

PREVENTION EN MEDECINE GENERALE : QUELLE EST LA PLACE DES INEGALITES  
SOCIALES ET COMMENT LES REDUIRE ?

Appel à projets Prévention année 2007  
de l'Institut de Recherche en santé Publique (IReSP)

Convention INPES n°078/07-DAS

Février 2011

RESUME .....	3
VOLET 1. ANALYSE DES DONNEES DE L'ENQUETE « PREVENTION EN MEDECINE GENERALE : DETERMINANTS ET FREINS » .....	4
1.1. <i>Facteurs associés à la participation des médecins et des patients à l'enquête</i> .....	7
1.2. <i>Analyses portant sur les patients hypertendus traités</i> .....	15
Caractéristiques sociodémographiques des patients .....	15
Variabilité des pratiques entre médecins et patients .....	20
1.3. <i>Analyses portant sur le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus</i> .....	23
Caractéristiques des patientes .....	23
Facteurs liés au dépistage du cancer du col et du sein (par frottis et mammographie) ..	25
Analyse approfondie des facteurs sociaux liés à la réalisation des frottis .....	28
1.4. <i>Analyses portant sur les consommations de tabac et l'alcool des patients</i> .....	32
Exposition au tabac et à l'alcool .....	32
Qualité de l'information sur le tabac et l'alcool dans les dossiers médicaux .....	32
1.5. <i>Analyses portant sur la concordance des déclarations entre MG et patients</i> .....	36
Concordance médecin/patient et situations à risque .....	36
Connaissance des patients hypertendus traités concernant leur exposition à 2 facteurs de risque cardiovasculaires (RCV) : être atteint de diabète et avoir une HTA mal contrôlée .....	41
1.8. <i>Connaissances et attitude des patients vis-à-vis de l'HTA</i> .....	59
1.9. CONCLUSION .....	66
VOLET 2 : INEGALITES SOCIALES DES PRATIQUES PREVENTIVES EN MEDECINE GENERALE : COMMENT LES REDUIRE ? .....	68
2.1 <i>Introduction</i> .....	68
Contexte .....	68
Objectifs .....	68
Démarche .....	68
2.2 <i>Réalisation d'un travail bibliographique</i> .....	69
Le choix des thèmes d'intervention .....	69
Méthodes d'interrogation .....	69
2.3 <i>Définition d'une étude d'intervention en médecine générale</i> .....	73
2.3.1. Choix des domaines de santé, de la nature et de la cible de l'intervention .....	73
2.3.2. Schéma d'intervention proposé .....	74
2.3.3. Discussion du schéma proposé .....	75
2.4. <i>Conclusion</i> .....	75
2.5. <i>Annexes</i> .....	77

## Résumé

Les médecins généralistes (MG) sont en France les acteurs essentiels des soins primaires, ils assurent plus de 200 millions de consultations par an et l'accès au MG est globalement peu socialement différencié. La question se pose du rôle des MG dans les inégalités sociales de santé (ISS) observées, dans leur production et, surtout, dans leur réduction. Des recommandations émises au Royaume Uni vers les MG se fondent sur les résultats de travaux montrant qu'il est possible d'agir en soins primaires pour réduire les ISS. Le projet comprend deux volets qui se sont déroulés de façon parallèle : 1) l'analyse des données de l'enquête « Prévention en médecine générale : déterminants et freins » réalisée en 2005-2006. 2) un projet de définition d'une intervention ayant pour but d'améliorer des pratiques préventives en médecine générale en France tout en réduisant les gradients sociaux d'utilisation.

L'enquête « Prévention en médecine générale » a concerné, chez plus d'un millier de patients recrutés de façon consécutive par 59 MG de Paris et des départements 92/93/94, ayant accepté de participer après avoir été tirés au sort, 5 soins préventifs : la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA), le repérage et la prise en charge de l'exposition au tabac et à l'alcool, le dépistage des cancers du sein et du col. Son objectif était d'étudier la qualité de ces pratiques en fonction de la position sociale des patients et des caractéristiques des MG. Les données sur les soins de prévention ont été recueillies en parallèle chez le patient et le MG. L'association entre les facteurs « patient » et « médecin » et les soins préventifs a été évaluée à l'aide de modèles mixtes tenant compte de la structure hiérarchique des données.

Chez les 1190 hypertendus traités hommes et femmes de 25 à 79 ans, la prise en charge de l'HTA varie selon les MG et est aussi sous l'influence de facteurs sociaux, avec des conseils hygiéno-diététiques donnés moins souvent aux personnes isolées socialement. Les MG sont enclins à penser que les patients de milieu défavorisé n'ont pas appliqué ces conseils. Le suivi de l'HTA est moins souvent à jour chez les femmes, les patients les plus jeunes, et chez les MG installés dans des cantons défavorisés. Parmi les 1697 femmes de 50 à 69 ans, plusieurs indicateurs sociaux (catégorie socio-professionnelle, relations sociales, situation financière perçue, insécurité dans le quartier d'habitation, RMI dans le foyer) sont associés à une fréquence moindre de frottis à jour. L'analyse de la qualité de l'information sur le tabac et l'alcool dans les dossiers médicaux, qui a concerné 1096 hommes de 35 à 64 ans, a montré que les relations sociales et le logement influençaient la vigilance des MG, dans un sens favorable aux patients isolés ou vivant dans un logement dégradé. Nous avons aussi observé une différenciation sociale dans le repérage des patients/tes « à risque » (tabac, alcool, dépistages des cancers gynécologiques non à jour), mais qui est pour certains soins en faveur des patients du bas de la hiérarchie sociale. Le même phénomène se retrouve en ce qui concerne la communication MG/patient hypertendu sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Trois mémoires de M2, 2 thèses d'exercice et une thèse d'université sont en partie à l'origine de ces résultats.

Le second volet a réuni, outre les acteurs de l'enquête « Prévention en médecine générale », d'autres MG (Départements de Médecine Générale de Caen, Paris 5, Paris 6, Toulouse) et chercheurs en santé publique (Inserm U558, U 149/953, U 822/CESP1018, épidémiologistes et sociologue), ainsi que des internes et chefs de clinique en médecine générale. Le travail s'est organisé autour de 6 séminaires d'un jour, entre mars 2008 et novembre 2009. Le premier a permis de définir les domaines de santé sur lesquels une importante analyse bibliographique a été réalisée, portant sur la façon dont sont abordées les ISS en médecine générale, et sur les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire ces inégalités. De ce travail sont issues 11 thèses d'exercice. A partir du 3<sup>ème</sup> séminaire le protocole d'une intervention a été discuté, mettant en lumière de très nombreuses questions, concernant la pertinence des différents domaines de santé (frottis de dépistage, risque cardio-vasculaire...), le design de l'intervention (au delà de la randomisation de cabinets), la nature de l'intervention (modification de l'organisation du cabinet, rappels informatiques ...), la nature de la population cible (intervention universelle ou ciblée). Les derniers séminaires ont permis la construction des grandes lignes d'un protocole qui a été fortement remis en question lors d'une dernière réunion. De nouvelles questions sont apparues concernant la nature des obstacles à prendre en compte pour réduire les ISS (obstacles matériels et socio-psychologiques), et l'opportunité même de mettre en place une intervention dans le contexte actuel de réorganisation des soins primaires. Nous n'avons donc pas abouti, comme prévu, à construire une intervention permettant de réduire les gradients sociaux d'utilisation des soins préventifs, mais le travail réalisé dans ce groupe de praticiens et de chercheurs a permis des échanges très fructueux sur les pratiques de recherche et les préoccupations de terrain. Les jeunes MG en formation, comme leurs aînés, ont souligné les bénéfices de ces échanges. Cette expérience met en exergue les difficultés que présente le travail entre partenaires dont les attentes et la temporalité diffèrent. Les perspectives sont d'approfondir et d'éclaircir les questions citées plus haut et, pour une partie du groupe, de proposer un protocole d'intervention dans le domaine de la prévention du cancer.

Le projet comprend deux volets. Le premier est l'analyse des données complètes de l'enquête « Prévention en médecine générale : déterminants et freins » réalisée en Ile de France en 2005-2006 et financée par l'INPES en 2005. Il a pour objectif d'étudier la qualité des soins de prévention en fonction de la position sociale des patients et des caractéristiques des médecins. Le second volet est un projet de définition d'une intervention ayant pour but d'améliorer une ou plusieurs pratiques préventives en médecine générale en France tout en réduisant les gradients sociaux d'utilisation. Ce second volet associe des généralistes appartenant à quatre départements universitaires et une société savante, à des chercheurs de trois unités Inserm.

### **Volet 1. Analyse des données de l'enquête « Prévention en médecine générale : déterminants et freins »**

Cinq soins préventifs sont étudiés dans la clientèle d'un échantillon de médecins généralistes (MG) de Paris et des départements de la « petite couronne » (92,93,94) :

- la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) chez les sujets, hommes et femmes, de 25 à 79 ans,
- le repérage et la prise en charge de l'exposition au tabac et à l'alcool parmi les hommes de 35 à 64 ans,
- le dépistage des cancers du sein et du col parmi les femmes de 50 à 69 ans.

Nos objectifs sont de répondre aux questions suivantes :

- quels facteurs, en particulier sociaux, tant du côté des patients que de celui des MG, sont liés à chacun des soins considérés ?
- Existe-t-il des différentiels sociaux :
  - o dans l'état de santé observé ;
  - o dans les procédures mises en œuvre par les MG ;
  - o dans les procédures réalisées au niveau des patients ;
  - o dans les résultats obtenus.
- Le milieu social des patients intervient-il dans les logiques à l'œuvre, les attitudes, les obstacles ressentis et les solutions adoptées par les MG dans le domaine de la prévention ?

Les populations étudiées sont constituées par trois échantillons d'un peu plus d'un millier de patients recrutés de façon consécutive par 59 MG ayant accepté de participer après avoir été tirés au sort.

Les données sur les soins de prévention ont été recueillies **en parallèle** (questions « miroirs ») chez le patient par téléphone et chez le médecin en face à face. Ce double recueil visait à décrire le plus complètement possible les soins préventifs reçus par les patients, à mesurer le degré de repérage par les médecins de l'exposition des patients à certains risques, à rechercher des divergences entre médecin et patient. Ce double recueil explique que pour certaines variables les informations sont soit issues du questionnaire patient, soit issues du questionnaire médecin (ceci est spécifié dans le texte).

Au total huit questionnaires ont été élaborés :

- Caractéristiques du médecin et de son cabinet (questionnaire général médecin)
- Caractéristiques sociales du patient (questionnaire général patient)
- Dépistage des cancers du sein et du col (questionnaire patiente et questionnaire médecin)
- Détection et prise en charge des expositions au tabac et à l'alcool (questionnaire patient et questionnaire médecin)

- Prise en charge de l'HTA (questionnaire patient et questionnaire médecin).

Les données suivantes ont été recueillies :

*Données sur la santé et les soins préventifs* (questionnaires tabac - alcool patient et médecin, questionnaires mammographie - frottis patiente [dans le même questionnaire ont été explorés mammographies et frottis] et médecin, questionnaires HTA patient(e) et médecin) : en plus des données détaillées sur les soins préventifs, réalisés ou non, ont été recueillis les motifs de non réalisation déclarés parallèlement par le patient et par le médecin.

*Données démographiques et sociales des patients* (questionnaire général patient) : âge, sexe, origine géographique, couverture sociale relative aux soins médicaux, catégorie socioprofessionnelle (CSP), activité professionnelle, niveau d'études, mode de vie (seul(e) ou en couple, activité sportive ...), type d'habitat et soutien social.

*Données sur le médecin et son cabinet* (questionnaire général médecin) : commune d'exercice, sexe, âge, durée de la pratique, secteur 1 ou 2, type de pratique, organisation du cabinet (cabinet de groupe ou individuel, dossiers informatisés ou papier, consultations sur rendez-vous ou libres, nombre d'actes par jour...) ; formation continue, habitudes de santé.

*Données sur les positions respectives du médecin et du patient* : elles visaient à préciser s'il s'agissait du généraliste habituel, d'un médecin " en second " (par exemple dans un cabinet de groupe), d'un médecin " occasionnel ", du médecin référent ou traitant. Le nombre de contacts dans l'année précédente a été relevé.

*Données sur le quartier* : à l'échelle régionale il était nécessaire de situer géographiquement le cabinet du médecin et le lieu de résidence du patient. Afin d'identifier ces zones, le code postal à cinq chiffres a été enregistré pour l'adresse du cabinet médical. Ces données permettent de décrire les caractéristiques du quartier à partir des données INSEE. Par ailleurs, les patients ont été interrogés sur leur perception de la qualité de leur environnement.

Une partie des résultats a été présentée dans le rapport que nous avons fourni à l'HAS en juin 2008 (Facteurs limitant la mise en oeuvre des recommandations de prévention en médecine générale), et dont nous présentons le sommaire dans la page suivante. Nous présentons ici essentiellement des analyses qui n'avaient pas été réalisées pour ce rapport (mais certaines ont été réalisées grâce aux 2 financements, HAS et INPES).

# Sommaire du rapport HAS « Facteurs limitant la mise en oeuvre des recommandations de prévention en médecine générale », juin 2008

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE</b>	<b>6</b>
<b>3. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE</b>	<b>7</b>
3.1 METHODES DE L'ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE	7
3.1.1 Population : les médecins généralistes	7
3.1.2 Population : les patients	8
3.1.3 Recrutement et inclusion des médecins	8
3.1.4 Recrutement et inclusion des patients	8
3.1.5 Outils de recueil	9
3.1.6 Nature des données recueillies	9
3.1.7 Organisation du recueil des données	10
3.1.8 Récupération d'informations sur les médecins ayant refusé de participer et sur les patients éligibles non inclus	11
3.1.9 Saisie des données	12
3.1.10 Stratégie d'analyse des données	12
3.1.11 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés	14
3.2. RESULTATS DE L'ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE	15
3.2.1 La participation à l'enquête épidémiologique	15
3.2.2 Analyses portant sur l'hypertension artérielle	17
3.2.3 Qualité du dépistage des cancers du col utérin et du sein	21
3.2.4 Qualité du repérage et de la prise en charge de l'exposition au tabac et à l'alcool	26
3.3 DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE	35
3.3.1 Difficultés rencontrées dans la conduite de l'étude	35
3.3.2 Rappel des principaux résultats	35
3.3.3 Points forts de l'étude	37
3.3.4 Limites de l'étude	37
<b>4. ETUDE SOCIOLOGIQUE</b>	<b>40</b>
4.1 PROBLEMATIQUE ET ETAT DE LA QUESTION	40
4.1.1 Définir la prévention	41
4.1.2 Les savoirs médicaux sur la prévention et les limites de leur mobilisation par les médecins généralistes	41
4.1.3 Les déterminants de la variabilité des pratiques	43
4.2 METHODES DE L'ETUDE SOCIOLOGIQUE	44
4.2.1 Déroutement	44
4.2.2 Caractéristiques des médecins interviewés	45
4.3 RESULTATS : LA VARIABILITE DES PRATIQUES DE PREVENTION	46
4.3.1 L'hypertension artérielle (HTA)	46
4.3.2 La prévention et le dépistage des cancers féminins	47
4.3.3 Dépistage et prise en charge de la consommation « excessive » de tabac et d'alcool	49
4.4 CONCLUSIONS DE L'ETUDE SOCIOLOGIQUE	52
4.5 BIBLIOGRAPHIE DE L'ETUDE SOCIOLOGIQUE	55
<b>5. VALORISATION</b>	<b>58</b>
<b>6 PERSPECTIVES</b>	<b>58</b>
<b>7. TABLEAUX</b>	<b>60</b>

---

## 1.1 . Facteurs associés à la participation des médecins et des patients à l'enquête

Dans les enquêtes réalisées en médecine générale, les effets de sélection portent d'une part sur les médecins et d'autre part sur les patients des médecins participants.

Nous nous sommes attachés à essayer de mettre en évidence ces effets au moyen d'informations minimales concernant les médecins et les patients non participants, et réalisé grâce à un recueil complémentaire d'information auprès des médecins non participants par voie postale. Une première analyse a ainsi été réalisée à partir de ces données.

La participation des médecins est de 38,8% parmi les 152 médecins éligibles contactés par téléphone et apparaît significativement plus faible dans les cantons défavorisés sur le plan socioéconomique (selon un critère de pourcentage de foyers non imposés): 28,6% dans le tertile le plus défavorisé des cantons d'Ile de France contre 51,4% dans le tertile moyen et 44,4% dans le tertile le plus favorisé ( $p < 0,05$ )<sup>1</sup> (**tableau 1**).

La participation semble également plus faible parmi les médecins les plus âgés et parmi ceux qui réalisent un nombre élevé d'actes par semaine (les données manquantes pour ces variables sont cependant nombreuses et les liaisons restent à la limite de la signification statistique).

Dans un 2<sup>ème</sup> temps, des caractéristiques complémentaires ont été recueillies par courrier auprès des non participants à l'aide d'une version simplifiée du questionnaire médecin utilisé dans l'enquête principale. Trente deux médecins ont répondu à ce questionnaire (34% des 93 médecins n'ayant pas participé). Les résultats de la comparaison des médecins participants et non participants avec ce plus petit échantillon montrent les mêmes différences (**tableaux 2 (1) et 2 (2)**).

Les 59 médecins participants ont un âge moyen de 49 ans (écart-type = 6,7) (**tableaux 3 (1) et 3(2)**). Ce sont surtout des hommes (71%). Ils ont obtenu leur thèse et pratiquent depuis presque 19 ans en moyenne. Leurs cabinets sont situés à Paris (versus petite couronne) pour un tiers. Ils exercent en secteur 1 pour près de 80% et travaillent pour la moitié en cabinets de groupe. Ils réalisent en moyenne 100 consultations (écart-type = 41,3) et 14 visites (écart-type = 11,2) par semaine. La durée moyenne de leurs consultations est de 19 minutes (écart-type = 5,6). La moitié consultent essentiellement sur rendez-vous. Ils sont informatisés pour plus des deux tiers. Près de la moitié d'entre eux a une autre activité que l'exercice en cabinet libéral, 10 travaillent avec un département de médecine générale.

Près de 80% déclarent appliquer des règles de prise en charge systématique pour l'hypertension. Cette proportion est de 2 sur 3 pour le dépistage du cancer du sein, d'1 sur 2 pour le dépistage du cancer du col et le tabagisme, et seulement d'1 sur 3 pour les problèmes d'alcool. Ils ont effectué en moyenne 10 jours de formation médicale continue (FMC) dans l'année précédant l'enquête. Le sentiment positif d'efficacité personnelle est très répandu concernant la prise en charge de l'hypertension, alors qu'il ne concerne qu'1 praticien sur 2 pour le tabagisme et moins d'1 sur 5 pour les problèmes d'alcool. Huit sur dix se considèrent globalement satisfaits dans leur travail.

---

<sup>1</sup> Malgré cette participation inégale, la stratification du recrutement sur le niveau socio-économique du canton d'installation a permis d'obtenir un échantillon comportant un tiers de participants exerçant dans les communes les moins favorisées.

**Tableau 1 : Médecins participants et non participants**

Caractéristiques des médecins	Participants (N = 59)		Non participants (N = 93)		p
	n*	%	n*	%	
Vague d'inclusion 1	10	17.0	11	11.8	0.74
2	25	42.4	45	48.4	
3	12	20.3	21	22.6	
4	12	20.3	16	17.2	
Age à l'inclusion (année)** (e.t.)*	59	48.9 (6.8)	37	51.0 (6.4)	0.13
<45 ans	16	27.1	8	21.6	0.06
45-54 ans	32	54.2	14	37.8	
>=55 ans	11	18.6	15	40.5	
Sexe masculin	42	71.2	72	77.4	0.39
Mode d'installation ** cabinet de groupe	30	50.9	36	40.0	0.19
Canton d'installation * tiers favorisé	20	33.9	25	26.9	<0.05
tiers moyen	19	32.2	18	19.4	
tiers défavorisé	20	33.9	50	53.7	
Nombre d'actes par semaine ** n* m* (e.t.)*	59	112.8 (35.9)	70	127.1 (48.9)	0.06
<90	15	25.4	15	21.4	0.10
90-109	16	27.1	16	22.9	
110-149	15	25.4	10	14.3	
>=150	13	22.0	29	41.4	
Durée moyenne d'une consultation** n* m* (e.t.)*	59	18.7 (5.8)	67	17.3 (5.7)	0.18
<15 mn	9	15.3	12	17.9	0.40
15-19 mn	21	35.6	30	44.5	
>=20 mn	29	49.2	25	37.3	

Méthode : la comparaison entre les médecins participants et non participants est faite à partir des données recueillies par téléphone lors du premier contact de la procédure d'inclusion.

\* n : effectif ; m : moyenne ; (e.t.) : écart type ; les cantons d'Ile de France sont répartis en tertiles selon la distribution du pourcentage de foyers non imposés (données du recensement de 1999).

\*\* Données manquantes dans le groupe des non participants: 56 pour l'âge, 3 pour le mode d'installation, 23 pour le nombre d'actes par semaine et 26 pour la durée d'une consultation.

**Tableau 2 (1): Médecins participants et non participants : enquête auprès des 32 non participants**

Caractéristiques des médecins	Participants (N = 59)		Non participants** (N = 32)		p*
	n*	% ou m* (e.t.*)	n*	% ou m* (e.t.*)	
Age à l'interview (années) m* (e.t.*)	59	49.5 (6.7)	31	51.5 (5.6)	0.16
Nombre d'années d'exercice m* (e.t.*)	59	19.5 (7.0)	30	22.9 (7.0)	0.03
Ancienneté de thèse (années) m* (e.t.*)	59	19.3 (7.6)	31	22.6 (6.8)	<0.05
Sexe masculin	42	71.2	24	75.0	0.70
<b>Lieu d'installation</b>					
- Département					
75	21	35.6	10	31.3	
92	12	20.3	8	25.0	
93	10	17.0	8	25.0	0.66
94	16	27.1	6	18.7	
- Canton*					
tiers favorisé	20	33.9	9	28.1	} 0.02
tiers moyen	19	32.2	4	12.5	
tiers défavorisé	20	33.9	19	59.4	
<b>Secteur conventionnel</b>					
secteur 1	46	78.0	26	81.2	
secteur 2	13	22.0	6	18.8	0.71
<b>Mode d'installation</b>					
cabinet de groupe	30	50.9	19	59.4	
cabinet individuel	29	49.1	13	40.6	0.44
<b>Charge de travail</b>					
- nombre actes / semaine m* (e.t.*)	59	114.4 (40.9)	30	120.4 (37.3)	0.50
- nombre visites /semaine m* (e.t.*)	59	14.3 (11.2)	31	17.6 (12.0)	0.20

\* n : effectif ; m : moyenne ; e.t. : écart type ; p : seuil de signification; les cantons d'Ile de France sont répartis en tertiles selon la distribution du pourcentage de foyers non imposés (source Fnors, données du recensement général de la population de 1999) ; CDA : consommation déclarée d'alcool.

