

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

YOUSSEF Élodie
Née le 03/12/1986 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2015

**ÉTUDE DE L'ACTIVITÉ PRÉVENTIVE
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FRANÇAIS
DANS LE CADRE DU PROJET ECOGEN**

Président de thèse : Professeur AUBERT Jean-Pierre

Directeur de thèse : Docteur GELLY Julien

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Jean-Pierre AUBERT**,
pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Aux membres du jury les **Professeurs Benoit COFFIN et Stéphane CULINE**,
pour avoir accepté de consacrer de votre temps pour juger mon travail par votre expertise.

A mon directeur de thèse et tuteur, le **Docteur Julien GELLY**.
Merci infiniment pour l'exemple que tu as été pour moi. Merci pour ta patience, ta
disponibilité et ta pédagogie tout au long de ces années.

Aux Docteurs **Sylvain HIRSCH et Valérie ZELINE**, mes maîtres de stage qui ont
participé à cette étude. Je n'oublierai jamais mes premières expériences en cabinet à vos
côtés qui m'ont donnée goût à la médecine générale. Merci pour votre bienveillance et
votre amitié.

A tous mes autres maîtres de stage et aux médecins qui m'ont fait confiance pour les
remplacer.

Je suis reconnaissante pour votre accueil et pour tout ce que vous m'avez transmis.

A ma précieuse famille.

Ma mère, **Mona**. J'espère continuer à réjouir ton cœur en voyant le fruit de tes sacrifices
pour nous.

A mes frères, **Jean-Pierre et Antoine**. Merci pour la joie et le plaisir que vous me faites
d'être votre sœur. Je chéris les moments de simplicité et de retour en enfance que je
trouvais en votre compagnie lorsque j'en avais besoin.

A la mémoire de mon cher père, **Gamel**. Je sais que tu as toujours été fier de moi.

A **Christina et Janet**.

Merci de m'avoir toujours supportée, comprise et aimée. Vous êtes plus que des sœurs
pour moi.

A mon amie et consœur **Awatef**.

A tous nos souvenirs de faculté, de conférences, de stages, de rires et parfois de larmes...
et à tous les moments de bonheur que nous continuerons, je l'espère, à partager.

A tous mes amis, pour votre présence et votre soutien.

A mes anciens patients et ceux à venir.

Puissé-je avoir la sagesse et l'humilité de vous soigner et de vous accompagner du mieux
que je peux.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	4
1. INTRODUCTION	5
2. METHODES	7
2.1. Schéma d'étude et échantillon.....	7
2.2. Recueil des données.....	8
2.3. Critères de jugement.....	9
2.4. Analyses statistiques principales.....	10
2.5. Analyses statistiques complémentaires	11
<i>Durée des consultations préventives en médecine générale.....</i>	<i>11</i>
<i>Résultats de consultation préventifs à l'initiative du médecin</i>	<i>11</i>
<i>Motifs de consultation préventifs à l'initiative du patient</i>	<i>13</i>
2.6. Aspects éthiques et réglementaires.....	13
3. RESULTATS.....	14
3.1. Description générale de l'étude ancillaire au projet ECOGEN	14
3.2. Caractéristiques des médecins généralistes et de leurs consultations.....	15
3.3. Activité préventive des médecins généralistes	17
3.4. Durée des consultations préventives en médecine générale	21
3.5. Résultats de consultations préventifs à l'initiative du médecin	21
3.6. Motifs de consultation préventifs à l'initiative du patient.....	26
4. DISCUSSION	30
<i>Limites de l'étude</i>	<i>31</i>
<i>Activité préventive opportuniste en médecine générale</i>	<i>32</i>
<i>Description des soins préventifs délivrés en médecine générale.....</i>	<i>34</i>
<i>Description des motifs de consultations préventifs à l'initiative du patient.....</i>	<i>36</i>
<i>Perspectives.....</i>	<i>38</i>
5. CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ANNEXES.....	45
RESUME	49
ABSTRACT	50

ABREVIATIONS

AT	Accident de travail
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'Etat
ANSM	Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence Régionale de Santé
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CCTIRS	Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé
CISP-2	Deuxième version de la Classification internationale des soins primaires
CMU-c	Couverture médicale universelle complémentaire
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP	Comité de protection des personnes
DMG	Département de médecine générale
ECOGEN	Eléments de la COnsultation en médecine GENérale
HAS	Haute autorité de santé
INCa	Institut national du cancer
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IST	Infections sexuellement transmissibles
MP	Maladie professionnelle
MSU	Maître de stage des universités
NMR	Nouveaux modes de rémunération
OMS	Organisation mondiale de la santé
ROSP	Rémunérations sur objectifs de santé publique
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

1. INTRODUCTION

La prévention est définie comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps¹.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en distingue classiquement trois niveaux, en fonction du stade de la maladie². La prévention primaire a pour objectif d'éviter l'apparition d'un événement morbide chez un sujet sain. La prévention secondaire a pour objectif de dépister un événement morbide au stade précoce chez un individu atteint non traité, de manière à pouvoir le prendre en charge efficacement. La prévention tertiaire a pour objectif d'éviter les rechutes et les complications d'un événement morbide chez un sujet atteint et traité.

Le modèle de Gordon s'appuie quant à lui sur la population ciblée par les mesures de prévention³. La prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. La prévention sélective est destinée à des sous-groupes de populations spécifiques. Elle tient compte uniquement des déterminants de santé tels que l'âge et le genre. La prévention ciblée est destinée aux sujets présentant un ou plusieurs facteurs de risque préalablement identifiés. Cette dernière classification semble plus opérationnelle en soins primaires.

La prévention et la promotion de la santé font partie intégrante des soins primaires, et les médecins généralistes sont désormais au cœur de ces préoccupations⁴. Plusieurs pays ont élaboré des recommandations fondées sur les preuves, relatives à la réalisation de mesures préventives dans une population identifiée⁵⁻⁷. La mise en œuvre de ces recommandations en matière de prévention reste pourtant insuffisante en pratique clinique. En l'absence d'intervention spécifique, les taux de délivrance varient de 15 % à 30 % pour les vaccinations et les conseils concernant l'alimentation ou le tabagisme^{8,9}. Ces taux atteignent 50 % pour la mesure de pression artérielle, et 60 % pour les dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus⁹.

De nombreux freins à leur réalisation ont été identifiés : absence de système de rappel, absence de système d'information centré sur le patient, manque de temps, absence de

rémunération spécifique, défaut de sensibilisation des médecins, ou encore désaccord avec le bien-fondé des recommandations¹⁰⁻¹³. Le manque de consensus entre certaines des recommandations existantes est aussi préoccupant¹⁴.

En France, aucune institution ne délivre de manière transversale des recommandations en matière de prévention pour un adulte asymptomatique¹⁵. De telles informations sont dispersées au sein de multiples recommandations centrées sur une pathologie et sa prise en charge, presque exclusivement curative. Ces dernières proviennent principalement de la Haute autorité de santé (HAS), de l'Institut national du cancer (INCa) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)¹⁶⁻¹⁸. Cette situation limite probablement leur intégration en soins primaires, y compris dans le cadre d'une consultation périodique dédiée à la prévention¹⁵.

On dispose de peu de données pour décrire l'activité préventive des médecins généralistes français¹⁹. En 2009, les « examens systématiques et prévention » représentaient le premier résultat de consultation, soit 24 % des patients vus en médecine générale²⁰. La plupart des données détaillant les différentes composantes de cette activité préventive sont de nature déclarative et concernent le point de vue des patients. Par exemple, les patients consommateurs de tabac ou d'alcool estimaient que leur médecin généraliste n'avait pas abordé avec eux la question de leur consommation, respectivement dans 24 % et 67 % des cas²¹. En outre, 19 % des femmes âgées de 50 à 74 ans déclaraient ne pas avoir réalisé de mammographie de dépistage du cancer du sein dans les deux dernières années, et 31 % ne pouvaient affirmer que leur médecin leur en avait parlé au cours de l'année²².

Dans ce contexte, il nous a paru pertinent de décrire l'activité préventive des médecins généralistes en France. Ce travail s'intègre dans le projet ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale), dont l'objectif était de décrire la distribution des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé pris en charge en médecine générale en France²³.

2. METHODES

L'objectif principal de cette étude ancillaire du projet ECOGEN était de décrire de manière non-déclarative l'activité préventive opportuniste des médecins généralistes participants, c'est-à-dire en dehors de tout motif de consultation d'ordre préventif à l'initiative du patient.

Les objectifs secondaires étaient : 1) évaluer les déterminants de la délivrance opportuniste de soins préventifs par les médecins généralistes ; 2) décrire la diversité des résultats de consultations d'ordre préventif à l'initiative du médecin ; 3) décrire la diversité des motifs de consultations d'ordre préventif à l'initiative du patient.

2.1.Schéma d'étude et échantillon

Il s'agissait d'une étude observationnelle, transversale, multicentrique, ancillaire du projet ECOGEN²³. Celle-ci s'est déroulée entre le 1^{er} novembre 2011 et le 30 avril 2012. Les 32 facultés de médecine de France métropolitaine ont été invitées à participer à cette étude, par l'intermédiaire de leurs Départements de médecine générale (DMG).

Les critères d'inclusion étaient : patient examiné en cabinet médical ou à domicile, au cours de deux demi-journées prédéterminées par semaine. Le critère de non-inclusion était : refus du patient de participer, consultation dédiée à la prévention en réponse à un motif préventif à l'initiative du patient. Ce dernier critère était spécifique à notre étude ancillaire.

Notre hypothèse était que les soins préventifs délivrés en dehors de toute demande initiale du patient apporteraient plus d'informations sur le caractère proactif d'un médecin généraliste concernant la prévention.

Les investigateurs étaient les internes de médecine générale en stage de niveau 1 (en tant qu'observateurs passifs), sous la supervision directe ou indirecte de leur maître de stage. Tous les médecins généralistes participants étaient Maîtres de stage des universités (MSU). Les médecins généralistes participants au projet ECOGEN n'avaient pas connaissance des objectifs spécifiques de cette étude ancillaire.

En supposant un nombre moyen de trois médecins généralistes volontaires dans chaque faculté de médecine (soit environ 100 médecins généralistes participants) et 10 consultations par demi-journée sur une période de 22 semaines, 22 000 consultations étaient attendues.

2.2. Recueil des données

Les données concernant les médecins généralistes étaient uniquement déclaratives [Annexe 1] : âge, genre, milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), zone géographique, secteur conventionnel (secteur 1, secteur 2, non conventionné), mode d'exercice (exercice isolé, groupe médical, groupe pluridisciplinaire, centre de santé), nombre annuel de consultations, réception des visiteurs médicaux, réception des délégués de l'assurance maladie, adhésion au Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Cinq zones géographiques ont secondairement été définies à partir des codes postaux : Région parisienne, Nord-Est, Nord-Ouest, Sud-Est, Sud-Ouest. Le nombre annuel de consultations a été déclaré par chaque médecin généraliste, en tenant compte des données fournies par l'assurance maladie pour l'année 2010. Les données concernant les patients et les consultations ont été préalablement recueillies de manière prospective par les observateurs passifs sur un questionnaire papier [Annexe 2], et saisies secondairement dans une base de données sécurisée accessible en ligne. Tous les internes de médecine générale avaient préalablement été formés – pendant un jour et demi – au recueil de données à l'aide de la deuxième version de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2)²⁴ [Annexe 3].

Les données concernant les motifs et résultats de consultation, ainsi que les procédures de soins, étaient saisies à l'aide d'un système d'aide au codage basé sur la CISP-2. Une double saisie a été réalisée par chaque investigateur sur un échantillon de 20 consultations. Un contrôle de qualité de la description et du codage des consultations a été réalisé après accord du patient, à partir de l'enregistrement audio d'une consultation par investigateur.

Les données recueillies concernant le patient étaient : genre, date de naissance, catégorie socio-professionnelle (selon la classification de l'Institut nationale de la statistique et des études économiques [INSEE]), statut d'étudiant, couverture maladie, exonération du ticket modérateur (Aide médicale d'Etat [AME], Couverture médicale universelle complémentaire [CMU-c], accident de travail ou maladie professionnelle [AT/MP], affection longue durée [ALD]), premier contact. L'âge du patient et la durée de consultation ont été dichotomisés : patients

âgés de plus ou moins 18 ans, et consultations durant plus ou moins de 10 minutes respectivement.

Les données recueillies concernant la consultation étaient : date, heures de début et de fin, lieu (cabinet médical ou visite à domicile) et résultats de consultation, avec pour chacun d’eux les motifs de consultation et les procédures de soins (réalisées ou programmées). Au moins un résultat de consultation était saisi pour chaque consultation. Plusieurs motifs de consultation et procédures de soins pouvaient être associés à un même résultat de consultation.

2.3.Critères de jugement

Une variable spécifique a été construite pour définir les codes CISP-2 certainement, éventuellement, ou non en rapport avec la prévention. Un codage indépendant de l’ensemble des codes de la CSIP-2 a été réalisé par six chercheurs impliqués dans le projet ECOGEN. En cas de désaccord, une concertation a permis d’arriver à un consensus. Enfin, une contre-évaluation par les deux promoteurs du projet ECOGEN a permis d’aboutir à une liste de 64/1 377 (7,4 %) codes CISP-2 définis comme préventifs dans le cadre de cette étude ancillaire [Tableau 1]. Les codes « éventuellement préventifs » n’ont pas été pris en compte, étant donné l’absence de consensus entre les six chercheurs impliqués.

TABEAU 1 : LISTE DES 64 CODES CISP-2 CONSIDERES COMME PREVENTIFS DANS LE CADRE DE L’ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN.

Chapitre	n	Libellé (code)
Tous (17)	51	Vaccination / médication préventive (-44) Recommandation / éducation santé / avis / régime (-45) Autre procédure préventive (-49)
A – Général et non spécifié	3	Facteur de risque de cancer (A21) Facteur de risque non classé ailleurs (A23) Gestion santé / médecine préventive (A98)
K – Cardiovasculaire	1	Facteur de risque de maladie cardio-vasculaire (K22)
P – Psychologique	4	Alcoolisme chronique (P15) Usage abusif du tabac (P17) Usage abusif de médicament (P18) Usage abusif de drogue (P19)
W - Grossesse, accouchement et planification familiale	5	Contraception post-coïtale (W10) Contraception orale (W11) Contraception intra-utérine (W12) Stérilisation chez la femme (W13) Autre contraception chez la femme (W14)

CISP-2 : deuxième version de la Classification internationale des soins primaires.

Une consultation était définie comme « préventive » si elle incluait au moins un résultat de consultation considéré comme préventif.

2.4. Analyses statistiques principales

Pour décrire l'activité préventive opportuniste des médecins généralistes en dehors de tout motif de consultation d'ordre préventif à l'initiative du patient, les données socio-démographiques des patients, ainsi que celles relatives au contexte et au contenu des consultations, ont été agrégées pour chacun des médecins généralistes participants. La variable d'intérêt était la proportion de consultations préventives par médecin généraliste.

Pour évaluer les déterminants de la délivrance opportuniste de soins préventifs par les médecins généralistes, une régression linéaire a recherché les associations entre la proportion par médecin généraliste de consultations préventives et les variables explicatives concernant le médecin généraliste, sa patientèle et le contexte des consultations. Une analyse univariée a ainsi été réalisée, suivie d'une analyse multivariée grâce à un modèle construit à partir des variables avec $p \leq 0,20$ en analyse univariée. Les variables significatives ont été sélectionnées sur la valeur du p par méthode pas-à-pas descendante. Les résultats présentés par la suite sont : coefficient, écart-type (σ) et valeur p .

2.5. Analyses statistiques complémentaires

Ces analyses n'étaient pas prévues dans le protocole initial de cette étude ancillaire du projet ECOGEN. Elles ont été réalisées *a posteriori*, pour en éclairer certains des résultats. Elles ont porté sur des échantillons sensiblement différents de ceux définis précédemment.

