

## **Annexe 1 . Compte-rendu des séminaires**

### **Projet IRESP 2008-2009**

*Prévention en médecine générale : quelle est la place des inégalités sociales et comment les réduire ?*

**Séminaire 1 : Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé en médecine générale, 12 mars 2008, Paris.**

**Question de travail :** Comment les sociologues, les épidémiologistes, les professionnels de santé, les médecins généralistes abordent-ils la question des inégalités sociales de santé (ISS) ?

#### **Ordre du jour :**

Présentation des équipes

Exposé de l'expérience et des interrogations des différents participants au groupe de travail sur la question des ISS en médecine générale (MG)

Mise en place d'une méthode et d'un calendrier de travail avec partage des tâches entre les équipes

#### **Présents :**

Patrick Flores et Marie Joséphe Saurel Cubizolles (Inserm U149), Virginie Ringa (Inserm U822), Laurent Rigal et Hector Falcoff (DMG Paris 5), Mady Denantes et Anne Marie Magnier (SFTG, DMG Paris 6), Pierre Chauvin (Inserm UMR 707), Christine Rolland et Thierry Lang (Inserm U558), André Stillmunkes et Marc Vidal (DMG Toulouse), Marianne Samuelson et Vincent Kowalski (DMG de Caen)

#### **Points de discussion**

Le diabète est une des pathologies les plus liées à la position sociale, notamment pour l'âge d'entrée. PB : Les recommandations de l'Has préconisent un dépistage à partir de 45 ans or l'âge moyen d'entrée dans le diabète des ouvriers est de 40 ans (P Florès)

Faire de la prévention et du dépistage prend du temps au MG, ex sur le cancer colo-rectal (M Vidal). Comment l'intégrer dans les contraintes de la pratique ?

Les MG ont des difficultés pour savoir comment repérer des ISS, sur quels critères se baser ? Il faudrait un outil simple et en même temps efficace de repérage (A Stillmunkès).

Les données socio-économiques ne sont pas les seules à intervenir : la nature de la relation médecin-patient également, ou encore la façon dont le patient exprime ses symptômes (càd, la formulation de la plainte par le patient et sa prise en compte par le MG).

Cela pose la question de comment élaborer des recommandations prenant en compte les critères pertinents dans la formation ou l'aggravation des ISS mais aussi comment les appliquer sur le terrain, par le MG ? (C Rolland)

S'intéresse-t-on à la santé objectivée ou santé perçue ? (ne sais pas qui)

Le soutien social dont dispose une personne intervient dans son recours aux soins (P Chauvin). A

intégrer dans le repérage et comment ?

Prendre en compte le niveau de « culture santé » qui dépend du groupe social (H Falcoff). Notion de typologie en croisant ces deux critères.

Pour les populations les plus « fragiles », impact des franchises sur le recours aux soins (M Denante). Ce qui ouvre sur la question du rôle du MG, entre santé et social.

Dans un travail sur ménopause et TSH, on constate une variabilité des pratiques liée aux médecins et aux patients (V Ringa). Préciser des profils de MG, intégrer ses critères dans des recommandations (C Rolland) ?

A propos de l'action en réseau (ne sais pas, pas plus noté)

On constate des inégalités territoriales en fonction de l'offre de soin (P Chauvin). Le MG n'a pas prise sur ce qui se passe en dehors de son cabinet (système de soin, environnement socio-économique du quartier).

**Pour le séminaire 2, recenser des interventions en MG selon des pathologies**

Equipe Paris 6 et SFTG : grossesse

Equipe U822 Virginie Ringa : MST et contraception

Equipe U149 : alcool et tabac

Equipe UMR 707 Pierre Chauvin : santé mentale et suicide

Equipe Paris 5 : autres pathologies

Equipe de Toulouse : risque cardio-vasculaire

Equipe de Caen : cancers

Equipe de Nantes (absente) : diabète

## **Projet IRESP 2008-2009**

*Prévention en médecine générale : quelle est la place des inégalités sociales et comment les réduire ?*

## **Séminaire 2 : quelles disparités sociales de la pratique préventive en médecine générale ? 24 septembre 2008, Paris**

**Ordre du jour** : exposé des méthodes et résultats de travail biblio réalisés par les équipes

### **Présents :**

Patrick Flores et Marie Josèphe Saurel Cubizoles (Inserm U149), Laurent Rigal, Hector Falcoff, Julien Vaux, Sophie Seang, Thomas Hiomento, Madeleine Favre (DMG Paris 5), Mady Denantes, Anne Marie Magnier et François Myara (SFTG, DMG Paris VI), Christine Rolland et Thierry Lang (Inserm U558), André Stillmunkes et Marc Vidal (DMG Toulouse), Marianne Samuelson et Vincent Kowalski (DMG de Caen)

**Document de travail préalable** (cf doc « préparation du second séminaire, P Florès, 20 juin 2008)

*Une première sélection d'abstracts a été réalisée à partir d'une équation de recherche très générale qui ne spécifie pas de problème de santé particulier mais qui centre la recherche sur les soins primaires : Equation 1=*

*(primary care OR general practic\* OR family medicine) AND (socioeconomic factor\* OR health inequalit\*)*

*Environ un millier d'abstracts ont été retenus sur 2945 sélectionnés le 27-03-08 à partir de PubMed (medline) avec l'équation précédente. Ils ont été classés en :*

- Généralités et Aspects transversaux
- Pathologie cardiovasculaire
- - Diabète
- Cancers
- Santé mentale suicide
- - IST Contraception
- Grossesse
- - Autres (pédiatrie, vaccinations...)

*Un certain nombre d'articles en pdf ont pu être également récupérés.*

*Nous adressons à chacun :*

- Généralités et aspect transversaux,
- les abstracts concernant le thème particulier étudié,
- et en prime(s) : le rapport du Department of Health du mois de juin 2008 au Royaume Unis portant sur le thème des inégalités de santé, le numéro d'épidemiologic review de 2004 sur le thème des inégalités de santé, le guide australien pour faire la bibliographie sur les guidelines en tenant compte des facteurs socioéconomiques.

*Chacun peut donc :*

*- trier dans ces premières listes les abstracts intéressants pour le thème étudié.*

*- approfondir la recherche dans PubMed de 2 façons au moins :*

*1) équation 1 AND (mot clé du thème étudié : Cancer, Pregnancy...)*

*sans puis avec les précisions éventuelles: AND (Diagnosis OR screening) ; AND (Treatment) ; AND (Prognosis)*

*2) même stratégie que 1) mais avec seulement (socioeconomic factor\* OR health inequalit\*) sans les mots clés centrants la recherche sur la médecine générale qui peuvent conduire à passer côté des questions d'équité quand ce qui fait la différence est le soin spécialisé (qui concerne tout de même le MG si on considère qu'il joue un rôle de gate keeper).*

*- rechercher directement dans les journaux en Français (RESP, BEH, Etudes et Résultats...) les données non publiées en anglais qui concernent la France.*

*- utiliser les articles issus de la bibliographie des articles sélectionnés.*

---

## **Exposé du travail biblio réalisé par équipe**

- **L'équipe de Paris 5** (sujet « autres ») a proposé des sujets de thèses aux internes, 3 ont été retenus : les vaccinations, les enfants et adolescents, le « reste » (insuffisance rénale chronique, asthme, démence et douleurs ostéo-musculo-articulaires-présenté ici). Ils nous ont exposé leur méthode d'investigation biblio (sur PUBMED) et une présentation des articles sélectionnés (cf tableaux distribués).

A propos des vaccinations : des différences selon les populations mais faibles ; peut être le rang dans la fratrie. Prendre en compte si vaccination obligatoire ou non selon le pays

Pour les enfants et adolescents, plusieurs sous-thèmes : asthme, accidents domestiques, suivi et fréquence du recours aux soins, surpoids et obésité. Les mêmes critères ressortent : noirs, pauvres... mais OR peu élevés. Manque de précision sur les modalités des interventions (dans les articles ou dans la recension)

La discussion s'est ouverte sur la publication des résultats de ce travail biblio (T Lang). Ce qui demande de : mieux expliciter la méthode, la rendre plus rigoureuse (double lecture), avoir une lecture critique des méthodes publiées, utiliser une grille de lecture avec des critères d'évaluation de la qualité. Faire une maquette d'article commune à tous les axes biblio et de manière générale mutualiser les moyens (H Falcoff).

- **L'équipe de Caen** (sujet « cancers ») a procédé à partir de la biblio envoyée par P Florès et une interrogation complémentaire sur Pubmed. Beaucoup d'études d'intervention et d'observation, via les registres notamment. Difficile d'analyser, de comparer car critères socio-économiques différents selon les études. Souvent objectif d'amélioration de l'adhérence au dépistage mais globalement il y aurait peu d'effet de réduction des ISS.

Biblio très large, resserrer le questionnement sur MG (TLang). Acquérir une méthodo, se rapprocher pour cela du département santé publique de Caen

M Samuelson insiste sur les inégalités territoriales de santé.

