

Facteurs limitant la mise en oeuvre des recommandations de prévention en médecine générale

Enquête auprès d'un échantillon de médecins
généralistes franciliens et de leurs patients.

RAPPORT FINAL DE RECHERCHE

30 JUIN 2008

Equipe de recherche (par ordre alphabétique)

Hendy Abdoul, Michel Askevis, Janine Bachimont, Aurélie Demongeot, Hector Falcoff,
Patrick Florès, Nora Liberalotto, Audrey Marchal, Olivier Moncade, Fanny Ribaud,
Laurent Rigal, Virginie Ringa, Marie-Josèphe Saurel Cubizolles.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	5
2. Objectifs du projet de recherche	6
3. Etude épidémiologique	6
3.1 Méthodes de l'étude épidémiologique	6
3.1.1 Population : les médecins généralistes	6
3.1.2 Population : les patients	7
3.1.3 Recrutement et inclusion des médecins	8
3.1.4 Recrutement et inclusion des patients	8
3.1.5 Outils de recueil	8
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	11
3.1.10 Stratégie d'analyse des données	11
3.1.11 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés	13
3.2. Résultats de l'étude épidémiologique	14
3.2.1 La participation à l'enquête épidémiologique	14
3.2.2 Analyses portant sur l'hypertension artérielle	16
3.2.3 Qualité du dépistage des cancers du col utérin et du sein	19
3.2.4 Qualité du repérage et de la prise en charge de l'exposition au tabac et à l'alcool	23
3.3 Discussion des résultats de l'étude épidémiologique	32
3.3.1 Difficultés rencontrées dans la conduite de l'étude	32
3.3.2 Rappel des principaux résultats	32
3.3.3 Points forts de l'étude	33
3.3.4 Limites de l'étude	34
4. Etude sociologique	36
4.1 Problématique et état de la question	36
4.1.1 Définir la prévention	36
4.1.2 Les savoirs médicaux sur la prévention et les limites de leur mobilisation par les médecins généralistes	37
4.1.3 Les déterminants de la variabilité des pratiques	38
4.2 Méthodes de l'étude sociologique	40
4.2.1 Déroulement	40
4.2.2 Caractéristiques des médecins interviewés	40
4.3 Résultats : la variabilité des pratiques de prévention.	42
4.3.1 L'hypertension artérielle (HTA)	42
4.3.2 La prévention et le dépistage des cancers féminins	43
4.3.3 Dépistage et prise en charge de la consommation « excessive » de tabac et d'alcool	45
4.4 Conclusions de l'étude sociologique	47
4.5 Bibliographie de l'étude sociologique	50
5. Valorisation	53
6 Perspectives	53
7. Tableaux	54
7.1 Participation des médecins et des patients	54
Tableau I : Médecins participants et non participants	54
Tableau I bis : Médecins participants et non participants : enquête auprès des non participants	55
Tableau II : Description de l'échantillon de médecins (N = 59)	56
Tableau III : Participation des patients selon le groupe d'inclusion	57

Tableau IV : Participation des patients selon le médecin	57
Tableau V: Participation des patients selon leurs caractéristiques individuelles (N = 4106)	58
Tableau VIa: Participation des patients selon les caractéristiques de leurs médecins (N = 4106)	59
Tableau VIb: Participation des patients selon les caractéristiques de leurs médecins (N = 4106)	60
Tableau VII: Participation des patients : analyse multi-variée (N = 3896 / 59 MG)	61
7.2 Patients traités pour HTA	62
Tableau VIII: Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête HTA (N=1192)	62
Tableau IX : Caractéristiques d'état santé des participants à l'enquête HTA (N = 1192)	63
Tableau X: Prise en charge médicale des participants à l'enquête HTA (N = 1192)	64
Tableau XI : Variabilité des pratiques de prise en charge de l'HTA : variances inter-médecin estimées par modèles mixtes linéaires ou logistiques vides	65
Figure 1 : Patients éligibles, participants et analysés pour le suivi de l'HTA	66
Tableau XII : Suivi des patients selon leurs caractéristiques individuelles (N = 1054/59 MG)	67
Tableau XIIIa: Suivi des patients selon les caractéristiques de leurs médecins (N = 1054/59MG)	68
Tableau XIIIb: Suivi des patients selon les caractéristiques de leurs médecins (N = 1054/59MG)	69
Tableau XIVa: Suivi de l'hypertension, age, sexe, PCS des patients, age, sexe et lieu d'exercice du médecin : analyse multi-variée (N=1053 / 59 MG)	70
Tableau XIVb: Suivi de l'hypertension, age, sexe, niveau d'étude des patients, age, sexe et lieu d'exercice du médecin : analyse multi-variée (N=1027 / 59 MG)	71
Tableau XIVc: Suivi de l'hypertension, age, sexe, revenu des patients, age, sexe et lieu d'exercice du médecin : analyse multi-variée (N=958 / 59 MG)	72
Tableau XV: Suivi de l'hypertension: caractéristiques sociales, état de santé et nombre de consultations des patients, age, sexe et lieu d'exercice du médecin analyse multi-variée (N=1028 / 59 MG)	73
Tableau XVI: Suivi de l'hypertension: analyse multi-variée modèle complet (N=1029 / 59 MG)	74
7.3 Femmes de 50 à 69 ans (dépistage des cancers du sein et du col)	75
Tableau XVII : Participation des patientes en fonction de leurs caractéristiques	75
Tableau XVIII : Caractéristiques sociodémographiques des participantes (N = 1697)	76
Tableau XIX : Mode de vie, suivi médical et état de santé des participantes (N = 1697)	77
Tableau XX : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du col (N=825) en fonction des caractéristiques des MG (N=59) – Modèle logistique mixte* univarié à intercept aléatoire	78
Tableau XXI : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du col en fonction des caractéristiques sociodémographiques des patientes (N=825) – Modèle logistique mixte* univarié à intercept aléatoire	79
Tableau XXII : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du col en fonction des caractéristiques de santé non gynécologiques des patientes (N=825) – Modèle logistique mixte* univarié à intercept aléatoire	82
Tableau XXIII : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du col en fonction des caractéristiques de santé gynécologiques des patientes (N=825) – Modèle mixte* univarié à intercept aléatoire	83
Tableau XXIV : 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* multi-varié** à intercept aléatoire	84
Tableau XXV : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du sein (N=889) en fonction des caractéristiques des MG (N=59) – Modèle logistique mixte* univarié à intercept aléatoire	85
Tableau XXVI : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du sein en fonction des caractéristiques sociodémographiques des patientes (N=889) – Modèle logistique mixte* univarié à intercept aléatoire	86
Tableau XXVII : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du sein en fonction des caractéristiques de santé non gynécologiques des patientes (N=889) – Modèle logistique mixte* univarié à intercept aléatoire	89
Tableau XXVIII : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du sein en fonction des caractéristiques de santé gynécologiques des patientes (N=889) – Modèle mixte* univarié à intercept	

<i>aléatoire</i>	90
<i>Tableau XXIX : 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 * multi-varié ** à intercept aléatoire</i>	91
7.4 Hommes de 35 à 64 ans (tabac, alcool)	92
<i>Tableau XXXa : Consommation de tabac et caractéristiques des patients</i>	93
<i>Tableau XXXb : Consommation de tabac (des patients) et caractéristiques des médecin</i>	95
<i>Tableau XXXc: Consommation de tabac >20 cigarettes par jour (parmi les fumeurs) et caractéristiques des médecin</i>	97
<i>Tableau XXXI: Analyse multi-variée de la relation tabac et facteurs socio-économiques du patient (n=999)</i>	99
<i>Tableau XXXII : Analyse multi-variée de la la relation consommation de tabac >= 20cig/j et facteurs socio-économiques (n=280)</i>	99
<i>Tableau XXXIIIa: Consommation d'alcool à risque et caractéristiques du patient</i>	100
<i>Tableau XXXIIIb: Consommation d'alcool à risque (du patient) et caractéristiques du médecin</i>	102
<i>Tableau XXXIIIc : Risque de dépendance à l'alcool (parmi les consommateurs à risque) et caractéristiques médecin</i>	104
<i>Tableau XXXIV : Analyse multi-variée de la la relation consommation d'alcool à risque et facteurs socio-économiques du patient (n=1009)</i>	106
<i>Tableau XXXV : Analyse multi-variée de la la dépendance à l'alcool et facteurs socio-économiques du patient (n=238)</i>	106
<i>Tableau XXXVI : Information sur le tabac dans le dossier et caractéristiques du médecin</i>	107
<i>Tableau XXXVII : Information sur le tabac dans le dossier et caractéristiques du patient</i>	109
<i>Tableau XXXVIII : Information sur le tabac dans le dossier et caractéristiques des patients et des médecins, étudiées dans un modèle mixte multi-varié</i>	111
<i>Tableau XXXIX : Information sur la consommation d'alcool à risque dans le dossier et caractéristiques des médecins</i>	112
<i>Tableau XL : Information sur la consommation d'alcool à risque dans le dossier et caractéristiques des patients</i>	114
<i>Tableau XLI : : Information sur la consommation d'alcool à risque dans le dossier et caractéristiques des médecins et des patients, étudiées dans un modèle mixte multi-varié</i>	116
<i>Tableau XLII : Détection du tabagisme et caractéristiques des médecin</i>	117
<i>Tableau XLIII : Détection du tabagisme et caractéristiques des patients</i>	119
<i>Tableau XLIV: Détection du tabagisme et caractéristiques des médecins et des patients, étudiées dans un modèle mixte multi-varié</i>	121
<i>Tableau XLV : Détection de la consommation d'alcool à risque et caractéristiques des médecin</i>	122
<i>Tableau XLVI : Détection de la consommation d'alcool à risque et caractéristiques des patients</i>	124
<i>Tableau XLVII : Détection de la consommation d'alcool à risque et caractéristiques des médecins et des patients, étudiées dans un modèle mixte multi-varié</i>	126
<i>Tableau XLVIII : Description de la prise en charge du tabagisme</i>	127
<i>Tableau XLIX : Description de la prise en charge des buveurs à risque</i>	128
8. Annexes : tableaux complémentaires	129

1. Introduction

Les médecins généralistes disposent aujourd'hui d'un grand nombre de recommandations dans le domaine de la prévention, mais divers facteurs peuvent limiter la mise en œuvre de ces recommandations : les caractéristiques personnelles du médecin, les aspects organisationnels du cabinet, les caractéristiques des patients et de leur environnement.

La question des inégalités de santé se pose aujourd'hui avec acuité, et il ne paraît pas raisonnable de limiter l'évaluation de la qualité des soins à la mesure de la conformité aux recommandations. Une dimension essentielle de la qualité doit être également analysée : l'équité des soins.

Notre travail est à la croisée de deux questionnements : l'un porte sur la performance préventive globale et les difficultés de mise en œuvre des recommandations de prévention en médecine générale, l'autre porte sur les différences sociales *d'utilisation des soins de prévention*.

En octobre 2002, deux des auteurs de ce rapport (HF et PF) ont répondu conjointement à l'appel à candidature de l'action incitative INSERM CNAMTS destinée à développer la recherche en médecine générale. Le « binôme » a proposé un programme de recherche intitulé « Inégalités de santé et équité des soins préventifs. Observation, analyse et intervention dans les cabinets des médecins généralistes franciliens ». Le projet était soutenu par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Paris 5 et par la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG).

L'équipe qui a travaillé sur ce projet depuis 2003 a compris, outre HF et PF (qui ont bénéficié de postes d'accueil à l'unité 149 de l'Inserm de 2003 à 2006), Virginie Ringa (épidémiologiste INSERM U 149 à l'époque, U 822 depuis 2008), Marie-Josèphe Saurel Cubizolles (épidémiologiste INSERM U 149), Janine Bachimont (sociologue, CERMES), Nora Liberalotto (sociologue, CERMES), Olivier Moncade (médecin généraliste), Fanny Ribaud (psychologue), Michel Askevis (psychologue), Laurent Rigal (médecin généraliste), Audrey Marchal (médecin généraliste), Aurélie Allard (médecin généraliste), Hedy Abdoul (interne de santé publique).

Le projet a bénéficié de quatre sources de financement : trois appels à projet de recherche (Programme INSERM-CNRS-MILDT-DREES 2003, HAS 2004, INPES 2005) et un financement obtenu directement auprès de la DGS en 2003. Ce financement obtenu de manière fragmentée et étalée dans le temps, a eu des conséquences non négligeables sur le déroulement de la recherche, nous y reviendrons dans la discussion générale.

Le programme mis en œuvre a combiné une approche épidémiologique et une approche sociologique qualitative.

Dans ce rapport, sont présentés successivement :

- les objectifs de la recherche,
- le volet épidémiologique : méthodes mises en œuvre, résultats et discussion spécifique des résultats quantitatifs,
- l'étude sociologique ,
- une discussion générale,
- des annexes présentant les questionnaires utilisés dans l'étude épidémiologique.

2. Objectifs du projet de recherche

Il est difficile d'étudier globalement la prévention en médecine générale, tant les activités concernées sont nombreuses et diverses. Cependant, il serait frustrant et réducteur de prétendre approcher la prévention en médecine générale en se centrant sur une seule activité préventive.

Notre projet porte sur 5 soins préventifs dans la clientèle d'un échantillon de médecins généralistes de Paris et des départements de « la petite couronne » :

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

Cet « assortiment » nous a semblé couvrir un segment significatif des soins de prévention qui incombent aux médecins généralistes : modification des comportements à risque (tabac, alcool), prévention cardio-vasculaire et neuro-vasculaire primaire et secondaire et éducation thérapeutique (HTA), dépistage individuel et dépistage organisé (cancers du sein et du col).

D'autres arguments venaient plaider pour le choix de ces thèmes :

- ils sont liés à la mortalité, et, pour les trois premiers, à la mortalité prématurée des sujets de sexe masculin ;
- ils font l'objet de recommandations peu contestées ;
- une hypothèse raisonnable est que ces soins préventifs se distribuent de manière socialement différenciée, contribuant ainsi aux inégalités sociales de santé .

Pour ces cinq soins préventifs, notre objectif était de répondre à quatre questions principales :

- quel est le niveau des indicateurs de réalisation des soins préventifs dans la population cible, et par conséquent quelle est l'ampleur des écarts entre les soins préventifs réalisés et les recommandations ?
- quels facteurs, tant du côté des patients que de celui des médecins généralistes, sont liés à la réalisation de chacun des soins de prévention considérés ?
- quelles sont les valeurs des différentiels sociaux dans les procédures mises en œuvre et les résultats obtenus ?
- quelles sont les logiques à l'œuvre, les attitudes, les obstacles ressentis et les solutions adoptées par les médecins dans le domaine de la prévention ?

3. Etude épidémiologique

3.1 Méthodes de l'étude épidémiologique

3.1.1 Population : les médecins généralistes

Ils ont été recrutés par tirage au sort, dans une liste des généralistes exerçant à Paris et dans les départements limitrophes (92, 93 et 94). Dans notre projet initial, les médecins exerçaient dans toute l'Ile-de-France. Nous avons décidé de limiter la zone géographique de l'étude pour améliorer la faisabilité du recueil de données, qui nécessite de nombreux déplacements

d'enquêteurs aux cabinets des médecins.

Pour obtenir une liste des médecins généralistes permettant de réaliser le tirage au sort, différentes alternatives (URCAM, Ordres Départementaux des Médecins, France Télécom) ont été envisagées, mais se sont avérées lourdes ou impossibles à mettre en œuvre. La solution adoptée a été l'achat d'un fichier à SOS Fichier, société dont la base de données est constituée à partir de la même source que l'annuaire de France Télécom. SOS Fichier a effectué une extraction aléatoire de 561 noms de médecins généralistes de la zone géographique ciblée. Nous avons comparé les médecins de la liste fournie par SOS Fichiers et l'ensemble des médecins généralistes (données URCAM) pour leur distribution par département et par sexe. Nous avons considéré que les résultats permettaient de retenir l'extraction de SOS Fichiers comme liste de base pour notre enquête.

De manière à assurer la diversité sociale des clientèles et la diversité des médecins, l'échantillon a été constitué après stratification sur un indicateur socio-économique, la proportion de ménages non imposables de la commune d'exercice du médecin.

Les critères d'éligibilité du médecin sont : être conventionné en secteur 1 ou 2, être âgé de moins de 65 ans, être installé depuis plus d'un an (ces trois critères définissant les généralistes « à part entière » - APE - selon l'Assurance Maladie), exercer la médecine générale au moins 2 jours et demi par semaine, exercer la médecine générale seule ou associée à une activité particulière (homéopathie, acupuncture, hypnose, psychothérapie, etc.) à condition que celle-ci ne dépasse pas 10 % du volume d'activité total. Ce dernier critère est estimé par le médecin lui-même.

3.1.2 Population : les patients

Il s'agissait des patients des médecins participant à l'étude, vus en consultation ou en visite sur une période de deux semaines, dont les caractéristiques correspondaient aux critères d'inclusion, qui étaient jugés « incluables » par les médecins et donnant leur consentement pour participer.

Les critères d'inclusion étaient :

- hommes de 35 à 64 ans ;
- femmes de 50 à 69 ans ;
- hypertendus traités, hommes et femmes, âgés de 25 à 79 ans.

Les patients étaient éligibles même s'ils rencontraient le médecin pour la première fois ou s'il ne s'agissait pas de leur médecin habituel.

Le médecin pouvait juger un patient non « incluable » (par exemple patient en fin de vie). Les médecins recevaient des instructions précises pour écarter de l'étude le moins de patients possible. Il leur était demandé de proposer l'étude y compris aux patients non francophones, aux patients ayant des pathologies psychiatriques compatibles avec le recueil du consentement, etc.

3.1.3 Recrutement et inclusion des médecins

Les médecins ont été recrutés suivant une procédure comprenant plusieurs étapes :

- appel téléphonique du médecin pour vérifier les critères d'éligibilité et recueillir certaines informations : exercice en groupe ou en solo, nombre d'actes par semaine, durée moyenne des consultations ;
- envoi au médecin, par courrier ou fax, d'un synopsis de l'étude et d'une présentation des conditions de participation, incluant une information sur la charge de travail et sur la rétribution ;
- rappel du médecin pour lui apporter des informations complémentaires, et savoir s'il accepte de participer ;
- rencontre du médecin à son cabinet, explication des procédures d'inclusion avec remise du cahier d'inclusion des patients, des documents d'information et de recueil du consentement des patients, signature d'une convention de recherche avec l'Inserm.

3.1.4 Recrutement et inclusion des patients

L'inclusion des patients était faite par le médecin. Pendant deux semaines, il enregistrait sur le cahier d'inclusion tous les patients vus en consultation ou en visite, et proposait l'étude à ceux qui répondaient aux critères d'inclusion. Il remettait à ces patients un document d'information dans lequel étaient exposés le principe de l'étude et le type de données recueillies, ainsi que les modalités de recueil (enquête téléphonique). Les patients qui acceptaient de participer signaient un consentement et donnaient par écrit leur numéro de téléphone.

Si un patient refusait de participer, le médecin enregistrait, outre les critères d'inclusion, la catégorie socioprofessionnelle du patient, son pays de naissance et le motif du refus.

3.1.5 Outils de recueil

Les données sur les soins de prévention ont été recueillies **en parallèle** chez le patient et chez le médecin. 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 sur le motif de non réalisation d'un soin préventif recommandé. 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).

Les données ont été recueillies par différents questionnaires dont l'élaboration a nécessité plusieurs étapes :

- analyse des recommandations sur les soins préventifs,
- bibliographie sur les déterminants de la prévention liés aux patients et aux médecins,
- sélection des indicateurs de qualité des soins et des variables explicatives potentielles (caractéristiques du patient, du médecin, de l'organisation des soins),
- « opérationnalisation » des variables et fabrication des questionnaires,
- test des questionnaires,
- mise en forme définitive.

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).

3.1.6 Nature des données 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 et le domicile du patient. 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.

3.1.7 Organisation du recueil des données

L'équipe. Au total, vingt-quatre étudiants en psychologie ou en sociologie (en maîtrise ou doctorants) ont été recrutés et formés pour faire passer les questionnaires, au cours de deux soirées de formation (six heures de formation par enquêteur en moyenne). La formation a compris une étude approfondie des questionnaires et une réflexion, alimentée par des jeux de rôle, sur les erreurs à éviter dans la conduite du recueil. Le but était que les enquêteurs se comportent de manière suffisamment neutre (ne pas induire, ne pas interpréter les réponses) tout en étant « soutenant » pour entretenir la motivation à répondre du médecin ou du patient.

Les étudiants ont assuré soit la fonction d'« enquêteur médecin », soit celle d'« enquêteur patient » ; certains étudiants ont assuré les deux fonctions.

Deux coordinateurs (FR, OM) ont été en contact étroit avec les enquêteurs, et les ont aidés à résoudre les problèmes rencontrés sur le terrain.

Le déroulement. Immédiatement après les deux semaines d'inclusion, le cahier des inclusions et les consentements des patients étaient récupérés, et nous mettions en route le double recueil des données auprès des médecins et des patients.

Le recueil auprès des médecins était fait en face à face. L'enquêteur commençait par vérifier que le médecin avait réalisé les inclusions conformément au protocole. L'enquêteur renseignait les questionnaires sur les soins préventifs en posant des questions au médecin, qui répondait en consultant le dossier du patient. Le questionnaire sur les caractéristiques du médecin était un auto questionnaire, rempli par le médecin à la fin de la période de recueil des données.

Le recueil auprès des patients était fait par téléphone. L'enquêteur renseignait les questionnaires sur les soins préventifs et celui sur les caractéristiques du patient. Si le patient n'était pas francophone, ou s'il avait des difficultés de compréhension, l'enquêteur proposait l'intervention d'un proche pour faciliter l'entretien. Afin d'éviter un « effet enquêteur », les patients correspondant à un médecin étaient répartis aléatoirement entre plusieurs enquêteurs. Cette précaution ne pouvait pas être prise pour le recueil auprès du médecin, qui était assuré par un seul enquêteur pour l'ensemble des patients.

Durée du recueil des données auprès des patients. Un patient pouvait relever à la fois du questionnaire HTA et soit du questionnaire tabac-alcool soit du questionnaire sein-col. En moyenne, le recueil de données auprès d'un patient (questionnaire sur ses caractéristiques sociales + un ou deux questionnaires sur les soins préventifs) durait 40 minutes.

Récupération des données auprès des patients difficiles à joindre. Les patients devaient signer un consentement et donner un numéro de téléphone et une plage horaire pour être joints. Cependant, certains sont restés injoignables par les enquêteurs. Avant de considérer que les données patient étaient manquantes, diverses méthodes ont été mises en œuvre : recherche intensive de contact téléphonique par un « super-enquêteur » (MA), demande d'aide au médecin, courrier pour rappeler au patient qu'il avait signé un consentement et lui demander d'accepter de répondre.

Durée du recueil des données auprès des médecins. En moyenne, un questionnaire médecin sur un soin préventif durait 10 minutes. Un médecin ayant une activité moyenne de 100 actes par semaine incluait en deux semaines 50 à 70 patients. La durée du recueil pour ce médecin était de 9 à 10 heures. Il s'agissait d'un investissement en temps très important et tout à fait inhabituel

dans les études épidémiologiques proposées habituellement aux médecins généralistes. Pour faciliter l'acceptabilité des médecins, les enquêteurs avaient pour consigne de s'adapter totalement aux plages horaires que les médecins acceptaient de consacrer au recueil. Celui-ci pouvait donc être réalisé en dix séances d'une heure comme en quatre soirées ou en deux demi-journées.

Rétribution des médecins. Elle était justifiée par le temps nécessaire au recueil de données par des professionnels libéraux payés à l'acte. Les médecins recevaient forfaitairement 200 € pour le travail d'inclusion des patients, et 10 € par questionnaire complet.

3.1.8 Récupération d'informations sur les médecins ayant refusé de participer et sur les patients éligibles non inclus.

En raison des objectifs de l'étude quantitative, il est important de contrôler les effets de sélection, au niveau des médecins comme au niveau des patients.

Nous avons donc cherché très activement à recueillir des informations sur :

- les médecins éligibles ayant refusé de participer ; ces médecins ont été contactés à plusieurs reprises par téléphone puis par courrier ; nous leur avons demandé avec insistance de nous fournir un minimum d'informations nous permettant de les comparer aux participants ;
- les patients éligibles non inclus, c'est-à-dire ceux qui avaient refusé l'inclusion lors de la consultation, et ceux qui l'avaient acceptée mais étaient restés injoignables par la suite malgré les efforts de l'enquêteur ; pour chaque patient éligible non inclus, nous avons essayé de récupérer des données auprès du médecin : âge, sexe, pays de naissance, CSP, et, pour ceux qui étaient hypertendus, les chiffres de pression artérielle avant la consultation d'inclusion.

3.1.9 Saisie des données

Notre budget ne nous a pas permis de faire appel à un prestataire extérieur pour assurer la saisie. La saisie a été assurée en interne au fur et à mesure que les questionnaires étaient récupérés, afin de ne pas nous trouver asphyxiés par le volume de données à saisir à la fin de la période de recueil. Les masques de saisie ont été fabriqués sous Epidata.

3.1.10 Stratégie d'analyse des données

L'analyse a été réalisée selon le plan ci-dessous :

1. Participation à l'enquête

1.1 Participation des médecins

1.2 Participation des patients : participation globale, puis analyse selon leurs propres caractéristiques et selon les caractéristiques des médecins.

2. Prise en charge des patients traités pour HTA

- 2.1 Les patients hypertendus participants ont été décrits selon leurs caractéristiques socio-démographiques, d'état de santé et de prise en charge médicale.
- 2.2 La qualité de la prise en charge médicale a été étudiée en utilisant des indicateurs construits à partir des recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la prise en charge de l'HTA publiées en 2005. 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 critères.

La description a été faite pour l'ensemble de l'échantillon et selon le sexe des patients. La variabilité des pratiques entre médecins a ensuite été testée à l'aide de modèle mixte. Les associations entre le fait d'être « bien suivi » et les différentes caractéristiques patients et médecins ont ensuite été estimées d'abord une à une, puis en analyse multi-variée.

3. Qualité du dépistage des cancers du col utérin et du sein

3.1 Stratégie d'analyse du dépistage des cancers gynécologiques

Les analyses concernant les dépistages de deux cancers gynécologiques (col utérin et sein) ont été menées selon la même stratégie.

La variable expliquée était définie, pour une patiente, par le fait de ne pas être à jour du dépistage (du cancer du col utérin par frottis ou du cancer du sein par mammographie), variable appelée par la suite de façon simplifiée : « ne pas être à jour ».

Conformément aux recommandations françaises en vigueur, une patiente n'ayant pas eu de frottis au cours des 3 années précédentes (respectivement de mammographie au cours des 2 années précédentes) a été considérée non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du col utérin (respectivement du cancer du sein).

Les variables explicatives de niveau patiente ont été classées en 3 groupes :

- les caractéristiques socio-démographiques ;
- les caractéristiques de santé non gynécologiques ;
- et les caractéristiques de santé gynécologiques.

Les variables explicatives de niveau médecin n'ont pas été classées en différents groupes.

3.2 Description des motifs de non réalisation des dépistages

Pour les 2 dépistages, nous avons procédé à une analyse des motifs de non réalisation, en analysant les déclarations des patientes et celles des médecins.

4. Tabac et alcool chez les hommes de 35 à 64 ans : les indicateurs étudiés sont la tenue du dossier, la concordance entre médecins et patients sur le statut des patients vis-à-vis du tabac et de l'alcool, la prise en charge des problèmes de tabac et d'alcool.

- 4.1 Caractéristiques socio-économiques des patients et des médecins associées à la consommation de tabac et d'alcool.
- 4.2 Caractéristiques des patients et des médecins associées à l'enregistrement, dans les dossiers médicaux, des consommations de tabac et d'alcool.
- 4.3 Concordance entre médecins et patients sur le statut des patients vis à vis du tabac et de l'alcool.
- 4.4 Caractéristiques des médecins et des patients associées à la concordance.

4.5 Prise en charge déclarée des problèmes de tabac et d'alcool.

Méthodes statistiques

Comme nous l'avons décrit plus haut, l'échantillonnage de l'enquête a été fait sur les MG (ce sont les MG qui ont été tirés au sort). Chaque MG participant devait ensuite inclure l'ensemble de ses patients éligibles. L'architecture des données est donc à deux niveaux : le niveau médecin (niveau 2) et le niveau patient (niveau 1), et plusieurs patients sont « issus » d'un même médecin.

Les analyses ont été menées en tenant compte :

- 1) de l'existence d'un phénomène très important à considérer : les patients d'un même médecin se ressemblent (deux patients suivis par un même MG sont souvent plus similaires entre eux que deux patients suivis par des MG différents, phénomène appelé corrélation intra-grappe). Ne pas tenir compte de cette corrélation conduit à des imprécisions statistiques.
- 2) De l'existence des 2 niveaux dans le recueil des données, un niveau médecin (caractéristiques des médecins) et un niveau patient (caractéristiques des patients). Pour tenir compte de ces 2 niveaux, les modèles statistiques classiques ne suffisent pas, il est nécessaire d'utiliser des modèles dits hiérarchiques.

Notre objectif général est d'étudier l'influence à la fois des caractéristiques des patients et des médecins sur l'application des recommandations. Parmi les modèles hiérarchiques, les modèles mixtes permettent ce type d'analyses. Ils tirent leur nom du fait qu'ils possèdent d'une part des paramètres fixes (les paramètres qu'on trouve dans les modèles classiques et qui correspondent aux variables explicatives, par exemple l'âge) et d'autre part des paramètres aléatoires, que l'on peut assimiler à la variance inter-médecin. En d'autres termes, si la variance inter-médecin testée dans les modèles n'est pas nulle, alors il existe une variabilité entre les médecins dans les pratiques étudiées, non expliquée par les caractéristiques des patients et des médecins inclus dans le modèle. Nous parlerons alors de l'existence d'un effet médecin. Pour conduire les analyses, nous avons utilisé des modèles logistiques mixtes à intercept aléatoire.

Nous avons le plus souvent d'abord utilisé un modèle vide (c'est-à-dire sans aucune variable explicative de niveau patient ou médecin) pour estimer la variance inter-médecin.

Puis les variables explicatives « patient » et « médecin » ont été testées dans un modèle logistique mixte « univariée ». Ceci a permis de sélectionner les variables explicatives.

Seules les variables avec un seuil de significativité fixé à l'avance (inférieur ou égal à 0,20 ou 0,10 selon les cas) ont été conservées pour les analyses multi-variées.

Le modèle vide a ensuite été « spécifié » au niveau patient : toutes les variables « patient » retenues ont été introduites dans un même modèle. Pour finir, le modèle « patient » a été spécifié au niveau médecin, et seules les variables « médecin » avec un seuil de signification fixé à l'avance ont été conservées pour aboutir au modèle « final ». Au niveau médecin, nous avons procédé à un ajustement systématique sur la vague d'inclusion.

Les données ont été saisies avec un masque Epidata version 3.1 puis adaptées grâce à Stat/Transfer au format du logiciel SAS[©] version 9.1, qui a permis de réaliser l'ensemble des analyses statistiques. La procédure NLMIXED a été utilisée pour les modèles logistiques mixtes.

3.1.11 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

L'autorisation du traitement informatique des données a été notifié par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (demande d'autorisation n° 904445 – autorisation 05-1100) le 5 avril 2005.

3.2. Résultats de l'étude épidémiologique

3.2.1 La participation à l'enquête épidémiologique

3.2.1.1 Le recrutement par téléphone

Au total, 231 adresses de médecins ont été utilisées dans la liste SOS Fichier (annexe tableau I).

Parmi celles-ci, on compte :

- 44 médecins inéligibles du fait essentiellement de l'âge (10 médecins) ou d'un mode d'exercice particulier (annexe tableau II),
- 17 adresses ne correspondant pas à des cabinets médicaux de généralistes en activité,
- 18 adresses où le médecin n'a pas pu être joint malgré des appels répétés des enquêteurs.

Parmi les 152 médecins éligibles contactés, 59 médecins ont participé à l'étude (38,8%) et 93 ont refusé de participer (87 dès les premiers contacts téléphoniques et 6 après avoir d'abord accepté) le plus souvent au motif de la surcharge de travail occasionnée par la procédure d'enquête (annexe tableau III).

3.2.1.2 Analyse de la participation des médecins (tableau I)

La comparaison des 59 médecins participants aux 93 médecins non participants a été faite dans un premier temps à partir des données recueillies, lors du premier contact téléphonique de la procédure d'inclusion. La participation est significativement plus faible dans les cantons défavorisés sur le plan socio-économique (tableau I). Parmi les médecins installés dans le tertile le plus défavorisé des cantons d'Ile de France, la participation est de 28,6% (on compte 20 participants pour 70 médecins contactés) alors qu'elle est de 51,4% dans le tertile moyen et de 44,4% dans le tertile le plus favorisé ($p < 0,05$). 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 des participants exerçant dans les communes les moins favorisées.

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^{ème} 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 sont montrés (tableau I bis).

3.2.1.3 Caractéristiques des médecins participants (tableau II)

Les 59 médecins participants ont un âge moyen de 49 ans (écart-type = 6,7). 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 ceinture) pour un tiers. Ils exercent en secteur 1 pour près de 80%, et travaillent pour la moitié en cabinet 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 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.

3.2.1.4 Analyse de la participation des patients (tableaux III à VII)

Les 59 médecins ont enregistré 4106 patients éligibles pendant les périodes d'inclusion. Parmi ceux-ci, 2738 ont participé à l'enquête, soit les deux tiers (66,7%) (tableau III). Ce taux est un peu plus élevé pour les femmes de 50 à 69 ans, et un peu plus faible parmi les hommes de 35 à 64 ans.

Parmi l'ensemble des patients éligibles, il existe une variation significative du taux de participation d'un médecin à l'autre (tableau IV). Le taux varie de 33% (médecin 25) à 87,3% (médecin 2), la variance inter médecin de ce pourcentage est estimée à 0,28 significativement différente de 0.

L'analyse de la participation a été faite en étudiant les caractéristiques patients et médecins, d'abord une à une, en tenant compte, comme nous l'avons précisé dans la partie Méthodes de la corrélation des données au sein d'un même cabinet (modèle mixte à intercept aléatoire, tableaux V, VIa, VIb). Dans un second temps, un modèle mixte multi-varié à intercept aléatoire a été ajusté (tableau VII) en conservant les variables liées au seuil de signification statistique de 0,20.

La participation des patients apparaît associée à la fois à leurs caractéristiques individuelles et à des caractéristiques collectives du cabinet médical (caractéristiques médecins).

Pour ce qui concerne les effets « patients », on note : une participation nettement plus forte pour les patients nés en France ainsi que pour les professions intermédiaires et supérieures, une participation un peu moins forte parmi les plus âgés (après 65 ans), un peu plus élevée parmi les femmes et parmi les patients traités pour une HTA en analyse multi-variée. Les patients vus en visite sont nettement moins souvent participants que ceux qui ont été vus en consultation au cabinet médical.

Les effets « médecins » se décrivent en partie comme étant des caractéristiques d'enquête, avec une efficacité du recrutement des patients significativement plus faible au cours de la seconde vague d'enquête (avril-juin 2005). Il semble exister d'autre part une moindre participation dans les cabinets où le médecin applique des règles systématiques pour les problèmes d'alcool ou lorsqu'il a suivi une FMC sur le tabagisme. 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. Enfin après prise en compte de l'ensemble des variables du modèle multi-varié, il persiste une variation résiduelle entre médecins plus faible mais encore significativement différente de 0

(variance résiduelle estimée à 0,10).

3.2.2 Analyses portant sur l'hypertension artérielle

3.2.2.1 Caractéristiques des patients participants (tableaux VIII et IX)

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 (figure 1). 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.