Durée des consultations préventives en médecine générale

Une première analyse complémentaire a porté sur la durée des consultations. Une consultation était définie comme : 1) non préventive, si elle n'incluait aucun résultat de consultation préventif ; 2) exclusivement préventive, si elle incluait uniquement des résultats de consultation préventifs ; 3) en partie préventive, si elle incluait au moins un autre résultat de consultation. Le test *t* de Student a été utilisé pour comparer la durée moyenne de ces différents types de consultation.

Ces analyses ont également été réalisées sur des données agrégées par médecin généraliste, après avoir exclu les consultations préventives en rapport avec un motif préventif à l'initiative du patient.

Résultats de consultation préventifs à l'initiative du médecin

Pour décrire les résultats de consultation d'ordre préventif à l'initiative du médecin, les *verbatim* saisis par l'ensemble des observateurs passifs dans la base de données sécurisée ont été revus manuellement. Les résultats de consultation ont ainsi été définis comme préventifs – ou non – et à l'initiative du médecin – ou non – puis rapportés à un type de soins préventifs selon une classification prédéfinie^{25,26} [Tableau 2].

TABEAU 2 : TYPES DE SOINS PREVENTIFS UTILISES POUR DECRIRE LES MOTIFS ET LES RESULTATS DE CONSULTATION PREVENTIFS.

Soins préventifs de nature transversale ou indéterminée

- Examen périodique de santé
- Suivi et mise à jour du statut vaccinal
- Prévention/Dépistage des risques professionnels
- Autre examen de prévention/dépistage

Soins préventifs en rapport avec les comportements à risque

- Conseils/prise en charge consommation de tabac
- Conseils/prise en charge consommation déclarée d'alcool
- Conseils/prise en charge consommation de drogues illicites
- Prévention/Dépistage des infections sexuellement transmissibles
- Conseils hygiéno-diététiques (régime alimentaire, exercice physique)

Soins préventifs en rapport avec le risque cardiovasculaire

- Évaluation du risque cardiovasculaire global
- Prévention/ Dépistage d'une anomalie glycémique
- Prévention/ Dépistage d'une anomalie lipidique
- Prévention/ Dépistage d'une anomalie de la fonction rénale

Soins préventifs en rapport avec le risque de cancer

- Prévention/Dépistage du cancer du col de l'utérus
- Prévention/Dépistage du cancer du sein
- Prévention/Dépistage du cancer du côlon
- Prévention/Dépistage du cancer de la prostate
- Prévention/Dépistage des cancers de la peau
- Autre prévention/dépistage de cancer

Soins préventifs spécifiques liés au sexe, à l'âge et/ou contexte

- Conseils/prévention des risques des femmes en âge de procréer
 - Dépistage des risques génétiques
 - Prévention des caries dentaires
 - Prévention/Dépistage de l'ostéoporose
 - Prévention/Dépistage de la diminution de l'acuité visuelle
-

Les résultats de consultation préventifs à l'initiative du médecin ont été décrits en termes d'effectifs et de proportions, pour les variables jugées d'intérêt aux vues des résultats obtenus dans la première partie de cette étude : âge et genre du patient, premier contact, lieu et durée de la consultation. Ils ont été comparés aux autres résultats de consultation à l'aide d'un test du χ^2 . La distribution des résultats de consultation préventifs à l'initiative du médecin a enfin été décrite en fonction des différents types de soins préventifs prédéfinis.

Ces analyses complémentaires ont été réalisées sur les résultats de consultation (non agrégés par médecin généraliste), après avoir exclu les résultats de consultation préventifs en rapport avec un motif préventif à l'initiative du patient.

Motifs de consultation préventifs à l'initiative du patient

Une stratégie similaire a été utilisée pour décrire les motifs de consultation d'ordre préventif à l'initiative du patient à partir des *verbatim*, et les rapporter à un des types de soins préventifs prédéfinis [Tableau 2].

Les motifs de consultation préventifs à l'initiative du patient ont ensuite été décrits en termes d'effectifs et de proportions, pour les mêmes variables d'intérêt à l'exception de : premier contact. Ils ont été comparés aux autres motifs de consultation à l'aide d'un test du χ^2 . La distribution des motifs de consultation préventifs à l'initiative du patient a été décrite parmi les différents types de soins préventifs prédéfinis.

Ces analyses complémentaires ont été réalisées sur les motifs de consultation (non agrégés par médecin généraliste), après avoir exclu les motifs de consultation préventifs à l'initiative du médecin.

2.6.Aspects éthiques et réglementaires

Une déclaration a été réalisée auprès du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS, n°11605) puis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, n°1549782). Le projet ECOGEN a reçu l'accord du Comité de protection des personnes (CPP, Sud-Est IV, n°L11-149). Une autorisation d'utilisation de la CISP-2 a été obtenue auprès de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). Le projet ECOGEN a été financé par le laboratoire Pfizer et le Collège national des généralistes enseignants (CNGE Conseil).

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt financier relatif à ce travail.

3. RESULTATS

3.1. Description générale de l'étude ancillaire au projet ECOGEN

Le projet ECOGEN a impliqué 27 des 32 facultés françaises de médecine (84,4 %) et 128 médecins généralistes participants. Parmi les 20 781 consultations menées par ces médecins généralistes durant 22 semaines, 168 (0,8 %) ont été exclues de l'étude en raison du refus par le patient de la présence de l'interne à la consultation. Les 1 610 (7,8 %) consultations rattachées à un motif préventif à l'initiative du patient ont également été exclues dans le cadre de cette étude ancillaire du projet ECOGEN. Au total, 19 003 consultations ont été incluses. Le nombre médian de consultations par médecin généraliste était de 10 à 444 (médiane : 135).

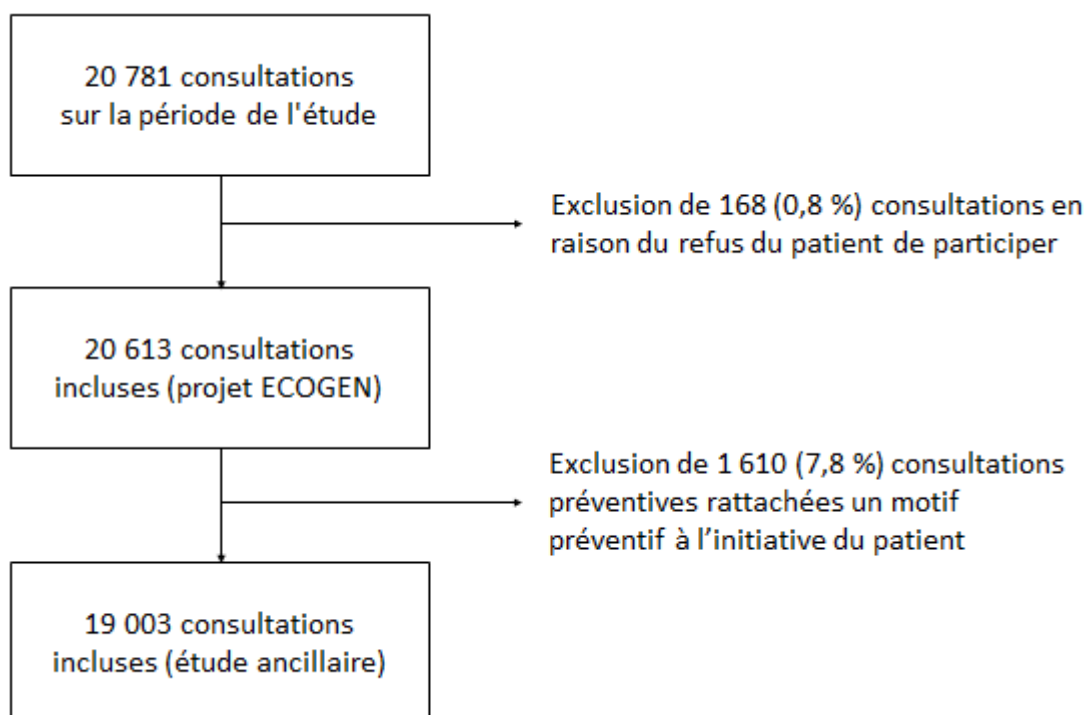


FIGURE 1 : DIAGRAMME DE FLUX DES CONSULTATIONS INCLUSES DANS L'ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN.

3.2. Caractéristiques des médecins généralistes et de leurs consultations

Les 128 médecins généralistes participants étaient âgés de 27 à 70 ans (âge médian : 54 ans) ; et 66,4 % étaient des hommes [Tableau 3]. Ils étaient répartis uniformément sur tout le territoire : 51,5 % en milieu urbain, et 48,5 % en milieu semi-rural ou rural. La plupart (92,2 %) étaient en secteur 1, et 61,7 % exerçaient en cabinet de groupe.

TABLEAU 3 : CARACTERISTIQUES DES 128 MEDECINS GENERALISTES PARTICIPANTS (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

		n = 128
Age		54,0 [27,0 – 70,0]
Genre		
	Femmes	43 (33,6 %)
	Hommes	85 (66,4 %)
Milieu d'exercice		
	Urbain	66 (51,5 %)
	Semi-rural	33 (25,8 %)
	Rural	29 (22,7 %)
Zone géographique		
	Région parisienne	23 (18,0 %)
	Nord-Est	32 (25,0 %)
	Nord-Ouest	28 (21,9 %)
	Sud-Est	32 (25,0 %)
	Sud-Ouest	13 (10,1 %)
Secteur 1		118 (92,2 %)
Mode d'exercice		
	Exercice isolé	27 (21,1 %)
	Groupe monoprofessionnel	79 (61,7 %)
	Structure pluriprofessionnelle	22 (17,2 %)
Nombre de consultations par an		5 000 [2 500 – 10 500]
Réception de visiteurs médicaux		70 (54,7 %)
	Nombre par semaine	1,0 [0 – 10,0]
Réception des délégués de l'assurance maladie		102 (79,7 %)
	Nombre par an	3,0 [0 – 12,0]
Adhésion au Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)		55 (43,0 %)

Les valeurs sont : effectif (proportion) et moyenne [minimum – maximum]. CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles.

La proportion de femmes dans la patientèle des médecins généralistes participants variait de 36,8 % à 77,5 % (médiane : 58,1 %). La proportion de patients bénéficiant de la Couverture médicale universelle complémentaire (CMU-c) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME) variait de 0 à 29,4 % (médiane : 2,6 %) [Tableau 4].

La proportion de visites à domicile variait de 0 à 35,8 % en fonction du médecin généraliste participant (médiane : 3,4 %). La durée moyenne des consultations s'étendait de 8,0 à 40,0 minutes (médiane : 15,0 minutes) [Tableau 4].

TABLEAU 4 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ET DES CONSULTATIONS REALISEES (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

	n = 128
Caractéristiques des patients (données agrégées par médecin)	
Proportion de patients âgés de 18 ans et moins	16,2 [2,6 – 43,1]
Proportion de femmes	58,1 [36,8 – 77,5]
Proportion de cadres et professions intellectuelles supérieures	8,3 [0 – 44,5]
Proportion d'agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2,9 [0 – 11,3]
Proportion d'ouvriers et employés	23,6 [5,0 – 50,0]
Proportion de retraités	32,8 [6,3 – 72,1]
Proportion d'autres catégories socio-professionnelles / sans activité professionnelle	8,6 [0 – 49,0]
Proportion d'étudiants	2,1 [0 – 9,9]
Proportion d'AME ou CMU-c	2,6 [0 – 29,4]
Proportion d'accidents de travail ou maladies professionnelles	23,5 [4,4 – 48,9]
Proportion d'affections longue durée	22,4 [4,0 – 48,7]
Proportion d'invalidité	0,6 [0 – 4,8]
Caractéristiques des consultations (données agrégées par médecin)	
Proportion de premiers contacts	4,2 [0 – 29,8]
Proportion de visites à domicile	3,4 [0 – 35,8]
Proportion de consultations durant moins de dix minutes	12,0 [0 – 64,2]

Les valeurs sont : effectif (proportion) et moyenne [minimum – maximum]. AME : Aide médicale d'Etat ; CMU-c : Couverture médicale universelle complémentaire.

3.3. Activité préventive des médecins généralistes

La proportion médiane de consultations préventives par médecin était de 14,9 % [Figure 2]. Celle-ci variait de 0 à 78,3 % en fonction du médecin généraliste participant.

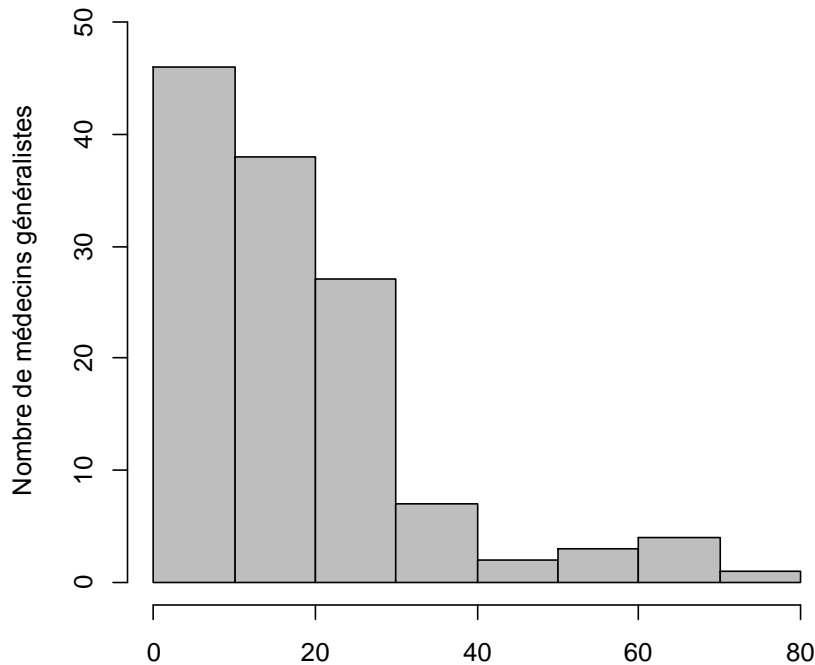


FIGURE 2 : HISTOGRAMME REPRESENTANT LA PROPORTION DE CONSULTATIONS PREVENTIVES PAR MEDECIN GENERALISTE (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

La proportion de consultations préventives réalisées par les médecins généralistes était significativement associée au milieu d'exercice et à la zone géographique (respectivement $p = 0,01$ et $p = 0,04$) [Tableau 5]. Les médecins généralistes réalisaient plus de consultations préventives s'ils exerçaient en milieu urbain qu'en milieu rural (+ 9,78 ; $\sigma = 3,31$; $p = 0,004$), ou dans le Sud de la France plus qu'en Région parisienne (+ 8,17 ; $\sigma = 4,07$; $p = 0,047$).

En revanche, la proportion de consultations préventives par médecin généraliste diminuait lorsque la proportion de patients âgés de 18 ans ou moins était élevée (-0,37 ; $\sigma = 0,15$; $p = 0,006$), lorsque la proportion de visites à domicile était élevée (-0,31 ; $\sigma = 0,18$; $p = 0,008$) ou lorsque la proportion de consultations durant moins de 10 minutes était élevée (-0,24 ; $\sigma = 0,09$; $p = 0,02$).

