

Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Preventive practices of general practitioners: information from a panel of GPs in Provence-Alpes-Côte d'Azur

Aulagnier M¹, Videau Y², Combes J-B³, Sebbah R⁴, Paraponaris A⁵, Verger P⁶, Ventelou B⁷

Résumé

Objectif : Décrire les attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé ; en identifier les déterminants.

Méthodes : Une enquête téléphonique a été réalisée auprès d'un panel de 600 médecins généralistes libéraux exerçant en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Un score a été construit, permettant d'analyser le classement des médecins sur un éventail d'actions de prévention.

Résultats : Plus de 80 % des médecins déclaraient fréquemment proposer une mammographie aux femmes, repérer les éventuels effets iatrogènes des polyprescriptions chez les personnes âgées, repérer les problèmes de poids chez l'enfant, interroger les patients sur le tabagisme et proposer un sevrage tabagique aux fumeurs. Mais moins de 50 % des médecins interrogés déclaraient fréquemment prescrire une contraception d'urgence, informer les patients sur les risques de l'automédication, proposer l'utilisation d'un carnet alimentaire aux patients souffrant d'obésité, utiliser un outil de dépistage. Le sentiment d'efficacité variait selon le domaine : plus de 80 % des médecins généralistes se déclaraient efficaces dans le dépistage des cancers ou l'éducation des patients présentant une maladie chronique, contre moins de 40 % dans l'éducation vis-à-vis de la consommation d'alcool ou de drogues illicites.

Conclusion : Les médecins généralistes présentant un score de prévention élevé accordaient une place plus importante aux préoccupations de santé publique ($p < 0,02$), mobilisaient davantage de sources d'informations ($p < 0,002$), réalisaient davantage d'actes gratuits ($p < 0,01$) et se sentaient plus efficaces vis-à-vis des actes préventifs ($p < 0,001$) que les médecins présentant un score faible. Un lien entre les comportements personnels des médecins généralistes en matière de prévention et les pratiques adoptées face à leurs patients a été retrouvé.

Prat Organ Soins 2007;38(4):259-268

Mots-clés : médecin traitant ; pratiques professionnelles ; prévention ; promotion santé ; éducation sanitaire ; connaissances, attitudes, pratiques.

Summary

Aim: Describe and identify the determinants of the attitudes and practices of general practitioners (GPs) concerning preventive medicine and health education.

Methods: A telephone interview was conducted with a panel of 600 private GPs working in Provence-Alpes-Côte d'Azur. A score was established to analyse the doctors' ranking for a range of preventive actions.

Results: More than 80 % of doctors said that they regularly offer mammograms to women, identify possible iatrogenic effects of multiple prescriptions in elderly people, identify weight problems in children, question patients about their smoking habits and offer smoking cessation programmes. However, less than half of doctors polled said that they regularly prescribe emergency contraception, inform patients of the risks of self-medication, suggest that obese patients use a food record, or use a screening tool. The feeling of effectiveness varied depending on the field of medicine: over 80 % of GPs said they were effective in screening cancers or advising chronically ill patients, compared with less than 40 % in advising patients about alcohol consumption or illegal drugs.

Conclusion: GPs with a high prevention score attached more importance to public health concerns ($p < 0.02$), used more information sources ($p < 0.002$), carried out more free consultations ($p < 0.01$) and felt that they were more effective as regards preventive practices ($p < 0.001$) than doctors with a low score.

A link has been found between the personal behaviour of GPs towards preventive medicine and the practices adopted with their patients.

Prat Organ Soins 2007;38(4):259-268

Keywords: primary care physicians; professional practice; prevention; health promotion; health education; health knowledge, attitudes, practice.

¹ Démographe, chargé d'études, Observatoire régional de la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA).

² Economiste, doctorant, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) UMR 379 (Marseille).

³ Statisticien, chargé d'études, Observatoire régional de la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA).

⁴ Médecin généraliste, consultant, Union régionale des médecins libéraux de Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA).

⁵ Economiste, maître de conférences, Faculté de sciences économiques et de gestion, Université de la Méditerranée (Marseille).

⁶ Médecin épidémiologiste, Directeur des études, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) UMR 379 (Marseille).

⁷ Economiste, chercheur CNRS, Groupement de recherche en économie quantitative d'Aix-Marseille (GREQAM).

INTRODUCTION

Les médecins généralistes sont les professionnels de santé les plus proches et les plus fréquemment en contact avec la population. Cette proximité leur assure un rôle privilégié d'écoute, de conseil et de prévention, indispensable dans une vision à long terme de la santé et du bien-être des patients [1]. Malgré leur importance de plus en plus reconnue, la prévention et l'éducation à la santé occupent une place variable dans les pratiques des médecins généralistes [2, 3]. Les difficultés de mesure de ces actions aux contours souvent imprécis expliquent en partie les incertitudes sur l'implication des médecins généralistes et la réalité de leurs pratiques. D'après une étude de la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) en 2002, les dépenses de prévention représentaient 6,4 % des dépenses courantes de santé [4].

