

Baromètre médecins généralistes 2016

Étude sur les opinions, attitudes, pratiques
et préférences des médecins généralistes
en matière de prévention en Nouvelle-Calédonie



Résultats

Pour tous renseignements :
Tél : 25.07.60
barometre@ass.nc

Baromètre Santé

Mot de la Présidente du conseil d'administration de l'ASS-NC

Les politiques de santé doivent se baser sur des données scientifiques.

Ces données, qui se doivent d'être reproductibles et vérifiables, sont ensuite partagées, analysées, pour les transformer en indicateurs, en objectifs ou en points de départ de fiches actions au sein d'une stratégie cohérente qui prend en compte le contexte social et politique.

Ce Baromètre médecins généralistes, premier du genre en Nouvelle-Calédonie, explore, autour de thématiques de prévention, le périmètre d'action du médecin de proximité en 2016.

Ces résultats, qui nous sont volontairement livrés aujourd'hui sans interprétation, vont alimenter les travaux du DO KAMO.

Un grand merci aux équipes de l'Agence sanitaire et sociale pour le travail fourni, et aux médecins qui ont pris le temps de partager leurs pratiques et leurs opinions.

Après la découverte de ces résultats, qui remplacent des impressions ou des intuitions par des données vérifiables et reproductibles, j'attends avec impatience les étapes suivantes, celle du diagnostic partagé bien sûr, mais plus encore, celle de l'élaboration de pistes d'amélioration que nous pourrons proposer, tous ensemble, pour une meilleure prise en charge des calédoniens au sein d'un système de santé plus équitable et financièrement soutenable, le DO KAMO.



Mme Valentine EURISOUKÉ
Membre du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie
en charge de la santé, de la jeunesse et des sports
Présidente du conseil d'administration de l'ASS-NC

Préface

Les médecins généralistes exerçant aujourd'hui en Nouvelle-Calédonie ont une approche traditionnellement diagnostique et curative en réponse à des patients qui décident de venir partager une problématique de santé avec eux.

Malgré une meilleure prise en compte de sa spécificité, la place dévolue à l'approche préventive est restée marginale, notamment dans les pays à fort PIB où l'approche diagnostique et curative a permis des bonds exceptionnels en durée et qualité de vie, laissant dans l'ombre une approche plus globale et moins « sensationnelle ».

La réalité sanitaire et économique de la société néocalédonienne implique, aujourd'hui, une adaptation urgente et des améliorations incontournables du dispositif de santé et des pratiques en Médecine Générale au bénéfice des activités de prévention.

Pour autant, peut-on décréter la prévention ? Quelle participation peut-on, doit-on attendre d'acteurs dont la rémunération repose in fine sur l'impôt, qu'il soit social (cotisation) ou général (participation de la NC au RUAMM) mais dont le mode d'exercice est en majorité individualiste et libéral ? Que pensent-ils des actions menées ? Quelles pratiques leur paraissent-elles les mieux adaptées et les plus réalistes ?

Aucune enquête capable de nous éclairer sur ces questions n'avait jamais été réalisée en Nouvelle-Calédonie. C'est dans l'optique de pallier ce manque crucial d'information que l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) et ses partenaires ont décidé de conduire cette étude, baptisée Baromètre Médecins Généralistes 2016 (BMG-2016).

Cette information collectée objectivement pose, grâce à l'excellente participation de mes confrères médecins que je remercie ici, les bases solides d'un travail évolutif à poursuivre dans les mois et années à venir.

Ce travail a été voulu dans un objectif d'amélioration du service rendu aux populations calédoniennes, son appropriation par les médecins et son utilisation au sein des travaux du Plan DO KAMO sont les prochaines étapes dans la réalisation de cet objectif.

Il faut remercier ici tous les médecins participants, bien sûr, mais aussi les équipes de l'agence qui rendent un travail de qualité en un temps record.

Dr Bernard ROUCHON
Directeur de l'ASS-NC

Remerciements

L'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie remercie chaleureusement toutes les personnes et les institutions qui ont participé à l'élaboration de ce premier Baromètre médecins généralistes.

En premier lieu, les médecins généralistes qui nous ont accordé leur confiance et leur temps, pour entendre et comprendre nos motivations, et pour participer avec beaucoup d'implication à cette étude qui est aussi la leur.

Le Réseau de l'Insuffisance Rénale en Nouvelle-Calédonie (RESIR), pour son intérêt dans le développement du questionnaire d'enquête et sa contribution à la réalisation du module consacré à l'insuffisance rénale chronique.

La Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS), la Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale (DPASS Sud), la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de Santé (DASS PS Nord), la Direction de l'Action Communautaire et de l'Action Sanitaire (DACAS Iles Loyauté), le Contrôle médical unifié (CMU) de la Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés (CAFAT), la Mutuelle des fonctionnaires, et la Mutuelle des patentés et libéraux, pour leur contribution à l'établissement des bases de données des médecins généralistes en activité en Nouvelle-Calédonie, en 2016.

L'ensemble des partenaires institutionnels ci-dessus, ainsi que l'Organe de l'Ordre des Médecins de Nouvelle-Calédonie, pour leur relecture critique et constructive du protocole d'étude.

Auteur de l'étude

Dr Yvan SOUARÈS (Médecin épidémiologiste)

Avec la collaboration de

| | |
|--------------------|-----------------------------|
| Elodie MAGNAT | (Epidémiologiste) |
| Laurence HUYGHE | (Statisticienne) |
| Nathalie BOUNIOLS | (Interne de santé publique) |
| Camille AGOSTINI | (Interne de santé publique) |
| Laurence Le DIORE | (Secrétaire) |
| Nancy KLINGLER | (Chargé de communication) |
| Dr Bernard ROUCHON | (Directeur) |

Résumé

L'obésité et la surcharge pondérale concernent aujourd'hui plus de deux calédoniens sur trois. Les nombreuses pathologies chroniques qui en découlent — comme le diabète et l'hypertension artérielle, par exemple — sont médicalement et financièrement très bien prises en charge. Humainement, les pathologies chroniques représentent la première cause de mortalité prématurée dans la population néocalédonienne. Leur prévalence est en constante et forte augmentation depuis plus de vingt ans, et les personnes touchées, décédées ou malades, étaient ou sont, pour la plupart, encore « jeunes économiquement ». Le coût global de ces pathologies chroniques est devenu très alarmant, en regard des ressources et du futur du pays. Le système de protection sociale peut-il, et pour combien de temps encore, faire face à ce fardeau ? Ne pouvant prétendre, à lui seul, changer le mode de vie de la population, comment le système de santé néocalédonien peut-il contribuer à revenir vers un équilibre sanitaire et social plus pérenne ? Pour commencer, comment l'obésité et la surcharge pondérale sont-elles prises en charge dans la pratique de la médecine générale, aujourd'hui, en Nouvelle-Calédonie ? Et, au fond, qu'en est-il de la pratique de la prévention et des soins de santé primaires en médecine générale, actuellement, en Nouvelle-Calédonie ?

Le BMG-2016 est la première étude du genre à avoir été effectuée dans ce pays. Ses objectifs généraux étaient les suivants :

- Améliorer notre connaissance des opinions, attitudes, pratiques et préférences des médecins généralistes en matière de prévention, en 2016.
- Identifier les moyens (formation, information, outils, financements) susceptibles de répondre à la demande des praticiens généralistes, pour les aider à remplir plus efficacement leur mission de prévention dès 2017.

Réalisé au sein d'une population de 220 médecins généralistes éligibles, en octobre et novembre 2016, le BMG a bénéficié de la participation chaleureuse et motivée de 54% des professionnels sollicités. Ce véritable outil de recherche opérationnelle au service du système de santé néocalédonien nous donne, en premier lieu, une photographie fiable et encore inédite de la profession : une communauté de médecins généralistes constituée aux deux tiers d'hommes pour un tiers de femmes, d'un âge médian de 53 ans relativement élevé, professionnellement installée, pour moitié, depuis plus de 10 ans en Nouvelle-Calédonie, qui exerce pour deux tiers de ses membres dans le périmètre urbain du Grand Nouméa et en Brousse pour le tiers restant, dans le secteur libéral pour deux tiers encore, et en tant que salarié pour le dernier tiers. Les opinions, attitudes, pratiques et préférences de ces médecins, vis-à-vis de la prévention et des soins de santé primaires, varient en fonction de ces différentes caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Leur observation est très instructive et utile, pour nourrir les discussions sur le fond de notre questionnaire. Chercher à les résumer ici serait illusoire et contreproductif.

Pour que la démarche diagnostique éclaire les décisions politiques, du mieux possible, et aboutisse sur des initiatives pratiques de santé publique rationnelles, il nous paraît déterminant que les débats qu'appellent les résultats du BMG-2016 soient prioritairement engagés avec ses partenaires opérationnels et institutionnels, au premier rang desquels les médecins généralistes eux-mêmes. Le choix de l'ASS-NC est d'organiser, au premier semestre 2017, des séances de restitutions délocalisées en vue de discuter et définir une série de recommandations stratégiques, réalistes et consensuelles, qui concluent les travaux du BMG-2016, d'une part, et qui proposent aux décideurs de la Nouvelle-Calédonie, d'autre part, des axes d'intervention précis ayant pour but d'améliorer les pratiques de prévention dispensées, par les médecins généralistes, à la population de Nouvelle-Calédonie.

Sommaire

| | | |
|------|---|-----|
| I. | Contexte et justification de l'étude | 7 |
| II. | But et objectifs | 13 |
| 1. | But | 15 |
| 2. | Objectifs généraux | 15 |
| 3. | Objectifs spécifiques | 15 |
| III. | Matériels et méthode | 17 |
| 1. | Type et site de l'étude | 19 |
| 2. | Population-cible de l'étude | 19 |
| 3. | Recueil des données | 21 |
| 4. | Traitement des données | 23 |
| IV. | Résultats | 25 |
| 1. | Taux de réponse et représentativité des répondants | 27 |
| 2. | Caractéristiques professionnelles | 29 |
| 3. | Prévention : généralités | 38 |
| 4. | Addiction | 50 |
| 5. | Santé sexuelle, VIH et Infections sexuellement transmissibles | 65 |
| 6. | Vaccination | 76 |
| 7. | Dépistage des cancers | 81 |
| 8. | Surpoids et obésité | 89 |
| 9. | Rhumatisme articulaire aigu | 99 |
| 10. | Santé bucco-dentaire | 101 |
| 11. | Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique | 102 |
| 12. | Education thérapeutique du patient | 107 |
| 13. | Formation professionnelle | 114 |
| V. | Discussions, recommandations et conclusion | 121 |
| ➤ | Références bibliographiques | 125 |

Première partie

Contexte et justification de l'étude

La Nouvelle-Calédonie (NC) dispose d'un système de santé mixte, déployé selon deux grands dispositifs desservant deux types de milieu aux caractéristiques géographiques, environnementales, sociales et économiques bien distinctes : (a) l'environnement urbanisé correspondant à la zone de Nouméa et ses communes mitoyennes Païta, Dumbéa et le Mont Dore, dénommée « Grand Nouméa », et (b) les zones rurales ou semi-rurales, communément appelées « la Brousse » sur la Grande Terre, et « les Îles » pour le périmètre des Îles Loyautés.

A l'instar des différences socio-économiques et d'une distribution communautaire particulière à chacun de ces écosystèmes, le système de santé est soit :

- (a) centré sur une médecine de type tertiaire avec une densité élevée de médecins généralistes (MG) et spécialistes couvrant une large palette de disciplines et d'établissements de soins publics et privés, avec l'hôpital comme référence de proximité quasi systématique, lorsque cela s'avère nécessaire, soit
- (b) basé sur des soins de santé primaires aux moyens en rapport avec le niveau de développement économique du pays, largement centré sur des unités de soins du service public, les Centres médico-sociaux (CMS), bien équipées et disposant de médecins généralistes malheureusement soumis à un turnover important, et de professionnels paramédicaux bien formés aux tâches curatives en première intention. Les références hospitalières sont fréquentes et plus ou moins aisées en fonction des zones de peuplement et de la logistique disponible, et se font soit sur une structure secondaire sur la Côte Est, l'Hôpital de Poindimié, soit vers le Centre Hospitalier Nord, à Koumac et/ou prochainement Koné. Les évacuations sanitaires sur le Centre Hospitalier Territorial et les cliniques privées de Nouméa restent l'ultime recours de soins tertiaires.

Dans un cas comme dans l'autre, le médecin généraliste est le premier recours de soin au sein du système de santé de la Nouvelle-Calédonie.

C'est donc installé aux premières loges que, comme l'ensemble des acteurs du système de santé néocalédonien, le médecin généraliste est, depuis de nombreuses années maintenant, confronté au phénomène de transition épidémiologique¹. L'augmentation soutenue de la fréquence des maladies dites non-transmissibles (MNT) — souvent liées au mode de vie en raison de leurs déterminants largement ancrés dans les habitudes et l'hygiène de vie, ex. tabagisme, alcoolisme, alimentation, sédentarité, stress, conduite de véhicules à moteur, ainsi qu'à l'environnement des patients : déforestation, pollution des sols, aérienne, fluviale et marine, ou autre publicité abusive par exemple — a logiquement accentué les besoins en soins de santé primaires, en général, et en activités de prévention tout particulièrement.

L'obésité et la surcharge pondérale concernent aujourd'hui près de deux Calédoniens sur trois. Si les pathologies qui en découlent, comme le diabète et l'hypertension artérielle, sont médicalement et financièrement très bien prises en charge, il n'en est pas de même de leurs états précurseurs que sont l'obésité et la surcharge pondérale². De la même manière, les cancers du poumon et des bronches, dits « cancers des fumeurs », étaient en 2013 les cancers les plus fréquents (13%) dans la population néocalédonienne³ après les cancers du sein, tous sexes confondus. En termes quantitatifs et qualitatifs, les

¹ « Période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents. », Institut national d'études démographiques (INED) : <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique/>

² Rapport d'activité 2014, Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie, disponible sur le [site internet de l'Agence](#)

³ Derrière les cancers du sein (15%) et devant celui de la prostate (12%) ; source : Registre du cancer de la Nouvelle-Calédonie.

activités dédiées et les ressources investies par les médecins généralistes pour prévenir et lutter contre le tabagisme sont-elles au niveau requis par les problèmes de santé publique qu'il engendre ? Des thématiques telles que l'autopalpation des seins, les dépistages opportuniste ou organisé, mais aussi la consommation d'alcool, le tabagisme et autres addictions précurseurs de divers cancers, de comportements violents et à risque⁴ ainsi que de nombreuses pathologies neuropsychologiques, sont-elles systématiquement abordées lors des consultations de médecine générale ? Bénéficient-elles d'un temps et de ressources (formation, information, finances) spécifiques suffisants ?

La mission de prévention, indissociable du rôle du médecin généraliste⁵, est clairement devenue primordiale pour les praticiens de Nouvelle-Calédonie quel que soit leur lieu et leur mode d'exercice, mais également de plus en plus complexe du fait de multiples influences, notamment le vieillissement de la population et le fait que beaucoup de patients sont aujourd'hui affectés par plusieurs pathologies à la fois (comorbidité), ex. : diabète et hypertension artérielle, cancer et obésité, stress-addiction et dépression. Pour le médecin généraliste, les activités de prévention quotidiennes se déclinent classiquement dans les trois domaines de :

- (a) la prévention dite médicalisée — vaccination, dépistage, examens biologiques (ex. bilan lipidique) — qui relève de la prévention primaire et/ou secondaire ;
- (b) l'éducation pour la santé, qui comprend de nombreuses thématiques, d'approche parfois délicate, telles que l'alimentation, l'activité physique, la sexualité et les addictions, et qui amène le praticien et le patient à considérer, sans les dissocier, les dimensions biologique, physiologique, psychologique, sociale et culturelle de la santé ; et enfin
- (c) l'éducation thérapeutique, inscrite pour la première fois dans la législation française en 2009⁶, qui vise à aider les patients atteints de maladie chronique à comprendre leur(s) maladie(s) et leur(s) traitement(s) afin de contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie, la stabilisation de leur état morbide, et la maîtrise des coûts de santé.

Les médecins généralistes exerçant aujourd'hui une activité curative en Nouvelle-Calédonie sont tous, ou presque, issus de la formation française aux sciences médicales. Le système français de formation initiale des médecins est, depuis l'époque de la Révolution, traditionnellement centré sur la clinique⁷ ou plus généralement le diagnostic des pathologies, la mise en place de plans thérapeutiques adaptés et l'organisation des soins prescrits au patient. Il en va de même, en grande partie, de la formation continue restée opportuniste, non-réglée et largement laissée à l'initiative des individus d'un côté et des

⁴ L'imprégnation alcoolique au volant est l'un des deux principaux facteurs responsables, avec la vitesse excessive, de la surmortalité sur les routes, véritable fléau de santé publique en Nouvelle-Calédonie.

⁵ Les missions du médecin généraliste sont décrites dans le Code de la santé publique (article L.4130-1) :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.
- Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social.
- S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- Participer à la mission de service public de la permanence des soins.
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de 2ème et 3ème cycles d'études médicales.

⁶ Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus connue en tant que Loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), promulguée le 21 juillet 2009.

⁷ Foucault Michel, *Naissance de la clinique*, P.U.F., Paris 1963

financements de l'industrie pharmaceutique de l'autre. La place dévolue à la prévention et aux soins de santé primaires est restée marginale dans un tel système, en dépit de l'évolution du phénomène de transition épidémiologique depuis plusieurs décennies, surtout dans les sociétés les plus industrialisées.

La réalité sanitaire de la société néocalédonienne implique donc, en 2016, une adaptation urgente et des améliorations incontournables du dispositif de santé et des pratiques en médecine générale au bénéfice des activités de prévention. Pour autant, quel est le niveau d'implication des praticiens généralistes dans les activités de prévention aujourd'hui en Nouvelle-Calédonie ? Connaissent-ils les ressources déjà disponibles en ce sens sur le territoire néocalédonien ? Peuvent-ils y accéder facilement depuis leur lieu d'exercice ? Quels outils souhaiteraient-ils avoir à disposition pour les soutenir dans leurs efforts préventifs ? Les attentes des médecins généralistes « de brousse » et « des îles » sont-elles les mêmes que celles de leurs confrères et confrères « de ville » ? Quelle opinion les médecins généralistes ont-ils des activités de prévention actuellement organisées en Nouvelle-Calédonie (vaccination, dépistage, campagne d'information, etc.) ? Quelles pratiques leur paraissent les mieux adaptées, les plus réalistes ?

Aucune enquête capable de nous éclairer sur ces questions n'avait jamais été réalisée en Nouvelle-Calédonie. C'est dans l'optique de pallier ce manque crucial d'information que l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) et ses partenaires ont décidé de conduire cette étude, baptisée Baromètre médecins généralistes 2016 (BMG-2016). Afin de fournir la base documentaire scientifique nécessaire à prendre les décisions qui s'imposent pour alimenter et mettre en place les mesures indispensables à faciliter et améliorer les pratiques de prévention, au niveau des soins de santé primaires par, notamment, une intégration de l'action du médecin généraliste dans le plan stratégique DO KAMO, en Nouvelle-Calédonie.

Deuxième partie

But et objectifs

1. But

Contribuer à améliorer l'offre proposée et les pratiques de prévention dispensées à la population de Nouvelle-Calédonie, par les médecins généralistes exerçant une activité curative localement⁸.

2. Objectifs généraux

2.1. Améliorer notre connaissance des opinions, attitudes, pratiques et préférences des médecins généralistes en matière de prévention, en 2016.

2.2. Identifier les moyens (formation, information, outils, financements) susceptibles de répondre à la demande des praticiens généralistes pour les aider à remplir plus efficacement leur mission de prévention dès 2017.

3. Objectifs spécifiques

3.1. Décrire les opinions, attitudes, pratiques et préférences des médecins généralistes en matière de prévention, en 2016 :

- En fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs années d'expérience en tant que MG en Nouvelle-Calédonie, la province et leur lieu d'exercice principal, et leur secteur d'activité.
- Dans les neuf thématiques suivantes : addictions, santé sexuelle VIH et IST, vaccination, dépistage de cancers, surpoids et obésité, rhumatisme articulaire aigu, santé bucco-dentaire, prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, éducation thérapeutique du patient.
- Concernant trois structures de l'ASS-NC (perception et référence) : le Centre de soins en addictologie, la Consultation DECLIC, et le Centre d'éducation.

3.2. Identifier les préférences des médecins généralistes en matière de prévention, en 2016, concernant :

- L'accompagnement par les institutions publiques
- Le niveau et le type de collaboration interprofessionnelle existante
- Les moyens à disposition facilitant la mise en œuvre de pratiques préventives
- Leur participation à l'élaboration des programmes de santé publique en Nouvelle-Calédonie
- La formation en lien avec la prévention.

⁸ En référence aux critères d'inclusion et d'exclusion explicités au chapitre III. 2. *Population-cible de l'étude*, le terme de « médecin généraliste » correspond, dans le reste du document présent, à des MG exerçant une activité curative en Nouvelle-Calédonie, en 2016.

Troisième partie

Matériels et méthode

1. Type et site de l'étude

Le *Baromètre médecins généralistes* est une étude observationnelle descriptive transversale. Il s'agit d'étudier les opinions, attitudes, pratiques et préférences, en matière de prévention, des médecins généralistes exerçant une activité curative sur l'ensemble du territoire de la Nouvelle-Calédonie, en 2016.

2. Population-cible de l'étude

2.1. Population-source

L'ensemble des médecins généralistes exerçant une activité curative en Nouvelle-Calédonie, en 2016, représente la population source de l'étude.

2.2. Echantillonnage

Aucun échantillonnage n'a été réalisé. L'ensemble des médecins généralistes éligibles au sein de la population-cible déclarée a été inclus. Compte tenu d'un taux de participation estimé autour de 50 %, un effectif de 110 à 120 répondants environ était attendu (cf. Protocole d'étude).

2.3. Population-cible

2.3.1. Critères d'inclusion

Les médecins généralistes libéraux conventionnés et les médecins généralistes salariés exerçant une activité curative en Nouvelle-Calédonie quels que soient leur lieu d'exercice (rural, urbain), et quelle que soit la proportion du temps de travail consacrée à leur activité libérale.

Sont considérées comme zones urbaines, les communes dites du « Grand Nouméa », à savoir les communes de Nouméa, Païta, Dumbéa et du Mont-Dore.

Sont considérées comme zones rurales, dénommées la « Brousse » : les communes de la province Nord, de la province des Îles Loyauté, et de la province Sud à l'exception de celles du Grand Nouméa.

2.3.2. Critères d'exclusion

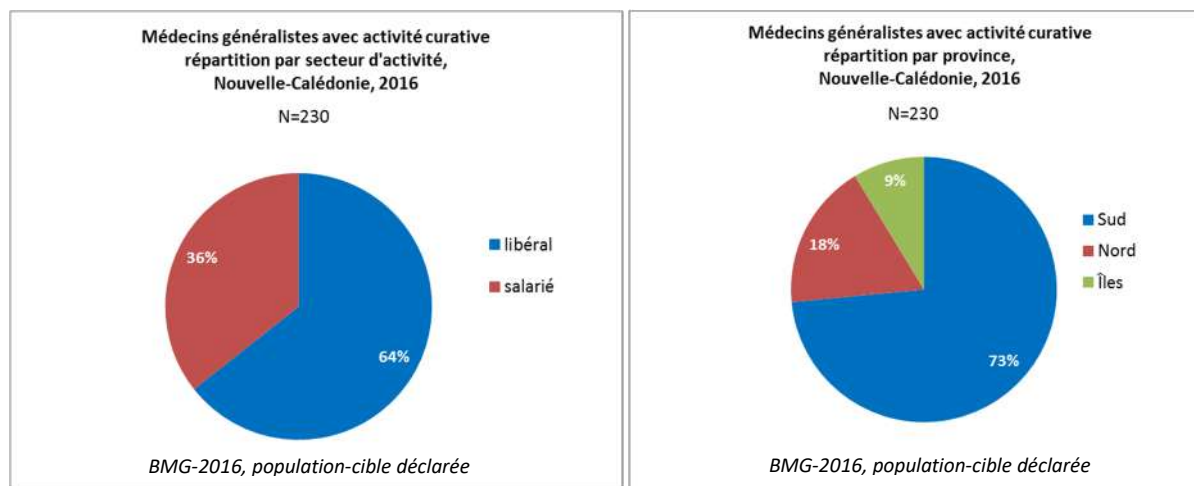
Les médecins remplaçants ayant moins de 6 mois de pratique de la médecine générale en NC au cours des trois dernières années ; les médecins libéraux non conventionnés ; les internes en médecine ; les Volontaires civils à l'aide technique (VCAT) ; les médecins exerçant une activité de prévention exclusive ou des fonctions médico-administratives.

2.3.3. Population-cible déclarée : données administrative 2016

Un premier recensement de 230 médecins a été établi par l'ASS-NC sur la base de la liste CAFAT des MG libéraux conventionnés (au 31 décembre 2015) et des listes actualisées des MG exerçant uniquement une activité curative et qui sont salariés par les trois provinces ou les principales caisses de remboursement maladie : CAFAT, Mutuelle des Fonctionnaires, Mutuelle des patentés et libéraux (Figure 1).

- Libéraux 64%, salariés 36%.
- Province Sud 73%, province Nord 18% et province des Îles Loyauté 9%

Figure 1 :



Source : CAFAT, DPASS Sud, DACAS Îles Loyauté, DASSPS Province Nord, Mutuelle des fonctionnaires, Mutuelle des patentés et libéraux, Nouvelle-Calédonie.

2.3.4. Population-cible effective : actualisation des données administratives

L'ASS-NC a adressé à chacun des 230 médecins généralistes de la population-cible déclarée :

- le message de présentation de l'étude (email n°1), accompagné du protocole d'étude comprenant, en annexe, une notice explicative des modalités de participation adaptée aux deux formats de questionnaire proposés, numérique ou papier ;
- le message présentant les modes de réponse possible à l'enquête : participation en ligne ou par voie postale, et refus — ainsi que la marche à suivre correspondant à chacune de ces trois options (email n°2) ;
- un nombre variable de relances par courrier électronique et/ou téléphone.

Ces différents contacts et échanges ont permis l'actualisation des données administratives.

L'ASS-NC a effectivement sollicité 220 MG libéraux et salariés ayant une activité curative qualifiée en Nouvelle-Calédonie à la date et durant la mise en œuvre du BMG-2016, aux mois d'octobre et novembre 2016.

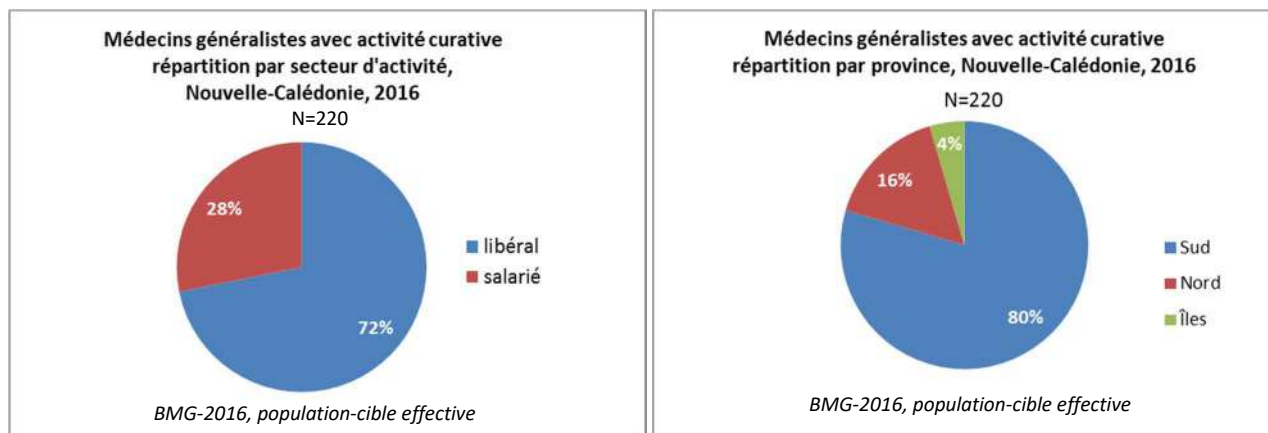
Comparativement à la population-cible déclarée, on observe dans cette population-cible effective une surreprésentation des MG libéraux ainsi que de la province Sud (Figure 2). La province des Îles Loyauté est, quant à elle, relativement sous-représentée. Aucune de ces différences n'est toutefois statistiquement significative.

- Libéraux 72%, salariés 28%
- Province sud 80%, province Nord 16% et province des Îles Loyauté 4%

Ces variations, non statistiquement significatives (ns), s'expliquent essentiellement par le jeu des remplacements qui sont, d'une part, quasi-systématiques et faciles à trouver pour les médecins libéraux mais plus difficiles à pourvoir en ce qui concerne les médecins salariés, particulièrement pour une durée excédant de un à trois mois. D'autre part, la province Sud comptant beaucoup plus de MG libéraux s'en trouve également surreprésentée. La province des Îles Loyauté est sous-représentée car elle compte seulement deux MG libéraux et les remplacements de médecins salariés y sont plus difficiles à pourvoir et moins systématiques. Par conséquent, les postes de MG en CMS sont moins bien pourvus qu'en province Nord et Sud. Certains médecins contactés lors de l'enquête sont plutôt des médecins urgentistes ou apparentés, relativement isolés, qui font face à la demande de soins en délivrant une médecine dite « de pas de porte ».

Ces derniers n'ont pas été recrutés dans notre population-cible, en accord avec leur propre évaluation de leur activité, trop éloignée de la médecine générale.

Figure 2 :



Source : ASS-NC, BMG-2016

Les 220 MG qualifiés et pratiquant effectivement la médecine générale aux mois d'octobre et de novembre 2016 constituent, tout au long de ce document, la « population-cible » de ce Baromètre médecins généralistes 2016.

3. Recueil des données

Avant d'être envoyés aux médecins généralistes de la population-cible déclarée, le protocole d'étude et le questionnaire avaient été préalablement présenté, pour commentaires, à deux syndicats de médecins de Nouvelle-Calédonie⁹ (UDL et SML), au Conseil de l'Ordre National des Médecins, à la Direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC) ainsi qu'aux trois directions provinciales des affaires sanitaires et sociales ou communautaires, de même qu'au contrôle médical unifié de la CAFAT.

Les données ont été collectées sur une durée de six semaines, entre le 10 octobre et le 21 novembre 2016, via un questionnaire consultable en ligne ou sur demande, pour sa version-papier, selon la modalité de participation choisie.

3.1. Modalités de recueil

Deux modalités de passation du questionnaire, auto-administré, étaient proposées aux médecins afin de répondre à l'enquête : le questionnaire numérique en ligne ; ou le questionnaire sur papier, à remplir au stylo. Un numéro d'identifiant unique, compris entre 10 000 et 99 999, était attribué aléatoirement à chaque médecin inclus. Le logiciel *SphinxOnline*[®] servait à la fois de plateforme de communication, d'interface de saisie en ligne, et de base de données dédiée et sécurisée.

L'enquête était présentée à l'ensemble des médecins de la population-cible déclarée, par l'intermédiaire d'un courriel d'introduction (e-mail n°1) signé du directeur de l'ASS-NC.

➤ **L'e-mail n°1, intitulé « Baromètre médecins généralistes 2016, NC : présentation (e-mail n°1) »,** expédié le 3 octobre, présentait brièvement le contexte et le propos de l'enquête, les deux modalités de passation du questionnaire et le caractère anonyme des données de l'enquête. Il invitait également les

⁹ L'Union des médecins libéraux (UDL) et le Syndicat des médecins libéraux (SML), de Nouvelle-Calédonie

médecins remplaçants à se faire connaître en tant que tel, le cas échéant. Le protocole d'étude, comprenant une notice explicative, était ajouté en pièce-jointe. Ce premier message visait à :

- . communiquer à chaque médecin son numéro d'identifiant unique et aléatoire, et
- . préciser l'ensemble des modalités opérationnelles de participation à l'étude

➤ **Appel téléphonique individuel des médecins après l'envoi de l'e-mail n°1**

Cette initiative a permis, entre le 5 et le 7 octobre, un contact plus direct avec les médecins sollicités par le message de présentation de l'enquête, afin de :

- . vérifier, auprès d'eux, les critères d'inclusion et d'exclusion dans l'étude,
- . les sensibiliser à l'importance de leur participation jusque dans la restitution des résultats,
- . leur présenter les deux modes de passation du questionnaire et clarifier la séquence de communications successives selon leur choix de participer ou non (e-mail, courrier, arrêt) et,
- . statuer sur l'inclusion éventuelle des médecins remplaçants.

➤ **L'e-mail n°2, intitulé « BMG 2016, NC (e-mail n°2) : choix de participation »,** a été envoyé le 10 octobre, une semaine après l'e-mail n°1, à l'ensemble des médecins de la population-cible. Il était demandé aux destinataires de choisir entre l'une des trois modalités suivantes :

- . « Oui, je réponds au questionnaire en ligne »
- . « Oui, je réponds au questionnaire par voie postale »
- . « Non, je ne souhaite pas répondre au questionnaire »

Le premier choix correspondait à un lien internet permettant l'accès au questionnaire pour une saisie en ligne. Les répondants pouvaient, à tout moment, interrompre et reprendre le questionnaire déjà commencé au stade où ils l'avaient interrompu, en cliquant simplement à nouveau sur ce même lien.

Le troisième choix comportait un lien internet qui permettait aux médecins ne désirant pas participer à l'étude d'être automatiquement supprimés des listes de distribution du BMG-2016. Une *Notice explicative* était une nouvelle fois fournie en pièce-jointe, afin d'éviter d'en référer à l'e-mail n°1. *SphinxOnline*® permettait d'envoyer des relances aux médecins n'ayant pas répondu. Celles-ci ont été adressées régulièrement aux médecins concernés pendant les six semaines suivant l'envoi de l'e-mail n°2, pendant la phase de recueil des données, du 10 octobre au 21 novembre 2016. La première, une semaine après l'envoi de l'e-mail n°2, puis trois autres à dix jours d'intervalle. Enfin, un dernier rappel a été adressé aux médecins volontaires retardataires 48h avant, ainsi que le jour même de la clôture de la collecte des données.

➤ **Un courrier était envoyé par voie postale aux médecins ayant choisi la modalité « Oui, je réponds au questionnaire par voie postale ».** Ce courrier contenait le questionnaire du BMG-2016 en version papier, une notice explicative pour faciliter la réponse au questionnaire, et une enveloppe préaffranchie adressée au responsable du Baromètre médecins généralistes, à l'ASS-NC.

➤ **Un second contact par téléphone,** non planifié dans le protocole d'étude, a également été pris le 9 novembre, pour 59 médecins qui, parmi ceux qui n'avaient pas pu être joints lors du premier appel, n'avaient pas encore répondu, d'une manière ou d'une autre, aux sollicitations de l'ASS-NC.

3.2. Identification des médecins remplaçants

Les médecins remplaçants pouvaient, selon la marche à suivre indiquée, se faire connaître par retour de l'e-mail n°1, dans lequel il leur était demandé de le faire. L'appel téléphonique individuel représentait, en outre, une opportunité supplémentaire d'identifier ces médecins remplaçants. Le dialogue visait à quantifier et qualifier leur expérience pratique de la médecine générale en Nouvelle-Calédonie, dans le but de statuer

sur leur exclusion ou inclusion éventuelle dans l'étude — cf. III.2.3.1. et III.2.3.2. Si le médecin remplaçant était éligible et désirait participer à l'enquête, il recevait à l'adresse email personnelle de son choix l'ensemble des informations nécessaires (numéro identifiant unique et choix de participation). Dans le cas de figure où le médecin titulaire reprenait ses activités dans le délai imparti à la collecte des données, il avait aussi la possibilité de participer à l'étude, s'il le désirait. En cas de non-réponse durant la période de collecte des données — du médecin remplaçant et/ou du titulaire - et en dépit des relances effectuées, le médecin remplaçant et/ou titulaire étai(en)t considéré(s) comme non-répondant(s).

4. Traitement des données

4.1. Saisie

4.1.1 Modalité de passation en ligne

Un questionnaire SphinxOnline® a été créé afin que les répondants saisissent eux-mêmes les données sur internet, tout en remplissant le questionnaire reçu. Pour ce faire, une base de données dédiée, spécifique de l'étude BMG-2016 était hébergée par SphinxOnline®.

4.1.2. Modalité de passation sur papier

Les médecins ayant choisi ce mode de passation ont rempli, de manière manuscrite, le questionnaire sur papier, avant de le retourner à l'ASS-NC par courrier postal, en utilisant l'enveloppe préaffranchie qu'ils avaient reçue à cet effet. Les données devaient être rédigées de façon nette et lisible. Les données manquantes ont été notifiées, les données erronées clairement barrées et les données corrigées ont été copiées à côté, avec la date de correction et les initiales du correcteur. Les données des questionnaires reçus par courrier ont été saisies pour l'ASS-NC sur le logiciel *SphinxOnline*® par le responsable de l'enquête. Une fois validés et saisis, les questionnaires (anonymes) complétés sur papier ont été numérisés et la version papier détruite.

4.2. Analyse statistique

La représentativité de la population des médecins répondants a été étudiée à partir des caractéristiques suivantes : secteur d'activité, sexe, province et lieu d'exercice principal — voir chapitre IV. Résultats.

L'ensemble des variables du questionnaire de l'étude a été analysé. Les données manquantes ont été signalées. Les données ont fait l'objet d'une étude descriptive, notamment en fonction des caractéristiques suivantes des médecins : âge, sexe, secteur d'activité, lieu d'exercice principal, et l'ancienneté d'installation professionnelle en Nouvelle-Calédonie.

Les variables qualitatives ont été comparées en fonction des caractéristiques sociodémographiques des médecins selon le test du Chi-2, ou le test exact de Fisher et le Chi-2 Monte-Carlo, si les conditions d'application du Chi-deux n'étaient pas respectées. Le seuil de signification α était fixé à 0,05.

Toute autre analyse statistique qui s'avérait nécessaire (ex. régression logistique) a été effectuée, si cela semblait pertinent.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R version 3.3.2.

4.3. Considérations éthiques et légales

4.3.1. Cadre réglementaire de l'étude

L'étude a été conduite conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 1er juillet 1994 et complétée par un décret d'application le 9 mai 1995. Après en avoir fait la requête auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), celle-ci délivrait à l'ASS-NC, le 28 juin 2016, l'autorisation de déclaration normale n°1942176 v 1.

4.3.2. Consentement

Le consentement implicite des médecins volontaires pour participer à l'étude leur était demandé en approuvant explicitement trois conditions indispensables à la validité de leur contribution, en préambule au questionnaire. Pour les questionnaires saisis en ligne, la validation de ces trois conditions était un préalable obligé à l'accès au questionnaire en lui-même.

4.3.3. Protection des données personnelles

Une fois la vérification des données effectuées, celles-ci ont été définitivement anonymisées. Aucune donnée directement ou indirectement nominative, ne sera publiée ou transmise à quiconque. Seules des données anonymes et résumées sont communiquées.

4.3.4. Utilisation des résultats de l'étude

Toutes les données de l'étude non encore publiées resteront confidentielles.

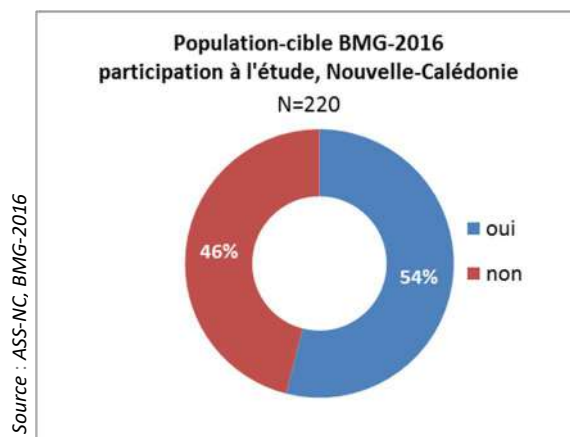
Quatrième partie

Résultats

1. Taux de réponse et représentativité des répondants

1.1. Taux de réponse

Figure 3 :



1.1.1. Global

Avec 118 médecins répondants sur une population-cible de 220, le taux de participation global au BMG-2016 est de 54% (Figure 3). Cent neuf MG (92%) ont répondu en ligne et 9 (8%) par voie postale.

1.1.2. Par secteur d'activité

Près de 7 médecins salariés sur 10 ont répondu à l'enquête (69%), pour seulement 4 médecins libéraux sur 10 (42%).

1.1.3. Par sexe

Deux MG femmes sur trois (65%) ont répondu à l'enquête, alors qu'un de leurs confrères sur deux seulement (48%) en a fait de même.

1.1.4. Par province

Le taux de participation est similaire d'une province à l'autre, allant de 60% en province des Îles à 57% en province Nord, pour 58% en province Sud.

1.1.5. Par lieu d'exercice principal

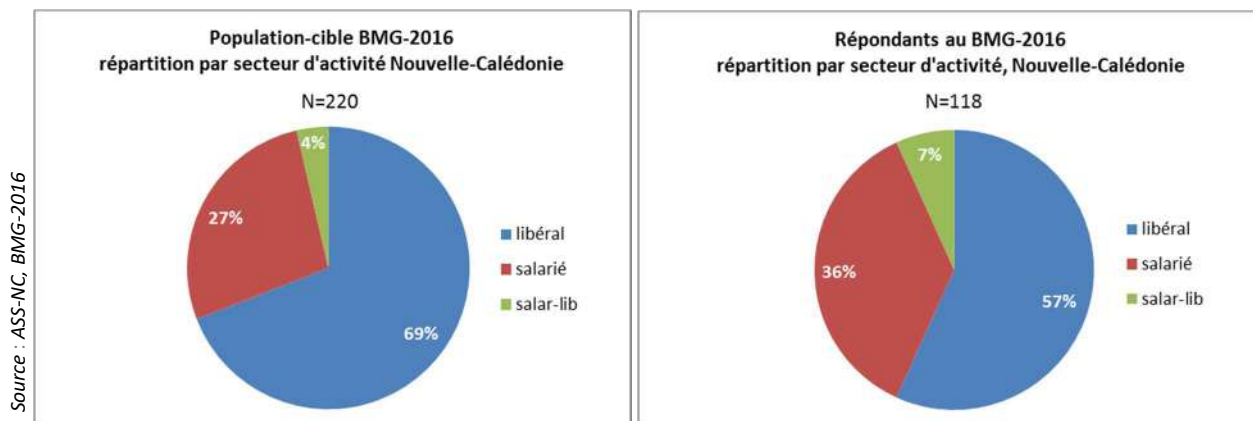
Le taux de participation n'est pas significativement différent entre les MG exerçant dans le périmètre du « Grand Nouméa » (52%) et ceux exerçant en « Brousse » (57%).

1.2. Représentativité vis-à-vis de la population-cible

1.2.1. Secteur d'activité

Le questionnaire du BMG-2016 donnant la possibilité aux répondants de signaler une activité mixte de « salarié et libéral », cette variable a été intégrée à la population-cible et attribuée rétrospectivement aux 8 médecins concernés sur 220. La répartition de la population-cible par secteur se précise alors ainsi : libéraux 69%, salariés 27%, salarié et libéral 4% (Figure 4).

