

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2007

N° 38

THESE

Pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Médecine générale

par

Johanna Letertre épouse Daniel

née le dix avril 1977 à Caen

---

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2007

---

**Influence de la durée de suivi par le médecin généraliste,  
sur des critères de dépistage primaire ou de suivi,  
chez une population de femmes de soixante à soixante-cinq ans  
en Loire Atlantique.**

---

Président : Monsieur le Professeur Edmond Chailleux

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Paul Canevet

# **SOMMAIRE**

## **INTRODUCTION :**

## **METHODE :**

### **1. Choix des médecins.**

### **2. Choix de la population.**

### **3. Choix des critères.**

3.1. Bilan sanguin de dépistage.

3.2. Mammographie.

3.3. Frottis cervico vaginal.

3.4. Cancer colo rectal.

3.5. Ostéodensitométrie.

3.6. Constantes de base d'un patient.

3.7. Surveillance des patientes porteuses de pathologie.

3.7.1. Surveillance des hypertendus.

3.7.2. Surveillance des diabétiques.

3.7.3. Surveillance des patientes dyslipidémiques.

### **4. Variables explicatives.**

### **5. Description du recueil des données.**

## **RESULTAT :**

1. Analyse descriptive.
2. Analyse comparative.

## **DISCUSSION :**

1. Argumentaire de la méthode
  - 2.1. La population étudiée.
  - 2.2. Les Médecins.
  - 2.3. Les critères.
  - 2.4. La période d'observation.
  - 2.5. Le recueil des données.
2. L'analyse descriptive.
3. L'analyse comparative.

## **CONCLUSION :**

## **RESUME :**

## **BIBLIOGRAPHIE :**

## **INTRODUCTION :**

En France, on observe une forte concentration des causes de décès autour de 5 chapitres de la classification internationale des maladies qui rassemblent près de 3 décès sur quatre : les maladies de l'appareil circulatoire (29%) ; les tumeurs (28%) les morts violentes (8%) et les maladies de l'appareil respiratoire (7%).

On observe des chiffres similaires, en Loire Atlantique : les 4 principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires (30%), les tumeurs (29%), les accidents et autres morts violentes (9%), et les maladies de l'appareil respiratoire (6%).

On a constaté en France un net recul de la mortalité cardiovasculaire avec une baisse du taux comparatif de mortalité de 47% entre 1980 et 2001. La mortalité par tumeur 10% a connu un recul moins net. (1)

Le dépistage de ces pathologies, ainsi que leur surveillance quand elles sont avérées, reposent en grande partie sur le médecin traitant et sa vigilance.

Le lien qui se noue entre un médecin et son patient est très particulier. Avec la garantie du secret professionnel, on peut tout dire à son médecin. Il nous connaît bien sans forcément être un intime. Parfois c'est même toute la famille qu'il connaît. Lorsque le suivi est très long, plus de 20 ans par exemple, c'est une tranche de vie partagée. Parfois il a vu naître les enfants et même les petits enfants de ses patients. C'est une des seules spécialités médicales trans-générationnelle. Certains sont même tellement attachés à leur médecin qu'ils n'hésitent pas à faire plusieurs dizaines de kilomètres pour qu'il continue de les suivre. Le fait de changer de médecin est parfois très difficile voire même vécu comme un traumatisme : il faut recréer un lien de confiance avec un inconnu.

Au fur et à mesure des années, d'autres facteurs que professionnels entrent donc en jeu et pourraient altérer le jugement du praticien.

Il n'existe pas de travaux à ma connaissance explorant l'influence de la durée du suivi sur la prise en charge. Beaucoup existent sur l'éducation thérapeutique des patients porteurs de maladies chroniques (2-9), sur l'éducation thérapeutique (10-12) ou sur la relation thérapeutique (13,14). On peut aussi trouver des articles traitants du ressenti des deux acteurs de cette relation. (15,16)

Je vais essayer de mettre en évidence l'influence de la durée de suivi par le médecin sur sa prise en charge, en me focalisant sur les deux causes principales de mortalité (maladies cardiovasculaires et tumeurs) pour lesquelles il existe des recommandations claires et validées, ainsi que sur des actes de médecine préventive.

## **METHODES :**

### **1. Choix des médecins :**

Dix médecins ont été contactés, tous exerçant depuis au moins 20 ans, ceci afin d'explorer l'influence de la durée dans le suivi. Je les ai sélectionnés par connaissance, en essayant d'équilibrer les secteurs d'activité ruraux et urbains.

Au final :

- un médecin partant prochainement à la retraite dont la patientèle est reprise par une amie ;
- deux médecins exerçant dans un cabinet de groupe où une amie a effectué un remplacement ;
- un médecin connu lors d'une FMC et que j'ai remplacé ;
- l'associé d'un ancien maître de stage ;
- un de mes anciens maîtres de stage ;
- mon directeur de thèse ;
- le médecin suivant mon conjoint depuis 23 ans ;
- deux médecins maîtres de stage.

Seulement des hommes par le hasard des rencontres.

Tous informatisés depuis 5 à 10 ans.

Tous travaillant à temps complet,

- ✓ Médecin n°1 : Installé depuis 36 ans, informatisé depuis 13 ans. Il travaille dans un secteur rural, dans une commune de moins de 5000 habitants, avec une densité de 62 habitants au km<sup>2</sup>.
- ✓ Médecin n°2 : Installé depuis 21 ans, informatisée depuis plus de 10 ans. Il travaille dans un secteur rural, dans une commune de moins de 1500, avec une densité de 59 habitants au km<sup>2</sup>.
- ✓ Médecin n°3 : Installé depuis 24 ans, informatisé depuis 8 ans. Il travaille dans un secteur rural, dans une commune de moins de 5000 habitants, densité de 69 habitants au km<sup>2</sup>.
- ✓ Médecin n° 4 : Installé depuis 36 ans, informatisé depuis 7 ans. Il travaille dans un secteur urbain, dans une commune comptant entre 40000 et 50000 habitants, densité de 1456 habitants au km<sup>2</sup>. Egalement maître de stage auprès des internes de médecine générale.
- ✓ Médecin n°5 : Installé 25 ans, informatisé depuis 7 ans. Il travaille dans un secteur urbain, dans une commune comptant entre 25000 et 30000 habitants, avec une densité de 2163 habitants au km<sup>2</sup>. Egalement maître de stage auprès des internes de médecine générale.

Cinq m'avaient donné leur accord mais après collection des données je ne les ai pas conservées pour les raisons suivantes :

- Durée d'installation insuffisante (<20 ans)
- Non informatisation.
- Pas d'accessibilité aux anciennes fiches papiers, la durée de suivi aurait donc été approximative.
- Problème de disponibilité pour le recueil des données.
- Nombre insuffisant de femmes répondant aux critères (5 cas uniquement)

## **2. Choix de la population :**

Femmes nées entre le 1<sup>er</sup> janvier 1942 et le 31 décembre 1947, suivies au cabinet, et ayant consulté au moins une fois dans une période de deux ans précédent le recueil des informations, entre le 1<sup>er</sup> Juin 2005 et le 30 Juin 2007.

L'âge choisi est une date clé dans la vie d'un individu, il correspond à une rupture, c'est l'âge de la retraite. Celui-ci se situe entre 60 et 65 ans au maximum pour les travailleurs salariés.

## **3. Choix des critères :**

- Indicateurs de santé d'un individu pour lesquels il existe des recommandations établies en prévention primaire ou en suivi de pathologie :

- 1) dernier bilan sanguin de dépistage ou de suivi en cas de pathologie chronique,
- 2) mammographie,
- 3) frottis cervico vaginal,
- 4) vaccination antitétanique,
- 5) dépistage cancer colorectal,
- 6) ostéodensitométrie,

- Constantes de base d'un patient :

- 7) antécédent à jour,
- 8) tabagisme,
- 9) tension artérielle de moins de deux ans,
- 10) poids datant de moins de deux ans,
- 11) taille existante dans le dossier.

### 3.1. Bilan sanguin de dépistage :

En l'absence d'un changement des habitudes alimentaires ou d'une intervention médicamenteuse spécifique, d'un événement cardiovasculaire ou d'une augmentation du poids, la répétition d'un bilan lipidique plus d'une fois tous les 5 ans n'est pas justifiée. (17)

Le test recommandé pour le dépistage du diabète est le test de glycémie veineuse à jeun. Pour les sujets sans facteur de risque particulier, il est recommandé tous les 3 ans (18). Dès lors que la prise en charge du patient est conforme aux recommandations, la patiente est considérée comme à jour.

### 3.2. Mammographie :

Le dépistage systématique est recommandé dans la tranche d'âge 50-69 ans.

Dans la population générale, le bénéfice du dépistage du cancer du sein en terme de mortalité évitée est démontré dans la tranche d'âge 50-69 ans. Dans cette tranche d'âge, le dépistage systématique est recommandé. La réalisation d'une mammographie est recommandée tous les 2 ans. Le délai entre deux mammographies doit être toujours inférieur à trois ans (19).

Il existe une association qui gère le dépistage à l'échelon départemental 'caps santé plus' (anciennement association Madame). Elle a débuté, son activité en 1996. En 2006, la participation des femmes a atteint 57,6%.(20). Les femmes sont convoquées tous les deux ans, même si elles ne répondent pas à la convocation précédente. Le fichier des patientes est issu des différentes caisses d'assurances maladie au niveau national, et concernent l'ensemble des femmes domiciliées dans le département.

### 3.3. Frottis cervico vaginal :

Il est recommandé d'effectuer un frottis cervico vaginal tous les trois ans quand une femme a une vie sexuelle stable après deux frottis à un an d'intervalle et trois ans après un premier rapport sexuel, de l'âge de 25 ans maximum jusqu'à l'âge de soixante cinq ans.(21)

La difficulté du recueil de résultat est la possibilité d'un suivi par un autre médecin (gynécologue ou autre médecin généraliste). En l'absence de données dans le dossier (courrier du gynécologue ou double du résultat histologique), j'ai considéré que la donnée était non à jour. De même les femmes hystérectomisées de façon totale sont considérées comme à jour.

### 3.4. Vaccination :

Pour le tétanos, la primo vaccination à 2, 3 et 4 mois et le rappel à 16-18 mois sont obligatoires, les rappels à 6 ans, 11-13 ans sont recommandés avec un vaccin combiné contenant les composantes tétanique, poliomyélitique et de vaccin diphtérique à concentration normale. Les rappels à partir de 16-18 ans et ceux de l'adulte, tous les 10 ans, sont recommandés en utilisant un vaccin tétanique, poliomyélitique et diphtérique (ce dernier à concentration réduite).(22)

Au vu de la non obligation vaccinale en dehors du milieu professionnel, j'ai choisi de classer les patientes comme à jour en cas de vaccination pour le tétanos uniquement. Le vaccin anti tétanique simple existant dans le commerce, il est possible. Même si cette vaccination n'est pas obligatoire de par la loi, elle reste recommandée. Je n'ai donc retenu que la vaccination anti-tétanique comme critère. Les patientes sont considérées à jour si leur dernier rappel est inférieur ou égal à 10 ans.

### 3.5. Cancer colo rectal :

Le dépistage par coloscopie chez les sujets à risque devrait être systématique :

- chez les sujets avec antécédents familiaux de cancer colorectal au premier degré survenu avant l'âge de 60 ans ou en cas de deux antécédents familiaux quelque soit l'âge de survenue, on recommande une coloscopie à 45 ans (ou cinq ans avant l'âge de diagnostic chez la cas index), à répéter tous les 5 ans. Après trois coloscopie normales, la surveillance peut être espacée.
- En cas d'adénome non avancé à la coloscopie, l'existence d'antécédents familiaux de cancer colo rectal au premier degré recommande un contrôle à trois ans.
- Une coloscopie de détection est recommandée en cas d'antécédent familial au 1<sup>er</sup> degré d'adénome survenu avant 60 ans. Il est recommandé de débiter la surveillance à l'âge de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic de l'adénome chez le cas index.
- dans les familles atteintes de polypose adénomateuse recto colique familiale, on recommande le dépistage dès la puberté par une coloscopie totale annuelle. Il s'avère possible de rechercher par analyse moléculaire la mutation constitutionnelle. En cas de recherche négative, le patient sera assimilé à la population générale. (23)

On parle d'un dépistage national par Hémocult® (recherche de sang dans les selles) mais il n'est pas encore organisé, il devrait voir le jour à la fin de l'année 2007 en Loire Atlantique. Il est pour l'instant proposé dans 23 départements français. (23) :

- ✓ Un test négatif signifie qu'aucun saignement n'a été détecté. Il faudra renouveler le test deux ans plus tard. Certains cancers de l'intestin ne provoquent pas de saignement. C'est pourquoi il reste important de consulter un médecin si des troubles digestifs apparaissent entre deux tests de recherche de sang dans les selles.
- ✓ Un test positif signifie que du sang a été détecté dans les selles. Pour en identifier l'origine, le médecin prescrit alors une coloscopie.

Les patientes sont considérées à jour si en cas de facteurs de risque la coloscopie a été effectuée dans les temps ; ou si il n'existe pas de facteurs de risque noté dans le dossier médical.

### 3.6. Ostéo densitométrie

Le remboursement de l'ostéodensitométrie est récent, néanmoins je l'ai incluse dans les critères. Elle est remboursée, dans la population générale, quels que soient l'âge et le sexe :

- ✓ en cas de signes d'ostéoporose : découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident ; antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur.
- ✓ En cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose : lors d'une corticothérapie systémique prescrite pour une durée d'au moins trois mois consécutifs, à une dose  $> 7,5$  mg/jour d'équivalent prednisone
- ✓ antécédent documenté de : hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite ou hypogonadisme prolongé.

