



**HAL**  
open science

# État des lieux des connaissances des consultants au cabinet de soins primaires sur les principales questions de santé publique

Aurélie Garnier

► **To cite this version:**

Aurélie Garnier. État des lieux des connaissances des consultants au cabinet de soins primaires sur les principales questions de santé publique. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00830919

**HAL Id: dumas-00830919**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00830919>**

Submitted on 6 Jun 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2012

N°

**Etat des lieux des connaissances des  
consultants au cabinet de soins primaires sur  
les principales questions de santé publique**

**THESE  
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE  
DIPLOME D'ETAT**

Par  
Aurélie GARNIER  
Née le 19 Février 1984 au Mans (72)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE  
GRENOBLE le 19 Mars 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Monsieur le Professeur Christophe PISON, Président du jury  
Monsieur le Professeur Gaetan GAVAZZI  
Monsieur le Professeur Patrick IMBERT  
Monsieur le Docteur Olivier DETANTE  
Monsieur le Docteur Guillaume DE VERICOURT, Directeur de thèse

**Professeur des Universités - Praticien Hospitalier**  
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

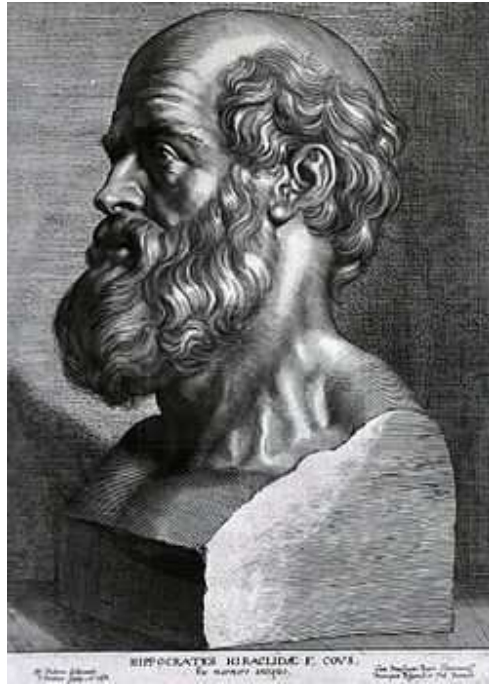
MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophthalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carminé	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier  
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie





## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christophe PISON.

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Gaétan GAVAZZI.

Merci d'avoir eu l'indulgence d'accompagner mes premiers pas d'interne et d'accepter aujourd'hui de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Patrick IMBERT.

Merci de m'avoir encouragée dès le début du projet de thèse et de m'avoir accordé vos précieux conseils.

A Monsieur le Docteur Olivier DETANTE.

Merci d'avoir accepté si spontanément de juger ce travail et de participer au jury.

A Monsieur le Docteur Guillaume DE VERICOURT.

Je te remercie très sincèrement d'avoir accepté de te lancer avec moi dans ce projet encore hésitant. Merci pour ta disponibilité, tes conseils et pour avoir à plusieurs reprises remis la thèse dans la bonne direction.

A Madame le Docteur Elodie SELIER.

Merci pour votre aide précieuse sans laquelle je n'aurais pas pu réussir. Merci pour votre disponibilité et vos conseils toujours pertinents.

A Monsieur le Docteur Dominique LAGABRIELLE.

Merci d'avoir organisé cette séance de travail et de m'avoir fait partager votre intérêt pour les inégalités sociales de santé.

Aux secrétaires et médecins des différents cabinets qui ont accepté de participer à la thèse avec enthousiasme et efficacité. Sans votre aide, il est évident que je n'aurais pas pu recueillir autant de données.

Aux nombreux patients qui m'ont accordé leur confiance au cours de ces années et qui rendent ce métier si riche.

Aux 285 patients qui ont pris le temps de répondre le plus souvent avec application à mon questionnaire.

# REMERCIEMENTS

A mes parents et à ma grand-mère sans qui bien sûr rien n'aurait été possible.

A toute la famille Borlet pour son soutien inconditionnel.

A la famille Estève qui m'a accueillie à bras ouverts.

Aux co-internes et amis de promo sans qui ces années n'auraient pas eu la même saveur ; remerciements particuliers pour cette thèse à Julie pour le brainstorming initial, à Sophia pour le soutien informatique et à Nathalie pour les derniers détails.

A tous les médecins côtoyés au cours de ces années et qui ont essayé de me transmettre leurs savoirs et leur savoir être.

A Julien, formidable compagnon de cordée et de vie.

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	10
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	11
<b>I/ INTRODUCTION</b> .....	12
<b>II/ MATERIEL ET METHODE</b> .....	14
1/ Construction du questionnaire.....	14
2/ Recueil des données .....	16
3/ Exploitation des données.....	17
<b>III/ RESULTATS</b> .....	18
1/ Description de la population .....	18
2/ Description des réponses à chaque question .....	20
3/ Variation de la note globale en fonction des caractéristiques des patients .....	24
4/ Attentes des patients concernant l'éducation pour la santé.....	28
<b>IV/DISCUSSION</b> .....	30
1/ Discussion des principaux résultats .....	30
A-Points faibles .....	30
B-Points forts.....	33
C-Inégalités sociales de santé et attentes en promotion de la santé .....	36
2/ Limites de l'étude.....	38
3/ Perspectives.....	39
<b>CONCLUSION</b> .....	40
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	42
<b>ANNEXES</b> .....	44
Questionnaire de l'étude .....	45
Scannographie des objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 Août 2004.....	52
Feuille de réponses .....	56
Carte de dispersion des revenus de l'INSEE .....	60
Résumé .....	61

# LISTE DES ABREVIATIONS

**WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners c'est à dire l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**MeSH** : Medical Subject Headings

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**BPCO** : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**InVS** : Institut de Veille Sanitaire

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**ODLC** : Office départementale de lutte contre les cancers

**BEPC** : Brevet d'Etudes du Premier Cycle du second degré remplacé en 1986 par le diplôme national du Brevet des collèges

**DTP** : vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite

**IDM** : Infarctus Du Myocarde

**HTA** : Hypertension Artérielle

**EPICES** : score pour l'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé de l'assurance maladie

# I/ INTRODUCTION

La promotion et l'éducation pour la santé sont des missions centrales du médecin généraliste d'après la définition européenne de la médecine générale par la WONCA en 2002. (1)

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986 (2) qui est l'un des premiers textes officiels sur ce sujet en rappelle la définition : il s'agit de « donner aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rendre mieux aptes à faire des choix judicieux (...). Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. »

De même, le tout récent plan d'action de l'OMS pour la mise en oeuvre de la stratégie européenne contre les maladies non transmissibles de 2012 à 2016 (3) propose de s'appuyer largement sur les soins primaires.

Pourtant, force est de constater que la promotion et l'éducation pour la santé ont été peu enseignées aux généralistes, certainement moins que la démarche diagnostique ou la thérapeutique. Et, dans la pratique, la durée limitée des consultations, pour des problèmes de santé précis, ne permet pas toujours de trouver un temps pour promouvoir la santé.

Plutôt que d'interroger une nouvelle fois les généralistes sur leurs pratiques, nous avons préféré nous intéresser aux patients pour évaluer leurs connaissances et leurs attentes dans ce domaine.

Nos patients semblent en effet submergés d'informations médicales et de conseils pour leur santé par leurs soignants, les médias, les campagnes de prévention et Internet, mais qu'en retirent-ils ?

Par ailleurs, en 2012, il n'est plus envisageable de prendre des décisions de soins sans les avoir expliquées et prises conjointement avec le patient. Encore faut-il pour cela parler le même langage et il n'est pas toujours facile de se mettre à la portée du patient qui tantôt a acquis beaucoup de connaissances techniques sur son problème médical via les médias et Internet (parfois sans savoir les analyser) et tantôt se fera une idée totalement fautive et s'inquiètera de ce qui pour nous était évident et simple.

*Nos patients ont-ils les connaissances médicales de base pour leur santé ?*

Nous avons donc décidé d'élaborer un questionnaire portant sur des connaissances médicales simples, enjeux de santé publique, et qu'il semble nécessaire que chacun de nos patients possède pour faire des choix judicieux pour sa santé.

La deuxième partie du questionnaire cherche des pistes pour améliorer ces connaissances.

## II/ MATERIEL ET METHODE

### 1/ Construction du questionnaire

Une revue de la littérature a d'abord été effectuée dans Pubmed avec les MeSH suivants (28/07/11) *health knowledge AND health promotion AND questionnaires* (limites *all adults*, textes en français et anglais) : 607 résultats. Recherche avec MeSH *health knowledge AND awarness AND questionnaires* (limites *all adults*, textes en français et anglais) : 255 résultats. Recherche avec MeSH *health education AND awarness AND questionnaires* (limites *all adults*, textes en français et anglais) : 132 résultats Recherche avec MeSH *health knowledge AND questionnaires* (limites *all adults*, textes en français) : 187 résultats. Recherche avec MeSH *patient education as topic AND questionnaires* (limites *all adults*, textes en français) : 114 résultats.

Cette recherche bibliographique a retrouvé plusieurs études à l'étranger sur des connaissances médicales précises : facteurs de risque cardiovasculaire, symptômes des AVC, du mélanome ou des cancers ORL, connaissances sur le VIH, le cancer du sein, la prostate, les antibiotiques et les antalgiques. Il existait une seule étude suisse sur les connaissances générales du grand public.(4) En France, il existe seulement quelques études sur des problèmes de santé précis : connaissances des symptômes d'attaque cérébrale, des signes de mélanome, des maladies rénales, du VIH, connaissances du dépistage du cancer du sein et de la BPCO. (5–11).

Nous n'avons donc pas trouvé de questionnaire complet correspondant à nos attentes et déjà validé en France ou à l'étranger, mais nous nous sommes inspirés de ces différentes études pour construire notre propre grille de questions. En effet dans tous ces articles, les connaissances reconnues comme pertinentes pour les patients étaient celles qui leur permettaient de diminuer le risque d'apparition d'une maladie (en connaître les facteurs de risque ou le moyen de s'en protéger) ou d'en faire un diagnostic précoce (connaître les premiers symptômes qui doivent faire consulter ou les moyens de dépistage proposés).

Nous avons choisi d'utiliser une méthode quantitative pour plus d'objectivité. Nous avons donc construit une étude observationnelle transversale multicentrique descriptive et analytique pour



évaluer les connaissances des patients consultants au cabinet de soins primaires sur les principaux enjeux de santé publique.

Le questionnaire (**Annexe 1**) a été élaboré à partir de la loi de santé publique de 2004 qui fixait 100 objectifs prioritaires de santé publique (**Annexe 2**) : nous avons mis en questions les objectifs pour lesquels la bonne information des patients pouvait contribuer à les atteindre.

Les items 1 et 2 ont été construits pour répondre aux objectifs 27 et 28 (diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable en ambulatoire) et 31 et 32 (améliorer la prise en charge de la douleur).

La question 3 a été élaborée pour améliorer l'objectif 42 : atteindre 95 % de couverture vaccinale pour les vaccins recommandés en population générale.

L'item 4 a été construit pour l'objectif 30 : maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques.

Les items 5 et 6 répondent aux objectifs 3,5,9,10 et 69,70,71 sur les maladies cardio-vasculaires.

La question 7 a été construite pour les objectifs 5 et 12 : diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité.

La question 8 a été élaborée plus spécifiquement pour l'objectif 3 : diminuer la prévalence du tabagisme de 33 à 25% des hommes et 26 à 20% des femmes.

L'item 9 répond aux objectifs 1 et 2 : diminuer la consommation annuelle d'alcool et son usage nocif ou à risque et l'installation de la dépendance.

L'item 10 répond aux objectifs 6 et 10 : réduire la fréquence de la déficience en iode pour réduire la fréquence des goitres et diminuer la consommation moyenne de chlorure de sodium à moins de 8g par personne et par jour.

La question 11 a été construite pour l'objectif 69 : réduire la mortalité par cardiopathie ischémique.

La question 12 a été élaborée pour l'objectif 72 : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles liées aux AVC.

L'item 13 répond à l'objectif 36 : réduire l'incidence des nouveaux cas de sida.

L'item 14 correspond à l'objectif 51 : améliorer la détection précoce du mélanome.

L'item 15 a été construit pour les objectifs 48 et 50 : poursuivre la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus par l'atteinte d'un taux de dépistage de 80% des femmes et réduire le pourcentage de découverte de cancer du sein à un stade avancé par l'atteinte d'un taux de dépistage de 80% des femmes de 50 à 74 ans.

Les autres objectifs de la loi de santé publique de 2004 n'ont pas été mis en question parce qu'ils dépendaient soit de décisions des pouvoirs publics (par exemple réduire l'exposition aux polluants atmosphériques ou définir dans les quatre ans une stratégie nationale de dépistage du cancer colorectal) soit d'efforts et d'amélioration des connaissances des médecins (assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique pour 80% des diabétiques ou augmenter la proportion des traitements conservateurs dans l'endométriose).