- **L'équipe de la SFTG** (sujet « grossesse et périnatalité ») a travaillé sur les résultats de l'enquête périnatalité (tous les 5 ans, sur dossier en maternité). Très fort gradient social sur un ensemble de critères, notamment tabac, prématurité, allaitement. Globalement de moins en moins de suivi de grossesse chez le MG, davantage pour les CSP basses. Peu de place pour les MG dans les plans périnatalité et l'élaboration des recommandations. Proposition de M Denante d'indiquer dans les déclarations de grossesse si il a été parlé du tabac et de l'allaitement avec la patiente.

Il y aurait peu d'interventions en MG (H Falcoff). Rôle ++ des sages femmes dans le suivi des grossesses

- **L'équipe de Toulouse** (sujet « RCV ») : pas d'interne mobilisé à ce jour : organisation du DMG à améliorer sur le choix des sujets donnés aux étudiants, constituer une petite cellule de recherche

-  
Discussion sur auprès de quel groupe intervenir : une pop sociale défavorisée ou les patients à haut RCV. Dans ce dernier cas, on réintroduit une dimension thérapeutique plus que préventive. Et puis les MG ont à faire en population générale (T Lang). Travailler sur la notion « d'inertie thérapeutique » : pourquoi, comment, qui ?

Globalement, il est nécessaire d'acquérir une méthode d'interrogation et d'analyse biblio rigoureuse (lecture critique d'articles) commune à toutes les équipes ; chaque département doit s'organiser en interne pour mutualiser ses moyens et faire appel si besoin à des compétences extérieures (ex Caen et le DSP). Eventuellement mettre deux étudiants sur une même thèse (impossible à Caen, OK ailleurs apparemment).

Ecrire un guide méthodo de revue biblio (P Florès).

**Thèmes candidats proposés** (et équipe qui se charge de la biblio) cf annexe 2, pb de santé candidats à l'étude d'intervention, critères pour aider au choix, doc distribué par H Falcoff:

- dépistage cancer du col (Caen)
- grossesse, allaitement (Paris 6)
- obésité chez l'enfant, ostéoporose, insuffisance rénale (Paris 5)
- Alcool (Toulouse)
- Tabac (P Florès)

+ Echanges sur la question du dossier médical : tout n'y est pas consigné même si ça a été fait (M Vidal); plus ou moins bien tenu, moins dans les zones pauvres. Faudrait uniformiser le système informatique (P Florès) ; corrélation entre qualité du dossier et qualité des soins (T Lang).

## Annexe 1: exemple d'équations de recherche envoyée par P Florès

### Equations de recherche

((poverty [All fields]) OR (disadvantage [All fields]) OR (socioeconomic [All fields]) OR (income [All fields]) OR (low income [All fields]) OR (unemployed [All fields]) OR (health care disparit\* [All fields]) OR (social [All fields]) OR (social class\* [All fields]) OR (socioeconomic factor\* [All fields]) OR (health disparit\* [All fields]) OR (health care disparit\* [All fields]) OR (gender disparit\* [All fields]) OR (homeless [All fields]) OR (race or racial [All fields]) OR (ethnicity [All fields]) OR (insurance coverage[MeSH Terms]) OR (emigrants and immigrants[MeSH Terms]) OR (immigration and emigration[MeSH Terms]) OR (homeless persons[MeSH Terms]) OR (uninsured[MeSH Terms]) OR (residence characteristics[MeSH Terms]) OR (insurance, health[MeSH Terms]) OR (socioeconomic factors[MeSH Terms]) OR (health care disparities[MeSH Terms]) OR (occupations [MeSH Terms]))

AND

((HEALTH SERVICES[MeSH Terms]) OR (FAMILY PRACTICE[MeSH Terms]) OR (PREVENTIVE MEDICINE[MeSH Terms]) OR (COMPREHENSIVE HEALTH CARE) OR (PHYSICIANS, FAMILY[MeSH Terms]))

AND

("obesity"[MeSH Terms] OR "overweight"[MeSH Terms] OR "body mass index"[MeSH Terms] OR "adiposity"[MeSH Terms] OR "diet"[MeSH Terms] OR "food habits"[MeSH Terms] OR "weight loss"[MeSH Terms] OR "weight gain"[MeSH Terms] OR "diet therapy"[MeSH Terms] OR "body weight"[MeSH Terms])

AND

("asthma"[MeSH Terms] OR "anti-asthmatic agents"[MeSH Terms])

AND

("child"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms])

Limits: Publication Date from 1993/01/01 to 2008/11/01, English, French

\*\*\*\*\*

## Projet IRESP 2008-2009

*Prévention en médecine générale : quelle est la place des inégalités sociales et comment les réduire ?*

**Séminaire 3, 18 mars 2008, Paris**

### Ordre du jour :

- Point sur les recherches bibliographiques
- Point méthodologique sur l'analyse bibliographique
- Bases théoriques sur l'évaluation des interventions
- Travail en atelier « imaginez un protocole sur... »

### Présents :

Patrick Flores et Marie Josèphe Saurel Cubizoles (Inserm U149), Virginie Ringa (Inserm U822), Laurent Rigal et Hector Falcoff (DMG Paris 5), Mady Denantes, Gladys Ibanez et Anne-Marie Magnier (SFTG, DMG Paris 6), Pierre Chauvin (Inserm UMR 707), Christine Rolland et Thierry Lang (Inserm U558), André Stillmunkes et Marc Vidal (DMG Toulouse), Marianne Samuelson et Vincent Kowalski (DMG de Caen), Cyrille de Reynal et Nathalie Martin (internes MG Paris 6).

### Point sur les recherches bibliographiques

*Toulouse : sur alcool*

Recherche sur la BDSP : 1 article retenu, celui présenté. Dans les résultats : « parler d'alcool au patient suffirait à réduire la consommation »

(VR, TL) : poursuivre en interrogeant Pubmed

*Paris 6 : grossesse, allaitement et tabac*

Recherche sur Pubmed et Cochrane

Gros travail réalisé par 4 internes, encadrés par une chef de clinique. PUBLIER !!!!!

(VR) dans les tableaux, faire apparaître les résultats des analyses multivariées

(TL) comparaison délicate car études et interventions très diverses (modalités, populations...)

(LR) mieux caractériser les populations

Préciser dans quel sens se fait l'effet de l'intervention (ex les immigrées allaitent elles plus ou moins ?)

(Gladys) difficile de tout mettre dans un tableau mais détails des 60 études disponibles

Dans les résultats :

Bcp d'études d'intervention/sevrage tabac aux USA sur populations défavorisées mais pas de comparaison avec pop générale ; comparaison entre plusieurs niveaux d'interventions (du simple au conseil au suivi).

Interventions en face à face – efficaces auprès de pop défavorisées/ interventions combinées ou en groupe

Pas d'interventions en MG mais en cslt de maternités et planning familial

*Caen : frottis*

Interrogation sur Pubmed entre 1994 et 2009 : énormément d'études !!

Donc recentrer sur les études d'intervention

*Paris Descartes : enfants/ ados et autres*

Bcp d'études en médecine scolaire

(TL) les garder si méthodes pertinentes

-----

Discussion sur la **mobilisation des internes** : difficile à Caen alors que Paris 6 en a refusé. Atouts : intérêt du sujet, encadrement et intégration dans une équipe de recherche, bonne thèse possible

(VR) **Avoir en tête le rapport final** : que chaque interne pense à résumer son travail biblio.

- Pour la discussion de l'analyse biblio, repérer les points forts et faibles de notre travail (ex limites de la comparaison inter pays ; interventions hors médecine générale ; études sur niches populationnelles..)
- définir et expliciter les critères d'inclusion et d'exclusion des articles

### **Point méthodologique sur l'analyse bibliographique (cf doc de LR à joindre au compte rendu)**

A été dit en plus :

Etape 2 : « Publication de moins de 15 ans », ou moins (cf Caen et frottis) ou se fixer l'année de la dernière revue Cochrane

Etape 5 : le nombre de sujet nécessaire a-t-il été calculé

Etape 6 : très important !

### **Bases théoriques sur l'évaluation des interventions**

Exposé de v Ringa

### **Travail en atelier « imaginez un protocole sur... »**

- groupe « haut risque cardio vasculaire »
- groupe « frottis »
- groupe « grossesse et allaitement »

-----

Il en ressort sur notre choix de thème d'intervention

Opte-t-on pour une intervention « universelle » ou ciblée » ?

Pour faire avec les ressources disponibles dans le cabinet de MG = intégrer une action en plus dans le travail du MG : jusqu'où peut on « charger la barque » ? ou pour ajouter un assistant de prévention = modification de l'organisation du système de soins primaires (HF : une réunion à Berlin bientôt à ce sujet)

(TL) voir un guide de la DGS des différents plans : sur quoi est sollicité le MG ?

Faire le point des intérêts et obstacles pour les thèmes d'intervention possible

Creuse-t-on davantage pour chaque thème avant de faire un choix définitif ou peut on se décider avant ?

Que fait-on d'ici la prochaine rencontre ?

