%	100%	100%	95%	90%
Médecin 2	O	95%	100%	100%	100%	89%	100%
Médecin 3	N	100%	95%	100%	100%	95%	100%
Médecin 4	O	90%	X	100%	X	83%	X
Médecin 5	N	65%	X	100%	X	85%	X
Médecin 6	O	63%	X	100%	X	90%	X
Médecin 7	O	75%	X	100%	X	100%	X
Médecin 8	O	75%	X	100%	X	93%	X
Médecin 9	O	100%	X	100%	X	80%	X
Médecin 10	N	85%	X	100%	X	100%	X
Médecin 11	N	40%	X	100%	X	88%	X
Médecin 12	O	50%	X	100%	X	90%	X
Médecin 13	O	45%	X	100%	X	100%	X
Médecin 14	O	70%	X	100%	X	100%	X
Médecin 15	O	25%	X	100%	X	100%	X

Annexe 9 : LE TABAC.

Tableau 38 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant le Tabac.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	80%	100%	100%	100%	56%	45%
Médecin 2	O	75%	100%	100%	100%	80%	60%
Médecin 3	O	55%	75%	100%	100%	64%	73%
Médecin 4	O	55%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 5	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 6	O	25%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 7	O	85%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 8	O	40%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 9	O	35%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 10	O	40%	X	100%	X	13%	X
Médecin 11	O	90%	X	100%	X	0%	X
Médecin 12	O	70%	X	100%	X	21%	X
Médecin 13	O	35%	X	100%	X	14%	X
Médecin 14	O	90%	X	100%	X	39%	X
Médecin 15	O	75%	X	33%	X	40%	X

Annexe 10 : L'ALCOOL.

Tableau 39 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant l'Alcool.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	80%	100%	100%	100%	56%	45%
Médecin 2	O	70%	85%	100%	100%	86%	53%
Médecin 3	O	60%	65%	100%	100%	58%	69%
Médecin 4	N	50%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 5	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 6	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 7	O	85%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 8	O	40%	X	100%	X	13%	X
Médecin 9	N	15%	X	100%	X	33%	X
Médecin 10	O	20%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 11	O	55%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 12	O	50%	X	100%	X	20%	X
Médecin 13	O	25%	X	100%	X	20%	X
Médecin 14	O	80%	X	100%	X	44%	X
Médecin 15	O	45%	X	100%	X	11%	X

Annexe 11 : LES DROGUES.

Tableau 40 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant les Drogues.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	80%	100%	100%	100%	56%	40%
Médecin 2	O	65%	90%	100%	100%	85%	61%
Médecin 3	O	55%	65%	100%	100%	64%	77%
Médecin 4	N	5%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 5	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 6	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 7	N	5%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 8	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 9	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 10	O	5%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 11	O	30%	X	100%	X	17%	X
Médecin 12	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 13	N	5%	X	100%	X	100%	X
Médecin 14	O	10%	X	100%	X	50%	X
Médecin 15	O	10%	X	Pas de date	X	Pas de date	X

Annexe 12 : LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.

Tableau 41 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant les IST.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	80%	100%	100%	100%	56%	45%
Médecin 2	O	65%	90%	100%	100%	85%	61%
Médecin 3	O	55%	65%	100%	100%	64%	77%
Médecin 4	N	10%	X	100%	X	0%	X
Médecin 5	N	5%	X	100%	X	100%	X
Médecin 6	N	6%	X	100%	X	0%	X
Médecin 7	N	50%	X	100%	X	40%	X
Médecin 8	O	30%	X	100%	X	33%	X
Médecin 9	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 10	O	20%	X	100%	X	25%	X
Médecin 11	O	25%	X	100%	X	60%	X
Médecin 12	O	20%	X	100%	X	50%	X
Médecin 13	N	5%	X	100%	X	100%	X
Médecin 14	O	20%	X	100%	X	75%	X
Médecin 15	N	25%	X	100%	X	80%	X

Annexe 13 : LES ANTECEDENTS FAMILIAUX D'INFARCTUS DU MYOCARDE OU DE MORT SUBITE.

Tableau 42 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant les ATCDf d'IdM ou MS.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	65%	90%	85%	94%	9%	47%
Médecin 2	O	45%	85%	100%	100%	44%	71%
Médecin 3	O	40%	75%	88%	100%	43%	60%
Médecin 4	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 5	N	10%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 6	O	25%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 7	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 8	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 9	O	5%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 10	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 11	O	55%	X	100%	X	18%	X
Médecin 12	O	65%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 13	O	50%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 14	O	65%	X	100%	X	8%	X
Médecin 15	N	50%	X	100%	X	100%	X

Annexe 14 : LES ANTECEDENTS FAMILIAUX D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL.

Tableau 43 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant les ATCDf d'AVC.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	65%	85%	85%	94%	9%	44%
Médecin 2	O	45%	85%	100%	100%	44%	71%
Médecin 3	O	40%	75%	88%	100%	43%	60%
Médecin 4	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 5	N	5%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 6	O	25%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 7	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 8	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 9	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 10	O	5%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 11	O	55%	X	100%	X	18%	X
Médecin 12	O	65%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 13	O	50%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 14	O	65%	X	100%	X	8%	X
Médecin 15	N	50%	X	Pas de date	X	Pas de date	X

Annexe 15 : LES ANTECEDENTS FAMILIAUX DE CANCER DU COLON.

Tableau 44 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant les ATCDf de Kcolon.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	65%	90%	85%	94%	9%	41%
Médecin 2	O	45%	85%	100%	100%	44%	71%
Médecin 3	O	40%	75%	88%	100%	43%	60%
Médecin 4	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 5	N	5%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 6	O	25%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 7	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 8	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 9	O	5%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 10	O	5%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 11	O	55%	X	100%	X	18%	X
Médecin 12	O	65%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 13	O	50%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 14	O	65%	X	100%	X	8%	X
Médecin 15	N	50%	X	Pas de date	X	Pas de date	X

Annexe 16 : L'HEMOCCULT.

Tableau 45 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant l'Hémoccult.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	0%	82%	0%	100%	0%	78%
Médecin 2	N	0%	88%	0%	100%	0%	71%
Médecin 3	O	22%	89%	100%	100%	100%	88%
Médecin 4	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 5	O	75%	X	100%	X	100%	X
Médecin 6	O	50%	X	100%	X	100%	X
Médecin 7	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 8	O	50%	X	100%	X	75%	X
Médecin 9	N	40%	X	100%	X	50%	X
Médecin 10	O	50%	X	100%	X	100%	X
Médecin 11	N	33%	X	100%	X	100%	X
Médecin 12	O	50%	X	100%	X	100%	X
Médecin 13	O	43%	X	100%	X	67%	X
Médecin 14	O	50%	X	100%	X	100%	X
Médecin 15	N	40%	X	100%	X	50%	X

Annexe 17 : LES ANTECEDENTS FAMILIAUX DE CANCER DU SEIN.

Tableau 46 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant les ATCDf Ksein.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	57%	86%	100%	100%	0%	33%
Médecin 2	O	50%	77%	100%	100%	40%	60%
Médecin 3	O	29%	69%	100%	100%	50%	67%
Médecin 4	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 5	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 6	O	17%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 7	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 8	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 9	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 10	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 11	N	50%	X	100%	X	17%	X
Médecin 12	O	71%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 13	O	57%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 14	N	62%	X	Pas de date	X	Pas de date	X
Médecin 15	N	47%	X	Pas de date	X	Pas de date	X

Annexe 18 : LA MAMMOGRAPHIE.

Tableau 47 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant la Mammographie.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	100%	100%	100%	100%	100%	50%
Médecin 2	O	100%	80%	100%	100%	100%	75%
Médecin 3	O	57%	100%	100%	100%	75%	80%
Médecin 4	N	80%	X	100%	X	100%	X
Médecin 5	O	67%	X	100%	X	50%	X
Médecin 6	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 7	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 8	O	40%	X	100%	X	100%	X
Médecin 9	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 10	O	43%	X	100%	X	33%	X
Médecin 11	O	100%	X	100%	X	33%	X
Médecin 12	O	50%	X	100%	X	100%	X
Médecin 13	O	80%	X	100%	X	100%	X
Médecin 14	O	50%	X	100%	X	100%	X
Médecin 15	N	80%	X	100%	X	50%	X

Annexe 19 : LE FROTTIS CERVICO VAGINAL.

Tableau 48 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant le FCV.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	100%	100%	100%	100%	60%	100%
Médecin 2	O	80%	90%	100%	100%	75%	78%
Médecin 3	O	50%	71%	100%	100%	25%	100%
Médecin 4	N	43%	X	100%	X	100%	X
Médecin 5	O	45%	X	100%	X	40%	X
Médecin 6	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 7	O	38%	X	100%	X	100%	X
Médecin 8	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 9	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 10	N	43%	X	100%	X	33%	X
Médecin 11	O	60%	X	100%	X	83%	X
Médecin 12	O	50%	X	100%	X	100%	X
Médecin 13	O	50%	X	100%	X	83%	X
Médecin 14	O	73%	X	100%	X	100%	X
Médecin 15	N	93%	X	100%	X	93%	X

Annexe 20 : LE VACCIN ANTI TETANOS.

Tableau 49 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant le VAT.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	80%	85%	100%	100%	88%	100%
Médecin 2	O	55%	95%	100%	100%	91%	100%
Médecin 3	O	85%	65%	100%	100%	88%	92%
Médecin 4	N	70%	X	100%	X	71%	X
Médecin 5	O	40%	X	100%	X	88%	X
Médecin 6	O	19%	X	100%	X	100%	X
Médecin 7	O	25%	X	100%	X	100%	X
Médecin 8	O	60%	X	100%	X	67%	X
Médecin 9	O	30%	X	100%	X	100%	X
Médecin 10	N	55%	X	100%	X	82%	X
Médecin 11	O	40%	X	100%	X	88%	X
Médecin 12	O	45%	X	100%	X	100%	X
Médecin 13	O	35%	X	100%	X	100%	X
Médecin 14	O	35%	X	100%	X	86%	X
Médecin 15	O	50%	X	100%	X	100%	X

Annexe 21 : LA GLYCEMIE.

Tableau 50 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant la Glycémie.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	73%	81%	100%	100%	91%	92%
Médecin 2	N	86%	91%	100%	100%	75%	70%
Médecin 3	O	83%	100%	100%	100%	90%	93%
Médecin 4	O	77%	X	100%	X	80%	X
Médecin 5	O	83%	X	100%	X	40%	X
Médecin 6	O	60%	X	100%	X	67%	X
Médecin 7	N	33%	X	100%	X	100%	X
Médecin 8	O	67%	X	100%	X	88%	X
Médecin 9	N	40%	X	100%	X	75%	X
Médecin 10	N	64%	X	100%	X	89%	X
Médecin 11	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 12	O	67%	X	100%	X	50%	X
Médecin 13	O	50%	X	100%	X	60%	X
Médecin 14	O	75%	X	100%	X	17%	X
Médecin 15	O	29%	X	100%	X	100%	X

Annexe 22 : LE HDL-CHOLESTEROL.

Tableau 51 : Médecin par médecin, résultats des recueils concernant le HDL-c.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	80%	85%	100%	100%	92%	91%
Médecin 2	N	69%	83%	100%	100%	67%	60%
Médecin 3	O	80%	100%	100%	100%	88%	83%
Médecin 4	O	67%	X	100%	X	88%	X
Médecin 5	O	80%	X	100%	X	50%	X
Médecin 6	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 7	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 8	O	78%	X	100%	X	86%	X
Médecin 9	N	50%	X	100%	X	50%	X
Médecin 10	N	69%	X	100%	X	100%	X
Médecin 11	O	25%	X	0%	X	100%	X
Médecin 12	O	50%	X	0%	X	100%	X
Médecin 13	O	25%	X	100%	X	0%	X
Médecin 14	O	60%	X	100%	X	0%	X
Médecin 15	O	40%	X	100%	X	100%	X

Annexe 23 : LE LDL-CHOLESTEROL.

Tableau 52: Médecin par médecin, résultats des recueils concernant le LDL-c.

Médecin	Déclaré noté	Taux de noté		Taux de date notée		Taux de périodicité respectée	
		Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2	Rec.1	Rec.2
Médecin1	O	80%	85%	100%	100%	92%	82%
Médecin 2	N	69%	100%	100%	100%	67%	67%
Médecin 3	O	80%	92%	100%	100%	88%	82%
Médecin 4	O	67%	X	100%	X	88%	X
Médecin 5	O	80%	X	100%	X	50%	X
Médecin 6	O	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 7	N	0%	X	0%	X	0%	X
Médecin 8	O	78%	X	100%	X	86%	X
Médecin 9	N	50%	X	100%	X	50%	X
Médecin 10	N	69%	X	100%	X	100%	X
Médecin 11	O	25%	X	0%	X	100%	X
Médecin 12	O	50%	X	0%	X	100%	X
Médecin 13	O	25%	X	100%	X	0%	X
Médecin 14	O	60%	X	100%	X	0%	X
Médecin 15	O	40%	X	100%	X	100%	X

3. Résultats Médecin par Médecin

Annexe 24 : Courrier adressé aux médecins généralistes ayant participé à l'audit.

Cher confrère, Chère consœur,

Vous avez participé à mon travail de thèse concernant les indicateurs de prévention systématique et non orientée dans les dossiers patients, dans le cadre des eNMR. Vous avez répondu à un questionnaire sur :

- les indicateurs de prévention que vous déclariez noter dans les dossiers.
- l'emplacement de votre logiciel où vous notiez ces indicateurs.
- les fréquences de renseignement de ces indicateurs dans les dossiers.

Dans un deuxième temps, j'ai regardé 20 dossiers de patients de plus de 18 ans, pris au hasard parmi les patients vous ayant déclaré à la Sécurité Sociale comme médecin traitant. Dans ces dossiers : j'ai noté si l'indicateur était noté ou non, et si les délais de renseignement correspondaient aux recommandations ou aux valeurs fixées par le PSU-GVLG.

Initialement prévu comme un audit en deux tours de recueil, il a été décidé de ne pas faire de 2° tour de recueil dans l'immédiat, au vu des changements de logiciels se profilant chez les médecins du pôle. Ce deuxième tour pourra être envisagé dans 2-3 ans.

Je vous envoie les résultats de votre questionnaire, et du recueil dans vos dossiers, en vous remerciant encore du temps que vous avez consacré à ma thèse, et en espérant pouvoir aider à l'évolution de vos pratiques. Je joins les résultats observés lors d'un 2° tour de recueil dans les dossiers patients, au cabinet rue Victor Hugo après introduction de Tableaux de Bord de Suivi (TBS) Hommes et Femmes, de prévention systématique et non orienté, créés fin 2011. Je joins également les résultats : indicateur par indicateur.

Solenn LANCIEN

Interne de DES de médecine générale, Université Paris 7 Diderot-Bichat

Directeur de thèse : Dr Michel NOUGAIREDE

solancien@hotmail.fr, 06 81 64 96 22

Afin de vous aider dans la lecture de vos résultats :

- Rappel des 19 indicateurs étudiés :

Poids, Taille, Indice de Masse Corporelle (IMC), Tension Artérielle (TA). Tabac, Alcool, Drogues, Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Antécédents familiaux Infarctus du Myocarde ou Mort Subite (ATCDf IdM ou MS), AVC, Cancers du colon et du sein. Hémo occult, Mammographie, Frottis Cervico Vaginal (FCV), Vaccination Anti Tétanos (VAT), Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.

- Concernant les emplacements possibles de recueil d'un indicateur dans les logiciels :

A= chronologie des consultations = dans l'observation de la consultation. B= Emplacement dédié à l'indicateur du logiciel. C = Emplacement de l'indicateur, propre à l'organisation du médecin.