Un questionnaire à choix multiples a été préféré à un questionnaire ouvert afin d'être plus abordable pour les patients et pour en faciliter ensuite l'exploitation statistique.

Une feuille de réponses en termes simples (**Annexe 3**) a été construite à partir des recommandations de la HAS, des données de l'InVS et des messages de prévention de l'INPES destinés au grand public. Ce sont en effet les sources reconnues d'informations pour les patients.

Le questionnaire et la feuille de réponse ont ensuite été relus et corrigés par cinq médecins et deux infirmières : les items ont été modifiés jusqu'à ce que tous les professionnels de santé soient d'accord sur la réponse à la question et sur son intelligibilité. Le questionnaire a ensuite été testé sur cinq patients non inclus dans l'étude, ce qui a amené des changements dans la présentation et la formulation des questions.

## **2/ Recueil des données**

Trois cents questionnaires ont été distribués en salle d'attente de sept cabinets de médecine générale isérois : un cabinet de quatre médecins avec secrétaire à la Mure, un cabinet de quatre médecins avec secrétaire à Vizille, un cabinet de trois médecins avec secrétaire à Meylan, un cabinet de trois médecins avec secrétaire à St Martin d'Hères, un cabinet d'un médecin seul à Champ sur Drac, une maison médicale (composée de deux médecins et d'infirmières) à Bourg d'Oisans, un cabinet d'un médecin seul à Bourg d'Oisans. Du fait de l'importance du travail demandé, les cabinets choisis pour l'étude ont été des cabinets isérois connus (car accueillant des internes de médecine générale) et volontaires pour participer à l'étude. Nous avons cependant cherché à obtenir une distribution variée entre population rurale, semi rurale et urbaine avec une représentation des différents niveaux socio-économiques selon la carte INSEE 2009 de dispersion des revenus (**Annexe 4**).

Les questionnaires ont été distribués en 2011 pendant la semaine n° 42 jusqu'à épuisement des stocks et au prorata de la taille du cabinet (cinquante-cinq questionnaires dans les gros cabinets de groupe et trente questionnaires dans les plus petits cabinets). La feuille de réponse a été donnée en retour du questionnaire rempli aux patients qui le souhaitaient.

Le critère d'inclusion était tout patient de plus de 18 ans consultant au cabinet de médecine générale pendant la semaine n° 42 lisant et écrivant le français.

Les critères d'exclusion étaient avoir moins de 18 ans, ne pas être capable de lire ou écrire le français ou avoir rempli moins de la moitié du questionnaire.

L'idée était de faire l'étude sur un temps court mais d'obtenir un fort taux de réponse pour ne pas recueillir que les réponses des patients motivés, ce qui aurait été un biais important. Les secrétaires et médecins devaient donc proposer systématiquement le questionnaire à tous les patients vus pendant cette semaine et répondant aux critères d'inclusion sans discrimination ou de noter leur refus (nombre et causes des refus).

Les affiches et dépliants en salle d'attente répondant à une des questions ( par exemple celle pour les dépistages des cancers de l'ODLC) ont été enlevés dans la semaine précédent le recueil de données.

### **3/ Exploitation des données**

Les données ont été saisies dans *Statview*® et traitées par *Stata*®.

L'objectif principal était la simple description des réponses aux questions pour repérer les points forts et les lacunes de nos patients.

Les objectifs secondaires étaient l'étude de la variation de la note en fonction des caractéristiques des patients puis l'exploration des attentes des patients dans ce domaine.

Une note globale a donc été calculée pour chaque patient : pour chaque question, un point a été accordé par bonne réponse du patient, un point a été retiré par mauvaise réponse puis le total a été rapporté au nombre de bonnes réponses attendues à cette question. Enfin la note totale a été rapportée sur 20 en fonction du nombre de questions répondues (puisque les hommes n'avaient que quinze questions par exemple). Le test statistique non paramétrique de *Wilcoxon* a été utilisé pour comparer les notes de deux groupes, le test statistique non paramétrique de *Kruskal-Wallis* a été utilisé pour comparer les notes de plusieurs groupes (plus de deux).

## **III/ RESULTATS**

285 questionnaires ont été recueillis sur les 300 distribués. Il y a eu au total huit refus : deux personnes ont déclaré ne pas lire assez bien le français pour répondre aux questions, trois personnes avaient oublié leurs lunettes et ne pouvaient pas lire le questionnaire, deux personnes n'étaient pas motivées ou n'avaient pas le temps de répondre malgré nos encouragements, une personne était trop malade et fatiguée pour répondre. Sept questionnaires n'ont pas été rendus sans que l'on sache ce qui a empêché leur remplissage.

Cinq questionnaires ont été exclus secondairement car moins de la moitié des items avaient été remplis.

### **1/ Description de la population**

280 patients ont donc été inclus, ils avaient entre 18 et 88 ans avec un âge médian de 43 ans et une majorité de femmes (68,1%).

Les différents niveaux d'étude étaient harmonieusement représentés.

Les patients avaient en majorité (40%) consulté leur généraliste entre trois et six fois en 2011.

19,9 % des patients avaient un antécédent d'hypertension artérielle, 12,9% avaient un antécédent d'hypercholestérolémie, 7,4 % un antécédent d'infarctus, 4,8% un antécédent d'AVC et le même pourcentage un antécédent de diabète.

**Tableau 1 : Description de la population**

Caractéristiques	Effectif N= 280	Pourcentage %
<b>Sexe °</b>		
Masculin	86	31,9
Féminin	184	68,1
<b>Age médian en années <sup>1</sup></b> (25 <sup>e</sup> -75 <sup>e</sup> percentiles)		
	43 (34-62)	
<b>Niveau d'étude <sup>2</sup></b>		
Aucun	2	0,8
Certificat d'études	46	18,2
Brevet (BEPC)	55	21,7
Bac	56	22,1
Bac + 2	71	28,1
Bac +5 et plus	23	9
<b>Cabinet médical</b>		
La Mure	53	18,9
St Martin d'Hères	52	18,6
Meylan	49	17,5
Vizille	44	15,7
Bourg d'Oisans 1	27	9,6
Bourg d'Oisans 2	30	10,7
Champ sur Drac	25	8,9
<b>Nombre de consultations chez le généraliste en 2011 <sup>3</sup></b>		
Moins de 3 fois	67	24,8
Entre 3 et 6 fois	108	40
Entre 7 et 10 fois	52	19,3
Plus de 10 fois	43	15,9
<b>Antécédents</b>		
Infarctus du myocarde	20	7,4
Accident vasculaire	13	4,8
Hypertension artérielle	54	19,9
Hypercholestérolémie	35	12,9
Diabète	13	4,8

° Réponses manquantes : 10

<sup>1</sup> Réponses manquantes : 29

<sup>2</sup> Réponses manquantes : 27

<sup>3</sup> Réponses manquantes : 10

## 2/ Description des réponses à chaque question

**Tableau 2 : Description des réponses à chaque question**

Questions	Effectif	Pourcentage
<b>Question 1 : « Le paracétamol est la même chose que : »</b>	N=279	
Le doliprane®	211	75,6 %
L'effergal®	167	59,9 %
L'advil®	28	10 %
L'aspirine	41	14,7 %
Ne sait pas	24	8,6 %
Bonne réponse question 1	112	40%
<b>Question 2 : «La dose maximale de paracétamol que vous pouvez prendre chaque jour est : »</b>	N=278	
2g	21	7,6 %
3g	26	9,4 %
4g	64	23 %
6g	40	14,4 %
10g	16	5,7 %
Ne sait pas	111	39,9%
<b>Question 3 : «Le rappel du DTP chez l'adulte doit être fait : »</b>	N=279	
Tous les 5 ans	43	15,4 %
Tous les 10 ans	204	73,1 %
Tous les 15 ans	3	1,1 %
Ne sait pas	29	10,4 %
<b>Question 4a «Les antibiotiques sont efficaces sur : »</b>	N=278	
Les bactéries	196	70,2 %
Les virus	72	25,9 %
Ne sait pas	17	6 %
Bonne réponse 4a	189	68 %
<b>Question 4b «Les antibiotiques sont efficaces sur : »</b>	N=279	
La plupart des rhumes	22	7,9 %
La plupart des pneumonies	178	63,8 %
La plupart des angines	151	54,1 %
Ne sait pas	34	12,2 %
Bonne réponse question 4	89	31,9 %

---

<b>Question 5 «Les facteurs favorisant les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux sont : »</b>	N=279	
Taux trop élevé de mauvais cholestérol	205	73,5 %
Taux trop élevé de sucre	42	15,1 %
Taux trop élevé de chlore	2	0,7 %
Tabac	181	64,9 %
Hypertension artérielle	206	73,8 %
Antécédents familiaux	176	63,1 %
Ne sait pas	16	5,7 %
Bonne réponse question 5	19	6,8 %

<b>Question 6 «Pour combattre ces facteurs de risques cardiovasculaires, il est recommandé de : »</b>	N=280	
Manger 3 fruits et légumes par jour	20	7,1%
Manger 5 fruits et légumes par jour	178	63,6 %
Faire 10 min d'activité physiques 5 fois par semaine	94	33,6 %
Faire 30 min d'activité physiques 5 fois par semaine	142	50,7 %
Ne pas être en surpoids	238	85%
Ne pas fumer	227	81,1 %
Ne sait pas	7	2,5 %
Bonne réponse question 6	85	30,4 %

<b>Question 7 «L'obésité et le surpoids : »</b>	N=279	
Sont signes de bonne santé	2	0,7 %
Augmentent le risque de maladies cardiovasculaires	256	91,8 %
Augmentent le risque de cancers	40	14,3 %
Augmentent le risque de maladies articulaires	163	58,4 %
Augmentent le risque de diabète	182	65,2 %
Augmentent le risque de mauvais cholestérol	191	68,5 %
Ne sait pas	8	2,9 %
Bonne réponse question 7	25	9 %

<b>Question 8 « Le tabac augmente le risque de : »</b>	N=280	
Maladies cardiovasculaires	229	81,8 %
Cancers	252	90 %
Insuffisance respiratoire chronique	251	89,6 %
Ne sait pas	1	0,4 %
Bonne réponse question 8	193	69%

---

---

<b>Question 9 «La consommation d'alcool présente des risques pour la santé au-delà de : »</b>	N=280	
2 verres/jour pour femmes	170	60,7 %
3 verres/jour pour femmes	48	17,1 %
3 verres/jour pour hommes	154	55 %
4 verres/jour pour hommes	47	16,8 %
4 verres en une occasion	21	7,5 %
6 verres en une occasion	21	7,5 %
2 verres si enceinte	59	21,1 %
Pas d'alcool pendant la grossesse	236	84,3 %
Ne sait pas	8	2,9 %
Bonne réponse question 9	12	4,3 %

<b>Question 10 «A propos du sel, il est recommandé : »</b>	N=278	
D'en limiter la consommation	261	93,9 %
D'utiliser un sel enrichi en iode	38	13,7 %
De ne pas utiliser un sel enrichi en iode	16	5,8 %
Ne sait pas	8	2,9 %
Bonne réponse question 10	32	11,5 %

<b>Question 11 «Vous ressentez une forte douleur dans la poitrine qui ne passe pas, vous : »</b>	N=277	
Prenez rendez-vous chez votre médecin traitant	30	10,8 %
Prenez votre voiture pour vous rendre aux urgences	20	7,2 %
Téléphonez au 15	188	67,9 %
Ne sait pas	39	14,1 %

<b>Question 12 «Les symptômes qui doivent vous faire évoquer un AVC et composer le 15 : »</b>	N=277	
Incapacité soudaine à parler	199	71,8 %
Perte brutale de la vision d'un oeil	129	46,6 %
Difficultés à bouger bras/jambe/un coté du corps	245	88,5 %
Ne sait pas	16	5,8 %
Bonne réponse question 1	110	39,7 %

