[Panel Poitou-Charentes]
en médecine générale
2014-2016

Les médecins généralistes en Poitou-Charentes

Les maladies infectieuses émergentes : perceptions et connaissances

Les maladies infectieuses émergentes (MIE) se définissent comme des maladies nouvellement apparues ou identifiées, ou dont l'incidence dans le temps et/ou l'espace se sont brusquement accrues, ou qui ont atteint de nouvelles populations-hôtes [1]. Si les fléaux épidémiques ont toujours existé, la plupart des grandes infections ont connu un net recul au XIXème siècle grâce au progrès de la médecine, au développement de la prévention et à l'amélioration générale des conditions de vie [2]. Mais leurs modes de diffusion et de transmission se sont modifiés du fait des évolutions récentes de nos sociétés (pratiques agricoles, mondialisation des échanges, changement climatique…). Aussi, la menace de propagation à l'échelle mondiale des MIE représente un nouveau risque pour la santé publique. [3]

Les maladies infectieuses provoquent 14 millions de décès chaque année dans le monde. Plus de 90 % de ces décès touchent les pays du Sud, où ces maladies représentent 43 % de la mortalité générale contre 1 % dans les pays industrialisés. Toutefois, depuis la fin du XXème siècle, l'incidence des MIE dans les pays du Nord a augmenté de 10 à 20 % (12 % en France). [3]

En France, les pathologies du voyage sont devenues un problème important de santé publique touchant deux types de populations : les voyageurs qui représentent chaque année des millions de sujets à risque de contracter des maladies ; et la population métropolitaine soumise au risque de pathologies dites d'importation, n'existant pas à l'état endémique dans la métropole, mais pouvant être introduite de façon épisodique ou permanente si les conditions d'implantation ou de transmission deviennent favorables. [4]

Face à des risques de dissémination accrus, le règlement sanitaire international a été révisé en 2005 afin d'aider la communauté internationale à prévenir les risques graves pour la santé publique susceptibles de se propager et à y riposter. Les dispositifs de surveillance tels que ceux mis en place par Santé Publique France, anciennement Institut de Veille Sanitaire (InVS), doivent être aptes à repérer toute menace nouvelle le plus en amont possible [2]. Les connaissances et perceptions des médecins généralistes, souvent en première ligne face à des cas de MIE ou suspectés comme tels, constituent un enjeux au regard de ce nouveau risque.

En substance...

Une majorité (59 %) des médecins généralistes (MG) juge « peu probable » le risque de voir se développer, dans un avenir proche dans la région, une épidémie liée à une MIE. Interrogés sur leurs connaissances des MIE, moins de quatre MG sur dix (38 %) se sentent suffisamment informés sur les agents pathogènes et leur situation épidémiologique, et seulement un peu plus d'un tiers (35 %) se sent suffisamment formé pour réaliser l'orientation diagnostique. Concernant la prise en charge d'un patient susceptible d'être infecté, ils sont près des deux tiers (65 %) à déclarer connaître les dernières recommandations du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) et une nette majorité (62 %) indique joindre le Centre 15 en cas de suspicion.

ENCADRÉ 1. PANEL D'OBSERVATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Le **Panel national de médecins généralistes libéraux**, a été mis en place grâce à un partenariat entre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), l'Unité Mixte de Recherche 912 (Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale) (UMR SESSTIM), les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professions de santé médecins libéraux (URPS-ml) de trois régions (Poitou-Charentes, Pays de la Loire et Provence Alpes – Côte d'Azur). Il est interrogé cinq fois entre 2014 et 2016, au rythme d'une enquête par semestre. L'anonymat et le respect de la confidentialité des données sont garantis, conformément aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Les données présentées dans ce document ont été recueillies **entre décembre 2014 et avril 2015** auprès d'un échantillon représentatif de **257 médecins généralistes** (hors mode d'exercice particulier exclusif) de Poitou-Charentes.