Figure 4 :

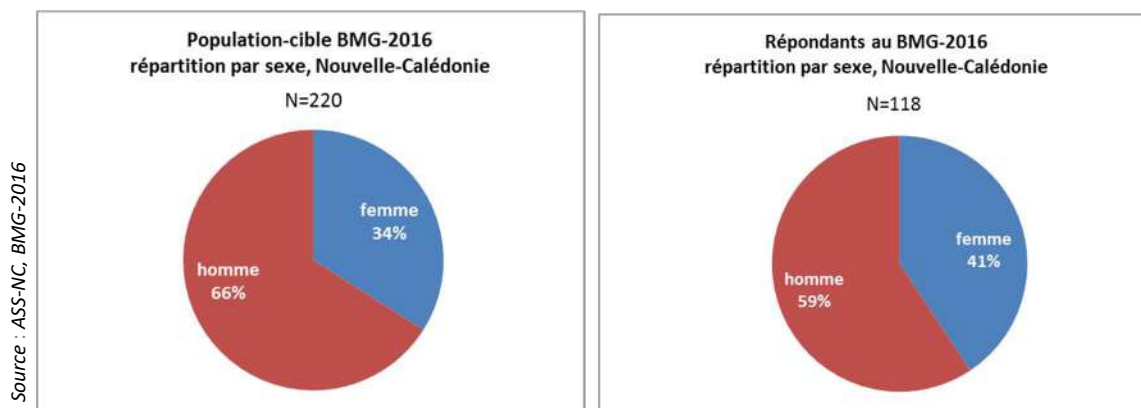


Avec 36% des répondants pour seulement 27% de la population-cible, les MG salariés sont donc surreprésentés (ns) aux dépens des libéraux qui, eux-mêmes, représentent 57% des répondants contre 69% de la population-cible. On notera, d'une part, que les MG libéraux étaient surreprésentés (ns) dans la population-cible (cf. III.2.3.4) mais que leur taux de participation au BMG-2016 est bien inférieur à celui des MG salariés (cf. IV.1.1.2).

1.2.2. Sexe

Les femmes représentent 41% des répondants contre seulement 34% de la population-cible (Figure 5). Les hommes, quant à eux, représentent respectivement 59% des répondants et 66% de la population-cible. Cette surreprésentation des MG femmes (ns) s'explique par leur taux de participation très supérieur à celui des hommes.

Figure 5 :



1.2.3. Province

Avec 78% exerçant en province Sud, 17% en province Nord et 5% en province des Îles Loyauté, la répartition des MG répondants, par province, représentent tout à fait la population-cible (respectivement 80%, 16% et 4%).

1.2.4. Lieu d'exercice principal

Les 118 MG répondants et les 220 MG de la population-cible du BMG-2016, se répartissent de manière similaire entre le périmètre du « Grand Nouméa » (respectivement 66% et 68%) et la « Brousse » (respectivement 34% et 32%).

2. Caractéristiques professionnelles

Le chapitre précédent nous a permis de décrire, dans les grandes lignes, les médecins généralistes ayant participé à l'étude, selon les caractéristiques sociodémographiques suivantes: secteur d'activité, sexe, province, et lieu d'exercice principal. L'âge des médecins n'était pas connu pour les 220 MG de la population-cible. Son influence sur les caractéristiques professionnelles des répondants sera examinée dans cette partie.

Les caractéristiques professionnelles décrites ici sont : l'ancienneté sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie, le nombre moyen de consultation par journée de travail, le nombre d'heures travaillées par semaine, le degré de satisfaction professionnelle, la collaboration interprofessionnelle, le soutien des institutions à l'installation professionnelle, et l'information souhaitée sur le système de santé néocalédonien lors de l'installation professionnelle. Le secteur d'activité et le lieu d'exercice principal seront également examinés en tant que caractéristiques professionnelles.

De manière générale, et pour la suite de ce document, on précisera que les analyses en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnels :

- ne tiennent compte des MG qui ne se sont pas prononcés, que lorsque leur répartition est suffisamment homogène entre les classes de MG examinés, pour ne pas influencer les résultats des tests statistiques ; et que
- l'analyse en fonction du secteur d'activité compare les MG libéraux aux salariés. Les 8 MG travaillant pour les deux secteurs, trop peu nombreux, ne font généralement l'objet que d'une description, si toutefois celle-ci apporte une information utile aux objectifs de notre étude.

Dans le cas contraire et dans les deux cas de figure, les différences observées pourraient ne pas s'avérer statistiquement significatives ou passer inaperçues.

2.1. Âge

L'âge des répondants s'étend sur cinquante années, de 29 à 79 ans. Nous l'avons regroupé en deux classes : de 29 à 50 ans (48%), et de 51 à 79 ans (52%). L'âge médian est de 53 ans.

Les MG les plus âgés (51-79 ans) exercent majoritairement (66%) dans le secteur libéral, alors que les plus jeunes se répartissent plus harmonieusement entre les deux principaux secteurs d'activité, avec 46% de libéraux et 47% de salariés — et 7% d'activité mixte. Les différences observées ne sont toutefois pas statistiquement significatives.

Les MG femmes sont significativement plus jeunes que leurs confrères ($p < 0,001$). Les femmes ont entre 29 et 64 ans, et 71% appartiennent à la classe d'âge 29-50 ans. L'âge médian des MG femmes est de 42 ans. Les hommes sont âgés de 34 à 79 ans, et 33% d'entre eux seulement font partie de la classe d'âge 29-50 ans. L'âge médian des MG hommes est de 56 ans.

2.2. Secteur d'activité

Les MG hommes exercent plus fréquemment dans le secteur libéral que leurs consœurs ($p < 0,05$). Le secteur libéral regroupe 44% des MG femmes et 66% de leurs confrères. Le secteur salarié est respectivement composé de 50% des MG femmes et 27% de leurs confrères. L'activité mixte comprend 6% des MG femmes contre 7% des MG hommes.

2.3. Lieu d'exercice principal

Les médecins généralistes libéraux sont le plus souvent installés dans la zone du Grand Nouméa, alors que les salariés exercent principalement en Brousse ($p < 0,001$). L'espace urbanisé concentre 84% des MG libéraux pour seulement 40% des salariés, alors que la Brousse rassemble 16% des libéraux et 60% des salariés.

La zone du Grand Nouméa rassemble 74% des MG les plus âgés (51-79 ans) et 58% des MG âgés de 29 à 50 ans. En Brousse, on retrouve 26% des plus âgés contre 42% des plus jeunes. Ces différences ne sont toutefois pas significatives. La fréquence d'exercice en milieu urbain ou rural ne varie pas non plus en fonction du sexe des médecins. Chez les MG hommes, comme chez les MG femmes, les deux tiers exercent dans le périmètre du Grand Nouméa, pour un tiers exerçant en Brousse.

2.4. Ancienneté sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie

Un peu plus de la moitié des répondants (52%) est, professionnellement, installée depuis moins de 10 ans en Nouvelle-Calédonie et un peu moins de la moitié (48%) l'est depuis plus de 10 ans.

Les MG hommes ont une ancienneté professionnelle en Nouvelle-Calédonie supérieure à celle de leurs consœurs ($p < 0,05$). Alors que 57% des MG hommes sont professionnellement installés en NC depuis plus de 10 ans, deux tiers des MG femmes (65%) le sont depuis moins de 10 ans.

Les MG libéraux ont une ancienneté professionnelle supérieure à celle des MG salariés ($p < 0,01$). Près des deux tiers (63%) des MG libéraux sont installés en NC depuis plus de 10 ans et représentent les trois quarts (74%) des répondants ayant une telle ancienneté professionnelle en NC. A l'inverse, les MG salariés ne représentent que 23% des répondants avec plus de 10 ans d'ancienneté professionnelle en NC, 70% d'entre eux ayant moins de 10 ans d'exercice professionnel en Nouvelle-Calédonie. Les MG avec une activité mixte sont 75% à posséder moins de 10 ans d'ancienneté professionnelle en NC, quand les 25% restant ne représentent que 4% des MG ayant plus de 10 ans d'ancienneté professionnelle en Nouvelle-Calédonie.

Les MG les plus âgés (51-79 ans) ont la plus grande expérience professionnelle en NC. Ils y sont plus fréquemment installés depuis plus de 10 ans (66%) que les plus jeunes (30%), âgés de 29 ans à 50 ans ($p < 0,001$).

Ces liens observés entre le sexe, l'âge, le secteur d'activité, le lieu d'exercice et l'ancienneté pourraient, dans la suite de l'analyse, introduire des facteurs de confusion.

2.5. Nombre de consultations par journée de travail

Tableau 1 : « Quel est le nombre moyen de consultations que vous effectuez par journée de travail ? ».

| Nb de consultation/jour | Nb de MG | % | Regroupement % |
|-------------------------|------------|-------------|----------------|
| < 10 | 2 | 2% | 30% |
| 10 à 17 | 33 | 28% | |
| 18 à 25 | 56 | 48% | 48% |
| 26 à 33 | 24 | 20% | 22% |
| > 33 | 3 | 2% | |
| Total | 118 | 100% | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Pour la suite de l'analyse, les données ont été regroupées en trois catégories : 1 à 17 consultations (30%); 18 à 25 consultations (48%) ; 25 consultations et plus (22%).

Près de la moitié des MG fait entre 18 et 25 consultations par journée travaillée.

Croisées avec les variables sociodémographiques, ces valeurs restent respectivement du même ordre de grandeur et ne sont donc significativement influencées ni par le secteur d'activité, ni le sexe, ni l'âge, ni l'ancienneté professionnelle en NC, ni le lieu d'exercice principal.

2.6. Nombre d'heures travaillées par semaine

Tableau 2 : « Combien d'heures de travail effectuez-vous par semaine ? ».

| Nb d'heures / semaine | Nb de MG | % | Regroupement % |
|-----------------------|------------|-------------|----------------|
| < 36h | 15 | 13% | 63% |
| 36-45h | 59 | 50% | |
| 46-55h | 24 | 20% | 35% |
| 56-75h | 10 | 5% | |
| 66-75h | 6 | 9% | |
| > 75h | 1 | <1% | |
| Nspp | 3 | 2% | 2% |
| Total | 118 | 100% | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

On notera que, pour cette variable, trois médecins ne se prononcent pas (nspp), soit 2,5% des MG répondants. Pour la suite de l'analyse les données ont été regroupées en trois catégories : ≤ 45h (63%) ; ≥ 46h (35%) ; nspp (2%).

La moitié des MG travaille entre 36 et 45 heures par semaine. Près des deux tiers (63%) travaillent moins de 45h par semaine, et un peu plus d'un tiers (35%) plus de 45h et jusqu'à 75h par semaine — voire plus, pour l'un des médecins répondants.

Parmi les MG libéraux, 61% travaillent 45h ou moins par semaine, et 39% travaillent au-delà de 45h par semaine. Chez les MG salariés, cette même durée du travail hebdomadaire est respectivement de 70% et 26%. Deux MG (4%) ne se prononcent pas. Trente-huit pourcent 38% des MG avec une activité mixte travaillent 45h ou moins par semaine et 50% au-delà de 45h par semaine. Un MG (12%) ne se prononce pas. Ces différences ne sont pas significatives.

Concernant le lieu d'exercice principal, les MG travaillant dans le périmètre du Grand Nouméa sont 69% à travailler 45h ou moins par semaine et 31% à travailler plus de 45h par semaine, alors qu'en Brousse la durée du travail hebdomadaire est respectivement de 50% et 43% (7% ne se prononcent pas) ; différences toutefois non-significatives.

En résumé, si le secteur libéral est celui où les médecins généralistes travaillent le plus souvent plus de 45h hebdomadaires, c'est en Brousse que les semaines de travail semblent les plus longues, les médecins généralistes travaillant plus fréquemment au-delà de 45h par semaine. En revanche, ni le sexe, ni l'âge, ni l'ancienneté professionnelle en NC des MG n'influence significativement la durée du travail hebdomadaire.

2.7. Degré de satisfaction professionnelle

Tableau 3 : « Concernant votre profession, êtes-vous ? ».

| Satisfaction professionnelle | Nb de MG | % | Regroupement % |
|------------------------------|------------|-------------|----------------|
| Très satisfait | 25 | 21% | 87% |
| Plutôt satisfait | 78 | 66% | |
| Peu satisfait | 9 | 8% | 10% |
| Pas du tout satisfait | 2 | 2% | |
| Nspp | 4 | 3% | 3% |
| Total | 118 | 100% | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

On notera que, pour cette variable, quatre médecins ne se prononcent pas, soit 3% des MG répondants. Pour la suite de l'analyse les données ont été regroupées en trois catégories : Très ou plutôt satisfait (87%) ; Peu ou pas du tout satisfait (10%) ; nspp (3%).

Cette large majorité de médecins *très* ou *plutôt* satisfaits professionnellement ne varie pas significativement, quels que soient le sexe, l'âge, le secteur d'activité, le lieu d'exercice principal des MG ou l'ancienneté professionnelle en NC.

2.8. Collaboration interprofessionnelle

Nous analyserons la collaboration professionnelle dans les trois domaines explorés par le questionnaire du BMG-2016 : médical, psychologique et social. Un petit nombre de MG ont choisi de ne pas se prononcer, en fonction des différents domaines : médical (1), psychologique (5) et social (5).

La question était la suivante : « Dans les trois domaines suivants, estimez-vous avoir suffisamment de collaboration avec les autres professionnels, pour une prise en charge satisfaisante de vos patients ? ».

Tableau 4 :

| Situation relevant | Oui, suffisamment | Non, pas assez | Nspp | Total |
|--------------------------|-------------------|----------------|--------|-------------------|
| | % (n) | | | |
| du domaine médical | 84% (99) | 15% (18) | 1% (1) | 100% (118) |
| du domaine psychologique | 26% (30) | 70% (83) | 4% (5) | 100% (118) |
| du domaine social | 30% (35) | 66% (78) | 4% (5) | 100% (118) |

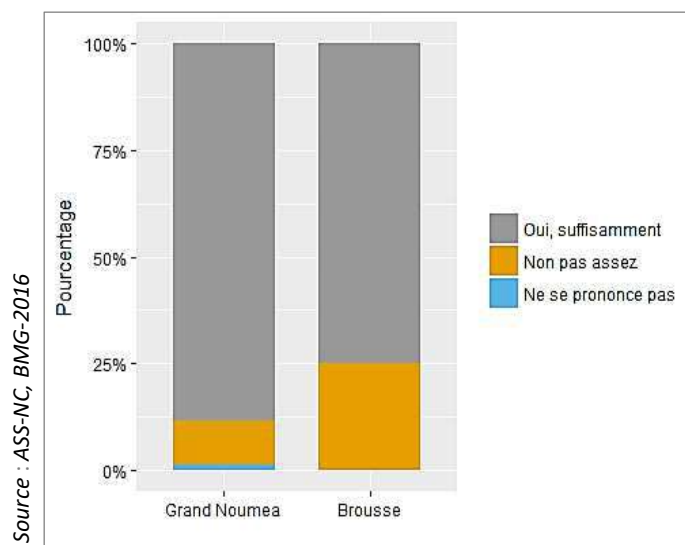
Source : ASS-NC, BMG-2016

2.8.1. Dans le domaine médical

Une grande majorité des MG (84%) estiment avoir une collaboration suffisante avec les autres professionnels, pour une prise en charge satisfaisante de leurs patients dans les situations relevant du domaine médical. Quinze pourcent (15%) sont d'un avis contraire et moins de 1% ne se prononce pas.

Ce profil majoritaire ne varie pas selon le secteur d'activité, le sexe, l'âge ou l'ancienneté professionnelle en NC des MG. En revanche, en dépit d'une confirmation statistique ($p=0,056$) à la limite de la probabilité convenue, il est important de mentionner que c'est en Brousse que les MG expriment plus fréquemment le besoin d'une collaboration professionnelle renforcée dans la prise en charge médicale de leurs patients (Figure 6).

Figure 6 : « Estimez-vous avoir suffisamment de collaboration avec les autres professionnels, pour une prise en charge satisfaisante de vos patients dans les situations relevant du domaine médical ? ». Répartition des réponses selon le lieu d'activité principal des MG.



2.8.2. Dans le domaine psychologique

Une large majorité des MG (70%) estime ne pas avoir de collaboration professionnelle suffisante, pour une prise en charge satisfaisante de leurs patients dans les situations relevant du domaine psychologique. Un profil inverse au domaine médical. Vingt-six pourcent (26%) sont d'un avis contraire et 4% ne se prononcent pas.

Ce profil clairement observé ne varie significativement, ni en fonction du secteur d'activité, ni du sexe, ni de l'âge, ni de l'ancienneté professionnelle en NC des MG, ni encore de leur lieu d'exercice principal.

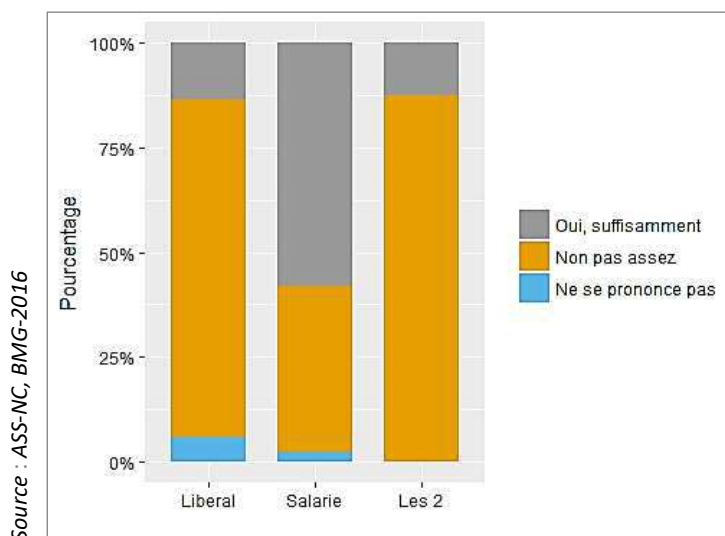
2.8.3. Dans le domaine social

Les deux tiers des MG (66%) estiment que leur collaboration avec les autres professionnels concernés est insuffisante, pour une prise en charge satisfaisante de leurs patients dans les situations relevant du domaine social. Trente pourcent (30%) sont d'un avis contraire et 4% ne se prononcent pas.

Ce profil majoritaire ne varie pas en fonction du sexe ou de l'âge des médecins. En revanche, on retrouve un lien statistique très fort avec le secteur d'activité ($p < 0,0001$) et le lieu d'exercice principal ($p < 0,0001$), ainsi qu'avec l'ancienneté professionnelle en NC, bien qu'à un degré moindre ($p < 0,01$).

Les médecins généralistes libéraux et ceux avec une activité mixte, les MG qui exercent dans le périmètre du Grand Nouméa et ceux avec la plus grande ancienneté professionnelle en NC, indiquent clairement l'insuffisance, à leurs yeux, de la collaboration professionnelle pour la prise en charge de leurs patients dans les situations relevant du domaine social (Figure 7).

Figure 7 : « Estimez-vous avoir suffisamment de collaboration avec les autres professionnels, pour une prise en charge satisfaisante de vos patients dans les situations relevant du domaine social ? ». Répartition des réponses selon le secteur d'activité des MG.



2.9. Accompagnement par les institutions publiques, à l'installation professionnelle

Tableau 5 : « Lors de votre installation ou prise de fonction en NC, vous êtes-vous senti(e) accompagné(e) par les institutions publiques ? ».

| Soutien à l'installation | Nb de MG | % | Regroupement % |
|--------------------------|------------|-------------|----------------|
| Tout à fait | 2 | 2% | 30% |
| Plutôt | 34 | 28% | |
| Plutôt pas | 40 | 34% | 68% |
| Pas du tout | 40 | 34% | |
| Nspp | 2 | 2% | 2% |
| Total | 118 | 100% | 100% |

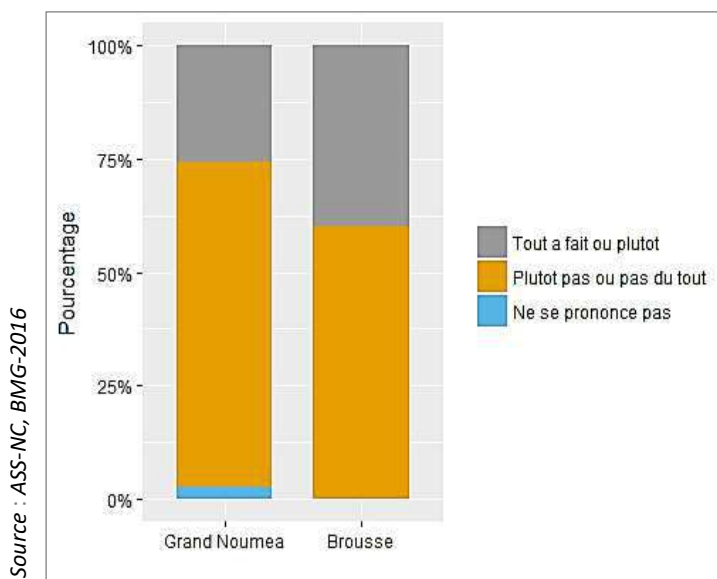
Source : ASS-NC, BMG-2016

Pour la suite de l'analyse les MG ont été regroupés en trois catégories : Tout à fait ou plutôt sentis accompagnés (30%) ; Plutôt pas ou pas du tout sentis accompagnés (68%) ; nspp 2 MG, soit 2%.

Plus des deux tiers des MG (68%) estiment qu'ils n'ont plutôt pas, voire pas du tout, été soutenus par les institutions publiques, lors de leur installation professionnelle ou prise de fonction en Nouvelle-Calédonie.

Aucune association statistique ne permet de lier ce déficit de soutien à l'une des variables sociodémographiques et professionnelles testées. Cependant, nous pensons utile de mentionner les différences observées à ce propos en fonction du secteur d'activité et du lieu d'exercice principal (Figure 8).

Figure 8 : « Lors de votre installation ou prise de fonction en NC, vous êtes-vous senti accompagné par les institutions publiques ? ». Répartition des réponses selon le lieu d'exercice principal des MG.



C'est au sein des MG libéraux que le déficit de soutien est ressenti plus fréquemment. C'est le cas pour 75% des médecins, contre 22% qui se sont senti « tout à fait ou plutôt » soutenus par les institutions publiques, et deux médecins (3%) qui ne se prononcent pas. Chez les MG salariés, ces ressentis sont respectivement de 60% et 40% ; tous se sont prononcés sur leur choix. Les huit praticiens à activité mixte, salariée et libérale, se sont également prononcés sur leur choix et se répartissent de manière très homogène: une moitié (50%) exprimant un déficit de soutien de la part des institutions publiques, alors que l'autre moitié s'est sentie « tout à fait ou plutôt » soutenue par ces mêmes institutions.

De manière très similaire, c'est dans le périmètre du Grand Nouméa que le déficit de soutien est ressenti le plus fréquemment par les médecins généralistes. C'est le cas pour 72% des MG concernés, contre 26% d'entre eux qui se sont senti « tout à fait ou plutôt » soutenus par les institutions publiques, et deux médecins (3%) qui ne se prononcent pas.

2.10. Information souhaitée sur le système de santé néocalédonien, lors de l'installation professionnelle

Cette question comprenait deux niveaux de réponse. Le premier : « Lors de votre prise de fonction en NC, auriez-vous souhaité avoir des informations sur le système de santé ? ». Le second : « Si oui, sous quelle forme ? ».

- Pour le premier niveau de réponse, 13 médecins ne se sont pas prononcés (11%).

Tableau 6 :

| Information souhaitée | Nb de MG | % |
|-----------------------|------------|-------------|
| Oui | 98 | 83% |
| Non | 7 | 6% |
| Nspp | 13 | 11% |
| Total | 118 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Une large majorité des MG (83%) auraient souhaité recevoir une information sur le système de santé en place, lors de leur installation ou prise de fonction en Nouvelle-Calédonie. Six pourcent (6%) sont d'une opinion contraire, alors que 11% ne se prononcent pas.

Aucune association statistique ne permet de lier ce déficit d'information à l'une des variables sociodémographiques et professionnelles testées. Pour deux de ces variables, toutefois, la répartition particulièrement inégale des 13 médecins qui ne se sont pas prononcés nous amène à mentionner les différences observées, à ce propos, en fonction du secteur d'activité et du sexe des répondants.

Neuf MG exerçant en secteur libéral (14%) et 4 salariés (9%) ont choisi de ne pas se prononcer. Les 8 MG avec une activité mixte (100%) ont donné leur opinion précise en réponse à la question. Les trois quarts (76%) des MG libéraux auraient souhaité recevoir une information sur le système de santé de la NC, lors de leur installation. Ils sont 10% à avoir une opinion contraire, ce qui est moins que la part de ceux ne s'étant pas prononcés. Tous les médecins généralistes salariés qui ont répondu précisément à la question (91%) auraient souhaité être informés sur le système de santé local, lors de leur prise de fonction en NC. Aucun n'a émis d'opinion contraire.

Trois MG femmes (6%) et 10 MG hommes (14%) ont choisi de ne pas se prononcer sur cette question. Quatre-vingt-dix (90%) des MG femmes expriment leur souhait d'information insatisfait, quand elles ne sont que 4% à avoir une opinion contraire. Parmi leurs confrères, 79% expriment une même frustration de ne pas avoir reçu d'information sur le système de santé de la Nouvelle-Calédonie, lors de leur installation ou prise de fonction. Sept pourcent (7%) d'entre eux sont d'un avis contraire, soit la moitié moins que ceux qui n'ont pas émis d'opinion.

➤ Le second niveau de réponse concerne uniquement les médecins qui ont répondu « oui » à la question initiale.

Tableau 7 :

| Modalité d'information | Nb de MG | % |
|------------------------------|----------|-----|
| Formation en présentiel | 49 | 50% |
| Site internet | 54 | 55% |
| Guide ou brochure sur papier | 56 | 57% |
| Autre | 2 | 2% |
| Nspp | 1 | 1% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Les 98 MG concernés pouvaient choisir plusieurs réponses parmi celles qui leur étaient proposées dans le questionnaire du BMG-2016 ; la somme des pourcentages de réponses est, par conséquent, supérieure à 100%. Ils pouvaient également choisir de ne pas se prononcer sur les propositions faites par le questionnaire ou donner, en plus de leur(s) choix parmi les réponses proposées, une réponse alternative « *autre* » de manière ouverte.

Trois modalités d'information étaient proposées, à travers : une formation en présentiel, un site internet, et une documentation sur papier (ex. guide ou brochure). Globalement :

- 57% des réponses formulées étaient en faveur de la documentation sur papier ;
- 55% étaient favorables à l'information dématérialisée (site internet) ; puis
- 50% des choix approuvaient une formation en présentiel.
- Une seule « autre » proposition supplémentaire a été faite : « *rencontrer les services-clés de Nouvelle-Calédonie* ».

Les seules précisions notables, en fonction des caractéristiques sociodémographiques, concernaient :

- d'une part, la nette préférence ($p < 0,01$) des MG les plus jeunes (29-50 ans) et de ceux avec le moins d'ancienneté professionnelle en NC pour une formation en présentiel (respectivement 65% et 63% des choix), comparés à leurs consœurs et confrères plus âgés (36%) ou avec plus d'ancienneté professionnelle en NC (34%), et
- d'autre part, la préférence des médecins libéraux pour la documentation sur papier (59% des choix) et l'information dématérialisée (57% des choix), au détriment de la formation en présentiel (37% des choix) que favorisent les MG salariés (62% des choix) et ceux avec une activité mixte pour qui cette formation recueille 75% des choix ($p < 0,05$).

3. Prévention : généralités

Ce chapitre analyse les opinions, pratiques, attitudes et/ou préférences des MG en regard des axes généraux de prévention suivants : la place de la prévention dans le rôle du MG, les acteurs de la prévention selon les MG, l'utilisation de questionnaire de repérage/dépistage préétablis pour certains facteurs de risque/pathologies, l'abord de thématiques de prévention ciblées avec les patients, les éléments d'amélioration potentiels de la prévention au niveau du MG, et l'intérêt à participer à l'élaboration des programmes de santé publique en NC. Les réponses aux questions portant sur ces six grands axes de prévention sont d'abord analysées globalement, puis décrites selon les variables sociodémographiques et professionnelles utilisées au chapitre précédent et pour l'ensemble de l'analyse des résultats du BMG-2016 : le sexe, l'âge, l'ancienneté professionnelle en NC, le secteur d'activité et le lieu d'exercice principal des médecins généralistes.

3.1. Place de la prévention dans le rôle du médecin généraliste

La question était formulée ainsi : « *En tant que médecin, la prévention fait-elle partie de votre rôle ?* ».

Tableau 8 :

| Prévention dans le rôle du MG | Nb de MG | % | Regroupement % |
|-------------------------------|------------|-------------|----------------|
| Tout à fait | 100 | 84% | 98% |
| Plutôt | 16 | 14% | |
| Plutôt pas | 2 | 2% | 2% |
| Total | 118 | 100% | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Dans leur immense majorité, les MG considèrent la prévention comme faisant totalement (84%) ou plutôt (14%) partie de leur rôle professionnel. Seuls deux d'entre eux (2%) sont d'une opinion contraire : un homme et une femme, tous deux âgés de 51 à 79 ans.

Il est possible de regrouper les réponses en deux catégories : la prévention fait tout à fait ou plutôt partie du rôle du MG (98%), et la prévention ne fait pas du tout partie du rôle du MG (2%). L'analyse des réponses regroupées confirme l'opinion majoritaire, qui ne varie aucunement quel que soit le sexe, l'âge, le secteur d'activité ou le lieu d'exercice principal des médecins.

L'étude des réponses détaillées apporte une observation plus nuancée en fonction du sexe ou de l'âge des MG, mais ne change rien à l'analyse faite selon l'ancienneté professionnelle en NC, le secteur d'activité ou le lieu d'exercice principal des médecins qui ne modifie pas l'opinion majoritaire.

Les MG femmes ont une opinion plus tranchée que leurs confrères ($p < 0,05$). Elles sont 94% à considérer que la prévention fait *totalelement* partie de leur rôle, et seulement 4%, soit deux d'entre elles, à penser que c'est simplement *plutôt* le cas. Les MG hommes ont une opinion plus partagée. Si 79% d'entre eux considèrent que la prévention fait *totalelement* partie de leur rôle, ils sont toutefois 20% à affirmer que c'est uniquement *plutôt* le cas.

On observe une situation très similaire selon l'âge des MG ($p < 0,01$). Les plus jeunes (29-50 ans) sont 95% à considérer que la prévention fait *totalelement* partie de leur rôle, et 5%, soit trois d'entre eux, à prétendre que c'est juste *plutôt* le cas. Parmi les MG plus âgés (51-79 ans), si 75% estiment que la prévention fait *totalelement* partie de leur rôle, 20% d'entre eux affirment toutefois que c'est simplement *plutôt* le cas.

3.2. Acteurs de la prévention

La question était formulée de la manière suivante : « Pour vous, la prévention doit être faite par ? ».

Tableau 9 :

| Acteurs de la prévention | Oui | Non | Nspp | Total |
|------------------------------------|-----------|----------|----------|------------|
| | % (n) | | | |
| Médecins généralistes | 99% (117) | 0% (0) | 1% (1) | 100% (118) |
| Médecins spécialistes | 81% (95) | 9% (11) | 10% (12) | 100% (118) |
| Infirmiers et paramédicaux | 98% (115) | 2% (2) | 1% (1) | 100% (118) |
| Professionnels éducation et social | 93% (110) | 2% (2) | 5% (6) | 100% (118) |
| Associations de patients | 82% (97) | 8% (9) | 10% (12) | 100% (118) |
| Autres | 27% (32) | 17% (20) | 56% (66) | 100% (118) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Une large majorité de médecins s'accorde sur le rôle actif que doivent jouer, dans la prévention, le médecin généraliste (99%), les infirmiers et autres professionnels paramédicaux (98%), ainsi que les professionnels de l'éducation et du social (93%). Ces résultats ne varient aucunement en fonction des variables sociodémographiques et professionnelles testées.

L'opinion des MG sur le rôle, en prévention, des médecins spécialistes et des associations de patients apparaît plus partagée. De manière générale, la présence et le rôle de ces acteurs de santé, aujourd'hui unanimement reconnus, ont néanmoins sensiblement évolués au cours des 15 dernières années, particulièrement en ce qui concerne leur place, en prise directe, avec le suivi des patients. Souvent en première ligne ou, tout du moins, plus souvent que par le passé.

Si 81% des MG considèrent que les médecins spécialistes doivent jouer un rôle actif dans la prévention, un MG sur cinq (19%) est soit d'une opinion contraire (9%), soit refuse de se prononcer sur le sujet (10%). Il en est de même concernant les avis recueillis sur le rôle actif des associations de patients. Si 82% des MG sont favorables à l'engagement de ces dernières dans le domaine de la prévention, 18% y sont soit opposés (8%), soit ne se prononcent pas sur la question (10%). Les différences d'opinion sont liées à l'âge des MG, dans les deux cas de figure, et à l'ancienneté professionnelle pour le rôle des médecins spécialistes.

Les plus jeunes (29-50 ans) expriment respectivement, à l'égard des médecins spécialistes puis des associations de patients, une opinion favorable à 91% et 93% très similaire à l'avis général porté sur les autres catégories d'acteurs de santé, comme observé ci-dessus. Les parts d'opinions contraires et de refus de se prononcer sont respectivement de 5% et 4% à l'égard des médecins spécialistes, et de 5% et 2% vis-à-vis des associations de patients.

Le point de vue exprimé par les MG plus âgés (51-79 ans) est nettement différent, tant à propos des médecins spécialistes ($p < 0,05$) que des associations de patients ($p < 0,01$). Ils ne sont favorables à un rôle actif des médecins spécialistes et des associations de patients qu'à, respectivement, 71% et 72%. Ils sont contre ou refusent de se prononcer, toujours respectivement, à 13% et 16% à l'égard des médecins spécialistes, et à 10% et 18% vis-à-vis des associations de patients.

Trente-deux MG (27%) ont également proposé que d'« autres » acteurs de la société civile soient activement impliqués dans la prévention, à différents niveaux. Ces propositions sont résumées comme suit, en fonction de la fréquence des termes-clés utilisés dans chacune des propositions :

- Le gouvernement, les politiques, les autorités coutumières ou « *les institutions* » sont mentionnés dans 10 propositions
- Les médias, le « *système d'information* » [du public], la télévision ou la presse (8)
- L'école, l'éducation ou encore les professeurs (5)
- « *Tout le monde* » ou « *tous* » (4)
- La famille ou les parents (3)
- Egalement cités : les pharmaciens ; les associations citoyennes thématiques (handicap, personnes âgées, parentalité, jeunesse, sexualité) ; « *toute entreprise commercialisant boissons et nourriture* » ; et le patient lui-même.

3.3. Utilisation de questionnaire de repérage ou dépistage préétablis

Cette question comportait deux niveaux de réponse et était formulée ainsi : « *Utilisez-vous des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risques ou au dépistage de pathologie, comme des tests ou des échelles ?* ». « *Si oui, dans quels domaines ?* ».

- Pour le premier niveau de réponse, un médecin ne s'est pas prononcé.

Tableau 10 :

| Utilise questionnaires préétablis | Nb de MG | % | Regroupement % |
|-----------------------------------|------------|-------------|----------------|
| Souvent | 24 | 20% | 71% |
| Parfois | 60 | 51% | |
| Jamais | 33 | 28% | 28% |
| Nspp | 1 | 1% | 1% |
| Total | 118 | 100% | 100% |

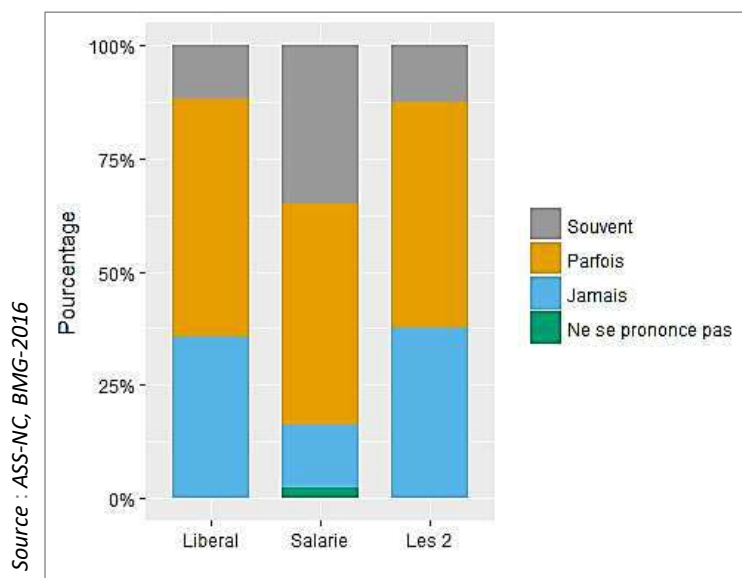
Source : ASS-NC, BMG-2016

Une moitié des MG affirme utiliser *parfois* (51%) les questionnaires thématiques préétablis comme test ou échelle de repérage et/ou de dépistage. Un médecin sur cinq les utilise *souvent* (20%). Les MG sont donc 71% à avoir une utilisation, plus ou moins fréquente, de questionnaires thématiques préétablis à visée de repérage et/ou de dépistage. Ils sont, en revanche, 28% à ne *jamais* utiliser de tels questionnaires ou à en faire un autre usage, indéfini.

Ces opinions ne varient pas en fonction du sexe, de l'âge, de l'ancienneté professionnelle en NC, ou du lieu d'exercice principal des médecins. On observe cependant une différence significative en fonction du secteur d'activité des MG répondants, que l'analyse des réponses prenne en compte le refus de se prononcer, ou qu'elle regroupe les utilisateurs plus ou moins fréquents (71%) pour les comparer aux non-utilisateurs (28%).

Figure 9 : « Utilisez-vous des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risques ou au dépistage de pathologie, comme des tests ou des échelles ? ».

Répartitions des réponses selon le secteur d'activité des MG.



Les médecins salariés utilisent plus fréquemment que leurs confrères ($p < 0.05$) les questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risques ou au dépistage de pathologie, comme des tests ou des échelles, pour une pratique de prévention au service de leurs patients (Figure 9).

Les médecins salariés sont 35% et 49% à avoir une utilisation, plus ou moins fréquente, des outils de repérage ou dépistage en question, soit 84% d'utilisateurs. Ils sont 14% à ne *jamais* les utiliser. L'un de ces salariés ne s'est pas prononcé (2%).

Les médecins du secteur libéral sont respectivement 12% et 52% à utiliser *souvent* ou *parfois* les tests ou échelles en question, soit 64% d'utilisateurs. Ils sont 36% à ne *jamais* les utiliser.

Les MG avec une activité mixte, de leur côté, sont respectivement 13% et 50% à utiliser *souvent* ou *parfois* les tests ou échelles de repérage de facteurs de risque ou de dépistage de pathologies ciblées, soit 63% d'utilisateurs. Trente-huit pourcent (37%) d'entre eux ne les utilisent *jamais*.

➤ Le second niveau de réponse concerne uniquement les 84 médecins généralistes qui ont répondu « *souvent* » ou « *parfois* » à la question initiale. Il était possible de citer plusieurs domaines, la somme des pourcentages est donc supérieure à 100%. Deux MG ne se sont pas prononcés.

Les onze domaines proposés par le BMG-2016 (facteurs de risque ou pathologies) étaient les suivants : tabac ; calcul de l'objectif LDL ; mémoire ; diabète ; asthme ; alcool ; dépression ; syndrome de l'apnée du sommeil ; cannabis ; troubles du développement de l'enfant ; et autre. Ils sont listés ci-dessous par ordre décroissant, selon la fréquence avec laquelle l'ensemble des 84 MG disent les utiliser :

| | |
|--|-----|
| - Tabac | 64% |
| - Calcul de l'objectif LDL (cholestérol) | 54% |
| - Mémoire | 51% |
| - Diabète | 44% |
| - Asthme | 41% |
| - Alcool | 38% |
| - Dépression | 32% |
| - Syndrome de l'apnée du sommeil | 20% |
| - Cannabis | 15% |

- Troubles du développement de l'enfant 15%
- Autre 6%

Seules les analyses en fonction de l'âge et du secteur d'activité mettent en évidence des différences significatives entre médecins, dans les domaines d'utilisation des outils de repérage ou de dépistage. Nous signalerons également deux autres différences perçues, à la limite de la probabilité convenue, dans les analyses par sexe et par lieu d'exercice principal.

Les médecins les plus âgés (51-79 ans) utilisent plus fréquemment que les plus jeunes (29-50 ans) les tests ou échelles de repérage concernant l'alcool ($p < 0,01$) et le diabète ($p < 0,05$). L'alcool est cité par 55% des plus âgés, contre 24% des plus jeunes. Le diabète est mentionné par 61% des MG plus âgés et 30% des plus jeunes.

Les médecins salariés utilisent plus fréquemment que les MG libéraux les tests ou échelles de repérage concernant le tabac ($p < 0,05$) et le cannabis ($p < 0,05$). Le tabac est cité par 78% des MG du secteur salarié, contre 54% des médecins du secteur libéral. Le cannabis est mentionné par 29% des MG salariés et seulement 7% des MG libéraux. A noter que, cette analyse par secteur d'activité n'a pas pris en compte les cinq MG avec une activité mixte qui avaient déclaré utiliser les outils en question.

Enfin, au titre d'information utile quoique non-statistiquement significative, nous signalerons également que, d'une part, 77% des MG femmes utilisent les outils de repérage concernant le tabac, contre 55% de leurs confrères ($p = 0,0647$) et que, d'autre part, 61% des médecins généralistes exerçant dans le périmètre du Grand Nouméa utilisent les outils de repérage liés au Calcul de l'objectif LDL, alors que 37% seulement de leurs confrères qui exercent en Brousse utilisent ces mêmes outils ($p = 0,0633$).

3.4. Abord de thématiques de prévention ciblées avec les patients

La question était formulée ainsi : « *Diriez-vous qu'il est facile de parler de prévention avec vos patients, dans les domaines suivants ?* ».

Le nombre total de médecins ayant répondu aux questions du BMG-2016 est maintenant de 117, suite à l'abandon du questionnaire, à ce stade, par l'un d'entre eux.

Tableau 11 :

| Domaines ciblés | Tout à fait | Plutôt | Plutôt pas | Pas du tout | Nsp | Total |
|---------------------------|-------------|----------|------------|-------------|--------|------------|
| % (n) | | | | | | |
| Tabac | 63% (74) | 33% (39) | 4% (4) | 0% (0) | 0% (0) | 100% (117) |
| Alcool | 24% (28) | 49% (57) | 26% (30) | 2% (2) | 0% (0) | 100% (117) |
| Cannabis | 23% (27) | 38% (44) | 36% (42) | 3% (3) | 1% (1) | 100% (117) |
| Vie affective et sexuelle | 19% (22) | 34% (40) | 38% (44) | 5% (6) | 4% (5) | 100% (117) |
| Vaccinations | 73% (86) | 24% (28) | 1% (1) | 1% (1) | 1% (1) | 100% (117) |
| Dépistage des cancers | 55% (64) | 40% (47) | 3% (4) | 0% (0) | 2% (2) | 100% (117) |
| Surpoids et obésité | 44% (51) | 44% (52) | 12% (14) | 0% (0) | 0% (0) | 100% (117) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **La vaccination, le tabac et le dépistage des cancers** sont les trois domaines que les MG abordent le plus facilement avec leurs patients.