La démarche éducative repose sur l'interaction entre les professionnels de santé (leurs pratiques professionnelles mais également leurs caractéristiques personnelles), les attentes et comportements des patients, et, des facteurs externes d'environnement tels que le remboursement de la consultation ou le mode de paiement [5-10]. Si le rôle de certains facteurs externes et les caractéristiques des patients et de leur environnement ont été largement identifiés dans le domaine de la prévention [11, 12], les pratiques des médecins généralistes dans ce champ ont jusqu'à ce jour reçu une attention bien moins soutenue en France. Or, depuis août 2004 et les lois relatives à la réforme de l'assurance maladie (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) et la politique de santé publique (Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique), le cadre institutionnel dans lequel s'inscrivent les pratiques des médecins généralistes s'est profondément modifié. D'une part, ces derniers, désignés comme médecin traitant par leurs patients, sont désormais placés au cœur du système de soins primaires avec pour objectifs d'orienter les patients dans le parcours de soins et d'en coordonner les étapes avec les différents professionnels de santé. D'autre part, ils ont une plus grande responsabilité en termes de santé publique afin de mettre davantage l'accent sur la dimension préventive de leur démarche. Les médecins sont, de ce fait, davantage sollicités pour assurer, en complément du rôle de soignant, des missions de prévention et d'éducation à la santé auprès de leurs patients.

Face à ces changements importants et au développement de toutes les formes d'outils d'aide à l'éducation et à la prévention à destination des médecins (formations, guides de bonnes pratiques, outils d'aide au repérage de facteurs de risques ou au diagnostic de certaines pathologies, etc.), une enquête a été réalisée auprès de médecins généralistes afin de déterminer la manière dont ils

perçoivent et assument leur rôle nouveau en santé publique. L'objectif de notre étude était de décrire les attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé et d'identifier les déterminants des actions de prévention.

MÉTHODES

1. Echantillonnage

Un panel de 600 médecins généralistes libéraux représentatif des médecins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) a été constitué en mars 2002 dans l'objectif d'analyser leurs pratiques médicales. Il a été construit par échantillonnage aléatoire stratifié sur le sexe, l'âge et la taille de l'unité urbaine d'exercice [13]. Les médecins exerçant de façon exclusive un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, etc.) et ceux ayant des projets de mobilité ou de cessation d'activité à court terme étaient exclus. Pour construire ce panel, 1076 médecins ont été sollicités, par courrier puis par téléphone. Six cent d'entre eux (55,8 %), convenablement repartis par strates de sondage, se sont engagés à répondre deux fois par an, trois années successives, à des enquêtes sur leurs pratiques, attitudes et opinions dans la prise en charge de problèmes de santé.

A ce jour, six enquêtes ont été menées. L'échantillon a été complété au fil des enquêtes qui se sont succédées, afin de répondre au phénomène d'attrition classiquement observé dans la construction de panels (médecins disparaissant entre deux vagues d'enquête). L'échantillon de médecins ayant répondu au questionnaire de la sixième enquête est composé de 528 médecins, toujours représentatif des médecins de la région PACA.

2. La vague d'enquête « éducation à la santé et prévention »

Entre janvier et mars 2006, une enquête téléphonique a été réalisée auprès de ces médecins sur « la santé publique, la prévention et l'éducation à la santé ». Son objectif principal était d'étudier les attitudes et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la prévention et de l'éducation à la santé. On interrogeait également les médecins sur leurs opinions quant aux réformes de l'assurance maladie (loi du 13 août 2004) et à la loi de santé publique du 9 août 2004, et sur leur charge de travail en lien avec leurs activités.

3. Un questionnaire de type « KABP »

Le questionnaire a été élaboré selon la méthode du KABP (knowledge, attitudes, beliefs, practices) déve-

loppée pour analyser, notamment, les comportements des professionnels de santé dans la prise en charge du sida et largement utilisée depuis dans d'autres problématiques de santé publique (soins palliatifs [14], toxicomanie [15], dépistage du VHC [16], obésité [17], handicap [18], etc.).

Le questionnaire était structuré autour de trois parties : (i) les rôles perçus, attitudes et opinions en matière d'actions de prévention ; (ii) les obstacles rencontrés ; et (iii) les besoins à satisfaire pour améliorer les pratiques de prévention.

4. Analyses

A partir de séries de questions issues de ce questionnaire, un score d'efficacité et un score de prévention ont été construits. Les questions utilisées pour la construction de ces scores sont présentées dans les cadres 1 et 2. Le score d'efficacité vis-à-vis des actes préventifs a été construit à partir de 12 questions. Ce score présentait une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,701$).

Le score de prévention a été construit à partir de 16 questions. Ce score constitue une gradation (allant de 0 à 64) de la fréquence des pratiques de prévention effectuées par chaque médecin. La validité du score de prévention a été testée à l'aide d'une analyse en correspondance multiple (ACM) et sa cohérence interne à

l'aide de l'Alpha de Cronbach. Les analyses ont mis en évidence une structure unidimensionnelle et une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,744$). Les médecins ont été regroupés en trois classes selon leur score de prévention : [0-41[, [41-50[, [50-64] concentrant respectivement 25 %, 50 % et 25 % des médecins ; nous parlerons ainsi de « médecins présentant un score de prévention élevé » (au-dessus du troisième quartile), et de « médecins présentant un score faible » (au-dessous du premier quartile). Afin de déterminer les variables explicatives du comportement de prévention, un modèle logistique ordinal a été réalisé sur ces trois grandes catégories du score de prévention. Dans ce type de modèle, la variable expliquée par la régression est traitée dans ses différentes modalités ordonnées entre elles.

