Sous la direction de
Arnaud Gautier

Baromètre santé médecins généralistes 2009

www.inpes.sante.fr
inpes
éditions

Baromètres santé

Baromètre santé médecins généralistes 2009

Baromètre santé médecins généralistes 2009

Sous la direction de
Arnaud Gautier

Préface de
Nora Berra

www.inpes.sante.fr
inpes
éditions

Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Marie-Frédérique Cormand**

Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de la mention des sources et à l'exception des photos.

Pour nous citer : Gautier A., dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.

ISBN 978-2-9161-9224-6

Cette étude a été réalisée par

l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Son financement a été assuré par

le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)

Les auteurs

Maryvette Balcou-Debussche, maître de conférences, IUFM-université de La Réunion

François Baudier, médecin, directeur de l'Animation territoriale, Agence régionale de santé de Franche-Comté

François Beck, statisticien, chef du département Enquêtes et Analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Yann Bourgueil, médecin, directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours (Prospere)

Pierre Buttet, médecin, responsable du pôle Habitudes de vie, direction des Programmes, Inpes

Isabelle Évrard, épidémiologiste, chargée de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Laure Fonteneau, statisticienne, unité des Maladies à prévention vaccinale, département des Maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire (InVS)

Jérôme Foucaud, chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes

Cécile Fournier, médecin, département Expérimentation-Évaluation, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Arnaud Gautier, biostatisticien, département Enquêtes et Analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Romain Guignard, statisticien, département Enquêtes et Analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Christine Jestin, médecin de santé publique, responsable du pôle Santé environnementale et Maladies infectieuses, direction des Programmes, Inpes

Philippe Le Fur, médecin, directeur de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours (Prospere)

Emmanuelle Le Lay, médecin, chef du département Communication interne et institutionnelle, direction de l'Information et de la Communication, Inpes

France Lert, directrice de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale – université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines (Inserm-UVSQ), UMRS 1018

Daniel Lévy-Bruhl, médecin épidémiologiste, unité des Maladies à prévention vaccinale, département des Maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire (InVS)

Nathalie Lydié, démographe, directrice adjointe de la direction des Affaires scientifiques, Inpes

Marie-José Moquet, médecin, chef du département Qualité et Labellisation, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes

Julien Mousquès, économiste, maître de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours (Prospere)

Ivana Obradovic, politiste, chargée d'études, pôle Évaluation des politiques publiques, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Stéphanie Pin Le Corre, sociologue, responsable du pôle Cycles de vie et Populations, direction des Programmes, Inpes

Jean-Baptiste Richard, statisticien, chargé d'études et de recherche, département Enquêtes et Analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Dominique Somme, médecin gériatre, docteur de santé publique, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, hôpital européen Georges-Pompidou

La coordination de l'enquête ainsi que la gestion de la base de données ont été assurées par **Arnaud Gautier**.

Remerciements

Pour la relecture de l'ensemble de l'ouvrage : **François Beck** (Inpes)

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité :
Valérie Blineau, **Marion Martin**, **Michael Léonard**, **Éric Guillemin**, les chefs d'équipe ainsi que l'ensemble des enquêteurs de l'institut GfK-ISL, **Élisabeth Giudicelli** de l'Institut OCRD, organisme de contrôle du recueil des données

Pour leur contribution à la recherche documentaire :
Olivier Delmer, **Céline Deroche**, **Laetitia Haroutunian**, **Sandra Kerzanet** (Inpes)

Pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête :
Marie-Jeanne Barreau, **Béatrice Gallaine** et **Émilie Pineau** (Inpes)

Cette photographie a été réalisée dans le service du docteur Mahé à l'hôpital Nord de Marseille lors d'une séance d'osthéopathie sur un bébé.

L'ensemble des photographies sur la pratique des médecins généralistes qui illustrent ce *Baromètre santé médecins généralistes 2009* ont été prises lors de mes reportages pour le magazine mutualiste *Viva* avec lequel j'ai collaboré pendant plus de 25 années.

Auteur photographe et journaliste reporter photographe indépendant depuis 1978, je collabore régulièrement avec la presse magazine et spécialisée dans le social et l'économie.

Au cours de l'année 2000, j'ai réalisé une série de 2 000 portraits de personnes nées à Marseille. Ce travail a fait l'objet d'une exposition en juin 2001 à l'Hôtel de région à Marseille et d'une publication aux éditions Parenthèses sous le titre « Nés à Marseille ».

Mes photographies sont diffusées sur le site www.fedephoto.com et sur mon site personnel www.pierreciot.com.

Pierre Ciot

Préface

Les médecins ont toujours été formés pour poser des diagnostics, assurer la prise en charge thérapeutique ou organiser les soins de leurs patients. Pourtant, confrontés à l'exercice de leur métier, une nouvelle fonction s'impose à eux, la prévention. S'ils en maîtrisent les principaux aspects techniques à mettre œuvre, aborder ces sujets avec les patients peut être difficile, car ils sont souvent délicats (alcool, toxicomanie, sexualité…).

Pour sa quatrième édition, le Baromètre santé médecins généralistes *poursuit son analyse fine de l'évolution des comportements et attitudes des médecins généralistes face à la prévention et nous en dresse le tableau.*
Tout d'abord, ces médecins sont engagés dans la prévention et assument leur rôle qui est souvent peu reconnu. Ensuite, nous découvrons un portrait contrasté de leurs pratiques : ils sont en effet 9 sur 10 à considérer que c'est leur rôle de faire de la prévention cardiovasculaire, 8 sur 10 pour la prévention du tabagisme, et 7 sur 10 évoquent l'alcool, la pratique de l'activité physique et la nutrition avec leurs patients. Cette implication forte sur des sujets majeurs de santé publique doit être soulignée.

S'agissant des pratiques de prévention médicalisées, les médecins généralistes s'investissent de plus en plus. Leur opinion très favorable de la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole a augmenté de 9 points entre 1994 et 2009 passant de 73 % à 82 %. De même, leur opinion très favorable sur la vaccination des nourrissons contre l'hépatite B est passée de 18 % en 1994 à 39 % en 2009. Il ne faut cependant pas masquer les difficultés persistantes sur certains sujets de prévention. Il demeure ainsi des marges d'amélioration en termes de dépistage des maladies virales. Des progrès sont nécessaires dans le dépistage systématique de l'hépatite C chez les personnes à risque et l'implication des médecins généralistes dans

le dépistage du sida n'augmente plus depuis 2003. D'ailleurs, le dépistage du VIH se pratique plus souvent à la demande du patient (6 fois sur 10) que du médecin lui-même (1 fois sur 3). Est-ce parce que seulement 3 médecins sur 10 se considèrent légitimes à intervenir et entamer la discussion, dans le domaine de la vie affective et sexuelle de leurs patients ? La question se pose.