TABEAU 5: REGRESSION LINEAIRE UNIVARIEE EXPLIQUANT LA PROPORTION PAR MEDECIN GENERALISTE DE CONSULTATIONS PREVENTIVES (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

	Coefficient (σ)	p
Caractéristiques des médecins généralistes		
Age	+0,10 (0,17)	0,55
Genre (Hommes)	-4,58 (2,84)	0,11
Milieu d'exercice		<u>0,01</u>
	Urbain	-
	Semi-rural	-4,85 (3,16) 0,13
	Rural	-9,78 (3,31) <u>0,004</u>
Zone géographique		<u>0,04</u>
	Région Parisienne	-
	Nord-Est	-2,73 (4,07) 0,50
	Nord-Ouest	+1,25 (4,19) 0,77
	Sud-Est	+8,17 (4,07) 0,047
	Sud-Ouest	-3,03 (5,16) 0,56
Secteur 1	-0,03 (5,04)	1,00
Mode d'exercice		0,37
	Exercice isolé	-
	Groupe monoprofessionnel	+4,59 (3,40) 0,18
	Structure pluriprofessionnelle	+4,99 (4,38) 0,26
Nombre de consultations par an	-9,7e-4 (7,9e-4)	0,22
Réception de visiteurs médicaux (par semaine)	-0,75 (0,56)	0,18
Réception de délégués de l'assurance maladie (par an)	+0,18 (0,61)	0,77
Adhésion au CAPI	+1,73 (2,73)	0,53
Caractéristiques des patients (données agrégées par médecin)		
Proportion de patients âgés de 18 ans et moins	-0,37 (0,15)	<u>0,02</u>
Proportion de femmes	+0,14 (0,18)	0,43
Proportion de cadres et professions intellectuelles supérieures	+0,14 (0,15)	0,35
Proportion d'agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	-0,11 (0,59)	0,85
Proportion d'ouvriers et employés	-0,04 (0,16)	0,82
Proportion de retraités	+0,01 (0,10)	0,91
Proportion d'autres catégories socio-professionnelles / sans activité professionnelle	+0,31 (0,21)	0,13
Proportion d'étudiants	+0,73 (0,60)	0,23
Proportion de d'AME ou CMU-c	+0,24 (0,28)	0,40
Proportion d'accidents de travail ou de maladie professionnelle	+0,05 (0,14)	0,75
Proportion d'affections longue durée	+0,09 (0,14)	0,52
Proportion d'invalidité	-0,81 (1,33)	0,54
Caractéristiques des consultations (données agrégées par médecin)		
Proportion de premiers contacts	-0,04 (0,27)	0,88
Proportion de visites à domicile	-0,31 (0,18)	0,08
Proportion de consultations durant moins de 10 minutes	-0,24 (0,09)	<u>0,007</u>

σ : écart-type ; AME : Aide médicale d'Etat ; CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelle ; CMU-c : Couverture médicale universelle complémentaire.

Seuls trois déterminants persistaient dans le modèle final de régression linéaire multivariée [Tableau 6]. La proportion de consultations préventives diminuait lorsque la proportion de patients âgés de 18 ans ou moins était élevée (-0,43 ; $\sigma = 0,15$; $p = 0,006$), lorsque la proportion de visites à domicile était élevée (-0,47 ; $\sigma = 0,17$; $p = 0,008$) ou lorsque la proportion de consultations durant moins de 10 minutes était élevée (-0,20 ; $\sigma = 0,08$; $p = 0,02$) [Figure 3].

TABLEAU 6 : REGRESSION LINEAIRE MULTIVARIEE EXPLIQUANT LA PROPORTION PAR MEDECIN GENERALISTE DE CONSULTATIONS PREVENTIVES (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

	Modèle initial		Modèle final	
	Coefficient (σ)	p	Coefficient (σ)	p
Caractéristiques des médecins généralistes				
Genre (Hommes)	+18,92 (6,33)	0,31	-	-
Milieu d'exercice		0,21	-	-
Urbain	-	-	-	-
Semi-rural	-5,03 (3,47)	0,15	-	-
Rural	-5,83 (3,85)	0,13	-	-
Zone géographique		<u>0,04</u>	-	-
Région Parisienne	-	-	-	-
Nord-Est	+4,21 (4,42)	0,34	-	-
Nord-Ouest	+9,13 (4,49)	<u>0,04</u>	-	-
Sud-Est	+12,18 (4,10)	<u>0,004</u>	-	-
Sud-Ouest	+5,03 (5,43)	0,36	-	-
Réception visiteurs médicaux (par semaine)	-0,29 (0,56)	0,61	-	-
Caractéristiques des patients (données agrégées par médecin)				
Proportion de patients âgés de 18 ans et moins	-0,35 (0,17)	<u>0,04</u>	-0,43 (0,15)	<u>0,006</u>
Proportion d'autres catégories socio-professionnelles / sans activité professionnelle	+0,22 (0,21)	0,30	-	-
Caractéristiques des consultations (données agrégées par médecin)				
Proportion de visites à domicile	-0,29 (0,20)	0,14	-0,47 (0,17)	<u>0,008</u>
Proportion de consultations durant moins de 10 minutes	-0,15 (0,09)	0,12	-0,20 (0,08)	<u>0,02</u>

σ : écart-type. Seules les variables significatives avec $p < 0,20$ en analyse univariée sont ici représentées.

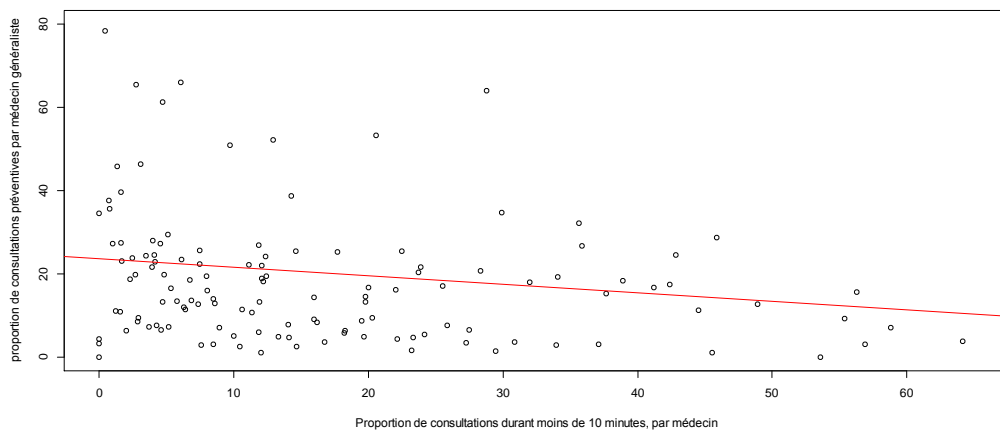
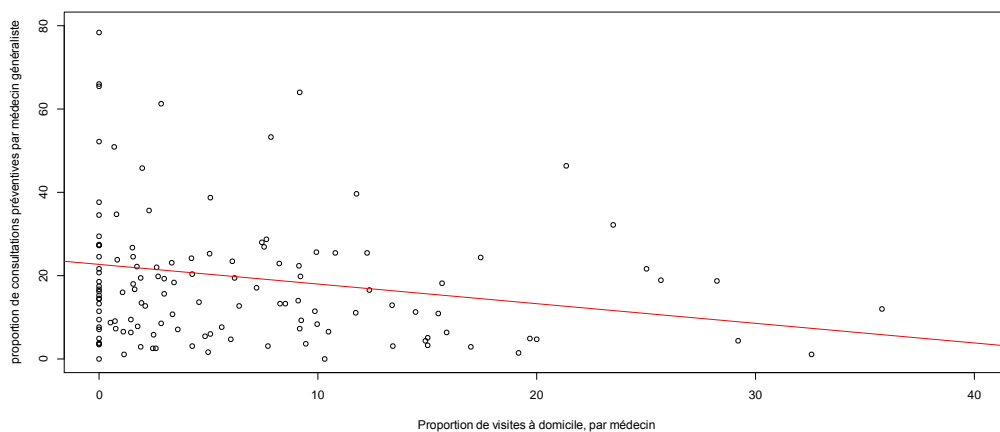
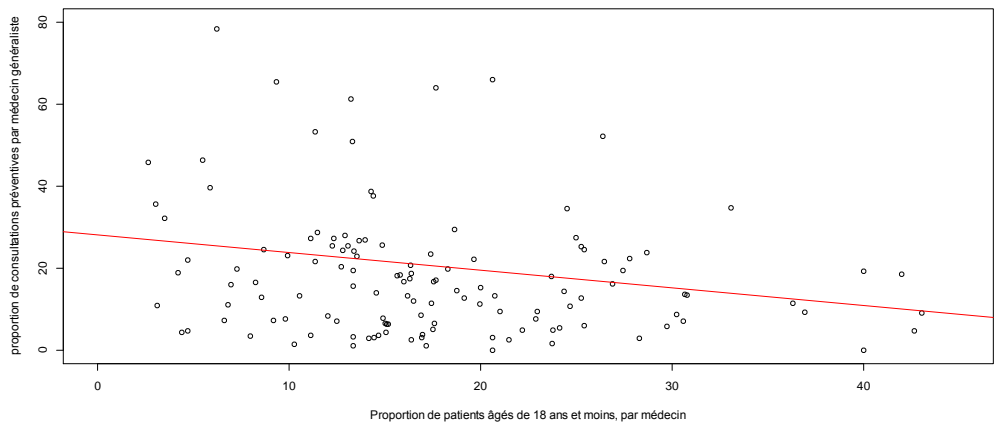


FIGURE 3: REPRESENTATION GRAPHIQUE DE LA REGRESSION LINEAIRE ENTRE LA PROPORTION DE CONSULTATIONS PREVENTIVES PAR MEDECIN GENERALISTE ET : PROPORTION DE PATIENTS AGES DE 18 ANS OU MOINS [EN HAUT], DE VISITES A DOMICILE [AU MILIEU], ET DE CONSULTATIONS DURANT MOINS DE DIX MINUTES [EN BAS] (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

Ces résultats concernant l'activité préventive opportuniste des médecins généralistes nous ont poussés à nous intéresser à la durée des consultations préventives, aux résultats de consultation à l'initiative du médecin, ainsi qu'aux motifs de consultation à l'initiative du patient. Ces différents aspects sont abordés dans les analyses complémentaires qui suivent.

3.4. Durée des consultations préventives en médecine générale

La durée moyenne de consultations préventives par médecin généraliste était de 17,3 minutes. Il n'y avait pas de différence significative entre les consultations préventives (exclusivement ou en partie) et les autres : 17,1 vs 16,5 minutes ($p = 0,43$).

En revanche, pour un même médecin généraliste, une consultation dédiée à la prévention était plus courte qu'une consultation habituelle : 14,7 vs 16,5 minutes, soit une différence moyenne de 1,8 minute ($p = 0,017$).

A l'inverse, une consultation non exclusivement dédiée à la prévention était plus longue qu'une consultation habituelle : 17,8 vs 16,5 minutes, soit une différence moyenne de 1,3 minute ($p = 0,049$)²⁷.

Cette première analyse complémentaire ayant permis de préciser la problématique de la durée des consultations dans le cadre de la délivrance de soins préventifs, nous avons ensuite cherché à préciser le contenu des consultations préventives réalisées en dehors de tout motif préventif initié par le patient.

3.5. Résultats de consultation préventifs à l'initiative du médecin

Dans le cadre du projet ECOGEN, 45 750 résultats de consultation ont été recueillis sur la période de l'étude²⁸. Le refus du patient de participer a entraîné l'exclusion de 168 consultations, soit 0,4 % de résultats de consultation [Figure 4]. Parmi les 8 032 (17,7 %) résultats de consultation d'ordre préventif, 1 777 ont été exclus car ils étaient rattachés à un motif de consultation préventif initié par le patient.

Les 6 255 (13,7 %) résultats de consultation préventifs à l'initiative du médecin étaient ceux qui permettaient de décrire au mieux l'activité préventive opportuniste des médecins généralistes, sans prendre en compte les motifs préventifs à l'initiative des patients.

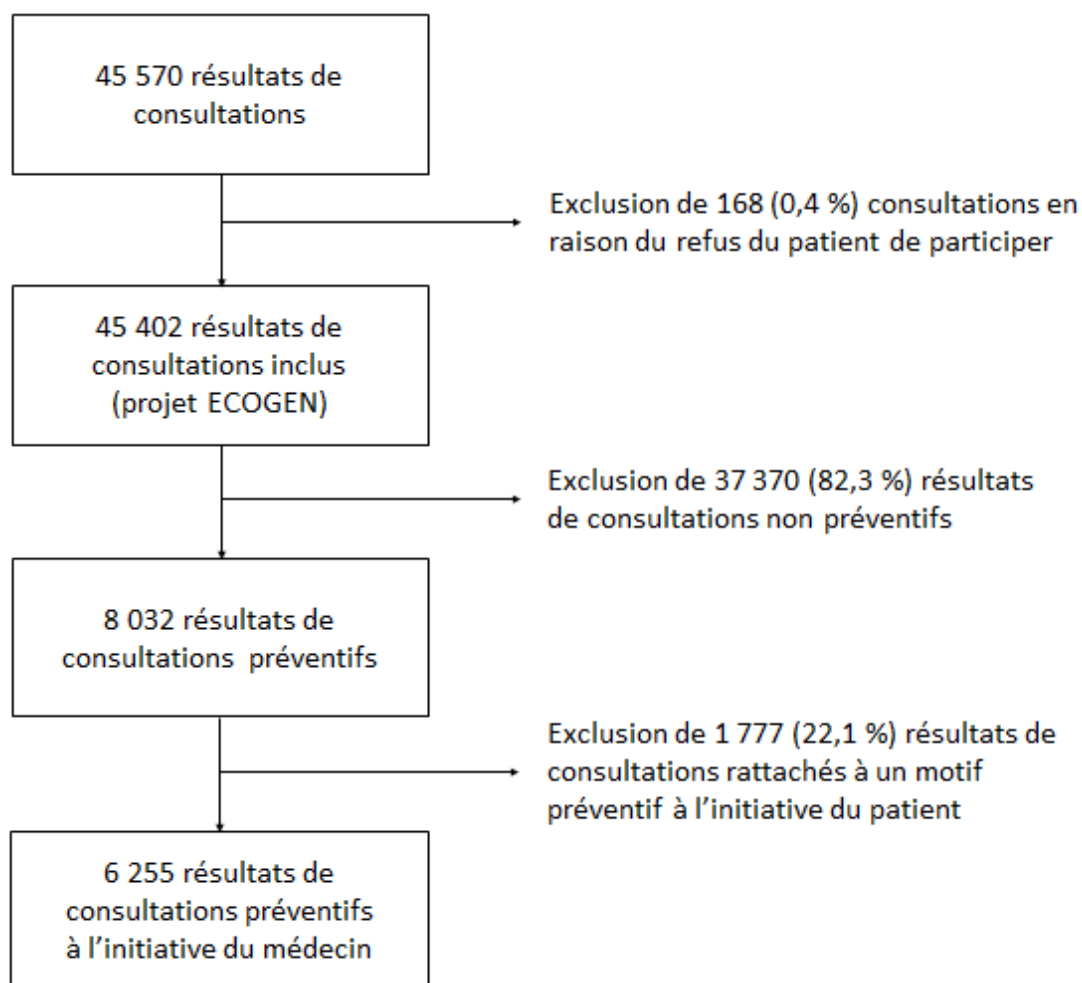


FIGURE 4: DIAGRAMME DE FLUX DES RESULTATS DE CONSULTATION (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

Les résultats de consultation préventifs à l'initiative du médecin concernaient préférentiellement les femmes (59,4 %), et plus d'un tiers étaient réalisés chez des personnes âgées de 50 à 74 ans (36,6 %) [Tableau 7]. Ces soins préventifs étaient réalisés presque exclusivement dans le cadre de consultations au cabinet médical (97,7 % des cas) ; les deux tiers étaient réalisés au cours d'un premier contact (63,5 % des cas). La moitié d'entre eux (51,0 %) ont été réalisés au cours de consultations ayant duré entre 10 et 19 minutes.