- Concernant la périodicité de recueil d'un indicateur dans les logiciels :

Poids, Taille, IMC, Tension Artérielle, Tabac, Alcool, Drogues et IST, Antécédents familiaux infarctus ou mort subite, AVC, Cancer du colon, du sein : périodicité fixée à 1 an, pas de recommandation.

Hémo occult : tous les 24 mois, de 50 à 75 ans, recommandations.

Mammographie : tous les 24 mois, femmes de 50 à 75 ans, recommandations.

FCV : tous les 36 mois, femmes entre 25 et 65 ans. (Recommandations = tous les 36 mois pour les femmes entre 25 et 65 ans dès que 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle).

VAT : tous les 10 ans, dès le rappel de 16-18 ans. Recommandations.

Glycémie : Recommandations, dépistage à la demande ou lors d'un bilan de routine, pas de fréquence de contrôle donnée. On a regardé le recueil chez les hommes et femmes de plus de 45 ans. Périodicité de recueil tous les 3 ans.

HDL et LDL-c : On a regardé le recueil chez les hommes de plus de 45 ans et les femmes de plus de 55 ans. Périodicité de recueil tous les 3 ans. Pas de recommandation.

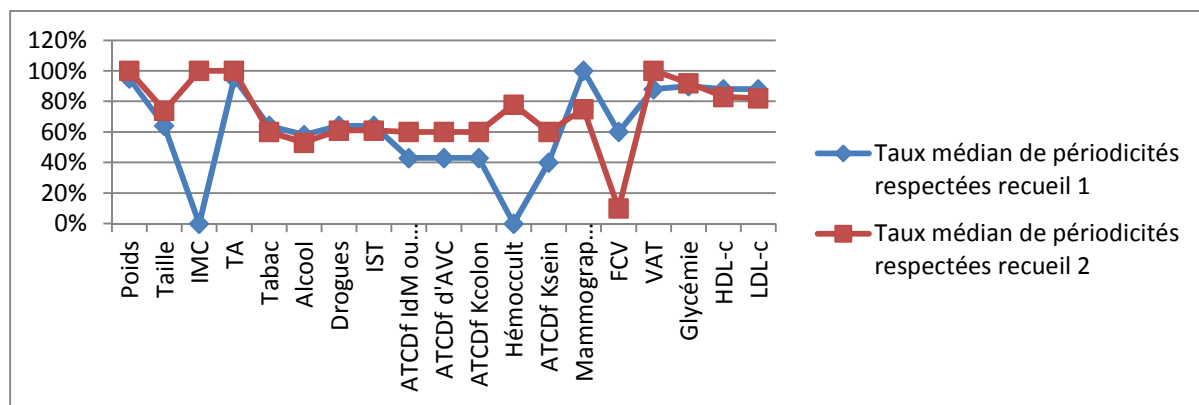
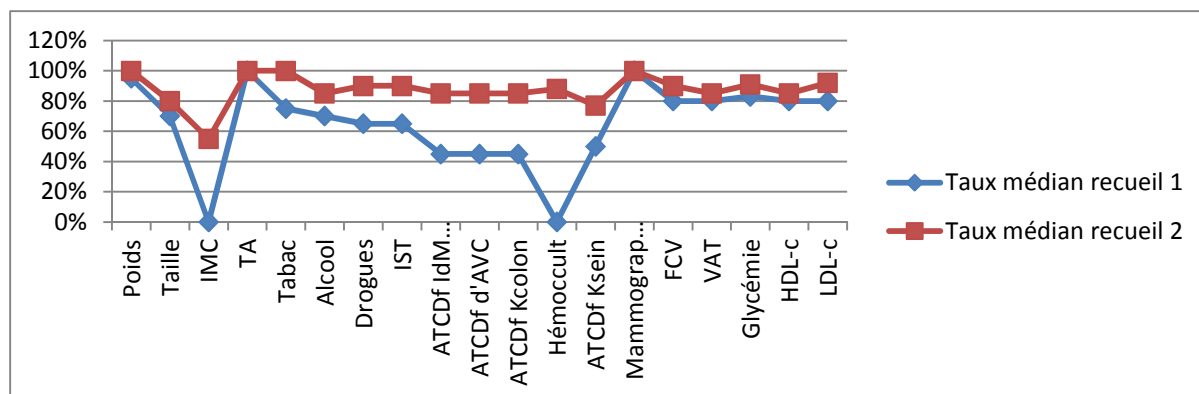
- Concernant le Tabac, l'Alcool, les Drogues et les IST :

Tabac et Alcool = quantité consommée et sevrage renseignés, Drogues = idem + les produits consommés. IST = moyens de prévention, tests et antécédents renseignés.

- Concernant les Antécédents familiaux :

Infarctus du myocarde ou Mort subite : degré de parenté, âge et sexe renseignés, facteur de risque si ATCD père ou apparenté de sexe masculin avant 55 ans, si mère ou apparenté de sexe féminin avant 65 ans. AVC : âge, facteur de risque si apparenté avant 45 ans. Cancers du sein et du colon : degré de parenté et âge renseignés.

Résultats obtenus au cabinet Victor Hugo après introduction d'un TBS de prévention systématique et non orientée, sur les taux médians de remplissage des indicateurs dans les dossiers, et de périodicités respectés des indicateurs :



Annexe 25 : Concernant les médecins interrogés et les dates des recueils.

15 médecins des Hauts de Seine (92) ont participé au 1^o tour de cet audit. Tous membres du PSU-GVLG :

- 8 médecins exerçant à Gennevilliers, 6 à Villeneuve-la-Garenne et 1 à Asnières.
- 6 Hommes et 9 Femmes.
- 3 médecins en cabinet seuls, 3 médecins au cabinet rue Victor Hugo (cabinet VH) à Gennevilliers, 4 médecins au cabinet Allée Saint Paul (cabinet ASP) à Villeneuve-la-Garenne, et 5 médecins au cabinet rue Marcel Lamour (cabinet ML) à Gennevilliers.
- 3 médecins utilisant le logiciel éO et 12 médecins utilisant le logiciel Médicawin.

Le PSU-GVLG reçoit des financements de l'ARS dans le cadre des eNMR. Pour cette thèse, le pôle a décidé de rémunérer les médecins participant.

Tableau 53: *Médecin par médecin, durées déclarées de consultation, et dates des questionnaires et recueils.*

	Durée déclarée de la consultation	Date du questionnaire	Date du recueil 1	Date du recueil 2
Médecin 1	20 minutes	20/09/2011	20/09/2011	15/02/2013
Médecin 2	20 minutes	19/10/2011	19/10/2011	15/02/2013
Médecin 3	20 minutes	24/10/2011	24/10/2011	15/02/2013
Médecin 4	20 minutes	05/09/2011	05/09/2011	
Médecin 5	15 minutes	12/09/2011	12/09/2011	
Médecin 6	15 minutes	06/09/2011	07/09/2011	
Médecin 7	20 minutes	05/10/2011	02/07/2012	
Médecin 8	15 minutes	05/10/2011	02/07/2012	
Médecin 9	15 minutes	05/10/2011	02/07/2012	
Médecin 10	20 minutes	05/10/2011	02/07/2012	
Médecin 11	20 minutes	05/09/2011	17/07/2012	
Médecin 12	20 minutes	03/10/2011	17/07/2012	
Médecin 13	20 à 45 minutes	02/07/2012	17/07/2012	
Médecin 14	20 à 45 minutes	02/07/2012	17/07/2012	
Médecin 15	20 minutes	17/07/2012	17/07/2012	

Annexe 26 : Médecin 1.

QUESTIONNAIRE

Indicateur non déclaré noté: Indice de Masse Corporelle.

- Concernant le Tabac et l'Alcool : sevrage non renseigné.
- Concernant les Drogues : Quantité consommée, Produit consommée, Sevrage non renseignés.
- Concernant les IST : Tests non renseignés.
- Concernant les ATCDf d'IdM ou MS : Sexe non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 54 : Synthèse des patients des 2 recueils.

	1° tour (20 patients)	2° tour (20 patients)
Hommes/Femmes	13/7	13/7
Age min/max	25a/81a	23a/78a
Age moyen	60,1a	50.3a
Age médian	63a	51a
H+F>45ans (glycémie)	15	14
H>45 ans (HDL et LDL)	11	10
F>55 ans (HDL et LDL)	4	3
H+F 50 à 75 ans (Hémoccult)	11	11
F 50 à 75 ans (Mammographie)	3	2
F 25 à 65 ans (FCV)	5	4

Tableau 54 bis : Synthèse des résultats des deux recueils.

	Taux noté 1	Taux noté 2	Taux de périodicité respectée 1	Taux de périodicité respectée 2
POIDS noté/20	100%	100%	95%	85%
TAILLE noté/20	100%	95%	65%	74%
IMC noté/20	0%	65%	0%	100%
TA noté/20	100%	100%	95%	90%
TABAC noté/20	80%	100%	56%	45%
ALCOOL noté/20	80%	100%	56%	45%
DROGUES noté/20	80%	100%	56%	40%
IST noté/20	80%	100%	56%	45%
ATCDfIdM/MS noté/20	65%	90%	9%	47%
ATCDf AVC noté/20	65%	85%	9%	44%
ATCDf Kcolon noté/20	65%	90%	9%	41%
HEMOCCULT noté/concerné	0%	82%	0%	78%
ATCDf Ksein noté/concerné	57%	86%	0%	33%
MAMMO noté/concerné	100%	100%	100%	50%
FCV noté/concerné	100%	100%	60%	100%
VAT noté/20	80%	85%	88%	100%
GLYCEMIE noté/concerné	73%	81%	91%	92%
HDL-c noté/concerné	80%	85%	92%	91%
LDL-c noté/concerné	80%	85%	92%	82%

TABLEAU DE BORD DE SUIVI

Tableau 54 ter : Synthèse des TBS remplis.

	TBS complété	N indicateurs complétés/ Nb à compléter	N alarmes/ Nb à compléter
Patient 1	O	18/19	1/19
Patient 2	O	22/23	1/23
Patient 3	O	21/23	2/23
Patient 4	O	17/23	6/23
Patient 5	O	22/23	1/23
Patient 6	O	8/23	15/23
Patient 7	O	20/23	3/23
Patient 8	O	16/19	3/19
Patient 9	O	17/19	2/19
Patient 10	O	7/19	12/19
Patient 11	O	17/19	2/19
Patient 12	O	19/19	0/19
Patient 13	O	17/19	2/19
Patient 14	O	7/19	12/19
Patient 15	O	16/19	3/19
Patient 16	N	x	x
Patient 17	N	x	x
Patient 18	O	14/19	5/19
Patient 19	N	x	x
Patient 20	O	18/19	1/19

Annexe 27 : Médecin 2.

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: Hémoccult, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.

- Concernant le Tabac, l'Alcool et les Drogues : Sevrage non renseigné..
- Concernant les IST : Moyens de prévention, Antécédent ou non d'IST, Tests faits non renseignés.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS et d'AVC : Age non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 55 : Synthèse des patients des 2 recueils.

	1° tour (20 patients)	2° tour (20 patients)
Hommes-Femmes	10-10	7-13
Age min-max	23a-87a	20a-81a
Age moyen	53.9a	45.3a
Age médian	56a	46a
H+F>45ans (glycémie)	14	11
H>45ans (HDL et LDL)	9	4
F>55 ans (HDL et LDL)	4	2
H+F 50 à 75 ans (Hémoccult)	6	8
F 50 à 75 ans (Mammographie)	1	5
F 25 à 65 ans (FCV)	5	10

Tableau 55 bis : Synthèse des résultats des deux recueils.

	Taux noté 1	Taux noté 2	Taux de périodicité respectée 1	Taux de périodicité respectée 2
POIDS noté/20	80%	100%	100%	100%
TAILLE noté/20	70%	80%	64%	88%
IMC noté/20	0%	55%	0%	100%
TA noté/20	95%	100%	89%	100%
TABAC noté/20	75%	100%	80%	60%
ALCOOL noté/20	70%	85%	86%	53%
DROGUES noté/20	65%	90%	85%	61%
IST noté/20	65%	90%	85%	61%
ATCDfIdM/MS noté/20	45%	85%	44%	71%
ATCDf AVC noté/20	45%	85%	44%	71%
ATCDf Kcolon noté/20	45%	85%	44%	71%
HEMOCCULT noté/concerné	0%	88%	0%	71%
ATCDf Ksein noté/concerné	50%	77%	40%	60%
MAMMO noté/concerné	100%	80%	100%	75%
FCV noté/concerné	80%	90%	75%	78%
VAT noté/20	55%	95%	91%	100%
GLYCEMIE noté/concerné	86%	91%	75%	70%
HDL-c noté/concerné	69%	83%	67%	60%
LDL-c noté/concerné	69%	100%	67%	67%

TABLEAU DE BORD DE SUIVI

Tableau 55 ter : Synthèse des TBS remplis

	TBS complété	N complétés/Nb à compléter	N alarmes/ Nb à compléter
Patient 1	O	22/23	1/23
Patient 2	N	x	x
Patient 3	O	16/19	3/19
Patient 4	N	x	x
Patient 5	O	22/23	1/23
Patient 6	N	x	x
Patient 7	O	23/23	0/23
Patient 8	O	16/19	3/19
Patient 9	O	23/23	0/23
Patient 10	O	20/23	3/23
Patient 11	O	19/19	0/19
Patient 12	O	15/19	4/19
Patient 13	N	x	x
Patient 14	O	17/19	2/19
Patient 15	N	x	x
Patient 16	O	23/23	0/23
Patient 17	O	19/19	0/19
Patient 18	O	23/23	0/23
Patient 19	N	x	x
Patient 20	O	23/23	0/23

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: IMC, TA, Antécédents familiaux d'Accident Vasculaire Cérébral.

- Concernant le Tabac et l'Alcool : Sevrage non renseigné.
- Concernant les Drogues : Quantité consommée et Sevrage non renseignés.
- Concernant les IST : Antécédent d'IST, Tests non renseignés.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS : Sexe non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 56 : Synthèse des patients des 2 recueils.

	1° tour (20 patients)	2° tour (20 patients)
Hommes-Femmes	6-14	7-13
Age min-max	23a-88a	21a-80a
Age moyen	52.4a	54.7a
Age médian	52a	58a
H+F>45ans (glycémie)	12	15
H>45 ans (HDL et LDL)	3	6
F>55 ans (HDL et LDL)	7	6
H+F 50 à 75 ans (Hémocult)	9	9
F 50 à 75 ans (Mammographie)	7	5
F 25 à 65 ans (FCV)	8	7

Tableau 56 bis : Synthèse des résultats des deux recueils.

	Taux noté 1	Taux noté 2	Taux de périodicité respectée 1	Taux de périodicité respectée 2
POIDS noté/20	95%	100%	95%	100%
TAILLE noté/20	65%	70%	31%	71%
IMC noté/20	0%	50%	0%	100%
TA noté/20	100%	95%	95%	100%
TABAC noté/20	55%	75%	64%	73%
ALCOOL noté/20	60%	65%	58%	69%
DROGUES noté/20	55%	65%	64%	77%
IST noté/20	55%	65%	64%	77%
ATCDfIdM/MS noté/20	40%	75%	43%	60%
ATCDf AVC noté/20	40%	75%	43%	60%
ATCDf Kcolon noté/20	40%	75%	43%	60%
HEMOCCULT noté/concerné	22%	89%	100%	88%
ATCDf Ksein noté/concerné	29%	69%	50%	67%
MAMMO noté/concerné	57%	100%	75%	80%
FCV noté/concerné	50%	71%	25%	100%
VAT noté/20	85%	65%	88%	92%
GLYCEMIE noté/concerné	83%	100%	90%	93%
HDL-c noté/concerné	80%	100%	88%	83%
LDL-c noté/concerné	80%	92%	88%	82%

TABLEAU DE BORD DE SUIVI

Tableau 56 ter : Synthèse des TBS remplis

	TBS complété	N complétés/ Nb à compléter	N alarmes/Nb à compléter
Patient 1	N	x	x
Patient 2	O	7/23	16/23
Patient 3	O	19/19	
Patient 4	O	16/19	3/19
Patient 5	N	x	x
Patient 6	N	x	x
Patient 7	O	10/23	13/23
Patient 8	O	18/19	1/19
Patient 9	O	22/23	1/23
Patient 10	O	23/23	0/23
Patient 11	N	x	x
Patient 12	N	x	x
Patient 13	O	23/23	0/23
Patient 14	O	22/23	1/23
Patient 15	O	9/19	10/19
Patient 16	O	12/23	11/23
Patient 17	N	x	x
Patient 18	O	22/23	1/23
Patient 19	O	19/19	0/19
Patient 20	N	x	x

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: IMC, Alcool, Drogues, IST, Hémocult, Mammographie, FCV, VAT.

