

Une consultation de prévention dédiée et structurée à l'aide d'un outil informatique

Étude C-PRED-EsPeR : nouveau concept pour la vraie vie ?

Patrick Chevallier¹, Isabelle Colombet², Catherine Wajs², Laurence Leneveu², Gilles Chatellier²

exercer 2008;81:36-41.

p.chevallier@cngc.fr

1. Collège national des généralistes enseignants. Département de médecine générale – UFR Paris Île-de-France Ouest

2. Département de santé publique et d'informatique médicale – UFR Paris 5

Mots-clés

Prévention

Consultation dédiée

Aide informatisée

Contexte

Même si la mortalité par maladies cardiovasculaires diminue, son incidence a augmenté sur la période 1997-2002¹. La prévalence et l'incidence des cancers, seconde cause de mortalité en France, augmentent pour certains, diminuent pour d'autres, et les localisations se diversifient². La prévention et la promotion de la santé individuelle sont l'une des compétences cardinales de la médecine générale³. Elle doit pouvoir compter sur des données actualisées et validées.

La loi de santé publique de 2004 a instauré une politique de prévention. Les organismes de remboursement des soins étudient le concept d'une consultation de prévention à des périodes clés de la vie, avec des contenus ciblés sur des facteurs de risques spécifiques⁴. Pour une décision participative impliquant le patient, l'impact de l'utilisation du concept de risque dépend du mode de présentation des risques, de la communication du médecin vers le patient et des préférences de ce dernier⁵⁻⁸.

EsPeR⁹, système d'aide à la décision accessible via Internet, s'intéresse au domaine de la prévention/dépistage. Il utilise des données épidémiologiques actualisées et les recommandations nationales. L'objectif des volets quantitatif et qualitatif de ce travail était d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité par les généralistes (MG), et leurs patients, d'une consultation de prévention dédiée et structurée.

Méthode

Enquête pragmatique de faisabilité et d'acceptabilité (quantitative et qualitative) auprès des médecins généralistes et de leurs patients.

61 MG ont été recrutés sur la base du volontariat, au sein de cinq collèges membres du Collège national des généralistes enseignants (CNGE), respectant les zones géographiques françaises rurales et urbaines.

Le critère principal de recrutement des médecins était l'utilisation d'un dossier médical informatisé et une connexion Internet disponible au cabinet.

Les MG étaient définitivement recrutés après participation à une séance de formation standardisée (présentation du concept, appropriation du protocole, utilisation du serveur EsPeR).

Ils devaient inclure 10 patients consécutivement sauf en cas de refus de signer le consentement éclairé. La consultation pouvait avoir lieu immédiatement ou être différée si le médecin, le patient ou des données biologiques datant de plus de 3 mois dans le dossier médical l'exigeaient. Dans ce cas, la consultation devait être programmée dans un délai inférieur à 15 jours. Dans tous les cas le MG devait se connecter au serveur pendant la consultation.

Critères d'éligibilité et d'inclusion des patients

Sujets des deux sexes, âgés de 45 à 55 ans, connus du médecin (au moins 1 consultation), acceptant le principe d'une consultation dédiée et entrant dans le cadre d'une des 3 conditions suivantes :

- dépistage des cancers du sein, de la prostate, du col de l'utérus et du côlon ;
- prévention primo/secondaire chez des patients ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire connu : hypertension artérielle, diabète de type 2, dyslipidémie, obésité ;
- dépistage des conduites addictives à risque somatique : intoxication tabagique, alcoolisme, dépistage d'un état dépressif.

Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient les pathologies chroniques sévères évolutives à court terme, les cancers en phase active de traitement, et la dépression traitée.