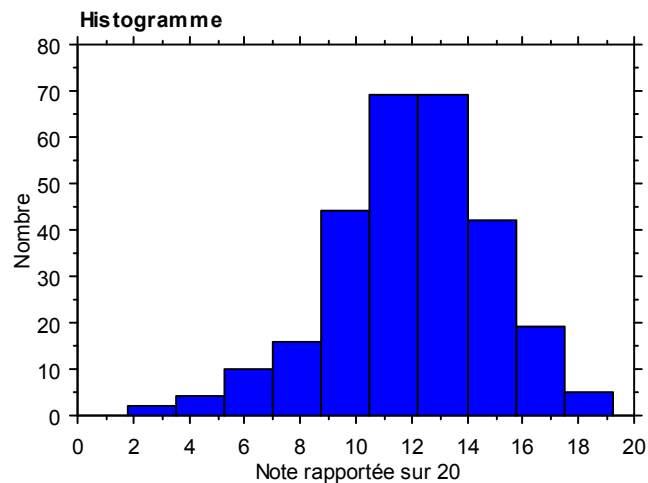
---



<b>Question 13 «Comment éviter la transmission du VIH : »</b>	N=272	
En utilisant des préservatifs avant dépistage des deux partenaires	254	93,4 %
En évitant contact avec sang, salive, sécrétions sexuelles, urine	64	23,5 %
En évitant contact avec sang, sécrétions sexuelles, urine	10	3,7 %
En évitant contact avec sang, sécrétions sexuelles	151	55,5 %
Ne sait pas	5	1,8 %
Bonne réponse question 13	143	52,6 %
<b>Question 14 «Un grain de beauté est suspect d'être cancéreux et doit être montré si il : »</b>	N=268	
Est de plusieurs couleurs	86	32,1 %
Est symétrique	4	1,5 %
A des bords irréguliers	124	46,3 %
Augmente de taille	206	76,9 %
Change de forme ou de couleur	209	78 %
Ne sait pas	25	9,3 %
Bonne réponse question 14	50	18,7 %
<b>Question 15 a «Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, il est recommandé : »</b>	N=181	
De faire un frottis cervicovaginal tous les 3 ans	158	87,3 %
De faire un frottis cervicovaginal tous les 5 ans	9	5 %
De faire un frottis cervicovaginal tous les 10ans	1	0,6 %
Ne sait pas	13	7,1 %
<b>Question 15 b «Concernant le dépistage du cancer du sein, il est recommandé : »</b>	N=184	
De faire une mammographie de dépistage tous les 2 ans à partir de 50 ans	159	86,4 %
De faire une mammographie de dépistage tous les 2 ans à partir de 60 ans	7	3,8 %
De faire une mammographie de dépistage tous les 4 ans à partir de 50 ans	6	3,3 %
De faire une mammographie de dépistage tous les 4 ans à partir de 60 ans	1	0,5 %
Ne sait pas	11	6 %

### 3/ Variation de la note globale en fonction des caractéristiques des patients

La note globale rapportée sur 20 a une distribution proche d'une courbe de Gauss, elle va de 1,8/20 à 19,2/20 avec une moyenne à 12/20.



Différentes hypothèses définies avant le recueil de données ont été testées : existe-t-il des différences de notes en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'études, du nombre de consultations chez un généraliste en 2011, du cabinet médical ou des antécédents médicaux ?

**Tableau 3 : Variation de la note globale en fonction des caractéristiques des patients**

Caractéristiques	Médiane de la note	Test de Wilcoxon ou Kruskal-Wallis
<b>En fonction du sexe :</b>		p value < 0,001
Femme	12,67	
Homme	11,2	
<b>En fonction de l'âge :</b>		p value = 0,003
Moins de 35 ans	12,35	
Entre 35 et 50 ans	13,3	
Entre 50 et 65 ans	12,22	
Plus de 65 ans	10,84	
<b>En fonction du niveau d'études :</b>		p value < 0,001
Aucun	7,76	
Certificat d'études	10,59	
Brevet	11,92	
Bac	12,51	
Bac + 2	13,08	
Bac + 5 et plus	13,82	
<b>En fonction du nombre de consultations chez un généraliste en 2011 :</b>		p value = 0,98
Moins de 3 fois	12,22	
Entre 3 et 6 fois	12,22	
Entre 7 et 10 fois	12,4	
Plus de 10 fois	12,14	
<b>En fonction du cabinet :</b>		p value = 0,025
La Mure	12,47	
St Martin d'Hères	11,05	
Meylan	12,98	
Vizille	12,71	
Bourg d'Oisans 1	12	
Bourg d'Oisans 2	12,53	
Champ sur Drac	11,8	
<b>Par question (Qu), en fonction des antécédents médicaux:</b>		
D'IDM et Qu11	1	p value *= 0,78
D'IDM et Qu5	0,8	p value *= 0,10
Cardiovasculaires et Qu5	0,6	p value *= 0,12
Cardiovasculaires et Qu6	0,63	p value *= 0,74
D'AVC et Qu12	0,67	p value *= 0,57

\* p value selon test de Wilcoxon comparant la note à la question pour les patients avec antécédent et ceux sans antécédent

On observe donc dans notre étude que les femmes répondent statistiquement mieux que les hommes (médiane des notes à 12,67 versus 11,2) avec une p value ( $p$ )  $< 0,001$ .

Les résultats varient aussi significativement en fonction de l'âge ( $p=0,003$ ), les personnes répondant le mieux étant celles de 35 à 50 ans, et celles répondant le moins bien étant les personnes de plus de 65 ans.

De même, les notes augmentent graduellement et de façon significative avec le niveau d'études des patients ( $p$  value  $< 0,001$ ).

Par contre, ceux qui ont consulté le plus leur généraliste ne répondent pas statistiquement mieux que les autres ( $p$  value  $=0,98$  selon le test de *Kruskal-Wallis*).

On observe par ailleurs des différences de notes statistiquement significatives ( $p$  value = 0,025) entre les différents cabinets : la meilleure note globale est obtenue dans le cabinet situé dans la zone la plus favorisée (**Annexe 4**).

Cette différence peut-elle s'expliquer par la différence de patientèles ou par une réelle différence dans la pratique de l'éducation pour la santé dans les cabinets ?

Une analyse multivariée a été réalisée, seuls le sexe ( $p=0,001$ ) et le niveau d'étude ( $p=0,003$ ) restent significativement associés avec la note. Les associations retrouvées en analyse univariée avec l'âge et les cabinets ne sont plus significatives (analyse effectuée sur les 146 patients n'ayant aucune donnée manquante).

Les patients ayant eu un antécédent d'infarctus du myocarde (20 patients) ne répondent statistiquement pas mieux à la question n° 11 sur la conduite à tenir en cas de douleur thoracique ( $p= 0,78$ ). En effet six de ces vingt patients ayant déjà fait un infarctus, n'ont pas le réflexe de téléphoner au 15 en cas de récurrence d'une forte douleur ne cédant pas au bout de plusieurs minutes.

Ces patients ayant eu un antécédent d'IDM semblent reconnaître un peu mieux les facteurs de risque cardiovasculaire que les autres patients sans que ce soit statistiquement significatif : médiane des réponses à 0,8/1 contre 0,6/1 ( $p=0,10$ ).

Pour avoir plus de puissance statistique, si on regarde la réponse à la question n° 5 de tous les patients ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire (antécédent d'IDM ou AVC, hypertension artérielle, hypercholestérolémie ou diabète), les notes ne sont statistiquement pas meilleures (médiane à 0,6/1) que pour les patients sans antécédent avec  $p = 0,12$ .

De même ces patients ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire ne citent pas mieux que les autres les moyens de diminuer le risque cardiovasculaire (question n° 6) : médiane des notes à 0,63 contre 0,5 pour les autres patients (p non significatif à 0,74).

Enfin, les personnes ayant un antécédent d'accident vasculaire cérébral (13 patients) ne répondent pas mieux que les autres patients à la question 12 sur les symptômes devant faire évoquer un AVC et composer le 15 : médiane des notes à 0,67 pour les deux groupes (p non significatif à 0,57). En effet, cinq patients sur treize ayant déjà fait un AVC ne reconnaissent pas tous les symptômes d'AVC.

#### 4/ Attentes des patients concernant l'éducation pour la santé

Les patients trouvent encore majoritairement les informations médicales auprès de leur médecin traitant (91,5% des interrogés) puis dans l'ordre auprès de leurs médecins spécialistes (47,6%), de leur pharmacien (36,5%), sur Internet (32,5%) puis auprès de leur famille ou amis, dans les revues et magazines et enfin auprès des infirmières.

Même s'ils sont 65,3% à considérer qu'ils reçoivent suffisamment d'informations médicales, 59,6% du total des patients aimeraient être plus informés.

Ils aimeraient plus d'explications de la part de leurs médecins (44,6% des patients) et plus d'informations en salle d'attente des cabinets (39,5%) ; certains aimeraient plus d'informations sur des sites Internet officiels (20,9%).

Il est intéressant de noter que ceux qui souhaitent être plus informés ont une moins bonne note globale au questionnaire (médiane des notes à 11,9 contre 12,24 pour ceux qui ne souhaitent pas plus d'informations) même si cela n'est pas statistiquement significatif ( $p=0,15$ ).

Enfin, 77% des patients pensent que le fait d'avoir des informations médicales les pousse à changer leurs habitudes.

Diagramme en secteur pour Infos médicales

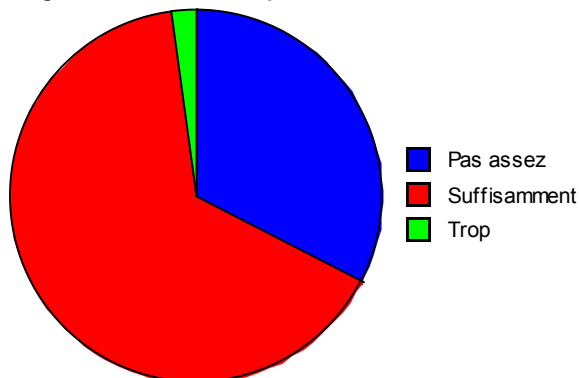
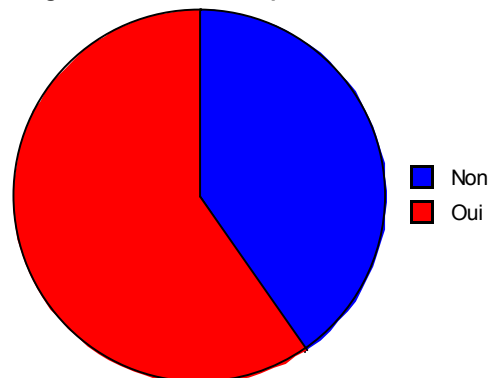


Diagramme en secteur pour Plus informé



**Tableau 4 : Attentes des patients en éducation pour la santé**

Questions	Effectif	Pourcentage
<b>Question 18 : « Où trouvez-vous les informations médicales : »</b>	N=271	
Après de famille et amis	82	30,3 %
Dans les revues/magazines	51	18,8 %
Sur Internet	88	32,5 %
Après du médecin traitant	248	91,5 %
Après des infirmières	32	11,8 %
Après des spécialistes	129	47,6 %
Après du pharmacien	99	36,5 %
<b>Question 19 a : « Vous trouvez que vous recevez : »</b>	N=254	
Suffisamment d'informations médicales	166	65,3%
Trop d'informations	5	2 %
Pas assez d'informations	83	32,7 %
<b>Question 19 b : « Vous aimeriez être plus informé au niveau médical : »</b>	N=250	
Oui	149	59,6 %
Non	101	40,4 %
<b>Question 20 : « Où aimeriez-vous trouver plus d'informations médicales : »</b>	N=258	
En salle d'attente du cabinet	102	39,5 %
Plus d'explications de la part de vos médecins	115	44,6 %
Dans les médias	45	17,4 %
Sur des sites Internet officiels	54	20,9 %
Ne souhaite pas plus d'informations médicales	46	17,8 %
<b>Question 21 : « Avez-vous l'impression qu'avoir des informations médicales vous poussent à changer vos habitudes : »</b>	N=257	
Oui	198	77 %
Non	59	23 %

# IV/DISCUSSION

## 1/ Discussion des principaux résultats

L'analyse des résultats fait nettement ressortir des lacunes et des points forts dans les connaissances de nos patients.

### A- Points faibles

Dans notre étude, six points faibles peuvent être identifiés

■ **La connaissance des antalgiques** est très insuffisante avec des confusions entre les différentes molécules et une majorité de patients qui ne connaît pas ou pire se trompe dans la dose quotidienne maximale de paracétamol : même si on additionne les réponses 3g et 4g qui sont les deux réponses acceptables, on n'obtient que 32,4% de bonnes réponses contre 39,9% des patients qui avouent ne pas savoir et 5,7% qui pourraient prendre une dose potentiellement létale.

Ces résultats sont de même niveau que ceux d'une étude anglaise de 2011 (12) portant sur 910 patients en salle d'attente d'un service d'urgences qui montrait que les patients reconnaissaient mal les médicaments contenant du paracétamol et que seulement 53,8 % connaissaient la dose maximale recommandée (4,7% proposaient une surdose et 41,5 % une sous dose).

Pourtant, ce sont des médicaments en vente libre, avec des contre-indications très différentes suivant les molécules (grossesse, insuffisance rénale) et des effets indésirables potentiellement graves. Le fait d'être en sous dosage est moins grave mais traduit un manque d'optimisation du traitement. De plus, les enquêtes des industriels des médicaments d'automédication (13,14) montrent que sept français sur dix ont pratiqué l'automédication en 2008 avec une progression constante chaque année et dans 80% des cas pour des problèmes de douleur ou de fièvre. Seulement 63% des patients demandent conseil à leur pharmacien lorsqu'ils achètent un produit d'automédication et 75% des patients déclarent réutiliser des médicaments dont ils disposent. Enfin dans cette dernière étude, seulement 40% des patients déclarent toujours lire la notice du médicament. Il existe donc probablement un important travail d'information à faire en amont de ces automédications.