Prochains séminaires

Le 10 juin à Paris

Le 25 novembre à Toulouse



## **Annexe 2 : problèmes de santé candidats à l'étude d'intervention, critères pour aider au choix**

### **Groupe risque cardio-vasculaire**

Membres du groupe : *Virginie Ringa, Christine Rolland, Laurent Rigal, Andre Stilmunkes, Vincent Kowalski*

Objectifs de l'intervention :

- *Principal : améliorer la qualité de la prise en charge du « risque cardio-vasculaire »*
- *Secondaire : réduire les inégalités sociales de prise en charge de ce risque*

*L'intervention doit être réalisable en médecine générale, c'est-à-dire en cabinet de médecine générale, pas forcément par le médecin généraliste lui-même.*

Définition du risque cardio-vasculaire

*Il semble plus utile de s'intéresser au haut risque pour 2 raisons :*

- *le gradient social franc*
- *la pertinence clinique (réduction de la morbi-mortalité)*

*La prise en charge du « risque cardio-vasculaire » nécessite une définition claire de ce risque. Plusieurs sont possibles :*

- *se placer en prévention secondaire, après un premier évènement cardio-vasculaire, mais la marge d'amélioration n'est peut-être pas certaine (il y avait certainement d'autres commentaires sur ce point)*
- *calculer un risque cardio-vasculaire à partir de scores validés. La plupart des scores définissant le haut risque cardio-vasculaire nécessitent des dosages biologiques, pas toujours présents dans les dossiers.*

*Le principal problème rencontré si l'on veut cibler le haut risque cardio-vasculaire est le repérage des patients. Le calcul du risque (si les dosages biologiques sont présents) pourrait être intégré au logiciel informatique, mais cela nécessite des modifications du logiciel, et la bonne utilisation de celui-ci. Ce problème de repérage nous incite à abandonner l'idée d'une intervention visant une meilleure prise en charge du haut-risque cardio-vasculaire.*

*Une partie du risque cardio-vasculaire ?*

*Le choix de facteurs de risque faciles à repérer simplifie le repérage des patients pour l'intervention.*

- *HTA : repérage simple, très souvent noté dans les logiciels de gestion du dossier médical.*
- *Tabac : pas toujours noté, mais le déclaratif suffit.*

*L'association de 2 facteurs de risque se rapproche plus du haut risque cardio-vasculaire pour sa pertinence clinique que la prise en charge d'un seul facteur de risque. Le tabac n'étant pas un simple facteur de risque mais une cause de maladie cardio-vasculaire, et le gradient social en font certainement le FdR le plus pertinent.*

*Proposition : réduire un facteur de risque (tabac) chez des patients en présentant au moins 2 (tabac et HTA).*

*Population cible de l'intervention*

*Les interventions visant à réduire la consommation de tabac semblent plus utiles aux classes sociales dites favorisées (à confirmer par les données de la littérature). Le choix d'une intervention non « socialement différenciée » risque de majorer les inégalités sociales de santé.*

*Proposition d'une intervention visant à réduire le tabagisme chez les patients hypertendus, sans aggraver le gradient social. Pour cela, nécessité de repérer ces patients fumeurs et hypertendus, évaluer leur « statut social » et proposer une intervention différenciée en fonction de ce statut.*

*Types d'intervention possibles :*

- **AAAAA**: Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange (mais « arrange » nécessite un suivi)
- *consultation dédiée*
- *conseil minimum*

*Les AAAAA et conseil minimum sont peut-être plus utiles aux personnes de niveau social plus élevé.*

*Une version simplifiée du 5A pourrait être utilisée, en ne faisant pas la dernière étape : le « 4A »*

*Repérage des patients :*

*Pas par le médecin généraliste lui-même, car déjà bien occupé*

*Par les logiciels de gestion du dossier médical : certainement pas assez renseignés pour tous les éléments (le critère hypertendu ou non devrait pouvoir être retrouvé chez tous, c'est peut-être le seul paramètre noté à chaque consultation par tous les médecins)*

- ⇒ *Proposition du repérage par une tierce personne, secrétaire ou infirmière, à partir de la liste des patients inscrits sur la liste médecin traitant par exemple, et mise à jour de la liste à partir des dossiers et d'un appel téléphonique aux patients.*

Informations minimum à recueillir :

- tabagisme ?
- HTA ?
- Facteurs socio-économiques

L'intervention serait donc :

Proposition aux patients fumeurs hypertendus, avec un statut social « à risque » d'une consultation dédiée à l'arrêt du tabac / entretien d'éducation anti-tabac.

Evaluation de l'intervention

Comparaison des 2 groupes :

- patients hypertendus et fumeurs à statut social « à risque », à qui on a proposé une aide au sevrage tabagique : 4A + type consultation dédiée / entretien
- patients hypertendus et fumeurs à statut social « non à risque », à qui on propose le 4A

Le choix de proposer le 4A aux 2 groupes permet de proposer une intervention minimum au groupe témoin, afin d'éviter les abandons en cours d'étude.

Critères d'efficacité à discuter : sevrage tabagique, diminution tabagique, morbi-mortalité cardio-vasc, mortalité totale (pas encore discuté par le groupe)

Idee : ajouter à l'étude un questionnaire ou des entretiens permettant d'identifier des évènements de vie susceptibles d'influencer la consommation de tabac.

Réflexions sur la synthèse de Vincent Kowalski. André Stillmunkés

1- le document de synthèse est conforme à ce qui a été dit lors du séminaire précédent par le groupe de travail

2- le choix de réduire un facteur de risque comme le tabac chez des patients hypertendus me paraît être pertinent dans notre pratique quotidienne et sur le plan scientifique (tabac = facteur n°1 dans les maladies coronariennes)

3- l'idée d'aider le médecin généraliste, par une personne dédiée, à repérer les patients concernés par cette intervention me paraît également justifiée de part sa charge de travail élevée. Cette personne (plutôt infirmière formée pour réaliser cette fonction) pourrait :

\*\* recueillir les données HTA, tabac, facteurs socio-économiques

\*\* recueillir les événements de vie ayant influencés la consommation ou l'absence de sevrage efficace pour le groupe des patients à risque (ce temps est capital car je pense qu'il représente le paramètre prédominant dans la réussite d'un sevrage).

\*\* recueillir les facteurs psychologiques présents pour les patients du groupe à risque (anxiété, stress, épuisement, dépression ...)

\*\* ce recueil initial donné au médecin généraliste pourrait lui permettre d'intervenir plus rapidement et peut-être plus efficacement lors de la ou des consultations dédiées

4- sur le plan de la comparaison des 2 groupes :

\*\* le 4 A dans les deux groupes permet d'intervenir à minima pour l'ensemble de la population étudiée

\*\* la ou les consultations dédiées pour le groupe à risque doivent-elles être basées sur les 5 R de la motivation ? : relevance (pertinence), risks (risques), rewards (avantages), road blocks (obstacles), repetition (répétitions)

\*\* cela pourrait montrer qu'une intervention minimale n'est pas suffisante pour tous les types de patients

5- le critère d'efficacité à choisir est plutôt le sevrage du tabac car :

\*\* il est un des premiers objectifs à réaliser chez l'hypertendu sans autre facteur de risque

\*\* il diminue le risque cardio-vasculaire (échelle SCORE)

6- les critères pour choisir les patients à statut social à risque sont à définir

## Groupe dépistage du cancer du col de l'utérus.

H Falcoff, MJ Saurel, M Samuelson, AM Magnier

Eléments pouvant entrer dans la composition de l'intervention en médecine générale.

Obstacle	Solution possible
Accès au dépistage (coût).	Gratuité de la consultation pour réaliser le frottis et de l'examen cytologique.
Culture de santé (« health literacy ») : les patientes de faible statut socio-économique (SES) sont moins informées, ont (peut être) des réticences infondées..	Document d'information adapté aux femmes ayant un niveau de culture de santé faible.
Interaction moins efficace pour convaincre certaines catégories de femmes (musulmanes ?).	Formation spécifique. Filière adaptée (collègue, MG ou gynéco, de sexe féminin, collègue parlant la langue de la patiente ...).
Le médecin oublie de vérifier le statut de la femme vis à vis du frottis.	Rappel automatique.
Le médecin considère que la patiente a des problèmes prioritaires, « competing demands ».	Formation (déconstruire le « stereotyping »). Accompagnement personnalisé (réseau médico-psycho-social).
Le médecin n'a pas le temps d'informer la femme, ou de « négocier » avec elle.	Délégation de tâche.
Le médecin n'a pas le temps de faire le frottis.	Consultation dédiée. Filière.
La femme ne consulte pas.	Proposition envoyée par courrier, généré automatiquement. Délégation de tâche pour envoyer le courrier.
Manque de motivation du médecin.	Recommandations claires (assurer l'accès au dépistage = une mission du médecin généraliste). Suivi régulier de l'indicateur « proportion de femmes à jour pour le frottis » stratifié selon la position sociale. Délégation de tâche pour extraire les indicateurs (plus ou moins selon le système d'information). Paiement à la performance.

### Quelle intervention ?

Tous les éléments du tableau ci-dessus semblent pouvoir être mis en œuvre, tout dépend du financement. Les éléments sont complémentaires et il ne semble pas facile d'en éliminer a priori.

Les éléments les plus simples à mettre en œuvre sont le document d'information et la formation des médecins. Ce ne sont probablement pas les plus déterminants.