\*\* Données manquantes dans le groupe 'non participants' : 1 pour l'âge et l'ancienneté de la thèse, 2 pour le nombre d'années d'exercice et 2 pour le nombre d'actes par semaine.

**Tableau 2 (2) : Médecins participants et non participants : enquête auprès des 32 non participants**

Caractéristiques des médecins	Participants (N = 59)		Non participants** (N = 32)		p*
	n*	% ou m* (e.t.*)	n*	% ou m* (e.t.*)	
<b>Organisation du travail</b>					
- dossiers médicaux informatisés	41	70.7	27	84.4	0.15
- autre activité que celle du cabinet	28	47.5	12	37.5	0.36
- maitre de stage pour les internes en médecine générale	9	15.3	1	3.1	0.09
<b>Satisfaction globale dans le travail</b>					
- plutôt satisfait ou très satisfait	48	81.3	23	71.8	0.30
<b>Comportement et état de santé</b>					
- fumeurs actuels	14	23.7	6	18.8	0.58
- CDA* en verres par semaine m* (e.t.*)	59	5.2 (6.1)	31	7.4 (9.4)	0.18
- hypertendu	2	3.5	4	12.5	0.18

\* n : effectif ; m : moyenne ; e.t. : écart type ; p : seuil de signification;; CDA : consommation déclarée d'alcool.

\*\* Données manquantes dans le groupe 'non participants' : 1 pour l'âge et l'ancienneté de la thèse, 2 pour le nombre d'années d'exercice et 2 pour le nombre d'actes par semaine.

**Tableau 3 (1): Description de l'échantillon de médecins (N = 59)**

	n	% ou m* (e.t.*)		n	% ou m* (e.t.*)	
Age en fin d'enquête	59	49.5 (6.7)	Autre activité que le cabinet	28	47.5	
32 à 39 ans	6	10.2				
40 à 49 ans	23	39.0	Maitre de stage ou enseignant	10	16.9	
50 à 59 ans	26	44.1				
60 à 62 ans	4	6.7	Usage déclaré de règles ou de protocoles systématiques:			
Sexe masculin	42	71.2	- HTA	47	79.7	
			- tabagisme	30	50.8	
Nombre d'années d'exercice	59	19.5 (7.0)	- consommation d'alcool	20	33.9	
			- dépistage cancer du col	28	47.5	
Ancienneté de thèse (années)	59	19.3 (7.6)	- dépistage cancer du sein	40	67.8	
<b>Lieu d'installation</b>			<b>Formation médicale continue</b>			
Département	75	21	35.6	Nombre de jours de FMC* en 2004	58	10.3 (9.4)
	92	12	20.3	Q1* < 4 jours	14	24.1
	93	10	17.0	Q2* 4 à 7,5 jours	15	25.9
	94	16	27.1	Q3* 8 à 13,5 jours	15	25.9
				Q4* ≥ 14 jours	14	24.1
Canton*						
favorisé	20	33.9				
Moyen	19	32.2	FMC antérieures :			
défavorisé	20	33.9	- HTA	38	64.4	
			- tabagisme	16	27.1	
<b>Secteur conventionnel</b>			- consommation d'alcool à risque	14	23.7	
Secteur 1	46	78.0	- dépistage du cancer du col utérin	13	22.0	
			- dépistage du cancer du sein	23	39.0	
<b>Mode d'installation</b>						
Cabinet de groupe	30	50.8	Abonnés à une revue médicale	41	69.5	
MG seul	32	54.2	Intérêt ou compétence déclaré :			
2 MG	7	11.9	- HTA	15	25.4	
3 MG	12	20.3	- tabagisme	10	17.0	
≥ 4 MG	8	13.6	- problèmes liés à l'alcool	9	15.3	
			- le cancer du col de l'utérus	10	17.0	
<b>Charge de travail</b>			- le cancer du sein	11	18.6	
Nombre d'actes / semaine	59	114.4 (40.9)	- la prévention en général	17	28.8	
Q1* 60 à 89	15	25.4				
Q2* 90 à 103	14	23.7	<b>Sentiment d'efficacité **</b>			
Q3* 104 à 131	14	23.7	- HTA	57	96.6	
Q4* 132 à 306	16	27.1	- tabagisme	31	52.5	
			- problèmes liés à l'alcool	10	16.9	

n : effectif ; m : moyenne ; e.t. : écart type ; les cantons d'Ile de France sont répartis en tertiles selon la distribution du pourcentage de foyers non imposés (source Fnors, données du recensement général de la population de 1999) ; MG : médecin généraliste ; C : consultation au cabinet du médecin ; V : visite au domicile du patient ; FMC : formation médicale continue (une journée équivaut à 2 soirées) Q1 à 4 : quartiles de la distribution; PA : pression artérielle.\*\* pourcentage d' 'assez' ou 'très efficace' \*\*\* pourcentages de plutôt satisfaits ou de très satisfaits.

**Tableau 3 (2): Description de l'échantillon de médecins, suite (N = 59)**

	n	% ou m* (e.t.*)		n	% ou m* (e.t.*)	
Nombre de consultations au cabinet /semaine	59	100.1 (41.3)	<b>Satisfaction dans le travail ***</b>			
Nombre de visites à domicile / semaine	59	14.3 (11.2)				
Durée d'1 consultation (mn)	59	18.7 (5.6)		- conditions matérielles	38	64.4
Durée ≥ 20 minutes	32	54.2		- rémunération	25	42.4
Temps de consultation+visite (heures par semaine)	59	46.3 (10.7)	- horaires	17	16.9	
			- variété	50	84.7	
			- satisfaction globale	48	81.4	
<b>Organisation du travail</b>			<b>Comportements de santé</b>			
Présence d'un secrétariat	22	37.3	Fumeurs actuels	14	23.7	
≥ 70% des actes sur RDV	30	50.8	PA* mesurée dans l'année	50	84.8	
Dossiers informatisés	41	69.5	Frottis < 3 ans	13	76.5	

n : effectif ; m : moyenne ; e.t. : écart type ; les cantons d'Ile de France sont répartis en tertiles selon la distribution du pourcentage de foyers non imposés (source Fnors, données du recensement général de la population de 1999) ; MG : médecin généraliste ; C : consultation au cabinet du médecin; FMC : formation médicale continue (une journée équivaut à 2 soirées) Q1 à 4 : quartiles de la distribution; PA : pression artérielle.\*\* pourcentage d' 'assez' ou 'très efficace' \*\*\* pourcentages de plutôt satisfaits ou de très satisfaits.

La participation des patients est de 66,7% parmi les 4106 patients éligibles. Elle apparaît associée à la fois à des caractéristiques individuelles et à des caractéristiques collectives du cabinet médical (caractéristiques médecins). La participation est plus forte pour les patients nés en France, pour les professions intermédiaires et supérieures et pour les patients vus en consultation, elle est un peu plus élevée avant 65 ans, parmi les femmes et en présence d'une HTA traitée (**tableau 4**).

Les « effets médecins » sur la participation des patients paraissent liés en partie aux caractéristiques de l'organisation de l'enquête, avec une efficacité de recrutement plus faible au cours de la seconde vague de recrutement des MG (avril-juin 2005) (**tableau 5**). Il semble exister aussi une moindre participation dans les cabinets où le médecin est sensibilisé aux problèmes d'alcool et de tabac (**tableau 6**). Il est difficile de savoir si cet effet est le reflet d'une attitude plus « protectrice » de ces médecins vis-à-vis de leurs patients, et/ou du reflet dans ces cabinets d'une proportion plus importante de patients souhaitant éviter de parler d'alcool. La participation des patients n'apparaît pas différente selon le niveau socioéconomique du canton d'installation du médecin. Enfin, après prise en compte de l'ensemble de ces variables, il persiste un effet médecin résiduel non expliqué plus faible mais significatif.

**Tableau 4: Participation des patients selon leurs caractéristiques individuelles.  
Modèle mixte univarié (N = 4106)**

Caractéristiques des patients (niveau 1)	Eligibles	Participants		OR**	IC** 95%	p
	n*	n*	%			
Age (années)						
< 45	623	402	64.5	0.8	0.6 – 1.0	0.08
45 - 54	1037	704	67.9	1.0	0.8 - 1.2	0.82
55 - 64	1337	917	68.6	1.0	ref	
65 - 74	767	504	65.7	0.8	0.7 – 1.0	0.06
> 74	340	211	62.1	0.7	0.5 – 0.9	<10 <sup>-2</sup>
NR*	2	0	-			
Sexe						
masculin	2056	1344	65.4	1.0	ref	
féminin	2050	1394	68.0	1.1	1.0 – 1.3	0.09
Pays de naissance						
France	3019	2143	71.0	1.8	1.5 – 2.1	<10 <sup>-4</sup>
Etranger	1045	595	56.9	1.0	Ref	
NR*	42	0	-			
PCS*						
professions interm. et supérieures	1693	1320	78.0	2.3	2.0 – 2.7	<10 <sup>-4</sup>
Autres	2308	1411	61.1	1.0	ref	
NR*	105	7	-			
agriculteur	8	0	0.0			
artisan commerçant	247	160	64.8			
chef d'entreprise						
ouvrier	791	464	58.7			
employé	1197	782	65.3			
profession interméd	902	730	80.9			
cadre, prof. Intellect sup., prof. libérale	791	590	74.6			
sans profession actuelle ou passée	64	4	6.3			
NR*	106	8	-			
Hypertension traitée						
oui	1774	1192	67.2	1.0	0.9 – 1.2	0.71
non	2332	1546	66.3	1.0	ref	
Acte d'inclusion						
consultation	3794	2588	68.2	1.0	ref	
visite	311	149	47.9	0.3	0.2 – 0.4	<10 <sup>-4</sup>
NR*	1	1	-			

\* n : effectif ; NR : non réponse ou donnée manquante ; PCS : catégorie socioprofessionnelle (pour les inactifs c'est la dernière profession exercée qui est prise en compte et en l'absence celle du conjoint).

\*\* OR : odds ratio de participer ajusté uniquement sur le cabinet de recrutement ; IC95% : intervalle de confiance à 95% de l'OR.

Méthode : les associations entre les caractéristiques des patients et la participation sont mesurées une à une à l'aide d'un modèle logistique mixte à intercept aléatoire (proc NL MIXED version SAS 9.1)

**Tableau 5 : Participation des patients selon le groupe d'inclusion**

Groupe d'inclusion	Eligibles	Participants	
	n*	n*	%
Hypertension traitée de 25 à 79 ans	1774	1192	67.2
Femmes de 50 à 69 ans	1529	1056	69.1
Hommes de 35 à 64 ans	1687	1101	65.3
Ensemble	4106	2738	66.7

**Tableau 6 : Participation des patients : modèle mixte multivarié (N = 3896 / 59 MG)**

Effets fixes		OR**	IC** 95%	p
<u>Caractéristiques de niveau patient</u>				
Age (années)				
< 45		0.9	0.7 – 1.1	0.32
45 - 54		1.0	0.8 - 1.2	0.77
55 - 64		1.0	ref	
65 - 74		0.8	0.6 – 1.0	0.06
> 74		0.7	0.5 – 0.9	0.03
Sexe féminin (masculin : référence)				
		1.3	1.1 – 1.5	<10 <sup>-2</sup>
Pays de naissance Etranger (France : référence)				
		1.7	1.4 – 2.0	<10 <sup>-4</sup>
PCS : professions intermed et sup (autres : référence)				
		2.2	1.9 – 2.6	<10 <sup>-4</sup>
Hypertension traitée (non traitée : référence)				
		1.3	1.0 – 1.5	0.01
Acte d'inclusion visite (consultation : référence)				
		0.4	0.3 – 0.5	<10 <sup>-4</sup>
<u>Caractéristiques de niveau médecin</u>				
Vague d'inclusion janvier 2005				
		1.5	1.0 – 2.1	0.04
Avril 2005 (référence)				
		1.0	ref	
Octobre 2005				
		1.5	1.0 – 2.0	0.03
Octobre 2006				
		1.2	0.8 – 1.7	0.33
Age du médecin <45 ans				
		1.0	0.6 – 1.3	0.84
45-54				
		1.0	ref	
>55				
		0.9	0.5 – 1.2	0.50
Canton*				
	favorisé	1.0	ref	
	moyen	1.3	0.8 – 1.7	0.22
	défavorisé	1.1	0.7 – 1.5	0.52
Durée d'1 consultation >=20 mn (<20mn : r éférence)				
		0.9	0.6 – 1.1	0.35
Dossiers informatisés oui (non : référence)				
		0.8	0.6 – 1.0	0.12
Maître de stage ou enseignant oui (non : référence)				
		0.7	0.5 – 1.0	0.11
Règle systématique pour les problèmes d'alcool oui (non : réf)				
		0.7	0.5 – 1.0	0.04
Nombre de jours de FMC l'année précédente				
	<4 j	1.0	ref	
	4-7,5j	0.8	0.5 – 1.1	0.16
	8-13,5j	1.1	0.7 – 1.5	0.74
	>=14j	0.9	0.5 – 1.3	0.63
FMC antérieure sur le tabac oui (non : réf)				
		0.7	0.5 – 0.9	0.03
FMC antérieure sur l'alcool oui (non : réf)				
		0.9	0.5 – 1.2	0.39
Abonnement à une revue oui (non : réf)				
		0.9	0.6 – 1.2	0.53
Satisfaction dans le travail tiers le moins satisfait				
		0.8	0.5 – 1.1	0.20
	Tiers moyen	1.0	ref	
	Tiers le plus satisfait	0.9	0.6 – 1.2	0.49
<b>Effet aléatoire</b>				
		S2u**	Ecart type	p
Variance inter-médecin résiduelle		0.10	0.03	0.003

\*\* OR : odds ratio de participer ajusté à l'aide d'un modèle logistique mixte à intercept aléatoire ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; S2u : estimation de la variance résiduelle.

Méthode : modèle mutivarié logistique mixte à intercept aléatoire (proc NLMIXED version SAS 9.1)

---

## 1.2. Analyses portant sur les patients hypertendus traités

Cette partie du travail s'est faite plus particulièrement sous la responsabilité de Patrick Florès et de Marie-Josèphe Saurel Cubizolles

Les 59 MG ont enregistré pendant 2 semaines de leur activité 1774 patients prenant un traitement médicamenteux pour l'HTA et âgés de 25 à 79 ans au jour d'inclusion, du 17/01/05 au 17/11/06. Parmi ces 1774 personnes éligibles, 582 sont non participants, par refus du médecin ou du patient, et 1192 (67,2%) ont participé à l'étude.

### *Caractéristiques sociodémographiques des patients*

Les caractéristiques sociodémographiques de ces 1192 patients sont présentées dans les **tableaux 7(7.1 à 7.8)**. Il s'agit de femmes pour plus de la moitié d'entre eux, et de personnes de nationalité étrangère pour 11%. Leur niveau de diplôme est peu élevé (moins d'un tiers ont un diplôme supérieur à ou équivalent au niveau BEP ou bac professionnel). Un quart dit vivre dans une cité, et la moitié sont propriétaires. Près de 20% des participants déclarent avoir, parmi les personnes qui habitent avec eux, quelqu'un atteint d'une maladie grave. Plus de 70% des foyers sont imposables, 41% des patients sont dans les CSP cadres ou professions intermédiaires, mais la moitié déclarent une situation financière plutôt difficile. Moins de 5% bénéficient de la CMU, et 49% ont une prise en charge à 100%. Un quart environ pratique une activité sportive régulière. La majorité de ces patients hypertendus présentent un surpoids, puisque 68% ont un Index de Masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 25 (29.5 % ont un IMC<25, avec données manquantes pour 2.6% des patients).

Les participants sont suivis par leur médecin depuis 8,9 ans en moyenne (écart type : 6,7 ans), la moitié depuis plus de 8 ans, 8 % depuis moins d'un an. Le nombre moyen de consultations avec leur médecin dans l'année précédant l'inclusion est de 6,5 (écart type : 4,6), la médiane est à 6. Ce nombre moyen est peu différent selon le sexe : 6,7 parmi les femmes (écart type : 4,5), 6,3 parmi les hommes (écart type : 4,6) ( $p = 0,21$ ).

**Tableau 7 (1). Caractéristiques sociodémographiques de base des patients hypertendus traités. N=1192**

Caractéristiques		n	%
Sexe	femme	668	56.0
Nationalité	étrangère	129	10.8
Pays de naissance	France	936	78.5
Langue maternelle	non française	186	15.6
Vit en couple	oui	754	63.3
Habite en couple	oui	740	98.1
Statut marital	Marié/e	670	56.2
	Séparé/e	27	2.3
	pacsé	3	0.3
	Veuf/ve	191	16.0
	Divorcé/e	122	10.2
			14.4
Parité	célibataire	172	
	nullipare	201	16.9
Région du domicile	Ile-de-France	1165	97.7
Diplôme	<BEP, BAC pro	738	61.9
	>=BEP, BAC pro	392	32.9
Habitat	maison individuelle	350	29.4
	immeuble collectif autre que cité	515	43.2
	immeuble collectif dans une cité	309	25.9
	immeuble à usage autre que l'habitation	4	0.3
	foyer ou résidence universitaire	9	0.8
	hôtel	1	0.1
Statut par rapport au logement	locataire	488	40.9
	propriétaire	643	53.9
	autre	48	4.0

**Tableau 7 (2). Caractéristiques sociodémographiques des patients hypertendus traités. Logement et quartier. N=1192**

Caractéristiques	n	%	
Caractéristiques « négatives » de l'immeuble			
parties communes ou équipement en mauvais état	110	13.3	
caves ou parkings pas sûrs	155	18.7	
Caractéristiques « négatives » du quartier			
rues, routes trottoirs dégradés	192	16.1	
éclairage mal assuré	91	7.6	
espaces verts mal entretenus	95	8.0	
immeubles environnants en mauvais état	88	7.4	
Equipement du quartier			
- comité ou conseil quartier	oui	589	49.4
	non	167	14.0
	Ne Sait Pas (NSP)	433	36.3
- centre socio-culturel	oui	725	60.8
	non	171	14.4
	NSP	292	24.5
- club du 3 <sup>ème</sup> âge	oui	828	69.5
	non	101	8.5
	NSP	260	21.8
- maison des jeunes	oui	641	53.8
	non	172	14.4
	NSP	376	31.5
- équipements sportifs (stade, gymnase, etc)	oui	1033	86.7
	non	102	8.6
	NSP	54	4.5
- bibliothèque ou médiathèque	oui	1028	86.2
	non	106	8.9
	NSP	55	4.6

**Tableau 7 (3). Caractéristiques sociodémographiques des patients hypertendus traités. Logement et quartier. N=1192**

Caractéristiques	n	%
Se sent en sécurité dans son quartier		
tout à fait	433	36.3
plutôt	405	34.0
moyennement	284	23.8
peu	36	3.0
pas du tout	30	2.5
Considère son quartier		
plutôt résidentiel	660	55.4
plutôt comme une cité	274	23.0
plutôt comme un village	219	18.4
Commerces à proximité		
oui	1044	87.6
Temps pour aller chez le commerçant le plus proche		
- de 5 minutes	536	51.3
entre 2 et 15 minutes	448	42.9
+ de 15 minutes	59	5.7
Salle de bain à l'intérieur du logement		
oui	1167	97.9
Toilettes dans le logement		
oui	1173	98.4
Mauvais état du logement		
humide	80	6.7
mal chauffé	67	5.6
mauvais état	52	4.4
Autres personnes vivant dans le logement		
personne	346	29.0
conjoint, compagnon	741	62.2
enfants	279	23.4
autres	67	5.6
Parmi elles, personnes atteintes d'une maladie grave		
oui	236	19.8

**Tableau 7 (4). Caractéristiques sociodémographiques des patients hypertendus traités. Situation financière, CSP. N=1192**

Caractéristiques		n	%
Prestations sociales perçues dans le foyer			
	allocations familiales	54	4.5
	allocations spécifiques	102	8.
	RMI	18	1.5
Imposable sur le revenu	oui	871	73.1
Retards de paiement		51	4.3
Situation financière	non satisfaisante	608	51.0
Revenu mensuel par foyer par unité de consommation			
	<=2500 €	684	57.4
	>2500 €	328	27.5
A un emploi actuellement		344	28.9
Si oui :			
Statut de travail	CDI ou fonctionnaire	282	82.0
	CDD	14	4.1
	intérimaire	4	1.2
	autre	44	12.7
Si non :			
	au chômage	34	4.0
	retraité	733	86.9
	autre inactif	73	8.6
CSP patient			
	artisan + employé + ouvrier	674	56.5
	cadre + prof intermédiaire	485	40.7
Travail à temps			
	plein	287	83.4
	partiel	50	14.5
moyen de transport			
	vélo	47	13.7
	transport en commun	143	41.6
	transport personnel	139	40.4
	aucun	29	8.4
CSP mère du patient			
	artisan + employé + ouvrier	1008	84.6
	cadre + prof intermédiaire	114	9.6
CSP père du patient			
	artisan + employé + ouvrier	894	75.0
	cadre + prof intermédiaire	240	20.1

**Tableau 7 (5). Caractéristiques sociodémographiques des patients hypertendus traités. Relations sociales et couverture sociale. N=1192**

Caractéristiques	n	%
Réseau social faible	209	17.5
Satisfaction des relations avec l'entourage		
insatisfait	61	5.1
Membre d'une association	447	37.5
Activité sportive régulière	314	26.3
Activité de loisir	499	41.9
Couvert par la sécurité sociale	1178	98.8
Si - assuré	1103	93.6
oui - ayant droit	66	5.6
Mutuelle complémentaire	1070	89.8
Couvert par la CMU	56	4.7
Mi-temps thérapeutique	6	0.5
Congé maladie	32	2.7
Prise en charge à 100%	579	48.6

**Tableau 7 (8). Caractéristiques sociodémographiques des patients hypertendus traités. N=1192**

	moyenne	écart type	médiane	min	max	info manquante
Nombre d'enfants	2.30	2.20	2.00	1	54	2
Nombre de pièces dans le logement	3.51	1.43	3.00	1	20	8
Nombre de personnes dans le logement	2.09	1.20	2.00	1	22	7
Heures de travail par semaine	38.25	12.44	37.00	7	99	24
durée de trajet (en min)	34.34	36.80	30.00	0	530	30
Heures par semaine consacrées à une activité sportive régulière	4.74	4.86	3.00	1	50	33

#### ***Variabilité des pratiques entre médecins et patients***

La variabilité de la prise en charge de l'HTA d'un cabinet médical à l'autre a été estimée en utilisant des modèles mixtes qui tiennent compte de la structure hiérarchique des données. La variance inter-médecin apparaît ainsi significativement non nulle pour plusieurs indicateurs de prise en charge (**tableau 8**). Le nombre de consultations depuis un an diffère très significativement d'un médecin à l'autre, que soit considérée la mesure déclarée par le médecin ou celle réalisée auprès du patient. Le recours à un cardiologue et la délivrance de conseils hygiéno-diététiques semblent également présenter un 'effet médecin' significativement non nul quand on se rapporte aux déclarations du médecin. Le traitement de l'HTA ne présente pas de différences significatives 'entre médecins', ni pour la fréquence des pluri-thérapies, ni pour la fréquence des différentes classes thérapeutiques. La variance inter-médecins apparaît significative pour les différents indicateurs de suivi de l'HTA et de contrôle de la pression artérielle, à l'exception du repérage du tabagisme par les médecins.