La vaccination en premier lieu, avec 73% des médecins qui trouvent ce domaine *tout à fait* facile à aborder et 24% qui le considèrent comme d'un abord *plutôt* facile. Soit 97% des MG qui considèrent ce thème comme facile à discuter avec leurs patients.

Le tabac, avec 63% de médecins qui trouvent ce domaine *tout à fait* facile et 33% *plutôt* facile à aborder, réuni 96% des MG sur une même opinion de domaine qu'il est aisé de discuter avec leurs patients.

Le dépistage des cancers boucle ce trio de domaines ressentis comme faciles à aborder par les MG. Avec 55% de médecins qui le déclarent *tout à fait* et 40% *plutôt* facile à discuter, le dépistage des cancers réuni 95% des MG sur une même opinion de domaine d'un abord facile avec leurs patients.

➤ **Le domaine du surpoids et de l'obésité**, s'il reste un sujet qui ne pose pas beaucoup de difficultés d'abord aux MG, apparaît toutefois moins facile à discuter avec les patients que les trois premiers domaines observés.

Avec un partage équilibré de 44% de médecins qui le déclarent *tout à fait* et de 44% *plutôt* facile à discuter, le surpoids et l'obésité réuni tout de même 89% des MG sur une même opinion de domaine qu'il est relativement aisé d'aborder avec leurs patients.

➤ **L'alcool, le cannabis, et la vie sexuelle et affective** sont les trois domaines qui posent certaines difficultés d'approche aux MG, vis-à-vis de leurs patients.

Les proportions relativement élevées de médecins estimant ces trois domaines *plutôt pas* faciles à aborder, 26% (alcool), 36% (cannabis) et 38% (vie sexuelle et affective), comparées à celles des quatre domaines précédemment étudiés, à savoir 1% (vaccination), 4% (tabac), 3% (dépistage des cancers) et 12% (surpoids et obésité) en sont la meilleure illustration. A ce titre, on notera également que le nombre de MG qui trouvent que l'alcool (28), le cannabis (27), et la vie sexuelle et affective (22) sont *tout à fait* faciles à discuter est plus faible que le nombre de MG qui estiment que ces domaines sont *plutôt pas* faciles à discuter avec leurs patients, soit respectivement 30, 42 et 44.

L'alcool réuni 73% des généralistes sur une même opinion de domaine qu'il reste aisé d'aborder avec leurs patients, bien qu'il soit aussi un domaine *plutôt pas* facile à discuter pour un quart (26%) d'entre eux.

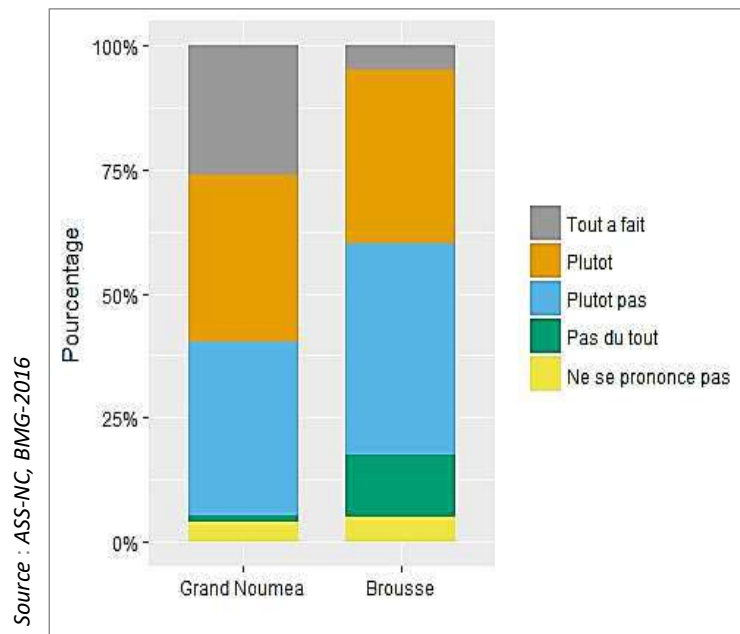
Le cannabis est considéré par 61% des MG comme un domaine relativement facile à discuter, mais cette opinion est contrebalancée par les 38% de médecins qui considèrent ce domaine d'un abord *plutôt pas* facile avec leurs patients.

La vie sexuelle et affective est considérée par les MG comme le sujet le plus sensible à partager avec leurs patients. Bien que 53% des généralistes estiment ce domaine facile à discuter (19% *tout à fait* et 34% *plutôt*), 43% sont d'un avis contraire — 38% le ressentent comme *plutôt pas* et 5% comme *pas du tout* facile à aborder. De plus, 4% supplémentaires ont choisi de ne pas se prononcer, ce qui constitue la part la plus élevée des sept domaines étudiés.

L'analyse des observations globales en fonction des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des MG permet de mettre en évidence un lien significatif entre le domaine de la vie sexuelle et affective et le lieu d'exercice des médecins généralistes, ainsi qu'entre le dépistage des cancers et l'ancienneté professionnelle en NC. Il en est de même entre la vaccination et le lieu d'exercice, quoique d'un enseignement vraisemblablement moins utile. L'analyse selon le sexe, l'âge et le secteur d'activité des MG n'apporte aucune précision supplémentaire.

➤ **Le domaine de la vie sexuelle et affective est le domaine que les MG considèrent comme le plus délicat à aborder avec leurs patients.** Cette observation s'enrichie d'une analyse en fonction du lieu d'exercice, qui montre que les médecins qui exercent en Brousse déclarent avoir plus de difficultés à aborder le sujet que leurs homologues exerçant dans la zone du Grand Nouméa ($p < 0,01$). Ces derniers estiment, à 60%, que le domaine est tout à fait ou plutôt facile à discuter avec leurs patients, alors les MG qui travaillent en Brousse ne sont que 40% à avoir la même opinion. En revanche, en Brousse, 55% des MG considèrent la vie sexuelle et affective comme un domaine plutôt pas ou pas du tout facile à aborder en pratique, alors que leurs consœurs et confrères qui exercent dans le périmètre du Grand Nouméa ne sont que 36% à déclarer ce même ressenti (Figure 10).

Figure 10 : « Diriez-vous qu'il est facile de parler de prévention avec vos patients, dans le domaine de la vie sexuelle et affective ? ». Répartition des réponses selon le lieu d'exercice principal des MG.



Les MG avec plus de 10 ans d'ancienneté en NC abordent encore plus facilement (63% *tout à fait*, 33% *plutôt*, et 0% *plutôt pas*) le domaine du dépistage des cancers que leurs homologues installés ou en fonction depuis moins de 10 ans en NC ($p < 0,05$) — respectivement 47%, 47% et 7%.

Le domaine de la vaccination est celui qui bénéficie, auprès de tous les MG, du plus large consensus (97%) quant à sa facilité d'abord auprès des patients. L'analyse par lieu d'exercice principal des MG apporte un point de vue plus détaillé, quoique d'une utilité toute relative, en ce sens qu'elle nous permet de savoir que ce thème est encore plus facile à aborder pour les MG du Grand Nouméa que pour leurs collègues de Brousse ($p < 0,05$). La nuance vient de ce que, si 81% des MG en milieu urbain estiment *tout à fait* facile de parler de vaccination avec leurs patients, 60% seulement des MG en Brousse sont du même avis. A l'inverse, alors qu'en Brousse 38% des MG trouvent que la vaccination est un sujet *plutôt* facile à discuter avec leur patientèle, ils ne sont que 17% à partager cette opinion dans le périmètre du Grand Nouméa. Il n'en reste pas moins qu'en regroupant les effectifs des médecins qui trouvent que la vaccination est un domaine *tout à fait* ou *plutôt* facile à discuter, 97,4% des MG en milieu urbain et 97,5% des MG en Brousse partagent le même ressenti positif.

3.5. Eléments d'amélioration potentiels de la prévention au niveau du médecin généraliste

La question était formulée de la manière suivante : « Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous permettrai(en)t d'améliorer la prévention auprès des patients ? ».

On signalera, en préambule, le nombre parfois élevé de MG qui ont refusé de se prononcer, allant de 4 (3%) à 23 (20%) selon les choix proposés.

Tableau 12 :

| Éléments d'amélioration de la prévention | Oui | Non | Nspp | Total |
|--|-----------|----------|----------|------------|
| | % (n) | | | |
| Formation en prévention et éducation | 78% (91) | 15% (18) | 7% (8) | 100% (117) |
| Rémunération spécifique | 46% (54) | 34% (40) | 20% (23) | 100% (117) |
| Davantage de temps | 86% (101) | 10% (12) | 4% (4) | 100% (117) |
| Possibilité de déléguer | 72% (84) | 17% (20) | 11% (13) | 100% (117) |
| Rôle du MG mieux reconnu | 79% (92) | 10% (12) | 11% (13) | 100% (117) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **La possibilité de disposer de plus de temps de travail dédié à la prévention** est la préférence majoritaire, pour 86% des MG. Seuls 10% sont d'un avis contraire et moins de 4% n'ont pas d'avis sur cette proposition.

➤ **Reconnaissance, formation et délégation des tâches** sont ensuite, dans cet ordre, les propositions préférées des MG. Ceci à un degré moindre que la possibilité de disposer de plus de temps dédié aux tâches préventives, avec un nombre plus élevé de refus de se prononcer et une part respectivement croissante d'opinions contraires.

Accorder une meilleure reconnaissance au rôle du médecin généraliste est, pour 79% des MG, une condition importante à l'amélioration potentielle de la prévention à leur niveau. Dix pourcent (10%) sont d'une opinion contraire et 11% ne se prononcent pas sur le sujet.

Recevoir une formation appropriée aux tâches de prévention est également une proposition approuvée par 78% des médecins généralistes, dans l'optique d'améliorer l'offre de services à leur niveau. La part d'opinion contraire est de 15%, et 7% refusent de se prononcer sur cet élément.

La possibilité de déléguer des tâches dévolues à la prévention est une éventualité que 72% des MG approuvent. Dix-sept pourcent (17%) ne sont pas d'accord avec ce choix, et 11% ne se prononcent pas.

➤ **Percevoir une rémunération spécifique**, pour les services et le temps dédiés à la pratique de la prévention, apparaît comme la proposition la moins consensuelle et la plus sensible aux yeux des MG : moins de la moitié (46%) l'approuvent, plus d'un tiers s'y oppose (34%) et un sur cinq (20%) réserve son avis sur la question.

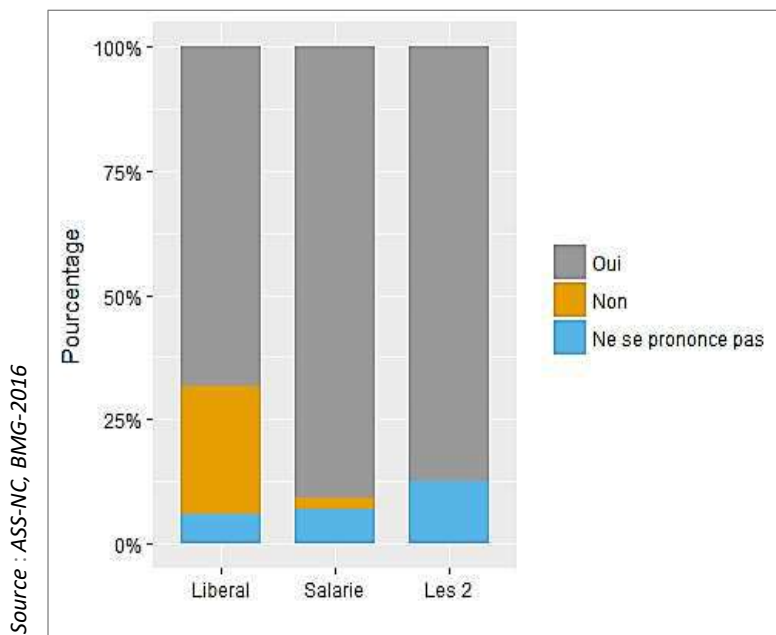
L'analyse des choix exprimés en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'activité et de l'ancienneté professionnelle en NC met en évidence des différences significatives entre médecins, souvent difficiles à interpréter compte tenu, ou pas, du nombre élevé et de la répartition inégale des médecins qui refusent de se prononcer. Le lieu d'exercice principal n'influence pas les préférences formulées.

➤ **Les MG femmes sont favorables, à 83%, à la possibilité de déléguer les ou certaines tâches de prévention, contre 64% de leurs confrères.** Elles y sont opposées à 13%, contre 20% de leurs confrères. Le refus de se prononcer est quatre fois plus important parmi les MG hommes (16%) que parmi leurs consœurs (4%). Les différences perçues ne sont significatives ($p < 0,05$) que si l'on tient compte des MG qui réservent leur avis, mais peuvent être le simple fait du hasard dans le cas contraire.

➤ **Les MG les plus jeunes (29-50 ans) approuvent plus massivement (88%) que leurs aînés (51-79 ans), dont un peu plus des deux-tiers (68%) sont du même avis, la proposition de formation dédiée à la prévention** ($p < 0,05$). Neuf pourcent des plus jeunes MG et 22% des plus âgés sont opposés à cette formation, alors qu'ils sont respectivement 4% et 10% à ne pas donner leur avis. Ces différences sont significatives ($p < 0,05$) que l'on intègre ou pas, dans le calcul statistique, les MG qui ne se prononcent pas.

➤ **Les MG salariés plébiscitent à 91% la proposition de formation à la prévention, alors que ceux du secteur libéral n'approuvent ce choix qu'à 68%** ($p < 0,01$). La part des opinions contraires et des refus de s'exprimer sur le sujet est, respectivement, de 2% et 7% parmi les MG salariés, et de 26% et 6% pour les MG du secteur libéral ($p < 0,01$). Ces différences sont significatives indépendamment de la prise en compte, ou pas, des refus de se prononcer (Figure 11). Concernant les médecins avec une activité mixte, 88% d'entre eux sont favorables à la proposition de formation. La part des opinions contraires et des refus de s'exprimer sur le sujet est, respectivement, de 0% et 13%.

Figure 11 : « Une formation en prévention et éducation vous permettrait-elle d'améliorer la prévention auprès des patients ? ». Répartition des réponses par secteur d'activité.



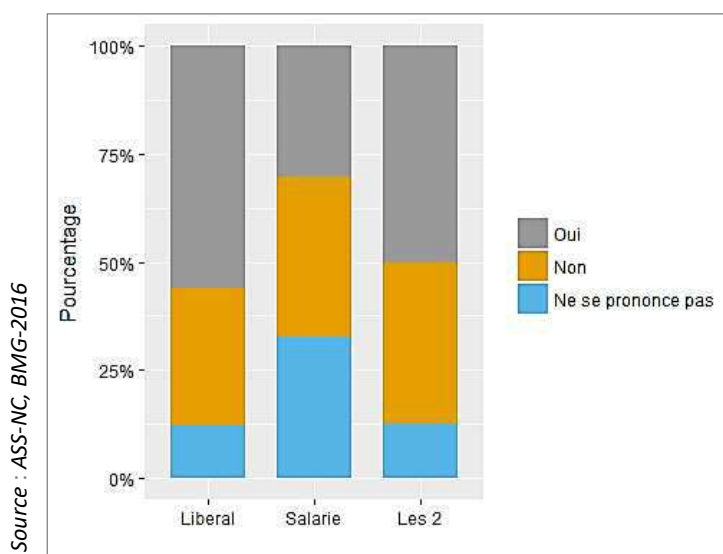
➤ **Les médecins généralistes libéraux sont plus favorables (56%) que leurs consœurs et confrères salariés (30%) à la perspective de percevoir une rémunération spécifique** (Figure 12) **pour leurs activités de prévention** ($p < 0,01$). **La part de ceux qui refusent de s'exprimer sur le sujet est de 12% chez libéraux et de 33% chez les salariés** ($p < 0,05$). La part de ceux qui sont opposés à cette proposition est de 32% dans le secteur libéral, et de 37% chez les salariés (ns).

Les différences exprimées n'ont ici de signification statistique que si l'on considère les MG qui ont préféré ne pas donner leur avis sur le sujet. Dans le cas contraire, elles peuvent n'être que le simple fait du hasard. Les MG avec une double pratique sont favorables à 50% à la perspective de percevoir une rémunération spécifique pour leurs activités de prévention. La part de ceux qui sont opposés à cette proposition et de ceux qui refusent de s'exprimer sur le sujet est, respectivement, de 38% et 13%.

➤ **Les MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC sont plus favorables (88%) à la perspective d'une formation que ceux (68%) avec plus de dix ans d'expérience professionnelle localement** ($p < 0,05$).

La part des opinions contraires et des refus de s'exprimer sur le sujet est, respectivement, de 12% et 2% parmi les MG les moins expérimentés en NC, et de 19% et 12% pour les MG avec plus d'ancienneté professionnelle localement.

Figure 12 : « Une rémunération spécifique vous permettrait-elle d'améliorer la prévention auprès des patients ? ». Répartition des réponses par secteur d'activité.

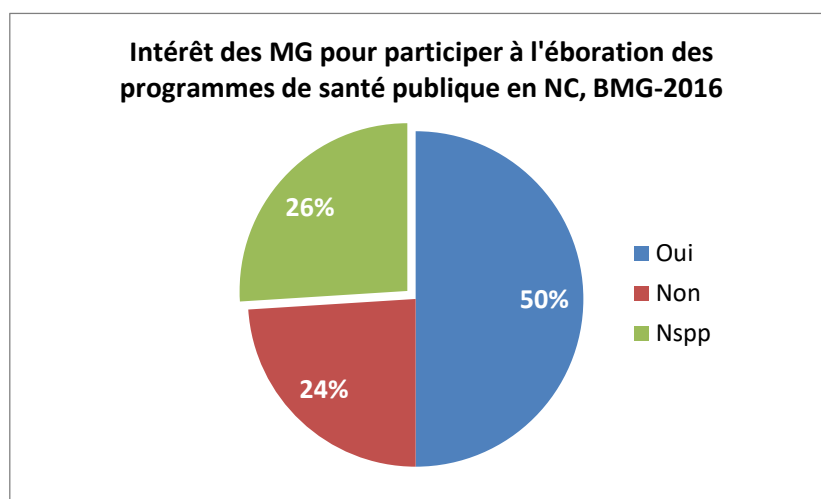


3.6. Intérêt à participer à l'élaboration des programmes de santé publique en Nouvelle-Calédonie

La question était posée ainsi : « Etes-vous intéressé(e) pour participer à l'élaboration des programmes de santé publique en Nouvelle-Calédonie ? ». Elle comportait un second niveau de réponse : « Si oui, sous quelle forme ? ».

➤ **Sur les 117 MG répondants**, 31 (26%) ont refusé de se prononcer, 58 (50%) se sont déclarés intéressés et 28 (24%) ont répondu qu'ils ne l'étaient pas (Figure 13). On notera, à nouveau, la part élevée de médecins ne souhaitant pas s'exprimer sur le sujet, supérieure à la part de ceux qui ont répondu par la négative.

Figure 13 : « Etes-vous intéressé(e) pour participer à l'élaboration des programmes de santé publique en Nouvelle-Calédonie ? ». Ensemble des 117 MG répondants.



Source : ASS-NC, BMG-2016

L'analyse en fonction du sexe, de l'âge, et de l'ancienneté professionnelle en NC n'apporte aucune précision sur les déterminants éventuels des choix exprimés globalement, par l'ensemble des médecins. Au contraire, ces choix apparaissent liés au secteur d'activité et au lieu d'exercice des MG.

➤ **Les médecins salariés sont plus fréquemment intéressés que ceux du secteur libéral à participer à l'élaboration des programmes de santé publique en Nouvelle-Calédonie** (Figure 14).

Parmi les MG salariés, 67% se déclarent intéressés par une participation, 21% ne le sont pas et 12% ne se prononcent pas sur la question. Dans le secteur libéral, 35% des MG disent être intéressés par une participation à l'élaboration des programmes de santé publique en NC, 29% déclarent ne pas l'être et 36% préfèrent ne pas donner leur opinion sur le sujet ($p < 0,001$). Ces derniers sont tout simplement les plus nombreux, ce qui est le fait le plus remarquable, et ils sont significativement plus nombreux également que parmi les MG salariés ($p < 0,01$).

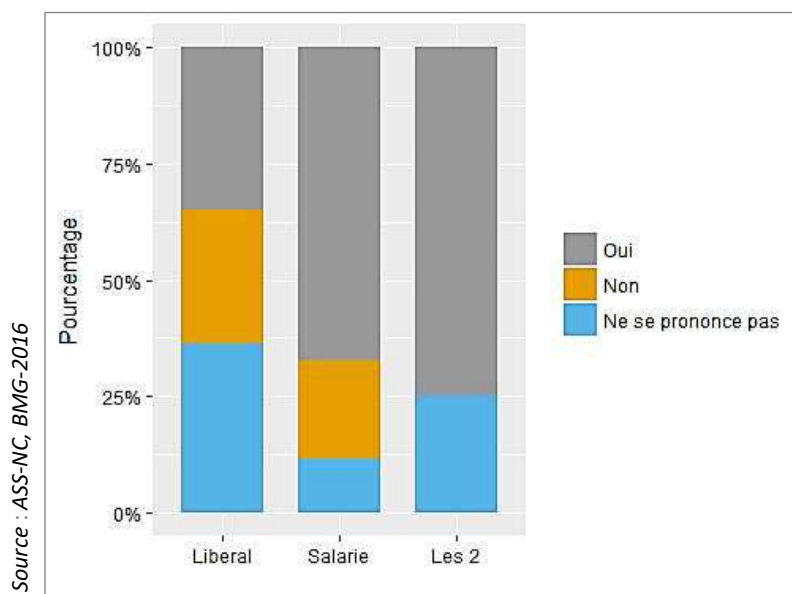
Chez les huit médecins exerçant dans les deux secteurs, 75% disent leur intérêt à participer, aucun (0%) n'y est opposé mais 25% réservent leur avis sur la question.

➤ **Les MG qui exercent en Brousse sont plus favorables que ceux travaillant sur le périmètre du Grand Nouméa à une participation à l'élaboration des programmes de santé publique en NC.**

Cette différence d'opinion n'est significative que si l'on tient compte des MG qui se sont abstenus de se prononcer, qui sont significativement plus nombreux parmi les MG travaillant en milieu urbain ($p < 0,05$).

Les MG qui travaillent en Brousse sont favorables à 65% à la perspective de collaborer à l'élaboration des programmes de santé publique en NC, contre 41% de ceux qui exercent sur le Grand Nouméa ($p < 0,05$). Les médecins qui ne se prononcent pas sont respectivement 13% et 34% parmi les MG en Brousse et sur le Grand Nouméa. Les opinions contraires sont, de la même manière, de 22% et 25% respectivement (ns).

Figure 14 : « Etes-vous intéressé pour participer à l'élaboration des programmes de santé publique en NC? ». Répartition des réponses selon le secteur d'activité.



➤ **Le second niveau de réponse ne concerne que les 58 MG ayant répondu par l'affirmative à la question initiale.** Ce second niveau comportait deux propositions précises de type d'échanges — en présentiel et/ou à distance, par l'intermédiaire d'internet — et/ou la possibilité de suggérer une « autre » modalité d'échanges. Les médecins interrogés pouvant exprimer plusieurs choix, la somme des pourcentages est supérieure à 100%.

Les avis sont équitablement partagés et apparaissent tout à fait conciliables, logiquement parlant. Avec 78% des choix exprimés, l'échange en présentiel (ex. réunion, séminaire) est le mode de participation préféré par l'ensemble des répondants, devant la participation à distance qui recueille 74% des choix.

Deux MG (3%) ont répondu vouloir suggérer un autre type d'échange mais, d'une part, le premier propose de procéder « *via Skype, avec horaires adaptés* », ce qui reste dans la catégorie de ceux qui ont choisi la consultation via internet et, d'autre part, le second n'a finalement pas fourni de proposition alternative.

L'analyse des préférences exprimées globalement, en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'activité des MG et de leur ancienneté professionnelle en NC, n'apporte aucune précision supplémentaire. L'analyse en fonction du lieu d'exercice principal montre une répartition significativement différente des MG, concernant la proposition d'échange par plateforme internet.

➤ **Si 88% des MG exerçant dans la zone du Grand Nouméa sont favorables aux échanges via une plateforme internet, seuls 58% de leurs homologues qui travaillent en Brousse sont de ce même avis ($p < 0,05$).**

4. Addiction

Ce large chapitre couvre cinq volets du domaine des addictions : les généralités, le tabac, l'alcool, le cannabis, et les éventuelles autres substances psychoactives. Chacun des cinq volets est composé d'une ou plusieurs questions explorant chacune un aspect particulier de l'addiction, telle que les médecins généralistes l'observent dans leur pratique quotidienne, ainsi que les services et les actes de prévention qui s'y rattachent dans le contexte actuel de la Nouvelle-Calédonie et de sa population.

4.1. Addiction : généralités

Ce volet des généralités est consacré à l'étude, dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, des sujets suivants: l'abord de la thématique de l'addiction avec la patientèle, la prévalence estimée de l'addiction dans la patientèle, l'accompagnement et les modalités de prise en charge des patients concernés, et le recours aux personnes et/ou structures référentes spécialisées. Sur ce dernier point, une attention particulière est portée à la connaissance et à l'opinion qu'ont les MG des services de prévention et de soins offerts par l'ASS-NC dans le domaine de l'addiction.

4.1.1. Abord de la thématique de l'addiction avec la patientèle

La question était la suivante : « Dans votre pratique quotidienne, avec quels patients abordez-vous la question de consommation de... ».

Tableau 13 :

| Substance | Au moins une fois avec chaque patient | Pour les patients jugés à risque | A la demande du patient uniquement | Jamais | Nspp | Total |
|-----------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------|--------|------------|
| | % (n) | | | | | |
| Tabac | 50% (58) | 46% (54) | 3% (4) | 0% (0) | 1% (1) | 100% (117) |
| Alcool | 22% (26) | 67% (78) | 10% (12) | 0% (0) | 1% (1) | 100% (117) |
| Cannabis | 11% (13) | 65% (76) | 20% (24) | 2% (2) | 2% (2) | 100% (117) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Une moitié des MG (50%) aborde la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, et l'autre moitié (46%) aborde le sujet avec les patients qu'elle juge à risque. Trois pourcent des MG n'abordent le sujet qu'à la demande de leurs patients et 1% ne se prononcent pas.

Deux tiers des MG (67%) abordent la consommation d'alcool avec les patients qu'ils jugent à risque, 22% au moins une fois avec chaque patient, et 10% à la demande du patient uniquement. Un pourcent (1MG) ne se prononce pas.

Deux tiers des MG (65%) n'abordent également la consommation de cannabis qu'avec les patients qu'ils jugent à risque, 11% seulement l'abordent au moins une fois avec chaque patient, et 20% à la demande du patient uniquement. Deux pourcent n'abordent jamais le sujet et 2% supplémentaires ne se prononcent pas.

On soulignera aussi les deux observations suivantes, à la lumière du caractère aisé pour le tabac, ou sensible pour l'alcool et le cannabis, des discussions avec la patientèle, tel qu'observé au point 3.4. ci-dessus, d'une part et, d'autre part, des prévalences respectives de la consommation de ces trois substances dans la population néocalédonienne^{10,11} :

¹⁰ Baromètre santé adulte 2015 – Résultats préliminaires, janvier 2017, ASS-NC

¹¹ Baromètre santé jeune de Nouvelle-Calédonie – Résultats généraux, avril 2016, ASS-NC

- le gradient croissant de la part de MG qui n'abordent la consommation du tabac, de l'alcool, puis du cannabis qu'à la demande de leurs patients, respectivement de 3%, 10% et 20%.
- le gradient décroissant de la part de MG qui abordent la consommation du tabac, de l'alcool, puis du cannabis au moins une fois avec chaque patient, respectivement de 50%, 22% et 11%, et

L'analyse des résultats d'ensemble selon le sexe et le secteur d'activité des MG apporte des informations utiles sur la répartition des MG ayant répondu à la question.

➤ **Les MG femmes abordent la consommation d'alcool, au moins une fois avec chaque patient, plus fréquemment que leurs confrères... qui, de leur côté, font cette démarche plus fréquemment que leurs consœurs pour les seuls patients qu'ils jugent à risque.**

Si 32% des MG femmes abordent la question de la consommation d'alcool au moins une fois avec chaque patient, leurs confrères ne sont que la moitié, proportionnellement (16%), à avoir cette même pratique ($p < 0,05$). Parmi les MG hommes, 75% n'abordent le sujet de la consommation d'alcool qu'avec les patients jugés à risque, alors que seulement 55% des MG femmes adoptent la même pratique ($p < 0,05$).

Ces observations sont statistiquement significatives sans tenir compte du seul MG, une femme, qui ne s'est pas prononcée sur le sujet.

➤ **Les MG salariés abordent la consommation d'alcool au moins une fois avec chaque patient, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères libéraux... qui, de leur côté, font cette démarche plus fréquemment que les MG du secteur salarié, pour les seuls patients qu'ils jugent à risque.**

Si 40% des MG salariés abordent la question de la consommation d'alcool au moins une fois avec chaque patient, leurs consœurs et confrères libéraux ne sont que 11% à adopter cette même pratique ($p < 0,001$).

Parmi les MG libéraux, 77% n'abordent le sujet de la consommation d'alcool qu'avec les patients qu'ils jugent à risque, alors que 51% des MG du secteur salarié en font de même ($p < 0,01$).

➤ **Bien que relativement peu nombreux à agir ainsi, les MG salariés abordent la question de la consommation de cannabis au moins une fois avec chaque patient, plus fréquemment que leurs confrères libéraux.**

Seize pourcent des MG salariés abordent la question de la consommation de cannabis, au moins une fois avec chaque patient, quand 5% seulement des MG qui exercent en secteur libéral agissent de même ($p < 0,05$).

4.1.2. Prévalence estimée de l'addiction dans la patientèle

La question était la suivante : « *Au cours de votre dernière journée, sur l'ensemble de vos patients consultants, combien étaient des consommateurs de... ?* ».

Tableau 14 :

| Substance | Aucun | Moins de 5 | 5 à 10 | Plus de 10 | Nsp | Total |
|-----------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|
| | % (n) | | | | | |
| Tabac | 1% (1) | 30% (35) | 41% (48) | 17% (20) | 11% (13) | 100% (117) |
| Alcool | 3% (4) | 43% (50) | 27% (31) | 10% (12) | 17% (20) | 100% (117) |
| Cannabis | 13% (15) | 33% (39) | 10% (12) | 2% (2) | 42% (49) | 100% (117) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

La consommation de tabac est, clairement, la plus fréquemment perçue par les MG sur leur dernière journée de consultation.

Quatre-vingt-huit pourcent des praticiens ont vu, au moins, un patient fumeur durant cette journée de travail. Quatre-vingt pourcent des MG ont eu, au moins, un patient consommateur d'alcool dans leur

cabinet de consultation ce jour-là également, et moins de la moitié des médecins (45%) ont consulté, au moins, un patient consommateur de cannabis durant cette même journée.

On observe, d'un côté, un gradient croissant de MG qui déclarent n'avoir vu, au cours de leur dernière journée de consultation, aucun patient concerné par la consommation de tabac (1%), d'alcool (3%) ou de cannabis (13%).

D'un autre côté, on observe également un même gradient, décroissant cette fois, de MG qui déclarent avoir vu, respectivement de 5 à 10 puis plus de dix patients concernés par la consommation de tabac (41% et 17%), d'alcool (27% et 10%) ou de cannabis (10% et 2%), au cours de leur dernière journée de consultation.

Ces premières observations sont à reconsidérer avec précaution, à la lueur des remarques suivantes :

- La proportion de médecins qui ne se prononcent pas (42%) sur la question du nombre de patients consommateur de cannabis, durant leur dernière journée de consultation, est pratiquement la même que celle des MG (45%) qui disent avoir eu au moins un de ces patients dans leur cabinet ce jour-là ;
- Un MG sur six (17%) ne se prononce pas sur le statut de consommateur d'alcool des patients consultés lors de la dernière journée de consultation en date ;
- Le fait de ne pas se prononcer sur la question peut, en première intention, traduire l'ignorance du médecin quant au statut de consommateur de cannabis et/ou d'alcool des patients vus ce jour-là, d'autant que
- Comme déjà observé précédemment (cf. IV.3.4.), l'alcool et le cannabis sont, aux dires mêmes des MG répondants, les domaines d'addiction les plus délicats à aborder avec leur patientèle, alors que le tabac est un sujet des plus faciles, au contraire,
- Ce que traduit possiblement tout autant le pourcentage croissant de MG qui choisissent de ne pas se prononcer sur le statut de consommateur de leurs derniers patients consultés, vis-à-vis du tabac (11%), de l'alcool (17%) et du cannabis (42%).

L'analyse des résultats d'ensemble selon le sexe, l'âge, le lieu d'exercice principal et l'ancienneté en NC des MG apporte des informations utiles sur la répartition des MG ayant répondu à la question, concernant le tabac ou le cannabis. Si les variations vis-à-vis du tabac semblent confirmer une différence d'approche possiblement liée à la sensibilité personnelle du sujet chez les médecins eux-mêmes (sexe, âge et ancienneté professionnelle en NC), les caractéristiques des MG différemment répartis à propos du cannabis semblent confirmer les données de prévalence de consommation localisées (province, Brousse) révélées par les récentes études en population dernièrement publiées par l'ASS-NC (cf. supra).

➤ Les MG femmes ont, plus fréquemment que leurs confrères, vu entre 5 et 10 patients consommateurs de tabac, lors de leur dernière journée de consultation, quand les MG hommes déclarent, plus fréquemment que leurs consœurs, avoir consulté moins de cinq patients tabagiques ce jour-là.

Si 56% des MG femmes affirment avoir consulté entre 5 et 10 patients consommateurs de tabac lors de leur dernière journée de travail, 30% seulement de leurs confrères déclarent la même chose ($p < 0,01$).

A l'inverse, 36% des MG hommes déclarent avoir consulté moins de 5 patients tabagiques lors de leur dernière journée de consultation, quand seuls 21% des MG femmes affirment la même chose ($p < 0,05$).

➤ Les MG les plus jeunes (29-50 ans) ont, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères plus âgés, consulté entre 5 et 10 patients consommateurs de tabac, lors de leur dernière journée de travail, quand les MG plus âgés (51-79 ans) déclarent, plus fréquemment que les MG les plus jeunes, avoir vu moins de cinq patients tabagiques ce jour-là.

Si 54% des médecins les plus jeunes affirment avoir consulté entre 5 et 10 patients consommateurs de tabac lors de leur dernière journée de travail, 28% seulement de leurs confrères et collègues plus âgés déclarent la même chose ($p < 0,01$).

Au contraire, 38% des MG les plus âgés déclarent avoir consulté moins de 5 patients tabagiques lors de leur dernière journée de consultation, quand seuls 21% des MG les moins âgés affirment la même chose ($p < 0,05$).

➤ **Les MG avec plus de dix ans d'expérience en NC déclarent, plus fréquemment que leurs homologues moins expérimentés localement, avoir vu moins de cinq patients consommateur de cannabis, lors de leur dernière journée de consultation, alors que les MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC disent, plus fréquemment que leurs homologues plus expérimentés localement, avoir consulté entre 5 et 10 patients consommateurs de cannabis, ce jour-là.**

Alors que 40% des médecins avec le plus d'ancienneté professionnelle en NC disent avoir consulté moins de cinq patients consommateurs de cannabis, durant leur dernière journée de travail, 27% seulement de leurs homologues avec moins de dix ans d'ancienneté en NC déclarent une même fréquence de consultation pour ces patients-là ($p < 0,01$).

Pour leur part, 18% des MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC déclarent avoir consulté entre 5 et 10 patients consommateurs de cannabis lors de leur dernière journée de consultation, quand seuls 2% de leurs homologues plus expérimentés localement disent avoir vu un même volume de patients consommateurs de cannabis ce jour-là ($p < 0,01$).

➤ **Les MG exerçant en zone urbaine déclarent, plus fréquemment que leurs confrères, n'avoir vu aucun patient consommateur de cannabis, lors de leur dernière journée de consultation, quand les MG qui travaillent en Brousse disent, plus fréquemment que leurs homologues du Grand Nouméa, avoir consulté entre 5 et 10 patients consommateurs de cannabis, ce jour-là.**

Parmi les MG exerçant en zone urbaine, 18% disent n'avoir vu aucun patient consommateurs de cannabis, durant leur dernière journée de travail, quand seulement 2% de leurs homologues travaillant en Brousse déclarent la même chose ($p < 0,01$).

A l'inverse, 23% des MG exerçant en Brousse affirment avoir consulté entre 5 et 10 patients consommateurs de cannabis lors de leur dernière journée de consultation, quand les MG du Grand Nouméa disent la même chose à seulement 4% ($p < 0,01$).

4.1.3. Accompagnement et modalités de prise en charge des patients consommateurs

La question était posée ainsi : « *Au cours des derniers mois, combien de patients avez-vous accompagnés dans le cadre du sevrage lié à/au... ?* ».

Tableau 15 :

| Substance | Aucun | Moins de 5 | 5 à 10 | Plus de 10 | Nspp | Total |
|-----------|----------|------------|----------|------------|--------|------------|
| | % (n) | | | | | |
| Tabac | 16% (19) | 53% (62) | 20% (23) | 9% (10) | 3% (3) | 100% (117) |
| Alcool | 39% (46) | 49% (57) | 8% (9) | 2% (2) | 3% (3) | 100% (117) |
| Cannabis | 71% (83) | 18% (21) | 3% (3) | 1% (1) | 8% (9) | 100% (117) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Le tabagisme est le mode d'addiction le plus fréquemment pris en charge par les MG dans leur pratique quotidienne, suivi par l'alcool. L'accompagnement au sevrage de la consommation de cannabis est beaucoup plus occasionnel.

Si, respectivement, 82% et 59% des MG ont pris en charge ou accompagné au moins un patient tabagique et/ou abusant de l'alcool durant leurs derniers mois de pratique, seuls 22% d'entre eux ont accompagné au moins un patient consommateur de cannabis dans sa tentative de sevrage.

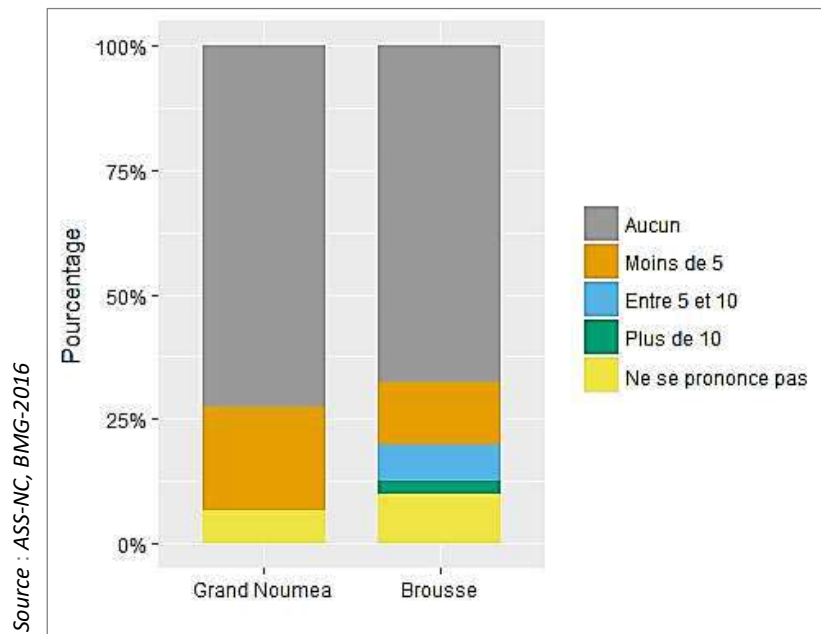
On observe, d'une part, un gradient croissant de MG qui déclarent n'avoir accompagné, au cours de leurs derniers mois de pratique, aucun patient concerné par la consommation de tabac (16%), d'alcool (39%) ou de cannabis (71%).

D'autre part, on observe également un même gradient, décroissant cette fois, de MG qui déclarent avoir accompagné, respectivement, moins de 5, entre 5 et 10, puis plus de 10 patients concernés par le sevrage du tabac (53%, 20% et 9%), de l'alcool (49%, 8% et 2%) ou du cannabis (18%, 3% et 1%), au cours de leurs derniers mois de pratique.

L'analyse des résultats bruts selon le lieu d'exercice principal, le secteur d'activité et l'ancienneté en NC des MG apporte des informations utiles sur la répartition des MG concernant la prise en charge des consommateurs de tabac et de cannabis.

➤ **Les MG exerçant en Brousse déclarent, plus fréquemment que leurs confrères travaillant en zone urbaine, avoir accompagné entre 5 et 10 patients consommateurs de cannabis dans leur tentative de sevrage, durant leurs derniers mois de pratique** (Figure 15). On notera, à ce propos, la cohérence avec l'observation relatée à la question précédente, concernant l'exercice en Brousse et la prévalence estimée du cannabis dans la patientèle des médecins généralistes.

Figure 15 : « Au cours des derniers mois, combien de patients avez-vous accompagnés dans le cadre du sevrage lié au cannabis ? ». Répartition des réponses selon le lieu d'exercice principal des MG.



Parmi les MG exerçant en Brousse, 8% disent avoir accompagné entre 5 et 10 patients consommateurs de cannabis dans leur tentative de sevrage, durant leurs derniers mois de pratique, quand aucun MG (0%) travaillant en zone urbaine ne déclare la même pratique ($p < 0,05$).

A l'inverse, 73% des MG exerçant dans le périmètre du Grand Nouméa n'ont accompagné aucun patient consommateurs de cannabis lors de leurs derniers mois de pratique, quand 68% des MG exerçant en Brousse disent la même chose (ns). Ils sont, respectivement, 21% et 0%, parmi les médecins en zone urbaine à avoir accompagné moins de cinq et plus de dix patients consommateurs de cannabis dans leur tentative de

sevrage, durant leurs derniers mois de pratique, alors que, parmi les MG qui travaillent en Brousse, ces chiffres sont, respectivement, de 13% et 3% (ns).

➤ **Les MG avec plus de dix ans d'expérience en NC déclarent, plus fréquemment que leurs homologues moins expérimentés localement, avoir accompagné d'un à cinq patients consommateurs de cannabis dans leur sevrage, lors de leurs derniers mois d'activité.**

Alors que 29% des médecins avec le plus d'ancienneté professionnelle en NC disent avoir accompagné d'un à cinq patients consommateurs de cannabis dans leur tentative de sevrage, durant leurs derniers mois d'activité, 11% seulement de leurs homologues avec moins de dix ans d'ancienneté en NC déclarent une même pratique (p<0,05). Cette différence n'est statistiquement significative qu'en ne prenant pas en compte les 9 MG qui se sont abstenus de se prononcer sur le sujet.

