



**Société française de santé publique**  
2, rue du Doyen Jacques-Parisot - BP 7 - 54501 Vandœuvre-lès-Nancy cedex - FRANCE

---

## **Rapport**

# **Analyse des examens de santé de la Mutualité sociale agricole Franche-Comté**

---

**Daniel Oberlé – Laurent Chambaud**

29 mars 2005

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>La participation</b> .....	<b>4</b>
Différences entre salariés et non salariés .....	5
Les relances .....	6
La participation des médecins généralistes .....	6
<b>Sur l'évaluation</b> .....	<b>7</b>
Des bilans mais pas d'évaluation .....	7
Un nombre important de pathologies « autres » .....	7
Quelles stratégies pour les pathologies découvertes ? .....	7
Les pertes d'informations .....	8
L'auto-questionnaire .....	8
<b>Sur le champ des examens</b> .....	<b>10</b>
Des précisions à apporter .....	10
<b>Quelques remarques conclusives</b> .....	<b>11</b>

## Introduction

*Les caisses de Mutualité sociale agricole de Franche-Comté ont mis en place des examens de santé au début des années 1970 selon un protocole national destiné aux 16-65 ans tous les cinq ans. En France, depuis 1996 d'abord dans 6 caisses de MSA, puis à partir de 1999 dans 12 autres caisses, avant d'être généralisé en 2001, des examens dits de « nouveau protocole », ciblés, sont venus les remplacer.*

*La MSA propose des examens adaptés aux risques propres à chaque âge, le médecin généraliste y est associé de manière très étroite. L'expérience ainsi acquise par une pratique de plusieurs années en Franche-Comté est suffisante pour tirer des éléments d'analyse (points forts - points faibles) susceptibles d'améliorer la qualité des prestations offertes et l'enjeu consiste à apporter des éléments de réflexion pour la poursuite du dispositif et son éventuelle généralisation au-delà du régime agricole, notamment en utilisant les possibilités offertes par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.*

*Les premiers éléments d'analyse s'articulent autour de trois grands points : la participation aux examens de santé, la nécessité d'une véritable évaluation et le champ des examens.*

## La participation

La participation semble bonne au regard de la participation attendue aux examens de santé en général.

	2001			2002			2003		
	I	C	P	I	C	P	I	C	P
Doubs	1738	1173	1038	2341	1288	1143	1826	1075	971
		67,49	59,7%		55,02%	48,8%		58,87%	53,2%
Haute Saône	1665	968	801	1308	722	595	1450	770	658
		58,14%	48,1%		55,20%	45,5%		53,10%	45,4%
Jura	1167	560	466	1346	728	603	1344	699	608
		47,99%	39,9 %		54,09%	44,8%		52,01%	45,2%
Total des 3 dép.	4570	2701	2305	4995	2738	2341	4620	2544	2237
		59,1%	50,43%		54,81%	46,86%		55,06%	48,41%

I : Nombre de personnes potentiellement concernées par les examens de santé

C : nombre de personnes venues à l'examen pré-clinique

P : Nombre de personnes présent à la consultation chez le médecin généraliste

Soit un total pour les 3 années et pour les 3 départements de 14185 invitations, 7933 examens pré-cliniques (soit 55%) et 6883 consultations chez le médecin généraliste (soit 48,52%).

Ce constat doit cependant être étayé par des éléments comparatifs portant sur la participation aux bilans de santé déjà en vigueur.

## Les délégués de la MSA

La mobilisation des délégués de la MSA joue probablement un rôle très important sur la réalisation d'un bon taux de participation. Leur implantation au plus proche des ayants-droit leur permet d'effectuer des propositions très personnalisées.

Une analyse plus fine devrait pouvoir montrer que, suivant le dynamisme de l'un ou l'autre des délégués, on peut obtenir des un taux de participation plus important. Il serait également intéressant d'étudier plus précisément si une concentration plus forte d'ayants-droit sur un secteur géographique crée une émulation par rapport à des secteurs à moins forte concentration.