■ **Le mode d'action des antibiotiques** reste également mal compris malgré les nombreuses campagnes de l'assurance maladie. Si nos patients ont retenu que « les antibiotiques ne sont pas automatiques », ils ne savent pas encore très bien pourquoi : 25,9% des patients pensent qu'ils sont efficaces sur les virus, 7,9% sur les rhumes et une majorité de patients qu'ils sont efficaces sur la plupart des angines. Cette méconnaissance peut bien sûr expliquer une partie des demandes non fondées et insistantes d'antibiotiques de certains patients. Les résultats de notre étude sont comparables à ceux de plusieurs autres recherches sur les antibiotiques faites dans les années 2000 aux Etats Unis et en Europe de l'ouest (15). Dans cette méta-analyse parue en 2002, plusieurs études montrent qu'une meilleure information des patients est associée à une diminution de la prescription d'antibiotiques sans forcément entraîner une diminution de leur satisfaction à la sortie de la consultation.

■ **La recommandation d'utiliser un sel supplémenté en iode** est connue par très peu de patients dans notre étude (seulement 13,7%).

Pourtant, une grande partie de la population française adulte semble déficitaire en iode, avec un risque croissant de l'ouest vers l'est (dans l'étude SUVIMAX de 2001 (16), l'insuffisance d'apport en iode concerne près de 25 % des français de 55 à 60 ans), avec des probables retards de développement dans les premières années de vie et des pathologies thyroïdiennes coûteuses pour la collectivité : toujours dans l'étude SUVIMAX 11% des hommes en France et 14,5% des femmes présentent des nodules ou des goitres multi nodulaires.

On sait par ailleurs que seulement 48,6% des foyers français utilisent un sel de table iodé (23).

Il s'agit donc d'un problème de santé publique sérieux et méconnu de la plupart des patients.

■ **Le dépistage du mélanome** a aussi fait l'objet de peu de campagnes de publicité auprès du grand public en France et seulement 18,7% de nos patients sont capables de reconnaître les caractéristiques d'un grain de beauté suspect. En effet, seuls 32,1% des patients s'inquièteraient d'un grain de beauté de plusieurs couleurs et 46,3% s'il a des bords irréguliers. Une étude américaine sur ce sujet en 1999 (17) a porté sur 650 patients du Connecticut et a retrouvé des résultats quasiment superposables aux nôtres pour la connaissance des signes cliniques de mélanome. Cette étude a montré par ailleurs qu'une meilleure connaissance de ces symptômes est associée à un moindre délai pour la première consultation et donc pour le diagnostic de mélanome (en moyenne 2 mois) et qu'elle est associée à un index de Breslow plus faible pour les

mélanomes de stade 1. Il n'a cependant pas pu être démontré une baisse de la mortalité, la population de l'étude étant peut-être trop faible.

■ **En cas de forte douleur thoracique persistante**, 67,9% des interrogés auraient le réflexe de téléphoner au 15 ce qui semble correct mais est peut-être encore insuffisant : 14,1% des patients ne savent pas quoi faire dans une telle situation et 7,2% déclarent qu'ils prendraient leur voiture pour aller aux urgences. Il ne s'agit bien sûr que d'une question théorique et les appels téléphoniques pour obtenir un rendez-vous pour douleur thoracique sont le plus souvent filtrés par les médecins et éventuellement réorientés. Mais si cela passe par un secrétariat sans que le motif soit annoncé ou si le patient hésite à consulter, il peut y avoir un retard au diagnostic. Nos résultats sont cependant légèrement meilleurs que ceux d'une grande étude américaine portant sur 1142 femmes de plus de 25 ans en 2009 qui montrait que seulement 53% des femmes avaient le réflexe de contacter le 911 en cas de symptômes évoquant un infarctus du myocarde (18).

Ce qui est nettement plus inquiétant c'est le fait que les patients ayant un antécédent d'infarctus du myocarde ne répondent pas mieux que les autres (et ne connaissent pas mieux les facteurs de risque cardio-vasculaire).

■ **Les symptômes devant faire évoquer un AVC** sont aussi mal connus par nos patients avec seulement 39,7% des patients qui reconnaissent les trois symptômes proposés et 5,8% qui avouent ne pas savoir du tout. C'est surtout la perte brutale de la vision d'un œil qui n'est pas identifiée comme un symptôme possible d'AVC alors que les troubles de la motricité (parésies) sont mieux connus. Ces résultats sont cependant supérieurs à ceux de la dernière étude française sur ce sujet faite en 2009 à Poitiers (5) dans laquelle 50,1% des interrogés étaient incapables de citer spontanément un symptôme d'AVC, 29,9% citaient la paralysie ou la faiblesse musculaire, 18,5% la difficulté à parler, 11,5% un trouble de la vision et 34,5% donnaient un symptôme incorrect. Nos meilleurs résultats s'expliquent probablement par le fait qu'il s'agissait d'un questionnaire à choix multiples avec des propositions de réponses. Les connaissances de nos patients sont donc très insuffisantes dans ce domaine alors qu'il est maintenant bien établi que c'est la prise en charge précoce des AVC (avec éventuellement thrombolyse) qui diminue la morbidité et le coût pour la société de ces accidents. Et ce délai est en grande partie lié à la réaction du patient et donc à la sensibilisation du grand public (19,20).

Là encore, les patients ayant un antécédent d'AVC ne reconnaissent pas mieux que les autres les symptômes d'AVC (peut-être du fait d'un effectif insuffisant car il y avait seulement treize patients concernés). D'une façon plus large, les patients présentant déjà un facteur de risque cardio-vasculaire ne connaissent pas mieux les facteurs de risque cardiovasculaire ou les moyens de s'en protéger.

Il semble donc que même notre éducation pour la santé ciblée pour les patients à risque soit peu efficace.

### B- Points forts

■ Certaines connaissances ont, par contre, été bien mémorisées par la plupart de nos patients :

- **la périodicité du dépistage des cancers féminins** avec 87,3% de nos patientes qui connaissent la périodicité recommandée des frottis et 86,4% qui connaissent la périodicité des mammographies (alors même que certaines patientes ne sont pas encore ou plus concernées par ces dépistages).

- **la périodicité des rappels contre le DTP** avec 73,1% de réponses correctes.

- **les méfaits du tabac** avec 69% de bonnes réponses.

- **la nécessité de limiter la consommation de sel** connue de 93,9% des interrogés.

Il ne semble donc pas nécessaire d'insister sur ces points en consultation.

■ **Concernant les facteurs de risque cardiovasculaire**, dans notre étude, seuls 6,8% des patients sont capables de les citer tous. Cependant, ce mauvais score est surtout expliqué par l'incompréhension d'un des items : peu de personnes semblent avoir identifié le taux de sucre trop élevé comme étant le diabète et donc un facteur de risque cardiovasculaire (15,1% de bonnes réponses). Sinon, la grande majorité des patients citent le cholestérol, l'hypertension artérielle, le tabac et les antécédents familiaux comme facteurs de risque, ce qui est satisfaisant.

De même, seulement 30,4% des patients sont capables de reconnaître toutes les mesures permettant de lutter contre les facteurs de risque cardiovasculaire. Cependant, on peut considérer que la réponse à cette question est globalement satisfaisante car la majorité d'entre eux (plus de 50%) citent le fait de ne pas être en surpoids, ne pas fumer, de manger 5 fruits et légumes par jour, de faire 30 minutes d'activité physique 5 fois par semaine pour s'en protéger. De même, le

rôle du poids sur les facteurs de risque cardiovasculaire est bien reconnu avec 91,8% de bonnes réponses (y compris par l'augmentation du risque de diabète et cholestérol). C'est son rôle dans les maladies articulaires qui est moins connu ainsi que son rôle dans les cancers (14,3% de bonnes réponses).

Il semble donc que les grandes campagnes du Plan National Nutrition Santé (si souvent répétées) ont marqué nos patients et porté leurs fruits. Il est plus étonnant d'observer que les patients présentant déjà un facteur de risque cardiovasculaire n'ont pas de meilleures connaissances dans ce domaine que les autres.

■ **La question portant sur la consommation d'alcool** recueille de mauvais résultats.

Toutefois, si on regarde de plus près les réponses, les connaissances les plus importantes concernant l'alcool semblent maîtrisées : 84,3% des patients recommandent de ne pas boire du tout d'alcool pendant la grossesse ; le seuil de 2 verres par jour pour les femmes et 3 verres par jour pour les hommes a été mémorisé par la majorité des patients (respectivement 60,7% et 55% des patients).

Seul le nombre de verres bus en une occasion et considéré comme à risque (notion présente dans les recommandations) n'a pas été mémorisé.

Il semble donc surtout exister une plus grande permissivité chez nos patients pour l'alcoolisation aigue.

■ **La connaissance des modes de transmission du VIH** est encore moyenne avec seulement 52,6% de réponses correctes. Alors que l'intérêt des préservatifs est parfaitement connu (93,4% des patients), on remarque que 23,5% des personnes interrogées pensent encore que la salive est contaminante. Ce score est probablement expliqué en partie par les réponses plus hésitantes des patients âgés qui se sentent moins concernés par le problème.

■ On peut noter que la plupart des connaissances bien mémorisées par les patients ont fait l'objet de grandes campagnes de publicité dans les médias via l'INPES et l'ODLC. Ces campagnes semblent donc relativement efficaces.

Ces résultats sont cohérents avec d'autres études sur le sujet : selon l'enquête barométrique biannuelle de l'institut national du cancer en France en 2009, 98% des interrogés connaissaient

l'existence d'un dépistage pour le cancer du sein et 90% pour le cancer du col de l'utérus. En 2008, 72% savaient que ce dépistage consiste en une mammographie tous les deux ans.

Par ailleurs, 62,3% des patients étaient capables de citer trois facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral dans l'étude de l'équipe de Poitiers (5) avec comme premier facteur cité le tabac. Enfin une étude menée auprès de lycéens dans le Doubs (21) montrait que 94% des lycéens savaient qu'être en contact avec la fumée des autres constitue un risque pour la santé, 96% citent à ce sujet le cancer comme étant une maladie liée au tabac et 66% savent que l'association pilule-tabac aggrave les risques pour la santé.

Ces connaissances semblent donc bien acquises par le grand public français, mais on peut remarquer qu'elles ne sont pas toujours suivies d'une amélioration des objectifs de santé publique.

En effet, on observe selon le baromètre santé de l'INPES de 2011 (22), une augmentation de 2% sur l'ensemble de la population, des fumeurs de 27,3% à 29,1% entre 2005 et 2010 ( $p < 0,001$ ) avec une hausse globale des ventes de tabac (augmentation du tabagisme surtout chez les jeunes et les femmes). De même, selon le rapport de 2011 de suivi des objectifs indexés à la loi de santé publique (23), la prévalence de l'obésité continue d'augmenter en France (+10,7 % entre 2006 et 2009) avec 49,3% des adultes en surpoids dont 16,9% sont obèses ; la couverture vaccinale des adultes stagne quant à elle à 71,2% pour le tétanos et 41,9% pour la poliomyélite en 2002 et diminue fortement avec l'âge. Seulement 58,5% des femmes de 25 à 65 ans ont bénéficié d'un frottis cervicovaginal de dépistage pour la période 2007-2009 en France et 63,1% des femmes de 50 à 74 ans ont bénéficié d'une mammographie entre 2008 et 2009 d'après les remboursements de la sécurité sociale (ce qui est en progression mais reste bien inférieur aux objectifs et bien inférieur au pourcentage de femmes connaissant le dépistage).

On peut aisément supposer que ce contraste entre bonne connaissance de certains problèmes de santé et absence d'amélioration des comportements en rapport s'explique par le fait qu'il ne suffit malheureusement pas que nos patients connaissent les recommandations pour la santé pour qu'ils les appliquent.

Si l'on veut par exemple, continuer à lutter contre le tabagisme ou le surpoids de nos patients, il semble donc peu productif de rappeler les méfaits du tabac et du surpoids puisqu'ils sont largement connus. Il nous faut trouver d'autres axes d'approche comme le conseil minimal pour l'arrêt du tabac ou les entretiens motivationnels.

On note quand même dans ce rapport 2011 de suivi des objectifs (23) qu'il y a quelques améliorations depuis les années 2000, avec une augmentation de la consommation de fruits et légumes, une diminution de la consommation globale d'alcool, une diminution de la prévalence de l'HTA et de l'hypercholestérolémie.

### C- Inégalités sociales de santé et attentes en promotion de la santé

Nous avons vu que les patients ayant des antécédents médicaux ne répondent pas mieux aux questions les concernant et que ceux qui consultent le plus souvent au cabinet n'ont pas de meilleures connaissances. Ce constat est peu flatteur pour les soignants et doit nous encourager à poursuivre nos efforts.

Cependant deux autres facteurs doivent nous inciter à consacrer du temps à la promotion de la santé.

L'analyse multivariée des résultats révèle que seuls le sexe et le niveau d'étude sont significativement associés à une meilleure note.