**Tableau 8: Variabilité des pratiques de prise en charge de l'HTA : variances inter-médecin estimées par modèles mixtes linéaires ou logistiques vides**

Indicateurs de prise en charge	Effectifs/59MG	Variance inter-médecins	Ecart type	p
Nombre de consultations depuis 1 an				
- selon le MG	1190	2.12	0.59	<10 <sup>-3</sup>
- selon le patient	1165	2.54	0.77	<10 <sup>-3</sup>
Recours à un cardiologue				
- selon le MG (%)	1192	0.44	0.14	<10 <sup>-2</sup>
- selon le patient (%)	1162	0.11	0.06	0.10
Conseils hygiéno-diététiques				
- délivrés au patient selon le MG (%)	1186	1.01	0.29	<10 <sup>-2</sup>
- connus par le patient (%)	1166	0.05	0.05	0.32
Traitement				
- monothérapie (%)	1162	0	-	-
- trithérapie ou plus (%)	1162	0.04	0.06	0.46
- diurétique (%)	1163	0.10	0.07	0.15
- bêtabloquant (%)	1162	0.004	0.03	0.92
- IEC* (%)	1162	0.02	0.05	0.70
- AAll* (%)	1163	0.08	0.07	0.20
- inhibiteur calcique (%)	1163	0.05	0.05	0.29
- anti-hypertenseur central (%)	1162	0.64	0.37	0.09
- alpha-bloquant (%)	1162	0.24	0.26	0.35
Suivi de l'HTA				
1. ≥ 2 consultations / 12 derniers mois (%)	1190	0.42	0.25	0.10
2. PA* notée dans le dossier < 6 mois (%)	1192	1.28	0.34	<10 <sup>-3</sup>
3. créatinine dans le dossier < 2 ans (%)	1192	1.31	0.33	<10 <sup>-3</sup>
4. glycémie dans le dossier < 3 ans (%)	1192	0.80	0.23	<10 <sup>-2</sup>
5. bilan lipidique dans le dossier < 3 ans (%)	1192	1.10	0.29	<10 <sup>-3</sup>
6. ECG < 3 ans (%)	1192	0.74	0.22	<10 <sup>-2</sup>
7. Statut tabagique concordant (%)	1164	0	-	-
8. IMC noté dans le dossier (%)	1192	4.04	1.03	<10 <sup>-3</sup>
9. CDA notée dans le dossier (%)	1192	6.17	1.74	<10 <sup>-3</sup>
- suivi conforme des points 1 à 6 (%)	1192	1.23	0.36	<10 <sup>-2</sup>
Contrôle de la PA				
- < 140/90 (%)	1162	0.52	0.15	<10 <sup>-2</sup>
- < 140/90 et < 130/80 si diabète ou IR*(%)	1162	0.36	0.12	<10 <sup>-2</sup>

\* IEC : inhibiteurs de l'enzyme de conversion ; AAll antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II ; PA : pression artérielle ; IR insuffisance rénale.

Nous avons analysé la variabilité de la qualité des soins entre cabinets. A partir des recommandations de la Haute Autorité de Santé, un patient a été considéré comme « bien suivi » si, à l'inclusion, il a consulté son médecin au moins 2 fois dans l'année, si sa pression artérielle (PA) a été mesurée depuis moins de 6 mois, s'il a bénéficié d'un dosage de la créatinine depuis moins de 2 ans, d'un dosage de la glycémie et des lipides et d'un ECG depuis moins de 3 ans. Ce sont les éléments notés dans le dossier médical du patient qui ont été considérés pour la définition de ces différents critères. Les associations entre la qualité du suivi et les caractéristiques patients et médecins étudiées ont été estimées à l'aide de modèles mixtes, univariés puis multivariés.

Parmi les 1192 participants, 138 ont été exclus de l'analyse de la qualité du suivi : 118 du fait d'un suivi par le médecin depuis moins d'un an ou d'un suivi fait ailleurs, 20 du fait de données manquantes. Au final, 1054 patients ont été analysés parmi lesquels 279, soit 26,5%, sont considérés comme bien suivis. Globalement, l'existence d'un dossier médical rapportant un suivi à jour ne concerne qu'un patient sur quatre, à peine plus d'un patient sur trois a une

pression artérielle équilibrée, la moitié seulement des patients déclare connaître au moins une mesure hygiéno-diététique pour faire baisser la pression artérielle (l'analyse sur les conseils hygiéno-diététiques est approfondie plus loin).

La qualité du suivi des patients hypertendus, telle que définie plus haut, est associée à certaines caractéristiques des patients et des médecins (**tableau 9**). Du côté des patients les hommes sont mieux suivis que les femmes, et les patients sont mieux suivis s'ils sont plus âgés et s'ils consultent plus souvent. Les patients vus à domicile sont moins bien suivis, ce qui peut traduire d'autres pathologies prioritaires par rapport à l'hypertension. Du côté des médecins, être une femme, travailler sur rendez-vous pour plus de 70 % des actes, avoir une approche systématique du dépistage du cancer du col de l'utérus, sont des caractéristiques associées à une meilleure qualité du suivi. Exercer dans un canton défavorisé semble associé à un moins bon suivi des hypertendus, quelque soit la catégorie sociale, le niveau d'éducation ou de revenu des patients.

**Tableau 9: Suivi à jour de l'hypertension: analyse multivariée modèle complet (N=1029 / 59 MG)**

Effets fixes		OR**	IC** 95%	p
<u>Caractéristiques de niveau patient</u>				
Age (années)	< 55	1.0	ref	
	55 – 64	1.3	0.8 – 2.2	0.29
	65 – 74	1.8	1.1 – 3.0	0.02
	> 74	1.2	0.7 – 2.2	0.49
Sexe	masculin versus féminin	1.9	1.4 – 2.7	<10 <sup>-3</sup>
PCS	prof. interm. et supérieures versus autres	1.0	0.7 – 1.4	0.83
Diabète (selon le patient)	oui versus non	1.3	0.9 – 2.0	0.16
Macro-angiopathie	oui versus non	1.4	0.9 – 2.2	0.11
Nombre de consultations depuis 12 mois	≤ 3	0.6	0.4 – 1.0	<0.05
	4 à 9	1.0	ref	
	> 9	1.5	1.0 – 2.3	<0.05
Acte d'inclusion	visite versus consultation	0.3	0.1 – 0.6	<10 <sup>-2</sup>
<u>Caractéristiques de niveau médecin</u>				
Age du médecin	< 50 ans versus ≥ 50 ans	1.5	0.8 – 2.7	0.18
Sexe	féminin versus masculin	1.9	1.0 – 3.6	0.06
Canton	(favorisé + moyen) versus défavorisé	1.8	0.9 – 3.5	0.09
Consultations sur RDV	≥ 70% des actes versus < 70%	1.8	1.0 – 3.2	0.06
Autre activité	non versus oui	1.6	0.9 – 3.0	0.11
Règle systématique pour le dépistage du cancer du col : oui versus non		2.2	1.2 – 3.9	<10 <sup>-2</sup>
<b>Effet aléatoire</b>		S2u**	Ecart type	p
Variance inter-médecin résiduelle		0.56	0.22	0.01

\*\* OR : odds ratio d'être bien suivi ajusté à l'aide d'un modèle logistique mixte à intercept aléatoire ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; S2u : estimation de la variance résiduelle.

Méthode : modèle mutivarié logistique mixte à intercept aléatoire (proc NLMIXED version SAS 9.1) ; les odds ratios sont ajustés sur la vague de recrutement.

---

### 1.3. Analyses portant sur le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus

Ces analyses ont été réalisées par Laurent Rigal dans le cadre de sa thèse de médecine et dans le cadre de sa thèse d'université, sous la responsabilité de Virginie Ringa.

#### *Caractéristiques des patientes*

Les **tableaux 10 (1) et 10 (2)** présentent les caractéristiques des 1697 patientes entre 50 et 69 ans incluses par les 59 MG. Les patientes participantes sont âgées en moyenne de 58,5 ans (écart-type = 5,6). Elles sont nées en France pour plus des trois quarts. La moitié vit maritalement et 84% ont eu au moins un enfant. Près d'un tiers a fait des études supérieures. Seulement 5,4% sont au chômage et le reste se répartit pour moitié en retraitées ou inactives et pour moitié en actives. La catégorie socioprofessionnelle, définie par la dernière profession exercée (ou celle du conjoint si la femme n'a jamais travaillé) se répartit de la façon suivante : environ 27% des femmes exercent une profession intermédiaire, environ 37% sont employées, artisans ou commerçantes, 14% sont ouvrières et 23% sont cadres ou de professions intellectuelles supérieures. Le revenu du foyer par unité de consommation est inférieur à 875 € pour le tertile inférieur et supérieur à 1425 € pour le tertile supérieur. Pour plus des trois quarts des femmes le foyer est soumis à l'impôt sur le revenu. Plus de la moitié sont logées dans un logement de fonction ou sont propriétaires de leur logement. Le logement est estimé inconfortable dans près de 13% des cas. Enfin, le quartier de résidence est considéré comme une cité dans plus de 23% des cas.

Plus d'un tiers des femmes pratique une activité sportive régulièrement. Pour une large majorité des patientes, le médecin à l'origine de l'inclusion dans l'étude est leur médecin généraliste habituel, qu'elles consultent depuis plus d'un an. Près d'un tiers des femmes bénéficie d'une prise en charge à 100% et plus de la moitié sont suivies pour au moins deux problèmes de santé. Près de 80% des participantes ont un suivi gynécologique (au moins une consultation chez un gynécologue dans les 3 dernières années). Ce suivi est essentiellement assuré par un spécialiste. Plus d'un quart a un traitement hormonal de la ménopause.

**Tableau 10 (1). Caractéristiques sociodémographiques des patientes participantes (N = 1697)**

		%
Classes d'âges	50 à 54 ans	28,5
	55 à 59 ans	30,8
	60 à 64 ans	23,2
	64 à 69 ans	17,6
Née en France		76,7
Situation familiale	Célibataire	15,2
	Mariée ou sous le régime du PACS	58,2
	Séparée ou divorcée	18,2
	Veuve	8,4
Vit en couple		66,7
A eu au moins un enfant		83,9
Département de résidence	75	27,6
	92	14,6
	93	24,8
	94	28,1
	Autre	4,8
Propriétaire ou logement de fonction		58,5
Quartier de résidence considéré comme une cité		22,5
Commerces de proximité		89,7
Nombre de pièces par habitant $\geq 1$		76,3
Logement inconfortable (humide ou froid ou en mauvais état)		12,4
Soumise à l'impôt sur le revenu		79,5
Perception de sa situation financière	« N'y arrive pas »	6,7
	« C'est juste »	42,5
	« Ca va »	41,6
	« Très à l'aise »	9,2
Etudes supérieures ( $\geq$ baccalauréat)		31,1
Situation professionnelle	En activité	47,6
	Chômage	5,4
	Retraitée	38,5
	Autre inactive	8,5
CSP*	Cadres, professions intellectuelles supérieures	22,8
	Professions intermédiaires	26,7
	Employés, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	36,6
	Agriculteurs et ouvriers	13,9

\* CSP : Catégories socioprofessionnelles

**Tableau 10 (2). Mode de vie, suivi médical et état de santé des patientes participantes (N = 1697)**

		%
Membre d'une association		40,4
Pratique sportive régulière		35,9
Dépistage par frottis à jour	Oui	71,9
	Non	21,1
	Indéterminé	7,0
Dépistage par mammographie à jour	Oui	80,4
	Non	13,3
	Indéterminé	6,3
Antécédent personnel de cancer du sein <sup>#</sup>		7,4
Nombre de pathologies suivies > 1 (Med) <sup>*</sup>		54,1
Prise en charge à 100%		34,8
Le médecin consulté est le médecin généraliste habituel		96,5
Patiente suivie depuis au moins un an (Med) <sup>*</sup>		92,8
Nombre d'actes avec le médecin consulté sur l'année écoulée ≥ 3 (Med) <sup>*</sup>		75,9
Nombre de consultations chez un spécialiste sur l'année écoulée ≥ 3		44,2
Au moins une consultation chez un gynécologue depuis 3 ans		78,9
Médecin responsable du suivi gynécologique	Aucun	52,6
	Le médecin généraliste consulté seul	4,8
	Un spécialiste	42,7
Prise d'un traitement hormonal de la ménopause <sup>#</sup>		25,3
Vue en visites <sup>@</sup> le plus souvent (Med) <sup>*</sup>		4,0

<sup>#</sup> : selon la patiente ou le médecin

<sup>\*</sup> : (Med) : selon le médecin et non la patiente

<sup>@</sup> : Visite par opposition à consultation

### ***Facteurs liés au dépistage du cancer du col et du sein (par frottis et mammographie)***

Les taux de couverture par mammographie et frottis apparaissent élevés dans l'échantillon étudié : plus de 70% des femmes ont un dépistage à jour quelque soit le cancer considéré. Ce sont les prescriptions des gynécologues et le dépistage de masse qui produisent pour l'essentiel ces taux élevés, les MG paraissent peu intervenir et on ne retrouve pas de variabilité significative des taux de couverture entre médecins.

Pour le frottis (analyses faites après exclusion des femmes hystérectomisées, vierges, ou dont le statut par rapport au frottis est indéterminé), on retrouve parmi les patientes des généralistes les observations connues en population générale : les obstacles principaux au dépistage sont le niveau social des patientes et l'accès au gynécologue (**tableau 11**). Les catégories socioprofessionnelles les plus modestes sont 2 fois plus souvent non dépistées que les cadres.

**Tableau 11. Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du col en fonction des caractéristiques des patientes et des médecins (N=721) – Modèle logistique mixte\* multivarié\*\* à intercept aléatoire**

		OR	IC <sub>95%</sub> #	p#	
NIVEAU PATIENTE	Age	50 à 54 ans	1	-	0,91
		55 à 59 ans	0,95	0,48 – 0,95	
		60 à 64 ans	0,79	0,38 – 1,68	
		64 à 69 ans	0,84	0,37 – 1,89	
	Naissance en France	Oui	1	-	0,16
		Non	0,71	0,37 – 1,36	
	Quartier de résidence considéré comme une cité	Non	1	-	<b>0,01</b>
		Oui	2,28	1,27 – 4,09	
	Bénéficiaire du RMI dans le foyer	Non	1	-	<b>0,05</b>
		Oui	3,76	0,83 – 16,98	
	Commerces de proximité	Non	2,25	1,07 – 4,73	<b>0,02</b>
		Oui	1	-	
	Pratique sportive régulière (pat <sup>&amp;</sup> )	Non	1	-	<b>0,02</b>
		Oui	0,49	0,11 – 3,59	
	Consultation d'un gynécologue dans les 3 dernières années (pat <sup>&amp;</sup> )	Oui	1	-	<b>&lt;10<sup>-4</sup></b>
		Non	13,67	6,27 – 29,83	
Médecin responsable du suivi gynécologique (pat <sup>&amp;</sup> )	Un spécialiste	1	-	<b>&lt;10<sup>-3</sup></b>	
	Le MG consulté	2,07	0,69 – 6,24		
	Aucun	6,48	3,24 – 12,96		
Prescripteur du dernier FCU (pat <sup>&amp;</sup> )	Un spécialiste	1	-	<b>0,004</b>	
	Un généraliste	3,59	0,52 – 8,47		
Antécédent d'hystérectomie col restant (pat <sup>&amp;</sup> ou med <sup>&amp;</sup> )	Non	1	-	<b>0,003</b>	
	Oui	3,37	1,52 – 7,43		
NIVEAU MEDECIN	Vague	1	0,35	0,14 – 0,90	<b>0,07</b>
		2	1	-	
		3	3,24	1,65 – 6,39	
		4	0,72	0,35 – 1,52	
	Nb de jours de FMC en 2004 <sup>#</sup>	< 4 jours	0,84	0,42 – 1,65	<b>0,09</b>
≥ 4 jours		1	-		
Réunion pour discuter des cas difficiles	Oui	2,02	1,11 – 3,68	<b>0,02</b>	
	Non	1	-		

\* Variance inter-médecin non significativement différente de zéro, présentation dans le tableau des paramètres fixes uniquement

\*\* Variables sorties du modèle : ancienneté d'exercice du médecin, activité d'enseignement du médecin, durée des consultations

# IC<sub>95%</sub> : Intervalle de confiance à 95% ; p : degré de significativité du test du rapport de vraisemblance ; # FMC : formation médicale continue, une journée équivaut à 2 soirées

& pat / med selon que l'information a été fournie par la patiente / le médecin

Pour la mammographie, au contraire, on ne met pas en évidence de différence en fonction du niveau d'éducation, de la catégorie socioprofessionnelle ou du revenu : il est probable que le dépistage de masse explique cette absence de disparités sociales. En revanche, les difficultés financières des patientes et l'accès au gynécologue restent des obstacles au dépistage (**tableau 12**).

**Tableau 12: Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du sein en fonction des caractéristiques des patientes et des médecins (N=721) – Modèle logistique mixte\* multivarié\*\* à intercept aléatoire**

			OR	IC <sub>95%</sub> #	p#
NIVEAU PATIENTE	Age	50 à 54 ans	1	-	0,47
		55 à 59 ans	1,34	0,75 – 2,39	
		60 à 64 ans	0,91	0,47 – 1,76	
		64 à 69 ans	1,28	0,68 – 2,42	
	Naissance en France	Oui	1	-	0,78
		Non	0,94	0,56 – 1,61	
	Retard de paiement	Non	1	-	<b>0,03</b>
		Oui	3,06	1,39 – 6,74	
	Commerces de proximité	Oui	1	-	<b>0,07</b>
		Non	0,47	0,21 – 1,08	
	Suivi lourd	Oui	1,54	0,98 – 2,41	<b>0,05</b>
		Non	1	-	
	Nombre de consultations chez un spécialiste dans l'année écoulée (pat <sup>#</sup> )	< 3	1	-	<b>0,02</b>
		≥ 3	0,59	0,38 – 0,94	
	Consultation d'un gynécologue dans les 3 dernières années (pat <sup>&amp;</sup> )	Oui	1	-	<b>0,009</b>
		Non	2,35	1,20 – 4,61	
	Médecin responsable du suivi gynécologique (pat <sup>&amp;</sup> )	Un spécialiste	1	-	<b>&lt;10<sup>-4</sup></b>
		Le MG consulté	2,39	0,85 – 6,69	
		Aucun	4,53	2,36 – 8,72	
	Prescripteur de la dernière mammographie (pat <sup>&amp;</sup> )	Un spécialiste	1	-	<b>&lt;10<sup>-4</sup></b>
Un généraliste		0,33	0,17 – 0,65		
Le département		0,19	0,09 – 0,40		
Antécédent d'hystérectomie col restant (pat <sup>&amp;</sup> ou med <sup>&amp;</sup> )	Non	1	-	<b>0,02</b>	
	Oui	0,51	0,28 – 0,94		
NIVEAU MEDECIN	Vague	1	0,45	0,20 – 0,99	<b>0,13</b>
		2	1	-	
		3	0,60	0,32 – 1,12	
		4	0,96	0,53 – 1,75	
	Canton	Tiers favorisé	0,73	0,38 – 1,39	<b>0,05</b>
		Tiers moyen	0,46	0,25 – 0,87	
		Tiers défavorisé	1	-	
	Département du cabinet	75	1	-	<b>0,12</b>
		92	0,88	0,44 – 1,76	
		93	0,43	0,21 – 0,89	
94		0,90	0,49 – 1,64		

\* Variance inter-médecin non significativement différente de zéro, présentation dans le tableau des paramètres fixes uniquement

\*\* Variables sorties du modèle : formation médicale continue, autre activité non clinique, proche atteinte d'un cancer du sein

# IC<sub>95%</sub> : Intervalle de confiance à 95% ; p : degré de significativité du test du rapport de vraisemblance.

& pat / med selon que l'information a été fournie par la patiente / le médecin

### ***Analyse approfondie des facteurs sociaux liés à la réalisation des frottis***

L'objectif de cette analyse complémentaire était d'explorer plus finement les inégalités sociales face au dépistage du cancer du col utérin en utilisant les nombreux indicateurs recueillis, permettant d'explorer plusieurs dimensions de la position sociale. Contrairement aux analyses précédentes, aucune variable concernant le suivi médical n'a été utilisée.

Alors que seulement 21 % des participantes n'étaient pas à jour du dépistage par frottis, nous avons observé des inégalités sociales marquées selon de nombreux indicateurs en analyse univariée (**tableaux 13(1) et (2)**). En analyse multivariée (**tableau 13(3)**), une CSP basse (OR entre 2 catégories immédiatement décroissantes : 1,20,  $p=0,02$ ), un faible réseau social (OR : 1,52,  $p=0,001$ ), une insécurité ressentie dans son quartier (OR : 2,15,  $p=0,03$ ), une perception défavorable de la situation financière de son foyer (OR : 1,24,  $p=0,03$ ), et le fait d'avoir un membre de son foyer percevant le RMI (OR : 3,34,  $p=0,03$ ), étaient associés à une moindre fréquence de frottis à jour.

Nous espérons que ces résultats montrant d'importants gradients sociaux sur le frottis auront des implications pour la pratique quotidienne des généralistes.

Les inégalités sociales qui traversent la société se retrouvent au moins en partie en médecine générale. Nos résultats confirment qu'un contact effectif avec un médecin généraliste est une condition nécessaire mais non suffisante pour lutter contre les disparités sociales de santé. Si l'on veut que les généralistes se mobilisent dans cette lutte, il faut d'abord qu'ils prennent conscience de ces inégalités au sein même de leur patientèle. La diffusion de nos résultats pourrait participer à cette prise de conscience. Ensuite, dans cette optique de lutter contre les inégalités sociales, le renseignement de la position sociale (par exemple avec la dernière profession exercée) des patients par les généralistes pourrait être une voie d'amélioration. Il permettrait d'une part d'avoir un marqueur de risque de non dépistage en consultation, et d'autre part de suivre l'évolution des gradients sociaux au sein d'une patientèle.

