

LES BIOLOGIES DE CHECK- UP EN MÉDECINE GÉNÉRALE : QUELS FACTEURS INFLUENCENT CES PRESCRIPTIONS ?

LEFÈVRE CÉLINE

PROMOTEUR : DR CHOMÉ FLORENCE
UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN | ANNÉE 2022-2023

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
RÉSUMÉ	2
REMERCIEMENTS	4
ABRÉVIATIONS	5
1. INTRODUCTION	7
1.1 MISE EN CONTEXTE	7
1.2 RECOMMANDATIONS ACTUELLES	8
1.3 CONSTATS ET EXPLICATIONS.....	10
1.4 OBJECTIF	11
2. MÉTHODE	12
2.1 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	12
2.2 CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE	13
2.3 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DES PARTICIPANTS	13
2.4 RECUEIL DES RÉSULTATS.....	13
2.5 MÉTHODE D'ANALYSE DES RÉSULTATS	14
2.6 PRÉCAUTIONS ÉTHIQUES	14
2.7 MODALITÉS DE COMMUNICATION DES RÉSULTATS	15
2.8 MODALITÉS DE VALIDATION DE LA MÉTHODE	15
3. RÉSULTATS	16
3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS	16
3.2 RECOMMANDATIONS ACTUELLES	16
3.3 PRATIQUE CLINIQUE	18
3.4 FREINS ET MOTEURS À LA PRESCRIPTION	21
3.5 AVIS DES PARTICIPANTS CONCERNANT LES ARTICLES DE LA LITTÉRATURE.....	27
3.6 FUTUR : VERS UN MODÈLE UNIQUE DE PRESCRIPTION ?.....	28
3.7 FEEDBACK DES PARTICIPANTS.....	29
4. DISCUSSION	30
4.1 ANALYSE CRITIQUE DES RÉSULTATS.....	30
4.2 COMPARAISON DES RÉSULTATS AVEC LA LITTÉRATURE.....	31
4.3 BIAIS	33
4.4 QUALITÉ ET VALIDITÉ DES RÉSULTATS	34
4.5 CONFRONTATION DES RÉSULTATS À L'OBJECTIF.....	35
5. CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	40

RÉSUMÉ

Introduction : La demande de biologie sanguine de check-up est un motif fréquent de consultation en médecine générale ayant un impact au niveau sociétal (coût financier pour les soins de santé) et au niveau individuel (résultats faussement positifs menant à une angoisse pour le patient, à des examens complémentaires ou des traitements inutiles). Il existe également une discordance entre les recommandations des instances de santé et ce qui est réalisé en pratique clinique par les médecins généralistes. Dans la littérature, peu d'études se sont penchées sur le sujet dans la population belge. Ce travail a donc pour objectif de mettre en évidence les facteurs qui influencent positivement et négativement les prescriptions de prises de sang de check-up par les médecins généralistes du Brabant Wallon.

Méthodologie : Ce travail a été réalisé par le biais d'une étude qualitative transversale permettant d'interroger, via des entretiens semi-dirigés, des médecins généralistes sur leurs connaissances des recommandations actuelles, sur leur pratique clinique et sur les freins et moteurs à leurs prescriptions de bilans sanguins. Ces entretiens ont été réalisés du 15/11/2022 au 20/01/2023 et les résultats ont été analysés de manière anonyme. Ce travail a été soumis auprès du Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) via la plateforme MGTFE Éthique qui a émis un avis favorable le 13/10/2022.

Résultats : Les médecins participants à cette étude ont tendance à prescrire davantage d'analyses et à des fréquences plus régulières que ce que les instances de santé recommandent actuellement. Ils estiment que ces recommandations sont adéquates car basées sur l'Evidence-Based Medicine (EBM) mais ne sont pas applicables en pratique clinique et ce notamment lié aux attentes et demandes des patients. Concernant les freins et moteurs à leurs prescriptions, les réponses des médecins interrogés ont permis de mettre en évidence 4 groupes de facteurs : les facteurs liés au patient (âge, antécédents personnels et familiaux, mode de vie, symptôme et demande du patient, ...), les facteurs liés au médecin (expérience, besoin de réassurance, relation de confiance, état psychologique, ...), les facteurs liés à la pratique (recommandations, travailler en association, formations, ...), et les

facteurs extérieurs (croyances globales et individuelles, relation avec les laboratoires, prix et remboursements des analyses, modalité de la demande de prise de sang, ...)

Conclusion : Cet état des lieux concernant les facteurs influençant la prescription des prises de sang de check-up par les médecins généralistes est nécessaire pour nous pousser vers le « juste prescrire » afin de rationaliser nos prescriptions, d'être plus pertinent dans les analyses demandées, de réduire les coûts liés et d'améliorer la qualité des soins pour le patient.

Indexation : Bilan de santé (-30) ; analyse de sang (-34) ; recommandation (-45) ; gestion de la santé/médecine préventive (A98) ; prévention (QD4) ; comportement de prescription (QD325) ; médecin de famille (QS41) ; étude qualitative (QR31).

REMERCIEMENTS

Avant de détailler ce travail, il me tient à cœur de remercier certaines personnes qui ont impacté mon parcours professionnel.

Dans un premier temps, je souhaite remercier ma promotrice et maître de stage, le Docteur Chomé Florence pour ses conseils et son soutien tout au long de cette année. Merci pour le temps consacré, les partages de connaissances et les discussions qui m'ont encouragée et accompagnée tout au long de la réalisation de ce travail de fin d'études et de ma formation médicale.

Je tiens également à remercier mes co-assistant(e)s et ami(e)s, qui ont croisé ma route lors de ma formation, qui m'ont soutenue, rassurée et conseillée.

Je remercie les membres du Jury pour le temps et l'attention consacré à mon travail de fin d'études et à son évaluation.

Merci aux médecins participants à cette étude, qui se sont montrés intéressés et motivés lors des entretiens. Merci pour votre contribution et vos retours.

Merci également à mes animateurs de séminaire loco-régional, les Docteurs Lemal Geneviève et Verhelst François, ainsi que les assistants, pour leur écoute, leurs conseils et leur soutien durant cette année.

Et finalement, je remercie mes proches, mes parents, mon frère et mon compagnon, sans qui rien n'aurait été possible. Merci pour votre soutien sans faille, vos encouragements et votre présence ces dernières années.

Merci à vous tous qui avez, d'une manière ou d'une autre, impacté ma vie et ma formation médicale. Merci de m'avoir accompagnée à devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

ABRÉVIATIONS

Atcd	Antécédent
Bili	Bilirubine
Ca	Calcium
Chol	Cholestérol
Cl	Chlore
Créat	Créatinine
CRP	Protéine C réactive
CV	Cardiovasculaire
DMG	Dossier médical global
EBM	Evidence-based medicine
ePPS	Electronic preventive services selector
GEIMG	Groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale
γ -GT	Gamma-glutamyltransférase
GOT	AST = aspartate aminotransférase
GPT	ALT = alanine aminotransférase
HbA _{1c}	Hémoglobine glyquée
HDL	High-density lipoprotein
HTA	Hypertension artérielle
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IMC	Indice de masse corporelle
IST	Infections sexuellement transmissibles
K	Potassium
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
LDH	Lactate déshydrogénase
LDL	Low-density lipoprotein
Mg	Magnésium
MRS	Maison de repos et de soins
Na	Sodium
NFS	Numération formule sanguine
P	Phosphore
PA	Phosphatases alcalines

Plaq	Plaquettes
PSA	Prostate specific antigen
R/	Traitement
RSW	Réseau santé wallon
RGPD	Règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel
SHA	System of health accounts
SSMG	Société scientifique de médecine générale
TFE	Travail de fin d'études
TSH	Thyroïd stimulating hormone
T4L/T3L	Thyroxine T4/T3 libre

1. INTRODUCTION

1.1 Mise en contexte

La demande de biologie sanguine de check-up est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Tout médecin généraliste y est confronté dans sa pratique clinique. La notion de prise de sang de check-up se caractérise selon l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) par un « *dépistage chez des patients sans plainte, sans symptôme ou facteur de risque, sur la base de l'âge et/ou du sexe* » (1).

Selon la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), la prescription de ces bilans sanguins n'a cessé d'augmenter au cours de ces 10 dernières années (2). De plus, il existe une discordance entre les recommandations des instances de santé et ce qui est réalisé en pratique clinique. En effet, ce qui motive la prescription des médecins généralistes ne concorde pas toujours avec les preuves scientifiques dont on dispose actuellement (2).

Cette hausse des prescriptions de biologies de check-up et la discordance avec les recommandations actuelles ont un impact au niveau sociétal, en termes de soins de santé car elles représentent un coût financier non négligeable. En effet, bien que le prix d'une analyse isolée soit faible, le coût total de ces bilans est considérable. Si l'on se réfère aux comptes de la santé (System of Health Accounts, SHA), on estime que les examens de laboratoire prescrits (toutes spécialités et indications confondues) en 2020 ont coûté 991 millions d'euros, soit environ 1,96% de la consommation de soins, de services et de biens médicaux en Belgique (3). Par ailleurs, plus ces prescriptions sont larges, plus le risque de résultats faussement positifs est présent. Une estimation statistique met en évidence que si on analyse 12 paramètres biologiques pour un patient asymptomatique, il y a une probabilité d'environ 50% qu'un ou plusieurs résultat(s) soi(en)t pathologique(s) par rapport aux normes alors que le patient est en bonne santé (4). Ces faux positifs sont une source d'angoisse pour le patient et nécessitent le recours de la part du médecin traitant à la prescription d'examens complémentaires, d'avis spécialisés voire de traitements, qui sont parfois inutiles ou même nuisibles pour le patient. Inversement, certaines analyses sont oubliées et privent le patient d'une prise en charge dont il devrait bénéficier.

1.2 Recommandations actuelles

1.2.1 Recommandations de l'INAMI

Selon les recommandations de l'INAMI : « *toute personne doit bénéficier*

- *à partir de 50 ans d'un dépistage cardiovasculaire (cholestérol total et HDL ; LDL et triglycérides facultatifs) tous les 5 ans ;*
- *à partir de 65 ans d'un dépistage pour le diabète (glycémie à jeun) tous les ans ».* (1)

Le dépistage systématique des affections thyroïdiennes, rénales, hépatiques, prostatiques et carencielles, n'est pas recommandé en l'absence de symptôme.

De par leurs analyses, l'INAMI établit que 1 personne sur 3 à partir de 65 ans ne bénéficie pas d'un dépistage opportuniste alors qu'elle est dans les indications ; et que 4 personnes sur 10 de moins de 50 ans bénéficient de ce dépistage alors qu'elles ne le devraient peut-être pas. Il a également été constaté que le dépistage du diabète est bien souvent associé à d'autres dépistages dont les recommandations ne sont pas établies (par exemple : troubles hépatiques, rénaux, thyroïdiens). De plus, ces dépistages sont, selon leurs observations, systématiquement plus fréquemment réalisés auprès des patients dont le médecin généraliste dispose du Dossier Médical Global (DMG) par rapport aux patients dont il ne le détient pas. (1)

1.2.2 Recommandations de la SSMG

Selon les recommandations de la SSMG, les dépistages du risque cardio-vasculaire et du diabète sont recommandés selon les conditions reprises dans le tableau présenté à la page suivante. (2)

Les dépistages de la fonction hépatique, rénale, thyroïdienne et des infections sexuellement transmissibles (IST) ne sont recommandés qu'en cas de symptômes, de comorbidités, de traitements ou d'antécédents familiaux. Ils ne sont donc pas à doser lors d'une prise de sang de check-up chez un patient asymptomatique (2).

Tableau 1 : Recommandations de la SSMG concernant les dépistages biologiques

Dépistage cardio-vasculaire (ratio cholestérol total/HDL) recommandé :	Dépistage du diabète de type II (glycémie à jeun (GRADE 1C) ou HbA1c (GRADE 1B) recommandé :
- À partir de 50 ans. - Avant 50 ans si HTA, antécédents familiaux d'accident ischémique précoce, ou hypercholestérolémie familiale de type hétérozygote (GRADE 1B). - Pas recommandé en cas de risque cardiovasculaire manifestement accru (antécédent CV personnel documenté ; diabète de type I ; diabète de type II avec complications ou après 50 ans). - Associé au dosage de la microalbuminurie chez les patients diabétiques de type II (GRADE 1B).	- À partir de 65 ans. - Entre 18 et 45 ans si antécédent de diabète gestationnel, d'hyperglycémie de stress (post-opératoire ou post-hospitalisation) ou si présence de minimum 2 facteurs de risque (naissance d'un bébé $\geq 4,5$ kg ; diabète chez un parent du 1^{er} degré ; IMC ≥ 25 kg/m² ; périmètre abdominal > 88 cm (femme) ou 102 cm (homme) ; traitement chronique aux corticoïdes ou contre l'HTA). - Entre 45 et 65 ans si 2 facteurs de risque sont présents.
	Fréquence de l'analyse glycémique à jeun (GRADE 2C) : - 1x/3 ans si glycémie < 100 mg/dl. - 1x/an si glycémie entre 100 et 126 mg/dl. - 1x/an si antécédent de diabète gestationnel. - A contrôler à distance d'une période aiguë puis 1x/an en cas d'hyperglycémie de stress. - 1x/an chez tous les patients de $>$ de 65 ans

1.3 Constats et explications

Actuellement, peu d'articles de la littérature s'intéressent à l'explication de ces constats. En effet, seules quelques études ont été réalisées auprès de médecins généralistes aux Pays-Bas dans les années 1992 à 2005.

Une première étude (5) s'est intéressée à la notion d'incertitude, de prise de risque et au sentiment de culpabilité des médecins généralistes concernant les demandes de check-up sanguins. Ils ont utilisés les questionnaires de Grol de Nightingale (annexe 1). Cette étude montre une plus grande culpabilité des médecins en cas de diagnostics manqués graves (cancer, méningite,) par rapport aux diagnostics manqués moins graves (cystite, sinusite, ...). Ceci est notamment lié à la peur de l'incompétence et la peur de l'erreur face à ce type de diagnostic. Le second constat est que les médecins sont prêts à prendre plus de risque face à une chance de gain par rapport à un risque de perte.

Une seconde étude (6) portant sur l'influence du format de prescription de laboratoire sur le comportement des médecins généralistes, a montré que lorsque cette demande est plus succincte, le nombre d'analyses prescrites est réduit de 18% par rapport à l'utilisation d'un formulaire de laboratoire comprenant une liste exhaustive des dosages disponibles. De plus, lorsqu'on retourne au format habituel de demande d'analyses, les médecins reprennent rapidement leurs habitudes initiales.

Un troisième article (7) montre que, en plus des facteurs professionnels, les facteurs liés au contexte sont fortement associés au nombre de tests prescrits. En effet, parmi les facteurs professionnels influençant de manière significative les prescriptions, on retrouve : le travail à temps plein ou à mi-temps et la participation du médecin à l'établissement des guidelines. Concernant les facteurs liés au contexte au niveau du travail, les plus relevant sont : le type de pratique, la proximité des examens d'imagerie et la distance des laboratoires. Et finalement, pour les facteurs liés au contexte au niveau régional : le feedback des laboratoires concernant les tests prescrits et l'expérience avec les formulaires axés sur une problématique.

Tous ces constats ont donc été établis sur base d'études menées aux Pays-Bas dans les années 1992 à 2005. Actuellement, il n'y a pas d'étude récente réalisée auprès des médecins généralistes belges sur le sujet. On peut malgré tout obtenir quelques

éléments de réponse via le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) qui a effectué une synthèse de la littérature concernant les facteurs comportementaux susceptibles d'influencer la prescription du médecin : travailler avec un groupe de pairs, avoir une aide à la décision via un ordinateur, implémentation des recommandations comme base de feedbacks, utilisation de messages de rappels, demande de justification de prescription, modification de la forme de la demande de biologie, ... De leurs analyses, ils ont retenu que les médecins généralistes doivent être mieux informés des recommandations qui s'établissent au niveau national, et que l'utilisation d'un formulaire de demande d'analyses réduit permet de rationaliser les prescriptions de prises de sang de check-up. (8)

J'ai donc souhaité orienter ce travail vers cet objectif et recueillir l'avis des médecins généralistes belges concernant les facteurs influençant leurs prescriptions de bilans sanguins. En effet, il me semble pertinent de déterminer les éléments inhérents à ces prescriptions, étant donné les constats établis précédemment.

1.4 Objectif

L'objectif de ce travail consiste à déterminer, de manière non exhaustive, les facteurs qui influencent les médecins généralistes belges (et plus spécifiquement en Brabant Wallon) dans leurs prises de décisions concernant les demandes de biologies sanguines de check-up.

La détermination de ces freins et moteurs a pour but de générer une prise de conscience de la part des médecins généralistes de sorte à rationaliser ces prescriptions de prises de sang de check-up afin d'assurer une meilleure qualité des soins pour les patients et de diminuer les coûts en soins de santé.

2. MÉTHODE

2.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique pour ce TFE a été réalisée entre le 13/02/2022 et le 01/03/2022. Elle a été effectuée sur les bases de données PubMed, Cochrane, Google Scholar, ainsi que sur les sites de l'INAMI, du SSMG et du KCE.

Les termes MeSH et mots-clés utilisés sont les suivants :

- PubMed : « Blood chemical test » [MeSH] ; « Routine diagnostic test » [MeSH] ; « General Practitioners » [MeSH] ; « Health planning guidelines » [MeSH].
- Cochrane : « Guidelines » ; « Blood Test » ; « Check-up » ; « General Practice » ; « Attitude of health personnel ».
- INAMI, SSMG et KCE : « Recommandations biologie clinique », « Bilan de santé en médecine générale », « Guide de bonnes pratiques ».

Finalement, après lecture des titres et abstracts, 11 articles ont été sélectionnés (selon les critères d'inclusion et d'exclusion repris dans le tableau 2) et analysés pour ce travail.

Tableau 2 : critères d'inclusion et d'exclusion des articles de la littérature

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Articles portant sur les prises de sang de check-up prescrites en médecine générale.	Articles portant sur les prises de sang en médecine hospitalière, en médecine spécialisée, ou autres professions.
Articles portant sur les recommandations concernant les prises de sang de check-up.	
Articles portant sur les attitudes et comportements du personnel de santé concernant les prises de sang de check-up.	Articles portant sur des dosages biologiques précis, dépistages spécifiques, suivi de pathologie chronique, suivi sous traitement, ...
Articles parus dans les 50 dernières années.	
Articles en français ou en anglais.	Articles dans d'autres langues.

2.2 Choix de la méthodologie

Ce travail a été réalisé par le biais d'une étude qualitative transversale permettant, via des entretiens semi-dirigés de médecins généralistes, de déterminer les facteurs influençant leurs prescriptions de prises de sang de check-up. Ce choix de méthodologie repose sur le fait que l'on cherche à comprendre le phénomène, à identifier les freins et les moteurs à ces bilans de santé, à recueillir l'opinion des professionnels de la santé. On ne cherche pas à quantifier ou mesurer ce phénomène ; il ne s'agit donc pas d'une étude quantitative.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion des participants à l'étude

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Être médecin généraliste ou assistant en médecine générale.	Autres professionnels de la santé ou non-médecins.
Pratiquer en Brabant Wallon.	Pratiquer en dehors du Brabant Wallon.
Être volontaire pour la réalisation de l'interview.	

2.4 Recueil des résultats

Les entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de médecins généralistes et assistants en médecine générale. L'appel à candidature s'est fait le 17/11/2022 via l'intermédiaire des e-mails des cercles de médecine générale du Brabant Wallon. Les médecins intéressés ont pu faire part de leurs interrogations et ont eu accès à toutes les informations nécessaires concernant l'étude. Les entretiens des médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude, ont été réalisés entre le 15/11/2022 et le 20/01/2023. Ils ont tous eu lieu sur rendez-vous, de sorte à avoir le temps nécessaire (environ 30 à 45 minutes), et en présentiel sauf pour une interview réalisée en visio-conférence pour des raisons logistiques et organisationnelles.

Le questionnaire a été réparti en 3 parties. Premièrement, les caractéristiques socio-démographiques des participants ont été questionnées afin de préciser l'échantillon de l'étude. Ensuite, les questions portaient sur les recommandations concernant les

prises de sang de check-up et les habitudes des médecins généralistes. Finalement, les freins et moteurs à ces prescriptions de bilans de santé ont été interrogés. Les questions étaient principalement des questions ouvertes mais des questions fermées ont également été utilisées afin de préciser certaines réponses. Le questionnaire et la retranscription des interviews sont disponibles en annexes 2 et 3.

2.5 Méthode d'analyse des résultats

Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone puis retranscrits dans leur intégralité. L'analyse des résultats a consisté en une analyse thématique des 7 interviews, en recueillant l'ensemble des verbatims dans leurs contextes et en les catégorisant par thèmes.

2.6 Précautions éthiques

Ce travail a été soumis auprès du Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) via la plateforme MGTFE Éthique le 15/09/2022 et un avis favorable a été émis le 13/10/2022. Ces documents sont disponibles en annexes 4 et 5.

L'étudiant (Lefèvre Céline) et le promoteur (Docteur Chomé Florence) de ce travail déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Les participants ont eu à disposition un document de consentement éclairé dont ils ont pu prendre connaissance avant la réalisation des entretiens. Ils ont pu, s'ils le désiraient, poser leurs questions. Un exemplaire de ce document est disponible en annexe 6. Les consentements éclairés signés sont conservés de manière sécurisée mais ne sont pas repris en annexe, de sorte à conserver l'anonymat des médecins participants.

Cette étude est menée de manière anonyme. L'identité des participants ne leur a été demandée que pour la signature des consentements éclairés. Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone et ensuite retranscrits uniquement par l'étudiant, de manière strictement confidentielle. Les participants ne sont pas identifiés par leur nom ni d'aucune autre manière susceptible de les reconnaître dans un des dossiers, résultats ou publications en lien avec cette étude. Les données ne sont pas

transmises à de tierces personnes. Elles sont conservées de manière sécurisée et seront détruites de manière définitive au 30/09/2023.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel (RGPD) du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

2.7 Modalités de communication des résultats

Les médecins participants ont pu, à la fin des entretiens, exprimer le souhait de recevoir une copie des résultats de l'étude via leur adresse électronique.

2.8 Modalités de validation de la méthode

La validation de la méthode est basée sur les recommandations de l'Université Catholique de Louvain concernant la méthodologie de réalisation des études qualitatives, sur la réalisation de sondages auprès de collègues médecins en amont de la réalisation du travail ainsi que sur la recherche de littérature.

3. RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques socio-démographiques des participants

Au total, 7 participants ont été interviewés pour cette étude. Les caractéristiques de ces participants sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographiques des participants

	1	2	3	4	5	6	7
Genre	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Homme	Femme
Age	44 ans	29 ans	38 ans	48 ans	26 ans	50 ans	27 ans
Médecin/ Assistant	Médecin	Médecin	Médecin	Médecin	Assistante	Médecin	Médecin
Type de pratique	Solo	Association	Association	Association	Association	Solo	Association
Milieu de pratique	Semi-rural	Urbain	Semi-rural	Urbain	Semi-rural	Rural	Semi-rural

Concernant la représentativité de l'échantillon, les participants étaient majoritairement des femmes, les extrêmes des âges étaient représentés avec 3 jeunes médecins/assistants et 4 médecins plus expérimentés. La pratique prédominante était la pratique en association (au nombre de 5 contre 2 pratiques en solo) et les milieux représentés étaient variés.

3.2 Recommandations actuelles

Sur les 7 médecins participants, seul le médecin 3 avait récemment revu les recommandations concernant les prises de sang de check-up avec son assistante. Les 6 autres médecins estiment ne pas être suffisamment informés, ne les ont pas revues depuis longtemps, ou se souviennent uniquement de leurs cours théoriques. Les recommandations dont nous avons discuté lors des interviews sont principalement celles de la SSMG et celles de l'INAMI.

Médecin 4 : « Je trouve qu'on devrait plus facilement pouvoir retrouver ces recommandations et pouvoir les relire. Depuis qu'ils ont remis à jour leur site internet, je ne retrouve plus rien ».

Médecin 6 : « *En fait, honnêtement, je n'ai jamais vu de guidelines bien claires sur le sujet* ».

Ils sont d'accord pour distinguer 2 groupes de patients : les moins de 40-50 ans chez qui peu, voire aucun dosage n'est recommandé en l'absence de symptôme ou antécédent ; et les plus de 50 ans, chez qui un contrôle global est nécessaire (glycémie, cholestérol, fonction rénale, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, ...).

Le médecin 6 estime que les recommandations actuelles sont adéquates car basées sur l'Evidence-Based Medicine (EBM). En effet, doser le cholestérol avant 50 ans n'influence pas la prise en charge du patient. Les conseils de prévention primaire restent applicables quelle que soit la valeur du cholestérol.

Concernant l'applicabilité de ces recommandations, les médecins s'accordent pour dire qu'elles sont peu applicables en pratique clinique. Le médecin 5 dit notamment : « *Je ne sais pas si c'est moi qui dose de trop, ou si ce sont les recommandations qui sont insuffisantes. (...) Je trouve que ce n'est pas adapté à la population générale* ». Effectivement, l'ensemble des médecins appuie le fait que la demande du patient a toute son importance dans ces bilans sanguins de check-up. Les patients sont demandeurs d'un bilan de santé et sont, selon le médecin 1, persuadés que l'on va pouvoir tout voir. Or, « *on ne voit que ce qu'on a demandé dans une prise de sang* » nous explique ce médecin. Les médecins 5 et 7 précisent que les croyances globales de notre société actuelle influencent aussi la manière de penser des patients et des médecins. Il faut tenir compte des croyances et attentes respectives. La peur du médecin de passer à côté de quelque chose va influencer sa manière de prescrire. « *Outre les facteurs de santé, des facteurs plus psychologiques et relationnels vont influencer notre prescription* » exprime le médecin 7.

Les médecins 2 et 6 prennent conscience du poids de la demande, de la pression sociale exercée par les patients. Le médecin 6 dit : « *si je suis le seul médecin à ne plus faire de prise de sang à mes patients de moins de 50 ans, alors je pense que je n'aurai plus beaucoup de patients* ». Sur ce point, le médecin 2 rejoint son avis et craint de perdre sa patientèle : « *en fait, il faudrait refuser, il ne faudrait pas faire de prise de sang de check-up chez les moins de 50 ans. S'il y a vraiment une demande, on essaye de faire le moins possible mais c'est toute une négociation. Si on refuse à tous nos*

patients de moins de 50 ans, ils seront quand même frustrés et finiront par aller voir ailleurs... »

Concernant le profil du « patient ordinaire » sur lequel se base les recommandations, les avis divergent. Pour 3 des médecins interrogés (médecins 1, 6 et 7), ce patient ordinaire est plutôt considéré comme une exception. Les patients qui se présentent en consultation et demandent un check-up ont souvent au moins une plainte (exemple : fatigue). Pour les médecins 2 et 3, la répartition est de 50-50. Les sujets jeunes qui se présentent à eux sont souvent asymptomatiques ; par contre les sujets de plus de 50 ans ont souvent des symptômes ou des comorbidités. Finalement, pour les médecins 4 et 5, ces derniers estiment que ce patient ordinaire asymptomatique est plutôt fréquemment représenté dans leur patientèle. Le médecin 5 explique que c'est d'ailleurs par ce biais qu'il voit ces patients en consultation. En effet, sans ce motif de prise de sang de check-up, ceux-ci ne sont vus que pour des vaccins ou certificats sportifs. La prise de sang permet donc de générer un suivi et de garder le lien avec le patient.

3.3 Pratique clinique

Le tableau suivant reprend les analyses demandées par les médecins interrogés lors de prises de sang de check-up « type ».

Tableau 5 : Prises de sang de check-up « type » par médecin

	NFS	Glycémie	Cholestérol	Reins	Foie	Ions	Thyroïde	Vitamines	Autres
1	NFS	Glycémie	Chol.	Créat.	GOT/GPT		TSH	B9 B12 D si suspicion carence	
2	NFS	Glycémie si > 45 ans	Chol. si > 45 ans	Créat. Urée si > 45 ans	GOT/GPT si surpoids	Na, K si R/	TSH si atcd familial		CRP IST si jeunes
3	NFS	Glycémie	Chol.	Créat. Urée	GOT/GPT + γ -GT		TSH	B9 B12 D	Fer + Ferritine
4	NFS	Glycémie si > 50 ans	Chol. si > 50 ans		GOT/GPT si > 50 ans		TSH si femme	B9 B12 D	Lipases si > 50 ans
5	NFS	Glycémie	Chol.	Créat. Urée	GOT/GPT + γ -GT Bili. totale et indirecte	Na, K, Cl	TSH + T4L	B9 B12 D	PSA si homme
6	NFS	Glycémie HbA _{1c} si obésité	Chol.	Créat.	GOT/GPT + γ -GT Bili. PA	Na, K, Cl Ca si R/	TSH	B9 B12	Ferritine
7	NFS	Glycémie à jeun	Chol. total, HDL, LDL, triglycérides	Créat. Urée GFR	GOT, GPT + γ -GT LDH PA	Na, K, Cl Ca, P, Mg si fatigue	TSH	B9 B12 D	Fer + Ferritine CRP

Les 7 médecins interviewés réalisent ces prises de sang de check-up à raison de 1x tous les ans chez les patients de plus de 50 ans. Pour les patients de moins de 50 ans, les avis divergent : elles sont réalisées à raison de 1x tous les 1 à 5 ans. Le médecin 4 distingue 3 échéances : 1x/ an si un ou plusieurs résultat(s) est/sont fortement pathologique(s) ; 1x/2-3 ans si l'un ou l'autre résultat est légèrement anormal ; et 1x/5 ans si toute la prise de sang est normale. Les médecins 2 et 6 préfèrent insister sur les conseils hygiéno-diététiques et la prévention plutôt que de recontrôler trop fréquemment la prise de sang, en particulier chez les patients jeunes.

Les médecins ont établi cette prise de sang « type » sur base de leurs formations médicales, des recommandations de la SSMG, des discussions entre collègues (maîtres de stage, confrères, ...) et sur leurs expériences cliniques personnelles.

Concernant les analyses que les médecins pensent sur- ou sous-prescrire, plusieurs dosages ont été mis en évidence par les médecins interviewés.

Premièrement, le dosage du PSA (prostate specific antigen) est le plus sujet à débat selon ces médecins. Le médecin 1 par exemple, explique qu'il le dosait systématiquement suite aux campagnes de prévention mais qu'il a ensuite arrêté ce dosage suite aux formations suivies sur le traitement du cancer de la prostate. A l'inverse, le médecin 3 ne le dosait plus mais a finalement ajouté ce dosage à ses prises de sang suite à une formation en onco-urologie. En effet, le suivi du PSA aurait un intérêt vu que certains hommes sont asymptomatiques et que les urologues ne font plus de prostatectomies systématiques. Les médecins 2 et 4 estiment qu'il n'y a pas d'indication de le doser (sauf antécédents familiaux ou symptômes) mais rapportent que le message n'est pas toujours évident à transmettre aux patients. Ils proposent donc de le doser 1 fois chez les hommes de plus de 50 ans et de ne le recontrôler qu'en cas de symptômes. Le médecin 5 prend le parti de le doser 1x/an à partir de 50 ans (en dépistage et en suivi). Les médecins 6 et 7 n'en n'ont pas parlé.

Deuxièmement, le dosage de la fonction thyroïdienne. Les médecins s'accordent sur le dosage isolé de la TSH (thyroïd stimulating hormone), sauf pour le médecin 5 qui dose la T4 libre également. Par contre, l'indication de ce dosage varie d'un médecin à l'autre. En effet, les médecins 1,3, 6 et 7 la dosent systématiquement lors d'un check-up alors que les médecins 2 et 4 ne la dosent qu'en cas d'antécédent familial ou chez les femmes.

Troisièmement, pour le dosage des vitamines, les avis divergent. Les médecins 2 et 5 s'accordent sur le fait qu'un dosage annuel de la vitamine D a peu d'intérêt. Selon eux, il y a toujours une carence chez les patients belges et une indication de supplémentation. Son dosage n'est donc pas utile. Pour les vitamines B9 et B12, le dosage est soit fait systématiquement (médecins 3, 4, 5, 6 et 7) soit en cas de suspicion de carence (médecin 1).

Concernant le dosage des lipases, le médecin 5 estime le surprescrire mais agit par crainte de manquer un diagnostic de cancer du pancréas paucisymptomatique.

Le médecin 5 conclut en disant ceci : « *Donc, je pense qu'il y a « sur-prescription » par peur de manquer quelque chose et par explication de certaines plaintes ; et « sous-prescription » par manque de connaissances* ».

3.4 Freins et moteurs à la prescription

L'ensemble des éléments de réponses donnés par les médecins interviewés a été regroupé au sein des sous-groupes suivants :

- Facteurs liés au patient
- Facteurs liés au médecin
- Facteurs liés à la pratique
- Facteurs extérieurs

3.4.1 Facteurs liés au patient

Les éléments mis en avant par les médecins généralistes concernant les facteurs liés au patient sont :

- L'âge du patient.
- Les antécédents familiaux et notamment les troubles thyroïdiens, l'hypercholestérolémie familiale, le diabète, l'obésité et les cancers.
- Les antécédents personnels et plus spécifiquement selon le médecin 2, un antécédent de diabète gestationnel.
- Le mode de vie, le type de régime alimentaire et d'activité physique du patient.
- Le statut socio-économique du patient est à prendre en compte pour les médecins 1 et 7. Ce dernier précise : « *en effet, si je sais que le patient est un peu limité au niveau financier, je vais faire plus attention à ne pas surprescrire, à ne pas trop cocher et à vérifier ce qui a déjà été fait récemment. J'ai travaillé du côté de Charleroi avec des patients qui avaient du mal à payer leurs factures ; donc, ça m'a sensibilisé à faire attention au coût de ce que je coche* ».
- La plainte du patient. En effet, les médecins remarquent que le patient se présente fréquemment en consultation pour une prise de sang de check-up dans un contexte de fatigue.

- La demande et la pression exercée par le patient sur son médecin traitant. Effectivement, le médecin 5 explique : « *Je trouve que les recommandations ne sont pas adaptées à la population générale. Parce qu'on a une population qui est plutôt revendicatrice d'informations, de vérifications, ... Surtout qu'actuellement, on est dans les dépistages, dans la prévention primaire et dans la prise en charge où plus on fait, moins on risque d'avoir des maladies graves après. (...) Il y a l'attente et la demande du patient dont il faut tenir compte* ». Ce même médecin relate que les patients formulent leur demande de bilan de check-up en disant : « *Je veux une prise de sang complète de chez complète, Docteur !* »
- Les médecins 4 et 7 déterminent aussi leurs prescriptions en fonction des anciennes prises de sang disponibles sur le Réseau Santé Wallon (RSW).

3.4.2 Facteurs liés au médecin

Concernant ce second groupe de facteurs influençant, les éléments énoncés sont :

- L'expérience personnelle et les habitudes du médecin prescripteur. En effet, chacun d'entre eux estiment que leurs prescriptions sont influencées par leur propre expérience professionnelle au sens large (formation universitaire, assistantat, pratique médicale, expérience clinique personnelle ainsi que celle de leurs confrères médecins, ...) et donc par les habitudes qu'ils ont prises. Le médecin 5 confie : « *Quand quelqu'un vient en consultation pour faire une prise de sang de check-up, c'est triste, mais je vois ma feuille, je vois les cases que je coche avant même de les avoir cochées. Parce que je mets toujours la même chose* ». Tout comme le médecin 3 : « *Je fais ça de mémoire en fait. Je pense à ce que je coche d'habitude sur mon formulaire de labo, au final ça devient un automatisme* ».
- Le besoin de réassurance est également un facteur qui a été expliqué par ces médecins. Tous estiment que leur propre besoin de réassurance oriente leurs prescriptions. Le médecin 5 explique : « *En effet, quand je fais une prise de sang et que tout revient normal, je suis rassurée. Tandis que si je ne fais que le cholestérol et la glycémie, je vais m'interroger sur le reste, sur ce que je n'ai pas dosé et je vais avoir peur de passer à côté de quelque chose. Donc, il y a l'attente du patient qui joue mais aussi mon besoin de réassurance* ».

Pour le médecin 7, les recommandations sont trop strictes, il a envie d'aller plus loin dans ses prescriptions pour se sécuriser. Il estime que cet élément est lié au fait d'être un jeune médecin et donc de ne pas avoir encore beaucoup d'expérience clinique personnelle.

- La relation de confiance établie entre les patients et leur médecin généraliste a été relevée par les médecins 1 et 4 comme étant un facteur influençant les prises de sang de check-up. En effet, le médecin 1 explique que via une écoute attentive, une relation de confiance s'établit et le patient s'ouvre davantage à son médecin. Cela lui permet de mieux adapter la prise de sang en fonction de l'anamnèse.

Le médecin 4 précise également que c'est avec l'expérience et la pratique clinique que le médecin généraliste peut prendre confiance en lui et créer une relation de confiance avec ses patients. Par contre, il estime que, de par cette relation de confiance, il est plus difficile de résister face à l'insistance d'un patient.

- L'état psychologique du médecin a été soulevé comme élément influençant. En effet, les médecins 2,3 et 4 expliquent que la fatigue, le stress, l'énervement ou le fait d'être à court de temps vont impacter leurs prescriptions. Ils estiment que dans ces situations, ils ont tendance à moins réfléchir, à agir par habitude et à moins se remettre en question. Le médecin 3 confirme en expliquant : « *Quand le patient insiste fort pour un truc, je vais essayer de le convaincre que non, mais en fonction de mon humeur du jour, en fonction du patient que j'ai en face de moi, en fonction de sa ténacité et de l'énergie que j'ai à accorder au fait de lui dire non... Donc mon état de fatigue, d'énervement ou de surcharge va aussi jouer là-dedans* ».

Par ailleurs, le médecin 5 ajoute qu'en cas de manque de temps, il ne peut pas faire une anamnèse et un examen clinique suffisamment complets et a donc tendance à doser davantage dans ses prises de sang pour se rassurer.

- Les médecins 1 et 6 ont également relevé le fait que « *tant qu'à piquer le patient pour sa prise de sang, autant réaliser un bilan plus complet pour ne pas passer à côté de quelque chose* ». Le médecin 1 ajoute dans ce contexte que « (...) *même en l'absence de plainte, la prise de sang va nous aider dans la prévention et les conseils à donner au patient concernant son hygiène de vie* ».

- Finalement, pour le médecin 1, certains sujets sont plus difficiles à aborder avec les patients. Comme le sujet des IST qui est un sujet « tabou » pour lui. Il ne le dose donc pas car il lui est difficile d'aborder le sujet avec ses patients. Il ne le fait que dans des contextes plus spécifiques (professionnel de la santé ou demande précise du patient).

3.4.3 Facteurs liés à la pratique

La pratique médicale influence ces médecins :

- Les recommandations actuelles sont prises en compte par les médecins interrogés, notamment pour les médecins 1 et 2.
- Les maitres de stage influencent leurs assistants lors de leur formation. Le médecin 7 explique s'être basée sur les habitudes de ses maitres de stage mais en ayant adapté en fonction de sa propre expérience clinique et notamment des incidentalomes ayant menés à des examens complémentaires ou avis inutiles. *« Les choses que j'ai enlevé, c'est souvent lié à des incidentalomes de mes maitres de stage, comme, par exemple, les lipasémies un peu élevées qui ont nécessité des recontrôles bio et des scanners abdominaux sans réelle indication ou pathologie sous-jacente ».*

Inversement, le médecin 3 précise qu'en tant que maitre de stage, il s'assure de rester à jour et de respecter l'EBM pour former correctement son assistant. L'influence est donc bilatérale.

- Le fait de travailler en association et de pouvoir régulièrement discuter entre collègues influencent les médecins dans leurs prescriptions. Le médecin 2 précise qu'en effet, il est difficile de rester à jour dans tous les domaines et que ces échanges entre collègues permettent de se tenir au courant des derniers changements.

Selon le médecin 3, l'association oblige à revoir de temps en temps ce que font les autres médecins du cabinet, à accorder les pratiques. Cela influence la manière de prescrire les prises de sang de check-up de manière globale, mais pas à titre individuel.

- Les formations extérieures de type webinaires, séminaires, formations de médecins spécialistes, ... impactent les prescriptions des médecins généralistes qui les suivent.

- Le médecin 4 ajoute qu'il estime que les médecins généralistes récemment diplômés et/ou ayant eu un parcours hospitalier ont tendance à prescrire davantage lors des prises de sang de check-up.

3.4.4 Facteurs extérieurs

Ce dernier groupe de facteurs influençant regroupe les éléments suivants :

- Les croyances individuelles et globales. Cet élément est développé par le médecin 5 qui explique : *« ça dépend aussi des croyances globales qu'on doit faire des check-up pour ne pas passer à côté de quelque chose. C'est dans notre culture, on se dit qu'on est dans un pays industrialisé et ce serait dommage de passer à côté de quelque chose. Ce n'est donc pas adapté à notre population moderne qui a besoin d'informations et à nous, en tant que médecin, avec toutes ces connaissances actuelles, ça me ferait peur de ne faire que ça »*. Le médecin 7 précise que *« chacun a un peu ses croyances en santé et chacun veut vérifier ses propres petits facteurs. (...) Il y a beaucoup de facteurs, plus psychologiques et relationnels que des facteurs de santé qui vont influencer. Il y a aussi les croyances du patient par rapport à ce qu'il connaît et ce qu'il veut qu'on trouve à la prise de sang, mais aussi les croyances du médecin. Et leurs attentes respectives aussi »*.
- Les laboratoires avec lesquels travaillent les médecins généralistes sont cités comme facteur influençant également. Le médecin 2 explique que le laboratoire avec lequel il travaille est facilement accessible et disponible, les résultats sont obtenus rapidement, ce qui influence sa prescription. Les médecins 3 et 4, de par leur rapport aisé avec leurs laboratoires, décident de ne doser que ce qui est nécessaire en sachant qu'ils ont la possibilité de facilement et rapidement faire des ajouts. Le médecin 4 confirme : *« L'hémoglobine glyquée, je ne la fais plus systématiquement. Et vu que je m'entends bien avec mon labo, souvent je dose la glycémie à jeun et je demande au labo de rajouter directement l'hémoglobine glyquée si la glycémie à jeun est supérieure à la normale. Le but c'est qu'il n'y ait pas de dépense inutile. Et puis, le délai est souvent très court pour faire les rajoutes, donc si mon laboratoire le fait directement c'est plus pratique. C'est la même chose pour la thyroïde, je dose la TSH et je note pour*

le labo de rajouter la T4 libre et les anticorps si la TSH est anormale. C'est une façon d'économiser un peu quand même ».

- Le prix des analyses biologiques et leurs remboursements pour le patient ont été évoqués par plusieurs des médecins interrogés. Le médecin 1 insiste sur le manque d'informations concernant les conditions de remboursements des analyses ainsi que sur le prix des analyses effectuées lors des prises de sang de check-up. Les médecins 2 et 3 ajoutent être vigilants dans leurs prescriptions, de bien réfléchir avant de prescrire des dosages parfois coûteux pour la société et/ou pour le patient.
- La modalité de la demande de prise de sang a également été mise en cause comme facteur influençant négativement les prescriptions. En effet, le médecin 5 explique ceci : *« Et un autre frein, ce sont les patients qui demandent par téléphone, parce que du coup, on fait ça vite, sans avoir le patient en face de nous, sans pouvoir vraiment l'interroger. Donc, c'est moins personnalisé ; on prend moins le temps au téléphone qu'en consultation ; on va plus vite donc, on ne dosera pas la même chose. En consultation, le contact avec le patient va influencer ma prescription. Le fait que le patient vienne en consultation, ça permet de faire une meilleure prévention et un meilleur check-up que par téléphone. Les patients qui demandent par téléphone, ils auront tous la même prescription ; alors que ceux que j'ai en face de moi auront des prescriptions plus personnalisées. Je surprescrirai peut-être mais ça sera plus adapté au patient, plus ciblé »*. Les médecins 3, 4, 6 et 7 estiment que leurs prescriptions sont plutôt similaires peu importe la modalité de la demande, mais seront souvent plus complètes en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique. Ce qui leur importe, c'est l'indication de la prise de sang. Le médecin 1 n'a jamais fait de prescription pour une tierce personne ou un patient non vu en consultation.
- Le médecin 1 a précisé s'orienter également en fonction de l'Histoire. Il prend l'exemple de la catastrophe nucléaire de Tchernobyl qui a inquiété et sensibilisé les patients et les médecins au cancer de la thyroïde.
- Le médecin 3 a souhaité préciser qu'il se sentait parfois bloqué quand un patient, habituellement suivi par son spécialiste, venait à son cabinet pour une prise de sang de routine et insistait pour avoir les mêmes dosages que le

spécialiste lui prescrit habituellement. Le médecin s'est plusieurs fois senti forcé de réaliser des analyses inadaptées dans ce contexte.

- Le médecin 4 a ajouté également qu'il prescrivait des prises de sang imposées par les tribunaux ou par les assurances, pour lesquels il avait peu de liberté dans les analyses à cocher.

3.5 Avis des participants concernant les articles de la littérature

Concernant l'article portant sur la notion d'incertitude et de prise de risque (5), les 7 médecins estiment que l'incertitude et la prise de risque sont toujours présents de par les responsabilités inhérentes à la profession médicale. Cette incertitude est malgré tout réduite dans le cadre des check-up par rapport aux patients symptomatiques. Ils estiment nécessaire de prendre un risque suffisamment réfléchi pour réduire l'incertitude au minimum, pour protéger leurs patients mais également pour se protéger eux-mêmes au niveau médico-légal.