Chez la femme ménopausée il existe des indications supplémentaires :

- ✓ antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré.
- ✓ Indice de masse corporelle  $< 19$  kg/m<sup>2</sup>.
- ✓ Ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause.
- ✓ Antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose  $\geq 7,5$  mg/jour d'équivalent prednisone.

L'année 2006 est trop récente pour que les praticiens aient pu voir l'ensemble de leur patientèle faire cet examen. (25) J'ai considéré que le critère était « à jour » quand elle existait dans le dossier. Ce n'est pas un dépistage systématique.

### 3.7. Constantes de base d'un patient

J'ai inclus les antécédents car pour effectuer un suivi de qualité ils doivent figurer de manière visible. Notamment dans le suivi. Pour dire qu'ils étaient « non à jour » j'ai confronté cette rubrique au traitement habituel et aux informations recueillies dans les courriers et les fiches papier.

La tension artérielle est considérée comme à jour si elle a été prise au moins une fois pendant la période observée.

J'ai considéré la rubrique tabac à jour si elle était renseignée soit pas la négative ou par l'affirmative. L'absence de données était considérée comme non à jour. (26)

Dans les constantes j'ai considéré que le poids était à jour s'il datait de moins de deux ans. En effet en cas d'augmentation majeure, les critères du bilan biologique de dépistage voient leurs fréquences augmenter. (17,18)

De même, j'ai considéré le critère taille à jour si il était noté dans le dossier. Il n'existe pas de recommandation sur la fréquence de sa mesure, mais elle est nécessaire pour le calcul de l'indice de masse corporelle et elle semble également importante dans l'ostéoporose.

J'aurais pu inclure des données cliniques : palpation des seins, toucher rectal, mais souvent dans les dossiers seuls les diagnostics des motifs de consultations sont marqués. Certains des logiciels utilisés ne laissent pas de place à la description de l'examen clinique. J'ai donc exclu ces données de l'examen clinique.

### 3.8 Surveillance des patients porteurs de pathologie :

#### 3.8.1. *Surveillance des hypertendus :*

La mesure de la tension artérielle doit être réalisée tous les 3 à 6 mois si elle est stable. Au niveau du bilan sanguin, mesure de la kaliémie créatininémie et calcul du débit de filtration glomérulaire tous les 1 à 2 ans après instauration du traitement.

La mesure de la glycémie à jeun doit être effectuée tous les trois ans si elle est initialement normale, mais elle doit être faite plus souvent en cas de modifications du poids ou du mode de vie. L'exploration d'une anomalie lipidique est à faire tous les trois ans (27).

Bien sur si ces résultats sont anormaux la surveillance est rapprochée. La tension a été considérée comme à jour si elle datait de 6 mois. Et le suivi biologique s'il datait de 2 ans maximum, le bilan doit être adapté aux traitements (ionogramme sanguin si traitement diurétique, par exemple).

#### 3.8.2. *Surveillance des diabétiques :*

Une mesure de l'hémoglobine glyquée doit être réalisée 4 fois par an avec une mesure de la glycémie veineuse à jeun ou un contrôle de l'auto surveillance glycémique. Un bilan lipidique, une mesure de la créatininémie à jeun avec un calcul de la clairance de la créatinine, ainsi qu'une protéinurie doit être effectuée tous les ans (28).

Les patientes diabétiques sont considérées « à jour » si elles répondent aux critères cités auparavant. J'ai exclu la mesure de la micro albuminurie ainsi que la surveillance par les spécialistes (fond d'œil, électrocardiogramme) pour me recentrer sur les bilans sanguins.

#### 3.8.3. *Surveillance des patients dyslipidémiques :*

- Surveillance de l'efficacité du traitement : bilan annuel (17)
- Surveillance hépatique : le contrôle des transaminases est impératif au moins une fois dans les 3 mois qui suivent l'instauration d'un traitement hypolipémiant. Ultérieurement, il n'existe pas de données scientifiques permettant de proposer une périodicité à ces contrôles. (29)
- Risque musculaire : selon les principales conclusions d'une mise au point sur les statines de l'Afssaps (juin 2002), il n'y a pas de justification scientifique à pratiquer un dosage initial systématique des CPK dans la population générale.

#### **4. Variables explicatives :**

- existence d'une pathologie chronique, répartie en cinq groupes :
  - o Pas de pathologie chronique coté 0
  - o Maladie cardiovasculaire cotée 1,
  - o Diabète coté 2,
  - o Pathologies néoplasiques cotées 3,
  - o Autres pathologies cotées 4 (pathologie thyroïdienne, psychiatrique,...)
- hospitalisation datant de moins de deux ans, quelqu'en soit le motif.
- nombre de consultations pendant les deux dernières années, entre le 1<sup>er</sup> juin 2005 et le 30 juin 2007.
- durée de suivi, comptabilisée en années entre 2007 et la date de la première consultation chez le médecin, séparée en classe de cinq années.
- date de la dernière consultation, comptabilisée en nombre de mois entre la date de la dernière consultation et le 30 juin 2007.
- médecins, numérotés de 1 à 5

## 5. Description du recueil des données :

J'ai effectué une sélection aléatoire de 30 femmes par cabinet, parmi l'ensemble des patientes correspondant aux critères requis. Ceci afin d'obtenir un échantillon total de 150 cas.

Pour valider les critères j'ai examiné de façon rétrospective les dossiers informatiques et les dossiers papier (courriers, bilans biologiques, compte rendu histologique, anciennes fiches de suivi papier).

Les données ont été collectées sous forme d'un formulaire sur le logiciel « Access », puis l'exploitation de celles-ci a été faite sous le logiciel « Excel », tous deux logiciels de Microsoft®.

Le calcul des statistiques a été effectué par le département de bio statistique du Centre hospitalier de Nantes.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS, version 14.0 pour Windows.

Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne  $\pm$  écart-type (pour les variables quantitatives) ou de pourcentage (pour les variables qualitatives).

La variable 'nombre de critères à jour' a été recodée en variable qualitative binaire par rapport au seuil médian (nombre de critères à jour inférieur ou égal à 6, supérieur ou égal à 7 (correspondant également à un taux de conformité des critères de plus ou moins 60%...))

De même, la variable qualitative 'pathologie chronique' a été recodée en variable binaire, dans un but de simplification.

Les tests statistiques sont bilatéraux avec un seuil de significativité fixé à 0,05.

Les tests statistiques utilisés sont le test de Khi deux de Pearson pour les variables qualitatives, le test T de Student ou le test non paramétrique de Kruskal-Wallis (comparaison multiple de moyennes) pour les variables quantitatives.

Le lien entre la durée de suivi et le nombre de critères à jour a été recherché par l'étude des coefficients de corrélation de Pearson, et de corrélation partielle (avec ajustement sur la variable 'médecin')."

## RESULTATS :

### 1. ANALYSE DESCRIPTIVE

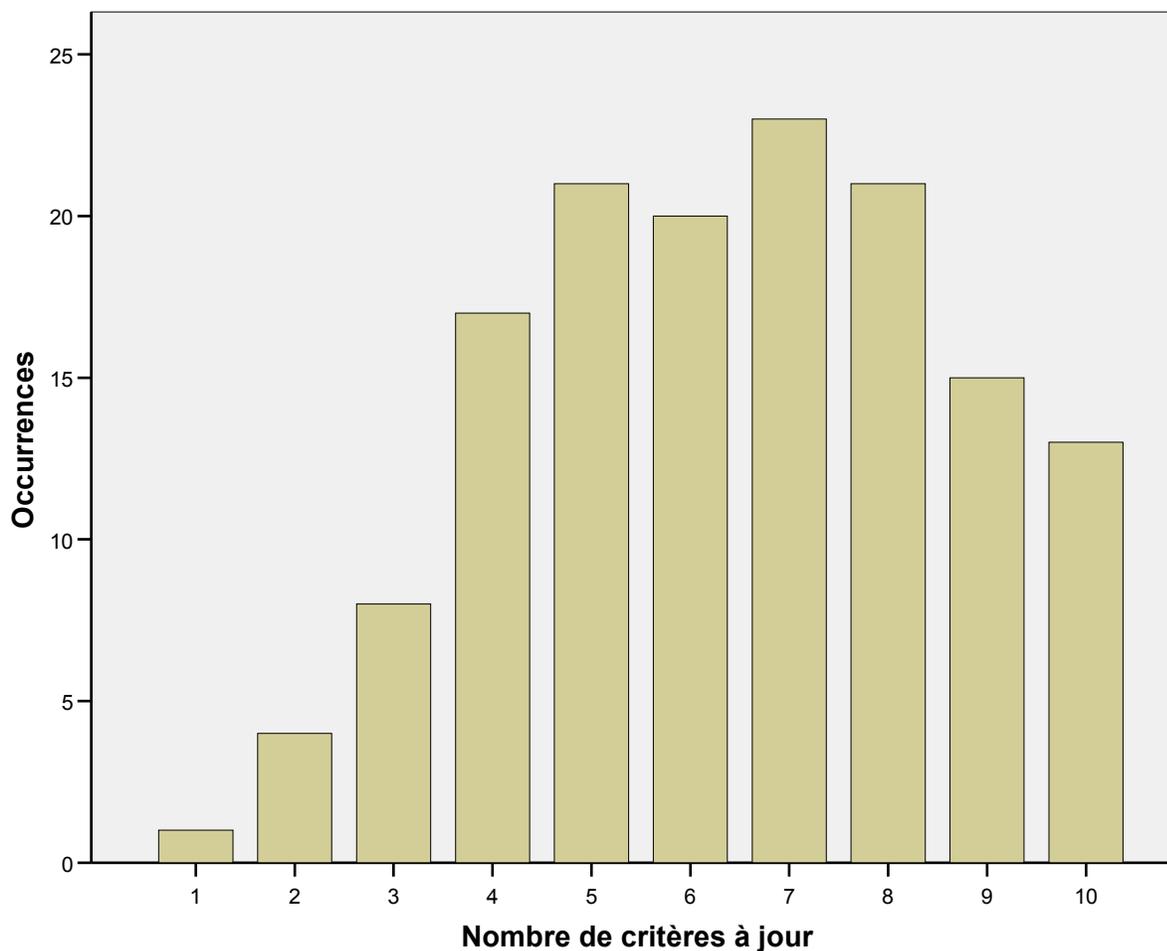
✓ Nombre de critères à jour (critère de jugement)

Nombre de critères à jour

Nombre de critères à jour	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1	1	,7	,7
2	4	2,8	3,5
3	8	5,6	9,1
4	17	11,9	21,0
5	21	14,7	35,7
6	20	14,0	49,7
7	23	16,1	65,7
8	21	14,7	80,4
9	15	10,5	90,9
10	13	9,1	100,0
Total	143	100,0	

Nombre de critères à jour

N	Valide	143
	Manquante	0
	Moyenne	6,43
	Médiane	7,00
	Ecart-type	2,177
	Minimum	1
	Maximum	10



Recodage de la variable 'Nombre de critères à jour' en variable qualitative binaire, à partir de la valeur médiane :

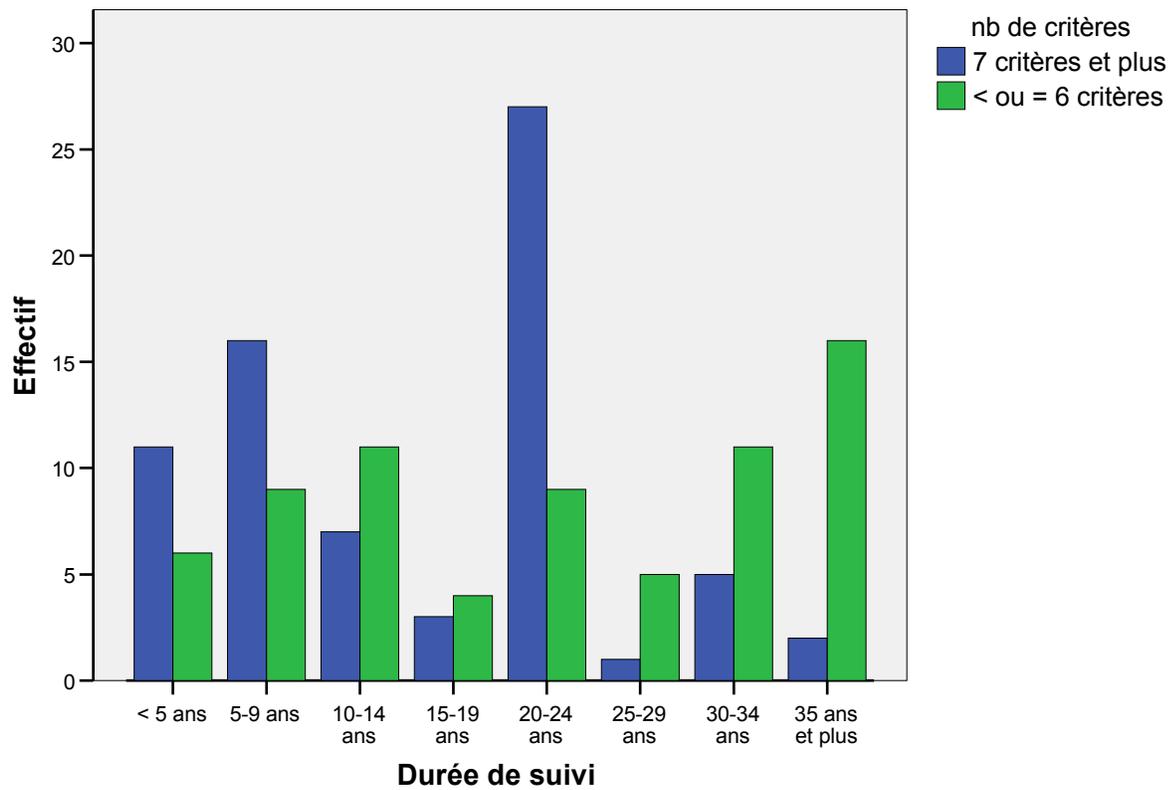
**Nombre de critères à jour**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
7 critères et plus	72	50,3	50,3
< ou = 6 critères	71	49,7	100,0
Total	143	100,0	