TABLEAU 7 : DESCRIPTION DES RESULTATS DE CONSULTATION PREVENTIFS A L'INITIATIVE DU MEDECIN (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

		Résultats préventifs à l'initiative du médecin (n = 6 255)
Âge	Moins de 6 ans	692 (11,1 %)
	Entre 6 et 17 ans	426 (6,8 %)
	Entre 18 et 24 ans	404 (6,5 %)
	Entre 25 et 49 ans	1 816 (29,0 %)
	Entre 50 et 74 ans	2 292 (36,6 %)
	75 ans et plus	625 (10,0 %)
Genre	Femmes	3 716 (59,4 %)
	Hommes	2 539 (40,6 %)
Premier contact	Oui	3 972 (63,5 %)
	Non	2 283 (36,5 %)
Lieu de la consultation	Cabinet médical	6 109 (97,7 %)
	Visite à domicile	146 (2,3 %)
Durée de la consultation	Moins de 10 minutes	734 (11,7 %)
	Entre 10 et 19 minutes	3 189 (51,0 %)
	Entre 20 et 29 minutes	1 693 (27,1 %)
	30 minutes et plus	639 (10,2 %)

La proportion des résultats de consultation préventifs à l'initiative du médecin – par rapport aux autres résultats de consultation – était associée aux variables suivantes : âge du patient, premier contact, lieu de la consultation [Tableau 8]. La proportion de résultats de consultation préventifs à l'initiative du médecin était plus importante pour les patients jeunes ($p < 0,001$), notamment chez les patients âgés de moins de 6 ans (24,9 %) ou âgés de 18 à 24 ans (23,0 %). Elle était aussi significativement plus élevée dans le cadre de consultations réalisées au cabinet médical (14,5 % vs 4,3 % en visite à domicile ; $p < 0,001$), ou lorsqu'il s'agissait d'un premier contact (19,4 % vs 9,1 % lorsque le patient était déjà connu : $p = 0,046$).

TABLEAU 8: COMPARAISON DES RESULTATS DE CONSULTATION PREVENTIFS A L'INITIATIVE DU MEDECIN PAR RAPPORT AUX AUTRES RESULTATS DE CONSULTATION, A L'AIDE D'UN TEST DU CHI² (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

	Résultats préventifs à l'initiative du médecin (n = 6 255)	Autres résultats de consultation (n = 39 327)	<i>p</i>
Âge			<u>< 0,001</u>
	Moins de 6 ans	692 (24,9 %)	2 087 (75,1 %)
	Entre 6 et 17 ans	426 (17,2%)	2 052 (82,8 %)
	Entre 18 et 24 ans	404 (23,0 %)	1 350 (77,0 %)
	Entre 25 et 49 ans	1 816 (17,8 %)	8 361 (82,2 %)
	Entre 50 et 74 ans	2 292 (12,6 %)	15 942 (87,4 %)
	75 ans et plus	625 (6,2 %)	9 535 (93,8 %)
Genre			0,29
	Femmes	3 716 (13,6 %)	23 646 (86,4 %)
	Hommes	2 539 (13,9 %)	15 681 (86,1 %)
Premier contact			<u>< 0,001</u>
	Oui	3 972 (19,4 %)	16 515 (80,6 %)
	Non	2 283 (9,1 %)	22 812 (90,9 %)
Lieu de la consultation			<u>< 0,001</u>
	Cabinet médical	6 109 (14,5 %)	36 090 (85,5 %)
	Visite à domicile	146 (4,3 %)	3 227 (95,7 %)
Durée de la consultation			<u>0,046</u>
	Moins de 10 minutes	734 (13,9 %)	4 564 (86,1 %)
	Entre 10 et 19 minutes	3 189 (13,7 %)	20 172 (86,3 %)
	Entre 20 et 29 minutes	1 693 (14,3 %)	10 179 (85,7 %)
	30 minutes et plus	639 (12,7 %)	4 412 (87,3 %)

La moitié des 6 255 résultats de consultation à l'initiative du médecin étaient de nature indéterminée au regard des *verbatim* utilisés par les observateurs passifs (2 878, soit 46,0 %) [Tableau 9]. Les autres résultats de consultation concernaient l'évaluation du risque cardiovasculaire global (10,7 %), ou encore le suivi et à la mise à jour du statut vaccinal (10,1 %). On peut noter qu'aucun résultat de consultation préventif initié par le médecin n'était en lien avec : la prévention des caries dentaires ; le dépistage des risques génétiques ; la prévention ou le dépistage des cancers de la peau ; la prévention ou le dépistage de la diminution de l'acuité visuelle.

TABEAU 9 : DESCRIPTION DES DIFFERENTS TYPES DE SOINS PREVENTIFS PARMI LES 6 255 RESULTATS DE CONSULTATION PREVENTIFS A L'INITIATIVE DU MEDECIN (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

	Résultats préventifs à l'initiative du médecin (n = 6 255)
Soins préventifs de nature transversale ou indéterminée	
▪ Examen périodique de santé	349 (5,6 %)
▪ Suivi et mise à jour du statut vaccinal	631 (10,1 %)
▪ Prévention/Dépistage des risques professionnels	9 (0,1 %)
▪ Autre examen de prévention/dépistage	2 878 (46,0 %)
Soins préventifs en rapport avec les comportements à risque	
▪ Conseils/prise en charge consommation de tabac	262 (4,2 %)
▪ Conseils/prise en charge consommation déclarée d'alcool	171 (2,7 %)
▪ Conseils/prise en charge consommation de drogues illicites	195 (3,1 %)
▪ Prévention/Dépistage des infections sexuellement transmissibles	32 (0,5 %)
▪ Conseils hygiéno-diététiques (régime alimentaire, exercice physique)	263 (4,2 %)
Soins préventifs en rapport avec le risque cardiovasculaire	
▪ Évaluation du risque cardiovasculaire global	672 (10,7 %)
▪ Prévention/ Dépistage d'une anomalie glycémique	27 (0,4 %)
▪ Prévention/ Dépistage d'une anomalie lipidique	16 (0,3 %)
▪ Prévention/ Dépistage d'une anomalie de la fonction rénale	2 (0,0 %)
Soins préventifs en rapport avec le risque de cancer	
▪ Prévention/Dépistage du cancer du col de l'utérus	49 (0,8 %)
▪ Prévention/Dépistage du cancer du sein	66 (1,1 %)
▪ Prévention/Dépistage du cancer du côlon	143 (2,3 %)
▪ Prévention/Dépistage du cancer de la prostate	33 (0,5 %)
▪ Prévention/Dépistage des cancers de la peau	-
▪ Autre prévention/dépistage de cancer	10 (0,2 %)
Soins préventifs spécifiques liés au sexe, à l'âge et/ou contexte	
▪ Conseils/prévention des risques des femmes en âge de procréer	354 (5,7 %)
▪ Dépistage des risques génétiques	-
▪ Prévention des caries dentaires	-
▪ Prévention/Dépistage de l'ostéoporose	93 (1,5 %)
▪ Prévention/Dépistage de la diminution de l'acuité visuelle	-

Si ces résultats ont permis de décrire plus finement le contenu des consultations préventives réalisées à l'initiative des médecins généralistes dans le cadre du projet ECOGEN, il nous a paru nécessaire de compléter notre analyse en étudiant les motifs préventifs à l'initiative du patient. Jusqu'ici, nous avons en effet exclu tous les résultats de consultation d'ordre préventif qui étaient rattachés à un motif de consultation préventif initié par le patient (n = 1 777, soit 22,1 %). La dernière partie de ce travail a cherché à évaluer dans quelle mesure cette stratégie aurait pu minorer l'activité préventive des médecins généralistes impliqués dans le projet ECOGEN.

3.6. Motifs de consultation préventifs à l'initiative du patient

Dans le cadre du projet ECOGEN, 55 692 motifs de consultation ont été recueillis sur la période de l'étude²⁸. Le refus du patient de participer a entraîné l'exclusion de 168 consultations, soit 0,3 % des motifs de consultation [Figure 5]. Cent un doublons et 834 résultats de consultation non rattachés à un motif ont également été exclus.

Parmi les 54 589 motifs de consultation restants, 1 777 (3,3 %) étaient d'ordre préventif. Ces motifs de consultation à l'initiative du patient avaient entraîné l'exclusion des consultations correspondantes lors des analyses précédentes. Ils témoignaient cependant d'une réelle opportunité pour le médecin généraliste de délivrer des soins préventifs.

C'est ce que nous avons tenté d'évaluer dans la dernière partie de ce travail.

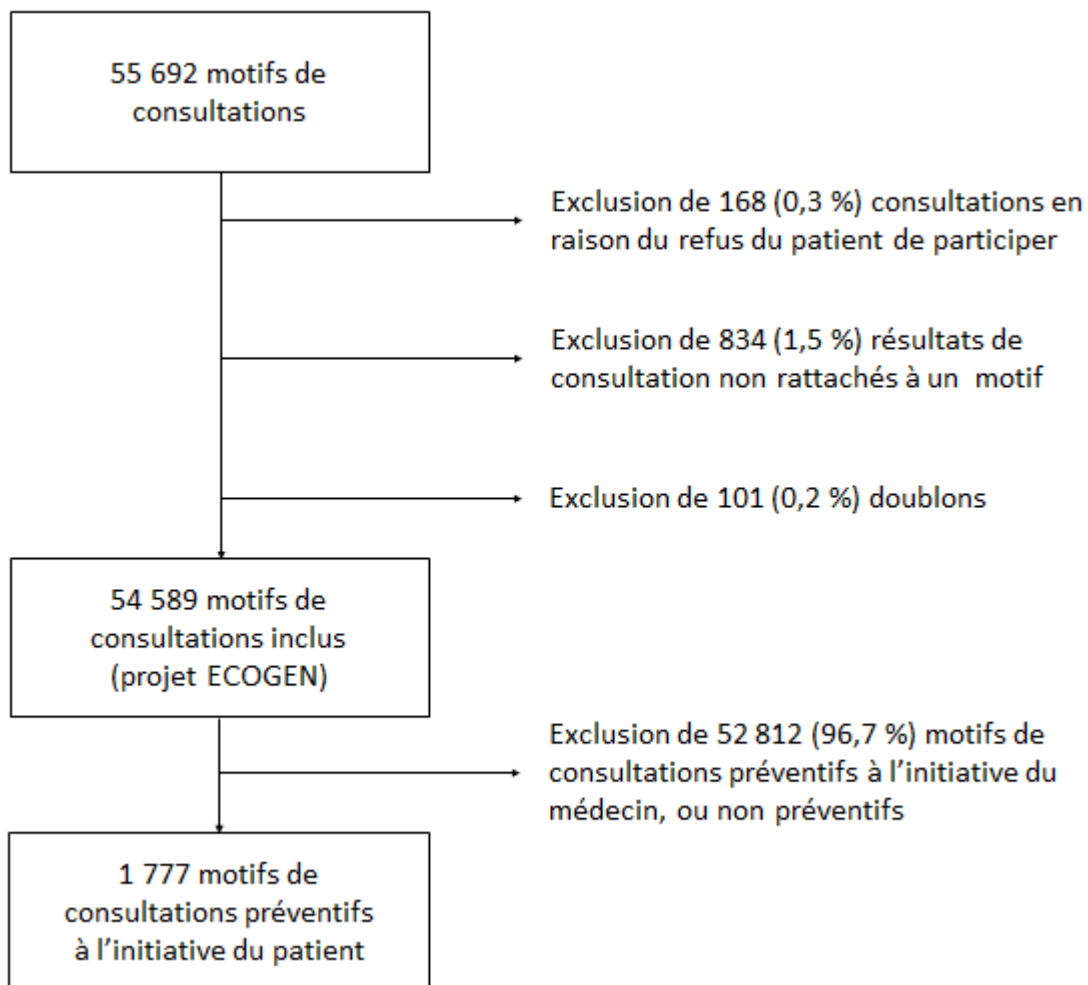


FIGURE 5 : DIAGRAMME DE FLUX DES MOTIFS DE CONSULTATION INCLUS (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

Les motifs de consultation préventifs à l'initiative du patient étaient préférentiellement à l'initiative des femmes (57,6 %). Ils étaient rapportés à parts égales par des personnes âgées de moins de 6 ans (25,0 %), de 25 à 49 ans (24,7 %) et de 50 à 74 ans (25,4 %). Ces motifs étaient presque exclusivement rapportés par les patients dans le cadre de consultations au cabinet médical (98,5 % des cas). La moitié de ces motifs préventifs à l'initiative du patient étaient en rapport avec des consultations ayant duré entre 10 et 19 minutes (45,7 %).

TABLEAU 10 : DESCRIPTION DES DIFFERENTS TYPES DE SOINS PREVENTIFS PARMI LES 1 777 MOTIFS DE CONSULTATION PREVENTIFS A L'INITIATIVE DU PATIENT (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

		Motifs préventifs à l'initiative du patient (n = 1 777)
Âge	Moins de 6 ans	445 (25,0 %)
	Entre 6 et 17 ans	189 (10,6 %)
	Entre 18 et 24 ans	144 (8,1 %)
	Entre 25 et 49 ans	439 (24,7 %)
	Entre 50 et 74 ans	452 (25,4 %)
	75 ans et plus	108 (6,1 %)
Genre	Femmes	1 023 (57,6 %)
	Hommes	754 (42,4 %)
Lieu de la consultation	Cabinet médical	1 751 (98,5 %)
	Visite à domicile	26 (1,5 %)
Durée de la consultation	Moins de 10 minutes	288 (16,2 %)
	Entre 10 et 19 minutes	812 (45,7 %)
	Entre 20 et 29 minutes	482 (27,1 %)
	30 minutes et plus	195 (11,0 %)

La proportion des motifs de consultation préventifs à l'initiative du patient – par rapport aux autres motifs de consultation – était associée aux variables suivantes : âge du patient, lieu et durée de la consultation [Tableau 10]. La proportion de motifs de consultation préventifs à l'initiative du patient était plus importante pour les patients âgés de moins de 6 ans (11,5 % ; $p < 0,001$) ou dans le cadre de consultations réalisées au cabinet médical (3,4 % vs 0,6 % en visite à domicile ; $p < 0,001$). Les motifs préventifs à l'initiative du patient étaient significativement associés avec les consultations durant moins de 10 minutes (4,3 % ; $p < 0,001$).

TABLEAU 11 : COMPARAISON DES MOTIFS DE CONSULTATION PREVENTIFS A L'INITIATIVE DU PATIENT PAR RAPPORT AUX AUTRES MOTIFS DE CONSULTATION, A L'AIDE D'UN TEST DU χ^2 (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

	Motifs préventifs et à l'initiative du patient (n = 1 777)	Autres motifs de consultation (n = 52 812)	<i>p</i>
Âge			<u>< 0,001</u>
	Moins de 6 ans	445 (11,5 %)	3 428 (88,5 %)
	Entre 6 et 17 ans	189 (5,5 %)	3 261 (94,5 %)
	Entre 18 et 24 ans	144 (6,1 %)	2 228 (93,9 %)
	Entre 25 et 49 ans	439 (3,4 %)	12 654 (96,6 %)
	Entre 50 et 74 ans	452 (2,1 %)	20 915 (97,9 %)
	75 ans et plus	108 (0,9 %)	11 429 (99,1 %)
Genre			<u>0,03</u>
	Femmes	1 023 (3,1 %)	32 394 (96,9 %)
	Hommes	754 (3,4 %)	21 521 (96,6 %)
Lieu de la consultation			<u>< 0,001</u>
	Cabinet médical	1 751 (3,4 %)	49 856 (96,6 %)
	Visite à domicile	26 (0,6 %)	4 059 (99,4 %)
Durée de la consultation			<u>< 0,001</u>
	Moins de 10 minutes	288 (4,3 %)	6 437 (95,7 %)
	Entre 10 et 19 minutes	812 (2,8 %)	28 041 (97,2 %)
	Entre 20 et 29 minutes	482 (3,4 %)	13 650 (96,6 %)
	30 minutes et plus	195 (3,3 %)	5 787 (96,7 %)

La majorité des 1 777 motifs préventifs à l'initiative du patient étaient en rapport avec les vaccinations (53,6 %), alors que 18,0 % d'entre eux étaient de nature indéterminée. Une proportion non négligeable concernait également les conseils et la prévention des risques des femmes en âge de procréer (8,1 %) ou encore l'examen périodique de santé (5,8 %).