- Concernant le Tabac et l'Alcool : Sevrage non renseigné.
- Concernant les Drogues : Quantité consommée, sevrage non renseignés.
- Concernant les IST : Moyens de prévention, Antécédent non renseignés.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS : Degré, Age, Sexe non renseignés.
- Concernant les Antécédents familiaux d'Accident Vasculaire Cérébral : Age non renseigné.
- Concernant les Antécédents familiaux de Cancer du colon et du sein : Degré et Age non renseignés.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 57: Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	11-9
Age min-max	18-78
Age moyen	54.9 a
Age médian	48a
H+F>45ans (glycémie)	13
H>45 ans (HDL et LDL)	8
F>55 ans (HDL et LDL)	4
H+F 50 à 75 ans (Hémocult)	12
F 50 à 75 ans (Mammographie)	5
F 25 à 65 ans (FCV)	7

Tableau 57 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	95%	95%
TAILLE noté/20	85%	59%
IMC noté/20	85%	59%
TA noté/20	90%	83%
TABAC noté/20	55%	Pas de date
ALCOOL noté/20	50%	Pas de date
DROGUES noté/20	5%	Pas de date
IST noté/20	10%	0%
ATCDfIdM/MS noté/20	0%	0%
ATCDf AVC noté/20	0%	0%
ATCDf Kcolon noté/20	0%	0%
HEMOCCULT noté/concerné	0%	0%
ATCDf Ksein noté/concerné	0%	0%
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	80%	100%
FCV noté/concerné	43%	100%
VAT noté/20	70%	71%
GLYCEMIE noté/concerné	77%	80%
HDL-c noté/concerné	67%	88%
LDL-c noté/concerné	67%	88%

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: IMC, Tension Artérielle, Tabac, Alcool, Drogues, Infections Sexuellement Transmissibles, Antécédents familiaux (infarctus du myocarde ou mort subite, accident vasculaire cérébrale, cancer du colon, cancer du sein).

- Concernant le Tabac et l'Alcool : Sevrage non renseigné.
- Concernant les Drogues : Produit consommé, quantité consommée, sevrage non renseignés.
- Concernant les IST : Tests faits ou non, moyens de prévention, Antécédent non renseignés.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS : Degré, Sexe non renseignés.
- Concernant les Antécédents familiaux d'Accident Vasculaire Cérébral : Age non renseigné.
- Concernant les Antécédents familiaux de Cancer du colon et du sein : Degré et Age non renseignés.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 58 : Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	7-13
Age min-max	21a-80a
Age moyen	42.1a
Age médian	50.5a
H+F>45ans (glycémie)	6
H>45 ans (HDL et LDL)	3
F>55 ans (HDL et LDL)	2
H+F 50 à 75 ans (Hémoccult)	5
F 50 à 75 ans (Mammographie)	3
F 25 à 65 ans (FCV)	11

Tableau 58 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	55%	73%
TAILLE noté/20	55%	100%
I.M.C noté/20	55%	100%
TA noté/20	65%	85%
TABAC noté/20	0%	0%
ALCOOL noté/20	0%	0%
DROGUES noté/20	0%	0%
IST. noté/20	5%	100%
ATCDfIdM/MS noté/20	10%	Pas de date
ATCDf AVC noté/20	5%	Pas de date
ATCDf Kcolon noté/20	5%	Pas de date
HEMOCCULT noté/concerné	75%	100%
ATCDf Ksein noté/concerné	0%	0%
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	67%	50%
FCV noté/concerné	45%	40%
VAT noté/20	40%	88%
GLYCEMIE noté/concerné	83%	40%
HDL-c noté/concerné	80%	50%
LDL-c noté/concerné	80%	50%

Annexe 31 : Médecin 6.

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: Drogues, Infections Sexuellement Transmissibles.

- Concernant le Tabac et l'Alcool : Sevrage non renseigné.
- Concernant les Drogues : Produit consommé, quantité consommée, sevrage non renseignés.
- Concernant les IST : Tests faits ou non, moyens de prévention, Antécédent ou non d'IST non renseignés.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS : Degré, Age et Sexe non renseignés.
- Concernant les Antécédents familiaux d'Accident Vasculaire Cérébral : Age non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 59: Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	10-6
Age min-max	20a-65a
Age moyen	38.2a
Age médian	42.5a
H+F>45ans (glycémie)	5
H>45 ans (HDL et LDL)	4
F>55 ans (HDL et LDL)	0
H+F 50 à 75 ans (Hémoccult)	2
F 50 à 75 ans (Mammographie)	0
F 25 à 65 ans (FCV)	4

Tableau 59 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	94%	87%
TAILLE noté/20	88%	100%
IMC noté/20	75%	100%
TA noté/20	63%	90%
TABAC noté/20	25%	Pas de date
ALCOOL noté/20	0%	0%
DROGUES noté/20	0%	0%
IST noté/20	6%	0%
ATCDfIdM/MS noté/20	25%	Pas de date
ATCDf AVC noté/20	25%	Pas de date
ATCDf Kcolon noté/20	25%	Pas de date
HEMOCCULT noté/concerné	50%	100%
ATCDf Ksein noté/concerné	17%	Pas de date
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	0%	0%
FCV noté/concerné	0%	0%
VAT noté/20	19%	100%
GLYCEMIE noté/concerné	60%	67%
HDL-c noté/concerné	0%	0%
LDL-c noté/concerné	0%	0%

Annexe 32 : Médecin 7.

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: IMC, Drogues, Infections Sexuellement Transmissibles, HémoCCult, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.

- Concernant le Tabac : Quantité consommée non renseignée
- Concernant l'Alcool : Sevrage non renseigné
- Concernant les Drogues : Quantité consommée, sevrage non renseignés.
- Concernant les IST : Tests faits ou non, moyens de prévention, Antécédent non renseignés.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS: Age et Sexe non renseignés.
- Concernant les Antécédents familiaux d'Accident Vasculaire Cérébral : Age non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 60 : Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	5-15
Age min-max	23a-51a
Age moyen	34.4 ans
Age médian	34ans
H+F>45ans (glycémie)	3
H>45 ans (HDL et LDL)	2
F>55 ans (HDL et LDL)	0
H+F 50 à 75 ans (Hémoccult)	1
F 50 à 75 ans (Mammographie)	1
F 25 à 65 ans (FCV)	13

Tableau 60 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	80%	75%
TAILLE noté/20	45%	100%
IMC noté/20	50%	100%
TA noté/20	75%	100%
TABAC noté/20	85%	Pas de date
ALCOOL noté/20	85%	Pas de date
DROGUES noté/20	5%	Pas de date
IST noté/20	50%	40%
ATCDfIdM/MS noté/20	0%	0%
ATCDf AVC noté/20	0%	0%
ATCDf Kcolon noté/20	0%	0%
HEMOCCULT noté/concerné	0%	0%
ATCDf Ksein noté/concerné	0%	0%
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	0%	0%
FCV noté/concerné	38%	100%
VAT noté/20	25%	100%
GLYCEMIE noté/concerné	33%	100%
HDL-c noté/concerné	0%	0%
LDL-c noté/concerné	0%	0%

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: Poids, Taille, IMC, FCV.

- Concernant le Tabac et Alcool : Sevrage non renseigné.
- Concernant les Drogues : Produit consommé, quantité consommée, sevrage non renseignés.
- Concernant les IST : Tests faits ou non, moyens de prévention, Antécédent non renseignés.
- Concernant les ATCFf IdM ou MS : Degré, Age et Sexe non renseignés.
- Concernant les Antécédents familiaux d'Accident Vasculaire Cérébral : Age non renseigné.
- Concernant les Antécédents familiaux de Cancer du colon et du sein : Degré et Age non renseignés.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 61 : Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	9-11
Age min-max	21a-79a
Age moyen	48a
Age médian	48a
H+F>45ans (glycémie)	12
H>45 ans (HDL et LDL)	4
F>55 ans (HDL et LDL)	5
H+F 50 à 75 ans (Hémocult)	8
F 50 à 75 ans (Mammographie)	4
F 25 à 65 ans (FCV)	8

Tableau 61 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	75%	87%
TAILLE noté/20	20%	100%
IMC noté/20	20%	100%
TA noté/20	75%	93%
TABAC noté/20	40%	Pas de date
ALCOOL noté/20	40%	13%
DROGUES noté/20	0%	0%
IST noté/20	30%	33%
ATCDfIdM/MS noté/20	0%	0%
ATCDf AVC noté/20	0%	0%
ATCDf Kcolon noté/20	0%	0%
HEMOCCULT noté/concerné	50%	75%
ATCDf Ksein noté/concerné	0%	0%
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	40%	100%
FCV noté/concerné	0%	0%
VAT noté/20	60%	67%
GLYCEMIE noté/concerné	67%	88%
HDL-c noté/concerné	78%	86%
LDL-c noté/concerné	78%	86%

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: Taille, Indice de Masse Corporelle, Alcool, Drogues, Infections Sexuellement Transmissibles, Hémocult, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.

- Concernant l'Alcool : Quantité consommée, sevrage non renseignés.
- Concernant les Drogues : Produit consommé, quantité consommée, sevrage non renseignés.
- Concernant les IST : Tests faits ou non, moyens de prévention, Antécédent non renseignés.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS: Degré et Sexe non renseignés.
- Concernant les Antécédents familiaux de Cancer du colon et du sein : Degré non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 62: Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	8-12
Age min-max	18a-85a
Age moyen	49.7a
Age médian	47a
H+F>45ans (glycémie)	10
H>45 ans (HDL et LDL)	6
F>55 ans (HDL et LDL)	2
H+F 50 à 75 ans (Hémocult)	5
F 50 à 75 ans (Mammographie)	2
F 25 à 65 ans (FCV)	9

Tableau 62 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	65%	62%
TAILLE noté/20	25%	40%
IMC noté/20	25%	40%
TA noté/20	100%	80%
TABAC noté/20	35%	Pas de date
ALCOOL noté/20	15%	33%
DROGUES noté/20	0%	0%
IST noté/20	0%	0%
ATCDfIdM/MS noté/20	5%	Pas de date
ATCDf AVC noté/20	0%	0%
ATCDf Kcolon noté/20	5%	Pas de date
HEMOCCULT noté/concerné	40%	50%
ATCDf Ksein noté/concerné	0%	0%
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	0%	0%
FCV noté/concerné	0%	0%
VAT noté/20	30%	100%
GLYCEMIE noté/concerné	40%	75%
HDL-c noté/concerné	50%	50%
LDL-c noté/concerné	50%	50%

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: Poids, Taille, Indice de Masse Corporelle, Tension Artérielle, Antécédents familiaux infarctus du myocarde ou mort subite, Frottis Cervico vaginal, Vaccin anti tétanos, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.

- Concernant le Tabac et l'Alcool : Sevrage non renseigné.
- Concernant les Drogues : Quantité consommée, sevrage non renseignés.
- Concernant les IST: Tests faits ou non, moyens de prévention non renseignés
- Concernant les ATCDf IdM ou MS : Sexe non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 63 : Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	13-7
Age min-max	18a-90a
Age moyen	53.6a
Age médian	57a
H+F>45ans (glycémie)	14
H>45 ans (HDL et LDL)	5
F>55 ans (HDL et LDL)	8
H+F 50 à 75 ans (Hémocult)	11
F 50 à 75 ans (Mammographie)	7
F 25 à 65 ans (FCV)	7

Tableau 63 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	75%	93%
TAILLE noté/20	20%	100%
IMC noté/20	20%	100%
TA noté/20	85%	100%
TABAC noté/20	40%	13%
ALCOOL noté/20	20%	Pas de date
DROGUES noté/20	5%	Pas de date
IST noté/20	20%	25%
ATCDfIdM/MS noté/20	0%	0%
ATCDf AVC noté/20	5%	Pas de date
ATCDf Kcolon noté/20	5%	Pas de date
HEMOCCULT noté/concerné	50%	100%
ATCDf Ksein noté/concerné	0%	0%
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	43%	33%
FCV noté/concerné	43%	33%
VAT noté/20	55%	82%
GLYCEMIE noté/concerné	64%	89%
HDL-c noté/concerné	69%	100%
LDL-c noté/concerné	69%	100%

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: Tension Artérielle, Hémocult.

- Concernant le Tabac et l'Alcool : Sevrage non renseigné.
- Concernant les Drogues : Produit consommé, quantité consommée, sevrage non renseignés.
- Concernant les IST : Antécédent d'IST non renseigné.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS : Sexe non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 64 : Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	8-12
Age min-max	18a-75a
Age moyen	36.7 ans
Age médian	46 ans
H+F>45 ans (glycémie)	6
H>45 ans (HDL et LDL)	2
F>55 ans (HDL et LDL)	2
H+F 50 à 75 ans (Hémocult)	3
F 50 à 75 ans (Mammographie)	3
F 25 à 65 ans (FCV)	10

Tableau 64 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	60%	92%
TAILLE noté/20	45%	100%
IMC noté/20	45%	100%
TA noté/20	40%	88%
TABAC noté/20	90%	0%
ALCOOL noté/20	55%	Pas de date
DROGUES noté/20	30%	17%
IST noté/20	25%	60%
ATCDfIdM/MS noté/20	55%	18%
ATCDf AVC noté/20	55%	18%
ATCDf Kcolon noté/20	55%	18%
HEMOCCULT noté/concerné	33%	100%
ATCDf Ksein noté/concerné	50%	17%
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	100%	33%
FCV noté/concerné	60%	83%
VAT noté/20	40%	88%
GLYCEMIE noté/concerné	0%	0%
HDL-c noté/concerné	25%	100%
LDL-c noté/concerné	25%	100%

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés, étudiés dans cette thèse : 0.

- Concernant l'Alcool et les Drogues: Sevrage non renseigné.
- Concernant les IST : Antécédent d'IST non renseignés.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS : Sexe non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 65: Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femse	6-14
Age min-max	19a-55a
Age moyen	34.5a
Age médian	32a
H+F>45 ans (glycémie)	3
H>45 ans (HDL et LDL)	1
F>55 ans (HDL et LDL)	1
H+F 50 à 75 ans (Hémocult)	2
F 50 à 75 ans (Mammographie)	2
F 25 à 65 ans (FCV)	12

Tableau 65 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	40%	88%
TAILLE noté/20	15%	100%
IMC noté/20	15%	100%
TA noté/20	50%	90%
TABAC noté/20	70%	21%
ALCOOL noté/20	50%	20%
DROGUES noté/20	0%	0%
IST noté/20	20%	50%
ATCDfIdM/MS noté/20	65%	Pas de date
ATCDf AVC noté/20	65%	Pas de date
ATCDf Kcolon noté/20	65%	Pas de date
HEMOCCULT noté/concerné	50%	100%
ATCDf Ksein noté/concerné	71%	Pas de date
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	50%	100%
FCV noté/concerné	50%	100%
VAT noté/20	45%	100%
GLYCEMIE noté/concerné	67%	50%
HDL-c noté/concerné	50%	100%
LDL-c noté/concerné	50%	100%

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: Taille, Indice de Masse Corporelle, Drogues, Infections Sexuellement Transmissibles.