La sélection des « régresseurs » de cette logistique ordinaire a été effectuée par une procédure automatique pas à pas sur l'ensemble des variables fournies par le questionnaire (significativité au seuil de 5 %). Nous avons néanmoins « imposé » à cette sélection, jugée excessivement aveugle, des variables telles que : l'âge, le sexe, la durée de consultation, le nombre d'actes, le secteur d'exercice, les caractéristiques socioéconomiques de la patientèle, qui auraient pu être cachées par les régresseurs apparents (facteurs de confusion). Les analyses statistiques ont été effectuées avec les logiciels SPSS®, (version 12.0) et SAS®, (version 9.1).

Cadre 1

Liste des questions utilisées pour construire le score de prévention

1. Avec quelle fréquence réalisez-vous les actions de prévention suivante ?
 - Proposer une mammographie de dépistage du cancer du sein à vos patientes entre 50 et 75 ans, tous les deux ans
 - Proposer un sevrage tabagique chez vos patients fumeurs
 - Repérer des problèmes de poids chez l'enfant
 - Relever l'indice de masse corporelle des patients et le situer au regard des seuils
 - Proposer l'utilisation d'un carnet alimentaire chez vos patients obèses
 - Informer les jeunes patients sur la contraception
 - Proposer un test Hemocult® à tous vos patients et patientes entre 50 et 75 ans, tous les deux ans
 - Proposer une information aux patients sur les risques de l'automédication
 - Repérer les éventuels effets iatrogènes des polyprescriptions chez les personnes âgées
 - Proposer une consultation annuelle de prévention
2. En cabinet, utilisez-vous des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risques ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles ?
3. Demandez-vous à vos patients s'ils fument ?
4. A quel rythme posez-vous cette question à vos patients ?
5. Demandez-vous à vos patients fumeurs s'ils ont l'intention d'arrêter de fumer ?
6. A quel rythme posez-vous cette question à vos patients fumeurs ?
7. Lors de la prise en charge d'un sujet tabagique, évaluez-vous le degré de dépendance de vos patients fumeurs ?

Pour toutes ces questions (à l'exception des questions 4 et 6) l'échelle de réponse proposée était : très souvent (4), souvent (3), parfois (2), jamais (1), ne sais pas (0), non réponse (0). Pour les questions 4 et 6 l'échelle de réponse était : à chaque consultation (4), fréquemment (3), pas de rythme précis (2), à l'occasion d'un problème de santé lié au tabac (1), ne sais pas (0), non-réponse (0).

Le score a été obtenu en faisant la somme des réponses à ces 16 questions. Le score varie de 0 à 64.

L'alpha de Cronbach des 16 questions s'élevait à 0,744, permettant de conclure à la fiabilité du score de prévention.

Cadre 2

Liste des questions utilisées pour construire le score de d'efficacité

1. Vous personnellement, vous trouvez-vous efficace pour aider les patients à changer leurs comportements dans les domaines suivants :
 - Alcoolisme
 - Tabagisme
 - Alimentation
 - Exercice physique
 - Utilisation de drogues
 - Usage du préservatif
 - Dépistage des cancers
 - Abus de médicaments psychotropes
 - Accidents de la vie courante
2. Dans l'éducation de vos patients asthmatiques vous sentez-vous très efficace, assez efficace, peu efficace, pas du tout efficace ?
3. Dans l'éducation de vos patients diabétiques vous sentez-vous très efficace, assez efficace, peu efficace, pas du tout efficace ?
4. Dans l'éducation de vos patients ayant de l'hypertension vous sentez-vous très efficace, assez efficace, peu efficace, pas du tout efficace ?

Pour toutes ces questions, l'échelle de réponse proposée était : très efficace (4), assez efficace (3), peu efficace (2), pas du tout efficace (1), ne sais pas (0), non réponse (0).

Le score a été obtenu en faisant la somme des réponses à ces 12 questions, il varie de 0 à 48.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques professionnelles et personnelles des médecins

L'échantillon comptait 528 médecins, dont 75 % d'hommes (tableau I). L'âge moyen était de 52 ans ($\pm 6,0$ ans¹). Parmi ces professionnels, 84 % exerçaient en secteur 1 et 53,6 % en cabinet de groupe. Plus de 83 % des médecins considéraient que la prévention fait partie de leur rôle, mais plus de la moitié (55,5 %) a déclaré devoir s'impliquer davantage dans les actions de prévention.