L'échantillon de participants compte 524 hommes et 668 femmes (56%) (tableau VIII). L'âge moyen est de 63 ans, la moitié a plus de 64 ans. Les femmes sont un peu plus âgées en moyenne que les hommes (64 ans contre 62 ans, $p < 10^{-2}$). Les proportions d'ouvriers-employés sont de 40% chez les hommes et de 62% chez les femmes. Près de 8 patients sur 10 sont nés en France et 9 sur 10 ont une nationalité française. Un peu plus d'un tiers vit seul, presque 1 femme sur 2, et seulement 1 homme sur 5 ($p < 10^{-4}$). Un tiers dispose d'un revenu mensuel inférieur à 1500 euros, près de 25% des hommes et plus de 40% des femmes ; un tiers dispose d'un revenu supérieur à 2500 euros, plus de 40% des hommes et 25% des femmes ($p < 10^{-4}$). Un tiers de l'échantillon a un niveau d'études primaires, un patient sur 5 a fait des études supérieures. Le niveau d'études est plus élevé parmi les hommes.

Près de 13% des patients sont fumeurs (tableau IX). Un quart est obèse et environ un tiers a une hypercholestérolémie. Un sur cinq a un diabète. La consommation d'alcool est supérieure aux seuils à risque de l'OMS pour 12% de ceux qui ont déclaré leur consommation, mais cette donnée est manquante pour 288 patients (24% des participants). Dix-sept pour-cent ont un antécédent de maladie coronaire, d'accident vasculaire cérébral ou d'artérite oblitérante des membres inférieurs. La fonction rénale apparaît altérée pour 17% des patients évalués, l'information restant manquante pour 291 patients (24% de l'échantillon). Le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, le diabète et les complications cardiovasculaires touchent plus souvent les hommes que les femmes. L'obésité et l'insuffisance rénale paraissent au contraire plus fréquents parmi les femmes.

3.2.2.2 Description de la prise en charge médicale (tableau X)

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 (tableau X), 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) ($p = 0,21$). Sept sur dix ont déjà eu recours au cardiologue pour leur hypertension.

Une monothérapie anti-hypertensive est utilisée par 40% des patients et un quart est traité par 3 médicaments ou plus. Le traitement apparaît différent selon le sexe : la proportion de patients sous monothérapie est plus importante parmi les femmes et celle des personnes traitées par au moins 3 principes actifs moins élevée que parmi les hommes ($p < 10^{-2}$).

Différents aspects des recommandations de prise en charge de l'hypertension émises par l'HAS ont été mesurés, et apparaissent respectés de façon contrastée :

- si près de 7 patients sur 10 ont bénéficié de conseils hygiéno-diététiques selon leur médecin, seul 1 sur 2 déclare connaître un moyen non médicamenteux de faire baisser la pression artérielle. Ces proportions paraissent significativement moins élevées parmi les femmes ($p < 10^{-3}$).

- seulement 25% de l'échantillon bénéficie à la fois d'au moins 2 consultations dans l'année précédente, d'une mesure de PA enregistrée depuis moins de 6 mois, d'une surveillance

biologique à jour dans le dossier médical et d'un ECG de moins de 3 ans. Cette proportion semble plus élevée parmi les hommes (31%) que parmi les femmes (21%), en raison principalement d'un moindre recours à l'ECG et d'un bilan lipidique moins souvent à jour.

- le statut tabagique des patients est correctement apprécié par les médecins pour 9 patients sur 10, mais les mensurations de poids et de taille ne sont inscrites que dans 41% des dossiers médicaux et la consommation d'alcool dans 15%. Seuls 26 dossiers (2,2%) renseignent l'ensemble des 9 critères étudiés.

- le niveau de pression artérielle sous traitement, apprécié par la dernière mesure enregistrée dans le dossier médical, est inférieur à 140/90 mm Hg pour 49% des patients, mais la prise en compte du statut diabétique et de la présence d'une insuffisance rénale quand une mesure de créatinine est disponible suggèrent que seul 38% des patients atteignent les objectifs de pression artérielle recommandés depuis 2005.

3.2.2.3 Variabilité des pratiques entre médecins (tableau XI)

Comme précisé dans la partie Méthodes, 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 XI).

Le nombre de consultations 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. Ces effets ne sont cependant pas confirmés avec les indicateurs recueillis auprès du patient. 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.

3.2.2.4 Qualité du suivi de l'hypertension (tableaux XII à XVI)

Afin de mieux comprendre la variabilité de la qualité de suivi de l'HTA d'un cabinet médical à l'autre, nous avons cherché à identifier les caractéristiques des patients et celles des médecins associées à un suivi à jour.

À 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, d'abord une à une puis en analyse multi-variée.

Parmi les 1192 participants, 138 ont été exclus de l'analyse de la qualité du suivi (figure 1) : 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 (tableau XII).

Parmi les caractéristiques sociodémographiques des patients étudiées, on note des associations significatives avec le sexe et l'âge (tableau XII). Les femmes sont nettement moins bien suivies que les hommes : une sur cinq seulement présente un dossier à jour pour un homme sur 3, l'OR ajusté sur la structure hiérarchique des données est à 2,1 en faveur des hommes ($p < 10^{-4}$). Les

personnes de 65 à 74 ans apparaissent plus souvent bien suivis que les patients de moins de 55 ans. Le fait de vivre en couple est associé à un meilleur suivi, mais la relation n'atteint pas le seuil de signification statistique. La catégorie socioprofessionnelle, le revenu et le niveau d'études ne montrent pas de lien significatif avec la fréquence d'un suivi à jour. Il en est de même pour l'origine géographique française ou étrangère.

Comme on pouvait s'y attendre, les patients les plus malades apparaissent mieux suivis : les patients diabétiques et ceux qui ont une complication cardiovasculaire (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral ou artérite des membres inférieurs) ont plus souvent un suivi à jour que les autres.

Le mode de recours au médecin est enfin une caractéristique qui apparaît liée au suivi. Les patients vus en visite sont moins souvent bien suivis que ceux qui ont été inclus en consultation. Par comparaison à ceux qui ont vu leur médecin 4 à 6 fois dans l'année, ceux qui ont consulté moins de 4 fois sont moins souvent bien suivis, à l'inverse de ceux qui ont consulté plus de 9 fois.

Parmi les caractéristiques des médecins, l'âge et le niveau socio-économique du lieu d'exercice présentent des liaisons à la limite de la signification statistique avec le suivi en analyse 'univariée' (tableau XIIIa). Les patients qui ont été inclus par les médecins les plus âgés ont moins souvent un dossier médical indiquant un suivi à jour que ceux qui ont été inclus par les médecins plus jeunes ($p = 0,10$). De même les patients inclus dans les cabinets situés dans les cantons les plus défavorisés présentent une fréquence de suivi à jour moins élevée que les autres (19% contre 31%) ($p = 0,10$).

Les autres caractéristiques « médecins » qui apparaissent associées à une fréquence plus élevée de suivi à jour sont : le fait de consulter sur rendez-vous pour plus de 70% des actes, le fait de ne pas avoir d'autre activité que le cabinet médical, le fait de déclarer appliquer des règles systématiques pour le dépistage du cancer du col ou d'avoir suivi une FMC sur ce dépistage (OR autour de 2, ces relations restant là encore à la limite du seuil de signification statistique) (tableaux XIIIa XIIIb).

Une première analyse multi-variée n'utilisant que les variables socio-démographiques des patients et des médecins (tableau XIVa) montre un effet propre significatif de l'âge et du sexe des patients, de l'âge du médecin et du niveau socio-économique du lieu d'exercice. Un suivi à jour devient plus fréquent après la 50^{aine}. Les hommes sont nettement mieux suivis que les femmes. Les patients recrutés par les médecins âgés de moins de 50 ans et par ceux qui travaillent dans les cantons de niveau socio-économique moyen ou favorisé sont significativement mieux suivis que les autres. Les patients suivis par un médecin femme paraissent avoir plus souvent un dossier à jour que ceux qui sont suivis par des hommes, mais la relation n'atteint pas le seuil de signification statistique. Il faut noter enfin, que la catégorie socio-professionnelle des patients ne présente pas d'association significative avec la qualité du suivi. Ces observations ne sont pas modifiées quand le niveau d'étude ou le revenu des patients sont utilisés à la place de la catégorie socio-professionnelle (tableaux XIVb et c).

La prise en compte, en plus des variables précédentes, de la présence d'une complication cardiovasculaire ou d'un diabète, du nombre de consultations et du type d'acte d'inclusion ne modifie pas non plus l'essentiel des observations précédentes (tableau XI).

La consultation sur rendez-vous, l'exercice d'une autre activité médicale que la consultation au cabinet et l'usage déclaré d'une attitude systématisée pour le dépistage du cancer du col semblent associés à la qualité du suivi, à la limite cependant de la signification statistique, et rendre compte d'une partie de l'effet de l'âge du médecin et de l'effet du niveau socio

économique du lieu d'exercice.

3.2.3 Qualité du dépistage des cancers du col utérin et du sein

3.2.3.1 Caractéristiques des patientes participantes (tableaux XVII, XVIII, XIX)

Les médecins généralistes participants ont rencontré pendant la période d'inclusion 2501 patientes éligibles. Au total, 1697 patientes ont participé à l'enquête, soit 68% des patientes éligibles.

La comparaison des 1697 participantes et des 804 non participantes montre que les premières sont plus souvent nées en France (versus à l'étranger) et sont moins souvent classées dans la catégorie socio-professionnelle des agriculteurs et des ouvriers et plus souvent, dans la catégorie des professions intermédiaires que les secondes. Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant la structure d'âge.

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 socio-professionnelle, définie par la dernière profession exercée (ou celle du conjoint si la femme n'a jamais travaillée) se répartit de la façon suivante : environ 25% des femmes exercent une profession intermédiaire, environ 35% sont employées, artisans ou commerçantes, environ 15% sont ouvrières et près de 25% sont cadres ou 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 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. Le suivi gynécologique est assuré par un spécialiste pour plus de 80% des patientes et 80% des patientes a consulté un gynécologue au cours des 3 dernières années. Plus d'un quart a un traitement hormonal de la ménopause.

3.2.3.2 Caractéristiques des patientes et des médecins liés à l'absence de dépistage à jour par frottis (tableaux XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV)

Nous avons exclu de l'analyse les patientes suivantes :

- celles qui avaient avec un antécédent d'hystérectomie avec ablation du col (d'après la patiente ou le médecin) ;
- celles qui étaient vierges (d'après le médecin) ;
- celles dont le statut vis-à-vis du dépistage n'a pu être déterminé (dernier frottis postérieur à l'inclusion).

Au final, l'analyse a porté sur 825 femmes, soit 49% des 1697 patientes éligibles.

La proportion observée de dépistage non à jour est de 17,3%.

Le tableau XX présente les résultats de l'analyse en fonction des caractéristiques des médecins généralistes. L'absence de dépistage à jour est significativement liée à la vague d'inclusion, avec une plus forte proportion de femmes non à jour dans la dernière vague d'inclusion. Elle l'est également, mais à la limite de la significativité, avec l'ancienneté d'exercice, la durée des consultations, le nombre de jour de formation médicale continue et le fait de se réunir pour parler de cas difficiles (pas dans le tableau). On ne trouve pas d'association entre le dépistage et le niveau socio-économique du canton d'exercice, le sexe du médecin, le type de cabinet, le fait que le MG réalise lui-même ou non des FCU ou l'utilisation de dossiers informatisés.

Les tableaux XXI, XXII, XXIII présentent les résultats de l'analyse en fonction des caractéristiques des patientes. L'absence de dépistage à jour est significativement liée au fait de ne pas vivre en couple (plus de femmes non à jour chez celles qui vivent seules), mais pas à celui d'avoir des enfants. Ne pas être propriétaire de son habitation, avoir un logement inconfortable, considérer son quartier comme une cité, déclarer que son quartier est dégradé, sans commerce de proximité et ne pas s'y sentir en sécurité sont aussi significativement associés à une absence de dépistage. Le niveau d'études (ne pas être titulaire d'un diplôme supérieur au baccalauréat) est également lié à une absence de dépistage à jour. Sur le plan économique, appartenir à un foyer non imposable, avoir un bénéficiaire du RMI dans son foyer, ne pas avoir de mutuelle et bénéficier de la CMU sont associés au fait de ne pas être à jour. L'absence de dépistage se différencie aussi entre les différentes catégories de la CSP et présente un gradient positif allant de la catégorie des cadres à celle des ouvrières. De même, il existe un gradient concernant le score de réseau social, la perception de la situation financière et les revenus du foyer en défaveur des patientes isolées, de celles ayant une situation financière perçue et des revenus moins bons.

L'âge, le lieu de naissance, le département de résidence et la situation professionnelle ne sont pas liés au dépistage.

Etre suivie le plus souvent en visite, avoir un faible recours au spécialiste ou un nombre élevé de pathologies suivies sont des caractéristiques significativement associées à une absence de dépistage à jour. Ne pas pratiquer de sport régulièrement, avoir un suivi médical lourd ou une prise en charge à 100% sont également liés au non dépistage, mais à la limite de la significativité.

Ne pas avoir de suivi gynécologique régulier, être suivie sur le plan gynécologique par le MG participant (versus un spécialiste) et ne pas avoir eu de consultation chez un gynécologue au cours des 3 dernières années sont très liés au fait de ne pas être à jour. Avoir un MG comme prescripteur du dernier FCU (versus un spécialiste), ne pas prendre un traitement de la ménopause et avoir un antécédent d'hystérectomie avec col restant sont aussi significativement associés à un dépistage non à jour.

Le tableau XVII présente les résultats du modèle final. Le modèle ne met pas en évidence d'effet médecin significativement différent de zéro.

Nous observons que :

- Concernant les variables patientes : le fait de ne pas avoir eu de consultation chez le gynécologue dans les trois dernières années est très lié à l'absence de dépistage à jour, comme le fait de ne pas avoir de médecin responsable du suivi gynécologique ou d'avoir un antécédent d'hystérectomie (col restant). Avoir un MG comme prescripteur du dernier FCU (versus un spécialiste), considérer son quartier comme une cité ou comme peu commerçant, ne pas faire d'exercice physique et avoir un bénéficiaire du RMI dans son foyer sont aussi associées à l'absence de dépistage.

- Concernant les variables médecin, la seule association significative est celle entre le fait de se réunir pour discuter de cas difficiles et l'absence de dépistage (plus de risque de ne pas être à jour chez les médecins qui discutent de cas difficiles). Ce résultat est à mettre en perspective avec le fait que les généralistes se réunissant sont aussi ceux dont les patientes sont le moins

suivies par des gynécologues.

3.2.3.3 Caractéristiques des patientes et des médecins liés à l'absence de dépistage à jour par mammographie (tableaux XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX)

Nous avons exclu de l'analyse les patientes suivantes :

- celles qui avaient avec un antécédent de cancer du sein (d'après la patiente ou le médecin) ;
- celles dont le statut vis-à-vis du dépistage n'a pu être déterminé (dernière mammographie postérieure à l'inclusion).

Au final, l'analyse a porté sur 889 femmes, soit 52% des 1697 patientes éligibles.

La proportion observée de dépistage non à jour est de 14,7%.

Le tableau XXV présente une partie des résultats de l'analyse en fonction des caractéristiques des médecins généralistes. L'absence de dépistage à jour n'est liée à aucune caractéristique des médecins. Elle l'est, mais à la limite de la significativité, avec le canton, le fait d'avoir participé à une formation sur le cancer du sein, le fait d'avoir une personne proche atteinte de cancer du sein, et le fait d'avoir une autre activité que le cabinet qui soit non clinique. On ne trouve pas d'association entre le dépistage et le sexe du médecin, le type de cabinet ou l'utilisation de dossiers informatisés.

Les tableaux XXVI, XXVII, XXVIII présentent les résultats de l'analyse en fonction des caractéristiques des patientes. L'absence de dépistage à jour est significativement liée au fait de ne pas vivre en couple (une plus forte proportion de femmes non à jour chez celles qui vivent seules, mais pas à celui d'avoir des enfants. Ne pas être propriétaire de son habitation et avoir des retards de paiement (factures impayées) sont liés à un moindre dépistage. Le département de résidence et considérer que son quartier manque de commerces de proximité sont aussi associés à une absence de dépistage. Il existe un gradient concernant le score de réseau social, la perception de la situation financière et les revenus du foyer, en défaveur des patientes isolées, de celles ayant une situation financière perçue et des revenus moins bons.

L'âge, le lieu de naissance et la situation professionnelle ne sont pas liés au dépistage.

Avoir un suivi médical lourd ou un faible recours au spécialiste ou un nombre élevé de pathologies suivies sont des caractéristiques significativement associées à une absence de dépistage à jour, de même que ne pas pratiquer de sport régulièrement. Avoir un nombre élevé de pathologies suivies est également lié au non dépistage, mais à la limite de la significativité.

Ne pas avoir de suivi gynécologique régulier, être suivie sur le plan gynécologique par le MG participant (versus un spécialiste) et ne pas avoir eu de consultation chez un gynécologue au cours des 3 dernières années sont très liés au fait de ne pas être à jour. Quand le département est le prescripteur de la dernière mammographie ((programme départemental de dépistage de masse versus un spécialiste) et quand il y a un antécédent d'hystérectomie avec col restant, on observe moins de dépistage non à jour (vérifier le sens sur le tableau).

Le tableau XXIX présente les résultats du modèle final. Le modèle ne met pas en évidence d'effet médecin significativement différent de zéro.

Nous observons que :

- Concernant les variables patientes : le fait de ne pas avoir eu de consultation chez le gynécologue dans les trois dernières années est très significativement lié à l'absence de dépistage à jour, comme le fait de ne pas avoir de médecin responsable du suivi gynécologique ou de ne pas avoir d'antécédent d'hystérectomie (col restant). Avoir le département comme « prescripteur » de sa dernière mammographie (versus un spécialiste), avoir des retards de paiement et avoir un nombre élevé de consultations chez des spécialistes sont aussi statistiquement associées à l'absence de dépistage. L'impact du dépistage organisé est reflété par le fait qu'avoir le département comme « prescripteur » de la dernière mammographie (versus un spécialiste) est davantage lié à un dépistage à jour sur le tableau 19, c'est l'inverse.

- Concernant les variables médecin, les associations ne sont pas statistiquement significatives. Les associations entre le dépistage et le niveau socioéconomique du canton ou le département du cabinet d'exercice sont à mettre en perspective avec l'existence d'un dépistage de masse et son ancienneté.

Au total, les résultats sont dans l'ensemble similaires à ceux retrouvés pour le dépistage par frottis, mais les caractéristiques liées à la mammographie sont moins nombreuses que celles liées au frottis. Ce résultat pourrait s'expliquer en partie par l'existence du dépistage de masse.

3.2.3.4 Description des motifs de non réalisation du dépistage par frottis

Parmi les 825 patientes analysées pour le cancer du col utérin, 143 ne sont pas à jour du dépistage.

Sont présentés ci-dessous les motifs de non réalisation issus d'une part des questionnaires patiente et d'autre part des questionnaires médecin.

Près de 70% des patientes (n=90/131) déclarent que le dépistage ne leur a pas été proposé, et les autres (n=41/131) que la proposition n'a pas été suivie de la réalisation d'un frottis.

La raison principale avancée par les patientes n'ayant pas réalisé le dépistage proposé est :

- l'absence d'utilité : 11/41 ;
- la peur de l'examen : 3/41 ;
- le coût trop important : 2/41 ;
- le manque de temps : 11/41 ;
- une autre raison : 14/41 dont leur « négligence ».

Plus de 75 % des patientes pratiqueraient un frottis si leur généraliste (même résultat avec leur gynécologue) le leur proposait. Le pourcentage d'acceptation diminue de 5 % si la proposition émane du département.

Le motif principal de non prescription évoqué par les médecins est :

- le suivi assuré par un gynécologue : 46/115 ;
- l'existence d'une pathologie prioritaire par rapport au dépistage : 12/115 ;
- l'absence de suivi régulier : 6/115 ;
- le fait que la patiente est « difficile » : 5/115, souvent du fait d'addictions ou de troubles psychiatriques ;
- l'oubli : 13/115 ;
- une autre raison : 32/115 ;

L'absence d'efficacité du dépistage ou le prix de l'examen ne sont pas des freins mentionnés par les généralistes.

Deux tiers des généralistes pensent que leurs patientes non à jour réaliseraient un frottis si ils le

leurs proposaient.

3.2.3.5 Description des motifs de non réalisation du dépistage par mammographie

Parmi les 889 patientes analysées pour le cancer du sein, 131 ne sont pas à jour du dépistage.

Sont présentés ci-dessous les motifs de non réalisation issus d'une part des questionnaires patiente et d'autre part des questionnaires médecin.

Près d'un tiers des patientes (n=36/111) déclarent que le dépistage ne leur a pas été proposé, et les autres (n=75/111) que la proposition n'a pas été suivie de la réalisation d'une mammographie.

La raison principale avancée par les patientes n'ayant pas réalisé le dépistage proposé est :

- l'absence d'utilité : 14/73 ;
- la peur de l'examen : 6/73 ;
- le coût trop important : 1/73 ;
- le manque de temps : 17/73 ;
- une autre raison : 35/73 dont leur « négligence ».

Plus de 85 % des patientes pratiqueraient une mammographie si leur généraliste (même résultat avec leur gynécologue) le leur proposait. Le pourcentage d'acceptation diminue de 12 % si la proposition émane du département.

Le motif principal de non prescription évoqué par les médecins est :

- le suivi assuré par un gynécologue : 36/94 ;
- laisse le dépistage organisé proposer l'examen : 1/94 ;
- l'existence d'une pathologie prioritaire par rapport au dépistage : 14/94;
- l'absence de suivi régulier : 4/94;
- le fait que la patiente est « difficile » : 6/94, souvent du fait d'addictions ou de troubles psychiatriques ;
- l'oubli : 12/94;
- une autre raison : 21/94;

L'absence d'efficacité du dépistage ou le prix de l'examen ne sont pas des freins mentionnés par les généralistes.

Près de 80 % des généralistes pensent que leurs patientes non à jour réaliseraient une mammographie si ils le leurs proposaient.

3.2.4 Qualité du repérage et de la prise en charge de l'exposition au tabac et à l'alcool

3.2.4.1 Caractéristiques des hommes de 35 à 64 ans selon leur statut vis à vis du tabac

Nous avons étudié la distribution du tabagisme chez les patients de 35 à 64 ans, en fonction de leur âge, de leur situation familiale, économique, professionnelle et sociale. Nous avons d'abord comparé les fumeurs aux non fumeurs, puis les fumeurs de 20 cigarettes/jour ou plus, par rapport aux fumeurs de moins de 20 cigarettes.

Caractéristiques socio-économiques des hommes fumeurs et « gros » fumeurs qui consultent en médecine générale (tableaux XXXa).

La fréquence du tabagisme décroît avec l'âge, passant de 43 % dans la classe d'âge 35-44 ans, à 40% parmi les 45-54 ans, et à 22 % chez les 55-64 ans. Etre marié, avoir des enfants, être propriétaire de son logement, sont associés à moins de tabagisme. A l'inverse, le comportement tabagique est plus fréquent chez les hommes qui ne paient pas d'impôt sur le revenu, qui déclarent avoir des difficultés financières, avoir été au chômage au cours des 5 dernières années, avoir la CMU ou ne pas avoir de mutuelle. Le nombre de fumeurs augmente régulièrement au fur et à mesure que les revenus mensuels diminuent, avec, aux extrêmes,

25% de fumeurs parmi les revenus les plus élevés et 64% de fumeurs parmi les plus faibles. Etre adhérent à une association et pratiquer un sport sont associés à moins de comportement tabagique.

Fumeurs et non fumeurs ne se distribuent pas différemment selon le pays de naissance la nationalité, le niveau d'études ou de diplôme, le fait d'avoir ou non un emploi au moment de l'enquête.

Parmi les fumeurs, ceux qui déclarent fumer quotidiennement 20 cigarettes ou plus sont un peu plus souvent dans les classes d'âge 45-54 et 55-64 ans, ils sont plus nombreux parmi les hommes exonérés d'impôt sur le revenu, parmi ceux qui ont connu le chômage dans les 5 dernières années, parmi les titulaires de la CMU. Les fumeurs de 20 cigarettes ou plus pratiquent moins souvent un sport, sont moins souvent membres d'une association, que les autres fumeurs.

Caractéristiques des médecins selon la fréquence du tabagisme dans la clientèle (XXXb, XXXc)

Dans notre échantillon la consommation « tout venant » de tabac est plus fréquente dans les clientèles des médecins qui font moins de FMC ($p=0,01$), qui n'ont pas d'activité de formateur ($p=0,08$), dans les cabinets de groupe ($p=0,08$). Les « gros » fumeurs sont plus fréquents chez les médecins qui ne déclarent pas appliquer des règles systématiques de prise en charge de tabac ($p=0,0004$), chez ceux qui n'ont pas de dossiers informatisés ($p=0,0002$), qui déclarent avoir eu une FMC sur le tabac ($p=0,08$).

Relation entre comportement tabagique et facteurs socio-économiques : analyses multi-variées (tableaux XXXI, XXXII).

Ont été introduites dans un modèle logistique multi-varié toutes les variables associées au fait d'être fumeur avec un degré de signification $p < 0,10$. Dans le modèle multi-varié complet, aucune variable n'est retrouvée significativement associée au fait d'être fumeur.

Il a été alors réalisé une analyse multi-variée par régression logistique (si $p < 0,10$) des variables

de même thème, dans le but de réaliser une régression logistique descendante .

Pour le thème « financier » (n=1025), l'analyse multi-variée comprenait les variables « être propriétaire », « revenus », « payer l'impôt sur le revenu » et « difficultés financières ».

Les variables retenues sont : « être propriétaire » (p=0.002), « revenus » (p=0.005).

Pour le thème « social » (n=1047), », l'analyse multi-variée comprenait les variables « sport », « échanges avec l'entourage » et « association ». La variable retenue est : « sport » (p=0.005)

Pour le thème « couverture social » (n=1071), l'analyse multi-variée comprenait les variables « couverture » « être à 100% ». La variable retenue est : « couverture » (p=0.002)

Pour le thème « famille » (n=1086), l'analyse multi-variée comprenait les variables « statut marital » et « avoir des enfants ». ». La variable retenue est : « statut marital » (p<0.0001).

Le modèle multi-varié global (n=999), avec les variables retenues dans l'analyse par thème, met en évidence quatre variables indépendamment associées au tabagisme : l'âge (p<0.001), le statut marital (p=0.02), le revenu (p<0.003) et la pratique d'un sport (p<0.001).

De la même manière on a introduit dans le modèle logistique multi-varié toutes les variables associées au fait de fumer quotidiennement 20 cigarettes ou plus, avec un degré de signification $p < 0,10$.

Dans le modèle multi-varié complet, aucune variable n'est significativement associée à la variable à expliquer.

Une régression logistique descendante (n=280) a été réalisée, et dans le modèle final, le fait d'avoir des enfants (p=0.04), le fait de faire partie d'une association (p=0.01) et les échanges avec l'entourage (p=0.03) sont les seules variables associées significativement au fait de fumer 20 cigarettes par jour ou plus.

La fréquence du tabagisme chez les hommes de 35 à 64 ans est-elle différente selon les clientèles des médecins ?

Nous avons réalisé un modèle hiérarchique prenant en compte l'appartenance à la clientèle d'un médecin

Aussi bien pour le comportement tabagique et que pour la consommation importante de tabac, les variances des modèles hiérarchiques multi-variés sont non significatives (respectivement p=0.8 et p=0.47). Nous n'avons donc pas observé d' »effet médecin » associé au tabagisme des patients.

3.2.4.2 Caractéristiques des hommes de 35 à 64 ans selon leur statut vis à vis de l'alcool.

La consommation d'alcool a été mesurée par le score AUDIT, le test étant réalisé par l'enquêteur, le patient répondant par téléphone. La consommation est dite à risque, si le score est ≥ 7 et la personne est considérée comme dépendante si le score est ≥ 12 .

Caractéristiques socio-économiques des hommes consommateurs d'alcool à risque et dépendants qui consultent en médecine générale (tableau XXXIIIa)

En analyse univariée, la consommation à risque augmente avec l'âge, touchant un homme sur cinq dans la classe d'âge 35-44 ans, un sur quatre chez les 45-54 ans et trois sur dix chez les 54-65 ans. La consommation à risque est associée aux difficultés financières, à l'absence d'emploi, au chômage au cours des cinq dernières années.

Toujours en analyse univariée, la dépendance à l'alcool apparaît plus fréquente chez les hommes non mariés, sans enfants, qui ont une perception négative de leur quartier, qui ne sont pas propriétaires de leur logement. Curieusement on observe une association entre une perception positive du logement et dépendance ($p < 0,01$). Ne pas payer d'impôts sur le revenu et avoir des revenus faibles sont associés à la dépendance. Pour les revenus, l'association est forte malgré de petits effectifs ($p = 0,012$) : parmi les consommateurs à risque, les hommes ayant des revenus < 1000 € par mois ont un AUDIT ≥ 12 dans 60% des cas. A l'autre bout de l'échelle des revenus cette proportion est de 25%. Enfin la dépendance à l'alcool associée à une mauvaise couverture sociale (CMU ou absence de mutuelle).

Caractéristiques des médecins selon la fréquence de la consommation d'alcool à risque et de la dépendance à l'alcool dans la clientèle (XXXIIIb, XXXIIIc)

Dans notre échantillon la consommation d'alcool à risque (AUDIT >7) est plus fréquente dans les clientèles des médecins qui font des consultations longues ($p=0,06$), en secteur 2 ($p=0,05$), qui ont une activité régulière hors du cabinet ($p<0,0001$), qui utilisent des supports de prévention ($p=0,05$), qui n'appliquent pas des règles systématiques vis à vis du tabac, qui sont abonnés à des revues ($p=0,008$), qui n'ont pas de dossiers informatisés ($p=0,09$). Les alcoolodépendants (AUDIT >12) sont plus fréquents dans les clientèles des médecins de sexe masculin ($p=0,06$), en secteur 1 ($p=0,05$), qui consultent peu sur rendez-vous ($p=0,08$), qui n'ont pas de dossiers informatisés ($p=0,08$).

Relation entre consommation d'alcool et facteurs socio-économiques : analyses multivariées (tableaux XXXIV et XXXV).

Le statut de consommateur à risque a été étudié dans un modèle logistique multi-varié, en introduisant toutes les variables associées à la consommation d'alcool à risque avec un degré de signification $p < 0,10$.

Dans ce modèle ($n=1009$), seuls l'âge et le fait d'avoir été inactif pendant 5 ans sont significativement associés à la consommation d'alcool à risque (respectivement $p = 0.0045$ et $p < 0.0001$).

Le risque de dépendance chez les consommateurs à risque a été étudié dans un modèle logistique multi-varié, en introduisant toutes les variables associées à la dépendance avec un degré de signification $p < 0,10$.

Dans le modèle multi-varié complet ($n=238$), aucune variable n'est retrouvée significativement associée à la dépendance à l'alcool.

Une régression logistique descendante (n=238) a été réalisée, et dans le modèle final, le statut marital et la perception du quartier sont les seules variables associées significativement à la dépendance alcoolique (p=0.004 et p=0.02 respectivement).

La fréquence de la consommation à risque chez les hommes de 35 à 64 ans est-elle différente selon les clientèles des médecins ?

Nous avons réalisé un modèle hiérarchique multi-varié prenant en compte l'appartenance à la clientèle d'un médecin

La variance du modèle est non significative (p = 0.63). Nous n'avons donc pas observé d' « effet médecin » associé à la consommation d'alcool à risque dans les clientèles.

3.2.4.3 Enregistrement de la consommation de tabac dans le dossier médical

Evaluer systématiquement le statut tabagique des patients est un critère de qualité de la pratique. Un indicateur simple de ce critère est que le statut tabagique du patient soit enregistré dans le dossier médical.

Dans notre échantillon, la proportion de dossiers d'hommes de 35 à 64 ans dans lesquels le statut tabagique est renseigné s'élève à 57,1 %.

Nous avons étudié les caractéristiques du médecin et celles du patient associées à une bonne tenue du dossier pour le statut tabagique, d'abord en analyse univariée puis dans un modèle hiérarchique multi-varié.

Caractéristiques du médecin associées à une bonne tenue du dossier pour le statut tabagique (tableau XXXVI)

Les médecins qui déclarent appliquer systématiquement certaines règles dans la prise en charge des problèmes d'alcool enregistrent plus souvent le statut tabagique dans le dossier (p = 0,04). La même tendance se dégage pour les médecins qui déclarent appliquer systématiquement des règles dans la prise en charge du tabagisme (p = 0,07).

Le statut tabagique est moins souvent renseigné par les médecins qui ont dans leur entourage quelqu'un ayant des problèmes d'alcool (p = 0,013).

Avoir un abonnement à des revues médicales, avoir suivi une FMC sur le tabac, une FMC sur l'alcool, exercer en cabinet de groupe, avoir essayé de réduire sa propre consommation d'alcool dans l'année, sont des caractéristiques associées à une moins bonne tenue du dossier sans atteindre le seuil de significativité statistique (p entre 0,10 et 0,20).

La durée de la consultation pourrait être associée à une meilleure tenue du dossier pour le tabac, mais l'association n'est pas statistiquement significative (p = 0,19).

Caractéristiques des patients associées à une bonne tenue du dossier pour le statut tabagique (tableau XXXVII)

Les dossiers sont mieux renseignés pour le statut tabagique chez les patients plus âgés (62% de dossiers bien renseignés chez les 55-64 ans, 57% chez les 45-54 ans et 53% chez les 35-44 ans). Le dossier est mieux renseigné chez les patients plus diplômés (p = 0,05), et chez ceux qui déclarent une activité de loisir (p = 0,04). Il est moins bien renseigné chez les ouvriers (p=0,03).

Caractéristiques des médecins et des patients associées à une bonne tenue du dossier pour le statut tabagique, étudiées dans un modèle mixte multi-varié (Tableau XXXVIII)

Le modèle vide montre une variance inter-médecin significative (p=0.0002, s_{2u}=1.62+/-0.41).

L'enregistrement du statut tabagique dans les dossiers médicaux. est clairement associé à un « effet médecin ».

Le modèle final multi-varié (ajusté sur l'âge du patient, l'ancienneté de la prise en charge, le fait d'être en ALD et la CSP du patient) retrouve :

- une variance inter-médecin significative ($p=0.0009$, $s^2u= 1.01\pm 0.29$)
- au niveau patient : l'ancienneté de la prise en charge par le médecin et le fait d'être en ALD sont associés à un enregistrement plus fréquent dans le dossier du statut tabagique
- au niveau médecin : le fait d'appliquer des règles systématiques vis à vis des problèmes d'alcool est associé à un enregistrement plus fréquent du statut tabagique. Par contre, le fait d'avoir quelqu'un dans son entourage avec des problèmes d'alcool, d'avoir suivi une FMC sur le tabac et d'être en cabinet de groupe sont associés à une moins bonne indication dans le dossier.

3.2.4.3 Information sur la consommation d'alcool dans le dossier médical

L'indicateur retenu ici est la présence dans le dossier d'une information sur la consommation d'alcool du patient, sans tenir compte du caractère plus ou moins récent de l'information.

Dans notre échantillon, la proportion de dossiers d'hommes de 35 à 64 ans dans lesquels la consommation d'alcool est renseignée s'élève à 18,9 %.

Caractéristiques des médecins associées à la présence d'une information sur la consommation d'alcool dans le dossier (tableau XXXIX)

Plus la durée de la consultation est longue et meilleure est la tenue du dossier pour la consommation d'alcool ($p = 0,03$). Le fait d'avoir des dossiers informatisés est associé à une moins bonne tenue du dossier pour la consommation d'alcool ($p = 0,03$).