- Concernant le Tabac et l'Alcool : Sevrage non renseigné.
- Concernant les Drogues : Produit consommé, quantité consommé, sevrage non renseignés.
- Concernant les IST : Moyens de prévention, Antécédent d'IST non renseignés.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS: Sexe non renseigné..

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 66: Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	6-14
Age min-max	22a-77a
Age moyen	45.3a
Age médian	45a
H+F>45 ans (glycémie)	10
H>45 ans (HDL et LDL)	4
FF>55 ans (HDL et LDL)	4
H+F 50 à 75 ans (Hémocult)	7
F 50 à 75 ans (Mammographie)	5
F 25 à 65 ans (FCV)	12

Tableau 66 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	45%	100%
TAILLE noté/20	20%	100%
IMC noté/20	15%	100%
TA noté/20	45%	100%
TABAC noté/20	35%	14%
ALCOOL noté/20	25%	20%
DROGUES noté/20	5%	100%
IST noté/20	5%	100%
ATCDfIdM/MS noté/20	50%	Pas de date
ATCDf AVC noté/20	50%	Pas de date
ATCDf Kcolon noté/20	50%	Pas de date
HEMOCCULT noté/concerné	43%	67%
ATCDf Ksein noté/concerné	57%	Pas de date
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	80%	100%
FCV noté/concerné	50%	83%
VAT noté/20	35%	100%
GLYCEMIE noté/concerné	50%	60%
HDL-c noté/concerné	25%	0%
LDL-c noté/concerné	25%	0%

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: Taille, Indice de Masse Corporelle.

- Concernant le Tabac, l'Alcool et les Drogues : Sevrage non renseigné.
- Concernant les IST: Tests faits ou non, moyens de prévention, Antécédent d'IST non renseignés.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS : Sexe non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 67 : Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	7-13
Age min-max	19a-72a
Age moyen	41.8a
Age médian	40a
H+F>45ans (glycémie)	8
H>45 ans (HDL et LDL)	2
F>55 ans (HDL et LDL)	3
H+F 50 à 75 ans (Hémoccult)	6
F 50 à 75 ans (Mammographie)	4
F 25 à 65 ans (FCV)	11

Tableau 67 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	35%	86%
TAILLE noté/20	20%	100%
IMC noté/20	20%	100%
TA noté/20	70%	100%
TABAC noté/20	90%	39%
ALCOOL noté/20	80%	44%
DROGUES noté/20	10%	50%
IST noté/20	20%	75%
ATCDfIdM/MS noté/20	65%	8%
ATCDf AVC noté/20	65%	8%
ATCDf Kcolon noté/20	65%	8%
HEMOCCULT noté/concerné	50%	100%
ATCDf Ksein noté/concerné	62%	Pas de date
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	50%	100%
FCV noté/concerné	73%	100%
VAT noté/20	35%	86%
GLYCEMIE noté/concerné	75%	17%
HDL-c noté/concerné	60%	0%
LDL-c noté/concerné	60%	0%

Annexe 40 : Médecin 15.

QUESTIONNAIRE

Indicateurs non déclarés notés: Indice de Masse Corporelle, Infections Sexuellement Transmissibles, HémoCCult, Mammographie, Frottis Cervico vaginal.

- Concernant le Tabac et l'Alcool : Sevrage non renseigné.
- Concernant les Drogues : Quantité consommé, sevrage non renseigné.
- Concernant les IST : Antécédent d'IST non renseigné.
- Concernant les ATCDf IdM ou MS : Sexe non renseigné.

RECUEIL DANS LES DOSSIERS

Tableau 68: Synthèse des 20 patients du recueil.

Hommes-Femmes	3-17
Age min-max	19a-65a
Age moyen	38.9a
Age médian	36a
H+F>45ans (glycémie)	7
H>45 ans (HDL et LDL)	1
F>55 ans (HDL et LDL)	4
H+F 50 à 75 ans (Hémocult)	5
F 50 à 75 ans (Mammographie)	5
F 25 à 65 ans (FCV)	15

Tableau 68 bis : Synthèse des résultats du recueil.

	Taux notée	Taux de périodicité respectée
POIDS noté/20	40%	100%
TAILLE noté/20	25%	100%
IMC noté/20	25%	100%
TA noté/20	25%	100%
TABAC noté/20	75%	40%
ALCOOL noté/20	45%	11%
DROGUES noté/20	10%	Pas de date
IST noté/20	25%	80%
ATCDfIdM/MS noté/20	50%	100%
ATCDf AVC noté/20	50%	Pas de date
ATCDf Kcolon noté/20	50%	Pas de date
HEMOCCULT noté/concerné	40%	50%
ATCDf Ksein noté/concerné	47%	Pas de date
MAMMOGRAPHIE noté/concerné	80%	50%
FCV noté/concerné	93%	93%
VAT noté/20	50%	100%
GLYCEMIE noté/concerné	29%	100%
HDL-c noté/concerné	40%	100%
LDL-c noté/concerné	40%	100%

4. Résultats Cabinet par Cabinet

Annexe 41 : Synthèse des résultats des 3 médecins du cabinet 1.

Tableau 69 : Résultats du Questionnaire.

Indicateurs non déclarés notés	<i>Médecin 1</i>	IMC.
	<i>Médecin 2</i>	Hémocult, Glycémie, HDL et LDL-c.
	<i>Médecin 3</i>	IMC, TA, Antécédents familiaux AVC.
Emplacement A	<i>Médecin 1</i>	Poids, Taille, TA.
	<i>Médecin 2</i>	Poids, Taille, IM., TA.
	<i>Médecin 3</i>	IMC, Hémocult, Mammographie, FCV.
Emplacement B	<i>Médecin 1</i>	IMC, VAT, Glycémie, HDL et LDL-c.
	<i>Médecin 2</i>	Tabac, Alcool, Drogues, IST, Antécédents familiaux, Hémocult, Mammographie, FCV, VAT.
	<i>Médecin 3</i>	Poids, Taille, Tension Artérielle, Tabac, Alcool, Drogues, IST, ATCD familiaux, VAT, Glycémie, HDL et LDL-c.
Emplacement C	<i>Médecin 1</i>	Tabac, Alcool, Drogues, IST, Antécédents familiaux, Hémocult, Mammographie, FCV.
	<i>Médecin 2</i>	0
	<i>Médecin 3</i>	Hémocult, Mammographie, FCV.
Périodicités Poids, Taille, IMC, TA	<i>Médecin 1</i>	Poids 12 mois.
	<i>Médecin 2</i>	Poids, TA 3-4 mois.
	<i>Médecin 3</i>	Poids 2 mois. Taille et IMC 12 mois.
Périodicités Tabac, Alcool, Drogues, IST	<i>Médecin 1</i>	12 mois.
	<i>Médecin 2</i>	12 mois.
	<i>Médecin 3</i>	Tabac, Alcool, IST 12 mois.
Périodicités Antécédents familiaux	<i>Médecin 1</i>	12 mois.
	<i>Médecin 2</i>	12 mois.
	<i>Médecin 3</i>	24 mois.
Périodicités Hémocult, Mammographie, FCV	<i>Médecin 1</i>	Hémocult, Mammographie 24 mois. FCV 24-36 mois.
	<i>Médecin 2</i>	24 mois.
	<i>Médecin 3</i>	12 mois.
Périodicité Glycémie, HDL-c, LDL-c	<i>Médecin 1</i>	?
	<i>Médecin 2</i>	5 ans.
	<i>Médecin 3</i>	12 mois.

Annexe 42 : Synthèse des résultats des 4 médecins du cabinet 2.

Tableau 70: Résultats du Questionnaire.

Indicateurs non déclarés notés	<i>Médecin 7</i>	Indice de Masse Corporelle, Drogues, Infections Sexuellement Transmissibles, HémoCCult, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.
	<i>Médecin 8</i>	Poids, Taille, Indice de Masse Corporelle, Frottis Cervico vaginal.
	<i>Médecin 9</i>	Taille, Indice de Masse Corporelle, Alcool, Drogues, Infections Sexuellement Transmissibles, HémoCCult, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.
	<i>Médecin 10</i>	Poids, Taille, Indice de Masse Corporelle, Tension Artérielle, Antécédents familiaux infarctus du myocarde ou mort subite, Frottis Cervico vaginal, Vaccin anti tétanos, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.
Emplacement A	<i>Médecin 7</i>	Poids, Taille, IMC, Tension Artérielle, HémoCCult, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.
	<i>Médecin 8</i>	HémoCCult, Mammographie, FCV, VAT, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.
	<i>Médecin 9</i>	Poids, Taille, IMC.
	<i>Médecin 10</i>	HémoCCult, Mammographie, F.C.V., Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.
Emplacement B	<i>Médecin 7</i>	Antécédents familiaux (infarctus du myocarde ou mort subite, AVC, cancer du colon, cancer du sein, VAT.
	<i>Médecin 8</i>	Poids, Taille, IMC, Tension Artérielle, Antécédents familiaux (infarctus du myocarde ou mort subite, AVC, cancer du colon, cancer du sein).
	<i>Médecin 9</i>	Antécédents familiaux (infarctus du myocarde ou mort subite, AVC, cancer du colon, cancer du sein), Glycémie.
	<i>Médecin 10</i>	Poids, Taille, IMC, Tension Artérielle, Antécédents familiaux, VAT, HDL-cholestérol.
Emplacement C	<i>Médecin 7</i>	Tension Artérielle, Tabac, Alcool, Drogues, IST, Mammographie, FCV.
	<i>Médecin 8</i>	Tabac, Alcool, Drogues, IST.
	<i>Médecin 9</i>	Tension Artérielle, Tabac, Alcool, Drogues, IST, HémoCCult, Mammographie, FCV, VAT, HDL et LDL-cholestérol.
	<i>Médecin 10</i>	Tabac, Alcool, Drogues, IST, HémoCCult, Mammographie, FCV.
Périodicités Poids, Taille, IMC, TA	<i>Médecin 7</i>	Poids, Taille, IMC = 12 mois.
	<i>Médecin 8</i>	0.
	<i>Médecin 9</i>	Poids = 3 mois. Taille = 12 mois.
	<i>Médecin 10</i>	HémoCCult, Mammographie, FCV, Glycémie.
Périodicités Tabac, Alcool, Drogues, IST	<i>Médecin 7</i>	Tabac, Alcool = 12 mois.
	<i>Médecin 8</i>	0.
	<i>Médecin 9</i>	0.
	<i>Médecin 10</i>	0.
Périodicités Antécédents familiaux	<i>Médecin 7</i>	0.
	<i>Médecin 8</i>	0.
	<i>Médecin 9</i>	0.
	<i>Médecin 10</i>	0.
Périodicités HémoCCult, Mammographie, FCV, VAT	<i>Médecin 7</i>	HémoCCult, Mammographie, FCV = 24 mois. VAT = 10 ans.
	<i>Médecin 8</i>	HémoCCult, Mammographie, FCV = 24 mois.
	<i>Médecin 9</i>	Mammographie, FCV =12 mois.
	<i>Médecin 10</i>	HémoCCult, Mammographie, FCV = 24 mois.
Périodicités Glycémie, HDL et LDL-cholestérol	<i>Médecin 7</i>	0.
	<i>Médecin 8</i>	Glycémie, HDL et LDL-cholestérol = 24-36 mois.
	<i>Médecin 9</i>	Glycémie, HDL et LDL-cholestérol = 12 mois.
	<i>Médecin 10</i>	Glycémie = 36 mois.

Annexe 43 : Synthèse des résultats des 5 médecins du cabinet 3.

Tableau 71 : Résultats du Questionnaire.

Indicateurs non déclarés notés	<i>Médecin 11</i>	Tension Artérielle, Hémoccult.
	<i>Médecin 12</i>	0.
	<i>Médecin 13</i>	Taille, Indice de Masse Corporelle, Drogues, Infections Sexuellement Transmissibles.
	<i>Médecin 14</i>	Taille, Indice de Masse Corporelle.
	<i>Médecin 15</i>	Indice de Masse Corporelle, IST, Hémoccult, Mammographie, Frottis Cervico vaginal.
Emplacement A	<i>Médecin 11</i>	0.
	<i>Médecin 12</i>	0.
	<i>Médecin 13</i>	Poids, Taille, IMC, Tension Artérielle, Tabac, Alcool, Drogues, IST, VAT, Glycémie, HDL et LDL-c.
	<i>Médecin 14</i>	Poids, Taille, IMC, Tension Artérielle, Tabac, Alcool, Drogues, Antécédents familiaux.
	<i>Médecin 15</i>	0.
Emplacement B	<i>Médecin 11</i>	Poids, Taille, IMC, Tension Artérielle, Hémoccult, VAT.
	<i>Médecin 12</i>	Poids, Taille, IMC, Tension Artérielle, Antécédents familiaux.
	<i>Médecin 13</i>	Antécédents familiaux.
	<i>Médecin 14</i>	Poids, Taille, IMC, Tension Artérielle, Tabac.
	<i>Médecin 15</i>	Tous
Emplacement C	<i>Médecin 11</i>	Tabac, Alcool, Drogues, IST, Antécédents familiaux, Mammographie, FCV, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.
	<i>Médecin 12</i>	Tabac, Alcool, Drogues, IST, Hémoccult, Mammographie, FCV, VAT, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.
	<i>Médecin 13</i>	Drogues, Hémoccult, Mammographie, FCV, VAT.
	<i>Médecin 14</i>	Alcool, Drogues, IST, Hémoccult, Mammographie, FCV, VAT, Glycémie, HDL et LDL-cholestérol.
	<i>Médecin 15</i>	0.
Périodicités Poids, Taille, IMC, TA	<i>Médecin 11</i>	0.
	<i>Médecin 12</i>	Poids, Taille, IMC, TA = 12 mois.
	<i>Médecin 13</i>	0.
	<i>Médecin 14</i>	Poids, Taille, IMC, TA = 12 mois.
	<i>Médecin 15</i>	Poids, IMC = 4 mois. Taille = 12 mois.
Périodicités Tabac, Alcool, Drogues, IST	<i>Médecin 11</i>	Tabac, Alcool, Drogues et IST = 12 mois.
	<i>Médecin 12</i>	Tabac, Alcool, IST = 12 mois.
	<i>Médecin 13</i>	Tabac, Alcool, Drogues, IST = 12 mois.
	<i>Médecin 14</i>	Tabac, Alcool, Drogues, IST = 12 mois.
	<i>Médecin 15</i>	Alcool, Drogues et IST = 6 mois. Tabac = 12 mois.
Périodicités Antécédents familiaux	<i>Médecin 11</i>	Antécédents = 12 mois.
	<i>Médecin 12</i>	Antécédents = 12 mois.
	<i>Médecin 13</i>	Antécédents familiaux = 12 mois.
	<i>Médecin 14</i>	0.
	<i>Médecin 15</i>	Antécédents familiaux = 12 mois.
Périodicités Hémoccult, Mammographie, FCV, VAT	<i>Médecin 11</i>	Hémoccult, Mammographie, FCV, VAT = 12 mois.
	<i>Médecin 12</i>	Hémoccult = 24 mois, Mammographie = 12 mois, FCV = 24-36 mois, VAT = 10 ans.
	<i>Médecin 13</i>	0.
	<i>Médecin 14</i>	Hémoccult, Mammographie, FCV = 24 mois. VAT = 10 ans.
	<i>Médecin 15</i>	Mammographie et FCV = 24 mois. Hémoccult 12 mois.
Périodicités Glycémie, HDL et LDL-cholestérol	<i>Médecin 11</i>	Glycémie, HDL et LDL-c = 12 mois.
	<i>Médecin 12</i>	Glycémie, HDL et LDL-c = 12-36 mois.
	<i>Médecin 13</i>	0.
	<i>Médecin 14</i>	Glycémie, HDL et LDL-cholestérol = 36 mois.
	<i>Médecin 15</i>	Glycémie, HDL et LDL-cholestérol = 12 mois.