**Tableau 13(1) . Caractéristiques des patientes liées à l'absence de frottis à jour, N=858**

			n (%)	% frottis non à jour	p
	Age (années)	50 - 54	255 (29.7)	17.7	0.19
		55 - 59	240 (28.0)	21.7	
		60 - 64	185 (21.6)	18.9	
		64 - 69	178 (20.7)	25.8	
Indicateurs sociaux habituels	CSP	cadres et prof libérales	143 (16.8)	14.0	0.0006 <sup>#</sup>
		prof intermédiaires	232 (27.2)	16.4	
		artisans, commerçants	42 (4.9)	23.8	
		employées	382 (44.8)	24.3	
		ouvrières	54 (6.3)	29.6	
	Diplôme	aucun	367 (43.3)	24.5	0.005 <sup>#</sup>
		< bac	235 (27.7)	20.0	
		>= bac	246 (29.0)	15.0	
	Revenus	1er quartile (≤ 1500 €)	196 (25.6)	29.1	0.0002 <sup>#</sup>
		2ème quartile (1500 – 2500 €)	257 (33.6)	21.4	
3 <sup>ème</sup> quartile (2500 – 3500 €)		149 (19.5)	14.8		
4ème quartile (≥ 3500 €)		163 (21.3)	14.1		
Famille	Vit en couple	oui	513 (59.8)	16.2	<0.0001
		non	345 (40.2)	27.5	
	Propriétaire	oui	474 (55.8)	17.1	0.003
		non	376 (44.2)	25.5	
	Logement inconfortable	oui	123 (14.4)	29.3	0.01
		non	732 (85.6)	19.3	
	Quartier considéré comme une cité	oui	208 (24.5)	27.9	0.003
		non	642 (75.5)	18.4	
	Quartier dégradé	oui	90 (10.6)	28.9	0.04
		non	763 (89.4)	19.8	
	Insécurité du Quartier	non	799 (93.3)	19.5	0.002
		oui	57 (6.7)	36.8	

**Tableau 13(2). Caractéristiques des patientes liées à l'absence de frottis à jour, N=858**

		n (%)	frottis non à jour %	p
Quartier bien équipé	non	98 (11.5)	26.5	0.09
	oui	735 (85.9)	19.7	
Paye l'impôt sur les revenus	non	121 (14.1)	26.5	<0.000 1
	oui	668 (78.8)	17.8	
RMI dans le foyer	non	180 (21.2)	31.7	0.002
	oui	18 (2.1)	50.0	
Situation financière perçue	non	835 (97.9)	20.0	<0.0001 <sup>#</sup>
	"je n'y arrive pas"	61 (7.2)	39.3	
	"c'est juste, il faut faire attention"	373 (43.9)	23.6	
	"ça va"	343 (40.4)	17.2	
Relations sociales	"il n' y a aucun problème"	73 (8.6)	6.9	<0.0001 <sup>#</sup>
	très faible	168 (46.4)	30.4	
Index intégration sociale	faible	351 (20.0)	23.9	0.11
	moyen	285 (33.9)	13.0	
	fort	36 (4.3)	8.3	
	CMU	oui	39 (4.6)	
Mutuelle	non	804 (95.4)	20.3	0.0003
	oui	779 (91.4)	19.1	
	non	73 (8.6)	37.0	

<sup>#</sup> : p de tendance

**Table 13 (3): Indicateurs de la position sociale des patientes(IPS) liés à l'absence de dépistage par frottis, modèle multivarié logistique mixte ajusté sur l'âge. N=735**

		OR	IC95%	p
	CSP (5 niveaux)	1.20 <sup>#</sup>	1.03 - 1.41	0.02 <sup>*</sup>
Relations sociales	Index d'intégration sociale (4 niveaux)	1.52 <sup>#</sup>	1.18 - 1.94	0.001 <sup>*</sup>
Voisinage	Insécurité (oui vs Non)	2.15	1.10 - 4.20	0.03
Foyer	RMI (oui vs Non)	3.34	1.12 - 9.96	0.03
	Situation financière perçue (4 niveaux)	1.42 <sup>#</sup>	1.07 - 1.88	0.01 <sup>*</sup>

IPS exclus du modèle initial : revenus, diplôme, quartier dégradé, imposable, logement inconfortable, au moins un enfant, considère son quartier comme une cité, quartier commerçant, CMU, mutuelle, propriétaire, vit en couple.

: p de tendance

# : OR entre 2 niveaux décroissants de la hiérarchie sociale

---

#### **1.4. Analyses portant sur les consommations de tabac et l'alcool des patients**

Ces analyses ont été réalisées par Hendy Abdoul dans le cadre de sa thèse de médecine, sous la direction de Marie-Josèphe Saurel Cubizolles.

##### ***Exposition au tabac et à l'alcool***

Les patients ont été définis comme fumeurs dès lors qu'ils ont répondu à l'enquête fumer à l'occasion, parfois ou régulièrement. Le score AUDIT a été utilisé pour définir les buveurs à risque, selon la définition de l'OMS (Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption, II. *Addiction*, 88(6) :791–804, 1993).

Parmi les 1096 patients, 35% étaient fumeurs et 11% étaient des buveurs à risque. Parmi eux, 29% avaient un risque de dépendance à l'alcool. Nous n'avons pas observé de différence entre MG en ce qui concerne la consommation de tabac ni d'alcool des patients. En revanche, nous avons montré que les expositions aux risques tabac et alcool sont plus fréquentes et plus intenses chez les patients en situation économique ou sociale défavorable. Ne pas vivre en couple, ne pas faire de sport et des revenus faibles sont associés au fait de fumer. La consommation à risque d'alcool est liée à la mauvaise qualité du logement ; celle-ci était indiquée par une réponse positive à l'une des trois situations suivantes: logement humide, logement mal chauffé, logement en mauvais état. Le risque de dépendance à l'alcool est lié au fait de ne pas être propriétaire de son logement, de ne pas avoir de travail, de ne pas faire de sport.

##### ***Qualité de l'information sur le tabac et l'alcool dans les dossiers médicaux***

Nous avons analysé la qualité de l'information sur le tabac et l'alcool dans les dossiers médicaux, c'est-à-dire les facteurs médecins et patients liés au fait d'avoir dans le dossier médical une indication du statut tabagique et de la consommation d'alcool.

L'enregistrement dans le dossier du comportement vis-à-vis du tabac est de 57%, (sans préjuger de l'ancienneté de l'information). Pour l'alcool il n'est que de 19%. Pour le tabac, les médecins tiennent mieux les dossiers des patients connus depuis longtemps et ceux des patients à risque cardio-vasculaire. Pour l'alcool, les dossiers sont mieux renseignés chez les patients économiquement et/ou socialement défavorisés (faibles revenus, pays de naissance) (cette observation pourrait s'expliquer par le « bon sens épidémiologique » des médecins). Il existe un effet médecin pour la tenue du dossier, tant pour le tabac que pour l'alcool, qui ne s'explique pas entièrement par les caractéristiques mesurées dans l'étude.

Parallèlement au relevé des indications notées dans le dossier médical sur le statut des patients, il a été demandé aux MG de donner leur avis sur ce statut (consommation de tabac et d'alcool). Nous avons ainsi analysé les caractéristiques des patients et celles des médecins, liées à la détection de la consommation excessive de tabac et d'alcool par le MG. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de modèles hiérarchiques, permettant de prendre en compte la structure des données et d'estimer la variabilité inter médecin.

Un article décrivant ces résultats est en cours de soumission. Parmi les 383 fumeurs, 55% étaient repérés comme tels par leur MG. Il n'a pas été observé de variabilité inter médecins pour cette détection.

Un faible support social et l'existence d'une maladie chronique étaient les deux caractéristiques des patients associées à une meilleure détection de la consommation de tabac par le MG. Exercer la médecine depuis moins de 20 ans et être soi-même un ancien fumeur étaient des caractéristiques des MG associées à une meilleure détection des fumeurs, après prise en compte des caractéristiques des patients (**tableau 14**). La satisfaction ressentie par le MG vis-à-vis de son travail était également associée à la détection des fumeurs ( $p = 0,002$ ) : les médecins les moins performants étaient ceux qui se déclaraient « ni satisfaits ni insatisfaits » ; ceux qui se déclaraient satisfaits ou très satisfaits étaient plus performants, et ceux qui se déclaraient insatisfaits l'étaient encore plus. Une interprétation possible de ce résultat est que la variable mesure trois niveaux croissants d'exigence du médecin vis-à-vis de son travail, les « ni satisfaits ni insatisfaits » étant en fait les moins investis.

Parmi les 120 buveurs à risque, 45%, étaient repérés comme tels par leur MG. Comme pour la consommation de tabac, il n'a pas été observé de variabilité inter médecins pour ce repérage. La seule caractéristique des patients liée à un meilleur repérage de la consommation à risque était l'inconfort, voire la salubrité du logement. L'âge (avoir plus de 50 ans) était la seule caractéristique des MG associée à un meilleur repérage, après prise en compte des caractéristiques des patients (**tableau 15**).

A l'issue de cette analyse, nous n'avons pas mis en évidence un gradient social régulier quant au repérage par les MG de la consommation de tabac ou de l'absorption à risque de boissons alcoolisées. Cependant, la situation d'isolement (à travers le faible support social) pour le tabac et l'état du logement pour l'alcool apparaissent comme des caractéristiques influençant la vigilance des médecins. Ce sont deux facteurs de nature « sociale », qui témoignent d'une attention des MG envers les plus démunis, sans qu'on puisse documenter la part de la stigmatisation, et sans qu'on puisse bien établir comment ce repérage s'accompagne ou non d'une prise en charge.

**Tableau 14. Association entre le repérage de la consommation de tabac et les caractéristiques des MG et des patients. Modèle logistique multivarié hiérarchique, N= 314**

Caractéristiques des patients		OR	IC à 95%	p
Age	35–44 ans	1.00		
	45–54 ans	1.70	0.96–3.04	0.18
	55–64 ans	1.49	0.72–3.07	
Ancienneté du lien entre le MG et le patient	0–2 ans	1.00		
	3–6 ans	1.02	0.53–1.95	0.32
	7–10 ans	1.15	0.57–2.35	
	plus de 10 ans	1.62	0.72–3.66	
Présence d'une maladie chronique	Non	1.00		
	Oui	1.67	0.96–2.90	0.05
Score de support social	Bon ou très bon	1.00		
	Intermédiaire	1.06	0.61–1.85	0.006
	Faible	8.33	2.23–31.1	
Revenus du ménage (moyenne mensuelle)	> 3500 euros	1.00		
	1500–3500	1.13	0.63–2.05	0.18
	1000–1500	0.81	0.29–2.29	
	< 1000 euros	2.88	1.00–8.25	
Activité sportive régulière	Non	1		
	Oui	0.67	0.39–1.17	0.16
<b>Caractéristiques des MG</b>				
Comportement vis-à-vis du tabac	Jamais fumeur	1.00		
	Ancien fumeur	2.97	1.45–6.09	0.01
	Fumeur actuel	1.16	0.56–2.40	
Ancienneté de la pratique de MG	< 20 ans	1.00		
	≥20 ans	0.43	0.23–0.82	0.01
Satisfaction / travail	Bonne ou très bonne	1.00		
	Ni bonne, ni mauvaise	0.33	0.14–0.76	0.002
	Mauvaise	3.54	1.00–12.60	

Note : Modèle d'analyse logistique hiérarchique multivariée. Le tableau décrit les odds ratios ajustés de détection du statut de fumeur par le MG parmi les patients qui se déclaraient être fumeurs.

**Tableau 15: Association entre le repérage de la consommation d'alcool et les caractéristiques des MG et des patients. Modèle logistique multivarié hiérarchique, n=114**

Caractéristiques des patients		OR	IC à 95%	p
Age	35–44 ans	1.00		0.97
	45–54 ans	0.87	0.29–2.58	
	55–64 ans	0.94	0.31–2.82	
Ancienneté du lien entre le MG et le patient	0–2 ans	1.00		0.23
	3–6 ans	1.14	0.37–3.47	
	7–10 ans	1.29	0.38–4.36	
	>10 ans	0.35	0.09–1.31	
Présence d'une maladie chronique	Non	1.00		0.42
	Oui	0.69	0.28 -1.69	
Qualité du logement	Bonne	1.00		0.001
	Mauvais état	6.92	2.15–22.30	
<b>Caractéristiques des MG</b>				
Age	≤50 ans	1.00		0.04
	>50 ans	2.57	1.05–6.28	

Note : Modèle d'analyse logistique hiérarchique multivariée. Le tableau décrit les odds ratios ajustés de détection du statut de fort consommateur d'alcool par le MG parmi les patients qui étaient classés comme consommateurs problématiques par le questionnaire AUDIT.

---

## 1.5. Analyses portant sur la concordance des déclarations entre MG et patients

Ces analyses ont été réalisées en partie dans le cadre du mémoire de M2 de V Féron (sous la direction de V Ringa) 2008-2009, puis poursuivies après la soutenance du mémoire.

La concordance entre les déclarations des MG et celles des patients est le reflet de la qualité de la relation médecin/patient, et elle peut aussi fournir un moyen d'estimer les performances des MG. En effet, mesurer la concordance est une façon d'évaluer la connaissance des MG en ce qui concerne les informations relatives à leurs patients. Dans la mesure où l'on s'attend à ce que les MG connaissent avec précision l'état de santé de leurs patients, mesurer la concordance est une façon d'évaluer les performances des MG en ce qui concerne la détection de patients « à risque », par exemple le repérage des patients fumeurs ou le repérage des patients qui ne sont pas à jour dans certains examens de dépistage. Les déclarations des patients sont considérées comme « la vérité », et la concordance permet d'évaluer les capacités du MG à repérer ces patients.

L'hypothèse qui sous tend cette analyse est que la concordance entre les déclarations des MG et celles de leurs patients (et donc les performances des MG à détecter les patients « à risque ») est socialement différenciée, dans le sens d'une meilleure concordance chez les patients des catégories sociales les plus favorisées. L'objectif était d'analyser la concordance entre les déclarations des MG obtenues à partir de leurs dossiers médicaux et celles des patients, en tenant compte des caractéristiques sociales des patients.

### *Concordance médecin/patient et situations à risque*

Nous avons calculé des coefficients de concordance sur les variables qui correspondaient à des questions miroirs (posées à la fois aux MG et aux patients) portant sur le statut du patient et sur le dépistage : le statut tabagique (fumeur ou non fumeur), la non réalisation d'une mammographie (ne jamais avoir fait de mammographie ; pas de mammographie à jour, c'est-à-dire dans les deux dernières années), la non réalisation d'un frottis (ne jamais avoir fait de frottis ; pas de frottis à jour, c'est-à-dire dans les trois dernières années). Pour toutes les variables, le « gold standard » était le patient. L'analyse réalisée sur le statut tabagique se distingue de celle présentée dans le paragraphe 1.4, car elle concerne ici tous les patients, fumeurs ou non fumeurs. Nous n'avons pas réalisé d'analyse de la concordance sur la consommation d'alcool des patients car les informations issues des MG comportaient une très forte proportion de données manquantes (ou de réponses « je ne sais pas, cf paragraphe 1.6). Nous avons choisi comme variables explicatives la catégorie socioprofessionnelle (CSP), le niveau d'études et la situation financière perçue.

La concordance a été mesurée par le coefficient kappa, le pourcentage d'accord brut, la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives. La sensibilité représente par exemple la probabilité que le médecin dise que la patiente n'a jamais eu de frottis lorsqu'elle le dit ou la probabilité que le médecin déclare le patient comme fumeur lorsque celui-ci déclare fumer (**tableau 16**). De façon symétrique, la spécificité est la probabilité que le médecin dise qu'une patiente a déjà effectué au moins un frottis chez les patientes qui le disent ou la probabilité qu'un médecin déclare non-fumeur un patient vraiment non-fumeur (selon lui).

Les Kappas ont été comparés avec une méthode décrite par J.L. Fleiss ( J.L. Fleiss. *Statistical methods for rates and proportions*, Willey : New York, 1981).

**Tableau 16. Définition de la sensibilité et de la spécificité**

Dépistages ou comportements à risque	Evénement (« maladie »)	Sensibilité	Spécificité
Frottis au moins une fois dans la vie	Jamais de frottis	Aptitude du médecin à détecter les patientes qui n'ont jamais fait de frottis quand c'est le cas	Aptitude du médecin à détecter les patientes qui ont déjà fait au moins un frottis quand c'est le cas
Mammographie au moins une fois dans la vie	Jamais de mammo	Aptitude du médecin à détecter les patientes qui n'ont jamais fait de mammo quand c'est le cas	Aptitude du médecin à détecter les patientes qui ont déjà fait au moins une mammo quand c'est le cas
Frottis à jour	Ne pas avoir son frottis à jour	Aptitude du médecin à détecter les patientes qui n'ont de frottis à jour quand elles ne sont pas à jour	Aptitude du médecin à détecter les patientes qui ont un frottis à jour quand elles sont à jour
Mammographie à jour	Ne pas avoir sa mammo à jour	Aptitude du médecin à détecter les patientes qui n'ont de mammo à jour quand elles ne sont pas à jour	Aptitude du médecin à détecter les patientes qui ont une mammo à jour quand elles sont à jour
Statut tabagique du patient	Fumer	Probabilité que le médecin déclare le patient comme fumeur lorsqu'il fume	Probabilité qu'un médecin déclare non-fumeur un patient vraiment non-fumeur

Nous avons observé globalement une mauvaise concordance entre les MG et les patients sur toutes les déclarations analysées. Pour le repérage de l'exposition au tabac chez les hommes entre 35 et 64 ans, le kappa est moyen, pour les dépistages des cancers gynécologiques entre 50 et 69 ans, il est au mieux médiocre, au pire « exécrable » (<0) (**tableaux 17,18,19**).

Ces résultats reflètent les limites du KAPPA<sup>2</sup> dans les situations que nous avons considérées. En effet, lorsqu'il y a une dissymétrie sur la diagonale, le KAPPA est mauvais par rapport au pourcentage brut d'accord. Le KAPPA, comme les valeurs prédictives positive et négative, est affecté par la prévalence de la maladie. Deux juges, qui semblent avoir un bon pourcentage d'accord brut, ont un mauvais coefficient de concordance si la prévalence de la maladie n'a pas une valeur moyenne, ce qui correspond exactement aux situations observées (si on prend l'exemple de la variable mammographie, environ 99% des femmes, répondent qu'elles en ont déjà eu une, alors que 8 répondent non, et pour le médecin, 98%, répondent oui. Avec un pourcentage d'accord brut de 98%, le kappa est de 0,26).

<sup>2</sup> Notamment deux articles :

Domenic V. Clcchetti, Alvan R. Feinstein, *High agreement but low kappa : I The problème of two paradoxes*, in Journal Clinic of Epidemiologi, Volume 43, N° 6, p. 543-549, 1990.

Domenic V. Clcchetti, Alvan R. Feinstein, *High agreement but low kappa : II resolving the paradoxes*, in Journal Clinic of Epidemiologi, Volume 43, N° 6, p. 550-558, 1990.

Pour le repérage de l'exposition au tabac, l'analyse de la sensibilité et de la spécificité montre que les MG sont plus performants chez les patients défavorisés (n'ayant pas le bac, appartenant aux catégories artisans, employés, ouvriers, et se déclarant en situation financière difficile) (**tableau 17**). Nous n'avons pas pris en compte dans ce travail, comme dans l'analyse présentée plus haut, les relations sociales. Nous observons toutefois la même propension des MG à mieux repérer les patients fumeurs chez ceux qui sont dans le bas de la hiérarchie sociale.

La concordance sur la pratique de la mammographie est meilleure chez les femmes qui n'ont pas leur bac que chez celles de plus haut diplôme (**tableaux 18 et 19**). En ce qui concerne la pratique des frottis, la concordance est meilleure chez les femmes qui trouvent que leur situation financière n'est pas bonne. Ceci est confirmé par l'analyse de la sensibilité, qui montre que les médecins détectent mieux les patientes qui n'ont jamais fait de frottis ou de mammographie lorsque celles-ci font parties des CSP défavorisées, des non-bachelières ou enfin de celles qui déclarent une mauvaise situation financière. Il s'avère donc que là aussi on observe une différenciation sociale dans les « capacités » des MG à repérer les patientes « à risque » (de non dépistage), en faveur des femmes socialement défavorisées. Ceci peut être lié au fait que les MG pensent que les femmes socialement favorisées sont suivies par un gynécologue, et qu'ils ne s'estiment pas, pour ces femmes, responsables des dépistages des cancers gynécologiques.

**Tableau 17. Concordance MG/patient sur le statut tabagique. N=897**

Statut tabagique Référence : PATIENT	N	Fumeurs %	test du Kappa	%accord brut	Test comparaison proportion	Sensibilité* %	Spécificité** %
Global	897	28	0,63	84		69	91,6
< BAC	369	35,5	0,69	86	} NS	76	91
<=BAC	494	31,5	0,59	83		64,5	92
CSP-	397	37	0,68	85,5	} NS	74	92,5
CSP+	506	30	0,58	83		64,5	91
Situation financière mauvaise	419	39	0,65	84	} NS	73	91
Situation financière bonne	479	27	0,57	84		62,6	92

CSP+ : cadres et professions intermédiaires ; CSP- : artisans, employés, ouvrier  
\*sensibilité ; \*\* spécificité

**Tableau 18 (1). Concordance MG/patiente sur la mammographie au cours de la vie. N=677**

Jamais de mammo Référence : PATIENTE	N	Jamais %	test du Kappa	%accord brut	Test comparaison proportion	Sensibilité* %	Spécificité** %
Global	677	2,2	0,262	97,6		37,5	98,5
< BAC	410	2,6	0,363	97,6	} NS	42,8	98,5
<=BAC	267	1,5	-0,006	97,7		0	98
CSP-	407	2,6	0,419	98	} NS	60	98,5
CSP+	312	1,75	-0,012	97,4		0	98,4
Situation financière mauvaise	354	2,8	0,29	95	} NS	40	98,3
Situation financière bonne	363	1,6	0,21	97		33,3	98,6

CSP+ : cadres et professions intermédiaires ; CSP- : artisans, employés, ouvrier  
\*sensibilité ; \*\* spécificité

**Tableau 18 (2). Concordance MG/patiente sur la mammographie à jour. N=327**

pas de mammo à jour Réfèrent : PATIENTE	N	Mammo non à jour %	Kappa test	% accord brut	Test comparaison proportion	Sbilité* %	Spé** %
Global	327	12.20	0,195	79		53,8	81
< BAC	215	12.6	0,174	78	} NS	47,4	81
<=BAC	112	11	0,238	80		71	91
CSP-	208	12.8	0,158	78	} NS	47	80,6
CSP+	140	11.4	0,306	82		66,7	83,6
Situation financière mauvaise	173	14.6	0,236	77		62,5	79
Situation financière bonne	173	1,6	0,21	97	} NS	33,3	98,6

CSP+ : cadres et professions intermédiaires ; CSP- : artisans, employés, ouvrier  
\*sensibilité ; \*\* spécificité

**Tableau 19 (1). Concordance MG/patiente sur un frottis au cours de la vie. N=556**

pas de frottis Réfèrent : PATIENTE	N	jamais %	Kappa test	% accord brut	Test comparaison proportion	Sbilité* %	Spé** %
Global	556	4,2	0,304	92.3		50	93,5
< BAC	344	5,5	0,335	91.3	} NS	60	92,7
<=BAC	212	2,7	0,209	94		40	95,2
CSP-	342	5,3	0,376	92	} NS	58,8	93,5
CSP+	249	2,8	0,067	92		20	93,8
Situation financière mauvaise	283	5,2	0,441	90		75	93,7
Situation financière bonne	304	3%	0,026	90	} NS	11	93,2

CSP+ : cadres et professions intermédiaires ; CSP- : artisans, employés, ouvrier  
\*sensibilité ; \*\* spécificité

**Tableau 19 (2). Concordance MG/patiente sur frottis à jour. N=186**

Frottis à jour Réfèrent : PATIENTE	N	A jour %	Kappa test	% accord brut	Test comparaison proportion	Sbilité* %	Spé** %
Global	186	21	0,234	78,5		47,8	83
< BAC	117	23.7	0,225	76	} NS	47	81
<=BAC	59	18	0,284	83		50	86,8
CSP-	112	24.2	0,21	78,6	} NS	66,7	83,6
CSP+	73	17.4	0,288	79,5		55,6	82,8
Situation financière mauvaise	97	26	0,325	79,4		57	83
Situation financière bonne	86	16	0,102	76,7	} NS	30	83

CSP+ : cadres et professions intermédiaires ; CSP- : artisans, employés, ouvrier  
\*sensibilité ; \*\* spécificité

Cette analyse montre ainsi qu'il existe une différenciation sociale dans le repérage des patients « à risque », mais qu'elle est, pour les soins de prévention considérés, en faveur des patients du bas de la hiérarchie sociale.