Les variables médecin associées positivement, mais sans atteindre la significativité statistique, à la présence d'une information sur la consommation d'alcool sont le fait d'appliquer des règles systématiques en matière d'alcool ($p=0,17$), le fait de consulter sur rendez-vous ($p=0,11$).

Les variables médecin associées négativement, mais sans atteindre la significativité statistique, à la présence d'une information sur la consommation d'alcool sont la satisfaction globale du médecin par rapport à son travail ($p=0,17$), le travail en milieu urbain ($p=0,16$), le fait d'avoir essayé de diminuer sa consommation d'alcool dans l'année ($p=0,19$).

Caractéristiques des patients associées à la présence d'une information sur la consommation d'alcool (tableau XL)

Comme pour le tabac, les dossiers sont mieux renseignés pour l'alcool chez les patients plus âgés ($p=0,004$). On trouve également plus souvent une information sur la consommation d'alcool dans les dossiers des patients aux revenus les plus faibles ($p=0,007$), déclarant avoir des difficultés financières ($p=0,005$), travaillant à temps partiel ($p=0,007$), se déclarant insatisfaits des relations avec leur entourage ($p=0,01$).

Une variable patient est associée positivement, mais sans atteindre la significativité statistique, à la présence d'une information sur la consommation d'alcool : être propriétaire de son logement ($p=0,06$).

Caractéristiques des médecins et des patients associées à une bonne tenue du dossier pour la consommation d'alcool, étudiées dans un modèle mixte multi-varié (Tableau XLI)

Le modèle vide montre une variance inter-médecin significative ($p=0.0005$, $s^2u=2.40 \pm 0.65$)

L'enregistrement de la consommation d'alcool dans les dossiers médicaux est associée à un effet médecin.

Le modèle final multi-varié retrouve :

- une variance inter-médecin significative ($p=0.001$, $s^2u= 1.77\pm 0.51$)
- au niveau patient : le revenu faible et l'insatisfaction dans les relations avec l'entourage sont

associés à une meilleure indication de la consommation d'alcool dans le dossier

- au niveau médecin : le fait d'appliquer des règles systématiques en matière d'alcool est associé à une meilleure indication dans le dossier, tandis que le fait d'avoir des dossiers informatisés est associé à une moins bonne indication.

3.2.4.4 Bonne détection du comportement tabagique.

Le comportement tabagique a été mesuré à la fois au niveau du médecin (« d'après le médecin le patient est-il fumeur, ancien fumeur, etc ») et auprès du patient. Nous avons considéré que le « vrai » comportement tabagique était celui qui était déclaré par le patient. La bonne détection correspond au fait que le médecin connaît le comportement tabagique du patient fumeur. S'il ne sait pas ou s'il se trompe, il y a une mauvaise détection.

Globalement dans notre échantillon 55% des fumeurs sont bien détectés ; 78% des non fumeurs sont également bien classés.

Selon le médecin, le patient est-il fumeur ?	Patients fumeurs	Patients non fumeurs
Oui	208	51
Non	94	556
Ne sait pas	75	108

Caractéristiques des médecins associées à la détection du comportement tabagique (tableau XLII)

Il s'agit des caractéristiques des médecins associées à la bonne détection des fumeurs.

Aucune caractéristique médecin n'est associée au seuil de 0,05.

Les variables associées sans atteindre la significativité statistique sont :

- le sexe du médecin ($p=0.16$) : le fait d'être un homme est associé à une moins bonne détection
- l'exercice depuis plus de 20 ans ($p=0.12$) est associé à une moins bonne détection
- le fait de travailler en milieu urbain ($p=0.17$) est associé à une moins bonne détection
- la satisfaction globale du médecin ($p=0.15$) est associé à une moins bonne détection
- le statut fumeur du médecin ($p=0.15$) : le fait d'être fumeur est associé à une meilleure détection
- le sentiment d'efficacité par rapport à la prévention de l'alcoolisme ($p=0.15$) est associé à une moins bonne détection.

Caractéristiques des patients associées à la détection du comportement tabagique (tableau XLIII)

Les médecins ont une meilleure détection des patients plus âgés ($p=0,02$), et des patients pris en charge à 100% ($p=0.006$).

Ils détectent mieux les patients aux revenus faibles ($p=0.001$), ayant des difficultés financières ($p=0.01$), n'ayant pas d'emploi (0,0003), bénéficiaires de la CMU ($p=0,05$), ayant un faible niveau d'éducation ($p=0,01$), n'ayant pas de diplôme ($p=0,0003$).

Les médecins détectent plus souvent les patients n'ayant pas d'entourage social ($p=0,005$), ne pratiquant pas de sport ($0,004$), n'adhérant pas à une association ($p=0.02$), n'ayant pas de loisir ($p=0,07$).

La PCS est associée à la détection, qui est meilleure dans les catégories défavorisées, sans atteindre la significativité statistique ($p=0,09$).

Caractéristiques des médecins et des patients associées à détection des fumeurs, étudiées dans un modèle mixte multi-varié (Tableau XLIV)

Le modèle vide a une variance inter-médecin non significative ($p=0.209$, $s^2u=0.212 \pm 0.167$)

Le modèle final multi-varié (ajusté sur l'âge du patient, la durée de prise en charge, le fait d'être en ALD et la PCS du patient) retrouve :

une variance inter-médecin non significative ($p=0.77$, $s^2u=0.04 \pm 0.15$)

- au niveau patient : le faible revenu, l'absence de travail, l'absence de diplôme sont associés à une bonne concordance médecin patient sur le statut tabagique ;
- au niveau médecin : le fait d'exercer depuis plus de 20 ans, la faible satisfaction du médecin vis à vis de son travail, le statut fumeur du médecin sont associés à une meilleure concordance.

3.2.4.5 Bonne détection de la consommation d'alcool à risque

Le « vrai » statut (gold standard) du patient est défini en fonction de son score AUDIT (absence de risque si < 7 , à risque si ≥ 7).

La bonne détection correspond au fait que le médecin classe « à risque » les patients dont le score AUDIT est ≥ 7 . S'il ne sait pas ou s'il se trompe il y a une mauvaise détection.

Il y a bonne détection si le classement du patient par le médecin (à risque ou non) coïncide avec le classement du score AUDIT. S'il ne sait pas ou s'il se trompe il y a une mauvaise détection.

Globalement dans notre échantillon 40% des buveurs à risque sont bien détectés ; 76% des sujets dont le score AUDIT est < 7 sont également bien classés.

Selon le médecin, la consommation d'alcool du patient est-elle à risque ?	Score AUDIT >7	Score AUDIT ≤ 7
Oui	105	90
Non	123	623
Ne sait pas	36	101

Caractéristiques des médecin associées à la bonne détection de la consommation à risque (tableau XLV)

Les caractéristiques du médecin associées de manière statistiquement significative en analyse univariée sont listées ci-dessous :

- déclarer appliquer des règles systématiques par rapport au tabac ($p=0.0005$) est associé à une moins bonne concordance
- déclarer appliquer des règles systématiques par rapport à l'alcool ($p=0.01$) est associé à une moins bonne concordance
- avoir essayé de diminuer sa consommation d'alcool dans l'année ($p=0.04$) est associé à une moins bonne concordance

D'autres caractéristiques du médecin sont associées à la détection, sans que l'association soit statistiquement significative

- exercer depuis plus de 20 ans ($p=0.14$) est associé à une meilleure détection
- l'âge du médecin ($p=0.12$) supérieur à 50 ans est associé à une meilleure détection
- déclarer avoir un dossier de prévention ($p=0.17$) est associé à une moins bonne détection
- avoir suivi une formation FMC tabac ($p=0.22$) est associé à une moins bonne détection

- avoir suivi 4 jours de formation FMC dans l'année ($p=0.18$) est associé à une moins bonne détection.

Caractéristiques des patients associées à la détection de la consommation d'alcool à risque (Tableau XLVI)

Les médecins ont une meilleure détection du risque parmi les patients pris en charge depuis plus longtemps ($p=0,004$).

Ils estiment également mieux le risque chez les patients ayant de faibles revenus ($p=0,0009$), qui ne paient pas l'impôt sur le revenu ($p=0,009$), qui n'ont pas d'emploi au moment de l'enquête ($p=0,009$), qui déclarent avoir des difficultés financières ($p=0,08$), qui se sont trouvés au chômage au cours des cinq dernières années ($p=0,002$).

Il en est de même chez les patients qui ont une perception négative de leur quartier ($p=0,007$) ou de leur logement ($p=0,001$), ainsi que s'ils ne sont pas propriétaires ($p=0,04$).

La détection est également meilleure chez les patients mal entourés socialement ($p=0,03$), n'ayant pas de loisirs ($p=0,07$), ne pratiquant pas de sport ($p=0,01$), insatisfaits des relations avec leur entourage ($p=0,09$).

Caractéristiques des médecins et des patients associées à la détection de la consommation d'alcool à risque, étudiées dans un modèle mixte multi-varié (Tableau XLVII)

Le modèle vide a une variance inter médecin non significative ($p=0.147$, $s^2u=0.484 \pm 0.329$).

Le modèle final multi-varié (ajusté sur l'âge du patient, la durée de prise en charge, le fait d'être en ALD et la PCS du patient) retrouve :

- une variance inter médecin non significative ($p=0.68$, $s^2u=0.13 \pm 0.32$)
- au niveau patient : le fait d'avoir été inactif pendant 5 ans, le fait d'avoir une mauvaise perception de son quartier, l'absence d'entourage social sont associés à une meilleure détection de la consommation d'alcool à risque ;
- au niveau médecin : le fait d'avoir essayé de diminuer sa consommation d'alcool dans l'année est associé à une meilleure détection de la consommation d'alcool à risque ($p=0,06$) ; paradoxalement le fait de déclarer appliquer des règles systématiques de prise en charge des problèmes d'alcool semble associé à une moins bonne détection ($p=0,07$).

3.2.4.6 Prise en charge des fumeurs (Tableau XLVIII)

Lorsque le statut tabagique des patients était connu du médecin, et que ceux-ci étaient des fumeurs actuels ou d'anciens fumeurs, on demandait au médecin si un conseil ou une aide au sevrage tabagique avaient été proposés, par lui-même ou par un spécialiste.

Un conseil d'arrêt du tabac avait été donné à 83% des fumeurs actuels et à 52% des anciens fumeurs. Le conseil provenait du médecin lui-même 8 à 9 fois sur 10.

Un traitement nicotinique de substitution avait été prescrit à 36% des fumeurs actuels et à 14% des anciens fumeurs, presque exclusivement par un médecin spécialiste. Pour le bupropion, les chiffres étaient respectivement de 9% et 2%, et les prescriptions provenaient de spécialistes.

3.2.4.7 Prise en charge des buveurs considérés à risque par le

médecin (Tableau XLIX)

Les médecins ont déclaré avoir réalisé une intervention brève chez 65% des patients qu'ils considéraient à risque (indépendamment de leur score AUDIT). De même ils ont prescrit à ces patients un sevrage ambulatoire (14% des cas), de l'Aotal (8%), ou ils les ont adressé à un alcoologue (8%), à un psychiatre (9%), à une association d'anciens buveurs (4%).

3.3 Discussion des résultats de l'étude épidémiologique

3.3.1 Difficultés rencontrées dans la conduite de l'étude

Lorsque PF et HF ont obtenu les postes d'accueil, il n'y avait aucun financement disponible pour la recherche elle-même. Il ne nous a pas semblé possible de lancer la phase de terrain (qui nécessitait la rétribution des médecins et celle des enquêteurs) avant d'avoir une base financière minimale.

Nous avons répondu à plusieurs appels à projets. Nous avons obtenu, en 2004, 50 000 € du programme CNRS/Inserm/ MiRe-Drees et 50 000 € de l'ANAES. En 2006 nous avons obtenus 100 000 € de l'INPES. A ces sommes, s'ajoute un financement de 75 000 € de la DGS.

C'est seulement en 2006, que nous avons atteint un niveau de financement permettant d'aller jusqu'au bout de la phase de recueil des données de l'étude épidémiologique. Il s'agit uniquement de financements publics. Nous avons ainsi pu payer les enquêteurs, les enquêteurs-coordonateurs et les médecins recrutés. Nous n'avons pas eu de financement spécifique pour la reprographie, la saisie et le nettoyage des données, ni pour bénéficier de l'aide d'un statisticien. Toutes ces fonctions ont été assurées au sein de l'équipe, avec l'aide du département de médecine générale de la faculté de médecine Paris 5, de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste et de l'unité 149.

Il a fallu constituer une équipe et trouver un minimum de moyens logistiques (local, informatique) sans entamer le budget. Il a fallu mettre au point des méthodes et des outils de recueil nouveaux et complexes, recruter et former des enquêteurs, apprendre à gérer une enquête « lourde » auprès de médecins et de patients tirés au sort. Le rythme du recueil des données est obligatoirement lent, et soumis aux limites des emplois du temps des médecins, des périodes de vacances et d'épidémies hivernales, etc.

Ces difficultés expliquent l'étalement de l'enquête dans le temps.

3.3.2 Rappel des principaux résultats

3.3.2.1 Concernant les patients hypertendus

Les niveaux des différents indicateurs estimant la qualité de la prise en charge de l'HTA apparaissent faibles dans l'ensemble de l'échantillon analysé: les patients suivis selon les recommandations de l'HAS et les patients dont la pression artérielle est équilibrée restent minoritaires : seul 1 patient sur 4 a un dossier médical rapportant un suivi à jour, à peine plus d'un sur 3 a une PA équilibrée. La moitié seulement des patients déclare connaître au moins une mesure hygiéno-diététique pour faire baisser la pression artérielle.

L'analyse suggère qu'il existe une variabilité des pratiques entre cabinets médicaux pour ce qui est du rythme de consultation, de la délivrance des conseils hygiéno-diététiques, du recours au cardiologue, de la qualité de suivi et du contrôle de la PA. On ne met pas en évidence de variabilité significative pour le nombre ou la nature des médicaments anti-hypertenseurs utilisés. L'étude plus détaillée du suivi de l'HTA semble montrer un suivi moins souvent à jour pour les femmes, les patients les plus jeunes et dans les cabinets médicaux situés dans les cantons défavorisés. Ce dernier effet n'est pas expliqué par des différences de suivi en fonction de la catégorie sociale, du niveau d'éducation ou du revenu des patients. Le suivi apparaît au contraire significativement meilleur pour les patients suivis par des médecins plus jeunes et par des femmes médecins. Les consultations sur rendez-vous, l'absence d'autre activité médicale que le cabinet et une attitude systématique vis-à-vis du dépistage du cancer du col sont également associés à un meilleur suivi.

3.3.2.2 Concernant les dépistages des cancers féminins entre 50 et 69 ans

Les taux de couverture par mammographie et frottis apparaissent élevés dans l'échantillon étudié : plus de 80% 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 et on ne retrouve pas de variabilité significative des taux de couverture entre médecins.

Pour le frottis, on retrouve parmi les patientes des généralistes les observations connues en population générale : les obstacles principaux sont le niveau social des patientes et l'accès au gynécologue : les catégories socioprofessionnelles les plus modestes sont 2 fois plus souvent non dépistées que les cadres. Pour la mammographie, au contraire, on ne met pas en évidence de différence en fonction du niveau d'éducation, de la catégorie professionnelle ou du revenu : il est probable que le dépistage de masse ait permis d'atténuer les disparités sociales. Les difficultés financières des patients, et l'accès au gynécologue restent cependant des obstacles au dépistage.

3.3.2.3 Concernant le repérage et la prise en charge des problèmes de tabac et d'alcool

Si les patients jeunes fument plus souvent, les gros fumeurs et les buveurs à risque sont logiquement plus nombreux parmi les hommes plus âgés. Dans les clientèles des médecins généralistes l'exposition aux risques tabac et alcool sont nettement plus fréquentes chez les patients en situation économique et / ou sociale défavorable.

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 (« bon sens épidémiologique » des médecins).

Les médecins qui déclarent suivre des règles précises pour les problèmes d'alcool tiennent mieux les dossiers pour l'alcool comme pour le tabac.

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.

La bonne détection des risques est de 55% pour le tabac, et de 40% pour la consommation d'alcool à risque. A la différence de la tenue des dossiers, il n'y a pas d'effet médecin pour la détection des risques.

3.3.3 Points forts de l'étude

La méthode de notre étude présente plusieurs avantages, rarement rencontrés dans les études en médecine générale. Les MG ont été tirés au sort à partir d'une liste exhaustive à jour. Le mode d'enregistrement des patients au fur et à mesure des séances dans le cahier d'inclusion et la vérification des critères d'éligibilité ont permis d'avoir une liste exhaustive des patients éligibles.

Les données concernent à la fois des caractéristiques des patients et de leur MG. La richesse des questionnaires et le recueil bilatéral des informations ont permis une bonne caractérisation de la position sociale et de la santé des patients. L'analyse statistique respecte le caractère hiérarchique des données et permet d'obtenir des résultats tenant compte de la ressemblance des patients d'un même médecin et d'étudier l'effet médecin.

3.3.4 Limites de l'étude

3.3.4.1 Biais de sélection

Une limite de cette étude est la sélection qui s'est effectuée aux deux niveaux de recrutement, celui des médecins et celui des patients.

Concernant les MG, les participants sont plus jeunes, pratiquent moins d'actes par semaine et exercent dans des cantons plus favorisés que les non participants.

Si nous les comparons à l'ensemble des MG français, nous observons dans notre échantillon : un âge moyen légèrement inférieur (48 contre 50 ans en 2004), une proportion identique de femmes exerçant en cabinet (28 et 27% en 2000), une durée des consultations un peu supérieure (18 contre 15 min en 2002), un nombre d'heures hebdomadaires travaillées légèrement inférieur (46 contre un peu plus 48h en 2002³) et un nombre d'actes par jour ouvré inférieur (17 contre 20 en 2004¹). L'exercice en groupe est aussi plus souvent retrouvé dans notre étude que dans l'ensemble des MG franciliens (51 contre 28% en 2002).

Une autre particularité de notre échantillon de médecins est la forte proportion de MG ayant une autre activité que l'exercice libéral en cabinet (plus d'un tiers) et en particulier une fonction d'enseignement (16,9%).

Au final, il semble qu'il y ait dans notre échantillon une surreprésentation de certaines catégories de MG : les MG plus jeunes, exerçant en groupe, ayant une activité d'enseignement, pratiquant un nombre d'actes hebdomadaires moins important et exerçant dans des cantons plutôt favorisés.

Cette surreprésentation peut s'expliquer en partie par l'investissement demandé pour participer à l'enquête (lors du recrutement, chaque médecin était informé de la nécessité de consacrer en moyenne une dizaine d'heures avec un enquêteur pour remplir les questionnaires). On peut donc supposer que les MG ayant accepté de participer sont plus disponibles, et aussi qu'ils s'interrogent davantage sur leurs pratiques et sont plus intéressés par la prévention que les autres MG. La sélection des MG pourrait alors conduire à sous-estimer les écarts aux recommandations de prévention.

Concernant les patients, les participants sont plus souvent nées en France, appartiennent davantage aux catégories des professions intermédiaires et supérieures et moins à celles des employés et ouvriers. Ce résultat, à rapprocher de la meilleure participation aux enquêtes des personnes ayant un niveau d'études supérieur, est souvent retrouvé dans les enquêtes épidémiologiques et tend probablement à sous-évaluer les écarts aux recommandations de prévention.

La participation des patients vus en visite est nettement plus faible que celle des patients vus en consultation. Il en est de même de la participation des patients atteints d'une pathologie grave, qui est un motif fréquent de refus d'inclusion invoqué par les médecins. Il est probable que ces effets de sélection contribuent également à minimiser les écarts aux recommandations préventives.

Enfin, l'inclusion étalée sur 2 semaines a tendance à sous-représenter les patients consultant rarement en médecine générale, comme par exemple ceux en bonne santé.

Nos analyses montrent un effet médecin sur la participation, qui s'explique en partie par un effet d'enquête.

3.3.4.2 Biais de mesure

Concernant les patients hypertendus

Les résultats sur le niveau de pression artérielle et la fréquence du contrôle sous traitement sont issus d'une seule mesure de PA qui plus est non standardisée. Il existe ainsi vraisemblablement d'assez nombreuses erreurs de classement à priori non différentielles ce qui limite la puissance de l'étude. Il faut noter cependant que la fréquence des patients bien contrôlés est tout à fait comparable aux données de littérature. Nous pourrions vérifier les résultats initiaux dans l'ensemble de l'échantillon en utilisant la moyenne des 2 ou 3 dernières mesures et en améliorant la mesure de la position sociale à l'aide des différents indicateurs disponibles.

Concernant l'étude du dépistage des cancers féminins chez les patientes de 50 à 69 ans, il existe potentiellement un biais de mémoire, lié au fait que les questions sur le frottis et sur la mammographie portaient respectivement sur les 3 et les 2 années précédentes. Plusieurs études ont montré qu'il existe une sous-estimation de la proportion de non dépistage des cancers féminins, quand on utilise des données déclaratives'. Des enquêtes portant sur la mammographie rapportent que les femmes ont tendance à sous-estimer l'ancienneté de leur dernière mammographie et que la proportion de non dépistage réelle est supérieure de près de 10% à celle obtenue à partir des déclarations. Ainsi, comme les biais de sélection, le biais de mesure va dans le sens d'une sous-estimation de la proportion de non dépistage.

De plus, comme le montrent Caplan et coll³ avec la mammographie, il est possible que l'exactitude de la datation du dernier FCU soit socialement différenciée en faveur des niveaux d'études supérieures et donc que ce biais soit différentiel. Cependant, le fait que dans notre échantillon l'ancienneté moyenne du dernier FCU des patientes déclarant une date précise est d'environ un an (résultat non présenté) laisse présager une faible répercussion de ce biais sur l'association entre non dépistage et CSP.

Un autre biais de mesure est celui concernant la CSP. Le codage de cette dernière est parfois difficile car les informations issues des questionnaires ne sont pas toujours suffisantes. Ce biais a priori non différentiel pourrait expliquer la disparition du lien entre CSP et dépistage dans l'analyse multi-variée.

Décalage entre tenue du dossier et pratique réelle. Il est vraisemblable que les pratiques de prévention des médecins sont sous-évaluées par ce qui est enregistré dans les dossiers. De plus les patients peuvent bénéficier de soins préventifs d'autres prescripteurs à l'insu de leur médecin.

L'application stricte des référentiels qui préconisent des délais entre deux réalisations d'une procédure préventive génère des effets de seuil pénalisants dans une approche d'évaluation des pratiques. De ce point de vue, nous aurions pu faire varier les seuils dans une étude de sensibilité. A l'opposé, cette interprétation stricte des référentiels permet la comparabilité entre les différentes études.

4. Etude sociologique

Janine Bachimont* Nora Liberalotto** ,

Dans la méthodologie à laquelle nous avons eu recours, l'analyse qualitative que nous allons présenter est complémentaire de l'étude quantitative. Cette dernière permet une description chiffrée des caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes (MG) et des patients, ainsi que des pratiques des médecins en matière de prévention à partir d'un échantillon important, mais la démarche et les outils utilisés ne peuvent analyser finement les pratiques, ni les obstacles rencontrés ; ce que permet la démarche qualitative.

Nous présentons ici les résultats des entretiens semi-directifs que nous avons réalisés auprès de 30 MG sur les modalités de la mise en oeuvre des actions de prévention dans leur exercice quotidien, pour les cinq thèmes présentés précédemment. Les principaux objectifs sont d'identifier des éléments susceptibles d'expliquer les variations de pratiques des MG en matière de prévention, de comprendre les logiques d'action de chaque médecin et en corollaire leur lien avec la présence d'éventuelles inégalités sociales de santé.

4.1 Problématique et état de la question

La question de la prévention en médecine générale n'est pas nouvelle. Déjà, dans les années 1980, du fait de la place occupée par les médecins généralistes dans le système de soin, le discours des autorités sanitaires les présentait comme étant des acteurs de première ligne pour mettre en place des actions de prévention (Pissaro B., 1982 ; Rapport Gallois, 1981). Dernièrement, la loi de santé publique du 9 août 2004 a renforcé cette idée, de même que les dernières conventions sur l'augmentation du tarif des consultations dans lesquelles, au cours des négociations entre les autorités sanitaires et notamment la CNAMTS, mais aussi des professionnels de la santé, il a été clairement exposé qu'en contrepartie d'une augmentation des tarifs, les MG devaient s'engager à s'investir davantage dans des missions de préventions et d'éducation pour la santé.

Toutefois, pour avoir assisté aux présentations faites par des représentants des institutions sanitaires et des organismes payeurs, des MG et d'autres professionnels de la santé lors des journées organisées par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) les 29 et 30 mars derniers, nous pouvons dire que les MG ne s'alignent pas de manière unanime derrière les demandes des autorités et institutions sanitaires et, qui plus est, ne se reconnaissent pas comme étant officiellement mandatés par l'état pour entreprendre des démarches de prévention ; ce que confirme les discours tenus par les MG que nous avons rencontrés.

Dans leur pratique quotidienne, c'est avant tout la fonction curative de la médecine face à une plainte qu'ils mettent en avant (Baszanger I. et al., 2002). Il en résulte que les actions de prévention en médecine générale dépendent en grande partie de la bonne volonté de chaque praticien et que leur mise en oeuvre dépend d'un grand nombre de d'éléments et de logiques ; ce que notre étude tente de montrer.

4.1.1 Définir la prévention

La notion de prévention mérite tout d'abord d'être précisée, car les objectifs et les actions à déployer diffèrent fortement selon les thèmes cliniques étudiés. Les buts poursuivis peuvent être d'empêcher l'apparition du risque ou de la maladie, de les détecter précocement (dépistage), de faire disparaître ou de réduire le risque, ou de traiter la maladie de manière optimale pour

minimiser les conséquences négatives du traitement.

De nombreux états de santé peuvent être considérés comme étant à la fois des maladies et des risques pour d'autres maladies. Ainsi, pour l'alcoolisme, le tabagisme et l'HTA, l'objectif est de limiter les risques de développer une pathologie associée, voire de limiter l'évolution de la pathologie si elle est déclarée. Pour le cancer du sein et pour le cancer du col de l'utérus, il s'agit de tendre vers le dépistage le plus précoce possible, mais pour le cancer cervical la prévention passe également par le dépistage et la prise en charge (par un traitement ou par la surveillance) de lésions virales bénignes ayant un potentiel oncogénique.

4.1.2 Les savoirs médicaux sur la prévention et les limites de leur mobilisation par les médecins généralistes

Pour chacune des thématiques de prévention que nous avons étudiée, il existe des textes de référence élaborés par des institutions officielles afin de guider les praticiens dans leur démarche clinique, tels : les recommandations de pratiques cliniques (RPC) de la Haute Autorité de Santé, et les diverses orientations proposées par l'INPES, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les sociétés savantes qui organisent ou participent à des conférences de consensus, ou les expertises collectives de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

Les différents « recommandations » sont l'émanation du double constat d'une augmentation des dépenses de santé et d'une hétérogénéité des pratiques de soins, et résultent du souci de démarche qualité, depuis longtemps utilisée dans l'industrie, qui a investi, en France, le champ de la médecine depuis les années 1990. Les textes sont fondés sur les données actuelles de la science, c'est-à-dire sur l'analyse des résultats des études publiées en fonction du niveau de preuve (*evidence based medicine*) (Timmermans S, et al., 2003), et sont élaborés par des groupes d'experts, dont des praticiens directement concernés par les pathologies sources des recommandations. Ils affichent un double objectif d'efficacité et de qualité des soins et ont également pour vocation de devenir des normes communes pour les praticiens applicables à des groupes-types de patients. Or, de nombreux travaux ont établi que les MG n'appliquaient pas les recommandations comme les experts le souhaiteraient. Il a ainsi été montré que les praticiens aménageaient les recommandations, voire ne connaissaient pas toujours en détail leur contenu et qu'un certain nombre de variables (que nous reprenons en partie dans nos hypothèses de travail) intervenaient dans ces pratiques médicales (Bachimont et al, 2006 ; Castel, 2002 ; Durieux., 1994 ; Feder *et al.*, 1999 ; Klazinga N., 1994 ; Poindron, 2002 ; Tunis, 1994 ; Urfalino *et al.*, 2001.).

Les médecins, outre leurs connaissances médicales, doivent composer avec des modes d'organisation et des interactions sociales, lesquels aménagent le cadre de leur expérience et de leurs décisions (Goffman 1974). Dans un tel contexte, les situations de consultation en médecine libérale au cours desquelles la relation de clientèle est une particularité (Freidson, 1984) sont peu propices à une attitude moniste des MG, d'autant plus qu'ils revendiquent une approche et une réponse globale de la maladie, du malade ou du patient, au détriment de la médecine de plus en plus codifiée qui leur est proposée (Baszanger et al., 2002). Dans ce sens, nous cherchons à identifier et à analyser les disparités des pratiques de prévention, non seulement entre les médecins pour chacun des thèmes, mais également pour chaque médecin en fonction d'un thème et, pour un même thème et un même médecin, en fonction des patients.

Parler de « variabilité des pratiques médicales » n'est pas une nouveauté en soi. Preuve en est les nombreux travaux sur cette question. L'élaboration des RPC en est également la réponse, *via* la mise en oeuvre dans les années 1990 d'une démarche qualité, face notamment au double constat de l'augmentation des dépenses de santé et de l'existence d'une hétérogénéité des pratiques de soins. Ce sont essentiellement des économistes de la santé, mais aussi quelques sociologues, qui se sont penchés et se penchent encore sur la question, soit dans un souci de réduction des dépenses de santé, soit pour analyser les dispositifs en place (Castel et al., 2005 ; Kerleau, 1998 ; Letourmy 1995 ; Mossé, 1998 ; Mousquès et al., 2001, 2003). Dans l'étude la plus ancienne que nous avons trouvée sur médecine générale et prévention (Bucquet et al., 1984), les actes que les MG avaient déclarés accomplir comme relevant de la prévention ont été catégorisés par les auteurs en quatre rubriques : examen systématique, vaccination, surveillance de la mère et de l'enfant, contraception. Pour ces actions, les auteurs ont relevé des comportements spécifiques à certains groupes de médecins (urbains, femmes, jeunes) mais ils n'ont pas trouvé de différence dans les comportements de ces trois groupes par rapport à l'âge et au sexe de leur patientèle. Ils émettent l'hypothèse (sans pouvoir la confirmer car les données dont ils disposent ne le permettent pas) que l'offre de soins, les caractéristiques socioculturelles des patients et les motivations des praticiens ont probablement des effets sur les pratiques de prévention. Nous reprenons ces points dans notre analyse.

Ce que notre étude apporte de nouveau par rapport aux travaux cités précédemment est: 1) qu'elle se situe dans le domaine de la prévention en médecine générale ; 2) qu'elle aborde des thèmes spécifiques, 3) qu'elle a pour objectif d'identifier des inégalités sociales dans les dépistages et la prise en charge des facteurs de risque et des pathologies, 4) qu'elle s'inscrit dans une perspective de sociologie qualitative. Ainsi, étudier les attitudes de prévention des MG pour plusieurs thématiques permet d'établir des comparaisons et notamment de faire émerger d'éventuelles différences. Outre le fait que nous montrons que la disparité des pratiques de prévention résulte de la mobilisation ou non d'éléments objectifs et subjectifs de la part des praticiens lors de la consultation, nous verrons que cela peut conduire de fait à des inégalités de dépistage ou de suivi pour certains patients, sans postuler pour autant une intentionnalité de la part des praticiens.

4.1.3 Les déterminants de la variabilité des pratiques

L'analyse des entretiens permet de mettre en évidence quelques éléments que nous considérons comme étant moteur dans le processus qui conduit à une disparité des pratiques de prévention. Nous avons catégorisé ces déterminants de la manière suivante :

4.1.3.1 L'importance de l'intérêt porté à chacun des thèmes.

Nous émettons l'hypothèse que cet intérêt est très fortement lié à la biographie professionnelle et individuelle de chaque médecin, aux représentations que chacun d'entre eux se fait des pathologies ou troubles à traiter, à l'estimation des risques encourus pour les patients et à la conception des actions de prévention possibles. On retrouve ce thème de « l'intérêt porté » dans la littérature, notamment dans une étude quantitative par questionnaire qui traite de « médecine générale et troubles mentaux » (Aiach P. et al., 1985). Les auteurs montrent que la part des diagnostics de troubles mentaux portés dans l'ensemble des diagnostics posés varie positivement avec l'intérêt déclaré du médecin généraliste pour le domaine de la psychiatrie.

4.1.3.2 La « Spécialisation formelle » ou « spécialisation informelle » des médecins.

Nous reprenons ici la formulation utilisée par Giami dans ses travaux sur la sexualité (Giami A., *et al.*, 2001). Contrairement à la « spécialisation formelle », qui est la résultante de l'acquisition d'un savoir diplômant reconnu par les institutions, la « spécialisation informelle » nécessite également l'acquisition de connaissances, mais elles peuvent être acquises par des démarches individuelles diverses (comme la formation médicale continue) et ne sont pas sanctionnées par une reconnaissance institutionnelle. Cette notion de « spécialisation informelle » paraît pertinente pour analyser la pratique de certains des MG rencontrés, qui disent s'investir plus spécifiquement dans un ou plusieurs des thèmes et expliquent cela par l'intérêt particulier qu'ils leur portent ; intérêt qui les a conduit à approfondir la formation initiale qu'ils ont reçue dans ces domaines.

4.1.3.3 Le degré de connaissance et d'appropriation des RPC ou des différents « guides » et documents scientifiques.

Nous avons évoqué précédemment des travaux qui portent sur le défaut d'observance des RPC ou autres textes de références, de la part des MG. Nous avons tout lieu de penser que la mise en oeuvre d'actions de prévention n'échappe pas aux conclusions de ces travaux. Il nous semble pertinent de repérer les limites de l'application des textes de référence pour les cinq thèmes étudiés et d'interroger les normes et les valeurs que le MG mobilisent dans leur pratique.

4.1.3.4 L'organisation de l'activité professionnelle.

Les modalités de l'activité médicale ont des effets sur la pratique quotidienne des médecins (Feder *et al.*, 1999 ; Saillour- Glénisson *et al.*, 2003 ; Tunis *et al.*, 1994) et notamment la gestion du temps et des dossiers médicaux. Dans notre travail, nous partons de l'hypothèse que ces éléments organisationnels doivent être mis en rapport avec d'autres déterminants.

4.1.3.5 L'offre de soins spécialisés et sa localisation par rapport au lieu d'implantation du cabinet.

Bien que l'étude se déroule dans la région parisienne, dans laquelle l'offre de soins spécialisés est plus variée et plus dense que dans la plupart des autres régions de France, la répartition y est inégale. Nous cherchons à saisir l'influence que peut avoir l'existence des spécialistes dans la proximité géographique du cabinet, ou au contraire leur absence ou insuffisance dans la délégation des soins de prévention de la part du MG.

4.1.3.6 Les aspects relationnels et interactions entre le médecin et le patient.

Les travaux des sociologues qui s'inscrivent dans le courant interactionniste ont montré que l'on ne peut envisager d'étudier le travail du médecin sans prendre en compte les interactions qui se produisent entre celui-ci et le patient (Strauss A. *et al.* 1985, Baszanger I. 1986, Bury M., 1991). La technique de recueil de données à laquelle nous avons eu recours ne nous permet pas d'analyser le processus des interactions tel qu'il se déroule au moment des consultations. Cependant, l'analyse des entretiens nous permet d'étudier comment les praticiens prennent en compte les attitudes des patients dans les situations de consultation, ainsi que les caractéristiques (constatées ou supposées) qu'ils leur attribuent. Nous cherchons particulièrement à analyser

comment les médecins construisent des catégories de patients en dehors d'appartenance aux catégories sociales « classiques » et les effets de ces catégories sur les pratiques.