La modalité '7 critères à jour ou plus' correspond également à un taux de plus de 60% de critères à jour

(conformité par rapport aux recommandations de bonnes pratiques supérieure à 60%, concernant le dépistage et le suivi). (Pertinence clinique du seuil retenu)

**Diagramme en bâtons**



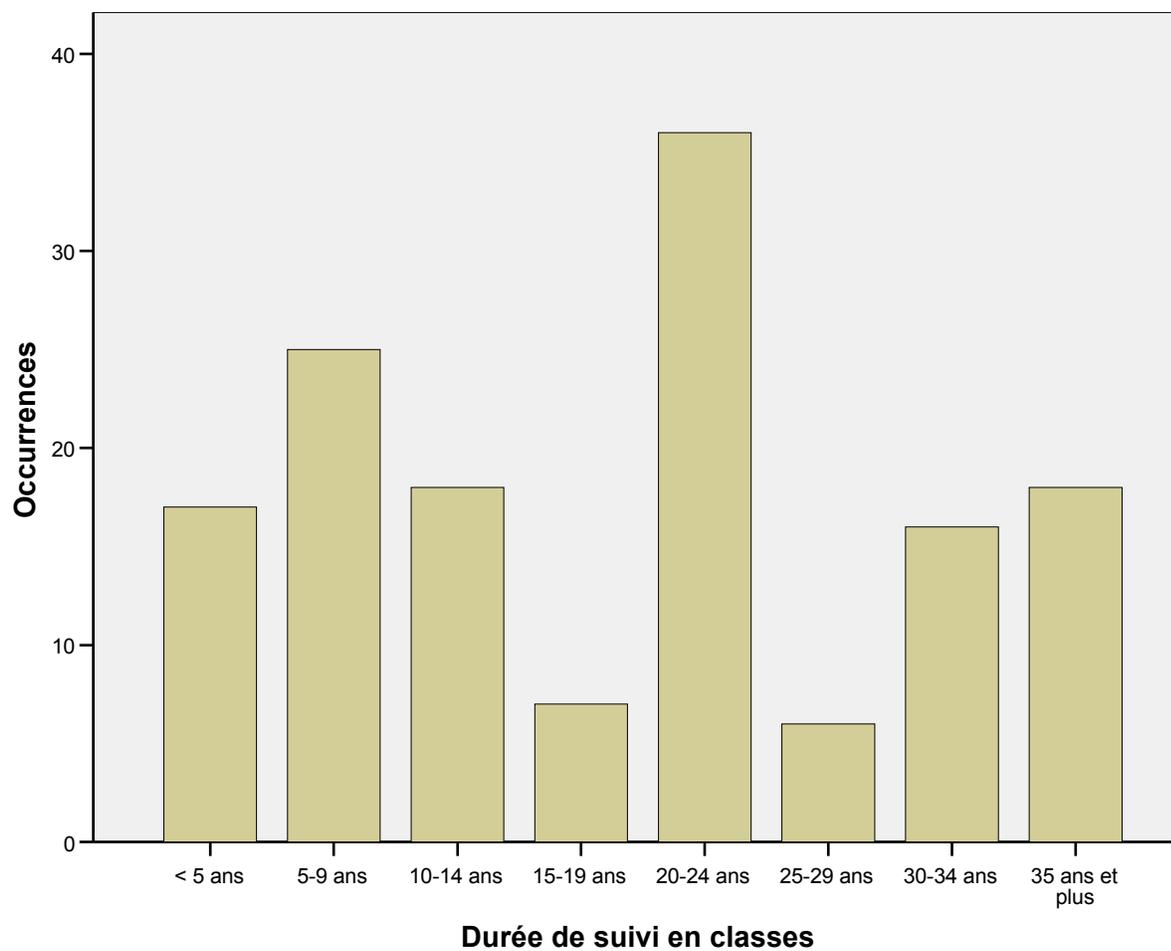
✓ **Durée de suivi**

<b>Durée de suivi</b>		
N	Valide	143
	Manquante	0
Moyenne		18,39
Médiane		20,00
Ecart-type		11,266
Minimum		1
Maximum		36
Centiles	25	8,00
	75	27,00

**Durée de suivi (classes de 5 ans):**

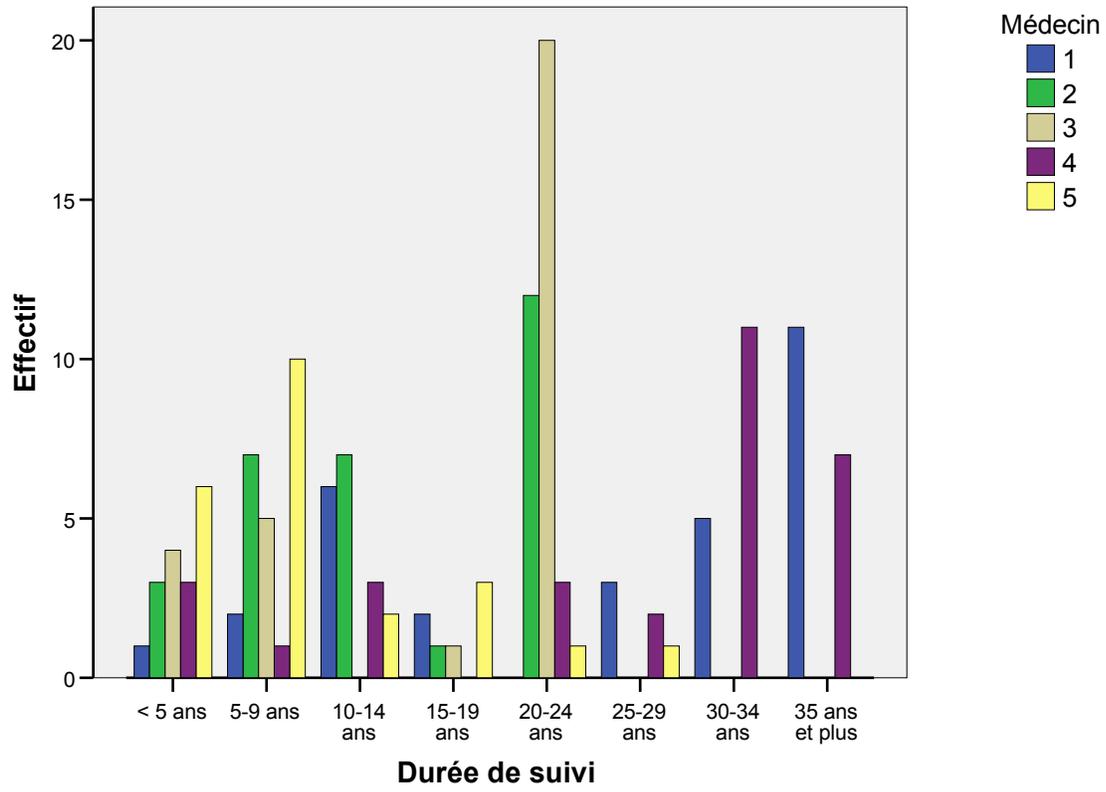
**Durée de suivi par classes**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
< 5 ans	17	11,9	11,9
5-9 ans	25	17,5	29,4
10-14 ans	18	12,6	42,0
15-19 ans	7	4,9	46,9
20-24 ans	36	25,2	72,0
25-29 ans	6	4,2	76,2
30-34 ans	16	11,2	87,4
35 ans et plus	18	12,6	100,0
Total	143	100,0	



Elle n'est pas du tout homogène dans sa répartition. De plus, certaines classes de durée de suivi sont majoritairement composées de patientes d'un seul médecin, elles reflètent donc plutôt la pratique du médecin majoritairement représenté.

### Diagramme en bâtons



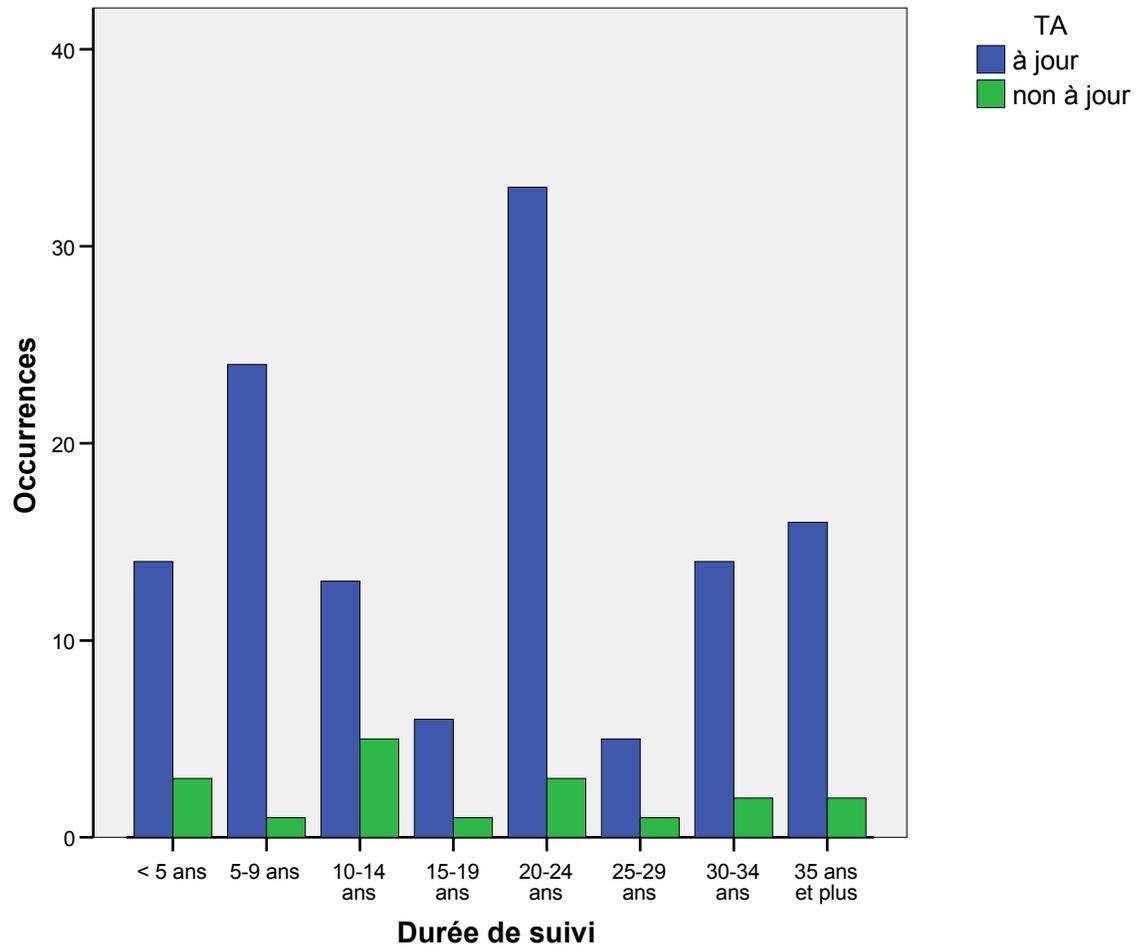
✓ **Tension Artérielle**

**TA**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
à jour	125	87,4	87,4
non à jour	18	12,6	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* TA**

		TA		Total
		à jour	non à jour	
Durée de suivi	< 5 ans	14	3	17
	5-9 ans	24	1	25
	10-14 ans	13	5	18
	15-19 ans	6	1	7
	20-24 ans	33	3	36
	25-29 ans	5	1	6
	30-34 ans	14	2	16
	35 ans et plus	16	2	18
	Total	125	18	143



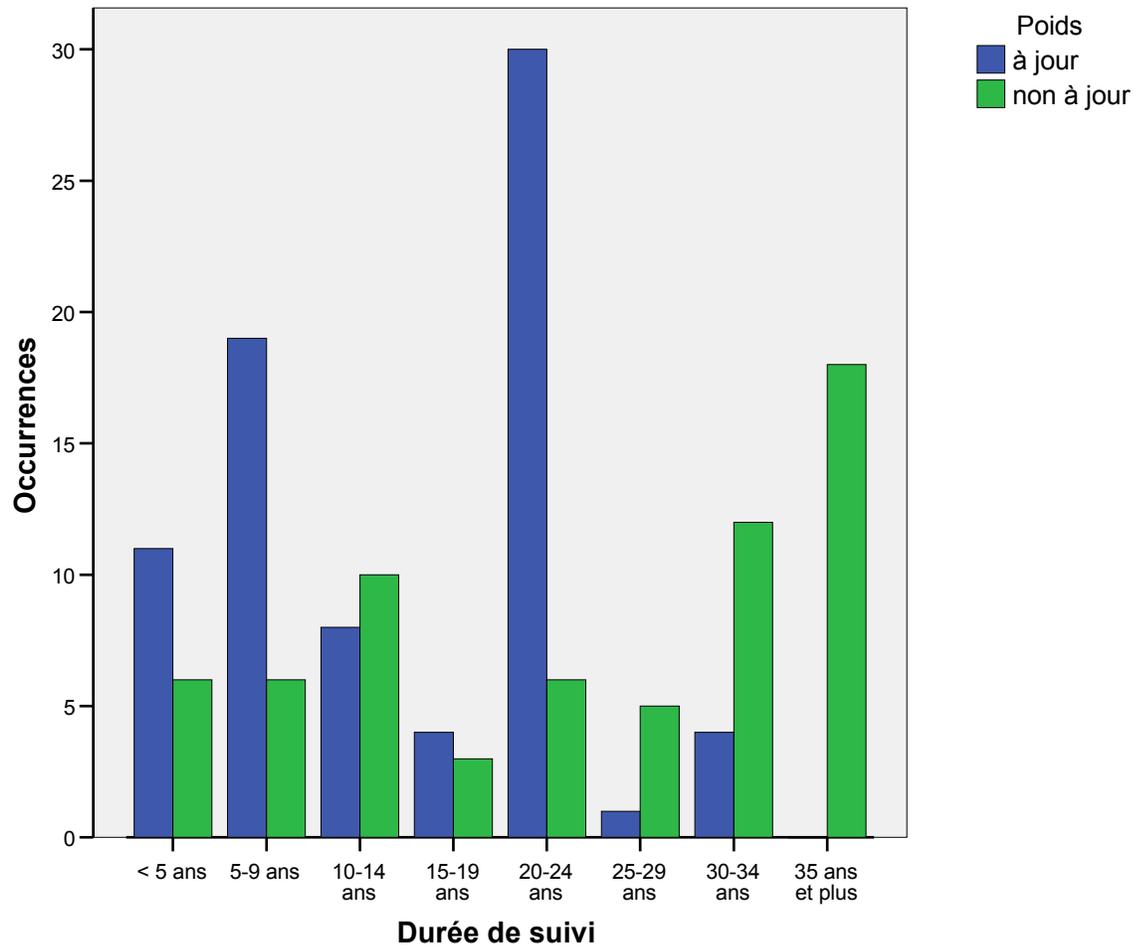
✓ **Poids**

**Poids**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
à jour	77	53,8	53,8
non à jour	66	46,2	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* Poids**