***Connaissance des patients hypertendus traités concernant leur exposition à 2 facteurs de risque cardiovasculaires (RCV) : être atteint de diabète et avoir une HTA mal contrôlée***

Ce travail est centré sur l'analyse des facteurs sociaux qui jouent sur la connaissance qu'ont des patients hypertendus traités concernant la présence de 2 facteurs de risque cardiovasculaires (RCV), être atteint de diabète et avoir une HTA mal contrôlée. Il repose aussi sur l'analyse des déclarations des MG et des patients.

Parmi les conditions favorables à une prise en charge des facteurs de RCV adaptée et efficace, l'une est que les patients se sentent concernés par les soins et donc aient conscience d'être atteints d'une affection qui peut nuire à leur santé. Cette prise de conscience peut être d'autant plus difficile que le diabète et l'HTA ne donnent pas de symptômes quand ils ne sont pas compliqués. Le MG a un rôle privilégié dans cette prise de conscience, puisque c'est lui qui peut expliquer au patient qu'il a un diabète ou que son HTA est mal équilibrée. La qualité des échanges entre patients et MG, et donc la connaissance qu'ont les patients de leur état de santé, peuvent être variables selon les caractéristiques sociales des patients. Plusieurs travaux suggèrent effectivement une influence de la catégorie sociale des patients sur les échanges entre eux et les MG. Les patients de classe sociale basse sont désavantagés par le MG qui se trompe sur leur désir et leur besoin d'information ainsi que sur leurs possibilités de prendre part au processus de soin (Williams S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J: Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? Patient Educ Couns. 2005; 56(2): 139-156). Ces patients reçoivent aussi une consultation plus directive, moins interactive et moins participative.

Notre travail porte sur la connaissance qu'ont des patients hypertendus traités d'avoir 2 facteurs de risque CV, être atteint de diabète et avoir une hypertension mal contrôlée. Notre hypothèse est que cette connaissance varie en fonction du statut social des patients, en défaveur des sujets du bas de la hiérarchie sociale. Notre objectif était donc d'analyser les facteurs sociaux qui jouent sur la connaissance qu'ont des patients hypertendus traités d'être atteint de diabète ou d'avoir une HTA mal contrôlée.

Pour cette analyse, nous avons utilisé la sensibilité et la spécificité. Le gold standard était ici la déclaration du MG. La sensibilité est, par exemple en considérant l'existence d'un diabète, la probabilité que le patient déclare qu'il est diabétique lorsque le MG le déclare comme tel. Pour le contrôle de l'HTA, c'est la probabilité que le patient dise que son HTA est mal contrôlée lorsque le MG le déclare. La spécificité est la probabilité que le patient déclare ne pas être diabétique quand le MG le déclare, ou la probabilité que le patient déclare avoir une HTA bien contrôlée quand le MG le déclare de son côté.

Pour analyser la sensibilité en fonction des caractéristiques sociales des patients, nous avons modélisé la sensibilité à l'aide d'une régression logistique multivariée (Coughlin SS, Trock B, Criqui MH, Pickle LW, Browner D, Tefft MC: The logistic modeling of sensitivity, specificity, and predictive value of a diagnostic test. J Clin Epidemiol. 1992; 45(1):1-7). Cette méthode permet de repérer les caractéristiques des patients significativement liées à une sensibilité plus élevée.

Les caractéristiques sociales des patients considérées étaient la CSP, la situation financière perçue, les relations sociales, les caractéristiques du quartier et du logement, les revenus, la langue maternelle, le diplôme. L'âge a aussi été pris en compte.

Dans l'échantillon d'hypertendus traités, 22% étaient déclarés par le MG présenter un diabète, et 17% une HTA mal contrôlée.

Globalement, 21% des patients ont déclaré avoir un diabète. La probabilité que les patients se déclarent diabétiques lorsque le MG l'a déclaré (sensibilité) est plus élevée chez ceux qui considèrent leur quartier comme une cité que chez ceux qui considèrent leur quartier comme résidentiel ou comme un village (**tableau 20**). En revanche, la probabilité de déclarer ne pas avoir de diabète quand le MG déclare cette absence (spécificité) est plus élevée chez les patients qui considèrent habiter un quartier résidentiel que chez ceux qui considèrent leur quartier comme une cité.

Dans l'échantillon analysé, 87% des patients considéraient leur HTA bien équilibrée, 9% mal équilibrée, et 4% n'ont pas donné de réponse à cette question. Pour les questions portant sur le contrôle de l'HTA, la sensibilité est plus élevée lorsque le statut social du patient est bas : la probabilité que les patients disent que leur HTA est mal contrôlée quand le MG le dit est plus forte chez les patients défavorisés par rapport aux patients favorisés pour la situation financière perçue, pour les trois caractéristiques du quartier d'habitation, pour les revenus, la langue maternelle et le réseau social.

En revanche, la spécificité est plus élevée lorsque le statut social du patient est plus élevé : la probabilité que les patients disent que leur HTA est bien contrôlée quand le MG le dit est plus forte chez les patients favorisés par rapport aux patients défavorisés pour la situation financière perçue, pour deux caractéristiques du quartier d'habitation (sécurité et les commerces de quartier), pour les revenus, la langue maternelle et le réseau social.

Pour les 2 facteurs de RCV étudiés, nos résultats montrent que : 1) la connaissance qu'ont les patients de leur statut (être atteints ou non de ce facteur de risque) varie avec la position sociale estimée par différents indicateurs ; 2) le rôle de la position sociale est différent selon que l'on considère l'existence ou l'absence de ces facteurs de risque. Alors que les patients socialement défavorisés sont plus au courant que les patients favorisés d'être atteints de diabète ou d'avoir une HTA mal contrôlée, les patients du haut de la hiérarchie sociale ont une meilleure connaissance que les autres de leur « bon état de santé ».

On constate ainsi une meilleure appréciation de « ce qui ne va pas » chez les patients défavorisés, et une meilleure appréciation de « ce qui va » chez les patients favorisés, de manière convergente avec différents indicateurs de position sociale. Ce résultat est difficile à interpréter. Il laisse penser que ce qui est dit par le MG (ou la manière dont c'est dit) et/ou ce qui est entendu et intégré par le patient au cours de la consultation est socialement différencié. Une autre hypothèse serait que certaines caractéristiques cognitives ou psychologiques distinguent les patients favorisés et les patients défavorisés suivis par les MG.

Ces résultats laissent penser que les MG ont une attention particulière à l'égard des patients socialement défavorisés en ce qui concerne leur communication sur les facteurs de risque cardiovasculaire.

**Tableau 20. Sensibilité observée stratifiée sur les variables sociales**

		HTA MAL CONTROLEE Sensibilité observée	HTA BIEN CONTROLEE Sensibilité observée	DIABETE Sensibilité observée	PAS DE DIABETE Sensibilité observée
Sexe	Homme	0,20	0,94	0,87	0,94
	Femme	0,23	0,92	0,88	0,95
Age	<50 ans	0,22	0,91	1	0,96
	≥50 ans	0,22	0,93	0,87	0,94
IMC	<25 m <sup>2</sup> /kg	0,23	0,92	0,90	0,96
	≥25 m <sup>2</sup> /kg	0,27	0,91	0,85	0,92
CSP :	+	0,24	0,91	0,86	0,94
	-	0,19	0,95	0,91	0,95
Diplôme :	<BAC	0,22	0,91	0,87	0,93
	≥BAC	0,21	0,96	0,86	0,95
Quartier commerçant	oui	<b>0,20*</b>	<b>0,91*</b>	0,88	0,94
	non	<b>0,32*</b>	<b>0,93*</b>	0,84	0,95
Langue maternelle	étrangère	<b>0,23*</b>	<b>0,86*</b>	0,88	0,95
	française	<b>0,22*</b>	<b>0,94*</b>	0,87	0,94
Revenus	< 2500 €	<b>0,22*</b>	<b>0,89*</b>	0,89	0,94
	≥ 2500 €	<b>0,19*</b>	<b>0,94*</b>	0,89	0,96
Sit. financière perçue	mauvaise	<b>0,30*</b>	<b>0,91*</b>	0,86	0,93
	bonne	<b>0,15*</b>	<b>0,96*</b>	0,91	0,96
Réseau social fort	faible	<b>0,21*</b>	<b>0,91*</b>	0,80	0,93
		<b>0,22*</b>	<b>0,97*</b>	0,90	0,95
Habitation cité	résidentielle	<b>0,24*</b>	0,91	<b>0,85*</b>	<b>0,90*</b>
		<b>0,21*</b>	0,93	<b>0,89*</b>	<b>0,96*</b>
Sécurité habitat	oui	<b>0,18*</b>	<b>0,94*</b>	0,85	0,94
	non	<b>0,35*</b>	<b>0,91*</b>	0,89	0,95

CSP+ : cadres et professions intermédiaires ; CSP- : artisans, employés, ouvrier

\*Variables sociales significatives à 5% dans la modélisation de la sensibilité

## 1.6. Analyse des connaissances des médecins

Au fur et à mesure de l'analyse des données de l'enquête, il est apparu que pour de nombreuses informations médicales concernant leurs patients, les MG participants déclaraient « ne pas savoir ». Nous avons émis l'hypothèse que la connaissance du MG concernant ses patients était socialement différenciée, et meilleure pour les patients les plus favorisés.

Cette analyse avait pour objectif d'analyser les réponses « ne sais pas » du MG sur les dépistages des cancers gynécologiques (mammographies et frottis) et les consommations de tabac et d'alcool, en centrant l'analyse sur les caractéristiques sociales des patients.

Les questions « médecins » analysées concernaient, pour les dépistages des cancers gynécologiques de leurs patientes, avoir eu une mammographie au moins une fois dans sa vie et avoir une mammographie à jour (datant de moins de 2 ans), avoir eu un frottis cervico-vaginal au moins une fois dans sa vie et avoir un frottis à jour (datant de moins de 3 ans). Ces questions sont issues du questionnaire « mammographie/frottis » posé à chaque MG pour chacune de ses patientes incluses (n= 1058).

Les questions concernant la consommation de tabac et d'alcool des hommes sont issues du questionnaire « tabac-alcool » posé à chaque MG pour chacun de ses patients hommes inclus entre 35 et 64 ans (n= 1101). Pour les hommes et les femmes hypertendus, les questions « médecins » sur la consommation d'alcool de leurs patients sont issues du questionnaire « HTA » posé à chaque MG pour chacun de ses patients hypertendus traités entre 25 et 79 ans (524 hommes et 668 femmes).

Les caractéristiques sociales et démographiques des patients prises en compte étaient l'âge, la CSP (artisans, cadres, professions intermédiaires, employés, ouvriers), les revenus, le diplôme (inférieur au bac, supérieur ou égal au bac, la situation financière perçue (SFP) (ça ne va pas, c'est-à-dire situation insatisfaisante versus ça va, c'est-à-dire situation satisfaisante), la langue maternelle (françaises versus étrangère), le pays de naissance (étranger versus France), être bénéficiaire de la CMU.

Les associations entre ces caractéristiques et les « ne sais pas » des MG concernant les informations choisies ont été analysées classiquement par régression logistique multivariée, après sélection des caractéristiques associées ( $p < 0.10$ ) aux « ne sais pas » en analyse bivariée. Il n'a pas été montré d'effet médecin pour les variables expliquées « connaissances des médecins », et les analyses suivantes n'ont pas été réalisées à l'aide de modèles mixtes.

**Tableau 21. Connaissances des MG concernant leurs patients. Proportion de «ne sais pas »**

	N	Globale %	CSP*- %	CSP*+ %	< Bac %	≥Bac %	SFP insatisfaisante %	SFP satisfaisante %
Statut tabagique (questionnaire Tabac-alcool, hommes)	1101	17	15,1	17,7	15,3	18,5	16,5	18,1
Mammographie	1058	29.4	30,7	32,5	30,2	34,9	34,2	28,9
Mammographie à jour	1058	40.6	59,1	66,1	58,7	67,9	60,9	62,7
Frottis	1058	41.6	37,4	43,8	38,2	44	42	38,7
Frottis à jour	1058	60.3	74,8	80,9	74,8	80,9	76,2	78,3
Consommation d'alcool femme (questionnaire HTA)	668	82.5	85,9	83,2	85,1	86,2	83,1	87,3
Consommation d'alcool homme (questionnaire HTA)	524	80.4	84,8	87,5	88,2	83,1	83,8	88,1
Consommation d'alcool homme (questionnaire Tabac-Alcool)	1101	81.1	76,7	85,1	82,6	81,1	76,1	85,8

CSP+ : cadres et professions intermédiaires ; CSP- : artisans, employés, ouvrier

Rappelons en préambule à ces résultats quelques caractéristiques des « liens » entre patients participants et médecins interrogés : 82% des patients recrutés dans l'échantillon des hypertendus déclarent que c'est le MG interrogé qui est responsable de leur traitement antihypertenseur, et pour 97% d'entre eux, il ne s'agit pas de la première consultation avec ce MG.

Pour les femmes entre 50 et 69 ans (échantillon mammo/frottis), la majorité (96%) déclarent que le MG interrogé est leur médecin habituel. Pour 93% de l'échantillon masculin entre 35 et 64 ans (échantillon tabac/alcool), le MG est le médecin habituel des patients, et 74% des

patients sont suivis depuis plus de 2 ans par le MG interrogé. Il s'agit donc globalement de patients habituels et suivis depuis plusieurs années.

L'analyse descriptive « brute » montre que, globalement, les MG semblent connaître plutôt bien le statut tabagique de leurs patients (seulement 17% de « ne sais pas »), alors que le statut concernant la consommation d'alcool, qu'il s'agisse de patients hommes « tout-venant » ou d'hypertendus traités, hommes et femmes, est très largement ignoré par les MG (plus de 80% de patients pour lesquels le MG ignore la consommation d'alcool). C'est pour la consommation d'alcool des femmes que se manifeste le plus clairement l'ignorance des MG.

Pour les dépistages des cancers gynécologiques, l'ignorance des MG concerne 40% environ des patientes, cette proportion augmente pour la connaissance d'un frottis à jour (60% de « ne sais pas »).

Il semble que le statut des patients soit plutôt moins bien connu chez les sujets socialement favorisés.

**Tableau 22. Connaissances des MG sur la réalisation d'une mammographie au moins une fois dans la vie de leurs patientes. Analyse multivariée**

caractéristiques des patientes		OR « ne sais pas »	IC 95 %	p
Age (ref : 55-69 ans)		0,8	0,7-0,9	0,0042
Situation financière perçue	ça ne va pas	1		0,084
	satisfaisante	0.6	0.5-0.9	
diplôme	≤ bac	1		0,0248
	>bac	1.2	1.0-1.5	

Autre variable testée: revenus

Les MG sont plus ignorants du statut concernant la mammographie (au moins une fois dans sa vie) chez les femmes les « plus jeunes » (50-54 ans), chez celles qui déclarent des problèmes financiers et chez les plus diplômées.

**Tableau 23. Connaissances des MG sur l'existence d'une mammographie à jour chez leurs patientes . Analyse multivariée**

caractéristiques des patientes		OR « ne sais pas »	IC 95 %	p
Age (ref : 55-69 ans)		0,8	0,7-0,9	<0,0001
diplôme	≤ bac	1		0,0010
	>bac	1.3	1.1--1.5	

Autre variable testée: CSP

Les MG sont plus ignorants de l'existence d'une mammographie à jour chez les femmes les « plus jeunes » et chez les plus diplômées.

**Tableau 24. Connaissances des MG sur la réalisation d'un frottis au moins une fois dans la vie de leurs patientes. Analyse multivariée**

caractéristiques des patientes		OR « ne sais pas »	IC 95 %	p
Age (ref : 55-69 ans)		0,9	0,8-1.0	0,0321
Situation financière perçue	Ça ne va pas	1		
	Satisfaisante	0.7	0.5-1.0	0.0356

Autre variable testée: diplôme

Les MG sont plus ignorants du statut vis-à-vis du frottis (au moins une fois dans sa vie) chez les femmes les « plus jeunes » et chez celles qui déclarent des problèmes financiers.

**Tableau 25. Connaissances des MG sur l'existence d'un frottis à jour chez leurs patientes . Analyse multivariée**

caractéristiques des patientes		OR « ne sais pas »	IC 95 %	p
Age (ref : 55-69 ans)		0,8	0,7-1.0	0,0137
CMU	non	1		
	oui	0.4	0.2-0.9	0.0214

Autres variable testée : diplôme

Les MG sont plus ignorants de l'existence de frottis à jour chez les femmes les « plus jeunes » et chez celles qui n'ont pas la CMU.

**Tableau 26. Connaissances des MG sur la consommation d'alcool de leurs patients (hommes) à partir du questionnaire tabac alcool. Analyse multivariée**

caractéristiques des patients		OR « ne sais pas »	IC 95 %	p
Age (ref : 45-64 ans)		0,7	0,5-0.8	0,0008
Situation financière perçue	Ça ne va pas	1		
	satisfaisante	1.9	1.3-2.7	0.0013

Autres variables testées : langue maternelle, CSP

Les MG sont plus ignorants de la consommation d'alcool chez les hommes plus jeunes et chez ceux qui n'ont pas de problème financiers.

**Tableau 27. Connaissances des MG sur le statut tabagique de leurs patients (hommes) à partir du questionnaire tabac alcool. Analyse multivariée**

caractéristiques des patients		OR « ne sais pas »	IC 95 %	p
Age (ref : 45-64 ans)		0,7	0,6-0,9	0,0007
Langue maternelle	étrangère	1		
	française	0,7	0,4-1,0	0,0498

Autre variable testée : langue maternelle

Les MG sont plus ignorants du statut tabagique de leurs patients chez les plus jeunes et chez les étrangers.

Les MG manquent globalement de connaissances sur le statut de leurs patients et patientes. Pour les dépistages des cancers gynécologiques, ils semblent être plus ignorants du statut des femmes socialement favorisées (sauf pour avoir eu un frottis une fois dans sa vie), ce qui est à rapprocher du résultat sur la concordance des déclarations MG/patiente. En ce qui concerne la consommation d'alcool, il semble aussi que les MG soient plus ignorants pour leurs patients favorisés. En revanche, les MG ignorent plus souvent la consommation de tabac des patients étrangers.

Nos résultats vont à l'encontre de l'hypothèse initiale : globalement les médecins semblent connaître un peu mieux les patients défavorisés sur le plan préventif.

## 1.7. Conseils hygiéno-diététiques données aux patients hypertendus traités

Ce travail a été mené sous la direction de V Ringa et de L Rigal.

Donner des conseils hygiéno-diététiques (CHD) aux patients hypertendus fait partie des recommandations de l'HAS ([http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272459/prise-en-charge-des-patients-adultes-atteints-dhypertension-arterielle-essentielle-actualisation-2005](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272459/prise-en-charge-des-patients-adultes-atteints-dhypertension-arterielle-essentielle-actualisation-2005)).

Ce travail sur la qualité des soins donnés aux patients hypertendus en Médecine Générale repose sur l'hypothèse que les MG donnent des conseils hygiéno-diététiques à leurs patients de façon socialement différenciée, et qu'ils en donnent plus souvent aux patients socialement favorisés.

L'analyse a été réalisée à partir des données des questionnaires HTA médecin et patients. Les caractéristiques des patients, hommes et femmes, qui constituent cet échantillon ont été décrites plus haut (paragraphe 2). Les questions portaient sur le fait de donner des CHD, et il était aussi demandé au MG son avis quant à l'application que, selon lui, le patient avait fait de ses conseils. Les questions portaient sur les CHD en général ainsi que sur des mesures précises : réduire la consommation de sel, réduire le poids, réduire la consommation de tabac, d'alcool, faire plus d'exercice physique.

Donner des CHD et l'avis du MG sur l'application des conseils sont les variables expliquées de cette analyse.

Les caractéristiques patients et médecins explicatives prises en compte étaient les suivantes.

1) pour les patients : le sexe, la nationalité, le pays de naissance, la langue maternelle, le réseau social, être propriétaire, se sentir en sécurité dans son quartier, la perception de son quartier (résidentiel ou cité), l'état du logement, le fait de vivre seul, de vivre avec une personne ayant une maladie grave, l'existence de prestations sociales dans le foyer, la situation financière perçue, le niveau de revenus par unité de consommation, le niveau d'études, la CSP, la situation professionnelle, la CSP des parents, la couverture par la CMU, une prise en charge à 100%, la pratique d'une activité physique régulière, l'index de masse corporelle (IMC, parfois noté BMI dans les tableaux), le statut tabagique, la consommation d'alcool, déclarer être traité pour une HTA, les modalités de suivi avec le MG interrogé (docteur x), déclarer le docteur x comme principal responsable du traitement anti HTA, déclarer consulter un autre spécialiste pour l'HTA, déclarer considérer que sa TA est au-dessus de ce qu'il considère comme la norme, l'existence d'un problème ou d'une complication lié à l'HTA, l'existence de problèmes de santé (cardiaques, diabète, cholestérol...).