Le fait que les femmes aient mieux répondu est difficilement interprétable car elles étaient sur-représentées dans notre population d'étude (68,1%). On peut cependant présumer que ce sont le plus souvent elles qui s'occupent de la santé des différents membres de la famille et accompagnent leurs enfants en consultation puis gèrent leur traitement.

Seul le niveau d'étude est lui aussi significativement associé à de meilleures notes dans notre étude. Cela nous fait supposer que travailler sur les connaissances de nos patients les plus vulnérables pour la promotion de leur santé peut être un moyen de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Nous savons bien qu'il existe des écarts importants de morbidité et de mortalité entre individus selon leur position dans la hiérarchie sociale c'est-à-dire leur niveau de revenus, d'éducation, de profession, de sexe et d'origine ethnique. (24)

Dans le rapport de 2011 de suivi des objectifs indexés à la loi de santé publique (23), il existe presque toujours un gradient social dans les comportements à risque : ce sont, en 2010, les chômeurs (51,3%) et les ouvriers (43,4%) qui fument le plus ; entre 1992 et 2003, l'obésité a augmenté dans toutes les catégories mais les écarts se creusent en fonction du niveau du diplôme ; l'écart entre les prévalences d'obésité des personnes de niveau brevet (ou sans

diplôme) et celles d'un diplôme supérieur au baccalauréat est passé de 5 points à 10 points. Chez les hommes en 2008, ce sont les artisans commerçants, les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés qui sont les plus touchés par le risque d'alcoolisation chronique (cela est moins vrai pour les femmes et les alcoolisations aiguës). Enfin, les femmes de niveau de diplôme inférieur au baccalauréat ont un taux de dépistage par frottis cervicovaginal dans les trois dernières années inférieur de 9% et un taux de mammographie dans les deux dernières années inférieur de 8% à ceux des femmes ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat.

Nous constatons donc que ce sont les personnes ayant le plus faible niveau d'études qui ont le moins accès aux soins de prévention et qui ont le plus de comportements à risque.

Dans notre étude, ce sont ces mêmes patients qui ont le moins de connaissances médicales et leur marge de progression est importante puisque la médiane des notes pour les patients ayant le certificat d'études est à 10,59 contre 13,82 pour les patients ayant un bac plus cinq ou plus.

En développant la promotion de la santé au cabinet de médecine générale et en prenant en compte ce gradient social, on peut donc espérer améliorer en particulier le niveau de connaissances médicales des patients les plus vulnérables et agir ainsi sur l'un des déterminants des inégalités sociales de santé, même s'il est évident qu'il s'agit d'un problème beaucoup plus vaste avec de nombreux autres déterminants (25).

Enfin, il existe une forte demande en informations de santé de la part de nos patients qui en grande majorité déclarent trouver les informations auprès de leur médecin traitant et souhaiteraient être plus informés (par leurs médecins et en salle d'attente).

Il semblerait même, sans que cela soit statistiquement significatif, que ce soient ceux qui ont le moins bon niveau de connaissances qui souhaitent être plus informés. Tout cela doit nous encourager à poursuivre nos efforts en promotion de la santé d'autant que la plupart de nos patients déclarent qu'avoir des informations médicales peut les amener à changer leurs habitudes.

## **2/ Limites de l'étude**

La qualité principale de notre étude était d'avoir un fort taux de réponse (93,3%). Les résultats obtenus étaient le plus souvent très proches d'autres études sur des sujets spécifiques réalisées en France, en Europe ou aux Etats Unis. Ces résultats étaient bien sûr meilleurs que ceux des études où le questionnaire était ouvert.

Notre étude présente cependant plusieurs biais, notamment de sélection, qui en limitent la portée. Par commodité, l'étude n'a été réalisée que dans l'Isère dans des cabinets volontaires. Il aurait été plus fiable de choisir des cabinets par tirage au sort dans plusieurs départements, mais on aurait alors peut-être eu des populations moins variées socialement.

Par ailleurs, les rares patients qui ne savaient pas lire ou écrire le français (d'origine étrangère ou illettrés) n'ont pas pu être inclus alors que l'analyse de leurs réponses aurait été particulièrement intéressante. On aurait pu prévoir dans ces cas là, de faire passer le questionnaire oralement. De plus, du fait de la construction de notre étude, nous n'avons pas interrogé la faible proportion de la population française qui n'a pas de contact avec le système de soins et ne consulte même pas en soins primaires ; on peut cependant supposer que pour cette population, les connaissances dans le domaine de la santé sont faibles avec des comportements à risque et une faible participation aux soins de prévention.

Enfin, notre population était fortement déséquilibrée en faveur des femmes.

Il existe aussi un biais déclaratif pour les antécédents avec peut être des confusions et des patients qui ont déclaré des antécédents personnels qui étaient en fait familiaux. De même, le fait que le questionnaire soit réalisé au cabinet de médecine générale a peut-être artificiellement augmenté le taux de déclaration du médecin traitant comme principale source d'information.

Le dernier problème qui ressort est le choix des items et des réponses principalement calqué sur la loi de santé publique de 2004 et sur les recommandations de l'INPES. Ce choix d'items était parfois artificiel avec par exemple, des notes globales basses pour la question sur les facteurs de risque cardiovasculaire et pour la question sur l'alcool alors que les connaissances de nos patients étaient plutôt satisfaisantes.



### **3/ Perspectives**

Il aurait été intéressant d'explorer plus précisément la position sociale des personnes interrogées au-delà de leur niveau d'étude et du cabinet où ils sont suivis (ces deux seuls paramètres étant trop réducteurs).

Une étude dans la population générale, évaluant les connaissances des personnes associées à leurs caractéristiques sociales (avec par exemple le score EPICES composé de onze questions fermées (26)) serait probablement plus précise et pertinente. Mais ce score comporte des questions plus intrusives qui pourraient constituer un frein au remplissage du questionnaire pour certaines personnes.

On peut supposer que la promotion de la santé au cabinet de soins primaires est amenée à se développer dans les prochaines années du fait de la forte demande des patients mais aussi de la mise en place progressive des maisons de santé et des nouveaux modes de rémunérations.

Une des suites logiques à ce travail serait d'évaluer l'efficacité d'actions de promotion de la santé au cabinet de médecine générale ciblée sur les points faibles identifiés : les antalgiques, la supplémentation en iode, les symptômes devant faire évoquer un mélanome ou un AVC et ce notamment auprès des patients les moins favorisés.

**THESE SOUTENUE PAR : Aurélie Garnier**

**TITRE : Etat des lieux des connaissances des consultants au cabinet de soins primaires sur les principales questions de santé publique**

## **CONCLUSION**

Notre étude observationnelle a permis d'évaluer les connaissances de 280 patients isérois sur les principaux enjeux de santé publique définis par la loi de santé publique de 2004.

Elle a mis en évidence plusieurs lacunes dans les connaissances de nos patients : les classes d'antalgiques et leur dosage, le mode d'action des antibiotiques, la supplémentation du sel en iode, les symptômes devant faire évoquer un AVC et un mélanome et dans une moindre mesure la conduite à tenir en cas de douleur thoracique.

Il est malheureusement peu flatteur, pour nous soignants, de noter que les patients ayant des antécédents médicaux ne répondent pas mieux aux questions les concernant et que ceux qui consultent le plus souvent au cabinet n'ont pas une meilleure note globale.

A l'inverse, il est heureux de constater que certaines connaissances sont bien acquises notamment celles ayant fait l'objet de grandes campagnes de publicité dans les médias via l'INPES et l'ODLC : la périodicité du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, la périodicité des rappels contre le DTP, les méfaits du tabac, la nécessité de limiter la consommation de sel et de façon moins claire dans notre étude, les facteurs de risque cardiovasculaire et les moyens de s'en protéger ainsi que les recommandations concernant l'alcool et le mode de transmission du VIH.

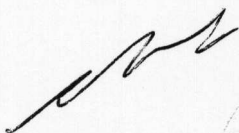
Toutefois, ce bon niveau de connaissances ne s'accompagne pas toujours d'une amélioration des objectifs de santé publique et il nous faudra trouver d'autres axes d'approche que la simple transmission d'informations pour aborder ces problèmes.

Enfin, plusieurs autres résultats dans notre étude doivent nous encourager à poursuivre nos efforts pour la promotion de la santé. Tout d'abord, en analyse multivariée, seuls le sexe et le niveau d'étude sont significativement associés à de meilleures connaissances. La promotion de la santé pourrait donc être un moyen d'agir sur les inégalités sociales de santé puisqu'on observe que ce sont les patients dont le niveau d'étude est le plus faible qui ont le moins de connaissances médicales et qui ont par ailleurs le plus de comportements à risque. De plus, il existe une forte demande en informations santé de la part de nos patients qui aimeraient être plus informés par leurs médecins et en salle d'attente ; ils pensent aussi majoritairement que cela peut les pousser à changer leurs habitudes.

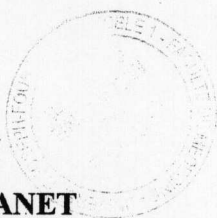
Une des suites logiques à ce travail serait d'évaluer l'efficacité d'actions de promotion de la santé au cabinet de médecine générale ciblées sur les points faibles identifiés et notamment auprès des patients les moins favorisés.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Grenoble, le 22.02.2012



**LE DOYEN**  
**Pr J.P. ROMANET**



**LE PRESIDENT DE LA THESE**

**Pr C. PISON**



# BIBLIOGRAPHIE

1. **WONCA Europe. Définition de la médecine générale. 2002.**
2. **Charte d'OTTAWA pour la promotion de la santé. 1986.**
3. **OMS. Plan d'action pour la mise en oeuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles 2012-2016.**
4. **Bachmann L, Gutzwiller F, Puhan M, Steurer J, Steurer-Stey C, Gigerenzer G. Do citizens have minimum medical knowledge? A survey. BMC medicine. 2007;5(1):14.**
5. **Neau J-P, Ingrand P, Godeneche G. Awareness within the French population concerning stroke signs, symptoms, and risk factors. Clin Neurol Neurosurg. 2009 oct;111(8):659–64.**
6. **Baccard M, Chevret S, Chemaly P, Morel P. Delay in diagnosing melanoma. A prospective study in 102 patients. Ann Dermatol Venereol. 1997;124(9):601–6.**
7. **Caillé Y, Deray G, Isnard Bagnis C. French citizens do not know much about their kidneys... results of a nationwide survey on renal diseases. Nephrol. Ther. 2007 avr;3(2):55–9.**
8. **Dujoncquoy S, Migeot V, Gohin-Pério B. Information on organized screening for breast cancer: qualitative study of women and practitioners in the Poitou-Charentes County. Sante Publique. 2006 déc;18(4):533–47.**
9. **Delorme C, Rotily M, Escaffre N, Galinier-Pujol A, Loundou A, Moatti JP. Knowledge beliefs and attitudes of inmates towards AIDS and HIV infection : a survey in a Marseille penitentiary center. Rev Epidemiol Santé Publique.1999 juin;47(3):229–38.**
10. **Roche N, Perez T, Neukirch F, Carré P, Terrioux P, Pouchain D, et al. The gap between the high impact and low awareness of COPD in the population. Rev Mal Respir. 2009 mai;26(5):521–9.**
11. **Derex L, Adeleine P, Nighoghossian N, Honnorat J, Trouillas P. Knowledge about stroke in patients admitted in a French Stroke Unit. Rev. Neurol. (Paris). 2004 mars;160(3):331–7.**
12. **Wood DM, English E, Butt S, Ovaska H, Garnham F, Dargan PI. Patient knowledge of the paracetamol content of over-the-counter (OTC) analgesics, cough/cold remedies and prescription medications. Emerg Med J. 2010 nov;27(11):829–33.**
13. **Enquête libre-accès 2011. Etude quantitative auprès du grand public. AFIPA. [Internet]. [cité 2012 janv 31]. Consulté de: [http://www.afipa.org/fichiers/20110310133041\\_enquete\\_upmc.pdf](http://www.afipa.org/fichiers/20110310133041_enquete_upmc.pdf)**

14. Libre accès aux médicaments sans ordonnance en officine. Point de vue du Grand Public. AFIPA. 29/01/2008 [Internet]. [cité 2012 janv 31]. Consulté de : [www.afipa.org/fichiers/4303\\_synthese\\_presse\\_enquete\\_tns\\_healthcare-afipa\\_.pdf](http://www.afipa.org/fichiers/4303_synthese_presse_enquete_tns_healthcare-afipa_.pdf)
15. Davey P, Pagliari C, Hayes A. The patient's role in the spread and control of bacterial resistance to antibiotics. *Clin. Microbiol. Infect.* 2002;8 Suppl 2:43–68.
16. Elaboration de la loi d'orientation de santé publique : rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs (Analyse des connaissances... - Rapports publics - La documentation Française [Internet]. [cité 2012 janv 31]. Consulté de : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000115/index.shtml>
17. Oliveria SA, Christos PJ, Halpern AC, Fine JA, Barnhill RL, Berwick M. Patient knowledge, awareness, and delay in seeking medical attention for malignant melanoma. *J Clin Epidemiol.* 1999 nov; 52(11):1111–6.
18. Mosca L, Mochari-Greenberger H, Dolor RJ, Newby LK, Robb KJ. Twelve-Year Follow-Up of American Women's Awareness of Cardiovascular Disease Risk and Barriers to Heart Health. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes.* 2010 mars 1; 3(2):120 –127.
19. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. *N. Engl. J. Med.* 1995 déc 14; 333(24):1581–7.
20. Moser DK, Kimble LP, Alberts MJ, Alonzo A, Croft JB, Dracup K, et al. Reducing Delay in Seeking Treatment by Patients With Acute Coronary Syndrome and Stroke. *Circulation.* 2006 juill 11;114(2):168–82.
21. Michaud C, Saraiva I, Henry Y, Dodane M. Tobacco: knowledge, reasoning and opinion of high school students in Doubs. Reflections on prevention. *Santé Publique.* 2003 mars;15(1):69–78.
22. Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Peretti-Watel P. Une augmentation du tabagisme confirmée en France. *La santé de l'homme* n°411. 2011 févr.
23. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. L'état de santé de la population en France.
24. Moquet MJ. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La santé de l'homme* n° 397.p 17-19 2008 Sept-Oct.
25. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? *Santé, Société et Solidarité.* 2004;3(2) :61-71
26. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *BEH* n°14/2006.