Médecin 2 : « *Je prends donc un risque en dosant certaines analyses dans mes prises de sang pour pouvoir poser un diagnostic, peu importe les recommandations, car c'est peu invasif par rapport à d'autres examens plus invasifs comme des colonoscopies. Parfois ça permet de rassurer les patients, même si on ne peut pas tout exclure formellement* ».

Médecin 6 : « *Oui, c'est ce que je disais tantôt quand je disais qu'on avait tendance à cocher plus de choses par peur de passer à côté de quelque chose. C'est un peu ça. Après, ma première règle, c'est de ne jamais faire des croix sur des analyses que je ne sais pas interpréter de toute façon après* ».

Le médecin 1 ajoute l'importance de la communication avant, pendant et après le diagnostic. Ce dernier préfère poser un diagnostic difficile menant parfois à un refus de soins ou à des soins palliatifs mais préfère poser ce diagnostic plutôt que de rester dans le doute et l'incertitude.

Concernant le second article portant sur l'impact de la forme de la prescription (6), les médecins 1, 3 et 4 estiment ne pas être impactés en cas d'utilisation de formulaires différents ou réduits ; leurs habitudes restent les mêmes. Les médecins 2, 5, 6 et 7 sont plutôt influencés par un changement de formulaire. En effet, dans ce cas, ils

doivent davantage chercher les analyses à doser, cela est plus coûteux en temps mais cela pousse également à se remettre en question et à se poser les bonnes questions concernant l'utilité de ces dosages au niveau EBM. Ils pensent donc cocher moins d'analyses sur leur formulaire. Le médecin 6 précise que c'est peut-être la solution pour prescrire moins.

Finalement, rappelons l'un des constats de l'INAMI qui est que certains dépistages opportunistes sont systématiquement plus fréquents chez les personnes qui disposent d'un DMG par comparaison à celles qui n'en possèdent pas (1). Les médecins 1, 2, 3 et 6 estiment ne pas être confrontés à cette situation en pratique. En effet, généralement, les patients vus en consultation sont leurs patients, dont ils détiennent le DMG. Ils les voient régulièrement et font donc de la prévention avec eux. Inversement, les patients dont ils n'ont pas le DMG, sont des patients vus en aigu, en dépannage et donc la prévention est au second plan. Le médecin 4 estime qu'il s'agit d'un biais lié au DMG+, car les médecins pouvaient bénéficier d'un forfait supplémentaire lié aux dépistages. Dans sa pratique, ce médecin ne fait pas de distinction entre les patients avec et sans DMG. La question n'est pas adaptée au médecin 5 qui est assistant et qui n'a pas de DMG à son nom. Le médecin 7 estime ne pas privilégier les patients avec DMG par rapport aux patients sans DMG, sa prise en charge est similaire.

3.6 Futur : vers un modèle unique de prescription ?

Pour aller plus loin, l'hypothèse d'un modèle de prescription unique a été proposé aux médecins interrogés. Le médecin 1 est contre, il souhaite éviter d'être remplacé par des outils informatiques. Les médecins 2, 3, 4 et 5 sont plutôt favorables à cette idée de formulaire unique basé sur des preuves scientifiques et souhaiteraient qu'on y associe des fiches spécifiques avec des recommandations en fonction de l'âge, du régime alimentaire, des risques, des pathologies recherchées (allergie, pathologies rhumatismales,) ... Comme un algorithme décisionnel. Les médecins 6 et 7 sont en faveur d'un consensus entre médecins généralistes et des recommandations claires, avec une prise de sang type et la possibilité d'adapter au cas par cas.

3.7 Feedback des participants

Les médecins interrogés ont pu exprimer leurs remarques concernant cette recherche et ajouter des éléments qui n'auraient pas été abordés lors de l'entretien.

Le médecin 1 signale avoir déjà eu à faire à des patients qui ajoutaient eux-mêmes des analyses sur ses bons de laboratoire. Il s'est senti bloqué et pris au piège par ces patients. Il est également étonné que parfois, certains patients obtiennent des résultats directement via le laboratoire sans passer par l'intermédiaire d'un professionnel de la santé, par le médecin qui a prescrit les analyses.

Le médecin 4 souhaiterait que les recommandations soient mises à jour plus régulièrement et que les médecins généralistes soient mieux informés. Il estime aussi important d'informer les médecins spécialistes qui, selon lui, sont « *ceux qui prescrivent le plus mal* ».

Le médecin 7 insiste sur l'importance de l'inconfort que la demande de prise de sang génère. « *Je pense que s'il y a une chose à ajouter c'est l'inconfort que la demande de check-up amène. Car il n'y a pas de check-up systématisé, ça s'adapte à chaque patient. Il faut chercher la demande du patient derrière et c'est pas toujours bien défini. Parfois, il y a une idée particulière et ce n'est pas toujours possible. Donc, ça serait intéressant d'explorer cet aspect ; ce que le patient attend de cette demande et ce qu'on peut en faire en tant que médecin* ».

4. DISCUSSION

4.1 Analyse critique des résultats

Si l'on compare les prises de sang de check-up « type » des 7 médecins interrogés par rapport aux recommandations de l'INAMI et de la SSMG rappelées au début de ce travail, on constate un écart important. Effectivement, les médecins participants à cette étude ont tendance à prescrire davantage d'analyses et à des fréquences plus régulières que ce que les instances de santé recommandent actuellement. Il faut également garder en tête que nous parlons ici des prises de sang réalisées dans le cadre d'un check-up chez une personne adulte sans plainte, sans antécédent et sans traitement ; ce que les guidelines nomment « patient ordinaire ». Les médecins interrogés estiment que ces recommandations sont adéquates car basées sur l'EBM mais ne sont pas applicables en pratique clinique, et ce notamment lié aux attentes et demandes des patients.

Concernant les freins et moteurs à ces prescriptions mis en évidence par ces médecins généralistes, on peut les regrouper en 4 catégories.

Tableau 6 : Facteurs influençant les prises de sang de check-up en médecine générale selon les médecins interrogés

Facteurs liés au patient :	- Âge : < 50 ans et > 50 ans - Antécédents familiaux - Antécédents personnels - Mode de vie : alimentation, activité physique - Statut socio-économique - Plainte, symptôme - Demande, attente du patient et/ou de son entourage - Résultats antérieurs
Facteurs liés au médecin :	- Expérience personnelle et habitudes - Besoin de réassurance - Relation de confiance patient – médecin - État psychologique : fatigue, stress, surmenage - Sujets tabous, difficiles à aborder

Facteurs liés à la pratique :	- Recommandations - Relation maitres de stage – assistants - Travailler en association - Formations extérieures suivies - Discussion entre collègues
Facteurs extérieurs :	- Croyances individuelles et globales - Laboratoires : accessibilité et disponibilité - Prix et remboursement des analyses - Modalité de la demande - Histoire - Demandes des spécialistes - Demandes des tribunaux ou assurances

4.2 Comparaison des résultats avec la littérature

Concernant les facteurs influençant les prises de sang de check-up mis en évidence dans la littérature, on note des similitudes et des différences avec les éléments rapportés par les médecins interrogés dans ce travail.

Premièrement, les similitudes entre les réponses des médecins interrogés et les facteurs mis en évidence dans la littérature.

Tableau 7 : Similitudes entre les réponses des participants et la littérature

Facteurs liés au patient :	- Le contexte clinique : âge, mode de vie, antécédents, ... - L'anamnèse et l'examen clinique - Les attentes du patient et/ou de sa famille - Les facteurs sociaux : niveau socio-économique
Facteurs liés au médecin :	- L'expérience clinique du praticien, ses habitudes de prescription - La notion de prise de risque et l'incertitude en médecine - La peur de l'incompétence, de manquer un diagnostic - Le besoin de réassurance
Facteurs liés à la pratique :	- Le type de pratique et sa taille : pratique solo ou en association - Les guidelines basées sur l'EBM, dont les médecins ne sont pas toujours informés (changements et disponibilité)

Facteurs extérieurs :	- Le type de formulaire de laboratoire : formulaire habituel ou formulaire réduit - La relation avec le laboratoire : accessibilité, disponibilité - L'information concernant le prix des analyses, les remboursements - Les facteurs culturels : croyances globales et individuelles
-----------------------	--

Ensuite, concernant les différences, certains éléments sont retrouvés dans la littérature mais n'ont pas été évoqués par les participants.

Tableau 8 : Facteurs rapportés dans la littérature et non évoqués par les médecins interrogés

Facteurs liés au patient :	- /
Facteurs liés au médecin :	- L'âge du médecin - La connaissance des caractéristiques intrinsèques des analyses : sensibilité, spécificité, valeurs prédictives
Facteurs liés à la pratique :	- Le milieu ou la localisation de la pratique médicale - Le temps de travail : temps plein ou temps partiel
Facteurs extérieurs :	- Le niveau d'informatisation et de technologies disponibles au cabinet médical avec notamment l'utilisation de supports informatiques d'aide à la décision (ex : Electronic Preventive Services Selector (ePSS) (9)), l'utilisation d'un système de rappels automatiques, ... - La mauvaise utilisation des analyses : mauvais timing, répétition injustifiée des tests, ... - L'utilisation d'audits et de feedbacks de la part des laboratoires concernant les taux d'analyses des médecins généralistes en comparaison aux autres médecins de la région - La distance pour accéder aux laboratoires et autres commodités en santé (centre d'imagerie, ...)

Finalement, les médecins participants ont permis d'apporter de nouveaux éléments qui n'avaient pas encore été répertoriés dans la littérature.

Tableau 9 : Facteurs supplémentaires rapportés par les médecins interrogés

Facteurs liés au patient :	- Les plaintes du patient, les symptômes éventuels - Les résultats antérieurs, notamment les résultats disponibles via le RSW - Les ajouts d'analyses effectués par les patients eux-mêmes
Facteurs liés au médecin :	- L'état psychologique du médecin : fatigue, stress, énervement - Les sujets tabous ou difficiles à aborder par les médecins avec leurs patients : IST par exemple - La relation de confiance établie entre le patient et son médecin traitant, singularité à la médecine générale
Facteurs liés à la pratique :	- La transmission des connaissances et habitudes entre maîtres de stage et assistants, mais également entre collègues - Les formations extérieures suivies - Le parcours de formation du médecin : passage par un service hospitalier lors de la formation par exemple
Facteurs extérieurs :	- La modalité de demande des prises de sang : par téléphone, par une tierce personne, ... - L'Histoire : exemple de la catastrophe de Tchernobyl - Les habitudes des médecins spécialistes - Les prises de sang demandées par la justice ou par les assurances

4.3 Biais

Biais de volontariat : étant donné que les médecins interrogés ont été recrutés sur base volontaire, on peut suggérer que ces médecins avaient un attrait particulier pour le sujet étudié. Cet élément a pu impacter leurs réponses.

Biais de sélection : les médecins généralistes ont été contactés via les adresses électroniques des différents cercles de médecine générale du Brabant Wallon. Tous les cercles n'ont pas répondu au mail, il est donc impossible d'estimer le nombre réel de médecins ayant effectivement reçu la demande. Il n'y a pas eu d'échantillonnage préalable.

Biais de représentativité : bien que 7 médecins aient accepté de participer à l'étude, il semble peu probable, compte tenu également du type d'étude, de pouvoir extrapoler ces résultats à l'ensemble des médecins généralistes belges. En effet, ces médecins ne représentent pas le ratio hommes/femmes ni les écarts d'âges de la population des médecins généralistes du Brabant Wallon.

Biais d'induction : les entretiens ont été préparés via la réalisation d'un guide d'entretiens établi sur base d'un guide vérifié de la littérature (10). Les questions des entretiens ont été rédigées et posées de la manière la plus neutre possible afin d'éviter d'influencer les réponses des médecins participants. Cependant, un biais n'est pas exclu si les formulations ou intonations utilisées ont impacté les réponses des participants.

Biais de confirmation : l'interprétation et l'analyse des résultats ont été effectuées par une seule personne, à savoir l'étudiant (Lefèvre Céline). Il existe donc un biais puisque l'on sait que l'esprit humain a tendance à rechercher instinctivement les informations qui confirment ses idées, ses hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de celles-ci.

4.4 Qualité et validité des résultats

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs influençant les prises de sang de check-up en médecine générale. Cet objectif a été atteint en interrogeant 7 médecins généralistes volontaires du Brabant Wallon. Ils ont été questionnés sur leurs connaissances des recommandations actuelles, sur leurs habitudes de prescription et sur les freins et moteurs à leurs prescriptions de bilans sanguins. In fine, des facteurs influençant ont pu être mis en évidence.

Ce travail de recherche est une étude qualitative transversale. Ce choix d'étude qualitative est un choix orienté et adapté à la question de recherche. En effet, le but

est d'identifier les facteurs influençant positivement et négativement les prescriptions des bilans sanguins en médecine générale, et de recueillir l'opinion des professionnels de la santé. Le but n'étant pas ici de quantifier ou de mesurer ce phénomène, une étude quantitative n'a pas sa place dans le cadre de ce travail. Il s'agit d'une étude transversale puisque l'on fait le point sur la situation actuelle dans une population donnée.

Le protocole d'expérimentation prévu initialement a été respecté.

La taille de l'échantillon est de 7 participants. Les entretiens semi-dirigés ont été interrompus après le 7^{ème} médecin, puisque aucune nouvelle information n'a été apportée par ce dernier. Cependant, il est peu probable que ces résultats puissent être extrapolés à l'ensemble des médecins généralistes belges, compte tenu du biais de représentativité.

Les conclusions de cette étude ont été déduites des résultats obtenus et cités au point 3, en tenant compte des biais éventuels.

4.5 Confrontation des résultats à l'objectif

Ce travail a permis de mettre en évidence, de manière non exhaustive, les facteurs influençant les prescriptions de prises de sang de check-up en médecine générale, en tenant compte de l'avis de 7 médecins généralistes belges. Les facteurs cités par ces médecins ont été comparés aux résultats retrouvés dans la littérature sur d'autres populations. Cette étude permet de prendre conscience de ce qui influence notre pratique clinique et nos prescriptions sur le sujet. In fine, cela nous permet de rationaliser nos prescriptions de prises de sang de check-up afin d'assurer une meilleure qualité des soins aux patients et de diminuer l'impact financier sur les soins de santé.

5. CONCLUSION

Les prises de sang de check-up représentent un motif fréquent de consultation en médecine générale et sont d'ailleurs en augmentation ces dernières années. Une discordance entre les recommandations actuelles et la pratique clinique a été mise en évidence. Ces éléments impactent les soins de santé de plusieurs manières. Premièrement, au niveau financier et sociétal, puisque ces prescriptions représentent un coût non négligeable. Deuxièmement, l'impact au niveau individuel est à prendre en compte également, puisqu'il existe un risque de résultats faussement positifs menant à une angoisse pour le patient, à la prescription d'examens complémentaires ou de traitements inutiles, parfois nuisibles.

Face à ces répercussions, il apparaît pertinent d'adapter nos prescriptions. Pour cela, j'ai voulu mettre en évidence les facteurs influençant la prescription de ces bilans sanguins par les médecins généralistes du Brabant Wallon. De ce travail, j'ai pu identifier 4 groupes de facteurs.

Premièrement, les facteurs liés au patient, à savoir l'âge, les antécédents personnels et familiaux, le mode de vie, le statut socio-économique, le symptôme et la demande du patient.

Deuxièmement, les facteurs liés au médecin, avec notamment l'expérience personnelle et les habitudes de prescription, le besoin de réassurance, la relation de confiance entre le patient et son médecin traitant, l'état psychologique du médecin au moment de la prescription, les sujets tabous ou difficiles à aborder.

Troisièmement, les facteurs liés à la pratique. Nous avons identifié les recommandations des instances de santé, l'influence entre maîtres de stage et assistants, le travail en association et le parcours de formation en hospitalier.

Finalement, des facteurs extérieurs ont été évoqués avec les croyances globales et individuelles, la disponibilité et l'accessibilité des laboratoires, les prix et remboursements des analyses, la modalité de demande des prescriptions, l'influence des spécialistes ou des tribunaux et assurances dans les prises de sang demandées.

Cet état des lieux est nécessaire pour nous pousser vers le « *juste prescrire* », c'est-à-dire « *prescrire le bon examen pour le bon patient au bon moment* » (9). Il est important de rationaliser nos prescriptions, d'être pertinent dans les analyses demandées, afin de réduire les coûts liés à ces prescriptions et d'améliorer la qualité des soins pour le patient.

Il faut, par contre, rester prudent et critique dans l'interprétation de ces résultats. Plusieurs biais ont été énoncés, et notamment le biais de représentativité. L'échantillon des médecins participants n'est pas représentatif de la population générale en termes de sexe et d'âge ; les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés à l'ensemble des médecins généralistes belges.

Finalement, ce travail a étudié le point de vue des médecins généralistes concernant leurs prises de sang de check-up. Il serait intéressant d'étudier le sujet sous d'autres angles ; comme par exemple, rechercher les motivations des patients concernant ces bilans de santé ; ou prendre l'avis de biologistes concernant les recommandations actuelles et les pratiques des médecins généralistes. Par ailleurs, il pourrait être pertinent d'évaluer l'impact des facteurs mis en évidence par cette étude sur le travail pratique des médecins généralistes belges, et de déterminer dans quelle proportion ces facteurs influencent les prescriptions de bilans sanguins par les médecins généralistes. De plus, la question d'un formulaire unique de prise de sang de check-up a été proposé aux participants. Ceux-ci se sont montrés plutôt ouverts à cette idée moyennant des adaptations au cas par cas, via des fiches spécifiques en fonction de l'âge, du régime alimentaire, des risques, ... La mise en place d'un algorithme d'aide à la décision pourrait donc également être étudiée pour le futur.

BIBLIOGRAPHIE

1. Biologie clinique. [cité 1 mars 2022]; Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/biologie-clinique/Pages/default.aspx>
2. Avonts M, Cloetens H, Leyns C, Delvaux N, Dekker N, Demulder A, et al. Demande d'examens de laboratoire par les Médecins Généralistes Recommandation de Bonne Pratique. [cité 1 mars 2022]; Disponible sur: <https://www.ssmg.be/guides-de-pratique-clinique/>
3. Comptes de la santé (SHA) | Service Public Fédéral - Sécurité Sociale [Internet]. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <https://socialsecurity.belgium.be/fr/chiffres-de-la-protection-sociale/statistiques-de-la-protection-sociale/comptes-de-la-sante>
4. Fillée C, Philippe M. QUAND PRESCRIT-ON UN TEST DE LABORATOIRE ? [cité 1 mars 2022]; Disponible sur: <https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/lmed-09-2018-12-fillee.pdf>
5. Zaat JO, van Eijk JT. General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. Med Care [Internet]. 1992 [cité 1 mars 2022];30(9):846-54. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1518316/>
6. Zaat JOM, Van Eijk JTM, Bonte HA. Laboratory test form design influences test ordering by general practitioners in The Netherlands. Med Care [Internet]. 1992 [cité 1 mars 2022];30(3):189-98. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1538607/>
7. Verstappen WHJM, ter Riet G, Dubois WI, Winkens R, Grol RPTM, van der Weijden T. Variation in test ordering behaviour of GPs: professional or context-related factors? Fam Pract [Internet]. août 2004 [cité 1 mars 2022];21(4):387-95. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15249527/>
8. Analyses de biologie clinique en médecine générale - KCE [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/analyses-de-biologie-clinique-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale>

9. Docteur, faites-moi un check-up : la demande d'un bilan de santé chez l'adulte en médecine générale | Louvain Médical [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.louvainmedical.be/fr/article/docteur-faites-moi-un-check-la-demande-dun-bilan-de-sante-chez-ladulte-en-medecine-generale>

10. Damhuis Lotte, Ruquoy Danielle. Collecte de données : l'entretien semi-directif [Internet]. 2012 [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: https://ucline.uclouvain.be/pluginfile.php/20823/mod_resource/content/4/%20Entretien%20semi-directif%20Damhuis%20et%20Ruquoy%202012.pdf

11. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement. JAMA [Internet]. 20 oct 1999 [cité 1 mars 2022];282(15):1458-65. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/192017>

12. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 31 janv 2019 [cité 1 mars 2022];2019(1). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.gateway2.cdih.be/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009009.pub3/full>

13. Vanmeerbeek MU de LUI> D des sciences cliniques > M générale, Felgueroso-Bueno FUL de BU> D de M générale, Lafontaine JBUC de LU> C académique de médecine générale. Guide de rédaction du TFE en médecine générale [Internet]. CCFFMG; 2018 [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/227341>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaires de Grol et Nightingale (5)

To what extent would you blame yourself for missing the following diagnosis?

(5 point-scale from 'a lot' to 'not at all')

breastcancer
meningitis
myocard-infarct
carcinoma of the cervix
acute cystitis
acute otitis media
anaemia
angina pectoris
ulcus duodeni
acute sinusitis
acute gastroenteritis
Hodgkin's lymphoma
infectious mononucleosis
rheumatoid arthritis

FIG. 1. Self-reproach for missing diagnosis according to Grol.

- 1 When in doubt it is better to refer to specialist rather than wait and see.
- 2 General practitioners must do all they can to find the cause(s) of somatic complaints.
- 3 A general practitioner should always stay on the safe side.
- 4 A general practitioner should always keep in mind that any complaint could be the beginning of a serious disorder.
- 5 A general practitioner may not take any risks with respect to somatic problems.

FIG. 2. Risk-avoidance according to Grol.

FIG. 3. Risk-avoidance according to Nightingale.

Possible gain

If you had to give advice about two therapies, A and B, which do not differ as to side-effects or cost, eg for treatment of hypercholesterolaemia in a healthy man of 60, which therapy would you choose?

- A. Therapy A gives a 100% chance of a 5-year longer life expectancy. Thus, in any case, the patient gains 5 years.
- B. Therapy B gives a 50% chance of a 10-year longer life expectancy and a 50% chance of normal life expectancy. Thus, the patient can perhaps live 10 years longer but this is far from certain.

Threatening loss

Assume that two different therapies have become available to treat a recently discovered serious disease. Both produce comparable side-effects and initially complete remission. Only life expectancy is affected differently by the therapy.

- A. Therapy A produces a 100% chance that a patient of 60 will live maximally 6 years less than his normal life expectancy. There is 0% chance that he will live 10 years less than expected.
- B. Therapy B gives a 50% chance that this patient will live as long as his normal life expectancy. However, there is 50% chance that he will live 10 years less than originally expected.

ANNEXE 2 : Questionnaire des entretiens semi-dirigés

PARTIE 1 : Informations du participant

- Genre
- Âge
- Statut professionnel : médecin généraliste / assistant en médecine générale
- Années de pratique clinique
- Type de pratique : solo ? en association ? maison médicale (à l'acte ou au forfait) ? autre ?
- Milieu de pratique : rurale ? urbaine ? semi-rurale ? autre ?