➤ **Les MG du secteur salarié déclarent, plus fréquemment que leurs homologues libéraux, n'avoir accompagné aucun patient consommateur de tabac dans sa tentative de sevrage, lors de leurs derniers mois d'activité, quand les médecins libéraux disent, à l'inverse, avoir accompagné plus fréquemment que leurs homologues salariés entre 5 et 10 patients tabagiques dans leur tentative de sevrage, durant cette même période.**

Parmi les MG salariés, 28% disent n'avoir accompagné aucun patient tabagique dans sa tentative de sevrage, lors de leurs derniers mois d'activité, quand seulement 11% de leurs homologues libéraux déclarent la même chose (p<0,05).

A l'inverse, 27% des MG libéraux affirment avoir accompagné entre 5 et 10 patients consommateurs de tabac dans leurs efforts de sevrage, durant leurs derniers mois d'activité, quand seuls 9% des médecins salariés déclarent la même pratique (p<0,05).

4.1.4. Recours aux personnes ou structures référentes spécialisées

La question était formulée de la manière suivante : « *Le plus souvent, comment prenez-vous en charge vos patients consommateurs de... ?* ».

Tableau 16 :

| Substance | Seul | En lien avec structure spécialisée ou un spécialiste | Vous adressez à une structure spécialisée ou un spécialiste | Nspp | Total |
|-----------|----------|--|---|----------|------------|
| % (n) | | | | | |
| Tabac | 58% (68) | 22% (26) | 15% (18) | 5% (5) | 100% (117) |
| Alcool | 14% (16) | 44% (52) | 34% (40) | 8% (9) | 100% (117) |
| Cannabis | 11% (13) | 24% (28) | 35% (41) | 30% (35) | 100% (117) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

La majorité des MG (58%) prennent seuls en charge leurs patients consommateurs de tabac. Considérant les 22% supplémentaires qui accompagnent leurs patients en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, 80% des MG gardent l'initiative sur la prise en charge des patients souhaitant traiter leur addiction au tabac. Quinze pourcent des MG adressent ces patients à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste et 5% ne se prononcent pas sur le sujet.

La plus grande part des MG (44%) prennent en charge leurs patients consommateurs d'alcool en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste. Considérant les 14% supplémentaires qui prennent seuls en charge ces patients, 58% des MG gardent l'initiative sur la prise en charge des patients souhaitant traiter leur addiction à l'alcool. Trente-quatre pourcent des médecins adressent ces patients à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste et 8% ne se prononcent pas.

Les pratiques diffèrent nettement vis-à-vis du cannabis. Une faible minorité des MG (11%) prend seule en charge ses patients consommateurs de cannabis. Si 35% des MG gardent tout de même l'initiative sur l'accompagnement de ces patients — 11% seuls et 24% en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste — 35% supplémentaires adressent ces patients à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et 30% de praticiens en plus préfèrent s'abstenir de se prononcer sur la question.

Ces résultats d'ensemble montrent une grande cohérence avec les observations faites lors des questions précédentes. Dans cette même continuité, et toujours en accord avec les remarques faites précédemment dans ce chapitre, on notera également les deux gradients suivants :

- l'un décroissant, illustrant la proportion de médecins prenant seuls en charge leurs patients consommateurs de tabac (58%), d'alcool (14%) et de cannabis (11%), puis
- l'autre, croissant, suivant la proportion de médecins qui choisissent de ne pas se prononcer sur la question du tabac (5%), de l'alcool (8%) et enfin du cannabis (30%).

L'analyse en fonction du sexe, de l'âge, du lieu d'exercice principal et du secteur d'activité des MG est riche en enseignement sur la répartition des médecins vis-à-vis du tabac, de l'alcool et du cannabis.

➤ **Les MG hommes prennent en charge seuls, plus fréquemment que leurs consœurs, leurs patients consommateurs de tabac, alors que les MG femmes adressent, plus fréquemment que leurs confrères, ces mêmes patients vers une structure spécialisée ou un(e) spécialiste.**

Parmi les MG hommes, 68% prennent en charge leurs patients consommateurs de tabac par leurs propres moyens, alors que seulement 44% des MG femmes en font de même ($p < 0,01$). Ces dernières, en revanche, adressent à 27% leurs patients tabagiques vers une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, quand 7% seulement de leurs confrères les imitent ($p < 0,01$).

Vingt-cinq pourcent des MG femmes et 20% de leurs confrères traitent leurs patients tabagiques en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et 4% des MG hommes comme femme ne se prononcent pas.

➤ **Les MG hommes prennent en charge, plus fréquemment que leurs consœurs, leurs patients consommateurs d'alcool, en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste.** Les MG femmes semblent plutôt enclins à adresser ces mêmes patients à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste mais cette différence s'avère non significative.

Les MG femmes prennent peu souvent (10%) seuls en charge leurs patients consommateurs d'alcool, la moitié (48%) les adresse à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et 8% ne se prononcent pas.

Les MG hommes prennent peu souvent (16%) en charge seuls leurs patients consommateurs d'alcool, un quart (25%) les adresse à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et 7% ne se prononcent pas.

Si l'on ignore les 14 MG qui ne se sont pas prononcés, plus de la moitié (56%) des MG hommes prend en charge les patients consommateurs d'alcool, en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, quand seulement un peu plus du tiers (36%) des MG femmes en font de même ($p < 0,05$).

➤ **Les MG femmes adressent, plus fréquemment que leurs confrères, leurs patients consommateurs de cannabis, à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste.**

Huit pourcent des MG femmes prennent seuls en charge leurs patients consommateurs de cannabis, 17% les traitent en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et plus du quart (27%) ne se prononce pas.

Treize pourcent des MG hommes prennent seuls en charge leurs patients consommateurs de cannabis, 29% les traitent en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et près d'un sur trois (32%) ne se prononce pas. Les deux tiers des MG femmes (66%) adressent leurs patients consommateurs de cannabis à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, pour seulement 38% des MG hommes qui en font de même ($p < 0,05$). Cette dernière analyse ne tient pas en compte les 35 MG qui ne se prononcent pas sur le sujet.

➤ **Les MG les plus jeunes adressent, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères plus âgés, leurs patients consommateurs de cannabis, à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste.**

Sept pourcent des MG les plus jeunes prennent seuls en charge leurs patients consommateurs de cannabis, 21% les traitent en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et plus du quart (28%) ne se prononce pas. Quinze pourcent des MG les plus âgés prennent seuls en charge leurs patients consommateurs de cannabis, un quart (27%) les traitent en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et près d'un sur trois (32%) ne se prononce pas.

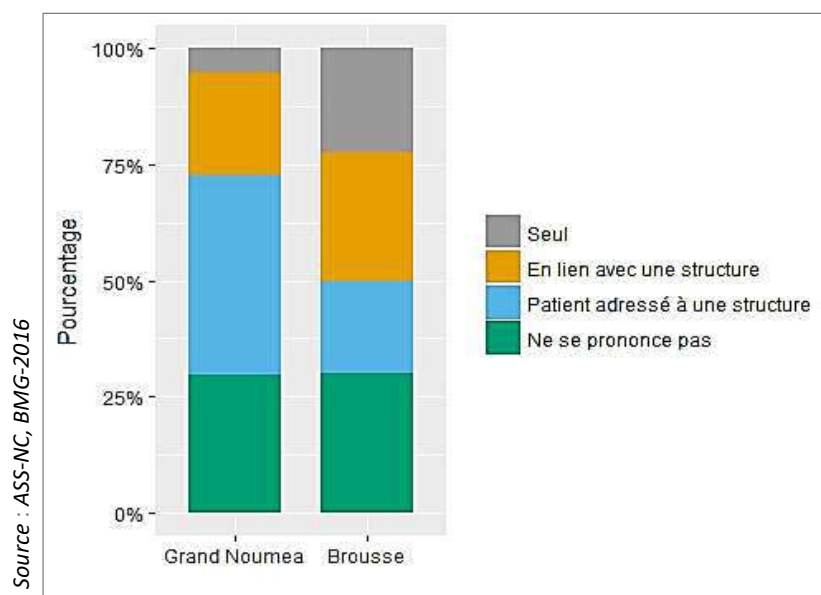
Lorsque l'analyse ne tient pas compte des 35 MG qui ne se prononcent pas sur le sujet, 61% des médecins les plus jeunes (29-50 ans) adressent leurs patients consommateurs de cannabis vers une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, alors que seuls 39% des MG les plus âgés (51-79 ans) ont une même pratique ($p < 0.05$).

➤ **Les MG qui exercent en Brousse prennent en charge seuls, plus fréquemment que leurs homologues du Grand Nouméa, leurs patients consommateurs de cannabis, alors que les MG exerçant dans le périmètre du Grand Nouméa adressent, plus fréquemment que les MG en Brousse, ces mêmes patients vers une structure spécialisée ou un(e) spécialiste (Figure 16).**

Parmi les MG travaillant en Brousse, 23% prennent seuls en charge leurs patients consommateurs de cannabis, alors que seulement 5% des MG du périmètre urbain en font de même ($p < 0,01$). Parmi ces derniers, à l'inverse, 43% adressent leurs patients consommateurs de cannabis vers une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, quand 20% seulement de leurs confrères en Brousse adoptent la même attitude ($p < 0,01$). Ces différences sont significatives indépendamment du nombre de MG qui se sont abstenus de donner leur avis.

Vingt-huit pourcent des MG qui exercent en Brousse et 22% de leurs homologues dans le périmètre du Grand Nouméa traitent leurs patients consommateurs de cannabis en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et 30% des MG du périmètre urbain comme en Brousse ne se prononcent pas.

Figure 16 : « Le plus souvent, comment prenez-vous en charge vos patients consommateurs de cannabis ? ». Répartition des réponses selon le lieu d'exercice principal des MG.



➤ **Les MG libéraux prennent en charge seuls, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères salariés, leurs patients consommateurs de tabac.**

Parmi les MG du secteur libéral, 65% prennent en charge leurs patients consommateurs de tabac par leurs propres moyens, alors que seulement 44% des MG salariés en font de même ($p < 0,05$).

Un MG libéral sur cinq (20%) prend en charge ses patients tabagiques en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, 12% les adressent à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et 3% supplémentaires ne se prononcent pas sur la question.

Un quart des MG salariés (26%) prend en charge ses patients tabagiques en liaison avec une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, 23% les adressent à une structure spécialisée ou un(e) spécialiste, et 7% supplémentaires ne se prononcent pas sur la question.

4.1.5. Recours aux structures et services spécialisés de l'ASS-NC

La question comporte deux niveaux de réponse.

- ❖ **La question initiale était la suivante** : « Avez-vous déjà orienté un/e de vos patient/es vers... ? ».

Tableau 17 :

| Structure/service ASS-NC | Oui | Non | Nspp | Total |
|---------------------------------------|-----------|----------|--------|------------|
| | % (n) | | | |
| Centre de soins en addictologie (CSA) | 87% (102) | 11% (13) | 2% (2) | 100% (117) |
| DECLIC (jeunes consommateurs) | 31% (36) | 64% (75) | 5% (6) | 100% (117) |

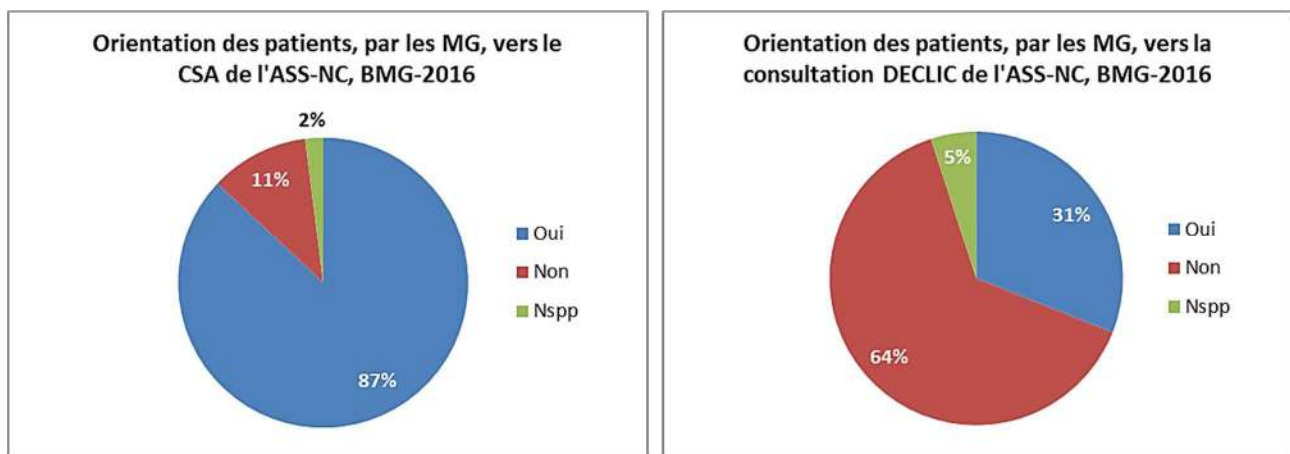
Source : ASS-NC, BMG-2016

Une large majorité des MG (87%) a déjà orienté un de ses patients pris en charge pour un problème d'addictologie vers le Centre de soins spécialisé de l'ASS-NC. Onze pourcent n'ont jamais suivi cette démarche et 2% ne se prononcent pas sur le sujet (Figure 17).

Près des deux tiers (64%) des MG n'ont jamais adressé un leurs jeunes patients à la consultation pour jeunes consommateurs de l'ASS-NC, quelle que soit la substance ou le comportement addictif en cause, dénommée DECLIC. Au contraire, près d'un tiers des MG (31%) ont déjà eu recours à DECLIC, quoique 5% ne se prononcent pas sur le sujet.

Figure 17 : « Avez-vous déjà orienté un/e de vos patient/es vers... ? ».

Ensemble des 117 MG répondants.



Source : ASS-NC, BMG-2016

L'analyse en fonction du lieu d'exercice, du secteur d'activité et de l'ancienneté professionnelle des MG, en NC, apporte des précisions sur la distribution des médecins par rapport aux services spécialisés de l'ASS-NC, le CSA et la consultation DECLIC.

➤ **Les MG travaillant dans la zone du Grand Nouméa ont déjà orienté vers le CSA un de leurs patients nécessitant une prise en charge en addictologie, bien plus fréquemment que leurs homologues exerçant en Brousse. Ces derniers, à l'inverse, n'ont, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères pratiquant en zone urbanisée, jamais eu cette démarche.**

Parmi les MG travaillant dans la zone du Grand Nouméa, 98% ont déjà orienté vers le CSA un de leurs patients nécessitant une prise en charge en addictologie, alors que seuls 68% de leurs homologues exerçant en Brousse ont suivi cette démarche ($p < 0,0001$). A l'inverse, 30% des MG pratiquant en Brousse n'ont jamais adressé un de leurs patients au CSA, ce qui n'est le cas que pour 1% des praticiens en zone urbanisée ($p < 0,0001$). En outre, 1% de ces derniers et 2% de leurs homologues en Brousse ne se prononcent pas sur la question.

➤ **Les MG qui pratiquent en Brousse ont déjà orienté vers DECLIC un de leurs jeunes patients nécessitant une prise en charge en addictologie, plus fréquemment que leurs homologues exerçant dans la zone du Grand Nouméa. Ces derniers, à l'inverse et plus fréquemment que leurs consœurs et confrères exerçant en Brousse, n'ont jamais eu cette démarche.**

Parmi les MG travaillant en Brousse, 48% ont déjà orienté vers DECLIC un de leurs jeunes patients nécessitant une prise en charge en addictologie, alors que seuls 22% de leurs homologues exerçant en zone urbaine ont suivi cette démarche ($p < 0,01$). A l'inverse, 71% des MG pratiquant dans la zone du Grand Nouméa n'ont jamais adressé un de leurs jeunes patients à la consultation spécialisée DECLIC, ce qui n'est le cas que pour 50% des praticiens en Brousse ($p < 0,05$). De plus, 2% de ces derniers et 7% de leurs homologues en zone urbaine ne se prononcent pas sur la question.

➤ **Les MG du secteur libéral ont, plus fréquemment que leurs homologues salariés, déjà orienté vers le CSA un de leurs patients nécessitant une prise en charge en addictologie. Les MG salariés, à l'inverse et plus fréquemment que leurs consœurs et confrères libéraux, n'ont jamais eu cette démarche.**

Parmi les MG libéraux, 97% ont déjà orienté vers le CSA un de leurs patients nécessitant une prise en charge en addictologie, alors que seuls 72% de leurs homologues salariés ont eu la même démarche ($p < 0,001$). A l'inverse, 26% des MG salariés n'ont jamais adressé un de leurs patients au CSA, ce qui n'est le cas que pour 2% des praticiens du secteur libéral ($p < 0,001$). En outre, 1% de ces derniers et 2% de leurs homologues salariés ne se prononcent pas sur le sujet.

➤ **Les MG avec plus de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC ont, plus fréquemment que leurs homologues avec moins d'expérience localement, déjà orienté vers le CSA un de leurs patients nécessitant une prise en charge en addictologie. Les MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC, à l'inverse et plus fréquemment que leurs consœurs et confrères plus expérimentés en NC, n'ont jamais eu cette démarche.**

Au sein des MG les plus expérimentés en NC, 98% ont déjà orienté vers le CSA un de leurs patients nécessitant une prise en charge en addictologie, alors que seuls 77% de leurs homologues les moins expérimentés localement ont suivi cette même démarche ($p < 0,001$). Au contraire, 20% des MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC n'ont jamais adressé un de leurs patients au CSA, ce qui n'est le cas que pour 2% des praticiens avec le plus d'expérience localement ($p < 0,01$). Aucun (0%) de ces derniers et 3% de leurs consœurs et confrères moins expérimentés en NC ne se prononcent pas sur le sujet.

- ❖ **Le second niveau de réponse correspondait à la question suivante :** « *Sinon, pour quelles raisons... ?* ».

Tableau 18 :

Ce second niveau de réponse ne concernait que les médecins ayant répondu non à la question initiale, concernant le CSA (13 MG), et/ou DECLIC (75 MG).

| Structure/service ASS-NC | Ne connaît pas | Mauvaise image | Nspp | Total |
|--------------------------|----------------|----------------|----------|-----------|
| % (n) | | | | |
| CSA | 85% (11) | 0% (0) | 15% (2) | 100% (13) |
| DECLIC | 80% (60) | 1% (1) | 19% (14) | 100% (75) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Parmi les 13 MG qui n'avaient jamais adressé de patients au CSA, 85% disent ne pas connaître cette structure spécialisée de l'ASS-NC. Les 15% restants s'abstiennent de se prononcer.

Parmi les 75 MG qui n'avaient jamais adressé de jeunes patients à la consultation DECLIC, 80% disent ne pas connaître ce service spécialisé de l'ASS-NC pour les jeunes consommateurs. Un MG (1%) déclare avoir une mauvaise image de DECLIC, et les 19% restants ne donnent pas leur avis sur la question.

L'analyse en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnels n'apporte aucune précision à ces résultats d'ensemble.

4.2. Tabac

Ce volet sur l'addiction au tabac comprend l'étude des sujets suivants, dans la pratique quotidienne des médecins généralistes : les stratégies thérapeutiques utilisées et les patients ciblés.

4.2.1. Stratégies thérapeutiques utilisées

La question était formulée ainsi : « *Pour vos patients consommateurs de tabac, quelle(s) stratégie(s) thérapeutique(s) utilisez-vous ?* ».

Les médecins interrogés pouvaient citer plusieurs réponses, la somme des pourcentages est donc supérieure à 100%. Il était également possible de suggérer des thèmes alternatifs à ceux proposés ou de décliner toutes les propositions.

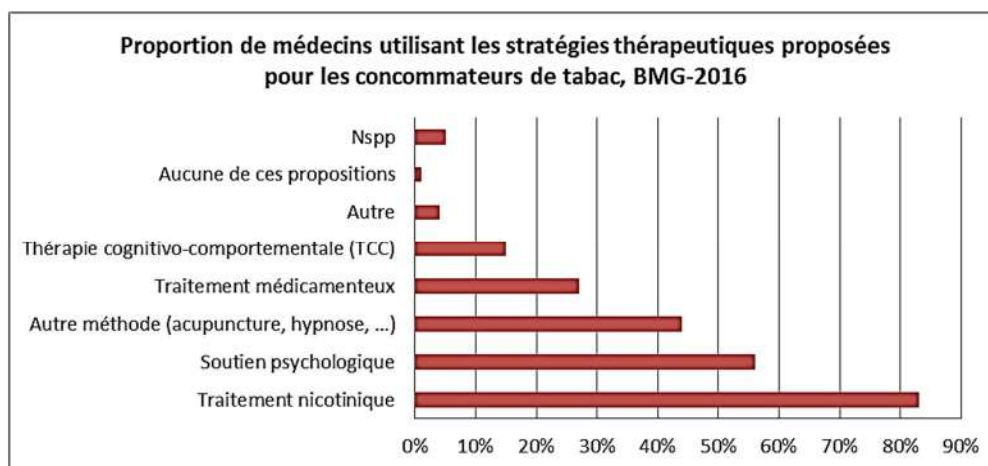
Tableau 19 :

| Stratégie thérapeutique | Nb de MG | % |
|---|----------|-----|
| Traitement nicotinique | 97 | 83% |
| Soutien psychologique | 66 | 56% |
| Autre méthode (acupuncture, hypnose, ...) | 52 | 44% |
| Traitement médicamenteux | 32 | 27% |
| Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) | 18 | 15% |
| Autre | 5 | 4% |
| Aucune de ces propositions | 1 | 1% |
| Nspp | 6 | 5% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Le traitement nicotinique est, de loin, le plus fréquemment utilisé, par 83% des MG. Un peu plus de la moitié des MG (56%) utilisent un soutien psychologique, et un peu moins de la moitié (46%) une autre méthode du type acupuncture, hypnose, etc. (Figure 18)

Figure 18 : « Pour vos patients consommateurs de tabac, quelle(s) stratégie(s) thérapeutique(s) utilisez-vous ? ». Ensemble des 117 MG répondants.



Source : ASS-NC, BMG-2016

Un traitement médicamenteux est préconisé par environ un quart (27%) des MG, et une thérapie cognitivo-comportementale est utilisée par moins d'un MG sur six (15%). Cinq MG, 4%, ont proposé des stratégies thérapeutiques alternatives, un médecin (1%) a rejeté toutes les propositions et 5% supplémentaires ne se prononcent pas sur le sujet.

Un seul MG ayant choisi de proposer une stratégie alternative a effectivement suggéré un autre choix : celui du « médecin généraliste ». Les quatre autres n'ont pas formulé de proposition.

L'analyse en fonction de l'âge et du secteur d'activité des MG amène des précisions quant à la distribution des médecins concernant le traitement de substitution nicotine, le soutien psychologique, le traitement médicamenteux et la thérapie cognitivo-comportementale.

➤ **Les MG les plus jeunes ont recours, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères plus âgés, à un traitement de substitution nicotinique et/ou à un soutien psychologique, afin d'accompagner leurs patients tabagiques dans leurs efforts de sevrage.**

Quatre-vingt-onze pourcent des MG âgés de 29 à 50 ans utilisent un traitement nicotinique, alors que seuls les trois-quarts (75%) de leurs consœurs et confrères plus âgés (51-79 ans) ont recours à cette même stratégie thérapeutique ($p < 0,05$).

Parmi les MG les plus jeunes, 67% ont également recours à un soutien psychologique pour prendre en charge leurs patients tabagiques, quand moins de la moitié (47%) de leurs homologues plus âgés en font de même ($p < 0,05$).

➤ **Les MG du secteur libéral utilisent un traitement médicamenteux et/ou une autre méthode (acupuncture, hypnose, ...) plus fréquemment que leurs homologues salariés, alors que ces derniers ont plus souvent recours à une TCC que leurs consœurs et confrères libéraux, pour aider au sevrage de leurs patients consommateurs de tabac.**

Alors que 39% des MG libéraux utilisent un traitement médicamenteux pour aider leurs patients tabagiques, 7% seulement des MG salariés ont recours à cette même stratégie ($p < 0,001$).

Plus de la moitié des médecins libéraux (53%) ont recours à une autre méthode du type acupuncture et/ou hypnose, quand seulement 23% de leurs homologues salariés font appel à ce type de stratégie thérapeutique en soutien des patients consommateurs de tabac ($p < 0,01$).

Un quart des MG salariés (24%), contre seulement 8% des médecins libéraux, utilisent une TCC pour soutenir leurs patients tabagiques ($p < 0,05$).

4.2.1. Patients ciblés par les stratégies thérapeutiques

La question était posée ainsi : « Pour vos patients consommateurs de tabac, auxquels avez-vous proposé d'arrêter ou de diminuer leur consommation ? ».

Tableau 20 :

| Classe de patients | Nb de MG | % |
|---|------------|-------------|
| Tous les patients systématiquement | 81 | 69% |
| Patients qui évoquent le sujet uniquement | 28 | 24% |
| Nspp | 8 | 7% |
| Total | 117 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Plus de deux MG sur trois (69%) proposent systématiquement à tous leurs patients consommateurs de tabac d'arrêter ou de diminuer leur consommation, quand 28% ne font cette démarche qu'auprès des seuls patients qui évoquent le sujet. Sept pourcent des MG ne se prononcent pas sur ce sujet.

L'analyse en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnels n'apporte aucune précision à ces résultats bruts.

4.3. Alcool

Le domaine abordé dans ce volet dédié à l'addiction à l'alcool est restreint aux patients ciblés par l'arrêt ou la diminution de leur consommation.

La question était la suivante : « Pour vos patients consommateurs d'alcool, auxquels avez-vous proposé d'arrêter ou de diminuer leur consommation ? ».

Tableau 21 :

| Classe de patients | Nb de MG | % |
|---|------------|-------------|
| Tous les patients systématiquement | 45 | 39% |
| Patients qui évoquent le sujet uniquement | 60 | 51% |
| Nspp | 12 | 10% |
| Total | 117 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Les MG apparaissent assez partagés quant à leur préférence concernant l'abord, avec leurs patients consommateurs, de l'arrêt ou de la diminution de la consommation d'alcool : si la moitié (51%) propose un arrêt ou une baisse de consommation aux seuls consommateurs qui évoquent le sujet, 39% évoquent ces efforts avec tous leurs patients consommateurs systématiquement et 10% supplémentaires ne se prononcent pas sur la question.

L'analyse en fonction du secteur d'activité des MG, sans tenir compte de ceux qui ne se sont pas prononcés (8 libéraux et 4 salariés), apporte des précisions sur la distribution des MG vis-à-vis de l'arrêt ou la diminution de l'alcool dans les deux classes de patients consommateurs étudiées.

➤ **Les MG salariés proposent systématiquement à tous leurs patients consommateurs d'alcool de diminuer ou d'arrêter leur consommation, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères libéraux, quand ces derniers ne proposent la même démarche thérapeutique qu'à ceux de leurs patients consommateurs qui abordent le sujet d'eux-mêmes.**

Quand plus de la moitié des MG salariés (54%) propose systématiquement à tous ses patients consommateurs d'alcool de diminuer ou d'arrêter leur consommation, seuls le tiers (33%) de leurs homologues du secteur libéral suit cette même démarche thérapeutique ($p < 0,05$). A l'inverse, alors que les deux tiers (67%) des MG du secteur libéral ne proposent la diminution ou l'arrêt de la boisson qu'à ceux de leurs patients consommateurs d'alcool qui abordent le sujet d'eux-mêmes, seuls 46% de leurs consœurs et confrères salariés en font de même ($p < 0,05$).

4.4. Cannabis

Le domaine abordé dans ce volet dédié à l'addiction au cannabis est restreint aux patients ciblés par l'arrêt ou la diminution de leur consommation.

La question était posée ainsi : « *Pour vos patients consommateurs de cannabis, auxquels avez-vous proposé d'arrêter ou de diminuer leur consommation ?* ».

Tableau 22 :

| Classe de patients | Nb de MG | % |
|--|------------|-------------|
| Tous les patients systématiquement | 28 | 24% |
| Patients ayant une consommation à risque ou nocive | 39 | 33% |
| Patients qui évoquent le sujet uniquement | 34 | 29% |
| Aucun patient | 3 | 3% |
| Nspp | 13 | 11% |
| Total | 117 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Un tiers (33%) des MG propose une diminution ou un arrêt de la consommation de cannabis à ceux de leurs patients consommateurs qui ont une habitude à risque ou nocive. Un peu plus d'un quart des MG (29%) a cette même démarche thérapeutique uniquement avec les consommateurs qui évoquent le sujet, et un autre quart (24%) propose la démarche à tous les patients consommateurs systématiquement. Trois pourcent des médecins ne proposent l'arrêt ou la diminution du cannabis à aucun de leurs patients consommateurs, et 11% des MG s'abstiennent de communiquer leur avis sur la question.

L'analyse en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnels n'apporte aucune précision à ces résultats bruts.

4.5. Autres substances psychoactives

Le domaine étudié dans ce volet dédié à l'addiction à d'autres substances psychoactives que le tabac, l'alcool et le cannabis, est l'estimation grossière d'une prévalence de consommation parmi la patientèle des médecins généralistes.

La question était la suivante : « *Voyez-vous, au moins, un patient par semaine ayant une consommation de substances psychoactives telles que... ?* ».

Les médecins interrogés pouvaient citer plusieurs réponses, la somme des pourcentages est donc supérieure à 100%. Il était également possible de suggérer des substances alternatives à celles proposés ou de décliner toutes les propositions.

Tableau 23 :

| Substance psychoactive | Nb de MG | % | Sans nspp |
|----------------------------------|----------|-----|-----------|
| Abus de kava | 54 | 46% | 55% |
| Abus de médicaments psychotropes | 35 | 30% | 35% |
| Héroïne | 1 | 1% | 1% |
| Cocaïne | 0 | 0% | 0% |
| Ecstasy | 0 | 0% | 0% |
| Autre | 3 | 3% | 3% |
| Aucune de ces propositions | 31 | 27% | 31% |
| Nspp | 18 | 16% | NA |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Parmi les trois MG qui ont déclaré vouloir suggérer d'autres substances psychoactives que celle citées dans la question, deux seulement ont répondu sans émettre de proposition : « non concerné » et « autre » ont été leur suggestion respective.

En ne tenant pas compte des 16% de MG qui ne se prononcent pas :

- Plus de la moitié (55%) des MG voit en consultation, au moins un patient par semaine qui a une consommation abusive de kava.
- Plus d'un tiers (35%) des MG voit dans son cabinet, au moins un patient par semaine qui abuse des médicaments psychotropes.
- La fréquence de consultation hebdomadaire d'au moins un patient consommant de l'héroïne (1% des MG), de la cocaïne (0%), de l'ecstasy (0%) ou d'autres substances psychoactives (0%) est nulle ou très marginale,
- Ce qui semble être confirmé par un peu moins d'un tiers (31%) des MG qui rejettent toutes les suggestions sans en émettre d'autres, et qui ne voient donc aucun patient qui consomme abusivement ou de manière nocive une ou des substances psychoactives ou moins d'une fois par semaine.

L'analyse en fonction du secteur d'activité des MG apporte des précisions sur la distribution des médecins vis-à-vis de la consommation abusive de médicaments psychotropes.

➤ Les MG du secteur libéral voient, plus fréquemment que leurs homologues du secteur salarié, au moins un patient par semaine qui abuse des médicaments psychotropes.

Quand 42% des MG libéraux voient, au moins un patient par semaine qui abuse des médicaments psychotropes, cela n'arrive qu'à 9% seulement de leurs consœurs et confrères salariés ($p < 0,001$).

5. Santé sexuelle, VIH et infections sexuellement transmissibles

Ce chapitre traitera des questions suivantes : l'abord de la sexualité avec la patientèle, les sujets de sexualité abordés, la prise en charge des patients porteurs du VIH et/ou d'une infection sexuellement transmissible (IST), le contexte de dépistage du VIH, l'initiative de dépistage du VIH, le dépistage des IST, l'approche syndromique des IST, et la recherche active des IST.

5.1. Abord de la sexualité avec la patientèle

La question était posée ainsi : « *Concernant la sexualité, abordez-vous le sujet... ?* ».

Tableau 24 :

| Opportunités saisies | Nb de MG | % |
|---|------------|-------------|
| Régulièrement avec l'ensemble de votre patientèle | 31 | 27% |
| Uniquement avec les patients des populations à risque | 40 | 34% |
| A la demande du patient uniquement | 38 | 32% |
| Jamais | 1 | 1% |
| Nspp | 7 | 6% |
| Total | 117 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Les MG préfèrent majoritairement aborder la sexualité uniquement avec ceux de leurs patients qui appartiennent aux populations à risque (34%), ou n'abordent le sujet qu'à la demande du patient uniquement (32%). Un peu plus d'un quart des MG (27%) aborde la sexualité régulièrement avec l'ensemble de sa patientèle, alors qu'un seul médecin n'aborde jamais le sujet. Sept MG (6%) ne se sont pas prononcés.

➤ **On peut considérer que 61% des MG abordent la sexualité avec les patients qui appartiennent aux populations à risque, au minimum, quand un autre tiers des MG (32%) laisse l'initiative d'une discussion sur la sexualité à leurs patients uniquement.**

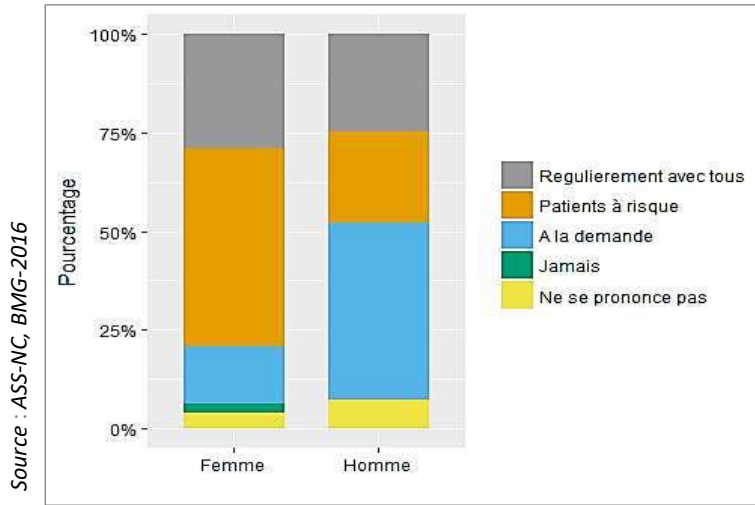
L'analyse des résultats bruts en fonction du sexe, du secteur d'activité et de l'ancienneté professionnelle des MG en NC amène des précisions sur la pratique et les attitudes des MG dans l'abord de la sexualité. On ne retrouve aucune variation des observations d'ensemble en fonction de l'âge ou du lieu d'exercice principal des médecins.

➤ **Les MG femmes abordent la sexualité avec les patients des populations à risque plus fréquemment que leurs confrères, alors que ces derniers l'abordent plus fréquemment que leurs confrères uniquement à la demande du patient** (Figure 19).

Si la moitié des MG femmes (50%) ne discute de sexualité qu'avec les patients qui font partie des populations à risque, 29% d'entre elles abordent régulièrement le sujet avec l'ensemble de leur patientèle. Quinze pourcent laissent l'initiative d'une telle discussion aux patients uniquement. Une MG déclare ne jamais parler de sexualité avec ses patients, et deux autres (4%) ne se prononcent pas sur la question.

Le plus souvent (45%), les MG hommes n'abordent la sexualité qu'à la demande de leurs patients. Vingt-trois pourcent abordent le sujet avec les patients des populations à risque uniquement, alors que 26% discutent de sexualité régulièrement avec l'ensemble de leur patientèle. Cinq médecins (7%) ne se prononcent pas.

Figure 19 : « Concernant la sexualité, abordez-vous le sujet... ? ». Répartition des réponses selon le sexe des MG.



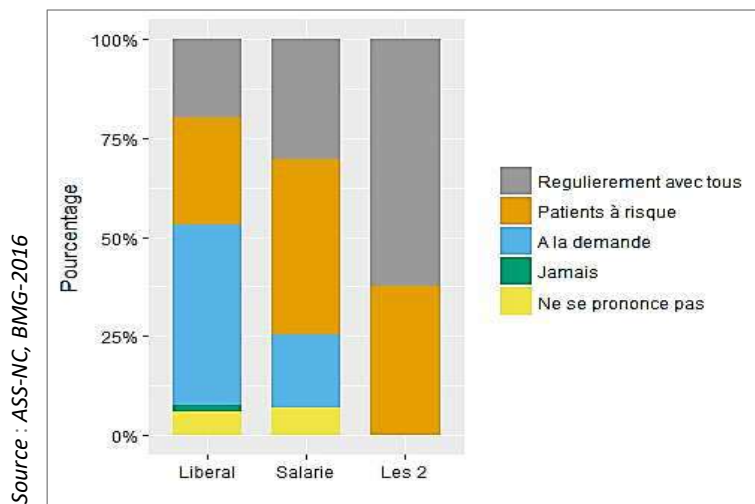
Au total, 79% des MG femmes abordent la sexualité, au minimum, avec les patients appartenant aux populations à risque, alors que seulement 48% des MG hommes en font de même ($p < 0,001$). Ces derniers laissent l'initiative d'une discussion sur la sexualité à leurs patients plus fréquemment que leurs consœurs, à 45% contre 15%, respectivement ($p < 0,001$).

➤ **Les MG salariés abordent la sexualité avec les patients des populations à risque, au minimum, plus fréquemment que leurs confrères du secteur libéral, alors que ces derniers l'abordent plus fréquemment que les médecins salariés uniquement à la demande du patient** (Figure 20).

Si 44% des MG salariés ne discutent de sexualité qu'avec les patients qui font partie des populations à risque, 30% d'entre eux abordent régulièrement le sujet avec l'ensemble de leur patientèle. Dix-neuf pourcent laissent l'initiative d'une telle discussion aux patients uniquement, et trois médecins (7%) ne se prononcent pas sur la question.

Vingt-sept pourcent des MG libéraux abordent le sujet avec les patients des populations à risque uniquement, et 20% discutent de sexualité régulièrement avec l'ensemble de leur patientèle. Le plus souvent (46%), les MG du secteur libéral n'abordent la sexualité qu'à la demande de leurs patients. Quatre médecins (6%) ne se prononcent pas.

Figure 20 : « Concernant la sexualité, abordez-vous le sujet... ? ». Répartition des réponses selon le secteur d'activité des MG.



Au total, 74% des MG salariés abordent la sexualité, au minimum, avec les patients appartenant aux populations à risque, alors que seulement 47% des MG libéraux en font de même ($p < 0,01$). Ces derniers laissent l'initiative d'une discussion sur la sexualité à leurs patients plus fréquemment que leurs homologues salariés, à 46% contre 27%, respectivement ($p < 0,01$).

Une majorité (63%) des huit MG travaillant dans les deux secteurs aborde régulièrement la sexualité avec l'ensemble de sa patientèle. Les 37% restant (3 MG) n'aborde le sujet qu'avec les patients qui font partie des populations à risque. On peut donc considérer que 100% des MG avec un double secteur d'activité abordent la sexualité, au minimum, avec les patients appartenant aux populations à risque.

➤ **Les MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC abordent la sexualité avec les patients des populations à risque, au minimum, plus fréquemment que ceux qui pratiquent en NC depuis plus de dix ans.**

Si 45% des MG les moins expérimentés en NC ne discutent de sexualité qu'avec les patients qui font partie des populations à risque, 27% d'entre eux abordent régulièrement le sujet avec l'ensemble de leur patientèle. Un quart (25%) laisse l'initiative d'une telle discussion aux patients uniquement, et deux médecins (3%) ne se prononcent pas sur la question.

Vingt-trois pourcent des MG les plus expérimentés en NC n'abordent le sujet qu'avec les patients des populations à risque uniquement, alors que 26% discutent de sexualité régulièrement avec l'ensemble de leur patientèle. Le plus souvent (40%), les MG les plus expérimentés en NC n'abordent la sexualité qu'à la demande de leurs patients. Un seul médecin dit ne jamais parler de sexualité avec ses patients, et cinq autres (9%) ne se prononcent pas.

Au total, 72% des MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC abordent la sexualité, au minimum, avec les patients appartenant aux populations à risque, alors que seuls 49% des MG les plus expérimentés localement en font de même ($p < 0,05$).

5.2. Sujets de sexualité abordés par les médecins généralistes avec leurs patients

La question était formulée de la manière suivante : « *Concernant la sexualité, quels sont les sujets que vous abordez le plus souvent ?* ».

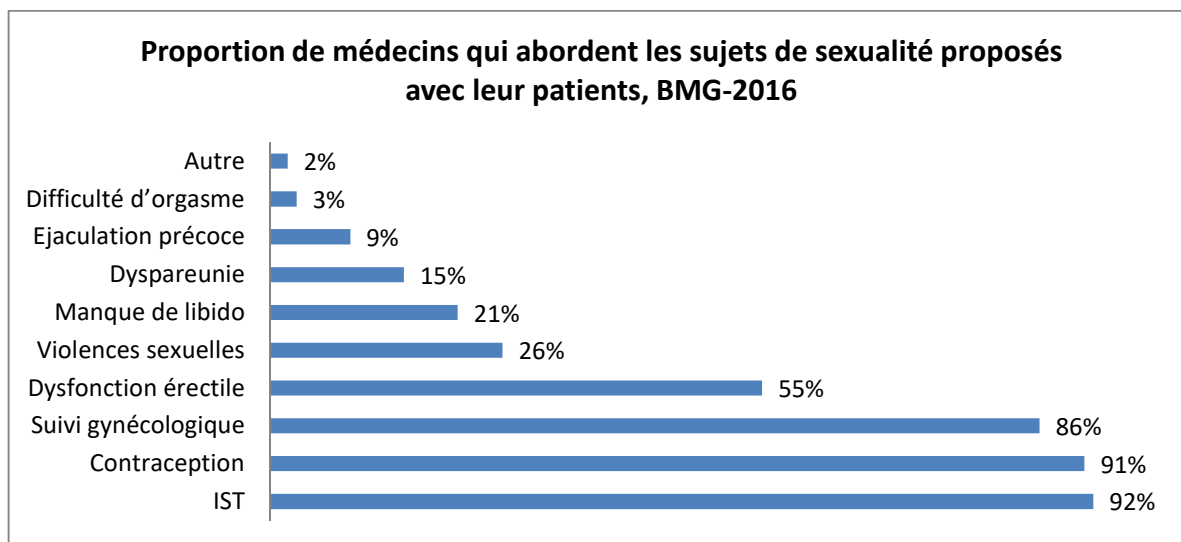
Les médecins interrogés pouvaient citer plusieurs réponses, la somme des pourcentages est donc supérieure à 100%. Il était également possible de suggérer des thèmes alternatifs à ceux proposés par le BMG-2016, ce qu'ont fait deux médecins. Deux MG ne se sont pas prononcés du tout sur la question.