5. Recommandations HAS par indicateur

Annexe 44 : Poids, Taille et Indice de Masse Corporelle.

Ils permettent d'évaluer :

- L'état nutritionnel du patient.
- Les risques de surpoids et d'obésité.
- Les risques d'anorexie.

Le poids est rempli dans les dossiers. La taille est mesurée chez les enfants, moins chez les adultes. Si calcul non automatique, l'IMC (ou indice de Quételet, en kg/m²) est rarement calculé en l'absence d'un contexte évocateur de trouble du comportement alimentaire. Il permet la classification du déficit pondéral, du surpoids et de l'obésité chez l'adulte.

Fréquences de recueil de ces indicateurs selon l'HAS et l'OMS :

- Poids : Le médecin doit peser régulièrement, au mieux à chaque consultation tous les patients.
- Taille : La taille doit être mesurée à la première consultation. Fréquence de recueil ensuite ? Dans un article sur « les aspects physiologiques du vieillissement » (20) : moins 1 cm entre 30 et 50 ans et 2 cm entre 50 et 70 pour les hommes; et pour les femmes: entre 25 et 75 ans, perte de 5 cm.
- IMC : doit être calculé quel que soit le motif de consultation. Le poids et la taille doivent être inscrits dans le dossier du patient pour calculer l'IMC et en surveiller l'évolution. Le calculer à chaque modification de poids ou de taille ?

L'anorexie :

Selon l'HAS (21) : Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR: prévalence en population générale de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes.

« L'anorexie mentale se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic :

- Risque de décès.
- Risque de complications somatiques et psychiques nombreuses.
- Risque de chronicité, de rechute et de désinsertion sociale. »

Parmi les objectifs des Recommandations de Bonne Pratique (RBP) :

- Repérer plus précocement l'anorexie mentale.
- Améliorer la prise en charge et l'orientation initiale des patients.

(...) pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales (grade C).

Un repérage ciblé est recommandé : adolescentes, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs (...), notamment de niveau de compétition, sujets atteints de pathologies impliquant des régimes (...).

« Ceci concerne notamment les médecins délivrant les certificats de non-contre-indication à la pratique sportive (médecins généralistes, pédiatres, médecins du sport), les médecins scolaires, de l'université, du travail, etc. (...) les personnes atteintes de TCA consultent plus fréquemment leur médecin généraliste que la population générale dans les années précédant le diagnostic pour des plaintes somatiques diverses. »

« (...) calculer et suivre l'IMC chez les adultes. Chez l'adulte s'inquiéter quand perte de poids supérieure à 15%, IMC < 18.5 kg/m², refus de prendre du poids malgré un IMC faible. »

L'obésité :

Selon l'OMS (22), (23) et (24) : « L'obésité est une maladie chronique dont la prévention et la prise en charge efficaces exigent des stratégies à long terme. (...) . La prévention efficace de l'obésité chez l'adulte est indissociable de la prévention et de la prise en charge de l'obésité chez l'enfant. (...) L'obésité a un coût élevé non seulement au regard des décès prématurés et des soins de santé, mais aussi sur le plan des incapacités et de la baisse de la qualité de vie. »

L'indice de masse corporelle (IMC) constitue la mesure la plus utile, même si elle est grossière, de l'obésité dans une population. Il y a obésité lorsque l'IMC est $\geq 30,0$. Les sujets et les groupes à haut risque d'obésité future du fait d'une surcharge pondérale (IMC 25–29,9), doivent également recevoir une attention médicale, mais pour eux l'accent doit être mis sur la prévention de toute prise de poids.

Tableau 72 : Tableau issu des recommandations HAS sur l'obésité.

Risque relatif des problèmes de santé associés à l'obésité ^a		
Grandement accru (Risque relatif bien supérieur à 3)	Modérément accru (Risque relatif compris entre 2 et 3)	Légèrement accru (Risque relatif compris entre 1 et 2)
DNID	Cardiopathie coronarienne	Cancer (cancer du sein chez la femme ménopausée, cancer de l'endomètre, cancer du côlon)
Cholécystopathie	Hypertension	Anomalies des hormones de la reproduction
Dyslipidémie	Arthrose du genou	Polykystose ovarienne
Résistance à l'insuline	Hyperuricémie et goutte	Altération de la fécondité
Essoufflement		Douleurs lombaires dues à l'obésité
Apnée du sommeil		Risque accru de complications au cours de l'anesthésie
		Anomalies fœtales associées à l'obésité de la mère

^a Toutes les valeurs du risque relatif sont des approximations.

Selon l'HAS (25) :

« En France, la prévalence de l'obésité est estimée à 15 % de la population adulte et est en augmentation. Il est recommandé de repérer systématiquement à la première consultation puis régulièrement le surpoids et l'obésité chez les patients consultant en médecine générale. Il est recommandé d'être particulièrement attentif à la tranche d'âge 25-34 ans, et aux personnes issues de milieux modestes. »

Annexe 45 : Tension Artérielle.

Sa mesure à chaque consultation est systématique pour la majorité des patients. Fréquence de recueil selon l'HAS (26) : « effectuer une mesure à chaque bras lors de la première consultation. » Le 19/09/2011 : La HAS a suspendu ces recommandations, dans le but de respecter les engagements pris en mai 2011 : appliquer les règles de gestion des conflits d'intérêt des experts aux travaux publiés.

Dans le dossier de Presse accompagnant les recommandations de 2005 de l'HAS (27) : « L'augmentation de l'incidence de l'hypertension artérielle (HTA) est un problème de santé publique majeur (...). En France, près de 8 millions de personnes sont atteintes d'HTA. Dans 94% des cas (étude CREDES), l'HTA essentielle est prise en charge par les médecins généralistes. » « En prévention primaire, la relation continue entre le niveau de pression artérielle (PA) et le risque cardiovasculaire s'observe même chez les sujets normo tendus ; ainsi le risque de présenter un événement cardiovasculaire est dépendant du niveau de pression artérielle. La pression artérielle systolique (PAS) est le composant de la pression artérielle qui prédit le mieux le risque chez le sujet de plus de 50 ans. »

Recommandations 2005 de l'HAS (26) : « L'augmentation du risque de morbidité-mortalité cardio-vasculaire est directement liée à l'élévation de pression artérielle à partir de 115/75 mmHg (grade B). L'HTA est définie par une PAS \geq 140 mmHg et/ou une PAD \geq 90 mmHg, mesurées au cabinet médical et confirmées au minimum par 2 mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois. »

Tableau 73 : Tableau issu des recommandations HAS sur l'HTA.

Stratification des niveaux de risque cardio-vasculaire			
	PA 140-159/90-99	PA 160-179/100-109	PA \geq 180/110
0 FdR associé	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1 à 2 FdR associés	Risque moyen		
\geq 3 FdR et/ou AOC et/ou diabète	Risque élevé	Risque élevé	
Maladie cardio-vasculaire/rénale			

Annexe 46 : Tabac.

Interroger les patients sur leur consommation de tabac est inscrit dans les pratiques des médecins, toutes spécialités confondues. Les questions sont posées en majorité lors de la première consultation, mais le suivi semble plus difficile. Les patients sont informés car les messages de prévention sont fréquents.

Selon le guide d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes pour l'aide au sevrage tabagique de l'HAS en 2004 (28), les objectifs à définir pour le médecin généraliste sont :

- Faire avec le fumeur le bilan de son tabagisme :
 - Son histoire, grade C (critère 1).
 - Ses motivations au sevrage, accord professionnel (critère 2).
 - Ses difficultés éventuelles, grade B (critère 3).
- Evaluer :
 - La dépendance pharmacologique, AFSSAPS, grade A (critère 4).
 - L'état anxio-dépressif (critère 5).
 - Les addictions associées (critère 6).
- Planifier le suivi et définir le mode d'accompagnement. AFSSAPS, grade A.

Par son histoire on entend : début du tabagisme (quand? comment?), sevrages antérieurs...

Par sa dépendance on entend : physique et psychique, évaluables par des scores (test de Fagerström, test HAD = anxiété dépression), quantité consommée de cigarettes.

En 2011, l'HAS se fixe comme objectif l'amélioration des pratiques : « Améliorer le repérage de l'usage de tabac et de la dépendance, en termes de qualité et de fréquence, en médecine de ville et à l'hôpital. »

Comment ? Proposer régulièrement au patient de prendre du temps de la consultation pour parler du tabac ? Proposer une consultation entière dédiée au tabac ? En parler à chaque consultation ?

Voici les données transmises par l'HAS en 2011 (29) (30), et le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) en mai 2011 (31) : « La consommation de tabac est responsable de 70 000 morts par an, selon l'enquête récente de L'INSERM et son impact est énorme et sans égal sur la prévalence d'affections cancéreuses, respiratoires ou neuro-cardiovasculaires, mortelles ou non mortelles. L'espérance de vie est réduite de dix ans chez les fumeurs. Le tabagisme est le principal risque sanitaire en termes de mortalité comme de morbidité. (...) »

Il a même été démontré que quels que soient l'âge du fumeur et l'ancienneté de son tabagisme, on pouvait tirer bénéfice de l'arrêt du tabac. »

« De nombreux travaux ont démontré que les médecins négligeaient ou sous-estimaient ce facteur étiologique ; de même il a été prouvé que l'intervention médicale pouvait être décisive pour obtenir la cessation du tabagisme (grade A). »

« D'après le Baromètre santé de l'Inpes, la prévalence des fumeurs en France a augmenté dans la population âgée de 15 à 75 ans, passant de 32 % en 2005 à 34 % (37 % des hommes et 30 % des femmes) en 2010. La part de fumeurs quotidiens a également augmenté de manière significative, passant de 27 % en 2005 à 29 % en 2010. Cette augmentation est survenue après quarante ans de diminution de la prévalence chez les hommes et vingt ans de diminution de la prévalence chez les femmes. »

Annexe 47 : Alcool.

Aborder la question de l'alcool avec les patients est problématique pour les médecins. L'alcool renvoie souvent une mauvaise image. L'interrogatoire est plus délicat. Certains patients se sentent agressés, mis en accusation, sur la défensive. Pour certains patients, l'alcool a un aspect festif, convivial. Ils n'ont pas conscience des risques encourus et le discours du médecin peut avoir du mal à être entendu.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini le niveau moyen de consommation à risque comme étant de 20 à 40 g d'alcool par jour pour les femmes et de 40 à 60 g par jour pour les hommes. La consommation d'alcool dite « nocive » ou « à problème » est définie comme un mode de consommation dommageable à la santé physique ou mentale (...) une de plus de 40 g d'alcool par jour pour les femmes et de plus de 60 g pour les hommes.

Dans le cadre du projet *Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA)* (33) :

« Le repérage d'une consommation d'alcool dangereuse ou nocive est plus efficace lorsqu'il est intégré dans les pratiques cliniques de routine telles que l'interrogation systématique de tous les nouveaux patients venant pour la première fois en consultation, l'interrogatoire des patients venant se soumettre à un bilan de santé ou encore celle de tous les hommes âgés de 18 à 44 ans consultant pour diverses raisons. »

Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA) (33):

« L'alcool est le troisième facteur de risque le plus important (...) entraînant des pathologies et des décès prématurés. En plus d'entraîner une dépendance et d'être la cause d'une soixantaine de pathologies et de traumatismes, l'alcool est responsable de dommages sociaux, mentaux et affectifs très répandus (infractions à la loi et violences familiales comprises) qui induisent des coûts très élevés pour la société.

(...)Les médecins généralistes ont la responsabilité de repérer et de prendre en charge les patients dont la consommation d'alcool est excessive, c'est-à-dire à risque ou nocive. En repérant ces patients et en pratiquant une intervention dite « brève », ils ont l'opportunité de les informer des risques liés à leur consommation d'alcool.

Les informations qui concernent le niveau et la fréquence de consommation d'alcool d'un patient doivent alerter le professionnel de santé sur la nécessité de conseiller un patient, si sa consommation d'alcool est susceptible d'avoir des effets délétères sur son état de santé, sur sa prise de médicaments ou d'autres aspects de son traitement. »

Conférence de consensus de 1999 (34) :

« (...) diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par an et par habitant depuis 1970, la France se situe au troisième rang européen, avec la morbidité et la mortalité qui en découlent. L'usage inadapté de l'alcool est la cause directe ou indirecte d'une consultation sur cinq en médecine générale, de 15 à 25% des hospitalisations, de 30 000 à 35 000 décès par an, dont 23 400 pour « alcoolisme chronique » en 1994. Il se traduit aussi dans de nombreux passages à l'acte, violences, suicides, accidents, etc... »

Sur le plan économique, en 2000 (35) :

« La consommation d'alcool en France représente la part la plus importante du coût social des substances addictives(...) ».

Annexe 48 : Drogues.

Comme l'alcool, l'usage de drogue est difficilement abordé par les médecins généralistes. Depuis plusieurs années, sensibilisation de plus en plus importante des professions de santé et des pouvoirs publics concernant la consommation de drogues. En 2007 a eu lieu un audit public organisé par l'HAS concernant abus, dépendance et poly consommation (36) :

« Les stratégies de prise en charge des patients dépendants des substances psychoactives sont en général axées sur la réduction de la consommation d'une seule substance. Or, les patients sont de plus en plus consommateurs d'au moins deux produits. (...). L'alcool, le tabac et les médicaments sont les plus fréquemment consommés chez les adultes. »

« Les objectifs sont :

- sensibiliser tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de diverses addictions à la question des poly consommations.
- proposer à ces professionnels des recommandations opérationnelles ;
- sensibiliser les décideurs aux difficultés rencontrées et suggérer des études, programmes et formations à mettre en place. »

Selon l'audit (36) : « En 2000, près d'un français sur 5 âgé de 18 à 44 ans déclare avoir un usage concomitant d'au moins deux substances psychoactives. Les trois produits de loin les plus consommés sont l'alcool, le tabac, le cannabis. (...) En 2003, 60 % des usagers de drogues accueillis dans les différentes structures socio-sanitaires déclarent consommer plusieurs produits illicites. »

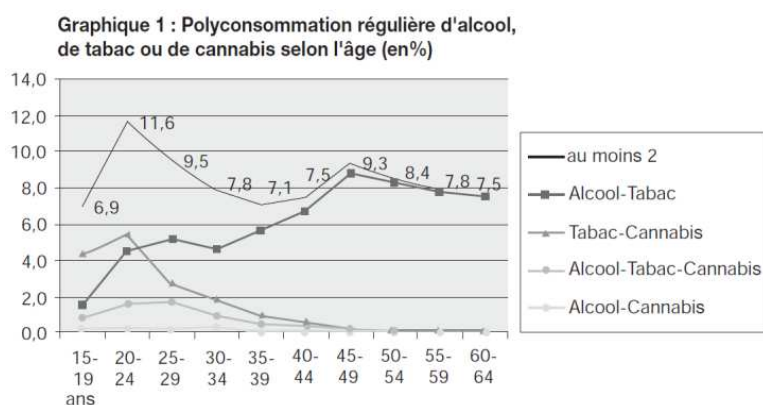
Tableau 74 : Tableau de l'Observation français des drogues et des toxicomanies en 2008 (37).