Tableau I
Caractéristiques des médecins généralistes

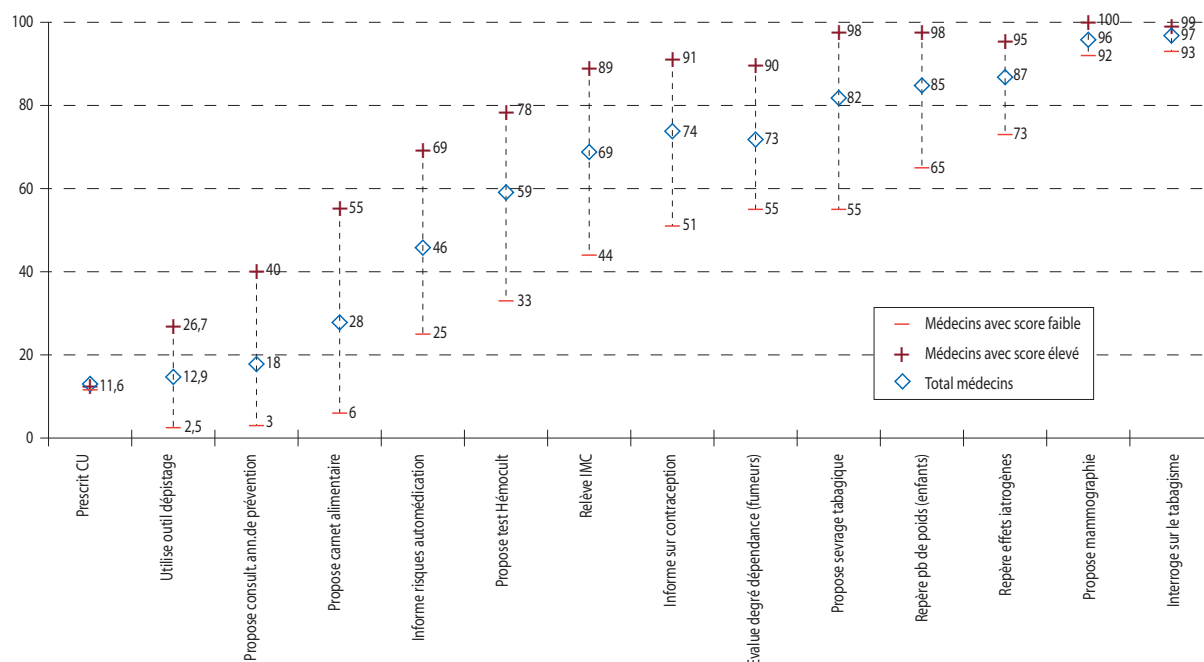
	Effectifs	%
Genre		
Hommes	396	75,0
Femmes	132	25,0
Age (2006)		
< 45 ans	61	11,6
[45-53 ans[211	40,0
> 54 ans	255	48,3
Secteur d'exercice		
Secteur 1	443	83,9
Autre	85	16,1
Type de cabinet		
Cabinet de groupe	283	53,8
Seul	243	46,2

¹ Ecart-type

Deux médecins sur 10 ont déclaré avoir suivi une formation spécifique sur le sevrage tabagique. Près de la moitié des médecins (48,8 %) avaient déjà réalisé pour eux-mêmes un dépistage du cancer (du sein ou du côlon). Enfin, 24,1 % étaient fumeurs, 36,2 % étaient d'anciens fumeurs et 39,7 % n'avaient jamais fumé.

2. Les actions de prévention (figure 1)

Les actions de prévention les plus fréquemment mises en œuvre étaient : proposer une mammographie de dépistage du cancer du sein aux patientes de 50-75 ans, repérer les éventuels effets iatrogènes des polyprescriptions chez les personnes âgées, repérer des problèmes de poids chez l'enfant, interroger les patients sur le tabagisme et proposer un sevrage tabagique aux fumeurs. Plus de 80 % des médecins déclaraient réaliser ces actes souvent à très souvent. A l'opposé, les actions de prévention les plus rarement intégrées (dans moins de 50 % des cas) aux pratiques quotidiennes étaient la prescription d'une contraception d'urgence (11 % seulement le font fréquemment), la proposition d'une consultation annuelle de prévention (18 %), la proposition aux sujets obèses d'utiliser un carnet alimentaire (28 %), l'information sur les risques de l'automédication (46 %). Enfin, moins de 13 % des médecins ont déclaré utiliser (souvent à très souvent) un questionnaire préétabli d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie.



CU : Contraception d'urgence

Mode de lecture : en général, 46 % des médecins informent leurs patients sur les risques de l'automédication ; mais parmi les médecins généralistes présentant un score de prévention élevé (au-dessus du troisième quartile), 69 % réalisent cet acte fréquemment contre 25 % des médecins généralistes présentant un score faible (au-dessous du premier quartile).

Figure 1. Réalisation des actes de prévention (réalisés souvent à très souvent) selon le score de prévention des médecins.

3. Sentiment d'efficacité

Le sentiment d'efficacité dans la prévention était variable selon le domaine d'intervention : plus de huit médecins sur dix ont déclaré se sentir (très ou assez) efficaces vis-à-vis du dépistage des cancers et dans l'éducation des patients hypertendus, diabétiques ou asthmatiques contre moins de quatre sur dix lorsqu'il s'agissait d'éduquer le patient sur sa consommation d'alcool, l'usage de drogues ou les accidents de la vie courante (figure 2).

Au total, le score moyen d'efficacité s'élevait à 31,22

($\pm 4,16$) (tableau II). Ce score n'était pas significativement différent entre les hommes et les femmes, par contre il était légèrement plus élevé chez les médecins les plus âgés (30,8 chez les moins de 45 ans, 31,2 chez les médecins de 45-54 ans et 31,9 pour les plus de 55 ans ; $p = 0,09$).