Description du serveur EsPeR

Outre la saisie de données non nominatives, le serveur¹⁰ (V3) permettait, pour un patient :

- de construire un arbre généalogique (antécédents familiaux) ;
- de calculer les risques de morbidité familiaux et individuels de cancer du sein et de maladie cardiovasculaire (coronarienne et cérébrovasculaire), avec une présentation graphique issue d'équations validées^{11,12} ;
- de délivrer une information personnalisée sous la forme d'un tableau chiffré des risques de mortalité (à 5 et 10 ans) d'un sujet selon son âge, son sexe, et sa région de résidence (résultats issus de la modélisation statistique des données françaises de mortalité) ;
- le repérage ciblé sur les risques liés à l'hypertension, au diabète de type 2, à une dyslipidémie, à un tabagisme, à un alcoolisme, le dépistage du cancer du sein et du côlon ;
- l'édition obligatoire et l'impression (si demandées par le patient) d'un programme personnalisé de prévention, issu des étapes précédentes.

Outils et critères de mesure de la faisabilité et de l'acceptabilité

Données quantitatives enregistrées sur le serveur

Données patients : sexe, âge, index de masse corporelle (kg/m²), pression artérielle (mmHg), cholestérolémie (totale, HDL et LDL, mg/l), glycémie (g/l), calcul du risque cardiovasculaire coronaire et cérébrovasculaire à 10 ans (RCV), score de FACE¹³ pour la consommation d'alcool, statut tabagique (oui/non).

Type et nombre de risques pris en considération.

Données quantitatives déclaratives

- Nombre de consultations réalisées/nombre de consultations proposées (registre d'inclusion).
- Durée des consultations de prévention.
- Actions proposées par le médecin (conseils et décisions).

Les résultats sont exprimés en médiane.

Données qualitatives MG

Au début de la séance de formation organisée pour son collège, chaque MG a rempli un questionnaire qualitatif (Qual1) explorant leurs représentations, attentes et résistances dans le champ de la prévention, ainsi que sur le concept d'une consultation dédiée à la prévention/dépistage à l'aide d'un serveur à distance. À l'issue de la consultation de prévention, chaque

MG devait remplir un questionnaire en ligne (Qual2) explorant l'acceptation de la démarche de consultation dédiée de prévention, du contenu et de la forme du serveur EsPeR, de son utilisation en présence du patient, le degré de satisfaction globale liée à l'utilisation d'EsPeR et son intégration dans la pratique courante.

Enfin, un échantillon de MG répartis sur 5 collèges ($n = 32/47$) a accepté un entretien semi-directif téléphonique de fin d'étude (Qual3) avec l'un des chercheurs spécialisé en sciences sociales (le même pour chaque entretien), explorant le degré de satisfaction des médecins par rapport au cadre de consultation proposé, la faisabilité de la consultation avec reprise des items du questionnaire Qual2 (comparaison avant/après).

Données qualitatives patients

Une version patient (QP) du Qual2 était remise au patient avec une enveloppe de retour préaffranchie.

Analyse et traitement des données

Analyse statistique quantitative

Pour tenir compte des *clusters* de médecins, les variables d'intérêts ont été renseignées par médecin, soit en utilisant les proportions (variables qualitatives), soit en utilisant la médiane, le minimum et le maximum (variables quantitatives).

Analyse qualitative des questionnaires Qual1, Qual2, Qual3, QP

Une analyse de contenu a été effectuée sur le corpus constitué par les réponses aux questionnaires Qual1, Qual2 et QP. Chacun de ces documents comportait des questions fermées (à choix contraint codé) et des questions ouvertes à réponses libres. Les questions fermées ont été analysées par calcul des occurrences et commentaires sur quelques tris croisés. Les questions ouvertes de Qual1, Qual2 et QP ont fait l'objet d'une analyse de contenu plus élaborée et composite, avec relevé préliminaire des occurrences sémantiques à l'aide de la grille du logiciel Tropes (v6.2 Pro), puis d'une analyse des opinions classées par champs psychosociaux et utilisation d'échelles d'attitudes avec relevé des inférences positives/négatives et des oppositions.

Les interviews Qual3

Ils ont été réalisés sous forme d'entretiens semi-directifs à visée compréhensive portant sur les commentaires des praticiens et sur les comporte-

ments ou attitudes induits par la consultation dédiée expérimentale chez les MG et leurs patients.