En revanche, aucun motif de consultation préventif initié par le patient n'était en rapport avec : la prévention et le dépistage d'une anomalie de la fonction rénale, des cancers de la peau, des risques génétiques ou de la diminution de l'acuité visuelle.

TABLEAU 12 : DESCRIPTION DES DIFFERENTS TYPES DE SOINS PREVENTIFS PARMIS LES 1 777 MOTIFS DE CONSULTATION PREVENTIFS A L'INITIATIVE DU PATIENT (ETUDE ANCILLAIRE DU PROJET ECOGEN).

	Motifs préventifs à l'initiative du patient (n = 1 777)
Soins préventifs de nature transversale ou indéterminée	
▪ Examen périodique de santé	103 (5,8 %)
▪ Suivi et mise à jour du statut vaccinal	953 (53,6 %)
▪ Prévention/Dépistage des risques professionnels	5 (0,3 %)
▪ Autre examen de prévention/dépistage	319 (18,0 %)
Soins préventifs en rapport avec les comportements à risque	
▪ Conseils/prise en charge consommation de tabac	48 (2,7 %)
▪ Conseils/prise en charge consommation déclarée d'alcool	45 (2,5 %)
▪ Conseils/prise en charge consommation de drogues illicites	32 (1,8 %)
▪ Prévention/Dépistage des infections sexuellement transmissibles	4 (0,2 %)
▪ Conseils hygiéno-diététiques (régime alimentaire, exercice physique)	40 (2,2 %)
Soins préventifs en rapport avec le risque cardiovasculaire	
▪ Évaluation du risque cardiovasculaire global	26 (1,5 %)
▪ Prévention/ Dépistage d'une anomalie glycémique	1 (0,1 %)
▪ Prévention/ Dépistage d'une anomalie lipidique	1 (0,1 %)
▪ Prévention/ Dépistage d'une anomalie de la fonction rénale	-
Soins préventifs en rapport avec le risque de cancer	
▪ Prévention/Dépistage du cancer du col de l'utérus	2 (0,1 %)
▪ Prévention/Dépistage du cancer du sein	11 (0,6 %)
▪ Prévention/Dépistage du cancer du côlon	33 (1,9 %)
▪ Prévention/Dépistage du cancer de la prostate	2 (0,1 %)
▪ Prévention/Dépistage des cancers de la peau	-
▪ Autre prévention/dépistage de cancer	2 (0,1 %)
Soins préventifs spécifiques liés au sexe, à l'âge et/ou contexte	
▪ Conseils/prévention des risques des femmes en âge de procréer	143 (8,1 %)
▪ Dépistage des risques génétiques	-
▪ Prévention des caries dentaires	1 (0,1 %)
▪ Prévention/Dépistage de l'ostéoporose	6 (0,3 %)
▪ Prévention/Dépistage de la diminution de l'acuité visuelle	-

4. DISCUSSION

Cette étude observationnelle de grande ampleur a permis de mieux appréhender l'activité préventive opportuniste des médecins généralistes français, c'est-à-dire en dehors de tout motif préventif initié par le patient.

La délivrance de soins préventifs opportunistes représente 14,9 % des consultations, avec cependant une très grande disparité selon les médecins généralistes (étendue : 0-78,3 %). Certaines caractéristiques liées aux patients ou aux consultations expliquaient une plus faible activité préventive : une proportion plus importante de patients de 18 ans ou moins ($p = 0,006$), de visites à domicile ($p = 0,008$) ou de consultations de moins de 10 minutes ($p = 0,02$).

La durée moyenne des consultations par médecin généraliste était de 17,3 minutes. Elle était intimement liée à la délivrance de soins préventifs : une consultation dédiée à la prévention durait en moyenne 1,8 minute de moins qu'une autre consultation ($p = 0,017$), alors qu'une consultation non exclusivement dédiée à la prévention durait en moyenne 1,3 minute de plus ($p = 0,049$).

L'activité préventive opportuniste des médecins généralistes a ensuite été décrite à partir des résultats de consultation d'ordre préventif et initiés par le médecin. Si près de la moitié d'entre eux était de nature indéterminée, les autres étaient principalement en rapport avec : l'évaluation du risque cardiovasculaire global (10,7 %) ; le suivi et la mise à jour du statut vaccinal (10,1 %) ; le conseil et la prévention des risques des femmes en âge de procréer (5,7 %) ; l'examen périodique de santé (5,6 %).

Enfin, les patients pouvaient être eux-mêmes à l'initiative de consultations préventives, dans le cas d'un motif préventif initié par le patient lui-même (3,3 %). Ces motifs étaient majoritairement en rapport avec le suivi et la mise à jour du statut vaccinal (53,6 %). Une proportion non négligeable concernait également les conseils et la prévention des risques des femmes en âge de procréer (8,1 %), ou encore l'examen périodique de santé (5,8 %).

Limites de l'étude

Il nous faut cependant prendre en compte certaines limites de cette étude. Les données ayant été recueillies durant la période hivernale (décembre à avril), nous pouvons faire l'hypothèse que les médecins étaient « débordés » par les épidémies virales, et donc moins disponibles pour réaliser des soins préventifs. Les consultations de prévention du voyageur et celles de la rentrée scolaire (notamment dans le cadre de la délivrance d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport), probablement plus propices à la réalisation de soins préventifs, n'ont pas - ou peu - été étudiées. Cependant, nous ne disposons d'aucune donnée confirmant une éventuelle variation de l'activité préventive des médecins généralistes en fonction de la période de l'année.

Les MSU ayant participé à l'étude ECOGEN ne différaient pas de façon significative de l'ensemble des médecins généralistes français sur les données recueillies (l'âge, le genre, le milieu d'exercice, le secteur conventionnel et le nombre annuel de consultations)²⁸. Cependant, selon une étude réalisée en 2010 par auto-questionnaires auprès de 181 MSU du Pays de la Loire, il semblerait que ces derniers ne soient pas représentatifs de leurs confrères régionaux. Les différences portaient sur les caractéristiques socio-démographiques (moins de MSU hommes et dans la tranche d'âge 45-49 ans par rapport aux autres médecins généralistes de la région), et sur leur activité professionnelle (les MSU travaillaient plus fréquemment en cabinet de groupe, ils participaient plus à des formations complémentaires, travaillaient moins longtemps au cabinet)²⁹. Néanmoins ces différences n'établissent pas nécessairement une différence en termes de qualité de soins.

En revanche, le fait de participer à une étude a pu encourager les médecins à améliorer la qualité des soins prodigués (effet Hawthorne)³⁰. Pour limiter ce biais lié à la présence d'un observateur externe, l'objectif de notre étude ancillaire n'a pas été dévoilé aux médecins participants. Des procédures de contrôle de la qualité du recueil de données ont également été mises en place, pour en renforcer la validité.

Par ailleurs, le choix des codes CISP-2 en rapport avec la prévention n'était pas basé sur des indicateurs validés dans la littérature. Aucune classification existante ne permettait le recueil des actes préventifs en soins primaires. La décision d'inclure seulement les codes estimés « certainement préventifs » a pu conduire à exclure des consultations pourtant en rapport avec des mesures préventives.

Enfin, l'exclusion des consultations préventives à l'initiative du patient nous a conduits à une description incomplète de l'activité préventive globale des médecins généralistes. Mais la description des motifs de consultation préventifs initiés par le patient a permis d'explorer, outre l'activité préventive des médecins généralistes réalisée de manière proactive, celle générée par une demande induite par le patient.

Activité préventive opportuniste en médecine générale

La délivrance opportuniste de soins préventifs représente une part importante de l'activité des médecins généralistes français, bien que la première partie de cette étude ait souligné l'hétérogénéité des pratiques parmi les médecins participants. Il n'en est pas ressorti un profil-type de médecins généralistes proactifs en termes de soins préventifs. Cette activité dépendait en revanche de l'âge de la patientèle, du lieu de consultation et de la durée des consultations.

Si l'évaluation des médecins généralistes par un observateur passif a permis de disposer de données de qualité et non déclaratives, le schéma de cette étude n'a pas permis d'établir un lien de causalité. Ainsi, il est tout à fait possible de penser que des créneaux de consultation plus courts soient moins propices à la réalisation de soins préventifs [Tableau 6]. A l'inverse, le fait que les consultations préventives soient plus longues que les consultations non préventives (17,8 vs 16,5 minutes, $p = 0,049$) peut suggérer que la réalisation de soins préventifs rallonge la durée des consultations. Dans tous les cas, nous ne pouvons ignorer l'aspect financier de cette problématique puisque dans le contexte français du paiement à l'acte le temps et l'argent sont indissociables. Une étude allemande réalisée en 2011 confirmait le fait que les médecins rémunérés par un système de paiement à l'acte, multipliaient ceux-ci, sans réelle perte de chance pour le patient³¹. La délivrance de soins préventifs, bien que chronophage lors d'une consultation non dédiée, n'est actuellement pas valorisée financièrement puisqu'elle ne correspond pas à un acte spécifique. C'est ce qui a conduit au développement des systèmes de paiement à la performance dans différents pays. Ceux-ci visaient à inciter les médecins à améliorer la qualité de leurs soins, en leur attribuant une rémunération complémentaire en plus du paiement à l'acte, sous réserve de remplir certains critères de santé publique.

En France l'assurance maladie a proposé en 2009 aux médecins généralistes l'adhésion au CAPI, qui évaluait la qualité des soins sur trois grands critères : la prévention et le dépistage, les maladies chroniques et le suivi et l'optimisation de la prescription³².

Concernant le contexte de consultation, il n'est pas étonnant que les visites à domicile soient moins adaptées à la réalisation d'actes préventifs (manque de matériel, contexte d'urgence, patients en perte d'autonomie pour qui la qualité de vie prévaudrait sur la prévention, etc.).

Par contre, la faible activité préventive chez une patientèle jeune était moins prévisible. Ce d'autant que, en analysant les données par tranche d'âge, 642 résultats de consultation sur 2 087 (soit un quart des résultats de consultation chez les moins de six ans, $p < 0,001$) correspondait à un acte préventif [Tableau 8]. Cela peut s'expliquer par le fait que les enfants consultent souvent pour des pathologies aiguës, et que par conséquent les soins préventifs se trouvent « dilués » parmi les autres résultats de consultation. Ce biais pourrait avoir été majoré chez les patients les plus jeunes, qui consultent un médecin probablement plus régulièrement (consultations obligatoires, mise à jour du calendrier vaccinal, etc.). S'agissant d'une étude transversale observant les consultations à un instant donné, aucune donnée ne permettait de décrire la qualité du suivi antérieur et les éléments préalablement collectés dans le dossier médical. Enfin, les consultations répondant à un motif préventif initié par le patient lui-même n'ont pas été prises en compte dans cette partie de l'étude. Les motifs de consultation d'ordre préventif étaient pourtant plus nombreux chez les enfants âgés de moins de 6 ans (11,5% vs 3,3 % dans la population générale, $p < 0,001$) [Tableau 11]. Les soins préventifs délivrés chez l'enfant n'étaient pas non plus négligeables en valeur absolue puisque 35,6 % des motifs de consultation préventifs concernaient des patients âgés de moins de 18 ans [Tableau 10]. Une faible proportion de consultations préventives chez l'enfant pourrait cependant être expliquée par une mauvaise sensibilisation à la prévention dans cette tranche d'âge, ou à une mauvaise perception des risques par les médecins. Enfin, l'observateur passif ne mesurait peut-être pas toute la portée préventive de certains examens comme une « simple » pesée assortie d'une mesure de la taille, ou la délivrance de conseils alimentaires.

Description des soins préventifs délivrés en médecine générale

Nous avons voulu dans un deuxième temps analyser plus en détail le contenu des consultations préventives afin d'en préciser la population-cible et le type d'actes préventifs que réalisent les médecins généralistes à leur initiative.

Malgré le fait que la proportion de consultations préventives par médecin généraliste diminuait lorsque la proportion des patients de moins de 18 ans était plus importante, cette tranche d'âge recevait néanmoins 17,9 % des résultats de consultation préventifs [Tableau 7]. Cela n'est pas contradictoire, puisque ce deuxième résultat exprime la répartition du nombre total de résultats de consultation préventifs. Or une consultation contient en moyenne 2,2 résultats de consultation²⁸, et elle était considérée comme préventive si au moins l'un d'entre eux était préventif. Ainsi nous pouvons supposer que les médecins généralistes réalisaient moins de consultations préventives à leur initiative chez les moins de 18 ans, mais que lorsqu'ils en faisaient, ils abordaient plusieurs sujets d'ordre préventif.

La délivrance de soins préventifs initiée par le médecin ne dépendait pas du genre du patient (13,6 % des résultats de consultation chez les femmes vs 13,9 % chez les hommes, $p = 0,29$) [Tableau 8]. Ce résultat contraste avec l'idée d'une disparité des soins liée au genre, qui serait due au fait que les femmes consultent plus souvent que les hommes et utilisent plus de ressources médicales, dont les soins préventifs^{33,34}.

Un premier contact avec un patient influait de façon significative sur la délivrance de soins préventifs par le médecin généraliste. Près d'un résultat de consultation sur cinq concernait la prévention lorsque le patient consultait pour la première fois, alors qu'elle ne représentait qu'une consultation sur dix chez les patients connus (19,4 % vs 9,1 % ; $p < 0,001$) [Tableau 8]. Une des explications serait que la constitution du dossier lors de la première consultation était propice à aborder certains sujets comme les addictions, le mode de vie, la mise à jour des dépistages et vaccinations, etc. Cette différence peut aussi être due à une moins bonne vigilance des médecins sur le rappel périodique des examens de prévention au fil des années lorsque le patient était bien connu. Si c'est le cas, il conviendrait aux médecins de trouver des moyens qui leurs permettraient d'améliorer leur vérification périodique des soins préventifs

dont pourraient bénéficier leurs patients (systèmes de rappels, saisir les opportunités offertes, « dates anniversaires »...).

Il n'était pas étonnant de retrouver, comme pour la première partie de l'étude, une proportion de résultats de consultation préventifs plus importante en consultation qu'en visite à domicile (14,5 % vs 4,3 % ; $p < 0,001$).

La délivrance de soins préventifs initiés par le médecin variait également en fonction du temps. La moitié des résultats de consultation préventifs étaient réalisés au cours des consultations durant entre 10 et 19 minutes [Tableau 7]. En comparaison au nombre total de résultats de consultation, le taux de résultats de consultation préventifs le plus faible était associé aux consultations de plus de 30 minutes (12,7 % vs 14,3 % pour les consultations durant 20 à 29 minutes ; $p = 0,046$) [Tableau 8]. Ceci est facilement concevable dans ces contextes particuliers où le motif de consultation des patients est d'emblée chronophage : nécessité d'un temps de dialogue plus long (dépression, évènement traumatique, annonce d'une maladie grave, etc.), plaintes complexes ou nécessitant une prise en charge multidisciplinaire voire urgente (suspicion d'infarctus du myocarde, de thrombose veineuse profonde, d'accident vasculaire cérébrale, crise d'asthme sévère, sepsis, etc.).

Concernant les types de soins préventifs initiés par le médecin, 46,0 % des résultats de consultation préventifs étaient classés dans la rubrique « Autres examens de prévention/dépistage » [Tableau 9], ce qui correspondait à l'item « A98 » de la CISP-2. Plusieurs *verbatim* ne correspondant à aucun autre code CISP-2 étaient classés dans cet item « par défaut », comme par exemple les conseils aux voyageurs et les certificats médicaux de non contre-indication à la pratique d'un sport. Cela souligne la nécessité d'adapter la CISP aux soins préventifs³⁵. Par ailleurs, une part non négligeable des résultats de consultation préventifs apportés par le médecin concernait les « soins préventifs en rapport avec les comportements à risque » : conseils et prise en charge des addictions, des infections sexuellement transmissibles (IST), et les conseils hygiéno-diététiques. Ces items représentaient ensemble 14,7 %, ce qui les place devant les soins préventifs en rapport avec le risque cardiovasculaire et le risque de cancers. Certains items préventifs n'étaient pas du tout abordés : la prévention et le dépistage d'une anomalie de la fonction rénale, le dépistage ou la prévention des cancers de la peau, des risques génétiques et la prévention des caries dentaires. La réalisation de certains de ces soins préventifs peut avoir été masquée derrière d'autres *verbatim* (« examen périodique de santé »,

suivi de diabète ou d'hypertension artérielle, etc.). Ceci est d'autant plus probable que les recommandations concernant ces dépistages ne concernent que certains patients à risque³⁶⁻³⁸.