Les deux éléments les plus complexes et les plus coûteux (en dehors de la gratuité du dépistage et du paiement à la performance) sont certainement la délégation de tâche et le système informatique. Arguments en faveur de la considération de ces deux éléments pour l'intervention :

- leur caractère générique : ils pourront être utilisés pour la prévention (et le suivi des pathologies chroniques) largement au delà du frottis ;
- pour la délégation de tâche : il peut y avoir une mutualisation, la personne déléguée (infirmière, assistante, secrétaire) pouvant être mutualisée entre plusieurs cabinets ;
- pour le système informatique : 1) le coût marginal pour un nouveau thème de prévention ou de suivi d'une pathologie chronique est faible ; 2) possibilité de bénéficier d'une conjoncture favorable (implémentation de tableaux de bord de suivi dans les logiciels).

Les inégalités sociales et les obstacles au dépistage des cancers du sein (mammographie) et du colon (Hémocult/coloscopie si haut risque) sont en partie les mêmes. Il serait rentable de construire d'emblée une intervention portant sur le dépistage de ces 3 cancers.

Population : femmes de 25 à 65 ans de la patientèle MT ; si 3 cancers s'ajouteraient les femmes de 65 à 74 ans pour la mammographie et les hommes et femmes de 50 à 74 ans pour l'Hémocult.

La durée de l'étude : si celle-ci est de un an, la périodicité du frottis étant de 3 ans, un tiers des femmes seront éligibles pour le frottis.

Mesure de la position sociale. A quel niveau est-elle mesurée : au niveau des patientes ou au niveau de la zone où est implanté le cabinet médical (beaucoup plus simple, c'est ce qui est fait au Royaume Uni – cf

plus loin) ? Comment celle-ci est-elle mesurée (quels indicateurs) ? Si mesure individuelle : 1) peut-on imaginer que ce travail soit assuré par la personne déléguée ? :2) comment assurer la mesure de la position sociale dans le groupe témoin ?

Mesure de l'indicateur de résultat. A quel niveau faut-il mesurer ? Au niveau des patientes (lourdeur, doute sur la validité des réponses) ? au niveau des dossiers des médecins (problématique ++ si l'intervention comprend une modification du système d'information, parce que la mesure devient plus facile dans le groupe intervention que dans le groupe témoin) ? Au niveau du SNIIR-AM (la base de données de l'Assurance Maladie) ?

Intérêt de mesurer les indicateurs AUTREMENT que chez les médecins ?

*Position sociale.* On pourrait imaginer une intervention portant sur des cabinets de zones contrastées, favorisées et défavorisées, avec randomisation des cabinets, et mesure externe de l'impact (réduction du gradient entre cabinets riches et pauvres).

*Mesure des résultats.* On devrait réfléchir à la possibilité d'utiliser le SNIIR-AM (la base de données de l'Assurance Maladie). Une fois la collaboration avec le SNIIR-AM en place, cette approche pourrait être relativement simple, économique, et exhaustive (pas de biais de sélection). De plus la connaissance des données du SNIR-AM pour chaque médecin, avant l'intervention (« ligne de base »), permettrait de 1) vérifier le gradient entre cabinets avant intervention, 2) créer des groupes intervention et témoin comparables.

*Groupe Grossesse et allaitement.*

*Mady Denantes, Thierry Lang, Marc Vidal, Cyril Dereynal, Marta Robalo*

*Objectif : établir un projet de protocole permettant d'évaluer une intervention visant à réduire les inégalités sociales face à l'allaitement, en médecine générale.*

*Pourquoi choisir le thème grossesse et allaitement?*

*1-parce que les chiffres sont stupéfiant: 80% d'allaitement chez cadres versus 50% chez les ouvrières.*

*2-parce que pour une fois on transmet une incitation positive et non négative; le message à transmettre est plutôt agréable: allaiter peut être un plaisir.*

*Pourquoi ne pas le choisir?*

*Parce que ce thème ne touche qu'une partie peu importante de la population de nos cabinets médicaux: les jeunes femmes enceintes ou susceptible de l'être.*

*Mais tout le monde peut s'intéresser à ce sujet: les futurs pères, les mères des jeunes femmes, les grands mères et GP.....*

*recherche biblio :*

*pour réussir l'allaitement doit être préparé*

*- le timing le plus efficace comprend des actions pré et post natales (si isolé pas efficaces..)*

*- associer le père semble bénéfique*

*- le face à face est le plus efficace*

*- une Cs individuelle et l'aide d'un support sont plus efficaces en pré natal*

*- un support tel est plus efficace en post natal...*

*- quasiment aucune intervention n'est étudiée exclusivement au cabinet du MG (mais plutôt en "soin primaire" en général)*

*Stratégies possibles:*

*1-affiche dans la salle d'attente: allaiter est bon pour la santé du bébé et pour la santé de la maman: une seule CI: la décision de la mère de ne pas allaiter(+VIH en france)*

*pb: nos affiches sont-elles lues?*

*avantages: on peut mettre une belle photo qui peut être comprise par tous*

*2-sur toutes les ordonnances de pilules écrire: savez vous que allaiter est bon pour la santé du bébé et pour la santé de la maman ; pb: quand c'est toujours là cela ne se voit pas*

*3-voire le même texte sur toutes les ordonnances qui sortent de la machine.*

*pb: idem ci dessus+ ça peut parfois faire mal (stérilité, décès, FCS, IVG, MIU....)*

*4-sur toutes les ordonnances d'acide folique écrire.... savez vous que allaiter est bon pour la santé du bébé et pour la santé de la maman.*

*avantage: cela concerne des femmes qui désirent une grossesse;*

*pb cela ne concerne pas celles qui ne nous ont pas parlé de leur désir de grossesse.*

*5-pour chaque déclaration de grossesse, déclenchement d'un appel téléphonique, d'une visite à domicile, d'un courrier....nous faisons 24% des DG et plus(38%) ds CSP (défavorisées ?)ONQ, sans profession*

*pb: la majorité des femmes ont DG fait hors de la MG*

*mais nous voyons 91% des femmes pendant leur grossesse*

*6-donc toute femme enceinte qui vient au cabinet médical doit: avoir un topo sur l'allaitement*

*pb: 38 de fièvre et grossesse , on a d'autre chose à voir, la femme est vue en urgence, il faut se dépêcher d'éliminer la sympathique pyelo ou la vicieuse listériose;*

*On n'a ni la le temps ni la tête à parler d'allaitement;*

*7- examen mystérieux du 4<sup>ème</sup> mois: moment privilégié pour aborder le sujet*

*pb: a t il lieu, touche t il toutes les femmes enceintes, est il fait au cabinet médical?*

*réponse :non*

## *ACTION CIBLEE*

*Action 5, semble la plus pertinente. pour chaque DG, une tierce personne (infirmière, secrétaire) reprend le dossier, recherche la CSP et pour les femmes ouvrières/employées, on tire au sort 2 groupes avec ou sans appel téléphonique; (savez vous que allaiter est bon pour la santé du bébé et pour votre santé?), après l'accouchement, la même tierce personne appelle toutes les femmes de la CSP ouvrières/employées pour savoir lesquelles ont allaité à la maternité; même brièvement*  
*Problème: le faible nombre de cas dans la clientèle, pb éventuellement soluble par un essai multicentrique ou une randomisation par groupes.*

*Intervention "générale" avec analyse à posteriori*

*2 groupes de MG randomisés qui interviendraient chez toutes leurs femmes enceintes suivies..*

*Gp 1 : intervention formelle avec support écrit ( " carnet d'allaitement") en présence du père si possible, et support tel par le MG (en redonnant de manière formelle le tel du cabinet ..)*

*Gp 2: avec comme directive de suivre leur grossesse comme d'habitude sans spécifier le thème sur l'allaitement pour limiter l'effet Hawthorne*

*suivi: en pré natal M4, M5, M6 et en excluant la déclaration à M3 car trop chargée... et en post natales J8, M2, M3, M4, M5, M6 avec à M6 un formulaire à remplir pour évaluer l'efficacité de l'intervention ( résultats mesurés: initiation allaitement, et allaitement exclusif M3 et M6 , satisfaction , et bien sur essayer de "catégoriser " les patientes selon ISS pour exploitation des résultats*  
*Les critères de définition des groupes défavorisés restent à définir.*

**4<sup>ème</sup> séminaire intervention en MG-ISS**  
**10 juin 2009 - Paris**

Présents : AM Magnier, M Samuelson, C Rolland, T Lang, A Stillmunkés, M Vidal, V Kowalski, L Auboire, G Puey, A Soppelsa, H Falcoff, G Ibanez, M Favre, X Vuillaume, M Denantes, M Robalo, C Reynal, N Martin, V Ringa, L Rigal

Objectif de la journée : préparer la rédaction d'un protocole d'intervention
--

**Question préalable de TL sur la « gouvernance du projet »**

Le départ de P Florès fait que le projet est sans pilote. Virginie propose de prendre la coordination, avec l'aide de Marianne. Christine continuera à apporter également son soutien. Le rapport final sera coordonné par Virginie, mais certaines parties seront rédigées par des membres du groupe.

A quel appel à projets/ quel organisme pourrait-on demander un financement pour l'intervention : IRESP Appel à projets services de santé - politiques publiques et santé, date limite début septembre ? ANR-santé publique en sept-oct 2009 ? ... à voir en fonction de la ou des thématiques retenues.