2) pour les MG : le sexe, l'âge, le pays de naissance, la CSP du père, l'exercice d'une autre fonction que MG, l'abonnement à des revues médicales, le suivi d'une formation médicale continue sur l'HTA, la participation à des études sur l'HTA, la satisfaction par rapport aux conditions matérielles de travail, à la rémunération, aux horaires, à la variété dans le travail, la satisfaction globale dans le travail, le fait d'avoir des proches ayant des problèmes d'HTA, le fait d'avoir lui-même des problèmes d'HTA, son statut tabagique, sa consommation d'alcool, sa connaissance des recommandations sur l'HTA, la perception de son efficacité pour traiter l'HTA, la durée des consultations, le niveau social du canton du cabinet, la pratique en solo ou groupe, le fait de se réunir pour discuter des patients, avoir des dossiers informatisés, le type de secteur conventionnel, avoir une autre activité en dehors des consultations.

Pour chacune des variables expliquées, la variabilité inter médecins a été testée dans un modèle vide. Pour prendre en compte l'existence d'une variabilité inter médecin, toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de modèles mixtes. Pour chaque variable MG expliquée, des analyses bivariées ont d'abord été réalisées avec les caractéristiques patients et les caractéristiques MG dans des modèles séparés. Ont été retenues les variables liées avec

p<0,20. Ces variables ont été testées ensemble dans un modèle pas à pas descendant. Les variables liées avec p<0,05 ont été retenues.

Nous avons observé que plus d'un quart des MG déclarent ne pas donner de CHD à leurs patients hypertendus traités (**tableau 28(1)**). L'essentiel des CHD donnés concerne la perte de poids, la réduction de la consommation de sel et l'exercice physique ; réduire la consommation d'alcool et de tabac viennent en dernières positions. Plus de 60% des MG pensent que le patient a mis en application ces conseils.

**Tableau 28 (1) . Conseils hygiéno-diététiques (HD) donnés par les MG aux patients hypertendus traités; N patients= 1192**

Questions aux MG	effectifs	%
Avez-vous donné au patient des conseils HD ?		
oui	864	72.5
non	317	26.6
Ne sais pas	5	0.4
données manquantes	6	0.5
Les conseils ont portés sur l'intérêt de* :		
réduire sa consommation de sel	529	61.2
réduire ou cesser sa consommation d'alcool	185	21.4
réduire ou cesser sa consommation de tabac	137	15.9
réduire son poids	612	70.8
faire plus d'exercice physique	543	62.9
autres mesures	227	26.3
Pensez-vous que le patient a mis en application au moins une de ces mesures :		
oui	531	61.5
non	242	28.0
Ne sais pas	91	10.5
Suite à votre action le patient a :		
réduit sa consommation de sel	274	51.8
réduit ou cessé sa consommation d'alcool	78	14.7
réduit ou cessé sa consommation de tabac	48	9.0
perdu du poids	213	40.1
fait plus d'exercice	220	41.4
appliqué d'autres mesures HD	127	24.0
Le patient n'a pas suivi vos conseils : pourquoi d'après vous?		
d'autres problèmes de santé, prioritaires sur l'HTA	45	18.8
des problèmes sociaux, prioritaires sur l'HTA	44	18.3
des difficultés de compréhension	23	9.6
d'autres raisons	184	76.7

\* plusieurs réponses possibles

Lorsqu'on interroge les MG sur les raisons pour lesquelles ils n'ont pas donné ces conseils, parmi les réponses à une question ouverte, les 2 principales, mais peu citées (environ 18%), sont que le patient a d'autres problèmes de santé et que le MG dit ne pas être le principal responsable de la prise en charge de l'HTA (**tableau 28(2)**). Plus de 67% des réponses sont dans la catégorie « autres raisons » (question dont les réponses en clair sont en cours d'analyse). « Le patient a des problèmes sociaux » n'est cité que dans 4% des cas.

**Tableau 28 (2). Raisons pour lesquelles le MG n'a pas donné de conseils hygiéno-diététiques (HD) aux patients hypertendus traités; N patients= 1192**

Questions aux MG	effectifs	%
Vous n'avez pas donné au patient de conseil HD : Pour quelles raisons ?		
le suivi est irrégulier	23	7.2
je ne crois pas que le patient suivrait mes conseils	26	8.2
le patient a d'autres problèmes de santé	59	18.6
le patient a des problèmes sociaux	13	4.1
le patient a des difficultés de communication	11	3.5
je manque de temps en consultation	16	5.0
je ne suis pas le principal responsable de la prise en charge de l'HTA du patient	56	17.6
autre	213	67.2
Si vous deviez retenir qu'une raison parmi les raisons précédentes laquelle choisiriez-vous		
le suivi est irrégulier	13	4.2
je ne crois pas que le patient suivrait mes conseils	16	5.1
le patient a d'autres problèmes de santé	41	13.1
le patient a des problèmes sociaux	4	1.3
le patient a des difficultés de communication	3	1.0
je manque de temps en consultation	7	2.2
je ne suis pas le principal responsable de la prise en charge de l'HTA du patient	37	11.9
autre raison	191	61.2

L'analyse des facteurs liés à l'absence de CHD donnés par les MG montre que ces conseils hygiéno-diététiques sont moins souvent donnés aux patients hypertendus traités qui ont un faible réseau social qu'à ceux qui ont un réseau social plus important (**tableau 29**). Aucune autre caractéristique sociale « patient » ne semble intervenir sur le fait de donner des CHD. En revanche, le suivi par le MG enquêté est important, puisque le médecin donne moins souvent de CHD aux patients qui consultent habituellement un de ses confrères et à ceux qu'il voit depuis moins de 10 ans. De même, le fait que le principal médecin responsable du

traitement de l'HTA soit un autre médecin (selon le patient) joue négativement sur le fait de donner des CHD. Nos résultats montrent aussi que lorsque le patient déclare consulter un autre spécialiste pour l'HTA, le MG interrogé donne moins souvent des conseils. Le fait d'avoir des problèmes de santé associés à l'HTA (selon le patient) est associé à une plus grande fréquence de CHD donnés par le MG. Les MG donnent moins souvent de CHD aux patients de poids normal et aux non fumeurs.

**Tableau 29. Absence de conseils hygiéno-diététiques généraux donnés par le MG en fonction des caractéristiques des patients et des caractéristiques des MG. Modèle multivarié hiérarchique. N= 1192**

		N'a pas donné des conseils HD			
		n (%)	OR	IC 95%	p
NIVEAU PATIENT	Réseau social				
	fort	239 (25.40)	1.00	-	
	faible	73 (34.93)	2.11	1.67-2.51	0.0163
	BMI				
	>=25	153 (18.96)	1.00	-	
	<25	157 (44.73)	4.78	3.40-6.73	<0.0001
	Fumeur actuel				
	non	280 (27.67)	1.00	-	
	oui	29 (19.21)	0.44	0.26-0.74	0.0029
	Le patient consulte habituellement en médecine générale				
	le dr X	296 (26.06)	1.00	-	
	autre que le dr X	26 (52.00)	3.33	1.37-8.09	0.0102
	Consultation du dr X depuis				
	<=10 ans	218 (31.69)	1.00	-	
	>10 ans	104 (20.88)	0.62	0.43-0.89	0.0123
	Le principal médecin responsable du trt				
le dr X	233 (23.80)	1.00	-		
autre que le dr X	89 (43.00)	2.37	1.54-3.65	0.0002	
Consultation d'un spécialiste pour l'HTA					
oui	188 (24.51)	1.00	-		
non	134 (31.98)	1.66	1.18-2.35	0.0051	
Actuellement le patient a au moins un des problèmes de santé énoncés (cholestérol, diabète, etc...)					
oui	173 (23.44)	1.00	-		
non	149 (33.26)	1.62	1.16-2.26	0.0058	
NIVEAU MEDECIN	A participé à des FMC sur la prise en charge de l'HTA				
	oui	160 (20.81)	1.00	-	
	non	162 (38.85)	2.80	1.45-5.41	0.0033

Niveau patient : sexe, réseau social, parité, vit seul, a un emploi, durée du trajet pour se rendre au travail, BMI, statut tabagique, déclare avoir un traitement pour soigner l'HTA, consulte habituellement le dr X, nombre d'années de consultation avec le dr X, nombre de consultation avec le dr X depuis un an, dr X est le médecin responsable du traitement, consultation d'un spécialiste pour l'HTA, a un des problèmes de santé énoncés  
Niveau médecin : pays de naissance, exerce une autre fonction, a suivi une formation médicale continue sur l'HTA, niveau de satisfaction de ses conditions matérielles de travail, niveau de satisfaction des ses horaires de travail, statut par rapport à l'HTA, connaissance des recommandations sur l'HTA de l'ANAES

Parmi les caractéristiques des MG, la seule qui intervient est la participation à des FMC sur la prise en charge de l'HTA, avec un effet positif puisque les MG qui n'ont pas participé à ce type de FMC donnent moins souvent des CHD à leurs patients, toutes choses égales par ailleurs.

Les résultats suivants ne concernent que les patients pour lesquels le MG a déclaré avoir donné des CHD.

Les MG donnent un peu moins souvent le conseil de réduire la consommation de sel aux patients qui déclarent se sentir plutôt juste financièrement, et un peu plus souvent à ceux qui déclarent une prise en charge à 100% (**tableau 30**). Ne pas avoir participé à des FMC sur la prise en charge de l'HTA joue très négativement sur le fait de donner ces conseils, ainsi que se déclarer insatisfait par rapport à la variété dans le travail.

**Tableau 30. Absence de conseils hygiéno-diététiques concernant la réduction de la consommation de sel donnés par le MG en fonction des caractéristiques des patients et des caractéristiques des MG. Modèle multivarié hiérarchique. N= 870**

		N'a pas donné le conseil de réduire la consommation de sel			
		n (%)	OR	IC 95%	p
NIVEAU PATIENT	Situation financière perçue				
	plutôt à l'aise	168 (38.27)	1.00	-	
	plutôt juste	165 (39.57)	1.49	1.01-2.20	0.0482
	Pris en charge à 100% pour une affection particulière				
	non	171 (39.04)	1.00	-	
	oui	164 (38.50)	0.66	0.44-0.98	0.0428
NIVEAU MEDECIN	A participé à des FMC sur la prise en charge de l'HTA				
	oui	208 (34.15)	1.00	-	
	non	127 (49.80)	6.98	1.60-30.51	0.0124
	Niveau de satisfaction de la variété dans le travail				
	plutôt satisfait	276 (37.10)	1.00	-	
	plutôt insatisfait	59 (49.17)	9.28	1.34-64.50	0.0282

Niveau patient : nationalité, pays de naissance, vit avec une personne ayant une maladie grave, situation financière perçue, prise en charge à 100% pour une affection particulière, statut tabagique, déclare avoir un traitement pour soigner l'HTA, nombre de consultations avec le dr X depuis un an

Niveau médecin : a suivi une formation médicale continue sur l'HTA, niveau de satisfaction de sa rémunération, niveau de satisfaction vis-à-vis de la variété dans le travail, secteur conventionnel

En ce qui concerne le conseil de perdre du poids, on observe que, toutes choses égales par ailleurs, les MG le donnent plus souvent aux patients dont la langue maternelle n'est pas le français, ainsi qu'aux patients hommes (**tableau 31**). En revanche, ce conseil est moins souvent donné chez les patients dont aucun des parents n'est dans une CSP du haut de la hiérarchie sociale. Et ce conseil est, logiquement, moins souvent donné aux patients dont l'index de masse corporelle est normal.

Un résultat surprenant est que la seule caractéristique « médecin » qui joue est le fait de se réunir pour discuter des cas de certains patients, avec un « effet » négatif puisque les MG qui

tiennent ce type de réunion donnent moins souvent le conseil sur la réduction du poids (peut-être parce qu'ils anticipent plus que les autres MG que le patient ne va pas suivre ce conseil ?).

Une autre hypothèse serait que le fait de se réunir pour discuter de certains patients traduit un plus grand intérêt pour le soin individuel, et/ou pour les aspects relationnels, et une moindre attention aux aspects collectifs (prévention, santé publique).

**Tableau 31. Absence de conseils hygiéno-diététiques concernant la réduction du poids donnés par le MG en fonction des caractéristiques des patients et des caractéristiques des MG. Modèle multivarié hiérarchique. N= 870**

		N'a pas donné le conseil de réduire son poids			
		n (%)	OR	IC 95%	p
NIVEAU PATIENT	Sexe				
	femmes	109 (23.96)	1.00	-	
	hommes	143 (34.96)	2.15	1.47-3.15	0.0002
	Langue maternelle				
	française	226 (31.00)	1.00	-	
	étrangère	26 (19.26)	0.53	0.30-0.93	0.0307
	CSP des parents du patient				
	aucun des parents dans cadre et prof intermédiaires	203 (30.80)	1.00	-	
au moins un des deux parents dans cadre et prof intermédiaires	49 (23.90)	0.46	0.29-0.73	0.0019	
NIVEAU MEDECIN	BMI				
	<25	126 (19.27)	1.00	-	
	≥25	122 (62.89)	11.04	7.05-17.28	<0.0001
NIVEAU MEDECIN	Réunions pour discuter le cas de certains patients				
	non	161 (25.43)	1.00	-	
	oui	74 (43.53)	2.13	1.10-4.11	0.0290

Niveau patient : sexe, nationalité, pays de naissance, langue maternelle, réseau social, se sent en sécurité dans son quartier, vit seul, situation financière perçue, CSP des parents, activité physique, BMI, nombre de consultations avec le dr X depuis un an, consultation d'un spécialiste pour l'HTA

Niveau médecin : niveau de satisfaction de ses conditions matérielles de travail, niveau de satisfaction vis-à-vis de la variété dans le travail, réunions pour discuter le cas de certains patients

Les caractéristiques sociales qui jouent sur les conseils portant sur la réduction de la consommation d'alcool sont celles du MG plus souvent que celles du patient, puisque seul le sexe du patient intervient, avec des conseils donnés moins souvent aux femmes (**tableau 32**) (remarque : la déclaration de la consommation d'alcool des patients n'était pas liée en bivarié au fait de donner des conseils dans ce domaine). Quand le patient déclare ne pas avoir de traitement pour son HTA, le MG donne un peu moins de conseils sur l'alcool. Quand il déclare être atteint d'une pathologie associée autre que l'HTA, le MG lui donne plus souvent ce conseil.

Les caractéristiques des MG qui jouent sont ici le lieu de naissance, les MG nés à l'étranger donnant plus souvent le conseil de réduire la consommation d'alcool que les MG nés en

France. Les MG dont le chef de famille est d'une CSP « non cadre » donnent moins souvent de conseils sur l'alcool que leurs confrères d'origine plus favorisée. Si on observe un résultat attendu, à savoir que des durées de consultation plus longues sont associées à une fréquence plus importante de conseils sur l'alcool, la constatation d'un effet négatif de la participation à des enquêtes sur la prise en charge de l'HTA est difficile à expliquer (ces enquêtes émanent souvent de l'industrie pharmaceutique, les MG qui y participent sont peut-être moins sensibilisés aux problèmes d'alcool ?).

**Tableau 32. Absence de conseils hygiéno-diététiques concernant la réduction de la consommation d'alcool donnés par le MG en fonction des caractéristiques des patients et des caractéristiques des MG. Modèle multivarié hiérarchique. N= 870**

		N'a pas donné le conseil de réduire la consommation d'alcool			
		n (%)	OR	IC 95%	p
NIVEAU PATIENT	Sexe				
	femmes	403 (88.57)	1.00	-	
	hommes	276 (67.48)	0.26	0.17-0.38	<0.0001
	Fumeur actuel				
	non	603 (82.38)	1.00	-	
	oui	68 (55.74)	0.25	0.16-0.40	<0.0001
	Déclare être traité pour l'HTA				
	oui	650 (79.56)	1.00	-	
non	29 (61.70)	0.36	0.17-0.76	0.0100	
Actuellement le patient a au moins un des problèmes de santé énoncés (cholestérol, diabète, etc...)					
oui	430 (76.11)	1.00	-		
non	249 (83.28)	1.56	1.03-2.36	0.0389	
NIVEAU MEDECIN	Pays de naissance				
	France	616 (80.21)	1.00	-	
	étranger	63 (65.63)	0.35	0.17-0.72	0.0056
	CSP du chef/père de famille pendant son enfance				
	cadre	488 (76.85)	1.00	-	
	pas cadre	191 (83.41)	2.19	1.23-3.90	0.0099
	A participé à des enquêtes sur la prise en charge de l'HTA				
	non	549 (77.11)	1.00	-	
oui	130 (85.53)	2.78	1.36-5.67	0.0068	
Durée moyenne des consultations					
<20 minutes	349 (82.12)	1.00	-		
≥20 minutes	330 (75.17)	0.49	0.30-0.80	0.0058	

Niveau patient : sexe, se sent en sécurité dans son quartier, vit avec une personne ayant une maladie grave, niveau d'étude, a un emploi, CSP des parents, BMI, statut tabagique, déclare avoir un traitement pour soigner l'HTA, a un des problèmes de santé énoncés

Niveau médecin : âge, pays de naissance, CSP des parents, abonnement à des revues médicales, participation à des enquêtes sur la prise en charge de l'HTA, niveau de satisfaction des ses horaires de travail, niveau de satisfaction global, durée moyenne des consultations, canton du cabinet

Les conseils sur l'exercice physique sont donnés plus souvent, toutes choses égales par ailleurs, aux patients en surpoids et à ceux qui consultent le MG interrogé depuis longtemps (**tableau 33**). On n'observe pas de différenciation sociale sur cet aspect. Du côté des caractéristiques « médecin », comme précédemment, ceux qui ont participé à des enquêtes sur la prise en charge de l'HTA donnent beaucoup moins souvent des conseils sur l'exercice physique, alors que ceux dont les consultations sont plus longues en donnent plus souvent.

**Tableau 33. Absence de conseils hygiéno-diététiques concernant l'exercice physique donnés par le MG en fonction des caractéristiques des patients et des caractéristiques des MG. Modèle multivarié hiérarchique. N= 870**

		N'a pas donné le conseil de faire plus d'exercice physique			
		n (%)	OR	IC 95%	p
NIVEAU PATIENT	BMI				
	>=25	234 (35.78)	1.00	-	
	<25	79 (40.72)	2.06	1.34-3.18	0.0017
	Consultation du dr X depuis				
<=10 ans	185 (39.36)	1.00	-		
>10 ans	136 (34.52)	0.64	0.43-0.94	0.0267	
NIVEAU MEDECIN	A participé à des enquêtes sur la prise en charge de l'HTA				
	non	221 (31.04)	1.00	-	
	oui	100 (65.79)	6.83	2.37-19.71	0.0008
	Durée moyenne des consultations				
	<20 minutes	179 (42.12)	1.00	-	
>=20 minutes	142 (32.35)	0.39	0.17-0.87	0.0247	

Niveau patient : commerces à proximité de son habitation, vit avec une personne ayant une maladie grave, prise en charge à 100% pour une affection particulière, BMI, consulte habituellement le dr X, nombre d'années de consultation avec le dr X, dr X est le médecin responsable du traitement, a un des problèmes de santé énoncés

Niveau médecin : âge, a suivi une formation médicale continue sur l'HTA, participation a des enquêtes sur la prise en charge de l'HTA, durée moyenne des consultations, type de cabinet où il exerce

Lorsqu'on s'intéresse à l'avis des MG sur l'application par leurs patients des conseils qu'ils ont donnés, on observe que leur opinion varie avec le milieu social des patients : ils pensent plus souvent que les patients n'ont pas appliqué ces mesures lorsqu'ils ne sont pas propriétaires et lorsque les patients sont de CSP plutôt défavorisées (**tableau 34**). Les MG pensent que leurs patients en surpoids n'appliquent pas leurs conseils (qui ne concernent pas que la réduction du poids), de même pour ceux qui ne pratiquent pas régulièrement d'activité physique.

Les MG femmes sont plus « confiantes » que leurs confrères masculins dans le fait que leurs patients appliquent les conseils qu'elles ont donnés.

**Tableau 34. Avis du MG sur l'application des CHD par le patient en fonction des caractéristiques des patients et des caractéristiques des MG. Modèle multivarié hiérarchique. N= 870**

		Le médecin pense que le patient n'a pas mis en application au moins une des mesures HD			
		n (%)	OR	IC 95%	p
NIVEAU PATIENT	Propriétaire				
	oui	164 (34.89)	1.00	-	
	non	169 (42.89)	1.59	1.14-2.21	0.0078
	CSP du patient				
	artisan + employé + ouvrier	219 (43.11)	1.00	-	
	cadre + prof intermédiaire	113 (32.01)	0.66	0.47-0.91	0.0155
	Pratique une activité physique régulière				
	non	266 (41.82)	1.00	-	
	oui	67 (29.39)	0.64	0.45-0.93	0.0208
	BMI				
>=25	277 (42.35)	1.00	-		
<25	50 (25.77)	0.54	0.36-0.80	0.0031	
Le principal médecin responsable du trt					
le dr X	274 (36.73)	1.00	-		
autre que le dr X	59 (50.00)	1.87	1.21-2.89	0.0066	
NIVEAU MEDECIN	Sexe				
	hommes	284 (42.14)	1.00	-	
	femmes	49 (25.79)	0.46	0.26-0.82	0.0100

Niveau patient : nationalité, langue maternelle, propriétaire, se sent en sécurité dans son quartier, type d'habitation, vit avec une personne ayant une maladie grave, prestations sociales, situation financière perçue, niveau de revenu, CSP du patient, couverture cmu, durée du trajet pour se rendre au travail, activité physique, IMC, dr X est le médecin responsable du traitement, a un des problèmes de santé énoncés

Niveau médecin : sexe, a suivi une formation médicale continue sur l'hta, niveau de satisfaction vis-à-vis de la variété dans le travail, durée moyenne des consultations, type de cabinet où il exerce

Cette analyse sur les conseils hygiéno-diététiques donnés (ou pas) par le MG à ses patients hypertendus traités montre tout d'abord que plus d'un quart des MG interrogés déclarent ne pas en donner, et que ceux qui sont donnés concernent peu la réduction des consommations d'alcool et de tabac. Une seule caractéristique sociale des patients joue sur le fait de ne pas donner de CHD en général, avec des conseils donnés moins souvent aux personnes défavorisées sur le plan des relations sociales. Il semble que ce soit l'implication du MG dans le suivi de l'HTA (informations recueillies auprès du patient et permettant de savoir si un autre spécialiste a été consulté ou si le MG interrogé est le principal responsable du traitement de l'HTA) qui joue le plus sur le fait des donner des CHD. Un « effet » positif de la FMC apparaît dans notre analyse.