C'est particulièrement le cas du dépistage des anomalies de la fonction rénale, comme le montre une thèse publiée en 2013 sur l'état des lieux du dépistage de la maladie rénale chronique par les médecins généralistes en Ile-de-France, où 77 % des patients à risque avaient bénéficié d'un dosage de clairance de la créatininémie³⁹. Quoiqu'il en soit, il semble important que les médecins généralistes soient formés et sensibilisés à ces thématiques de prévention.

Description des motifs de consultation préventifs à l'initiative du patient

Les soins préventifs constituaient une part minoritaire des motifs amenant les patients à consulter (3,3 % de l'ensemble des motifs de consultation). L'exclusion de ces consultations a probablement peu biaisé la description de l'activité préventive des médecins généralistes, mais elles présentaient tout de même des occasions pour les médecins de réaliser des soins préventifs.

Une des raisons de ce faible investissement des patients dans la prévention est peut-être une culture encore trop paternaliste de la médecine en France. Il y a probablement encore des efforts à poursuivre de la part des médecins pour impliquer activement et autonomiser les patients dans la prise en charge de leur santé.

La demande de soins préventifs semble être liée à l'âge. Comme mentionné plus haut, les patients de moins de 18 ans (ou leurs parents) sont à l'origine de plus d'un tiers des demandes de soins préventifs [Tableau 10]. Les consultations obligatoires du nourrisson ainsi que les vaccinations expliquent en grande partie ces résultats, d'autant que 53,6 % des motifs de consultation préventifs sont en lien avec le suivi et la mise à jour du statut vaccinal [Tableau 12]. Il ne serait pas absurde par ailleurs d'imaginer que la responsabilité parentale concernant le suivi médical des enfants soit plus ancrée dans les mœurs que le suivi de sa santé personnelle.

La proportion de motifs de consultation préventifs ne dépendait pas du genre (3,4 % des motifs de consultation chez les hommes vs 3,1 % chez les femmes, $p = 0,03$) [Tableau 11], contrairement aux données des études par auto-questionnaires où les femmes déclaraient avoir recours aux actes préventifs plus souvent que les hommes^{33,34}. Les patients demandaient

des soins préventifs quasi exclusivement en cabinet (98,5 % vs 1,5 % en visite à domicile) [Tableau 10].

Environ trois quarts des consultations préventives à l'initiative du patient duraient entre 10 et 29 minutes [Tableau 10] alors qu'elles étaient proportionnellement plus élevées dans la tranche des consultations durant moins de dix minutes [Tableau 11]. En d'autres termes, les consultations courtes étaient plus souvent liées à une demande de soins préventifs amenée par le patient, avec probablement un motif unique et non chronophage, tel que l'administration d'un vaccin, le renouvellement de pilule contraceptive, demande de dépistage d'IST, etc.

Concernant les types de soins préventifs que les patients initiaient, il est apparu que les items non abordés par les médecins ne l'étaient pas non plus par les patients [Tableau 12]. Ce manque d'intérêt des patients en ce qui concerne la prévention des anomalies rénales, visuelles, le dépistage des cancers de la peau et des risques génétiques, est très probablement le reflet d'une mauvaise information par les médecins, n'étant eux-mêmes pas initiateurs de prévention dans ces domaines. Ceci confirme la nécessité d'une meilleure sensibilisation des médecins, afin d'améliorer la participation des patients à risque dans la prise en charge de leur santé.

Par ailleurs, le suivi et la mise à jour du statut vaccinal représentaient pour les patients la première préoccupation en termes de soins préventifs avec 53,6 % des motifs de consultation préventifs. Les patients étaient également demandeurs de soins préventifs en rapport avec les comportements à risques (9,4 %) et les risques des femmes en âge de procréer (8,1 %). Etrangement, ils ne semblaient pas être sensibles à la prévention du risque cardio-vasculaire. De même, les patients consultaient très peu pour un dépistage de cancer, en dehors du dépistage du cancer colorectal qui fait l'objet d'une campagne nationale de dépistage organisé. Le médecin généraliste a donc un rôle majeur de « rattrapage » dans la prévention du risque cardiovasculaire et dans la prévention et le dépistage des cancers.

Néanmoins, ce rôle n'est pas que bénéfique. Le bénéfice des actes de prévention et de dépistage est plus communément admis lorsqu'il s'agit de rechercher des informations à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, contrairement aux actes de prévention interventionnels⁴⁰. Selon une méta-analyse réalisée en 2012, la prescription d'un bilan systématique de santé en population générale ne diminuerait pas la morbi-mortalité globale, ni celle liée aux pathologies cardio-vasculaires ou aux cancers. Elle augmenterait par ailleurs le nombre de sur-diagnostics⁴¹.

Une autre méta-analyse réalisée en 2014 retrouvait un bénéfice en termes de diminution de la mortalité spécifique pour seulement quatre examens de dépistage : l'échographie abdominale pour l'anévrisme aortique chez l'homme, la mammographie pour le cancer du sein, la recherche de sang dans les selles ou la rectosigmoidoscopie pour le cancer colorectal. Cependant, ces tests de dépistage ne réduisaient pas la mortalité globale⁴². Le rôle du médecin est donc d'adapter la réalisation de soins préventifs à chaque patient, en veillant également à ne pas nuire. On parle actuellement de prévention quaternaire, qui consiste notamment à évaluer la balance bénéfice-risque des soins préventifs afin d'éviter les effets délétères de la surmédicalisation des patients bien portants. A l'inverse, le dépistage des infections sexuellement transmissibles ou par le sang telles que celles liées au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), au virus de l'hépatite B (VHB), au virus de l'hépatite C (VHC) était très peu réalisé, que ce soit à l'initiative du médecin (0,5 %) ou du patient (0,2 %) [Tableaux 9 et 12]. Leur bénéfice est pourtant peu discutable à tout âge, et au moins une fois dans la vie⁴³.

Perspectives

Cette étude a permis de dégager quelques propositions qui permettraient d'optimiser l'activité préventive des médecins généralistes français.

En termes d'implications pour la pratique des soins primaires, la problématique du temps est inévitable. Il appartient aux médecins généralistes de considérer les différentes manières d'organiser leur pratique afin d'y inclure la prévention. Certains y verront la nécessité d'établir des consultations périodiques préventives, d'autres s'organiseront de manière à inclure la prévention lors de consultations non dédiées : reconvoquer les patients, remplir des auto-questionnaires dans la salle d'attente, etc. L'intégration de la prévention en consultation non dédiée semblerait néanmoins plus adaptée à chaque patient et éviterait la surmédicalisation. L'évolution de la rémunération des médecins pourrait également contribuer à limiter ce frein lié au temps de consultation. C'est le cas des « Nouveaux modes de rémunération » (NMR) actuellement en expérimentation par le ministère de la santé. Dans cette optique la sécurité sociale a mis en place pour les médecins traitants les « rémunérations sur objectifs de santé publique » (ROSP), prévoyant un supplément de rémunération sous réserve de répondre à certains indicateurs fixés de santé publique, notamment de prévention⁴⁴. Il existe également

des enveloppes dédiées aux structures regroupées pluriprofessionnelles, visant à améliorer la qualité des soins : forfait pour l'éducation thérapeutique des patients, des nouveaux services aux patients, ou encore le forfait pour les maladies chroniques⁴⁵.

Par ailleurs, une attention particulière devra être portée à la prévention des jeunes patients, et sans oublier ceux vus uniquement en visite à domicile⁴⁶.

Cette étude ouvre en parallèle des perspectives pour l'enseignement, dans la mesure où elle souligne l'importance de la prévention en médecine générale. Il est donc nécessaire pour les enseignants d'axer les réflexions sur ces situations particulièrement fréquentes en soins primaires, en intégrant la prévention dans les consultations non dédiées, dès la formation initiale. Cela ne va pas sans une réflexion sur les bénéfices et les risques des prises en charge proposées, afin de dispenser des soins préventifs adaptés à chaque patient.

Afin de continuer à suivre le déroulement et l'évolution des consultations de médecine générale, il sera indispensable de sensibiliser d'avantage les étudiants au codage des données au cours de la consultation. Ces données recueillies pourraient servir dans l'évaluation et l'amélioration de leur propre pratique, mais elles constitueraient également une base de données disponible pour la recherche clinique et pour établir les recommandations de bonne pratique.

Des futurs travaux de recherche peuvent être envisagés pour explorer de façon qualitative la « boîte noire » des consultations préventives. L'exploitation des *verbatim* contenus dans les consultations préventives pourra nous apporter plus d'informations sur ce qui, dans la rencontre médecin-patient, oriente le médecin à faire de la prévention.

Enfin il apparaît nécessaire de disposer d'un outil de recueil structuré et standardisé des actes préventifs en médecine générale. La proposition d'une amélioration de la CISP-2 en intégrant de façon plus visible les actes de prévention de soins primaires a d'ores et déjà fait l'objet de plusieurs travaux^{25,26}. Des nouvelles rubriques ont été suggérées, notamment celles qui ont été reprises dans cette étude [Tableaux 9 et 12]. D'autres items fréquemment rencontrés en médecine générale et propres à cette spécialité, comme la délivrance de certificats médicaux, la prévention des voyageurs ou la prévention de la iatrogénie pourraient éventuellement être ajoutés à cette liste. Quoiqu'il en soit la nécessité d'outils adaptés à la complexité des consultations de médecine générale suscite de nouvelles recherches⁴⁷.

5. CONCLUSION

La prévention fait partie intégrante des missions du médecin généraliste, en tant qu'acteur central des soins primaires. En France, il existe très peu de données concernant l'activité préventive des médecins généralistes. Cette étude avait pour but de décrire l'activité préventive opportuniste des médecins généralistes en France, à partir des résultats de l'étude nationale ECOGEN. Elle vient confirmer l'importance des soins préventifs, qui représentent 14,9 % de l'activité des médecins généralistes, avec une grande disparité entre les médecins. Celle-ci dépendrait cependant davantage de l'âge de la patientèle des médecins, de la durée moyenne de leurs consultations et du lieu de consultation, que de leurs caractéristiques personnelles. Les soins préventifs délivrés par les médecins concernaient principalement la prévention des conduites à risques, l'évaluation du risque cardiovasculaire global et le statut vaccinal. Un motif de consultation d'ordre préventif était plus souvent initié par le patient chez les enfants de moins de six ans. Ceux-ci concernaient essentiellement les vaccinations. Enfin, ni les médecins généralistes ni les patients ne semblaient se préoccuper des dépistages de troubles visuels ou des cancers de la peau. Des études complémentaires seraient nécessaires afin d'analyser plus en détails, dans le déroulement d'une consultation, les déterminants de la réalisation de soins préventifs. Pour permettre de mieux décoder ces consultations préventives, il serait tout autant essentiel d'améliorer les classifications actuelles des problèmes de santé, en intégrant de façon plus opérationnelle les soins préventifs habituellement délivrés en soins primaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Leavell HR, Clark EG. Preventive Medicine for the Doctor in His Community; an epidemiologic approach. New York and London: Blakiston division, McGraw-Hill, 1965.
2. World Health Organization [WHO]. Health Promotion Glossary. 1998. Disponible sur: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. [Consulté le 22 juin 2015].
3. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. Public Health Reports. 1983;98:107-9.
4. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe, 2011. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>. [Consulté le 22 juin 2015].
5. Canadian Task Force on Preventive Health Care [CTFPHC]. CTFPHC Guidelines. Alberta: Canadian Task Force on Preventive Health Care. 2015. Disponible sur: <http://canadiantaskforce.ca>. [Consulté le 22 juin 2015].
6. Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in General Practice (8th edition). East Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners. 2012. Disponible sur: <http://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/Redbook8/redbook8.pdf>. [Consulté le 22 juin 2015].
7. United States Preventive Services Task Force [USPSTF]. The Guide to Clinical Preventive Services. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2014. Disponible sur: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/cpsguide.pdf>. [Consulté le 22 juin 2015].
8. Crabtree BF, Miller WL, Tallia AF et al. Delivery of Clinical Preventive Services in Family Medicine Offices. Fam Med 2005;3:430-5.
9. Provost S, Pineault R, Levesque J-F et al. Does Receiving Clinical Preventive Services Vary across Different Types of Primary Healthcare Organizations? Evidence from a Population-Based Survey. Healthc Policy 2010;6:67-84.
10. Hermens RP, Hak E, Hulscher ME, Braspenning JC, Grol RP. Adherence to guidelines on cervical cancer screening in general practice: programme elements of successful implementation. Br J Gen Pract 2001;51:897-903.
11. Krist A, Woolf S, Rothemich S et al. Interactive preventive health record to enhance delivery of recommended care: a randomized trial. Ann Fam Med 2012;10:312-9.
12. Hulscher M, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2006;1:CD000362.
13. Hendy Abdoul, Michel Askevis, Janine Bachimont, Aurélie Demongeot, Hector Falcoff, Patrick Florès, et al. Facteurs limitant la mise en œuvre des recommandations de prévention en médecine générale. Enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes franciliens et de leurs patients. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Villejuif : Inserm U149, 2008.

14. Gelly J, Mentre F, Nougairède M, Duval X. Preventive services recommendations for adults in primary care settings: agreement between Canada, France and the USA- a systematic review. *Prev Med* 2013;57;3-11.
15. Haut Conseil de la Santé Publique. Consultations de prévention; Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Besançon; Union Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) Franche-Comté. 2009. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf. [Consulté le 22 juin 2015].
16. Haute Autorité de Santé [HAS]- Tableau des recommandations de bonne pratique. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1101438/tableau-des-recommandations-de-bonne-pratique. [Consulté le 22 juin 2015].
17. Institut National du Cancer. 2015. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>. [Consulté le 22 juin 2015].
18. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Recommandations de bonne pratique. 2015. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Recommandations-Medicaments>. [Consulté le 22 juin 2015].
19. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson J-F, Boissault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? *La Revue du Praticien Médecine Générale*. 2004;18(656/657):781-4.
20. Société Française de Médecine Générale. L' Observatoire de la Médecine Générale. Top 25/Les diagnostics les plus fréquents. 2009. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>. [Consulté le 22 juin 2015].
21. Brotons C, Bulc M, Sammut MR, et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study. *Fam Pract* 2012;29:168-76.
22. Charpentier M, Duhot D, Hebbrecht G, Wilde D, Brotons C. Etude EUROPREV : point de vue de françaises de 30 à 70 ans concernant le dépistage du cancer du sein. Communication orale. Nice : Congrès de la médecine générale France, 2009.
23. CNGE Recherche. Etude ECOGEN. 2012. Disponible sur: <http://etudeecogen.fr>. [Consulté le 22 juin 2015].
24. WONCA International Classification Committee. International Classification of Primary Care, ICPC-2. Oxford: Oxford University Press, 1998.
25. Etienne P. Comment améliorer la Classification Internationale en Soins Primaires dans le domaine de la Prévention : Propositions de Nouvelles Rubriques dans la CISP. Nice: Université de Nice-SOPHIA ANTIPOLIS, 2009.
26. Laurence OJARDIAS. Comment améliorer la Classification Internationale des Soins Primaires pour la prévention? Enquête descriptive concernant les soins préventifs réalisés par les médecins généralistes européens. Nice: Nice-Sophia Antipolis, 2009.
27. Gelly J, Le BEL J, Aubin Auger I, et al. Délivrance opportuniste de soins de prévention primaire en médecine générale. *exercer* 2014;114:183-5.
28. Letrillart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la CONsultation en médecine GENérale. *exercer* 2014;114:148-57.