Ces résultats contrastés, que le Baromètre *met en avant, doivent nous conduire à nous interroger sur les obstacles et les besoins des médecins généralistes pour la prévention, de façon à les impliquer davantage sur des sujets moins ancrés dans leurs pratiques actuelles. Réfléchir avec les instances professionnelles à des propositions d'actions concrètes s'impose.*
Si les résultats du Baromètre *nous interrogent, ils nous donnent aussi quelques pistes ; les collaborations inter- et intra-professionnelles et la formation continue apparaissent comme des facteurs favorisant les pratiques de prévention. La reconnaissance de la médecine générale en tant que spécialité a permis de développer dans de nombreuses facultés des modules de formation dédiés au rôle du médecin en prévention individuelle et collective. Cette adaptation de la formation à la pratique de la médecine générale et aux enjeux de santé publique doit être soutenue par la mise à disposition, en particulier par l'Inpes, de recommandations claires et d'outils simples de pratiques en prévention et d'éducation pour la santé. De même, la prévention doit être intégrée au développement professionnel continu (DPC), et être fortement prise en compte dans les nouveaux modes d'organisation de la profession.*

Ce nouvel opus de la série des « Baromètre santé » deviendra lui aussi un ouvrage de référence, car il fournit aux acteurs et décideurs de santé publique un éclairage actuel sur l'activité quotidienne des médecins généralistes. Il plaide, enfin, en faveur du développement de la santé publique et de la prévention en France, car n'oublions pas que les médecins généralistes en sont les garants et les promoteurs au quotidien pour tous les Français.

Nora Berra
Secrétaire d'État chargée de la Santé

Sommaire

Préface

23 **Présentation de l'enquête : méthode et profil des médecins généralistes**
Arnaud Gautier, François Beck, Isabelle Évrard

45 **Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale**
Cécile Fournier, Pierre Buttet, Emmanuelle Le Lay

87 **Opinions et pratiques vaccinales des médecins généralistes**
Christine Jestin, Laure Fonteneau, Daniel Lévy-Bruhl, Arnaud Gautier

119 **Dépistage des hépatites virales en médecine générale**
Christine Jestin, Arnaud Gautier

137 **Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ?**
France Lert, Nathalie Lydié, Jean-Baptiste Richard

159 **La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient**
Jérôme Foucaud, Maryvette Balcou-Debussche, Marie-José Moquet

177 **Prise en charge des addictions par les médecins généralistes**
Romain Guignard, François Beck, Ivana Obradovic

205 **L'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en médecine générale**
Stéphanie Pin Le Corre, Dominique Somme

221 **Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale**
Isabelle Évrard, Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès, François Baudier

239 **Annexes**
241 Annexe 1. Lettre-annonce
243 Annexe 2. Questionnaire du Baromètre santé médecins généralistes 2009
256 Annexe 3. Liste des tableaux et des figures

Présentation de l'enquête : méthode et profil des médecins généralistes

Les Baromètres santé médecins généralistes sont des enquêtes périodiques qui mesurent l'état de l'opinion, des attitudes et des pratiques déclarées des omnipraticiens exerçant une activité libérale en France métropolitaine.

L'échantillon de ce sixième Baromètre santé médecins généralistes a été tiré aléatoirement dans les fichiers de la société Cegedim®, base régulièrement mise à jour par les visiteurs médicaux, complété par différentes informations telles que la distribution de presse médicale ou les commandes d'ordonnances. Les médecins généralistes de cet échantillon ont été contactés par téléphone par l'institut de sondages GfK-ISL, qui avait été retenu pour la passation des questionnaires et le recueil de données. Une enquête web, identique à l'enquête téléphonique, a par ailleurs été proposée à tout médecin ayant refusé l'entretien téléphonique ou n'ayant pu honorer les rendez-vous fixés pour répondre à l'enquête. Le terrain d'enquête a débuté le 6 novembre 2008 pour finir le 31 janvier 2009 ; la durée totale du terrain s'est élevée à onze semaines du fait d'une interruption durant les fêtes de fin d'année.

Le nombre de médecins généralistes ayant répondu à l'enquête est de 2 083 (1 898 par téléphone et 185 par Internet), soit environ un médecin sur trente exerçant une activité libérale en France. Le taux de participation s'élève à 57,1 %, le taux de refus à 30,9 %, le taux d'abandon à 2,2 % et le taux de non-réalisation (médecins acceptant l'enquête, mais n'ayant pas répondu essentiellement du fait de la non-réponse à l'enquête « *on line* ») à 9,8 %. La durée moyenne des entretiens téléphoniques (et des connexions Internet) a été d'environ vingt-cinq minutes.

La féminisation, le vieillissement progressif ainsi que la concentration dans certaines zones géographiques des médecins généralistes, connus et largement documentés à travers diverses sources administratives, sont également observés à travers les données de cette enquête : 30,2 % des praticiens interrogés sont des femmes, plus de la moitié (53,9 %) est âgé de plus de 50 ans (ils étaient 37,1 % en 2003 et 12,3 % seulement en 1992) ; 30,0 % exercent dans le sud-est de la France.

Présentation de l'enquête : méthode et profil des médecins généralistes

Arnaud Gautier
François Beck
Isabelle Évrard

Le Baromètre santé médecins généralistes, mis en place dès 1992 tout comme les Baromètres santé en population générale, permet de mesurer à un instant précis l'état de l'opinion, des attitudes et des pratiques de prévention déclarées des médecins généralistes exerçant une activité libérale en France métropolitaine. Ce dispositif d'enquêtes téléphoniques transversales, répétées dans le temps, alimente une base de données importante et permet de réaliser le suivi des évolutions sur plusieurs années. Il contribue ainsi à la détermination des objectifs des programmes nationaux de prévention, permet de cibler des actions de terrain auprès des professionnels de santé et sert par ailleurs à l'évaluation des actions mises en place par les pouvoirs publics.

Le présent ouvrage s'inscrit dans le cadre de la sixième vague de cette enquête **[tableau I]**. Pour des raisons de comparabilité entre les différents exercices, la procédure d'échantillonnage, le choix de la base de sondage et les critères d'éligibilité sont restés identiques. Cependant, quelques évolutions méthodologiques ont été apportées en quinze ans d'existence : l'augmentation de la taille des échantillons au milieu des années 1990 a notamment permis d'accroître la précision des estimations ; la diversification du mode de collecte proposée pour ce dernier exercice a, quant à elle, permis de stabiliser les taux de participation à l'enquête dans un contexte général d'augmentation des refus de répondre aux enquêtes téléphoniques en population générale, et plus particulièrement chez les professionnels de santé.

TABLEAU I

Effectifs des participants aux différents Baromètres santé médecins généralistes

Années du terrain	Effectifs
1992 **[1]**	252
1993 **[2]**	494
1994 **[3]**	1 013
1998 **[4]**	2 073
2002/2003 **[5]**	2 057
2008/2009 **[6]**	2 083

LA MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

L'ÉCHANTILLONNAGE

La population interrogée dans ce Baromètre santé a été, comme pour les précédentes vagues, les médecins généralistes exerçant une activité libérale en France métropolitaine, quelle que soit la proportion du temps de travail consacré à leur activité libérale, quel que soit leur secteur d'activité et qu'ils pratiquent ou non un mode d'exercice particulier (par exemple, l'homéopathie et l'acupuncture). Les adresses ont été tirées, par sondage aléatoire simple, dans les fichiers informatisés fournis par la société Cegedim® ; cette société commercialise un fichier de médecins libéraux issus d'une base d'adresses de professionnels de santé régulièrement mise à jour par les visiteurs médicaux et complétée par différentes sources d'informations annexes (distribution de la presse médicale, commande d'ordonnances, transferts sur carte Vitale, etc.). Ce fichier d'adresses est complété par des informations sur le médecin généraliste qui permettent notamment de comparer les échantillons de répondants et de non-répondants pour les variables « sexe », « âge », « type de cabinet » et « lieu d'exercice » **[tableau II]**.