PARTIE 2 : Recommandations actuelles et pratique clinique

Par rapport aux recommandations actuelles :

- Connaissez-vous les recommandations actuelles (INAMI, KCE, SSMG, ...) concernant les prises de sang de check-up en médecine générale ? Si oui, qu'en pensez-vous ?
- Suivez-vous ces recommandations dans votre pratique clinique ? Pourquoi ?
- Estimez-vous que ces recommandations sont adaptées à la pratique clinique ? Sont-elles suffisantes / insuffisantes ? Expliquez.
- Que pensez-vous du « patient ordinaire » sur lequel se base les recommandations des instances de santé ? Correspond-t-il au patient rencontré en pratique clinique ?

Par rapport à votre pratique clinique :

- Quelles analyses demandez-vous lors d'une prise de sang de check-up « type » ?
- A quelle fréquence prescrivez-vous ces bilans sanguins ?
- Sur base de quels éléments avez-vous construit cette demande « type » de bilan ?
- Avez-vous l'impression de sur- ou de sous-prescrire certaines analyses dans votre pratique clinique ?

PARTIE 3 : Freins et moteurs à la prescription

- Quels sont selon vous les éléments qui influencent votre prescription de biologie sanguine de routine en médecine générale ? Quels sont les freins et les moteurs à ces prescriptions ? Facteurs liés au patient ? Facteurs professionnels (type de pratique ? localisation géographique ? milieu de pratique ? expérience professionnelle ? ...) ? Facteurs sociaux (âge ? contexte social ? ...) ? Facteurs environnementaux (contexte épidémiologique ? laboratoire ? ...) ? Autres ?
- Qu'est-ce qui, selon vous, explique que certaines analyses soient sur-/sous-prescrites par rapport aux recommandations actuelles ?
- Dans les articles lus lors de la recherche de littérature, la notion de gestion de l'incertitude et la prise de risque a été questionnée. Qu'en-pensez-vous, concernant les demandes de biologies sanguines de check-up ?
- Un autre article s'interrogeait sur la forme de la prescription, qu'en pensez-vous ? Est-ce que la forme de la prescription de prise de sang influence les analyses demandées ?
- Est-ce que la modalité de la demande de prescription influence votre pratique ? Exemple : demande directe en consultation ou indirecte par téléphone, par mail ou via une tierce personne.
- Selon les recommandations et constats de l'INAMI, certains dépistages opportunistes seraient systématiquement plus fréquents chez les personnes qui disposent d'un DMG par comparaison à celles qui n'en possèdent pas. Qu'en pensez-vous ?

PARTIE 4 : Futur et feedback

- Que pensez-vous d'un modèle de prescription unique pour les demandes de check-up ?
- Souhaitez-vous ajouter des éléments que nous n'aurions pas abordé lors de cet entretien ?
- Avez-vous des remarques ou suggestions concernant ce travail ?
- Souhaitez-vous être tenu au courant des résultats et conclusions de ce travail ?

ANNEXE 3 : Retranscription des entretiens semi-dirigés réalisés dans le cadre du TFE portant sur les facteurs influençant les prises de sang de check-up en médecine générale, entre le 15/11/2022 et le 20/01/2023.

Entretien n°1 : médecin femme de 44 ans, pratique solo en milieu semi-rural

(1) Recommandations actuelles et pratique clinique

Connaissez-vous les recommandations actuelles (INAMI, SSMG, KCE, ...) concernant les biologies sanguines de check-up en Médecine Générale ? Si oui, qu'en pensez-vous ?

« Il y a recommandations et demandes du patient. Le problème c'est que les patients demandent un check-up et sont persuadés que l'on va tout voir. Ils pensent qu'on a tout vu dans une prise de sang. Bien souvent, ils reviennent après en disant qu'ils avaient raison et qu'il n'y avait rien. Mais on ne voit que ce que l'on a demandé dans une prise de sang. Donc là, il y a souvent une maldonne. »

« Je ne suis pas trop pour les standards. C'est vrai que les patients sont rarement asymptomatiques. Ça c'est le patient théorique des guidelines de bureaux. (rire). Je ne suis pas trop pour tout ça. Le patient théorique des dossiers administratifs dans les hautes sphères, je n'en ai jamais vu. J'ai toujours un patient qui veut un check-up parce qu'il est fatigué, autrement dit on est directement dans la recherche d'une anémie etc ou bien un patient qui a mal au dos ou un patient qui veut un check-up parce qu'il a quelque chose. On a bien emmagasiné qu'on ne peut plus demander TSH, T4 libre et T3 libre dans les bilans thyroïdiens, donc on va demander seulement TSH. Mais on ne va pas rester juste dans le dosage du cholestérol après 50 ans et de la glycémie après 65 ans, même si les guidelines recommandent ça... Le patient théorique moi je n'en ai jamais vu.

De plus, il n'y a pas que la demande du patient lui-même. Mais par rapport au patient lambda, s'il faut piquer, autant demander un bilan complet (hémogramme, foie, rein, glycémie et cholestérol). Même dans le cas d'absence de plainte, la prise de sang va nous aider dans la prévention et les conseils à donner au patient concernant son hygiène de vie. »

Pensez-vous que ces recommandations sont adaptées à la pratique clinique ? Sont-elles suffisantes ?

« Je vais être honnête, je pense que les recommandations ne sont pas connues. Si on analyse ce qui est fait en termes de chiffres, ces éléments ne refléteront pas ce qui est recommandé mais uniquement ce qui est fait par les médecins généralistes. Simplement, parce que les médecins ne connaissent pas ces recommandations. »

« Il y a aussi un manque d'informations concernant les remboursements d'analyses biologiques, il y a également des changements fréquents dans les recommandations, dans les conditions de remboursement et même dans les normes des laboratoires concernant certaines analyses. »

Suivez-vous ces recommandations dans votre pratique clinique ? Pourquoi ? Justifiez.

« J'aime bien tenir compte des recommandations, car je ne fais pas d'impasse par « a priori ». Par exemple pour la thyroïde, au début de ma pratique, j'aurais demandé d'office TSH et T4 libre, mais aujourd'hui, je ne dose que la TSH, et seulement si elle est anormale, alors je demande à mon laboratoire d'ajouter la T4 libre. Je tiens donc compte des recommandations. Mais, je vais aussi tenir compte de la clinique, de mon impression clinique, des plaintes et surtout de mes recherches de littérature. J'aime approfondir mes prises de sang, faire des recherches et demander des analyses spécifiques. Donc je ne suis pas toujours les guidelines actuelles, je ne fais pas d'impasse juste parce que c'est ce qui est recommandé. »

« La prise de sang est justement un outil pour les médecins généralistes en première ligne. On a le patient en face de nous qui se confie, qui nous explique des choses, ... Je suis un médecin très ouvert et à l'écoute. Je veux qu'il me dise qu'il n'a pas pris son traitement car je saurai mieux analyser les résultats obtenus si j'ai ces informations-là. C'est grâce à notre relation de confiance avec le patient, en tant que médecin généraliste. »

Par rapport à votre pratique clinique, quelles analyses demandez-vous lors d'une prise de sang de check-up « type/classique » ?

« Généralement, je dose : hémogramme, transaminases, créatinine, TSH, glycémie, cholestérol. »

Sur base de quels éléments avez-vous établi cette demande « type » de bilan ? Expliquez.

« C'est la base de mon assistanat, c'est ma formation de base qui m'a influencée. »

Avez-vous l'impression de sur- ou de sous-prescrire certaines analyses dans votre pratique clinique ? Si oui, pourquoi ?

*« Je ne dose pas les vitamines en pratique courante, sauf si je suspecte une carence. »
« Je ne dose plus TSH et T4 libre systématiquement, je tiens compte des recommandations et je ne dose que la TSH. » (réfléchit). « Je dosais le PSA suite aux campagnes de prévention et puis je ne l'ai plus dosé suite aux formations suivies qui nous informaient qu'on ne traiterait pas forcément un cancer de la prostate. »*

« Ces changements sont donc liés aux recommandations, je m'oriente via la littérature ».

(2) Freins et moteurs à la prescription

Quels sont selon vous les éléments qui influencent votre prescription de biologie sanguine de routine en médecine générale ? Quels sont les freins et les moteurs à ces prescriptions ?

« Je n'ose pas doser les infections sexuellement transmissibles car je n'ose pas questionner les patients sur le sujet ; sauf s'il s'agit de professionnels de la santé (comme par exemple les infirmiers qui sont à risque). Je ne les dose que si c'est la demande du patient, comme par exemple, un jeune patient qui me demande une prise de sang de check up pour vérifier les maladies sexuellement transmissibles. »

« Je ne dose pas les marqueurs de cancer en dépistage, uniquement en suivi. Cela vient des recommandations. »

« Je questionne parfois des spécialistes pour orienter mes dosages, mais cela concerne plutôt des biologies chez des patients avec des plaintes, pas forcément en check-up. »

« Je devrais peut-être davantage tenir compte du statut socio-économique de mes patients. Si j'ai un patient défavorisé en consultation je pense que je ne prescrirai pas la même chose qu'un patient d'un milieu plus aisé. »

Qu'est-ce qui, selon vous, explique que certaines analyses soient sur-/sous-prescrites par les médecins généralistes par rapport aux recommandations actuelles ?

« Je pense, qu'avec la catastrophe de Tchernobyl, il y a eu un gros coup psychologique qui a sensibilisé à la thyroïde. On a su que les cancers allaient survenir 30 ans plus tard. Ce qui est effectivement le cas car j'avais effectué une enquête dans la région sur le sujet. L'histoire influence donc ce dosage selon moi. »

Dans les articles lus lors de la recherche de littérature, la notion de gestion de l'incertitude et la prise de risque a été questionnée. Qu'en-pensez-vous, concernant les demandes de biologies sanguines de check-up ?

(résumé de l'article : Zaat JO, van Eijk JT. General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(9):846–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1518316/>)

« J'ai eu le cas d'un patient de 80 ans qui se présentait à ma consultation et qui changeait de médecin. Il m'a dit qu'il aimait bien son ancien médecin car il ne cherchait pas toujours tout. J'avais donc compris que je ne devais pas chercher des problèmes là où il n'y en avait pas. (rire). A un moment donné, je me suis trouvée dans cette situation. Si je dosais l'analyse, j'avais trouvé ce qu'il avait mais j'allais devoir lui dire ce qu'il ne veut pas entendre ou savoir. Et si je ne le dose pas, et qu'il fait un malaise, et qu'on trouve ce qu'il a ; on va dire que je suis passé à côté, que je n'ai pas fait mon travail. Je me trouvais donc devant cette prise de risque. Au fil des consultations, j'ai pu discuter avec lui et réaliser la prise de sang et le diagnostic est tombé. Ce monsieur a heureusement pu être pris en charge rapidement, j'ai été soutenue par les spécialistes en gériatrie. »

« C'est la communication qui est primordiale. Avant, pendant et après. Même quand le diagnostic est posé, on doit rester dans la communication avec le patient et l'accompagner en soins palliatifs par exemple. Je préfère poser le diagnostic et décider ensuite, accepter et gérer le refus de traitement par exemple. Je ne veux pas rester dans le doute ou l'incertitude. »

Un autre article s'interrogeait sur la forme de la prescription, qu'en pensez-vous ? Est-ce que la forme de la prescription de prise de sang influence les analyses demandées ?

(résumé de l'article : Zaat JOM, van Eijk JTM, Bonte HA. Laboratory test form design influences test ordering by general practitioners in The Netherlands. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(3):189–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1538607/>).

« Personnellement, quand je ne veux presque rien demander, je fais la prescription à la main. (rire). Par contre, quand je veux une demande plus complète, alors j'utilise le formulaire de laboratoire. J'aime bien le formulaire du laboratoire avec lequel je travaille, et j'y suis habituée. Et puis je ne dose pas ce que je ne connais pas donc... ».

Est-ce que la modalité de la demande de prescription influence votre pratique ? Ex : demande directe en consultation ou indirecte par téléphone, par mail ou via une tierce personne.

« Je n'ai jamais prescrit pour un tiers. J'ai toujours vu mes patients en consultation pour les prises de sang. »

Selon les recommandations et constats de l'INAMI, certains dépistages opportunistes seraient systématiquement plus fréquents chez les personnes qui disposent d'un DMG par comparaison à celles qui n'en possèdent pas. Qu'en pensez-vous ?

« Je pense que les bilans plus poussés sont réalisés chez les patients que je vois régulièrement. Les patients qui n'ont pas leur DMG chez moi sont des patients que je vois pour dépanner, en « aigu » souvent, et donc je ne fais pas de prévention avec eux. »

(3) Futur et feedback

Que pensez-vous d'un modèle de prescription unique pour les demandes de check-up ?

« Je trouve qu'il faut éviter ça. Il faut éviter d'être remplaçable par des machines. Les machines doivent rester des outils. »

Souhaitez-vous ajouter des éléments que nous n'aurions pas aborder ?

« Je pense notamment aux ajouts fait par les patients eux-mêmes. J'ai en tête le cas vécu avec une patiente chez qui j'ai découvert fortuitement une hyperplaquettose et dont le papa, qui était infirmier, avait rajouté toute une série de demandes d'analyses supplémentaires sur ma demande... Je me suis sentie bloquée, je ne savais rien y faire... »

« Un sujet qui me dérange est le fait que certains résultats d'analyses peuvent être transmis au patient directement via le laboratoire, sans passer par un médecin. Je pense que c'est mieux que les résultats passent par nous. J'ai eu le cas avec une femme jeune qui a appris qu'elle était enceinte par le laboratoire et elle n'avait pas de désir de grossesse... J'ai été étonné que la patiente puisse obtenir l'information sans passer par moi... »

« Je pense aussi à un point important : la différence entre "check-up" et "dépistage". Il me semble qu'un check-up voiture par exemple sous-entend que l'on fasse le tour de tout, pas juste du filtre à pollen ou de réservoir d'huile. De même, si un patient demande un check-up, on envisage cela comme un survol des différents organes, à la différence d'un dépistage cholestérol, diabète, etc lié à une classe d'âge. »

(1) Recommandations actuelles et pratique clinique

Connaissez-vous les recommandations actuelles (INAMI, SSMG, KCE, ...) concernant les biologies sanguines de check-up en Médecine Générale ? Si oui, qu'en pensez-vous ?

« Ça dépend de l'âge surtout. Je pense qu'à partir de 45 ans de toute façon, on peut être plus large. Pour la glycémie à jeun par exemple, c'est à partir de 45 ans, mais en pratique on le dose souvent chez des patients plus jeunes. Je sais ce qui est recommandé mais c'est pas pour ça que je le fais toujours en pratique, je le dose quand même souvent chez des moins de 45 ans. (rire). Ensuite, je pense qu'on peut facilement demander la fonction rénale à partir de 45-50 ans. Je ne fais jamais de fonction thyroïdienne chez les enfants non plus. (réfléchit). Le cholestérol également jamais avant 50 ans. Ça ne sert à rien car on ne va jamais traiter quelqu'un de jeune, sauf s'il y a une hypercholestérolémie familiale. (réfléchit). L'hémato, je le fais chez tout le monde en général. La fonction hépatique, cela dépend de la situation, c'est rare que je la demande chez un jeune. Et pour la CRP ça je demande quand même d'office. Pour la vitamine D, j'essaie de ne pas la doser systématique car on devrait supplémenter tout le monde normalement, mais parfois je la dose pour sensibiliser les patients. Et finalement la question du PSA chez les hommes, c'est tout un débat. En général, s'il n'y a pas d'antécédent familiaux, j'essaie d'expliquer qu'il n'y a pas d'intérêt à doser ce marqueur prostatique, que ce n'est pas un dépistage recommandé mais ce n'est pas toujours facile à leur faire comprendre. Alors parfois, chez des hommes de plus de 50 ans, je propose de le doser une seule fois pour les rassurer et s'il est normal on ne le dosera plus. »

Suivez-vous ces recommandations dans votre pratique clinique ? Oui/Non, pourquoi ? Justifiez.

« C'est vrai que quand on a un jeune en consultation qui demande une prise de sang de check-up, c'est assez difficile de lui expliquer qu'on ne va quasi rien doser à sa biologie. J'essaie aussi de parler des IST, je ne sais pas si c'est vraiment recommandé mais j'essaie d'y penser chez les jeunes et moins jeunes. Je dose aussi toujours la TSH en check-up, même si apparemment ce n'est pas recommandé. (rire). Je ne dose pas la T4 libre par contre. Au final, ils viennent pour un check-up mais il y a toujours quand même l'une ou l'autre plainte ou

antécédent. En fait, il faudrait refuser, il ne faudrait pas faire de prise de sang de check-up chez les moins de 50 ans, mais s'il y a vraiment une demande, on essaye de faire le moins possible mais c'est toute une négociation. Si on refuse à tous nos patients de moins de 50 ans, ils seront quand même frustrés et finiront par aller voir ailleurs... On doit un peu négocier avec eux et adapter au cas par cas. (réfléchit). J'essaie aussi de ne pas doser d'office les vitamines et le fer, sauf s'il y a un antécédent de bypass ou une anémie et dans ce cas-là je les rajouterai par la suite. »

Pensez-vous que ces recommandations sont adaptées à la pratique clinique ? Sont-elles suffisantes ?

« Tous les 5 ans ça me semble un peu compliqué. Mais après, si on a quelqu'un qui a 50 ans, HTA, non-fumeur, si on a déjà doser son cholestérol qui était bon et que son SCORE cardiovasculaire est bon, il ne faudrait pas le redoser systématiquement, mais par réflexe, on le fait. Le patient demande souvent si son cholestérol est toujours bon et donc sous la pression, on le redose plus souvent que nécessaire. Parfois j'essaie de ne pas le doser tous les ans, mais tous les 5 ans ça me semble compliqué. Les patients sont très demandeurs. Certains veulent vraiment savoir précisément comment leur cholestérol évolue même si leur SCORE est bon. Dans ces cas-là, j'essaie de donner pas mal de conseils alimentaires et d'activité physique, vu qu'on ne va pas traiter à priori si leur SCORE est bon. »

Que pensez-vous du « patient ordinaire » sur lequel se base les recommandations des instances de santé ? Correspond-t-il au patient rencontré en pratique courante ?

« C'est vrai que ces recommandations sont basées sur le « patient ordinaire » comme ils appellent ça. Et au final, en consultation, on voit de tout. C'est ça le problème. J'ai une patientèle très variée, des adolescents et jusqu'à des personnes de 90 voire 100 ans. Le cholestérol je ne le dose plus après 80 ans quand même. (rire). Mais les personnes qui viennent pour un check up, en général ce sont des personnes jeunes qui sont inquiets et qui ne le font qu'une fois, mais souvent ce sont aussi des patients sous traitement ou avec pathologies qui demandent de reconstrôler régulièrement leur prise de sang. Le profil de patient qu'on a en consultation ne correspond donc pas toujours au profil du patient ordinaire sur lesquels sont basées les recommandations. C'est un peu 50-50. »

Par rapport à votre pratique clinique, quelles analyses demandez-vous lors d'une prise de sang de check-up « type/classique » ?

« Souvent je fais hémato, glycémie à jeun à partir de 50 ans, créatinine et urée, le foie s'il y a un surpoids, TSH souvent et surtout s'il y a des antécédents familiaux, sodium et potassium notamment s'ils prennent des médicaments, et CRP assez souvent également. Après ça dépend aussi si le patient présente quand même des plaintes. »

A quelle fréquence réalisez-vous ces check-up ?

« Chez l'adulte sans plainte, maximum 1x/an. Et si tout est normal, on essaye d'espacer mais certainement pas plus d'une fois par an. Après s'ils veulent le faire tous les ans, c'est difficile de leur dire non. Avant 50 ans, j'essaie de leur expliquer que ce n'est pas nécessaire, je les questionne sur les hygiène de vie, leur alimentation, leur activité physique, le tabagisme, ... J'essaie de leur donner des messages de prévention pour être en bonne santé avant de passer à un prise de sang qui ne montre pas tout. Parfois, s'ils insistent, on en fait une mais on sait qu'on ne la recontrôlera pas rapidement. »

Sur base de quels éléments avez-vous établi cette demande « type » de bilan ?

Question non posée, éléments de réponses dans les autres questions.

Avez-vous l'impression de sur- ou de sous-prescrire certaines analyses dans votre pratique clinique ? Si oui, pourquoi ?

Question non posée, non répondue.

(2) Freins et moteurs à la prescription

Quels sont selon vous les éléments qui influencent votre prescription de biologie sanguine de routine en médecine générale ? Quels sont les freins et les moteurs à ces prescriptions ?

« J'interroge sur les antécédents personnels, par exemple s'il y a eu un diabète de grossesse, alors je vais contrôler la glycémie à jeun ; les antécédents familiaux, comme par exemple s'il y a un antécédent de problème thyroïdien dans la famille, je vais plus souvent doser la fonction thyroïdienne même s'ils sont asymptomatiques ; j'adapte également s'il y a un surpoids et je doserai plus facilement le cholestérol surtout pour sensibiliser les patients encore une fois ; (réfléchis) ... C'est à peu près tout.»

« J'essaie de faire attention également au prix de ce qu'on prescrit. Par exemple le PSA je sais que c'est assez cher donc je ne vais pas le prescrire à tous mes patients hommes. On a aussi souvent la demande de dépistage de cancer par prise de sang mais je ne dose jamais les marqueurs tumoraux lors d'une prise de sang de check-up, je leur explique plutôt pourquoi ce n'est pas indiqué.

C'est vrai aussi que parfois une analyse isolée comme la glycémie ne coûte pas cher, mais si on la dose à tous les patients, ça revient cher au final. J'ai ce critère du prix en tête quand même qui me limite dans les dosages que je coche. Il y a aussi tous les patients qui demandent leurs dosages covid etc. Ca j'essaie vraiment de ne pas le faire car c'est quasi 10 euros le dosage, que ça ne sert à rien. J'essaie plutôt de négocier et de leur expliquer. » (Réflexion).

Est-ce que des facteurs liés à votre formation, à votre pratique professionnelle, à votre localisation géographique, ... vont influencer ?

« On travaille toujours avec le même labo qui est accessible et disponible, donc parfois ça facilite aussi et donc on peut plus facilement et rapidement faire une bio pour un patient qu'on voit en consultation. Parfois on a aussi la peur de passer à côté de quelque chose, d'une maladie. Peur de la louper, parce qu'au final quand le patient vient nous voir il a quand même souvent une petite plainte. Donc parfois on préfère doser trop que trop peu. En plus, on a les résultats hyper vite aussi avec les labos, les résultats sont beaucoup plus accessibles donc on a tendance à prescrire plus. Par contre, ma pratique de groupe, en association, je ne pense pas que ça influence. Même si on échange et on discute parfois de résultats de prise de sang. Mais par contre lors de mon assistantat, j'ai été fort influencée par ma maitre de stage, par mes amis et collègues assistant(e)s. On ne sait pas toujours être au courant de tout et se tenir informé sur tout donc parfois en discuter ça aide. »

Qu'est-ce qui, selon vous, explique que certaines analyses soient sur-/sous-prescrites par les médecins généralistes par rapport aux recommandations actuelles ?