4. Le score de pratiques de prévention

Pour l'ensemble des médecins, le score moyen de prévention s'élevait à 45,47 ($\pm 6,38$) (tableau II). Il était significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (46,8 vs 45,0 ; $p = 0,006$).

Tableau II
Scores moyens de prévention et d'efficacité

	Prévention (n = 515)				Efficacité (n = 526)			
	Moyenne	Ecart-type	Min.	Max.	Moyenne	Ecart-type	Min.	Max.
Hommes	45,03	6,43	27	62	31,35	4,17	11	46
Femmes	46,80	6,09	31	63	30,81	4,11	13	43
Total	45,47	6,38	27	63	31,22	4,16	11	46

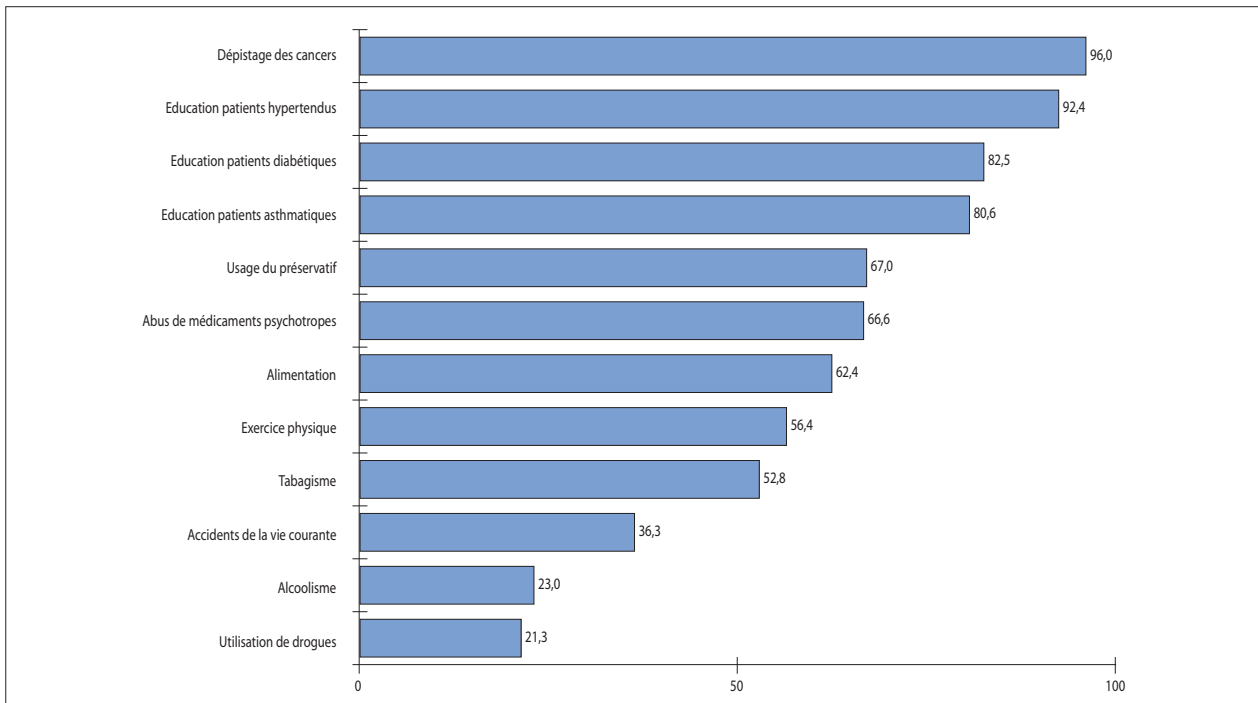


Figure 2. Part des médecins se sentant efficaces (très ou assez efficaces) selon les domaines de prévention.

Les actes de prévention rarement mis en œuvre, cités précédemment, correspondent à des actions très « discriminantes » pour la position des médecins dans le score : par exemple, 68,7 % des médecins présentant un score élevé informaient plus fréquemment leurs patients sur les risques de l'automédication contre seulement 24,8 % de ceux présentant un faible score (figure 1).

5. Les déterminants de la prévention (tableau III)

Les résultats du modèle de régression logistique ordinal ont mis en évidence que les médecins considérant la prévention ou la santé publique comme faisant partie de leur rôle de généraliste (ou se sentant impliqués dans la lutte contre le tabagisme) ont un score de prévention significativement plus élevé. Par ailleurs, plus les médecins déclaraient réaliser fréquemment des actes gratuits, plus leur score de prévention était élevé ($p < 0,001$).

Le modèle de régression logistique ordinal montrait également que le fait d'avoir suivi une formation sur les thérapies cognitives et comportementales (TCC), d'avoir participé à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou d'utiliser très souvent les sites internet ou l'expérience avec les patients comme sources d'informations était corrélé positivement au score de prévention. Par ailleurs, les médecins ayant déjà réalisé au cours de leur vie un dépistage du cancer (du sein ou du

côlon) pour eux-mêmes présentaient des scores de prévention plus élevés ($p < 0,001$). Enfin, le sentiment d'efficacité vis-à-vis des actes préventifs était associé au score de prévention ($p < 0,001$).