Un travail autour du choix des relais permettant de mobiliser les personnes à participer aux examens de santé et également de leur sensibilisation voire leur formation est à approfondir afin d'obtenir de meilleurs résultats et notamment en concentrant les efforts sur les catégories de population participant le moins.

Les dernières élections des délégués de la MSA qui ont connu un fort pourcentage de participation montrent tout l'intérêt que porte la population à cette fonction. La relation entre le rôle de ces délégués et la participation aux examens de santé pourrait être mieux analysée, car elle constitue probablement une originalité dans la construction d'une démocratie sanitaire « à la française ». Il est donc particulièrement important d'étudier l'impact de cette organisation sur le niveau d'adhésion de la population à cette procédure particulière que constitue un examen de santé.

## Différences entre salariés et non salariés

Sur les 3 années et les 3 départements (Doubs, Jura, Haute-Saône) :

- ✍ les salariés : sur 5925 invitations 2581 étaient présents soit 43,5% ;
- ✍ les non-salariés : sur 8260 invitations 4302 étaient présents soit 52%.

Soit une participation de 8,5 points supérieure chez les non salariés.



Une démarche spécifique est-elle à entreprendre auprès des salariés, mais aussi de leurs employeurs pour les libérer plus facilement et ainsi rapprocher ces deux taux ?



## Des éléments d'information à compléter

- ✍ Entre les hommes et les femmes : habituellement, on observe que les hommes participent moins aux actions de prévention. Dans le cadre des examens de santé de la MSA en Franche-Comté de 1999 à 2001, on observe que les femmes et les hommes participent à l'identique : 57% aux examens pré-cliniques. Il serait intéressant d'approfondir ces données.

## Les relances



Si les moyens statistiques le permettent, il serait intéressant d'étudier si, globalement, plus de pathologies ont été découvertes chez des personnes *a priori* moins sensibles aux examens de santé, puisqu'ils n'ont répondu qu'après une relance. Si oui, il pourrait être intéressant d'installer un dispositif de relance.



A noter: l'étude menée par la MSA de Franche-Comté sur l'absentéisme en 2000 qui pourrait être assimilée à une deuxième relance, montre que près de 30% des personnes qui n'avaient pas pris part aux examens, seraient prêtes à y participer.

## La participation des médecins généralistes

Le système est accepté largement par les médecins généralistes en dépit du travail supplémentaire qu'engendre le remplissage du dossier médical : 82% de consultations comptabilisées. Sachant que certaines personnes ne rencontrent jamais le médecin après la réception des résultats des examens et que certains médecins réalisent la consultation sans retourner le dossier médical, l'adhésion des médecins généralistes sur la période considérée peut être considérée comme excellente.



Les réunions préalables dans les cantons et le retour d'informations avec les résultats collectifs (outre les résultats individuels de chacun de ces patients, le médecin reçoit une synthèse des résultats de l'ensemble des habitants de son secteur géographique) vers les médecins généralistes contribuent probablement à cette bonne participation. Les travaux menés sur les pathologies spécifiques au milieu agricole (poumon de fermier...) en collaboration avec les équipes universitaires tout en tenant informés les médecins installés en milieu rural, ont sans doute joué également un rôle positif et favorisant.



Il conviendra d'être particulièrement attentifs au rôle du médecin généraliste dans le cadre de la mise en place de la procédure de médecin traitant et prochainement avec la mise en place de la consultation de prévention prévue dans la loi relative à la politique de santé publique (loi du 9 août 2004). Une collaboration renforcée, assortie d'un effort de communication seront donc plus que jamais nécessaires.

## Sur l'évaluation

### Des bilans mais pas d'évaluation

Depuis la mise en place des examens de santé, aucune évaluation formelle n'a été réalisée. En Franche-Comté, probablement comme dans les autres régions, les données ont été recueillies et ont fait l'objet d'un bilan.