La méthode utilisée était l'approche de Krippendorff citée par Miles et Huberman¹⁴ avec repérage, regroupement, et classification. Les propos ont été enregistrés, retranscrits, et analysés individuellement. Une première analyse à partir des verbatim a été effectuée à l'aide du logiciel Tropes (exploration syntaxique et sémantique) permettant un repérage des thèmes. Une classification avec saturation a permis de créer des catégories comportementales, concrètes et précises. Pour chaque thème exploré, les comportements des praticiens ont été comparés entre eux, les tendances ont été dégagées et leur poids respectif dans le groupe de MG a été évalué. Les résultats individuels ont été regroupés et présentés sous forme d'avis « favorables » ou « défavorables » selon la méthode des contrastes¹⁵.

Ce parti pris méthodologique a permis de présenter des résultats de manière opérationnelle mais a entraîné une simplification des livres propos tenus en entretien.

Résultats

Quantitatifs

Les caractéristiques des 53 MG actifs sont présentées dans le tableau 1.

498 consultations ont été réalisées dont 444 exploitables. Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 2.

Le score d'acceptation des patients a été de 70 %. La durée moyenne des consultations a été de 25 ± 5 minutes et 40 ± 10 minutes pour respectivement 21 et 79 %

Population initiale (présents à la formation)	61	
MG non actifs	8 (13%)	
MG actifs	53 (87 %)	
Caractéristiques des MG actifs	G1 : n (%)	G2 : n (%)
Populations	53 (100)	47 (89)
Âge (ans)	$49 \pm 6,9$	
Ancienneté de pratique (années)	$19 (\pm 7,6)$	
Hommes	44 (83)	38 (80,9)
Clientèle urbaine	38 (71,7)	34 (72,3)
Type d'exercice		
– groupe	34 (64,2)	31 (66)
– individuel	18 (34)	15 (31,9)
– centre de santé	1 (1,8)	1 (2,1)
EsPeR connu des investigateurs	13 (24,5)	10 (21,3)

Tableau 1. Caractéristiques des médecins inclus et actifs (Groupe 1 ≥ 1 consultation/MG ; G2 ≥ 5 consultations/MG)

Fiches consultation intraprotocole (fichier CS-questionnaire)	
Hommes	213 (48 %)
Âge (ans)	$50 (\pm 6)$
Diabète de type 2	$24 (\pm 5,4)$
Fumeurs (dernière année)	$99 (\pm 22,3)$
IMC (kg/m^2)	$25,3 (\pm 5,4)$
PAS/PAD (mmHg)	$130 (\pm 15)/ 80 (\pm 10)$
Cholestérol total (mmol/l)	$5,5 (\pm 1,2)$
Risque coronarien à 10 ans (%)	$6 (\pm 5)$
Risque cérébrovasculaire à 10 ans (%)	$1 (\pm 1)$
Score au questionnaire FACE	$2 (\pm 3)$
Nombre de thèmes traités (4 à 9 max.)	$4,3 (\pm 1,9)$

Tableau 2. Caractéristiques des patients

FACE pour les hommes : score < 5 : risque faible ou nul ; de 5 à 8 : consommation excessive probable ; > 8 : dépendance probable. Pour les femmes : score < 4 : risque faible ou nul ; de 4 à 8 : consommation excessive probable ; > 8 : dépendance probable. Les pourcentages sont la médiane.

	Déroulement de la consultation		
	Tous médecins	Médecins à médiane minimum	Médecins à médiane maximum
Durée de la consultation (min)	35 (30-45)	10,5	55*
Durée de l'interrogatoire (min)	10 (10-15)	3	35
Durée de la phase diagnostique (min)	7 (5-10)	3	20
Durée de la phase « conseil » (min)	11 (10-15)	5	30
Nombre de thèmes traités	4 (3-6)	1,5	6

Tableau 3. Appréciation du déroulement de la consultation par les médecins (les chiffres sont des médianes [1^{er}-3^e quartile] et actions de fin de consultation (%)) $n = 444$

* à l'exclusion d'un médecin ayant réalisé 2 consultations ayant duré 67,5 minutes.

des MG. Les durées des différentes séquences de la consultation sont présentées dans le tableau 3.