Les dix sujets proposés sont listés ci-dessous par ordre décroissant, selon la fréquence avec laquelle les 117 MG qui ont répondu à la question disent les aborder (Figure 21):

| | |
|------------------------|-----|
| - IST | 92% |
| - Contraception | 91% |
| - Suivi gynécologique | 86% |
| - Dysfonction érectile | 55% |
| - Violences sexuelles | 26% |
| - Manque de libido | 21% |
| - Dyspareunie | 15% |
| - Ejaculation précoce | 9% |
| - Difficulté d'orgasme | 3% |
| - Autre | 2% |

Les IST, la contraception et le suivi gynécologique sont les trois sujets abordés par la quasi-totalité ou l'immense majorité des médecins généralistes avec leurs patients. Les dysfonctions érectiles sont abordées par un peu plus de la moitié des MG. Les violences sexuelles, le manque de libido et les dyspareunies ne sont abordés respectivement que par un MG sur quatre, un MG sur cinq, et moins d'un MG sur six. Enfin, l'éjaculation précoce et les difficultés à l'orgasme sont les sujets les moins fréquemment discutés, par moins d'un médecin généraliste sur dix.

Figure 21 : « Concernant la sexualité, quels sont les sujets que vous abordez le plus souvent ? ». Ensemble des 117 MG répondants.



Source : ASS-NC, BMG-2016

L'analyse des réponses en fonction de l'âge, du secteur d'activité, et de l'ancienneté professionnelle des MG en NC, nous renseigne sur les variations de distribution des MG par rapport aux résultats d'ensemble. L'analyse selon le sexe et le lieu d'exercice principal des médecins n'apporte aucune précision supplémentaire.

➤ **Les MG les plus âgés abordent plus fréquemment que les plus jeunes (29-50 ans) les thèmes de l'éjaculation précoce et du manque de libido.**

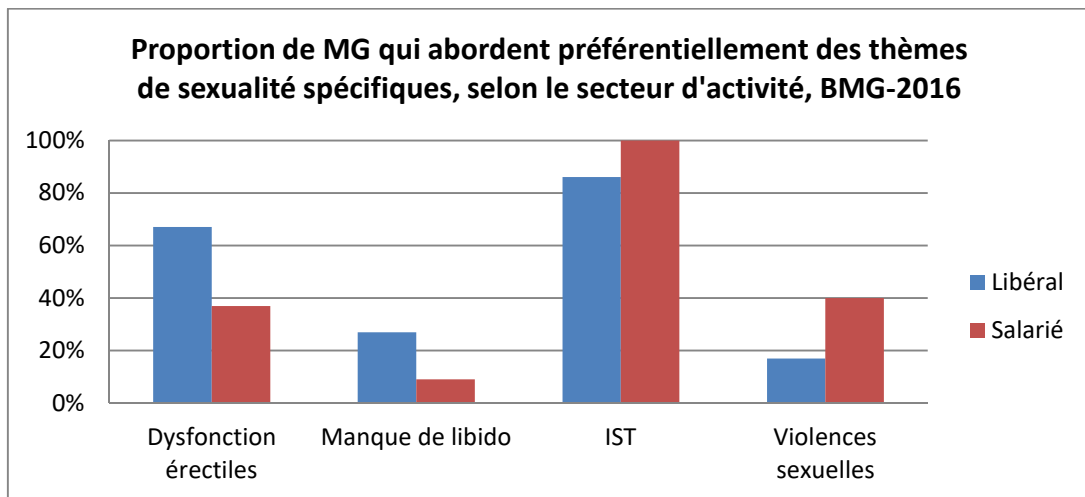
Bien que légèrement supérieure ($p=0,0548$) à la probabilité significative convenue, il nous paraît utile de citer le thème du manque de libido. Les MG âgés de 51 à 79 ans abordent les thèmes de l'éjaculation précoce et du manque de libido à respectivement 15% et 28%, contre 2% et 12% des MG les plus jeunes, âgés de 29 à 50 ans ($p<0,05$).

➤ **Les MG du secteur libéral discutent plus fréquemment que leurs consœurs et confrères salariés les thèmes des dysfonctions érectiles et du manque de libido. En revanche, les MG salariés abordent plus fréquemment que ceux du secteur libéral le sujet des IST et celui des violences sexuelles (Figure 22).**

Les médecins libéraux abordent les thèmes des dysfonctions érectiles et du manque de libido à respectivement 67% et 27%, contre 37% ($p<0,01$) et 9% ($p<0,05$) des MG salariés. A l'inverse, les MG salariés discutent avec leurs patients des IST et des violences sexuelles à respectivement 100% et 40%, contre 86% ($p<0,05$) et 17% ($p<0,05$) des MG du secteur libéral. L'analyse n'a pas tenu compte des huit MG travaillant dans les deux secteurs d'activité.

Figure 22 : « Concernant la sexualité, quels sont les sujets que vous abordez le plus souvent ? ».

Répartition des MG selon le secteur d'activité.



Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ Les MG possédant moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC abordent plus fréquemment que les MG plus expérimentés localement le sujet des IST.

Quatre-vingt-dix-huit pourcent des médecins avec moins d'ancienneté professionnelle abordent le sujet des IST avec leurs patients, alors que 86% des médecins les plus anciens en NC font de même ($p < 0,05$).

5.3. Prise en charge des patients porteurs du VIH et/ou d'une IST

La question était la suivante : « Le plus souvent, comment prenez-vous en charge vos patients porteurs du VIH et/ou d'une IST ? ».

Tableau 25 :

| Infections | Seul | Structure référente | Spécialiste | Nspp | Total |
|------------|----------|---------------------|-------------|----------|------------|
| | % (n) | | | | |
| VIH | 4% (4) | 46% (54) | 28% (33) | 22% (26) | 100% (117) |
| IST | 80% (94) | 6% (7) | 8% (9) | 6% (7) | 100% (117) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Une large majorité des médecins généralistes prend toute seule en charge ses patients porteurs d'une IST (80%), mais réfère ses patients porteurs du VIH vers une structure ou un/e confrère/consœur spécialisé/e (74%).

Pour les patients porteurs du VIH, la préférence des MG, en matière de référence, va à une structure spécialisée (46%) plutôt que l'orientation vers un médecin spécialiste (28%). Quatorze pourcent des MG réfèrent leurs patients porteurs d'une IST soit vers un médecin spécialiste (8%), soit vers une structure spécialisée (6%).

Plus d'un MG sur cinq (22%) ne se prononcent pas à propos des patients porteurs du VIH, et 6% seulement à propos des porteurs d'une IST.

L'analyse en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnels ne met en évidence aucune variation significative des résultats d'ensemble.

5.4. Contexte de dépistage du VIH

Le nombre total de médecins ayant répondu aux questions du BMG-2016 est maintenant de 116.

La question était la suivante : « Proposez-vous un test de dépistage du VIH... ? ».

Tableau 26 :

| Domaines ciblés | Systématiquement | Souvent | Parfois | Jamais | Nspp | Total |
|----------------------------|------------------|----------|----------|----------|----------|------------|
| % (n) | | | | | | |
| Rapport sexuel à risque | 67% (77) | 22% (26) | 6% (7) | 0% (0) | 5% (6) | 100% (116) |
| Changement vie affective | 26% (30) | 32% (37) | 30% (35) | 3% (4) | 9% (10) | 100% (116) |
| Diagnostic d'une IST | 83% (96) | 12% (14) | 3% (4) | 0% (0) | 2% (2) | 100% (116) |
| En cas de grossesse | 67% (78) | 12% (14) | 9% (10) | 4% (5) | 8% (9) | 100% (116) |
| Prescription contraception | 14% (16) | 12% (14) | 36% (42) | 29% (34) | 9% (10) | 100% (116) |
| En cas de viol | 72% (83) | 1% (1) | 0% (0) | 0% (0) | 27% (32) | 100% (116) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Une grande majorité des MG propose un test de dépistage du VIH à ses patients, *systématiquement* ou *souvent*, lors du diagnostic d'une IST (95%), après un rapport sexuel à risque (89%) et en cas de viol (73%). Nous assumons que les 27%, ou la plus grande partie des MG qui ne se prononcent pas en cas de viol n'ont probablement pas été confrontés à la situation.

En cas de grossesse, 79% des MG proposent le test du VIH *systématiquement* ou *souvent*, 9% *parfois* et 4% *jamais*. Huit pourcent des MG ne se prononcent pas sur cette question.

Près des deux tiers des MG ne proposent que *parfois* (36%) ou *jamais* (29%) un test du VIH lors d'une prescription de contraception. Quatorze pourcent et 12% le proposent respectivement, *systématiquement* et *souvent*, dans le même contexte. Dix médecins (9%) se sont abstenus de se prononcer.

L'attitude des MG quant à proposer un test du VIH aux patients qui ont été ou sont confrontés à un changement de vie sexuelle est beaucoup plus aléatoire. Neuf pourcent d'entre eux ne se prononcent pas, 3% ne proposent *jamais* le test à ces patients-là, 30% le proposent *parfois*, 32% *souvent* et 26% *systématiquement*.

L'analyse en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnels met en évidence des variations significatives de la distribution des résultats d'ensemble, uniquement pour l'âge et le secteur d'activité des médecins généralistes.

➤ Les MG les plus jeunes (29-50 ans) prescrivent un test de dépistage du VIH plus *systématiquement* que leurs consœurs et confrères âgés de 51 à 79 ans, lors du diagnostic d'une IST.

Les MG les plus jeunes prescrivent *systématiquement* un test de dépistage du VIH à 91% lors du diagnostic d'une IST, contre seulement 75% de leurs homologues plus âgés (p<0,05).

Ils sont 7% chez les plus jeunes à le prescrire *souvent* et 2% à ne prescrire ce test que *parfois* dans ces mêmes circonstances. Parmi les MG les plus âgés, ils sont 17% à prescrire le test de dépistage du VIH *souvent*, 5% à ne prescrire ce test que *parfois* lors du diagnostic d'une IST, et 3% à ne pas se prononcer.

➤ Les MG salariés prescrivent un test de dépistage du VIH plus *systématiquement* que ceux du secteur libéral, lors du diagnostic d'une IST.

Les MG salariés prescrivent *systématiquement* un test de dépistage du VIH à 93% lors du diagnostic d'une IST, contre seulement 74% de leurs homologues du secteur libéral (p<0,05).

Ils sont 7% chez les salariés à prescrire *souvent* ce test lors du diagnostic d'une IST. Aucun d'eux ne prescrit ce test *parfois* dans ces mêmes circonstances. Parmi les MG libéraux, ils sont 17% à prescrire le test de dépistage du VIH *souvent*, 6% à ne prescrire ce test que *parfois* lors du diagnostic d'une IST, et 3% à ne pas se prononcer. On note que 100% des huit médecins avec une double activité prescrivent le test de dépistage du VIH *systématiquement* lors du diagnostic d'une IST.

➤ **Les MG salariés prescrivent un test de dépistage du VIH plus systématiquement que ceux du secteur libéral, lors d'une première contraception.**

Lors d'une première contraception, 22% des MG salariés contre 6% des MG du secteur libéral, prescrivent *systématiquement* un test de dépistage du VIH ($p < 0,05$).

Parmi les MG salariés, 7% et 36% prescrivent ce test, respectivement *souvent* et *parfois* lors d'une première contraception, 21% ne prescrivent *jamais* le test dans ce contexte et 14% ne se prononcent pas. Chez les MG libéraux, 15% et 38% prescrivent ce test, respectivement *souvent* et *parfois* lors d'une première contraception, 35% ne prescrivent *jamais* le test dans ces circonstances et 6% ne se prononcent pas.

5.5. Initiative de dépistage du VIH

La question était la suivante : « *La dernière fois que vous avez prescrit un test de dépistage, cela c'est fait... ?* ».

Tableau 27 :

| Test VIH prescrit | Nb de MG | % |
|-------------------------|------------|-------------|
| A la demande du patient | 38 | 33% |
| A votre initiative | 72 | 62% |
| Nspp | 6 | 5% |
| Total | 116 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Dans près des deux tiers des cas (62%), les MG prescrivent un test de dépistage du VIH de leur propre initiative, et dans un tiers des cas (33%), c'est le patient qui en fait la demande. Cinq pourcent des médecins (6 MG) ne se prononcent pas sur le sujet.

L'analyse en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnels ne met en évidence aucune variation significative de la distribution des résultats d'ensemble. L'analyse a été effectuée avec, puis sans, les MG qui ne se prononcent pas. Initialement, des variations de faible signification statistique étaient mises en évidence pour l'âge, le secteur d'activité et l'ancienneté professionnelle. La distribution des médecins qui se sont abstenus de se prononcer étant unilatérale pour chacun des 3 déterminants initialement retenus, ne pas en tenir compte dans l'analyse enlevait, finalement, toute significativité statistique aux différences initialement observées.

5.6. Dépistage des IST

La question était formulée ainsi : « *La dernière fois que vous avez prescrit un test de dépistage d'une IST, de quelle(s) IST s'agissait-il* ».

Les médecins interrogés pouvaient citer plusieurs réponses, la somme des pourcentages est donc supérieure à 100%.

Tableau 28 :

| IST | Nb de MG | % |
|-------------|----------|-----|
| Syphilis | 81 | 70% |
| Chlamydia | 75 | 65% |
| Gonocoque | 62 | 53% |
| Hépatite B | 56 | 48% |
| Trichomonas | 29 | 25% |
| Herpès | 5 | 4% |
| Nspp | 4 | 3% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

La syphilis, les chlamydiae, le gonocoque et l'hépatite B sont les IST recherchées par la moitié ou plus des MG. Le trichomonas est recherché par un quart des médecins et l'herpès, beaucoup plus rarement, par seulement 4% des praticiens généralistes. Quatre MG (3%) ne se prononcent pas.

L'analyse en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnels ne met en évidence aucune variation significative de la distribution des résultats d'ensemble, ci-dessus.

5.7. Approche syndromique des IST

Le nombre total de médecins ayant répondu aux questions du BMG-2016 est maintenant de 115.

La question était posée de la manière suivante : « Pour prendre en charge votre dernier patient ayant des symptômes d'IST, avez-vous utilisé l'approche syndromique ? ».

Tableau 29 :

| Utilisation de l'approche syndromique | Nb de MG | % |
|---------------------------------------|------------|-------------|
| Oui | 57 | 50% |
| Non, mais je connais | 24 | 21% |
| Non, et je ne connais pas | 26 | 22% |
| Nspp | 8 | 7% |
| Total | 115 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Plus d'un MG sur cinq ne connaît pas l'approche syndromique des IST.

La moitié (50%) des MG utilisent l'approche syndromique pour prendre en charge leurs patients présentant des symptômes d'IST. Si l'on fait abstraction des 8 MG (7%) qui se sont abstenus de se prononcer, une autre « petite moitié » des médecins (43%) n'utilise pas cet outil.

Parmi les MG qui n'utilisent pas l'approche syndromique (43%), il est remarquable que la moitié d'entre eux (21% du total) dise s'en passer volontairement, puisqu'ils déclarent néanmoins la connaître.

L'analyse des réponses en fonction du sexe, de l'âge, et du secteur d'activité des MG, nous précise les variations de distribution des MG par rapport aux résultats d'ensemble. L'analyse selon le lieu d'exercice principal des médecins et l'ancienneté professionnelle en NC n'apporte aucune précision supplémentaire.

➤ **Les MG femmes utilisent plus fréquemment l'approche syndromique des IST que leurs confrères, qui sont eux-mêmes plus fréquemment dans l'ignorance de cet outil que leurs consœurs.**

Parmi les MG femmes, 63% utilisent l'approche syndromique pour la prise en charge leurs patients présentant des symptômes d'IST, contre seulement 41% des MG hommes (p<0,05). Parmi ces derniers, 30% ne connaissent pas l'approche syndromique des IST, alors que seulement 11% des MG femmes sont dans le même cas (p<0,05). En outre, on note que 23% des MG hommes et 17% de leurs consœurs n'utilisent pas l'approche syndromique des IST bien qu'ils connaissent l'outil (ns).

➤ **Les MG les plus jeunes utilisent plus fréquemment l'approche syndromique des IST que leurs consœurs et confrères plus âgés, qui sont eux-mêmes plus fréquemment dans l'ignorance de cet outil que les plus jeunes.**

Parmi les MG les plus jeunes (29-50 ans), 69% utilisent l'approche syndromique pour la prise en charge de leurs patients présentant des symptômes d'IST, contre seulement 32% des MG âgés de 51 à 79 ans (p<0,001). Parmi ces derniers, un tiers (33%) ne connaît pas l'approche syndromique des IST, alors que seulement 11% des MG les plus jeunes sont dans le même cas (p<0,01). On note également, qu'un quart (25%) des MG plus âgés et 16% des plus jeunes n'utilisent pas l'approche syndromique des IST bien qu'ils connaissent l'outil (ns).

➤ **Les MG salariés utilisent plus fréquemment l'approche syndromique des IST que les MG du secteur libéral, qui sont eux-mêmes plus fréquemment dans l'ignorance de cet outil que les MG salariés.**

Parmi les MG salariés, 64% utilisent l'approche syndromique pour la prise en charge leurs patients présentant des symptômes d'IST, contre seulement 39% des MG libéraux (p<0,05). Parmi ces derniers, un tiers (34%) ne connaît pas l'approche syndromique des IST, alors que seulement 10% des MG salariés sont dans le même cas (p<0,01). On note également, qu'un quart (26%) des MG salariés et 15% des libéraux n'utilisent pas l'approche syndromique des IST bien qu'ils connaissent l'outil (ns).

Au sein des huit MG avec une double activité, tous connaissent l'approche syndromique des IST, 63% l'utilisent pour la prise en charge leurs patients, et 38% (3MG) ne l'utilisent pas bien qu'ils la connaissent.

5.8. Recherche active des IST

La question était celle-ci : « Pour quel patient faites-vous une recherche active d'IST à l'interrogatoire ? Par exemple : « est-ce que ça gratte, ça pique, ça brûle, ça coule, ça pue ? » ? ».

Tableau 30 :

| Domaines ciblés | Systématique | Souvent | Parfois | Jamais | Nsp | Total |
|--------------------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|------------|
| | % (n) | | | | | |
| A tous les patients | 4% (5) | 17% (19) | 33% (38) | 28% (32) | 18% (21) | 100% (115) |
| Patients évoquent la sexualité | 24% (28) | 36% (41) | 30% (35) | 3% (3) | 7% (8) | 100% (115) |
| Rapport sexuel à risque | 70% (80) | 16% (18) | 10% (11) | 0% (0) | 5% (6) | 100% (115) |
| Changement de vie affective | 22% (25) | 33% (38) | 27% (31) | 8% (9) | 10% (12) | 100% (115) |
| En cas de grossesse | 44% (50) | 19% (22) | 18% (21) | 10% (12) | 9% (10) | 100% (115) |
| Prescription contraception | 17% (19) | 23% (26) | 34% (39) | 17% (19) | 10% (12) | 100% (115) |
| En cas de viol | 65% (75) | 2% (2) | 0% (0) | 1% (1) | 32% (37) | 100% (115) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Une grande majorité des MG (86%) font systématiquement (70%) ou souvent (16%) une recherche active d'IST chez les patients ayant eu un rapport sexuel à risque. Dix pourcent seulement parfois, et 5% s'abstiennent de répondre.

En cas de viol, les deux-tiers seulement des MG font systématiquement (65%) ou souvent (2%) une recherche active d'IST. Un médecin déclare ne jamais le faire. Comme pour le dépistage du VIH dans ce même

contexte (cf. IV.5.4.), nous assumons que les 32% qui ne se prononcent pas n'ont probablement pas été confrontés à la situation.

En cas de grossesse, 63% des MG font *systématiquement* (44%) ou *souvent* (19%) une recherche active d'IST, 18% *parfois* et 10% *jamais*. Neuf pourcent des MG ne se prononcent pas sur la question.

La moitié des MG déclare faire une recherche active d'IST chez tous les patients, *souvent* (17%) ou *parfois* (33%). Pour 4% des médecins, cette recherche active d'IST est *systématique* chez tous les patients, alors que 28% ne la font *jamais* et que 18% ne se prononcent pas sur le sujet.

Chez les patients qui évoquent la sexualité, le plus fréquemment, les MG font *souvent* (36%) une recherche active d'IST. Pour, respectivement, 30% et 24%, cette recherche est faite *parfois* ou *systématiquement*. Trois pourcent des MG ne font *jamais* de recherche active d'IST chez les patients évoquant la sexualité, et 7% ne se prononcent pas.

Les pratiques sont beaucoup plus partagées pour les patients confrontés à un changement de vie affective. De même lors d'une prescription de contraception, pour laquelle il est aussi remarquable que la même proportion de MG (17%) fasse *systématiquement*, pour les uns, et *jamais*, pour les autres, une recherche active d'IST chez ces patients.

L'analyse en fonction du sexe, de l'âge et du secteur d'activité permet de préciser les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des MG qui ont répondu à la question. L'apport de la distribution des MG selon leur âge et leur secteur d'activité reste toutefois peu utile. L'analyse en fonction du lieu principal d'exercice et de l'ancienneté professionnelle ne met en évidence aucune variation significative des résultats d'ensemble.

➤ **Les MG femmes font plus systématiquement une recherche active d'IST en cas de grossesse que leurs confrères, qui la font plus fréquemment souvent que leurs consœurs.**

Soixante-trois pourcent des MG femmes font *systématiquement* une recherche active d'IST en cas de grossesse, contre seulement 30% de leurs confrères ($p < 0,01$). Ces derniers, néanmoins, le font *souvent* à 26%, contre 9% de leurs consœurs ($p < 0,05$)... qui le font plus systématiquement.

Quinze pourcent des MG hommes ne font *jamais* ce type de recherche, et 20% *parfois*. Parmi les MG femmes, 4% ne le font *jamais* et 15% *parfois*. Ces différences ne sont pas significatives.

➤ **Chez les patients qui évoquent la sexualité, les MG les plus âgés font plus fréquemment parfois une recherche active d'IST que leurs consœurs et confrères plus jeunes.**

Parmi les MG les plus âgés (51-79 ans), 20% et 32% font, respectivement, *systématiquement* et *souvent* une recherche active d'IST chez les patients qui évoquent la sexualité. Chez ces mêmes patients, parmi les MG les plus jeunes (29-50 ans), cette recherche est faite pour 29% *systématiquement* et 40% *souvent*. Ces différences entre classes d'âge ne sont pas significatives.

Les MG les plus âgés (51-79 ans) font, à 42%, *parfois* une recherche active d'IST chez les patients qui évoquent la sexualité, alors que leurs consœurs et confrères plus jeunes font *parfois* cette recherche à seulement 18% ($p < 0,01$).

➤ **Chez les patients connaissant un changement de vie affective, les MG libéraux font plus fréquemment parfois une recherche active d'IST que les MG salariés.**

Parmi les MG libéraux, 14% et 28% font, respectivement, *systématiquement* et *souvent* une recherche active d'IST chez les patients connaissant un changement de vie affective. Chez ces mêmes patients, parmi les MG salariés, cette recherche est faite pour 29% *systématiquement* et 41% *souvent*. Ces différences entre secteur d'activité ne sont pas significatives.

Les MG du secteur libéral font, à 39%, *parfois* une recherche active d'IST chez les patients connaissant un changement de vie affective, alors que leurs consœurs et confrères salariés font *parfois* cette recherche à seulement 14% ($p < 0,05$).

➤ **Chez les patients connaissant un changement de vie affective, les MG avec plus de dix ans d'ancienneté en NC font plus fréquemment *parfois* une recherche active d'IST que les MG avec moins de dix ans d'expérience en NC.**

Parmi les MG les plus expérimentés en NC, 23% et 26% font, respectivement, *systématiquement* et *souvent* une recherche active d'IST chez les patients connaissant un changement de vie affective. Chez ces mêmes patients, parmi les MG les moins expérimentés en NC, cette recherche est faite pour 21% *systématiquement* et 40% *souvent*. Ces différences entre ancienneté professionnelle, en NC, ne sont pas significatives.

Les MG les plus expérimentés en NC font, à 39%, *parfois* une recherche active d'IST chez les patients connaissant un changement de vie affective, alors que leurs consœurs et confrères les moins expérimentés en NC font *parfois* cette recherche à seulement 16% ($p < 0,01$).

6. Vaccination

Les domaines étudiés dans ce chapitre sont : l'opinion des MG sur la vaccination en général, les vaccinations proposées par les MG à des patients ciblés, le statut vaccinal des MG contre la grippe en NC, la connaissance de la stratégie vaccinale contre la grippe en NC, l'opinion des MG sur la vaccination anti-HPV, les réserves des MG vis-à-vis de la vaccination anti-HPV.

6.1. Opinion des médecins généralistes sur la vaccination en général

La question était la suivante : « *De manière générale, êtes-vous pour ou contre la vaccination ?* ».

Tableau 31 :

| Opinion des MG | Nb de MG | % |
|----------------|------------|-------------|
| Pour | 111 | 97% |
| Contre | 0 | 0% |
| Nspp | 4 | 3% |
| Total | 115 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ Si l'on excepte les 3% de MG qui ne se prononcent pas, tous les médecins généralistes (97%) sont pour la vaccination, en règle générale, et aucun ne se déclare contre.

Le fait que 3 médecins s'abstiennent de répondre à la question est toutefois à ne pas négliger, compte-tenu du débat, largement relayé sur la place publique, à propos des politiques de vaccination, en règle générale et pour certains vaccins particulièrement.

L'analyse en fonction des cinq déterminants sociodémographiques ne montre aucune variation de distribution des MG par rapport aux résultats d'ensemble.

6.2. Vaccinations proposées par les médecins généralistes à des patients ciblés

La question était formulée ainsi : « *Proposez-vous les vaccinations suivantes ?* ».

* Concernant la vaccination contre la coqueluche, la proposition complète était la suivante : « *Coqueluche, pour les adultes en contact avec les nouveau-nés et les nourrissons.* ».

Tableau 32 :

| Vaccinations | Systématique | Souvent | Parfois | Jamais | Nspp | Total |
|----------------------------|--------------|----------|----------|--------|--------|------------|
| | % (n) | | | | | |
| Coqueluche* | 66% (76) | 17% (19) | 9% (10) | 6% (7) | 2% (3) | 100% (115) |
| Grippe personnes à risque | 75% (86) | 20% (23) | 3% (4) | 1% (1) | 1% (1) | 100% (115) |
| HPV pour les jeunes filles | 37% (43) | 24% (27) | 28% (32) | 8% (9) | 3% (4) | 100% (115) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ La quasi-totalité des MG (95%) proposent la vaccination contre la grippe à leurs patients à risque, systématiquement (75%) ou souvent (20%).

On note, en référence à la question précédente, qu'un médecin (1%) ne propose *jamais* la vaccination contre la grippe et qu'un second (1%) ne se prononce pas sur le sujet. Enfin, quatre autres MG (3%) ne proposent que *parfois* la vaccination contre la grippe à leurs patients à risque.

➤ Une large majorité des MG (83%) propose la vaccination contre la coqueluche aux adultes en contact avec les nouveau-nés et les nourrissons systématiquement (66%) ou souvent (17%).

Six pourcent des MG ne proposent jamais cette vaccination aux patients ciblés, 9% ne la leur propose que parfois, et trois médecins (2%) ne se prononcent pas.

➤ Bien que 61% des MG proposent la vaccination pour les jeunes filles ciblées systématiquement (37%) ou souvent (24%), les pratiques de vaccination anti-papillomavirus humains (HPV), chez les jeunes filles, sont plus nuancées.

On constate, d'une part, que la proportion de médecins qui proposent cette vaccination systématiquement (37%) est la plus faible des trois antigènes étudiés dans cette question et, d'autre part, que les proportions respectives de médecins qui proposent cette vaccination souvent (24%), parfois (28%), jamais (8%) ou qui ne se prononcent pas sur le sujet (3%) sont les plus élevées des trois vaccins en question.

Il est nécessaire de souligner ici que le programme de vaccination anti-HPV, en NC, vise les jeunes filles de 12 ans, scolarisées en collège public et privé sous contrat, qu'une autorisation parentale est un prérequis obligatoire, et qu'un programme de vaccination anti-HPV est organisé en milieu scolaire depuis 2015, à travers toute la Nouvelle-Calédonie. Nous verrons plus loin (cf. point 6.6. de ce chapitre) que certains MG considèrent, de ce fait, que la vaccination anti-HPV n'est pas de leur ressort, ce qui permet une lecture plus avertie des résultats ci-dessus.

L'analyse des résultats d'ensemble en fonction des déterminants sociodémographiques n'apporte de précisions que sur les pratiques de vaccination contre la grippe, selon l'ancienneté des MG en Nouvelle-Calédonie.

➤ Les MG avec plus de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC vaccinent leurs patients à risque contre la grippe plus systématiquement que ceux avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC ($p < 0,05$). Ces derniers compensent partiellement cette différence en vaccinant leurs patients à risque plus souvent que leurs consœurs et confrères plus expérimentés localement ($p < 0,05$).

Si 96% des MG avec plus de dix ans d'expérience en NC vaccinent leurs patients à risque systématiquement ou souvent, les MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC ne sont pas en reste pour autant, puisqu'ils vaccinent leurs patients à risque contre la grippe, systématiquement ou souvent, à 95%. La proportion de MG qui vaccinent parfois leurs patients à risque contre la grippe est identique dans les deux groupes, à savoir 3,5% et 3,4%, respectivement. Un médecin parmi les moins anciens en NC ne propose jamais cette vaccination, et un autre parmi les plus expérimentés localement s'est abstenu de se prononcer sur la question.

6.3. Statut vaccinal des médecins généralistes contre la grippe en Nouvelle-Calédonie

La question était posée ainsi : « Personnellement, vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe en 2015 ? ».

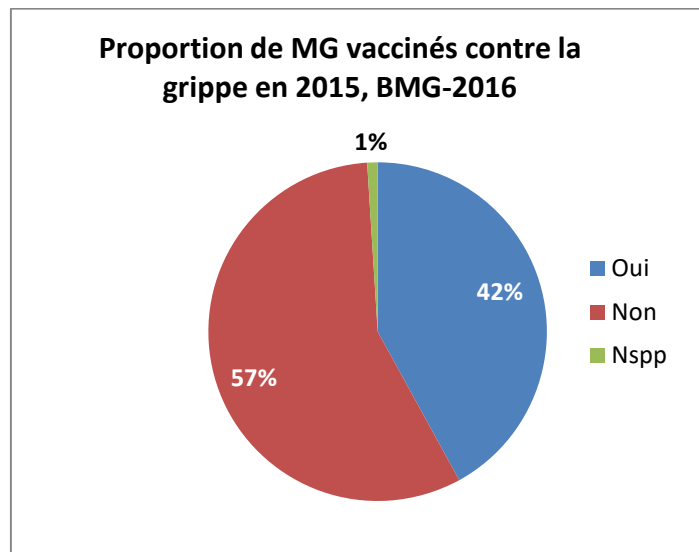
Tableau 33 :

| Vaccinés contre la grippe en 2015 | Nb de MG | % |
|-----------------------------------|------------|-------------|
| Oui | 48 | 42% |
| Non | 66 | 57% |
| Nspp | 1 | 1% |
| Total | 115 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ De manière remarquable, la majorité des MG (57%), soit quasiment six MG sur dix, n'était pas vaccinée contre la grippe en 2015 (Figure 23). Un médecin s'est abstenu de se prononcer.

Figure 23 : « Personnellement, vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe en 2015 ? ». Ensemble des 115 MG répondants.



Source : ASS-NC, BMG-2016

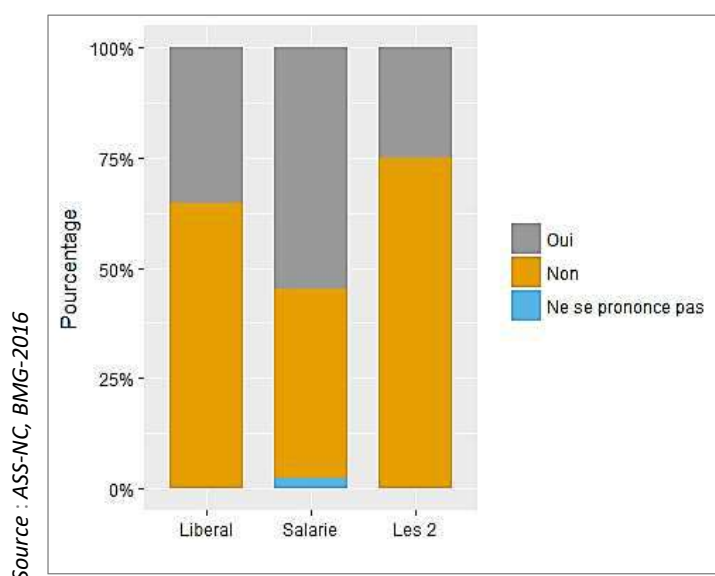
L'analyse des résultats d'ensemble en fonction des déterminants sociodémographiques n'apporte de précisions que sur le statut vaccinal des MG contre la grippe, en 2015, selon leur secteur d'activité. Le sexe, l'âge, le lieu d'exercice principal et l'ancienneté professionnelle des MG, en NC, n'influencent pas la distribution des MG telle qu'exprimée dans les résultats bruts.

➤ **Les médecins généralistes du secteur libéral étaient, en 2015, moins fréquemment vaccinés contre la grippe que leurs consœurs et confrères salariés** (Figure 24).

Parmi les MG libéraux, 65% n'étaient pas vaccinés contre la grippe en 2015, alors que seulement 43% de leurs homologues salariés partageaient le même statut vaccinal ($p < 0,05$).

Vingt-cinq pourcent des MG qui travaillent dans les deux secteurs étaient vaccinés contre la grippe en 2015, et 75% ne l'étaient pas.

Figure 24 : « Personnellement, vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe en 2015 ? ». Répartition des MG selon le secteur d'activité.



Source : ASS-NC, BMG-2016

6.4. Connaissance de la stratégie vaccinale contre la grippe en Nouvelle-Calédonie

La question était la suivante : « *Etes-vous au courant de la modification de la stratégie vaccinale concernant la grippe saisonnière en NC ?* ».

Tableau 34 :

| Informés | Nb de MG | % |
|--------------|------------|-------------|
| Oui | 107 | 93% |
| Non | 8 | 7% |
| Nspp | 0 | 0% |
| Total | 115 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **A une très large majorité (93%), les MG se déclarent informés de la modification de la stratégie vaccinale concernant la grippe saisonnière en NC.** Sept pourcent n'étaient pas au courant. Tous les médecins se sont exprimés.

L'analyse en fonction des cinq déterminants sociodémographiques ne montre aucune variation de distribution des MG par rapport aux résultats d'ensemble.

6.5. Opinion des MG sur la vaccination anti-HPV

La question était posée de la manière suivante : « *Etes-vous pour ou contre la vaccination anti-papillomavirus ?* ».

Tableau 35 :

| Opinion sur la vaccination anti-HPV | Pour | Contre | Nspp | Total |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|-------------------|
| | | | | % (n) |
| Chez les filles | 70% (80) | 8% (9) | 23% (26) | 100% (115) |
| Chez les garçons | 30% (35) | 11% (13) | 58% (67) | 100% (115) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **Alors que 70% des MG sont favorables à la vaccination anti-HPV chez les filles, ils ne sont que 30% à être favorables à cette même vaccination chez les garçons.**

Les MG sont contre la vaccination des filles à 8% et à 11% contre la vaccination chez les garçons.

➤ **La proportion de médecins qui ne se sont pas prononcés est de 23% concernant les filles et de 58% concernant les garçons.**

L'analyse en fonction des cinq déterminants sociodémographiques ne montre aucune variation de distribution des MG par rapport aux résultats d'ensemble.

6.6. Réserves des MG vis-à-vis de la vaccination anti-HPV

La question était la suivante : « *Si vous ne proposez pas la vaccination anti-HPV aux jeunes filles, pour quelle(s) raison(s) ?* ».

Cette question ne concerne que les 68 médecins ayant répondu qu'ils ne proposaient pas systématiquement la vaccination anti-HPV aux jeunes filles, à la question 6.2. précédente : « *Proposez-vous*

les vaccinations suivantes ? ». Les 43 MG ayant déclaré qu'ils proposent cette vaccination *systématiquement* et les 4 qui ne se sont pas prononcés ne sont pas concernés.

Les 68 médecins interrogés pouvaient donner plusieurs réponses parmi celles proposées, et donner également des raisons supplémentaires, « *autre* ». La somme des pourcentages est supérieure à 100%.

Tableau 36 :

| Réserves exprimées | Nb de MG | % |
|---------------------------|------------|-------------|
| Doutes sur l'efficacité | 22 | 32% |
| Doutes sur la sécurité | 20 | 29% |
| Age recommandé trop jeune | 10 | 15% |
| Autre | 22 | 32% |
| Nspp | 19 | 28% |
| Total | 115 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ Parmi celles qui étaient proposées par le BMG-2016, les deux principales réserves exprimées par les MG sont leurs doutes sur, premièrement, l'efficacité de la vaccination et, deuxièmement, sur la sécurité du vaccin utilisé.

Un peu moins d'un tiers des médecins (32%) exprime ses doutes sur l'efficacité de la vaccination, aujourd'hui. Vingt-neuf pourcent des MG expriment également leurs doutes sur la sécurité du vaccin utilisé à l'heure actuelle. Pour 15% des MG, l'âge recommandé pour la vaccination en NC est trop jeune.

➤ Une proportion importante de médecins (32%) a aussi choisi de donner son opinion alternative ou de commenter ses positions, en utilisant le choix « *autre* ». Ces propositions sont résumées comme suit, selon la fréquence des termes-clés utilisés dans chacune des propositions :

- Il existe déjà une mesure de prévention du cancer du col de l'utérus qui marche bien [le frottis cervico-utérin (FCU)], qui devrait être renforcée (notamment par une éducation à la sexualité appropriée) et qui continuera même avec la vaccination (6 propositions)
- Patientes sont peu informées, accent des campagnes actuelles pas assez mis sur la prévention : éducation à la sexualité et aux moyens de prévention (préservatifs), comportements à risque, dialogue mère-fille (4)
- Population-cible est peu vue en consultation, et la vaccination est faite au collègue (3)
- Difficulté à convaincre les mamans, à obtenir l'autorisation parentale (2)
- A réserver aux patientes à risque de non-dépistage par le FCU (2)
- Coût du vaccin (2)
- Choix doit rester à la patiente (1)
- Trop de vaccin tue le vaccin (1)

L'analyse en fonction de l'âge des MG semble, en première analyse, montrer que les MG les plus âgés (51-79 ans) trouvent que l'âge de la vaccination en NC est trop jeune ($p < 0,05$). Cette variation n'est plus significative dès lors que l'analyse ne tient pas en compte les MG ne s'étant pas prononcés sur la question (34% pour les MG âgés de 29 à 50 ans, et 24% pour les plus âgés).

Le reste de l'analyse selon les déterminants sociodémographiques et professionnels n'apporte pas plus de précisions.

7. Dépistage des cancers

L'objet d'étude de ce chapitre est principalement la pratique du dépistage, par les médecins généralistes, des cancers suivants : sein, col de l'utérus, colon-rectum, et prostate. L'opinion des MG sur l'éventuelle mise en place d'un dépistage organisé (DO) du cancer colorectal (CCR), en Nouvelle-Calédonie, est également examinée.

En cours de chapitre, le nombre de MG répondants au BMG-2016 passera de 115 à 114. Cet élément sera notifié lorsque nécessaire.

7.1. Dépistage du cancer du sein

La question, précédée d'une mise en situation, était posée ainsi : « Essayez de vous souvenir de votre dernière patiente âgée de 50 à 74 ans, sans facteur de risque individuel ni familial de cancer du sein, et que vous suivez régulièrement. Pour cette patiente, avez-vous prescrit une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années ? ».

Tableau 37 :

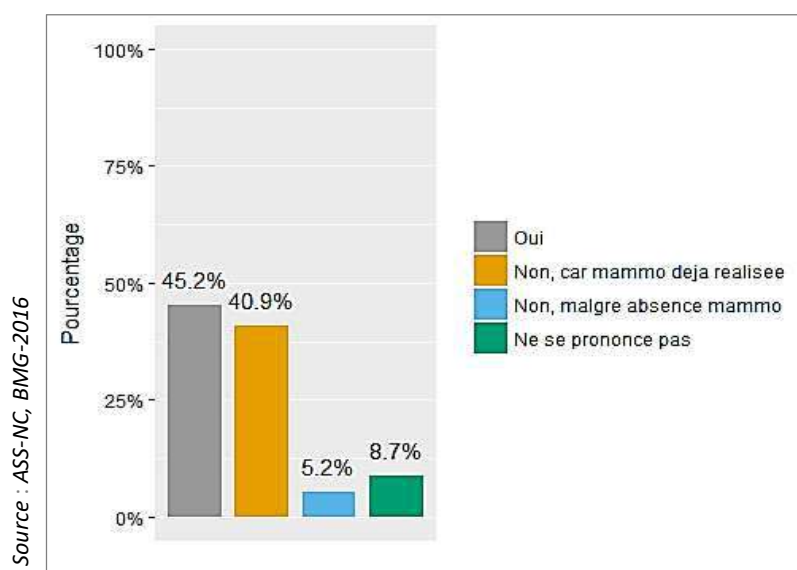
| Mammographie | Nb de MG | % |
|------------------------------------|------------|-------------|
| Oui | 52 | 45% |
| Non mammographie déjà réalisée | 47 | 41% |
| Non malgré absence de mammographie | 6 | 5% |
| Nspp | 10 | 9% |
| Total | 115 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **A 86%, les MG respectent les bonnes pratiques préconisées par le programme de dépistage organisé du cancer du sein**, mis en place par les autorités sanitaires de la Nouvelle-Calédonie depuis le mois d'août 2009 (Figure 25).

➤ **Cinq pourcent des MG ne tiennent pas compte, dans leur pratique, des recommandations émises par les autorités sanitaires de NC**, alors que 9% ne se prononcent pas.

Figure 25 : « [...] Pour cette patiente, avez-vous prescrit une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années ? ». Ensemble des 115 MG répondants.



L'analyse des résultats d'ensemble montre une répartition hétérogène significative des médecins selon leur sexe, leur âge et leur secteur d'activité.

➤ **Les MG femmes ont prescrit, plus fréquemment que leurs confrères, au cours des deux dernières années, une mammographie à leur dernière patiente âgée de 50 à 74 ans qui ne présentait pas de facteur de risque individuel ni familial de cancer du sein.**

Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence car on ne trouve pas de différence significative entre les sexes, en ce qui concerne les raisons invoquées (voir tableau ci-dessus) pour ne pas prescrire de mammographie à la « dernière patiente » à laquelle la question fait référence. En d'autres termes, la distribution de cette « dernière patiente » et, par conséquent, la date et le prescripteur de sa dernière mammographie, peut avoir été le simple fait du hasard.