L'âge et le secteur d'exercice du médecin, les variables d'activité (durée moyenne de la consultation, nombre d'actes hebdomadaires) ou les variables relatives aux caractéristiques socioéconomiques de la patientèle (part des personnes âgées, part des patients bénéficiant de la CMU, etc.) n'étaient pas corrélés au score de prévention.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude ont permis, d'une part, de confirmer l'impact favorable de certaines caractéristiques des médecins (participation à des formations, EPP, etc.) sur la mise en œuvre fréquente d'actions de prévention, d'autre part, d'identifier certains déterminants d'une démarche préventive fréquente chez les médecins généralistes. Notre enquête est par ailleurs originale dans le champ de la médecine générale française, du fait de l'absence d'études permettant de croiser les « pratiques » (le score de prévention) et les représentations et motivations des comportements associées à ces pratiques.

Tableau III
Déterminants du score de prévention (3 classes) : modèle logistique ordinal (n = 515)

		Odds-ratio	Intervalle de confiance à 95%		p
PRATIQUES					
Réalisation d'actes gratuits	Chaque jour	1			
	Plusieurs fois par semaine	0,498	0,191	1,293	
	Parfois	0,427	0,266	0,685	
	Jamais	0,430	0,270	0,685	0,0008
Dépistage du cancer (du sein ou du côlon) pour soi-même	Non	1			
	Oui	2,042	1,403	2,972	0,0002
Participation à l'EPP ^a	Non	1			
	Oui	2,264	1,461	3,509	0,0003
OPINIONS					
Les médecins devraient mieux tenir compte de la dimension de santé publique dans leurs pratiques	Plutôt non à non	1			
	Oui à plutôt oui	1,787	1,104	2,893	0,0181
La prévention n'est pas le rôle du médecin libéral	Non	1			
	Oui	0,503	0,299	0,848	0,0099
SOURCES D'INFORMATION					
L'expérience avec les patients	Souvent à jamais	1			
	Très souvent	1,907	1,285	2,830	0,0014
Internet -sites universitaires	Parfois à jamais	1			
	Très souvent à souvent	2,143	1,309	3,509	0,0025
Formation sur les TCC ^b	Non	1			
	Oui	1,600	1,029	2,487	0,0369
SENTIMENTS, ATTITUDES					
Sentiment d'implication dans la lutte contre le tabagisme	Non	1			
	Oui franc	2,668	1,635	4,353	< 0,0001
Sentiment d'efficacité perçue	Score de valeur e + 1	1,170	1,110	1,233	< 0,0001

Dans ce tableau ne figurent que les variables significatives au seuil de 5 %

^a EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

^b Thérapie cognitive et comportementale

1. Limites de l'étude

L'étude était réalisée à partir des déclarations des médecins et comportait par conséquent un risque de biais de déclarations en particulier sur les attitudes et les pratiques des professionnels. Néanmoins des études ont montré que ce risque de biais était moins prononcé au cours d'entretiens téléphoniques que lors d'entretiens en face à face [19].

Concernant les actes de prévention, il existe un risque de « biais cognitif » [20] car les médecins ont pu mésestimer la fréquence de réalisation des actes de prévention ; on peut en particulier supposer que les médecins ayant déclaré un fort sentiment d'efficacité ont surestimé la fréquence des actes, par excès d'optimisme. Cette hypothèse pourrait induire une surestimation du score de prévention des individus concernés. Nous pensons que cette hypothèse peut être en partie écartée car, par ail-

leurs, d'autres indicateurs (formation, information) étaient également corrélés au sentiment d'efficacité ; le score pouvant alors être justifié très directement.

Une dernière limite tient au fait que les variables de contrôle concernant les patients étaient peu nombreuses. En effet, une partie de l'hétérogénéité des pratiques est vraisemblablement à imputer à des structures de patientèle différentes [21] ; par exemple la plus grande fréquence d'actions de prévention en matière de contraception -ou de prévention chez l'enfant- chez les femmes médecins est peut-être tout simplement liée au fait que celles-ci ont une plus forte proportion de femmes et d'enfants dans leur patientèle. Néanmoins des variables relatives à la patientèle ont été introduites dans le modèle (par exemple, la part des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle dans la patientèle des médecins constitue un indicateur du niveau socioéconomique de la patientèle), mais elles ne sont pas apparues comme significatives dans l'explication du score de pratique.

2. Fréquence des actes de prévention et sentiment d'efficacité

Le premier élément marquant de l'étude a été l'identification d'actions de prévention rarement mises en œuvre par les médecins enquêtés. Ce sont aussi, logiquement, les actions les plus « discriminantes » pour la position de ces derniers dans le score de pratiques. L'usage de questionnaires préétablis d'aide au repérage ou au dépistage d'une pathologie, la proposition de carnets alimentaires pour les patients obèses, la mise en garde sur les risques de l'automédication, la prescription de la contraception d'urgence notamment représentent une gamme d'actions de prévention qui, pour le moment, sont peu intégrées dans les pratiques quotidiennes des médecins. Le fait que ces types d'actions de prévention, recommandées dans les guides de bonnes pratiques, contribuent fortement à l'accès aux catégories hautes du score semble indiquer que ce dernier permet bien d'identifier des médecins ayant des pratiques de prévention en accord avec une certaine qualité des pratiques, ou tout au moins en conformité avec les recommandations.