« Si on prend l'exemple du PSA, c'est un vaste sujet. (rire). Le dosage du PSA permet de rassurer le patient mais ça n'exclut pas tout. Si je le dose, ce n'est qu'une seule fois puis je ne le dose plus. Je questionne aussi s'il y a des antécédents familiaux pour savoir si je le dose ou pas. S'il n'y a pas d'antécédent, j'essaie de ne pas le doser car il y a tout une zone grise. Pas mal de cancer de la prostate sont indolents et ne vont évoluer que très lentement. Parfois on les traitera et ils auront des effets secondaires des traitements, ... C'est un peu une escalade. Donc j'essaie d'y penser et de faire attention. »

Dans les articles lus lors de la recherche de littérature, la notion de gestion de l'incertitude et la prise de risque a été questionnée. Qu'en-pensez-vous, concernant les demandes de biologies sanguines de check-up ?

(résumé de l'article : Zaat JO, van Eijk JT. General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(9):846–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1518316/>)

« On doit toujours manager avec l'incertitude. Ça c'est sûr. Après, dans une bio de check up chez quelqu'un d'asymptomatique, on a peu d'incertitude en général par rapport à quelqu'un qui a des plaintes. On fait alors la prise de sang pour se rassurer et orienter la prise en charge en cas de symptômes. Mais quand c'est pour un check-up, l'incertitude est moins présente. »

« C'est sûr qu'on va avoir plus tendance à doser des choses si on sait qu'on va pouvoir donner un traitement derrière qui va être efficace. On ne va pas doser des choses qu'on ne connaît pas non plus. Par exemple, tout ce qui est facteur rhumatoïde, je ne dose que rarement, car après qu'est-ce qu'on fait du résultat. Il faut quand même savoir ce qu'on dose, pourquoi on le dose et savoir interpréter les résultats. C'est normal de ne pas connaître tout ce qu'il y a sur une prise de sang. Par exemple, pour la maladie cœliaque, donc là le patient a des symptômes, je vais doser les anticorps anti-transglutaminases si j'ai un doute même si ce n'est pas dans les recommandations. Et je sais que si le résultat est normal ça ne permet pas de l'exclure, mais si le résultat est positif ça va m'orienter et m'aider dans la prise en charge. Je prends donc un risque en dosant certaines analyses dans mes prises de sang pour pouvoir poser un diagnostic, peu importe les recommandations, car c'est peu invasif par rapport à d'autres examens plus invasifs comme des colonoscopies. Parfois ça permet de rassurer les patients même si on ne peut pas tout exclure formellement. »

Un autre article s'interrogeait sur la forme de la prescription, qu'en pensez-vous ? Est-ce que la forme de la prescription de prise de sang influence les analyses demandées ?

(résumé de l'article : Zaat JOM, van Eijk JTM, Bonte HA. Laboratory test form design influences test ordering by general practitioners in The Netherlands. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(3):189–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1538607/>).

« C'est vrai qu'en maison de repos ce ne sont pas toujours les mêmes formulaires qu'au cabinet. Après, en maison de repos, les patients ont souvent plusieurs comorbidités donc je vais doser plus de choses que lors d'un check-up sans plainte. Mais c'est vrai que c'est fort perturbant. Je pense qu'on est influencé par l'habitude. On a l'habitude de cocher certaines choses sur notre formulaire et on va refaire la même chose tous les jours sans toujours avoir la réflexion et le questionnement sur ce qui est EBM ou non. Il faudrait peut-être qu'on ait moins de possibilités d'analyses sur les formulaires de laboratoire, ça pourrait aider. C'est vrai que dans les homes c'est parfois perturbant et donc on va peut-être cocher moins de choses. On court aussi toujours après le temps. Si ça met trop de temps de chercher une analyse sur un bon de labo avec lequel on a pas l'habitude de travailler, on va aller à l'essentiel et doser probablement moins. »

« Par rapport à une des questions précédentes du coup, je pense aussi que le fait d'être fatigué, à court de temps, dans le rush de fin de journée, fait qu'on ne va pas toujours doser les mêmes choses. On va faire par habitude, en réfléchissant probablement moins. »

Est-ce que la modalité de la demande de prescription influence votre pratique ? Ex : demande directe en consultation ou indirecte par téléphone, par mail ou via une tierce personne.

Question non posée, non répondue.

Selon les recommandations et constats de l'INAMI, certains dépistages opportunistes seraient systématiquement plus fréquents chez les personnes qui disposent d'un DMG par comparaison à celles qui n'en possèdent pas. Qu'en pensez-vous ?

« Je n'ai pas l'impression d'être confrontée à cette situation. Souvent les patients que je vois et que je soigne, ce sont mes patients dont j'ai le DMG. Après peut-être qu'on se dit qu'avec nos patients on prend plus de temps, on se dit que si on coche plus de choses, on va plus

s'investir pour le patient. Je pense que c'est plutôt psychologique. Mais je ne le remarque pas trop dans ma pratique. Malgré tout, c'est vrai que si je vois un patient une fois en remplacement, je vais pas m'investir autant dans ces dépistages car je n'aurai pas le suivi par la suite. »

(3) Futur et feedback

Que pensez-vous d'un modèle de prescription unique pour les demandes de check-up ?

« Je pense qu'au moins avoir une check-list par âge ça peut être bien. Par exemple, pour un patient de moins de 50 ans sans aucun symptôme, de bien nous redire ce qu'il faudrait ou ne faudrait jamais cocher. Je pense que sur certains bon de labo, on est tenté à aller dans des investigations avec des facteurs rhumatoïdes etc... et au final, on fait quoi avec ces résultats ? On envoie quand même chez le spécialiste. Parfois on se laisse tenter, par peur de passer à côté de quelque chose, mais ce n'est peut-être pas notre rôle d'aller aussi loin. »

« Donc oui, ça pourrait être bien. Surtout d'avoir un rappel un peu plus clair de ce qui est vraiment recommandé ou pas. Avoir un feedback sur les recommandations. Par exemple, afficher sur les demandes d'analyses les âges où c'est recommandé. Avoir au moins les recommandations, et cela permettrait aussi de se justifier auprès du patient quand il est demandeur de check up. »

Souhaitez-vous ajouter des éléments que nous n'aurions pas abordé ?

« Non, les questions sont bien larges donc je pense qu'on a abordé une grande partie de ce sujet. »

(1) Recommandations actuelles et pratique clinique

Connaissez-vous les recommandations actuelles (INAMI, SSMG, KCE, ...) concernant les biologies sanguines de check-up en Médecine Générale ? Si oui, qu'en pensez-vous ?

« Oui, on avait revu ça avec l'assistante l'année passée, et on avait essayé de recadrer du coup nos prises de sang. Donc oui, plus ou moins. On s'est rendu compte qu'on était pas si mauvais. On pensait qu'ils recommanderaient beaucoup moins de choses, mais au final on était dans le bon. »

Suivez-vous ces recommandations dans votre pratique clinique ? Oui/Non, pourquoi ? Justifiez.

Pensez-vous que ces recommandations sont adaptées à la pratique clinique ? Sont-elles suffisantes ?

« Je trouve que ça va. La seule chose que j'ai tendance à faire en plus c'est le PSA chez les hommes, que je ne dosais plus. Depuis que j'ai suivi une formation en onco-uro, où ils disaient que c'était quand même une bonne chose de le faire car beaucoup d'hommes n'ont pas de symptômes. C'est vrai que maintenant que les uro ne font plus de prostatectomie a tout le monde et qu'on fait plutôt un suivi durable chez certains patients sans intervenir, ce PSA a plus de sens pour intervenir à temps chez certains patients et ne pas attendre qu'ils aient des métastases partout ce qui est un peu moche quand même. Mais du coup, c'est suite à une formation en urologie. Pour le reste, je suis plus ou moins les recommandations du SSMG surtout. »

Que pensez-vous du « patient ordinaire » sur lequel se base les recommandations des instances de santé ? Correspond-t-il au patient rencontré en pratique courante ?

« J'ai quand même pas mal de jeunes en bonne santé qui viennent chaque année demander leur check-up. Alors j'essaie de les ralentir et de faire 1 an sur 2 ou sur 3, voire sur 5 en fonction de l'âge. Parce que j'estime que ça n'a pas de sens de le faire tous les ans chez un patient de

moins de 50 ans qui n'a pas de facteur de risque. Sinon, c'est beaucoup des gens fatigués qui viennent demander un check-up aussi. Et chez les plus de 50 ans, il y a souvent des comorbidités aussi. »

Par rapport à votre pratique clinique, quelles analyses demandez-vous lors d'une prise de sang de check-up « type/classique » ?

« Je vais faire un hémato, fer/ferritine, B12, acide folique, urée/créat, gamma-GT, GOT/GPT, vitamine D, TSH, glycémie et cholestérol. Et c'est tout. (rire). Je fais ça de mémoire en fait. Je pense à ce que je coche d'habitude sur mon formulaire de labo, au final ça devient un automatisme. »

A quelle fréquence réalisez-vous ces check-up ?

Répondu précédemment.

Sur base de quels éléments avez-vous établi cette demande « type » de bilan ?

« En soi, ça me semble faire un tour du propriétaire réduit mais complet. Je me suis basée sur les recommandations du SSMG qu'on avait revu l'année passée. Je pense que pour le reste, on n'a pas assez de preuves. Par exemple, les diététiciennes aiment bien qu'on dose le magnésium, le zinc, etc... mais au final, on n'en fait pas grand-chose. Même s'il y a une carence je vais pas toujours supplémenter. Et quand c'est trop élevé, ça va stresser le patient alors que ça n'a parfois aucune incidence sur le patient à part être source d'angoisse. »

Avez-vous l'impression de sur- ou de sous-prescrire certaines analyses dans votre pratique clinique ? Si oui, pourquoi ?

« Les GOT. Je sais que la glycémie c'est pas indispensable chez tout le monde si le patient n'a aucun facteur de risque de diabète. Je vais quand même avoir tendance à la doser par principe. (rire). Le cholestérol chez un jeune, je me pose toujours la question. Et puis, je me dis, que je le dose car s'il est vraiment explosé, j'aurais quand même envie de le traiter. Mais du coup, on part plus sur de l'hypercholestérolémie familiale, et souvent les patients ne le

savent pas. Et finalement, le PSA qui n'est pas recommandé mais que je dose souvent comme je l'ai dit précédemment. »

(2) Freins et moteurs à la prescription

Quels sont selon vous les éléments qui influencent votre prescription de biologie sanguine de routine en médecine générale ? Quels sont les freins et les moteurs à ces prescriptions ?

« Je pense que le prix influence, bien qu'on ne le connaisse pas toujours. Certaines analyses ont un petit symbole « € » à côté et donc je vais y réfléchir à 2 fois avant de le doser. (réflexion). Je ne connais pas les prix des analyses, je me suis jamais vraiment renseignée mais s'il y a ce logo à côté de l'analyse je vais plutôt éviter de la doser. Idem pour les remboursements de certaines analyses, j'essaie d'y faire attention. »

« Après, il y a aussi malheureusement le choix du patient. Si le patient insiste fort pour un truc, je vais essayer de le convaincre que non, mais en fonction de mon humeur du jour, en fonction du patient que j'ai en face de moi, en fonction de sa ténacité et de l'énergie que j'ai à accorder au fait de lui dire non. Donc mon état de fatigue, d'épuisement ou de surcharge va aussi jouer là-dedans. »

Est-ce qu'il y a des facteurs professionnels (lieu de pratique, type de pratique, localisation géographique, ...) qui pourraient influencer vos prescriptions ?

« Le fait de travailler en association doit aussi influencer je pense. Puisque le fait de travailler en groupe oblige à revoir de temps en temps ce que font les autres, on voit les prises de sang prescrites par les autres, et on essaye d'accorder nos pratiques en se disant que s'il y en a un qui fait des prises de sang de type nutrithérapie à 300 euros et que l'autre fait le strict minimum, c'est compliqué pour le patient de s'y retrouver. Parce que chez nous, les patients passent tout le temps de l'une à l'autre ; on n'a pas chacune notre patientèle. Et puis, le fait de travailler avec une assistante, on essaye aussi de rester à jour et un peu EBM, donc on essaye de suivre les recommandations. Donc, le type de pratique a un impact, mais pas sur chaque prise de sang individuellement. Je pense que ça a un impact plutôt sur la façon de pratiquer de manière générale, sur le long terme. »

« Et comme dit tantôt avec le PSA, les formations que j'ai suivi m'ont influencées aussi. Si je suis une formation intéressante qui arrive à me convaincre que le dosage de tel ou tel truc est indispensable dans une prise de sang et que ça peut impacter la vie de mes patients, alors oui je vais me remettre en question et y réfléchir. Il faut adapter sa pratique. »

« Par rapport aux laboratoires, ce qui m'aide aussi à ne pas trop prescrire, c'est que je sais que je peux facilement faire des ajouts par la suite via mon ordinateur ou même via mon téléphone, sans devoir passer 3h au téléphone pour essayer de joindre quelqu'un. Le fait que ça soit facilement accessible joue aussi. Je vais doser plus de chose si je sais que ça va être compliqué ou laborieux ensuite de faire les ajouts ; par contre comme maintenant, si j'ai facile à ajouter un dosage, je ne vais pas trop prescrire dans un premier temps. »

Qu'est-ce qui, selon vous, explique que certaines analyses soient sur-/sous-prescrites par les médecins généralistes par rapport aux recommandations actuelles ?

« L'habitude je pense ; le manque de formation et/ou d'information ; et puis de nouveau, la difficulté parfois de joindre un labo et de se dire que c'est plus facile de le doser directement et tant pis si ça coute au patient. Parfois aussi, certains spécialistes comme les endocrinologues dosent systématiquement TSH, T4 libre, T3 libre, et les TSI. Et donc quand le patient vient chez nous, il s'attend à ce qu'on dose tout également. Et parfois, on finit par se poser la question de savoir si on dose correctement, dans la mesure où l'endocrino qui, a priori, est plus spécialisé que moi là-dedans dose tout, il y a peut-être un intérêt à tout doser chaque fois... »

Dans les articles lus lors de la recherche de littérature, la notion de gestion de l'incertitude et la prise de risque a été questionnée. Qu'en-pensez-vous, concernant les demandes de biologies sanguines de check-up ?

(résumé de l'article : Zaat JO, van Eijk JT. General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(9):846–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1518316/>)

« Oui, typiquement le PSA, c'est pour ça que je vais le prescrire. Pour ne pas me retrouver après avec un patient qui a un cancer de la prostate et chez qui j'ai jamais proposé de doser le PSA. Après, il y a aussi des analyses que je ne vais pas doser parce que je risque de me retrouver avec des résultats positifs et je ne vais pas savoir quoi en faire. Par exemple,

récemment, une jeune patiente m'a demandé de doser la maladie de Lyme alors qu'elle n'a pas de symptômes ou aucune morsure de tique. J'ai refusé car si c'est positif je ne saurais pas quoi en faire. Donc, si ça risque de surmédicaliser après le patient dans un intérêt inutile, je ne vais pas le faire. Mais effectivement, le PSA je vais plus facilement le doser car ça pourrait potentiellement lui sauver la vie de le prendre en charge plus tôt. »

Un autre article s'interrogeait sur la forme de la prescription, qu'en pensez-vous ? Est-ce que la forme de la prescription de prise de sang influence les analyses demandées ?

(résumé de l'article : Zaat JOM, van Eijk JTM, Bonte HA. Laboratory test form design influences test ordering by general practitioners in The Netherlands. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(3):189–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1538607/>).

« Non, je ne pense pas qu'il y ait de différence sur ce que je vais cocher si c'est un autre bon de labo. Sur ces check-up, je coche la même chose en général. Je vais parfois galérer à les retrouver sur le formulaire et ça va m'énerver. (rire). Mais je vais garder les mêmes analyses ».

« Après, je peux concevoir que si on fait un formulaire beaucoup plus court, il y a des analyses qu'on ne va pas retrouver et qu'on ne va pas toujours rajouter manuellement. Mais je pense que ce que j'ai cité précédemment comme bio de check-up classique, je vais toujours le rajouter parce que pour moi, c'est la base. »

Est-ce que la modalité de la demande de prescription influence votre pratique ? Ex : demande directe en consultation ou indirecte par téléphone, par mail ou via une tierce personne.

« A priori, je vais garder ma base de prise de sang. Mais c'est sûr, que le patient qui est en face de moi, fatalement, on a eu une anamnèse et un examen clinique, donc il y a peut-être certaines choses que je vais rajouter en plus. Quelqu'un par téléphone, il a la base de la base quoi. »

Selon les recommandations et constats de l'INAMI, certains dépistages opportunistes seraient systématiquement plus fréquents chez les personnes qui disposent d'un DMG par comparaison à celles qui n'en possèdent pas. Qu'en pensez-vous ?

« Oui, parce que si le patient a un DMG c'est qu'il est suivi régulièrement. A priori, s'il a pas de DMG, c'est que c'est pas moi qui le suit et qu'il vient plutôt en remplacement, ou qu'il ne vient jamais. C'est sûr que je vais plus parler de prévention avec mes patients que je suis de manière régulière et qui vient au moins une fois par an, que un patient d'un confrère que je vois une fois pour dépanner. J'estime que ce n'est pas mon rôle de lui parler de prévention. Si ça se met dans la discussion j'en parlerai, mais je ne vais pas le prescrire, je leur dirai de se retourner vers leur médecin traitant. »

(3) Futur et feedback

Que pensez-vous d'un modèle de prescription unique pour les demandes de check-up ?

« Je pense que ça serait bien que les recommandations de base pour un check-up chez une personne en bonne santé, soient plus uniformes pour tous les médecins. Si on peut s'appuyer dessus pour expliquer aux patients ce qui est recommandé ou pas, je pense que ça pourrait aider les patients à se calmer sur les demandes et à ne pas rajouter eux-mêmes certains dosages par après. Mais le praticien doit garder une certaine liberté, et adapter au cas par cas. »

« Je pense qu'il faut aussi mieux informer les médecins. Le problème de l'INAMI c'est qu'ils ne sont pas neutres. Je vais avoir tendance à plus me renseigner sur le site de la SSMG plutôt que sur le site de l'INAMI qui cherche à payer le moins possible, même s'ils sont EBM, ils ont un intérêt financier à ce qu'on ne dose pas trop de chose. Je préfère donc me renseigner sur le site de la SSMG qui est peut-être plus neutre et scientifique. »

Souhaitez-vous ajouter des éléments que nous n'aurions pas aborder ?

« L'âge du patient va influencer aussi. Par exemple, chez un patient très âgé je ne vais plus doser le cholestérol ou la glycémie s'il n'est pas connu comme diabétique. Je ne veux pas les surmédicaliser. »

(1) Recommandations actuelles et pratique clinique

Connaissez-vous les recommandations actuelles (INAMI, SSMG, KCE, ...) concernant les biologies sanguines de check-up en Médecine Générale ? Si oui, qu'en pensez-vous ?

« Je les aies vus il y a longtemps. (rire). Pour moi, tout dépend de l'âge.

A partir de 50 ans, je recommande à tous mes patients de faire au moins une prise de sang à 50 ans, surtout s'il n'en n'ont pas fait régulièrement avant. Le but est de faire le point et de voir où ils en sont au niveau du diabète, du cholestérol, de la fonction hépatique et pancréatique, la thyroïde surtout chez les femmes, les vitamines car on sait qu'elles ont leur rôle à jouer.

Ensuite, après 50 ans, et en fonction des résultats, je propose de recontrôler 2-3 ans après s'il y a quelques anomalies, 5 ans après si tout est rassurant, et 1 an après s'il y a de grosses anomalies.

Avant 50 ans, j'évalue au cas par cas, en fonction des antécédents familiaux, de ce que le patient cherche ou redoute, en fonction de sa demande. Par exemple, chez un jeune qui demande une prise de sang je vais interroger et parfois ils veulent faire le point des IST et dans ce cas, je ne dose que les IST et la CRP par exemple.

En dessous de 40 ans, sauf si antécédent personnel, je ne dose pas le cholestérol, la thyroïde que chez les femmes si signe d'appel, puis le reste c'est au cas par cas.

La glycémie ça je fais plus systématiquement. Et vu que je m'entends bien avec mon labo, souvent je dose la glycémie à jeun et je demande au labo de rajouter directement l'hémoglobine glyquée si la glycémie à jeun est supérieure à la normale. Le but c'est qu'il n'y ait pas de dépense inutile. Et puis, le délai est souvent très court pour faire les rajoutes, donc si mon laboratoire le fait directement c'est plus pratique. C'est la même chose pour la thyroïde, je dose la TSH et je note pour le labo de rajouter la T4 libre et les anticorps si la TSH est anormale. C'est une façon d'économiser un peu quand même. La vitamine D je la dose systématiquement chez mes patients coronariens et fibromyalgies.

J'essaie d'orienter aussi en fonction des remboursements des analyses mais parfois il y a des automatismes difficiles à perdre. »

Suivez-vous ces recommandations dans votre pratique clinique ? Oui/Non, pourquoi ? Justifiez.

Pensez-vous que ces recommandations sont adaptées à la pratique clinique ? Sont-elles suffisantes ?

« Je trouve qu'on devrait plus facilement pouvoir retrouver ces recommandations et pouvoir les relire. Depuis qu'ils ont remis à jour leur site internet, je ne retrouve plus rien. »

Que pensez-vous du « patient ordinaire » sur lequel se base les recommandations des instances de santé ? Correspond-t-il au patient rencontré en pratique courante ?

« Oui, il y en a plein qui demandent une bio de check-up, alors qu'ils n'ont pas de symptômes. Pour les jeunes garçons, sans symptômes, j'essaie de refuser car ça n'a pas d'intérêt. Pour les jeunes filles, si les règles sont abondantes, ça vaut la peine de contrôler l'hémato et le fer quand même. Mais en médecine générale, vu le lien qu'on a avec nos patients, c'est parfois dur de résister à la pression. »

Par rapport à votre pratique clinique, quelles analyses demandez-vous lors d'une prise de sang de check-up « type/classique » ?

« Oui, donc j'oriente de plus en plus avec les plaintes du patient. Généralement, à partir de 50 ans, je fais cholestérol, glycémie, fonction hépatique et pancréatique, thyroïde si c'est une femme, vitamines. Pour un jeune de 25-30 ans sans plainte, je vais me contenter d'un hémato et des vitamines. »

A quelle fréquence réalisez-vous ces check-up ?

« Chez les jeunes avant 50 ans, j'essaie de le faire 1x mais de ne pas le refaire trop régulièrement si tout était normal. Après 50 ans, en fonction des résultats, je propose de recontrôler 2-3 ans après s'il y a quelques anomalies, 5 ans après si tout est rassurant, et 1 an après s'il y a de grosses anomalies ».