Les MG femmes ont, à 59%, prescrit une mammographie, au cours des deux dernières années, à leur « dernière patiente » appartenant à la population-cible du DO du cancer du sein, contre 36% de leur confrères ($p < 0,05$).

Lorsque le médecin généraliste n'a pas prescrit de mammographie, au cours des deux dernières années, à cette « dernière patiente » ciblée par le programme de DO en NC, pour 35% des MG femmes et 45% des MG hommes, la patiente avait déjà eu une mammographie au cours des deux années précédant la consultation (ns).

Lorsque le MG n'a pas prescrit de mammographie, au cours des deux dernières années, à cette « dernière patiente » ciblée par le programme de DO en NC, pour 2% des MG femmes et 7% des MG hommes cette décision a été prise malgré le fait que cette patiente n'avait pas eu de mammographie depuis plus de deux ans (ns). Huit médecins de sexe masculin et 2 MG femmes ne se sont pas prononcés sur le sujet.

➤ **En ne prescrivant pas de mammographie à une patiente ciblée par le programme de DO du cancer du sein en NC, alors qu'elle n'avait pas passé cet examen au cours des deux dernières années, les MG les plus âgés ont, plus fréquemment que leur consœurs et confrères plus jeunes, dérogé aux bonnes pratiques recommandées par le programme.**

Parmi les MG âgés de 51 à 79 ans, 10% n'ont pas prescrit de mammographie au cours des deux dernières années à leur « dernière patiente » ciblée par le programme de DO en NC, malgré le fait que cette patiente n'avait pas eu de mammographie depuis plus de deux ans, alors qu'aucun (0%) des MG les plus jeunes (29-50 ans) n'ont adopté la même pratique ($p < 0,05$). Trois MG âgés de 29 à 50 ans et 7 MG parmi les plus âgés (51-79 ans) n'ont pas voulu se prononcer.

➤ **Les MG du secteur salarié ont, plus fréquemment que leurs homologues libéraux, mieux respecté les bonnes pratiques de dépistage recommandées par le programme de DO en NC, en ne prescrivant pas de mammographie aux patientes qui avait déjà eu cet examen durant les deux dernières années.**

Parmi les MG salariés, ils sont 55% à ne pas avoir prescrit de mammographie à leur dernière patiente ciblée par le programme de DO en NC, parce que cette patiente avait déjà eu une mammographie au cours des deux dernières années. Parmi les MG libéraux, seuls 34% ont opté pour cette même bonne pratique ($p < 0,05$). Neuf médecins libéraux ne se sont pas prononcés, tous les médecins salariés ont répondu à la question.

Les huit médecins avec une double activité ont prescrit une mammographie à 50% (4 MG), 25% (2 MG) ne l'ont pas fait conformément au fait que la patiente avait déjà passé une mammographie au cours des deux dernières années, et un MG ne s'est pas conformé aux bonnes pratiques du programme de DO calédonien en ne prescrivant pas de mammographie alors que la patiente était éligible à cet examen. Un dernier MG s'est abstenu de se prononcer.

7.2. Dépistage du cancer du col de l'utérus

7.2.1. Prescription d'un frottis cervico-utérin

La question, précédée d'une mise en situation, était posée ainsi : « Essayez de vous souvenir de votre dernière patiente âgée de 25 à 65 ans, sans facteur de risque individuel ni familial de cancer de l'utérus, et que vous suivez régulièrement. Pour cette patiente, avez-vous prescrit un frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage au cours des trois dernières années ? ».

Tableau 38 :

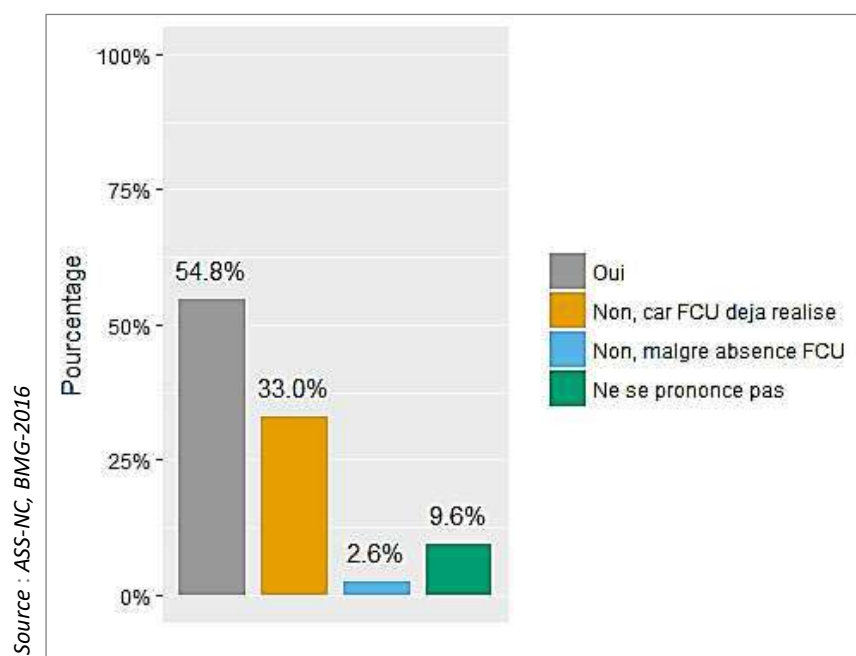
| FCU | Nb de MG | % |
|---------------------------|------------|-------------|
| Oui | 63 | 55% |
| Non car FCU déjà réalisée | 38 | 33% |
| Non malgré absence de FCU | 3 | 2% |
| Nspp | 11 | 10% |
| Total | 115 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ A 88%, les MG respectent les bonnes pratiques préconisées par le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, mis en place par les autorités sanitaires de la Nouvelle-Calédonie (Figure 26).

➤ Trois MG seulement (2%) ne tiennent pas compte, dans leur pratique, des recommandations émises par les autorités sanitaires de NC, alors que 10% ne se prononcent pas.

Figure 26 : « [...] Pour cette patiente, avez-vous prescrit un FCU de dépistage au cours des deux dernières années ? ». Ensemble des 115 MG répondants.



L'analyse des résultats d'ensemble en fonction des déterminants sociodémographiques n'apporte aucune précision supplémentaire.

7.2.2. Pratique du frottis cervico-utérin

Cette question ne concerne que les 63 médecins ayant répondu « oui » à la question précédente, c'est à dire ceux qui avaient prescrit un FCU à leur dernière patiente éligible. Les 52 autres, y compris ceux qui ne se sont pas prononcés, ne sont pas concernés.

La question était formulée ainsi : « Si oui, par qui le FCU a-t-il été réalisé ? ».

Tableau 39 :

| FCU fait par... | Nb de MG | % |
|-----------------|-----------|-------------|
| Moi-même | 31 | 49% |
| Un gynécologue | 7 | 11% |
| Une sage-femme | 20 | 32% |
| Un laboratoire | 4 | 6% |
| Nspp | 1 | 2% |
| Total | 63 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

- En pratique, la moitié des MG (49%) qui prescrit un FCU réalise le geste elle-même.
- En pratique, pour un tiers des MG prescripteurs (32%), le FCU est effectué par une sage-femme.

Enfin, un FCU prescrit sur six (17%) par un médecin généraliste est effectué soit par un gynécologue (11%) soit par un laboratoire. Seul un MG ne s'est pas prononcé sur la question.

L'analyse des résultats d'ensemble montre une répartition hétérogène significative des MG en fonction de l'âge, du lieu d'exercice principal, du secteur d'activité et de l'ancienneté professionnelle des MG, en NC.

➤ Les MG les plus jeunes font faire le FCU qu'ils ont prescrit par une sage-femme, plus fréquemment que les MG les plus âgés.

Plus de la moitié (52%) des médecins âgés de 29 à 50 ans font réaliser le FCU qu'ils ont prescrit par une sage-femme, contre 15% à peine de leurs consœurs et confrères âgés de 51 à 79 ans ($p < 0,01$).

➤ Les MG exerçant dans le périmètre du Grand Nouméa réalisent eux-mêmes le FCU qu'ils ont prescrit, plus fréquemment que leurs collègues de Brousse. En revanche, les MG qui pratiquent en Brousse font faire le FCU qu'ils ont prescrit par une sage-femme, beaucoup plus fréquemment que leurs consœurs et confrères du Grand Nouméa.

Soixante-et-un pourcent des MG exerçant dans le périmètre du Grand Nouméa réalisent eux-mêmes le FCU qu'ils ont prescrit, alors que seuls 27% de leurs consœurs et confrères en Brousse en font de même ($p < 0,05$).

Les MG qui pratiquent en Brousse, quant à eux, font faire le FCU qu'ils ont prescrit par une sage-femme pour 73% d'entre eux, alors que seulement 10% des MG travaillant en milieu urbain ont la même pratique ($p < 0,0001$).

➤ Les MG salariés, font faire le FCU qu'ils ont prescrit par une sage-femme, nettement plus fréquemment que leurs consœurs et confrères du secteur libéral.

Si seulement 15% des MG du secteur libéral font réaliser le FCU qu'ils ont prescrit par une sage-femme, les médecins salariés sont 52% à en référer à la sage-femme pour pratiquer ce geste ($p < 0,01$).

Une moitié (50%) des huit médecins actifs dans les deux secteurs d'activité réalise le FCU elle-même, et une autre moitié (50%) en réfère à une sage-femme.

➤ **Les MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en Nouvelle-Calédonie font réaliser le FCU qu'ils ont prescrit par une sage-femme plus souvent que ceux qui sont installés ou en fonction localement depuis plus de dix ans.**

Quarante-quatre pourcent des MG avec une expérience professionnelle de moins de dix ans en NC font réaliser le FCU qu'ils ont prescrits par une sage-femme, contre seulement 19% des MG avec plus de dix ans d'ancienneté professionnelle locale ($p < 0,05$).

7.3. Dépistage du cancer colorectal

Le dépistage du cancer colorectal (CCR) sera abordé par trois questions, sous trois angles différents : la prescription d'un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) devant un patient éligible pour le dépistage, l'observance des bonnes pratiques de dépistage des patients à risque élevé et très élevé de CCR, et l'opinion des MG sur l'éventuelle mise en œuvre d'un programme de dépistage organisé du CCR en Nouvelle-Calédonie.

A ce stade du questionnaire, le nombre de MG répondants est dorénavant de 114.

7.3.1. Prescription d'un test de recherche de sang occulte dans les selles

La question, précédée d'une mise en situation, était formulée ainsi : « *Essayez de vous souvenir de votre dernier patient, homme ou femme, âgé de plus de 50 ans et sans facteur de risque individuel ni familial de cancer colorectal, et que vous suivez régulièrement. Pour ce/cette patient/e, avez-vous prescrit une recherche de saignement occulte dans les selles au cours des deux dernières années ?* ».

Tableau 40 :

| Test de RSOS | Nb de MG | % |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Oui | 17 | 15% |
| Non car dépistage déjà réalisé | 3 | 2% |
| Non malgré absence de dépistage | 59 | 52% |
| Nspp | 35 | 31% |
| Total | 114 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **Presque un tiers des MG (31%) ne se sont pas prononcés sur le sujet.**

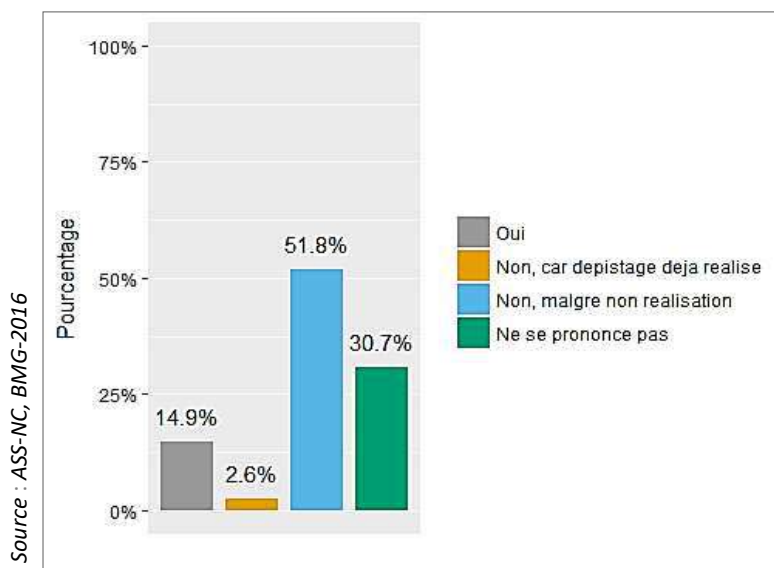
➤ **Plus de la moitié des MG (52%) n'a pas prescrit de test de RSOS en dépit du fait que la ou le patient(e) éligible, du fait de son âge et de l'absence d'antécédents à risque, n'avait pas bénéficié d'un examen de dépistage du CCR quel qu'il soit (Figure 27).**

L'analyse des résultats d'ensemble en fonction du sexe des MG montre une répartition différente des MG vis-à-vis de la non-réalisation du test RSOS.

➤ **Les MG femmes, plus fréquemment que leurs confrères, n'ont pas prescrit de test de RSOS malgré le fait que leur patient(e) n'en avait pas bénéficié dans les deux dernières années.**

Alors 63% des MG femmes n'ont pas prescrit de test de RSOS bien que leur patient(e) aurait dû en bénéficier, seulement 44% des MG hommes ont eu la même pratique ($p < 0,05$).

Figure 27 : « [...] Pour ce/cette patient/e, avez-vous prescrit un test de RSOS au cours des deux dernières années ? ». Ensemble des 115 MG répondants.



7.3.2. Observance des bonnes pratiques de dépistage des patients à risque élevé et très élevé de cancer colorectal

La question était la suivante : « Concernant les sujets à risque élevé et très élevé de CCR, suivez-vous les recommandations (HAS) de bonnes pratiques de dépistage du CCR ? ».

Tableau 41 :

| Observe les bonnes pratiques | Nb de MG | % |
|------------------------------|------------|-------------|
| Systématiquement | 43 | 38% |
| Souvent | 46 | 40% |
| Parfois | 6 | 5% |
| Jamais | 2 | 2% |
| Nspp | 17 | 15% |
| Total | 114 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ Pour les patients à risque élevé et très élevé de CCR, plus des trois quarts des MG (78%) suivent, systématiquement (38%) ou souvent (40%), les recommandations de bonnes pratiques de dépistage du CCR communiquées par la Haute autorité de santé (HAS) en 2015.

➤ Cinq pourcent des MG ne suivent les recommandations de la HAS que parfois, et 2% jamais. Quinze pourcent des médecins s'abstiennent de se prononcer.

L'analyse des résultats d'ensemble en fonction du secteur d'activité montre une différence de distribution des MG quant à l'observance des bonnes pratiques de dépistage des patients à risque élevé et très élevé de cancer colorectal.

➤ Les MG du secteur libéral observent, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères du secteur salarié, les bonnes pratiques de dépistage des patients à risque élevé et très élevé de cancer colorectal.

Alors que 86% des MG libéraux suivent systématiquement (42%) ou souvent (45%) les recommandations de la HAS en matière de dépistage des patients à risque élevé et très élevé de cancer colorectal, seuls 66%

de leurs homologues salariés ($p < 0,05$) suivent ces recommandations systématiquement (32%) ou souvent (34%).

7.3.3. Opinion des MG sur la mise en place éventuelle d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal en Nouvelle-Calédonie

La question était posée ainsi : « Concernant la mise en place éventuelle d'un programme de dépistage organisé du CCR en NC, seriez-vous favorable ? ».

Tableau 42 :

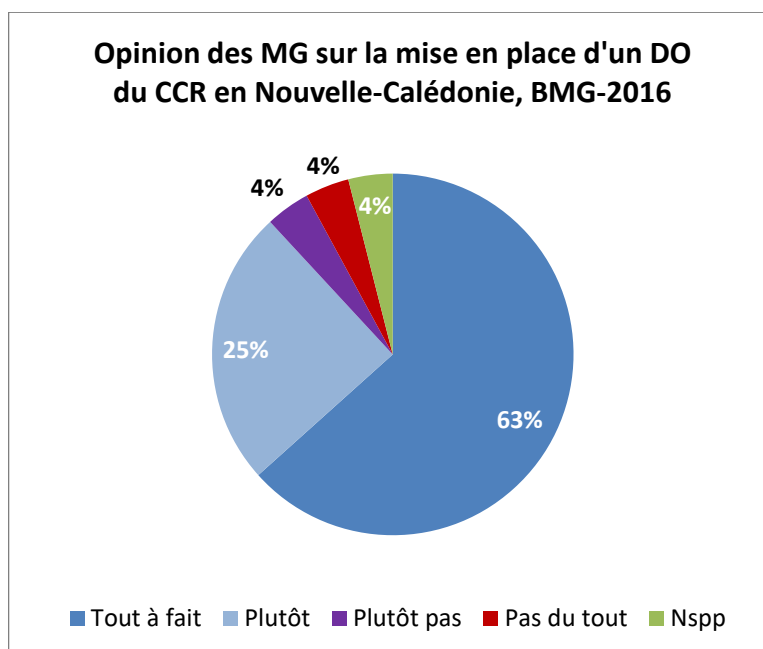
| Opinion favorable | Nb de MG | % |
|-------------------|------------|-------------|
| Tout à fait | 73 | 63% |
| Plutôt | 29 | 25% |
| Plutôt pas | 4 | 4% |
| Pas du tout | 4 | 4% |
| Nspp | 4 | 4% |
| Total | 114 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ A 88%, les MG sont tout à fait (64%) ou plutôt (25%) favorables à la mise en place d'un programme de DO du CCR en Nouvelle-Calédonie (Figure 28).

➤ Seuls 8% des MG ne sont plutôt pas ou pas du tout favorables à cette perspective. Quatre pourcent ne se prononcent pas sur le sujet.

Figure 28 : « Concernant la mise en place éventuelle d'un programme de dépistage organisé du CCR en NC, seriez-vous favorable ? ». Ensemble des 114 MG répondants.



Source : ASS-NC, BMG-2016

L'analyse des résultats d'ensemble en fonction des déterminants sociodémographiques n'apporte aucune précision supplémentaire.

7.4. Dépistage du cancer de la prostate

La question, précédée d'une mise en situation, était la suivante : « Essayez de vous souvenir de votre dernier patient masculin, âgé de plus de 50 ans, présentant une symptomatologie du bas appareil urinaire. Quel(s) examen(s) avez-vous réalisé en première intention ? ».

Les MG répondants pouvaient citer plusieurs choix, la somme des pourcentages est supérieure à 100%.

Tableau 43 :

| Examen(s) demandé(s) | Nb de MG | % |
|-----------------------------|----------|-----|
| Dosage de PSA sérique total | 83 | 73% |
| Toucher rectal | 42 | 37% |
| Examen des urines | 37 | 33% |
| Dosage du PSA libre | 31 | 27% |
| Aucun de ces examens | 2 | 2% |
| Nspp | 8 | 7% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Afin d'éclairer la lecture des résultats ci-dessus, il peut être utile de rappeler, qu'à l'heure actuelle, en France et à l'étranger, aucune autorité de santé ne recommande le dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA (antigène prostatique spécifique) chez les hommes sans symptôme¹². Toutefois, selon la HAS, la démarche diagnostique à suivre, en cas de signes fonctionnels urinaires chez un homme de plus de 50 ans ayant une symptomatologie évocatrice de troubles du bas appareil urinaire comprend, à l'examen clinique, un interrogatoire et un toucher rectal (TR), puis un examen des urines et, éventuellement, un dosage du PSA sérique total¹³.

➤ **Près des trois quarts des MG (73%) choisissent de demander un dosage de PSA sérique total**, devant un patient âgé de plus de 50 ans présentant une symptomatologie du bas appareil urinaire.

➤ **Un tiers (33%) ou plus (37%) des MG réalise, respectivement, un examen des urines et/ou un toucher rectal**, en conformité avec les deux examens prioritairement recommandés par la HAS dans son Référentiel des pratiques de mai 2013, consacré au dépistage précoce du cancer de la prostate.

➤ **Plus d'un quart des MG (27%) recherche un dosage du PSA libre**, 2% (2 MG) ne procèdent à aucun des examens suggérés, et 7% ne se prononcent pas sur le sujet.

L'analyse des résultats d'ensemble montre une répartition hétérogène significative des médecins qui pratiqueraient un toucher rectal en fonction de leur âge. Le reste de l'analyse des résultats d'ensemble en fonction des quatre autres déterminants sociodémographiques n'apporte aucune précision supplémentaire.

➤ **Devant un homme de plus de 50 ans présentant une symptomatologie du bas appareil urinaire, les MG les plus âgés (51-79 ans) pratiquent un TR plus fréquemment que leurs consœurs et confrères plus jeunes, âgés de 29 à 50 ans.**

Alors que 48% des médecins généralistes âgés de 51 à 79 ans réalisent un TR devant le patient évoqué dans la question, seuls 26% des MG parmi les plus jeunes adoptent la même pratique ($p < 0,05$).

¹² Assurance maladie, France ; maj 16 novembre 2016. Consulté en ligne le 7 février 2017 sur amelie-sante.fr

¹³ [Diagnostic précoce d'un cancer de la prostate chez un homme ayant une symptomatologie évocatrice de troubles du bas appareil urinaire](#), HAS. Consulté en ligne le 7 février 2017

8. Surpoids et obésité

Ce chapitre abordera les domaines suivants : la mesure et le suivi pondéral des patients de plus de 5 ans, le calcul et le suivi de l'indice de masse corporelle (IMC) chez les patients de plus de 5 ans, le suivi et l'enregistrement de l'IMC sur le carnet de santé des enfants et adolescents, la prise en charge des patients en surcharge pondérale, les filières d'orientation des patients en surcharge pondérale, et la prise en charge multidisciplinaire des patients en surcharge pondérale.

8.1. Mesure et suivi pondéral des patients de plus de 5 ans

La question était posée de la manière suivante : « A quelle fréquence pesez-vous vos patients, quel que soit le motif de la consultation ? ».

Tableau 44 :

| Patients | A chaque consultation | A la 1 ^{ère} consultation | Au moins 1 fois/an | Jamais | Nspp | Total |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------|--------|--------|------------|
| | % (n) | | | | | |
| De 5 à 16 ans | 91% (103) | 0% (0) | 6% (7) | 1% (1) | 2% (3) | 100% (114) |
| Adulte sans surpoids apparent | 62% (28) | 4% (4) | 27% (35) | 3% (3) | 4% (5) | 100% (114) |
| Adulte en surpoids ou obèse | 90% (102) | 1% (1) | 6% (7) | 0% (0) | 3% (4) | 100% (114) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Une large majorité des médecins généralistes, respectivement 91% et 90%, pèsent, à chaque consultation, les enfants et adolescents de 5 à 16 ans et leurs patients adultes en surpoids ou obèses.

Les enfants et adolescent âgés de 5 à 16 ans sont pesés à chaque consultation par 91% des médecins généralistes, au moins une fois par an par 6% des MG et jamais par 1% (1) des MG. Aucun médecin ne les pèse uniquement à la première consultation et 2% ne se prononcent pas sur la question.

Les adultes en surpoids ou obèses sont pesés, au moins une fois par an, par 97% des MG, à l'exception de 3% des médecins qui ne se prononcent pas : 90% à chaque consultation, 1% à la première consultation seulement, et 6% une fois par an, au moins.

Concernant les adultes sans surpoids apparent, 62% des MG les pèsent à chaque consultation et 27% une seule fois par an, alors que 4% des médecins ne les pèsent que lors de la première consultation et que 3% ne les pèsent jamais. Par ailleurs, 4% des MG ne se prononcent pas sur le sujet.

L'analyse de ces résultats bruts en fonction des déterminants sociodémographiques montre une variation significative de la répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité, pour ce qui concerne les enfants et les adolescents âgés de 5 à 16 ans. Le reste de cette analyse n'apporte aucune précision supplémentaire aux résultats d'ensemble.

➤ **Les MG du secteur salarié pèsent à chaque consultation, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères du secteur libéral, les enfants et adolescent âgés de 5 à 16 ans.**

Les médecins salariés pèsent les enfants et adolescents âgés de 5 à 16 ans, à chaque consultation, pour 98% d'entre eux, alors que les MG libéraux adoptent cette même pratique à 85% d'entre eux seulement ($p < 0,05$). On notera, à toutes fins utiles, que 100% des huit MG travaillant dans les deux secteurs pèsent ces mêmes jeunes patients à chaque consultation également.

8.2. Calcul et suivi de l'IMC chez les patients de plus de 5 ans

La question était la suivante : « A quelle fréquence calculez-vous l'IMC des patients suivants... ? ».

Tableau 45 :

| Patients | A chaque consultation | A la 1 ^{ère} consultation | Au moins 1 fois/an | Jamais | Nspp | Total |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------|----------|----------|------------|
| | % (n) | | | | | |
| De 5 à 16 ans | 40% (46) | 6% (7) | 38% (43) | 6% (7) | 10% (11) | 100% (114) |
| Adulte sans surpoids apparent | 19% (22) | 10% (11) | 39% (44) | 28% (32) | 4% (5) | 100% (114) |
| Adulte en surpoids ou obèse | 53% (60) | 8% (9) | 30% (34) | 2% (3) | 7% (8) | 100% (114) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

L'IMC des enfants et adolescents, âgés de 5 à 16 ans, est calculé par 40% des MG à chaque consultation et une seule fois par an par 38% des médecins. Six pourcent des MG font ce calcul à la première consultation uniquement, et 6% supplémentaires ne le font jamais. De plus, 10% des MG ne se prononcent pas sur le sujet.

L'IMC des patients en surpoids ou obèses est calculé, à chaque consultation, par un peu plus de la moitié des MG (53%), quand 30% des médecins ne calculent cet indice qu'une seule fois par an. Huit pourcent des MG font ce calcul à la première consultation uniquement, et 2% ne le font jamais. De plus, 7% des MG ne se prononcent pas.

Plus du quart des MG (28%) ne calculent jamais l'IMC des adultes sans surpoids apparent de leur patientèle. Dix-neuf pourcent des MG calculent l'IMC de ces patients à chaque consultation, quand 39% le font au moins une fois par an, et 10% uniquement à la première consultation. Quatre pourcent des MG ne se prononcent pas sur la question.

L'analyse des résultats d'ensemble, en fonction des déterminants sociodémographiques, montre une variation significative de la répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité, pour ce qui concerne les enfants et les adolescents âgés de 5 à 16 ans. Le reste de cette analyse n'apporte aucune précision supplémentaire.

➤ Les MG du secteur salarié calculent l'IMC des enfants et adolescent âgés de 5 à 16 ans, à chaque consultation, plus fréquemment que ceux du secteur libéral.

Plus de la moitié des médecins du secteur salarié (54%) calculent l'IMC des enfants et adolescents âgés de 5 à 16 ans, à chaque consultation, quand un tiers seulement (34%) des MG du secteur libéral adoptent cette même pratique ($p < 0,05$). Dix MG, c'est-à-dire 11% des libéraux (7 MG) et 7% des salariés (3 MG) se sont abstenus de donner leur avis sur le sujet.

8.3. Suivi et enregistrement de l'IMC sur le carnet de santé des enfants et adolescents

La question était formulée ainsi : « Pour les enfants et adolescents, reportez-vous la mesure de l'IMC sur le carnet de santé ? ».

Tableau 46 :

| Enfants/adolescents | Systématique | Souvent | Parfois | Jamais | Nspp | Total |
|---------------------|--------------|----------|----------|----------|--------|------------|
| | % (n) | | | | | |
| Moins de 5 ans | 31% (35) | 20% (23) | 22% (25) | 22% (25) | 5% (6) | 100% (114) |
| 5 à 16 ans | 20% (23) | 28% (32) | 32% (36) | 16% (18) | 4% (5) | 100% (114) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Un peu plus d'un MG sur cinq (22%) ne reporte *jamais* la mesure de l'IMC sur le carnet de santé des enfants de moins de 5 ans, et pratiquement un MG sur six (16%) ne reporte *jamais* la mesure de l'IMC sur le carnet de santé des enfants et adolescents âgés de 5 à 16 ans.

Environ un tiers seulement des MG (31%) reporte *systématiquement* la mesure de l'IMC sur le carnet de santé des enfants de moins de 5 ans, 20% reportent la mesure *souvent* sur le carnet de santé, 22% *parfois* et 5% ne se prononcent pas.

Pas plus d'un médecin généraliste sur cinq (20%) ne reporte *systématiquement* la mesure de l'IMC sur le carnet de santé des enfants et adolescents âgés de 5 à 16 ans. Le plus grand nombre (32%) reporte *parfois* seulement cette mesure sur le carnet de santé, 28% *souvent* et 4% ne se prononcent pas.

L'analyse des résultats d'ensemble, en fonction des déterminants sociodémographiques, met en évidence une variation significative de la répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité, concernant les enfants de moins de 5 ans. Le reste de l'analyse n'apporte aucune précision supplémentaire.

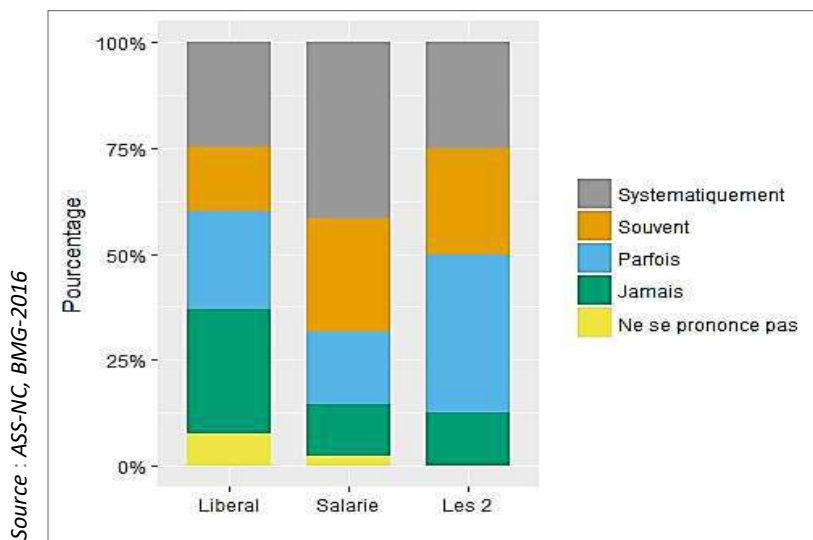
➤ Parmi les MG du secteur libéral, une part plus importante que parmi leurs consœurs et confrères salariés, ne reporte *jamais* la mesure de l'IMC sur le carnet de santé des enfants de moins de 5 ans (Figure 29).

Si 12% des MG salariés ne reportent *jamais* la mesure de l'IMC sur le carnet de santé des enfants de moins de 5 ans, plus du quart (29%) de leurs homologues du secteur libéral déclare ce même déficit de documentation (p<0,05).

Quarante-deux pourcent des MG salariés reportent *systématiquement* la mesure de l'IMC sur le carnet de santé des enfants de moins de 5 ans, 27% le font *souvent*, 17% *parfois*, et 2% ne se prononcent pas.

Un quart (25%) des MG libéraux reporte *systématiquement* la mesure de l'IMC sur le carnet de santé des enfants de moins de 5 ans, 15% le font *souvent*, 23% *parfois*, et 8% ne se prononcent pas.

Figure 29 : « Pour les enfants de moins de cinq ans, reportez-vous la mesure de l'IMC sur le carnet de santé ? ». Répartition des réponses selon le secteur d'activité des MG.



Source : ASS-NC, BMG-2016

8.4. Prise en charge des patients en surcharge pondérale

La question était la suivante : « *Le plus souvent, comment prenez-vous en charge vos patients en situation de surcharge pondérale ?* ».

Tableau 47 :

| Patients | Seul | Confrère/sœur ou structure spécialisée | Nspp | Total |
|-----------------|----------|--|--------|------------|
| | % (n) | | | |
| Moins de 16 ans | 29% (33) | 65% (74) | 6% (7) | 100% (114) |
| Adultes | 39% (45) | 54% (61) | 7% (8) | 100% (114) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Les deux tiers des MG (65%) adressent leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale à une consœur ou un confrère spécialiste, ou à une structure spécialisée. Vingt-neuf pourcent des MG se chargent de suivre ces jeunes patients par leurs propres moyens, et 6% ne se prononcent pas sur la question.

Un peu plus de la moitié des MG (54%) adressent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale à une consœur ou un confrère spécialiste, ou à une structure spécialisée. Trente-neuf pourcent des MG se chargent de suivre, seuls, ces patients adultes et 7% ne se prononcent pas sur le sujet.

L'analyse des résultats d'ensemble, en fonction des déterminants sociodémographiques, met en évidence une variation significative de la répartition des MG en fonction de leur sexe et de leur secteur d'activité, concernant à la fois les patients de moins de 16 ans et les adultes. Le reste de l'analyse n'apporte aucune précision supplémentaire.

On notera que l'analyse en fonction du sexe ne tient pas compte des MG qui ne se sont pas prononcés, dont la répartition est trop inégale : 7 MG hommes concernant les moins de 16 ans, et 1 MG femme et 7 MG hommes pour ce qui est des adultes.

➤ **Les MG femmes adressent, bien plus fréquemment que leurs confrères, leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale à une consœur ou un confrère spécialiste, ou bien à une structure spécialisée. A l'inverse, les MG hommes prennent en charge seuls, plus souvent que leurs consœurs, leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale.**

Quatre-vingt pourcent des MG femmes orientent leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale vers une consœur ou un confrère spécialiste, ou à une structure spécialisée, alors que seulement 61% de leurs confrères adoptent la même attitude ($p < 0,05$).

Trente-neuf pourcent des MG hommes prennent en charge leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale par leurs propres moyens, quand seulement une de leurs consœurs sur cinq (20%) en fait de même ($p < 0,05$).

➤ **Les MG femmes adressent, bien plus fréquemment que leurs confrères, leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale à une consœur ou un confrère spécialiste, ou à une structure spécialisée. Au contraire, les MG hommes prennent en charge seuls, plus souvent que leurs consœurs, leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale.**

Les trois quarts des MG femmes (76%) orientent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers une consœur ou un confrère spécialiste, ou à une structure spécialisée, alors que seulement 44% de leurs confrères adoptent la même attitude ($p < 0,01$).

Plus de la moitié des MG hommes (56%) prend en charge ses patients adultes en situation de surcharge pondérale par ses propres moyens, quand seulement un quart de leurs consœurs (24%) en fait de même ($p<0,01$).

➤ **Les MG salariés adressent, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères libéraux, leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale à une consœur ou un confrère spécialiste, ou bien à une structure spécialisée. A l'inverse, les MG libéraux prennent en charge seuls, plus souvent que les salariés, leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale.**

Parmi les MG salariés 78% orientent leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale vers une consœur ou un confrère spécialiste, ou à une structure spécialisée, alors que seulement 57% de leurs confrères adoptent la même attitude ($p<0,05$).

Plus du tiers des MG du secteur libéral (35%) prend en charge ses patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale par ses propres moyens, quand seulement un de leurs homologues salariés sur six (17%) en fait de même ($p<0,05$).

➤ **Les MG salariés adressent, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères libéraux, leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale à un ou une spécialiste, ou à une structure spécialisée.**

Un peu moins des trois quarts des MG salariés (71%) orientent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers une consœur ou un confrère spécialiste, ou à une structure spécialisée, alors que seulement 43% de leurs homologues libéraux adoptent la même attitude ($p<0,01$).

➤ **Les MG libéraux prennent en charge seuls, plus souvent que leurs consœurs et confrères salariés, leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale.**

Environ la moitié des MG libéraux (48%) prend en charge ses patients adultes en situation de surcharge pondérale par ses propres moyens, quand seulement un quart de ses homologues salariés (24%) en fait de même ($p<0,05$).

8.5. Filières d'orientation des patients en surcharge pondérale

8.5.1. Patient de moins de 16 ans

La question était posée ainsi : « *Si vous les adressez, à qui adressez-vous, en général, vos patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale ?* ».

La question ne s'adressait qu'aux 74 MG ayant répondu précédemment qu'ils orientaient leurs patients de moins de 16 ans, en situation de surcharge pondérale, vers un ou une spécialiste, ou vers une structure spécialisée. Les médecins interrogés pouvaient citer plusieurs réponses ; la somme des pourcentages est donc supérieure à 100%.

Tableau 48 :

| Spécialiste/structure spécialisée | Nb de MG | % |
|-----------------------------------|----------|-----|
| Diététicien | 58 | 78% |
| Pédiatre | 37 | 50% |
| Réseau local | 18 | 24% |
| Psychologue | 16 | 22% |
| Médecin nutritionniste | 8 | 11% |
| Psychiatre | 0 | 0% |
| Autre | 2 | 3% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

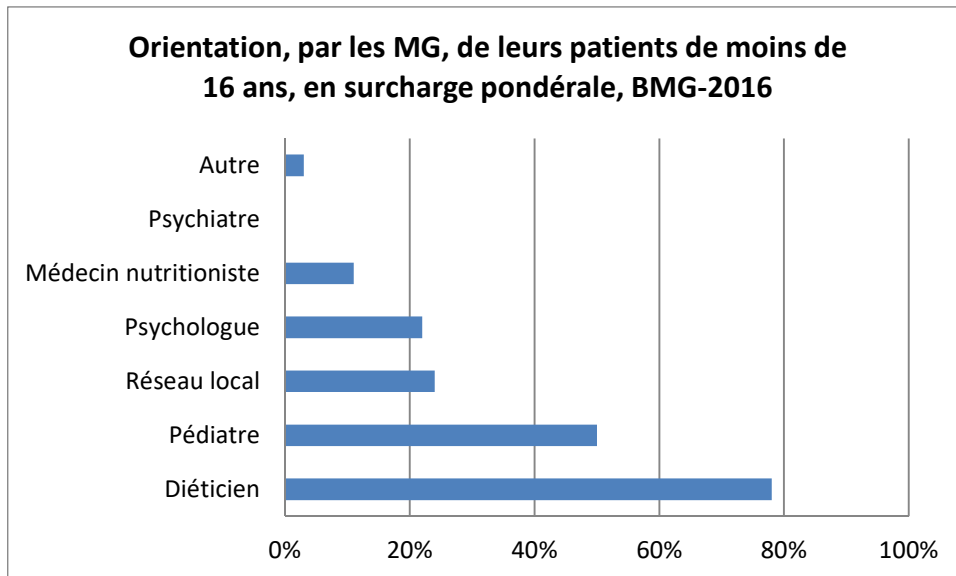
Plus des trois quarts des MG (78%) adressent, généralement, leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale à une ou un diététicien (Figure 30).

La moitié des MG (50%) adresse généralement, également ou pas, ses patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale à une ou un pédiatre.

Un quart seulement des MG (24%) adresse, généralement, ses patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale, également ou pas, à un réseau local spécialisé, alors qu'un MG sur cinq (22%) les oriente, également ou pas, vers une ou un psychologue.

Plus rarement, 11% des MG orientent, seulement ou en plus d'un autre choix spécialisé, leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale vers une ou un médecin nutritionniste. Trois pourcent des MG font, également ou pas, un choix alternatif, non précisé. Enfin, aucun des MG qui ont répondu à la question n'adresse ses patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale à un psychiatre.

Figure 30 : « Si vous les adressez, à qui adressez-vous, en général, vos patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale ? ». Pour les 74 MG qui orientent leurs patients de moins de 16 ans, en situation de surcharge pondérale, vers un ou une spécialiste, ou vers une structure spécialisée.



Source : ASS-NC, BMG-2016

La répartition des 74 MG répondants en fonction de leur lieu d'exercice principal et de leur secteur d'activité permet de préciser les observations faites globalement. Cette même analyse selon le sexe, l'âge ou l'ancienneté professionnelle en NC n'apporte aucun enseignement particulier.

➤ **Les MG qui travaillent en Brousse orientent leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale vers une ou un diététicien, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères exerçant dans le périmètre du Grand Nouméa.**

Alors que 96% des MG qui exercent en Brousse orientent leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale vers une ou un diététicien, 69% de leurs homologues qui travaillent dans le périmètre du Grand Nouméa ont la même attitude ($p < 0,05$).

➤ **Les MG salariés orientent systématiquement leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale vers une ou un diététicien, soit bien plus fréquemment que leurs consœurs et confrères exerçant en secteur libéral.**

Alors que 100% des MG salariés orientent leurs patients de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale vers une ou un diététicien, 62% seulement de leurs homologues libéraux ont la même attitude ($p < 0,001$).

8.5.2. Patient adultes

La question était posée ainsi : « *Si vous les adressez, à qui adressez-vous, en général, vos patients adultes en situation de surcharge pondérale ?* ».

La question ne s'adressait qu'aux 61 MG ayant répondu précédemment qu'ils orientaient leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers un ou une spécialiste, ou vers une structure spécialisée. Les médecins interrogés pouvaient citer plusieurs réponses ; la somme des pourcentages est donc supérieure à 100%.

Tableau 49 :

| Spécialiste/structure spécialisée | Nb de MG | % |
|-----------------------------------|----------|-----|
| Diététicien | 45 | 74% |
| Pédiatre | 0 | 0% |
| Réseau local | 28 | 46% |
| Psychologue | 12 | 20% |
| Médecin nutritionniste | 18 | 30% |
| Psychiatre | 2 | 3% |
| Autre | 2 | 3% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Les trois quarts des MG (74%) adressent, généralement, leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale à une ou un diététicien (Figure 31).

Moins de la moitié des MG (46%) adresse généralement, également ou pas, ses patients adultes en situation de surcharge pondérale à un réseau local spécialisé.

Près d'un MG sur trois (30%) adresse généralement, également ou pas, ses patients adultes en situation de surcharge pondérale à un médecin nutritionniste.

Un MG sur cinq (20%) adresse généralement, également ou pas, ses patients adultes en situation de surcharge pondérale à un psychologue.

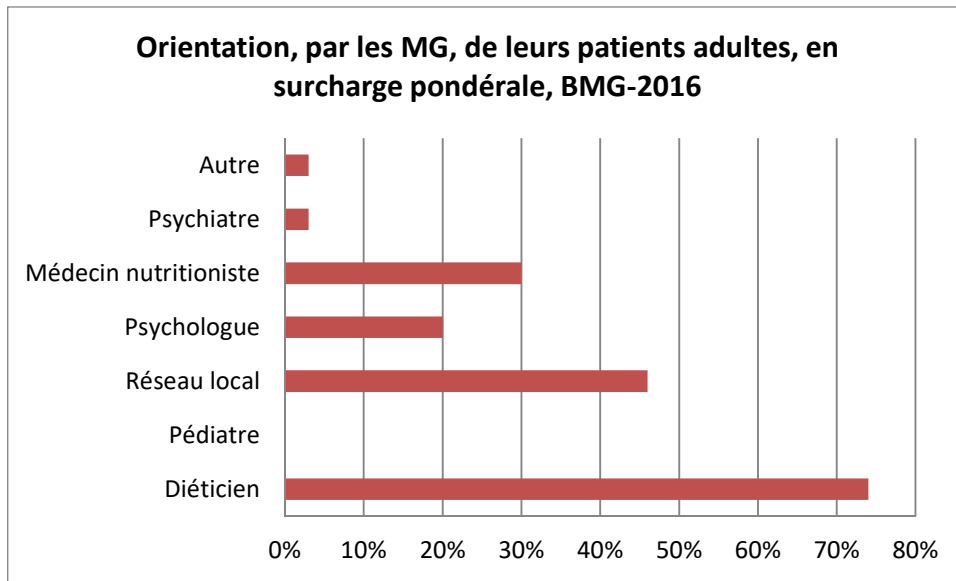
Très rarement, 3% des MG orientent, seulement ou en plus d'un autre choix spécialisé, leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers une ou un psychiatre. Trois pourcent des MG aussi font, également ou pas, un choix alternatif, non précisé. Enfin, très logiquement, aucun des MG qui ont répondu à la question n'adresse ses patients adultes en situation de surcharge pondérale à un pédiatre.