Le nombre moyen de thèmes traités par consultation était de 4 (1-6), réalisés respectivement par 4 %, 21 %, 19 %, 17 %, 30 % et 9 % des MG.

Dans l'ordre décroissant pour l'ensemble de la population, les thèmes traités ont été : risque cardiovasculaire (19,7 %), cancer colorectal (14,9 %), obésité (14,2 %), alcoolisme (12,1 %), intoxication tabagique (10,9 %), cancer du sein (10,8 % des femmes), cancer de la prostate (7,9 % des hommes), cancer du col de l'utérus (7,6 % des femmes), dépression (1,8 %).

La description des actions mises en œuvre en fin de consultation est présentée dans le tableau 4.

	Actions en fin de consultation n (%)
Documents remis au patient	365 (83,5)
Archivage de documents dans dossier patient	178 (41,1)
Prescription de laboratoire et/ou d'imagerie	98 (22,3)
Prescription de médicaments	61 (13,9)
Conseils	281 (63,9)

Tableau 4. Actions en fin de consultation

Résultats qualitatifs (Qual1, Qual2, Qual3)

L'acceptabilité et la faisabilité étaient centrées essentiellement autour du facteur temps. Avant expérimentation, les médecins estimaient « qu'une consultation dédiée ne pouvait pas durer moins de 20-30 minutes » ce qui leur semblait « être la durée optimale pour les patients ».

Après expérimentation, la consultation prévue par EsPeR, si elle est réalisée correctement et dans son intégralité, a nécessité 40 à 50 min.

La relation médecin/patient était qualifiée de « conviviale, ouverte, agréable, interactive ; climat souvent détendu ». Les médecins ont été sensibles à une nouvelle consultation intégrant davantage le patient, plus ouverte, plus participative : « la concentration des patients », « leur ouverture », « leur investissement sur le contenu des modules de prévention », « l'interactivité de la consultation (avec médiation par l'écran) », « l'apaisement des inquiétudes préalables chez certains patients », « l'effet de surprise de la détection de problèmes occultés jusqu'alors et la verbalisation autour de sujets jugés sensibles (alcool, dépression) ».

Les aspects négatifs concernaient davantage l'architecture de la consultation, la durée : « la durée de consultation est jugée très longue », l'impact du serveur, outil informatique : « la consultation est un peu "chaotique" (peu fluide) », « l'utilisation du serveur informatique génère des temps morts dans la consultation (difficiles à gérer face au patient) », mais aussi la notion de risque : « certains praticiens estiment que la gestion du stress généré par l'évocation des risques prend une place plus importante que de coutume ». Les médecins ont souligné que « la consultation dédiée met souvent le doigt sur des problèmes que les patients ne souhaitent pas spontanément aborder », pouvant créer des freins, « elle suscite un retrait parmi quelques patients ».

Les médecins généralistes étaient globalement satisfaits de la relation établie autour de la prévention. En revanche, ils étaient nombreux à souligner le caractère inhabituel, hors norme, « à part », nouveau et informel de la démarche. Dans le cadre professionnel français (rémunération à l'acte sans rémunération supplémentaire pour cet acte), la consultation ainsi organisée a paru longue et surtout « lourde » à plusieurs médecins. Cette impression de lourdeur provenait essentiellement de la succession des séquences à accomplir. L'échantillon se partageait en deux groupes : une moitié des médecins estimait qu'il serait probablement irréalisable de dégager ce temps dans leur activité habituelle, l'autre moitié

était prête à généraliser la démarche si des aménagements tarifaires et d'organisation étaient mis en place.