Sur base de quels éléments avez-vous établi cette demande « type » de bilan ? Expliquez.

« En partie influencée par les séminaires, et notamment, mon ancienne assistante qui avait présenté un séminaire sur la prévention quaternaire et qui expliquait par exemple que la thyroïde ne devait pas être faite systématiquement. Donc chez les hommes je ne la dose plus. Chez les femmes par contre dès qu'il y a un peu de fatigue ou quoi, ça peut vite être un soucis thyroïdien ; donc, je la dose plus systématiquement. Autre exemple, un patient à partir de 50 ans, je vais contrôler une fois le PSA et je ne le recontrôlerai ensuite que si le patient a des plaintes mais je ne le redose pas systématiquement chaque année. Finalement, à force d'expérience, de séminaires, de ce qu'on a lu, on adapte nos prises de sang. »

Avez-vous l'impression de sur- ou de sous-prescrire certaines analyses dans votre pratique clinique ? Si oui, pourquoi ?

« Sans doute, effectivement le PSA car il y a beaucoup de demande et de pressions des messieurs.

Probablement les tests hépatiques, parce que logiquement s'il n'y a pas de points d'appels, il n'y a pas de raison de le faire non plus. (réflexion).

Fer et ferritine, je le fais plus souvent chez les femmes que les hommes. Mais après la ménopause, faut-il vraiment continuer à le faire ? C'est vrai que je devrais peut-être laisser tomber.

Donc oui, il a certainement des trucs que je surprescris. J'en suis bien consciente. Et j'ai plus souvent cette impression là quand le patient est insistant et met la pression. »

(2) Freins et moteurs à la prescription

Quels sont selon vous les éléments qui influencent votre prescription de biologie sanguine de routine en médecine générale ? Quels sont les freins et les moteurs à ces prescriptions ?

« Oui, il y a aussi parfois les demandes des spécialistes. Par exemple, tout à l'heure, j'ai une patiente qui est venue avec la demande de prise de sang de son hématologue, de son rhumatologue, et au final j'ai aussi fait des rajoutes. Donc, elle voulait un document qui

rassemble les 3 demandes. Et parfois, quand je vois tout ce que le spécialiste demande, je me dis que je n'aurais pas demandé tout ça, mais je mets mon cachet comme ça je ne fais pas de la redondance. Je trouve que les spécialistes demandent quand même beaucoup plus de choses, notamment les urgentistes, les gynécologues, ...

En plus, parfois, on tombe sur certaines anomalies, et on ne sait pas forcément les interpréter. Lors d'un séminaire, j'avais appris que dans une prise de sang, quand il y a 1 seule anomalie dans un groupe, la chance qu'il y ait effectivement une maladie liée est 1 sur 6. Donc, à la limite, on peut recontrôler par la suite, mais en général je ne m'inquiète pas et je ne lance pas de bilan d'emblée.

Il faut aussi expliquer au patient qu'il est dans une gaussienne. 90% des patients sont dans cette norme, mais il est peut-être dans les 5-10% plus bas ou plus haut et sans que cela ne soit pathologique. Donc on recontrôle à distance et on rassure. »

« Ce que je trouve aussi c'est que les plus jeunes médecins ont tendance à prescrire plus, ceux qui sortent du milieu hospitalier ont tendance à cocher plus de choses. J'ai l'impression d'avoir une prescription plus raisonnée dans ma pratique. J'essaie de voir ce qui a déjà été dosé et d'adapter en fonction ma prise de sang. Et pour ça, d'ailleurs, je trouve que le Réseau Santé Wallon est un super outil pour ça. Quand on a un nouveau patient qui vient demander une prise de sang et qu'on se rend compte via le RSW qu'il en a eu une il y a 2-3 mois, on peut refuser en expliquant que ça n'a pas d'intérêt. Ça aide donc à dire non au patient parce qu'on a accès à ces informations.

Enfin, le fait d'avoir de l'expérience, 20 ans de pratique, d'avoir créé du lien et de la confiance avec le patient, permet d'expliquer les choses et d'avoir plus de facilité à gérer et concentrer ses prescriptions. On peut plus facilement en discuter et expliquer au patient. »

« Et comme je l'ai dit tantôt, vu que j'ai un bon lien avec mon labo, je peux très facilement faire des ajouts et c'est un gain de temps. Ça me permet de ne pas devoir doser plusieurs choses « au cas où ». »

Qu'est-ce qui, selon vous, explique que certaines analyses soient sur-/sous-prescrites par les médecins généralistes par rapport aux recommandations actuelles ?

« Je ne sais pas. Peut-être parce qu'on est dans des pays où c'est facile, la plupart des labo le font, c'est automatisé, ça ne coûte plus autant et c'est plus rapide, ... mais c'est vrai qu'on devrait une fois ravoir un cours sur tout ça. Je sais que quand on dose certaines choses en

rester dans un forfait spécifique, le patient ne paye rien mais si on sort de ce forfait, ça aura un coût pour le patient. Chez nous, on a une dame de notre labo qui est venue nous présenter un petit peu ça. Par exemple, à l'avenir, on ne pourra plus doser GPT et GOT en même temps. Et par exemple, les patients suivis par le tribunal, ça peut poser problème car ils reviennent avec une demande spécifique du tribunal avec GOT, GPT, VCM, CDT, ... Là, on n'a pas d'autre choix. Car déontologiquement, on est censé poser tous les actes qui vont bénéficier à notre patient, même si nous on sait que ça n'a pas de sens, mais parce que le tribunal l'exige. Idem pour les prises de sang d'assurance, on est un peu coincé aussi. Il y a des contraintes qui nous sont mises. »

Dans les articles lus lors de la recherche de littérature, la notion de gestion de l'incertitude et la prise de risque a été questionnée. Qu'en-pensez-vous, concernant les demandes de biologies sanguines de check-up ?

(résumé de l'article : Zaat JO, van Eijk JT. General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(9):846–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1518316/>)

« Oui sans doute. Inconsciemment, ça doit jouer son rôle. »

Un autre article s'interrogeait sur la forme de la prescription, qu'en pensez-vous ? Est-ce que la forme de la prescription de prise de sang influence les analyses demandées ?

(résumé de l'article : Zaat JOM, van Eijk JTM, Bonte HA. Laboratory test form design influences test ordering by general practitioners in The Netherlands. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(3):189–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1538607/>).

« Maintenant, la plupart des prescriptions de labo sont plutôt larges. Mais après 20 ans de pratique, je reste plutôt dans ma ligne de conduite de prescription, peu importe le formulaire. Mais c'est vrai que si je ne peux doser qu'un nombre limité de prescriptions, je vais essayer d'être plus raisonnée et de ne prescrire que l'essentiel.

Après parfois, en visite à domicile, je ne prends pas de formulaire avec moi, je note simplement sur un papier d'ordonnance les analyses que je veux. C'est donc peut être encore plus raisonnée, mais au final ça ressemble fort à ce que je demande en pratique avec mon formulaire habituel. »

Est-ce que la modalité de la demande de prescription influence votre pratique ? Ex : demande directe en consultation ou indirecte par téléphone, par mail ou via une tierce personne.

« Euh... Tout dépend de la demande. C'est vrai que j'ai certains patients qui habitent parfois un peu loin et niveau horaire ce n'est pas toujours évident. Je pense par exemple à un jeune de 21 ans qui a eu un contact à risque et qui m'envoie un mail pour avoir une prise de sang de dépistage IST. Je vais lui prescrire juste les IST et lui scanner l'ordonnance pour qu'il puisse aller la faire quand ça l'arrange et ensuite discuter en fonction des résultats. »

Avec le covid, j'ai tendance aussi à être pro-active et à mettre des alarmes dans mon programme. Pour l'instant c'est 1 à 2 fois par mois, je mets des alertes pour les contrôles de diabète ou de thyroïde. Quand les patients ne sont plus à jour, j'envoie un mail pour leur dire de revenir en consultation pour leur contrôle ou je leur envoie la demande de prise de sang pour qu'ils aillent la faire dans un labo. Et je peux faire un suivi plus régulier. Je ne sais pas si c'est de la bonne médecine, mais je trouve que c'est un gain de temps, surtout pour les maladies chroniques, et ça permet d'avoir un suivi et un lien avec le patient. »

Selon les recommandations et constats de l'INAMI, certains dépistages opportunistes seraient systématiquement plus fréquents chez les personnes qui disposent d'un DMG par comparaison à celles qui n'en possèdent pas. Qu'en pensez-vous ?

« A mon avis, il devait y avoir un biais avec le DMG+ où il y avait un forfait dans tout ce qui était dépistage. Honnêtement, dans ma pratique, je ne fais pas de sélection DMG ou pas DMG pour mes dépistages. »

(3) Futur et feedback

Que pensez-vous d'un modèle de prescription unique pour les demandes de check-up ?

« Je pense que ça pourrait être intéressant, surtout chez les jeunes. Ce qui est difficile, c'est que souvent il faut adapter au cas par cas. C'est vrai que de plus en plus de jeunes viennent en consultation pour un check-up et précisent qu'ils sont végétariens ou végétaliens. Et il faut adapter. Ce qui serait bien, c'est d'avoir des fiches avec les recommandations en fonction du régime alimentaire, des facteurs des risques, du genre, de l'âge, ... Un peu comme une sorte d'algorithme. »

Souhaitez-vous ajouter des éléments que nous n'aurions pas aborder ?

« Je pense que l'expérience et les années de pratique influencent beaucoup, on prend confiance en nous et on crée une confiance avec nos patients aussi.

Les recommandations devraient être remises à jour plus régulièrement et les médecins généralistes devraient être plus souvent informés et sensibilisés.

Finalement, si on est fatigué, surchargé, dans le rush de fin de journée, ... ça va aussi influencer nos prescriptions, et souvent plus négativement.

Je reste quand même convaincue que ce sont les hôpitaux qui prescrivent le plus mal ... Je pourrais optimiser mes prescriptions mais quand je vois ce que les spécialistes font, je me dis que je suis pas si mal. (rire). »

Entretien n°5 : assistante en médecine générale de 26 ans, pratique en association,
en milieu semi-rural

(1) Recommandations actuelles et pratique clinique

Connaissez-vous les recommandations actuelles (INAMI, SSMG, KCE, ...) concernant les biologies sanguines de check-up en Médecine Générale ? Si oui, qu'en pensez-vous ?

« Au niveau littérature, je n'ai pas beaucoup de connaissances. Je suis plutôt les guidelines, donc ce qu'on a appris en cours, vu qu'on n'est pas sorti il y a longtemps. »

« Je me souviens surtout que ce qu'on disait toujours ; c'était que les grosses prises de sang de check-up, c'était surtout à partir de 50 ans. S'il y a des facteurs de risque ou des comorbidités, alors on faisait des prises de sang plus complètes et plus tôt. Mais en dessous de 50 ans, si les gens vont bien, on ne fait pas grand-chose, en tout cas, on ne leur prescrit pas de prise de sang. Après, on est toujours un peu dans le problème où les patients viennent souvent en consultation avec une demande particulière. Ils veulent connaître le dosage de tel ou tel élément. »

« D'un point de vue recommandation, je dirais, à partir de 50 ans, une prise de sang complète et certains dépistages (comme par exemple le PSA à partir de 50 ans), une fois par an maximum, sinon après les patients payent. Au niveau prescription, je pense que tout ce qui est vitamine D, vitamine B12, acide folique, ... ce n'est remboursé qu'une fois par an. Pour le reste, je pense que ce sont des choses relativement remboursées. En tout cas quand on demande une prise de sang classique avec des dosages de base, ce n'est pas très cher. C'est surtout les dépistages ou vitamines qui coûtent chers si on les demande trop souvent. »

« Au niveau recommandation, je pense que ce n'est pas intéressant de doser le cholestérol avant 40 ans, car on ne va pas en faire grand-chose. » (réflexion).

« Après, il faut tenir compte aussi des antécédents familiaux évidemment ; ça sort des recommandations de base mais il faut en tenir compte. »

Suivez-vous ces recommandations dans votre pratique clinique ? Oui/Non, pourquoi ? Justifiez.

Pensez-vous que ces recommandations sont adaptées à la pratique clinique ? Sont-elles suffisantes ?

« En tout cas, pas à la mienne. Je ne sais pas si c'est moi qui dose de trop, ou si ce sont les recommandations qui sont insuffisantes. Moi, ce que je fais souvent, c'est qu'à partir de 50 ans, il faut commencer à faire une prise de sang annuelle. Tous les 2 ans, ça me semble trop peu. Je trouve que ce n'est pas adapté à la population générale. Parce qu'on a une population qui est plutôt revendicatrice d'informations, de vérifications, ... Surtout qu'actuellement, on est dans les dépistages, dans la prévention primaire et dans la prise en charge où plus on fait, moins on risque d'avoir des maladies graves après. Je me vois donc mal dire à mon patient qu'on dose sa glycémie et son cholestérol que tous les 2 ans parce que ce sont les nouvelles recommandations. Il y a l'attente et la demande du patient dont il faut tenir compte. Et évidemment, ça tient compte de mes habitudes aussi. Avec ces recommandations, mes habitudes seraient ébranlées. En effet, quand je fais une prise de sang et que tout revient normale, je suis rassurée, je suis contente. Tandis que si je ne fais que le cholestérol et la glycémie, je vais m'interroger sur le reste, sur ce que je n'ai pas dosé et je vais avoir peur de passer à côté de quelque chose. Donc il y a l'attente du patient qui joue, mais aussi mon besoin de réassurance. » « Ça dépend aussi des croyances globales qu'on doit faire des check-up pour ne pas passer à côté de quelque chose. C'est dans notre culture ; on se dit qu'on est dans un pays industrialisé et ce serait dommage de passer à côté de quelque chose. Ce n'est donc pas adapté à notre population moderne qui a besoin d'informations et à nous, en tant que médecin, avec toutes ces connaissances actuelles, ça me ferait peur de ne faire que ça. »

Que pensez-vous du « patient ordinaire » sur lequel se base les recommandations des instances de santé ? Correspond-t-il au patient rencontré en pratique courante ?

« Oui quand même pas mal, parce que ces patients ordinaires, donc sans antécédent, sans traitement, c'est justement pour ce motif qu'on les voit. Vu qu'ils sont plutôt en bonne santé on ne les voit pas souvent. Quand ils viennent, c'est soit pour des vaccins, des certificats d'aptitude sportive, ou de prises de sang de check-up. Donc, ces consultations-là sont primordiales ! C'est une manière de faire revenir le patient annuellement. Ça permet de maintenir le lien. Parce que si on n'a pas ce rendez-vous annuel, le patient se perd dans la

nature. Il n'y aura pas de prise de tension car il n'a pas de problème de tension ; il n'y aura pas de renouvellement d'ordonnance tous les 3 mois donc il ne va pas revenir vu qu'il n'a pas de traitement ; à un moment donné on aura fait tous les vaccins, ... donc il ne reviendra que pour son check-up sanguin, et on en profitera pour l'interroger, refaire le point, contrôler sa tension, ... C'est donc une consultation qui est primordiale. »

Ces patients-là ont donc une proportion importante de votre patientèle ?

« Je dirais que ces patients représentent environ 10% de la consultation. Sur une vingtaine de patients vu par jour, je dirais qu'il y en a 2 qui viennent pour une prévention primaire. Donc j'en vois 5-6 par semaine. »

Par rapport à votre pratique clinique, quelles analyses demandez-vous lors d'une prise de sang de check-up « type/classique » ?

« Alors classiquement, j'ai déjà des grosses habitudes. Quand quelqu'un vient en consultation pour faire une prise de sang de check-up, c'est triste, mais je vois ma feuille, je vois les cases que je coche avant même de les avoir cochées. Parce que je mets toujours le même. C'est un peu différent si c'est par téléphone, car les patients laissent un message via la secrétaire avec ce qu'ils veulent doser... C'est d'ailleurs quelque chose qui m'énerve... Souvent ce que je fais, c'est que je dose l'hémato, une cofo avec les plaquettes, je ne fais pas les réticulocytes. Ensuite, la coagulation, je ne demande jamais parce que bien souvent, sans anticoagulant, ça revient dans le rouge et je ne sais pas interpréter ; je ne gère pas et ça me stresse. Donc quand je ne sais pas interpréter, je ne le dose pas. Ensuite, je coche toujours une glycémie. Pour le cholestérol, j'essaie vraiment de ne jamais le doser avant 50 ans parce que je sais que, de toute façon, je ne vais pas le traiter et ça va juste stresser les patients. Je le dose uniquement s'il y a une histoire d'hypercholestérolémie familiale, ou si le patient me demande de le cocher. Ensuite, je passe au rein : je vais cocher urée, créat, acide urique, Na, K, Cl. Le magnésium, je ne dose plus car j'ai appris que le magnésium sanguin n'équivalait à rien et qu'il était préférable de doser le magnésium intracellulaire. Ensuite, le foie : GOT, GPT et gamma-GT toujours. J'ai aussi tendance à faire la bilirubine totale et indirecte, alors qu'au final, je ne l'interprète pas bien. Je devrais peut-être arrêter de les doser. TSH et T4 libre, je dose toujours ; les anticorps, c'est que si c'est anormal que je les ajoute. Les vitamines B12, B9 et D, je les doses si ça n'a pas encore été fait dans l'année. Pour les hommes, je dose le PSA à partir de 50 ans, en dépistage ou monitoring. Donc voilà, ça c'est ce que je dose dans

un check-up classique, si le patient ne demande rien de plus. Et chez la femme, je ne dose pas le bilan hormonal. »

A quelle fréquence réalisez-vous ces check-up ?

« A partir de 50 ans, une fois par an. Avant 50 ans, je suis d'accord d'en faire une tous les 3-4 ans, mais sûrement pas tous les ans. »

Sur base de quels éléments avez-vous établi cette demande « type » de bilan ? Expliquez.

Question non posée.

Avez-vous l'impression de sur- ou de sous-prescrire certaines analyses dans votre pratique clinique ? Si oui, pourquoi ?

« Sur-prescrire : les lipases. Les lipases je les dose souvent, je ne sais pas pourquoi... En fait pour moi, si je les doses et qu'elles sont normales, ça me rassure, je peux dire au patient qu'il n'a pas de cancer du pancréas. Ça me rassure parce que le cancer du pancréas me fait tellement peur. Donc souvent, après un certain âge, s'il y a des plaintes abdominales ou des antécédents dans la famille, je le dose pour me rassurer si elles sont normales. C'est vraiment une sur-prescription par peur de sous-diagnostic. »

« Les bilirubines je dois arrêter de les cocher systématiquement parce que je ne les interprète pas. Je devrais le faire que lorsqu'il y a des symptômes d'ictère, et plus les faire en check-up »

« La vitamine D, je trouve que c'est une sur-prescription aussi, parce que de toute façon ça va être trop bas et il faudra supplémenter. Peut-être que je le dose pour conscientiser les patients, et puis, la vitamine D a bon dos aussi. »

« Sous-prescription.... Je réfléchis, je ne vois pas trop. Peut-être que je sous-prescris des choses que je ne maîtrise pas. Par exemple, les marqueurs pour les pathologies rhumatoïdes ou la coagulation. Je ne sais pas trop. »

« Donc je pense qu'il y a sur-prescription par peur de manquer quelque chose et par explication de certaines plaintes. Et sous-prescription par manque de connaissance je pense. »

(2) Freins et moteurs à la prescription

Quels sont selon vous les éléments qui influencent votre prescription de biologie sanguine de routine en médecine générale ? Quels sont les freins et les moteurs à ces prescriptions ?

« Les antécédents familiaux, c'est vraiment un moteur à la prescription. Par exemple, si j'ai une famille où ils sont tous diabétiques, obèses et avec une mauvaise hygiène alimentaire, et que j'ai un homme de 45 ans qui vient avec une tension limite, un syndrome métabolique clair, je vais encourager la prise de sang pour poser le diagnostic de diabète éventuel et mettre en place des choses. Donc, c'est vraiment un moteur. C'est une manière d'inciter les gens à le faire. Le patient ne se plaint peut-être de rien mais les antécédents familiaux sont importants et nous orientent. C'est donc un moteur à la prescription. Cela permet de sensibiliser les patients. Idem pour le mode de vie c'est important aussi. »

« Je ne sais pas si c'est vraiment un frein, mais moi, j'ai vraiment un gros problème avec les prises de sang de contrôle pour, par exemple, les patients qui vont chez une diététicienne ou qui sont en rééquilibrage alimentaire. Je trouve qu'on demande des choses qui, au final, ne vont rien apporter. Donc quand les patients viennent avec cette demande, je ne sais pas quoi cocher parce que je ne comprends pas ce qu'elles vont faire avec ces résultats. Donc pour moi, ça c'est un frein quand on doit faire des prescriptions pour des demandes non justifiées. C'est problématique. »

« Le moteur c'est aussi de pouvoir embrayer sur d'autres choses. Le fait de faire une prise de sang permet souvent aussi d'ouvrir un dialogue vers d'autres choses. »

« Et un autre frein, c'est les patients qui demandent par téléphone, parce que du coup, on fait ça vite, sans avoir le patient en face de soi, sans pouvoir vraiment l'interroger. Donc, c'est moins personnalisé, on prend moins le temps au téléphone qu'en consultation ; on va plus vite, donc on ne dosera pas la même chose. En consultation, le contact avec le patient va influencer ma prescription. Le fait que le patient vienne en consultation, ça permet de faire une meilleure prévention et un meilleur check-up que par téléphone. Les patients qui demandent par téléphone, ils auront tous la même prescription ; alors que ceux que j'ai en face de moi auront des prescriptions plus personnalisées. Je surprescrirai peut-être mais ça sera plus adapté au patient, plus ciblé. »

Est-ce qu'il y a éventuellement des facteurs liés à l'environnement professionnelle, au type de pratique, à la formation, ... ?

« Je pense que oui. Par exemple, en fonction des prises de sang que mes collègues demandent, parfois on les parcourt et on peut se demander l'un l'autre pourquoi on a dosé telle ou telle chose. Cela permet de se former et de partager ses connaissances. Parfois, ça permet d'aider à nos diagnostics. Par exemple, j'ai un collègue qui a dosé la théophylline. Et je l'ai questionné pour en savoir plus, et en fait c'est la fenêtre thérapeutique du Xanthium. Donc, j'ai appris quelque chose que je pourrais utiliser par la suite. »

« Par exemple, la T3 libre avant je la dosais. Mais en relisant dans la littérature, je me suis rendue compte que ça ne servait à rien, à part quand on a un gros syndrome de dénutrition. Pareil pour les amylases, maintenant je ne les coche plus mais je dose les lipases. Je le sais parce que j'avais lu un article dans le Louvain Médical qui en parlait et qui disait que les lipases étaient plus sensibles et spécifiques. »

« Donc par rapport au fait de travailler en groupe, on apprend évidemment des autres ; alors que quand on travaille en solo, on garde la même prise de sang pendant des années, car on a aucun moyen de comparer, sauf si on relit la littérature. »

« Un autre élément qui est important aussi, c'est quand on dose quelque chose et qu'on tombe sur quelque chose d'anormal. Après, on a tendance à le recocher parce que ça nous a aidé par le passé. »

Qu'est-ce qui, selon vous, explique que certaines analyses soient sur-/sous-prescrites par les médecins généralistes par rapport aux recommandations actuelles ?