Panel Poitou-Charentes 2014-2016 - Publication n° 4 Novembre 2016

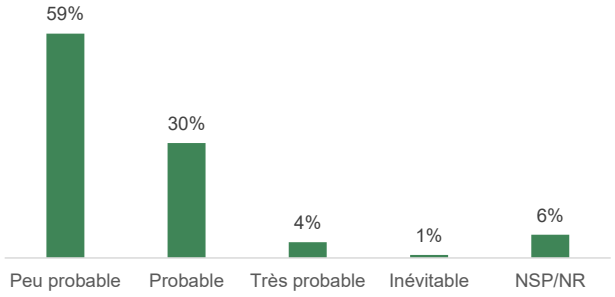
Perception du risque de développement d'une épidémie

Près de 6 médecins généralistes sur 10 considèrent peu probable le risque de développement d'une épidémie

Une majorité (59 %) des MG juge « peu probable » le risque de voir se développer, dans un avenir proche dans la région, une épidémie liée à une MIE. Toutefois, ils se montrent plus d'un tiers (35 %) à envisager ce risque avec 30 % des MG le considérant comme « probable », 4 % « très probable » et 1 % « inévitable ». Enfin, 6 % d'entre eux ne se prononcent pas sur la plausibilité d'une épidémie. *(Figure 1)*

Afin d'identifier des caractéristiques éventuelles des MG considérant probable ou non le risque de développement d'une épidémie liée à une MIE, une analyse des correspondances multiples a été réalisée à partir de dix variables dites « explicatives », dont les résultats sont présentés à la page 4 *(Analyse 1)*.

Figure 1. Proportion de médecins généralistes considérant plus ou moins probable le risque de développement d'une épidémie liée à une maladie infectieuse émergente (%)



NR/NSP : Ne répond pas / Ne sait pas

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS et URPS-ml Poitou-Charentes, Ministère chargé de la santé - Drees.

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

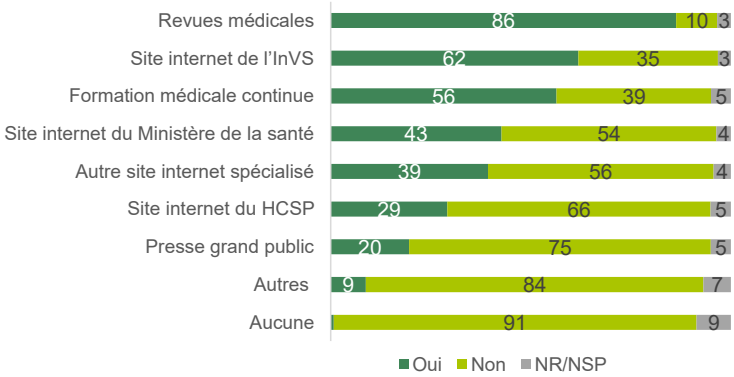
Principales sources d'information utilisées

Les revues médicales largement plébiscitées pour s'informer sur les MIE

Interrogés sur les ressources principales utilisées pour s'informer sur les MIE, les MG citent très largement les revues médicales (86 %). Une majorité d'entre eux avance également le site internet de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS)* (62 %) et la formation médicale continue (56 %). Le site internet du Ministère de la santé est mentionné par 43 % des praticiens, le site internet du HCSP par 29 %, et un autre site internet spécialisé par 39 %. Un MG sur cinq (20 %) se réfère à la presse grand public. Enfin, 9 % mentionnent d'autres sources d'information. *(Figure 2)*

*En 2016, l'union de l'InVS, l'Inpes et l'Eprus a donné naissance à Santé publique France.

Figure 2. Proportion de médecins généralistes déclarant utiliser les sources d'informations sur les maladies infectieuses émergentes (%)



NR/NSP : Ne répond pas / Ne sait pas

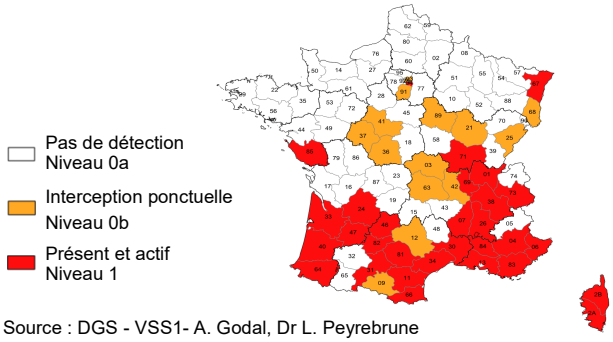
Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS et URPS-ml Poitou-Charentes, Ministère chargé de la santé - Drees.