Un total de 6 000 adresses a été tiré au sort : 300 pour une étude pilote qui s'est déroulée du 24 au 30 septembre 2008, 1 000 pour

TABLEAU II

Caractéristiques du fichier Cegedim®, des fichiers de médecins tirés au sort, appelés, répondants et non-répondants (en pourcentage)

	Fichier Cegedim®[a]	Tirés au sort	Appelés	Répondants	Non répondants
Base (effectifs)	55 772	4 700	3 892	2 083	1 809
Sexe					
Hommes	73,7	73,3	73,3	69,8	78,0
Femmes	26,3	26,7	26,7	30,2	22,0
Âge renseigné					
40 ans et moins	8,6	7,5	7,3	8,6	5,8
41 à 50 ans	26,0	28,1	28,1	28,1	28,0
51 ans et plus	55,7	54,4	54,8	52,2	57,9
NR	9,7	9,9	9,8	11,1	8,3
Type de cabinet					
Individuel	45,5	46,2	46,7	46,0	47,6
Groupe	54,5	53,8	53,3	54,0	52,4
Lieu d'exercice[b]					
Île-de-France	15,8	15,4	14,9	14,1	16,0
Nord-Ouest	18,7	18,2	18,1	17,2	19,0
Nord-Est	23,1	23,5	23,4	23,9	22,8
Sud-Est	26,9	28,0	28,6	30,0	27,0
Sud-Ouest	15,6	15,0	15,0	14,8	15,2

a. En octobre 2008.
b. Régions correspondant aux régions « téléphoniques » :
Île-de-France : départements 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95
Nord-Ouest : départements 14, 18, 22, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 44, 45, 41, 49, 50, 53, 56, 61, 72, 76, 85
Nord-Est : départements 2, 8, 10, 21, 25, 39, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 62, 67, 68, 70, 71, 80, 88, 89, 90
Sud-Est : départements 1, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 15, 20, 26, 30, 34, 38, 42, 43, 48, 63, 66, 69, 73, 74, 83, 84
Sud-Ouest : départements 9, 12, 16, 17, 19, 23, 24, 31, 32, 33, 40, 46, 47, 64, 65, 79, 81, 82, 86, 87

l'entraînement des enquêteurs lors de la formation à la passation du questionnaire et 4 700 pour l'enquête elle-même. Afin d'assurer une bonne qualité de l'exploitation des adresses, ces 4 700 adresses ont été réparties en sept blocs appelés aussi « rangs d'adresses ». Ces blocs sont des sous-échantillons indépendants représentatifs de l'échantillon total et permettent de lisser l'ouverture des adresses dans le temps et d'ajuster le nombre d'adresses à ouvrir pour atteindre l'objectif fixé au départ (2 000 interviews dans le cadre de ce Baromètre santé médecins généralistes) en fonction du taux de participation constaté en début d'enquête. En l'occurrence, dans la mesure où le taux de participation à l'enquête a été satisfaisant, seuls les quatre premiers blocs ont été ouverts, correspondant à 3 892 adresses.

L'ensemble des numéros de téléphone exploités a été géré sur un système Cati[1] qui permet la saisie directe des données sur micro-ordinateur et gère automatiquement le déroulement logique du questionnaire (notamment les filtres), l'organisation des rotations aléatoires d'items, le suivi en temps réel de l'échantillon (nombre d'interviews réalisées, de refus, d'abandons, etc.), ou encore les procédures d'appel.

Seul le professionnel de santé tiré au sort était habilité à répondre à l'enquête ; en aucun cas, un éventuel remplaçant ou confrère exerçant dans le même cabinet médical ne devait lui être substitué.

LE RECUEIL DES DONNÉES

La passation du questionnaire et le recueil des données ont été réalisés par l'institut de sondages GfK-ISL. Le terrain d'enquête a débuté le 6 novembre 2008 pour finir le 31 janvier 2009 ; la durée totale du terrain s'est élevée à onze semaines du fait d'une interruption durant les fêtes de fin d'année (du 24 décembre 2008 au 3 janvier 2009). Cet arrêt momentané était nécessaire pour limiter la proportion d'individus injoignables ; les rendez-vous qui avaient été pris durant cette période ont cependant été honorés.

La présence quasi quotidienne d'une personne de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ou de la société OCRD (Office de conformité du recueil des données) sur le plateau téléphonique a permis de contrôler la qualité des interviews, le respect des consignes de passation du questionnaire et parfois de venir en aide aux enquêteurs en cas d'éventuels problèmes, notamment pour les aider à répondre aux questions que pouvaient poser les généralistes par rapport à cette investigation. Par ailleurs, cette présence a permis de détecter les points faibles du questionnaire et, d'une manière plus qualitative, de mieux cerner les opinions et les préoccupations des professionnels de santé interrogés. Au total, près de 600 entretiens et plus de 300 introductions ont ainsi été écoutés soit par l'équipe encadrante de l'institut de sondages, soit par la société OCRD ou par les chargés de recherche de l'Inpes impliqués dans le projet.

Les enquêteurs ont été réunis à l'issue du terrain d'enquête pour une séance de « debriefing » afin de recueillir leurs impressions sur l'enquête, son déroulement, connaître et comprendre les difficultés rencontrées. Excepté le module « dépistage de cancers », thème pour lequel les médecins avaient le plus de difficulté à répondre, la passation du questionnaire n'a pas posé de problème particulier. En revanche, la prise de contact et l'argumentaire pour convaincre le médecin de participer à l'étude se sont avérés très difficiles. La période de l'étude, propice à différentes épidémies notamment au mois de janvier, n'a pas facilité le contact avec des médecins

1. Cati : collecte assistée par téléphone et informatique.

souvent surchargés. Selon les enquêteurs, pour palier ce problème de manque de temps, principal motif de refus évoqué, il était important d'impliquer les médecins dans une démarche de transmission d'informations et de leur savoir-faire. Les différentes procédures mises en place pour favoriser la participation à l'enquête décrites ci-dessous ont par ailleurs été indispensables aux enquêteurs.

Favoriser la participation

Les taux de réponse aux enquêtes téléphoniques en population générale, et plus encore celles auprès de professionnels de santé libéraux, sont en nette diminution depuis bientôt une dizaine d'années **[7, 8]**. Ainsi, afin de limiter les refus de participation, une série de mesures ont été mises en œuvre reprenant des leviers utilisés dans le cadre des enquêtes auprès de professionnels de santé mais aussi spécifiquement imaginées pour ce Baromètre santé médecins généralistes 2009.

- Un **protocole d'appel** a été mis en place afin de maximiser les chances de joindre, et par conséquent d'interroger, les généralistes tirés au sort :

– Les horaires auxquels les professionnels étaient appelés avaient été étendus, compris entre 9 h 30 et 19 heures du lundi au vendredi et de 9 h 30 à 15 heures le samedi.

– Chaque numéro de téléphone était appelé jusqu'à vingt fois[2] en cas de non-réponse. Le numéro était rappelé dix minutes plus tard en cas de ligne occupée et trois heures plus tard en cas de non-réponse.

– Tout professionnel contacté se voyait proposer le choix entre un entretien immédiat ou une prise de rendez-vous. Dans ce dernier cas, la personne sélectionnée pouvait être appelée, si elle le souhaitait, en dehors des plages horaires fixées précédemment. Par ailleurs, comme dans l'ensemble des enquêtes par téléphone, le questionnaire pouvait être repris ultérieurement si le médecin interrogé devait interrompre l'interview. Dans ce cas, l'enquêteur prenait rendez-vous pour poursuivre l'entretien à l'endroit même où il avait été arrêté.