En ce qui concerne les conseils plus spécifiques, les patientes apparaissent plus « délaissées » que les patients par les MG. Notre hypothèse semble aussi confirmée par l'observation que moins de CHD sont donnés aux patients qui se perçoivent en situation financière précaire, et à ceux dont les parents sont de CSP plutôt défavorisée.

Un autre résultat intéressant concerne l'influence des caractéristiques sociales des MG, naissance à l'étranger, origine sociale via la CSP du père, la première jouant favorablement, la deuxième négativement sur le conseil de réduire la consommation d'alcool.

Les MG interrogés créditent leurs patients, en ce qui concerne l'application des conseils hygiéno-diététiques, de façon socialement différenciée, dans le sens de nos hypothèses, pensant plus souvent que les patients de milieu défavorisé n'ont pas appliqué ces conseils. Les femmes médecins ont une vision plus « positive » de leurs patients que leurs confrères masculins.

---

## 1.8. Connaissances et attitude des patients vis-à-vis de l'HTA

Notre hypothèse dans cette analyse est que les patients ont des connaissances sur les traitements de l'HTA et sur les complications de cette affection variables selon leurs caractéristiques sociales et selon les MG qu'ils consultent.

Les connaissances prises en compte dans ce travail sont ce que savent les patients sur les traitements non médicamenteux qui correspondent aux conseils hygiéno-diététiques analysés plus haut (les questions étaient : « Il a des moyens de faire diminuer la tension, en dehors des médicaments. Connaissez-vous ces moyens ? Pouvez-vous préciser les moyens que vous connaissez ? »). L'analyse a aussi porté sur l'application par le patient de moyens non médicamenteux pour faire diminuer sa tension (« Avez-vous déjà appliqué vous-même un ou plusieurs moyens en dehors des médicaments pour faire diminuer votre tension ? »), et sur la connaissance qu'ont les patients des conséquences de l'HTA (« Selon vous, l'hypertension peut-elle entraîner des problèmes de santé ou des complications ? »).

Pour ces variables expliquées « patient » il n'a pas été montré de variabilité inter médecins. Toutefois, des modèles mixtes ont été utilisés pour tester les associations avec les caractéristiques patients et MG. Pour chaque variable « patient » expliquée, des analyses bivariées ont d'abord été réalisées avec les caractéristiques patients et les caractéristiques MG dans des modèles séparés. Ont été retenues les variables liées avec  $p < 0,20$ . Ces variables ont été testées ensemble dans un modèle pas à pas descendant. Les variables liées avec  $p < 0,05$  ont été retenues.

Parmi ces patients en principe hypertendus traités (c'est-à-dire recrutés comme tels par les MG), 6% déclarent ne pas être traités pour leur HTA (ce résultat sera à vérifier avec la question qui porte dans le questionnaire médecin sur les traitements pris par chacun de ses patients) (**tableau 35**). Pour la majorité des patients inclus, le MG interrogé est le principal responsable de leur traitement. Moins d'un quart des patients (21%) pensent que l'HTA peut entraîner des problèmes de santé (72% pensent que non) (**Tableau 36(1)**). La moitié dit connaître des moyens non médicamenteux de faire baisser la TA, et parmi eux, 72% disent en avoir appliqué (**tableau 36 (2)**). Parmi les différentes façons dont le patient déclare avoir eu connaissance de ces moyens, le MG enquêté figure à la même place que la presse (44% des réponses), alors que le médecin spécialiste n'est cité que dans 13% des cas.

**Tableau 35. Réponses des patients hypertendus traités concernant leurs caractéristiques médicales**

		n	%
Etes-vous traité pour une HTA			
	oui	1114	93.5
	non	66	5.5
	NSP*	4	0.3
Consultation du médecin généraliste			
	de préférence le dr X	1140	95.6
	autre	29	2.4
Première consultation avec Dr X			
	oui	20	1.7
Médecin responsable du traitement			
	le dr X	980	82.2
	généraliste associé du drX	7	0.6
	généraliste d'un autre cabinet	17	1.4
	spécialiste à son cabinet	87	7.3
	spécialiste à l'hôpital	42	3.5
	autre cas	22	1.8
Année de diagnostique de l'HTA (NSP*, n=481)			
	<1980	125	10.5
	[1980-1984]	86	7.
	[1985-1989]	137	11.5
	[1990-1994]	163	13.7
	[1995-1999]	233	19.6
	>=2000	361	30.3
	MQ**	40	3.4
Consommation de tabac			
cigarettes	jamais	1028	86.2
	au moins une par jour	139	11.7
cigarillos	jamais	1163	97.6
	au moins un par jour	4	0.3
pipes	jamais	1163	97.6
	au moins une par jour	4	0.3
cigares	jamais	1160	97.3
	au moins un par jour	7	0.6
	MQ**	25	2.1

\*NSP : ne sait pas ; \* MQ : donnée manquante

**Tableau 36 (1). Réponses des patients hypertendus traités concernant leurs caractéristiques de santé**

		n	%
Consommation d'alcool dans les 12 mois			
	jamais	298	25.0
	oui, au moins une fois/an	873	73.2
	MQ**	21	1.8
	Si oui, une fois/ jour	362	41.5
	une fois / semaine	253	29.0
	une fois /mois	160	18.3
	une fois /an	95	10.9
	MQ**	3	0.3
Caractéristiques de l'HTA			
	le patient ne connaît pas le « chiffre le plus haut » de sa tension (tension systolique)	77	6.5
	le patient ne connaît pas le « chiffre le plus bas» de sa tension (tension diastolique)	299	25.1
	le patient ne connaît pas le « chiffre le plus haut » à ne pas dépasser	262	22.0
	le patient ne connaît pas « chiffre le plus bas» à ne pas dépasser	717	60.2
	Patient déclare TA > valeur qu'il déclare être la norme	122	10.2
Systolique	Patient déclare TA < valeur qu'il déclare être la norme	748	62.8
	MQ	322	27.0
	Patient déclare TA > valeur qu'il déclare être la norme	86	7.2
Diastolique	Patient déclare TA < valeur qu'il déclare être la norme	316	26.5
	MQ**	790	66.3
Selon vous, l'HTA peut –elle entraîner des problèmes de santé ou des complications ?			
	oui	251	21.1
	non	865	72.6
	NSP*	39	3.3
	MQ**	37	3.1
Problèmes de santé actuels			
	maladie des artères coronaires, ou angine de poitrine ou infarctus du myocarde	124	10.4
	insuffisance cardiaque ou cœur fatigué	145	12.2
	AVC ou AIT	56	4.7
	artérite ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs	65	5.5
	diabète	250	21.0
	cholestérol	520	43.6
	MQ**	28	2.4

\*NSP : ne sait pas ; \* MQ : donnée manquante

**Tableau 36 (2). Réponses des patients hypertendus traités concernant leurs caractéristiques de santé**

		n	%
Connaissance des moyens non médicamenteux pour faire diminuer la tension			
	oui	599	50.3
	non	567	47.6
	MQ**	26	2.2
Moyens que le patient connaît pour faire diminuer l'HTA en dehors des médicaments			
	manger moins salé	239	40.0
	perdre du poids	239	40.0
	boire moins de boissons alcoolisées	158	26.4
	faire de l'exercice, du sport	259	43.2
	ne pas fumer	108	18.0
	éviter le stress	159	26.5
	autres	236	39.4
Comment le patient a été informé de l'existence des conseils HD			
	Dr X	267	44.6
	autre médecin généraliste	56	9.4
	médecin spécialiste	77	12.9
	presse	259	43.2
	autres	136	22.7
Consultation spécialiste pour l'HTA			
	oui	769	64.5
	non	389	32.6
	NSP*	4	0.3
	MQ**	30	2.5
Cadre de la consultation de spécialiste			
	consultation en ville	543	70.6
	consultation à l'hôpital	219	28.5
	hôpital de jour	24	3.1
	hôpital de semaine	2	0.3
	hospitalisation classique	35	4.6
	autre	36	4.7
	MQ**	425	55.3

\*NSP : ne sait pas ; \* MQ : donnée manquante

**Tableau 37. Connaissances du patient sur les moyens de faire diminuer l'HTA, caractéristiques du patient et du MG. Modèle logistique multivarié hiérarchique. N= 1192**

		Le patient ne connaît pas les moyens de faire diminuer l'HTA en dehors des médicaments			
		n (%)	OR	IC 95%	p
NIVEAU PATIENT	Sexe				
	femmes	356 (54.35)	1.00	-	
	hommes	211 (41.29)	0.67	0.51-0.88	0.0054
	Nationalité				
	française	482 (46.35)	1.00	-	
	étrangère	85 (67.46)	2.14	1.36-3.38	0.0017
	Vit seul				
	non	379 (45.83)	1.00	-	
	oui	188 (55.46)	1.59	1.18-2.13	0.0032
	Niveau de revenu par unité de consommation				
	<=2500	367 (54.78)	1.00	-	
	>2500	116 (36.25)	0.58	0.43-0.80	0.0013
	CSP du patient				
	artisan + employé + ouvrier	387 (57.00)	1.00	-	
cadre + prof intermédiaire	178 (36.78)	0.63	0.47-0.85	0.0035	
A un emploi actuellement					
non	433 (52.42)	1.00	-		
oui	134 (39.41)	0.69	0.51-0.92	0.0151	
Patient déclare TA > valeur qu'il déclare être la norme					
non	497 (50.05)	1.00	-		
oui	70 (40.46)	0.67	0.46-0.96	0.0356	

Niveau patient : sexe, nationalité, réseau social, type d'habitation, problème avec son logement, vit seul, situation financière perçue, niveau de revenu, CSP du patient, a un emploi, CSP des parents, prise en charge à 100% pour une affection particulière, durée du trajet pour se rendre au travail, activité physique, traitement pour soigner l'HTA, nombre de consultation avec le dr X depuis un an, perception de sa tension artérielle, consultation d'un spécialiste pour l'HTA

Niveau médecin : exerce une autre fonction, niveau de satisfaction de sa rémunération, autre activité régulière

Les caractéristiques sociales sont clairement associées à la connaissance des patients sur les moyens non médicamenteux de faire diminuer la TA : ceux (ou celles) de nationalité étrangère, ceux (ou celles) qui vivent seuls, ceux (ou celles) qui sont dans la catégorie inférieure de revenus, qui sont dans la CSP artisan, employé, ouvrier, et qui n'ont pas d'emploi (cette catégorie comprenant les retraités et les autres inactifs) connaissent moins souvent ces moyens (**tableau 37**). Les patientes femmes sont plus ignorantes que les hommes. Les patients/tes qui déclarent une valeur de leur TA supérieure à celle qu'ils considèrent comme normale connaissent plus souvent les moyens non médicamenteux de faire diminuer la TA.

Parmi les 3 caractéristiques des MG testées dans le modèle (qui étaient liées en analyse bivariée à la connaissance des patients), aucune ne s'est maintenue dans le modèle global.

**Tableau 38. Connaissance du patient sur les conséquences de l'HTA et caractéristiques des patients et des MG. Modèle logistique multivarié hiérarchique. N= 1192**

		Le patient ne pense pas que l'HTA peut entraîner des problèmes de santé			
		n (%)	OR	IC 95%	p
NIVEAU PATIENT	Nationalité				
	française	67 (6.45)	1.00	-	
	étrangère	35 (28.00)	6.34	3.74-10.74	<0.0001
	Réseau social				
	réseau social	72 (7.77)	1.00	-	
	pas de réseau	24 (11.82)	1.89	1.12-3.18	0.0199
	A un emploi				
	non	84 (10.19)	1.00	-	
	oui	18 (5.31)	0.44	0.25-0.79	0.0075
	CSP des parents du patient				
	aucun des parents dans cadre et prof intermédiaires	94 (10.63)	1.00	-	
	au moins un des deux parents dans cadre et prof intermédiaires	8 (2.87)	0.35	0.16-0.75	0.0088
	Déclare avoir un traitement pour l'HTA				
	0 : oui	89 (8.00)	1.00	-	
	1 : non	13 (26.00)	3.65	1.71-7.80	0.0015
Actuellement le patient a au moins un des problèmes de santé énoncés (cholestérol, diabète, etc...)					
0 : oui	91 (9.98)	1.00	-		
1 : non	11 (4.38)	0.35	0.17-0.70	0.0047	

Niveau patient : nationalité, pays de naissance, langue maternelle, réseau social, prestations sociales dans le foyer, niveau de revenu, niveau d'étude, CSP du patient, a un emploi, CSP des parents, couverture CMU, BMI, déclare avoir un traitement pour soigner l'HTA, nombre d'années de consultation avec le dr X, nombre de consultations avec le dr X depuis un an, perception de sa tension artérielle (déclare une TA > à ce qu'il considère comme la norme), problèmes de santé dus à l'HTA, consultation d'un spécialiste pour l'HTA

Niveau médecin : sexe, participation à des enquêtes sur la prise en charge de l'HTA, niveau de satisfaction de sa rémunération, durée moyenne des consultations, type de cabinet où il exerce

Plusieurs caractéristiques sociales jouent sur l'ignorance des patients en ce qui concerne les conséquences de l'HTA, en défaveur du bas de la hiérarchie sociale : les patients étrangers, ceux dont le réseau social est faible, qui n'ont pas d'emploi, et dont aucun parent n'est de CSP favorisée sont plus souvent ignorants des conséquences de l'HTA (**tableau 38**). Les 2 caractéristiques médicales des patients qui sont liées à ces connaissances sont le fait de déclarer ne pas être traité pour l'HTA et avoir un problème de santé associé à l'HTA. Aucune caractéristique des médecins n'est apparue liée à la connaissance des patients dans le modèle multivarié.

**Tableau 39. Application par le patient des conseils hygiéno-diététiques et caractéristiques du patient. Modèle logistique multivarié hiérarchique. N= 625**

		Le patient n'a pas appliqué de moyens en dehors des médicaments			
		n (%)	OR	IC 95%	p
NIVEAU PATIENT	Niveau d'étude				
	0 <Bac	109 (34.82)	1.00	-	
	1>=Bac	50 (20.66)	0.48	0.32-0.72	0.0008
	Fumeur actuel				
	non	136 (26.10)	1.00	-	
	oui	26 (37.14)	1.92	1.11-3.34	0.0242
NIVEAU PATIENT	Déclare avoir un traitement pour l'HTA				
	oui	154 (26.69)	1.00	-	
	non	11 (61.11)	3.27	1.15-9.27	0.0298
NIVEAU MEDECIN	Niveau de satisfaction de la variété dans le travail				
	plutôt satisfait	151 (30.26)	1.00	-	
	plutôt insatisfait	14 (14.58)	0.43	0.23-0.79	0.0091

Niveau patient : nationalité, réseau social, type d'habitation, problème avec son logement, vit seul, niveau de revenu, niveau d'étude, CSP du patient, CSP des parents, activité physique, statut tabagique, déclare avoir un traitement pour soigner l'HTA., consulte habituellement le dr X, problèmes de santé dus à l'HTA, consultation d'un spécialiste pour l' HTA

Niveau médecin : âge, pays de naissance, CSP des parents, exerce une autre fonction, niveau de satisfaction de sa rémunération, niveau de satisfaction vis-à-vis de la variété dans le travail, sentiment d'efficacité pour traiter l'HTA

La seule caractéristique sociale qui reste liée, en analyse multivariée, au fait que le patient n'a pas appliqué de moyens non médicamenteux pour faire diminuer sa TA, est le niveau d'études : les bacheliers sont plus nombreux à avoir appliqué ces méthodes (**tableau 39**). Les fumeurs appliquent moins souvent ces méthodes, ainsi que les patients qui déclarent ne pas prendre de traitement contre l'HTA. La seule caractéristique « médecin » liée à ce comportement des patients est le niveau de satisfaction par rapport à la variété dans le travail, avec des patients qui appliquent moins souvent les moyens non médicamenteux chez les MG plutôt satisfaits. Les médecins insatisfaits paraissent plus percutants pour obtenir que les patients appliquent les CHD, ce qui va dans le sens de l'idée évoquée page 31 : les plus insatisfaits seraient aussi les plus investis.

Nos résultats sur les connaissances des patients concernant l'HTA vont clairement dans le sens de nos hypothèses, avec une moins bonne connaissance des moyens non médicamenteux de réduire l'HTA chez les patients socialement défavorisés, et il en est de même pour ce que savent les patients des conséquences de l'HTA. Ces hypothèses se vérifient aussi quant à l'application des conseils donnés par le MG, moins fréquente chez les patients les moins diplômés.

## 1.9. Conclusion

Nos hypothèses étaient simples, voire simplistes, et les résultats soulignent la complexité des relations entre le statut social des patients et les pratiques des MG. Nous avons bien observé des inégalités sociales en rapport avec des soins préventifs, mais elles ne vont pas toujours dans le sens de nos hypothèses.

Pour ce qui concerne les inégalités attendues (dans le sens défavorable au bas de la hiérarchie sociale), c'est essentiellement pour les frottis de dépistage qu'elles sont observées, avec un gradient social des frottis à jour pour plusieurs indicateurs sociaux. La prise en charge de l'HTA fait aussi partie des pratiques médicales qui défavorisent certains patients, avec des conseils sur les moyens non médicamenteux (conseils hygiéno-diététiques) donnés moins souvent aux patients isolés socialement, et à ceux d'origine sociale ouvrière.

A l'opposé, nous avons observé chez les MG participants une vigilance accrue dans le repérage des patients à risque, à savoir information présente dans le dossier ou avis du MG sur les dépistages gynécologiques et les consommations de tabac et d'alcool, pour les personnes socialement défavorisées. Il peut s'agir effectivement de la part des médecins d'une attention particulière et « bienveillante » par rapport aux patients en situation difficile, ou d'une représentation négative, proche d'une stigmatisation, vis-à-vis des comportements des personnes socialement défavorisées. Dans les 2 cas, cette attitude des médecins fait sans doute référence à des stéréotypes sociaux. Ceci peut se rapprocher des inégalités de genre que nous avons mises en évidence dans les connaissances qu'ont les médecins de la consommation d'alcool, qui défavorisent nettement les femmes.

Il est clair que les MG qui ont participé à notre étude sont sélectionnés (faible taux de réponse, mais proche de ceux qui sont observés dans les études auprès des médecins), il sont plus jeunes et exercent dans des cantons plus favorisés que les non répondants. Il est difficile d'estimer l'impact de cette sélection sur ces résultats, car il est possible que nous ayons sélectionné des MG peu intéressés par les inégalités sociales ou inversement des médecins impliqués dans cette problématique. Devant l'observation de gradients sociaux attendus, l'hypothèse d'avoir sélectionné des médecins « militants » est moins probable. En revanche, la différenciation sociale « pro-pauvre » observée pour le repérage des patients à risque va plutôt dans le sens d'une sélection de MG attentifs. Toutefois, dans l'hypothèse où nous aurions sélectionné des médecins plutôt « militants », nos résultats tendent à montrer que l'attitude favorable des participants par rapport aux patients favorisés s'arrête au repérage des risques, mais ne s'applique pas à la réalisation pratique des soins.

En revanche, les hypothèses concernant les patients se sont avérées justes, puisque nous avons montré d'une part que l'exposition aux risques tabac et alcool était, dans la patientèle des MG de notre échantillon, plus fréquente chez les hommes en situation économique ou sociale défavorable, et que d'autre part les connaissances des patients sur l'HTA, ses conséquences et ses « traitements » non médicamenteux étaient moins bonnes pour plusieurs indicateurs de statut social. Il en est de même pour l'application de ces moyens, moins fréquente chez les non bacheliers.

Un de nos objectifs était aussi d'analyser les caractéristiques des médecins en rapport avec leurs pratiques. Nous avons retrouvé des résultats attendus, à savoir des pratiques plus performantes en cas de consultations plus longues, de participation à des formations médicales continues. Les médecins femmes semblent assurer un meilleur suivi de l'HTA que leurs confrères masculins. Le seul comportement de santé des MG qui jouent sur leur pratique dans notre étude est le tabagisme, associé à un meilleur repérage de celui des patients.

Certains de nos résultats nécessitent l'apport d'autres analyses, car leur interprétation n'est pas immédiate. Nous avons en effet observé de moins bonnes performances des MG chez ceux qui déclarent assister à des réunions pour discuter des cas difficiles (frottis et conseils hygiéno-diététiques), et chez ceux qui se déclarent insatisfaits de leur travail (repérage de la consommation de tabac et conseils hygiéno-diététiques).

Un autre résultat à approfondir est qu'exercer dans un canton défavorisé est lié de façon négative à deux des soins étudiés, le suivi de l'HTA et le dépistage par mammographie. Cette caractéristique « médecin » recouvre plusieurs aspects : un manque de temps lié à la charge de travail plus importante dans cet environnement (liée à la densité médicale basse et aux caractéristiques de la patientèle) ; cette « variable » peut aussi refléter les caractéristiques mêmes de la patientèle, socialement défavorisée. Il peut aussi s'agir du reflet d'un souhait du MG de travailler dans ce type d'environnement, et donc une propension à s'intéresser aux problèmes des patients défavorisés.

## **Volet 2 : inégalités sociales des pratiques préventives en médecine générale : comment les réduire ?**

---

### **2.1 Introduction**

#### **Contexte**

Même si d'autres spécialités médicales (pédiatres et gynécologues notamment), des structures et services (centres de santé ou PMI) ou des professions paramédicales peuvent aussi offrir des soins de premier recours, les médecins généralistes (MG) sont en France les acteurs essentiels des soins primaires et institués comme tels par la Loi portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009. La question du rôle des MG dans la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) se trouve ainsi posée, d'autant que dans notre pays les MG assurent plus de 200 millions de consultations par an, et que l'accès au MG est globalement peu socialement différencié. Le Royaume Uni (dans le cadre d'un système de rémunération des MG très différent de celui actuellement existant en France) a émis des recommandations vers les MG pour leur permettre de réduire les ISS<sup>3</sup>. Ces recommandations se fondent sur les résultats de travaux qui ont montré qu'il est possible d'agir en soins primaires pour réduire les ISS.

Comment améliorer les pratiques préventives en soins primaires reste à ce jour une question très débattue. Comment prendre en compte les inégalités sociales dans cette problématique et quelles sont les interventions de prévention qui pourraient réduire ces inégalités représente un 2<sup>ème</sup> niveau de questionnement encore peu exploré.

#### **Objectifs**

Ce second volet du projet est un projet de définition d'une intervention ayant pour but d'améliorer une ou plusieurs pratiques préventives en médecine générale en France tout en réduisant les gradients sociaux d'utilisation de ces pratiques.

Atteindre cet objectif passe en premier lieu par un travail bibliographique : établir une revue de la littérature d'une part, sur la façon dont sont abordées les inégalités sociales de santé en médecine générale, d'autre part sur les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire ces inégalités et qui sont susceptibles d'être mises en œuvre par des MG en France.

Une autre visée de ce volet est de fonder les bases d'un réseau de recherche interdisciplinaire sur les inégalités sociales de santé en médecine générale

#### **Démarche**

Ce travail a reposé sur le principe d'une démarche collective associant chercheurs et médecins généralistes.