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

ENCADRÉ 2. CHIKUNGUNYA, DENGUE ET ZIKA : SURVEILLANCE RENFORCÉE SAISONNIÈRE

En France métropolitaine, la surveillance du chikungunya, de la dengue et du Zika repose notamment sur la déclaration obligatoire (DO) des cas confirmés avec signalement à la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) (*Encadré 3*) de l'Agence Régionale de Santé (ARS). En 2014, 4 cas de chikungunya et 2 cas de dengue ont fait l'objet d'une DO en Poitou-Charentes [5]. Le moustique tigre (*Aedes albopictus)* peut être vecteur des virus du chikungunya, de la dengue et du Zika. Non encore détecté en Poitou-Charentes (classé en niveau 0a), son implantation touche de nombreux départements, dont les cinq départements d'ex Aquitaine (niveau 1) *(Figure 3)*. Une campagne d'information et de sensibilisation est proposée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et l'ensemble des partenaires concernés durant la période de surveillance du moustique tigre et de sa prolifération du 1er mai au 30 novembre 2016 [6]. Au 3 novembre, 186 cas suspects ont été signalés dans l'ex Aquitaine, à l'aide de ce dispositif de surveillance renforcée. Aucun cas autochtone à transmission vectorielle n'a été diagnostiqué à ce jour.

Figure 3. Présence du moustique Aedes albopictus en France métropolitaine (au 1er janvier 2016)



Source : DGS - VSS1- A. Godal, Dr L. Peyrebrune

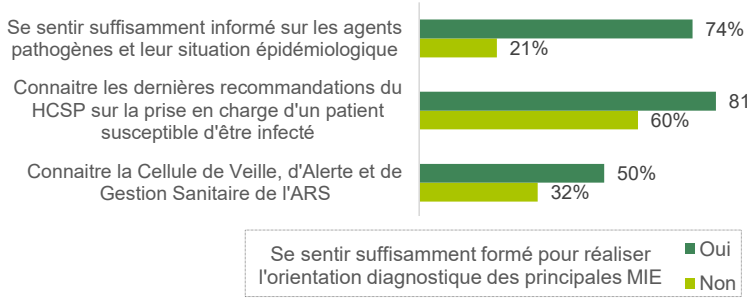
Sentiments d'information et de formation

Des praticiens globalement peu informés et formés sur les MIE

Moins de quatre MG sur dix (38 %) se sentent suffisamment informés sur les agents pathogènes et leur situation épidémiologique, et 8 % ne se prononcent pas. De même, seulement un peu plus d'un tiers (35 %) se juge suffisamment formé pour réaliser l'orientation diagnostique des principales MIE, et 7 % ne se prononcent pas.
Se sentir suffisamment formé est significativement lié à un bon niveau d'informations ou de connaissances déclaré. Ainsi, les praticiens qui s'estiment suffisamment formés sont plus nombreux que les autres *(Figure 4)* :

- ◊ à se sentir suffisamment informés (74 % *vs* 21 %),
- ◊ à connaître les dernières recommandations du HCSP sur la prise en charge d'un patient susceptible d'être infecté (81 % *vs* 60 %),
- ◊ et à connaître la CVAGS de l'ARS (50 % *vs* 32 %).

Figure 4. Proportion de médecins généralistes déclarant un certain niveau d'informations ou de connaissances selon leur sentiment de formation sur les maladies infectieuses émergentes (%)



Note de lecture : 74 % des MG qui se sentent suffisamment formés pour réaliser l'orientation diagnostique des principales MIE, se disent suffisamment informés sur les agents pathogènes et leur situation épidémiologique, contre seulement 21 % chez les MG ne se sentant pas suffisamment formés. (Attention, ces pourcentages ne sont pas additionnables)

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS et URPS-ml Poitou-Charentes, Ministère chargé de la santé - Drees.