La mise en œuvre peu fréquente de certains actes de prévention peut être liée au fait que les médecins se sentent peu efficaces dans ces domaines et réciproquement [1]. Les scores de prévention et d'efficacité étaient à ce titre fortement corrélés ($p < 0,0001$). Les résultats de l'étude ont montré que le sentiment d'efficacité était sensiblement moins marqué dans les domaines présentant une dimension éducative forte et demandant un investissement ou une adhésion du patient parfois plus difficile à obtenir (alimentation, exercice physique, addictions, prévention des accidents de la vie courante) [22, 23]. Ce

résultat a été confirmé dans de nombreuses études internationales, qui évoquent plusieurs raisons pour expliquer ce sentiment d'inefficacité :

- les professionnels doutent de leurs compétences dans ces domaines qui demandent des qualités psychopédagogiques fortes (par exemple dans le cas de la mise en garde des patients sur les risques de l'automédication) [17, 23-25] ;
- ils ne croient pas à la possibilité de faire changer les habitudes de vie ou les comportements de leurs patients dans certains domaines – ceci est particulièrement vrai lorsque les médecins eux-mêmes n'adoptent pas de comportement préventif (exemple du tabagisme) – [25-27] ;
- ils ne se sentent pas en accord avec les recommandations ou les guides de bonnes pratiques (exemple de la prescription de la contraception d'urgence [28]) [29] ;
- ou encore, ils craignent de détériorer la relation médecin / patient en abordant d'eux-mêmes des questions qu'ils jugent trop sensibles ou intrusives (par exemple vis-à-vis de la consommation de produits psychoactifs, etc.) [1, 22, 24].

Cette dernière hypothèse, qui peut être approchée de ce que les médecins appellent la « résistance des patients », est particulièrement vraie dans le cas de l'alcoolisme [30-32].

3. Les déterminants des pratiques préventives

Cette étude a montré que les médecins identifiés comme les plus impliqués dans la prévention sont également ceux présentant un positionnement favorable vis-à-vis des préoccupations de santé publique : ils considèrent que la prévention et l'éducation font partie du rôle du médecin généraliste et accordent une place importante à la dimension de la santé publique dans leurs pratiques. Ces opinions reflètent une sorte de motivation intrinsèque des médecins à mettre en œuvre une démarche préventive [33]. Loin d'être de simples déclarations de bonnes intentions, cela semble coïncider avec une véritable stratégie de recherche d'amélioration des pratiques : on a pu en effet observer que les probabilités d'avoir suivi une formation spécifique ou participé à l'évaluation des pratiques professionnelles étaient beaucoup plus élevées parmi les médecins présentant les scores de prévention les plus élevés.

Les médecins présentant un fort score de prévention semblaient mobiliser davantage des sources d'information variées (site internet universitaire) et favoriser ainsi une démarche active de recherche d'informations. Par ailleurs, l'étude a confirmé l'existence d'un lien entre les comportements personnels des médecins en matière de prévention (par exemple réaliser pour soi-même certains dépistages) et les pratiques qu'ils adoptent face à leurs patients vis-à-vis d'actes de prévention [34-37].

Enfin, les médecins qui avaient les scores de prévention les plus élevés étaient aussi ceux réalisant fréquemment des actes gratuits. Ce résultat pourrait être interprété comme le signe d'une liaison entre le type social de leur patientèle et une préoccupation ou une sensibilisation plus grande pour les actions de prévention [24]. Néanmoins, ce résultat ne se confirme pas, par exemple, lorsqu'on substitue à la variable actes gratuits une variable plus directement liée au statut socioéconomique des patients (le pourcentage de patients bénéficiant de la CMU). Une autre interprétation serait que ces variables corrélées (score et actes gratuits) révèlent fondamentalement le *rapport au temps* (rémunéré) des médecins ; ceux qui acceptent de « perdre du temps » dans une action de prévention sont aussi ceux qui acceptent de consacrer du temps gratuit à leurs patients sur certains segments d'activité.

En conclusion, notre étude a permis d'établir, chez les médecins généralistes, les déterminants d'une réalisation fréquente d'actions de prévention : l'intérêt pour la formation, l'information, et la diversité des sources d'information ; le fait d'être soi-même personnellement concerné par la démarche préventive ; ainsi qu'un certain rapport au temps (non rémunéré) sont des caractéristiques qui semblent jouer favorablement sur le score de prévention, outre -bien sûr- le sentiment d'efficacité que le médecin généraliste crédite à ce champ de pratique.

L'étude a aussi montré qu'il semble important de sensibiliser davantage les médecins à certains actes de prévention rarement mis en œuvre dans leurs pratiques quotidiennes, en leur proposant par exemple des outils les préparant mieux ou les aidant dans ces démarches (formations, outils d'aide au dépistage, support d'information pour les patients, etc.). Il s'agit de faciliter le passage à l'acte d'un ensemble de pratiques pour lesquelles, d'après leurs propres déclarations, les médecins généralistes se sentent majoritairement concernés : 83,3 % répondent que la prévention fait bien partie de leur rôle de médecin libéral.

Remerciements

Cette enquête a été réalisée grâce au soutien de l'Union régionale des médecins libéraux de Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA), de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM PACA) dans le cadre du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), et de l'Institut national de prévention et l'éducation pour la santé (INPES).