La répartition des 61 MG répondants en fonction de leur lieu d'exercice principal et de leur secteur d'activité permet de préciser les observations faites globalement. Cette même analyse selon le sexe, l'âge ou l'ancienneté professionnelle en NC n'apporte aucun enseignement supplémentaire.

➤ **Les MG qui travaillent dans le périmètre du Grand Nouméa orientent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers un réseau local spécialisé, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères exerçant en Brousse.**

Alors que 57% des MG qui exercent dans le périmètre du Grand Nouméa orientent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers un réseau local spécialisé, seuls 21% de leurs homologues qui travaillent en Brousse ont la même attitude ($p < 0,05$).

Figure 31 : « Si vous les adressez, à qui adressez-vous, en général, vos patients adultes en situation de surcharge pondérale ? ». Pour les 61 MG qui orientent leurs patients adultes, en situation de surcharge pondérale, vers un ou une spécialiste, ou vers une structure spécialisée.



Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **Les MG qui travaillent dans le périmètre du Grand Nouméa orientent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers une ou un médecin nutritionniste, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères exerçant en Brousse.**

Alors que 41% des MG qui exercent dans le périmètre du Grand Nouméa orientent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers une ou un médecin nutritionniste, seuls 5% de leurs homologues qui travaillent en Brousse ont la même attitude ($p < 0,05$).

➤ **Les MG salariés orientent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers une ou un diététicien, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères exerçant en secteur libéral.**

Alors que 90% des MG salariés orientent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers une ou un diététicien, 57% seulement de leurs homologues libéraux ont la même attitude ($p < 0,05$).

➤ **Les MG libéraux orientent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers une ou un médecin nutritionniste, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères salariés.**

Alors que près de la moitié (46%) des MG libéraux orientent leurs patients adultes en situation de surcharge pondérale vers une ou un médecin nutritionniste, 14% seulement de leurs homologues salariés ont la même attitude ($p < 0,05$).

8.6. Prise en charge multidisciplinaire des patients en surcharge pondérale

8.6.1. Patients de moins de 16 ans

La question était la suivante : « Pour quels patients une prise en charge multidisciplinaire vous semble-t-elle intéressante, chez les jeunes ? ».

Les médecins interrogés pouvaient citer plusieurs réponses. Le total des effectifs est donc supérieur à 114 et la somme des pourcentages supérieure à 100%.

Tableau 50 :

| Patients | Nb de MG | % |
|---------------------------------|----------|-----|
| Tous les obèses | 66 | 58% |
| En cas de complication clinique | 52 | 46% |
| Tous les patients en surpoids | 46 | 40% |
| Autre | 1 | 1% |
| Nspp | 5 | 4% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

La majorité des MG (58%) pense qu'une prise en charge pluridisciplinaire est intéressante, chez tous les jeunes obèses de moins de 16 ans.

Une petite moitié des MG (46%) pense qu'une prise en charge pluridisciplinaire est intéressante, en cas de complication clinique, chez les jeunes obèses ou en surpoids de moins de 16 ans.

Quarante pourcent des MG pensent qu'une prise en charge pluridisciplinaire est intéressante, chez tous les jeunes de moins de 16 ans en situation de surcharge pondérale.

Un MG (1%) pense qu'une prise en charge pluridisciplinaire est intéressante, dans des circonstances non précisées, chez les jeunes obèses ou en surpoids de moins de 16 ans, alors que 4% des médecins ne se prononcent pas sur l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire chez ces patients.

L'analyse des résultats d'ensemble, en fonction de l'âge des médecins généralistes, met en évidence une variation significative de la répartition des MG. Le reste de l'analyse en fonction des autres déterminants socio démographiques et professionnels n'apporte aucune précision supplémentaire.

➤ **Les MG les plus jeunes pensent, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères plus âgés, qu'une prise en charge pluridisciplinaire est intéressante, en cas de complication clinique, chez les jeunes obèses de moins de 16 ans.**

Alors que plus de la moitié (56%) des MG âgés de 29 à 50 ans pense qu'une prise en charge pluridisciplinaire est intéressante, en cas de complication clinique, chez les jeunes obèses de moins de 16 ans, 36% seulement de leurs homologues plus âgés (51-79 ans) ont la même opinion ($p < 0,05$).

8.6.2. Patients adultes

La question était la suivante : « *Pour quels patients une prise en charge multidisciplinaire vous semble-t-elle intéressante, chez les adultes ?* ».

Les médecins interrogés pouvaient citer plusieurs réponses. Le total des effectifs est donc supérieur à 114 et la somme des pourcentages supérieure à 100%.

Tableau 51 :

| Patients | Nb de MG | % |
|---------------------------------|----------|-----|
| Tous les obèses | 65 | 57% |
| En cas de complication clinique | 72 | 63% |
| Tous les patients en surpoids | 28 | 25% |
| Autre | 2 | 2% |
| Nspp | 4 | 4% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Près des deux tiers des MG (63%) pensent qu'une prise en charge pluridisciplinaire est intéressante, en cas de complication clinique, chez les adultes obèses ou en surpoids.

Plus de la moitié des MG (57%) pense qu'une prise en charge pluridisciplinaire est intéressante, pour tous les adultes obèses.

Un quart des MG pense qu'une prise en charge pluridisciplinaire est intéressante, chez tous les adultes en surpoids.

Deux MG (2%) pensent qu'une prise en charge pluridisciplinaire est intéressante, dans des circonstances non précisées, chez les adultes obèses ou en surpoids, alors que 4% des médecins ne se prononcent pas sur l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire chez ces patients.

L'analyse en fonction des déterminants socio démographiques et professionnels n'apporte aucune précision supplémentaire aux résultats d'ensemble.

9. Rhumatisme articulaire aigu

La question était la suivante : « De combien de patients êtes-vous le médecin référent dans le cadre d'une prise en charge du RAA ? ».

Tableau 52 :

| Nb de patients RAA | Nb de MG | % | Regroupement % |
|--------------------|------------|-------------|----------------|
| Aucun | 13 | 12% | 12% |
| 1 – 10 | 40 | 35% | 35% |
| 11 – 20 | 23 | 20% | |
| 21 – 30 | 16 | 14% | 40% |
| > 30 | 7 | 6% | |
| Nspp | 15 | 13% | 13% |
| Total | 114 | 100% | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **Les trois quarts des MG (75%) sont impliqués, au titre de médecin référent, dans le cadre de prise en charge des patients souffrant de rhumatisme articulaire aigu (RAA).** Douze pourcent des MG (13 MG) ne prennent aucun patient en charge et 13% (15) ont préféré ne pas se prononcer sur cette question. On note que la part de MG qui ont réservé leur opinion est supérieure à celle de ceux qui ne sont référent pour aucun patient.

Pour la suite de l'analyse, les catégories de nombre de patients par médecin ont été regroupées de la manière suivante : Aucun patient, de 1 à 10 patients, plus de 10 patients, et nspp.

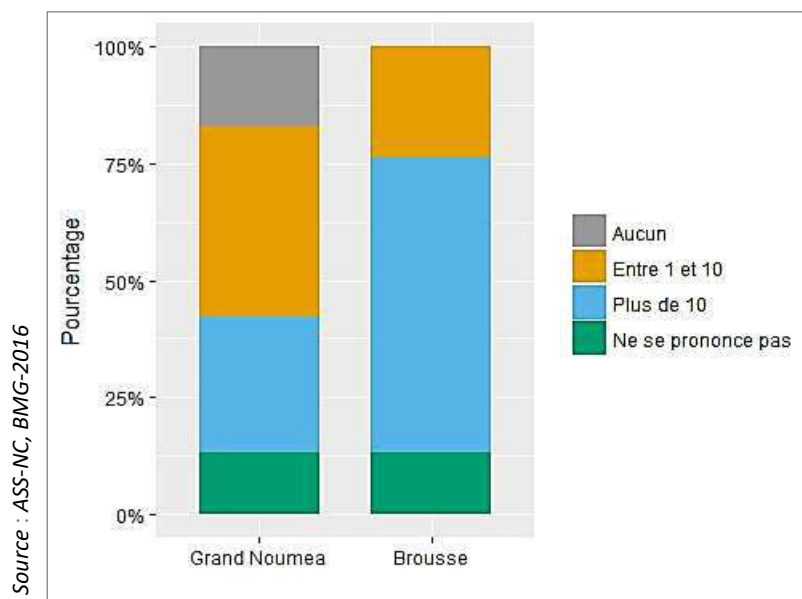
Une analyse détaillée permet de mieux cerner les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des MG de chacune de ces catégories. La répartition des 114 MG répondants en fonction de leur lieu d'exercice principal et de leur secteur d'activité permet de préciser les observations faites globalement. Cette même analyse selon le sexe, l'âge ou l'ancienneté professionnelle en NC n'apporte aucun enseignement.

➤ **Les MG exerçant Brousse sont, d'une part, plus fréquemment impliqués dans la prise en charge des patients porteurs d'un RAA et, d'autre part, plus de 2 fois plus souvent que leurs homologues du Grand Nouméa, pour un nombre de patients supérieur à 10 par médecin-référent (Figure 32).**

Le pourcentage de MG qui ont réservé leur avis sur cette question (13%) est identique pour chacune des deux zones d'exercice principal. Les 13 médecins qui ne sont le médecin-référent d'aucun patient porteur d'un RAA exercent tous dans le périmètre du Grand Nouméa, soit environ un MG sur six (17%) travaillant en zone urbanisée. Les MG qui exercent en Brousse et qui ont répondu à la question (33/38) sont tous le médecin-référent d'un patient, au moins, atteint de RAA. En Brousse, 87% des MG sont donc impliqués dans la prise en charge des patients porteurs d'un RAA, ce qui n'est le cas que de 70% des MG travaillant sur le Grand Nouméa ($p < 0,01$).

En Brousse, 63% des MG sont référents pour plus de 10 patients souffrant de RAA, contre seulement 29% de leurs consœurs et confrères exerçant dans le périmètre du Grand Nouméa ($p < 0,001$). Parmi les médecins-référent qui prennent en charge plus de 20 patients porteurs d'un RAA, 70% (16/23) exercent en Brousse. De même, parmi les médecins-référent qui prennent en charge plus de 30 patients porteurs d'un RAA, 71% (5/7) sont installés en Brousse.

Figure 32 : « De combien de patients êtes-vous le médecin référent dans le cadre d'une prise en charge du RAA ? ». Répartition des réponses selon le lieu d'exercice principal des MG.



➤ **Les médecins-référent salariés sont plus fréquemment en charge de plus de 10 patients atteints d'un RAA que leurs homologues du secteur libéral et que ceux exerçant une double activité.**

En revanche, la participation globale de chacun des secteurs d'activité dans la prise en charge des patients atteints de RAA n'est pas significativement différente.

Parmi les MG salariés, 56% sont le médecin-référent de plus de 10 patients avec un RAA, contre 31% des MG libéraux et 38% des MG avec une double activité ($p < 0,001$). Parmi les 46 MG qui sont médecins-référent de plus de 10 patients avec un RAA, la moitié (50%) est du secteur salarié, 43% sont du secteur libéral et 7% travaillent pour les deux secteurs. Les médecins du secteur libéral sont le plus souvent référent pour 1 à 10 patients (46%), ce qui est le cas de 20% des médecins salariés et de 25% des MG avec une activité mixte. Quatorze pourcent (14%) des MG libéraux ne prennent en charge aucun patient vivant avec un RAA, il en est de même pour 10% des médecins salariés, alors qu'aucun des MG avec une double activité n'est concerné par ce cas de figure (0%). Toutefois, 77% des MG libéraux sont en charge d'au moins un patient avec un RAA, ce qui est aussi le cas pour 76% des MG salariés et pour 63% des médecins exerçant dans les deux secteurs.

10. Santé bucco-dentaire

La question était formulée ainsi : « Adressez-vous systématiquement à un chirurgien-dentiste vos patients relevant d'une prise en charge à 100%, pour un suivi dentaire ? ».

Tableau 53 :

| Patients adressés pour suivi dentaire | Oui | Non | Nsp | Total |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|------------|
| | % (n) | | | |
| Diabétiques | 57% (65) | 33% (38) | 10% (11) | 100% (114) |
| Porteurs d'un RAA | 85% (97) | 4% (5) | 11% (12) | 100% (114) |
| Porteurs du VIH | 19% (22) | 19% (22) | 62% (70) | 100% (114) |
| Risque d'endocardite infectieuse | 76% (87) | 10% (11) | 14% (16) | 100% (114) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **Une large majorité des MG (87%) adresse systématiquement ses patients porteurs d'un RAA à un chirurgien-dentiste, pour un suivi dentaire.** Seuls 4% ont une pratique différente, alors que 11% ne se prononcent pas sur la question.

➤ **Les trois-quarts des MG (76%) adressent aussi systématiquement leurs patients présentant un risque d'endocardite infectieuse pour un suivi dentaire.** Dix pourcent d'entre eux ne le font pas, et 14% préfèrent ne pas communiquer sur la pratique qu'ils adoptent à ce propos, ou n'ont pas de patients avec un tel risque dans leur patientèle.

➤ **La situation est plus controversée pour les patients diabétiques.** Une petite majorité des MG (57%) adresse systématiquement ces patients à chirurgien-dentiste, mais un tiers de leurs confrères et consœurs (33%) ne le fait pas, alors que 10% réservent leur réponse sur le sujet.

➤ **La conduite adoptée pour les patients porteurs du VIH apparaît très équivoque :** sur dix MG, deux (19%) adressent leurs patients porteurs du VIH pour un suivi dentaire, deux autres (19%) font l'inverse et, ce qui est considérable, les six derniers (62%) font le choix de ne pas se prononcer, ou n'ont pas de pratique systématique vis-à-vis de ces patients, ou n'ont pas de personne vivant avec le VIH dans leur patientèle.

L'analyse de chacune de ces différentes catégories de patients en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'activité, du lieu d'exercice principal des MG ainsi que de leur ancienneté professionnelle en NC n'apporte aucun éclairage supplémentaire.

11. Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Les domaines étudiés dans ce chapitre sur l'insuffisance rénale chronique (IRC) sont : l'orientation des patients atteints d'IRC vers un néphrologue, la recherche systématique d'une atteinte rénale en cas de suspicion d'IRC, les éléments de soutien potentiels aux MG dans la prise en charge des patients atteints d'IRC, et la connaissance du RESIR par les MG.

11.1. Orientation des patients vers un néphrologue

La question était la suivante : « *En vous appuyant sur la classification [suivante], habituellement, à partir de quel DFG [degré de filtration glomérulaire] orientez-vous vos patients vers un confrère spécialiste néphrologue ?* ».

| Stade | DFG (ml/min/1,73 m ²) | Définition |
|-------|-----------------------------------|---|
| 1 | ≥ 90 | Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté |
| 2 | entre 60 et 89 | Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué |
| 3 | Stade 3A : entre 45 et 59 | Insuffisance rénale chronique modérée |
| | Stade 3B : entre 30 et 44 | |
| 4 | entre 15 et 29 | Insuffisance rénale chronique sévère |
| 5 | < 15 | Insuffisance rénale chronique terminale |

* avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs).

Source : Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soin. Maladie rénale chronique de l'adulte. 2012.

Tableau 54 :

| DFG (stades) | Nb de MG | % |
|--------------|------------|-------------|
| Stade 1 | 3 | 3% |
| Stade 2 | 13 | 11% |
| Stade 3A | 54 | 47% |
| Stade 3B | 34 | 30% |
| Stade 4 | 3 | 3% |
| Nspp | 7 | 6% |
| Total | 114 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

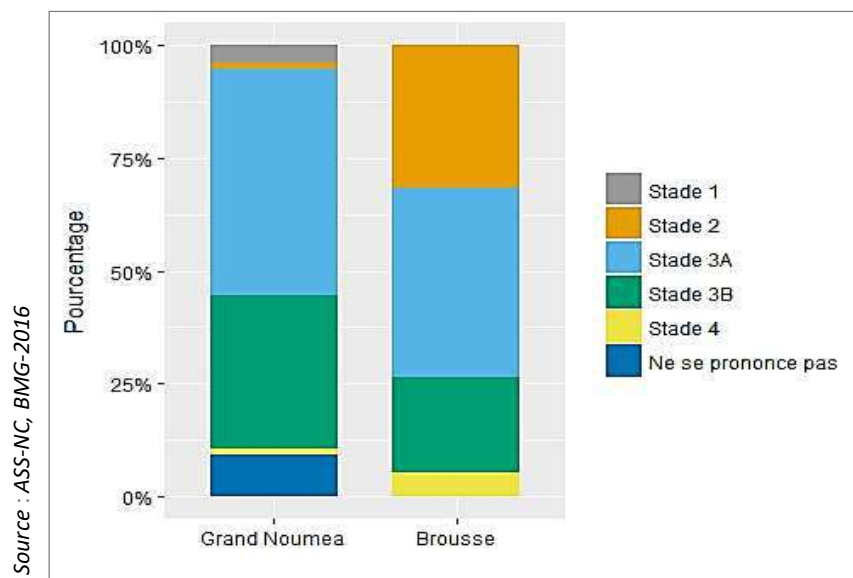
➤ **Plus des trois quarts (77%) des MG orientent leurs patients insuffisants rénaux vers un néphrologue, lorsque ceux-ci atteignent un DFG de stade 3A ou 3B.** Près de la moitié des MG (47%) réfère ses patients atteints d'IRC vers le spécialiste dès le stade 3A de DFG. Onze pourcent réfèrent les patients vers le spécialiste dès le stade 2 de DFG, et 6% d'entre eux, aux extrêmes, se partagent équitablement entre l'option la plus précoce de DFG, au stade 1 (3%), et la plus tardive, au stade 4 (3%). Les six pourcent restants ne se prononcent pas.

L'analyse de ces résultats d'ensemble s'enrichit d'une description plus détaillée, en fonction du lieu d'exercice principal, du secteur d'activité des MG, et de leur ancienneté professionnelle en NC. L'observation de la distribution selon le sexe ou l'âge des MG ne montre aucune différence avec les résultats bruts.

➤ **Les MG exerçant en Brousse orientent plus souvent leurs patients atteints d'IRC vers un néphrologue à un stade plus précoce de la maladie rénale** que leurs consœurs et confrères basés dans la zone du Grand Nouméa (Figure 33).

Alors que 84% des MG qui exercent sur le périmètre du Grand Nouméa orientent leurs patients souffrant d'IRC vers un néphrologue au stade 3A (50%) ou 3B (34%) de DFG, seulement 63% de leurs homologues travaillant en Brousse en font de même, avec 42% et 21% de ces médecins qui réfèrent ces patients aux stades 3A et 3B, respectivement. De plus, 32% des MG en Brousse adressent leurs patients insuffisants rénaux vers un spécialiste au stade 2 de DFG, au plus tard, quand seuls 5% des médecins qui exercent en milieu urbanisé en font de même, et réfèrent leurs patients vers le néphrologue aux stades 1 (4%) ou 2 (1%). Au total, les trois quarts (74%) des MG qui pratiquent en Brousse orientent leurs patients insuffisants rénaux vers un néphrologue aux stades 2 ou 3A de DFG, alors que la moitié seulement (51%) des MG du Grand Nouméa adopte la même ligne de conduite ($p < 0,0001$).

Figure 33 : « [...] habituellement, à partir de quel DFG orientez-vous vos patients vers un confrère spécialiste néphrologue ? ». Répartition des réponses selon le lieu d'exercice principal des MG.



➤ **Les MG salariés orientent plus fréquemment leurs patients atteints d'IRC vers un néphrologue à un stade plus précoce de la maladie rénale que les MG du secteur libéral.**

Si 86% des MG libéraux orientent leurs patients avec une IRC vers un néphrologue aux stades 3A (48%) ou 3B (38%), seuls 61% de leurs homologues salariés font de même. Toutefois, 31% des MG salariés réfèrent ces patients insuffisants rénaux vers un spécialiste au stade 2 de DFG, au plus tard, alors que seulement (3%) des MG libéraux adoptent la même ligne de conduite. Au total, 73% des médecins généralistes salariés réfèrent leurs patients souffrant d'IRC vers un néphrologue aux stades 2 ou 3A, alors que moins de la moitié des MG libéraux (48%) a la même pratique ($p < 0,001$).

De leur côté, sept des huit MG (88%) travaillant dans les deux secteurs orientent leurs patients avec une IRC vers un néphrologue aux stades 3A (63%) ou 3B (25%), aucun ne réfère ces patients vers un spécialiste au stade 1, et un seul d'entre eux (12%) réfère les patients atteints d'IRC vers le néphrologue au stade 2 de DFG. Au total, 75% des MG qui ont une double activité orientent leurs patients avec une IRC vers un néphrologue aux stades 2 (12%) ou 3A (63%).

➤ **Les MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC orientent plus fréquemment leurs patients atteints d'IRC vers un néphrologue, à un stade plus précoce de la maladie rénale** que les autres médecins généralistes.

Cette analyse ne prend pas en compte les MG ayant refusé de se prononcer, c'est à dire : 5% (3 MG) des médecins avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC, et 7% (4 MG) des médecins avec plus de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC.

Quatre-vingt-dix pourcent des MG les plus expérimentés en NC réfèrent leurs patients vers le spécialiste aux stades 3A (47%) ou 3B (43%), alors que seulement 74% (respectivement 54% et 20%) des MG les moins expérimentés en NC procèdent de la même manière. Néanmoins, 22% des MG avec le moins d'ancienneté professionnelle localement réfèrent leurs patients insuffisants rénaux vers un spécialiste aux stades 1 (4%) ou 2 (18%) de DFG, alors que seulement 8% des MG les plus expérimentés en NC adoptent cette ligne de conduite, avec respectivement, 2% au stade 1 et 6% au stade 2. Au total, deux tiers (72%) des MG les moins expérimentés, et un peu plus de la moitié (53%) des plus expérimentés, en NC, réfèrent leurs patients souffrant d'IRC vers un néphrologue aux stades 2 ou 3A ($p < 0,05$).

11.2. Recherche systématique d'une atteinte rénale en cas de suspicion d'IRC

La question était posée ainsi : « *En cas de suspicion d'IRC, recherchez-vous systématiquement des marqueurs d'atteinte rénale tels que... ?* ».

Tableau 55 :

| Marqueurs recherchés | Oui | Non | Nsp | Total |
|------------------------------------|-----------|----------|--------|------------|
| | % (n) | | | |
| Protéinurie (ou micro-albuminurie) | 96% (109) | 0% (0) | 4% (5) | 100% (114) |
| Hématurie (ECBU) | 83% (94) | 11% (13) | 6% (7) | 100% (114) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **A l'exception de 5 MG qui ne se sont pas prononcés (4%), tous les autres (96%) recherchent systématiquement une protéinurie (ou une micro-albuminurie) chez les patients suspectés de souffrir d'une IRC. La recherche d'une hématurie, chez ces mêmes patients, est moins systématique.** Bien qu'elle soit systématiquement recherchée par 83% des MG suspectant une IRC chez leurs patients, et que 6% des médecins (7) s'abstiennent de répondre à la question, 11% d'entre eux ne font pas de recherche systématique de ce marqueur d'atteinte rénale dans le même contexte clinique.

L'analyse détaillée en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnels usuels ne montre qu'une seule variation, par rapport aux résultats d'ensemble. Celle-ci concerne la recherche systématique d'une hématurie en fonction de l'âge des MG.

➤ **Les MG les plus âgés recherchent une hématurie plus systématiquement que les plus jeunes, devant un patient suspecté d'être atteint d'une IRC ($p < 0,05$).**

Parmi les médecins les plus âgés (51-79 ans), 90% recherchent ce marqueur d'atteinte rénale, pour seulement 3% d'entre eux qui ne le font pas et 7% qui ne se prononcent pas. Chez les MG les plus jeunes (29-50 ans), 75% recherchent une hématurie chez leurs patients devant une suspicion d'IRC, 20% ne le font pas et 5% s'abstiennent de donner leur avis sur le sujet. L'association statistique est d'autant plus forte que l'on ignore les MG qui ne se sont pas prononcés ($p < 0,01$).

11.3. Éléments de soutien potentiels aux médecins généralistes dans la prise en charge de l'IRC

La question était formulée de la manière suivante : « *Qu'est-ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge de vos patients atteints d'IRC ?* ».

Les répondants pouvaient faire plusieurs choix, la somme des pourcentages est donc supérieure à 100%. Il leur était également possible de suggérer des choix alternatifs aux éléments proposés par le BMG-2016. On notera que 18 médecins (16%) se sont abstenus de se prononcer sur la question.

Tableau 56 :

| Éléments de soutien potentiels | Nb de MG | % |
|--|----------|-----|
| Protocole pluri-professionnel (PPP) | 66 | 58% |
| Programme d'éducation thérapeutique (PET) | 60 | 53% |
| Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) | 34 | 30% |
| Autre | 1 | 1% |
| Nspp | 18 | 16% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ Avec respectivement 58% et 53% des choix exprimés, le protocole pluri-professionnel et le programme d'éducation thérapeutique sont les deux éléments préférés par les MG, pour les aider dans la prise en charge de leurs patients atteints d'IRC. Les RCP réunissent 30% des choix.

Un seul médecin a exprimé un choix « autre » de ceux proposés. Sa suggestion était la suivante : « que les néphrologues répondent à nos courriers par voie postale ou par mail. ».

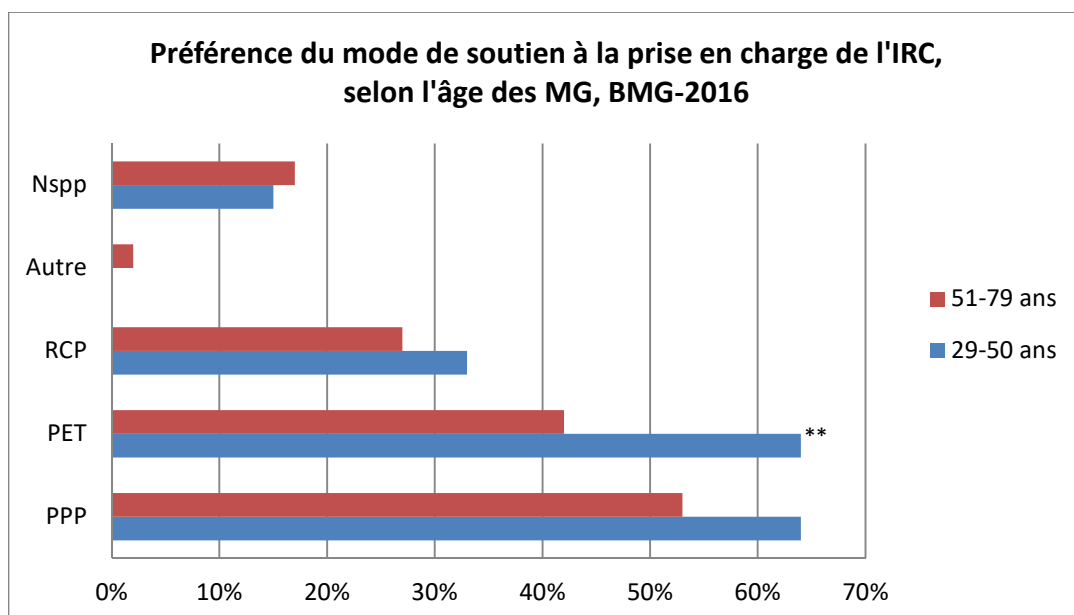
L'analyse détaillée ne tient pas compte des MG ne s'étant pas prononcés, ni de l'unique suggestion alternative exprimée.

➤ On observe des modifications dans la distribution des choix d'ensemble pour le programme d'éducation thérapeutique (PET), en fonction du sexe et de l'âge des MG.

Les MG femmes préfèrent le programme d'éducation thérapeutique (74% des choix) plus fréquemment que les MG hommes, chez qui le programme ne recueille que 38% des choix ($p < 0,001$).

Cette même préférence est exprimée par les MG âgés de 29 à 50 ans (Figure 34), qui donnent au programme d'éducation thérapeutique 64% de leurs choix, alors que le programme ne recueille que 42% des choix des MG âgés de 51 à 79 ans ($p < 0,05$).

Figure 34 : « Qu'est-ce qui pourrait-vous aider dans la prise en charge de vos patients atteints d'IRC ? ». Répartition des réponses selon l'âge des MG.



Source : ASS-NC, BMG-2016

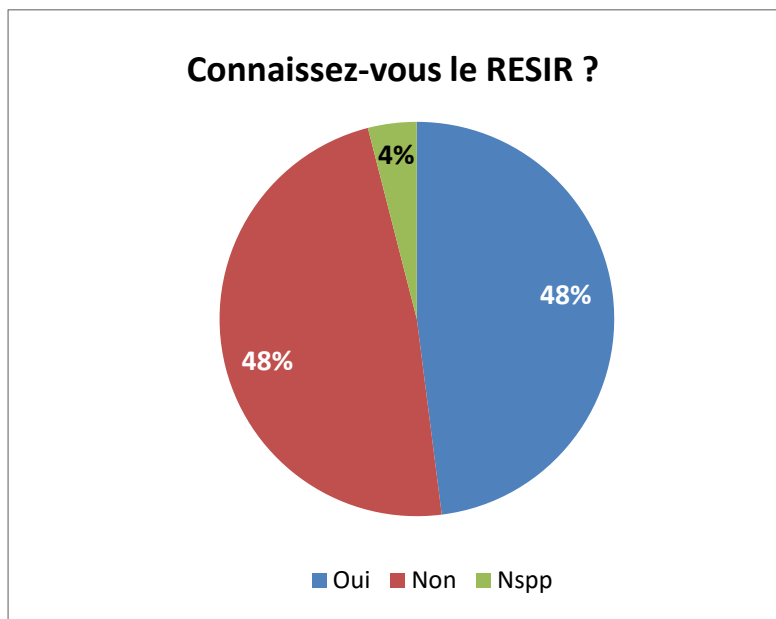
Aucune autre variation n'est mise en évidence avec ces deux premiers déterminants, ni selon le secteur d'activité, le lieu d'exercice principal ou l'ancienneté professionnelle des MG, en NC.

11.4. Connaissance du RESIR par les médecins généralistes

La question était posée ainsi : « *Connaissez-vous le RESIR ?* ».

➤ Hormis les 4 médecins qui ne sont pas prononcés sur le sujet, la répartition des répondants est parfaitement égale, avec une moitié des MG qui affirme connaître le Réseau de l'insuffisance rénale en Nouvelle-Calédonie (RESIR) et une autre moitié qui ne le connaît pas (Figure 35).

Figure 35 : « *Connaissez-vous le RESIR ?* ». Ensemble des 114 MG répondants.



Source : ASS-NC, BMG-2016

L'analyse détaillée selon le sexe, l'âge, le secteur d'activité ou le lieu d'exercice principal des MG n'apporte aucune information supplémentaire, par rapport aux réponses d'ensemble.

➤ **En revanche, de manière plutôt compréhensible pour une structure professionnelle locale, les MG avec la plus grande ancienneté professionnelle en Nouvelle-Calédonie connaissent plus fréquemment le RESIR que ceux dont l'installation ou la prise de fonction est moins ancienne.**

Parmi les MG avec plus de dix ans d'expérience professionnelle en NC, 60% disent connaître le RESIR, 37% ne le connaissent pas et 3% ne se prononcent pas. Chez les MG avec moins de dix ans d'expérience professionnelle localement, 37% connaissent le RESIR, 60% ne le connaissent pas et 3% ne se prononcent pas ($p < 0,05$).

12. Education thérapeutique du patient

L’objet de ce chapitre est d’explorer, dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, les domaines suivants de l’éducation thérapeutique (ET) des patients : la mise en pratique et l’auto-appréciation de leur propre efficacité, en matière d’ET, l’orientation des patients vers les structures spécialisées en éducation thérapeutique, et notamment vers le Centre d’éducation de l’ASS-NC.

En cours de chapitre, le nombre total de MG répondants au BMG-2016 passera de 114 à 113. Cet élément sera notifié en temps voulu.

12.1. Mise en pratique de l’éducation thérapeutique

La question était la suivante : « *Concernant vos patients atteints de pathologie(s) chronique(s), pratiquez-vous vous-même l’éducation thérapeutique, c’est-à-dire la mise en œuvre d’activités éducatives ?* ».

Tableau 57 :

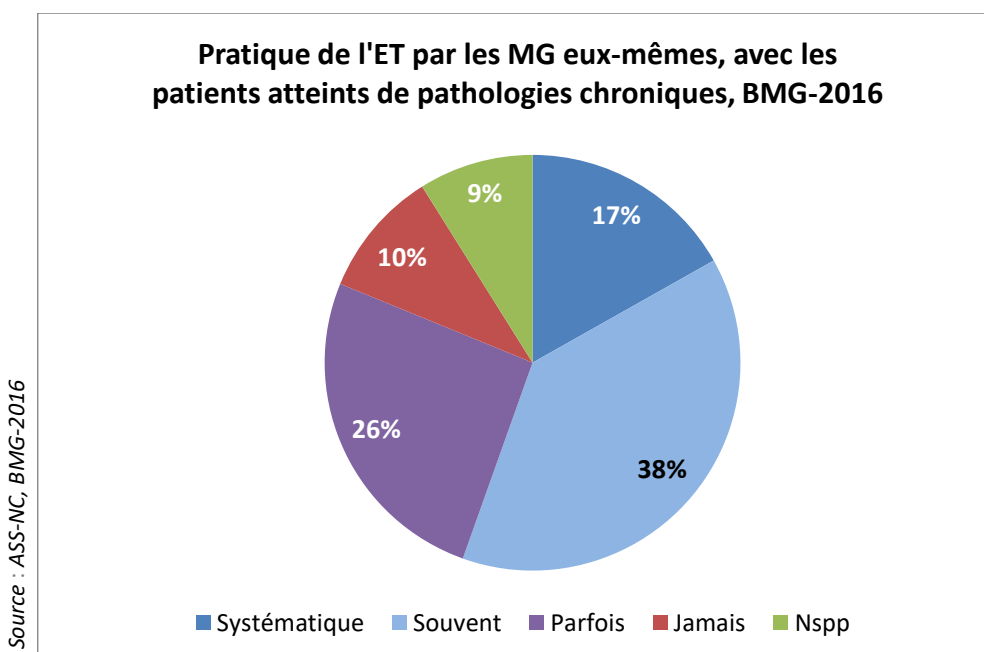
| Pratique de l’ET | Nb de MG | % |
|------------------|------------|-------------|
| Systématiquement | 19 | 17% |
| Souvent | 44 | 39% |
| Parfois | 30 | 26% |
| Jamais | 11 | 10% |
| Nspp | 10 | 9% |
| Total | 114 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Un large part des MG (82%) pratique l’ET, à divers degrés toutefois : 39% souvent, 26% parfois et 17% systématiquement. On note que 10% des MG ne pratiquent jamais l’ET avec leurs patients, et que sensiblement la même proportion choisissent de ne pas se prononcer sur la question (Figure 36).

Figure 36 : « *Concernant vos patients atteints de pathologie(s) chronique(s), pratiquez-vous vous-même l’éducation thérapeutique, c’est-à-dire la mise en œuvre d’activités éducatives ?* ».

Ensemble des 114 MG répondants.



L'analyse en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnelle n'apporte pas plus de précision à ces résultats d'ensemble.

12.2. Auto-appréciation de l'efficacité de l'éducation thérapeutique

La question était formulée ainsi, en référence à la précédente : « *Si oui, en termes d'éducation thérapeutique, vous sentez-vous, avec vos patients... ?* ».

Seuls les 93 MG ayant répondu qu'ils pratiquaient systématiquement, souvent ou parfois l'ET avec leurs patients étaient concernés par cette question.

Tableau 58 :

| Patients | Très efficace | Assez efficace | Peu efficace | Pas du tout efficace | Nsp | Total |
|------------------------------|---------------|----------------|--------------|----------------------|----------|-----------|
| | % (n) | | | | | |
| Diabétiques | 6% (5) | 61% (57) | 32% (30) | 0% (0) | 1% (1) | 100% (93) |
| Obèses | 1% (1) | 16% (15) | 75% (70) | 7% (6) | 1% (1) | 100% (93) |
| BPCO | 1% (1) | 40% (37) | 49% (46) | 7% (6) | 3% (3) | 100% (93) |
| Asthmatiques | 5% (5) | 65% (60) | 26% (24) | 0% (0) | 4% (4) | 100% (93) |
| Hypertendus | 10% (9) | 76% (71) | 12% (11) | 0% (0) | 2% (2) | 100% (93) |
| Insuffisants cardiaques (IC) | 5% (5) | 52% (48) | 27% (25) | 3% (3) | 13% (12) | 100% (93) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **Tous les MG concernés pensent que leurs activités d'ET est d'une certaine efficacité auprès des patients hypertendus, asthmatiques et diabétiques** (Figure 37) — si l'on fait abstraction du faible nombre de MG qui ne se prononcent pas, soit respectivement 1 MG (patients diabétiques), 2 MG (patients hypertendus) et 4 MG (patients asthmatiques).

La grande majorité des MG (86%) qui pratiquent l'ET avec leurs patients hypertendus se déclare soit *très* (10%) soit *assez* (76%) efficace, cependant que 12% qui se jugent *peu* efficaces. Deux médecins (2%) ont choisi de ne pas se prononcer.

Près des trois quarts des MG (70%) qui pratiquent l'ET avec leurs patients asthmatiques pensent leur pratique soit *très* (5%) soit *assez* (65%) efficace, pour un dernier quart (26%) qui se juge *peu* efficace. Quatre médecins (4%) ont choisi de ne pas se prononcer.

Deux tiers des MG (67%) qui pratiquent l'ET avec leurs patients diabétiques se pensent soit *très* (6%) soit *assez* (61%) efficaces, alors que le dernier tiers (32%) se juge *peu* efficace. Un seul médecin (1%) a choisi de ne pas se prononcer.

➤ **A l'opposé, 82% des MG déclarent qu'ils sont *peu* (75%) ou *pas du tout* (7%) efficaces dans leur pratique de l'ET des patients obèses.** Près d'un médecin sur six (16%) se juge *assez* efficace et 1% (un seul MG) se déclare *très* efficace. Un MG (1%) ne se prononce pas.

➤ **Plus d'un MG sur deux (56%) pense qu'il est *peu* (49%) ou *pas du tout* (7%) efficace en pratiquant lui-même l'ET de ses patients souffrant de BPCO.** Quarante pourcent néanmoins se jugent *assez* efficaces et 1% (un seul MG) se déclare *très* efficace. Trois médecins (3%) ne se prononcent pas.

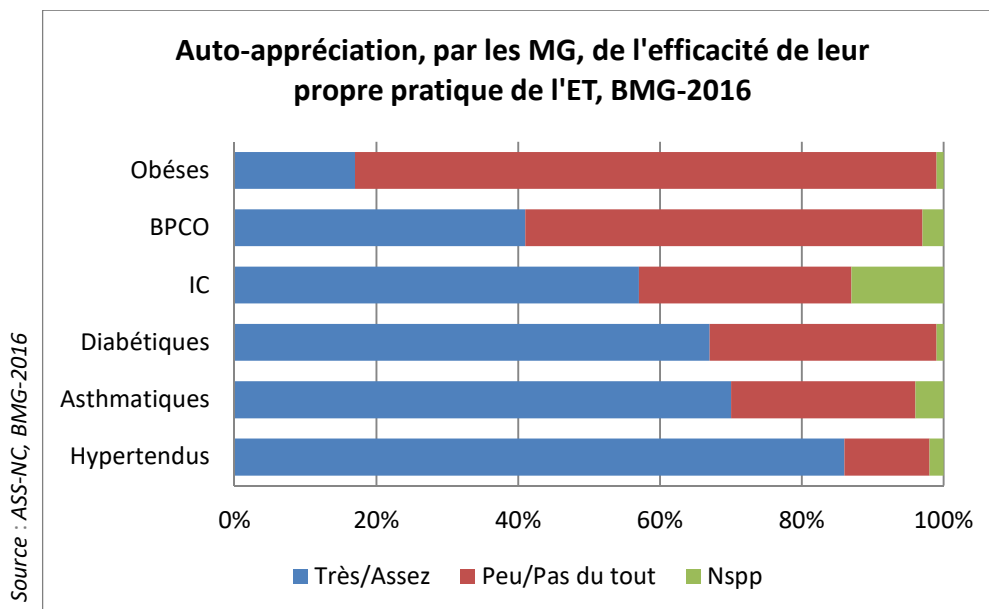
➤ **Si 57% des MG considèrent être *très* (5%) ou *assez* (52%) efficaces dans leurs interventions d'ET auprès de leurs patients insuffisants cardiaques,** 43% des médecins interrogés ont une opinion plus sévère, ou difficile à exprimer, sur l'efficacité de leur pratique de l'ET avec ces mêmes patients.

Un quart des MG (27%) juge *peu* efficaces ses interventions en ET auprès des insuffisants cardiaques, et 3% pas du tout efficaces. Enfin, la part de MG qui ne se prononcent pas sur cette auto-évaluation (13%) est,

de loin, la plus élevée de toutes les pathologies étudiées ici, ce qui renforce l'image d'un groupe de professionnel moins engagé et/ou moins proche de l'ET auprès de ce type de patients — peut-être plus fréquemment suivi par les spécialistes en cardiologie ?

Figure 37 : « Si oui, en termes d'éducation thérapeutique, vous sentez-vous, avec vos patients... ? ».

Pour les 93 MG pratiquant systématiquement, souvent ou parfois l'ET avec leurs patients.



L'analyse en fonction du sexe, du lieu d'exercice principal et du secteur d'activité des MG apporte des observations supplémentaires concernant l'efficacité assumée et relative des pratiques d'ET par les médecins généralistes, vis-à-vis des patients atteints d'insuffisance cardiaque, de BPCO et d'asthme respectivement.

➤ **Les MG hommes pensent être assez efficaces dans les pratiques d'ET menées avec leurs patients insuffisants cardiaques, plus fréquemment que leurs consœurs. Ces dernières, au contraire, jugent peu efficaces leurs activités d'ET auprès de leurs patients insuffisants cardiaques, plus fréquemment que leurs confrères.**

Parmi les MG hommes, plus des deux tiers (68%) jugent assez efficace leurs interventions d'ET auprès de leurs patients insuffisants cardiaques, alors que moins d'un tiers seulement (30%) de leurs consœurs partage le même avis ($p < 0,01$). Inversement, 40% des MG femmes considèrent que leurs activités d'ET auprès de ces mêmes patients insuffisants cardiaques sont peu efficaces, quand à peine un de leurs confrères sur six (17%) est du même avis ($p < 0,05$).