- Une **formation soutenue** sur la maîtrise du questionnaire, sur la méthodologie et l'intérêt des enquêtes aléatoires ainsi que sur la gestion du contact avec les médecins généralistes a été organisée pour l'ensemble des enquêteurs et leur encadrement (soit trois superviseurs et deux chefs d'équipe). Les deux séances de formation (comprenant chacune une quinzaine d'enquêteurs) se sont déroulées sur deux jours. Elles se sont terminées par une « vacation à blanc », c'est-à-dire par l'appel d'un médecin généraliste dans les conditions réelles de l'enquête.
- Une **durée de questionnaire limitée** à vingt-cinq minutes a été retenue afin d'éviter les abandons en cours de questionnaire. Cela correspond en effet à la durée optimale pour une enquête téléphonique selon les recommandations des travaux méthodologiques américains **[9, 10]**. Pour maintenir l'ensemble des thématiques choisies tout en gardant un questionnement suffisamment riche (comprenant donc un nombre significatif de questions), certains modules du questionnaire n'ont pas été posés à l'ensemble des médecins généralistes sélectionnés. Ainsi, 1 058 des 2 083 médecins interrogés dans le cadre du Baromètre santé médecins généralistes 2009 ont répondu aux questions relatives à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; les 1 025 autres médecins, aux questions concernant le VIH et les infections sexuellement transmissibles. Les structures par sexe, âge, taille de l'agglomération, type d'organisation ou secteur d'exercice de ces sous-échantillons sélectionnés aléatoirement ne diffèrent pas de celle de l'échantillon total.

---

2. En cas de non-réponse au-delà de ce nombre d'appels, l'adresse était qualifiée d'injoignable.

■ L'**annonce de l'enquête**, de son intérêt et de ses objectifs a été réalisée à travers différents canaux : une lettre annonce, co-signée par le directeur des affaires scientifiques de l'Inpes et le président du Conseil national de l'ordre des médecins, a été envoyée à tous les médecins sélectionnés quelques jours avant l'appel de l'institut de sondages. L'enquête, comme l'ensemble des enquêtes aléatoires réalisées par l'Inpes, a par ailleurs été présentée sur le site institutionnel de l'Institut (http://www.inpes.sante.fr). Enfin, un numéro vert géré par le plateau d'appels téléphoniques a été mis à disposition pour les médecins souhaitant avoir plus d'informations sur l'étude.

■ Un **dédommagement** de 30 euros pour le temps consacré à répondre à l'étude était alloué aux médecins ayant répondu à l'enquête dans sa totalité. Même si une partie des médecins l'a refusé et demandé que l'argent soit versé à une association, il est probable que ce geste de reconnaissance a contribué à favoriser la participation de certains médecins qui sont fréquemment sollicités pour répondre à divers sondages ou études.

■ Une **enquête « *on line* » alternative** à l'enquête par téléphone a été proposée à tout médecin ayant refusé l'entretien téléphonique ou n'ayant pu honorer les rendez-vous fixés avec lui pour répondre au questionnaire. L'utilisation du Web comme moyen d'interrogation répond aux deux principaux arguments avancés pour refuser de participer : le mode d'interrogation retenu pour l'enquête initiale (le téléphone), motif récurrent de refus, ainsi que le manque de temps (le questionnaire « *on line* » pouvant être rempli en dehors du cabinet et à tout moment, notamment lors des jours et horaires pour lesquels l'enquête téléphonique ne pouvait être assurée).

L'enquête « *on line* »

Le caractère non contraignant et peu intrusif du Web ainsi que le niveau d'informatisation de la population enquêtée (85 % des médecins de ville ayant une connexion Internet à leur cabinet en 2007 **[11]**) auraient pu conduire à remplacer d'emblée l'enquête téléphonique par une enquête exclusivement réalisée par Internet. Cependant, dans la mesure où conserver une méthodologie comparable pour le suivi des évolutions apparaissait indispensable, le choix s'est porté vers la proposition d'une enquête « *on line* » uniquement à destination des médecins ayant refusé l'enquête après un premier appel téléphonique. Ce procédé permettait en outre de comparer les caractéristiques des médecins ayant répondu à

SPÉCIFICITÉ DES CONNEXIONS À L'ENQUÊTE « *ON LINE* »

Pour 40 % des 185 médecins ayant répondu au questionnaire « *on line* », une relance par mail a été nécessaire. Près des deux tiers (63,8 %) ont complété le questionnaire en une seule fois, 18,9 % en deux fois. Plus de deux connexions ont été nécessaires pour 17,3 % des médecins (le maximum atteignant douze connexions).

Un quart des questionnaires remplis « *on line* » a été réalisé la dernière semaine, suite à la relance générale.

La majorité des interviews a été réalisée à des horaires et dates pour lesquels l'enquête téléphonique ne pouvait être assurée : 27,8 % des connexions ont eu lieu entre minuit et 5 heures du matin, 24,9 % entre 5 et 8 heures, et 17,8 % entre 21 heures et minuit. Un médecin sur dix (10,3 %) a par ailleurs répondu le dimanche.

La durée moyenne pour répondre au questionnaire « *on line* » s'est avérée équivalente à celle de l'enquête téléphonique, soit vingt-cinq minutes.

l'enquête « *on line* » à celles des répondants par téléphone.

Tout numéro de téléphone ayant conduit à un refus exprimé par le médecin lui-même, par son secrétariat ou par un correspondant non identifié (personne ayant raccroché sans laisser l'enquêteur présenter l'étude) a été rappelé par une équipe restreinte d'enquêteurs particulièrement expérimentés. Un délai de sept jours minimum a été respecté avant de contacter à nouveau ces médecins. Lors de ce rappel, la proposition de répondre par téléphone était tout de même renouvelée, à part pour les médecins ayant explicitement évoqué le mode de collecte par téléphone comme motif initial de refus, pour lesquels l'enquête Web était proposée directement.

La proposition du Web a été élargie à l'ensemble des médecins n'ayant pu honorer les rendez-vous fixés pour répondre à l'enquête une semaine avant la fin prévue du terrain d'enquête.

Pour la bonne réalisation du terrain d'enquête, il était important de ne pas proposer la possibilité de répondre « *on line* » trop tôt afin de ne pas inciter les enquêteurs à moins argumenter lors du premier appel téléphonique, ni trop tard afin de laisser du temps aux médecins pour répondre sans repousser considérablement la date de fin d'enquête. Ainsi, le rappel des numéros ayant abouti à un refus n'a commencé que trois semaines après le début du terrain téléphonique, alors que près de 1 400 entretiens par téléphone avaient déjà été réalisés. Tout médecin n'ayant pas répondu au questionnaire au bout de deux semaines recevait une nouvelle invitation par courrier électronique. Une relance générale indiquant pour la première fois la date de fin d'enquête a été effectuée une semaine avant cette date limite.

Le questionnaire Web était techniquement identique au questionnaire téléphonique (notamment sur la gestion des filtres, la rotation aléatoire de certains items, la possibilité d'interrompre le questionnaire pour le reprendre plus tard). Quelques adaptations ont néanmoins été nécessaires sur certaines questions telles que l'indication des items « *non concerné* » ou « *NSP* » qui n'étaient pas cités à l'oral par les enquêteurs.