4.2 Méthodes de l'étude sociologique

Entre avril 2005 et mai 2006, nous avons interviewés 30 MG parmi le panel des médecins ayant participé à l'étude quantitative. L'échantillon n'est pas « statistiquement représentatif » mais il est le produit d'un « échantillonnage théorique » (Glaser B. et al., 1967), construit en fonction de critères d'âge, de sexe, de lieu d'exercice, de caractéristiques structurelles des cabinets (nous reprenons ces caractéristiques plus loin).

4.2.1 Déroutement

Les entretiens ont duré entre 50 et 120 minutes, ils ont été retranscrits et analysés selon la méthode de l'analyse de contenu (Bardin L., 2001). Ce travail analytique permet un enrichissement de la lecture immédiate des entretiens, une mise en forme du discours autour de thématiques transversales afin de rechercher des convergences et des divergences. C'est un travail de déconstruction des entretiens individuels et de reconstruction de thématiques transversales. Il permet de valider ou d'invalider les hypothèses de départ et éventuellement d'en formuler de nouvelles.

Lorsque nous avons rencontré les praticiens, tous avaient rempli les questionnaires de l'étude épidémiologique. Ils avaient ainsi eu l'opportunité de confronter la représentation qu'ils ont de leur pratique avec son enregistrement concret dans les dossiers des patients. Sans que cela soit un objectif de l'étude, la démarche a constitué une sorte d'auto évaluation qui leur a permis de découvrir l'existence d'un décalage entre ce qu'ils croyaient faire et ce qu'ils faisaient réellement ; ce dont ils nous ont parlé spontanément. Le guide d'entretien a cherché à amener les interviewé(e)s à produire des « récits de pratiques » (Bertaux D., 1997). Dans cette approche, qui implique une démarche inductive, le guide d'entretien est un outil évolutif qui s'ajuste progressivement. Les dimensions suivantes ont été abordées :

- sensibilité à la prévention en général et aux thèmes retenus en particulier ; à partir du parcours professionnel ;
- place prise par les démarches de prévention dans la pratique quotidienne ;
- rôle dans la mise en place d'actions de prévention en lien avec d'autres soignants ;
- connaissance et prise en compte des recommandations ;
- perception des caractéristiques des patients et rôle qu'elles jouent dans la mise en œuvre des soins de prévention.

4.2.2 Caractéristiques des médecins interviewés

Comme le montre le tableau ci-dessous,

- ces médecins sont âgés de 33 ans à 59 ans ; il y a 9 femmes et 21 hommes ;

- l'ancienneté des diplômés à la date de l'enquête va de 5 ans à 30 ans ;
- 4 sont des ex médecins référents, 13 déclarent avoir des activités médicales régulières en dehors de leur cabinet, 4 sont maîtres de stage, 4 cumulent plusieurs activités ;
- 16 exercent en cabinet individuel (1 a une secrétaire médicale), les 14 autres exercent en cabinet de groupe, (soit en association uniquement avec des médecins généralistes, soit avec des spécialistes ou des paramédicaux), et 11 parmi eux disposent d'une secrétaire médicale commune ;
- 5 sont en secteur II (à honoraires libres) ;
- 8 sont installés à Paris intra-muros et 22 dans la périphérie ;

La classification en fonction du taux de foyers non imposables fait apparaître 9 médecins dont le cabinet se trouve dans un quartier « aisé », 10 dans un quartier « moyen », et 11 dans un quartier « populaire ».

Age	Sexe	Année thèse	Autres activités en lien avec la médecine	Type de cabinet	Secteur	Quartier
43	M	1991	Responsable FMC	Gr. (2 MG)	I	Aisé
33	M	2001	Consult hosp (pédiatrie) Médecin de crèche	Individuel	I	Aisé
54	M	1980	Maître de stage, Responsable FMC, Consult hosp (MG), Médecin du travail	Individuel	II	Moyen
44	F	1989	Consult hosp (vaccinations internationales)	Individuel	I	Populaire
50	M	1995	Medecine référent	Individuel	I	Moyen
51	M	1981	Médecin référent	Gr.(3 MG)	I	Aisé
53	M	1980	Bureau d'hygiène de la mairie	Individuel	II	Aisé
47	F	1985	Médecin coordonnateur d'une maison de retraite	Gr.(2 MG, 1secrétaire)	I	Aisé
45	F	1993	Consult hosp (nutrition)	Gr.(2 MG)	I	Populaire
39	F	1996	--	Gr.(4 MG, 1 secr.)	I	Populaire
40	M	1997	Maître de stage	Gr. (3 MG, 1 secr)	I	Moyen
55	M	1981	--	Gr.(3 MG, 1 secr)	II	Populaire
40	M	1996	--	Individuel	I	Moyen
43	M	1994	--	Individuel	I	Populaire
51	F	1982	--	Individuel	I	Populaire
46	F	1990	Maître de stage	Gr.(4 MG, 6 spécialistes dont 1 gynécologue, 1 infirmière, 1 orthophoniste, 1 podologue, 3 secrétaires).	I	Moyen
42	F	1988	--	Individuel	I	Moyen
40	M	1988	--	Gr.(4 MG, 4 infirmières, 2 secrétaires).	I	Populaire
53	M	1980	Médecin référent, responsable FMC	Gr. (5 MG, 2 secrétaires).	I	Aisé
53	M	1982	Enseignant à la faculté, médecine, maître de stage, responsable FMC	Gr. (:3 MG, 2 secr.)	II	Aisé
48	M	1989	Aucune	Gr. (:4 MG, 1 secr.).	I	Aisé
48	F	1984	Aucune	Individuel	I	Inf
43	M	1989	Aucune	Individuel	I	Inf

52	F	1978	Médecin référent, Groupe de pairs, Comité de rédaction d'une revue médicale	Individuel	I	Moyen
51	M	1984	Réseau soins palliatifs/douleur	Individuel	II	Aisé
59	M	1976	--	Individuel (1 secr.)	I	Populaire
43	M	1992	--	Gr. avec 1 podologue	I	Moyen
52	M	1987	Maison de retraite, Médecin de crèche	Gr. (:3 MG, 1 secr.)	I	Moyen
45	M	1998	--	Individuel	I	Aisé
58	M	1977	Responsable FMC	Individuel	I	Moyen

4.3 Résultats : la variabilité des pratiques de prévention.

Comme nous l'avons dit auparavant, notre analyse repose sur le constat de l'existence d'une variabilité des pratiques de prévention non seulement entre les médecins, mais également pour un même médecin entre chacun des thèmes et entre les patients pour un thème donné. Aussi, nous avons choisi présenter nos résultats thème par thème pour mettre en lumière ces variations. Nous revenons, dans la conclusion, à une analyse plus transversale.

4.3.1 L'hypertension artérielle (HTA)

Pour tous, le dépistage, le contrôle et le suivi de l'HTA apparaissent clairement comme étant des tâches qui relèvent de la médecine générale ; ce qui n'est pas le cas pour les autres thèmes de l'étude. L'orientation d'un patient vers un spécialiste est réservée à la réalisation des examens complémentaires et aux cas récalcitrants qui ne réagissent pas comme attendu aux traitements conventionnels. La prise de la tension artérielle est évoquée comme étant un acte médical « de base » qui repose sur une procédure médicale simple et standardisée et qui ne pose pas de problème particulier. En accord avec les RPC (ANAES 1997, HAS 2005) les MG disent mesurer systématiquement la pression artérielle (PA) de tous les jeunes et adultes qui les consultent, d'autant plus qu'ils considèrent que c'est une sorte de rituel qu'ils attendent. Par contre, ils n'évoquent pas toujours la mise en place des examens complémentaires recommandés pour l'élaboration du diagnostic et, notamment, la réalisation d'un électrocardiogramme.

Bien que le caractère standardisé du dépistage de l'HTA soit souligné, quelques médecins considèrent que la mesure de la PA ne se justifie pas toujours du point de vue médical, ce qui les conduit à « oublier parfois de la prendre », à « ne le faire que si la personne le réclame », à « la prendre sans utiliser le stéthoscope », ou à « oublier de noter le résultat quand le chiffre est normal ». De notre point de vue, ceci est susceptible d'induire des inégalités de repérage des hypertendus, car le diagnostic demande plusieurs contrôles successifs. Ainsi, les personnes qui consultent de façon sporadique et pour des pathologies bénignes risquent d'échapper au dépistage, d'autant plus que plusieurs praticiens signalent qu'ils sont alors moins systématiques dans la prise de la tension ou dans son enregistrement. Lors d'une première consultation, plusieurs médecins déclarent qu'ils n'établissent pas systématiquement de dossier médical.

Le suivi et le traitement, également codifiés par les RPC, demandent, surtout dans les premiers temps, un ajustement en fonction des caractéristiques médicales de chaque patient et de leurs réactions au traitement prescrit. Le défaut d'observance des personnes traitées est la principale difficulté énoncée par les MG. Ils caractérisent les personnes « peu observantes » à partir d'indicateurs non médicaux qui leur sont propres. Nous pouvons citer comme exemples le tempérament (« ils sont comme ça ») ; la culture médicale des étrangers, argument qui peut être cité à la fois pour expliquer un comportement plus ou moins observant que celui des autres patients ; le mode de vie, cet indicateur étant très souvent situé socialement. Ainsi, à propos d'une alimentation qui ne correspond pas aux règles de la diététique recommandée, nous avons entendu qu'elle était « mal équilibrée » pour les hommes d'affaires ou les commerciaux, du fait que leur activité professionnelle ne facilitait pas le respect d'un régime, alors que pour les personnes modestes, elle était la conséquence du « manque de notions sur l'hygiène de vie ». Malgré la multiplicité des catégories évoquées pour expliquer le manque d'observance, les réponses médicales qui sont proposées ne semblent pas pour autant être si variées. La parade la plus courante consiste à répéter les explications sur les risques et sur les indications thérapeutiques ou, plus rarement, à envoyer le patient chez un spécialiste. Quelques praticiens décrivent une stratégie recommandée par les RPC qui consiste, dans la mesure où un autre traitement est possible, à changer de molécule pharmacologique.

4.3.2 La prévention et le dépistage des cancers féminins

Les entretiens nous ont permis de constater que les actes de prévention et de dépistage des cancers féminins, sont perçus par certains comme étant des pratiques spécialisées et donc en dehors de leur champ d'action, ce qui ne veut pas dire qu'ils s'en désengagent totalement. Pour d'autres, ces actes font partie de l'exercice quotidien de la médecine générale. Les attitudes que nous avons pu repérer couvrent un éventail qui va de l'orientation systématique vers un gynécologue, à la réalisation du suivi et des examens nécessaires. Une posture intermédiaire consiste à prescrire les examens de dépistage sans examen clinique des patientes.

Certains médecins posent systématiquement la question du suivi gynécologique à toutes les femmes, soit lors de la première consultation, soit lors des suivantes. D'autres ne la posent que si l'occasion se présente et notamment si le motif de la consultation est en rapport avec la gynécologie. De même, bien qu'une partie des praticiens disent avoir la même attitude pour le dépistage du cancer du col de l'utérus que pour le cancer du sein, d'autres déclarent être plus systématiques dans le dépistage de ce dernier. Ils justifient notamment ce comportement par une croyance forte en l'efficacité du dépistage précoce sur le pronostic vital en cas de découverte d'une anomalie (sensibilité très liée à leur expérience professionnelle et à leur histoire de vie).

Nous avons noté une dimension sexuée de la pratique du dépistage des cancers féminins et surtout de celui du col de l'utérus. En effet, les femmes médecins mettent en avant la dimension de genre pour expliquer leur intérêt et leur investissement dans des pratiques qui relèvent de la gynécologie et notamment pour la réalisation des frottis. Dans le même sens, il y a des praticiens hommes qui considèrent que les patientes préfèrent être suivies sur le plan gynécologique par des femmes et expliquent ainsi leur manque d'intérêt et d'investissement pour ce type de questions. Bien évidemment ceci n'est pas une règle applicable à tous et à toutes, car d'autres praticiens de l'un ou l'autre sexe font ou ne font pas de frottis ou d'autres examens gynécologiques. L'exercice de la médecine générale qui se définit par une absence de spécialisation admet cependant, dans le contexte urbain que nous avons étudié, la possibilité de refuser de réaliser certains actes ou au contraire de se spécialiser dans leur mise en place, selon que chacun considère qu'ils sont davantage destinés à être mis en oeuvre par des médecins de l'un ou de l'autre sexe.

4.3.2.1 La prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus

Dans le cadre des questions sur le suivi gynécologique, certains des MG que nous avons entendus déclarent demander de façon « systématique » la date du dernier frottis aux femmes pour lesquelles ils considèrent que l'examen est utile. A ce propos, la plupart d'entre eux estime qu'il faut commencer à proposer l'examen en fonction du début de l'activité sexuelle et non pas d'un âge déterminé, ce en opposition avec les RPC qui limitent le dépistage aux femmes âgées de 25 ans à 65 ans (ANDEM 1995). Un praticien mentionne la tranche d'âge 30/35 ans pour débiter le dépistage, se basant sur des statistiques de l'incidence du cancer du col de l'utérus. Quant à l'âge limite au-delà duquel ils considèrent qu'il n'est plus utile de réaliser des frottis, certains mentionnent celui qui est recommandé et d'autres un âge plus avancé (70/75ans). D'autres encore considèrent que les risques existent quel que soit l'âge et que les RPC, en fixant un âge limite, répondent à des objectifs économiques et non pas à l'intérêt des femmes en tant qu'individus.

Nous avons observé des praticiens qui déclaraient ne pas être toujours « systématiques » dans le contrôle de la régularité du frottis et avoir parfois des « manques » qu'ils expliquent par « l'oubli », « le manque de temps », « l'attente d'une situation propice », ou par le fait que pour certaines femmes, la question leur semble plus « délicate » à aborder, voire « tabou ».

Par exemple, il est des médecins qui ne s'informent pas de la fréquence des frottis lors d'une première consultation (sauf si ce motif a un rapport direct avec la gynécologie). D'autres

omettent de poser des questions aux femmes qui ont déclaré avoir un suivi gynécologique, car ils estiment que faire un frottis relève « *des soins que tous les gynécologues incluent dans le suivi* ». Quelques praticiens, des hommes pour la plupart, se refusent d'aborder les aspects relevant de la gynécologie et notamment du frottis avec des femmes « maghrébines », « musulmanes » ou « africaines », en faisant allusion à des « barrières culturelles » qu'ils considèrent infranchissables.

D'autres médecins, enfin, déclarent ne pas chercher à développer une démarche systématique auprès de toutes leurs patientes car ils pensent que la plupart ont un suivi régulier assuré par un gynécologue. Ils concentrent leurs efforts sur des catégories qu'ils considèrent comme étant plus à risque, et notamment les « jeunes femmes », avec lesquelles ils en parlent « naturellement » dans le cadre de la prescription d'une contraception orale, et les femmes supposées ne pas avoir de gynécologue, ou du moins ne pas avoir de suivi régulier. Les catégories évoquées varient selon les praticiens, à titre d'exemple nous pouvons mentionner les « très jeunes filles », les « dames mûres », les « vieilles filles », les « personnes désocialisées ou en situation précaire », « les étrangères », et les femmes ménopausées qui n'ont pas de traitement hormonal substitutif.

4.3.2.2 Le dépistage du cancer du sein

Comme il a été décrit pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, l'interrogatoire sur la réalisation des mammographies varie d'une attitude systématique presque militante à une diversité de postures selon les situations et catégories de patientes. Il faut par ailleurs noter que les médecins qui évoquent des barrières culturelles pour parler du frottis déclarent avoir moins de difficultés à aborder la question de la mammographie avec les mêmes patientes. Ils légitiment leur attitude par le fait qu'ils pensent que la mammographie est perçue par les femmes comme étant un examen moins intrusif que le frottis et que, de ce fait, elles manifestent moins de résistance pour le faire régulièrement.

Bien que les MG semblent connaître la tranche d'âge fixée par les RPC (ANAES 1998c, 1999b, 2004) pour le dépistage systématique du cancer du sein (50/74ans), certains n'en tiennent pas compte. D'une part, quelques uns prescrivent des mammographies à des femmes plus jeunes, soit parce qu'ils considèrent qu'il y a des risques pour les patientes avant 50 ans, soit parce que ces patientes les sollicitent. Pour ce dernier cas, ils disent ne pas être en mesure de refuser un examen à une femme angoissée par la peur d'avoir un cancer, même si du point de vue médical il n'y a pas de signes cliniques ou biologiques et que d'un point de vue épidémiologique elle ne se trouve pas dans la tranche d'âge recommandée pour le dépistage systématique. Des médecins continuent de prescrire des mammographies au-delà de 74 ans car ils considèrent que les risques existent encore, même si statistiquement parlant ils diminuent avec l'âge. Comme pour le dépistage du cancer cervical, on retrouve ici une vision du risque individuel qui l'emporte sur le risque statistique sur lequel se basent les recommandations.

À de rares exceptions près, les campagnes de dépistage du cancer du sein sont évoquées très positivement, et ce pour plusieurs raisons : elles ont un impact positif auprès des femmes, elles les sensibilisent à l'intérêt de l'examen et les incitent à poser des questions à leur MG, l'examen est gratuit, la double lecture obligatoire donne une meilleure qualité à l'interprétation des clichés (ce qui est rassurant), et enfin, le système de relance automatique conduit à une amélioration du suivi. Les médecins déjà investis dans le dépistage individuel déclarent que la mise en place du dépistage organisé leur a facilité la tâche. Les moins engagés disent qu'il a induit une demande plus forte des femmes et en corollaire un investissement plus important de leur part. Toutefois, l'existence des programmes de dépistage organisé peut induire chez certains MG le renforcement d'une attitude peu active fondée sur la croyance que leurs patientes sont bien suivies par ailleurs (par leur gynécologue, par le programme de dépistage), ce qui fait qu'ils ne font pas de bilans réguliers sur l'état du suivi.

4.3.3 Dépistage et prise en charge de la consommation « excessive » de tabac et d'alcool

Selon le niveau et la fréquence de la consommation, certains médecins qualifient les comportements des patients comme étant à risque et d'autres non. Leurs pratiques sont différentes, ce qui semble s'expliquer en partie par les représentations sociales de la consommation de ces substances, ainsi que par les taux potentiels de succès ou d'échecs d'un sevrage ou d'une diminution de la consommation. L'usage du tabac est décrit comme une conduite acceptée socialement et donc relativement facile à aborder, contrairement à la consommation excessive d'alcool qui a un caractère stigmatisant et désocialisant. La première difficulté réside dans le fait « d'en parler ». La plupart expriment un embarras pour aborder l'usage de l'alcool avec les patients, sauf si des signes cliniques ou les résultats des examens biologiques leur ouvrent la brèche. De même pour le sevrage alcoolique, qui apparaît comme étant plus difficile à mettre en place et davantage voué à l'échec sur le long terme que le sevrage tabagique.

4.3.3.1 Le tabac

Alors que des médecins déclarent aborder systématiquement la consommation de tabac dans l'interrogatoire de tous les nouveaux patients (comme le propose la conférence de consensus de référence ; ANAES 1998a), d'autres ne s'en informent pas à la première consultation, mais profitent de situations « propices ». L'usage d'outils standardisés pour mesurer la dépendance à la nicotine est très rare. Ainsi, un seul médecin déclare utiliser le questionnaire de Fagerström (outil recommandé par la conférence de consensus). L'analyse des entretiens laisse penser que les pratiques divergentes par rapport au consensus des experts résultent : du degré de connaissance des recommandations et d'implication des médecins dans la lutte contre le tabagisme, du motif de la consultation, de leur perception des risques associés à la consommation de tabac, de leur expérience personnelle face à la consommation de tabac, ainsi que de leur parcours biographique et professionnel et des caractéristiques de patients.

Des médecins se décrivent comme étant des militants anti-tabac. Ils ont des positions « radicales » dans laquelle fumer est considéré de manière stricte comme un acte négatif pour la santé du fait des risques associés. D'autres, plus « modérés » ou plus « tolérants », soulignent l'effet anxiolytique et antidépresseur du tabac et préconisent la prudence avant d'envisager un sevrage, ou parlent « *du plaisir de fumer, qu'il faut comprendre* ». Dans notre échantillon, ces attitudes plus ou moins radicales ou plus ou moins tolérantes face aux fumeurs paraissent fortement liées à la biographie personnelle et professionnelle des médecins. Les médecins qui fument, ou ont fumé, utilisent leur propre expérience pour parler avec leurs patients, leur montrer de l'empathie, les encourager. Le moins actif face au tabagisme est également le plus « tolérant » face aux fumeurs. C'est le plus jeune, il est lui-même fumeur (il déclare fumer 15 cigarettes par jour depuis 15 ans), il demande à ses patients s'ils fument, uniquement lors de la manifestation d'un trouble respiratoire. Il dit se sentir peu efficace pour aider les fumeurs qui décident d'arrêter.

Bien qu'aucun médecin ne discute les données épidémiologiques sur les risques associés au tabagisme, on constate des attitudes différentes face aux risques, en fonction des comportements des patients et notamment selon que ces derniers leur semblent plutôt disposés à arrêter de fumer, ou plutôt récalcitrants. Sur la base des déclarations de consommation, les praticiens établissent une distinction entre « *les gros fumeurs* » et « *les fumeurs modérés* ». Tous semblent partager l'attitude commune face aux « *gros fumeurs* », qui consiste à insister très fortement sur la nécessité d'arrêter du fait des risques accrus, voire des troubles avérés. Par contre, des nuances quant à l'incitation à arrêter ou à entreprendre un sevrage sont repérables pour les fumeurs « *modérés* » (dont la définition varie de 5 à 15 cigarettes par jour selon le praticien). Pour cette catégorie, il est des médecins qui ne développent aucune action si les personnes ne demandent pas de sevrage, d'autres qui se limitent à faire un commentaire

ou à donner un conseil, et d'autres qui développent un travail de persuasion plus ou moins subtil ou agressif.

La variabilité des pratiques est également liée à l'âge ou au niveau socioculturel des patients. Ainsi, des médecins parlent des conséquences du tabagisme aux jeunes qui fument même s'ils sont bien portants et tentent de les persuader d'arrêter de fumer, d'autres ne commencent à aborder le sujet que lorsque des signes cliniques pouvant être associés à la consommation de tabac se manifestent. De même, d'autres considèrent que les personnes en situation de précarité économique ont d'autres priorités de santé et ils n'essayent pas de les convaincre d'arrêter de fumer, même si ces patients présentent des signes évidents d'une consommation excessive. A l'inverse, un des médecins que nous pouvons qualifier de « militant anti-tabac » reconnaît que les personnes les plus pauvres sont moins motivées pour la prévention, mais il cherche des arguments pour que la question leur devienne importante. Un des médecins « modérés » nous a dit qu'il lui est difficile de parler sevrage avec les fumeurs qui ne parlent pas bien le français, dans la mesure où le travail de persuasion et d'accompagnement passe par la parole. Il prend l'exemple des Maghrébins, qu'il qualifie pourtant de gros fumeurs et auprès desquels il déclare ne pas essayer d'entreprendre ce type de démarche.

4.3.3.2 L'alcool

Pour tous, le dépistage et la prise en charge des problèmes liés à la consommation d'alcool sont perçus comme étant les actions les plus difficiles à mettre en place. Pour certains, la consommation d'alcool fait systématiquement partie de l'interrogatoire « classique » pour un nouveau patient. D'autres évitent d'aborder la question, car elle leur semble « *trop délicate à poser* » ou bien « *inutile* » car ils estiment que dans le contexte d'une première consultation les patients auraient tendance à minimiser leur consommation. Les examens biologiques permettent de donner une dimension objective des effets de l'alcool. Nombreux ont été les médecins qui nous ont dit s'appuyer, ou avoir besoin de s'appuyer, sur des résultats qui montrent une atteinte hépatique pour aborder la question. Comme pour la prise en charge du tabagisme, la biographie des praticiens ne semble pas sans rapport avec leur attitude. Ceux qui se déclarent plus à l'aise pour parler des problèmes liés à la consommation d'alcool déclarent une consommation moyenne supérieure aux autres (sans que pour autant elle puisse être considérée comme « excessive » selon les standards médicaux) ou ont été sensibilisés par l'expérience d'un proche, par un stage lors de leur formation initiale ou par la participation à une enquête autour de cette question.

Les MG évoquent spontanément des catégories de buveurs, car les actions à développer et le degré de difficulté qu'ils leur attribuent dépendent de la façon dont la dépendance et les risques associés sont envisagés. Ils sont nombreux à ne pas reprendre dans les entretiens de manière explicite les catégories médicales de « buveur excessif » et d'« alcoolodépendant », mais parlent plutôt en termes d'alcoolisme « aigu », « chronique » ou « vrai ». L'alcoolisme aigu correspond à la prise excessive, mais ponctuelle, d'alcool, lors d'une fête par exemple. L'alcoolisme chronique correspond à une consommation quotidienne dont les effets négatifs sont essentiellement évoqués sur le plan biologique. Il se décline en sous-catégories selon la cause qui conduit à boire : un métier à risque, comme les représentants de commerce, les hommes d'affaires ou les travailleurs du bâtiment ; un mode de vie (alcoolisme mondain), des comportements expliqués par des notions de sens commun tels l'ennui, l'habitude, etc. Pour ces catégories de buveurs, des médecins parlent d'effets bénéfiques possibles d'un point de vue psychique et social liés au « plaisir » de boire, et considèrent qu'ils ont une marge d'action possible car la personne est capable de diminuer sa consommation. Le « vrai alcoolisme » est évoqué pour faire allusion à la catégorie médicale de « l'acoolo-dépendance ». Les médecins le définissent comme une maladie et qualifient « *ces malades de l'alcool* » de « *quasi irrécupérables* ». Ils associent cette catégorie aux effets dévastateurs qu'elle produit sur le plan physique et à la désinsertion sociale et familiale.

Ces conséquences négatives, quand elles sont constatées (par des examens cliniques et/ou biologiques, l'avertissement d'un proche, etc.), peuvent servir de points de levier pour aborder

la question et tenter d'obtenir de la part du patient une prise de conscience de sa situation. Ceci leur semble un préalable indispensable à la mise en place d'un sevrage ; la négation étant évoquée pour tous comme étant la première difficulté à vaincre.

C'est par rapport à cette catégorie que l'on trouve des attitudes différenciées chez les médecins. La question centrale est « est-il possible pour un MG d'assurer personnellement ou par délégation à un spécialiste, une prise en charge qui mène à une abstinence durable ? ». Certains parlent d'une situation d'impuissance face à laquelle ils font des tentatives de persuasion sans y croire vraiment ou, selon les cas, se limitent au suivi des conséquences physiques de la consommation d'alcool sans chercher un changement de comportement. Pour d'autres, c'est un problème difficile mais pour lequel il existe des outils qui peuvent avoir une efficacité. Ils estiment alors que la mise en oeuvre d'un sevrage vaut la peine d'être tentée, même si le taux d'échec sur le long terme reste très important. Rares sont ceux qui assurent eux-mêmes le sevrage et l'accompagnement qui va avec. Ils orientent plutôt les personnes vers des spécialistes, alcoologues psychologues ou psychiatres, comme le recommande la conférence de consensus de référence (ANAES, 1999a), ou proposent une hospitalisation dans un service spécialisé. Si des conditions de vie « difficiles » sont associées, certains disent qu'entreprendre un sevrage n'est pas possible. L'alcoolisme est alors considéré comme étant un problème social qui demande une prise en charge globale que la plupart des praticiens ne se sentent pas en mesure de coordonner. Dans d'autres cas, le « vrai » alcoolisme leur semble lié à des problèmes psychologiques ou psychiatriques, auquel cas ils essayent de mettre en place un suivi spécialisé et de convaincre les patients de consulter un psychiatre ou un alcoologue.

4.4 Conclusions de l'étude sociologique

Les médecins généralistes que nous avons interviewés estiment que la position qu'ils occupent dans le système de soins leur donne bien une place privilégiée pour mener des actions de prévention. Ils déplorent cependant le manque de temps et de reconnaissance institutionnelle pour accomplir ce travail de manière systématique et approfondi. Leur rôle se réduit alors au contrôle d'indicateurs de santé de sorte à éviter ou à retarder l'apparition d'une pathologie, ou à en diminuer les conséquences par la prescription d'un traitement et/ou d'une incitation à modifier une conduite. Pour certains, les soins de prévention sont une priorité et restent un objectif réalisable moyennant une organisation ad hoc et de la motivation. Pour d'autres, c'est une mission importante mais pas toujours réalisable, soit à cause de situations cliniques pour lesquelles des actes curatifs sont prioritaires, soit du fait de la notion même de « prévention » qui implique une multitude d'actions possibles et donc l'incapacité de les développer pour l'ensemble des personnes qui consultent dans le cadre de l'organisation actuelle de la pratique libérale.

L'intérêt porté à une pathologie, à un comportement (comme les addictions) ou à une spécialité (comme la gynécologie) est évoqué comme étant un élément central de l'engagement individuel dans la mise en oeuvre d'actions de prévention ou de dépistage. Au contraire, le manque d'intérêt est mis en avant pour justifier une posture de moindre investissement dans des démarches préventives pour des thématiques par rapport auxquelles ils se sentent « peu à l'aise », « peu compétents » ou « peu intéressés ». Ils justifient également leur attitude du fait qu'exerçant en ville, la présence de spécialistes leur permet de s'investir davantage dans les actions qui les intéressent et de déléguer les autres vers les spécialistes. D'autres médecins ont une vision de la médecine générale comme étant « la médecine de toutes les spécialités », et ils s'efforcent d'être aussi performants pour les actions qui les intéressent moins, même s'ils reconnaissent qu'il existe une distance entre leur conception idéalisée de leur métier et leur pratique quotidienne.

Sur les cinq thèmes que nous avons étudiés, le dépistage et la prise en charge de l'HTA apparaissent comme étant les seules actions de prévention considérées par tous comme relevant du travail quotidien de base de tout MG. Par contre, nous avons constaté la présence d'un investissement plus ou moins marqué, selon les médecins, pour chacun des autres thèmes. La diversité des « intérêts » peut trouver des éléments d'explication dans l'insuffisance de la formation initiale (du fait d'une absence ou d'une faiblesse de l'étude de ces actions de prévention dans le cursus universitaire) et dans la manifestation d'un intérêt porté vers tel domaine plutôt que vers tel autre dès la formation initiale (dont les causes peuvent être multiples). Ainsi, ceux qui disent avoir manifesté un intérêt particulier pour un axe donné dès leur formation universitaire ont acquis et approfondi leurs connaissances en suivant des matières optionnelles et en choisissant les stages hospitaliers. Après l'obtention du diplôme, certains ont acquis une « spécialisation informelle », *via* la formation médicale continue, la participation à des réseaux, etc. Ces démarches de spécialisation ne sont pas sans rapport avec l'intérêt porté aux différents thèmes. Nous avons remarqué que l'acquisition de connaissances et de compétences induit des pratiques autres que celles des médecins qui déclarent uniquement être « sensibles » ou « intéressés » pour un ou plusieurs thèmes.

Des éléments structurels sont également évoqués pour expliquer les variations de pratiques, et notamment la gestion du temps. En effet, quelques uns nous ont dit qu'en fonction du temps disponible pour chaque consultation, ils étaient plus ou moins systématiques dans les démarches de prévention. La variable temps est à la fois déterminée par la demande du patient lors de la consultation et par le nombre de personnes dans la salle d'attente ou qui ont pris un rendez-vous. L'analyse thème par thème montre que les variations de pratiques liées à la gestion du temps peuvent être plus ou moins importantes selon l'action de prévention. Ainsi, la PA apparaît comme étant un acte réalisé par l'ensemble des médecins et pour la majorité des patients, quel que soit le temps dont ils disposent. Alors que, sauf quelques exceptions, la consommation d'alcool est rarement abordée d'emblée, même si les praticiens disposent de temps, car ils préfèrent attendre une occasion « opportune » pour pouvoir en parler « *de façon non intrusive* ». Pour ceux qui déclarent être particulièrement intéressés par un ou plusieurs thèmes et, pour certains, avoir une compétence particulière, il semble que la dimension « temps disponible » soit moins déterminante. Ils décrivent une pratique plutôt systématique et incluent les actions de prévention dans la routine de la consultation « type », au même titre que la prise de la tension artérielle.

Les modalités de l'organisation de la toute première consultation permettent également d'expliquer des variations dans les pratiques de prévention. Des médecins la consacrent essentiellement à répondre à la demande du consultant et ne cherchent pas à mettre en place de démarche de prévention (exception faite pour la prise de la tension artérielle), mais les réservent pour les consultations suivantes. Ceci soulève la question du suivi préventif des patients occasionnels ; d'autant plus que pour cette situation un dossier n'est pas systématiquement établi. D'autres, au contraire, organisent l'interrogatoire des nouveaux patients à partir d'un questionnaire structuré qui inclut des questions de prévention, dont celles que nous avons étudiées, et établissent un nouveau dossier avec ces données. D'autres encore ont une démarche qui se situe entre les deux précédentes dans la mesure où elle est moins « systématique » mais varie en fonction du temps disponible, du moment de la journée, de « l'humeur » du praticien, de la demande du patient, des interactions entre le médecin et le patient...

L'état des connaissances, d'appropriation et d'application des documents scientifiques de référence semble être différent selon les thèmes. La plupart des médecins déclarent avoir une bonne connaissance des recommandations de l'ANAES sur l'HTA. Mais certains s'appuient sur leur fondement scientifique pour les appliquer, alors que d'autres contestent les paramètres qui définissent l'hypertension, car ils estiment qu'ils conduisent à un sur-diagnostic et une surmédicalisation.

Pour les cancers féminins, les paramètres d'âge de la population concernée et de fréquence des examens semblent mieux connus pour le cancer du sein que pour le cancer cervical. Ceci ne semble pas être sans rapport avec l'existence de programmes de dépistages organisés pour le cancer du sein et l'importance de la médiatisation sur ce cancer. Toutefois, connaissance des paramètres ne va pas forcément de paire avec leur application car, comme nous l'avons montré, la perception du risque individuel encouru semble l'emporter sur le raisonnement probabiliste sur lequel se fondent les recommandations.

Dans l'ensemble, les conférences de consensus de référence pour le dépistage et la prise en charge de la consommation d'alcool et de tabac semblent être peu connues des praticiens. Ceci peut être expliqué, d'une part, par le faible intérêt que la plupart d'entre eux accordent à ces deux comportements à risque, et d'autre part par le fait que certains associent « recommandations » et « standardisation de pratiques ». Cette standardisation leur semble possible, moyennant quelques ajustements, pour les thèmes dont le suivi est « médical » (tels l'hypertension, le cholestérol, le diabète), mais elle leur paraît irréalisable lorsqu'il s'agit d'induire des changements de comportements, et quand l'action possible du médecin se situe avant tout dans le « relationnel », comme c'est le cas pour l'alcoolisme et le tabagisme. Ils estiment que les actions à déployer se situent à la frontière entre la médecine générale et d'autres spécialités, ce qui expliquerait leur manque de formation et d'intérêt pour ces questions. Dans leur pratique, ils se limitent alors à des conseils ou des injonctions de « bon sens », ou à la prise en charge des conséquences et non des causes de la consommation de tabac ou d'alcool.