Tableau 1 : Polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis (en %)

15-64 ans	2000	2005
Alcool-Tabac	10,1	5,9
Tabac-Cannabis	0,9	1,6
Alcool-Cannabis	0,1	0,1
Alcool-Tabac-Cannabis	0,6	0,7
au moins 2	11,7	8,3

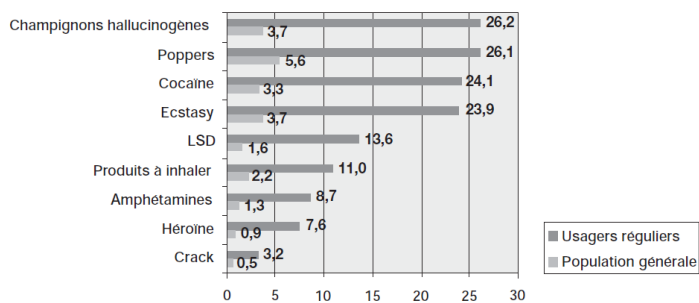
[source : Baromètre Santé 2005, INPES, exploitation OFDT]

Graphique 13: Graphique de l'Observation français des drogues et des toxicomanies en 2008 (37).



Graphique 14 : Graphique de l'Observation français des drogues et des toxicomanies en 2008 (37).

Graphique 2 : Expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis parmi les 15-34 ans



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

Selon l'HAS (36) :

« Différents types de catégories d'usage sont aujourd'hui admis :

- Usage simple : toute conduite qui ne pose pas de problème, la consommation reste faible.

- Usage à risque : la consommation, sans induire encore de dommages médicaux, psychologiques ou sociaux, est susceptible d'en provoquer à court, moyen ou long terme.
- Usage nocif : la consommation est caractérisée par l'existence de dommages d'ordre médical, psychologique ou social induits par la consommation, ainsi que par l'absence de dépendance.
- Usage avec dépendance : la consommation se caractérise par la perte de la maîtrise de la consommation. La dépendance ne se définit pas par rapport à des seuils de consommation ou une fréquence de consommation, ni par rapport à des complications qui sont néanmoins très fréquemment associées.
- Poly consommation : se définit simplement par la consommation d'au moins 2 substances psychoactives. Les consommations peuvent s'associer ou se succéder dans le temps. La consommation d'un produit peut prédominer ou pas. Les catégories d'usage peuvent être différentes selon les produits consommés.
- Poly toxicomanie : correspond à l'association de produits intégrant au moins un produit illicite et souvent à des formes graves avec usage nocif et/ou dépendance.
- Poly addiction : renvoie souvent à poly dépendance. Il peut aussi faire référence à l'association de plusieurs conduites addictives, avec ou sans dépendance. On pourrait aussi parler d'abus ou de dépendances multiples. »

Selon l'HAS (36) :

« En pratique, le professionnel ne peut pas en rester à la seule attente d'une (...) demande du patient mais il se doit d'avoir une attitude réellement proactive. Il faut savoir s'appuyer sur un interrogatoire systématique lors des examens standard (...) ou encore sur les demandes ou inquiétudes de l'entourage familial, social ou professionnel (...). » « Dans cette perspective, le professionnel a une place essentielle et tout particulièrement le médecin de famille (...). »

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (38) : adopté en juillet 2008, il avait cinq grands axes d'action :

- Prévenir, communiquer, informer.
- Faire appliquer la loi.
- Soigner, insérer et réduire les risques.
- Former, chercher, conserver.
- Agir au plan international.

Annexe 49 : Infections Sexuellement Transmissibles.

Sujet difficile à aborder pour beaucoup de médecins en dehors d'un contexte infectieux évident. Intimité du patient abordée. En novembre 2007, l'INPES publiait un document réservé aux professionnels de santé concernant les I.S.T., un ensemble de repères pour leur pratique (39) :

« Même si la proportion des diagnostics précoces augmente, encore trop de personnes découvrent leur séropositivité au VIH à un stade tardif de la maladie (BEH 27 novembre 2007). La recrudescence des IST témoigne d'un relâchement de la prévention et d'une reprise des conduites à risques (...). Les IST sont des facteurs de transmission du VIH. Chez les personnes séropositives, certaines IST peuvent aggraver le pronostic de l'infection à VIH. Bon nombre d'IST passent inaperçues, favorisant la transmission de l'agent responsable et l'extension de l'infection. »

Selon le Bulletin des réseaux de surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles de décembre 2011 (40) : « Le sujet doit être abordé avec les personnes faisant partie des groupes les plus exposés à ces épidémies :

- Les homosexuels masculins, particulièrement les multipartenaires, ceux ayant des relations anonymes, des pratiques « hard », ont un risque accru de contamination par le VIH, la syphilis, la gonococcie, les chlamydias, la LGV et les hépatites B (et C, en cas de rapport traumatique).

- Les personnes ayant vécu dans des zones géographiques particulièrement touchées (Afrique sub-saharienne, Asie du Sud notamment). L'infection par le VHB concerne tout particulièrement les personnes venant d'un pays à forte endémie (Afrique sub-saharienne, Asie du Sud-Est, notamment) et celles en situation de précarité.
- Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont plus particulièrement exposés aux infections par les virus VHC, VIH et VHB.
- Les personnes séropositives et leur(s) partenaire(s).
- Les jeunes sexuellement actifs sont principalement exposés au chlamydia et à HPV (Human Papilloma virus), mais parfois aussi au VIH. L'infection par le VHB (en l'absence de vaccination) concerne l'ensemble des personnes sexuellement actives ayant des comportements à risques, et est plus fréquente chez les hommes et les personnes en situation de précarité.

« Le dépistage peut être demandé par le patient : (...). Lorsqu'il existe des signes évocateurs d'une IST (haute ou basse). Lors d'une consultation pour un motif gynécologique chez la femme (...) et d'une consultation pour un motif urologique chez l'homme (...).

Dans les autres cas, penser à proposer le dépistage lors d'une première consultation (...) et devant des situations de vulnérabilité : dans un parcours de vie (...), pratiques addictives (...), incarcération, antécédent d'incarcération. »

Selon l'HAS et l'InVS (41) :

« En France, le dépistage obligatoire de l'infection par le VIH concerne uniquement les dons de sang (depuis 1985¹²) ou de tissus et d'organes (depuis 1987¹³), la procréation médicalement assistée ainsi que les militaires en missions hors de France. (...) Dans le cas du dépistage volontaire, l'initiative de réalisation du test est laissée au patient, même si ce dernier peut bénéficier dans sa démarche de l'information et du conseil fournis par un professionnel de santé. (...)»

Consultations de dépistage anonymes et gratuites :

L'article L3121-2 du code de la santé publique (modifié par la loi n°2004-809 du 13 août 2004 - a rt. 71JORF 17 août 2004) stipule ainsi que « *dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés.* »

Annexe 50 : Les Facteurs de Risque Cardio vasculaire.

Selon l'HAS : « Un facteur de risque cardio-vasculaire (FdeRCV) est défini comme un état clinique ou biologique qui augmente le risque de survenue d'un événement cardio-vasculaire donné. Pour qu'un critère soit retenu comme facteur de risque , il faut que son association avec la pathologie soit statistiquement forte, graduelle et cohérente dans le temps, observée de manière similaire dans l'ensemble des études épidémiologiques qui ont étudié cette association et dans des populations différentes, et indépendante d'un autre facteur de risque.»

Tableau 75 : *Tableau de l'HAS pour l'estimation du risque cardio vasculaire global.*

Facteurs de risque utilisés pour estimer le risque cardio-vasculaire global
• Âge (> 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme)
• Tabagisme (tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans)
• Antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce <ul style="list-style-type: none">– infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin– infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré de sexe féminin– AVC précoce (< 45 ans)
• Diabète (diabète traité ou non traité)
• Dyslipidémie <ul style="list-style-type: none">– LDL-cholestérol $\geq 1,60$ g/l (4,1 mmol/l)– HDL-cholestérol $\leq 0,40$ g/l (1 mmol/l) quel que soit le sexe

Les bilans biologiques sont renseignés par les médecins généralistes. Les antécédents familiaux sont demandés mais peu renseignés dans les dossiers, renseignés lors de la première consultation ou lors de la survenue d'un accident cardio vasculaire, chez un membre de la famille, spontanément évoqué.

Selon l'ANAES en 2004 (42) :

« Sous la terminologie de maladies « cardio-vasculaire » la littérature médicale fait référence à différentes pathologies chroniques ou événements ayant en commun une physiopathologie liée à l'athérosclérose infra clinique et responsable de mort prématurée. Il peut s'agir de :

- maladies coronariennes (angor d'effort et instable, infarctus du myocarde, mort subite).
- accidents vasculaires cérébraux (hémorragiques ou ischémiques, transitoires ou constitués).
- pathologies vasculaires périphériques (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, anévrisme aortique, insuffisance rénale par néphro-angiosclérose).
- une insuffisance cardiaque. »

« Les recommandations européennes et américaines identifient 3 groupes de facteurs de risque cardio-vasculaire classés selon leur degré d'imputabilité (lien de causalité). L'hypertension artérielle, les dyslipidémies et le diabète ont été identifiés, avec le tabagisme, comme les principaux FdeRCV. L'obésité, la sédentarité et les facteurs psychosociaux comme la précarité sont considérés comme des FdeRCV prédisposants et doivent être pris en compte dans une démarche de prévention primaire de l'hypertension artérielle, du diabète et des dyslipidémies. (...). »

Selon l'ANAES (42)

« En 2001, la pathologie coronarienne était responsable en France de 298 000 hospitalisations (42 % pour angor, 31 % pour infarctus du myocarde). »

« Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent la première cause de handicap acquis chez l'adulte, la deuxième cause de démence (...).

Les données issues des registres français et européens permettent d'estimer l'incidence des AVC (*de novo* + récurrences) comprise entre 120 000 et 150 000 par an. Parmi ces sujets 30 000 vont décéder dans les mois qui suivent, 60 000 vont garder un handicap de sévérité variable et 3 000 vont récupérer sans séquelles.»

« En 2001, les prises en charge en affection de longue durée (ALD) des maladies cardiovasculaires (...) concernaient 31 % des hommes et 17 % des femmes âgés de 25 à 64 ans. Au-delà de 65 ans, 35 % des causes de décès, 16 % des hospitalisations, 41 % des admissions en ALD et 71 % des causes de morbidité déclarée étaient liées à une maladie cardiovasculaire.

Le montant des remboursements des médicaments à visée cardio-vasculaire était de 3,9 milliards d'euros en 2002 (montant présenté au remboursement pour le régime général de l'assurance maladie), ce qui correspondait à 25 % des dépenses de santé et 17 % de la totalité des médicaments prescrits. »

1) Les antécédents familiaux (Infarctus du myocarde ou mort subite, AVC)

Dans le cas d'un infarctus du myocarde ou d'une mort subite : il faut renseigner le sexe, l'âge et le degré de parenté de la personne malade par rapport au patient. Plusieurs antécédents familiaux d'Infarctus du Myocarde ou de Mort Subite n'augmentent pas le risque cardio vasculaire.

Dans le cas d'un AVC : il faut renseigner l'âge de la personne malade par rapport au patient. Plusieurs antécédents familiaux d'AVC n'augmentent pas le risque cardio vasculaire.

2) Diabète = surveillance de la glycémie

Valeurs de la glycémie faisant le diagnostic de diabète :

- Glycémie à jeûn > 1.26 g/l ou 7 mmol/l ou post prandiale > 2 g/l ou 11 mmol/l.

En 2003, l'ANAES (43) propose un dépistage à l'occasion d'un bilan de routine ou à la demande du patient, ou dès 45 ans chez les patients en situation précaire.

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France est estimée par l'Assurance maladie à 4,39 % en 2009. Ce pourcentage correspond en 2007 à 2,9 millions de personnes diabétiques traitées, dont 700 000 traitées par insuline. Un pic de prévalence est observé entre 75 et 79 ans : 20 % des hommes et 14 % des femmes de ce groupe d'âge sont traités pour un diabète. La prévalence du diabète est toujours plus élevée chez les hommes que chez les femmes, sauf en outre-mer.

Dans les différentes publications de l'ANAES en 99 (44) et HAS en 2007 (45), le diabète de type 2 est évoqué dans son suivi mais pas dans son dépistage. En 2003, l'ANAES publie des principes de dépistage du diabète de type 2 (43) : « Un dépistage opportuniste ciblé des sujets de plus de 45 ans ayant (en plus de l'âge) au moins un des marqueurs de risque de diabète suivants :

- Origine non caucasienne et/ou migrant.
- Marqueurs du syndrome métabolique : l'IMC > 28 kg/m². Hypertension artérielle.
- HDL-cholestérol < 0,35 g/L et/ou triglycérides > 2 g/L et/ou dyslipidémie traitée.
- Antécédents : Diabète familial (du premier degré). Diabète gestationnel ou enfants de poids de naissance de plus de 4 kg. Diabète temporairement induit (consensus d'experts).

Le dépistage doit être réalisé par une glycémie veineuse à jeun, au laboratoire. Un médecin doit être revu pour la prescription d'un deuxième test destiné à confirmer le diagnostic.

En cas de résultat négatif, le test devra être répété tous les 3 ans (ou tous les ans pour les sujets hyper glycémiques modérés à jeun). Un suivi plus rapproché (entre 1 et 3 ans) doit être effectué chez les sujets ayant plusieurs marqueurs de risque. (...)

3) Dyslipidémie = surveillance des HDL et LDL-cholestérol

Dyslipidémie = une ou des anomalies du LDL-cholestérol+/- HDL-cholestérol entraîne l'apparition d'un facteur de risque cardio vasculaire pour le patient :

- LDL-cholestérol \geq 1.60g/l ou 4.1mmol/l et/ ou HDL-cholestérol \leq 0.40g/l ou 1 mmol/l.

En 2003, l'ANAES propose un dépistage lors d'un bilan de routine ou à la demande du patient. La société scientifique de Médecine Générale a établi des recommandations de bonne pratique en 2001(46) : Dépistage dès 35 ans chez les hommes, et 45 ans chez les femmes.

L'AFSSAPS (devenue depuis l'ANSM) a publié en mai 2005 des recommandations : (48) :

« L'AFSSAPS recommande dans un premier temps de réaliser un bilan lipidique, après 12h de jeûne c'est l'Exploration d'une Anomalie Lipidique (EAL) dont l'objectif est de déterminer les concentrations de : si les triglycérides sont \geq 4 g/l (4,6 mmol/l), il s'agit d'une hypertriglycéridémie. Si LDLcholestérol < 1,60 g/l, triglycérides < 1,50 g/l et HDL-cholestérol > 0,40 g/l, le bilan lipidique est considéré comme normal chez un patient sans facteur de risque. Il n'est alors pas nécessaire de répéter ce bilan. »

Annexe 51 : Cancers.

Les médecins et les patients sont sensibilisés au dépistage des cancers. Les examens de dépistage sont parfois difficilement acceptés par les patients. Il y a une grande part d'appréhension dans ces refus.

Sur le site du Ministère des Affaires Sociales et de La Santé : (<http://www.plan-cancer.gouv.fr/>) :

« Le plan cancer 2009-2013 a émis le souhait que, à côté des programmes organisés visant des personnes à risque moyen, des actions et recommandations soient développées pour prendre en compte des « risques aggravés ou des susceptibilités particulières », lorsque les moyens de dépistage et les bénéfices attendus le permettent.