La création du site a été réalisée par la société Voxco, qui s'est également chargée de l'hébergement du site. L'envoi des invitations et des relances a été géré par GfK-ISL.

LES DONNÉES EXPLOITÉES

Le taux de rendement des précédents Baromètres santé médecins généralistes était situé entre 1,5 et 2 adresses par entretien réalisé. Ainsi, le nombre d'adresses prévisible afin d'obtenir 2 000 interviews de médecins, dans l'hypothèse où les proportions d'inéligibles, d'injoignables et de refus ne se montraient pas supérieures aux précédentes vagues, était estimé entre 3 000 et 4 000. Au final, les estimations se sont révélées exactes puisque 3 892 adresses ont été nécessaires pour atteindre 2 083 interviews **[tableau III]**.

La taille de l'échantillon, restée identique à celle des deux précédentes enquêtes, permet d'obtenir une précision tout à fait acceptable pour le calcul des estimateurs.

Parmi les 3 892 numéros composés, 205 se sont révélés dans un premier temps inéligibles, correspondant pour 1,8 % à un problème de numéro (faux numéro, numéro invalide, ou sans réponse) et pour 3,5 % au statut du médecin (spécialiste, à la retraite, ayant déménagé, en absence longue durée, etc.). Parmi les 3 687 médecins interrogeables, 1 755 ont refusé l'entretien alors que 1 769 l'ont concrétisé.

Dans le cadre de la « réexploitation des refus », qui consistait en un rappel de l'ensemble des médecins n'ayant pas souhaité participer à l'enquête ou n'ayant pu honorer leurs rendez-vous télépho-

TABLEAU III

Récapitulatif des appels téléphoniques avant et après réexploitation des refus (en pourcentage)

	Avant réexploitation des refus			Après réexploitation des refus		
	Effectif	Base totale	Base concernée	Effectif	Base totale	Base concernée
BASE TOTALE	3 892	100	100	3 892	100	100
Total inéligible	205	5,3	–	245	6,3	–
Faux numéro/Numéro non valide	44	1,2	–	44	1,2	–
Fax/modem	9	0,2	–	9	0,2	–
Répondeur/Sans réponse	16	0,4	–	16	0,4	–
Absent longue durée	31	0,8	–	44	1,1	–
Retraité/Spécialiste	85	2,2	–	108	2,8	–
Déménagement	16	0,4	–	16	0,4	–
Autre impossibilité	4	0,1	–	8	0,2	–
BASE INTERROGEABLE	3 687	94,7	100	3 647	93,7	100
Refus	1 755	45,1	47,6	1 125	28,9	30,9
Raccrochage	**51**	1,3	1,4	28	0,7	0,8
Refus exprimé par le secrétariat	**481**	12,4	13,0	309	7,9	8,5
Refus exprimé par le médecin	**1 223**	31,4	33,2	509	13,1	14,0
Refus de la proposition « *on line* »	–	–	–	279	7,2	7,7
Abandon	30	0,8	0,8	82	2,1	2,2
Abandon en cours d'interview téléphonique	29	0,7	0,8	34	0,9	0,9
Abandon en cours d'interview « *on line* »	–	–	–	47	1,2	1,3
Annulation	1	0,0	0,0	1	0,0	0,0
Rendez-vous/attente questionnaire	133	3,4	3,6	357	9,2	9,8
Rendez-vous non abouti	**133**	3,4	3,6	57	1,5	1,6
Acceptation « *on line* » mais non répondant	–	–	–	286	7,3	7,8
Acceptation « *on line* » mais problème mail	–	–	–	14	0,4	0,4
INTERVIEWS REALISÉES	1 769	45,5	48,0	2 083	53,5	57,1
Interview téléphone	1 769	45,5	48,0	1 898	48,8	52,0
Interview « *on line* »	–	–	–	185	4,8	5,1

NB : Les chiffres en gras correspondent aux adresses appelées dans le cadre de la réexploitation des refus.

niques, 1 836 généralistes ont été rappelés[3]. Parmi eux, 40 étaient finalement inéligibles (spécialistes, retraités, etc.), 129 ont accepté de répondre par téléphone – ce qui porte à 1 898 le nombre de médecins ayant répondu par téléphone à l'enquête – et 532 ont donné leur accord pour répondre par Internet (en acceptant de transmettre leur adresse mail). Parmi ces derniers, 286 n'ont pas répondu, 47 ont abandonné en cours de questionnaire et, pour 14 d'entre eux, un problème d'adresse mail n'a pas permis de les inviter à se connecter sur le site Internet mis en place. Au final, 185 ont répondu au questionnaire Web, représentant près de 9 % de l'échantillon final et 10 % des primo-refusants. Le taux de réussite de la réexploitation des refus diffère selon la qualification initiale des adresses **[tableau IV]**. Le plus faible est observé pour les appels ayant conduit à un raccrochage (9,8 %). Le rattrapage par téléphone s'avère particu-

3. Les médecins ayant refusé ou ayant initié un rendez-vous lors des quatre derniers jours d'enquête n'ont cependant pas été rappelés (1 888 auraient dû en effet être rappelés).

TABLEAU IV

Taux de réussite de la phase de réexploitation des refus, selon la qualification initiale des adresses

	Nombre de médecins appelés (n)	Interview téléphone (t)	Interview Web (w)	Taux de réussite par téléphone (t/n)	Taux de réussite Web (w/n-t)[a]	Taux de réussite totale (w + t/n)
Raccroche	51	3	2	5,9 %	4,2 %	9,8 %
Refus du secrétariat	473	52	23	11,0 %	5,5 %	15,9 %
Refus du médecin	1 209	72	150	6,0 %	13,2 %	18,4 %
Rendez-vous non honorés	103	2	10	1,9 %	9,9 %	11,7 %
Total	1 836	129	185	7,0 %	10,8 %	17,1 %

a. Ce taux est calculé sur le nombre de médecins appelés auquel a été retiré le nombre de médecins ayant répondu par téléphone, la proposition de l'enquête « *on line* » n'intervenant qu'après un second refus par téléphone. Le taux de réussite totale ne correspond donc pas à la somme des taux de réussite par téléphone et par Web.

lièrement important lorsque le refus initial émanait du secrétariat (11,0 %) ; tandis que le rattrapage par Web l'est plus pour les refus provenant du médecin (13,2 %). Ce taux de réussite Web est également important pour les médecins n'ayant pu honorer les rendez-vous téléphoniques (9,9 %), alors même qu'ils n'ont eu qu'une semaine pour répondre. Au final, le nombre de médecins qui ont répondu au questionnaire du Baromètre santé médecins généralistes 2009 est de 2 083 tous modes confondus, soit environ un médecin généraliste sur trente ayant une activité libérale en France. La réexploitation des refus a permis d'augmenter la participation à l'enquête, le taux de participation étant ainsi passé de 48,0 % à 57,1 %, soit un résultat comparable à celui du dernier exercice (58,8 %). Le taux de refus est de 30,9 %, le taux d'abandon de 2,2 % et le taux de non-réalisation (médecins n'ayant pas refusé l'enquête, mais n'ayant pas répondu essentiellement du fait de la non-réponse à l'enquête « *on line* ») de 9,8 %.