Les patients

Le nombre de questionnaires exploités a été de 340/444 (76,6 %). La consultation a été jugée très et moyennement utile (98,5 %) *versus* pas utile du tout (1,5 %), d'une durée adaptée (83,9 %), voire trop courte (12,5 %) *versus* trop longue (3,6 %).

Cette consultation a modifié la perception de l'état de santé des patients. Ils n'étaient pas du tout (5,9 %), moyennement (55,8 %) et tout à fait (37,1 %) rassurés avant la consultation. Après la consultation ils étaient autant, beaucoup plus ou beaucoup moins rassurés respectivement à 32 % *vs* 61,2 % *vs* 5,6 %.

66 % des patients pensaient qu'il serait utile de changer leurs habitudes de vie après cette consultation, 88,2 % pensaient qu'il faudrait proposer ce type de consultation à tous les citoyens français, et 85,6 % de façon répétitive à différents âges de la vie.

Discussion

Une consultation dédiée et structurée de prévention a-t-elle un intérêt ? Il semble que les résultats quantitatifs : taux d'acceptation, durée de la consultation, et nombre d'items abordés le montrent. Les médecins investissent du temps dans ce type de consultation et même plus de temps que la durée moyenne de consultation des généralistes français évaluée à une quinzaine de minutes. Le caractère structuré offre un contenu au médecin, même si l'ensemble des items n'est pas exploré en une seule consultation. Ce type de consultation, qui donne un rôle actif aux deux protagonistes du colloque singulier autour d'un outil partagé, semble pertinent dans cette étude dont les résultats sont concordants à la fois d'un point de vue théorique¹⁵ et pratique¹⁶.

Les médecins généralistes enseignants ont démontré que le concept d'une consultation de prévention dédiée et structurée à l'aide d'un serveur en ligne est faisable et acceptable. Les patients le pensent aussi. Ils reconnaissent spontanément que ce type de consultation pourrait changer leurs habitudes sur leurs comportements à risque. L'approche populationnelle appliquée à leur situation les surprend mais semble finalement, sur l'échantillon, provoquer une amélioration de leur connaissance de leur risque sans augmenter leur inquiétude (évolution positive du pourcentage de patients beaucoup plus rassurés en fin de consultation). À plus de 80 %, les patients

évoquent l'intérêt de ce type consultation, non seulement pour eux mais aussi pour tous les citoyens français, et de façon réitérée.

La différence la plus importante entre médecins et patients est la durée idéale de la consultation. Les patients la souhaiteraient un peu plus longue. De leur côté, les MG y ont consacré le temps nécessaire pour le protocole. De par leur fonction enseignante, les MG de cet échantillon étaient déjà habitués à vivre des consultations différentes. Myriam Deveugele¹⁷ a montré que la consultation la plus longue dans différents pays européens était de 15,6 minutes en Suisse (la France ne faisait pas partie de l'étude). La consultation avec EsPeR double la durée de consultation qui est habituellement de 18 minutes chez les médecins de la Société française de médecine générale¹⁸ (40 à 50 minutes dans la présente étude).

Le caractère dédié à la prévention semble important d'après une étude américaine qui a montré « qu'une situation de soin pour une maladie chronique » diminuait, voire éliminait l'action de prévention¹⁹, alors que les mêmes auteurs ont prôné l'idée qu'une minute suffisait¹⁹. C'était il y a 10 ans ! Le temps passe et la consultation, pour être efficace, semble devoir s'allonger, même dans la littérature.

Un nouveau « *french paradox* » se mettrait-il en place au moment où les autorités sanitaires prônent une consultation de prévention (plus longue), avec une réorganisation du système d'accès aux soins, passant de l'accès libre au système régulé (médecin traitant) ? L'étude de Flocke²⁰ montre que les Américains sont déjà engagés dans cette démarche, comme une pratique fondée sur les preuves, avec des financements nouveaux pour les MG.