		Poids		Total
		à jour	non à jour	
Durée de suivi	< 5 ans	11	6	17
	5-9 ans	19	6	25
	10-14 ans	8	10	18
	15-19 ans	4	3	7
	20-24 ans	30	6	36
	25-29 ans	1	5	6
	30-34 ans	4	12	16
	35 ans et plus	0	18	18
	Total	77	66	143



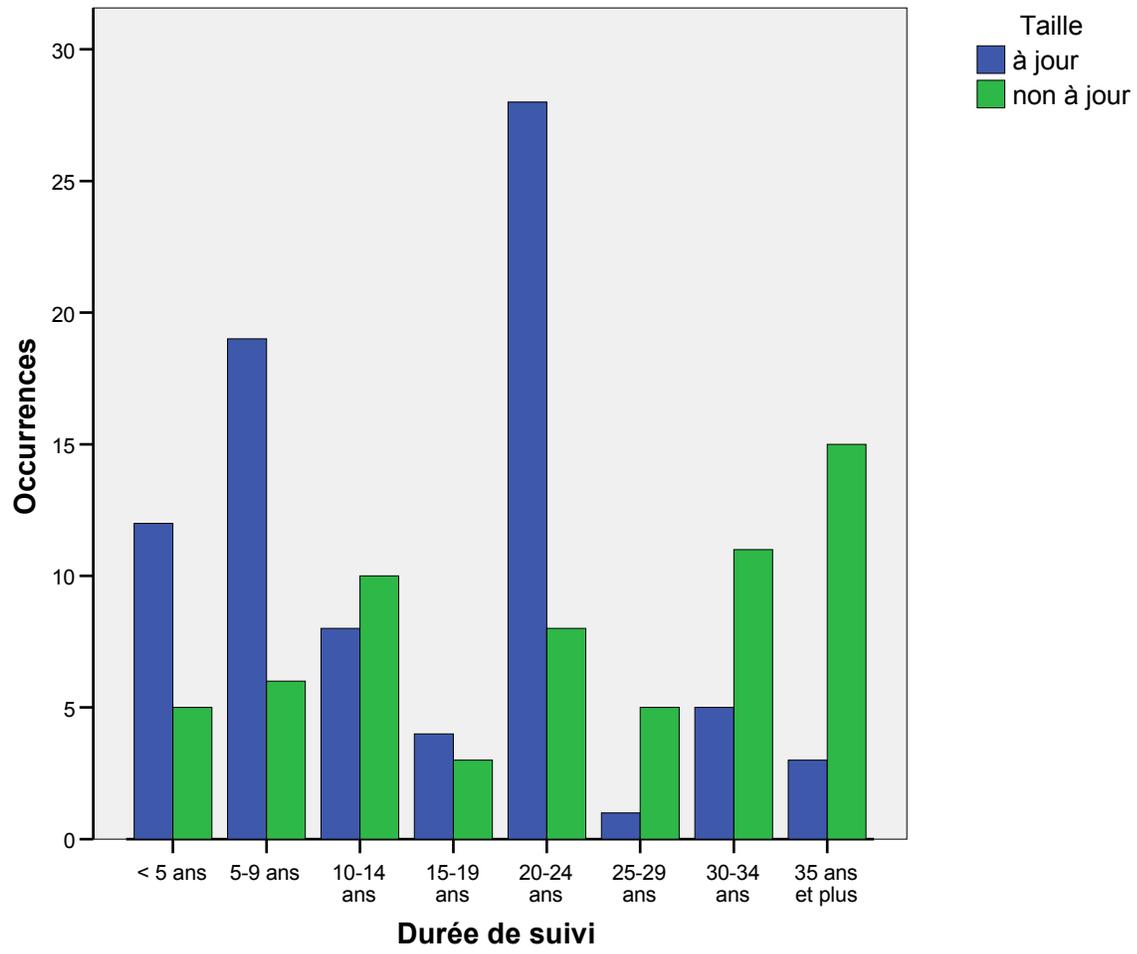
✓ **Taille**

**Taille**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
à jour	80	55,9	55,9
non à jour	63	44,1	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* Taille**

		Taille		Total
		à jour	non à jour	
Durée de suivi	< 5 ans	12	5	17
	5-9 ans	19	6	25
	10-14 ans	8	10	18
	15-19 ans	4	3	7
	20-24 ans	28	8	36
	25-29 ans	1	5	6
	30-34 ans	5	11	16
	35 ans et plus	3	15	18
	Total	80	63	143



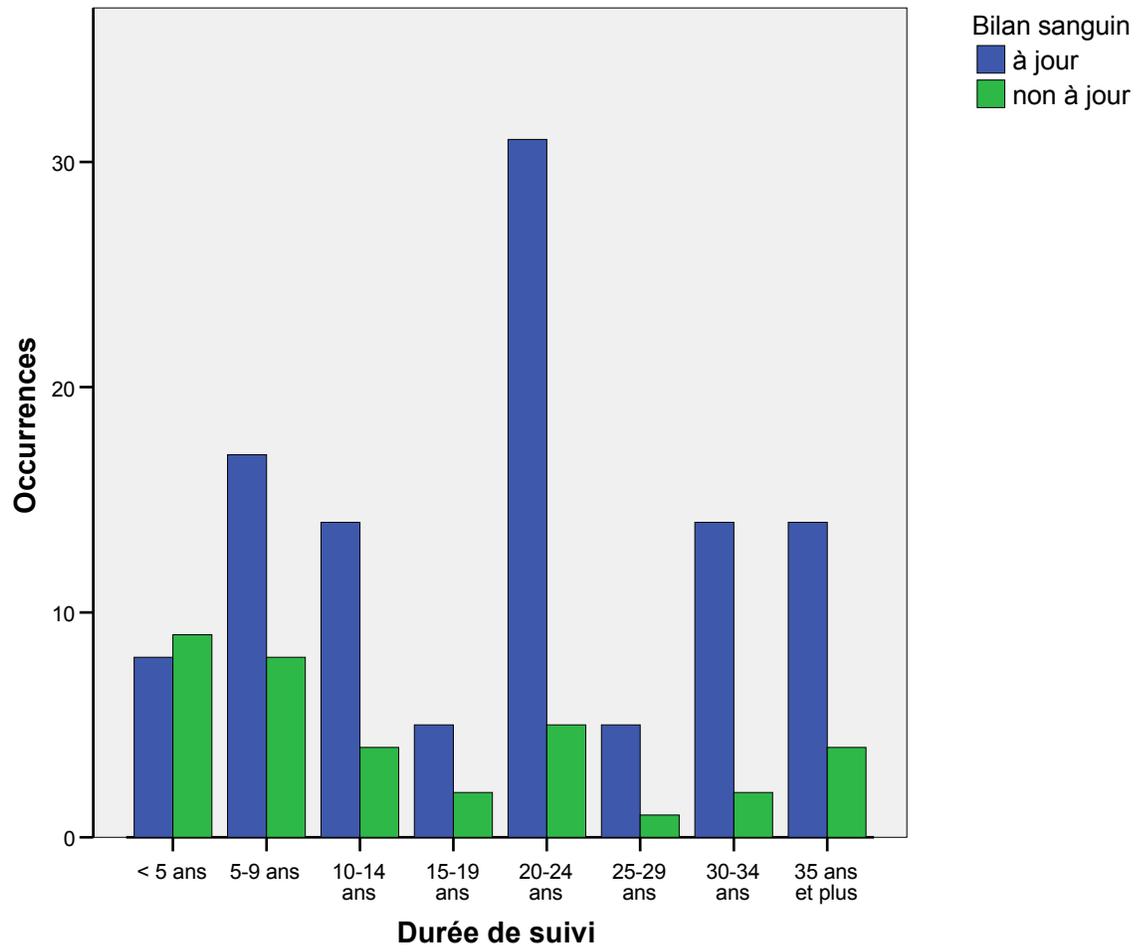
✓ **Bilan sanguin**

**Bilan sanguin**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
à jour	108	75,5	75,5
non à jour	35	24,5	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* Bilan sanguin**

		Bilan sanguin		Total
		à jour	non à jour	
Durée de suivi	< 5 ans	8	9	17
	5-9 ans	17	8	25
	10-14 ans	14	4	18
	15-19 ans	5	2	7
	20-24 ans	31	5	36
	25-29 ans	5	1	6
	30-34 ans	14	2	16
	35 ans et plus	14	4	18
	Total	108	35	143



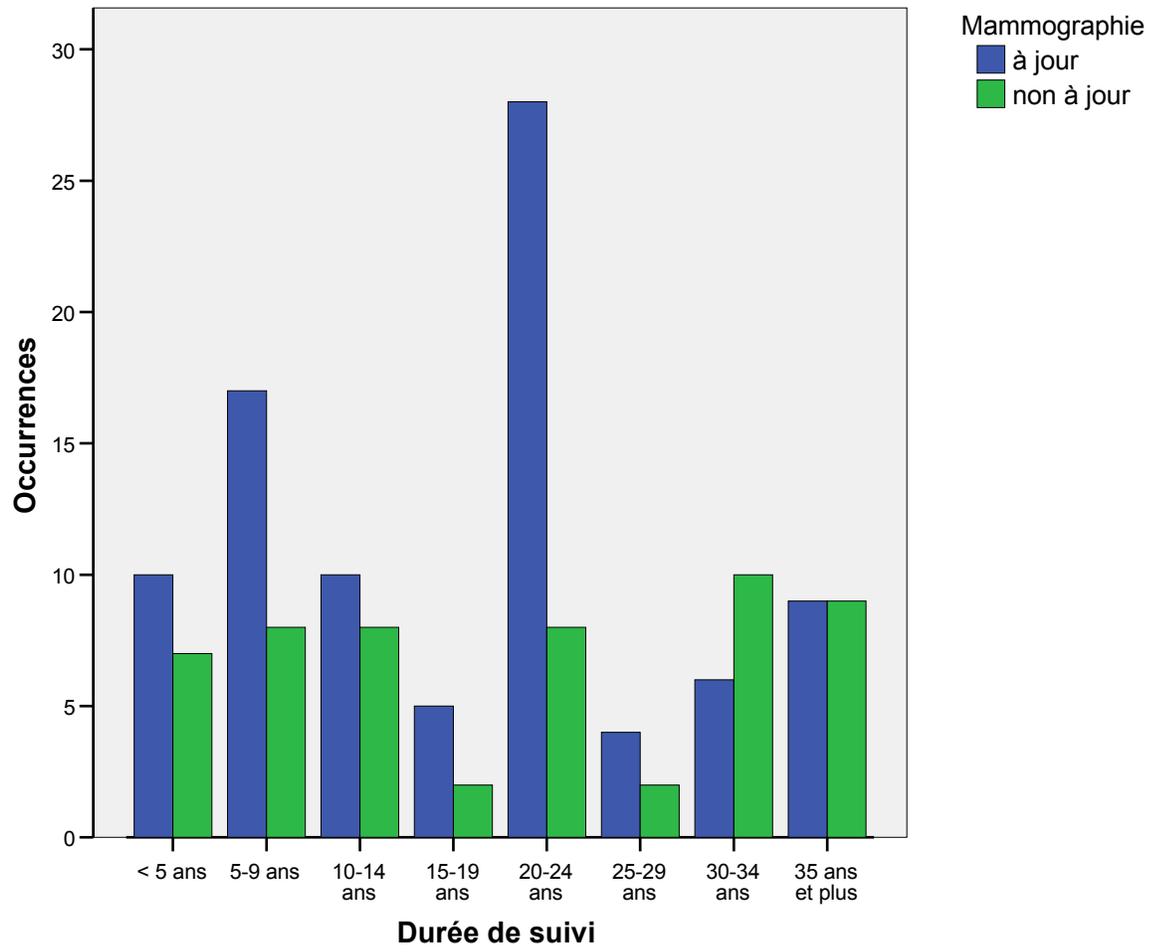
✓ Mammographie

**Mammographie**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
à jour	89	62,2	62,2
non à jour	54	37,8	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* Mammographie**

		Mammographie		Total
		à jour	non à jour	
Durée de suivi	< 5 ans	10	7	17
	5-9 ans	17	8	25
	10-14 ans	10	8	18
	15-19 ans	5	2	7
	20-24 ans	28	8	36
	25-29 ans	4	2	6
	30-34 ans	6	10	16
	35 ans et plus	9	9	18
	Total	89	54	143