« Je pense que principalement, c'est la revendication du patient. C'est d'ailleurs pour ça qu'aujourd'hui, les demandes de check-up sont à rallonge et coûtent chers alors qu'on ne devrait doser que le cholestérol et la glycémie. Parce que les gens demandent, revendiquent, ... Ils me disent souvent « je veux une prise de sang complète de chez complète ». Je ne sais même pas ce que ça veut dire... Limite, ils veulent que je coche toutes les cases de ma demande. Ils pensent peut-être que doser le plus de choses possible permet de faire un IRM total body. C'est une fausse croyance, ils pensent qu'on peut tout voir avec une prise de sang et on les rassure faussement. Même si leur prise de sang est nickel, on ne peut pas exclure que quelques mois plus tard un cancer soit diagnostiqué... Donc je pense que la sur-prescription, c'est un besoin du patient d'être en bonne santé. »

« La deuxième cause, malheureusement je pense, c'est que vu qu'on est jeune on n'a pas assez d'expérience clinique. Donc, on a un besoin de réassurance personnelle. Comme je l'ai expliqué tantôt. »

« Et je pense aussi que le manque de temps du médecin joue également. Je pense que l'anamnèse et l'examen clinique devraient prendre 98% de la consultation, et malheureusement, actuellement, ça me prend peut-être que 50%, et le reste c'est de l'administratif. Du coup, à la fin de ma consultation, j'ai moins d'hypothèses cliniques, donc je dose davantage pour me rassurer et être sûr de ne pas louper quelque chose que je n'aurais pas eu le temps de questionner. »

Dans les articles lus lors de la recherche de littérature, la notion de gestion de l'incertitude et la prise de risque a été questionnée. Qu'en-pensez-vous, concernant les demandes de biologies sanguines de check-up ?

(résumé de l'article : Zaat JO, van Eijk JT. General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(9):846–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1518316/>)

« En tant que médecin, je pense qu'on préférera toujours que le patient paye un peu plus cher pour être rassuré, plutôt que de ne pas doser pour que le patient ne paye pas et postposer l'analyse. Ou c'est peut-être parce qu'on est jeune ? Par exemple, si on parle à un médecin de 40-45 ans de carrière, il va dire que sur sa carrière entière, il a le recul de dire qu'en ne faisant pas des prises de sang à tout le monde, et il a peut-être loupé 2-3 diagnostics. Alors que nous, avec nos 2-3 ans d'expérience, si on a loupé 2 diagnostics, ça fait déjà beaucoup. Donc, ça, ça va évoluer au fur et à mesure, avec notre expérience clinique, avec le fait de tomber sur certains diagnostics, ... Donc c'est aussi l'incertitude. Si on compare à un comptable qui fait une erreur dans une facture, c'est pas très grave. Mais dans notre profession, si on rate quelque chose, c'est une vie qui est en jeu. Et c'est surtout cette responsabilité, cette pression humaine. Il y a donc une nécessité de protéger le patient mais aussi de se protéger soi-même au niveau médico-légal. Cette incertitude va s'estomper progressivement avec l'expérience mais ne disparaîtra jamais, car dans notre métier, il y a l'humain derrière et cette responsabilité. »

Un autre article s'interrogeait sur la forme de la prescription, qu'en pensez-vous ? Est-ce que la forme de la prescription de prise de sang influence les analyses demandées ?

(résumé de l'article : Zaat JOM, van Eijk JTM, Bonte HA. Laboratory test form design influences test ordering by general practitioners in The Netherlands. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(3):189–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1538607/>).

« C'est vrai qu'il y a certains formulaires avec lesquels je suis plus à l'aise et du coup, j'ai le trait facile. Je pourrais le faire les yeux fermés. Tandis que si j'ai un autre formulaire, je trouve moins facilement, et donc je coche moins. Si je ne trouve pas, ça m'énerve. Si je ne trouve pas, je ne coche pas et je n'ajoute pas. J'ai vraiment eu ce cas en pratique, et je pense que ça m'a aidé au final. Quand on ne trouve pas directement, on se pose la question de savoir si c'est vraiment nécessaire et intéressant de le doser. Alors que si ça se coche facilement, on ne réfléchit plus. Donc le constat de l'étude ne m'étonne pas, et je m'en rends compte dans ma pratique. »

Et par exemple, en maisons de repos, pour les prises de sang annuelles, ce ne sont pas toujours les mêmes formulaires qu'au cabinet. Est-ce vous avez remarqué que vous cochiez des choses différentes ?

« Pour les personnes très âgées, donc 90-95 ans, je ne coche plus le cholestérol, sauf si patient poly-pourri. Mais une petite mamy de 90 ans qui va bien, et qui a trop de cholestérol, je ne vais pas le traiter donc je ne le dose plus. Je ne dose plus non plus la vitamine D, parce que de toute façon ils en ont tous dans leur traitement. Par contre, chez eux, je dose souvent albumine, pré-albumine et protéines totales pour avoir un aperçu de leur état nutritionnel. »

Est-ce que la modalité de la demande de prescription influence votre pratique ? Ex : demande directe en consultation ou indirecte par téléphone, par mail ou via une tierce personne.

Question répondue précédemment.

Selon les recommandations et constats de l'INAMI, certains dépistages opportunistes seraient systématiquement plus fréquents chez les personnes qui disposent d'un DMG par comparaison à celles qui n'en possèdent pas. Qu'en pensez-vous ?

« En tant qu'assistante, je n'ai pas de DMG à mon nom, donc pour moi ça ne change rien. En plus, au cabinet, on met à jour le DMG dès les premières consultations, donc très rapidement le patient a son DMG chez nous. Donc cela n'impacte pas. »

(3) Futur et feedback

Que pensez-vous d'un modèle de prescription unique pour les demandes de check-up ?

« Je pense qu'il faudrait qu'il y ait un sondage avec tous les médecins généralistes qui prescrivent des check-up. Il faudrait qu'il y ait un modèle de prescription prouvé scientifiquement, sur lequel on pourrait se baser pour les prises de sang de check-up en fonction de l'âge du patient par exemple. Et également la possibilité d'adapter au cas par cas en fonction des antécédents, des plaintes, des traitements, ... Ce serait une bonne idée en tout cas de réduire le nombre d'analyses, parce que le fait de nous proposer énormément d'informations, ça nous pousse à cocher plus. On pourrait proposer aussi des feuilles spécifiques pour tout ce qui est allergie, pathologies rhumatoïdes, ... Ca vaudrait donc la peine d'enlever les informations qui sont accessoires et qui nous écartent du sujet principal. Il faudrait aussi mettre les informations importantes au début, de manière plus évidente. Au final, si on a une feuille vide, on noterait moins. Notre anamnèse serait plus poussée et on prescrirait des choses plus judicieuses pour le patient. »

Souhaitez-vous ajouter des éléments que nous n'aurions pas aborder ?

« Je me demande pourquoi on recommande les bio tous les 2 ans maximum, alors qu'en pratique on le fait tous les ans. Je me demande d'où ça vient, parce qu'en cours, on nous conseille aussi de le faire tous les ans. Ça me questionne... Il faudrait peut-être faire un état des lieux avec les médecins généralistes, pour faire une synthèse et réactualiser les recommandations et avoir quelque chose de plus rationnel et concret. »

(1) Recommandations actuelles et pratique clinique

Connaissez-vous les recommandations actuelles (INAMI, SSMG, KCE, ...) concernant les biologies sanguines de check-up en Médecine Générale ? Si oui, qu'en pensez-vous ?

« En fait, honnêtement, je n'ai jamais vu de guidelines bien claires sur le sujet. Notamment au niveau de la SSMG, lors de mes dernières formations, il y a 2 ans aux entretiens de la SSMG, le résumé c'était qu'il n'y a pas besoin de faire de prise de sang de check-up s'il n'y a pas de symptômes, en tout cas avant 50 ans. Donc c'est les guidelines que je connais mais je ne les respecte pas car ce n'est pas possible en pratique. Mais j'imagine qu'on y reviendra. En tout cas, il n'y a pas de guidelines pour un patient en bonne santé qui n'a pas de plainte. »

Et après 50 ans, quels sont les recommandations selon vous ?

« En fait non... Moi, je n'en connais pas en tout cas. Je n'ai jamais cherché de manière très approfondie mais je n'ai pas l'impression qu'il y ait un consensus sur le sujet. Je pense qu'il n'y a pas grand-chose de recommandé, et donc d'utile. »

Suivez-vous ces recommandations dans votre pratique clinique ? Oui/Non, pourquoi ? Justifiez.

Pensez-vous que ces recommandations sont adaptées à la pratique clinique ? Sont-elles suffisantes ?

« Adéquates surement, mais applicables non. La pression sociale est énorme, c'est déjà une chose. Donc dire à mes patients de 40 ans qui viennent en consultation pour un check-up que je ne vais pas doser leur cholestérol ou leur anémie, je pense que ce n'est pas très audible. Donc, ce n'est pas applicable pour cette raison-là. Par contre, si un jour, il y a des recommandations bien claires qui sont médiatisées, au moins dans le milieu médical, on pourrait y réfléchir. Mais si je suis le seul médecin à ne plus faire de prise de sang à mes patients de moins de 50 ans, alors je pense que je n'aurai plus beaucoup de patients. Alors, il y a une dimension mercantile, c'est tout à fait claire, et qui coûte cher. On essaye de faire des prises de sang qui coûtent moins chers et où il y a le moins de choses possibles. Donc, elles

ne sont pas applicables mais je pense qu'elles sont adéquates. En effet, c'est de l'EBM, je suis convaincu que ça ne sert à rien de doser le cholestérol avant 50 ans, et même après 50 ans je ne suis pas sûr que ça vaille la peine. Vu qu'aujourd'hui, les recommandations en médecine générale, c'est plutôt de traiter en fonction des facteurs de risques en prévention secondaire et pas tant en fonction du taux de cholestérol. En prévention primaire, on ne le dose pas ; mais en prévention secondaire, en fonction de l'objectif à atteindre, ça a du sens ».

Que pensez-vous du « patient ordinaire » sur lequel se base les recommandations des instances de santé ? Correspond-t-il au patient rencontré en pratique courante ?

« Alors, la norme c'est plutôt le patient qui est fatigué et qui veut être sûr qu'il n'a pas de carence. Maintenant, il y en a toute une série, mais surtout des plus de 50 ans, qui viennent faire leur prise de sang de check-up comme ça. Alors, sans antécédent, à partir de 50 ans, c'est plutôt rare. Donc le patient de plus de 50 ans, sans antécédent et sans traitement, ce n'est pas la norme, non. »

Par rapport à votre pratique clinique, quelles analyses demandez-vous lors d'une prise de sang de check-up « type/classique » ?

« Oui. Je fais toujours tout ce qui est cofo ; fonction rénale avec créatinine ; en fonction de l'âge et des traitements, je dose sodium, potassium, chlorure, calcium ; enzymes du foie – Gamma-GT, GOT, GPT, bilirubines, phosphatases alcalines ; TSH ; cholestérol ; glycémie ; si surcharge pondérale, je demande aussi l'hémoglobine glyquée ; et souvent je dose aussi ferritine, vitamine B12 et acide folique. Voilà ce que je dose pour une prise de sang classique. »

A quelle fréquence réalisez-vous ces check-up ?

« En général, je dis au patient que tous les 3 ans c'est bien, en tout cas jusqu'à 50 ans. Je lui dis aussi que ce n'est pas nécessaire d'en faire normalement avant 50 ans, donc au plus tôt tous les 3 ans c'est déjà suffisant, pas nécessaire d'en faire plus. Je lui dis quand même. Après 50 ans, une fois par an c'est suffisant, sauf si pathologie. »

Sur base de quels éléments avez-vous établi cette demande « type » de bilan ? Expliquez.

Question non posée.

Avez-vous l'impression de sur- ou de sous-prescrire certaines analyses dans votre pratique clinique ? Si oui, pourquoi ?

« Par définition, toutes... (rire), vu que ce n'est pas indiqué de faire la prise de sang ».

« Non, plus sérieusement, l'hémoglobine glyquée, ça je surprescrit très clairement. A part ça, je me pose parfois la question du dosage des fer, acide folique et vit B12, je devrais peut-être les faire en seconde intention. Mais pour le reste, pas spécialement. »

(2) Freins et moteurs à la prescription

Quels sont selon vous les éléments qui influencent votre prescription de biologie sanguine de routine en médecine générale ? Quels sont les freins et les moteurs à ces prescriptions ? Facteurs liés au patient ? Facteurs professionnels (type de pratique ? localisation géographique ? milieu de pratique ? expérience professionnelle ? ...) ? Facteurs sociaux (âge ? contexte social ? ...) ? Facteurs environnementaux (contexte épidémiologique ? laboratoire ? ...) ? Autres ?

« C'est toujours la peur de passer à côté de quelque chose, évidemment. Ça c'est clair. On se dit « tant qu'on pique, autant doser ». C'est vrai que parfois, quand on fait un suivi, qu'on fait une prise de sang pour contrôler une anomalie, on a tendance à rajouter aussi d'autres analyses alors qu'on les a déjà doser. On se dit qu'on va le cocher tant qu'on fait une bio. C'est plutôt dans cette idée que tant qu'à faire une prise de sang et piquer le patient, autant tout faire directement, et ne pas passer à côté de quelque chose. »

Est-ce que votre type de pratique, le milieu dans lequel vous travaillez, influence votre prescription ?

« Non, ça je ne pense pas spécialement. »

Est-ce que votre formation de base, les séminaires ou formations suivies, influencent votre prescription ?

« Oui, clairement ça influence. Chaque fois que je sors d'une formation sur le sujet, je change ma prescription de prise de sang. Par exemple, j'ai eu une formation sur le foie et je ne dosais pas la bilirubine en routine, et maintenant je la dose en routine parce que j'ai appris que ça aidait aux diagnostics. Tout comme l'urée, je ne la dose plus car elle ne sert à rien ; alors qu'en sortant de l'unif on disait qu'il fallait systématiquement doser urée et créat. Donc oui, il y a des modifications en fonction des formations, donc heureusement qu'elles sont là. Mais le cholestérol je sais très bien que je ne dois pas le doser, mais je le dose quand même, parce que les gens ne sont pas capable d'entendre qu'on ne le dose pas. La demande du patient joue donc aussi. C'est déjà compliqué de convaincre un médecin qu'il ne faut pas doser le cholestérol, alors aller dire ça à un patient qui n'a aucune formation médicale, c'est inaudible ».

Qu'est-ce qui, selon vous, explique que certaines analyses soient sur-/sous-prescrites par les médecins généralistes par rapport aux recommandations actuelles ?

« Bah, l'habitude déjà. C'est difficile de sortir de ses habitudes et de ses dogmes. A part tout ce qu'on a déjà dit, je ne vois rien d'autre. »

Dans les articles lus lors de la recherche de littérature, la notion de gestion de l'incertitude et la prise de risque a été questionnée. Qu'en-pensez-vous, concernant les demandes de biologies sanguines de check-up ?

(résumé de l'article : Zaat JO, van Eijk JT. General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(9):846–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1518316/>)

« Oui, c'est ce que je disais tantôt quand je disais qu'on avait tendance à cocher plus de chose par peur de passer à côté de quelque chose. C'est un peu ça. Après, ma première règle, c'est de ne jamais faire des croix sur des analyses que je ne sais pas interpréter de toute façon après. Donc je ne rajoute pas tant que ça, quand je vois d'autres prises d'autres médecins. Parfois on me demande d'interpréter des résultats d'analyses prescrits par un autre médecin, mais j'en suis incapable. Donc, je prescris davantage pour ne pas passer à côté de quelque chose mais je ne dose pas n'importe quoi non plus. »

Un autre article s'interrogeait sur la forme de la prescription, qu'en pensez-vous ? Est-ce que la forme de la prescription de prise de sang influence les analyses demandées ?

(résumé de l'article : Zaat JOM, van Eijk JTM, Bonte HA. Laboratory test form design influences test ordering by general practitioners in The Netherlands. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(3):189–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1538607/>).

« J'avais effectivement vu cette étude passer. Ça ne m'étonne pas. Le problème, c'est qu'en prise de sang de check-up, on n'a pas envie d'oublier l'item auquel on est habitué. C'est vrai qu'en pratique, il a des choses qu'on oublie quand on les note manuellement. Mais je suis convaincu, qu'on prescrit de trop. Donc, c'est peut-être une solution pour prescrire moins. En tout cas, il faudrait au moins un consensus entre les médecins sur ce qu'il faudrait doser chez une personne en bonne santé lors d'un check-up. C'est plus de l'information, comme l'EBM. Mais l'EBM fonctionne mieux chez les jeunes médecins que chez les vieux médecins. »

Est-ce que la modalité de la demande de prescription influence votre pratique ? Ex : demande directe en consultation ou indirecte par téléphone, par mail ou via une tierce personne.

« Non, je pense que ça ne changerait pas. Tout dépend de l'indication, mais si c'est pour une bio de check-up banal, je ne changerais pas. »

Selon les recommandations et constats de l'INAMI, certains dépistages opportunistes seraient systématiquement plus fréquents chez les personnes qui disposent d'un DMG par comparaison à celles qui n'en possèdent pas. Qu'en pensez-vous ?

« Disons que je vois plus souvent mes patients avec DMG que ceux sans DMG ; donc fatalement, je crois que je leur fais plus de prises de sang, plus de check-up. Ceux qui n'ont pas de DMG, en général, ce ne sont pas mes patients, où alors ce sont ceux qui viennent plus rarement et qui veulent moins faire de médecine préventive. »

(3) Futur et feedback

Que pensez-vous d'un modèle de prescription unique pour les demandes de check-up ?

« Je pense que c'est une très bonne idée d'établir un consensus entre médecins généralistes et des recommandations claires. Je pense qu'il faudrait une bio de check-up classique avec quand même la possibilité d'ajouter manuellement dans une case blanche en dessous ce qu'on veut en plus, pour adapter au cas pas cas. Je pense que ça ferait faire des économies majeures au niveau des prises de sang. »

Souhaitez-vous ajouter des éléments que nous n'aurions pas aborder ?

« Comme ça, je ne vois pas. (réflexion). »

« Je pense qu'il y a un gros lobbying des laboratoires de toute façon. Il y a des tas de médicaments qui sont en BF avec des freins à la prescription, mais avec pour les laboratoires. Ce serait quelque chose à penser ! Je risque de me faire lyncher par mes confrères en disant ça tout haut, mais ce n'est pas grave. Mais je pense qu'il y a des économies à faire, et notamment en biologie clinique. Par exemple, le pro-BNP est toujours pas remboursé aujourd'hui car ça coûte trop cher et qu'il n'y a pas d'intérêt à le doser en routine. Pourquoi pas l'étendre à d'autres analyses ou les limiter à une fois par an par exemple. Le gouvernement et l'INAMI a un rôle de frein à jouer à ce niveau-ci.

(1) Recommandations actuelles et pratique clinique

Connaissez-vous les recommandations actuelles (INAMI, SSMG, KCE, ...) concernant les biologies sanguines de check-up en Médecine Générale ? Si oui, qu'en pensez-vous ?

« Pas vraiment non. (rire). J'ai souvenir d'un cours en master 2 avec le Dr Guy Beuken qui avait refait le point sur ce qu'on devait ou non prescrire et globalement, je me rendais compte que ce qu'on faisait en pratique, c'était beaucoup trop. »

Suivez-vous ces recommandations dans votre pratique clinique ? Oui/Non, pourquoi ? Justifiez.

« En pratique, je fais plus que ce qui est repris dans les recommandations. Peut-être par peur ou par envie de se couvrir. J'ai l'impression que le facteur humain joue dedans. Les recommandations me semblent parfois un peu stricte. Et alors, on a envie d'aller un peu plus loin pour se sécuriser. »

« Ce dont je me souviens du cours, c'est qu'à part le cholestérol et la glycémie, il n'y a rien d'autre à doser. J'ai l'impression que les patients se disent qu'on a fait une prise de sang, que tout est ok donc on a tout vérifié. Donc, j'ai l'impression que si on ne vérifie que ça, on va faussement rassurer le patient. Donc, ça me semble trop peu en pratique. Après c'est mon impression, je n'ai pas fait d'étude scientifique là-dessus. (rire). »

Pensez-vous que ces recommandations sont adaptées à la pratique clinique ? Sont-elles suffisantes ?

« Je pense qu'il y a pleins de facteurs qui nous poussent à aller plus loin. Comme dit tantôt, il y a la peur de passer à côté de quelque chose. Il y a aussi des patients qui veulent qu'on vérifie tout par la prise de sang pour être rassurés. Des patients qui veulent qu'on vérifie certaines choses en particulier. Par exemple, des femmes qui veulent qu'on vérifie leur taux de fer par exemple. C'est parce qu'il y a énormément de croyances, en fonction de la culture, ... Chacun a un peu ses croyances en santé et chacun veut vérifier ces propres petits facteurs.

Alors, c'est vrai que par flemmardise, nous on a notre bio de check-up où on sait sur le papier exactement ce qu'on va cocher et adapter selon les plaintes du patient. Il y a beaucoup de facteurs, plus psychologiques et relationnels que des facteurs de santé qui vont influencer. »

« Il y a aussi les croyances du patient par rapport à ce qu'il connaît et ce qu'il veut qu'on trouve à la prise de sang, mais aussi les croyances du médecin. Et leurs attentes respectives aussi. Par exemple, un patient dont la famille présente plusieurs dysthyroïdie, va vouloir vérifier sa thyroïde même si ce n'est pas recommandé. Un médecin qui fait une prise de sang chez une jeune femme va s'interroger sur une éventuelle carence en fer si elle a des règles abondantes par exemple, alors que ce n'est pas toujours recommandé. »

Que pensez-vous du « patient ordinaire » sur lequel se base les recommandations des instances de santé ? Correspond-t-il au patient rencontré en pratique courante ?

« J'ai l'impression que c'est une exception. A 65 ans, ne pas avoir de comorbidités et dire qu'on ne va doser que le cholestérol et la glycémie, c'est quand même rare. On se demande même si on est pas passé à côté de quelque chose chez ces patients-là. Non, c'est peut-être 5% de patients, donc vraiment une minorité. »

Par rapport à votre pratique clinique, quelles analyses demandez-vous lors d'une prise de sang de check-up « type/classique » ?

« Souvent je demande un hémogramme ; fer/ferritine ; vitamine B9 et B12 ; CRP ; urée/créat et GFR ; chlore, sodium et potassium, parfois je fais aussi calcium, phosphore et magnésium s'il y a une fatigue par exemple ; glycémie à jeun ; un profil lipidique donc cholestérol total, HDL, triglycérides et LDL ; je fais une fonction hépatique aussi : gamma-GT, GOT/GPT, LDH et phosphatases alcalines ; et régulièrement je dose aussi une TSH et vitamine D. »

A quelle fréquence réalisez-vous ces check-up ?