- L'action 14.3 (« Favoriser l'accès aux examens adaptés aux niveaux de risque »), pilotée par l'Institut National du Cancer (INCa), prévoit d'élaborer et de diffuser des recommandations visant à améliorer les conditions de dépistage des personnes à risque élevé et très élevé et à favoriser l'accès aux stratégies de dépistage adaptées et l'adhésion de la population concernée.
- L'action 16.1 (« Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers »), également pilotée par l'INCa, prévoit de mettre à disposition des médecins traitants des outils de formation, d'information et d'inclusion dans les programmes de dépistage. Ces outils doivent permettre aux médecins généralistes de proposer une stratégie de détection précoce et de dépistage adaptée à chaque niveau de risque et les aider à l'inclusion dans les programmes de dépistage des personnes ciblées. »

1) Antécédents familiaux de cancer du colon (ATCDF Kcolon) et Hémocult

Guide Affections de Longue Durée sur cancer colorectal (49) : « Le cancer colorectal est le 3e cancer le plus fréquent chez l'homme et le 2e chez la femme, la 2e cause de mortalité par cancer en France et la 1re après 85 ans. Il touche des personnes de plus de 50 ans dans 95 % des cas. » « L'incidence est estimée, en 2010, à 40 000 nouveaux cas dont 52 % chez l'homme. Age moyen au moment du diagnostic de 70 ans chez les hommes et de 73 ans chez les femmes.

Le cancer colorectal est un cancer de bon pronostic lorsqu'il est diagnostiqué à un stade précoce : la survie relative à 5 ans est de 91 % pour les stades localisés, de 70 % pour les stades avec envahissement locorégional. La survie à 5 ans est environ de 11 % dans les situations métastatiques (25 % des patients au moment du diagnostic). »

« Les cancers colorectaux : sont sporadiques dans 80 % des cas, surviennent dans un contexte familial dans 15 % des cas, surviennent sur un terrain de prédisposition génétique dans 5 % des cas, type polypose adénomateuse familiale (1 %), type syndrome de Lynch (HNPCC) (3-5 %). »

« Les personnes à risque très élevé de développer un cancer colorectal sont celles avec des formes familiales liées à une prédisposition génétique, notamment : un syndrome de Lynch12 (HNPCC), une polypose adénomateuse familiale (PAF).

Les personnes à risque élevé de développer un cancer colorectal sont celles avec :

- un antécédent personnel d'adénome ou de cancer colorectal.
- un antécédent familial au premier degré de cancer colorectal survenu avant 65 ans.
- deux ou plusieurs antécédents familiaux au 1^o degré de cancer colorectal quel que soit l'âge.
- une maladie inflammatoire chronique : rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn particulièrement en cas de pancolite.

Les personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal sont les sujets de plus de 50 ans. »

Le dépistage a été défini comme une priorité de santé publique. Selon l'HAS (49) :

« Le dépistage s'adresse aux personnes asymptomatiques. Le programme national de dépistage organisé concerne les personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal et a fait la preuve de son efficacité (à condition que le taux de participation de la population soit > 50 %¹⁶) pour diminuer (de 15 à 18 %) la mortalité induite.

Le dépistage repose sur :

- une recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans chez les sujets âgés de 50 à 74 ans, suivie d'une coloscopie totale chez les individus dépistés positifs.
- Une recherche négative de sang occulte dans les selles ne permet pas d'éliminer l'éventualité d'un cancer colorectal. En revanche, sa répétition tous les 2 ans entraîne une amélioration de la sensibilité du dépistage.

2) Antécédents familiaux de cancer du sein (ATCDf sein) et Mammographie

Selon l'article publié dans Exercer en 2012 (51) :

« Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les pays occidentaux. Près de 53 000 nouveaux cas par an sont dénombrés en France, soit un tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme. Il est la première cause de mortalité par cancer chez la femme, avec 11 500 décès annuels. Son incidence a quasiment doublé en 25 ans. (...). La mortalité par cancer du sein a peu évolué depuis 30 ans : autour de 20 pour 100 000 femmes entre 1984 et 1998. Elle semble amorcer une décroissance depuis les années 2000 (projections pour 2011 : 16 pour 100 000 femmes), sans qu'il soit possible de préciser la part respective des progrès thérapeutiques et de la précocité du diagnostic. Les données épidémiologiques disponibles ne concernent cependant que les cancers invasifs. »

« Le cancer du sein se développe le plus souvent autour de l'âge de 60 ans, et près de 50 % sont diagnostiqués entre 50 et 69 ans. L'âge médian du décès est de 71 ans. Le taux de survie relative reste élevé : 97 % à 1 an et 85 % à 5 ans. Ce dernier diminue cependant avec l'âge (83 % avant 45 ans et 78 % après 75 ans) et le stade du cancer lors du diagnostic (98 % à 5 ans au stade local, 84 % en cas d'envahissement ganglionnaire, 23 % au stade métastatique). »

« Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en France en 2004. Les femmes de 50 à 74 ans sont invitées tous les 2 ans à bénéficier d'un examen clinique et d'une mammographie. »

Selon l'HAS (52) :

Les principaux facteurs de risque de cancer du sein sont :

- Le sexe féminin, l'âge, les pathologies mammaires, densité mammaire importante.
- Les antécédents génétiques et familiaux, mutation BRCA1 ou BRCA2, autres syndromes génétiques identifiés. Un antécédent personnel de cancer du sein, carcinome in situ : carcinome canalaire in situ ou carcinome lobulaire in situ, lésions histologiques bénignes à risque.

- L'histoire reproductive et hormonale, puberté précoce (avant 12 ans), ménopause tardive (après 55 ans), âge tardif à la première grossesse, apport d'oestrogène exogène : contraception orale et traitement hormonal de substitution. Les autres facteurs personnels, antécédent d'irradiation thoracique (en particulier avant l'âge de 20 ans), grande taille, surpoids en post-ménopause, consommation d'alcool excessive, diabète non-insulinodépendant.

Par ailleurs, les facteurs identifiés venant diminuer le risque de cancer du sein sont :

- la multiparité, l'âge précoce à la première grossesse, l'allaitement.

3) Cancer du col de l'utérus et Frottis Cervico Vaginal (FCV)

Selon l'HAS (53) : « Le cancer du col de l'utérus est une pathologie d'origine infectieuse, au 2° rang des cancers chez la femme dans le monde en termes d'incidence et au premier en termes de mortalité, principalement dans les pays en développement.

Dans les pays industrialisés (...) l'apparition d'un test cytologique de dépistage, le FCV ont permis de faire chuter l'incidence et la mortalité de ce cancer. Ce cancer pourrait devenir, en France, une maladie rare {INVS 2008}. Toutefois, en France, une proportion non négligeable de femmes (près de 40 % sur 3 ans) se fait encore peu ou pas dépister {INVS 2008}. »

Selon l'HAS (54) : « Le dépistage reste fondé sur la réalisation d'un FCV à un rythme triennal (après 2 FCV normaux réalisés à 1 an d'intervalle) entre 25 et 65 ans. » « Pour chacune de ses patientes, le médecin traitant coordonne le dépistage. Il (...) incite à la participation au dépistage, prescrit un test de dépistage ou réalise lui-même le prélèvement, et s'assure de la bonne prise en charge en cas de test positif. »

Sur le site de l'Institut National du Cancer (INCa) (50) :

Cancer colorectal	Cancer du sein	Cancer du col de l'utérus
<ul style="list-style-type: none"> • 37 000 nouveaux cas et 17 000 décès chaque année en France • rare avant 50 ans (6% des cas) • détecté au stade I, le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90% • le dépistage organisé doit permettre de réduire la mortalité par cancer colorectal de près de 20%, si au moins 50% de la population concernée y participe régulièrement 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 000 nouveaux cas et 11 000 décès chaque année en France • l'incidence augmente rapidement après 50 ans • lorsque la taille de la tumeur est inférieure à 1 cm, sans envahissement ganglionnaire, les chances de survie à 5 ans sont supérieures à 90% • le dépistage organisé doit permettre de diminuer de 20 à 30% la mortalité par cancer du sein, si au moins 70% des femmes concernées y participent régulièrement 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 100 nouveaux cas et près de 1 100 décès en 2005 en France • pic d'incidence à 40 ans pour les cancers invasifs • en 30 ans en France, l'incidence est passée de 18 pour 100 000 à 7 pour 100 000 grâce au dépistage par frottis • un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence des cancers invasifs de 90%
<p>CONDUITES À TENIR</p> <p>En présence de symptômes (présence de sang rouge ou noir dans les selles, troubles du transit ou douleurs abdominales d'apparition récente, amaigrissement inexpliqué...)</p> <p>→ Coloscopie</p> <p>En l'absence de symptômes</p> <p>Personnes à risque moyen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans sans risque élevé ou très élevé <p>→ Test de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé</p> <p>Personnes à risque élevé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome avancé (1 parent du 1^{er} degré < 65 ans, ou 2 parents du 1^{er} degré quel que soit l'âge) • Antécédent de maladie inflammatoire chronique (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn) <p>→ Coloscopie</p> <p>Personnes à risque très élevé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polyposse adénomateuse familiale • Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch) <p>→ Consultation d'oncogénétique</p> <p>→ Chromocoloscopie</p>	<p>CONDUITES À TENIR</p> <p>En présence de symptômes (tuméfaction, rétraction cutanée ou mamelonnaire, inflammation, écoulement mamelonnaire, adénopathie axillaire, ...)</p> <p>→ Mammographie de diagnostic</p> <p>En l'absence de symptômes</p> <p>Femmes entre 50 et 74 ans asymptomatiques et ne présentant pas de risques particuliers</p> <p>→ Mammographie tous les 2 ans dans le cadre du dépistage organisé</p> <p>Femmes soumises à une surveillance en raison d'une image anormale, traitées pour un cancer du sein ou faisant l'objet d'une surveillance après traitement, présentant des facteurs de risques importants (existence d'une néoplasie lobulaire ou d'une hyperplasie épithéliale atypique)</p> <p>→ Surveillance personnalisée, le plus souvent mammographie annuelle</p> <p>Femmes chez qui on suspecte une forme familiale de cancer du sein</p> <p>→ Consultation d'oncogénétique</p> <p>→ Surveillance mammographique adaptée</p>	<p>RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR</p> <p>Stratégie de dépistage</p> <p>Le frottis cervico-utérin est recommandé tous les trois ans après deux frottis annuels normaux chez les femmes âgées de 25 à 65 ans (sauf chez les femmes hystérectomisées ou n'ayant jamais eu de rapports sexuels)</p> <p>Conduites à tenir selon le résultat de l'examen</p> <p>Frottis normal</p> <p>→ Nouveau frottis à programmer en respectant le calendrier</p> <p>ASC-US ou présence d'atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée</p> <p>→ Contrôle du frottis à 6, 18 et 30 mois, ou « triage » par test HPV, ou coloscopie</p> <p>Coloscopie/biopsie, qui s'impose si persistance des anomalies cytologiques ou si test HPV positif</p> <p>Lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade</p> <p>→ Contrôle du frottis à 6, 12 et 24 mois ou coloscopie</p> <p>Coloscopie/biopsie, qui s'impose si persistance des anomalies cytologiques</p> <p>Lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade, ou ASC-H (atypies ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade)</p> <p>→ Coloscopie/biopsie</p> <p>Anomalies des cellules glandulaires</p> <p>→ Coloscopie/biopsie, curetage de l'endocol</p>

Annexe 52 : Vaccin anti tétanos.

Un vaccin n'est disponible pour le tétanos que depuis environ 60 ans, il est obligatoire depuis 1952. Article paru en 2004 et remis à jour en juin 2012, sur le site de l'InVS (55) :

« Le tétanos est une infection aiguë due aux exotoxines produites par un bacille anaérobie Gram positif, *Clostridium tetani*. Cette bactérie est ubiquitaire, commensale du tube digestif des animaux.

Elle persiste dans les déjections animales et dans le sol sous forme sporulée, extrêmement résistante. Elle pénètre dans l'organisme via une plaie cutanée. Quand les conditions d'anaérobiose (absence d'oxygène) sont réunies, il y a alors au niveau du site de la plaie, germination des spores et production de toxines. Disséminées dans la circulation générale, ces toxines vont interférer avec les neurotransmetteurs et entraîner, après une période d'incubation de 4 à 21 jours, une atteinte neuromusculaire avec des contractures, des spasmes musculaires et des convulsions.

(...) en raison d'une politique des rappels chez l'adulte pas toujours bien mise en pratique, la maladie n'a pas encore tout à fait disparu. Même si le nombre de cas annuels de tétanos reste faible (moins de 20 cas déclarés chaque année ces 12 dernières années, soit une incidence annuelle moyenne de 0,29 cas/million d'habitants sur cette période), cette infection demeure grave, entraînant une hospitalisation prolongée en service de réanimation, pouvant s'accompagner de séquelles (...) (en moyenne, 25 % des cas décèdent).

Selon les données de l'HAS en 2009 (56):

« Le tétanos se présente sous une forme généralisée (80 % des cas), une forme localisée (site d'inoculation) et une forme céphalique (atteinte nerf(s) crânien(s)). En France, sur la période 2005-2007, la gravité des formes généralisées est caractérisée par une létalité de 32 %, une durée moyenne d'hospitalisation de 39 jours et l'observation de séquelles chez 17 % des survivants (difficulté à la marche, complications ostéo-articulaires,...).

Parmi les formes généralisées de tétanos déclarées de 2005 à 2007, la porte d'entrée était une blessure (68,3 %) (dont les 2/3 faisaient suite à des travaux de jardinage ou étaient souillées de terre), était inconnue (21,9 %) ou une plaie chronique (9,8 %). Les cas de tétanos généralisés objectivés en France surviennent chez des individus mal ou non vaccinés, la quasi-totalité des cas de tétanos en France surviennent chez des patients n'ayant pas eu de primovaccination antitétanique complète. »

Tous les ans, le Haut Conseil de Santé Publique et l'Institut de Veille Sanitaire publient dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire le calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales. Voici un résumé du calendrier vaccinal publié en avril 2012, dans le numéro 14-15 du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (57) :

Diphtérie, tétanos, poliomyélite

Schéma vaccinal

Primovaccination avec un vaccin combiné : une dose à 2, 3 et 4 mois et une dose de rappel à 16-18 mois.

Rappels ultérieurs :

- à 6 ans : une dose avec un vaccin DTPolio (en pratique avec le vaccin dTPolio, compte tenu de la pénurie durable en vaccin DTPolio) ;
- à 11-13 ans : une dose avec un vaccin DTcaPolio ;
- à 16-18 ans : une dose avec un vaccin dTPolio ;
- à 26-28 ans : une dose de dTPolio, remplacée par une dose de DTcaPolio en l'absence de vaccination par la coqueluche depuis 10 ans ;
- puis une dose de dTPolio tous les 10 ans.

L'INPES, établit une version simplifiée du calendrier vaccinal (58):

VACCINATION DANS CERTAINES CONDITIONS

BCG
 Dès la naissance chez les enfants exposés à un risque élevé de tuberculose (notamment tous les enfants résidant en Ile-de-France, en Guyane et à Mayotte). Elle doit être proposée jusqu'à 15 ans chez les enfants à risque élevé non encore vaccinés.

DIPHTÉRIE - TÉTANOS - POLIOMYÉLITE
 Un rappel tous les dix ans après le rappel de 16-18 ans.

COQUELUCHE
 Une dose de vaccin contenant la composante « coqueluche » est recommandée une seule fois chez les adultes n'ayant pas été vaccinés dans les dix années précédentes, en particulier chez les futurs parents et les personnels soignants.

HÉPATITE B
 Si la mère de l'enfant est infectée par l'hépatite B, la vaccination débute dès le jour de la naissance, et pour tous les autres enfants à partir de l'âge de 2 mois. Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la première année de vie, elle peut être réalisée en rattrapage pour les enfants et adolescents jusqu'à 15 ans inclus. À partir de 16 ans, elle est recommandée chez les personnes à risque.


PNEUMOCOQUE
 La vaccination est recommandée pour tous les nourrissons à 2, 4 et 12 mois. Pour les prématurés et les nourrissons à haut risque, une dose supplémentaire est nécessaire à 3 mois. Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée pour les enfants et les adultes à risque.

MÉNINGOCOQUE C
 La vaccination est recommandée avec une dose de vaccin conjugué pour tous les enfants de 12 à 24 mois et en rattrapage chez les personnes de 2 à 24 ans inclus.