La catégorisation de groupes de patients que nous avons décrit dans notre analyse ne relève pas d'une élaboration dans laquelle entrent des critères sociaux ou scientifiques stricts, mais correspond plutôt à une conception individualisée de la pratique de prévention et à des représentations sociales des situations morbides, des patients, des pathologies... Bien évidemment, aucun des médecins que nous avons interviewés ne déclare avoir une approche des soins de prévention qui pourrait conduire à des inégalités sociales dans le suivi. Cependant, face à ces catégories construites, les moyens mis en œuvre nous semblent susceptibles de renforcer les inégalités sociales, sans pour autant, comme nous l'avons déjà dit, postuler une intentionnalité de la part des médecins. Citons l'exemple de l'exclusion du dépistage du cancer cervical de femmes d'origine « musulmane » ou « africaine » par les médecins qui ressentent des « barrières culturelles » infranchissables pour leur parler de tout ce qui concerne la gynécologie. Ou encore l'exclusion des personnes de condition modeste de la prévention des risques liés au tabagisme ou à l'alcoolodépendance, que ce soit parce que les praticiens considèrent que ces patients ont d'autres priorités de santé, que ces substances leur permettent de mieux supporter leur existence, ou qu'il est plus difficile, voire impossible d'en parler et d'envisager un sevrage avec les personnes qui disposent d'un faible capital culturel et social. Au contraire, des adaptations décrites par d'autres MG semblent produire une réduction des inégalités. Il s'agit par exemple des actions que déploient ceux qui disent être plus attentifs aux femmes considérées à haut risque (comme les immigrantes et/ou celles dans une situation de détresse sociale) de sorte qu'elles puissent accéder au dépistage des cancers féminins, ou aux personnes en situation de précarité pour dépister et traiter les risques liés à la consommation de tabac ou d'alcool.

La grille d'analyse que nous avons construite a permis, au regard de la variabilité des pratiques, de repérer des comportements susceptibles d'induire de fait des inégalités dans la prise en charge ou le suivi des patients. Ainsi, comme nous l'avons évoqué, la catégorisation de patients, la conception plus ou moins spécialisée de la médecine générale, l'intérêt porté à certains thèmes et la spécialisation plus ou moins informelle, les modalités de la première consultation ou des consultations « occasionnelles » qui n'impliquent pas un suivi, sont autant de variables qui ont inévitablement des effets sur les modalités des actions de prévention.

4.5 Bibliographie de l'étude sociologique

Aïach P., Cèbe D., 1985, Médecins généralistes et troubles mentaux, *Social Sciences and Medicine*, Vol. 21, N° 11, 135-1241.

ANAES/HAS, 1997, 2005, *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle*. Paris

ANAES, 1998a, *Arrêt de la consommation du tabac*. Conférence de consensus, 8 et 9 octobre. Hôpital la Pitié-Salpêtrière, Paris.

ANAES, 1998b, *Conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l'utérus*. Paris

ANAES, 1998c, *Le cancer du sein*, Paris

ANAES, 1999a, *Objectifs, indications, et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant*. Conférence de consensus, 17 mars. Maison de la Chimie, Paris

ANAES, 1999b, *Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale*. Paris

ANAES, 2001, *Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage*, Conférence de consensus. Paris

ANAES, 2002, *Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal*. Paris

ANAES, 2004, *Opportunité d'étendre le programme national de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans*. Paris.

ANDEM, 1995, *Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col*. In *Recommandations et Références Médicales - Tome 2.*, Paris.

Bachimont J., 2006, Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 24, n° 2, 75-103.

Bardin L., 2001., *L'analyse de contenu*, Paris, Puf, 296p

Baszanger I., 1986, "Les maladies chroniques et leur ordre négocié", *Revue française de sociologie*, XXVII, pp. 3-27.

Baszanger I., Bungener M., Paillet A. eds, 2002, *Quelle médecine voulons nous ?*, Paris, La Dispute.

Bury M., 1991, The sociology of chronic illness : a review of research and prospects, *Sociology of Health and Illness*, 13, 451-458.

Bataillon R., Hascoet J.Y, Leneel H., Caron B., Samzun J.L., pencole D., 2006, Vers une consultation médicale de prévention..., *Santé Publique*, vol. 18, n°1, pp. 5-6.

Bertaux D., 1997, *Les récits de vie. Perspective ethnosociologique*, Paris, Nathan, Coll. 128.

Bucquet D., Colvez A., Hatton F., 1984, La prévention en médecine générale, *Sciences Sociales et Santé*, vol II, n°1, 51-69.

Castel P., Merle I., 2002, Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins, *Sociologie du travail*, 44, 337-355.

Castel P., Dalgarrondo S., 2005, Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales, *Sciences Sociales et Santé*, 23, 4, 443-467

CNAMTS, 2002, *Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 : Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino-dépendants traités entre 1998 et 2000*, Direction du service médical, Département soins de ville/Mission statistique, février.

Durieux P., 1994, Les recommandations pour la pratique clinique, In : Matillon Y. et Durieux P., eds, *L'évaluation médicale. Du concept à la pratique*, Paris, Flammarion, 48-59.

Feder G., Eccles M., Grol R., Griffiths C., Grimschaw J., 1999, Using clinical guidelines, *British Medical Journal*, 318, 728-30.

Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot, (1^{ère} ed.1970).

Giami A., de Colomby P., 2001, Profession sexologue ?, *Sociétés contemporaines*, n° 41-41, pp. 41-63

Glaser B, Strauss A., 1967, *The discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Adeline.

Goffman E., 1974, *Frame analysis. An essay on the organisation of experience*. Cambridge : Harvard University Press.

Guidevaux M ; Colvez M., Michel E., Hatton F., 1978, *Les malades en médecine libérale : Qui sont-ils, de quoi souffrent-ils ?* Enquête Nationale de morbidité, INSERM.

INPES, 2004, *Tabac, Guide pratique*, Paris

INPES, 2004, *Alcool : Ouvrons le dialogue*, Paris

INSERM, FNLCCC, 1998, *Risques héréditaires de cancer du sein et de l'ovaire. Quelle prise en charge ?* Paris.

INSERM, 2001, *Alcool : effets sur la santé*, Expertise collective, Paris..

INSERM, 2003, *Alcool: Dommages sociaux, abus et dépendance*, Expertise collective, Paris.

INSERM, 2004, *Tabac: comprendre la dépendance pour agir*, Expertise collective, Paris.

Kerlau M., 1998, L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 16, n° 4.

Klazinga N., 1994, Compliance with practice guidelines : clinical autonomy revisited, *Health Policy*, 28, 51-66

Letourmy A., 1995, Les réformes économiques de la régulation des dépenses de santé : le gaspillage négocié, *Revue Française d'Administration Publique*, 76, 561-574.

Ménard J., 2005, *Rapport sur la consultation de prévention*, IRDES, Paris.

Mossé P., 1998, La rationalisation des pratiques médicales entre efficacité et effectivité, *Sciences Sociales et Santé*, 16, 4, 35-58.

Mousquès Julien et al., 2001, *La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : le cas des hyperlipémies*, CREDES

Mousquès Julien et al., 2003, *La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë*, CREDES

Pissaro B., Gremy F., 1982, *Proposition d'une politique de prévention ; Rapport au ministre de la santé*, Documentation Française

Poindron P.Y., 2002, Recommandations de pratique clinique : connues mais peu employées, *Le Concours Médical*, 124, 35.

Rapport Gallois, 1981, *De l'organisation des systèmes de soins*, Documentation Française.

Saillour-Glénisson F. et Michel P., 2003, Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 51, 65-80.

Strauss A., Shizuko F., Suczek B, Winer C., 1985, *Social organisation of medical work*, Chicago, University of Chicago Press.

Timmermans S, Berg M., 2003, *The gold standard. The challenge of Evidence-Based Medicine*, Philadelphia, Temple University Press

Tunis S.R., Hayward R.S., Wilson M.C., Rubin H.R., Bass E.B., Johnston M., Steinberg E.P., 1994, Internists' attitudes about clinical practice guidelines, *Annals of internal medicine*, 120, 11, 956-963.

Urfalino P., Bonnetti E., Bourgeois I., Dalgalarondo S., Hauray B., 2001, *Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Centre de Sociologie des Organisations CNRS-FNSP, Union Régionale des Médecins Libéraux du Poitou-Charentes.

5. Valorisation

Les difficultés de progression de l'étude expliquent que nous ne pouvons pas encore présenter un bilan en termes de publications scientifiques.

Patrick Florès et Laurent Rigal ont fait leur mémoire de Master Recherche d'épidémiologie sur les données de l'étude, respectivement sur les données HTA et sein - col. Hendy Abdoul prépare sa thèse d'exercice également sur les données de l'étude (alcool – tabac).

Les premiers résultats de l'étude qualitative ont donné lieu à une communication, réalisée par J. Bachimont et N. Liberaloto au colloque de l' ENSP « Approches sociologiques de la médecine générale », à Rennes, le 8 juin 2006.

Nous avons présenté les premiers résultats de l'étude épidémiologique lors d'une journée scientifique de l'IFR 69, consacrée à la recherche en médecine générale, à Villejuif le 17 novembre 2006.

Patrick Florès a présenté les résultats de l'étude épidémiologique sur les patients hypertendus aux Journées Nationales de Prévention de l'Institut National de Prévention et d'Education en Santé, le 30 mars 2007.

Laurent Rigal a présenté les résultats sur le dépistage des cancers du sein et du col au Congrès européen de médecine générale (Wonca, Paris, octobre 2007) et au Congrès National de Médecine Générale de Lyon (juin 2008).

6 Perspectives

Nous avons été retenus à l'appel à projets de l'Institut de Recherche en Santé Publique 2007, avec comme triple objectif :

- poursuivre l'analyse et soumettre des articles pour publication
- préparer une étude d'intervention, visant à organiser la prévention en médecine générale, dans une perspective de réduction des gradients sociaux des soins préventifs

Nos résultats soulèvent plusieurs pistes de réflexion :

- il y a une hétérogénéité très grande des pratiques de prévention, chaque médecin ayant ses propres centres d'intérêt ; les médecins généralistes partagent largement le constat du manque de temps, de moyens et de reconnaissance institutionnelle ; une définition claire des missions et de la responsabilité préventive du médecin généraliste / médecin traitant semble être une condition sine qua non pour rapprocher les pratiques préventives des recommandations ;
- ni la FMC ni l'utilisation de dossiers informatisés, dans l'état actuel des logiciels, ni l'exercice en groupe, ne sont associés à une meilleure performance préventive ; une évaluation des pratiques professionnelles centrée sur la mesure d'indicateurs, l'harmonisation des logiciels métier avec un noyau dur de données communes structurées et un système simple de rappels automatiques sont des pistes à explorer ;
- les médecins plus jeunes, les femmes médecin, les médecins qui déclarent avoir certaines normes de pratique systématique, semblent réussir mieux la prévention ; il faudrait confirmer les performances de ces catégories avec d'autres indicateurs et sur d'autres thèmes ;
- nos résultats suggèrent la possibilité d'inégalités géographiques dans la qualité des pratiques préventives en médecine générale, au détriment des zones défavorisées sur le plan socio-économique ; celles-ci seraient à interpréter en fonction des cabinets de médecine générale plus ou moins débordés, d'une moindre offre de soins spécialisés, et de difficultés sanitaires et sociales particulières de ces populations ; se pose alors la question des moyens supplémentaires à apporter dans ces zones, à la fois au sein des cabinets et dans leur environnement : quelle organisation territoriale des soins primaires,

quelle adaptation au contexte local, quelle articulation avec la santé publique ?

7. Tableaux

7.1 Participation des médecins et des patients

Tableau I : Médecins participants et non participants

Caractéristiques des médecins		Participants (N = 59)		Non participants (N = 93)		p
		n*	%	n*	%	
Vague d'inclusion	décembre 2004	10	17.0	11	11.8	0.74
	avril 2005	25	42.4	45	48.4	
	octobre 2005	12	20.3	21	22.6	
	octobre 2006	12	20.3	16	17.2	
Age à l'inclusion (année)**	n* m* (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** (e.t.)*	n* m*	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'Île 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 I bis : Médecins participants et non participants : enquête auprès des 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
Lieu d'installation						
- 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	
	tiers moyen	19	32.2	4	12.5	
	tiers défavorisé	20	33.9	19	59.4	0.02
Secteur conventionnel						
	secteur 1	46	78.0	26	81.2	
	secteur 2	13	22.0	6	18.8	0.71
Mode d'installation						
	cabinet de groupe	30	50.9	19	59.4	
	cabinet individuel	29	49.1	13	40.6	0.44
Charge de travail						
- nombre d'actes par semaine	m* (e.t.*)	59	114.4 (40.9)	30	120.4 (37.3)	0.50
- nombre moyen de visites par semaine	m* (e.t.*)	59	14.3 (11.2)	31	17.6 (12.0)	0.20
Organisation du travail						
- 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
- maître de stage pour les internes en médecine générale		9	15.3	1	3.1	0.09
Satisfaction globale dans le travail						
- plutôt satisfait ou très satisfait		48	81.3	23	71.8	0.30
Comportement et état de santé						
- 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; 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 II : 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 (année)	59	19.3 (7.6)	- dépistage cancer du sein	40	67.8	
Lieu d'installation			Formation médicale continue			
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
				- consommation d'alcool à risque	14	23.7
Secteur conventionnel				- dépistage du cancer du col utérin	13	22.0
Secteur 1	46	78.0		- dépistage du cancer du sein	23	39.0
Mode d'installation						
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
				- le cancer du sein	11	18.6
Charge de travail				- la prévention en général	17	28.8
Nombre d'actes / semaine	59	114.4 (40.9)				
Q1* 60 à 89 actes	15	25.4				
Q2* 90 à 103 actes	14	23.7		Sentiment d'efficacité **		
Q3* 104 à 131 actes	14	23.7		- HTA	57	96.6
Q4* 132 à 306 actes	16	27.1		- tabagisme	31	52.5
				- problèmes liés à l'alcool	10	16.9
Nombre de C* / semaine	59	100.1 (41.3)				
Nombre de V* / semaine	59	14.3 (11.2)		Satisfaction dans le travail ***		
				- conditions matérielles	38	64.4
Durée d'1 consultation (mn)	59	18.7 (5.6)		- rémunération	25	42.4
Durée ≥ 20 minutes	32	54.2		- horaires	17	16.9
				- variété	50	84.7

Temps de consultation +visite (heures par semaine)	59	46.3 (10.7)	- satisfaction globale	48	81.4
Organisation du travail			Comportements de santé		
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 ; 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 III : 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 IV : Participation des patients selon le médecin

Numéro médecin	Eligibles	Participants		Numéro médecin	Eligibles	Participants	
	n*	n*	%		n*	n*	%
1	35	24	68.6	33	73	54	74.0
2	55	48	87.3	34	45	29	64.4
3	61	41	67.2	35	77	54	70.1
4	49	40	81.6	36	81	55	67.9
5	102	61	59.8	37	54	37	68.5
6	57	40	70.2	38	48	16	33.3
7	52	34	65.4	39	90	76	84.4
8	61	43	70.5	42	98	59	60.2
9	62	52	83.9	43	90	58	64.4
10	60	44	73.3	44	147	126	85.7
11	38	19	50.0	45	52	30	57.7
12	60	24	40.0	46	103	67	65.1
13	116	87	75.0	47	48	41	85.4
14	81	50	61.7	48	60	45	75.0
15	89	43	48.3	50	59	44	74.6
16	27	23	85.2	51	80	45	56.3
17	61	46	75.4	52	134	107	80.0
18	66	37	56.1	53	113	88	77.9
19	93	49	52.7	54	88	62	70.5
20	70	41	58.6	55	62	25	40.3
21	62	24	38.7	56	62	37	59.7
22	65	37	56.9	57	27	17	63.0
23	56	36	64.3	58	108	83	76.9
24	83	37	44.6	59	67	37	55.2
25	27	9	33.3	60	42	33	78.6
26	89	71	79.8	61	46	32	69.6
28	51	31	60.8	62	70	51	72.9
29	70	51	72.9	63	88	64	72.7
30	32	17	53.1	64	62	39	62.9
				65	102	68	66.7

* n : effectif

Pourcentage de participants : modèle mixte à intercept aléatoire (modèle vide)

Variance inter-médecin	Ecart type	p
0.28	0.07	0.0001

Tableau V : Participation des patients selon leurs caractéristiques individuelles (N = 4106)

Caractéristiques des patients (niveau 1)		Eligibles n*	Participants n* %		OR**	IC** 95%	p
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 ⁻²
	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 ⁻⁴
	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 ⁻⁴
	Autres	2308	1411	61.1	1.0	ref	
	NR*	105	7	-			
	agriculteur	8	0	0.0			
	artisan commerçant chef d'entreprise	247	160	64.8			
	ouvrier	791	464	58.7			
	employé	1197	782	65.3			
	profession intermédiaire	902	730	80.9			
	cadre, prof. intellectuelle 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 ⁻⁴
	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 NLMIXED version SAS 9.1)

Tableau VI a : Participation des patients selon les caractéristiques de leurs médecins (N = 4106)

Caractéristiques des médecins (niveau 2)		Eligibles n*	Participants n* %		OR**	IC** 95%	p
Vague d'inclusion	janvier 2005	594	427	71.9	1.8	1.1 – 2.6	<10 ⁻²
	avril 2005	1614	977	60.5	1.0	ref	
	octobre 2005	1074	786	73.2	1.8	1.1 – 2.5	<10 ⁻²
	octobre 2006	824	548	66.5	1.3	0.8 – 1.8	0.16
Age du médecin	< 45 ans	976	618	63.3	0.8	0.5 – 1.0	0.15
	45 – 54 ans	2366	1632	69.0	1.0	ref	
	≥ 55 ans	764	488	63.9	0.7	0.4 – 1.0	0.08
Sexe du médecin	masculin	3157	2112	66.9	1.0	ref	
	Féminin	949	626	66.0	1.0	0.6 – 1.3	0.92
Département	75	1265	823	65.1	1.0	ref	
	92	734	453	61.7	0.9	0.5 – 1.2	0.49
	93	893	625	70.0	1.2	0.7 – 1.7	0.41
	94	1214	837	69.0	1.3	0.8 – 1.7	0.24
Canton*	favorisé	1246	842	67.6	1.0	ref	
	moyen	1412	903	64.0	0.9	0.6 – 1.3	0.78
	défavorisé	1448	993	68.6	1.1	0.7 – 1.5	0.75
Secteur	secteur 1	3312	2198	66.4	1.0	ref	
	secteur 2	794	540	68.0	1.0	0.6 – 1.4	0.84
Mode d'installation	solo	1955	1321	67.6	1.0	ref	
	groupe	2151	1417	65.9	0.9	0.6 – 1.1	0.38
Nombre d'actes semaine	Q1 < 90/semaine	829	552	66.6	1.0	ref	
	Q2 90 – 103/semaine	900	583	64.8	1.0	0.5 – 1.4	0.96
	Q3 104 – 131/ semaine	927	616	66.5	1.0	0.5 – 1.4	0.97
	Q4 ≥ 132/semaine	1450	987	68.1	1.0	0.6 – 1.4	0.99
Durée d'1 consultation	< 20 mn	2060	1434	69.6	1.0	ref	
	≥ 20 mn	2046	1304	63.7	0.8	0.5 – 1.0	0.09
Temps de consultation	< 44 heures/semaine	1727	1176	68.1	1.0	ref	
	≥ 44 heures/semaine	2379	1562	65.7	0.8	0.6 – 1.1	0.29
Secrétaire	Non	2444	1664	68.1	1.0	ref	
	Oui	1662	1074	64.6	0.8	0.6 – 1.1	0.24
Consultations sur RDV	< 70% des actes	2144	1407	65.6	1.0	ref	
	≥ 70% des actes	1962	1331	67.8	1.1	0.8 – 1.4	0.54
Dossiers informatisés	non	1209	844	69.8	1.0	ref	
	oui	2897	1894	65.4	0.7	0.5 – 1.0	0.06
Autre activité	non	2285	1565	68.5	1.0	ref	
	oui	1821	1173	64.2	0.9	0.6 – 1.1	0.40
Maitre de stage ou enseignant	non	3348	2281	68.1	1.0	ref	
	oui	758	457	60.3	0.7	0.4 – 1.0	0.09

* n : effectif ; les cantons d'île de France sont répartis en tertiles selon la distribution du pourcentage de foyers non imposés.

** OR : odds ratio ajusté uniquement sur le cabinet de recrutement à l'aide d'un modèle logistique mixte à intercept aléatoire ; IC95% : intervalle de confiance à 95% de l'OR.

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

Tableau VI b : Participation des patients selon les caractéristiques de leurs médecins (N = 4106)

Caractéristiques des médecins (niveau 2)		Eligibles n*	Participants n* %		OR**	IC** 95%	P
Règles systématiques							
- HTA	non	889	612	68.8	1.0	ref	
	oui	3217	2126	66.1	0.8	0.5 – 1.1	0.32
- Tabac	non	1999	1302	65.1	1.0	ref	
	oui	2107	1436	68.2	1.1	0.7 – 1.4	0.72
- Alcool	non	2793	1956	70.0	1.0	ref	
	oui	1313	782	59.6	0.6	0.4 – 0.8	<10 ⁻²
- Cancer du col	non	2190	1484	67.8	1.0	ref	
	oui	1916	1254	65.5	0.9	0.6 – 1.2	0.50
- Cancer du sein	non	1329	872	65.6	1.0	ref	
	oui	2777	1866	67.2	1.0	0.7 – 1.3	0.88
Nombre de jours de FMC* l'année précédente	- Q1 < 4 jours	1023	722	70.6	1.0	ref	
	- Q2 4 à 7,5 jours	1193	784	65.7	0.8	0.5 – 1.1	0.25
	- Q3 8 à 13,5 jours	986	674	68.4	0.9	0.5 – 1.2	0.49
	- Q4 ≥ 14 jours	904	558	61.7	0.7	0.4 – 0.9	0.06
FMC antérieures							
- HTA	non	1556	1067	68.6	1.0	ref	
	oui	2550	1671	65.5	0.9	0.6 – 1.2	0.47
- Tabac	non	3043	2107	69.2	1.0	ref	
	oui	1063	631	59.4	0.7	0.5 – 0.9	0.03
- Alcool	non	3217	2196	68.3	1.0	ref	
	oui	889	542	61.0	0.8	0.5 – 1.1	0.16
- Cancer du col	non	3213	2174	67.7	1.0	ref	
	oui	893	564	63.2	0.8	0.5 – 1.2	0.35
- Cancer du sein	non	2693	1825	67.8	1.0	ref	
	oui	1413	913	64.6	0.9	0.6 – 1.2	0.51
Abonnement à une revue	non	1308	933	71.3	1.0	ref	
	oui	2798	1805	64.5	0.8	0.5 – 1.0	0.10
Intérêt déclaré pour la prévention en général	non	3106	2112	68.0	1.0	ref	
	oui	1000	626	62.6	0.8	0.6 – 1.1	0.31
Efficacité perçue efficace pour aider un fumeur	pas du tout ou peu	2032	1355	66.7	1.0	ref	
	assez ou très efficace	2074	1383	66.7	1.0	0.7 – 1.3	0.97
Indice de satisfaction dans le travail	tiers le moins satisfait	1535	977	63.7	0.7	0.5 – 1.0	0.07
	tiers moyen	1241	863	69.5	1.0	ref	
	tiers le plus satisfait	1330	898	67.5	0.8	0.5 – 1.2	0.37
Médecin fumeur	non	3219	2171	67.4	1.0	ref	
	oui	887	567	63.9	0.9	0.6 – 1.2	0.51

* n : effectif ; FMC : formation médicale continue.

** OR : odds ratio de participer ajusté uniquement sur le cabinet de recrutement à l'aide d'un modèle logistique mixte à intercept aléatoire ; IC95% : intervalle de confiance à 95% de l'OR.

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

Tableau VII : Participation des patients : analyse multi-variée (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 versus masculin	1.3	1.1 – 1.5	<10 ⁻²
Pays de naissance	France versus étranger	1.7	1.4 – 2.0	<10 ⁻⁴
PCS	prof. interm. et supérieures versus autres	2.2	1.9 – 2.6	<10 ⁻⁴
Hypertension traitée	oui versus non	1.3	1.0 – 1.5	0.01
Acte d'inclusion	visite versus consultation	0.4	0.3 – 0.5	<10 ⁻⁴
<u>Caractéristiques de niveau médecin</u>				
Vague d'inclusion	janvier 2005	1.5	1.0 – 2.1	0.04
	avril 2005	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 ans	1.0	ref	
	≥ 55 ans	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 versus < 20 mn	0.9	0.6 – 1.1	0.35
Dossiers informatisés	oui versus non	0.8	0.6 – 1.0	0.12
Maître de stage ou enseignant	oui versus Non	0.7	0.5 – 1.0	0.11
Règle systématique pour les problèmes d'alcool	oui versus Non	0.7	0.5 – 1.0	0.04
Nombre de jours de FMC l'année précédente	- Q1 < 4 jours	1.0	ref	
	- Q2 4 à 7,5 jours	0.8	0.5 – 1.1	0.16
	- Q3 8 à 13,5 jours	1.1	0.7 – 1.5	0.74
	- Q4 ≥ 14 jours	0.9	0.5 – 1.3	0.63
FMC antérieure sur le tabac	oui versus Non	0.7	0.5 – 0.9	0.03
FMC antérieure sur l'alcool	oui versus Non	0.9	0.5 – 1.2	0.39
Abonnement à une revue	oui versus Non	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
Effet aléatoire		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 multivarié logistique mixte à intercept aléatoire (proc NLMIXED version SAS 9.1)

7.2 Patients traités pour HTA

Tableau VIII : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête HTA (N=1192)

Caractéristiques des patients		Hommes (n = 524)		Femmes (n = 668)		Ensemble (n = 1192)	
		n*	% ou m* (e.t.)*	n*	% ou m* (e.t.)*	n*	% ou m* (e.t.)*
Age (années)	moyenne	524	62.4 (10.7)	668	64.0 (11.1)	1192	63.3 (11.0)
	25-34	6	1.1	8	1.2	14	1.2
	35-44	27	5.2	33	4.9	60	5.0
	45-54	85	16.2	91	13.6	176	14.8
	55-64	169	32.3	176	26.4	345	28.9
	65-74	159	30.3	227	34.0	386	32.4
	75-79	78	14.9	133	19.9	211	17.7
PCS*							
	- cadres	137	26.2	68	10.2	205	17.2
	- prof. intermédiaires	133	25.4	155	23.3	288	24.2
	- artisans commerçants	43	8.2	33	5.0	76	6.4
	- employés	55	10.5	325	48.9	380	32.0
	- ouvriers	156	29.8	84	12.6	240	20.2
	- NR**			3	-	3	-
Pays de naissance							
	France	406	77.5	530	79.3	936	78.5
	étranger	118	22.5	138	20.7	256	21.5
Nationalité							
	française	462	88.2	601	90.0	1063	89.2
	étrangère	62	11.8	67	10.0	129	10.8
Situation familiale							
	seul	119	22.8	317	47.5	436	36.6
	en couple	403	77.2	351	52.5	754	63.4
	NR**	2	-			2	
Revenu mensuel (euros)							
	< 1500	119	24.6	254	42.6	373	34.5
	1500 à 2500	165	34.1	188	31.5	353	32.7
	≥ 2500	200	41.3	154	25.8	354	32.8
	NR**	40	-	72	-	112	-
Niveau d'études							
	primaire	129	25.4	217	33.1	346	29.8
	secondaire	239	47.1	325	49.5	564	48.5
	supérieur	139	27.4	114	17.4	253	21.8
	NR**	17	-	12	-	29	-

* n : effectif ; m : moyenne ; (e.t.) : écart type ; PCS : catégorie socio-professionnelle (pour les inactifs c'est la dernière profession exercée qui est prise en compte et l'absence celle du conjoint); ** NR : non réponse.

Tableau IX : Caractéristiques d'état santé des participants à l'enquête HTA (N = 1192)

Caractéristiques des patients		Hommes (n = 524)		Femmes (n = 668)		Ensemble (n = 1192)	
		n*	%	n*	%	n*	%
Tabagisme actuel	fumeur	79	15.3	72	11.1	151	12.9
	non fumeur	437	84.7	579	88.9	1167	87.1
	NR**	8	-	17	-	25	-
Diabète	oui	130	24.8	113	16.9	243	20.4
	non	394	75.2	555	83.1	949	79.6
Hypercholestérolémie	oui	178	34.0	236	35.3	414	34.7
	non	236	66.0	432	64.7	778	65.3
Obésité m ²	IMC ≥ 30 kg/	129	25.0	191	29.7	320	27.6
	IMC < 30 kg/	386	75.0	452	70.3	838	72.4
	NR**	9	-	25	-	34	-
Consommation d'alcool risque	> seuil à	75	16.7	34	7.5	109	12.1
	≤ seuil à	375	83.3	420	92.5	795	87.9
	NR**	74	-	214	-	288	-
Macro-angiopathie	oui	127	24.3	78	11.7	205	17.3
	non	395	75.7	588	88.3	983	82.7
	NR**	2	-	2	-	4	-
Clairance de la créatinine	< 60 ml/mn	52	12.8	103	20.9	155	17.2
	≥ 60 ml/mn	355	87.2	391	79.1	746	82.8
	inconnue	117	-	174	-	291	-

* n : effectif ; IMC : indice de masse corporelle ; **NR : non réponse.

Tableau X : Prise en charge médicale des participants à l'enquête HTA (N = 1192)

Caractéristiques des patients		Hommes (n = 524)		Femmes (n = 668)		Ensemble (n = 1192)	
		n*	%	n*	%	n*	%
Ancienneté du suivi par le MG (années)	médiane (Q1 ; Q3)		8 (3 ; 12)		8 (4 ; 13)		8 (3 ; 13)
	< 1 an	46	8.8	54	8.1	100	8.4
	1 à 3 ans	93	17.8	109	16.3	202	17.0
	> 3 ans	385	73.5	505	75.6	890	74.7
Nombre de consultations depuis 12 mois	médiane (Q1 ; Q3)		5 (4 ; 8)		6 (4 ; 9)		6 (4 ; 8)
	≤ 3	124	23.7	146	21.9	270	22.7
	4 à 6	202	38.6	260	38.9	462	38.8
	7 à 9	97	18.5	118	17.7	215	18.1
	> 9	99	18.9	144	21.6	243	20.4
	NR**	2	-			2	
Recours à un spécialiste pour l'HTA		379	72.9	449	67.4	828	69.8
	NR**	4	-	2	-	6	-
Traitement anti-hypertenseur	1 médicament	178	35.5	283	42.8	461	39.7
	2 médicaments	179	35.7	238	36.0	417	35.9
	≥ 3	144	28.7	140	21.2	284	24.4
médicaments	NR**	23	-	7	-	30	-
Mesures hygiéno-diététiques :							
	Conseil délivré au patient (selon le MG)	409	78.7	455	68.3	864	72.8
	NR**	4		2		6	
	Connu par le patient (déclaration du patient)	300	58.7	299	45.7	599	51.4
	NR**	13		13		26	
Suivi de l'HTA							
1.	≥ 2 consultations dans les 12 derniers mois	487	93.3	639	95.7	1126	94.6
	NR**	2	-			2	
2.	PA* notée dans le dossier < 6 mois	375	71.6	474	71.0	849	71.2
3.	créatinine notée dans le dossier < 2 ans	371	70.8	442	66.2	813	68.2
4.	glycémie notée dans le dossier < 3 ans	399	76.2	490	73.4	889	74.6
5.	bilan lipidique noté dans le dossier < 3 ans	352	67.2	389	58.2	741	62.2
6.	ECG < 3 ans	311	59.4	344	51.5	655	55.0
7.	Tabagisme concordant entre MG et patient	463	90.1	604	92.9	1067	91.7
	NR**	10		18		28	
8.	IMC* noté dans le dossier	202	38.6	291	43.6	493	41.4
9.	CDA* notée dans le dossier	75	14.3	103	15.4	178	14.9
Ensemble des points 1 à 6		162	30.9	137	20.5	299	25.1
	1 à 7	141	27.4	127	19.5	268	23.0
	1 à 8	63	12.3	64	9.8	127	10.9
	1 à 9	15	2.9	11	1.7	26	2.2
Contrôle de la PA (dernière mesure)							
	< 140/90	248	48.6	319	48.9	567	48.8
	- < 140/90 et < 130/80 si diabète ou IR*	191	37.5	250	38.3	441	38.0
	- pas de mesure dans le dossier	14	-	16	-	30	-

* n : effectif ; Q1 Q3 : quartiles de la distribution ; PA : pression artérielle ; IR : insuffisance rénale ; IMC : indice de masse corporelle ; CDA : consommation déclarée d'alcool **NR : non réponse.

Tableau XI : 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 ⁻³
- selon le patient	1165	2.54	0.77	<10 ⁻³
Recours à un cardiologue				
- selon le MG (%)	1192	0.44	0.14	<10 ⁻²
- 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 ⁻²
- 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
- AAI* (%)	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 ⁻³
3. créatinine dans le dossier < 2 ans (%)	1192	1.31	0.33	<10 ⁻³
4. glycémie dans le dossier < 3 ans (%)	1192	0.80	0.23	<10 ⁻²
5. bilan lipidique dans le dossier < 3 ans (%)	1192	1.10	0.29	<10 ⁻³
6. ECG < 3 ans (%)	1192	0.74	0.22	<10 ⁻²
7. Statut tabagique concordant (%)	1164	0	-	-
8. IMC noté dans le dossier (%)	1192	4.04	1.03	<10 ⁻³
9. CDA notée dans le dossier (%)	1192	6.17	1.74	<10 ⁻³
- suivi conforme des points 1 à 6 (%)	1192	1.23	0.36	<10 ⁻²
Contrôle de la PA				
- < 140/90 (%)	1162	0.52	0.15	<10 ⁻²
- < 140/90 et < 130/80 si diabète ou IR*(%)	1162	0.36	0.12	<10 ⁻²

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

Figure 1 : Patients éligibles, participants et analysés pour le suivi de l'HTA

Tableau XII : Suivi des patients selon leurs caractéristiques individuelles (N = 1054/59 MG)

Caractéristiques des patients (niveau 1)		n*	Bien suivis***		OR**	IC** 95%	p
			n*	%			
Ensemble		1054	279	26.5			
Age (années)	< 55	211	43	20.4	1.0	ref	
	55 - 64	296	79	26.7	1.4	0.7 – 2.1	0.14
	65 - 74	350	104	29.7	1.8	1.0 – 2.6	0.02
	> 74	197	53	26.9	1.3	0.6 – 2.0	0.33
Sexe	féminin	597	124	20.8	1.0	ref	
	masculin	457	155	33.9	2.1	1.4 – 2.8	<10 ⁻⁴
Pays de naissance	France	836	217	26.0	1.0	ref	
	étranger	62	595	28.4	1.0	0.6 – 1.4	0.88
PCS*	professions interm. et supérieures	420	116	27.6	1.0	ref	
	autres	634	163	25.7	1.0	0.6 – 1.3	0.83
Situation familiale	seul	386	90	23.3	1.0	ref	
	en couple	667	188	28.2	1.4	0.9 – 1.8	0.07
	NR**	1	1	-			
Revenu mensuel (euros)	< 1500	337	80	23.7	1.0	ref	
	1500 à 2500	315	94	29.8	1.3	0.8 – 1.9	0.18
	≥ 2500	307	78	25.4	1.1	0.6 – 1.5	0.80
	NR**	95	27	28.4			
Niveau d'études	primaire	317	92	29.0	1.4	0.7 – 2.0	0.20
	secondaire	492	133	27.0	1.2	0.7 – 1.7	0.35
	supérieur	219	51	23.3	1.0	ref	
	NR**	26	3	11.5			
Tabagisme actuel	fumeur	135	32	23.7	0.9	0.4 – 1.3	0.59
	non fumeur	901	244	27.1	1.0	ref	
	NR**	18	3	16.7			
Diabète (selon le patient)	oui	219	68	31.1	1.5	1.0 – 2.1	0.02
	non	811	204	25.2	1.0	ref	
	NR**	24	7	29.2			
Obésité	IMC ≥ 30 kg/m ²	288	83	28.8	1.3	0.8 – 1.8	0.15
	IMC < 30 kg/m ²	739	192	26.0	1.0	ref	
	NR**	27	4	14.8			
Macro-angiopathie	oui	185	64	34.6	1.9	1.1 – 2.6	<10 ⁻²
	non	869	215	24.7	1.0	ref	
Nombre de consultations depuis 12 mois	≤ 3	189	34	18.0	0.6	0.3 – 0.9	0.04
	4 à 6	427	110	25.8	1.0	ref	
	7 à 9	203	60	29.6	1.2	0.7 – 1.7	0.51
	> 9	235	75	31.9	1.5	0.9 – 2.1	0.05
Acte d'inclusion	consultation	963	265	27.5	1.0	ref	
	visite	90	13	14.4	0.4	0.1 – 0.6	<10 ⁻²
	NR*	1	1	-			

* n : effectif ; NR : non réponse ou donnée manquante ; PCS : catégorie socioprofessionnelle.