**1 Point sur les recherches bibliographiques**

Toulouse (thèse d'Antoine) : thème traité : consommation d'alcool ; quand interrogation avec équation proposée, des milliers d'articles mais beaucoup ne sont pas pertinents. Interrogation avec une autre équation de recherche : 17 articles repérés mais aucun ne concerne d'étude d'intervention. Collecte des articles en cours.

Paris Descartes. Hector présente rapidement les travaux en cours ; Laurent est en charge de 5 thèmes, qui font l'objet de 6 thèses en cours : vaccinations (2 étudiantes), asthme enfant (cf LR), obésité enfant (cf LR), ostéoporose (équation ok), insuffisance rénale chronique (surtout études d'observation, une seule intervention). Beaucoup d'articles US avec critère ethnicité très présent. N'apparaissent pas comme des thèmes à proposer pour une intervention sauf éventuellement les vaccinations.

Paris 6 (Gladys)

Croisement des sujets entre 4 étudiants : **allaitement, grossesse et tabac - études d'observation et études d'intervention.**

Diapos de Gladys d'un projet d'article présentant la méthode de revue biblio sur l'exemple de tabac et grossesse.

Interrogation faite sur Pubmed et BDSP ; faut-il interroger une autre base ? réponse : faire tourner les équations sur d'autres bases sur un an pour voir ce que ça donne. Interroger d'autres bases ne semble pas a priori indispensable.

Quelle revue viser : MG ? gynéco ou pédiatrie ? pourquoi pas épidémiologie ?

(voir les diapos d'AS sur les revues de MG)

Donner une appréciation des études en fonction de la taille d'échantillon

Critères de qualité, à savoir d'inclusion et d'exclusion des études, à préciser, ainsi que le % d'accord entre les deux lecteurs (tous les articles sont lus par 2 lecteurs) .

Préciser la signification du terme « arrêter de fumer » : s'agit-il du début de grossesse, d'avant la grossesse, du second trimestre... ? De façon générale, chaque terme doit avoir une définition bien claire, explicitée

S'inspirer de cet article déjà bien avancé et très bien pensé pour les autres

Caen: thème : dépistage du cancer du col de l'utérus\_(Vincent). Deux thèses en cours (Laurent et Garance)

Inclusion via interrogation de Pubmed + « littérature grise et articles en cours » : préciser comment on a eu accès à ces deux types de documents

Mots clés/ équation de recherche : à préciser en regardant ce qui a été publié. Ajouter un terme sur dépistage individuel. Pas simple de lister tous les mots clés pour « intervention ». Virginie va voir auprès d'une personne de l'INSERM (N Pinhas) qui travaille à la documentation.

ajouter dans l'équation des mots clés sur ISS

Critères d'inclusion par rapport à l'ancienneté du frottis : se référer aux délais conformes aux recommandations du pays où l'étude a été menée ; regarder dans la discussion la justification des délais considérés ; En introduction de l'article (et de la thèse), signaler le fait qu'il y a des différences de recommandations et de délais selon pays.

Premières impressions : il existe un gradient en fonction du revenu, du niveau de diplôme et de la couverture sociale (surtout aux USA) ; études évaluées un peu efficaces mais en baisse dans le temps (il y a une efficacité à court terme, qui diminue dans le temps) ; repérage variable selon pays (qui a fait un frottis et dans quel délai)

### Questions et conseils généraux

Ne retenir que les revues ayant un comité de lecture (c'est le cas sur Pubmed).

Quand des revues de littérature sont déjà publiées, ne pas refaire la même chose : choisir des méthodes, une analyse, des critères de sélection différents ... ; citer ces revues dans la discussion.

Taille de l'échantillon ou quel « n limite » ? mieux vaut inclure les études portant sur des échantillons représentatifs de la population générale pour les études d'observation ; possibilité de considérer les études sur des sous-populations pour les études d'intervention. Par exemple, éliminer si femmes coréennes d'un certain quartier car pas de gradient social ; mais inclure si pop hispaniques plus larges où il peut y avoir un gradient social ;

Mobiliser les ressources des membres du groupe

Pour accès aux bases : Ex Vincent a un accès Cochrane à distance, il peut envoyer ses mots de passe ; accès « biblioinserm » des équipes de recherche...

Pour accès à des articles « non disponibles en France » : voir avec l'INIST (Hector) ; ou solliciter quelqu'un dans une université américaine. (Virginie)

Discuter la transposabilité des études dans les revues réalisées.

Se coordonner entre les séminaires ; échanger entre groupes par mail ou tél

Constituer une base d'articles en ligne, sur un site commun avec un mot de passe ; articles en pdf avec interrogation par mots clés (*après renseignements, cela reviendrait à une base biblio en ligne. Outil complexe. Beaucoup de travail d'indexation. Qui le ferait ? Un « site communautaire » (ex : box.net) où chacun peut déposer des articles, poser des questions, faire des commentaires est en revanche relativement simple et peu coûteux.*)

## 2. Commentaires sur les projets de protocoles d'intervention

### Grossesse et allaitement

Outre que le sujet est « attractif » pour plusieurs membres du groupe, il présente plusieurs aspects pertinents pour une étude d'intervention :

D'après la biblio, il existe un gradient social (les femmes les moins éduquées allaitent moins) ; il y a des bénéfices à l'allaitement = moins de bébés en surpoids (prévention de l'obésité de l'enfant) + autres bénéfices médicaux chez l'enfant ainsi que chez la mère

Le suivi des grossesses pourrait revenir davantage aux MG dans les prochaines années

plus de 90% des femmes passent chez le MG pendant leur grossesse

40% des femmes ouvrières font leur déclaration de grossesse chez le MG (enquête périnatale)

Les femmes se sentent « perdues » dans le choix de l'allaitement maternel ou non, elles ont besoin de conseils



Mais il soulève différentes questions, certaines autour du moment de la décision d'allaiter, peut-être très en amont de la grossesse :

Sur le rôle possible du MG (par rapport à l'impact de la maternité dans la décision d'allaitement et par rapport au poids de l'environnement proche de la femme)

Sur sa légitimité quand il ne suit pas cette grossesse de parler allaitement avec la patiente

Sur l'opportunité de le faire quand le motif de consultation est autre

Sur sa compétence et sa motivation à le faire quand il ne fait pas de suivi de grossesse

Comment évaluer les résultats de l'intervention à court terme ?

En quoi l'intervention pourrait-elle consister ? Le conseil simple et isolé du style « pensez-vous allaiter ? » ne marche pas, sauf si il n'y pas d'autre problème à gérer ; difficile de mesurer son efficacité. Envisager plutôt une intervention brève + dire « je suis à votre disposition pour tout conseil.. »

Ou alors intervenir sur les « femmes enceintes qui fument » (cf une sur deux femmes ouvrières fume en début de grossesse selon l'enquête nationale périnatale)

### Risque cardio vasculaire

Les intérêts du sujet et du protocole présentés sont :

Prévalence du RCV

Gradient social reconnu

Evaluation de l'intervention a priori faisable

Les obstacles et réticences :

-intervention centrée sur un changement de comportement du patient plutôt que sur un changement de pratiques du MG

Aspect moralisateur et risque de stigmatisation du « patient pauvre et fumeur »

Quelle que soit la méthode, les interventions fonctionneraient à 30% et surtout chez ceux qui ont envie d'arrêter.

Propositions :

associer dans l'intervention prise en charge du tabac et de l'HTA

Adjoindre un tabacologue au groupe pour y réfléchir

Choisir une méthode d'intervention socialement différenciée plutôt qu'une population cible socialement différenciée

Comme il y a plus de plus nombreux facteurs de risque en bas de l'échelle sociale, il semble judicieux d'agir sur la population ayant le plus haut niveau de risque, par exemple celle ayant 3 facteurs de risque

Agir sur le changement de comportement du médecin (prise de la tension) plutôt que sur celui du patient

Dépistage de l'insuffisance coronaire à élargir à tout le monde et non pas qu'à ceux qui se remettent à faire du sport à plus de 50 ans ?

Faire prévention secondaire et haut RCV (cf Hector : il existe une étude en cours sur étude d'intervention avec consultation pour patient à haut RCV (multicentrique – ESCAPE) mais sans objectif sur ISS : une autre étude est amenée par l'URML Bretagne Val de Rance et consiste à relever le RCV des patients et adresser ceux ayant un haut RCV à une consultation éducation santé tenue par des infirmières formées à cela)

### Frottis

Une discussion sur les pratiques de paiement, de remise (ou non) des frottis à la patiente et d'envoi du frottis au laboratoire d'anatomo-pathologie des uns et des autres fait apparaître à quel point elles peuvent être différenciées selon le MG et la région. Parfois le prélèvement à envoyer soi-même au labo avec le paiement, ailleurs le MG appelle un labo qui envoie un coursier, une proposition est faite aux patientes CMU de le porter elles mêmes au labo pour qu'elles bénéficient du tiers payant, le MG envoie lui-même le prélèvement pour les patientes défavorisées... Sans compter que le frottis est plus difficile à proposer à une femme voilée...