Cette évaluation est à construire en privilégiant une approche partagée entre expertise externe et mobilisation interne. Des objectifs plus précis sont à définir, des liens avec des recommandations, des références médicales sont à formaliser. Ceci contribuera à améliorer le ciblage du dépistage et la manière de coder l'ensemble des résultats.

### Un nombre important de pathologies « autres »

Les résultats, communiqués dans la plaquette d'information sur les examens de santé de la MSA de Franche-Comté, sont présentés sous forme de 4 graphiques montrant les pathologies découvertes dans le cadre de ces dépistages. La catégorie « autres » représente 30 à 63% suivant les catégories d'âges ou le sexe des personnes pour lesquelles ont été découvertes des pathologies.



Cette rubrique mériterait probablement d'être exploitée plus en détail. Elle devrait apporter des renseignements sur certaines pathologies découvertes qui seraient probablement supérieures à 1 ou 2% comme certaines présentées ici. Cela peut révéler que le ciblage des examens de santé et/ou le mode de classification des pathologies découvertes sont à revoir.

### Quelles stratégies pour les pathologies découvertes ?

Si l'on prend l'exemple de l'hypercholestérolémie : cette pathologie représente 14 à 48% des problèmes rencontrés suivant l'âge ou le sexe.



Dispose-t-on aujourd'hui de références médicales proposant une attitude à tenir en cas de découverte de cette pathologie ?

☞ Si oui, que propose le médecin généraliste dans le cadre du colloque singulier ? Que propose la MSA dans l'action collective ?

☞ Si non, à quoi sert de faire cette recherche ?

Ce type de questions serait à poser à propos de chaque test.

## Les pertes d'informations

Le système engendre des pertes d'informations (documents incomplets, refus du généraliste, problèmes de codage). Certaines d'entre elles sont en passe d'être résolues.

Par exemple, pendant la période où s'est déroulé notre travail, le système d'information a bénéficié d'améliorations importantes telles que le renforcement de la centralisation des informations (les codeurs centralisent l'ensemble des informations – examens pré-cliniques, questionnaires et examens médicaux – et en élaborent une restitution respectant un mode de présentation exploitable pour chacune des régions).



Toutefois en ce qui concerne le médecin généraliste, il semblerait opportun de réaliser une série d'entretiens afin d'étudier ce qui peut freiner ou faciliter leur participation de manière générale et notamment sur cet aspect particulier de remplissage du dossier médical.

## L'auto-questionnaire

Certaines questions de l'auto-questionnaire restent relativement difficiles à interpréter, car trop générales et imprécises.

A titre d'exemple : « En dehors de votre activité professionnelle, faites-vous, de façon habituelle et régulière, de la marche, du vélo ou du sport ? » Qu'est-ce que cela peut signifier pour un agriculteur, toute la journée dehors, à faire de l'exercice physique dans le cadre de son activité professionnelle ? « Régulièrement » peut vouloir dire tous les jours ou tous les ans ?





Le questionnaire ou plutôt les questionnaires devraient pouvoir être revisités à la lumière des possibilités d'exploitation mais aussi en fonction des objectifs de l'examen de santé (si ceux-ci sont réétudiés) afin d'obtenir plus de cohérence et de complémentarité entre les informations recueillies.

## Sur le champ des examens

Globalement, plus de pathologies nouvelles sont découvertes chez les personnes de 38 à 57 ans que chez celles âgées de 58 à 65 ans. De la même façon, plus chez l'homme que chez la femme.

Ce constat peut s'expliquer probablement du fait que les personnes âgées et les femmes sont déjà suivies par ailleurs. Les personnes âgées ont déjà consulté à partir de précédents examens de dépistage ou de symptômes...

Quant aux femmes, elles sont d'une part plus attentives aux soins à apporter à leur santé (elles consultent plus facilement leur médecin spontanément) et d'autre part, elles sont souvent suivies dans ces tranches d'âge par le gynécologue.

Les hommes, moins sensibles à la prévention, ne consultent que lorsque les problèmes sont déjà là.