Précautions de lecture

Il est utile de rappeler ici aux lecteurs que l'enquête Baromètre santé médecins généralistes repose sur des données déclaratives. Malgré l'attention toute particulière portée à la qualité du recueil des réponses, le respect strict des consignes données aux enquêteurs concernant la passation du questionnaire ou la neutralité dont ils devaient faire preuve, certains biais ne peuvent être évités. D'une part, le biais de désirabilité sociale, amenant au choix de la réponse jugée la plus conforme aux « attentes sociales », constitue l'un des principaux biais de cette enquête. D'autre part, des biais de mémoire ou de mesure peuvent parfois être évoqués pour cette enquête, notamment pour les quelques questions comportant des repères temporels tel le nombre de sérologies VIH prescrites au cours des douze derniers mois.

Par ailleurs, même si le questionnaire « *on line* » était identique au questionnaire téléphonique, l'absence d'indications orales par les enquêteurs pour certains items ainsi que le mode de collecte lui-même ont pu engendrer des différences dans les réponses : il a en effet été constaté des proportions de « *ne sait pas* » et « *non concerné* » plus importantes pour les médecins ayant répondu par Internet. *A contrario*, des réponses parfois très précises ont été apportées à certaines questions (notamment pour le recueil de données quantitatives), suggérant que

certains médecins répondant « *on line* » ont probablement recherché l'information dans leurs dossiers, ce qui n'était pas envisageable pour un médecin ayant répondu par téléphone. Néanmoins, les durées de passation des questionnaires étant totalement équivalentes et les différences entre médecins ayant répondu par téléphone et par Internet assez rares, l'impact de la diversification du mode de passation du questionnaire semble limité.

CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La structure de la population des médecins généralistes, connue à travers diverses sources administratives, peut également être décrite à partir de données d'enquêtes. Les variables démographiques (sexe, âge, région) et les variables caractéristiques de l'activité du médecin (secteur, mode d'exercice particulier, nombre quotidien d'actes médicaux, etc.) sont autant de variables qu'il est possible de suivre à travers les différents Baromètres santé médecins généralistes.

COMPARAISON AUX DONNÉES ADMINISTRATIVES

Les résultats du Baromètre santé médecins généralistes 2009 présentés dans le **tableau V** ont été rapprochés des données des fichiers administratifs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés[4] et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques[5]. Les fréquences observées auprès de l'ensemble des répondants de l'enquête sont proches de celles données par les diverses sources en ce qui concerne la répartition par sexe, âge, région et secteur d'activité. Cette proximité des résultats présume d'une bonne représentativité de l'échantillon des médecins généralistes répondants, ce qui a conduit, pour la présentation de l'ensemble des résultats de cet ouvrage, à ne pas redresser les données sur les critères de sexe, région et mode d'organisation du cabinet comme pour les précédents exercices des Baromètres santé médecins généralistes. Les résultats sont cependant discordants concernant la pratique d'un mode d'exercice particulier (Mep). Cette divergence s'avère vraisemblablement liée au mode de recueil de l'information : elle est détaillée selon le niveau d'implication des praticiens dans l'enquête, alors qu'elle est binaire dans les fichiers administratifs qui de plus ne sont pas actualisés en cas de changement en cours d'exercice.

Concernant la population des généralistes interrogés par l'intermédiaire de l'enquête Web, elle s'est révélée plus masculine que celle interrogée par téléphone (77,8 % *vs* 69,0 % ; $p<0,05$). En revanche, aucune différence significative n'a été observée selon l'âge ou le lieu d'exercice des praticiens. Ainsi, si la réalisation de l'échantillon complémentaire « *on line* » n'a pas considérablement modifié la structure sociodémographique de l'échantillon global, elle a néanmoins permis de se rapprocher de la structure de la population des médecins libéraux telle que fournie par différentes sources, les femmes ayant plutôt mieux répondu au téléphone.

CARACTÉRISTIQUES ET ÉVOLUTIONS OBSERVÉES

La démographie médicale fait l'objet d'une attention particulière car elle est un élément central des politiques de régulation du système de santé. Ainsi, la féminisation,

4. Cnamts ; Système national inter-régimes – Snir.
5. Drees ; Automatisation des listes – Adeli.

TABLEAU V

Structure de l'échantillon selon certaines caractéristiques et selon le mode de collecte des données – Comparaison avec les données administratives (en pourcentage)

	Téléphone n = 1898	Web n = 185	Répondants n = 2083	Adeli 2008[b] n = 68313	Snir 2008[c] n = 61359
Sexe					
Hommes	69,0	77,8*	69,8	69,4	72,0
Femmes	31,0	22,2*	30,2	30,6	28,0
Âge					
Moins de 40 ans	13,0	8,6	12,6	14,8	10,5
40 à 49 ans	29,2	28,1	29,1	30,3	28,5
50 à 59 ans	43,6	50,3	44,2	42,7	45,0
Plus de 59 ans	14,2	13,0	14,0	12,2	15,9
NSP	–	–	–	–	0,1
Lieu d'exercice[a]					
Île-de-France	14,1	14,1	14,1	17,7	16,4
Nord-Ouest	17,1	18,4	17,2	18,3	18,6
Nord-Est	23,7	25,4	23,9	22,1	22,5
Sud-Est	30,6	24,3	30,0	26,7	27,2
Sud-Ouest	14,5	17,8	14,8	15,2	15,3
Type de cabinet					
Cabinet de groupe	51,8	53,6	52,0	–	
Cabinet individuel	48,2	46,4	48,0	–	
Secteur d'activité					
Secteur 1	88,9	92,4	89,2	–	87,3
Secteur 2	10,3	7,0	10,0	–	11,4
Non conventionné	0,8	0,6	0,8	–	1,2
Pratique d'un mode d'exercice particulier					
Systématique	5,6	2,2	5,3		
Régulière	18,5	18,5	18,5	–	
Occasionnelle	43,8	41,3	43,6	–	
Jamais	32,1	38,0	32,6	–	
Non	–	–	–	–	88,0
Oui	–	–	–	–	12,0

* : p<0,05.
a. Découpage selon les régions téléphoniques.
b. Le répertoire Adeli recense tous les professionnels en exercice qui sont tenus de faire enregistrer leur diplôme auprès de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) de leur département. Les médecins libéraux dénombrés par la Drees sont ceux qui déclarent avoir au moins une activité libérale. Le champ est plus restreint que celui des effectifs de libéraux dénombrés par le Snir, cette dernière incluant les médecins temps plein hospitalier avec secteur privé dans ses effectifs. Les effectifs de médecins libéraux incluent les remplaçants qui sont essentiellement des généralistes.
c. Porte sur les libéraux et inclut les praticiens hospitaliers temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital ; il s'agit du nombre de professionnels au 31 décembre, c'est-à-dire ayant exercé pendant l'année écoulée.

le vieillissement progressif, la concentration dans certaines zones géographiques des professions médicales en général, et des médecins généralistes en particulier, sont connus et largement documentés. Les mesures réalisées à partir des Baromètres santé médecins généralistes successifs sont en accord avec les connaissances établies par ailleurs sur la démographie médicale.