Intérêts du frottis comme thème d'intervention :

Gradient social

Biblio de Vincent sur le sujet

« simple » à mesurer initialement et pour évaluer l'intervention : frottis fait ou pas

Existence d'un référentiel : un frottis tous les 3 ans

A propos de la méthode :

Nécessité d'innover (faire plus que le simple rappel même si efficace pour améliorer les pratiques et réduire les ISS), notamment sur l'organisation des cabinets médicaux (se faire aider par des intervenants extérieurs), par exemple faire un rappel pour tous (frottis) + une intervention plus innovante, « faire un package » de plusieurs interventions de dépistage

regarder de manière plus large l'état de la prévention dans la patientèle via les bases de données de la sécu ; pas besoin de l'accord des patientes pour avoir accès à la base sécu si on demande le % de patientes ayant fait un frottis dans un certains laps de temps (car non nominatif)

il faut un vrai système de registre et de rappel chez le MG

Exemple : envoyer un courrier au domicile de la patiente : « vous avez un frottis à faire, aller consulter votre MG ». Un médecin traitant est maintenant autorisé à faire ce type de démarche. Il faut faire signer un accord au patient au moment de la déclaration du médecin traitant : « êtes-vous d'accord que je vous prévienne quand il y a quelque chose à faire dans le suivi de votre santé ? »

Demander dans le financement de l'étude d'intervention une somme incluant la prise en charge des frottis

Type d'étude d'intervention modélisable (intervention dont l'architecture, la méthode puisse être un modèle pour d'autres ?)

Pour éviter le risque de creuser le gradient social, l'originalité est de faire une discrimination positive avec une méthode socialement différenciée (et pas, comme déjà souligné plus haut, en sélectionnant une population cible socialement défavorisée).

Remarque: pour le frottis on est déjà « au top » pour les CSP hautes, donc les autres CSP bénéficieront de l'intervention

Faire au moins une étude de faisabilité à partir des données CNAMTS, il n'y a que deux ans dans leurs bases mais on peut en prospectif avoir toutes les années qu'on veut.

Pas de souci sur l'effectif de MG à prévoir pour une randomisation par groupes : avec 4 DMG et la SFTG on peut avoir au moins 30 ou 40 MG par groupe

A propos du dépistage de masse

- le gradient social diminue lors de la mise en place d'un dépistage de masse (cf enquête INVS, voir avec HF ?)

- dans une étude dans le 95 ( cf Hector) : le recours au dépistage masse par mammographie est le même selon les groupes sociaux mais MG arrêtent de le proposer et les gynéco continuent. Travailler ce point pour un autre positionnement des MG (TL)

- Hector signale un travail en cours pour faire un retour vers les MG après dépistage de masse à partir de la liste des patientes non dépistées

Maddy : on peut via un site de l'« ADECA » (dépistage de masse) éditer le même courrier que reçu par la patiente quand elle l'a perdu.

**Choix des thèmes d'intervention IMPORTANT +++ , à travailler pour le séminaire de septembre**

Les avis sont très partagés

Choisir en fonction de ce qui peut être exportable hors France.

Retenir deux thèmes pour une intervention croisée : frottis et haut RCV (Hommes et Femmes)

Réfléchir de manière approfondie sur la nature de l'intervention

- Instaurer des nouvelles pratiques, par exemple reminders et délégation de tâches

- Intervention de type organisationnelle pour le frottis (Reminders et autre chose ?) et intervention de type focus groupes de MG centrés sur leurs pratiques en ce qui concerne le RCV (par exemple pourquoi prescrit-il un électrocardiogramme d'effort et auprès de qui ; idée d'anticipation et de malentendu, cf projet INTERMEDE\* ; dans les focus groupes faire parler les MG d'une part, et d'autre part les informer sur les ISS et certains problèmes de santé.  
- réfléchir aussi à une intervention globale du MG, par exemple pour augmenter la prévention du RCV

\*Dans le projet Intermède (sous la direction de Thierry), nous travaillons l'hypothèse que les MG agissent en fonction du comportement qu'ils anticipent chez leurs patients, en fonction de ce qu'ils pensent qu'ils feront ou pas ; nous travaillons également sur les « malentendus » entre médecin et patient lors d'une consultation (comment l'un ou l'autre comprend ou interprète ce que dit l'autre). Nous le faisons en mobilisant les outils de 3 disciplines : épidémiologie, sociologie et linguistique.

#### Remarques autres

Maddy : contrat amélioration des pratiques (ou performances) individuelles, nouveau, par la CNAMTS, avec paiement à la performance

Gladys : il y a aussi les infections à chlamydiae, diagnostic simple, autodépistage possible, traitement monodose, gradient important. Publi à sortir

Thierry : creuser dans la littérature collectée les interventions qui ont fonctionné

#### **CONCLUSIONS/DEVOIRS D'ETE :**

**- réfléchir d'ici septembre sur les interventions envisagées**

**- faire le point financier**

**- organiser un autre séminaire en septembre pour fixer ensemble les grandes lignes de l'étude d'intervention. Discuter alors de la recherche de financements pour cette étude.**

**5<sup>ème</sup> séminaire « intervention en MG et ISS »  
22 septembre 2009 - Paris**

**Présents** : AM Magnier, M Samuelson, C Rolland, T Lang, A Stillmunkés, H Falcoff, M Denantes, V Ringa, L Rigal

**Ordre du jour**

- Point administratif et financier
- Etat d'avancement des thèses et publications
- Choix d'une intervention

Rappel du calendrier : rapport final fin décembre

-----  
**Point administratif et financier**

(Virginie) Pas de nouvelle de P Florès qui a à rédiger une lettre indiquant aux financeurs qu'il a quitté la coordination du projet et qu'elle est transmise à Virginie. Maddy et Anne Marie se chargent de le contacter pour lui faire signer cette lettre.

Faire le point financier après le prochain et dernier séminaire (25 nov, 10h-17h, Toulouse) dont les frais de déplacement devraient être pris en charge par chacun dans le cadre du congrès du CNGE. Christine s'organisera avec Edith Choplin pour les déjeuners sur place.

**Etat d'avancement des thèses et publications**

- *Paris 6* (Anne Marie): « dans la rédaction ». AMM fait un point avec les internes et chefs et nous envoie prochainement un état des lieux.

- *Paris 5* (Laurent) : les internes ont passé leur DES donc maintenant la thèse en « pole position ». Sélection reprise en intégrant « milieu scolaire » dans l'équation. Avec la question : sont-ils transposables ou non en MG ? Asthme mis de côté. Deux internes sur obésité l'un sur intervention l'autre sur observation.

Hector (absent à ce moment là) encadre 4 internes et aurait un peu plus de mal.

Une interne (Julie Rosseau) va bientôt faire une recherche sur « la barque du généraliste » (sur quoi et par qui le MG est désigné comme ayant à prendre en charge)

- *Caen* (Vincent) : N Pinhas, documentaliste INSERM, interrogée à propos de l'équation : pas de « recette » pour couvrir au mieux le terme d'intervention. Equation conservée. Double lecture en intégralité des articles en cours.

Discussion sur les critères d'inclusion :

- absence de recommandations françaises récentes sur la fréquence du frottis (RMO ANDEM, 1997) ; sont prises en référence dans la sélection les recommandations OMS : « entre 2 et 5 ans ».

- quelle taille minimale de l'échantillon ? inclure plutôt selon la possibilité d'extrapolation des résultats, en fonction de sa représentativité et si le mode d'échantillonnage est bien décrit : tirage au sort aléatoire, représentatif de la population ou avec un gradient social... Par ex une population « HMO » aux USA n'est pas représentative de la pop générale mais elle comporte un gradient social ou du moins une variété sociale.

**Ecrire nos critères d'inclusion. Important ++**

- *Toulouse* (André). Thème : Alcool. Une seule étude avait été repérée depuis la BDSP. 8 études interventionnelles l'ont été via pudmep : mais aucune sur gradient social.

**Choix d'une intervention et réponse à l'appel à projets libres INCA SHS-SP et épidémiologie**

Appel à projets qui correspond complètement à notre travail. Date limite : le 27 novembre. A tenter en montant une réponse de type « lettre d'intention pour finalisation du protocole et de sa faisabilité » (Virginie), c'est-à-dire, un plan de protocole en expliquant le parcours du groupe.

Attention réponse en français et en anglais : *prévoir le temps pour la traduction* (Virginie va contacter une personne avec laquelle elle a l'habitude de travailler)

***On proposerait une étude d'intervention à double bras croisés : de type organisationnel pour le frottis (Reminders et autre chose ?) et focus groupes de MG centrés sur leurs pratiques pour le RCV***

Rappel : les Focus group visent à faire parler les MG et les faire réfléchir sur leurs pratiques et leur éventuelle variation en fonction de catégories sociales. C'est un travail sur les représentations, avec l'hypothèse que la verbalisation amène à une prise de conscience.

Questions soulevées :

- Informer les MG participants sur les ISS? ou seulement pour le groupe « frottis » ? ou personne ?

- RCV ou juste tabac ?