# **ANNEXES**

## ANNEXE 1 : questionnaire de l'étude

# Thèse de Médecine Générale

Madame, Monsieur,

J'effectue en ce moment ma thèse de médecine sur le thème de la promotion de la santé au cabinet de médecine générale.

Afin d'évaluer vos besoins et vos attentes, nous avons élaboré un questionnaire sur les principaux problèmes de santé publique.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes en salle d'attente. Il ne s'agit pas de vous donner une « note » individuelle mais seulement d'évaluer les thèmes de santé qui ont le plus besoin d'être développés.

Une fois rempli, une feuille de réponse pourra vous être donnée ainsi que des explications complémentaires si vous le souhaitez.

En vous remerciant pour votre attention et votre aide précieuse,

Aurélié Garnier, interne en médecine générale

## Questionnaire anonyme

### Connaissances médicales sur quinze enjeux de santé publique

NB: pour chaque question, il peut y avoir une ou plusieurs réponses

1/ Le paracétamol est la même chose que :

- le doliprane
- l'effergal
- ne sait pas
- l'advil
- l'aspirine

2/ Si vous pesez plus de 50kg, et que vous n'avez pas de maladie du foie ou des reins, la dose maximale de paracétamol que vous pouvez prendre chaque jour est :

- 2g
- 4g
- 10g
- 3g
- 6g
- ne sait pas

3/ Le rappel du vaccin contre le tétanos (DTP) chez l'adulte doit être fait :

- tous les 5 ans
- tous les 10 ans
- tous les 15 ans
- ne sait pas

4/ Les antibiotiques sont efficaces sur :

- les virus
- les bactéries
- ne sait pas

Les antibiotiques sont efficaces sur :

- la plupart des rhumes
- la plupart des pneumonies
- la plupart des angines
- ne sait pas



5/ Les facteurs favorisant les infarctus du myocarde (crise cardiaque) et les accidents vasculaires cérébraux (attaque cérébrale) sont :

- un taux trop élevé de mauvais cholestérol dans le sang
- un taux trop élevé de sucre dans le sang
- un taux trop élevé de chlore dans le sang
- le fait de fumer
- une tension artérielle trop élevée
- des antécédents familiaux : crise cardiaque ou attaque chez un parent proche
- ne sait pas

6/ Pour combattre ces facteurs de risque cardiovasculaires (question 5) , il est recommandé de :

- manger 3 fruits et légumes par jour
- manger 5 fruits et légumes par jour
- faire au moins 10 minutes d'activité physique 5 fois par semaine
- faire au moins 30 minutes d'activité physique 5 fois par semaine
- ne pas être en surpoids
- ne pas fumer
- ne sait pas

7/ L'obésité et le surpoids :

- sont des signes de bonne santé
- augmentent le risque de maladies cardiovasculaires (crises cardiaques et attaques cérébrales)
- augmentent le risque de cancers
- augmentent le risque de maladies articulaires
- augmentent le risque de diabète
- augmentent le risque de mauvais cholestérol
- ne sait pas

8/ Le tabac augmente le risque de :

- maladies cardiovasculaires
- cancers
- insuffisance respiratoire chronique (par exemple bronchite chronique)
- ne sait pas

9/ La consommation d'alcool présente des risques pour la santé au delà de :

- 2 verres par jour pour les femmes
- 3 verres par jour pour les femmes
- 3 verres par jour pour les hommes
- 4 verres par jour pour les hommes
- 4 verres en une occasion
- 6 verres en une occasion
- 2 verres chez la femme enceinte
- il est recommandé de ne pas boire du tout d'alcool pendant la grossesse
- ne sait pas

10/ A propos du sel, il est recommandé pour tous en dehors de problème de santé particulier :

- de limiter la consommation de sel
- d'utiliser un sel enrichi en iode
- de ne pas utiliser un sel enrichi en iode
- ne sait pas

11/ Vous ressentez une très forte douleur dans la poitrine qui ne passe pas même au bout de plusieurs minutes :

- vous prenez rendez-vous dans la semaine chez votre médecin traitant
- vous prenez votre voiture pour vous rendre aux urgences
- vous téléphonez au 15
- ne sait pas

12/ Parmi les symptômes suivants, lesquels doivent vous faire évoquer un accident vasculaire cérébral (ou attaque cérébrale) et vous faire composer le 15 :

- incapacité soudaine à parler ou trouver ses mots
- perte brutale de la vision d'un œil
- difficultés à bouger un bras, une jambe, ou tout un côté du corps
- ne sait pas

13/ Comment peut on éviter la transmission du virus du sida ?

- en utilisant systématiquement des préservatifs avant le dépistage des 2 partenaires
- en évitant le contact direct avec le sang, la salive, les sécrétions sexuelles, les urines
- en évitant le contact direct avec le sang, les sécrétions sexuelles, les urines
- en évitant le contact direct avec le sang, les sécrétions sexuelles
- ne sait pas

14/ Un grain de beauté est suspect d'être cancéreux (mélanome) et doit être montré à un médecin, si il :

- est de plusieurs couleurs
- est symétrique
- est avec des bords irréguliers
- augmente de taille
- change de forme ou de couleur
- ne sait pas

15/ Ne répondez à cette question que si vous êtes une femme.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, il est recommandé :

- de faire un frottis cervicovaginal tous les 3 ans (après 2 normaux à un an d'intervalle)
- de faire un frottis cervicovaginal tous les 5 ans (après 2 normaux à un an d'intervalle)
- de faire un frottis cervicovaginal tous les 10 ans (après 2 normaux à un an d'intervalle)
- ne sait pas

Concernant le dépistage du cancer du sein, il est recommandé (en l'absence de maladies ou de cancers du sein chez vous ou une femme de votre famille) :

- de faire une mammographie de dépistage tous les 2 ans à partir de 50 ans
- de faire une mammographie de dépistage tous les 2 ans à partir de 60 ans
- de faire une mammographie de dépistage tous les 4 ans à partir de 50 ans
- de faire une mammographie de dépistage tous les 4 ans à partir de 60 ans
- ne sait pas

16/ Vous êtes :

Votre âge : .....ans

- un homme
- une femme

Votre niveau d'études :

- certificat d'étude
- brevet (BEPC)
- bac
- bac+2
- bac+5 et plus

17/ Vous avez consulté un médecin généraliste en 2011 (pour vous ou en tant qu'accompagnant) :

- moins de 3 fois
- entre 3 et 6 fois
- plus de 6 fois
- plus de 10 fois

Etes vous concerné par un des problèmes de santé cités ci-dessous ?

- antécédent d'infarctus du myocarde (crise cardiaque)
- antécédent d'accident vasculaire cérébral (attaque)
- hypertension artérielle (tension artérielle trop élevée)
- hypercholestérolémie (taux trop élevé de cholestérol dans le sang)
- diabète

18/ Où trouvez vous les informations médicales ?

- auprès de vos familles ou amis
- dans les revues ou magazines
- sur Internet
- auprès de votre médecin traitant
- auprès des infirmières
- auprès de vos médecins spécialistes
- auprès du pharmacien

19/ Vous trouvez que vous recevez :

- suffisamment d'informations médicales
- trop d'informations médicales
- pas assez d'informations médicales

Vous aimeriez être plus informé au niveau médical :

- oui
- non

20/ Où aimeriez vous trouver plus d'informations médicales ?

- en salle d'attente du cabinet de médecine générale (affiches, dépliants, revues)
- plus d'explications de la part de vos médecins
- dans les médias (télévision, radio, journaux...)
- sur des sites Internet officiels
- ne souhaite pas plus d'informations médicales

21/ Avez-vous l'impression qu'avoir des informations médicales ou de santé vous pousse à changer vos habitudes ?

- oui
- non

**ANNEXE 2 : scannographie des 100 objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 Août 2004**

N°	Objectif	Objectif préalable	Nature de l'obj	Obj. quantifié et/ou indicateur	Indicateur(s) définis / LSP	Données de réf	Données période	Objectif évaluable	Evolution en 2006
001	Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 litre/lit en 1999 à 8,5 litres d'alcool en 2008)	Réaliser la réduction de l'alcool à risque et/ou de l'alcool à faible risque et prévenir l'installation de la dépendance.	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
002	Réaliser la réduction de l'alcool à risque et/ou de l'alcool à faible risque et prévenir l'installation de la dépendance.	Estimer la prévalence des usages à risque et/ou à faible risque et/ou à haute dépendance (notamment les données disponibles sur l'usage et l'incidence du passage à la dépendance (notamment))	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
003	Abaisser la prévalence du diabète (numéros quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes (à 2008) (en variant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).	L'objectif sur le tabacisme passé est à quantifier pour les autres lieux que les établissements scolaires. Il faut continuer à identifier le dispositif de mesure	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	tendance favorable
004	Réaliser le tabacisme passé dans les établissements scolaires (dispositif global) (lieux de soins et accompagnement professionnel)		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
005	Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m2) chez les adultes ; passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PMS)		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
006	Différencier score : réduire la fréquence de la déficience en vitamine D chez les personnes âgées de 65 ans et plus (objectif PMS)		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf non	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
007	Caractériser et diminuer la prévalence de l'asthme (territoire) ; passer de 4 % des femmes en âge de procréer à 3 % de 42 % des enfants de 5 mois à 2 ans à 3 % et de 2 % des enfants de 2 à 4 ans à 1,5 %		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	évaluation inconnue
008	Rachisme cervical : caractériser et diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant (objectif PMS)		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
009	Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant plus de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine ; passer de 65% pour les 10		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
010	Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'un tiers la prévalence des plats consommés de fruits et légumes ; passer d'une prévalence de 10% à 80 % en 2003 à 45 % (objectif PMS)		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
011	Excès de cholestérol de sérum dans l'artériopathie : La réduction du cholestérol sérique, essentiellement sous forme de cholestérol de sérum (selon les données de la base de données de la consommation moyenne inférieure à 1,5 g/l) (objectif PMS)		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
012	Obésité : intervenir sur la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant (objectif PMS)	A quantifier	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
013	Podés dans l'automatisme : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural	L'objectif pourra être quantifié après évaluation d'un programme pilote d'accompagnement de la femme enceinte	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf non	en 2008	non évaluable	évaluation inconnue
014	Réaliser de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes horaires plus de 20h par semaine par rapport à la prévalence nationale (par exemple, résultats de l'enquête SUMER 2003)	Améliorer la qualité des dispositifs de prévention des accidents autres liés au travail	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
015	Réaliser de 20 % le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB (résultats de l'enquête SUMER 2003)	Encourager les responsables de branche dans le cadre d'accords sur la prévention des risques professionnels	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
016	Réaliser le nombre de travailleurs soumis à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
017	Réaliser les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition	Evaluer la fiabilité de l'indicateur de la mortalité professionnelle dans les registres généraux de cancer	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
018	Tabac : réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l ; passer de 2% en 1998 à 0,5% en 2008	Systématisation de la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur le lieu de travail (renforcement du rôle de l'INRS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
019	Environnement : réduire l'exposition au plomb chez tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements scolaires et sociaux de moins de 400 élèves (valeur guide de l'UE)	Améliorer la qualité des dispositifs de prévention des accidents autres liés au travail	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
020	Réaliser l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites réglementées (2010) pour les polluants réglementés au plan européen (NO <sub>x</sub> , ozone et particules en particulier) dans les villes (-20 % par rapport à 2003)		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
021	Réaliser l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les nappes atmosphériques : -40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxyde de soufre		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
022	Qualité de l'eau : diminuer par exemple de 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides.		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	tendance favorable
023	habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)	Préciser les estimations de la mortalité (actuellement 150 à 200 décès annuels)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	pas de tendance favorable
024	Boisson : réduire le niveau de bruit entrainant des nuisances sonores graves qui soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (Ministère de l'écologie, INRETS)	Préciser les estimations et évaluer l'impact des actions envisagées	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
025	Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelles	Préciser les estimations de la mortalité (actuellement 150 à 200 décès annuels)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
026	Réaliser la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement urinaire de 10% à 7% (à 2008)	Préciser les estimations et évaluer l'impact des actions envisagées	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	2003	évaluable	tendance favorable
027	Réaliser la fréquence des événements autochtones d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 100 DDC par an à moins de 90 DDC (à 2008)	Préciser les estimations et évaluer l'impact des actions envisagées	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
028	Réaliser d'un tiers la fréquence des événements urinaires évitables à l'hôpital et en ambulatoire	Disposer des données épidémiologiques nationales sur la fréquence globale par la mise en œuvre d'un registre centralisé de données de santé publique	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
029	Réaliser les doses d'antibiotiques et de médicaments injectés dans les établissements de soins de suite et de rééducation (selon les données de l'observatoire national de la pharmacovigilance)	Actualiser les connaissances et la fréquence des événements indésirables et sur les doses délivrées aux patients exposés	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
030	Mettre la prescription de la résistance aux antibiotiques, notamment pour S. pneumoniae (résistance à l'azithromycine) à moins de 5 % de souches rés.		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	tendance favorable
031	Prévenir la douleur d'intensité modérée à sévère dans au moins 75 % des cas où les moyens techniques (soins médicaux) sont insuffisants pour la prise en charge de la douleur (à l'exception de la douleur chronique) (à l'exception de la douleur) ; et lors de la pré-	Disposer de la prévalence actualisée pour évaluer l'importance des efforts nécessaires, même si l'objectif est exprimé en termes absolus à partir d'une estimation grossière de moins de 50% des facteurs prévus actuellement	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	évaluable	partiellement atteint
032	Réaliser l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et lors des situations de fin de vie.	Améliorer la connaissance épidémiologique et physiopathologique de ces situations ; développer des stratégies de prise en charge appropriées et évaluer leur efficacité	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	non prévu	non évaluable	évaluation inconnue