« Chez une personne en générale bonne santé, maximum 1x/an. Avant 50 ans, tous les 2-3 ans peut-être, et après 50 ans, 1x/an. S'il y a une anomalie, je revérifie ce qui est anormal plus rapidement. »

Sur base de quels éléments avez-vous établi cette demande « type » de bilan ? Expliquez.

« Les expériences des maitres de stage. Les différents maitres de stage que j'ai eu faisaient grosso-modo ça. Après j'ai quand même enlevé 2-3 trucs quand même. Par exemple, l'électrophorèse des protéines, la saturation de la transferrine et les lipases, je ne les doses pas systématiquement. Et puis les pathologies les plus fréquentes que j'ai déjà eu dans ma pratique m'ont aussi influencé. Les choses que j'ai enlevé, c'est souvent lié à des incidentalomes de mes maitres de stage, comme par exemple les lipasémies un peu élevée qui ont nécessité des recontrôles bio et des scanners abdominaux sans réelle indication ou pathologie sous-jacente. »

Avez-vous l'impression de sur- ou de sous-prescrire certaines analyses dans votre pratique clinique ? Si oui, pourquoi ?

« Si on se fie aux recommandations, effectivement je surprescris beaucoup. (rire). Je pense que sous-prescrire pas, sauf peut-être chez les patients qui ne viennent pas consulter. Par contre, il y a beaucoup trop de demandes de prises de sang de check-up ; donc, j'essaie de les limiter un peu si on en a fait récemment. Mais je suis sûre que je surprescris par rapport aux guidelines. »

(2) Freins et moteurs à la prescription

Quels sont selon vous les éléments qui influencent votre prescription de biologie sanguine de routine en médecine générale ? Quels sont les freins et les moteurs à ces prescriptions ?

« A part ce qu'on a déjà énoncé, il y a aussi le prix, la situation socio-économique du patient. En effet, si je sais que le patient est un peu limité au niveau financier, je vais faire plus attention à ne pas surprescrire, à ne pas trop cocher et à vérifier ce qui a déjà été fait récemment. J'ai travaillé du côté de Charleroi avec des patients qui avaient du mal à payer leurs factures donc ça m'a sensibilisé à faire attention au coût de ce que je coche. »

« L'anxiété du patient également, voire même ma propre anxiété concernant la santé du patient, ça va être un moteur à la prescription. Je vais plus doser chez un patient anxieux ou si moi je suis anxieuse concernant sa santé par rapport à une autre situation où on serait tous

les 2 « peace » et détendus. Par rapport aux facteurs liés au patient, il y a aussi ses attentes et ses croyances comme on l'a dit plus tôt. L'âge va influencer aussi ; je vais moins cocher chez les jeunes que chez les vieux. Et puis, les plaintes du patient aussi. Bien souvent, ils viennent quand même avec une fatigue ou autre quand on creuse un peu. En fonction de la plainte, on va orienter et donc souvent rajouter des croix sur notre prise de sang. J'essaie aussi de vérifier les anciennes bio pour voir s'il faut recontrôler certaines anomalies. Finalement, il y a aussi la personnalité et la caractère du patient qui va influencer. Chez un patient plus revendicateurs, plus insistant ou plus critique, on va cocher plus de choses pour éviter d'avoir des retours négatifs, pour éviter de briser la confiance, par prudence. Ça ce sont les facteurs liés au patient. »

Est-ce que le type ou le milieu de pratique pourrait jouer un rôle également ?

« C'est vrai qu'en pratique de groupe, on va discuter avec les collègues, voir ce qu'ils dosent et en discuter autour de la table. Donc certainement que dans la pratique de groupe, on va avoir une vue plus critique et à raisonner d'avantage nos prises de sang. Idem via les glems et formations qu'on suit. Par rapport à quelqu'un qui travaille seul dans son coin qui va moins pouvoir comparer ou se remettre en question. Et finalement, le milieu socio-économique des patients va influencer aussi. »

Qu'est-ce qui, selon vous, explique que certaines analyses soient sur-/sous-prescrites par les médecins généralistes par rapport aux recommandations actuelles ?

« Je pense qu'il y a pas mal d'habitudes qu'on se transmet de maitre de stage en assistants ou entre collègues, et aussi les habitudes des patients. Si on contrôle annuellement leur thyroïde et puis qu'on arrête parce que c'est pas EBM, on a l'air malin... Dans la sous-prescription, j'ai moins d'idée car j'ai l'impression que c'est moins fréquent. »

Dans les articles lus lors de la recherche de littérature, la notion de gestion de l'incertitude et la prise de risque a été questionnée. Qu'en-pensez-vous, concernant les demandes de biologies sanguines de check-up ?

(résumé de l'article : Zaat JO, van Eijk JT. General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(9):846–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1518316/>)

« Je suis une stressée, donc je vais avoir tendance à la jouer super « safe » ! Donc ça joue clairement dans mon profil de prescription. Je vais cocher plus de choses que mes collègues qui sont de nature moins stressés. Je vais par exemple avoir tendance à recontrôler deux fois qu'une quand j'ai une anomalie à la prise de sang. J'essaie quand même de faire la balance entre les frais et les incidentalomes, versus se rassurer et dépister suffisamment largement. »

Un autre article s'interrogeait sur la forme de la prescription, qu'en pensez-vous ? Est-ce que la forme de la prescription de prise de sang influence les analyses demandées ?

(résumé de l'article : Zaat JOM, van Eijk JTM, Bonte HA. Laboratory test form design influences test ordering by general practitioners in The Netherlands. Med Care [Internet]. 1992 [cited 2022 Mar 1];30(3):189–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1538607/>).

« Ça ne m'étonne pas ! On est un peu flemmard, donc faire une petite croix sur un formulaire qu'on connaît par cœur, ça va très vite. Donc si on me demande de tout noter, je suis sûr qu'il y a des choses que je ne vais pas noter parce que ça va me prendre plus de temps. »

Est-ce que la modalité de la demande de prescription influence votre pratique ? Ex : demande directe en consultation ou indirecte par téléphone, par mail ou via une tierce personne.

« Si on me demande une prise de sang pour quelqu'un d'autre, je vais quand même essayer de discuter avec la personne, pour avoir plus d'informations sur ce qu'il veut contrôler, parce que parfois c'est simplement pour un bilan IST. Donc j'essaie de les avoir en ligne pour en discuter avec eux et ainsi limiter mes prescriptions quand même. Après, ma demande habituelle de check-up reprend vraiment pas mal de chose donc ça varie assez peu de ce schéma-là. »

Selon les recommandations et constats de l'INAMI, certains dépistages opportunistes seraient systématiquement plus fréquents chez les personnes qui disposent d'un DMG par comparaison à celles qui n'en possèdent pas. Qu'en pensez-vous ?

« Pas spécialement. J'ai l'impression de faire la même chose chez tout le monde, DMG ou pas DMG. Après, je commence à mon compte donc j'ai encore peu de DMG. Donc ceux que je vois en consultation n'ont pas toujours leur DMG chez moi et je fais quand même la même chose qu'avec mes patients avec DMG. »

(3) Futur et feedback

Que pensez-vous d'un modèle de prescription unique pour les demandes de check-up ?

« Ça peut être pas mal ! Surtout s'il est réduit, justement pour réduire nos dépenses en santé. J'ai l'impression que les labos ont tendance à mettre un maximum de choses à cocher pour pouvoir facturer plus évidemment. Donc, je pense qu'on modèle de l'INAMI avec un minimum de choses et la possibilité d'ajouter manuellement ça me semble plutôt bien. »

Souhaitez-vous ajouter des éléments que nous n'aurions pas aborder ?

« Je pense que s'il y a une chose à ajouter c'est l'inconfort que la demande de check-up amène. Car il n'y a pas de check-up systématisé, ça s'adapte à chaque patient. Donc, il faut chercher la demande du patient derrière et c'est pas toujours bien défini. Parfois, il y a une idée particulière et ce n'est pas toujours possible. Donc ça serait intéressant d'explorer cet aspect ; ce que le patient attend de cette demande et ce qu'on peut en faire en tant que médecin. »

PDF du formulaire au GEIMG.

Le but de la démarche est de permettre d'identifier s'il est nécessaire ou pas de soumettre, avant la rédaction du TFE, un dossier à un des trois comités d'éthique universitaires :

- le comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire UCLouvain
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire Erasme – ULB

Chercheur

Docteur LEFEVRE Céline.

Email : celine.lefevre@student.uclouvain.be

Gsm : 0484109980

Candidat en master de spécialisation en MG à l' UCL.

Tuteur

Docteur Chomé Florence.

Email : flochome@hotmail.com

Gsm : 0479402005

TFE en Médecine générale

Travail de fin d'étude dans le cadre d'un master de spécialisation en médecine générale.

Quel sera le titre prévu pour votre TFE ?

Les biologies sanguines de check-up en médecine générale : quels facteurs influencent ces prescriptions ?

Discipline dont relève l'étude

Médecine générale. Etude universitaire non commerciale.

Objectif du TFE (question de recherche)

Concernant les biologies sanguines de check-up prescrites en médecine générale en Fédération Wallonie-Bruxelles, en tenant compte des recommandations actuelles, quels sont les éléments influençant la prescription du médecin généraliste ?

Année académique de présentation du TFE

2022-2023.

Description du TFE

La demande de biologie sanguine de check-up en médecine générale est un motif fréquent de consultation.

Ces dernières années, le nombre d'examens de laboratoire prescrit n'a cessé d'augmenter.

Par ailleurs, il est établi que les prescriptions de check-up en pratique clinique ne correspondent pas aux recommandations actuelles des différentes instances en santé (INAMI, SSMG, ...).

Cela représente un coût non négligeable en terme de soins de santé et de santé publique, mais également au niveau individuel (angoisse pour le patient ; examens complémentaires et avis

spécialistes inutiles ; ...).

Le but de ce TFE est de déterminer, via des entretiens semi-dirigés de médecins généralistes, quels sont les facteurs qui influencent leurs prescriptions ? Pourquoi n'existe-t-il pas un modèle unique de prescription de check-up en médecine générale ? Pourquoi ces prescriptions en pratique clinique ne concordent pas avec les recommandations actuelles ?

Résumez succinctement votre TFE (maximum 250 signes)

Réalisation d'entretiens semi-dirigés de médecins généralistes concernant les facteurs qui influencent leurs prescriptions de prise de sang de check-up, par rapport aux recommandations actuelles.

Quels sont les objectifs de votre recherche (minimum 1500 signes) ?

L'objectif est de déterminer, de manière non exhaustive, les facteurs qui influencent consciemment ou inconsciemment les médecins généralistes dans leurs prises de décisions concernant les demandes de biologies sanguines de check-up ; quels sont les freins et les moteurs ?

Ce travail a pour but également de déterminer pourquoi ces prescriptions en pratique clinique diffèrent-elles tant des recommandations actuelles des instances de santé (KCE, INAMI, ...) ?

In fine, le but est de générer une prise de conscience de la part des médecins généralistes concernant ces facteurs influençant leurs prescriptions, de connaître les recommandations actuelles, et d'adapter ainsi les prescriptions de biologies sanguines de routine en médecine générale de sorte à ce qu'elles soient plus adaptées, efficaces et rationnelles.

Avez-vous d'autres informations utiles à apporter pour permettre aux membres du GEIMG de comprendre votre travail ?

Sans objet

Modalités du TFE

S'agit-il UNIQUEMENT de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, SANS CARACTERE DELICAT comme, par exemple, des antécédents de burnout, conflits professionnels graves, assuétudes, ...) ?

Oui

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'une enquête sur l'organisation matérielle de soins (organisation d'un cabinet ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion de flux de patients, comptabilisation de journée d'hospitalisation, coût de soins, ...) ?

Non

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, enquête sur les réseaux sociaux, ...), par exemple, sur les habitudes sportives, alimentaires, etc., sans caractère intrusif ?

Non

S'agit-il UNIQUEMENT d'une revue bibliographique ?

Non

Description de la méthodologie utilisée pour le TFE

Quelle méthodologie sera utilisée pour le TFE ?

une recherche qualitative

Dans le cas d'une recherche littérature,

- ***Quels mots clés seront utilisés ?***
Sans objet
- ***Dans quels types de littérature ?***
Sans objet
- ***Quels critères d'inclusion/d'exclusion ?***
Sans objet
- ***Quelle période (x dernières années) ?***
Sans objet
- ***Full-text/abstract, ... ?***
Sans objet
- ***Autres précisions ?***
Sans objet

Dans le cas d'une recherche qualitative,

- ***Quel public cible ?***
Interrogatoire uniquement de médecins généralistes.
Critères d'inclusion : médecins généralistes et assistants en médecine générale confrontés à des biologies sanguines de check-up chez des patients adultes, et travaillant en Fédération Wallonie-Bruxelles.
Critères d'exclusion : médecins spécialistes, autres professionnels de la santé, personnes non-médecins.
- ***Quels outils seront utilisés (enquête, focus group, interviews, entretiens semi-dirigés) ?***
Entretiens semi-dirigés de ces médecins généralistes en individuel (en présentiel de préférence, ou en visio-conférence) : je vais leur faire un état des lieux de recommandations actuelles, leur faire part d'articles pertinents de ma recherche de littérature, et ensuite recueillir leurs opinions sur ces guidelines, sur leur pratique clinique, ainsi que sur les freins et moteurs à leurs prescriptions.
- ***Quel type d'analyse sera mise en œuvre (théorisation ancrée, analyse thématique, ...) ?***
L'analyse des entretiens semi-dirigés se fera par analyse thématique des verbatims des participants. Je vais pour chaque thème abordé, retirer les éléments-clés (verbatim) de leurs discours, les grouper par idées et établir des liens entre ces derniers.
- ***Quels moyens d'enregistrement et d'anonymisation seront utilisés ?***
L'enregistrement des entretiens se fera par l'intermédiaire d'un dictaphone.
Je vais prendre soin de n'encoder aucune information personnelle susceptible d'identifier un participant (nom, prénom, date de naissance, coordonnées de contact, lieu de pratique, ...).
Chaque participant se verra attribué un chiffre aléatoire. Aucun élément permettant

d'identifier l'un des participants ne se retrouvera retranscrit dans les interviews et dans ce travail.

Dans le cas d'une recherche quantitative,

- ***Quel public cible ?***
Sans objet
- ***Quelle est la méthode de recrutement ?***
Sans objet
- ***Quel est le type d'échantillonnage ?***
Sans objet
- ***Quelles sont les procédures d'analyse ?***
Sans objet
- ***Quelle est la procédure d'anonymisation ?***
Sans objet

S'il s'agit d'un travail assurance qualité,

- ***Quel public cible ?***
Sans objet
- ***Décrivez le type de travail assurance qualité***
Sans objet

S'il s'agit d'une recherche-action,

- ***Quel public cible ?***
Sans objet
- ***Décrivez le type de recherche-action***
Sans objet

S'il s'agit d'une autre méthodologie,

- ***Quel public cible ?***
Sans objet
- ***Décrivez cette autre méthodologie***
Sans objet

S'agit-il d'une recherche clinique interventionnelle (PICO) ?

Oui

- ***Quelle est la population cible ?***
Pour les médecins généralistes qui prescrivent des biologies sanguines de routine chez des patients adultes.
- ***Quels sont les critères d'inclusion/exclusion ?***
Critères d'inclusion : médecins généralistes et assistants en médecine générale confrontés à des biologies sanguines de check-up chez des patients adultes, et travaillant en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Critères d'exclusion : médecins spécialistes, autres professionnels de la santé, personnes non-médecins.

- **Quelle est l'intervention ?**

Identifier les facteurs influençant la prescription de biologie de check-up en médecine générale.

- **Quel est le comparateur ?**

Comparaison avec les recommandations actuelles (guidelines de l'INAMI, KCE, SSMG, ...)

- **Autres précisions ?**

Objectif : cfr plus haut

Contexte : en Belgique francophone (Fédération Wallonie-Bruxelles)

Étude sur un médicament

L'étude porte-t-elle sur l'expérimentation d'un médicament ou encore des changements de doses, des changements d'heure de prise, une dé-prescription, ... ?

Non

Si OUI, compte tenu des données disponibles actuellement, estimez-vous que l'expérimentation est de nature à entraîner un risque ?

Sans objet

Si OUI, décrivez le risque de l'expérimentation :

Sans objet

Si NON, justifiez en quoi l'expérimentation n'entraîne pas de risque :

Sans objet

Étude sur un dispositif médical

L'étude porte-t-elle sur un dispositif médical ?

Non

Si OUI, expliquez comment le dispositif est utilisé dans l'indication du fabricant ?

Sans objet

Recherche auprès de personnes

Allez-vous mener une étude auprès de personnes ?

Oui

Si OUI, quel en est le (les) public(s) cible(s) ?

Des médecins généralistes et assistants en médecine générale de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Si OUI, quelle(s) type(s) de méthodologie allez-vous utiliser pour cette recherche auprès de personnes ?

Recherche qualitative, non

Si OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les personnes participantes ?

Oui

Si OUI, la confidentialité et l'anonymisation des données de l'étude seront-elles mentionnées et assurées ?

Oui

Si OUI, décrivez comment vous allez garantir la protection de la vie privée des participants à l'étude ?

Précisez les mesures prises.

Les entretiens des participants seront enregistrés par un dictaphone puis retranscrits par écrit (aucune reconnaissance de voix ou visage possible, puisque les enregistrements audio seront détruits après retranscription) et aucune information personnelle susceptible d'identifier un participant ne sera retranscrit (nom, prénom, date de naissance, coordonnées de contact, lieu de pratique, ...). Chaque participant se verra attribué un chiffre aléatoire.

Si OUI, quelle sera la date de début de l'étude prévue auprès des personnes ?

01/11/2022

Si OUI, quelle sera la date de fin de l'étude prévue auprès des personnes ?

31/01/2023

Questions spécifiques

L'étude est-elle destinée à être publiée dans une revue (hors www.mgtfe.be) ?

Non

L'étude est-elle interventionnelle chez des patients ? Allez-vous tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur ?

Non

L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc....) ?

Non

L'étude comporte-t-elle des interviews d'enfants mineurs d'âge ?

Non

SI OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les parents ou les tuteurs des mineurs concernés ?

Sans objet

Y-a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ?

Non

Y-a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, ...) ?

Non

Responsabilités et engagements

Je confirme que les informations fournies dans ce document sont correctes.

Je pense que cette étude pourra être menée dans le respect du protocole et des principes de la **"Déclaration d'Helsinki"**, des **"Bonnes Pratiques Cliniques"** et de la **législation belge relative à la protection de la vie privée des patients et des participants et aux expérimentations sur embryon/sur la personne humaine/sur le matériel corps humain**.

Je m'engage à exercer mes responsabilités de chercheur principal pour cette étude. **L'investigateur porte toute la responsabilité administrative et pratique de l'organisation locale d'un projet de recherche clinique. Cette responsabilité est à la fois médicale (paramédicale) et légale. Elle s'exerce vis-à-vis du tuteur, de l'institution, du participant et du Comité d'Ethique.**

J'ai pris les mesures requises pour assurer la protection des participants que je recruterai pour cette étude. Ceci signifie notamment :

- qu'aucune donnée d'identification ne sera accessible à des tiers.
- qu'aucune association de données pouvant permettre la ré-identification des participants ne sera accessible à des tiers.
- que les fichiers informatiques, les documents papiers, les documents audio, les documents vidéo contenant les données récoltées seront protégés des utilisations abusives.

ANNEXE 5 : Avis émis par le GEIMG

Décision du GEIMG



MGTFE Éthique
À : Céline Lefèvre



Mar 18/10/2022 14:36

Bonjour,

Votre demande concernant le TFE **Les biologies sanguines de check-up en médecine générale : quels facteurs influencent ces prescriptions ?** pour l'année académique **2022-2023** a été examinée par le Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG).

Les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité, sur base des informations transmises, que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

Le pdf de votre demande introduit auprès du GEIMG reste disponible sur l'application MGTFE/éthique.

Cordialement,
Le secrétariat du GEIMG

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 13/10/2022

ULiège (Vanmeerbeek Marc) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (LETOCART Véronique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Vanderhofstadt Quentin) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

ANNEXE 6 : Consentements éclairés des participants

Demande de consentement éclairé à participer à l'étude portant sur : ***« Les biologies sanguines de check-up en médecine générale : quels facteurs influencent ces prescriptions ? »***

Information au participant :

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une enquête. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête.

Objectif et description de l'enquête :

Il s'agit d'une enquête qui devrait inclure entre 10 et 15 participants (médecins généralistes et assistants en médecine générale de la Fédération Wallonie-Bruxelles).

L'objectif de cette enquête consiste à déterminer, en tenant compte des recommandations actuelles, quels sont les éléments influençant la prescription des biologies sanguines de check-up par les médecins généralistes.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de répondre oralement à des questions sur ce sujet lors d'un entretien semi-dirigé individuel, d'une durée de 30 à 60 minutes.

Promoteur de l'enquête :

Université Catholique de Louvain (UCLouvain) – Faculté de Médecine et Médecine Dentaire.

Participation volontaire :

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantage.

Bénéfices et risques :

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance de facteurs qui influencent les prescriptions de biologies sanguines de routine par le médecin généraliste. La prise de conscience de ces facteurs permettra peut-être d'améliorer la prise en charge des patients, les prescriptions futures de sorte qu'elles soient plus rationnelles, adaptées et adéquates.

Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Protection de la vie privée :

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude.

Seul le responsable de l'étude sera le gestionnaire des données et informations recueillies lors de cette enquête. Les informations ne seront conservées que le temps nécessaire à la réalisation de ce travail de fin d'étude et seront ensuite supprimées de manière définitive.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante :
privacy@uclouvain.be

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données :
Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles
Tél. : 02/274.48.00
e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique :

Cette enquête a été évaluée par MGTFE Éthique qui a émis un avis favorable le 18/10/2022.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête :

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que participant à une étude, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : LEFEVRE Céline
Email : celine.lefevre@student.uclouvain.be
Téléphone : 0484/10.99.80

Pour la gestion des plaintes non résolues par l'investigateur, vous pouvez contacter comme médiateur le Comité d'Éthique :
E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be
Téléphone : 02/764.55.14

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PARTICIPANT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom),
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude portant sur « *Les biologies sanguines de check-up en médecine générale : quels facteurs influencent ces prescriptions ?* »
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par MGTFE Éthique.
4. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
5. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
 - la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
 - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
 - les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.
6. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.
7. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....
Nom, prénom et Signature
du (de la) participant(e)

...../...../2022
Date

Je, soussigné, Mlle LEFEVRE Céline confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) participant(e) mentionné(e) ci-dessus.

.....
Signature de la personne qui procure l'information

...../...../2022
Date