** OR : odds ratio d'être bien suivi ajusté uniquement sur le cabinet de recrutement ; IC95% : intervalle de confiance à 95% de l'OR.

*** Bien suivis : avoir eu au jour d'inclusion : 2 consultations depuis 1 an, une mesure de pression artérielle depuis 6 mois, un dosage de la créatinine depuis 2 ans, une glycémie, un bilan lipidique et un ECG depuis 3 ans.

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

Tableau XIII a : Suivi des patients selon les caractéristiques de leurs médecins (N= 1054/59MG)

Caractéristiques des médecins (niveau 2)		n*	Bien suivis***		OR**	IC** 95%	p
			n*	%			
Vague d'inclusion	janvier 2005	152	31	20.4	0.5	0.2 – 1.2	0.12
	avril 2005	365	106	29.9	1.0	ref	
	octobre 2005	338	110	32.5	1.0	0.2 – 1.8	0.96
	octobre 2006	209	32	15.3	0.4	0.2 – 1.0	0.06
Age du médecin	< 50 ans	509	178	35.0	1.7	0.9 – 3.3	0.10
	≥ 50 ans	545	101	18.5	1.0	ref	
Sexe du médecin	masculin	839	214	25.5	1.0	ref	
	féminin	215	65	30.2	1.3	0.3 – 2.3	0.50
Département	75	239	58	24.3	1.0	ref	
	92	176	31	17.6	0.6	0.2 – 1.7	0.38
	93	266	64	24.1	1.2	0.5 – 3.2	0.70
	94	373	126	33.8	1.4	0.6 – 3.4	0.39
Canton* moyen	favorisé +	647	200	30.9	1.0	ref	
	défavorisé	407	79	19.4	0.5	0.2 – 1.0	0.10
Secteur	secteur 1	876	249	28.4	1.0	ref	
	secteur 2	178	30	16.9	0.7	0.1 – 1.2	0.34
Mode d'installation	solo	494	126	25.5	1.0	ref	
	groupe	560	153	27.3	0.8	0.2 – 1.3	0.49
Nombre d'actes	< 104/semaine	399	106	26.6	1.0	ref	
	≥ 104/semaine	655	173	26.4	0.9	0.3 – 1.4	0.64
Durée d'1 consultation	< 20 mn	550	143	26.0	1.0	ref	
	≥ 20 mn	504	136	27.0	1.5	0.5 – 2.6	0.22
Temps de consultation	< 44 heures/semaine	426	106	24.9	1.0	ref	
	≥ 44 heures/semaine	628	173	27.6	1.1	0.3 – 1.9	0.69
Secrétaire	non	601	179	29.8	1.0	ref	
	oui	453	100	22.1	0.9	0.3 – 1.5	0.67
Consultations sur RDV	< 70% des actes	563	128	22.7	1.0	ref	
	≥ 70% des actes	491	331	30.8	2.0	1.0 – 3.1	0.05
Dossiers informatisés	non	340	91	26.8	1.0	ref	
	oui	714	188	26.3	0.8	0.2 – 1.5	0.64
Autre activité	non	639	193	30.2	1.0	ref	
	oui	415	86	20.7	0.5	0.2 – 1.0	0.08
Maitre de stage ou enseignant	non	859	225	26.2	1.0	ref	
	oui	195	54	27.7	1.2	0.1 – 2.3	0.69

* n : effectif ; les cantons d'Ile de France sont répartis en tertiles selon la distribution du pourcentage de foyers non imposés .

** OR : odds ratio d'être bien suivi ajusté uniquement sur le cabinet de recrutement à l'aide d'un modèle logistique mixte à intercept aléatoire ; IC95% : intervalle de confiance à 95% de l'OR.

*** Bien suivis : avoir eu au jour d'inclusion : 2 consultations depuis 1 an, une mesure de pression artérielle depuis 6 mois, un dosage de la créatinine depuis 2 ans, une glycémie, un bilan lipidique et un ECG depuis 3 ans.

Méthode : les associations entre les caractéristiques des médecins et un suivi à jour sont estimées une à une à l'aide d'un modèle logistique mixte à intercept aléatoire (proc NL MIXED version SAS 9.1)

Tableau XIII b : Suivi des patients selon les caractéristiques de leurs médecins (N= 1054/59MG)

Caractéristiques des médecins (niveau 2)		n*	Bien suivis***		OR**	IC** 95%	p
			n*	%			
Règles systématiques							
- HTA	non	238	56	23.5	1.0	ref	
	oui	816	223	27.3	0.8	0.2 – 1.9	0.88
- Tabac	non	532	128	24.1	1.0	ref	
	oui	522	151	28.9	1.1	0.3 – 1.9	0.77
- Alcool	non	785	183	23.3	1.0	ref	
	oui	269	96	35.7	1.4	0.3 – 2.4	0.42
- Cancer du col	non	565	119	21.1	1.0	ref	
	oui	489	160	32.7	1.9	1.0 – 3.7	0.06
- Cancer du sein	non	353	61	17.3	1.0	ref	
	oui	701	218	31.1	1.7	0.8 – 3.4	0.16
FMC*	< 8 jours	585	153	26.2	1.0	ref	
l'année précédente	≥ 8 jours	469	126	26.9	1.1	0.3 – 1.9	0.77
FMC antérieures							
- HTA	non	373	98	26.3	1.0	ref	
	oui	681	181	26.6	0.7	0.2 – 1.3	0.41
- Tabac	non	805	223	27.7	1.0	ref	
	oui	249	56	22.5	0.7	0.1 – 1.2	0.36
- Alcool	non	844	224	26.5	1.0	ref	
	oui	210	55	26.2	1.1	0.2 – 2.1	0.74
- Cancer du col	non	811	189	23.3	1.0	ref	
	oui	243	90	37.0	2.1	0.9 – 4.6	0.07
- Cancer du sein	non	698	177	25.4	1.0	ref	
	oui	356	102	28.7	0.8	0.2 – 1.4	0.57
Abonnement à une revue	non	341	82	24.1	1.0	ref	
	oui	713	197	27.6	1.4	0.3 – 2.4	0.40
Intérêt déclaré pour la prévention en général	non	813	212	26.1	1.0	ref	
	oui	241	67	27.8	1.4	0.3 – 2.4	0.40
Efficacité perçue efficace	pas du tout ou peu	568	118	20.8	1.0	ref	
pour aider un fumeur	assez ou très efficace	486	161	33.1	1.6	0.8 – 3.2	0.15
Indice de satisfaction dans le travail	tiers le moins satisfait	396	91	23.0	1.1	0.2 – 2.0	0.79
	tiers moyen	329	75	22.8	1.0	ref	
	tiers le plus satisfait	329	113	34.4	1.6	0.2 – 3.1	0.27
Médecin fumeur	non	847	233	27.5	1.0	ref	
	oui	207	46	22.2	0.7	0.1 – 1.4	0.46

* n : effectif ; FMC : formation médicale continue.

** OR : odds ratio d'être bien suivi ajusté uniquement sur le cabinet de recrutement à l'aide d'un modèle logistique mixte à intercept aléatoire ; IC95% : intervalle de confiance à 95% de l'OR.

*** Bien suivis : avoir eu au jour d'inclusion : 2 consultations depuis 1 an, une mesure de pression artérielle depuis 6 mois, un dosage de la créatinine depuis 2 ans, une glycémie, un bilan lipidique et un ECG depuis 3 ans.

Méthode : les associations entre les caractéristiques des médecins et un suivi à jour sont mesurées une à une à l'aide d'un modèle logistique mixte à intercept aléatoire (proc NLMIXED version SAS 9.1)

Tableau XIV a : Suivi de l'hypertension, age, sexe, PCS des patients, age, sexe et lieu d'exercice du médecin : analyse multi-variée (N = 1053 / 59 MG)

Effets fixes		OR**	IC** 95%	p
<u>Caractéristiques de niveau patient</u>				
Age (années)	< 55	1.0	ref	
	55 – 64	1.5	0.9 – 2.4	0.11
	65 – 74	1.9	1.2 – 3.0	0.01
	> 74	1.5	0.8 – 2.6	0.16
Sexe	masculin versus féminin	2.2	1.5 – 3.0	<10 ⁻⁴
PCS	prof. interm. et supérieures versus autres	0.9	0.6 – 1.2	0.43
Situation familiale	seul versus en couple	0.9	0.6 – 1.2	0.53
<u>Caractéristiques de niveau médecin</u>				
Age du médecin	< 50 ans versus ≥ 50 ans	1.9	1.0 – 3.4	<0.05
Sexe	féminin versus masculin	1.7	0.9 – 3.4	0.12
Canton	(favorisé + moyen) versus défavorisé	2.1	1.1 – 4.2	0.04
Effet aléatoire				
		S2u**	Ecart type	p
Variance inter-médecin résiduelle		0.74	0.26	0.006

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

Tableau XIV b : Suivi de l'hypertension, age, sexe, niveau d'étude des patients, age, sexe et lieu d'exercice du médecin : analyse multi-variée (N=1027 / 59 MG)

Effets fixes		OR**	IC** 95%	p
<u>Caractéristiques de niveau patient</u>				
Age (années)	< 55	1.0	ref	
	55 – 64	1.5	0.9 – 2.5	0.10
	65 – 74	1.9	1.1 – 3.1	0.01
	> 74	1.4	0.8 – 2.4	0.27
Sexe	masculin versus féminin	2.2	1.6 – 3.1	<10 ⁻⁴
Niveau d'études	primaire	1.5	0.9 – 2.4	0.11
	secondaire	1.4	0.9 – 2.1	0.17
	supérieur	1.0	ref	
Situation familiale	seul versus en couple	0.9	0.7 – 1.4	0.75
<u>Caractéristiques de niveau médecin</u>				
Age du médecin	< 50 ans versus ≥ 50 ans	1.8	1.0 – 3.4	0.05
Sexe	féminin versus masculin	1.8	0.9 – 3.6	0.10
Canton	(favorisé + moyen) versus défavorisé	2.1	1.1 – 4.2	0.03
Effet aléatoire				
		S2u**	Ecart type	p
Variance inter-médecin résiduelle		0.73	0.26	0.006

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

Tableau XIV c : Suivi de l'hypertension, age, sexe, revenu des patients, age, sexe et lieu d'exercice du médecin : analyse multi-variée (N=958 / 59 MG)

Effets fixes		OR**	IC** 95%	p
<u>Caractéristiques de niveau patient</u>				
Age (années)	< 55	1.0	ref	
	55 – 64	1.5	0.9 – 2.4	0.14
	65 – 74	1.8	1.2 – 3.0	0.02
	> 74	1.5	0.8 – 2.8	0.15
Sexe	masculin versus féminin	2.0	1.4 – 2.9	<10 ⁻³
Revenu mensuel (euros)	< 1500	1.0	ref	
	1500 à 2500	1.2	0.8 – 1.8	0.38
	≥ 2500	0.9	0.5 – 1.4	0.56
Situation familiale	seul versus en couple	0.9	0.6 – 1.3	0.57
<u>Caractéristiques de niveau médecin</u>				
Age du médecin	< 50 ans versus ≥ 50 ans	2.0	1.1 – 3.7	0.03
Sexe	féminin versus masculin	2.1	1.1 – 4.3	0.03
Canton	(favorisé + moyen) versus défavorisé	2.1	1.0 – 4.1	0.04
Effet aléatoire				
		S2u**	Ecart type	p
Variance inter-médecin résiduelle		0.68	0.25	0.008

** 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 multivarié logistique mixte à intercept aléatoire (proc NL MIXED version SAS 9.1) ; les odds ratios sont ajustés sur la vague de recrutement.

Tableau XV : Suivi de l'hypertension: caractéristiques sociales, état de santé et nombre de consultations des patients, age, sexe et lieu d'exercice du médecin analyse multi-variée (N=1028 / 59 MG)

Effets fixes		OR**	IC** 95%	p
<u>Caractéristiques de niveau patient</u>				
Age (années)	< 55	1.0	ref	
	55 – 64	1.4	0.8 – 2.2	0.24
	65 – 74	1.8	1.1 – 3.0	0.02
	> 74	1.3	0.7 – 2.3	0.40
Sexe	masculin versus féminin	1.9	1.3 – 2.7	<10 ⁻³
PCS	prof. interm. et supérieures versus autres	1.0	0.7 – 1.4	0.83
Situation familiale	seul versus en couple	0.9	0.6 – 1.3	0.52
Diabète (selon le patient) oui versus non		1.3	0.9 – 2.0	0.16
Macro-angiopathie	oui versus non	1.5	0.9 – 2.3	0.09
Nombre de consultations depuis 12 mois	≤ 3	0.6	0.3 – 1.0	0.05
	4 à 6	1.0	ref	
	7 à 9	1.0	0.6 – 1.5	0.93
	> 9	1.6	1.0 – 2.4	0.05
Acte d'inclusion	visite versus consultation	0.3	0.1 – 0.6	<10 ⁻²
<u>Caractéristiques de niveau médecin</u>				
Age du médecin	< 50 ans versus ≥ 50 ans	1.8	0.9 – 3.4	0.07
Sexe	féminin versus masculin	1.8	0.9 – 3.6	0.12
Canton	(favorisé + moyen) versus défavorisé	2.1	1.0 – 4.3	<0.05
Effet aléatoire				
		S2u**	Ecart type	p
Variance inter-médecin résiduelle		0.81	0.28	0.005

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

Tableau XVI : Suivi de l'hypertension: analyse multi-variée 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 ⁻³
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 ⁻²
<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 ⁻²
Effet aléatoire		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 multivarié logistique mixte à intercept aléatoire (proc NLMIXED version SAS 9.1) ; les odds ratios sont ajustés sur la vague de recrutement.

7.3 Femmes de 50 à 69 ans (dépistage des cancers du sein et du col)

Tableau XVII : Participation des patientes en fonction de leurs caractéristiques

		Patientes		p
		éligibles (N=2051) n	participantes (N=1697) %*	
Age	50 à 54 ans	714	67,7	0,66
	55 à 59 ans	772	67,6	
	60 à 64 ans	563	69,8	
	65 à 69 ans	452	66,2	
CSP&	Cadres, professions intellectuelles supérieures	511	73,3	<10 ⁻⁴
	Professions intermédiaires	557	81,0	
	Employés, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	921	67,0	
	Agriculteurs et ouvriers	419	55,8	
	VM [#]	10/93	-	
Lieu de naissance	France	1788	72,7	<10 ⁻⁴
	Etranger	670	59,1	
	VM [#]	1/43	-	

* % : pourcentage de participantes parmi les patientes éligibles

VM : nombre de valeurs manquantes chez les participantes / chez les non participantes

& CSP : catégorie socioprofessionnelle

Tableau XVIII : Caractéristiques sociodémographiques des 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 XIX : Mode de vie, suivi médical et état de santé des 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 [#]		7,4
Nombre de pathologies suivies > 1 (Med) [*]		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) [*]		92,8
Nombre d'actes avec le médecin consulté sur l'année écoulée ≥ 3 (Med) [*]		75,9
Nombre de consultation 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 [#]		25,3
Vue en visites [@] le plus souvent (Med) [*]		4,0

[#] : selon la patiente ou le médecin

^{*} : (Med) : selon le médecin et non la patiente

[@] : Visite par opposition à consultation

Tableau XX : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du col (N=825) en fonction des caractéristiques des MG (N=59) – Modèle logistique mixte* univarié à intercept aléatoire

		Patientes n	% de patientes non à jour	OR	IC _{95%} **	p**
Vague d'inclusion	1	116	8,6	1,00	-	0,049
	2	304	19,1	2,50	1,23 – 5,08	
	3	237	19,8	2,62	1,27 – 5,40	
	4	168	16,7	2,12	0,99 – 4,55	
Canton	Tiers favorisé	255	16,5	1,00	-	0,83
	Tiers moyen	283	18,4	1,14	0,73 – 1,79	
	Tiers défavorisé	287	17,1	1,04	0,66 – 1,64	
Sexe	Féminin	212	17,5	1,00	-	0,96
	Masculin	613	17,3	0,99	0,66 – 1,49-	
Age	< 50 ans	365	15,9	1,00	-	0,33
	≥ 50 ans	460	18,5	1,20	0,83 – 1,73	
Nombre d'années d'exercice	< 20 ans	367	14,7	1,00	-	0,08
	≥ 20 ans	458	19,4	1,40	0,97 – 2,02	
A une activité d'enseignement	Non	634	16,2	1,00	-	0,13
	Oui	191	20,93	1,37	0,91 – 2,05	
Nb de jours de FMC en 2004 [#]	< 4 jours	200	13,5	1,00	-	0,11
	≥ 4 jours	602	18,4	1,45	0,92 – 2,28	
Cabinet	Individuel	419	17,7	1,00	-	0,80
	De groupe	406	17,0	0,95	0,67 – 1,37	
Fait des FCU ^{&}	Non	465	18,2	1,00	-	0,44
	Oui	370	16,2	0,87	0,60 – 1,25	
Durée des consultations	< 15 min	125	20,0	1,00	-	0,15
	< 20 min	301	14,0	0,65	0,38 – 1,12	
	≥ 20 min	399	19,0	0,94	0,57 – 1,56	
Nb de consult. par semaine	≤ 80	246	13,8	1,00	-	0,21
	81 à 100	267	19,1	1,47	0,92 – 2,36	
	> 100	312	18,6	1,42	0,90 – 2,26	
Secteur conventionnel	Secteur 1	651	16,6	1,00	-	0,28
	Secteur 2	174	20,1	1,27	0,83 – 1,94	
Part des consultations sur rendez-vous par rapport à l'ensemble de l'activité	> 50%	418	15,8	0,80	0,56 – 1,15	0,24
	≤ 50%	407	18,9	1,00	-	
Dossiers informatisés	Non	247	15,8	1,00	-	0,44
	Oui	578	18,0	1,17	0,78 – 1,75	

* Présentation dans le tableau des paramètres fixes uniquement ; ** IC_{95%} : intervalle de confiance à 95% ; p : degrés de significativité du test du rapport de vraisemblance ; [#] FMC : formation médicale continue, une journée équivaut à 2 soirées ; [&] FCU : frottis cervico-utérin

Tableau XXI : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du col en fonction des caractéristiques sociodémographiques des patientes (N=825) – Modèle logistique mixte*

univarié à intercept aléatoire

		N (VM*)	n	% de patientes non à jour	OR	IC _{95%} *	P*
Age	50 à 54 ans	825 (0)	248	15,3	1,00	-	0,56
	55 à 59 ans		227	17,2	1,15	0,70 – 1,87	
	60 à 64 ans		181	17,1	1,14	0,68 – 1,92	
	64 à 69 ans		169	20,7	1,44	0,87 – 2,40	
Naissance en France	Non	824 (1)	194	15,5	1,00	-	0,43
	Oui		630	17,9	1,19	0,77 – 1,85	
Vit en couple	Non	825 (0)	324	22,2	1,00	-	0,003
	Oui		501	14,2	0,58	0,40 – 0,83	
A eu au moins un enfant	Non	825 (0)	131	22,1	1,00	-	0,11
	Oui		694	16,4	0,69	0,44 – 1,09	
Département de résidence	75	825 (0)	232	20,3	1,00	-	0,80
	92		121	15,7	0,73	0,41 – 1,32	
	93		213	16,4	0,77	0,48 – 1,26	
	94		220	15,5	0,72	0,44 – 1,17	
	Autre		39	20,5	1,02	0,44 – 2,35	
Quartier de résidence considéré comme une cité	Non	817 (8)	619	15,0	1,00	-	0,003
	Oui		198	24,2	1,81	1,22 – 2,68	
Quartier de résidence dégradé	Non	820 (5)	734	16,3	1,00	-	0,034
	Oui		86	25,6	1,76	1,04 – 2,97	
Sensation de sécurité dans son quartier	Non	823 (2)	54	33,3	1,00	-	0,002
	Oui		769	16,1	0,38	0,21 – 0,70	
Commerces de proximité	Non	822 (3)	96	25,0	1,00	-	0,035
	Oui		726	16,3	0,58	0,35 – 0,96	
Propriétaire	Non	817 (8)	360	21,7	1,00	-	0,004
	Oui		457	14,0	0,59	0,41 – 0,85	
Logement inconfortable	Non	822 (3)	704	15,8	1,00	-	0,006
	Oui		118	26,3	1,90	1,20 – 3,01	
Foyer paye l'impôt sur le revenu	Non	816 (9)	166	25,3	1,00	-	0,003

Oui		650	15,4	0,54	0,36 – 0,81	
-----	--	-----	------	------	----------------	--

Tranche des revenus mensuels du foyer	Tiers inférieur	748 (77)	215	25,6	1,00	-	0,0002
	Tiers moyen		254	17,3	0,61	0,39 – 0,95	
	Tiers supérieur		279	11,5	0,38	0,23 – 0,61	
Perception de la situation financière de son foyer	« n'y arrive pas »	817 (8)	58	36,2	1,00	-	<0,0001
	« c'est juste, il faut faire attention » ou « ça va »		687	16,9	0,36	0,20 – 0,63	
	« très à l'aise »		72	5,6	0,10	0,03 – 0,32	
Diplôme le plus élevé	≤ baccalauréat	817 (8)	580	19,0	1,00	-	0,045
	> baccalauréat		237	13,1	0,64	0,42 – 0,99	
Situation professionnelle	En activité	817 (8)	378	15,6	1,00	-	0,48
	Chômage		41	14,6	0,93	0,37 – 2,30	
	Retraîtée		316	19,9	1,35	0,91 – 1,99	
	Autre inactive		82	17,1	1,11	0,59 – 2,11	
CSP*	Cadres, professions intellectuelles supérieures et chefs d'entreprise	820 (5)	141	10,6	1,00	-	0,01
	Professions intermédiaires		226	14,2	1,39	0,72 – 2,66	
	Employés de bureau, artisans et commerçants		292	19,5	2,04	1,11 – 3,74	
	Employés de commerce, personnels de services et ouvriers		161	23,6	2,60	0,36 – 4,96	
Bénéficiaire du RMI dans le foyer	Non	821 (4)	803	16,6	1,00	-	0,0008
	Oui		18	50,0	5,04	1,96 – 12,9	
CMU*	Non	810 (15)	773	16,8	1,00	-	0,11
	Oui		37	27,0	1,83	0,87 – 3,88	
Mutuelle	Non	819 (6)	65	29,2	1,00	-	0,009
	Oui		754	16,2	0,47	0,26 – 0,83	
Membre d'une association	Non	816 (9)	508	18,9	1,00	-	0,12
	Oui		308	14,6	0,73	0,50 – 1,08	
Réseau social	Mauvais	807 (18)	159	25,8	1,00	-	0,0002
	Moyen		332	19,3	0,69	0,44 – 1,08	
	Bon		316	11,1	0,36	0,22 – 0,59	

* mixte : présentation dans le tableau des paramètres fixes uniquement ; VM : valeur manquante ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95% ; p degrés de significativité du test du rapport de vraisemblance ; CMU : couverture médicale universelle ; CSP : catégorie socioprofessionnelle

Tableau XXII : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du col en fonction des caractéristiques de santé non gynécologiques des patientes (N=825) – Modèle logistique mixte univarié à intercept aléatoire

		N (VM [*])	n	% de patientes non à jour	OR	IC _{95%} [*]	p [*]
Pratique sportive régulière (pat [#])	Non	815 (10)	540	20,0	1,00	-	0,005
	Oui		275	12,0	0,55	0,36 – 0,83	
Nombre de pathologies suivies dans les 3 dernières années (med [#])	< 3	825 (0)	590	17,5	1,00	-	0,009
	≥ 3		143	23,1	0,42	0,91 – 2,21	
	VM [*]		92	7,6	0,39	0,18 – 0,87	
Prise en charge à 100% pour une affection de longue durée (med [#])	Non	819 (6)	576	15,5	1,00	-	0,04
	Oui		243	21,4	1,49	1,02 – 2,18	
Médecin participant est le MG habituel de la patiente (pat [#])	Non	813 (12)	29	24,1	1,00	-	0,33
	Oui		784	17,1	0,65	0,27 – 1,55	
Nombre d'actes avec le médecin participant dans l'année écoulée (med [#])	< 3	825 (0)	203	20,7	1,00	-	0,15
	≥ 3		622	16,2	0,74	0,50 – 1,11	
Nombre de consultations chez un spécialiste dans l'année écoulée (pat [#])	< 3	817 (8)	473	20,1	1,00	-	0,02
	≥ 3		344	13,7	0,63	0,43 – 0,92	
Patiente vue le plus souvent en (med [#])	Consultation	825 (0)	704	18,2	1,00	-	0,01
	Visite		28	28,6	1,85	0,78 – 4,18	
	VM [*]		93	7,5	0,37	0,17 – 0,81	
Suivi médical lourd (med [#])	Non	825 (0)	481	15,0	1,00	-	0,03
	Oui		344	20,6	1,48	1,03 – 2,12	

* mixte : présentation dans le tableau des paramètres fixes uniquement ; VM : valeur manquante ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95% ; p degrés de significativité du test du rapport de vraisemblance

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

Tableau XXIII : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du col en fonction des caractéristiques de santé gynécologiques des patientes (N=825) – Modèle mixte* univarié à intercept aléatoire

		N (VM*)	n	% de patientes non à jour	OR	IC _{95%} *	p*
Consultation d'un gynécologue dans les 3 dernières années (pat [#])	Non	822 (3)	156	57,7	1,00	-	<10 ⁻⁴
	Oui		666	7,8	0,06	0,04 – 0,10	
Patiente se fait suivre régulièrement au niveau gynécologique (pat [#])	Non	823 (2)	159	54,1	1,00	-	<10 ⁻⁴
	Oui		664	8,4	0,08	0,05 – 0,12	
Médecin responsable du suivi gynécologique (pat [#])	Un spécialiste	825 (0)	594	6,9	1,00	-	<10 ⁻⁴
	Le médecin participant seul		68	20,6	3,50	1,79 – 6,82	
	Aucun		163	54,0	15,83	10,17 – 24,63	
Prescripteur du dernier FCU (pat [#])	Un médecin généraliste	810 (15)	125	24,0	1,00	-	0,016
	Un spécialiste		685	15,2	0,54	0,36 – 0,90	
Prise d'un THM* (pat [#] ou med [#])	Non	824 (1)	627	19,6	1,00	-	0,003
	Oui		197	10,2	0,46	0,28 – 0,77	
Antécédent d'hystérectomie avec col restant (pat [#] ou med [#])	Non	825 (0)	759	15,9	1,00	-	0,0005
	Oui		66	33,3	2,64	1,52 – 4,56	
Antécédent de pathologie du col traité (pat [#] ou med [#])	Non	824 (1)	756	18,0	1,00	-	0,11
	Oui		68	10,3	0,52	0,23 – 1,17	

* mixte : présentation dans le tableau des paramètres fixes uniquement ; VM : valeur manquante ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95% ;

p degrés de significativité du test du rapport de vraisemblance ; THM : traitement hormonal de la ménopause

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

Tableau XXIV : 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* multi-varié à intercept aléatoire**

			OR	IC _{95%} [#]	p [#]
NIVE AU	Age	50 à 54 ans	1	-	0,91
		55 à 59 ans	0,95	0,48 – 0,95	
PATI ENTE		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	-
		Non	0,71	0,37 – 1,36	
Quartier de résidence considéré comme une cité		Non	1	-	0,01
		Oui	2,28	1,27 – 4,09	
Bénéficiaire du RMI dans le foyer		Non	1	-	0,05

		Oui	3,76	0,83 – 16,98	
	Commerces de proximité	Non	2,25	1,07 – 4,73	0,02
		Oui	1	-	
	Pratique sportive régulière (pat [#])	Non	1	-	0,02
		Oui	0,49	0,11 – 3,59	
	Consultation d'un gynécologue dans les 3 dernières années (pat ^{&})	Oui	1	-	<10⁻⁴
		Non	13,67	6,27 – 29,83	
	Médecin responsable du suivi gynécologique (pat ^{&})	Un spécialiste	1	-	<10⁻³
		Le MG consulté	2,07	0,69 – 6,24	
		Aucun	6,48	3,24 – 12,96	
	Prescripteur du dernier FCU (pat ^{&})	Un spécialiste	1	-	0,004
		Un généraliste	3,59	0,52 – 8,47	
	Antécédent d'hystérectomie col restant (pat ^{&} ou med ^{&})	Non	1	-	0,003
		Oui	3,37	1,52 – 7,43	
NIVE					
AU	Vague	1	0,35	0,14 – 0,90	0,07
MED		2	1	-	
ECIN		3	3,24	1,65 – 6,39	
		4	0,72	0,35 – 1,52	
	Nb de jours de FMC en 2004 [#]	< 4 jours	0,84	0,42 – 1,65	0,09
		≥ 4 jours	1	-	
	Réunion pour discuter des cas difficiles	Oui	2,02	1,11 – 3,68	0,02

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_{95%} : 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
Tableau XXV : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du sein (N=889) en fonction des caractéristiques des MG (N=59) – Modèle logistique mixte* univarié à intercept aléatoire

		Patientes n	% de patientes non à jour	OR	IC _{95%} **	p**
Vague d'inclusion	1	130	10,0	1,00	-	0,17
	2	325	15,4	1,64	0,86 – 3,13	
	3	252	13,5	1,40	0,71 – 2,76	
	4	182	18,7	2,07	1,04 – 4,10	
Canton	Tiers favorisé	264	18,2	1,00	-	0,095
	Tiers moyen	307	11,7	0,60	0,37 – 0,95	
	Tiers défavorisé	318	14,8	0,78	0,50 – 1,21	
Sexe	Féminin	227	15,4	1,00	-	0,74
	Masculin	662	14,5	0,93	0,61 – 1,42-	
Age	< 50 ans	409	16,1	1,00	-	0,28
	≥ 50 ans	480	13,5	0,81	0,56 – 1,18	
Nombre d'années d'exercice	< 20 ans	399	14,5	1,00	-	0,88
	≥ 20 ans	490	14,9	1,03	0,71 – 1,49	
A une activité d'enseignement	Non	701	14,6	1,00	-	0,76
	Oui	188	15,43	1,07	0,68 – 1,68	
Nb de jours de FMC en 2004#	< 4 jours	217	13,8	1,00	-	0,72
	≥ 4 jours	648	14,8	1,08	0,70 – 1,69	
Cabinet	Individuel	458	15,5	1,00	-	0,51
	De groupe	431	13,9	0,88	0,61 – 1,28	
Durée des consultations	< 15 min	137	14,6	1,00	-	0,95
	< 20 min	329	14,3	0,98	0,55 – 1,72	
	≥ 20 min	423	15,1	1,04	0,61 – 1,80	
Nb de consult. par semaine	≤ 80	268	17,9	1,00	-	0,21
	81 à 100	296	13,5	0,72	0,45 – 1,13	
	> 100	325	13,2	0,70	0,45 – 1,09	
Secteur conventionnel	Secteur 1	709	14,1	1,00	-	0,29
	Secteur 2	180	17,2	1,27	0,82 – 1,97	
Part des consultations sur rendez-vous par rapport à l'ensemble de l'activité	> 50%	461	13,4	0,81	0,56 – 1,17	0,26
	≤ 50%	428	16,1	1,00	-	
Dossiers informatisés	Non	268	13,4	1,00	-	0,47
	Oui	621	15,3	1,16	0,77 – 1,76	

* Présentation dans le tableau des paramètres fixes uniquement

** IC_{95%} : intervalle de confiance à 95% ; p : degrés de significativité du test du rapport de vraisemblance

FMC : formation médicale continue, une journée équivaut à 2 soirées

Tableau XXVI : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du sein en fonction des caractéristiques sociodémographiques des patientes (N=889) – Modèle logistique mixte*

univarié à intercept aléatoire

		N (VM*)	n	% de patientes non à jour	OR	IC _{95%} *	P*
Age	50 à 54 ans	889 (0)	249	12,4	1,00	-	0,20
	55 à 59 ans		261	17,2	1,47	0,89 – 2,40	
	60 à 64 ans		194	11,9	0,95	0,53 – 1,68	
	64 à 69 ans		185	17,3	1,47	0,86 – 2,51	
Naissance en France	Non	888 (1)	193	14,5	1,00	-	0,91
	Oui		695	14,8	1,03	0,65 – 1,61	
Vit en couple	Non	888 (1)	348	17,2	1,00	-	0,08
	Oui		540	13,0	0,71	0,49 – 1,04	
A eu au moins un enfant	Non	889 (0)	132	13,6	1,00	-	0,70
	Oui		757	14,9	1,11	0,65 – 1,90	
Département de résidence	75	889 (0)	234	16,7	1,00	-	0,036
	92		123	18,7	1,15	0,65 – 2,03	
	93		242	9,5	0,52	0,30 – 0,91	
	94		248	14,5	0,84	0,52 – 1,39	
	Autre		42	23,8	1,56	0,71 – 3,44	
Quartier de résidence considéré comme une cité	Non	882 (7)	676	13,8	1,00	-	0,22
	Oui		209	17,2	1,30	0,85 – 1,98	
Quartier de résidence dégradé	Non	882 (7)	791	14,7	1,00	-	0,92
	Oui		91	14,3	0,97	0,52 – 1,80	
Sensation de sécurité dans son quartier	Non	888 (1)	51	21,6	1,00	-	0,15
	Oui		837	14,2	0,60	0,30 – 1,21	
Commerces de proximité	Non	887 (2)	102	8,8	1,00	-	0,08
	Oui		785	15,4	1,88	0,92 – 3,83	
Propriétaire	Non	881 (8)	373	17,7	1,00	-	0,029
	Oui		508	12,4	0,66	0,45 – 0,96	
Logement inconfortable	Non	888 (1)	764	14,0	1,00	-	0,19
	Oui		124	18,5	1,40	0,85 – 2,30	