Nous tenons à remercier l'ensemble des médecins généralistes du panel pour leur participation et leur collaboration active.

RÉFÉRENCES

1. IGAS. *Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris : La Documentation française ; 2003. 399.
2. Buttet P, Fournier C. *Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003*, in *Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ?* Paris : Arnaud Gautier ; 2005. p. 65-82.
3. Scott CS, Neighbor WE, Brock V. *Physicians' attitudes toward preventive care services: a seven-year prospective cohort study*. *Am J Prev Med* 1992; 8:241-8.
4. Fenina A, Geffroy Y, Minc C, Renaud T, Sarlon E, Sermet C. *Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Etudes et Résultats* 2006. 504:1-4.
5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique*. Paris : ANAES ; 2004.
6. Greenfield S, Kaplan S, Ware J. *Expanding patient involvement in care*. *Ann Intern Med* 1985;102:502-28.
7. Rogers C. *Counseling makes difference*. *Popul Rep J* 1987;35:1-31.
8. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. *Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis*. *Med Care* 1998; 36:1138-61.
9. Roter DL, Rudd RE, Comings J. *Patient literacy. A barrier to quality of care*. *J Gen Intern Med* 1998;13:850-1.
10. Stewart M. *Towards a global definition of patient-centred care*. *BMJ* 2001;322:444-5.
11. Brody DS. *The patient's role in clinical decision-making*. *Ann Intern Med* 1980;93:718-22.
12. Maheux B, Pineault R, Beland F. *Factors influencing physicians' orientation toward prevention*. *Am J Prev Med* 1987;3:12-8.
13. Ventelou B, Paraponaris A, Sebbah R, Aulagnier M, Protopopescu C, Gourheux JC, et al. *Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en PACA*. *Revue Française des Affaires Sociales* 2005;1:127-60.
14. Peretti-Watel P, Bendiane MK, Pegliasco H, Lapiana JM, Favre R, Galinier A, et al. *Doctors' opinions on euthanasia, end of life care, and doctor-patient communication: telephone survey in France*. *BMJ* 2003.327:595-6.
15. Moatti J, Souville M, Escaffre N, Obadia Y. *French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine*. *Addiction* 1998. 93:1567-1575.
16. Rotily M, Loubiere S, Prudhomme J, Portal I, Tran A, Hofliger P, et al. *Factors related to screening of hepatitis C virus in general medicine*. *Gastroenterol Clin Biol* 2002;26:261-9.

17. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes and practices of general practitioners in France. *Obesity Research* 2005;13:787-95.
18. Verger P, Aulagnier M, Souville M, Ravaud JF, Garnier JP, Pararponaris A. Women with disabilities: general practitioners and breast cancer screening. *Am J Prev Med* 2005;28:215-20.
19. Siemiatycki J. A comparison of mail, telephone, and home interview strategies for household health surveys. *Am J Public Health* 1979;69:238-45.
20. Schwenk CR. *Management Illusions and Biases: Their Impact on Strategic Decision*. Long Range Plann 1985;18(5).
21. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *Etudes et Résultats* 2005;440: 1-4.
22. Maheux B, Haley N, Rivard M, Gervais A. Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? A survey of general practitioners and obstetrician-gynecologists in Quebec. *CMAJ* 1999; 160:1830-4.
23. Kushner RF. Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med* 1995;24:546-52.
24. Heremans P, Deccache A. Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés. *Santé publique* 1999;2:225-41.
25. Arborelius E, Bremberg S. Prevention in practice. How do general practitioners discuss life-style issues with their patients? *Patient Educ Couns* 1994;23:23-31.
26. Elder JP, Ayala GX, Harris S. Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *Am J Prev Med* 1999;17:275-84.
27. Joos SK, Hickam D. How health professionals influence health behaviour: patient provider interaction and health care outcomes, in Glanz K, Lewis F, Rimer B, Editors. *Health behaviour and health education: theory, research and practice*. San Francisco (USA) : Jossey Bass ; 1990. p. 216-41.
28. Weisberg E, Fraser IS, Carrick SE, Wilde FM. Emergency contraception. General practitioner knowledge, attitudes and practices in New South Wales *Med J Aust* 1995; 162:136-8.
29. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAAM* 1999. 282: 1458-65.
30. Arborelius E, Damstrom-Thakker K. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Fam Pract* 1995;12:419-22.
31. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Fam Pract* 2003;20:270-5.
32. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Prev Med* 2004;38:473-8.
33. Batifoulier PV, B Ventelou. L'érosion de la « part gratuite » en médecine libérale, discours économique et prophéties auto-réalisatrices. *Revue du MAUSS* 2003;21:313-29.
34. Wells K, Lewis CE, Leake B, Ware JE. Do physicians preach what they practice? A study of physicians' health habits and counselling practices. *J Am Med Assoc* 1984;252:2846-8.
35. Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract* 2000;17:535-40.
36. Lurie N, Manning WG, Peterson C, Goldberg GA, Phelps CA, Lillard L. Preventive care: do we practice what we preach? *Am J Public Health* 1987;77:801-4.
37. Chan EC, Barry MJ, Vernon SW, Ahn C. Brief report: physicians and their personal prostate cancer-screening practices with prostate-specific antigen. A national survey. *J Gen Intern Med* 2006;21:257-9.