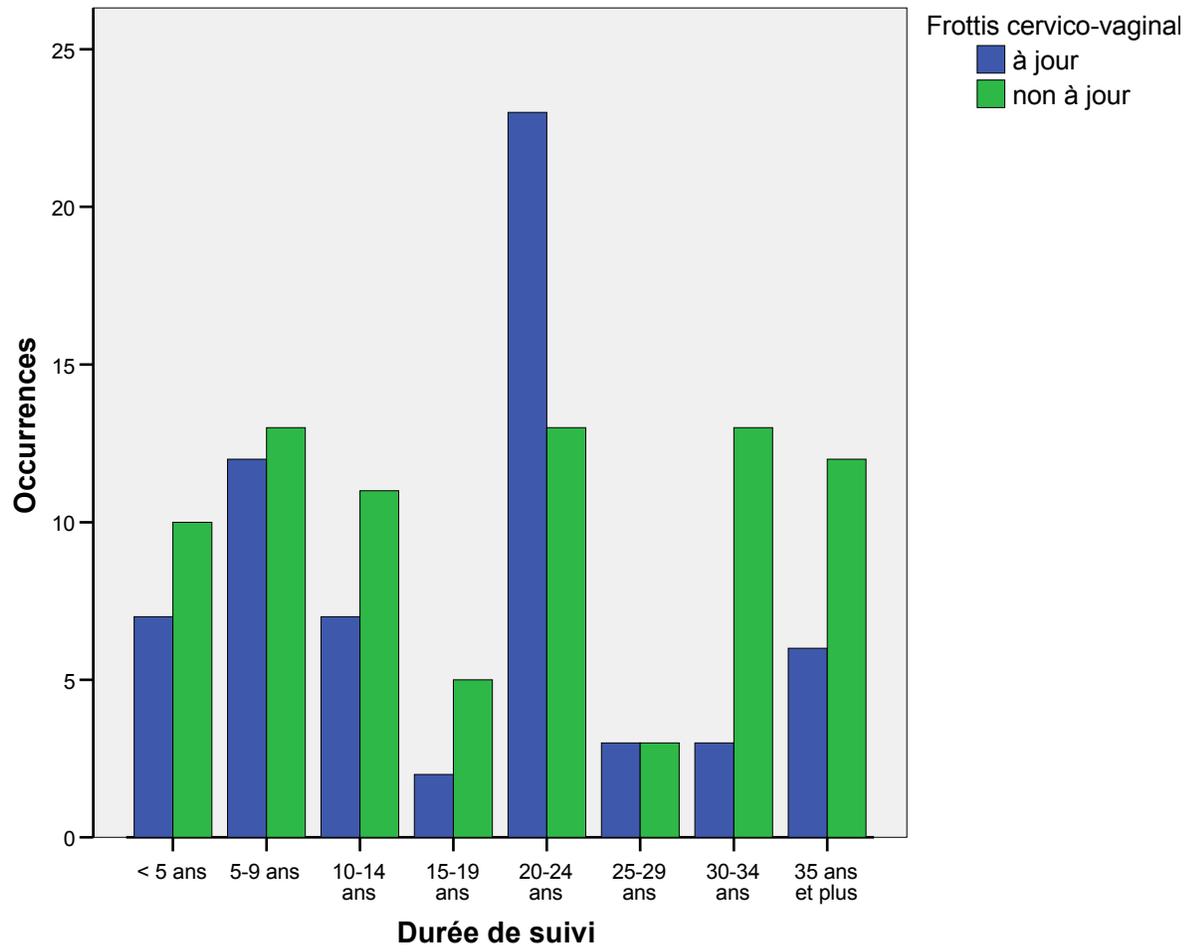
✓ **Frottis cervico-vaginal**

**Frottis cervico-vaginal**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
à jour	63	44,1	44,1
non à jour	80	55,9	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* Frottis cervico-vaginal**

		Frottis cervico-vaginal		Total
		à jour	non à jour	
Durée de suivi	< 5 ans	7	10	17
	5-9 ans	12	13	25
	10-14 ans	7	11	18
	15-19 ans	2	5	7
	20-24 ans	23	13	36
	25-29 ans	3	3	6
	30-34 ans	3	13	16
	35 ans et plus	6	12	18
	Total	63	80	143



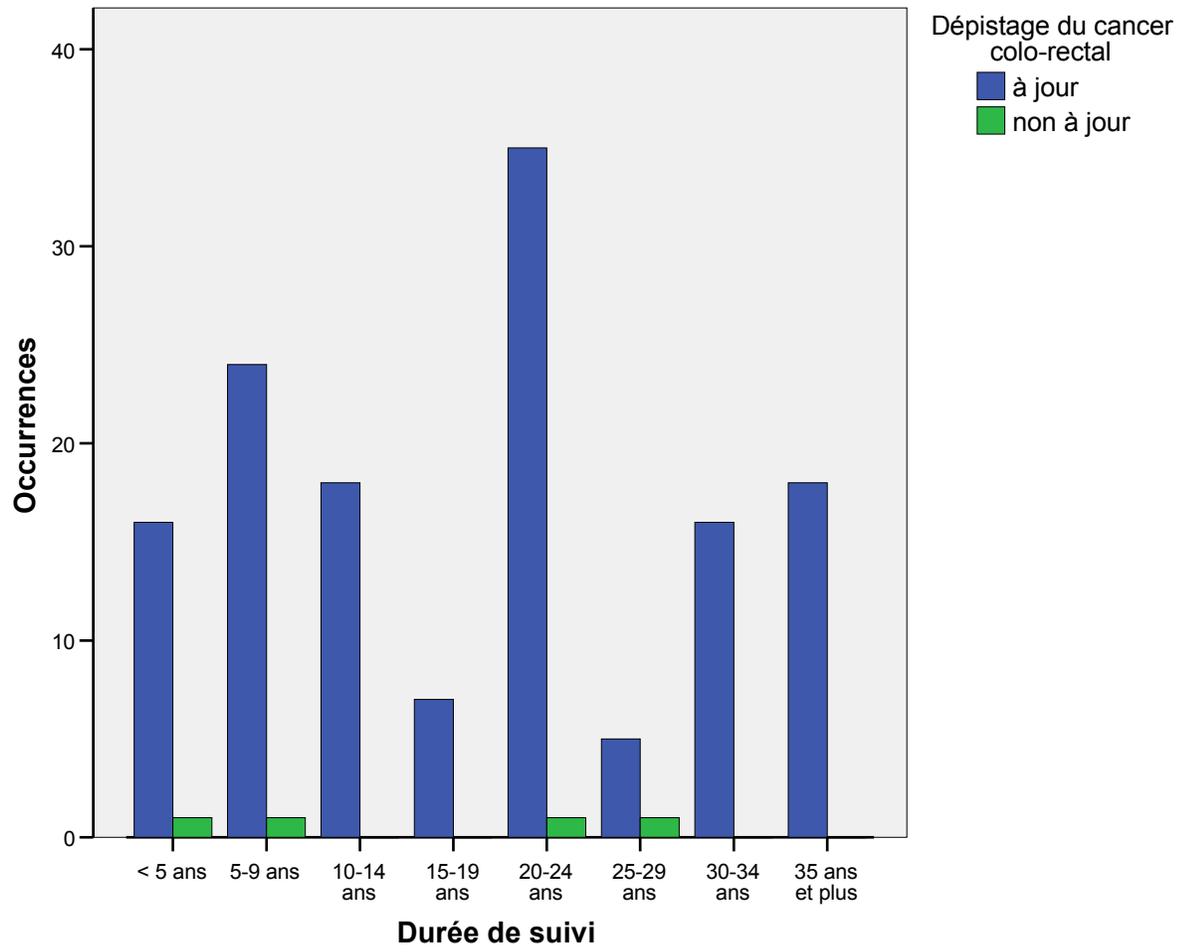
✓ **Dépistage du cancer colo-rectal**

**Dépistage du cancer colo-rectal**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
à jour	139	97,2	97,2
non à jour	4	2,8	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* Dépistage du cancer colo-rectal**

		Dépistage du cancer colo-rectal		Total
		à jour	non à jour	
Durée de suivi	< 5 ans	16	1	17
	5-9 ans	24	1	25
	10-14 ans	18	0	18
	15-19 ans	7	0	7
	20-24 ans	35	1	36
	25-29 ans	5	1	6
	30-34 ans	16	0	16
	35 ans et plus	18	0	18
	Total	139	4	143



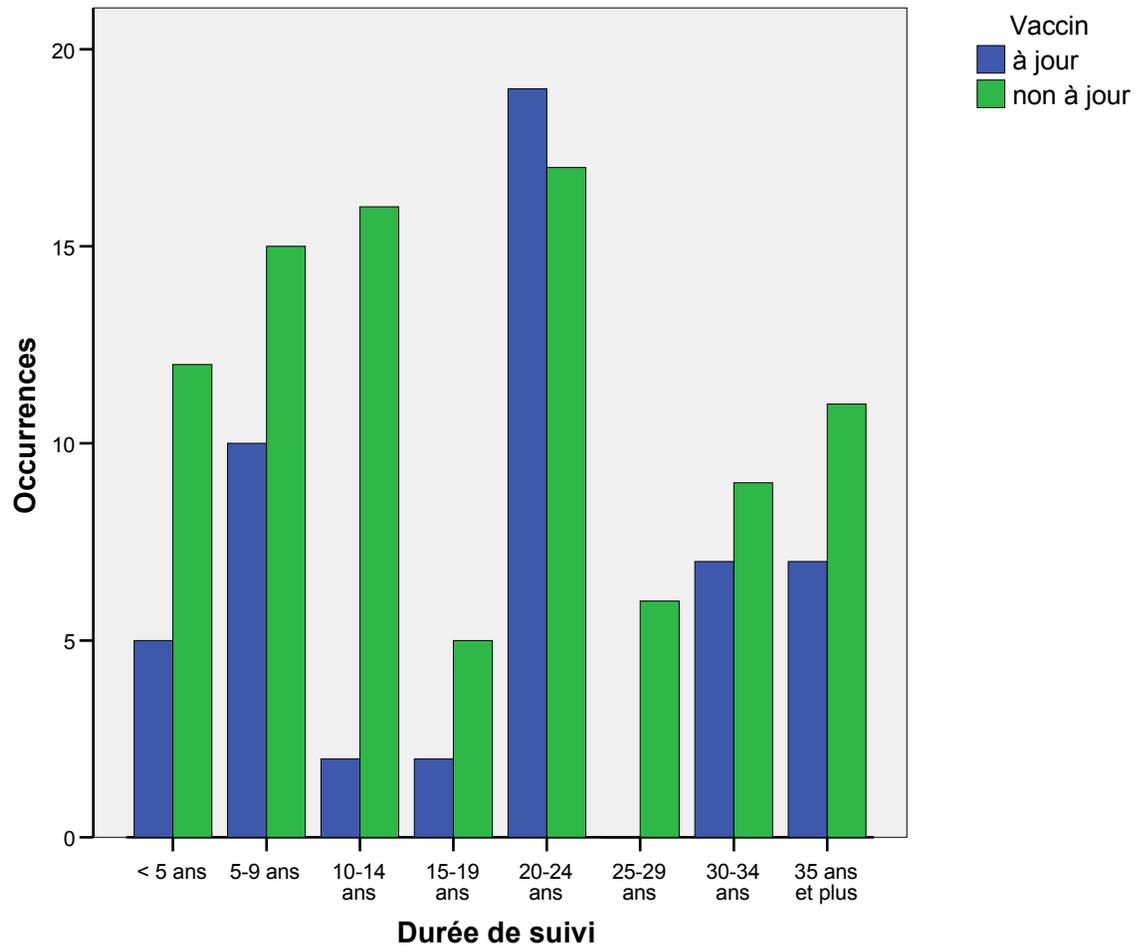
✓ Vaccin

**Vaccin**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Valide à jour	52	36,4	36,4
non à jour	91	63,6	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* Vaccin**

		Vaccin		Total
		à jour	non à jour	
Durée de suivi	< 5 ans	5	12	17
	5-9 ans	10	15	25
	10-14 ans	2	16	18
	15-19 ans	2	5	7
	20-24 ans	19	17	36
	25-29 ans	0	6	6
	30-34 ans	7	9	16
	35 ans et plus	7	11	18
	Total	52	91	143