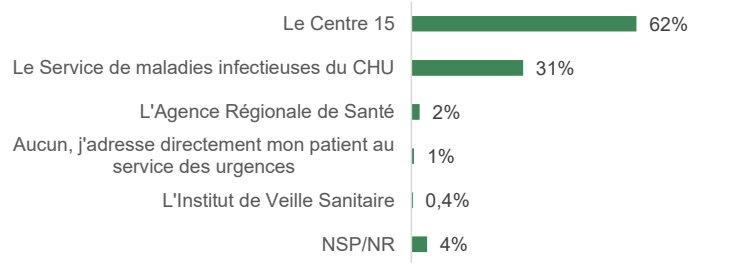
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Prise en charge d'un patient susceptible d'être infecté

Le Centre 15 sollicité par plus de 6 médecins généralistes sur 10 en cas de suspicion de MIE

Près des deux tiers (65 %) des MG déclarent connaître les dernières recommandations du HCSP sur la prise en charge d'un patient susceptible d'être infecté qui se présenterait à leur cabinet. La connaissance de ces recommandations se révèle plus marquée chez les praticiens de 45 ans et plus (72 % *vs* 56 %) ou déclarant connaître la CVAGS de l'ARS (77 % *vs* 62 %).
Interrogés sur les structures contactées face à un cas de suspicion de MIE, une nette majorité (62 %) des MG joindrait le Centre 15. Près d'un tiers (31 %) avertirait le Service de maladies infectieuses du CHU. Une minorité mentionne l'ARS (2 %) ou l'InVS (0,4 %). Mais 1 % des MG adresserait directement le patient au service des urgences, conduite non recommandée par le HCSP afin d'éviter le contact avec d'autres patients. Enfin, ils sont 4 % à ne pas se prononcer. *(Figure 5)*

Figure 5. Proportion de médecins généralistes déclarant contacter les structures suivantes face à un cas de suspicion de maladies infectieuses émergentes (%)



NR/NSP : Ne répond pas / Ne sait pas

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2016. ORS et URPS-ml Poitou-Charentes, Ministère chargé de la santé - Drees.

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

ENCADRÉ 3. LA CELLULE DE VEILLE, D'ALERTE ET DE GESTION SANITAIRE (CVAGS)

Dotée d'un **centre opérationnel de réception et de régulation des signaux sanitaires** unique dans la région, la CVAGS de l'ARS Nouvelle-Aquitaine [7] assure :

- ◊ **la réception, l'investigation et le traitement de l'ensemble des signaux sanitaires** : signalement d'événements de santé pouvant avoir un impact sur la santé de la population (maladies à déclaration obligatoire, survenue de cas groupés de pathologie dans une collectivité, etc.) ;
- ◊ **le lien avec l'administration centrale** dans le cadre de la gestion des alertes sanitaires.

37 % des MG déclarent connaître la CVAGS de l'ARS

Cette cellule a pour tâche d'**animer et mobiliser le réseau des partenaires** (institutions, établissements de santé, professionnels de santé libéraux, laboratoires, établissements médico-sociaux, etc.) qui, de par leurs missions, représentent des interlocuteurs réguliers dans le domaine de la veille sanitaire. Elle **dispose d'une Cellule Régionale et Zonale de Défense et de Sécurité** (CRZDS) qui assure une expertise dans la gestion des signaux d'alerte relatifs à la défense sanitaire, et élabore et met à jour tous les aspects des plans relatifs à la défense sanitaire.

Contacts Point focal régional :

Analyse 1. Caractéristiques des médecins généralistes selon qu'ils considèrent comme probable ou non le risque de développement d'une épidémie liée à une MIE

Pour **expliquer le fait qu'un MG considère probable ou non le risque de voir se développer dans un avenir proche dans la région une épidémie liée à une MIE,** une **analyse des correspondances multiples** (ACM) a été menée à partir de dix variables portant sur des caractéristiques personnelles (sexe, âge) et professionnelles (type d'exercice, volume d'activité, pratique de médecine douce occasionnelle, accessibilité potentielle localisée de la commune d'activité), ainsi que sur des questions directement liées aux MIE (sentiments de formation et d'information, prise en charge). L'ACM permet d'**étudier les liaisons pouvant exister entre les dix variables explicatives et la variable « risque » à expliquer** à deux modalités : OUI pour les MG considérant le risque de développement d'une épidémie « probable », « très probable » ou « inévitable », et NON pour ceux le considérant comme « peu probable ». Le principe général est de **repérer les modalités ayant des contributions importantes** aux axes et de **regarder ensuite leur positionnement sur le graphique** selon les deux premières dimensions.