L'approche qualitative médecins et patients confirme les résultats quantitatifs en leur apportant du sens. Les médecins disent être gênés par une approche, en situation de prévention, très explicite en termes de données de morbidité et surtout de mortalité. Les patients disent être surpris par cette approche mais, au final, sont plus rassurés en fin de consultation. Y a-t-il eu un discours « adapté » pour mettre en œuvre cette approche ? L'augmentation de la durée de la consultation est-elle finalement en rapport ? Dans ce type de consultation, le point essentiel noté séparément par les médecins et par les patients interroge le sens. Faire de la prévention, c'est parler de mieux vivre ou de vivre plus longtemps en bonne santé. Le paradoxe, c'est que « parler de rester en bonne santé » revient à parler de la mort. Cet aspect de la consultation a « gêné » les médecins et « surpris » les patients. Une évidence dont il faut avoir conscience, mais finalement, la relation médecin/patient semble s'en trouver renforcée, en tout cas non altérée.

Les limites de l'étude

Les patients de cette étude étaient représentatifs de la population puisque choisis au hasard des rendez-vous, mais le groupe des MG ne l'était pas. Les MG enseignants ont une charge de travail en moyenne inférieure aux MG de leur région et plus d'hommes ont pris part à l'étude. De façon unanime, les MG ont déclaré avoir fait cette étude pour explorer un nouveau champ et une nouvelle façon de travailler pour faire avancer le savoir, la connaissance, et les pratiques de la discipline. Cette attitude positive a entraîné un biais mais aussi une position critique, ouverte, franche et sans complaisance. Cela donne d'autant plus de force aux remarques globalement positives et doit entraîner une extrême attention aux freins relevés.

Références

1. Wagner A, Montaye M, Bingham A et al. Baisse globale de la mortalité mais pas de l'incidence de la maladie coronarienne en France de 1997 à 2002. *BEH* 2006;8/9:65-6.
2. Remontet L, Estève J, Bouvier AM et al. Estimations nationales : tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000. *BEH* 2003;41/42:190-3.
3. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002;52:526-7.
4. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Article 10.
5. O'Connor AM, Légaré F, Stacey D. Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *BMJ* 2003;327:736-40.
6. Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ* 2003;327:741-4.
7. Gigerenzer G. Why does framing influence judgment ? *J Gen Intern Med* 2003;18:960-1.
8. Bergus GR, Levin IP, Elstein AS. Presenting risks and benefits to patients. *J Gen Intern Med* 2002;17:612-7.
9. EsPeR : <http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/> (dernière consultation mars 2007).
10. <http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/index.jsp> (dernière consultation avril 2007).
11. Desplanques G. L'inégalité sociale devant la mort. In : *Économie et Statistiques*. Paris : INSEE 1984;162:29-50.
12. Monnier A, Nizard A. Les méthodes d'analyse de la mortalité par cause. In : *Pressat Roland. Manuel d'analyse de la mortalité, Organisation Mondiale de la Santé - INED* 1985: 115-22.
13. Dewost AV, Michaud P, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. Fast alcohol consumption evaluation: a screening instrument adapted for French general practitioners. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;30:1889-95.
14. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. Traduction de la 2^e édition américaine. Bruxelles : De Boeck Ed. *Méthodes en Sciences Humaines* 2003;10:437-58.
15. Elder JP, Ayala GX, Harris S. Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *Am J Prev Med* 1999;17:275-84.
16. Sciamanna C, Novak SP, Houston TK, Gramling R, Marcus BH. Visit satisfaction and tailored health behavior communications in primary care. *Am J Prev Med* 2004;26:426-30.
17. Deveugele M, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice : cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325:472-7.
18. Popelier AL, Duhot D, Kandel O. Quels sont les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale ? Résumé par Ghasarossian C, Chudy A dans *exercer* 2008;80 (supp.1):56-7.
19. Stange KC, Zyzanski SJ, Jaén CR et al. Illuminating the « black box ». A description of 4 454 patients visits to 138 family physicians. *J Fam Pract* 1998;46:377-89.
20. Flocke SA, Crabtree BF, Stange KC. Clinician reflections on promotion of healthy behaviors in primary care practice. *Health Policy* 2007;84:277-83.