Foyer paye l'impôt sur le revenu	Non	880 (9)	189	12,7	1,00	-	0,44
	Oui		691	14,9	1,20	0,75 – 1,94	
Tranche des revenus mensuels du foyer	Tiers inférieur	810 (79)	240	17,1	1,00	-	0,45
	Tiers moyen		267	13,9	0,78	0,48 – 1,27	
	Tiers supérieur		303	13,5	0,76	0,47 – 1,22	
Perception de la situation financière de son foyer	« n'y arrive pas »	883 (6)	60	23,3	1,00	-	0,012
	« c'est juste, il faut faire attention » ou « ça va »		749	14,6	0,56	0,30 – 1,05	
	« très à l'aise »		74	5,4	0,19	0,06 – 0,61	
Diplôme le plus élevé	≤ baccalauréat	882 (7)	631	15,7	1,00	-	0,16
	> baccalauréat		251	12,0	0,73	0,47 – 1,13	
Situation professionnelle	En activité	881 (8)	396	15,9	1,00	-	0,37
	Chômage		49	14,3	0,88	0,38 – 2,05	
	Retraitée		344	14,8	0,92	0,62 – 1,37	
	Autre inactive		92	8,7	0,50	0,23 – 1,09	
CSP*	Cadres, professions intellectuelles supérieures et chefs d'entreprise	885 (4)	154	13,0	1,00	-	0,77
	Professions intermédiaires		236	13,6	1,05	0,58 – 1,91	
	Employés de bureau, artisans et commerçants		311	16,1	1,28	0,73 – 2,24	
	Employés de commerce, personnels de services et ouvriers		184	15,2	1,20	0,65 – 2,23	
Bénéficiaire du RMI dans le foyer	Non	880 (9)	189	17,2	1,00	-	0,44
	Oui		691	14,9	1,20	0,75 – 1,94	
CMU*	Non	874 (15)	835	14,4	1,00	-	0,86
	Oui		39	15,4	1,08	0,44 – 2,64	
Mutuelle	Non	884 (5)	71	12,7	1,00	-	0,63
	Oui		813	14,8	1,19	0,58 – 2,46	
Membre d'une association	Non	881 (8)	547	15,5	1,00	-	0,34
	Oui		334	13,2	0,82	0,56 – 1,22	
Réseau social	Mauvais	872 (17)	172	16,9	1,00	-	0,03
	Moyen		357	17,4	1,04	0,64 – 1,68	
	Bon		343	10,8	0,60	0,35 – 1,01	

* mixte : présentation dans le tableau des paramètres fixes uniquement ; VM : valeur manquante ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95% ; p degrés de significativité du test du rapport de vraisemblance ; CMU : couverture médicale universelle ; CSP : catégorie socioprofessionnelle

Tableau XXVII : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du sein en fonction des caractéristiques de santé non gynécologiques des patientes (N=889) – Modèle logistique mixte univarié à intercept aléatoire

		N (VM [*])	n	% de patientes non à jour	OR	IC _{95%} [*]	p [*]
Pratique sportive régulière (pat [#])	Non	880 (9)	576	16,8	1,00	-	0,013
	Oui		304	10,5	0,58	0,38 – 0,89	
Nombre de pathologies suivies dans les 3 dernières années (med [#])	< 3	889 (0)	624	13,9	1,00	-	0,09
	≥ 3		166	19,9	1,53	0,98 – 2,39	
	VM [*]		99	11,1	0,77	0,40 – 1,50	
Prise en charge à 100% pour une affection de longue durée (med [#])	Non	883 (6)	652	14,3	1,00	-	0,63
	Oui		231	15,6	1,11	0,73 – 1,69	
Médecin participant est le MG habituel de la patiente (pat [#])	Non	877 (12)	31	22,6	1,00	-	0,22
	Oui		846	14,5	0,58	0,25 – 1,38	
Nombre d'actes avec le médecin participant dans l'année écoulée (med [#])	< 3	889 (0)	211	15,2	1,00	-	0,84
	≥ 3		678	14,6	0,96	0,62 – 1,47	
Nombre de consultations chez un spécialiste dans l'année écoulée (pat [#])	< 3	880 (9)	500	17,4	1,00	-	0,009
	≥ 3		380	11,1	0,59	0,40 – 0,88	
Patiente vue le plus souvent en (med [#])	Consultation	889 (0)	755	15,2	1,00	-	0,28
	Visite		32	18,8	1,28	0,52 – 3,19	
	VM [*]		102	9,8	0,60	0,31 – 1,20	
Suivi médical lourd (med [#])	Non	889 (0)	534	12,7	1,00	-	0,04
	Oui		355	17,7	1,48	1,02 – 2,15	

* mixte : présentation dans le tableau des paramètres fixes uniquement ; VM : valeur manquante ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95% ; p degrés de significativité du test du rapport de vraisemblance

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

Tableau XXVIII : Statut non à jour vis-à-vis du dépistage du cancer du sein en fonction des caractéristiques de santé gynécologiques des patientes (N=889) – Modèle mixte* univarié à intercept aléatoire

		N (VM*)	n	% de patientes non à jour	OR	IC _{95%} *	p*
Consultation d'un gynécologue dans les 3 dernières années (pat [#])	Non	886 (3)	174	28,2	1,00	-	<10 ⁻⁴
	Oui		712	11,2	0,32	0,22 – 0,48	
Patiente se fait suivre régulièrement au niveau gynécologique (pat [#])	Non	886 (3)	191	29,3	1,00	-	<10 ⁻⁴
	Oui		695	10,5	0,28	0,19 – 0,42	
Médecin responsable du suivi gynécologique (pat [#])	Un spécialiste	889 (0)	621	10,0	1,00	-	<10 ⁻⁴
	Le médecin participant seul		71	12,5	1,29	0,61 – 2,72	
	Aucun		196	30,6	3,98	2,66 – 5,94	
Prescripteur de la dernière mammographie (pat [#])	Un médecin généraliste	878 (11)	161	16,8	1,00	-	0,01
	Un spécialiste		515	16,1	0,95	0,59 – 1,53	
	Le département		202	7,9	0,43	0,22 – 0,82	
Prise d'un THM* (pat [#] ou med [#])	Non	888 (1)	646	15,5	1,00	-	0,32
	Oui		242	12,8	0,80	0,52 – 1,24	
Antécédent d'hystérectomie avec col restant (pat [#] ou med [#])	Non	889 (0)	723	15,6	1,00	-	0,12
	Oui		166	10,8	0,66	0,39 – 1,11	

* mixte : présentation dans le tableau des paramètres fixes uniquement ; VM : valeur manquante ; IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95% ; p degrés de significativité du test du rapport de vraisemblance ; THM : traitement hormonal de la ménopause

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

Tableau XXIX : 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* multi-varié à intercept aléatoire**

			OR	IC _{95%} [#]	p [#]
NI VE	Age	50 à 54 ans	1	-	0,47
		55 à 59 ans	1,34	0,75 – 2,39	
PA		60 à 64 ans	0,91	0,47 – 1,76	
TIE NT		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	-	0,03
	Oui		3,06	1,39 – 6,74	
Commerces de proximité	Oui		1	-	0,07
	Non		0,47	0,21 – 1,08	
Suivi lourd	Oui		1,54	0,98 – 2,41	0,05
	Non		1	-	
Nombre de consultations chez un spécialiste dans l'année écoulée (pat [#])	< 3		1	-	0,02
	≥ 3		0,59	0,38 – 0,94	

Consultation d'un gynécologue dans les 3 dernières années (pat ^{&})		Oui	1	-	0,009
		Non	2,35	1,20 – 4,61	
Médecin responsable du suivi gynécologique (pat ^{&})		Un spécialiste	1	-	<10⁻⁴
		Le MG consulté	2,39	0,85 – 6,69	
		Aucun	4,53	2,36 – 8,72	
Prescripteur de la dernière mammographie (pat ^{&})		Un spécialiste	1	-	<10⁻⁴
		Un généraliste	0,33	0,17 – 0,65	
		Le département	0,19	0,09 – 0,40	
Antécédent d'hystérectomie col restant (pat ^{&} ou med ^{&})		Non	1	-	0,02
		Oui	0,51	0,28 – 0,94	
NI					
VE	Vague	1	0,45	0,20 – 0,99	0,13
AU		2	1	-	
ME		3	0,60	0,32 – 1,12	
DE		4	0,96	0,53 – 1,75	
CI					
Canton		Tiers favorisé	0,73	0,38 – 1,39	0,05
		Tiers moyen	0,46	0,25 – 0,87	
		Tiers défavorisé	1	-	
Département du cabinet		75	1	-	0,12
		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_{95%} : 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

7.4 Hommes de 35 à 64 ans (tabac, alcool)

Tableau XXX a : Consommation de tabac et caractéristiques des patients

Variable	n	Fumeur (%)	p	n	Parmi les fumeurs, >= 20 cig/j (%)	p
Age						
35-44	355	43,1		127	39,4	
45-54	366	39,6	<0,001	124	53,2	0,06
55-64	374	21,7		59	52,5	
Né en						
France	837	34,5		239	48,1	
Hors France	256	34,4	0,96	70	45,7	0,72
Couple						
Marié en couple	631	27,9		141	46,1	
Couple non marié	166	44	<0,0001	62	46,8	0,82
Pas en couple	290	44,1		106	50	
Avoir enfants						
Oui	819	31,8		210	50,9	
Non	273	42,5	<0,001	99	40,4	0,08
Propriétaire						
Oui	526	28,1		116	46,5	
Non	554	40,8	<0,0001	191	48,2	0,78
Perception quartier						
Négative	275	33,1		82	47,6	
Positive	795	34,5	0,68	218	46,3	0,85
Qualité logement						
Mauvaise	141	35,5		39	59	
Correcte	946	34,4	0,79	268	45,5	0,12
Revenus						
< 1000 euros	75	64		43	53,5	
1000-1500	10	32,4		29	51,7	
1500-2500	301	35,6		92	51,1	
2500-3500	226	29,6	<0,0001	57	45,6	0,41
3500-4500	140	37,9		40	47,5	
> 4500 euros	192	24,5		30	30	
Paye l'impôt sur le revenu						
Oui	877	31,7		222	43,7	
Non	204	45,6	<0,0002	82	57,3	0,03
Difficultés financières						
Très à l'aise	99	27,3		19	52,6	
ça va	484	30		109	42,2	
Faire attention	417	36,9	<0,0001	135	50,4	0,56
Ne pas y arriver	81	55,6		41	51,2	
A un emploi actuellement						
Oui	801	34,8		225	44,4	
Non	288	33,3	0,64	83	55,4	0,09
Chômage au cours des cinq dernières années						
Oui	242	45,9		96	57,3	
Non	830	31,2	<0,001	209	43,5	0,02
Travail						
temps plein	733	34,8		205	46,3	
temps partiel	49	28,6	0,37	11	18,2	0,07
Diplôme						
aucun ou CEP	208	37		64	54,7	
CAP, Bac Pro	321	33,6		96	47,9	

Bac, BTS, DUT	185	39,5	0,3	63	49,2	0,34
Diplôme supérieur	365	32		85	40	
Couverture sociale						
CMU, pas de sécu	74	48,7		34	67,7	
Sécu, pas de mut.	85	44,7	0,002	31	48,4	0,04
Sécu et mut.	918	32,3		239	44,8	
Adhérent asso						
Oui	485	30,1		118	39,8	
Non	601	37,9	0,007	189	52,4	0,03
Sport						
Oui	488	27,2		92	38,1	
Non	638	39,5	<0,001	215	51,6	0,03
Loisir						
Oui	547	33,8		155	47,1	
Non	534	35,2	0,63	152	48,8	0,87
Entourage social						
Aucun	107	42,1		40	60	
Faible	279	34,8	0,21	79	50,6	0,14
Bon	691	33,3		188	43,6	
Satisfaction relations entourage						
satisfait	1025	34,5		292	46,9	
non satisfait	55	29,1	0,41	13	53,9	0,62
Echanges avec l'entourage						
A donné +	281	37,4		85	58,9	
A donné =	710	32,3	0,07	191	42,4	0,03
A donné -	58	44,8		20	55	
Nationalité						
Française	952	34,4		267	47,2	0,73
Etrangère	141	34,8	0,94	42	50	
Prise en charge à 100%						
Oui	360	38,1		117	50,4	
Non	721	32,7	0,08	190	45,8	0,42
Nombre d'heures supplémentaires						
<=40H	500	34,6		143	45,5	
>40 H	259	33,6	0,78	67	46,3	0,91
Catégorie socio-professionnelle						
Cadres	336	26,5		63	36,5	
Professions intermed.	203	43,3		73	43,8	
Employés, artisans	135	33,3	0,0005	39	51,3	0,14
Ouvriers	413	37,0		133	53,4	
Niveau d'études						
non scolarisé	134	32,8		36	58,3	
5ème	299	37,1		98	50	
terminales	183	37,1	0,55	58	46,5	0,31
études supérieures	447	32,9		111	41,4	

Tableau XXX b : Consommation de tabac (des patients) et caractéristiques des médecin

Variable	n	Fumeur (%)	p
Age du médecin			
<=50 ans	628	34.5	
>50 ans	467	34.7	0.85
Sexe			
Homme	856	34.4	
Femme	239	35.1	0.95
Activité de formateur			
Oui	221	29	0.08
Non	851	36.3	
Participation à des journées FMC			
<4	238	43.3	
>=4	819	32.8	0.01
Durée des consultations (minutes)			
0-14	155	32.3	
15-19	418	37.1	0.93
>=20	522	33.3	
Formation FMC au tabac			
Oui	257	37	
Non	838	33.9	0.42
Milieu d'exercice			
Urbain	1073	34.7	
Rural	22	31.8	0.82
Activité cabinet de groupe			
Oui	600	37.3	
Non	495	31.3	0.08
Secteur			
1	873	34.9	
2	222	33.3	0.82
Type de consultation			
<=50% sur RV	520	33.4	
>50% sur RV	575	35.6	0.14
Activité régulière autre que le cabinet			
Oui	358	35.5	
Non	737	34.2	0.8
Support de prévention			
Oui	792	34.3	
Non	226	36.7	0.53
Application de règles systématiques contre le tabac			
Oui	564	33.3	
Non	501	36.9	0.28
Dossier de prévention			
Oui	173	34.7	
Non	922	34.6	0.94

Satisfaction globale du travail			
Plutôt insatisfait	88	32.9	
Ni satisfait ni insatisfait	132	41.7	
Plutôt satisfait	828	33.3	0.5
Très satisfait	47	40.4	
Présence dans l'entourage de quelqu'un avec un problème de tabac			
Oui	463	35.6	
Non	632	33.9	0.62
Statut tabagique du médecin			
Non fumeur	321	33.3	
Ancien fumeur	451	35.0	>0.8
Fumeur actuel	222	34.2	
Sentiment d'efficacité par rapport au tabac			
Pas du tout efficace	54	38.9	
Peu efficace	471	33.3	
Assez efficace	470	36.2	>0.5
Très efficace	100	31	
Abonnement revues			
Oui	373	35.7	
Non	706	34	0.69
Application de règles systématiques par rapport à l'alcool			
Oui	328	35.4	
Non	737	34.9	0.78
Dossiers informatisés			
Oui	774	33.3	
Non	321	37.7	0.26
Quelqu'un de l'entourage a un problème avec l'alcool			
Oui	265	37.7	
Non	807	33.8	0.44
Essai de diminution de la consommation d'alcool durant l'année écoulée			
Oui	124	29.0	
Non	855	35.8	0.25
Sentiment d'efficacité par rapport à la prise en charge des problèmes d'alcoolisme			
Pas du tout efficace	142	30.3	
Peu efficace	809	33.9	>0.20
Assez efficace	144	43.1	
Mode d'exercice			
< 20 ans	672	34.5	
>=20 ans	423	34.7	0.82

Tableau XXX c : Consommation de tabac >20 cigarettes par jour (parmi les fumeurs) et caractéristiques des médecins

Variable	n	% cas où consommation tabac > 20cig/j	p
Age du médecin			
<=50 ans	183	47	
>50 ans	127	48	0.87
Sexe			
Homme	240	45.4	
Femme	70	54.3	0.4
Activité de formateur			
Oui	51	49	
Non	253	47	0.80
Participation à des journées FMC			
<4	76	52.6	
>=4	228	45.6	0.36
Durée des consultations (minutes)			
0-14	42	38.1	
15-19	125	50.4	0.5
>=20	143	47.5	
Formation FMC au tabac			
Oui	74	56.8	
Non	236	44.5	0.08
Milieu d'exercice			
Urbain	303	47.8	
Rural	7	28.6	0.94
Activité cabinet de groupe			
Oui	183	50.3	
Non	127	43.3	0.24
Secteur			
1	249	48.6	
2	61	42.6	0.41
Type de consultation			
<=50% sur RV	142	49.3	
>50% sur RV	168	45.8	0.55
Activité régulière autre que le cabinet			
Oui	100	54	
Non	210	44.3	0.12
Support de prévention			
Oui	217	44.2	
Non	70	54.3	0.16
Application de règles systématiques contre le tabac			
Oui	155	40	
Non	151	54.3	0.0004
Dossier de prévention			
Oui	47	55.3	
Non	263	46	0.25

Satisfaction globale du travail			
Plutôt insatisfait	25	52	
Ni satisfait ni insatisfait	45	57.8	
Plutôt satisfait	228	44.3	>0.5
Très satisfait	12	58.3	
Présence dans l'entourage de quelqu'un avec un problème de tabac			
Oui	134	49.2	
Non	176	46	0.58
Statut tabagique du médecin			
Non fumeur	91	49.4	
Ancien fumeur	130	47.7	>0.5
Fumeur actuel	63	42.9	
Sentiment d'efficacité par rapport au tabac			
Pas du tout efficace	20	45	
Peu efficace	125	45.6	
Assez efficace	139	46	0.10
Très efficace	26	65.4	
Abonnement revues			
Oui	204	49	
Non	100	43	0.47
Application de règles systématiques par rapport à l'alcool			
Oui	95	43.2	
Non	211	48.8	0.18
Dossiers informatisés			
Oui	211	41.7	
Non	99	59.6	0.0002
Quelqu'un de l'entourage a un problème avec l'alcool			
Oui	86	54.6	
Non	226	44.5	0.14
Essai de diminution de la consommation d'alcool durant l'année écoulée			
Oui	30	60	
Non	252	45.6	0.16
Sentiment d'efficacité par rapport à la prise en charge des problèmes d'alcoolisme			
Pas du tout efficace	35	42.9	
Peu efficace	221	45.7	>0.3
Assez efficace	54	57.4	
Mode d'exercice			
< 20 ans	194	47.9	
>=20 ans	116	46.5	0.81

Tableau XXXI : Analyse multi-variée de la relation tabac et facteurs socio-économiques du patient (n=999)

Variab les	Odd Ratio ajusté	IC 95%	p		
Age					
35-44	2,74	1,89 - 3,98			
45-54	2,29	1,60 - 3,28	<0,001		
55-64	1				
Couple					
Marié en couple	1				
Couple non marié	1,56	1,05 - 2,32	0,02		
Pas en couple	1,49	0,48 - 1,33			
Revenus					
< 1000 euros	2,64	1,41 - 4,94			
1000-1500	0,8	0,48 - 1,33			
1500-2500	1				
2500-3500	0,79	0,53 - 1,19			
3500-4500	1,31	0,82 - 2,08	<0,003		
> 4500 euros	0,81	0,52 - 1,27			
Sport					
Oui	1				
Non	1,86	1,39 - 2,43	< 0,001		
<i>Autres variables rentrées dans le modèle :</i>					
<i>couverture sociale, être propriétaire, avoir eu une période d'inactivité au cours des cinq dernières années</i>					

Tableau XXXII : Analyse multi-variée de la la relation consommation de tabac >= 20cig/j et facteurs socio-économiques (n=280)

Variab les	Odd Ratio ajusté	IC 95%	p		
Avoir des enfants					
Oui	1				
Non	0,59	0,35 - 0,98	0,04		
Association					
Oui	1				
Non	1,93	1,17 - 3,21	0,01		
Echanges avec l'entourage					

A donné +	1				
A donné =	0,5	0,29 - 0,86	0,03		
A donné -	0,92	0,33 - 2,59			
Autres variables rentrées dans le modèle : emploi, couverture sociale, âge, payer l'impôt,					
faire du sport, avoir eu une période d'inactivité au cours des cinq dernières années					

Tableau XXXIII a : Consommation d'alcool à risque et caractéristiques du patient

Variable	n	Consommation à risque (Score Audit >=7) (%)	p	n	Parmi les consommateurs à risque, dépendance (score AUDIT >12) (%)	p
Age						
35-44	348	19,8		69	40,6	
45-54	366	24,3	0,015	89	31,5	0,36
55-64	367	29,2		207	30,8	
Né en						
France	827	25,3		209	34,9	
Hors France	253	22,1	0,31	56	28,6	0,37
Couple						
Marié en couple	626	23,5		147	24,5	
Couple non marié	163	26,4	0,58	43	46,5	0,002
Pas en couple	286	26,2		75	44	
Avoir enfants						
Oui	810	24,7		200	30,5	
Non	269	24,2	0,86	65	43,1	0,06
Propriétaire						
Oui	522	23,9		125	27,2	
Non	546	25,1	0,66	137	40,2	0,03
Perception quartier						
Négative	271	26,6		72	43,1	
Positive	787	24	0,4	189	30,2	0,05
Qualité logement						
Mauvaise	140	30		42	30,3	
Correcte	935	23,6	0,1	221	50	0,01
Revenus						
< 1000 euros	73	34,3		25	60	
1000-1500	102	17,7		18	44,4	
1500-2500	298	25,5		76	34,2	
2500-3500	224	21,4	0,1	48	22,9	0,012
3500-4500	140	22,1		31	45,2	
> 4500 euros	190	27,9		53	24,5	
Paye l'impôt sur le revenu						
Oui	869	24,7		215	30,2	
Non	199	24,1	0,85	48	45,8	0,04
Difficultés financières						
Très à l'aise	97	27,8		27	29,6	
ça va	482	23		111	30,6	
Faire attention	411	23,4	0,03	96	32,3	0,23
Ne pas y arriver	80	37,5		30	50	
A un emploi actuellement						
Oui	795	22,9		182	31,3	
Non	282	29,1	0,04	82	37,8	0,3

Chômage au cours des cinq dernières années						
Oui	239	34,7		83	38,6	
Non	822	21,1	<0,0001	173	29,5	0,15
Travail						
temps plein	729	22,6		165	30,9	
temps partiel	49	26,5	0,53	13	46,2	0,25
Diplôme						
aucun ou CEP	203	23,1		47	31,9	
CAP, Bac Pro	319	20,7		66	37,9	
Bac, BTS, DUT	184	30,4	0,1	56	33,9	0,86
Diplôme supérieur	361	24,4		88	31,8	
Couverture sociale						
CMU, pas de sécu	70	32,9		23	47,8	
Sécu, pas de mut.	85	27,1		23	52,2	0,03
Sécu et mut.	910	23,8	0,21	217	29,9	
Adhérent asso						
Oui	480	26,4		127	33,9	
Non	595	23	0,19	137	32,8	0,86
Sport						
Oui	443	23,3		103	35,9	
Non	632	25,3	0,44	160	31,9	0,5
Loisir						
Oui	543	25,8		140	32,1	
Non	527	23,3	0,35	123	35	0,63
Entourage social						
Aucun	105	24,8		26	46,1	
Faible	277	24,9	0,99	69	29	0,28
Bon	684	24,7		169	33,1	
Satisfaction relations entourage						
satisfait	1014	24,4		247	32,4	
non satisfait	55	27,3	0,62	15	46,7	0,25
Echanges avec l'entourage						
A donné +	277	25,6		71	36,6	
A donné =	705	23,4	0,15	165	28,5	0,04
A donné -	58	34,5		20	55	
Nationalité						
Française	941	24,1		227	34,8	
Etrangère	139	27,3	0,41	38	26,3	0,3
Prise en charge à 100%						
Oui	353	24,9		88	39,7	
Non	717	24,6	0,89	176	30,1	0,12
Catégorie socio-professionnelle						
Cadres	330	27,0		89	30,3	
Professions intermed.	202	23,8		48	35,4	
Employés, artisans	134	25,4	0,56	34	38,2	0,84
Ouvriers	408	22,5		92	32,6	
Nombre d'heures supplémentaires						

<=40 H	497	22,1		110	31,8	
>40 H	258	24,4	0,48	63	31,8	0,99

Tableau XXXIII b : Consommation d'alcool à risque (du patient) et caractéristiques du médecin

Variable	n	% cas où score AUDIT >7	p
Age du médecin			
<=50 ans	620	22.7	
>50 ans	461	26.9	0.14
Sexe			
Homme	845	23.3	
Femme	236	28.8	0.16
Activité de formateur			
Oui	220	29.1	
Non	839	23.1	0.13
Participation à des journées FMC			
<4	235	28.1	
>=4	809	23.6	0.21
Durée des consultations (minutes)			
0-14	153	20.3	
15-19	412	22.8	0.06
>=20	516	27.1	
Formation FMC au tabac			
Oui	250	24	
Non	831	24.7	0.8
Milieu d'exercice			
Urbain	1059	24.5	
Rural	22	22.7	0.85
Activité cabinet de groupe			
Oui	591	25.7	
Non	490	23.1	0.31
Secteur			
1	862	23.1	
2	219	30.1	0.05
Type de consultation			
<=50% sur RV	513	22.8	
>50% sur RV	568	26.1	0.23
Activité régulière autre que le cabinet			
Oui	353	30.6	
Non	728	21.6	<0.0001
Support de prévention			
Oui	782	23.4	
Non	224	30.4	0.05
Application de règles systématiques contre le tabac			
Oui	557	21.7	
Non	495	27.5	0.06
Dossier de prévention			
Oui	171	24.6	
Non	910	24.5	0.99

Satisfaction globale du travail			
Plutôt insatisfait	86	25.6	
Ni satisfait ni insatisfait	129	30.2	
Plutôt satisfait	819	23.4	>0.5
Très satisfait	47	25.5	
Présence dans l'entourage de quelqu'un avec un problème de tabac			
Oui	457	25.2	
Non	624	24	0.67
Statut tabagique du médecin			
Non fumeur	317	24	
Ancien fumeur	444	23.2	>0.5
Fumeur actuel	220	26.8	
Sentiment d'efficacité par rapport au tabac			
Pas du tout efficace	53	24.5	
Peu efficace	465	22.4	
Assez efficace	464	23.9	0.10
Très efficace	99	37.4	
Abonnement revues			
Oui	695	27.2	
Non	370	19.2	0.008
Application de règles systématiques par rapport à l'alcool			
Oui	323	27.5	
Non	729	23	0.14
Dossiers informatisés			
Oui	763	22.7	
Non	318	28.9	0.09
Quelqu'un de l'entourage a un problème avec l'alcool			
Oui	261	26	
Non	798	23.8	0.46
Essai de diminution de la consommation d'alcool durant l'année écoulée			
Oui	124	27.4	
Non	844	24.4	0.48
Sentiment d'efficacité par rapport à la prise en charge des problèmes d'alcoolisme			
Pas du tout efficace	141	29.8	
Peu efficace	799	22.6	0.10
Assez efficace	141	29.8	
Mode d'exercice			
< 20 ans	664	23.4	
>=20 ans	417	26.1	0.34

Tableau XXXIII c : Risque de dépendance à l'alcool (parmi les consommateurs à risque) et caractéristiques médecin

Variable	n	% cas où score AUDIT >12	p
Age du médecin			
<=50 ans	141	33.3	
>50 ans	124	33.9	0.36
Sexe			
Homme	197	35	
Femme	68	29.4	0.06
Activité de formateur			
Oui	64	34.5	
Non	194	31.2	0.41
Participation à des journées FMC			
<4	66	34.8	
>=4	191	33	0.61
Durée des consultations (minutes)			
0-14	31	35.5	
15-19	194	34	0.46
>=20	140	32.9	
Formation FMC au tabac			
Oui	60	30	
Non	205	34.6	0.41
Milieu d'exercice			
Urbain	260	33.8	
Rural	5	20	0.84
Activité cabinet de groupe			
Oui	152	30.3	
Non	113	38	0.10
Secteur			
1	199	35.2	
2	66	28.8	0.05
Type de consultation			
<=50% sur RV	117	39.3	
>50% sur RV	148	29	0.08
Activité régulière autre que le cabinet			
Oui	108	34.3	
Non	157	33.1	0.74
Support de prévention			
Oui	183	30.6	
Non	68	41.2	0.17
Application de règles systématiques contre le tabac			
Oui	121	34.7	
Non	136	32.3	0.14
Dossier de prévention			
Oui	42	26.2	
Non	223	35	0.17

Satisfaction globale du travail			
Plutôt insatisfait	22	40.9	
Ni satisfait ni insatisfait	39	43.6	
Plutôt satisfait	192	30.2	>0.5
Très satisfait	12	41.7	
Présence dans l'entourage de quelqu'un avec un problème de tabac			
Oui	115	27	
Non	150	38.7	0.003
Statut tabagique du médecin			
Non fumeur	76	35.5	
Ancien fumeur	103	35	>0.4
Fumeur actuel	59	28.8	
Sentiment d'efficacité par rapport au tabac			
Pas du tout efficace	13	30.8	
Peu efficace	104	32.7	
Assez efficace	111	34.2	>0.5
Très efficace	37	35.1	
Abonnement revues			
Oui	189	34.9	
Non	71	29.6	0.11
Application de règles systématiques par rapport à l'alcool			
Oui	89	34.8	
Non	168	32.7	0.73
Dossiers informatisés			
Oui	173	29.5	
Non	92	41.3	0.08
Quelqu'un de l'entourage a un problème avec l'alcool			
Oui	68	32.3	
Non	190	34.2	0.27
Essai de diminution de la consommation d'alcool durant l'année écoulée			
Oui	34	23.5	
Non	206	35.4	0.21
Sentiment d'efficacité par rapport à la prise en charge des problèmes d'alcoolisme			
Pas du tout efficace	42	33.3	
Peu efficace	181	32.6	>0.5
Assez efficace	42	38.1	
Mode d'exercice			
< 20 ans	156	34	
>=20 ans	109	33	0.61

Tableau XXXIV : Analyse multi-variée de la la relation consommation d'alcool à risque et facteurs socio-économiques du patient (n=1009)

Variables	Odd Ratio ajusté	IC 95%	p
Age			
35-44	0,5	0,33 - 0,76	
45-54	0,67	0,45 - 0,99	0,004
55-64	1		
Avoir eu une période d'inactivité au cours des cinq dernières années			
Oui	2,2	1,52 - 3,18	
Non	1		<0,0001
<i>Autres variables rentrées dans le modèle :</i>			
<i>revenus, difficultés financières, avoir un emploi actuellement</i>			

Tableau XXXV : Analyse multi-variée de la la dépendance à l'alcool et facteurs socio-économiques du patient (n=238)

Variables	Odd Ratio ajusté	IC 95%	p
Couple			
Marié en couple	1		
Couple non marié	2,45	1,15 - 5,25	0,004
Pas en couple	2,64	1,41 - 4,94	
Perception quartier			
Négative	1		
Positive	0,49	0,27 - 0,89	0,02
<i>Autres variables rentrées dans le modèle :revenus, couverture sociale, échanges avec l'entourage, perception logement, avoir des enfants, être propriétaire, avoir eu une période d'inactivité au cours des cinq dernières années</i>			

Tableau XXXVI : Information sur le tabac dans le dossier et caractéristiques du médecin

Variable	n	% de cas où l'indication tabac est notée dans le dossier	P	
Age du médecin				
<=50 ans	626	58,8		
>50 ans	466	54,9	0.55	
Sexe				
Homme	855	56,6		
Femme	237	59,1	0.9	
Activité de formateur				
Oui	850	56,3		
Non	221	61,1	0.88	
Participation aux journées FMC				
<4	238	50		
>=4	816	58,3	0.68	
Durée des consultations (minutes)				
0-14	155	53,5		
15-19	419	49,9	0.19	
>=20	518	64,1		
Formation FMC au tabac				
Oui	255	50,2		
Non	837	59,3	0.16	
Milieu d'exercice				
Urbain	1070	56,5		
Rural	22	86,4	0.31	
Activité cabinet de groupe				
Oui	600	51,2		
Non	492	64,4	0.21	
Secteur				
1	870	56,1		
2	222	61,3	0.70	
Type de consultation				
<=50% sur RV	519	59,7		
>50% sur RV	573	54,8	0.96	
Activité régulière autre que le cabinet				
Oui	356	62,1		
Non	736	54,8	0.61	
Support de prévention				
Oui	226	55,7		

Non	789	58,8	0.80	
Application de règles systématiques contre le tabac				
Oui	563	61,3		
Non	499	51,7	0.07	
Tenue d'un dossier de prévention				
Oui	173	62,4		
Non	919	56,1	0.43	

Satisfaction globale du travail				
Plutôt insatisfait	86	44,2		
Ni satisfait ni insatisfait			131	45
Plutôt satisfait	827	60,6		
Très satisfait	48	54,2	>0.5	
Présence dans l'entourage de quelqu'un avec un problème de tabac				
Oui	462	51,9		
Non	630	60,9	0.52	
Statut tabagique du médecin				
Non fumeur	320	53,4		
Ancien fumeur	450	54,2	>0.5	
Fumeur actuel	222	62,6		
Sentiment d'efficacité par rapport au tabac				
Pas du tout efficace	54	59,3		
Peu efficace	472	59,1	>0.5	
Assez efficace	469	54,4		
Très efficace	97	59,8		
Abonnement à des revues				
Oui	704	55,3		
Non	372	60,5	0.18	
Application de règles systématiques par rapport à l'alcool				
Oui	327	68,8		
Non	735	51,4	0.04	
Dossiers informatisés				
Oui	773	54,7		
Non	319	63	0.48	
Quelqu'un de l'entourage a un problème avec l'alcool				
Oui	265	35,5		
Non	806	64,5	0.01	
Essai de diminution de la consommation d'alcool durant l'année écoulée				
Oui	124	51,6		
Non	854	59,2	0.21	
Sentiment d'efficacité par rapport à la prise en charge des problèmes d'alcoolisme				
Pas du tout efficace	141	66,7		
Peu efficace	809	55,6		
Assez efficace	142	56,3	>0.5	
Mode d'exercice				
< 20 ans	670	57,9		
> = 20 ans	422	55,9	0.9	

Tableau XXXVII : Information sur le tabac dans le dossier et caractéristiques du patient

Variable	n	Information dans le dossier sur le tabagisme %	p
Age			
35-44	352	52,6	
45-54	366	56,8	0,04
55-64	374	61,8	
Né en			
France	834	57,5	
Hors France	256	56,2	0,71
Couple			
Marié en couple	630	56,8	
Couple non marié	164	57,9	0,93
Pas en couple	290	57,9	
Avoir enfants			
Oui	817	56,5	
Non	272	59,6	0,38
Propriétaire			
Oui	552	56,5	
Non	525	58,3	0,55
Perception quartier			
Négative	273	57,9	
Positive	794	54,2	0,28
Qualité logement			
Mauvaise	141	57,5	
Correcte	943	55,3	0,63
Revenus			
< 1000 euros	75	52	
1000-1500	102	54,9	
1500-2500	301	56,1	
2500-3500	224	57,6	0,79
3500-4500	140	60,7	
> 4500 euros	191	59,7	
Paye l'impôt sur le revenu			
Oui	874	57,1	
Non	204	57,4	0,94
Difficultés financières			
Très à l'aise	98	63,3	
ça va	482	56,8	
Faire attention	417	57,6	0,4
Ne pas y arriver	81	50,6	
A un emploi actuellement			
Oui	798	57,3	
Non	288	56,9	0,92
Chômage au cours des cinq dernières années			
Oui	242	55,4	
Non	827	57,7	0,52
Travail			
temps plein	732	56,7	
temps partiel	49	67,3	0,14
Diplôme			

aucun ou CEP	208	51	
CAP, Bac Pro	321	55,8	
Bac, BTS, DUT	184	64,7	0,05
Diplôme supérieur	363	58,4	
Couverture sociale			
CMU, pas de sécu	74	56,8	
Sécu, pas de mut.	85	51,8	0,58
Sécu et mut.	915	57,6	
Adhérent asso			
Oui	483	54,7	
Non	600	59,3	0,12
Sport			
Oui	447	55	
Non	636	58,8	0,22
Loisir			
Oui	545	60,5	
Non	533	54,4	0,04
Entourage social			
Aucun	106	58,5	
Faible	279	57	0,96
Bon	689	57,5	
Satisfaction relations entourage			
satisfait	1022	57,7	
non satisfait	55	50,9	0,32
Echanges avec l'entourage			
A donné +	281	54,8	
A donné =	708	58,6	0,54
A donné -	57	56,1	
Nationalité			
Française	949	57,5	
Etrangère	141	55,3	0,62
Prise en charge à 100%			
Oui	360	60,3	
Non	718	55,4	0,13
Nombre d'heures supplémentaires			
<=40H	500	56,6	
>40 H	258	60,1	0,36
Catégorie socio-professionnelle			
Cadres	334	61,4	
Professions intermed.	203	59,1	
Employés, artisans	135	61,5	0,03
Ouvriers	412	51,5	
Niveau d'études			
non scolarisé	134	49,2	
5ème	298	55,4	0,11
terminales	184	60,9	
études supérieures	444	59,7	