Laurent fait part d'une étude d'intervention « arrêt du tabac » : faire souffler dans ??? pour mesurer le CO2. Intérêt : effet de l'arrêt du tabac visible rapidement et a plus d'impact sur les populations de bas niveau social. Thierry n'est pas favorable à une intervention « tabac » car le rôle du MG n'est que contributif sur ce thème

- méthode

Un essai croisé nous permettra-t- il d'avoir un effet suffisamment marqué, une différence entre les deux groupes puisque deux thèmes communs? Faire un point biblio sur la méthode des essais croisés

Ou ne faire qu'un bras mais sur deux groupes à un an d'intervalle ?

Ou trois bras ?

Sur deux sites (Thierry propose le Québec<sup>1</sup>) ?

Zone d'intervention en milieu défavorisé ou mixte ?

Adjoindre un volet qualitatif SHS ?

Hector n'est pas favorable au seul focus group comme intervention, ce serait comme un groupe témoin ; cf guide « qu'est ce qu'on peut faire en MG pour réduire les ISS » de l'INPES sur lequel lui et Patrick sont en train de travailler. La biblio indique que ce qui marche le mieux c'est quand on a plusieurs leviers en même temps et qu'on adopte une démarche qualité (définition d'objectifs à atteindre/atteints). Les actions qui fonctionneraient le mieux sont celles qui visent à modifier l'interaction médecin-patient : par l'activation du patient (par ex lecture d'un doc d'info, invitation à s'exprimer auprès du médecin) et l'activation du médecin, (en lisant ce qu'a écrit le patient...). Hector propose : des focus group RCV + activation des MG sur le repérage de critères sociaux (enregistrement de la position sociale) + activation patients par l'information (brochure en salle d'attente) ?

- participation des DMG : en tant qu'investigateur (pas de problème a priori pour le recrutement des MG dans chaque site). Mais quelle implication du DMG de Toulouse ? S'associer à d'autres DMG pour l'étude d'intervention ?

- prévoir dans le projet de recruter un ARC pour monitorer l'intervention

*A faire*

- Vérifier la littérature sur les essais croisés (Virginie)

- Sortir de la biblio faite des points précis utiles pour la réponse. Ex frottis : les interventions réalisés, méthodes et résultats. (Virginie et Thierry, avez-vous d'autres indications ?)

- biblio sur ISS et RCV (Thierry, Christine)

- Rédiger un premier plan de protocole : Virginie envoie une ébauche de protocole le 21 octobre au plus tard pour compléments des uns et des autres

Délais :

date de réponse à l'AO INCA: 27/11  
traduction en anglais à faire: le texte doit être impérativement terminé le 20/11

---

<sup>1</sup> Ce pourrait être avec le centre Léa-Roback de l'Université de Montréal : <http://www.centrelearoback.org/fr/accueil>

**6<sup>ème</sup> séminaire « intervention en médecine générale et ISS »  
25 novembre 2009 - Toulouse**

**Présents** : Maddy Denantes, Hector Falcoff, Vincent K, Thierr Lang, Anne Marie Magnier, Virginie Ringa, Laurent Rigal, Christine Rolland, Marianne Samuelson, Anne Soppelsa, Marc Vidal

Deux points à l'ordre du jour

**Etat d'avancement des travaux des étudiants**

Anne Marie - Paris VI : 4 étudiants (Marta, Nathalie, Cyrille, Xavier + Gladys) : arrêt du tabac grossesse et allaitement  
2 thèses (Marta et Xavier) soutenues en janvier, les deux autres en juin. Un article en cours pour chaque thèse

Laurent - Paris V : deux étudiants sur obésité de l'enfant, études d'observation et d'intervention  
Pas bcp avancé, tableau récapitulatif des différentes études, une trentaine mais toutes ne resteront pas. Soutenance en juin.

+ Julie Rosso : thèse sur « la barque préventive du MG », juste commencée, que sur adulte

Hector : deux binômes en double lecture, mais un a explosé sur les vaccinations, Sophie continue seule

Vincent - Caen : une thèse en cours sur études intervention et frottis, soutenance avant mai. Les deux autres abandonnent. Pas de thèse alors sur prévalence, peut être une revue de littérature

Antoine – Toulouse : thèse sur alcool-études d'intervention. soutenance d'ici juin 2010

Remarques générales

Thèses en binôme pas faciles à réaliser : problème d'organisation sur la double lecture et les étudiants ont un peu de mal avec la lecture critique. Nécessaire qu'un encadrant lise également

***Dans les articles, ne pas oublier de signaler le projet :***

« Prévention en médecine générale : quelle est la place des inégalités sociales et comment les réduire ? (IRES-IMPES), INSERM U149, Unité INSERM INED 822, UMR INSERM 558, Département de médecine générale Université Paris Descartes, Département de médecine générale Université de Caen, Département de médecine générale Université de Toulouse, Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (2007-2009) »

***Pour le rapport : envoyer à Virginie et Christine, les références des thèses : titre, nom de l'étudiant, date soutenance, directeur, faculté***

Idée : proposer un numéro spécial MG-ISS à la RESP (l'annoncer dans le rapport), possible en français ou en anglais. Virginie, rédactrice associée, va se renseigner sur les modalités

**Protocole : mettre en place et évaluer une étude d'intervention en MG qui permettrait de réduire les ISS en prévention**

A rédiger pour le rapport final fin décembre et pour soumettre à l' »ANR blanc », date limite le 12 janvier 2010.

A propos de nouveaux participants :

Apport de Pierre Durieux, spécialiste de la méthodologie des études d'intervention

Intérêt d'avoir des économistes. Thierry ou Christine contactera Pierre Dubois de la Toulouse School of Economics

Elargir à l'étranger ? Québec (cf Lise Potvin qui coordonne le guide INPES sur les ISS) ou Belgique. Attention aux différences entre pays de l'organisation du système de santé (le Québec recourt déjà à des assistantes, la Belgique non). Est-ce judicieux ?

Contactez Pierre Verger (Marseille) pour un autre site d'étude ?

Questions non résolues.

Attention à ne pas trop s'élargir, le groupe actuel est soudé et a acquis une compétence collective.

#### Discussion sur l'utilisation de la liste Médecin Traitant (MT)

Problème de mise à jour et de concordance entre liste fournie par la CNAM et liste effective des patients suivis. (Marianne)

Problème du codage des actes selon remboursement sur la liste : pas en clair, savoir décoder. De quel niveau d'information dispose la CNAM ?

ne pas être dépendant de la CNAM, l'intervention doit rester autonome par rapport à la CNAM, surtout pour sa généralisation

Attention à la confidentialité des données et leur accès à distance (ce qui serait le cas avec un-e assistante)

Intérêt d'avoir un-e assistant-e pour nous aider à gérer cette liste, notamment repérer les patients sur la liste MT mais que l'on n'a pas vu depuis longtemps (Hector)

Autre rôle d'un-e assistante : nous rappeler d'aborder certains sujets avec les patients (soins de prévention)

Autre idée : établir des CAPI sur nos objectifs d'intervention ? les MG seraient rémunérés par la CNAM (Marc). Problème majeur : sujet sensible chez les MG.

**Quand le protocole sera présentable, en discuter avec Dominique Polton** pour voir ce qu'elle en pense et ce qui est possible (Thierry)

Plusieurs schémas d'intervention possibles

bras 1 : assistant(e) de prévention, qui gère la liste médecin traitant

bras 2 : consultation dédiée de prévention, faite par le MG, avec rémunération particulière

bras 3 : aucune intervention

Il s'agirait de partir de la liste MT, de la mettre à jour et de la compléter par des données socio-économiques et comportements de santé recueillies par questionnaire postal, au nom du projet et signalant l'accord du MG.

#### Questions à préciser :

partage des rôles entre investigateur et assistant-e

que fait le MG avec les patients non à jour de prévention dans le groupe témoin ?

le questionnaire est-il à renvoyer au MG ou à l'unité investigatrice ?

forme-t-on dans les trois groupes /ISS ?

Proposition de Laurent : recueil identique dans les trois bras et tirage au sort dans un second temps

Critère principal d'inclusion composite (sur le principe d'un score global de prévention) : « Frottis fait ou non, mammographie faite ou non, hémocult fait ou non, dosage du cholestérol et de la glycémie, pression artérielle inférieure à 104/90 »

On regarde pour chaque élément si ça a été fait ou pas pour la population concernée selon les recommandations correspondantes. Introduire les antécédents recueillis dans les questionnaires ?

Critères secondaires : Tabac et alcool. Poids/BMI ?

Age : hommes et femmes de 25 à 75 ans

Questionnaire adapté selon âge et sexe

Budget : Hector voit avec Alain Venot

Remarque : schéma proche d'Azalée mais on introduit l'objectif ISS

Evaluation de l'étude ? Analyse du processus d'intervention et par sous groupe. Approche qualitative ?

### Répartition du travail « work package »

HF - retravaille sur la partie Contexte (pour la partie justification des thèmes médicaux choisis, voir le plan cancer 2 du rapport Grumfeld, dixit TL)

- fait un tableau des recommandations avec les indicateurs qui seront utilisés dans l'essai

TL contacte des personnes qui travaillent dans son équipe pour la partie biostatistique

On va demander à P Durieux s'il peut s'occuper de faire de la biblio sur les interventions en MGale

LR et VR s'occupent des lettres, documents aux patients, des modalités de récupération de la liste MT

HF et LR s'occupent des questionnaires patients de récupération des données de début et fin d'intervention

VR s'occupe d'un paragraphe sur les ISS dans le frottis



## **Annexe 2 : Valorisations**

### **Volet 1.**

Laurent Rigal et Hendy Abdoul ont écrit leur thèse de médecine à partir des données de l'enquête auprès de MG, sous la direction respectivement de Virginie Ringa et Marie-Jo Saurel Cubizolles.