29. Bouton C, Leroy O, Huez JF, Bellanger W, Raymond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique* 2015;27:59-67.
30. FJ Roethlisberger WJD. *The early sociology of management and organizations*. Cambridge: Harvard University Press, 1939.
31. Hennig-Schmid H, Wiesen D. *How Payment Systems Affect Physicians' Provision Behaviour – An Experimental Investigation*. Bonn: University of Bonn, 2011.
32. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, et al. Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? *exercer* 2015;119:52-61.
33. DREES. *Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Etudes et résultats* 2010;717:1-8.
34. Moubarak C, Darmon D. Recours aux soins des femmes : des besoins spécifiques au-delà de la gynécologie et de l'obstétrique. *exercer* 2014;113:141.
35. Soler JK, Okkes I, Oskam S, et al. An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing diagnostic odds ratios across populations. *Fam Pract* 2012;29:299-314.
36. HAS. *Stratégies de prévention de la carie dentaire*. Haute Autorité de Santé; 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201010/corriges_synthese_carie_dentaire_version_p_ostcollege-10sept2010.pdf. [Consulté le 22 juin 2015].
37. HAS. *Guide du parcours de soins- Maladie Rénale Chronique de l'adulte*. Haute Autorité de Santé ; 2012. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_mrc_web.pdf. [Consulté le 22 juin 2015].
38. HAS. *Stratégie de diagnostic précoce du mélanome-Recommandation en santé publique*. Haute Autorité de Santé; 2006. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/melanome_synthese.pdf. [Consulté le 22 juin 2015].
39. Scherrer Kirrman A. *Dépistage de la maladie rénale chronique en médecine générale. Audit de pratique*. Paris: Faculté Paris Diderot-Paris7, 2013.
40. Gelly J. *Optimisation des stratégies préventives en médecine générale*. Paris: Université Paris diderot- Sorbonne Paris Cité, 2014.
41. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larcen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012. Issue 10. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub2.
42. Saquib N, Saquib J, Ioannidis JPA. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. *Int J Epidemiol* 2015;44:264-77.
43. Morlat P, CNS, ANRS. *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Paris: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2013.
44. *L'Assurance Maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique*. 2015. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/index.php>. [Consulté le 22 juin 2015].

45. Agence Régionale de la Santé. Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. 2015. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.101542.0.html>. [Consulté le 22 juin 2015].
46. Penneau A, Pichetti S, Sermet C. Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages 2008. *Questions d'économie de la santé* 2015;208:1-7.
47. Procter S, Stewart K, Reeves D, et al. Complex consultations in primary care: a tool for assessing the range of health problems and issues addressed in general practice consultations. *BMC Fam Pract* 2014;15:105.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour recueillir les données déclaratives concernant les médecins généralistes participant au projet ECOGEN.

1. Votre âge : ans
2. Sexe : Féminin Masculin
3. Milieu d'exercice : Rural Semi-rural Urbain
4. Lieu d'exercice : _____ Code postal :
6. Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3
7. Mode d'exercice : En solo En groupe médical
En groupe pluriprofessionnel En Centre de santé
8. Nombre annuel de consultations : (Selon les données du RIAP annuel 2010)
9. Recevez-vous les visiteurs médicaux ? Oui Non
Si oui, nombre moyen de visiteurs par semaine :
10. Recevez-vous les délégués de l'assurance maladie (DAM) ? Oui Non
Si oui, nombre moyen de visites par an :
11. Avez-vous adhéré au CAPI ? Oui Non

Annexe 2 : Questionnaire utilisé par les observateurs passifs pour recueillir les données concernant les patients et les consultations dans le cadre du projet ECOGEN.

Heure de début / _ / _ h / _ / _	Initiales MG / _ / _	Date de consultation / _ / _ / _	Consultation Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/>	Patient Nouveau <input type="checkbox"/> Déjà connu <input type="checkbox"/>	Année de naissance / _ _ _ / _	Genre M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Etudiant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Statut Invalidié <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/>	Profession cadre sup., profession intellectuelle ¹ ¹ Inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs. ² Inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise. ³ Inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. ⁴ Inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs.	agriculteur <input type="checkbox"/> profession intellectuelle ¹ <input type="checkbox"/>	artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> profession intermédiaire ² <input type="checkbox"/>	Nouveau <input type="checkbox"/> Déjà connu <input type="checkbox"/>	employé ³ <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/>	autre sans activité professionnelle <input type="checkbox"/>	ouvrier ⁴ <input type="checkbox"/>
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédures)							
1.				n° RC			n° RC
2.				6.			
3.				7.			
4.				8.			
5.				9.			
				10.			
Procédures (diagnostics, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)							
				R/P	n° RC	SC / AC / I	Professionnels
1.							Conditions (le cas échéant) : DMP / PPD / SMG / AC
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
Résultats de consultation (symptômes ou diagnostics) [RC]							
1.				N / A	latro		N / A latro
2.					6.		
3.					7.		
4.					8.		
5.					9.		
					10.		
RC : N = nouveau, A = ancien, latro : I = intoxication médicamenteuse ; AI = allergie ou intolérance médicamenteuse ; C = complication de traitement non médicamenteux ; MP = effet secondaire de matériel prothétique. Procédure : R = réalisée, P = programmée. Transférabilité : SC = sans condition, AC = avec condition, I = impossible. DMP = Dossier médical partagé, PPD = Protocole pré défini, SMG = Supervision du médecin généraliste, AC = Autre condition (à préciser). Professionnels concernés (plusieurs réponses possibles) : I = infirmière, PH = pharmacien, Ps = psychologue, S = secrétaire, K = kiné, SF = sage-femme, AS = assistante sociale, AP = autre professionnel.							
							Heure de fin / _ / _ h / _ / _

Annexe 2 : Version française de la deuxième version de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2).

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures	300 Glandion lymph. augmenté/ doulooureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	304 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos
-31 Ex médical/bilan santé court	306 Peur du SIDA/ds VIH	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes
-32 Test de sensibilité	308 Peur du cancer du sang/lymph.	F04 Taches vasculaires/lésions	L04 S/P du thorax
-33 Ex microbiologiques/immunologiques	310 Peur autre maladie sang/lymph/rate	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du flanc et du creux axillaire
-34 Autre analyse de sang	312 Limitation de la fonction/incap. (3)	F06 Sensation oculaire anormale	L07 S/P de la mâchoire
-35 Autre analyse d'urine	316 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F08 Anorexie anormale de l'œil	L08 S/P de l'épaule
-36 Autre analyse de selles	320 Adénite aiguë	F09 S/P de la paupière	L09 S/P du bras
-37 Cytologie/histologie	321 Adénite chronique/non-spécifique	F10 S/P de l'œil	L10 S/P du coude
-38 Autre analyse de laboratoire	322 Maladie de Hodgkin/lymphome	F11 S/P lésions de contact	L11 S/P du poignet
-39 Eprouve fonctionnelle	323 Leucémie	F12 S/P lentilles de contact	L12 S/P de la main et du doigt
-40 Endoscopie	324 Autre cancer du sang	F13 Feur d'une maladie de l'œil	L13 S/P de la hanche
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	326 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F14 Autre lésion traumat. de l'œil	L14 S/P de la tange et de la cuisse
-42 Test électricité	328 Rupture traumat. de la rate	F16 Conjonctivite infectieuse	L15 S/P du canon
-43 Autre procédures diagnostiques	329 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate	F17 Conjonctivite allergique	L16 S/P de la cheville
-44 Vaccination/indication préventive	330 Anémie par déficience en fer	F18 Biphartie, orgélet, chalazion	L17 S/P du pied et de l'orteil
-45 Recom./éducation santé/vie/régime	332 Anémie carence vit B12/an. folique	F19 Autre infection/inflammation de l'œil	L18 Douleur musculaire
-46 Discussion entre dispensateurs SEP	334 Autre anémie/indét.	F20 Tumeur de l'œil et des annexes	L19 S/P musculaire NCA
-47 Discussion dispensateur spécialiste	336 Purpura/défaut de coagulation	F24 Contusion/hémorragie de l'œil	L20 S/P d'une articulation NCA
-48 Clarification de la demande du patient	338 Globules blancs anormaux	F25 CIE dans l'œil	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
-49 Autre crocodures/soins/soins	340 Splénomégalie	F26 Autre lésion traumat. de l'œil	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic.
-50 Médication/orcscrition/injection	342 Infection par le virus HIV, SIDA	F28 Décollement de la retina	L28 Limitation de la fonction/incap. (2)
-51 Incision/drainage/aspiration	346 Syst. Digestif D	F29 Rétinopathie	L29 Autre S/P ostéo-articulaire
-52 Examen/biome/oculiste/débridement	D01 Douleur/crampe abdominale gén.	F30 Décollement de la retina	L30 Infection du syst. ostéo-articulaire
-53 Perfusion/instillat./dilatat./appareillage	D02 Douleur abdominale/épigastrique	F31 Strabisme	L31 Cancer du syst. ostéo-articulaire
-54 Répar./fixation/rature/pilote/prothèse	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac	F32 Oculo de la cornée	L32 Fracture du radius/ds cubitus
-55 Traitement local/infiltration	D04 Douleur rectale/anale	F33 Trachome	L33 Fracture du tibia/ds péroné
-56 Pansement/compression/bandage	D06 Démangeaisons périanales	F34 Défaut de réfraction	L34 Fracture de la main/du pied
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	D08 Autre douleur abdominale loc.	F35 Cataract	L35 Fracture du fémur
-58 Conseil thérap./accouche/examen	D16 Dypopsie/injection	F36 Glaucome	L36 Autre fracture
-59 Autre procédures thérapeutiques	D18 Flatulence/gaz/ventoi	F38 Cécité	L37 Entorse de la cheville
-60 Résultats analyses/examens	D19 Hématémées/vomissement de sang	F39 Otitis externe	L38 Entorse du genou
-61 Résultats ex/procéd. entre dispensateur	D20 Miasme abdominal rectal	F40 Otitis moyenne aiguë/myringite	L39 Entorse articulaire NCA
-62 Contact administratif	D22 Incontinence rectale	F41 Otitis moyenne séreuse	L40 Luxation et subluxation
-63 Rencontre de suivi	D24 Incontinence rectale	F42 Otite moyenne chronique	L41 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
-64 Epia. novices/en cours trait. par disp.	D26 Modification selles/movem. intestin	F43 Tumeur de l'oreille	L43 Syndrome cervicof.
-65 Epia. novices/en cours trait. par thera.	D28 S/P dents/genivres	F44 CIE dans l'oreille	L44 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
-66 Référence à dispens. SEP non médecin	D29 S/P de déglutition	F45 Lésion de la fonction/incap. (H)	L45 Déformation scrotae de la colonne
-67 Référence à médecin	D32 Hépatomégalie	F46 Lésion de la fonction/incap. (H)	L46 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
-68 Autre références	D34 Distension abdominale	F47 Transmittance sonore	L47 Bursite, tendinite, synovite NCA
-69 Autre procédures	D36 Peur du cancer du syst. digestif	F48 Autre maladie de l'oreille/mastoié	L48 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
Général et non spécifié A	D38 Peur d'une autre maladie digestive	F49 Autre maladie de l'oreille/mastoié	L49 Coxarthrose
A01 Douleur générale/de sites multiples	D40 Limitation de la fonction/incap. (D)	F50 Tumeur de l'oreille	L50 Gonarthrose
A02 Frissons	D42 Infection gastro-intestinale	F51 Fermeture de l'oreille	L51 Autre arthrose
A03 Fièvre	D44 Oreillons	F52 Fermeture de l'oreille	L52 Syndrome de l'épaule
A04 Fatigue/faiblesse générale	D46 Hépatite virale	F53 Lésion traumat. super. de l'oreille	L53 Coude du joueur de tennis
A05 Sensation d'être malade	D48 Gastro-entérite croisée infectieuse	F54 Lésion traumat. de l'oreille	L54 Ostéochondrose
A06 Evynossement/evynose	D50 Cancer de l'estomac	F55 Lésion traumat. de l'oreille	L55 Ostéoporose
A07 Coma	D52 Cancer du côlon/ds rectum	F56 Lésion traumat. de l'oreille	L56 Lésion aiguë interne du genou
A08 Gonflement	D54 Cancer de la vésicule	F57 Lésion traumat. de l'oreille	L57 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
A09 P. de transpiration	D56 Autre cancer digestif/NCA	F58 Anom. congénitale de l'oreille	L58 Déformation acquise membres inf.
A10 Saignement/hémorragie NCA	D58 Tumeur bénigne/indét. ds syst. dig.	F59 CIE ds syst. digestif	L59 Autre maladie ostéo-articulaire
A11 Douleur thoracique NCA	D60 Autre traumat. ds syst. digestif	F60 CIE ds syst. digestif	
A12 Préloc. nar./soin traitement médical	D62 Anom. congénitale ds syst. digestif	F61 Fermeture de l'oreille	
A16 Nourriture irritante	D64 Maladie des dents/des gencives	F62 Fermeture de l'oreille	
A18 Préloc. par son aspect extérieur	D66 Maladie de l'œsophage	F63 Fermeture de l'oreille	
A20 Demande/discussion sur l'esthétique	D68 Ulcère duodénal	F64 Fermeture de l'oreille	
A21 Facteur de risque de cancer	D70 Trouble de la fonction gastrique	F65 Fermeture de l'oreille	
A23 Facteur de risque NCA	D72 Appendicite	F66 Fermeture de l'oreille	
A26 Peur de la mort, de mourir	D74 Hernie inguinale	F67 Fermeture de l'oreille	
A28 Peur du cancer NCA	D76 Hernie hiatale	F68 Fermeture de l'oreille	
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D78 Autre hernie abdominale	F69 Fermeture de l'oreille	
A30 Limitation de la fonction/incap. NCA	D80 Maladie diverticulaire	F70 Fermeture de l'oreille	
A39 Autre S/P général	D82 Syndrome de colon irritable	F71 Fermeture de l'oreille	
A40 Tuberculose	D84 Entérite chronique/colite ulcéreuse	F72 Fermeture de l'oreille	
A41 Neurologie	D86 Passeur anale/séche océbral	F73 Fermeture de l'oreille	
A42 Variole	D88 Vers/autre parasite	F74 Fermeture de l'oreille	
A43 Paludisme	D90 Maladie du foie NCA	F75 Fermeture de l'oreille	
A44 Hépatite	D92 Cholécystite/cholélithase	F76 Fermeture de l'oreille	
A45 Mononucléose infectieuse	D94 Autre maladie du syst. digestif	F77 Fermeture de l'oreille	
A46 Autre exanthème viral		F78 Fermeture de l'oreille	
A47 autre maladie virale NCA		F79 Fermeture de l'oreille	
A48 Autre maladie infectieuse NCA		F80 Fermeture de l'oreille	
A49 Cancer NCA		F81 Fermeture de l'oreille	
A50 Traumatisme/lésion traumat. NCA		F82 Fermeture de l'oreille	
A51 Polyttraumatisme/lésions multiples		F83 Fermeture de l'oreille	
A52 Effet tardif d'un traumatisme		F84 Fermeture de l'oreille	
A54 Intoxication par subst. médicinale		F85 Fermeture de l'oreille	
A56 Effet sec. subst. médicinale		F86 Fermeture de l'oreille	
A58 Effet toxique subst. non médicinale		F87 Fermeture de l'oreille	
A57 Complication de traitement médical		F88 Fermeture de l'oreille	
A59 Effet sec. de lésion physique		F89 Fermeture de l'oreille	
A60 Effet sec. de matériel prothétique		F90 Fermeture de l'oreille	
A90 Anom. congénitale NCA/multiple		F91 Fermeture de l'oreille	
A91 Résultat d'investigt. anormale NCA		F92 Fermeture de l'oreille	
A92 Allergie/réaction allergique NCA		F93 Fermeture de l'oreille	
A93 Nouvelle-és préntaire		F94 Fermeture de l'oreille	
A94 Autre morbidité périnatale		F95 Fermeture de l'oreille	
A95 Mortalité périnatale		F96 Fermeture de l'oreille	
A96 Mort		F97 Fermeture de l'oreille	
A97 Pas de maladie		F98 Fermeture de l'oreille	
A98 Gestion santé/médecine préventive		F99 Fermeture de l'oreille	
A99 Maladie de nature/site non précisé			
	CODES PROCÉDURE		
	SYMPTÔMES ET PLAINTES		
	INFECTIONS		
	NEOPLASMES		
	TRAUMATISMES		
	ANOMALIES CONGÉNITALES		
	AUTRES DIAGNOSTICS		