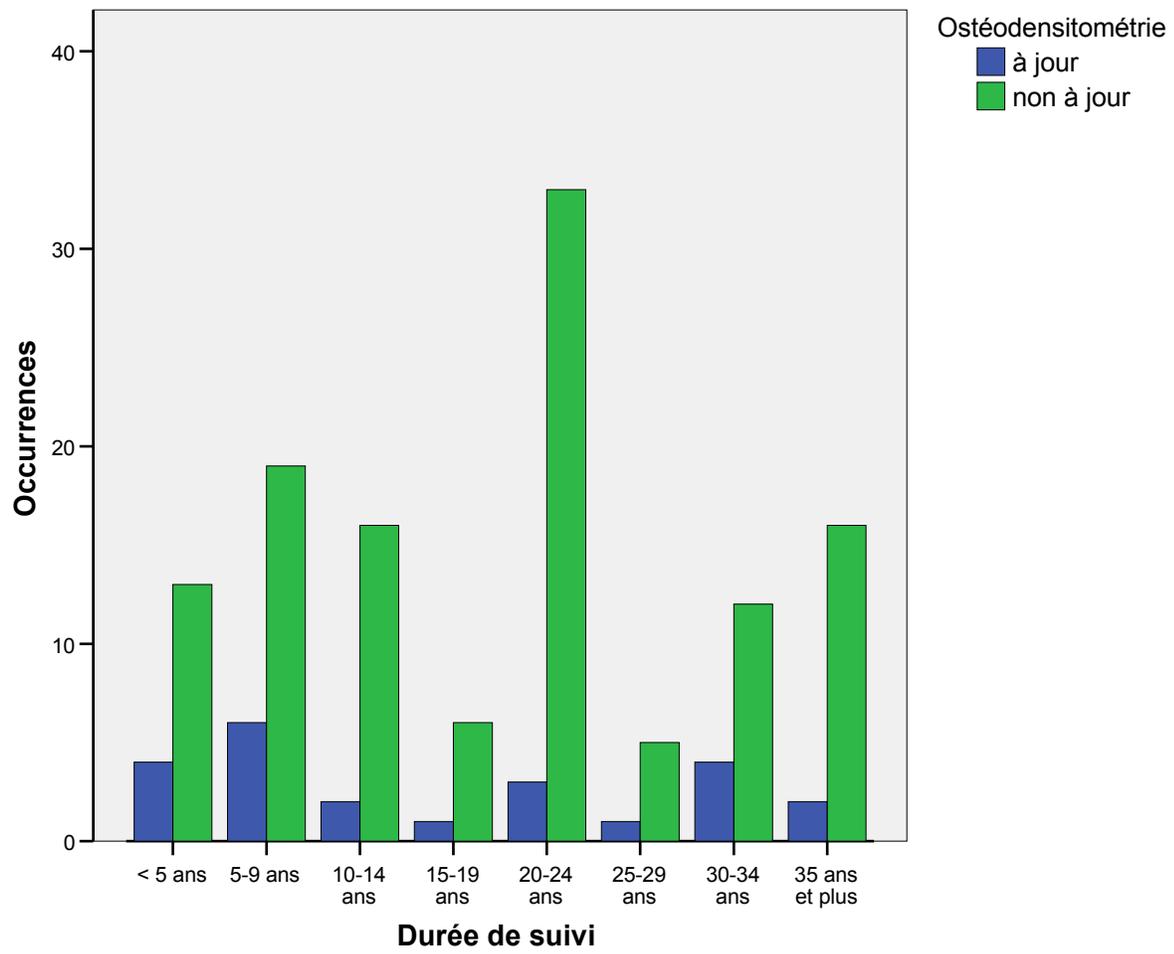
✓ **Ostéodensitométrie**

**Ostéodensitométrie**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Valide à jour	23	16,1	16,1
non à jour	120	83,9	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* Ostéodensitométrie**

		Ostéodensitométrie		Total
		à jour	non à jour	
Durée de suivi	< 5 ans	4	13	17
	5-9 ans	6	19	25
	10-14 ans	2	16	18
	15-19 ans	1	6	7
	20-24 ans	3	33	36
	25-29 ans	1	5	6
	30-34 ans	4	12	16
	35 ans et plus	2	16	18
	Total	23	120	143



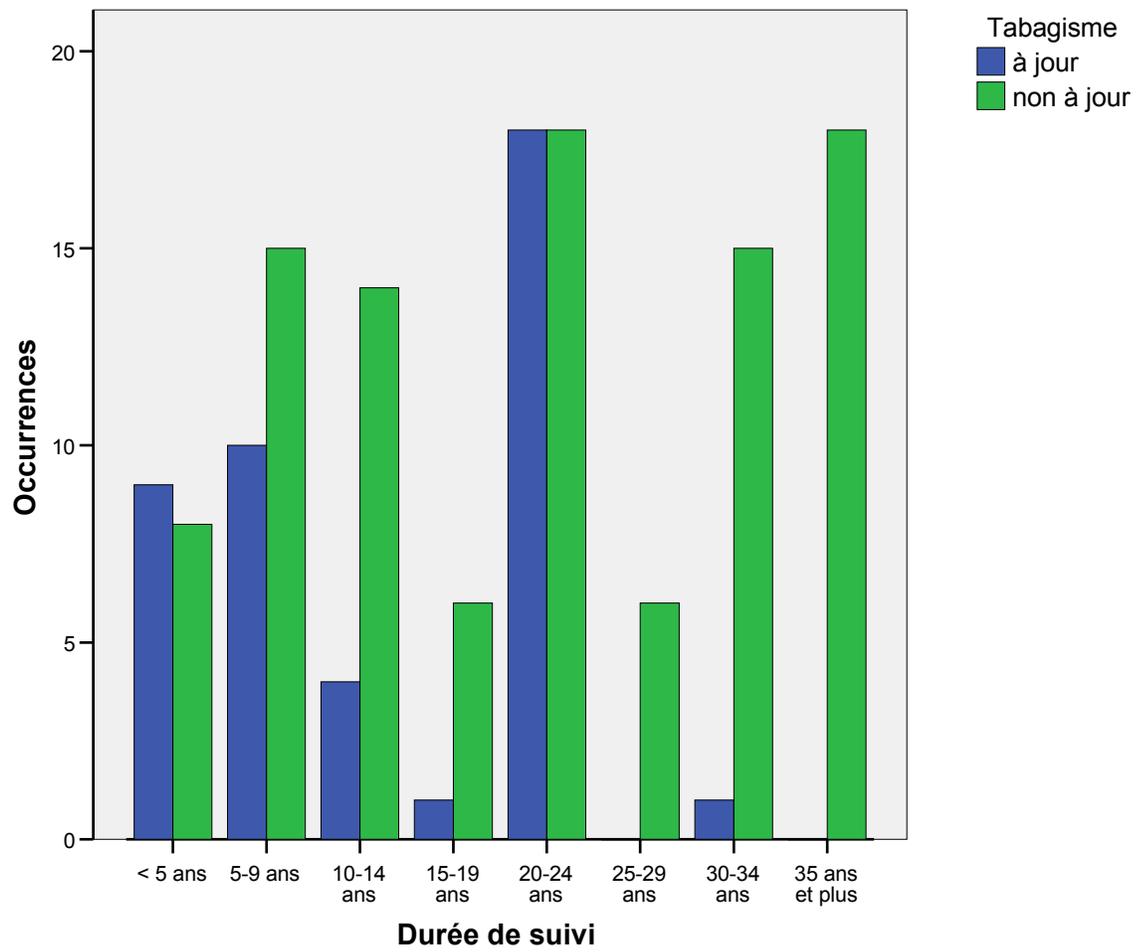
✓ **Tabagisme**

**Tabagisme**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Valide à jour	43	30,1	30,1
non à jour	100	69,9	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* Tabagisme**

	Tabagisme		Total
	à jour	non à jour	
Durée de suivi < 5 ans	9	8	17
5-9 ans	10	15	25
10-14 ans	4	14	18
15-19 ans	1	6	7
20-24 ans	18	18	36
25-29 ans	0	6	6
30-34 ans	1	15	16
35 ans et plus	0	18	18
Total	43	100	143



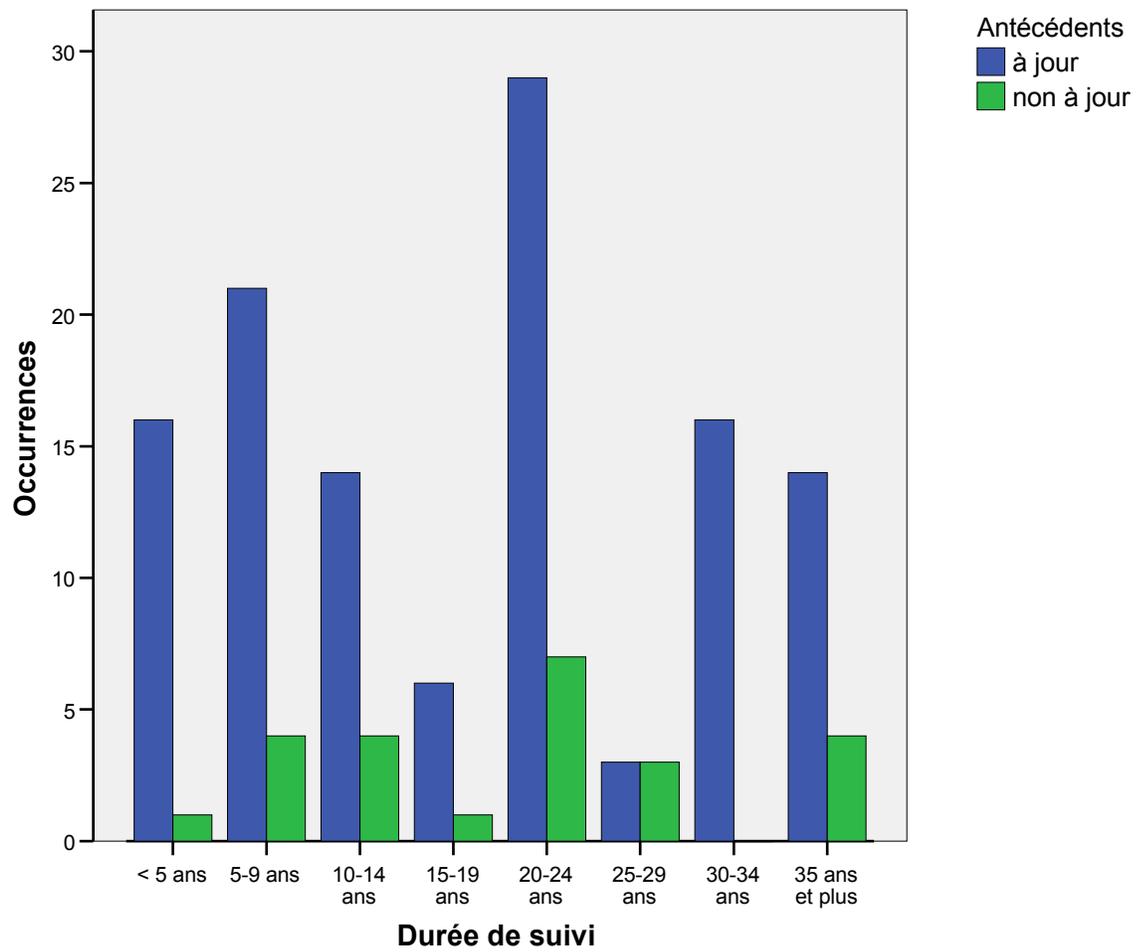
✓ **Antécédents**

**Antécédents**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Valide à jour	119	83,2	83,2
non à jour	24	16,8	100,0
Total	143	100,0	

**Tableau croisé Durée de suivi \* Antécédents**

	Antécédents		Total
	à jour	non à jour	
Durée de suivi < 5 ans	16	1	17
5-9 ans	21	4	25
10-14 ans	14	4	18
15-19 ans	6	1	7
20-24 ans	29	7	36
25-29 ans	3	3	6
30-34 ans	16	0	16
35 ans et plus	14	4	18
Total	119	24	143



✓ **Pathologie chronique**

**Pathologie chronique**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	54	37,8	37,8
1	40	28,0	65,7
2	4	2,8	68,5
3	3	2,1	70,6
4	14	9,8	80,4
12	8	5,6	86,0
13	3	2,1	88,1
14	16	11,2	99,3
24	1	,7	100,0
Total	143	100,0	

(0= pas de pathologie, 1= pathologie cardio vasculaire, 2= diabète, 3= tumeurs, 4= autres pathologies)

Recodage de la variable en variable qualitative binaire :

**Existence d'une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s)**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
oui	89	62,2	62,2
non	54	37,8	100,0
Total	143	100,0	

✓ **Hospitalisation**

**Hospitalisation datant de moins de 2 ans**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
oui	20	14,0	14,0
non	123	86,0	100,0
Total	143	100,0	

✓ **Nombre de consultations durant les 2 dernières années**

**Nombre de consultations durant les 2 dernières années**

N	Valide	143
	Manquante	0
	Moyenne	8,59
	Médiane	7,00
	Ecart-type	6,595
	Minimum	1
	Maximum	52

✓ **Délai depuis la dernière consultation**

**Délai depuis la dernière consultation (en mois)**

N	Valide	143
	Manquante	0
	Moyenne	3,80
	Médiane	2,00
	Ecart-type	4,245
	Minimum	1
	Maximum	23



✓ **Médecin**

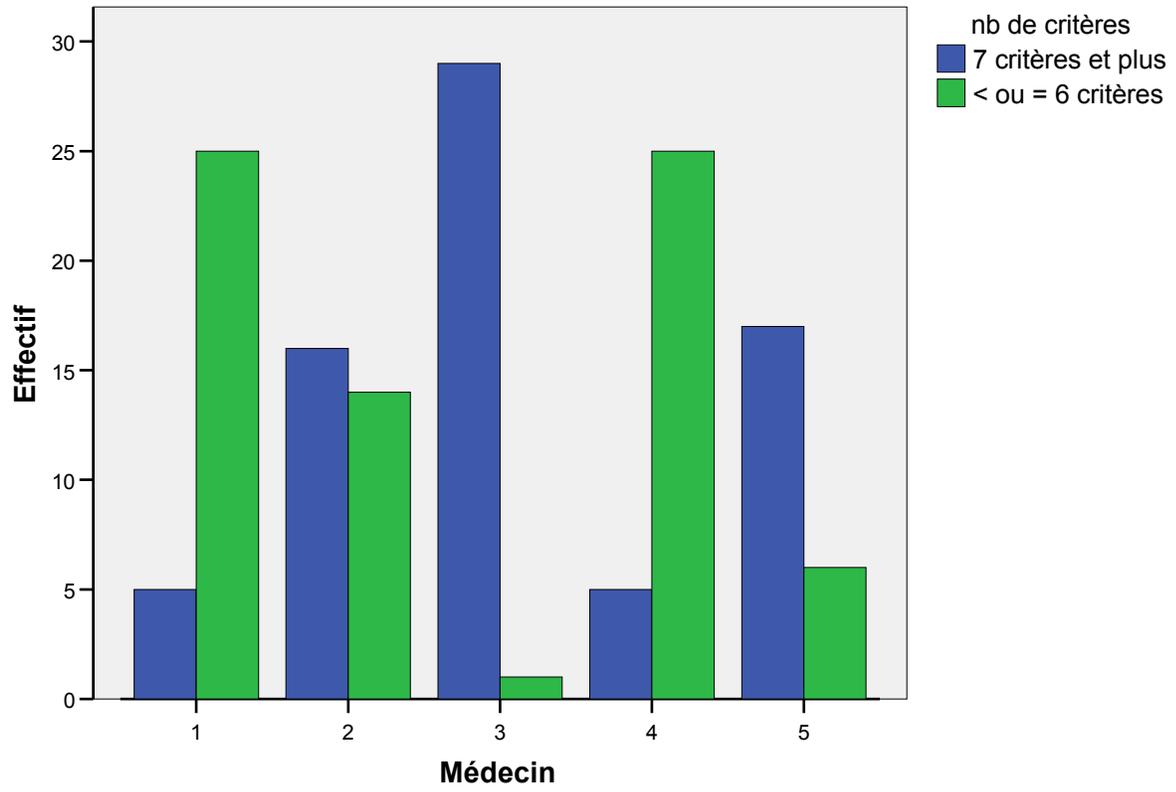
**Nombre de critères à jour**

Médecin	Moyenne	N	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
1	4,63	30	1,732	4,50	1	8
2	6,57	30	1,357	7,00	3	9
3	8,83	30	1,315	9,00	4	10
4	5,03	30	1,450	5,00	2	8
5	7,30	23	1,845	7,00	2	10
Total	6,43	143	2,177	7,00	1	10