Le travail réalisé s'est organisé autour de 6 séminaires d'une journée qui se sont tenus entre mars 2008 et novembre 2009. Un ordre du jour précis était établi préalablement à chaque séminaire qui faisait l'objet d'un compte-rendu détaillé<sup>4</sup>. Entre chaque rencontre, des tâches étaient réparties entre les différents participants.

#### **Participants**

##### **PARIS**

- Inserm U149 : Patrick Flores (MG), Marie Josèphe Saurel Cubizolles (épidémiologiste)
- Inserm U822 : Virginie Ringa (épidémiologiste)
- Département de médecine générale Paris 5 : Laurent Rigal (Chef de clinique, MG), Hector Falcoff (Professeur associé, MG), Madeleine Favre (MG)

---

<sup>3</sup> Addressing Health inequalities. A guide for general practitioners. Royal College of General Practitioners, 2008

<sup>4</sup> Voir en annexe les comptes-rendus des séminaires

- Département de médecine générale Paris 6: Mady Denantes (MG, SFTG (société de formation thérapeutique du généraliste), Anne Marie Magnier (Professeur, MG, SFTG), Gladys Ibanez (Chef de clinique, MG)
- Inserm UMR-S707 : Pierre Chauvin (épidémiologiste), qui n'a pu assister qu'au premier séminaire.

#### TOULOUSE

- Inserm U558 et LISST UMR 5193: Thierry Lang (épidémiologiste), Christine Rolland (sociologue)
- Département de médecine générale Toulouse : André Stillmunkes (MG), Marc Vidal (Professeur associé, MG), Robert Nicodème (Professeur associé, MG)

#### NANTES

- PIMESP – Hôpital St Jacques Nantes : Jean Pascal (épidémiologiste), Pierre Lombrail (épidémiologiste). Ces 2 participants n'ont assisté à aucun séminaire ; Pierre Lombrail est intervenu après le 6<sup>ème</sup> et dernier séminaire réunissant l'ensemble des participants.

#### CAEN

- Département de médecine générale de Caen : Vincent Kowalski (Chef de clinique, MG), Marianne Samuelson (Professeur associé, MG)

A ces participants initiaux se sont ajoutés des internes en médecine générale qui ont ainsi pu réaliser leur thèse d'exercice sur cette thématique : Laurent Auboire, G Puey, Antoine Soppelsa, Xavier Vuillaume, Marta Robalo, Cyrille De Reynal, Nathalie Martin.

Un changement de direction du projet est intervenu entre le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> séminaire : Virginie Ringa a remplacé Patrick Florès.

---

## 2.2 Réalisation d'un travail bibliographique

L'objet du **premier séminaire** (mars 2008) était que chaque équipe expose la façon dont elle aborde la question des inégalités sociales de santé et la place des soins primaires et des médecins généralistes dans ces inégalités. La définition du champ d'étude et la constitution d'axes de travail ont été précisées à l'issue de ce premier séminaire.

### ***Le choix des thèmes d'intervention***

Dans le cadre de la question générale des disparités sociales des pratiques préventives en médecine générale, chaque équipe a choisi une thématique sur laquelle elle allait mener une recherche bibliographique (cf compte rendu séminaire 1).

Ces thématiques ont concerné en particulier les procédures diagnostiques ou de dépistage, les processus de soins et leurs résultats.

Equipe Paris 6 et SFTG : grossesse et allaitement

Equipe U822 : MST et contraception

Equipe U149 : alcool et tabac

Equipe UMR 707 : santé mentale et suicide

Equipe Paris 5 : autres pathologies

Equipe de Toulouse : risque cardio-vasculaire

Equipe de Caen : cancers

Equipe de Nantes: diabète

### ***Méthodes d'interrogation***

Une méthode d'interrogation commune des bases de données bibliographiques a été définie selon 2 niveaux et diffusée à l'ensemble des participants entre les deux premiers séminaires :

Description des ISS en France et dans des pays de niveau de développement économique comparable  
Description des interventions réalisables en MG pour diminuer les ISS

Les bases de données utilisées ont été Medline, ainsi que les journaux en français (Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Etudes et Résultats...), les données non publiées en anglais qui concernent la France ; et d'utiliser les articles issus de la bibliographie des articles sélectionnés.

Une équation de recherche réunissant des mots clés Mesh relatifs aux inégalités de santé et au médecin généraliste a été proposé en mars 2008 (cf annexe 1). Une première recherche bibliographique a ainsi été réalisée par Patrick Flores. Les articles sélectionnés considérés comme pertinents à la lecture du titre et du résumé ont été répartis en « généralités », « aspects transversaux » et dans les différents thèmes de santé étudiés. Les articles jugés non pertinents, les articles concernant les pays en voie de développement, et ceux ne concernant ni un aspect transversal, ni un thème de santé étudié ont été exclus. Parmi 2945 références obtenues, environ 1000 ont été retenues dans un premier tri et distribuées aux participants.

Par la suite, chaque équipe pouvait approfondir la recherche dans PubMed de 2 façons différentes :

Equation 1 comprenant:

- des mots clés liés aux ISS
- des mots clés du thème de travail étudié (Cancer, Pregnancy...)
- des mots clés relatifs au MG ou aux soins primaires

Equation 2 comprenant :

- des mots clés liés aux ISS
- des mots clés du thème de travail étudié (Cancer, Pregnancy...)

Cette équation n'intégrait pas de termes de recherche sur la médecine générale qui pouvaient conduire à passer à côté des questions d'équité quand ce qui fait la différence est le soin spécialisé (qui concerne tout de même le MG si on considère qu'il joue un rôle de « gate keeper »).

Chaque équipe a ainsi présenté ses premiers résultats bibliographiques lors du second séminaire (cf compte-rendu du **séminaire 2**) à l'issue duquel il fut décidé d'un recentrement sur les thèmes candidats pour une intervention :

- dépistage du cancer du col (Caen)
- grossesse, allaitement (Paris VI)
- obésité chez l'enfant, ostéoporose, insuffisance rénale (Paris V)
- Alcool (Toulouse)
- Tabac (P Florès)

Le travail bibliographique s'est poursuivi et a fait l'objet de support de thèses de médecine, de présentations en congrès et d'écriture d'articles scientifiques (cf annexes). Commentaires et conseils étaient prodigués par les autres membres du groupe, de manière à guider ce travail et encadrer les travaux de thèses associés et à préparer les publications. Trois articles sont en cours de soumission, dont les résumés sont présentés ci-dessous.

## THE PREVALENCE OF SMOKING DURING PREGNANCY IN DEVELOPED COUNTRIES: A REVIEW OF THE LITERATURE

Gladys Ibanez, Marta Robalo, Mady Denantes, Patrick Flores, Virginie Ringa, Anne-Marie Magnier

### ABSTRACT

**Objectives:** Smoking in pregnant women contributes to one third of neonatal cases of morbidity and mortality. This study provides an inventory of tobacco consumption during pregnancy, as a function of socioeconomic criteria in various developed countries.

**Method:** A review of the literature was carried out between January 1<sup>st</sup> 1993 and March 1<sup>st</sup> 2009, using Medline and the Public Health Database. The papers were selected independently by two persons, using a methodological grid designed to evaluate the quality of the studies. From 1446 initially selected papers, 16 from 13 different countries were retained for further analysis.

**Result:** The prevalence of smoking during the third trimester of pregnancy was the lowest, with respectively 9.7%, 13.3% and 13%, in Japan, Norway, and the United States. This prevalence was the highest, with respectively 23.1%, 24.5% and 22%, in Canada, Spain, and France. Women who smoked during their pregnancy were most commonly found to be those who were young, single, from a low socioeconomic group, or with a low level of education. Women from immigrant population groups smoked less than the local population during their pregnancy.

**Conclusion:** Knowledge of the socio-demographic distribution of women who smoke during pregnancy is essential for the definition of preventative politics, which are needed in order to reduce health-related social inequalities. An in-depth analysis of existing primary health care programs would allow new strategies to be defined.

## PREVALENCE DE L'ALLAITEMENT EN COURS DE GROSSESSE DANS LES PAYS DEVELOPPES: REVUE DE LA LITTERATURE

Nathalie Martin, Gladys Ibanez, Anne-Marie Magnier, Mady Denantes, Virginie Ringa.

### RESUME

**Objectifs:** L'allaitement maternel est le meilleur lait pour l'enfant à naître. Il est recommandé par de nombreuses organisations nationales et internationales (OMS, HAS). Cette étude dresse un état des lieux de la prévalence de l'allaitement maternel dans différents pays développés en fonction de critères socioéconomiques.

**Méthode:** Une revue de la littérature a été réalisée entre le 01/01/1998 et le 27/02/2009 sur Medline et la Banque de Données en Santé Publique. La sélection des articles a été réalisée par deux personnes de façon indépendante, à l'aide d'une grille méthodologique évaluant la qualité des études. Sur les 1126 articles initialement sélectionnés, 17 ont été gardés pour analyse dans 15 pays différents.

**Résultats :** La prévalence de l'allaitement maternel à 6 mois était la plus forte au Japon, en Nouvelle Zélande et en Australie, respectivement de 72.7%, 62% et 50.4%. Cette prévalence était la plus faible, en France, en Grèce et au Royaume Uni, respectivement de 15%, 16% et 22%. Les femmes pratiquant le moins l'allaitement maternel étaient le plus souvent des mères jeunes, célibataires, de faible niveau socio-économique, avec un faible niveau d'instruction. Par contre, les femmes issues de population immigrées allaitaient plus souvent leur enfant que les femmes autochtones.

**Conclusion :** Connaître la répartition socio-démographique des femmes allaitant le plus leur enfant est essentielle pour déterminer les politiques de prévention nécessaires afin de réduire les inégalités sociales de santé. Une analyse approfondie des programmes déjà menés en soins primaires permettrait de définir de nouvelles stratégies.

## Primary Care-Based Interventions to promote Breastfeeding in low-income women

Cyrille de Reynal de Saint Michel, Gladys Ibanez, Virginie Ringa, Mady Denantes, Patrick Flores, Anne-Marie Magnier

### Abstract

**Aims:** Given the health benefits of breastfeeding (BF) for both mother and child, healthcare institutions (WHO, American Academy of Pediatrics, National Health Service) recommend that a child should be breastfed for the first six months of its life. Despite this recommendation, however, the targets are not being met and differences between social groups as regards breastfeeding behaviour are very prevalent. The main aim of this project was to identify effective programmes that can be implemented by general practitioners for promoting breastfeeding in low-income women.

**Method:** A review of existing literature was based on the Medline, Cochrane and BDSP databases (1985-2009), using index terms relating to breastfeeding, general medicine and social inequalities in health. Randomised and semi-randomised trials were included in our analysis. Two people independently selected which studies would be used by rating the quality of the articles. The results of these studies were then presented in raw form and as a pooled relative risk.

**Results:** We analysed 10 studies (out of 343) involving a population of 1445 “mother and child” pairs. The studies that assessed ways of encouraging the initiation of any form of BF showed that educational programmes are effective (RR for starting BF, 1.46; 95% CI: 1.03-2.08). As regards the studies involving ways to encourage mothers to continue BF, the programmes used showed significant success rates after 3 months in the postpartum (RR: 1.15 95% CI [1.01-1.30]). The successful programmes usually involved multiple “short” follow-up appointments (<20-30 minutes).

**Conclusions:** Educational programmes are effective to promote BF in low-income women. Nevertheless, it has still to be proven whether specific programmes would reduce the gradient caused by social inequality in health, since no clear results have yet been seen with treatment education programmes.

---

## 2.3 Définition d'une étude d'intervention en médecine générale

Les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé, ou de qualité des soins, sont difficiles à construire et à évaluer (Cooper 2002). Les études publiées sont souvent des analyses secondaires de données recueillies pour d'autres études, leur puissance est souvent insuffisante, et la mesure de la position sociale imprécise. La majorité des études d'intervention sont réalisées aux Etats-Unis, et les conclusions des études américaines ne sont pas automatiquement extrapolables à des pays comme la France. Ces études peuvent être classées en plusieurs types, chacun présentant avantages et inconvénients :

- L'éducation des patients
- L'éducation des professionnels.
- Les dispositifs basés sur des rappels destinés aux professionnels et / ou aux patients
- Les modifications du déroulement des consultations
- L'intervention de nouveaux acteurs et la réorganisation des soins
- L'amélioration continue de la qualité des pratiques

Ce contexte en tête et à l'aide des résultats du travail bibliographique, la réflexion sur les modalités d'une étude d'intervention a avancé sous forme de 3 ateliers « imaginez un protocole sur... » (cf compte-rendu séminaire 3) :

- atelier « haut risque cardio vasculaire » ;
- atelier « frottis » ;
- atelier « grossesse et allaitement ».

### 2.3.1. Choix des domaines de santé, de la nature et de la cible de l'intervention

Cette méthode a permis, de manière pragmatique, de discuter de la pertinence des différents thèmes en termes d'intérêt au regard des inégalités sociales de santé et de la faisabilité (cf compte-rendu du **séminaire 4**), et aussi de creuser le questionnement sur le type d'intervention : organisationnelle/ nouvelles pratiques ; ciblée sur une thématique/ sur deux thématiques croisées/ globale...

De nombreuses questions méthodologiques ont émergé et ont été discutées (cf compte-rendu du **séminaire 5**).

Pour avancer, le groupe s'est mis en situation de répondre à un appel à projets (INCA SHS-SP et épidémiologie) dans lequel il était question de proposer une étude d'intervention à deux bras croisés : d'un côté de type organisationnel pour le frottis (Reminders et assistant/e de consultation), de l'autre des focus groupes de MG centrés sur leurs pratiques pour la prévention du risque cardiovasculaire (RCV).

De nouvelles questions sont apparues :

- faut-il informer tous les MG participants sur les ISS? ou seulement ceux du groupe « frottis » ? ou aucun d'entre eux ?
- faut-il centrer la prévention sur le RCV ou uniquement sur le tabac ?
- faut-il choisir une zone d'intervention en milieu défavorisé ou mixte ?
- faut-il adjoindre un volet qualitatif sociologique ?

Au fil des échanges, un premier schéma d'intervention s'est dessiné (cf compte-rendu du **séminaire 6**), composé de 3 bras :

- bras 1 : assistant(e) de prévention, qui gère la liste médecin traitant
- bras 2 : consultation dédiée de prévention, faite par le MG, avec rémunération particulière
- bras 3 : aucune intervention

L'idée était, pour identifier des patients en déficit de soins préventifs, de partir de la liste médecin traitant, de la mettre à jour et de la compléter par des données socio-économiques et des informations sur les comportements de santé recueillies par questionnaire postal envoyé aux patients.

Parmi les nombreux points à préciser, on peut noter :

- comment procéder pour mettre à jour la liste patients ?

- le partage des rôles entre l'investigateur et l'assistant-e ;
- que fait le MG devant les patients non à jour de prévention dans le groupe témoin ?
- le questionnaire rempli par le patient est-il à renvoyer au MG ou à l'unité de recherche investigatrice ?
- forme-t-on dans les trois groupes /ISS ? même question que plus haut.

### 2.3.2. Schéma d'intervention proposé

Des échanges écrits et téléphoniques entre les membres du groupe ont conduit aux réflexions suivantes :

Mettre en place une intervention chez des MG (bras 1) et la comparer à une absence d'intervention dans le bras 2 comporte 2 inconvénients. L'exposition à l'effet Hawthorne (les MG du bras 2 risquent de modifier leurs pratiques uniquement parce qu'ils font partie d'un protocole expérimental), et le risque d'obtenir des données de moins bonne qualité chez les MG du bras 2 (comment motiver des MG à recueillir des données s'ils n'ont « rien à faire » comme intervention ?).

Toutefois, comparer 2 interventions qui auraient toutes 2 comme objectif de réduire les inégalités sociales (dans 2 champs différents de la santé, bien entendu) risquerait de diminuer le contraste entre les 2 bras, et donc de masquer un éventuel effet des interventions testées.

Une possibilité serait donc de mettre en place un plan expérimental en blocs équilibrés incomplets, comportant 2 interventions dont l'objectif et la nature sont totalement différents.

- intervention 1 : dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) par frottis, avec comme objectif principal de faire diminuer le gradient social dans le taux de frottis à jour de la patientèle des MG du bras 1

- intervention 2 : repérage et prise en charge de la consommation de tabac chez les femmes entre 25 et 65 ans (ou prise en charge du haut RCV ?) sans aucune mention d'un aspect concernant les ISS.

Le choix de centrer l'intervention 2 sur le repérage et la prise en charge du tabagisme chez les femmes se justifie à la fois par des arguments de santé publique (augmentation des cancers du poumon chez les femmes liée à une augmentation de la consommation de tabac) et par des arguments méthodologiques (même population cible que l'intervention 1, ce qui facilite la mise en place et l'évaluation des interventions).

groupe 1 : intervention 1, groupe 2 : intervention 2 : le groupe 1 sert de groupe témoin pour l'intervention 2, le groupe 2 sert de groupe témoin pour l'intervention 1

	CCU	Tabac
Médecins groupe 1	Intervention	Témoin
Médecins groupe 2	Témoin	Intervention

CCU : intervention touchant à l'organisation du cabinet

- Utilisation par un(e) assistant(e) extérieur(e) au cabinet de la liste médecin traitant pour constituer une liste de femmes concernées, entre 25 et 65 ans, avec recommandations dépistage frottis (périodicité bien définie) : repérage des femmes non à jour et code dans les dossier des patientes concernées ?

Cet(te) assistant(e) sera mutualisé(e) pour plusieurs MG du bras 1( cf ASALEE)

Programme qui déclenche des rappels automatiques (reminders) destinés au médecin ou à l'assistant(e) lorsque le moment de réaliser la procédure approche ;

- système de rappels téléphoniques ou postaux des patientes au lieu d'attendre qu'elles se présentent spontanément en consultation.

- activation des patientes : documents en salle d'attente compréhensibles par des femmes de faible niveau d'études, en plusieurs langues (dont arabe).

Tabac ou RCV : « intervention d'activation » des patientes et des MG

- Patientes : dans la salle d'attente documents écrits sur le tabagisme, centré sur les femmes, compréhensibles par des femmes de faible niveau d'études, en plusieurs langues (dont arabe)

Questionnaire rempli par la femme

- MG : focus groupes sur le tabac chez les femmes (?), séminaire, formation aux interventions brèves, activations du MG, en lisant par exemple le questionnaire rempli par la patiente.

### **2.3.3. Discussion du schéma proposé**

Ce protocole ne paraissait pas entièrement satisfaisant, ainsi qu'il en a été discuté lors d'une **réunion téléphonique** :

- Est-ce qu'une modification de l'organisation du cabinet médical via un-e assistant-e peut réduire les inégalités sociales en matière de santé ?
- La consultation de prévention dédiée (avec rémunération particulière) réalisée par le MG est-elle plus efficace que l'intervention de prévention réalisée par un-e assistant-e ?
- Faut-il faire précéder la consultation de prévention dédiée par une formation du médecin sur les inégalités sociales de santé ?

De plus, les avis étaient partagés quant à la pertinence de travailler sur la consultation de prévention, dont on ne connaît pas encore les modalités pratiques.

Confronté à ces diverses questions, les participants à cette réunion téléphonique se sont interrogés sur l'intérêt de réfléchir à un autre type de protocole, et ont mandaté deux chercheurs, qui se sont retrouvés lors d'une **dernière séance de travail** de 2 jours à Toulouse, pour approfondir et finaliser le travail déjà réalisé sur la définition de l'intervention.

A l'issue de cette séance de travail sont apparues de nouvelles questions concernant la nature des obstacles à prendre en compte pour réduire les ISS (obstacles matériels et socio-psychologiques), et l'opportunité même de mettre en place une intervention dans le contexte actuel de réorganisation des soins primaires. Une nouvelle hypothèse, qui n'avait pas été discutée jusqu'alors dans le groupe, a été émise, à savoir que la réduction des inégalités sociales de soins devrait prendre en compte, du côté des personnes soignées, à la fois les obstacles liés à un manque de contrôle sur sa vie et/ou les obstacles matériels. Elle devrait également s'intégrer dans la temporalité d'une relation de soins plus ou moins continue inscrite dans la durée.

Compte tenu de cette nouvelle hypothèse, en préalable à la définition d'une intervention, il a été proposé la mise en place d'une première étape, qui consisterait à identifier, dans une enquête transversale auprès de sujets issus de patientèles de MG, le lien entre : 1) précarité au sens de vulnérabilité sociale définie par les institutions (CMU, CMU-C...); 2) précarité basée sur d'autres critères (support social, situation financière perçue); 3) les différents indicateurs utilisés dans l'approche du gradient social d'une part (niveau d'instruction ou de revenu, catégorie socio-professionnelle) et les indicateurs de capacité à contrôler sa vie et sa santé (health literacy, self-efficacy, estime de soi ....) de l'autre. Les instruments de mesure qui existent devraient au préalable être traduits. La capacité des MG à identifier les obstacles matériels aux pratiques de prévention devrait être également testée dans cette première étape dans une approche qualitative (entretiens et (ou) focus groupes).

---

## **2.4. Conclusion**

Nous n'avons pas abouti, comme prévu, à finaliser la construction d'une intervention permettant de réduire les gradients sociaux d'utilisation des soins préventifs, parce qu'il s'agit d'une entreprise extrêmement complexe d'une part, et d'autre part du fait de divergences qui sont apparues, tardivement, entre les membres du groupe concernant l'opportunité et la nature même d'une éventuelle intervention.

Toutefois, un aspect très important de notre travail, que tous les participants ont souligné, est que les méthodes mises en oeuvre dans ce groupe de praticiens et de chercheurs ont permis des échanges très fructueux sur les pratiques et les méthodologies de recherche, et les préoccupations de terrain. Les jeunes MG en formation, comme leurs aînés, ont souligné

les bénéfices de ces échanges. Le nombre de thèses d'exercice réalisées dans le cadre de notre groupe, ainsi que les articles écrits par les chefs de clinique et les internes en MG, en témoignent clairement. Cette expérience met en exergue d'une part l'apport que permet ce type de travail au développement de la recherche en médecine générale, mais aussi les difficultés que présente le travail entre partenaires dont les attentes et la temporalité diffèrent.

Les perspectives sont d'approfondir et d'éclaircir les questions citées plus haut (via une demande de subvention à l'IRESP pour le financement d'un séminaire de réflexion, portée par P Lombrail) et, pour une partie du groupe, de proposer un protocole d'intervention dans le domaine de la prévention du cancer.

---

## **2.5. Annexes**

Annexe 1. comptes-rendus des 6 séminaires

Annexe 2. Valorisation : listes des publications issues de ce projet (thèses de médecine, articles, communications)

Annexe 3. résumés des communications

Annexe 4. contributions des participants