Le sexe

L'échantillon de médecins généralistes est constitué de 69,8 % d'hommes et 30,2 %

de femmes. Cette disproportion s'est considérablement réduite au cours des quinze dernières années et le phénomène s'accélère très nettement depuis 2003 : la proportion de femmes parmi les médecins généralistes est ainsi passée de 18,0 % en 1994 à 20,7 % en 1998, 21,5 % en 2003, pour atteindre 30,2 % en 2009. Cette féminisation de la profession se remarque d'autant plus lorsque la répartition par sexe est réalisée selon l'âge **[figure 1]**. Ainsi, la majorité (51,8 %) des médecins âgés de 40 ans ou moins sont désormais des femmes, alors qu'elles ne représentent qu'un médecin sur cinq (19,4 %) pour les praticiens de plus de 50 ans. Les proportions de femmes parmi les 40 ans ou moins étaient respectivement de 26,2 % en 1992, 33,5 % en 1998, et de 36,0 % en 2003. L'âge moyen des femmes interrogées est ainsi significativement inférieur à celui des hommes (46,9 ans *vs* 52,2 ans ; p<0,001).

L'âge

Pour la première fois depuis la mise en place de ces enquêtes, les médecins âgés de plus de 50 ans représentent plus de la moitié de l'échantillon (53,9 %) ; ils étaient 37,1 % en 2003 et 12,3 % seulement en 1992 **[figure 2]**.

L'âge moyen des médecins généralistes interrogés s'est donc accru considérablement. Il est passé de 41,3 ans en 1992 à 45,1 ans en 1998, a atteint 47,9 ans en 2003 pour dépasser 50 ans en 2009 (p<0,001). Ce vieillissement, effet du *numerus clausus* (régulation du nombre de médecins instaurée en 1971) et observé depuis déjà plusieurs années, se poursuivra vraisemblablement encore quelques temps. En effet, même si le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine est en constante hausse (fixé à 7 400 en 2009 et en 2010), les seuils relativement bas du début des années 2000 (4 100 en 2001,

FIGURE 1

Répartition des médecins généralistes lors des trois derniers Baromètres santé médecins généralistes, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

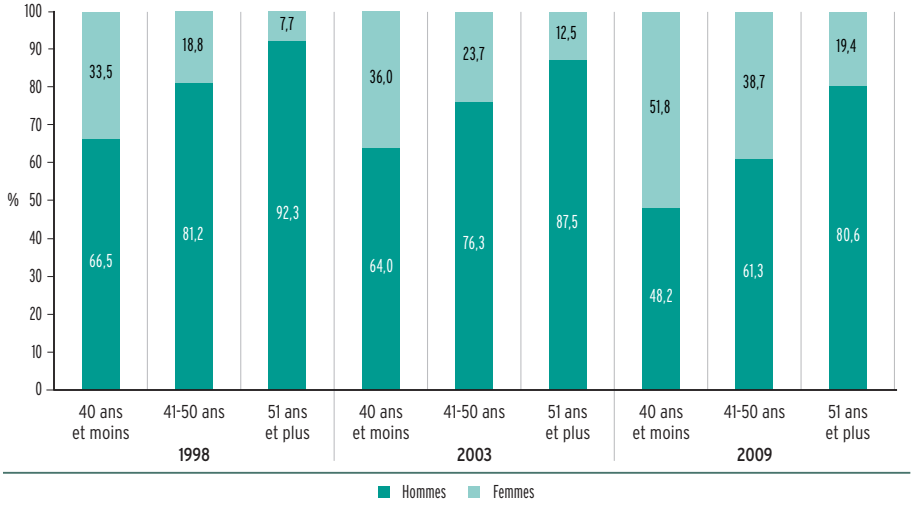
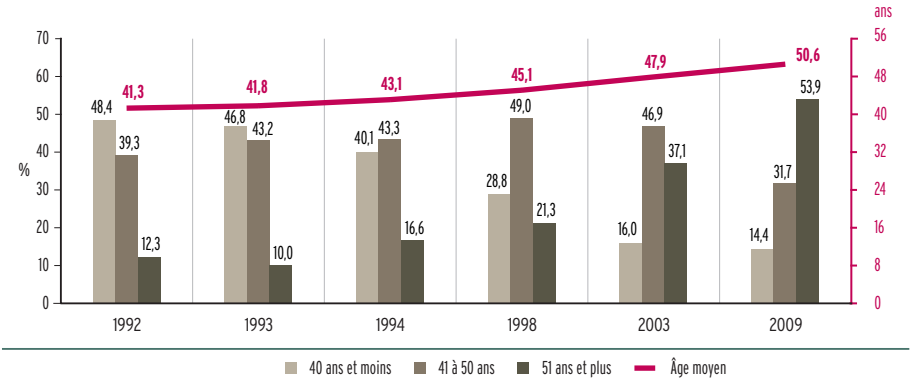


FIGURE 2

Répartition des médecins lors des Baromètres santé médecins généralistes depuis 1992, selon l'âge



4 700 en 2002 ou 5 100 en 2003) ne permettront pas d'inverser cette tendance pour ces prochaines années.

Le lieu d'exercice

Les médecins interrogés exercent pour 19,9 % d'entre eux dans des communes de moins de 2 000 habitants, 21,1 % dans des communes de 2 000 à 20 000 habitants et 13,4 % dans une commune comprenant de 20 000 à 100 000 habitants. Pour un tiers d'entre eux (33,4 %), le cabinet médical se trouve dans une commune de plus de 100 000 habitants et pour 12,2 % en agglomération parisienne. La répartition géographique est assez déséquilibrée en proportion de la population résidante : 30,0 % des médecins interrogés exercent dans le sud-est de la France **[figure 3]**.

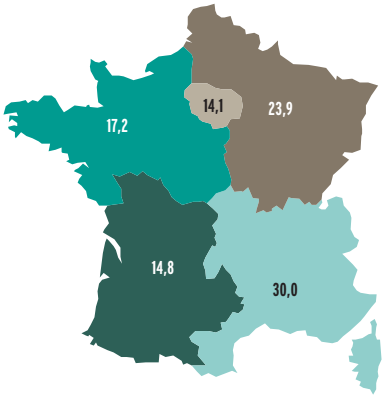
Le secteur d'exercice

Près de neuf médecins sur dix (89,2 %) exercent en secteur 1 et pratiquent donc les tarifs fixés par convention avec l'Assurance maladie. L'exercice en secteur 2, permettant d'appliquer des prix supérieurs au tarif conventionnel, concerne 10,0 % des praticiens. Seul 0,8 % de l'échantillon interrogé n'est pas conventionné.

Le secteur d'exercice varie significativement selon l'âge : 97,7 % des médecins de 40 ans ou moins sont en secteur 1 ; cette proportion n'est plus que de 83,9 % pour

FIGURE 3

Répartition géographique des médecins interrogés (en pourcentage)



les plus de 50 ans. Cette tendance s'explique entre autres par le fait que, depuis 1990, seuls les anciens chefs de clinique, anciens assistants des hôpitaux et praticiens hospitaliers ont la possibilité de pratiquer en secteur conventionnel à honoraires libres. Cette disposition fait apparaître par ailleurs des disparités géographiques : les petites communes (moins de 20 000 habitants), dont les communes rurales, comptent proportionnellement plus de médecins de secteur 1 que les villes de plus de 100 000 habitants (95,9 % *vs* 88,8 %), ou bien plus encore que les médecins de l'agglomération parisienne (72,8 % ; p<0,001).

Le pourcentage de médecins généralistes exerçant en secteur 1 augmente régulièrement, passant de 82,3 % en 1993 à 87,1 % en 1998 et à 89,2 % en 2009.