**Tableau croisé Médecin \* nombre de critères**

		nombre de critères		Total
		7 critères et plus	< ou = 6 critères	
Médecin	1	5	25	30
	2	16	14	30
	3	29	1	30
	4	5	25	30
	5	17	6	23
Total		72	71	143

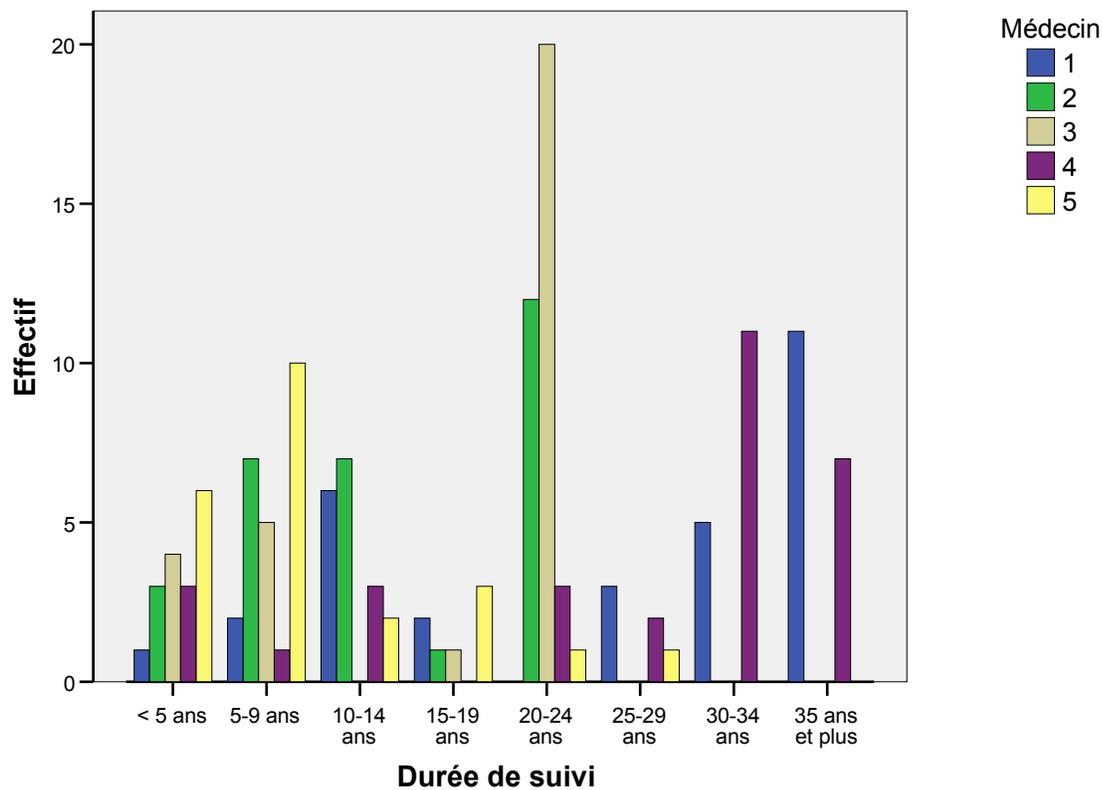
### Diagramme en bâtons



## Durée de suivi

Médecin	Moyenne	N	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
1	24,73	30	11,768	31,00	4	36
2	13,30	30	6,934	11,50	1	21
3	17,60	30	8,681	22,50	1	24
4	25,33	30	11,544	31,00	2	36
5	8,74	23	6,642	7,00	1	25
Total	18,39	143	11,266	20,00	1	36

### Diagramme en bâtons



### Nombre de consultations

Médecin	Moyenne	N	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
1	4,73	30	2,518	4,00	1	12
2	11,87	30	10,563	9,00	1	52
3	9,67	30	4,626	9,50	1	25
4	8,70	30	4,872	8,00	2	21
5	7,83	23	5,357	6,00	1	18
Total	8,59	143	6,595	7,00	1	52

## Pathologie chronique

Tableau croisé Médecin \* Existence d'une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s)

	Existence d'une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s)		Total
	oui	non	
Médecin 1	20	10	30
2	19	11	30
3	21	9	30
4	15	15	30
5	14	9	23
Total	89	54	143

## Hospitalisation

Tableau croisé Médecin \* Hospitalisation datant de moins de 2 ans

	Hospitalisation datant de moins de 2 ans		Total
	oui	non	
Médecin 1	4	26	30
2	4	26	30
3	7	23	30
4	4	26	30
5	1	22	23
Total	20	123	143

## Délai depuis dernière consultation

(En mois)

Médecin	Moyenne	N	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
1	3,47	30	2,432	2,00	1	10
2	3,27	30	4,185	2,00	1	21
3	3,57	30	3,730	2,50	1	18
4	3,43	30	4,305	2,00	1	22
5	5,74	23	6,159	2,00	1	23
Total	3,80	143	4,245	2,00	1	23

## 2- ANALYSE COMPARATIVE BIVARIEE

### ✓ Nombre de critères à jour

	Nombre de critères à jour ≤ 6 (n=71)		Nombre de critères à jour ≥ 7 (n=72)		p
	<i>effectif</i>	%	<i>effectif</i>	%	
<b>Médecin</b>					<b>&lt;10<sup>-3</sup></b>
1	25	83,3	5	16,7	
2	14	46,7	16	53,3	
3	1	3,3	29	96,7	
4	25	83,3	5	16,7	
5	6	26,1	17	73,9	
<b>Pathologie(s) chronique(s)</b>					<b>NS</b>
oui	40	44,9	49	55,1	
non	31	57,4	23	42,6	
<b>Hospitalisation dans les 2 dernières années</b>					<b>0,058</b>
oui	6	30,0	14	70,0	
non	65	52,8	58	47,2	
	<i>Moyenne (± écart-type)</i>		<i>Moyenne (± écart-type)</i>		
<b>Délai de la dernière consultation (en mois)</b>					
	4,6 (± 4,7)		3,0 (± 3,6)		<b>0,03</b>
<b>Nombre de consultations durant les 2 dernières années</b>					
	6,9 (± 5,2)		10,3 (± 7,4)		<b>0,002</b>

Dans notre échantillon, le nombre de critères à jour (ou la conformité avec les recommandations de bonnes pratiques inférieure ou supérieure à 60%) est lié au médecin traitant ( $p < 10^{-3}$ ). Il varie également selon le nombre de consultations dans les 2 dernières années ( $p = 0,002$ ) et selon le délai depuis la dernière consultation ( $p = 0,03$ ).

On observe un lien à la limite de la significativité avec une hospitalisation récente ( $p=0,058$ ).

Cependant, aucun lien n'est mis en évidence avec l'existence d'une ou plusieurs pathologies chroniques.

**Recherche d'une corrélation linéaire entre la durée de suivi et le nombre de critères à jour :**

-**Coefficient de corrélation** (Pearson) =  $-0,182$  ( $p=0,03$ )

-Ajustement sur la variable 'médecin' : **coefficient de corrélation partielle** =  $-0,139$  ( $p=0,1$ )

donc non statistiquement significatif)

(Après ajustement sur le médecin, on n'observe plus de lien statistiquement significatif entre la durée de suivi et le nombre de critères à jour)

✓ **Durée de suivi**

*Pas de lien statistiquement significatif de la durée de suivi avec l'existence d'une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s), ni avec une hospitalisation récente, ni avec le nombre de consultations, ni avec le délai depuis la dernière consultation*

✓ **Médecin**

**Durée de suivi**

Médecin	Moyenne	N	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
1	24,73	30	11,768	31,00	4	36
2	13,30	30	6,934	11,50	1	21
3	17,60	30	8,681	22,50	1	24
4	25,33	30	11,544	31,00	2	36
5	8,74	23	6,642	7,00	1	25
Total	18,39	143	11,266	20,00	1	36

=> Test de comparaison multiple de moyennes (test de Kruskal Wallis, (test non paramétrique)) :  $p < 10^{-3}$

(Dans notre échantillon, la durée moyenne de suivi des patientes est significativement différente selon les médecins)

**Nombre de consultations**

=> Test de comparaison multiple de moyennes (test de Kruskal Wallis, (test non paramétrique)) :  $p < 10^{-3}$

} *Pas d'association de ces variables avec la variable 'm? decin'*

**Pathologie chronique**  
**Hospitalisation**  
**Délai depuis dernière consultation**

Dans notre étude, la variable 'médecin' se révèle être une variable complexe car elle recouvre à la fois les caractéristiques de la patientèle, l'ancienneté d'installation, les pratiques de dépistage et de suivi du médecin.

De fait, la réalisation d'une analyse multi variée à la recherche des facteurs explicatifs du nombre de critères à jour n'est pas envisageable (interprétation impossible).

La constitution de l'échantillon ne permet pas de conclure quant à l'influence de la durée de suivi des femmes âgées de 60 à 65 ans sur la prise en charge en terme de dépistage et de suivi par leur médecin traitant, car les caractéristiques des patientèles des 5 médecins sélectionnés sont trop hétérogènes.

# **LA DISCUSSION :**

## **1. Argumentaire de la méthode**

### **1.1. La population étudiée :**

Le but initial de ce travail était d'explorer la relation thérapeutique de très longue durée. Pour des raisons statistiques, et afin de pouvoir comparer une population, il a fallu que je sélectionne une sous-population homogène. Ce choix était nécessaire pour que ce travail soit scientifiquement exploitable.

J'ai choisi d'étudier les femmes car il existe davantage de recommandations documentées en terme de dépistage : frottis, mammographie, récemment l'ostéodensitométrie. Chez l'homme, il n'existe pas de dépistage systématique, le dépistage du cancer de la prostate est individuel et il n'existe pas de recommandations claires en termes d'âge. Les recommandations existantes concernent la fréquence des dosages du PSA (30).

Pour certains dépistages, il semble aussi intéressant de voir si au-delà de 10 ans de dépistage organisé, la mammographie est toujours bien effectuée pour les femmes (19,20).

Tout comme les frottis cervico vaginaux (21) (début du dépistage à 25 ans), alors que souvent les femmes sont ménopausées, en moyenne à l'âge de 51 ans.

### **1.2. Les médecins :**

Il existe ici un biais de recrutement.

J'ai choisi cette méthode afin d'avoir une réponse positive à ma demande d'étude. Les médecins concernés me connaissaient ou je leur avais été recommandée. Ils pouvaient donc me faire confiance en ce qui concerne l'accès aux dossiers médicaux, leur confidentialité ainsi que dans la maîtrise de leur logiciel respectif.

### **1.3. Les critères :**

Pour le critère cancer colo rectal, j'ai choisi de coté 'à jour' s'il n'y avait pas de renseignement n'était dans le dossier. C'est un antécédent familial. Il est impossible de noter dans le dossier tous les antécédents familiaux qui n'existent pas.

J'ai procédé d'une façon différente pour le critère tabagisme. Cette notion est nécessaire pour pouvoir interpréter le dosage du LDL cholestérol. Et elle doit donc être disponible en dehors d'une consultation. C'est un facteur de risque cardio vasculaire. Je l'ai coté 'à jour' si elle était dans le dossier (positive ou négative). L'absence de renseignement est cotée 'non à jour'.

Dans la surveillance des pathologies chroniques, je me suis concentrée sur les dosages sanguins. Il existe des recommandations sur des dosages urinaires, mais je n'en ai pas tenu compte dans mon recueil. La recherche d'une protéinurie chez les diabétique ou les hypertendus, implique que le patient participe plus que par un simple déplacement au laboratoire d'analyse médicale. J'ai préféré que cette notion ne soit pas prise en compte pour que la démarche du patient soit analogue à celle du patient non porteur de pathologie.

#### Choix de la période d'observation :

Les deux années correspondent au délai de l'examen dont la fréquence est la plus élevée, dans la population non porteuse de pathologie. C'est la mammographie, qui doit être renouvelée tous les deux ans.

#### 2.6. Le recueil des données :

Il consiste en une revue rétrospective de dossiers. Il est sur que si le médecin ne note pas les informations dans son dossier, l'information n'est pas cotée 'à jour' dans mon relevé.