➤ **Les médecins du périmètre urbain considèrent majoritairement que les activités d'ET qu'ils conduisent avec leurs patients atteints de BPCO sont peu efficaces, alors qu'un tiers seulement des MG qui exercent en Brousse partagent la même opinion.**

Les MG du Grand Nouméa pensent, à 58% d'entre eux, que les activités d'ET qu'ils développent avec les patients atteints de BPCO sont peu efficaces, alors qu'un tiers seulement (32%) des MG qui pratiquent en Brousse déclare la même chose ($p < 0,05$).

Aucun des médecins (0%) qui pratiquent dans la zone du Grand Nouméa ne juge être très efficace dans ses activités d'ET envers les patients souffrant d'une BPCO, 31% pensent qu'ils sont assez efficaces, 7% jugent être pas du tout efficace et 5% ne se prononcent pas.

Un seul, parmi les MG (3%) qui travaillent en Brousse, considère être très efficace dans ses activités d'ET envers les patients souffrant d'une BPCO, 58% jugent leurs actions assez efficaces et 7% (2 MG) les déclarent pas du tout efficaces.

➤ **Les MG du secteur libéral jugent, plus fréquemment que leurs homologues du secteur salarié, que leurs interventions d'ET envers leurs patients asthmatiques sont assez efficaces.**

Les trois quarts des MG libéraux (76%) disent être *assez* efficaces dans l'ET de leurs patients asthmatiques, alors que 44% seulement de leurs consœurs et confrères salariés partagent cet avis ($p < 0,01$).

Respectivement 4%, 20% et 0% des MG libéraux se considèrent *très, peu* ou *pas du tout* efficaces dans l'ET de leurs patients asthmatiques ; tous se sont prononcés. Parmi les MG salariés, respectivement 9%, 38% et 0% se considèrent *très, peu* ou *pas du tout* efficaces dans l'ET de leurs patients asthmatiques ; 9% supplémentaires ne se sont pas prononcés. Ces dernières variations entre MG de secteur différent ne sont pas significatives.

12.3. Orientation des patients vers les structures spécialisées en éducation thérapeutique

A ce stade du questionnaire, le nombre de répondants au BMG-2016 est de 113 médecins généralistes.

La question était la suivante : « *Orientez-vous patients atteints de pathologie(s) chronique(s) vers d'autres intervenants afin qu'ils bénéficient d'éducation thérapeutique, ex. hôpital, clinique, dispensaire, réseaux spécialisés, association de patients ?* ».

Tableau 59 :

| Orienté ses patients vers d'autres intervenants | Nb de MG | % |
|---|------------|-------------|
| Systématiquement | 12 | 10% |
| Souvent | 63 | 56% |
| Parfois | 29 | 26% |
| Jamais | 1 | 1% |
| Nspp | 8 | 7% |
| Total | 113 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

➤ **Plus de la moitié des médecins (56%) oriente souvent les patients atteints de pathologie chronique vers des intervenants spécialisés en ET (Figure 38). Pour 10% de plus, cette attitude est systématique, 26% y ont recours parfois seulement et, enfin, seul un MG (1%) dit ne jamais faire appel à des partenaires spécialisés en éducation thérapeutique.** Sept pourcent ne se prononcent pas à ce sujet.

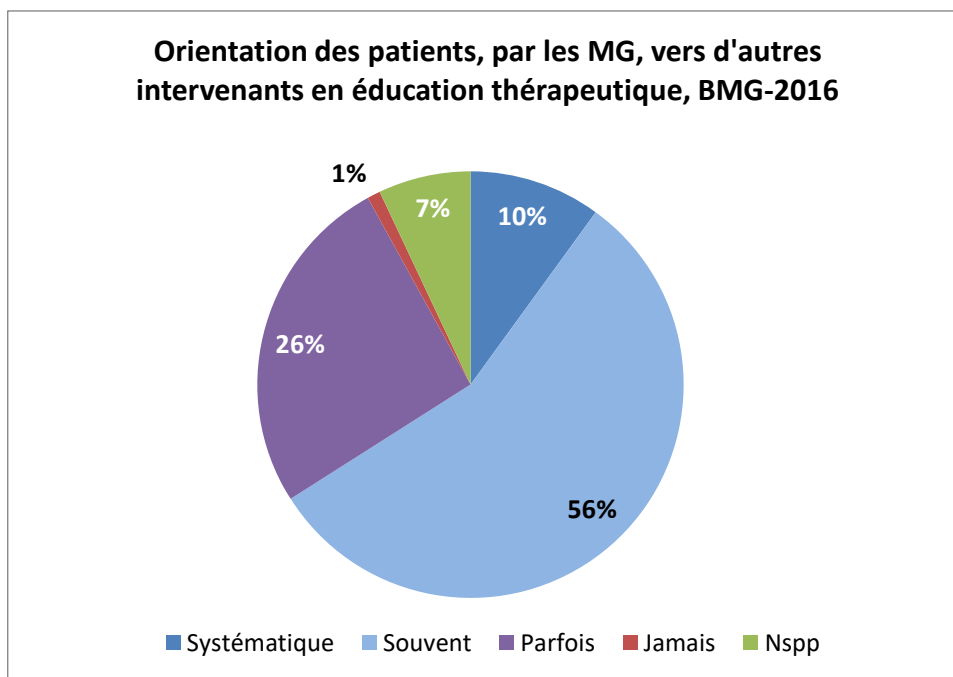
➤ **La quasi-totalité des MG (99%), si l'on ne tient pas compte des 7% (8 MG) qui ne se sont pas prononcés, oriente plus ou moins fréquemment ses patients vers d'autres intervenants, afin qu'ils bénéficient d'une éducation thérapeutique adaptée à la prise en charge de leur/s pathologie/s chronique/s.**

L'analyse en fonction du sexe des MG apporte un éclairage nouveau sur la distribution particulière des médecins quant à leur attitude vis-à-vis des structures spécialisées en ET, en soutien de la prise en charge de leurs patients souffrant de pathologie(s) chronique(s).

➤ **Les MG femmes orientent souvent leurs patients vers des intervenants spécialisés, afin qu'ils bénéficient d'une éducation thérapeutique adaptée à la prise en charge de leur/s pathologie/s chronique/s, plus fréquemment que leurs confrères. Ces derniers, à l'inverse, orientent parfois seulement leurs patients chroniques vers ces mêmes structures, et ce plus fréquemment que leurs consœurs.**

Soixante-dix pourcent des MG femmes disent orienter *souvent* leurs patients vers des intervenants spécialisés, afin qu'ils bénéficient d'une éducation thérapeutique adaptée à la prise en charge de leur/s pathologie/s chronique/s, alors que seulement 46% de leurs confrères adoptent cette même attitude ($p < 0,05$). Un tiers des MG hommes (34%) déclare orienter *parfois* seulement les patients atteints de pathologie(s) chronique(s) vers des intervenants spécialisés en ET, alors que seuls 13% des MG femmes suivent cette même ligne de conduite ($p < 0,05$).

Figure 38 : « Orientez-vous patients atteints de pathologie(s) chronique(s) vers d'autres intervenants afin qu'ils bénéficient d'éducation thérapeutique, ex. hôpital, clinique, dispensaire, réseaux spécialisés, association de patients ? ». Ensemble des 113 MG répondants.



Source : ASS-NC, BMG-2016

12.4. Orientation des patients vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC

Cette question comportait deux niveaux de réponse.

12.4.1. Orientation vers le Centre d'éducation

La question initiale était posée ainsi : « Avez-vous déjà orienté vos patients vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC ? ».

Tableau 60 :

| Orienté vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC | Nb de MG | % |
|--|------------|-------------|
| Oui | 79 | 70% |
| Non | 25 | 22% |
| Nspp | 9 | 8% |
| Total | 113 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Si l'on ne tient compte que des 104 médecins qui se sont exprimés, les trois quarts des MG (76%) ont déjà adressé un ou plusieurs patients souffrant de pathologie(s) chronique(s) au Centre d'éducation de l'ASS-NC. Un quart (24%) n'a jamais eu cette même attitude.

Assez logiquement pour une structure comme le Centre d'éducation de l'ASS-NC, établie à Nouméa, l'analyse en fonction du lieu d'exercice principal, du secteur d'activité et de l'ancienneté professionnelle locale des MG apporte des précisions sur les caractéristiques des médecins quant à l'orientation de leurs patients atteints de pathologie(s) chronique(s) vers des intervenants spécialisés. La répartition inhomogène du sexe des MG ne se prononçant pas sur la question annule toute différence significative de ce point de vue de l'analyse. A l'opposé, la mise à l'écart des MG qui ne se prononcent pas, en fonction de leur ancienneté professionnelle en NC, permet de mettre en lumière une précision significative.

➤ **Les MG du Grand Nouméa orientent leurs patients chroniques vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères de Brousse, afin qu'ils y bénéficient d'une ET appropriée à leur(s) pathologie(s). Complémentaire de cette première observation, on note également que les praticiens exerçant en Brousse n'orientent pas leurs patients vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, de manière plus fréquente que leurs homologues en zone urbaine.**

Parmi les MG du Grand Nouméa, 84% ont déjà orienté au moins un de leurs patients souffrant de pathologie(s) chronique(s) vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, alors que 42% seulement de leurs homologues de Brousse en ont fait de même ($p < 0,0001$). En toute cohérence, la moitié des MG travaillant en Brousse (50%) n'a jamais orienté un seul de ses patients vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, alors que seulement 8% des MG en zone urbanisée ont eu la même attitude ($p < 0,0001$). Neuf MG ne se prononcent pas sur la question, 6 en zone urbaine (8%) et 3 en Brousse (8%).

➤ **Les MG libéraux orientent leurs patients chroniques vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, plus fréquemment que leurs homologues salariés, afin qu'ils y bénéficient d'une ET appropriée à leur(s) pathologie(s). Complémentaire de cette première observation, on note que les MG salariés n'orientent pas leurs patients vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, de manière plus fréquente que leurs homologues du secteur libéral.**

Parmi les MG du secteur libéral, 85% ont déjà orienté un ou plusieurs de leurs patients atteint de pathologie(s) chronique(s) vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, alors que 46% seulement de leurs homologues salariés en ont fait de même ($p < 0,0001$). Logiquement, 46% des MG salariés n'ont jamais orienté un seul de leurs patients vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC quand seuls 8% des MG libéraux se trouvent dans le même cas ($p < 0,0001$). Huit MG ne se prononcent pas sur la question, 5 libéraux (8%) et 3 salariés (7%).

➤ **Les MG les plus expérimentés localement orientent leurs patients chroniques vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC. En complément logique de cette première observation, on observe également que les praticiens les moins expérimentés localement n'orientent pas leurs patients vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, de manière plus fréquente que les MG avec plus de dix ans d'expérience professionnelle locale.** Cette analyse n'est significative qu'en ne tenant compte, ni des 3 MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC (5%), ni des 6 MG parmi les plus expérimentés (11%) qui se sont abstenus de se prononcer.

Parmi les MG les plus expérimentés localement, 88% ont déjà orienté au moins un de leurs patients souffrant de pathologie(s) chronique(s) vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, alors que 65% seulement de leurs homologues moins expérimentés localement en ont fait de même ($p < 0,05$). On observe également, en complément, que plus d'un tiers des MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC (35%) n'a jamais orienté un seul de ses patients atteint de pathologie(s) chronique(s) vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, quand seuls 12% de leurs homologues les plus expérimentés localement ont adopté cette même attitude ($p < 0,05$).

12.4.2. Raisons invoquées pour ne pas orienter vers le Centre d'éducation

Ce niveau de réponse ne concerne que les 25 MG qui ont déclaré ne jamais avoir adressé un seul de leurs patients souffrant de pathologie(s) chronique(s) vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC.

La question supplémentaire était la suivante, en référence à la question initiale : « *Si non, pour quelle raison ?* ».

Tableau 61 :

| Raison invoquée | Nb de MG | % |
|---|-----------|-------------|
| Ne connaît pas cette structure | 18 | 72% |
| Mauvaise image de cette structure (inutile, inefficace) | 0 | 0% |
| Nspp | 7 | 28% |
| Total | 25 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Environ les trois quarts des MG (72%) n'ayant jamais adressé un patient vers cette structure disent ne pas connaître le Centre d'éducation de l'ASS-NC, aucun médecin ne dit avoir une mauvaise image de cette structure, et 28% ne se prononcent pas sur le sujet.

L'analyse en fonction de l'ancienneté professionnelle en NC amène une précision sur la répartition des MG qui déclarent ne pas connaître le Centre d'éducation de l'ASS-NC.

➤ **Les MG les moins expérimentés localement déclarent, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères ayant plus de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC, ne pas connaître le Centre d'éducation de l'ASS-NC.**

Parmi les 25 MG qui n'ont jamais orienté un seul de leurs patients souffrant de pathologie(s) chronique(s) vers le Centre d'éducation de l'ASS-NC, et qui ont moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC, 84% déclarent ne pas connaître le Centre d'éducation de l'ASS-NC, alors que seuls un tiers (33%) de leurs homologues plus expérimentés localement sont dans ce cas de figure ($p < 0,05$).

➤ **En contrepoint de cette première observation, deux tiers (67%) des MG avec plus de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC, contre 16% seulement des MG les moins expérimentés localement, s'abstiennent de se prononcer sur le sujet ($p < 0,05$).**

Pour les MG qui connaissaient le Centre d'éducation de l'ASS-NC tout en n'y ayant jamais adressé le moindre patient, ce non-avis sur la question était le seul choix alternatif à « avoir une mauvaise image de cette structure », ce qu'aucun médecin n'a déclaré.

13. Formation professionnelle

Ce chapitre couvre différentes facettes de la formation professionnelle destinée aux médecins généralistes, en Nouvelle-Calédonie : les préférences thématiques et de format des modules d'enseignement professionnel, l'opinion des MG sur une éventuelle plateforme virtuelle de formation professionnelle à l'éducation thérapeutique, l'opinion des MG sur la mise en place d'une formation médicale continue obligatoire, l'intérêt d'une visite régulière par un délégué de santé publique.

13.1. Préférences thématiques de formation professionnelle

La question était formulée de la manière suivante : « *Seriez-vous intéressé par une formation dans les domaines suivants ?* ».

Tableau 62 :

| Thèmes de formation | Oui | Non | Nsp | Total |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|------------|
| | % (n) | | | |
| Education thérapeutique | 59% (67) | 26% (29) | 15% (17) | 100% (113) |
| Education thérapeutique spécialisée | 72% (81) | 15% (17) | 13% (15) | 100% (113) |
| Education pour la santé | 43% (48) | 41% (46) | 17% (19) | 100% (113) |
| Relation médecin-malade | 35% (40) | 49% (55) | 16% (18) | 100% (113) |
| Spécificités culturelles en NC | 62% (70) | 24% (27) | 14% (16) | 100% (113) |
| Autre | 5% (6) | 25% (28) | 70% (79) | 100% (113) |

Source : ASS-NC, BMG-2016

L'éducation thérapeutique spécialisée (72%), les spécificités culturelles en Nouvelle-Calédonie (62%), et l'éducation thérapeutique en général (59%) sont les trois thèmes de formation professionnelle qui réunissent le plus d'intérêt de la part des MG interrogés et, pour chacun, plus de la moitié d'opinions positives exprimées (Figure 39).

L'éducation pour la santé est le domaine sur lequel les avis des MG sont les plus partagés : 43% y sont favorables, 41% défavorables et 17% ne se prononcent pas.

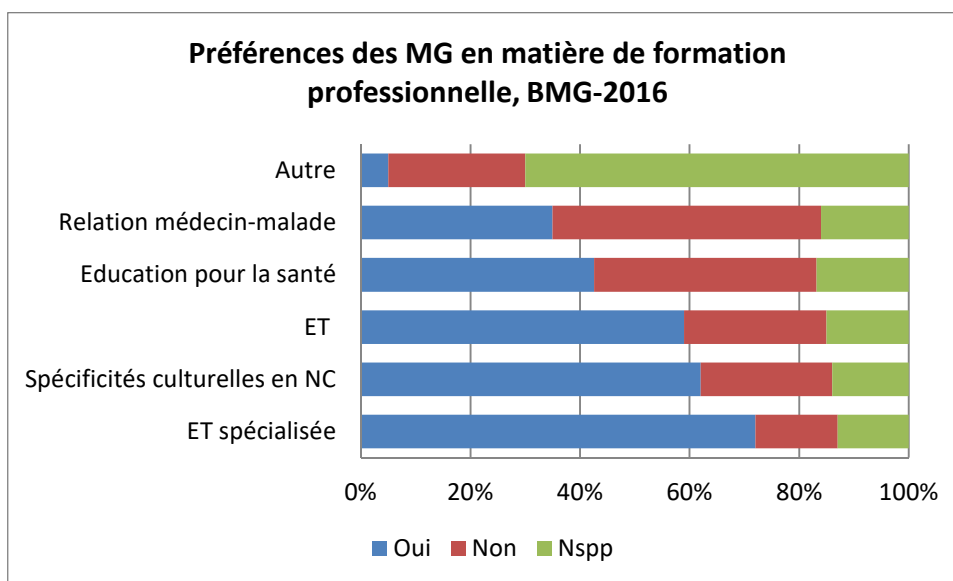
Le domaine de la relation médecin-malade est le seul pour lequel les MG expriment plus d'opinions négatives (49%) que positives (35%) ou de refus de se prononcer (16%).

Six médecins (5%) ont choisi de suggérer un domaine de formation autre que ceux proposés. Les thèmes, ou organisation, suggérés sont les suivants :

- Organisation en réseau de professionnels : lien ville hôpital, RESIR, CCF, CMP, CASADO, DECLIC, associations pour violences sexuelles, conjugales, autres associations concernant maladies chroniques sur la NC
- Urgences
- Soins palliatifs
- Diabète
- Psychiatrie
- Dépendances

Figure 39 : « Seriez-vous intéressé par une formation dans les domaines suivants ? ».

Ensemble des 113 MG répondants.



Source : ASS-NC, BMG-2016

L'analyse selon le sexe, l'âge, le lieu d'exercice principal, le secteur d'activité et l'ancienneté sur le territoire apporte des précisions sur la répartition des MG en fonction des thèmes de formation professionnelle préférés.

➤ **Les MG femmes sont plus favorables que leurs confrères à une formation professionnelle en ET spécialisée, alors que ces derniers y sont plus fréquemment opposés.** L'analyse exclu les 15 médecins qui se sont abstenus de donner leur opinion.

Alors que 95% des MG femmes expriment leur intérêt pour une formation en ET spécialisée, les trois quarts de leurs confrères (75%) expriment une même préférence ($p < 0,05$). A l'opposé, quand seulement 5% des MG femmes sont défavorables à ce thème, un MG hommes sur quatre (25%) exprime son désintérêt pour ce domaine de formation professionnelle ($p < 0,05$).

➤ **Les MG femmes sont plus favorables que leurs confrères à une formation professionnelle sur le thème de la relation médecin-malade, quand ces derniers y sont plus fréquemment opposés.**

Un peu plus de la moitié (52%) des MG femmes disent oui à une formation sur le thème de la relation médecin-malade, pour seulement un quart de leurs confrères (24%) qui approuve aussi ce choix ($p < 0,01$). En revanche, quand 57% des MG hommes sont défavorables à ce domaine de formation, seulement 37% de leurs consœurs expriment un même refus ($p < 0,05$). Dix-huit médecins ne se prononcent pas sur cette question, cinq femmes sur quarante-six (11%) et treize hommes parmi soixante-sept (19%).

➤ **Les médecins les plus jeunes sont plus intéressés que les plus âgés par une formation sur le thème des spécificités culturelles en Nouvelle-Calédonie.**

Parmi les médecins les plus jeunes (29-50 ans) plus de trois sur quatre (78%) plébiscitent le choix d'une formation professionnelle qui traiterait des spécificités culturelles en Nouvelle-Calédonie, alors que moins d'un MG sur deux (47%) dans le groupe des plus âgés (51-79 ans) exprime une même préférence ($p < 0,001$).

Au sein des MG les plus jeunes, 18% refusent ce choix et 4% s'abstiennent d'émettre une opinion. Parmi les médecins les plus âgés, 29% ne sont pas intéressés par le thème des spécificités culturelles en Nouvelle-Calédonie, et 24% ne se prononcent pas sur le sujet.

➤ **Les MG qui exercent en Brousse sont plus favorables que leurs homologues du Grand Nouméa à une formation professionnelle en éducation pour la santé. En miroir de cette opinion, les MG qui travaillent**

sur le Grand Nouméa sont plus désintéressés par ce thème que leurs homologues de Brousse. L'analyse exclu les 18 médecins de la zone urbanisée et l'unique MG de Brousse qui se sont abstenus de donner leur opinion.

Les deux tiers des MG pratiquant en Brousse (65%) sont favorables à une formation en éducation pour la santé, quand 42% des médecins exerçant en périmètre urbain expriment un même intérêt pour ce domaine ($p < 0,05$). Cinquante-huit pourcent des MG pratiquant en zone urbaine, en revanche, sont opposés à ce thème, tout comme 35% seulement des médecins qui travaillent en Brousse ($p < 0,05$).

➤ **Les MG du secteur salarié sont plus favorables que leurs homologues libéraux à une formation professionnelle en éducation pour la santé. En complément logique de cette opinion, les MG du secteur libéral sont plus défavorables à ce thème que leurs homologues salariés.** L'analyse exclu les 16 médecins libéraux et les 2 MG salariés qui ne se sont pas prononcés sur le sujet.

Plus des deux tiers des MG salariés (69%) sont favorables à une formation en éducation pour la santé, quand un peu plus d'un tiers seulement (35%) des médecins libéraux exprime un même intérêt pour ce domaine ($p < 0,01$). En miroir de cette opposition, deux tiers des MG libéraux (65%) sont opposés à ce thème, pour un peu moins d'un tiers seulement (31%) des médecins salariés ($p < 0,01$).

➤ **Les MG avec moins de dix ans d'expérience professionnelle en NC sont plus favorables à une formation professionnelle sur le thème des spécificités culturelles en Nouvelle-Calédonie que leurs homologues plus expérimentés localement. En miroir de cette opinion, les médecins avec plus de dix ans d'expérience professionnelle en NC sont plus défavorables à ce thème que leurs homologues moins expérimentés localement.** L'analyse exclu les 12 médecins avec plus de dix ans d'expérience professionnelle en NC et les 4 MG moins expérimentés en NC qui se sont abstenus de donner leur opinion.

Parmi les MG avec moins de dix ans d'expérience professionnelle en NC, 85% sont favorables à une formation sur les spécificités culturelles en Nouvelle-Calédonie, quand 57% des médecins plus expérimentés localement expriment un même intérêt pour ce domaine ($p < 0,01$). Quarante-trois pourcent des MG avec plus de dix ans d'expérience professionnelle en NC, en revanche, sont opposés à ce thème, tout comme 15% seulement des médecins avec moins de dix ans d'expérience professionnelle localement ($p < 0,01$).

13.2. Préférences de format des modules d'enseignement de la formation professionnelle

Ce niveau de réponse ne concerne que les 97 MG qui ont exprimé un intérêt pour l'un ou l'autre des thèmes de formation professionnelle suggérés. Il était possible de donner plusieurs réponses, la somme des pourcentages est donc supérieure à 100%. Un MG ne s'est pas prononcé.

La question était la suivante, en référence à la précédente : « *Sous quelle(s) forme(s) ?* ».

Tableau 63 :

| Format des modules de formation | Nb de MG | % |
|---------------------------------|----------|-----|
| Présentiel | 75 | 77% |
| Site internet | 54 | 56% |
| Guide ou brochure sur papier | 38 | 39% |
| Autre | 2 | 2% |
| Nspp | 1 | 1% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

La formation en présentiel (77%) et/ou dispensée à travers un site internet (56%) sont les deux formats qui remportent l'adhésion de plus de la moitié des médecins généralistes interrogés. Les supports matérialisés sur papier (guide ou brochure) ne sont approuvés qu'à 39% des choix exprimés.

Deux MG ont proposé un format d'enseignement professionnel autre que ceux proposés, quoique rentrant dans la catégorie, déjà citée, des formations dispensées via internet : des séminaires virtuels, dits « *webminaires* », ou encore l'addition de la visioconférence au support internet via un logiciel spécialisé de type Skype®. Un médecin a choisi de ne pas se prononcer sur le sujet.

L'analyse en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'activité et de l'ancienneté des MG en NC apporte des précisions quant à la distribution des MG vis-à-vis du seul domaine de la formation professionnelle dispensée en présentiel. Ce choix, majoritairement préféré par l'ensemble des médecins, est sujet à une distribution caractérisée des MG en fonction de chacun des cinq déterminants sociodémographiques et professionnels, à l'exception du lieu principal d'activité des médecins généralistes.

➤ **Les MG femmes, âgés de 29 à 50 ans, les salariés, et ceux avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC préfèrent, davantage que leurs homologues respectivement homme, plus âgés (51-79 ans), libéraux et avec plus de dix ans d'expérience professionnelle, participer à des activités de formation professionnelle qui engagent leur présence physique au sein d'un groupe de consœurs et de confrères.** Il convient de souligner que chacune des classes de médecins moins intéressée par ce choix exprime, malgré cela, une opinion qui reste favorable à 60% et plus de ses individus, reflétant en cela la stabilité du résultat d'ensemble.

Les MG femmes sont 88% à préférer ce mode de formation contre 69% des MG hommes ($p < 0,05$).

Les MG les plus jeunes (29-50 ans) sont 92% à préférer une formation en présentiel à tout autre mode d'enseignement professionnel, contre 60% de leurs consœurs et confrères âgés de 51 à 79 ans ($p < 0,001$)

Les médecins salariés préfèrent également ce type de formation à 97% d'entre eux, contre près des deux tiers (64%) de leurs homologues du secteur libéral ($p < 0,001$).

Les MG ayant moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC sont 88% à préférer une formation professionnelle en présentiel, tout comme les deux tiers (66%) de leurs consœurs et confrères possédant plus de dix ans d'expérience professionnelle localement ($p < 0,05$).

13.3. Opinion des MG sur le projet de plateforme virtuelle de formation à l'éducation thérapeutique

La question était la suivante : « *Concernant l'éducation thérapeutique, seriez-vous intéressé par la mise en place d'une plateforme internet ?* ».

Tableau 64 :

| Opinion plateforme virtuelle ET | Nb de MG | % |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Oui | 108 | 95% |
| Non | 3 | 3% |
| Nspp | 2 | 2% |
| Total | 113 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Les résultats d'ensemble plébiscitent à 95% la mise en place d'une plateforme internet dédiée à l'éducation thérapeutique. Trois pourcent des MG seulement y sont défavorables et 2% refusent de se prononcer. En ne tenant pas compte de ces derniers, l'observation est encore plus avérée : 97% pour le projet de plateforme, 3% contre.

En présence d'une telle distribution massivement unilatérale, l'analyse détaillée en fonction des déterminants sociodémographiques et professionnels n'apporte aucune précision supplémentaire.

13.4. Opinion des MG sur la mise en place d'une formation médicale continue obligatoire

La question était formulée ainsi : « *Seriez-vous favorable à la mise en place d'une formation médicale continue obligatoire en NC ?* ».

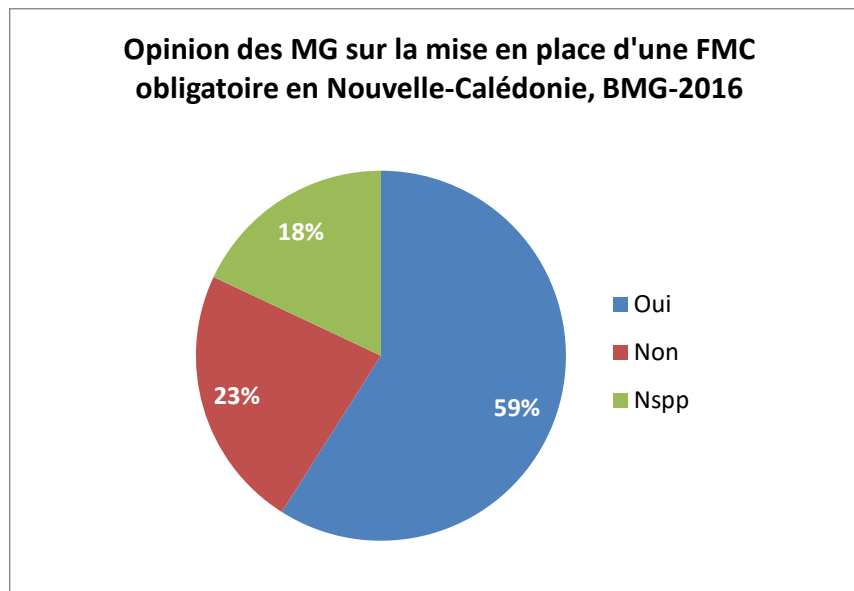
Tableau 65 :

| Opinion FMC | Nb de MG | % |
|--------------|------------|-------------|
| Oui | 67 | 59% |
| Non | 26 | 23% |
| Nspp | 20 | 18% |
| Total | 113 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Plus de la moitié des MG (59%) est favorable à la mise en place d'une formation médicale continue (FMC) en Nouvelle-Calédonie. Près d'un quart des médecins (23%) y est opposé, et entre un MG sur cinq ou sur six (18%) ne se prononce pas sur la question (Figure 40).

Figure 40 : « *Seriez-vous favorable à la mise en place d'une formation médicale continue obligatoire en Nouvelle-Calédonie ?* ». Ensemble des 113 MG répondants.



L'analyse en fonction de l'âge et du secteur d'activité des MG amène des précisions utiles sur la caractérisation des médecins répondants. L'analyse ne tient pas compte des, trop nombreux et trop inégalement répartis, médecins généralistes qui ont refusé de se prononcer.

➤ **Les MG les plus jeunes sont plus favorables à la mise en place d'une FMC, en Nouvelle-Calédonie, que leurs consœurs et confrères plus âgés qui, en retour, y sont plus fréquemment opposés.**

Si les trois quarts (76%) des MG âgés de 29 à 50 ans sont pour la mise en place d'une FMC en NC, seulement 43% des MG les plus âgés (51-79 ans) ont une opinion semblable ($p < 0,01$). En toute logique complémentaire, quand un tiers des MG les plus âgés (33%) est opposé à la mise en place d'une FMC en Nouvelle-Calédonie, seulement 13% de leurs homologues les plus jeunes ont un même avis sur la question ($p < 0,01$).

➤ **Les MG salariés sont plus favorables à la mise en place d'une FMC, en Nouvelle-Calédonie, que leurs consœurs et confrères du secteur libéral qui y sont, eux, plus fréquemment opposés.**

Si 83% des MG salariés sont pour la mise en place d'une FMC en NC, seulement 48% des MG libéraux ont une opinion semblable ($p < 0,01$). En toute logique, quand 31% des MG libéraux sont opposés à la mise en place d'une FMC en Nouvelle-Calédonie, seulement 10% de leurs homologues salariés partagent le même avis sur le sujet ($p < 0,01$).

13.5. Intérêt d'une visite régulière par un délégué de santé publique

La question était posée ainsi : « *Seriez-vous intéressé par la visite d'un délégué de santé publique, pour vous informer sur les programmes de santé en NC ?* ».

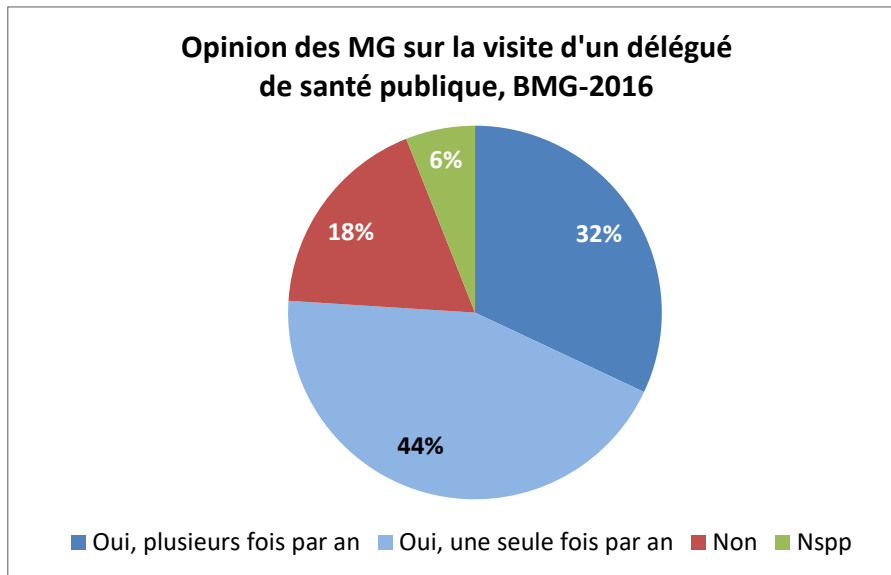
Tableau 66 :

| Intérêt d'un visiteur de santé publique | Nb de MG | % |
|---|------------|-------------|
| Oui, plusieurs fois par an | 36 | 32% |
| Oui, une seule fois par an | 50 | 44% |
| Non | 20 | 18% |
| Nspp | 7 | 6% |
| Total | 113 | 100% |

Source : ASS-NC, BMG-2016

Les trois quarts des MG (76%) sont favorables à la visite d'un délégué de santé publique, soit une fois (44%) soit plusieurs fois (32%) par an. Un quart des MG (24%) y est soit opposé (18%), soit ne se prononce pas (6%) sur la question (Figure 41).

Figure 41 : « *Seriez-vous intéressé par la visite d'un délégué de santé publique, pour vous informer sur les programmes de santé en NC ?* ». Ensemble des 113 MG répondants.



Source : ASS-NC, BMG-2016

L'analyse en fonction du sexe, de l'âge, du secteur d'activité principal et de l'ancienneté professionnelle des MG en NC amène des précisions sur la caractérisation des médecins vis-à-vis de l'intérêt et de la fréquence des visites par un délégué de santé publique.

➤ **Les MG hommes sont plus fréquemment opposés que leurs consœurs à la visite d'un délégué de santé publique pour les informer des programmes de santé en NC.**

Parmi les MG hommes, un quart (24%) est opposé à la visite d'un délégué de santé publique, pour seulement 9% des MG femmes qui partagent cette même opinion ($p < 0,05$).

Trente-neuf pourcent des MG femmes, contre 27% seulement de leurs confrères, sont favorables à une visite d'un délégué de santé publique plusieurs fois par an (ns), et 46% des MG femmes, contre 43% de leurs confrères, sont favorables à une visite du délégué de santé publique une fois par an (ns).

➤ **Les MG les plus âgés sont plus fréquemment opposés que leurs consœurs et confrères les plus jeunes à la visite d'un délégué de santé publique pour les informer des programmes de santé en NC.**

Au sein des MG les plus âgés (51-79 ans), un quart (24%) est opposé à la visite d'un délégué de santé publique, pour seulement 11% des MG les plus jeunes (29-50 ans) qui partagent cette même opinion ($p < 0,05$).

Trente-huit pourcent des MG les plus jeunes, contre 26% seulement de leurs consœurs et confrères les plus âgés, sont favorables à une visite d'un délégué de santé publique plusieurs fois par an (ns), et la moitié (49%) des MG les plus jeunes, contre 40% des plus âgés, est favorable à une visite du délégué de santé publique une fois par an (ns).

➤ **Les médecins généralistes salariés approuvent, plus fréquemment que leurs consœurs et confrères libéraux, la visite d'un délégué de santé publique plusieurs fois par an.**

Alors que la moitié des MG salariés (49%) est favorable à la visite d'un délégué de santé publique plusieurs fois par an, seulement un MG libéral sur cinq (20%) est du même avis ($p < 0,01$).

La moitié des MG libéraux (49%) est favorable à une visite d'un délégué de santé publique une fois par an, 39% de leurs homologues salariés partagent cette même opinion (ns). Alors que 22% des MG libéraux sont opposés à la visite d'un délégué de santé publique pour les informer des programmes de santé en NC, seulement 10% des MG salariés partagent le même avis (ns).

➤ **Les MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC sont plus fréquemment favorables à la visite d'un délégué de santé publique plusieurs fois par an, que leurs homologues ayant plus de dix ans d'expérience professionnelle locale. Ces derniers sont, en revanche, plus favorables à une visite du délégué de santé publique une fois par an.**

Si 44% des MG avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC sont favorables à la visite d'un délégué de santé publique plusieurs fois par an, seuls 20% de leurs consœurs et confrères possédant plus de dix ans d'expérience professionnelle localement partagent cet avis ($p < 0,05$). Inversement, alors que plus de la moitié des MG (52%) les plus expérimentés en NC préfère une seule visite annuelle d'un délégué de santé publique, 37% seulement des médecins avec moins de dix ans d'ancienneté professionnelle en NC approuvent ce même choix ($p < 0,05$).

Dix-huit pourcent de chacun des deux groupes de MG sont opposés à la visite d'un délégué de santé publique qui les informerait des programmes de santé en NC.

Cinquième partie

Discussions, recommandations et conclusion

➤ **L'enjeu**, pour le Baromètre médecins généralistes, 2016 et les suivants, véritable outil de recherche opérationnelle au service du système de santé néocalédonien, est de rester durablement un instrument d'observation, de mesure et de compréhension « *bien vivant* », à l'interface entre population et système de soins de santé primaires en Nouvelle-Calédonie.

Pour ce faire, au travers de partenariats dynamiques notamment, le BMG devra donc préserver et développer ses capacités à mettre en lumière les changements utiles et les améliorations nécessaires pour soutenir et renforcer, *in fine*, le rôle de la médecine générale dans les actions de prévention en santé publique. Il en va ainsi de l'aptitude des décideurs et des principaux animateurs du système de santé :

- à mieux percevoir et anticiper les conséquences des mutations permanentes de la société néocalédonienne sur la structure, les rouages et le fonctionnement de l'appareil sanitaire local, et
- à décider, en connaissance de cause, des interventions destinées à préserver et à promouvoir l'équilibre sanitaire le plus propice au développement humain de la Nouvelle-Calédonie.

➤ **La recommandation prioritaire de l'ASS-NC** est, par conséquent, que l'examen des résultats du BMG-2016 permette de poursuivre le dialogue engagé avec les médecins généralistes via le partage des résultats, afin de générer des discussions qui ne soient pas limitées à des conclusions et/ou des recommandations écrites issues du seul point de vue des chercheurs. Pour que la démarche diagnostique éclaire, du mieux possible, les décisions politiques et aboutisse sur des initiatives pratiques de santé publique rationnelles, il nous paraît déterminant que les débats qu'appellent les résultats du BMG-2016 soient prioritairement engagés avec ses partenaires opérationnels et institutionnels. Une démarche qui nous paraît tout aussi cruciale, dans l'optique d'une étude qui se doit d'être répétée à intervalle régulier (tous les 5 ans par exemple) afin de prendre tout son sens dans le développement de la santé publique de la Nouvelle-Calédonie.

A ce titre, les médecins généralistes de Nouvelle-Calédonie et, tout particulièrement, celles et ceux qui ont donné corps à cette étude en y prenant part, doivent rester des interlocuteurs privilégiés. A leurs côtés, les représentants institutionnels de l'Ordre et des syndicats de médecins locaux, ainsi que ceux des autorités sanitaires du pays, et les acteurs de la protection sociale complètent l'audience visée par cette première communication des résultats du BMG-2016 et constituent le groupe d'interlocuteurs souhaité pour les discussions à venir.

Le choix de l'ASS-NC est d'organiser, au premier semestre 2017, des séances de restitutions délocalisées en vue de discuter et définir une série de recommandations stratégiques, réalistes et consensuelles, qui concluent les travaux du BMG-2016, d'une part, et qui proposent aux décideurs de la Nouvelle-Calédonie, d'autre part, des axes d'intervention précis ayant pour but d'améliorer les pratiques de prévention dispensées, par les médecins généralistes, à la population de Nouvelle-Calédonie.

Ces échanges avec les groupes de partenaires ciblés s'appuieront sur : une présentation synthétique des principaux résultats du BMG-2016, des groupes de discussions, et/ou de brèves études de cas thématiques guidées par une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces mises en lumière par l'enquête à propos d'un domaine de prévention choisi en exemple, ex. : surpoids et obésité, addictions, etc. L'ensemble des recommandations proposées sera ensuite finalisé par l'ASS-NC et soumis aux commentaires de ses partenaires, avant d'être remis aux décideurs pour leur information et délibération.

➤ **La seconde recommandation de l'ASS-NC** est de poursuivre les travaux de recherche opérationnelle engagés dans le domaine des soins de santé primaires en Nouvelle-Calédonie, dans le contexte du plan DO KAMO, notamment. Que l'objet de la recherche soit la structure, les rouages ou le fonctionnement de l'appareil sanitaire local, ou que ces travaux participent d'une approche plus transversale, telle que l'évaluation d'une initiative et/ou d'une situation de santé publique donnée ; par exemple : la

pratique de la prévention en médecine générale, la prévalence du diabète dans la population, la faisabilité d'un dépistage organisé du cancer colorectal, les axes stratégiques du programme de lutte contre le RAA, etc.

C'est dans ce cadre, de partage et d'échanges collaboratifs, que se poursuivront les travaux initiés par le Baromètre médecins généralistes 2016, l'affinage des connaissances et des déterminants du succès ou des mises en échec des initiatives de fond du développement de la santé publique et de la promotion de la santé, en Nouvelle-Calédonie.

Références bibliographiques

- [1] Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie. Baromètre Santé Adulte 2015 : résultats préliminaires, décembre 2016 : 114p.
- [2] Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie. Baromètre santé jeune de Nouvelle-Calédonie : résultats généraux, avril 2016 : 56p.
- [3] Druais P-L., La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé, Rapport, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, mars 2015.
- [4] Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie. Rapport d'activité 2014, 123p.
- [5] Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie. Baromètre Santé Nouvelle-Calédonie 2010 : résultats préliminaires, juin 2011 : 70p.
- [6] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) – Baromètre Santé médecins généralistes 2009, juin 2011.
- [7] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°167, 22 juillet 2009. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>
- [8] Haute Autorité de santé (HAS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Saint-Denis : HAS, juin 2007 :109p.
- [9] Lemonnier et al. Référentiel de bonnes pratiques – Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité, INPES, novembre 2005 :78p.
- [10] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Journal officiel, 17 août 2004.
- [11] Plan national d'éducation pour la santé. Paris : ministère délégué à la Santé, présenté en conseil des ministres en février 2001.
- [12] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) – Baromètre Santé médecins généralistes 98/99, janvier 2000.

Baromètre médecins généralistes 2016



16 rue Gallieni
BP P4 - 98851 Nouméa cedex
Tél: 25.07.60 - Fax: 25.07.63
Courriel: barometre@ass.nc
www.ass.nc