Laurent Rigal, après avoir soutenu son mémoire de M2R, est en 3<sup>ème</sup> année de thèse d'université (Le dépistage des cancers féminins en Ile-de-France) sous la co direction de Virginie Ringa et Jean Bouyer, travaux qui s'appuient sur les données de l'enquête.

Plusieurs articles sont en cours d'examen, de soumission ou d'écriture : dépistage par frottis cervico-utérin et inégalités sociales (L Rigal), repérage des consommations de tabac et d'alcool (H Abdoul) .

### **Mémoires de M2**

Laurent Rigal (Paris 11). Facteurs liés au dépistage du cancer du col utérin dans les cabinets de médecine générale franciliens. M2R recherche, option épidémiologie, Paris 5 et 11, 2007

Patrick Flores (Paris 11). Facteurs associées à la pression artérielle systolique des patients hypertendus traités par des médecins généralistes en région parisienne

Valérie Féron (Université Paris 5 UFR de Mathématiques et informatique, Master IMSV, parcours SIB) : Analyse de la concordance entre déclarations de patients et données des dossiers médicaux

### **Communications**

Rigal L, Florès P, Falcoff H, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V. Impact of socioeconomic, health and medical care factors on cervical cancer screening in French general practice, WONCA Europe Conference, Paris, Octobre 2007 .

Rigal L, Florès P, Falcoff H, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V Impact of socioeconomic, health and medical care factors on breast cancer screening in French general practice, WONCA Europe Conference, Paris, Octobre 2007

Rigal L, Florès P, Falcoff H, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V Inégalités sociales observées en médecine générale face au dépistage du cancer du col utérin, MEDEC, Paris, Mars 2008

Rigal L, Florès P, Falcoff H, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V Différences sociales dans le dépistage du cancer du col utérin en médecine générale, 2ème Congrès de la Médecine Générale, Lyon, Juin 2008

Différences sociales dans le dépistage du cancer du col utérin en médecine générale, 2ème Congrès de la Médecine Générale (CMG) Lyon, Juin 2008

Inégalités sociales de dépistage du cancer du col utérin en médecine générale, Colloque thématique de l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF) : épidémiologie sociale et inégalités sociales, Toulouse, Mai 2009

### **Thèses d'exercices**

Abdoul H. Facteurs liés à la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme dans les cabinets de médecine générale franciliens. Thèse pour le Doctorat en Médecine Paris 5, 2008

Rigal R. Facteurs liés au dépistage du cancer du sein dans les cabinets de médecine générale franciliens. Thèse pour le Doctorat en Médecine Paris 5, 2008

### **Articles**

Detection of smokers and at-risk drinkers by GPs. Results from the Paris Prevention in General Practice (PPGP) Survey. Abdoul H, Ringa V, Flores P, Falcoff H, Rigal L, Moncade O, Saurel-Cubizolles MJ ; soumis à Eur J Public Health.

## **Volet 2.**

### **Thèses d'exercices**

Paris 5 (Faculté Paris Descartes)

Julien Vaux : Position sociale et obésité infantile : revue systématique des études d'observation. Octobre 2010. Médaille d'argent

Seang Sophie : Que sait-on des inégalités socio-économiques associées aux vaccinations chez l'adulte ? Mars 2010

Gervais Julie : Que sait-on des inégalités socio-économiques associées à l'ostéoporose et à sa prise en charge ? Décembre 2010

Chiomento Thomas : Que sait-on des inégalités socio-économiques associées à l'insuffisance rénale chronique et à sa prise en charge ? Décembre 2010

Sophie Requillart : Position sociale et obésité infantile : revue systématique des études d'intervention (pas de date de soutenance)

Julie Rosso : Prévention primaire chez l'adulte en médecine générale : estimation de la charge de travail (pas de date de soutenance)

### **Paris 6 (Pierre et Marie Curie)**

Nathalie Martin : Allaitement et inégalités sociales de santé : Prévalence de l'allaitement par pays et variation en fonction des catégories socio-professionnelles. Avril 2010. Mention très honorable

Cyrille de Reynal : Allaitement et inégalités sociales de santé : Interventions efficaces pour la promotion et le maintien de l'allaitement en médecine générale : population générale et différenciations sociales. Avril 2010. Médaille d'argent.

Marta Robalo : Tabagisme pendant la grossesse et inégalités sociales de santé : Prévalence par pays et variation en fonction des catégories socio-professionnelles. Février 2010. Médaille de bronze.

Xavier Vuillaume : Tabagisme pendant la grossesse et inégalités sociales de santé : Interventions efficaces pour le sevrage tabagique pendant la grossesse en médecine générale : population générale et différenciations sociales. Février 2010. Médaille de bronze.

Laurent Auboire : Réduction des inégalités sociales dans le dépistage du cancer du col de l'utérus : revue de la littérature des interventions évaluées en soins primaires. Octobre 2010

### **articles en cours:**

-C. de Reynal, etc. Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Evaluating Primary Care-Based Interventions to Promote Breastfeeding in Low-Income Women

-M. Robalo, etc. Infant and health inequalities : Smoking during pregnancy

- N. Martin, etc. Breastfeeding in developed countries – prevalence and health inequalities (article en français)

### **Annexe 3. contributions des chefs de clinique**

#### **Texte de Gladys Ibanez (DMG Paris 6)**

##### **Contribution du groupe de travail sur « les inégalités sociales de santé »**

Un groupe de travail constitué de médecins généralistes et de chercheurs s'est mis en place en 2007 dans le but de mettre en place une intervention de prévention permettant de réduire les inégalités sociales de santé en médecine générale. J'ai intégré ce groupe de travail à partir de novembre 2008.

La participation à ce groupe de travail m'a été très utile dans ma pratique médicale et dans l'accomplissement de mes fonctions universitaires. Il m'a avant tout permis de me sensibiliser aux inégalités sociales de santé, et d'intégrer ce concept dans ma pratique médicale quotidienne. La connaissance des inégalités sociales de santé permet en effet de mieux prendre en compte le patient dans son contexte de vie et je l'espère, d'améliorer les aides médicales et sociales que l'on peut lui apporter. Par ailleurs, cette collaboration a abouti à la réalisation de 4 thèses de médecine générale, récompensées pour leur qualité scientifique par des médailles et des titres à la faculté de médecine. Ces thèses ont passionné les étudiants, qui n'hésitent pas actuellement à partager leur travail au cours d'enseignements universitaires de 3<sup>ème</sup> cycle, mais également de congrès, de réunions politiques et d'articles scientifiques (en cours d'écriture). De plus, le concept « d'inégalités sociales de santé » est actuellement source de réflexions à l'université Paris 6, en vue d'une sensibilisation des étudiants dès le deuxième cycle des études médicales et d'une intégration dans le programme de l'Examen National Classant. Enfin, ce travail d'équipe est également l'occasion d'une rencontre entre personnes passionnées qui travaillent sur un même projet. A l'heure où la recherche en médecine générale se développe en France, je ne peux que soutenir la suite de ce projet commun pour que la médecine générale propose des soins de prévention accessibles à tous.

#### **Texte de Vincent Kowalski (DMG Caen)**

J'ai été intégré au groupe de travail en tant que chef de clinique de médecine générale de l'UFR de médecine de Caen. Ce fut ma première expérience active dans un groupe de recherche pluridisciplinaire s'intéressant aux soins primaires.

Il m'a été bénéfique sur de nombreux points. J'ai été sensibilisé aux inégalités sociales de santé, avec l'utilisation explicite de « données sociales » dans le suivi des patients et les décisions diagnostiques ou thérapeutiques quotidiennes. Ces connaissances ont pu être intégrées dans l'enseignement destiné aux internes de médecine générale. J'ai également profité de cette expérience pour améliorer certaines compétences dans le domaine de la recherche en profitant de l'encadrement par des professionnels de ce groupe de travail. Cela a permis la rédaction d'une thèse de médecine générale qui sera soutenue prochainement, puis la rédaction d'un article scientifique. Ces compétences acquises seront également utiles pour les futurs projets de recherche.

D'une manière plus générale, je pense que ce groupe de travail s'inscrit dans l'évolution actuelle des soins de santé primaires, à savoir un travail pluriprofessionnel autour d'un même objectif. Ces rencontres furent l'occasion de partager nos expériences médicales, sociales, universitaires. Ces dialogues habituellement rares me paraissent indispensables : la recherche ne peut être dissociée de la pratique quotidienne, et ne peut être que pluridisciplinaire lorsque l'on aborde des sujets complexes touchant à la prévention, aux inégalités sociales et aux soins.

Des projets de ce type sur les soins primaires méritent d'être poursuivis. Je pense en effet qu'il est important de maintenir et de soutenir ce lien créé entre professionnels de santé, chercheurs et institutions.