Certains médecins ont des modes de fonctionnement différents :

- ✓ un médecin m'a dit qu'il ne notait jamais le poids car les patientes concernées lui sont très bien connues, il sait donc si il existe une prise de poids ou non.
- ✓ Le raisonnement est identique pour la notion de tabagisme.
- ✓ En ce qui concerne la vaccination, certains médecins la notent dans le carnet de vaccination remis au patient et il le laisse responsable de revenir au moment du rappel, ils ne le notent pas dans le dossier.

Dans l'étude j'ai n'ai pu tenir compte du mode de fonctionnement inhérent à chaque praticien, il y a donc une limite dont il faut tenir compte dans l'analyse des données.

## 2. Analyse de l'étude descriptive.

### 2.1. La répartition de la population selon la durée de suivi.

Sa répartition n'est pas du tout homogène selon les praticiens.

- ✓ Pour le médecin 1, il est sur représenté dans les classes suivies depuis plus de 25 ans (18 patientes).
- ✓ Pour le médecin 2 la répartition est assez homogène mais il n'est pas du tout représenté dans les classes de suivi supérieures à 25 ans
- ✓ Pour le médecin 3, il n'est pas du tout représenté dans les classes de durée de suivi supérieur à 25 ans ou dans la classe de 10-15 ans. Il est par contre sur représenté dans la classe de suivi de 20-25 ans (20 patientes sur les 33 patientes recensées).
- ✓ Pour le médecin 4, 20 des 30 patientes choisies sont dans la classe entre 25 et 35 ans et plus.
- ✓ Pour le médecin 5, la répartition est homogène mais il n'est pas du tout représenté dans les classes de suivi supérieures à 25 ans

De ce fait, sur une classe de durée de suivi donnée, et selon la composition de l'échantillon en fonction de chaque médecin, on obtient plutôt un reflet de la pratique du médecin représenté de façon majoritaire.

Il est intéressant de remarquer que pour la classe d'âge des 60-65 ans, les médecins n'ont pas une répartition de durée de suivi aléatoire. Les patientes sont restées fidèles à leur médecin généraliste quasiment depuis l'installation (Médecins 1,3, et 4). Ces trois médecins travaillent pour l'un d'eux en milieu rural et les deux autres en milieu urbain. Pour le médecin 5 et le médecin 2 où la répartition est plus homogène, l'un travaille en milieu urbain, l'autre en milieu rural.

On peut noter aussi que l'un des praticiens exclus, n'avait dans sa patientèle que cinq femmes répondant aux critères de sélection de population.

La patientèle d'un médecin est donc très hétéroclite. Il est difficile de pouvoir la comparer à celle d'un autre médecin à moins de sélectionner un très grand nombre de praticien.

### 2.2. Par critères.

- ✓ La tension artérielle : on constate qu'elle est à jour pour 87.4% des patientes et cela quelque soit la durée de suivi. Elle fait partie intégrante de la consultation.
- ✓ Le poids : il est à jour seulement pour 53.8% des patiente. C'est cependant un critère important dans le dépistage. Si il augmente, le bilan sanguin doit être plus précoce, si il diminue il est un point d'appel pour une altération de l'état général et donc pour une éventuelle pathologie néoplasique (en dehors d'un régime hypocalorique volontaire). C'est aussi un critère pour lequel les praticiens ont leur propre mode de fonctionnement.

- ✓ La taille : pour ce critère il est à jour simplement si il est noté dans le dossier et ne dépend donc pas du temps. Il est majoritairement à jour pour les femmes suivies de 0 à 24 ans puis la tendance s'inverse de 25 à 35 ans et plus. Ici on revient de la même manière que pour le poids, à un mode de fonctionnement propre au médecin.
- ✓ Le bilan sanguin : il est à jour dans 75.5% des cas. C'est donc un dépistage bien ancré dans la pratique médicale. On remarque que pour les femmes récemment suivies (<5ans), 8 sont à jour et 9 sont non à jour. Au vu de l'indication de le refaire tous les 5 ans si il est normal, ce chiffre ne parait pas être en désaccord avec les recommandations. Les médecins ne le refont donc pas systématiquement chez une patiente récemment suivie.
- ✓ La mammographie : elle est à jour dans 62.2% des cas. On peut comparer ce chiffre au rapport d'activité de l'association 'Cap santé plus' de 2006, où 57.6% des femmes résidant dans le département sont à jour. Les médecins choisis ont donc un résultat similaire et même meilleur. Mais ils voient leurs patientes et peuvent donc plus motiver cet acte qu'un simple courrier.
- ✓ Le frottis cervico vaginal : il est à jour dans 44.1% des cas. Ici on constate que l'on est en dessous des 60%. On peut se demander si il n'existe pas un épuisement de ce dépistage dont les recommandations s'étendent sur une durée de quarante ans. Il faut aussi tenir compte de la possibilité de suivi par un autre médecin. Pour ce critère il y a un chevauchement de compétence : on peut donc se demander si il n'y a pas un désintérêt du généraliste. Il y a aussi le fait que les femmes sont ménopausées : les femmes sont peut être moins attentives à cette partie de leur corps, la réalisation est moins aisée...
- ✓ Le dépistage du cancer colo rectal : Ce critère est à jour dans 97.2%. je pense que ce chiffre tient probablement au recueil de données. Ne sont pas à jour uniquement les patients qui ont déjà eu un examen et qui ne sont pas dans les temps pour le recommencer. Ceci tient au fait qu'il n'y a pas encore de recommandation validée publiée par les autorités de santé.
- ✓ La vaccination : c'est un acte de médecine préventive typique. Seuls 36.4% de patients sont à jour. Il faut souligner que cette vaccination est recommandée. Là aussi entre en ligne de compte les pratiques de chaque médecin. A un moment, les mairies des communes étaient investies de cette mission, le médecin du travail également. Il y a aussi un chevauchement des compétences. De plus certains des médecins m'ont informé de la non notation dans leur dossier puisque que le carnet de vaccination est entre les mains du patient.
- ✓ Ostéo densitométrie : seules 16.1% des patientes en ont réalisée une. Son remboursement est récent. Il est lié à des conditions particulières. Elle n'est probablement pas encore intégrée au dépistage systématique.

- ✓ Tabagisme : L'information n'est notée que dans 30.1% des dossiers. Ceci est néanmoins un problème de santé publique. Surtout à l'heure actuelle où de efforts sont faits au niveau législatif. Il est souhaitable qu'à chaque entretien, le professionnel de santé s'enquière si le sujet est fumeur (27).
- ✓ Antécédents : ce critère est à jour dans 83.2% des cas. C'est donc un critère sur lequel les médecins sont attentifs.

### 2.3. Les variables explicatives

- ✓ Pathologie chronique : 62.2% des femmes sont porteuses de pathologie chronique et donc nécessitent un suivi plus fréquent.
- ✓ Hospitalisation : 14% des femmes ont été hospitalisées sur la période étudiée. Ce pourcentage représente 20 femmes en chiffre absolu sur les 143 de l'échantillon.
- ✓ Nombre de consultations sur la période étudiée : en moyenne, les femmes ont consulté 8.59 fois sur une période de 25 mois, soit à peu près une fois tous les trimestres.
- ✓ Délai en mois depuis la dernière consultation : en moyenne 3.8 mois

## 3. L'analyse comparative

Le but de cette étude était de mettre en évidence l'existence ou la non existence d'un lien entre la durée de suivi et le nombre de certains critères, choisis de façon justifiée. Ceci afin d'essayer de caractériser de quelle manière la durée de suivi influe objectivement sur la prise en charge du médecin. On constate qu'il est impossible de la mettre en lumière au vu de la disparité de pratique de chaque praticien, et de la distribution non aléatoire de leur patient dans la durée de suivi. Le nombre de critère à jour dépend donc du médecin, du nombre de consultations et un peu moins du délai depuis la dernière date de consultation..

## **CONCLUSION:**

Cette étude ne m'a pas permis de conclure sur l'influence de la durée de suivi du médecin sur sa prise en charge. Afin de réaliser cette étude, il aurait fallu sélectionner un plus grand nombre de médecin et de manière aléatoire. Peut-être aussi afin de pouvoir comparer les prises en charge, des médecins utilisant le même logiciel informatique, avec les mêmes méthodes de travail, et notamment de mise à jour du dossier médical.

Cette étude met en évidence la disparité de la composition de la patientèle de chaque médecin. Et sa complexité. Ainsi certains des médecins choisis suivent la majorité de leurs patientes depuis leur installation, tandis que chez les trois autres, on observe un renouvellement de la patientèle. Sur les cinq médecins, ce n'est pas dépendant de la zone d'installation. Il serait intéressant d'étudier plus précisément les caractéristiques des médecins.

Elle permet aussi de remarquer que sur le dépistage primaire certains items font partie intégrante de la consultation et de la prise en charge (tension artérielle, bilan sanguin de dépistage). Alors que certains des critères choisis ne sont pas du tout rentrés dans les habitudes de prescriptions, en partie pour certaines recommandations récentes (ostéodensitométrie).

On ne peut pas conclure sur le but initial de l'étude mais on peut constater à quel point la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles sont importantes dans notre exercice. Il y a également nécessité de motiver les praticiens sur certains domaines qui sont des enjeux de santé publique (30). Elle montre la complexité de notre métier et la difficulté de son étude.

## **REFERENCES :**

1. La santé observée dans les pays de Loire Edition 2007
2. Assal J.-Ph; Golay A. « Le suivi à long terme des maladies chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique» MedHyg2001 ; 59 : 1446-50
3. Lasserre A. ; Assal J.-Ph « Renforcer les compétences des médecins dans la prise en charge des patients chroniques »Med Hyg. 2001 ; 59 : 1452-55
4. Lacroix A. « La prise en charge de patients atteints de maladies chroniques : difficultés et obstacles » Med Hyg.1996 ; 54 : 1158-60
5. Girard A. ; Maisonnave M. « Traitement à long terme : difficultés des patients stratégies pour le médecin » Med Hyg. 1998 ; 56 : 1158-60
6. Lacroix A. « La prise en charge de patients atteints de maladies chroniques : difficultés et obstacles » Med Hyg. 1998 ; 56 : 1204-10
7. Lacroix A. « L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique»- Maloine 2003
8. «L'éducation du patient » Santé mentale 2000 n°46 vol 0 : 27-29
9. Sandrin-Berthon B «L'éducation du patient au secours de la médecine»- PUF 2000
10. D'Yvernois J-F., Gagnayre R. « Apprendre à éduquer le patient » Maloine 2004
11. Foucaud J, Rostand F. « Etat des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Résultat d'une enquête nationale descriptive » INPES mise en ligne le 26/10/2006
12. Dandé A., Sandrin-Berthon B., Chauvin S. « L'éducation pour la santé des patients, un enjeu pour le système de santé » Editions CFES 2001
13. Guérin M. «Le généraliste et son patient»-Flammarion 1995
14. Balint M. « Le médecin, son malade et la maladie»-PUF 1960
15. «Les émotions dans le soins»- Pratiques janv. 2002
16. Bierens de Haan D. ; Wintsh J.«Comment retrouver un souffle dans la durée de la relation médecin malade»Primary Care 2003 ; 3 : 995-996

17. « Prise en charge thérapeutique du patients dyslipidémique » AFFSAPPS mars 2005
18. « Principes de dépistage du diabète de type 2 » AFFSAPPS février 2003
19. « Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale » AFFSAPPS mars 1999.
20. Rapport d'activité 'cap santé plus' 2006
21. « Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. » ANAES Mai 2004
22. Guide des vaccinations Édition 2006 INPES
23. « Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population » ANAES avril 2004
24. Recommandation de l'institut national du cancer <http://www.e-cancer.fr/>
25. « Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose » HAS Juillet 2006
26. , « Les stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac »  
Recommandation de bonnes pratiques AFSSAPS Mai 2003
27. « Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle » HAS 2006,
28. « Prise en charge du diabète de type 1 de l'adulte » HAS mai 2006
29. « Recommandations De Bonne Pratique » Société Scientifique de Médecine Générale avril 2001
30. « Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate » AFFSAPPS septembre 2004
31. B. Ventelou, J-B Combes « Prévention et santé publique en PACA » La revue du praticien Médecine générale 2007 ; 778/779 : 737-738.

NOM : Letertre épouse Daniel

PRENOM : Johanna

**Titre de Thèse : Influence de la durée de suivi par le médecin généraliste, sur des critères de dépistage primaire ou de suivi, chez une population de femmes de soixante à soixante-cinq ans en Loire Atlantique.**

---

## RESUME

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence un lien entre la durée de suivi par le médecin généraliste, et l'influence qu'elle peut avoir sur sa pratique professionnelle.

J'ai effectué une sélection de 5 médecins et recensé l'ensemble des femmes de 60 à 65 ans consultant dans leur cabinet. Parmi ces femmes j'en ai sélectionné 30.

Grâce à une étude rétrospective, j'ai répertorié 11 critères de dépistage ou de suivi (en cas de pathologie chronique), pour lesquels il existe des recommandations publiées par les autorités de santé.

J'ai aussi recensé d'autres critères pouvant avoir un impact sur la pratique du médecin.

Les analyses statistiques n'ont malheureusement pas permis de conclure au vu de la disparité des durées de suivie des médecins choisis.

J'ai pu cependant observer, pour les critères d'évaluation choisis, une disparité de prise en charge qui met en évidence l'importance de la motivation des praticiens pour certains dépistages, semblant être négligés.

Pour la composition de la patientèle de chaque médecin, elle est très hétérogène. Les durées de suivi de chaque médecin se répartissent par groupe : certains médecins suivant la majorité de leurs patientes depuis leur installation, d'autres ayant un renouvellement de leur patientèle

---

## MOTS-CLES

**Relation thérapeutique de longue durée  
Médecine générale  
Médecine préventive**