Psychologique P P01 Sensation anxieuse/nervosité/tension P02 Réaction de stress aiguë P03 Sensation de dépression P04 Sentiment/comport. irritable/colère P05 Sensation vague, comportement étrange P06 Perturbation du sommeil P07 Diminution du désir sexuel P08 Diminution accomplissement sexuel P09 Préoccupation sur identité sexuelle P10 Nécessairement, bédouillatisme, tic P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant P12 Enurésie P13 Encoprésis P14 Alcoolisme chronique P15 Alcoolisation aiguë P17 Usage abusif de tabac P18 Usage abusif de médicament P19 Usage abusif de drogue P20 Perturbation de la mémoire P22 S/P de comportement de l'enfant P23 S/P de comportement de l'adolescent P24 P. spécifique de l'apprentissage P25 Problèmes de phase de vie adulte P27 Peur d'un trouble mental P28 Limitation de la fonction/incap. (P) P29 Autre S/P psychologique P30 Démence P31 Autre psychose organique P32 Schizophrénie P33 Psychose affective P34 Trouble anxieux/Mal anxieux P35 Trouble somatoforme P36 Dépression P37 Suicide/tentative de suicide P38 Neurasthénie, surmenage P39 Phobie, trouble obsessionnel compulsif P40 Trouble de la personnalité P41 Trouble hyperkinétique P42 Syndrome de stress post-traumatique P43 Retard mental P44 Anorexie mentale, boulimie P45 Autre psychose NCA P46 Autre trouble psychologique	Peau S S01 Douleur/hypersensibilité de la peau S02 Prurit S03 Verrue S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau S05 Tuméfaction/gonflement gén. peau S06 Eruption localisée S07 Eruption généralisée S08 Modification de la couleur de la peau S09 Dolep/oriel indaté S10 Furoncle/anthrax S11 Infection post-traumat. de la peau S12 Piodite d'acné S13 Morsure animale/humaine S14 Brûlure cutanée S15 CE dans la peau S16 Erythème/contraction S17 Brûlure, égratignure, ampoule S18 Courose/lacération S19 Autre lésion traumat. de la peau S20 Cor/callosité S21 S/P au sujet de la texture de la peau S22 S/P de fongie S23 Calvitie/perte de cheveux S24 Autre S/P cheveux, poils/air cheveux S26 Peur du cancer de la peau S27 Peur d'une autre maladie de la peau S28 Limitation de la fonction/incap. (S) S29 Autre S/P de la peau S30 Zona S31 Herpes simplex S32 Gale/autres acarioses S33 Hérissons/autres piqûres S34 Dermatophytes S35 Mucosites/candidoses de la peau S36 Autre maladie infectieuse de la peau S37 Cancer de la peau S38 Lipome S39 Autre tumeur bén./indaté de la peau S40 Éclairec actinique/corn de soleil S41 Hématomes/hématangiome S42 Nevus/naevus pigmentaire S43 Autre anom. congénitale de la peau S44 Impétigo S45 Erythème fessier S46 Dermite séborrhéique S47 Dermite atopique/eczéma S48 Dermite et allergie de contact S49 Erythème fessier S50 Pyriatite rosé S51 Foriclas S52 Maladie des glandes endocrines S53 Erythème sébacé S54 Ongle incarné S55 Moluscum contagiosum S56 Acné S57 Ulcère chronique de la peau S58 Urticaire S59 Autre maladie de la peau	U78 Urétrite U78 Cancer du rein U78 Cancer de la vessie U77 Autre cancer urinaire U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire U79 Autre tumeur indaté urinaire U80 Lésion traumat. du tractus urinaire U88 Anom. congénitale du tractus urinaire U88 Glomérulonephr./syndr. néphrotique U90 Prostatite orchiépididymite U96 Néphrose U96 Analyse urinaire anormale NCA U99 Autre maladie urinaire	Syst. génital masculin et sein Y Y01 Douleur du pénis Y02 Douleur des testicules, du scrotum Y03 Écoulement urétral chez l'homme Y04 Autre S/P du pénis Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum Y06 S/P de la prostate Y07 Impuissance sexuelle NCA Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme Y13 Stérilisation de l'homme Y14 Autre FF chez l'homme Y16 S/P du sein chez l'homme Y24 Peur d'infertilité sexuelle homme Y25 Peur d'une MST chez l'homme Y26 Peur d'un cancer génital homme Y27 Peur autre maladie génitale homme Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y) Y29 Autre S/P génitale chez l'homme Y30 Syphilis chez l'homme Y31 Gonococcie chez l'homme Y32 Herpes génital chez l'homme Y33 Prostatite/hypertrophie séminale Y34 Orchite/épididymite Y35 Balanite Y36 Condylome acuminé chez l'homme Y37 Cancer de la prostate Y38 Autre cancer génital chez l'homme Y39 Autre tum. génit. bén./indaté homme Y40 Lésion traumat. génitale homme Y41 Phimosis/hypertrophie du prépuce Y42 Hypospadias Y43 Étiologie testiculaire Y44 Autre anom. congénitale homme Y45 Hypertrophie bénigne de la prostate Y46 Hydrocèle Y49 Autre maladie génitale chez l'homme
Respiratoire R R01 Douleur du syst. respiratoire R02 Souffle court, dyspnée R03 Sibillance R04 Autre P. respiratoire R05 Toux R06 Saignement de nez, épistaxis R07 Congestion nasale, éternuement R08 Autre S/P du nez R09 S/P des sinus R21 S/P de la corne R23 S/P de la voix R24 Hémoptyse R25 Expectoration/claire anormale R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire R27 Peur d'une autre maladie respiratoire R28 Limitation de la fonction/incap. (R) R29 Autre S/P respiratoire R31 Coqueluche R32 Streptococcie pharyngée R33 Furoncle/abcès du nez R34 Infection aiguë voies respiratoires sup. R35 Sinusite aiguë/chronique R36 Angine aiguë R37 Laryngite, trachéite aiguë R38 Bronchite aiguë, bronchiolite R39 Bronchite chronique R40 Grippe R41 Pneumonie R42 Pneumonie, épanchement pleural R43 Autre infection respiratoire R44 Cancer des bronches, du poumon R45 Autre cancer respiratoire R46 Tumeur respiratoire bénigne R47 CE du nez, du larynx, des bronches R48 Autre lésion traumat. du syst. resp. R49 Anom. congénitale du syst. resp. R50 Hypertrophie amygdalaires/végétations R51 Autre tumeur indaté du syst. resp. R52 Mal. pulmonaire chronique obstructive R53 Asthme R54 Rhinite allergique R55 Syndrome d'hyperventilation R56 Autre maladie respiratoire	Métabol., nutrit., endocrinien T T01 Soif excessive T02 Acouït excessif T03 Perte d'appétit T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant T05 P. d'alimentation de l'adulte T07 Gain de poids T08 Perte de poids T10 Retard de croissance T11 Déshydratation T22 Peur d'un cancer du syst. endocrinien T27 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit. T28 Limitation de la fonction/incap. (T) T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit. T30 Infection du syst. endocrinien T31 Cancer de la thyroïde T32 Tumeur bénigne de la thyroïde T33 Tumeur indaté du syst. endocrinien T35 Carcinome thyroïdien T40 Anom. congénit. endoc/ métab./nutrit. T41 Goitre T42 Obésité T43 Exosé pondéral T44 Hypothyroïdie/hyponatrémiase T45 Hypothyroïdie/mvzérotyroïdie T46 Hypocholémie T47 Diabète insulino-dépendant T48 Diabète non insulino-dépendant T49 Carence vitaminique/nutritionnelle T50 Goutte T53 Trouble du métabolisme des lipides T59 Autre maladie endoc/métab./nutrit.	Syst.génital féminin et sein X X01 Douleur génitale chez la femme X02 Douleur menstruelle X03 Douleur intermenstruelle X04 Rapport sexuel douloureux femme X05 Menstruation absente/rare X06 Menstruation excessive X07 Menstruation irrégulière/fréquent X08 Saignement intermenstruel X09 S/P créménstruel X10 Atouement des menstruations X11 S/P liés à la ménopause X12 Saignement de la coel-ménopause X13 Saignement post-coital femme X14 Écoulement vaginal X15 S/P du vagin X16 S/P de la valve X17 S/P du petit bassin chez la femme X18 Douleur du sein chez la femme X19 Tuméfaction/masse de sein femme X20 S/P du mamelon chez la femme X21 Autre S/P du sein chez la femme X22 Préoc. par apparence des seins X23 Peur d'une MST chez la femme X24 Peur d'infertilité sexuelle femme X25 Peur d'un cancer génital femme X26 Peur d'un cancer du sein femme X27 Peur autre mal. génitale/sein femme X28 Limitation de la fonction/incap. (X) X29 Autre S/P génitale chez la femme X30 Syphilis chez la femme X31 Gonococcie chez la femme X32 Candidose génitale chez la femme X33 Trichomonose génitale femme X34 Mal. inflammatoire pelvienne femme X35 Cancer du col de l'utérus X36 Cancer du sein chez la femme X37 Autre cancer génital chez la femme X38 Fibrome utérin X39 Tumeur bénigne du sein femme X40 Tumeur bénigne génitale femme X41 Autre tumeur génitale indaté femme X42 Lésion traumat. génitale femme X43 Anom. génitale congénitale femme X44 Vaginite/vulvite NCA X45 Maladie du col de l'utérus NCA X46 Proctite de col normal X47 Prolapsus utéro-vaginal X48 Maladie thrombotique du sein X49 Syndrome de lésion prémenstruelle X50 Herpes génital chez la femme X51 Condylome acuminé chez la femme X52 Infection génitale chlamydia femme X53 Autre maladie génitale de la femme	Social Z Z01 Parvoité/P. économique Z02 P. d'aun/de nourriture Z03 P. d'habitat/de voisinage Z04 P. social/culturel Z05 P. de travail Z06 P. de son emploi Z07 P. d'éducation Z08 P. de protection sociale Z09 P. légal Z10 P. relatif au syst. de soins de santé Z11 P. du fait d'être malade/complaisance Z12 P. de relation entre partenaires Z13 P. de comportement du partenaire Z14 P. du à la maladie du partenaire Z15 Perte/déjà de partenaire Z16 P. de relation avec un enfant Z17 P. du à la maladie d'un enfant Z18 Perte/déjà d'un enfant Z19 P. relation entre parent/famille Z20 P. comportement, autre parent/famille Z21 P. du à la mal. autre parent/famille Z22 Perte/déjà autre parent/famille Z23 P. de relation avec un ami Z24 Accusation/événement nocif NCA Z25 Peur d'un P. social Z26 Limitation de la fonction/incap. (Z) Z29 P. social NCA
CODES PROCÉDURE SYMPTÔMES ET PLAINTES INFECTIONS NEOPLASMES TRAUMATISMES ANOMALIES CONGÉNITALES AUTRES DIAGNOSTICS	Système Urinaire U U01 Dysurie/miction douloureuse U02 Miction fréquente/impérieuse U04 Incontinence urinaire U05 Autre P. de miction U06 Hématurie U07 Autre S/P au sujet de l'urine U08 Rétenction d'urine U13 Autre S/P de la vessie U14 S/P du rein U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire U27 Peur d'une autre maladie urinaire U28 Limitation de la fonction/incap. (U) U29 Autre S/P urinaire U70 Pyélonéphrite/pyélie U71 Cystite/autre infection urinaire	Abréviations / ou Acc. Anecrochement Anom. Anomalie Bén. Bénin (gène) CE Corps étranger Gén Généralité(s) Incap. Incapacité Indaté Indéterminé(s) Loc. Localité(s) Mal. Maladie MST Maladie sexuellement transmissible NCA Non classé ailleurs P. Problème Préoc. Préoccupé(e) RAA Rhumatisme articulaire aigu S/P Symptôme ou plainte Sec. Secondaire Subs. Substance Syndr. Syndrome Tum. Tumeur	Traducteurs: Michel Roland et Marc Jamouille

RESUME

Introduction: La prévention fait partie intégrante des missions du médecin généraliste. L'objectif de cette étude était d'évaluer de manière objective l'activité préventive des médecins généralistes en France.

Méthodes: Etude observationnelle, transversale, multicentrique, ancillaire du projet ECOGEN (01/11/2011 – 30/04/2012). Les données ont été recueillies, au cours des consultations et à l'aide de la deuxième version de la Classification Internationale des Soins Primaires, par 54 internes en stage ambulatoire de niveau 1 chez 128 médecins généralistes.

Résultats: La délivrance de soins préventifs opportunistes représentait 14,9 % des 19 003 consultations incluses. Celle-ci diminuait avec une forte proportion de patients âgés de 18 ans ou moins, de visites à domicile, et de consultations durant moins de 10 minutes. Les consultations duraient en moyenne 17,3 minutes. Elles étaient significativement plus courtes lorsqu'elles étaient exclusivement dédiées à la prévention, et plus longues dans le cas inverse. Les résultats de consultation préventifs initiés par le médecin étaient principalement en rapport avec le risque cardiovasculaire global (10,7 %) et les vaccinations (10,1 %). Les patients étaient à l'initiative de consultations préventives dans 3,3 % des cas, essentiellement en rapport avec les vaccinations. Ni les médecins généralistes, ni les patients de cette étude, n'ont initié un dépistage de troubles visuels ou des cancers de la peau.

Discussion: Cette étude de grande ampleur réalisée en médecine générale apporte de précieuses informations sur l'activité préventive des médecins généralistes français. Elle permet d'ores et déjà de proposer plusieurs pistes d'améliorations concernant autant la pratique quotidienne, l'organisation des soins, que le codage des problèmes de santé.

MOTS CLES : médecins généralistes, médecine préventive, qualité des soins de santé, modèles de pratique médicale, pratique professionnelle, efficacité fonctionnement.

ABSTRACT

Introduction : Prevention is an integral part of the general practitioner's responsibilities. The objective of this study was to assess, in an objective way, the preventive activity of the french general practitioners (GPs).

Methods: Observational cross-sectional multicenter trial, ancillary of the French project ECOGEN (01/11/2011-30/04/2012). The data was collected during the consultations, using the second version of the International Classification of Primary Care, by 54 graduate students in general practice during their internship with 128 participating supervisors.

Results: The delivery of opportunistic preventive care represented 14.9 % of the 19,003 included consultations. This percentage decreased with a high proportion of patients 18 years old or less, home visits, and consultations lasting less than 10 minutes. The consultations lasted on average 17.3 minutes. They were significantly shorter if they were exclusively dedicated to preventive care, and longer in the other case. The preventive consultation results initiated by the GPs were mainly related to the global cardiovascular risk (10.7 %) and vaccinations (10.1 %). Patients initiated few preventive consultations (3.3 % of the consultation requests), essentially related to vaccinations. Neither the GPs nor the patients of this trial initiated visual disturbances or skin cancers screenings.

Discussion: This large-scale study performed in general practice provides valuable informations on the preventive activity of the French GPs. It has already helped to propose new ways of improving the daily practice, as well as organizing healthcare and coding medical acts.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot- Paris 7
Le Professeur Jean-Pierre AUBERT

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Date

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