N°	Objectif	Objectif probable	Nature de l'Obj	Obj. quantifié	Indicateur(s) défini(s) LSP	Données de réf	Données période	Objectif évaluable	Evolution en 2009
032	Réduire les obstacles financiers et l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil conventionnel à la CMU	Analyser les conséquences d'une offre "soin" libre aux revenus sur le recours aux soins	Déterm. facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
034	Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations défavorables : fœtus d'espérance de vie à 35 ans se situant actuellement de 9 ans	Identifier les meilleurs traitements de moins des inégalités et des discriminations liées à l'origine	Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	évaluation incertaine
035	Réduire les restrictions d'activités physiques par des limitations fonctionnelles (16% des personnes âgées de 65 ans et plus en population générale selon l'enquête HID, personnes ayant répondu, introduit de l'indicateur de Katz)	Construire un outil spécifique sensible au changement et utilisable en routine pour repérer et décrire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activités, quels individus, en population générale comme dans les populations particulières (09)	Res santé	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation incertaine
036	Infection VIH - SIDA : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2009 (actuellement 3,0 pour 100 000)		Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	globalement atteint
037	Réduire : l'incidence de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques ; passer de 14-20% à 7-14 % des patients à une issue fatale chronique d'ici à 2008		Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf non	en 2009	non évaluable	évaluation incertaine
038	Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes à risque (11,6 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008		Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	globalement atteint
039	Groupe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 59 %), professionnels de santé (actuellement 21 %), personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 85 %, d'ici)		Activité procéd.	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
040	Maladies d'origine : diminuer de 20 % d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses (maladies chez les enfants de moins de 1 an actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,05 pour 100 000) c		Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	globalement atteint
041	Réduire l'incidence des gonocoques et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydiae et de l'infection à HSV2	Maintenir et améliorer de la surveillance épidémiologique des IST	Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
042	Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : abaisser le nombre (des enfants) d'un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2009 (actuellement 93,39 %)	Améliorer le suivi du taux de couverture vaccinale dans les populations à risque et au, après des	Activité procéd.	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	partiellement atteint
043	Maladies sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydiae à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008	Evaluation d'un programme pilote	Activité procéd.	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	pas de tendance favorable
044	Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne ; passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008		Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
045	Réduire la mortalité périnatale de 15 % (de 5,5 pour 1 000 actuels de 6,5) en 2008		Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	Non évaluable	évaluation incertaine
046	Grossesse extra-utérine : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité	Mesurer la fréquence des complications responsables d'infertilité selon les modes de prise en charge	Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	Non évaluable	évaluation incertaine
047	Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme	Repérer et mesurer de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme	Déterm. facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation incertaine
048	Cancer du col du utérus : maintenir la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, actuellement au niveau d'un taux de co-cancer du diabète de 48,9 % par les femmes de 25-69 ans (l'incidence du col du utérus)	Enquête de cohorte sur l'apparition et l'évolution du handicap à long terme chez les enfants atteints d'un risque périnatal	Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
049	Toutes formes malignes : continuer à familiariser la société des patients et des médecins, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients	Estimer de la fréquence actuelle des prises en charge multidisciplinaires et coordonnées	Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
050	Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers opérés chez les femmes, notamment par l'adoption d'un taux de couverture du dépistage de 60% pour les femmes de 50 à 74 ans	Estimer en cours du pourcentage de cancers opérés à un stade avancé	Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
051	Cancer de la peau, mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome	Connaître de la situation actuelle	Activité procéd.	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation incertaine
052	Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens	Mesurer le état de référence national de l'épidémiologie des cancers thyroïdiens et tester un système de surveillance (avant généralisation à d'autres cancers)	Activité procéd.	Non quantif.	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	pas de tendance favorable
053	Cancer colorectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage	Poursuivre les expérimentations de dépistage organisé du cancer colorectal dans 2 départements et les évaluer	Activité procéd.	Non quantif.	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	globalement atteint
054	Diabète : assurer une surveillance continue aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDAM (ASSAPS et ANAES) pour 60 % des diabétiques en 2009 (actuellement 16 à 72 % selon le type de diabète)	Dispositif de mesure de la fréquence et de l'ampleur des complications du diabète	Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	non évaluable	pas de tendance favorable
055	Diabète : réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires	Mesurer la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les malades et leurs proches	Res santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	partiellement atteint
056	Toxomanie : dépendance aux opiacés et polytoxomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence de VIH c	Editer le nombre de psychiatriques chroniques en situation de dépendance	Déterm. facteur	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation incertaine
057	Psychoses sévères chroniques : diminuer de 15% le nombre de psychiatriques chroniques en situation de dépendance	Editer le taux de rétroaction en traitement de substitution	Activité procéd.	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	partiellement atteint
058	Toxomanie : dépendance aux opiacés et polytoxomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polytoxomanies	Developper et valider des instruments de dépistage	Activité procéd.	Quantifiable	Indicateur oui	Réf non	après 2009	non évaluable	évaluation incertaine
059	Troubles bipolaires, dépressifs et mixtes : diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou mixtes non reconnus	Developper et valider des outils de mesure de l'adhésion sociale	Activité procéd.	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation incertaine
060	Troubles bipolaires, dépressifs et mixtes : augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou mixtes qui sont traités conformément aux recommandations de bonne pratique clinique	Developper et valider des instruments de dépistage	Activité procéd.	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation incertaine
061	Maladies chroniques : troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles neurologiques et autres : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en prises-prises des facteurs d'	Construire un dispositif et des outils de mesure de l'adhésion sociale	Déterm. facteur	Non quantif.	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation incertaine
062	Epilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie	Etude quantifiant l'impact global de la maladie sur le développement cognitif chez l'enfant	Res santé	Non quantif.	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation incertaine
063	Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients	Diffinition des critères de sévérité	Res santé	Non quantif.	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation incertaine
064	Maladie de Parkinson : renforcer la surveillance des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités sévères chez les personnes atteintes	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités sévères	Res santé	Non quantif.	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation incertaine
065	Solution en plaque : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie		Res santé	Non quantif.	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation incertaine
066	Dépister et traiter conformément aux recommandations en vigueur 80% des affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques		Activité procéd.	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable



N°	Objectif	Objectif préalable	Nature de l'obj	Oy quantifié et/ou indicateur	Indicateur(s) défini(s) LSP	Données de réf	Données période	Objectif évaluable	Evolution en 2009
067	Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant, notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an	Compiler la connaissance épidémiologique des atteintes sensorielles de l'enfant, les modalités et résultats des dépistages existants Définir ou réactualiser les recommandations pour les dépistages sensoriels âgés des dépistages contenu de leur examen aux	Actifs/ lib procédé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
068	Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnues, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées	Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires, cardiopathies ischémiques ; de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; thromboses veineuses profondes ; de 15 % d'ici à 2008.	Rés santé	Non quantif	Indicateur oui	Réf/oui	non prévu	non évaluable	évaluation inconnue
069	Hypertension artérielle : réduire de 5 % la prévalence moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 ; accélération 1.53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS) La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2009	évaluable	globalement atteint
070	Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Détourné	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
071	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Détourné	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
072	Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des complications aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
073	Aspirine : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an)	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
074	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions fonctionnelles liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
075	Réduire le retentissement des mal sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les personnes atteintes d'atteintes	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
076	Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Actifs/ lib procédé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
077	Incontinence urinaire et troubles de la sphère pévienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
078	Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
080	Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million)	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2009	évaluable	globalement atteint
081	Réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
082	Ostéopore : réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus.)	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2008	évaluable	tendance favorable
083	Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
084	Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
085	Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
086	Lombalgies : réduire de 20% en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici à 2008	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
087	Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
088	Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de dépression	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
089	Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic antenatal respectueux des personnes	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Actifs/ lib procédé	Non quantif	Indicateur oui	Réf/oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
090	Maladies rares : assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Actifs/ lib procédé	Non quantif	Indicateur oui	Réf/oui	non prévu	non évaluable	évaluation inconnue
091	Réduire de 30% d'ici à 2008 l'indice CAO moyen (valeur estimée) à l'âge de 65 ans (de 17 et 12) et l'indice CAO moyen (valeur estimée) à l'âge de 45 ans (de 14 et 11)	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Actifs/ lib procédé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
092	Successes : réduire de 25% le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par siècle par an)	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
093	Traumatisme non intentionnel sans violence : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
094	Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et de manière régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
095	Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
096	Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Actifs/ lib procédé	Non quantif	Indicateur non	Réf/non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
097	Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'avoir recours	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Actifs/ lib procédé	Non quantif	Indicateur oui	Réf/oui	en 2009	non évaluable	pas de tendance favorable
098	Déclaration du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans déclarées (passer de 350 000-500 000 personnes déclarées vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes déclarées vivant en institution à 80 000)	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
099	Crises des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf/oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
100	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadéquates chez les personnes âgées	Définir les conditions d'identification et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HD, PMS)	Actifs/ lib procédé	Quantifiable	Indicateur non	Réf/oui	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue

## Feuille de réponses et informations

### Connaissances médicales sur quinze enjeux de santé publique

1/ Le paracétamol est la même chose que le doliprane® et l'effergal®. Il s'agit du nom de la molécule, les deux autres étant des noms de marque.

L'advil® est un anti-inflammatoire et ne doit pas être le premier traitement de la fièvre ou de la douleur. Il présente en effet plus d'effets indésirables et de contre-indications (grossesse, insuffisance rénale, infections cutanées...).

L'aspirine n'est plus utilisée comme traitement de la fièvre ou de la douleur, on l'utilise dans d'autres situations précises notamment parce qu'elle diminue l'agrégation des plaquettes.

2/ Si vous pesez plus de 50kg, et que vous n'avez pas de maladie du foie ou des reins, la dose maximale de paracétamol que vous pouvez prendre chaque jour est de 4g.

Au-delà, il existe des risques de lésions du foie.

Le paracétamol étant éliminé par le foie et les reins, en cas de maladie d'un de ces 2 organes, la dose recommandée peut être différente.

3/ Le rappel du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la polio (DTP) doit être fait tous les 10 ans chez l'adulte, pendant toute la vie. Il y a chaque année encore en France, quelques décès par tétanos, alors que la maladie est évitable.

4/ Les antibiotiques sont efficaces uniquement sur les bactéries. Il est donc inutile d'en prendre dans le cas d'une maladie virale, c'est pour cela qu'ils ne sont pas « automatiques ».

-Les rhumes sont principalement de causes virales et ne nécessitent le plus souvent pas de consultation médicale ni d'antibiotiques. Ils guérissent sans traitement en 3 à 10 jours.

Il est cependant conseillé de consulter après 3 jours de fièvre persistante ou en cas de persistance de ces symptômes au-delà de 10 jours ou en cas de nouveaux symptômes (douleurs aux oreilles, à la tête, gêne respiratoire).