Compte tenu du fait que l'on décèle plus de pathologies chez les hommes de 38 à 57 ans, il serait peut-être intéressant de rechercher plus particulièrement comment obtenir une meilleure participation de cette population-ci (sans pour autant abandonner les autres catégories de population) à l'aide d'outils de communications ciblés, des propositions plus appuyées par les délégués MSA, etc.

### Des précisions à apporter

Il y a des domaines dans lesquels est programmée une séquence « plaintes-examens complémentaires », d'autres où la plainte n'ouvre à aucun suivi ou aucune objectivation (exemples sur le mal être), d'autres enfin où le dépistage se fait sur des éléments biologiques sans qu'il y ait de plaintes et sans que le suivi soit organisé de manière systématique (exemple du dépistage de l'hypercholestérolémie).

De plus, à partir des problèmes de santé constatés, il faudrait disposer d'une base scientifique solide précisant à la fois l'incidence attendue des problèmes découverts, l'efficacité attendue du dépistage (nombre de faux négatifs, faux positifs, valeurs prédictives...) et les préconisations pour la suite de chaque pathologie dépistée.

## Quelques remarques conclusives

Trois points méritent d'être soulignés au terme de cette étude préliminaire :

1) Les examens de santé faits dans le cadre de la MSA disposent d'une pratique déjà bien établie, font l'objet de bilans réguliers, mais ils n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation en bonne et due forme.

Pourtant un tel exercice pourrait avoir de nombreuses conséquences positives : la possibilité d'identifier les acquis, le recueil de l'opinion des personnes, des délégués MSA et des médecins généralistes et enfin, l'adaptation des dépistages proposés aux connaissances acquises.

Il est donc important pour la MSA de s'engager résolument dans une démarche d'évaluation qui combine évaluation externe et mobilisation interne.

2) L'évaluation devra probablement permettre à la MSA de choisir, en toute connaissance de cause, le type d'examens de santé qu'elle souhaite promouvoir. A notre sens, coexistent dans le système actuel plusieurs démarches parallèles :

- Tout d'abord, l'une consiste à concevoir cet examen comme un support orienté vers une consultation entre la personne et le médecin généraliste. Il porte sur des questions d'ordre général ouvrant la voie à des possibilités d'exploration plus fine et guidée par l'entretien médical. Cette orientation sera difficilement systématisée à la fois dans la méthode et dans les résultats obtenus.
- Par ailleurs, l'examen semble également être utilisé pour pratiquer des dépistages ciblés sur des problèmes en nombre limité. Ce cadre doit faire l'objet à la fois de bases scientifiques rigoureuses, assises sur les évidences en santé publique (Evidence based Public Health), mais également d'une adhésion des médecins et d'une démarche établie et protocolisée pour le suivi et la prise en charge des problèmes repérés.
- Enfin, l'examen de santé prône également une meilleure connaissance d'un certain nombre de facteurs de risque comportementaux ou liés à un dépistage organisé ou spontané. Dans ce cadre également, il importe probablement de mieux cerner ces risques (tabac, exercice physique...) ou les dépistages investigués et de définir la stratégie individuelle (dans le cadre du colloque singulier avec le médecin) ou collective que la MSA souhaite promouvoir et les résultats qu'elle en attend.

Il est important que les orientations retenues puissent aider à clarifier le choix des objectifs à atteindre, car il est illusoire de vouloir concilier à travers un seul outil des approches aussi différentes.

3) Enfin, le fait que la loi relative à la politique de santé publique ait inscrit la possibilité de mise en place de consultation de prévention rend urgente la valorisation de l'expérience acquise par la MSA dans ce domaine. Expérience unique en France par son ampleur et sa durée, il est essentiel qu'un travail rigoureux puisse être conduit rapidement afin de faire ressortir les acquis de

cette expérience, de pointer les difficultés rencontrées et de suggérer des solutions. Car c'est sur ces bases et sur un travail plus théorique mené par le professeur Ménard, recensant entre autres les expériences étrangères, que pourront être mis en œuvre des projets ancrés sur une bonne connaissance scientifique et sur les expériences acquises.