Tableau XXXVIII : Information sur le tabac dans le dossier et caractéristiques des patients et des médecins, étudiées dans un modèle mixte multi-varié

Modèle hiérarchique multi-varié final sur la qualité du dossier sur l'information "tabac"					
Niveau patient		n (%)	OR	IC 95%	p
Durée de prise en charge	0 à 2 ans	249 (24,4)	1		
	3 à 7 ans	294 (28,8)	1,56	0,91 -2,21	
	8 à 14 ans	235 (23,0)	2,05	1,11 - 2,98	0,04
	> 15 ans	244 (23,9)	2,01	1,06 - 2,95	
ALD	non	686 (67,1)	1		
	oui	336 (32,9)	1,34	0,88 - 1,80	0,09
Niveau médecin					
Application de règles systématiques sur l'alcool		non	700 (68,5)	1	
		oui	322 (31,5)	3,04	0,93-5,15
Fait d'avoir dans son entourage quelqu'un qui a un problème d'alcool					
		non	763 (74,7)	1	
		oui	259 (25,3)	0,31	0,07-0,56
Travail en cabinet de groupe					
		non	446 (43,6)	1	
		oui	576 (56,4)	0,51	0,18-0,85
Formation FMC tabac suivie					
		non	809 (79,2)	1	
		oui	213 (20,8)	0,39	0,10-0,68
Variance intermédecin=1.01 , écart type=0.29, p=0.0009					
Modèle ajusté sur l'âge et la catégorie socio-professionnelle du patient					

Tableau XXXIX : Information sur la consommation d'alcool à risque dans le dossier et caractéristiques des médecins

Variable	n	% cas où la consommation d'alcool est notée dans le dossier	p
Age du médecin			
<=50 ans	622	16,6	
>50 ans	463	22	0.5
Sexe			
Homme	848	18,2	
Femme	237	21,5	0.4
Activité de formateur			
Oui	846	17,6	
Non	216	22,7	0.9
Participation aux journées FMC			
<4	237	22,8	
>=4	810	18,5	0.4
Durée des consultations (minutes)			
0-14	153	5,2	
15-19	418	17,7	0.03
>=20	514	23,9	
Formation FMC au tabac			
Oui	252	18,6	
Non	833	19	0.82
Milieu d'exercice			
Urbain	1063	18,1	
Rural	22	59,1	0.16
Activité cabinet de groupe			
Oui	593	18,2	
Non	492	19,7	0.9
Secteur			
1	864	17,8	
2	221	23,1	0.66
Type de consultation			
<=50% sur RV	517	14,5	
>50% sur RV	568	22,9	
Activité régulière autre que le cabinet			
Oui	353	22,4	
Non	732	17,2	0.11
Support de prévention			
Oui	783	21,1	
Non	225	16	0.87
Application de règles systématiques contre le tabac			
Oui	562	16,4	

Non	493	20,5	0.57
-----	-----	------	------

Tenue d'un dossier de prévention			
Oui	171	24,6	
Non	914	17,8	0.38
Satisfaction globale du travail			
Plutôt insatisfait	88	30,7	
Ni satisfait ni insatisfait	131	15,3	
Plutôt satisfait	818	18,1	<0.20
Très satisfait	48	20,8	
Présence dans l'entourage de quelqu'un avec un problème de tabac			
Oui	459	17	
Non	626	20,3	0.82
Statut tabagique du médecin			
Non fumeur	317	16,7	
Ancien fumeur	446	16,4	>0.5
Fumeur actuel	220	20,9	
Sentiment d'efficacité par rapport au tabac			
Pas du tout efficace	53	41,5	
Peu efficace	469	16,2	
Assez efficace	469	18,2	>0.5
Très efficace	95	23,2	
Abonnement à des revues			
Oui	372	14,5	
Non	697	21,5	0.6
Application de règles systématiques par rapport à l'alcool			
Oui	322	23,9	
Non	733	15,8	0.17
Dossiers informatisés			
Oui	766	15,8	
Non	319	26,3	0.03
Quelqu'un de l'entourage a un problème avec l'alcool			
Oui	265	15,5	
Non	797	19,7	0.94
Essai de diminution de la consommation d'alcool durant l'année écoulée			
Oui	120	10	
Non	850	20,7	0.19
Sentiment d'efficacité par rapport à la prise en charge des problèmes d'alcoolisme			
Pas du tout efficace	135	23	
Peu efficace	807	16,5	>0.5
Assez efficace	143	28,7	
Mode d'exercice			
< 20 ans	665	16,1	
>=20 ans	420	23,3	0.3

Tableau XL : Information sur la consommation d'alcool à risque dans le dossier et caractéristiques des patients

Variable	n	Information dans le dossier sur la consommation d'alcool %	p
Age			
35-44	349	13,5	
45-54	365	20	0,004
55-64	371	22,9	
Né en			
France	832	17,9	
Hors France	251	22,3	0,12
Couple			
Marié en couple	623	18,1	
Couple non marié	165	18,8	0,56
Pas en couple	289	21,1	
Avoir enfants			
Oui	812	19,7	
Non	270	16,7	0,27
Propriétaire			
Oui	549	21,1	
Non	521	16,7	0,06
Perception quartier			
Négative	271	19,6	
Positive	790	18,5	0,69
Qualité logement			
Mauvaise	140	22,1	
Correcte	938	18,4	0,3
Revenus			
< 1000 euros	71	33,8	
1000-1500	101	24,7	
1500-2500	300	16	
2500-3500	225	17,3	0,007
3500-4500	140	16,4	
> 4500 euros	190	16,8	
Paye l'impôt sur le revenu			
Oui	870	18,2	
Non	201	22,4	0,17
Difficultés financières			
Très à l'aise	96	14,6	
ça va	481	15,6	
Faire attention	414	21,5	0,005
Ne pas y arriver	80	30	
A un emploi actuellement			
Oui	797	18,3	
Non	282	20,6	0,41
Chômage au cours des cinq dernières années			
Oui	238	21,4	
Non	824	17,9	0,21
Travail			

temps plein	731	17,2	
temps partiel	49	32,7	0,007
Diplôme			
aucun ou CEP	205	16,1	
CAP, Bac Pro	320	17,8	
Bac, BTS, DUT	182	23,6	0,27
Diplôme supérieur	362	18,8	
Couverture sociale			
CMU, pas de sécu	71	26,8	
Sécu, pas de mut.	84	15,5	0,16
Sécu et mut.	912	18,4	
Adhérent asso			
Oui	482	17,2	
Non	594	20,2	0,21
Sport			
Oui	446	17	0,22
Non	630	20	
Loisir			
Oui	544	18,9	
Non	527	18,8	0,95
Entourage social			
Aucun	103	25,2	
Faible	277	20,2	0,17
Bon	687	17,8	
Satisfaction relations entourage			
satisfait	1016	18,1	
non satisfait	54	33,3	0,005
Echanges avec l'entourage			
A donné +	277	22,7	
A donné =	705	16,9	0,09
A donné -	57	21	
Nationalité			
Française	944	18,2	
Etrangère	139	23,7	0,12
Prise en charge à 100%			
Oui	360	19,7	
Non	711	18,3	0,57
Nombre d'heures supplémentaires			
<=40H	499	17,4	
>40 H	258	19	0,6
Catégorie socio-professionnelle			
Cadres	334	18,3	
Professions intermed.	200	17,0	
Employés, artisans	133	24,1	0,42
Ouvriers	410	19,0	
Niveau d'études			
non scolarisé	131	15,3	
5ème	297	17,2	
terminales	182	23,1	0,25
études supérieures	443	20,1	

Tableau XLI : : Information sur la consommation d'alcool à risque dans le dossier et caractéristiques des médecins et des patients, étudiées dans un modèle mixte multi-varié

Modèle hiérarchique multi-varié final sur la qualité du dossier sur l'information "consommation d'alcool"					
Niveau patient		n (%)	OR	IC 95%	p
Revenus					
	< 1000 euros	69 (7,0)	1		
	1000-1500	99 (10,0)	0,61	0,13-1,08	
	1500-2500	291 (29,4)	0,41	0,14-0,67	
	2500-3500	212 (21,4)	0,35	0,10-0,59	<0,01
	3500-4500	133 (13,4)	0,42	0,08-0,76	
	> 4500 euros	186 (18,8)	0,41	0,07-0,76	
Satisfaction des relations avec l'entourage					
	non	49 (5,0)	1		
	oui	941 (95,0)	0,41	0,10-0,72	0,02
Niveau médecin					
Application de règles systématiques sur l'alcool					
	non	685 (69,6)	1		
	oui	301 (30,4)	2,37	0,23-4,52	0,06
Dossiers informatisés					
	non	280 (28,3)	1		
	oui	710 (71,7)	0,25	0,02-0,48	0,004
Variance intermédecin=1.77 , écart type=0.51, p=0.001					
Modèle ajusté sur l'âge, le fait d'avoir une maladie de longue durée, la durée de prise en charge et la catégorie socio-professionnelle du patient					

Tableau XLII : Détection du tabagisme et caractéristiques des médecins

Variable	n	% cas où le médecin détecte bien le tabac	p
Age du médecin			
<=50 ans	216	55.1	0.82
>50 ans	161	55.3	
Sexe			
Homme	294	57.1	0.16
Femme	83	48.2	
Activité de formateur			
Oui	308	54.5	0.39
Non	64	61.0	
Participation à des journées FMC			
<4	103	52.4	0.41
>=4	267	56.5	
Durée des consultations (minutes)			
0-14	50	58	0.72
15-19	155	56.1	
>=20	172	53.5	
Formation FMC au tabac			
Oui	94	51.1	0.48
Non	283	56.5	
Milieu d'exercice			
Urbain	370	54.6	0.17
Rural	7	85.7	
Activité cabinet de groupe			
Oui	224	57.1	0.32
Non	153	52.3	
Secteur			
1	303	54.8	0.73
2	74	56.8	
Type de consultation			
<=50% sur RV	174	54.6	0.76
>50% sur RV	203	55.7	
Activité régulière autre que le cabinet			
Oui	126	51.6	0.42
Non	251	57.0	
Support de prévention			
Oui	271	54.6	0.46
Non	82	57.3	
Application de règles systématiques contre le tabac			
Oui	187	56.7	0.45
Non	184	53.3	
Dossier de prévention			
Oui	60	63.3	0.28
Non	317	53.6	

Satisfaction globale du travail			
Plutôt insatisfait	28	71.4	
Ni satisfait ni insatisfait	55	50.9	
Plutôt satisfait	275	54.5	0.20
Très satisfait	19	52.6	
Présence dans l'entourage de quelqu'un avec un problème de tabac			
Oui	164	53.7	
Non	213	56.3	0.72
Statut tabagique du médecin			
Non fumeur	106	50.9	
Ancien fumeur	158	61.4	0.2
Fumeur actuel	76	50.0	
Sentiment d'efficacité par rapport au tabac			
Pas du tout efficace	21	47.6	
Peu efficace	157	59.9	
Assez efficace	170	53.5	>0.5
Très efficace	29	44.8	
Abonnement revues			
Oui	238	58.0	
Non	133	50.4	0.34
Application de règles systématiques par rapport à l'alcool			
Oui	115	55.6	
Non	256	54.7	0.90
Dossiers informatisés			
Oui	258	54.6	
Non	119	56.3	0.94
Quelqu'un de l'entourage a un problème avec l'alcool			
Oui	100	56.0	
Non	272	55.5	0.78
Essai de diminution de la consommation d'alcool durant l'année écoulée			
Oui	36	55.6	
Non	305	55.4	0.84
Sentiment d'efficacité par rapport à la prise en charge des problèmes d'alcoolisme			
Pas du tout efficace	42	64.3	
Peu efficace	274	55.1	0.2
Assez efficace	61	49.2	
Mode d'exercice			
< 20 ans	231	58	
>=20 ans	146	50.7	0.12

Tableau XLIII : Détection du tabagisme et caractéristiques des patients

Variable	n	Détection du tabagisme %	p
Age			
35-44	151	46.3	
45-54	145	60	0.02
55-64	81	63.0	
Né en			
France	287	55.7	
Hors France	88	53.4	0.7
Couple			
Marié en couple	176	54.0	
Couple non marié	71	50.7	0.45
Pas en couple	128	59.4	
Avoir enfants			
Oui	258	56.2	
Non	116	53.4	0.62
Propriétaire			
Oui	147	56.5	
Non	225	54.2	0.67
Perception quartier			
Négative	90	57.8	
Positive	273	53.5	0.48
Qualité logement			
Mauvaise	50	62	
Correcte	323	53.9	0.28
Revenus			
< 1000 euros	48	83.3	
1000-1500	33	51.5	
1500-2500	107	55.1	
2500-3500	65	49.2	0.001
3500-4500	53	47.2	
> 4500 euros	47	44.7	
Payer l'impôt sur le revenu			
Oui	276	52.9	
Non	93	61.3	0.16
Difficultés financières			
Très à l'aise	27	44.4	
ça va	144	48.6	
Faire attention	153	56.2	0.01
Ne pas y arriver	45	75.6	
Avoir un emploi actuellement			
Oui	277	49.5	
Non	96	70.8	0.0003
Prise en charge à 100%			
Oui	137	64.2	
Non	234	49.6	0.006
Diplôme			
aucun ou CEP	77	72.7	
CAP, Bac Pro	107	54.2	
Bac, BTS, DUT	73	58.9	0.0003
Diplôme supérieur	116	41.4	
Couverture sociale			
CMU, pas de sécu	36	75.0	

Sécu, pas de mut.	38	55.3	0.05
Sécu et mut.	295	53.2	
Travail			
Pas de travail actuellement	96	70.8	
Travail mi temps	14	35.7	0.001
Travail temps plein	255	50.6	
Adhérent asso			
Oui	144	47.2	
Non	228	59.6	0.02
Sport			
Oui	122	44.3	
Non	250	60.0	0.004
Loisir			
Oui	183	50.3	
Non	188	59.6	0.07
Entourage social			
Aucun	44	75	
Faible	96	59.4	0.005
Bon	230	49.6	
Satisfaction des relations avec l'entourage			
satisfait	16	68.7	
non satisfait	352	54.5	0.27
Echanges avec l'entourage			
A donné +	105	59	
A donné =	228	53.5	0.64
A donné -	25	56	
Nationalité			
Française	326	54.9	
Etrangère	49	57.1	0.77
Avoir été inactif au cours des cinq dernières années			
Oui	111	57.7	
Non	257	54.1	0.53
Heures de travail hebdomadaire			
<=40H	173	46.8	
>40 H	87	58.6	0.07
Catégorie socio-professionnelle			
Cadres	88	46,6	
Professions intermed.	88	53,4	
Employés, artisans	45	68,9	0,09
Ouvriers	152	57,2	
Niveau d'études			
non scolarisé	44	68.2	
5ème	110	62.7	
terminales	68	54.4	0.01
études supérieures	146	45.9	

Tableau XLIV : Détection du tabagisme et caractéristiques des médecins et des patients, étudiées dans un modèle mixte multi-varié

Modèle hiérarchique multi-varié final sur la détection du statut tabagique					
Niveau patient		n (%)	OR	IC 95%	p
Revenus					
	< 1000 euros	41 (13,2)	1		
	1000-1500	28 (9,0)	0,28	0,01-0,58	
	1500-2500	92 (29,7)	0,4	0,07-0,72	
	2500-3500	60 (19,3)	0,29	0,01-0,56	0,05
	3500-4500	49 (15,8)	0,29	0,003-0,59	
	> 4500 euros	40 (12,9)	0,31	0,03-0,66	
Travail					
	aucun	83 (26,8)	1		
	temps partiel	10 (3,2)	0,25	0,10-0,61	
	temps plein	217 (70)	0,98	0,31-1,64	<0,10
Diplôme					
	aucun ou CEP	70 (22,6)	1		
	CAP, Bac Pro	87 (28,1)	0,46	0,12-0,81	
	Bac, BTS, DUT	59 (19,0)	0,76	0,11-1,4	<0,10
	Diplôme supérieur	94 (30,3)	0,32	0,04-0,61	
Sport					
	Non	212 (68,4)	1		
	Oui	98 (31,6)	0,57	0,28-0,87	0,04
Niveau médecin					
Satisfaction globale du médecin					
	Plutôt insatisfait	21 (6,8)	1		
	Ni satisfait ni insatisfait	50 (16,1)	0,26	0,07-0,58	
	Plutôt satisfait	230 (74,2)	0,55	0,04-1,16	<0,10
	Très satisfait	9 (2,9)	1,32	0,74-3,38	
Statut fumeur du médecin					
	non fumeur	99 (31,9)	1		
	ancien fumeur	142 (45,8)	3,14	1,03-5,26	
	fumeur	69 (22,3)	1,19	0,35-2,03	<0,10
Exercice depuis plus de 20 ans					
	non	202 (65,2)	1		
	oui	108 (34,8)	0,41	0,16-0,65	0,004
Variance intermédecin non significative, variance=0.04 , écart type=0,15, p=0,77					
Modèle ajusté sur l'âge, le fait d'avoir une maladie de longue durée, la durée de prise en charge et la catégorie socio-professionnelle du patient					

Tableau XLV : Détection de la consommation d'alcool à risque et caractéristiques des médecins

Variable	n	% cas où le médecin détecte bien l'alcoolisme	p
Age du médecin			
<=50 ans	140	34.3	
>50 ans	124	46	0.12
Sexe			
Homme	196	40.3	
Femme	68	38.2	0.57
Activité de formateur			
Oui	64	36.8	
Non	193	43.7	0.37
Participation à des journées FMC			
<4	66	48.5	
>=4	190	37.4	0.18
Durée des consultations (minutes)			
0-14	31	38.7	
15-19	94	37.2	0.92
>=20	139	41.7	
Formation FMC au tabac			
Oui	60	48.3	
Non	204	37.2	0.22
Milieu d'exercice			
Urbain	259	40.1	
Rural	5	20	0.45
Activité cabinet de groupe			
Oui	152	42.1	
Non	112	36.6	0.52
Secteur			
1	198	39.9	
2	66	39.4	0.97
Type de consultation			
<=50% sur RV	117	37.6	
>50% sur RV	147	41.5	0.50
Activité régulière autre que le cabinet			
Oui	108	39.8	
Non	156	39.7	0.87
Support de prévention			
Oui	183	38.8	
Non	67	41.8	0.56
Application de règles systématiques contre le tabac			
Oui	120	25.8	
Non	136	50.7	0.0005
Dossier de prévention			
Oui	42	28.6	
Non	222	41.9	0.17

Satisfaction globale du travail			
Plutôt insatisfait	22	54.5	
Ni satisfait ni insatisfait	39	48.7	
Plutôt satisfait	191	36.1	>0.5
Très satisfait	12	41.7	
Présence dans l'entourage de quelqu'un avec un problème de tabac			
Oui	115	39.1	
Non	149	40.3	0.96
Statut tabagique du médecin			
Non fumeur	73	37.3	
Ancien fumeur	103	42.7	>0.5
Fumeur actuel	59	32.2	
Sentiment d'efficacité par rapport au tabac			
Pas du tout efficace	13	23.1	
Peu efficace	104	42.3	
Assez efficace	111	35.1	>0.5
Très efficace	36	52.8	
Abonnement revues			
Oui	188	32.4	
Non	71	42	0.35
Application de règles systématiques par rapport à l'alcool			
Oui	88	27.3	
Non	168	47.2	0.01
Dossiers informatisés			
Oui	173	39.3	
Non	91	40.7	0.86
Quelqu'un de l'entourage a un problème avec l'alcool			
Oui	68	35.3	
Non	189	39.7	0.52
Essai de diminution de la consommation d'alcool durant l'année écoulée			
Oui	34	55.9	
Non	205	33.7	0.04
Sentiment d'efficacité par rapport à la prise en charge des problèmes d'alcoolisme			
Pas du tout efficace	41	41.5	
Peu efficace	181	35.9	>0.5
Assez efficace	42	54.8	
Mode d'exercice			
< 20 ans	155	34.9	
>=20 ans	109	46.8	0.14

Tableau XLVI : Détection de la consommation d'alcool à risque et caractéristiques des patients

Variable	n	Détection de la consommation d'alcool %	p
Age			
35-44	68	39.7	
45-54	89	41.6	0.9
55-64	107	38.3	
Né en			
France	208	39.9	0.9
Hors France	55	39.3	
Couple			
Marié en couple	147	34.7	
Couple non marié	42	42.9	0.14
Pas en couple	75	48	
Avoir enfants			
Oui	199	39.7	
Non	65	40	0.97
Propriétaire			
Oui	125	33.6	
Non	136	46.3	0.04
Perception quartier			
Négative	71	52.1	
Positive	189	33.9	0.007
Qualité logement			
Mauvaise	42	61.9	
Correcte	220	35.4	0.001
Revenus			
< 1000 euros	25	80	
1000-1500	18	38.9	
1500-2500	76	36.8	
2500-3500	47	27.7	0.0009
3500-4500	31	41.9	
> 4500 euros	53	34	
Payer l'impôt sur le revenu			
Oui	214	36.0	
Non	48	56.2	0.009
Difficultés financières			
Très à l'aise	27	29.6	
ça va	110	32.7	
Faire attention	96	47.9	0.08
Ne pas y arriver	30	46.7	
Avoir un emploi actuellement			
Oui	181	34.2	
Non	82	51.2	0.009
Prise en charge à 100%			
Oui	88	43.2	
Non	175	37.7	0.39

Diplôme			
aucun ou CEP	47	44.7	
CAP, Bac Pro	65	40	
Bac, BTS, DUT	56	42.9	0.69
Diplôme supérieur	88	35.2	
Couverture sociale			
CMU, pas de sécu	23	52.2	
Sécu, pas de mut.	23	30.4	0.31
Sécu et mut.	216	39.3	
Adhérent asso			
Oui	126	34.1	
Non	137	44.5	0.09
Sport			
Oui	103	30.1	
Non	159	46	0.01
Loisir			
Oui	139	34.5	
Non	123	45.5	0.07
Entourage social			
Aucun	26	69.2	
Faible	68	30.9	0.03
Bon	169	38.5	
Satisfaction des relations avec l'entourage			
satisfait	246	38.2	
non satisfait	15	60	0.09
Echanges avec l'entourage			
A donné +	71	43.7	
A donné =	165	35.1	0.21
A donné -	19	52.6	
Nationalité			
Française	226	39.8	
Etrangère	38	39.5	0.97
Avoir été inactif au cours des cinq dernières années			
Oui	83	49.4	
Non	172	34.3	0.02
Heures de travail hebdomadaires			
<=40H	110	37.3	
>40 H	63	33.3	0.6
Catégorie socio-professionnelle			
Cadres	89	32,6	
Professions intermed.	48	50,0	
Employés, artisans	34	32,3	0,16
Ouvriers	91	42,9	
Niveau d'études			
non scolarisé	30	40	
5ème	66	44	
terminales	45	40	0.77
études supérieures	114	36	

Tableau XLVII : Détection de la consommation d'alcool à risque et caractéristiques des médecins et des patients, étudiées dans un modèle mixte multi-varié

Modèle hiérarchique multi-varié final sur la détection du statut alcoolique					
Niveau patient		n (%)	OR	IC 95%	p
Fait d'avoir eu une période d'inactivité pendant une période de 5 ans					
	Non	150 (66,7)	1		
	Oui	75 (33,3)	2,24	0,63-3,85	0,03
Entourage social					
	Aucun	22 (9,8)	1		
	Faible	61 (27,1)	0,21	0,06-0,49	
	Bon	142 (63,1)	0,21	0,05-0,48	0,02
Satisfaction du quartier					
	Oui	162 (72,0)	1		
	Non	63 (28,0)	2,23	0,57-3,89	0,03
Niveau médecin					
Essai de diminution de l'alcool dans l'année					
	Non	191 (84,9)	1		
	Oui	34 (15,1)	2,41	0,14-4,69	0,06
Application de règles systématiques sur l'alcool					
	Non	140 (62,2)	1		
	Oui	85 (37,8)	0,5	0,12-0,88	0,07
Variance intermédecin non significative, variance=0.13 , écart type=0,32, p=0.68					
Modèle ajusté sur l'âge, le fait d'avoir une maladie de longue durée, la durée de prise en charge et la catégorie socio-professionnelle du patient					

Tableau XLVIII : Description de la prise en charge du tabagisme

Le tableau ci-dessous décrit la prise en charge du tabagisme par le médecin traitant :

- pour les patients anciens fumeurs
- pour les fumeurs actuels qui ont tenté un sevrage durant l'année écoulée

	Anciens fumeurs		Fumeurs actuels	
	n	%	n	%
Un conseil d'arrêt a été donné au patient				
Oui	104	52,30%	57	82,60%
Non	9		4	
Ne sait pas	86		8	
<i>Si oui, ce conseil a été donné par</i>				
le médecin généraliste	83	79,80%	52	91,20%
un médecin spécialiste	21		5	
Un traitement de substitution a été prescrit au patient				
Oui	29	14,60%	25	36,20%
Non	69		27	
Ne sait pas	101		17	
<i>Si oui, ce traitement a été prescrit par</i>				
le médecin généraliste	2	6,90%	2	8%
un médecin spécialiste	27		23	
Un traitement par bupropion a été prescrit au patient				
Oui	4	2%	6	8,70%
Non	118		50	
Ne sait pas	77		13	
<i>Si oui, le bupropion a été prescrit par</i>				
le médecin généraliste	0	0%	0	0%
un médecin spécialiste	4		6	
Un avis de consultation chez un tabacologue a été donné				
Oui	3	1,50%	5	7,25%
Non	116		49	
Ne sait pas	80		15	
<i>Si oui, cet avis a été donné par</i>				
le médecin généraliste	0	0%	0	0%

un médecin spécialiste	2	5		
Dans l'année, le médecin généraliste a conseillé au fumeur actuel d'arrêter de fumer				
Oui			160	62,30%
Non			84	32,70%
Ne sait pas			13	5,10%

Tableau XLIX : Description de la prise en charge des buveurs à risque

Patients consommateurs d'alcool à risque détectés		
	n	%
Le médecin a fait une brève intervention sur l'alcool		
Oui	156	64.7
Non	85	35.3
Le médecin a prescrit au patient à Risque un sevrage ambulatoire		
Oui	33	13.7
Non	208	86.3
Le médecin a prescrit de l'Aotal		
Oui	19	7.9
Non	222	92.1
Le médecin a adressé le patient à un spécialiste en alcoologie		
Oui	19	7.9
Non	222	92.1
Le médecin a adressé le patient a un psychiatre		
Oui	22	9.1
Non	219	90.9
Le médecin a adressé le patient à une association d'anciens buveurs		
Oui	9	3.7
Non	232	96.3

8. Annexes : Tableaux complémentaires

Tableau I : participation des médecins

	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée
Participants	59	25.54	59
Refuseurs	93	40.26	152
Inéligibles	44	19.05	196
Fausses adresses	17	7.36	213
Non joints	18	7.79	231

Tableau II : Motif de non participation parmi les médecins inéligibles

MOTIF	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcent. cumulé
accupuncture et mesothérapie > 10%	1	2.38	1	2.38
actes d'electromyographie EMG pour 15% de l'activité	1	2.38	2	4.76
actes de cardiologie principalement	1	2.38	3	7.14
actes de gynécologie médicale > 10%	1	2.38	4	9.52
actes spécialisés en pathologie cardiovasculaire >10%	1	2.38	5	11.90
activité d'expertise uniquement ne fait pas de soins	1	2.38	6	14.29
acupuncture mésothérapie > 30%	1	2.38	7	16.67
age	2	4.76	9	21.43
age > 65 ans	1	2.38	10	23.81
age supérieur à 65 ans	6	14.29	16	38.10
age supérieur à 65 ans part à la retraite dans 15 jours	1	2.38	17	40.48
andrologie et sexologie > 20% de l'activité	1	2.38	18	42.86
en congé maternité < 10 actes par jour	1	2.38	19	45.24
expertise et formation en plus de la MG	1	2.38	20	47.62
fait essentiellement de la pneumologie	1	2.38	21	50.00
homéopathie ou acupuncture pour plus de 10% des actes	1	2.38	22	52.38
hypnose homéopathie acupuncture	1	2.38	23	54.76
medecine du sport vertebrothérapie > 10%	1	2.38	24	57.14
mesothérapie et nutrition > 10% des actes	1	2.38	25	59.52
médecin agréé pour les administrations	1	2.38	26	61.90
médecin conseil pour société d'assurance act lib <2.5j	1	2.38	27	64.29
médecine du travail pour 90% de son activité	1	2.38	28	66.67
médecine esthétique 100%	1	2.38	29	69.05
médecine esthétique pour beaucoup plus que 10% des actes	1	2.38	30	71.43
médecine esthétique seule	1	2.38	31	73.81
médecine naturelle plus de 10% des actes	1	2.38	32	76.19
mésothérapie pour plus de 10% des actes	1	2.38	33	78.57
mésothérapie pour plus de 20% des actes	1	2.38	34	80.95
non conventionné phytothérapeute	1	2.38	35	83.33
nutrition et homéopathie pour 90% des actes	1	2.38	36	85.71
osteopathie > 50%	1	2.38	37	88.10
plus de 10% des actes ne sont pas mg pure	1	2.38	38	90.48

psychothérapie >80% des actes	1	2.38	39	92.86
sexologie et mi-temps hospitalier	1	2.38	40	95.24
spécialiste en médecine physique	1	2.38	41	97.62
thérapies brèves et hypnose pour plus de 10% des actes	1	2.38	42	100.00

Fréquence manquante = 2

Tableau III : Motif de non participation parmi les médecins ayant refusé l'étude

MOTIF	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcent. cumulé
9 heures c'est trop de boulot	1	1.12	1	1.12
BEUCOUP D'ACTIVITES PAR AILLEURS	1	1.12	2	2.25
CHRONOPHAGE				
CHRONOPHAGE	1	1.12	3	3.37
DEBORDEE CHRONOPHAGE	1	1.12	4	4.49
N'ARRIVERA PAS A DEGAGER 9 HEURES CAR ACTIVITE FAIBLE	1	1.12	5	5.62
NE CROIT PAS A SA PROPRE FIABILITE COMME ENQUETEUR	1	1.12	6	6.74
NE DONNE JAMAIS LES COORDONNEES DE SES PATIENTS	1	1.12	7	7.87
NE FAIT PAS DENQUETE PREND TROP DE TEMPS	1	1.12	8	8.99
NE PARTICIPE JAMAIS AUX ENQUETES REFUS TOTAL DE REPONDRE	1	1.12	9	10.11
TROP DE TRAVAIL	1	1.12	10	11.24
TROP DE TRAVAIL REFUS DE REPONDRE TOTAL	1	1.12	11	12.36
TROP LOURDET REMUNERATION INSUFFISANTE	1	1.12	12	13.48
TROP LOURD TROP CHRONOPHAGE	1	1.12	13	14.61
W lourd_X activités:Conseil Général, recherche clinique	1	1.12	14	15.73
a trop de travail	1	1.12	15	16.85
clientèle à 98% analphabète et 60% de cmu + ald30	1	1.12	16	17.98
débordé	1	1.12	17	19.10
débordé, au bout du rouleau	1	1.12	18	20.22
débordé, participe déjà à plusieurs études	1	1.12	19	21.35
débordé, pas le temps	1	1.12	20	22.47
en médecine générale on n'a pas le temps	1	1.12	21	23.60
enquete trop lourde	1	1.12	22	24.72
exclu pour écart au protocole	1	1.12	23	25.84
exclusion pour écart au protocole	1	1.12	24	26.97
géné par le temps à passer avec l'enqueteur	1	1.12	25	28.09
je me connais ca va me gonfler je vais lacher	1	1.12	26	29.21
je suis submergé	1	1.12	27	30.34
je travaille 12-13h/jour les études je laisse en standby	1	1.12	28	31.46
l'inserm c'est attrayant mais je n'aurais pas le temps	1	1.12	29	32.58
manque de temps	4	4.49	33	37.08
manque de temps, trop occupé	1	1.12	34	38.20

manque de temps, va bacler l'enquête	1	1.12	35	39.33
manque de temps; ne connait pas l'inserm	1	1.12	36	40.45
motif personnel	1	1.12	37	41.57
n'a inclus aucun patient	1	1.12	38	42.70
n'a pas fait l'enquête	1	1.12	39	43.82
n'a pas inclus de patient à J4 traîne trop les pieds	1	1.12	40	44.94
n'a pas la disponibilité horaire pour participer	1	1.12	41	46.07
n'a pas le temps	6	6.74	47	52.81
n'a pas le temps car a 2 activités médicales	1	1.12	48	53.93
n'aime pas remplir questionnaire	1	1.12	49	55.06
n'aura pas le temps	1	1.12	50	56.18
n'est pas disponible travail à 2 endroits	1	1.12	51	57.30
ne répond pas aux enquêtes	1	1.12	52	58.43
ne se sent pas capable de faire l'enquête	1	1.12	53	59.55
ne veut pas participer sans motif avancé	1	1.12	54	60.67
ne veut pas répondre par téléphone	1	1.12	55	61.80
ne veut pas répondre, éligibilité	1	1.12	56	62.92
occupée jusqu'à fin juin, formation prof. examens	1	1.12	57	64.04
pas intéressé	3	3.37	60	67.42
pas intéressé par enquête n'a pas répondu aux questions	1	1.12	61	68.54
pas intéressée, pas le temps	1	1.12	62	69.66
pas le temps	3	3.37	65	73.03
pas le temps (CO, CMC), doit s'occuper de sa femme	1	1.12	66	74.16
pas le temps et problème d'organisation	1	1.12	67	75.28
pas le temps, infaisable, débordé	1	1.12	68	76.40
pas le temps, non intéressé	1	1.12	69	77.53
pas le temps, pas intéressé	1	1.12	70	78.65
pas le temps, problèmes familiaux, oui en octobre	1	1.12	71	79.78
pense que clientèle non adaptée	1	1.12	72	80.90
plus de 200-250 actes par semaine débordé ne veut pas	1	1.12	73	82.02
ras le bol de la médecine, votre truc je ne le ferai pas	1	1.12	74	83.15
redoute difficulté à obtenir consentements patients	1	1.12	75	84.27
refus secondaire de participer	1	1.12	76	85.39
sort d'une grosse étude et n'a plus le temps	1	1.12	77	86.52
trop de temps	1	1.12	78	87.64
trop de travail	2	2.25	80	89.89
trop de travail associé ded en 04/05	1	1.12	81	91.01
trop de travail et se trouve proche de la retraite	1	1.12	82	92.13
trop de travail fait un diplome universitaire	1	1.12	83	93.26

trop de travail serait d'accord pour printemps 2006	1	1.12	84	94.38
trop occupé, accepterait en juin 2005	1	1.12	85	95.51
trop prenant et soucis informatique	1	1.12	86	96.63
trop vieux	1	1.12	87	97.75
va partir en conge de maternite jusqu'au 2 novembre	1	1.12	88	98.88
ça le galère	1	1.12	89	100.00

Fréquence manquante = 4