L'axe 1 qui restitue le plus d'inertie **oppose** :

◊ les MG qui se sentent suffisamment informés sur les agents pathogènes et leur situation épidémiologique (18 % de l'inertie), suffisamment formés pour réaliser l'orientation diagnostique des principales MIE (16 %) et connaissant la CVAGS de l'ARS (9 %),

◊ aux MG qui *a contrario* ne se sentent ni suffisamment informés (12 % de l'inertie) ni formés (10 %) et ne connaissent ni les dernières recommandations du HCSP sur la prise en charge d'un patient susceptible d'être infecté (8 %) ni la CVAGS (6 %).

L'axe 2 discrimine les caractéristiques personnelles et professionnelles des praticiens, à savoir :

◊ d'un coté, les MG femmes (19 % de l'inertie), âgés de moins de 50 ans (14 %), présentant une faible activité (7 %),

◊ et de l'autre, les MG exerçant seuls (11 % de l'inertie), âgés de plus de 58 ans (9 %), hommes (8 %), dont la commune d'activité montre une faible accessibilité potentielle localisée (APL) (6 %) et présentant une activité élevée (5 %).

La variable « risque » à expliquer ne semble pas clairement liée aux modalités considérées. Toutefois, l'observation du graphique suggère que le fait de juger plausible le risque de développement d'une épidémie concerne, en premier lieu, les MG femmes, âgés de moins de 50 ans, présentant une faible activité, et en second lieu, les MG qui se sentent suffisamment informés sur les agents pathogènes et leur situation épidémiologique, suffisamment formés pour réaliser l'orientation diagnostique et connaissant la CVAGS. A l'inverse, le fait de ne pas considérer ce risque comme plausible semble concerner davantage les MG présentant les caractéristiques opposées mises en évidence par l'axe 2 (MG exerçant seuls…) puis l'axe 1 (ne se sentant pas suffisamment informés…).

Références bibliographiques :

[1] HCSP. Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives. Collection Avis et rapports. 2011. 207 p.

[2] InVS. Les maladies infectieuses émergentes et réémergentes. Rapport annuel 2007. pp.7-10

[3] Keller F. Les nouvelles menaces des maladies infectieuses émergentes. Sénat. Rapport d'information. N°638. 2012. 233 p.

[4] HCSP. Les maladies du voyage et d'importation. Actualité et dossier en santé publique n°76. Septembre 2011. 56 p.

[5] Santé publique France. http://invs.santepubliquefrance.fr//%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Chikungunya/Donnees-epidemiologiques. Consulté sur le site de Santé publique France le 21 juillet 2016.

[6] ARS Nouvelle-Aquitaine. Campagne d'information et de sensibilisation pour lutter contre le moustique tigre. http://www.ars.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/02_votre_sante/01_Votre_environnement/05_moustiques/moustique_2016/Mail_moustique_Niv0_partenaires.pdf

[7] ARS Nouvelle-Aquitaine. http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Signaler-un-evenement-pouvant.140086.0.html. Consulté sur le site de l'ARS le 19 septembre 2016.

Pour en savoir plus :

[8] HCSP. Avis relatif à la conduite à tenir autour des cas suspects de maladie Ebola. 10 avril 2014. 18 p.

[9] HCSP. Avis relatif à la définition et au classement des cas possibles et confirmés d'infection à MERS-CoV ainsi qu'aux précautions à mettre en œuvre lors de la prise en charge de ces patients. Actualisation du 24 avril 2015. 19 p.

Remerciements

A tous les médecins généralistes libéraux de Poitou-Charentes qui participent à ce Panel et contribuent ainsi à la connaissance des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes de la région.

Pour nous citer :

ORS Poitou-Charentes, URPS-ml Poitou-Charentes. **Les médecins généralistes en Poitou-Charentes et les maladies infectieuses émergentes : perceptions et connaissances.** Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Novembre 2016. N° 4. 4 p.

Cette publication est téléchargeable sur les sites :

ORS (www.ors-poitou-charentes.org)

ESPRIT (www.esprit-poitou-charentes.com)

PANEL D'OBSERVATION des pratiques et des conditions d'exercice en Médecine Générale

DREES ORS URPS Médecins Libéraux

Drees

203, route de Gençay 86280 Saint-Benoît Tél. : 05 49 38 33 12
ors@ors-poitou-charentes.org - www.ors-poitou-charentes.org
Site géré par l'ORS : www.esprit-poitou-charentes.com