ROUGEOLE - OREILLONS - RUBÉOLE
 La vaccination est recommandée pour tous les enfants à l'âge de 12 mois avec une deuxième dose au moins un mois plus tard et au plus tard à 24 mois. La première injection est recommandée dès l'âge de 9 mois pour les enfants entrant en collectivité (dans ce cas, la deuxième dose est recommandée entre 12 et 15 mois). Les personnes nées depuis 1980 devraient avoir reçu au total deux doses de vaccins.

PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV)
 La vaccination est recommandée à toutes les jeunes filles de 14 ans, avant exposition au risque d'infection. Un rattrapage est possible entre 15 et 23 ans pour les femmes qui n'ont pas eu de rapports sexuels ou au cours de l'année qui suit le début de leur vie sexuelle.

GRIPPE
 La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année à partir de l'âge de 6 mois pour les personnes à risque et pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.



Diphtérie, tétanos, poliomyélite

Schéma vaccinal

- Primovaccination avec un vaccin combiné : une dose à l'âge de 2 et 4 mois suivie d'une dose de rappel à 11 mois (DTPolio).
- Rappels ultérieurs :
 - à 6 ans : une dose de vaccin DTcaPolio ;
 - entre 11 et 13 ans : une dose de vaccin dTcaPolio ;
 - à 25 ans : une dose de dTcaPolio ou, si la personne a reçu une dose de vaccin coquelucheux depuis moins de 5 ans, une dose de dTPolio ;
 - à 45 ans : une dose de dTPolio ;
 - à 65 ans : une dose de dTPolio ;
 - à 75 ans, 85 ans, etc. (intervalle de dix ans au-delà de 65 ans) : une dose de dTPolio.

Diphtérie, tétanos, poliomyélite

Période de transition

Toute nouvelle primovaccination doit suivre le nouveau calendrier vaccinal.

Pour toute personne ayant déjà reçu un ou des vaccins avant la mise en place de ce nouveau calendrier vaccinal, la transition est la suivante (cf. tableau 3.8) :

- Pour les nourrissons ayant reçu, selon l'ancien schéma vaccinal « 3+1 » :
 - la première dose de primovaccination (hexavalent ou pentavalent) à 2 mois, il convient de poursuivre avec le nouveau calendrier : deuxième dose à l'âge de 4 mois (intervalle de deux mois), puis rappel à 11 mois ;
 - les deux premières doses de primovaccination (2 et 3 mois), il convient de continuer à 4 mois le schéma initial des trois doses avec l'ancien calendrier « 3+1 », et de poursuivre avec le nouveau schéma à partir du rappel à 11 mois. En cas de décalage, l'intervalle entre la troisième dose et le rappel doit être d'au moins six mois ;
 - les trois doses de la primovaccination à un mois d'intervalle (hexavalent-pentavalent-hexavalent ou pentavalent seul), il convient d'administrer le rappel à 11 mois et de poursuivre avec le nouveau schéma. L'intervalle minimal entre la troisième dose et le rappel doit être de six mois.
- Pour les enfants ayant reçu :
 - quatre doses en primovaccination (trois doses de la série initiale + rappel entre 16 et 18 mois), il convient de poursuivre avec le nouveau schéma (DTcaPolio à 6 ans) ;
 - un vaccin dTPolio (ou dTcaPolio) à 6 ans, il convient d'administrer un vaccin DTcaPolio entre 11 et 13 ans. Pour ceux ayant reçu un DTcaPolio à 6 ans, il convient d'administrer un dTcaPolio entre 11 et 13 ans. Dans les deux cas, poursuivre avec un dTcaPolio à 25 ans ;
 - un vaccin DTcaPolio ou dTcaPolio ou dTPolio entre 11 et 13 ans, il convient de poursuivre avec le vaccin dTcaPolio à 25 ans.

• Après l'âge de 65 ans, le prochain rappel dTP à effectuer est déterminé par les règles suivantes (cf. tableau 3.8b) :

1) Le délai par rapport au dernier rappel effectué doit être de plus de cinq ans. Si ce délai est inférieur à 5 ans, le prochain rappel sera effectué au rendez-vous vaccinal à âge fixe suivant (n+1) : soit un intervalle maximum de quinze ans.

ET

2) L'intervalle entre le dernier rappel effectué et le prochain rendez-vous vaccinal à âge fixe (n) ne doit pas excéder quinze ans. Si ce délai est supérieur à 15 ans, un rappel immédiat est alors pratiqué. Le délai entre ce rappel et le prochain rendez-vous vaccinal à âge fixe (n) devra être d'au moins cinq ans. Si ce délai est inférieur à 5 ans, le recalage sera différé au rendez-vous vaccinal à âge fixe suivant (n+1).

Exemples :

- Personne de 68 ans, dernier rappel à 63 ans → prochain rappel à l'âge fixe de 75 ans (n) ;
- Personne de 73 ans, dernier rappel à 70 ans → prochain rappel à l'âge fixe de 85 ans (n+1) [et non à 75 ans (n)] ;
- Personne de 66 ans, dernier rappel à 40 ans : rappel immédiat et prochain rappel à l'âge fixe de 75 ans (n) ;
- Personne de 72 ans, dernier rappel à 50 ans : rappel immédiat et prochain rappel à l'âge fixe de 85 ans (n+1) [et non à 75 ans (n)].

• Pour les jeunes ayant reçu un vaccin dTPolio ou dTcaPolio entre 16 et 18 ans, il convient de poursuivre avec le nouveau schéma avec un rappel de vaccin dTcaPolio à 25 ans.

• Après l'âge de 25 ans, le prochain rappel dTP à effectuer est déterminé par les règles suivantes (cf. tableau 3.8b) :

1) Le délai par rapport au dernier rappel effectué doit être de plus de cinq ans. Si ce délai est inférieur à cinq ans, le prochain rappel sera effectué au rendez-vous vaccinal à âge fixe suivant (n+1) : soit un intervalle maximum de vingt-cinq ans.

ET

2) L'intervalle entre le dernier rappel effectué et le prochain rendez-vous vaccinal à âge fixe (n) ne doit pas excéder vingt-cinq ans. Si ce délai est supérieur à vingt-cinq ans, un rappel immédiat est alors pratiqué. Le délai entre ce rappel et le prochain rendez-vous vaccinal à âge fixe (n) devra être d'au moins cinq ans. Si ce délai est inférieur à cinq ans, le recalage sera différé au rendez-vous vaccinal à âge fixe suivant (n+1).

Exemples :

- Personne de 33 ans, dernier rappel à 30 ans → prochain rappel au rendez-vous vaccinal à l'âge fixe de 45 ans (n) ;
- Personne de 43 ans, dernier rappel à 40 ans → prochain rappel à l'âge fixe de 65 ans (n+1) [et non à 45 ans (n)] ;
- Personne de 35 ans, dernier rappel à 18 ans → rappel immédiat. Prochain rappel à l'âge fixe de 45 ans (n) ;
- Personne de 43 ans, dernier rappel à 18 ans → rappel immédiat. Prochain rappel à l'âge fixe de 65 ans (n+1) [et non à 45 ans (n)].

6. Informations concernant le PSU-GVLG

Annexe 53 : Liste des formations de prévention proposées aux médecins.

- 14/09/2011 : réunion du groupe de prévention.
- 29/09/2011 : réunion pluri professionnelle de prévention.
- 29/10/2011 : présentation du Dr Julien Gelly sur les objectifs de la prévention systématique dans le cadre des objectifs eNMR choisis par le pôle PSU-GVLG :
 - Introduction
 - o Indicateurs socio-sanitaires
 - o Niveaux de preuves et gradation des recommandations
 - o Critères OMS justifiant un dépistage organisé
 - Dépistage du cancer colorectal
 - Dépistage du cancer du sein
 - Lutte contre l'hypertension
 - Prise en charge des diabétiques
 - Prévention du risque cardiovasculaire
 - Prévention de l'obésité
- 08/11/2011 : présentation de Margot Kenigsber sur son travail de thèse, un audit sur l'hémocult.
- 22/03/2012 : réunion des coordinateurs eNMR du PSU-GVLG.
- 13/06/2012 : réunion sur la Prévention systématique (médecins du pôle, IDE, kiné, pharmaciens...)
- 26/09/2012 : présentation du Pr Michel Nougairède sur les risques cardio vasculaires.

Annexe 54 : Courrier adressé au président de la société Sephira éditrice du logiciel

Médicawin.

« Monsieur le Président de la société Séphira, éditrice du logiciel Médicawin,

Nous avons pris contact avec vos services à plusieurs reprises, car les médecins du groupe médical Marcel Lamour à Gennevilliers souhaitent travailler, dans le cadre des eNMR (expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération), avec leurs collègues de la rue Victor Hugo à Gennevilliers, utilisateurs d'un autre logiciel médical.

Après avoir tergiversé plus de trois mois, vos services nous ont indiqué que l'export des données au format.xml entraîne une facturation de 600 euros par praticien et par export. Dans leur cabinet de groupe, ils ont licences d'utilisateurs et sont quatre médecins généralistes titulaires. Pour obtenir un premier export et ainsi permettre au futur éditeur d'étudier la récupération des données, cela coûtera donc 600 euros, et lors de l'export final, cela nous coûtera donc pour les 4 médecins 4 600 euros pour la totalité des données présentes sur le serveur, soit au total la somme de 3000 euros.

Ce montant nous semble très largement excessif pour le travail fourni, puisqu'il s'agit de lancer un logiciel informatique développé une unique fois pour tous vos utilisateurs ! Cette fonctionnalité d'export devrait être obligatoirement intégrée sur tous les logiciels médicaux, sans avoir besoin de manipulations extérieures.

De notre point de vue, il y a un abus de position dominante, et c'est un frein sévère à la politique de réorganisation des soins primaires en France. Prendre la décision de changer de logiciel est déjà très pénible pour les professionnels de santé, et coûteux en temps de travail sur leur outil métier (appropriation de l'outil et réorganisation obligatoire de chaque dossier médical).

L'obstacle que vous rajoutez pourrait être l'obstacle de trop. C'est pourquoi nous mettons en copie l'ARSIF, l'ASIP Santé, le CNOM, la HAS et la FFMPs, espérant obtenir une modification de la réglementation et une obligation pour les éditeurs de logiciels médicaux de proposer un export des données sans avoir besoin de l'intervention de l'éditeur. Par ailleurs, nous pensons que l'on ne peut pas donner « à priori » la certification ASIP au cahier des charges des logiciels pour Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) à des éditeurs qui ont ces pratiques déloyales.

*Le Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers et Villeneuve La Garenne
Cabinet Médical, 33 rue Victor Hugo, 92230 Gennevilliers. »*

ARSIF Agence Régionale de Santé d'Ile de France

ASIP Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

FFMPs Fédération Français des Maisons et Pôles de Santé

Prévention

Indicateurs de prévention

- Description de la problématique : Pouvoir s'assurer que les actions de prévention ont été réalisées
- Description de l'action
 - Audit des indicateurs de prévention dans les logiciels médicaux
 - Réflexion sur la saisie effective et efficace des indicateurs dans le logiciel métier
- Processus de mise en place
 - Audit des pratiques : Thèse de médecine générale :
 - situation initiale :
 - Quels indicateurs sont notés.
 - Lesquels peuvent vraiment être réutilisés par le médecin au cours d'une consultation?
 - Mise en place d'un tableau de bord Prévention
 - Après une proposition de réorganisation, quelles évolution ?
 - Harmonisation des indicateurs entre les sites
 - Réunion régionale entre les CMP ; PSP ; MSP eNMR en IdF
 - Réflexion / propositions sur les indicateurs
 - Demandes de rencontre avec l'IRDES
- Professionnels concernés et partenaires
 - Médecins
 - Éditeurs de logiciels
 - Université
 - IRDES
 - ARS
- Difficultés rencontrées et moyens de les contourner
 - Difficulté d'inciter la totalité des médecins à un codage des indicateurs
 - Montrer régulièrement l'intérêt d'avoir ces informations
 - Hétérogénéité des logiciels, pas toujours adaptés à la saisie ou l'extraction
 - Contacts avec les éditeurs, mais rarement fructueux
 - 9 Membres sur 16 cherchent à changer de logiciel médical
 - Difficultés à communiquer sur le sujet avec les acteurs institutionnels (IRDES / comité de pilotage national eNMR)
 - Information remontée
- Premières réalisation
 - Audit de la situation initiale en phase d'être finalisée
 - Tableau de bord de suivi des indicateurs de prévention réalisé
 - Coordination eNMR régionale sur les indicateurs en cours
- Reste à faire
 - Finaliser la thèse
 - Mettre en place les tableaux de bords de prévention sur tous les sites
 - Avoir une définition précise, exacte et nationale des indicateurs eNMR
- Évaluation

- Voir la thèse
- Débouchés potentiels
 - Amélioration du suivi des patients
 - Possibilité d'extraction de statistiques sur sa patientèle
 - Possibilité d'études nationales sur les sites eNMR ayant harmonisé la saisie de leurs indicateurs de prévention

Formation continue : Prévention systématique en soins primaires

- Description du problème : Les eNMR permettent de choisir des indicateurs liés à la prévention
 - Quels sont leurs niveaux de preuves ?
 - Quels sont leur pertinence clinique ?
 - Que les professionnels soient capable d'aider de la même manière les patients à prendre une décision éclairée.
- Description de l'action
 - Formation
- Processus de mise en place
 - Définition des objectifs en réunion pluri professionnelle
 - Demande de Prestation à Julien Gelly, chef de clinique en médecine général, spécialiste sur la prévention
- Professionnels concernés et partenaires
 - Médecins généralistes
 - Julien Gelly
- Difficultés rencontrées et moyens de les contourner
 - Aucune
- Premières réalisation
 - Première présentation en septembre 2011
- Reste à faire
 - Nouvelle présentation pour les membres n'ayant pu y assister
- Évaluation
 - N/A
- Débouchés potentiels
 - Réutilisation de la présentation par les membres eNMR qui le souhaitent

RESUME

Contribuer aux actions de prévention et de dépistage fait partie des missions du médecin généraliste, définies par le code de Santé Publique. La prévention systématique et non orientée, chez les patients de plus de 18 ans, ne fait pas encore l'objet de recommandations claires de l'HAS. Elle s'appuie sur des indicateurs qui sont des outils décisionnels permettant de mesurer l'efficacité d'un dispositif mis en place. Est-ce que la création d'un outil de recueil de ces indicateurs (Tableau de Bord de Suivi = TBS) améliore leur renseignement dans les dossiers patients informatisés ?

Réalisation d'un audit de pratique entre septembre 2011 et février 2013, auprès de 15 médecins généralistes des Hauts de Seine (92). Ils ont répondu à un questionnaire sur leur pratique clinique et ont participé au recueil dans 20 de leurs dossiers (patients de plus de 18 ans) de 19 indicateurs. 3 médecins ont participé à un deuxième recueil après création de TBS de prévention Homme et Femme dans leur logiciel métier.

Il y a une méconnaissance par les médecins de certaines recommandations et un décalage objectif entre ce qu'ils déclarent noter et ce qui est noté dans les dossiers. Amélioration globale des taux médians de remplissage des indicateurs dans les dossiers au 2^o tour. Intégration rapide des TBS de prévention à la pratique quotidienne, données épidémiologiques, du logiciel utilisé, à l'appui.

Chaque médecin a reçu ses résultats avec des indications pour améliorer ses pratiques. Les résultats indicateur par indicateur pourront servir de base de réflexion pour de futures recommandations sur les pratiques de prévention en médecine générale. Un travail similaire serait à envisager dans quelques années, après généralisation de l'utilisation de TBS à tous les médecins d'un même pôle de santé, participant ou non à des actions de prévention.

Mots clés : médecine générale, prévention, indicateur, tableau de bord de suivi, audit.