-Seules 10 à 40 % des angines sont bactériennes et nécessitent donc un traitement antibiotique.

Il est donc utile de consulter pour une angine car en fonction de son aspect, votre médecin pourra réaliser un test de diagnostic rapide au cabinet pour voir si cette angine est virale ou bactérienne et nécessite ou non des antibiotiques.

-Les pneumonies sont le plus souvent bactériennes, elles sont diagnostiquées devant des anomalies à l'examen clinique (parfois complété d'une radiographie) et nécessitent presque toujours des antibiotiques.

5/ Les facteurs favorisant les infarctus du myocarde (crise cardiaque) et les accidents vasculaires cérébraux (attaque cérébrale) actuellement reconnus sont :

- un taux trop élevé de mauvais cholestérol dans le sang : c'est le LDL cholestérol
- un taux trop élevé de sucre dans le sang : c'est le diabète
- le tabagisme actif ou arrêté depuis moins de 3 ans
- une tension artérielle trop élevée : on retient habituellement le seuil de 140/90 au cabinet
- des antécédents familiaux : c'est-à-dire une crise cardiaque ou une attaque chez un de ses parents, frère ou sœur (ne sont retenues que celles survenues précocement).

6/ Ces 5 facteurs sont appelés facteurs de risque cardiovasculaires.

Pour les combattre, il est recommandé notamment par le Plan National Nutrition Santé (dont on entend souvent les slogans dans les médias) de :

- manger 5 fruits et légumes par jour
- de faire au moins 30 minutes d'activité physique 5 fois par semaine
- de ne pas être en surpoids
- de ne pas fumer

Ces habitudes de vie ont aussi montré leur efficacité dans la prévention de nombreux cancers.

7/ L'obésité et le surpoids augmentent bien sûr le risque de maladies cardiovasculaires (crises cardiaques et attaques), notamment car ils augmentent le risque d'hypertension artérielle, de diabète (ils seraient responsables de 80% des diabètes de type 2) et de mauvais cholestérol.

Mais ils augmentent aussi d'après les études scientifiques le risque de cancers (colorectal, reins, seins, utérus ...), le risque d'apnées du sommeil et le risque de maladies articulaires type arthrose par l'excès de contraintes sur les articulations. Globalement, l'obésité diminuerait l'espérance de vie de 10 ans.

8/ Le tabac augmente le risque de :

- maladies cardiovasculaires
- cancers : le lien est maintenant clairement établi entre le tabagisme et les cancers des poumons, bouche, larynx, pharynx, œsophage, de la vessie et du pancréas...
- insuffisance respiratoire chronique : c'est le principal responsable de la bronchite chronique obstructive qui évolue vers l'insuffisance respiratoire

Chaque année, en France, on estime que le tabac est directement lié à 60 000 décès dont 37 000 par cancer.

9/ *La consommation d'alcool à risque* est une consommation susceptible d'entraîner des dommages (médicaux, psychiques ou sociaux) à plus ou moins long terme. Les différentes sociétés savantes françaises et internationales considèrent que la consommation est à risque au delà de :

- 2 verres par jour pour les femmes ou 14 verres par semaine
- 3 verres par jour pour les hommes ou 21 verres par semaine
- 4 verres en une occasion

Par ailleurs il est recommandé de ne pas boire du tout d'alcool pendant la grossesse.

*La consommation d'alcool nocive* est une consommation qui s'accompagne de conséquences médicales, psychiques ou sociales.

L'évolution logique est le passage à *l'alcoolodépendance* qui est caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation.

10/ A propos du sel, il est recommandé pour tous en dehors de problème de santé particulier :

- de limiter la consommation de sel ( maximum 8g par jour de sel pour un adulte) car une consommation excessive favorise le développement de l'hypertension artérielle et donc des maladies cardio-vasculaires : il est conseillé de limiter l'achat de plats préparés, charcuteries, biscuits apéritifs très riches en sel, de ne pas trop saler l'eau de cuisson et de relever les plats avec d'autres épices...
- d'utiliser un sel enrichi en iode car cela permet de diminuer la fréquence des maladies de la thyroïde. De plus, chez les femmes enceintes, l'iode est indispensable au développement du cerveau du fœtus.

11/ Si vous ressentez une douleur intense et prolongée dans la poitrine, il peut s'agir d'une douleur d'origine cardiaque, le seul réflexe à avoir est de composer le 15 (SAMU), afin de bénéficier de la prise en charge la plus rapide possible. Cela permet de diminuer la mortalité par infarctus du myocarde.

12/ Les symptômes suivants doivent vous faire évoquer un accident vasculaire cérébral (ou attaque cérébrale) et vous faire composer le 15 :

- incapacité soudaine à parler ou trouver ses mots
- perte brutale de la vision d'un œil
- difficultés à bouger un bras, une jambe, ou tout un côté du corps

En effet, la prise en charge rapide d'un accident vasculaire peut permettre parfois d'administrer un traitement qui « débouche » le vaisseau cérébral en cause et donc de limiter les séquelles de l'accident.

13/ On peut éviter la transmission du virus du sida :

- en utilisant systématiquement des préservatifs avant le dépistage des 2 partenaires
- en évitant le contact direct avec le sang et les sécrétions sexuelles

La salive et les urines ne sont pas contaminantes car elles ne contiennent pas de virus

14/ Un grain de beauté est suspect d'être cancéreux (mélanome) et doit être montré à un médecin, si il :

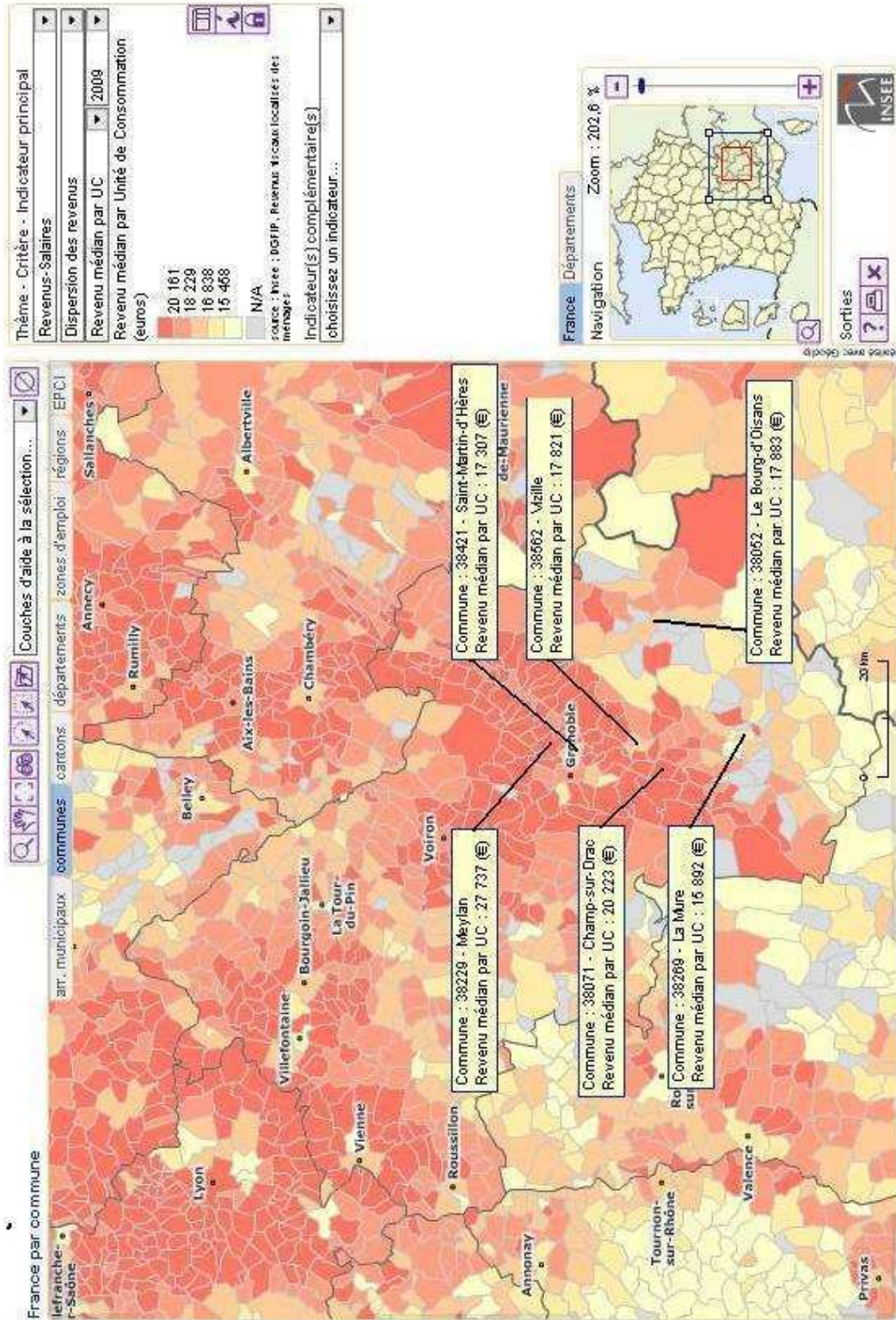
- est de plusieurs couleurs
- est asymétrique
- est avec des bords irréguliers
- augmente de taille
- change de forme ou de couleur

15/ Si vous êtes une femme :

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, il est recommandé de faire un frottis cervicovaginal tous les 3 ans (après 2 normaux à un an d'intervalle)

Concernant le dépistage du cancer du sein, il est recommandé en dehors d'antécédents personnels ou familiaux de maladie des seins, de faire une mammographie de dépistage tous les 2 ans à partir de 50 ans.

## Annexe 4 : Carte thématique statistiques locales INSEE Dispersion des revenus. Revenu médian par unité de consommation en 2009



# ABSTRACT

**TITLE: Evaluation of knowledge concerning key public health issues among French primary care patients**

Our patients receive a lot of medical information and prevention advice through medical staff, the media and the Internet. How much do they retain?

We designed a multicenter observational study to assess the knowledge of primary care patients on a set of key public health issues identified by the 2004 French Public Health Act. Three hundred multiple choice questionnaires were distributed in the waiting room of seven general practitioners in the French department of Isère.

280 patients between 18 and 88 years were included (median age 43 years) with a majority of women (68,1%).

Several gaps in awareness and knowledge are evident in our study in the following areas: classes of analgesics and their dosage, the appropriate use of antibiotics, the need for iodine supplements, as well as failure to recognize the signs of stroke or melanoma.

Knowledge well memorized by patients almost always corresponded to subjects well covered by major advertising campaigns in the media: the frequency of breast and cervical cancer screening, the frequency of tetanus vaccine booster, the damage caused by smoking, as well as the need to limit salt intake and less clearly in our study, cardiovascular risk factors and their prevention, recommendations concerning alcohol and the risks of HIV transmission.

In multivariate analysis, only gender and study level were significantly associated with better knowledge.

The study confirms that significant effort is still required to promote good health as it may have an impact on social inequalities in health and there is a strong demand from our patients.

**Key words: health promotion, primary care, public health issues, health knowledge, questionnaires, health inequalities**

# RESUME

## **TITRE : Etat des lieux des connaissances des consultants au cabinet de soins primaires sur les principales questions de santé publique**

Nos patients semblent submergés d'informations médicales et de conseils de prévention via les soignants, les médias, Internet mais qu'en retirent-ils ?

Nous avons construit une étude observationnelle transversale multicentrique pour évaluer les connaissances des patients consultant au cabinet de soins primaires sur les principaux enjeux de santé publique définis par la loi de santé publique de 2004. Trois cents questionnaires à choix multiple ont été distribués en salle d'attente de sept cabinets de médecine générale isérois.

280 patients entre 18 et 88 ans ont été inclus avec une majorité de femmes (68,1%).

Plusieurs lacunes ressortent dans les connaissances de nos patients : les antalgiques et leur dosage, le mode d'action des antibiotiques, la supplémentation en iode, les symptômes évoquant un AVC ou un mélanome. Les connaissances bien mémorisées par les patients ont presque toujours fait l'objet de grandes campagnes de publicité dans les médias : la périodicité du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, la périodicité des rappels contre le DTP, les méfaits du tabac, la nécessité de limiter la consommation de sel et de façon moins claire dans notre étude, les facteurs de risque cardio-vasculaire, les moyens de s'en protéger ainsi que les recommandations concernant l'alcool et le mode de transmission du VIH.

En analyse multivariée, seuls le sexe et le niveau d'étude sont significativement associés à de meilleures connaissances.

Il apparaît donc que nous devons poursuivre nos efforts pour la promotion de la santé d'autant qu'elle pourrait être un moyen d'agir sur les inégalités sociales de santé et qu'il existe une forte demande de la part de nos patients.

**Mots clé : promotion de la santé, soins primaires, problèmes de santé publique, connaissances médicales, questionnaires, inégalités sociales de santé.**