Le type de cabinet

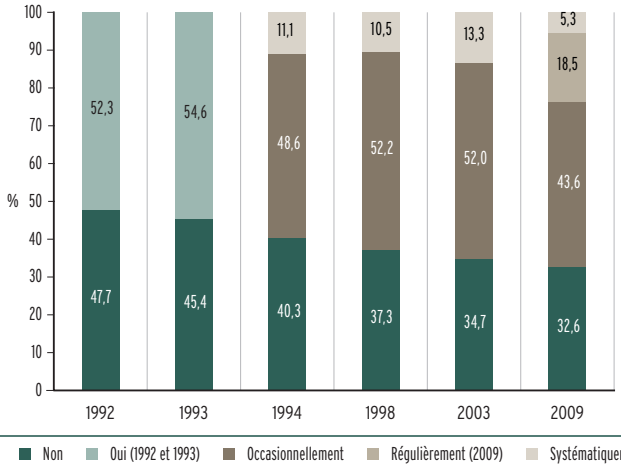
Les médecins de l'échantillon se répartissent assez équitablement entre cabinet de groupe et cabinet individuel ; respectivement 52,0 % et 48,0 %. Les praticiens les plus jeunes optent plus que les autres pour un cabinet composé de plusieurs professionnels de santé : ainsi, plus de trois généralistes de 40 ans ou moins sur quatre (77,6 %) déclarent exercer en cabinet de groupe, *versus* 58,1 % des 41-50 ans et 41,6 % des plus de 50 ans (p<0,001). Le chapitre « Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale » (voir page 221) explore spécifiquement les évolutions observées depuis 1998 et les caractéristiques des médecins ayant choisi le regroupement.

Le mode d'exercice particulier

Près de deux médecins sur trois (67,4 %) déclarent pratiquer un mode d'exercice particulier (Mep) : de manière occasionnelle pour 43,6 % de l'échantillon, régulière pour 18,5 % et systématique pour 5,3 %. Depuis 1992, une augmentation significative (p<0,001) de ces pratiques est observée **[figure 4]** : la proportion de généralistes pratiquant un Mep a ainsi augmenté de 15 points en dix ans.

FIGURE 4

Pratique d'un mode d'exercice particulier lors des différents Baromètres santé médecins généralistes (en pourcentage)



Le mode d'exercice particulier le plus fréquent et dont la pratique évolue le plus rapidement est l'homéopathie **[figure 5]** : 3,0 % la pratiquent systématiquement, 9,6 % régulièrement et 41,9 % occasionnellement.

La mésothérapie[6], au contraire, est une pratique de moins en moins courante chez les généralistes (p<0,01) ; un quart des praticiens (25,8 %) l'exerce ne serait-ce qu'occasionnellement *versus* 40,7 % en 1994. L'acupuncture, quant à elle, reste relativement stable et concerne un peu moins d'un médecin sur dix.

La pratique systématique d'un Mep est supérieure chez les femmes (20,8 % *vs* 11,2 % ; p<0,001) ainsi que chez les médecins de plus de 50 ans (15,3 % *vs* 13,3 % des 41-50 ans et 8,5 % des 40 ans et moins ; p<0,05). Concernant la pratique occasionnelle, elle est supérieure chez les hommes (53,2 % *vs* 47,3 % ; p<0,05) et dans les agglomérations de moins de 20 000 habitants (56,9 % *vs* 48,7 % ; p<0,001).

Par ailleurs, le secteur d'exercice est un facteur très discriminant puisque les médecins de secteur 2 sont plus de quatre sur cinq (83,2 %) à pratiquer un Mep *versus* 62,5 % de ceux du secteur 1 (p<0,001), et ils sont 41,4 % à le faire systématiquement (*vs* 8,9 % ; p<0,001).

Le nombre moyen d'actes médicaux

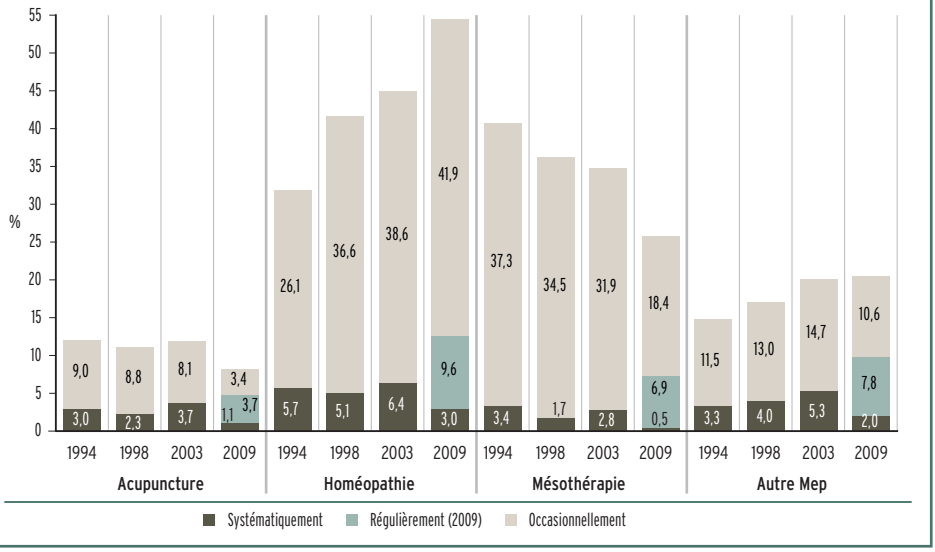
Le nombre moyen d'actes réalisés quotidiennement par les médecins de l'échantillon est de 24,6 en 2009 et reste donc globalement stable par rapport à 2003 (24,2 actes), après l'augmentation significative observée entre 1998 (22,1 actes) et 2003.

Les hommes en déclarent plus que les femmes (25,5 *vs* 22,5 ; p<0,001) ainsi que les médecins conventionnés en secteur 1 (25,1

6. La mésothérapie consiste à injecter localement un médicament classique (un anti-inflammatoire, un antibiotique ou un antidouleur) à l'aide d'une seringue à aiguilles multiples dans la zone à traiter.

FIGURE 5

Pratique de différents modes d'exercice particulier (Mep) depuis 1994 (en pourcentage)



vs 20,2 ; p<0,001). À l'inverse, les médecins pratiquant systématiquement ou régulièrement un Mep en déclarent significativement moins (23,3 *vs* 25,0 ; p<0,001).

La couverture médicale universelle

Près de la moitié des médecins interrogés (45,9 %) évaluent à moins de 5 % la part de leur clientèle bénéficiant de la couverture médicale universelle (CMU), un quart (26,8 %) entre 5 et 9 % et un autre quart (25,0 %) à 10 % ou plus **[figure 6]**.

Comme en 2003, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer qu'au moins 10 % de leurs clients bénéficient de la CMU (29,0 % *vs* 24,1 % chez les hommes ; p<0,05). L'estimation des médecins dépend également du secteur dans lequel ils exercent : un généraliste de secteur 1 sur quatre (27,6 %) évalue à plus de 10 % cette part *versus* 9,3 % des médecins exerçant en secteur 2 ou non conventionné (p<0,001).

La participation à un réseau

Près de deux médecins sur cinq (38,9 %) déclarent en 2009 participer à un réseau *versus* un sur cinq (20,3 %) en 2003 et un sur six (16,6 %) en 1998 (p<0,01). Le thème le plus fréquent est comme en 2003 le diabète : ces réseaux spécifiques au diabète rassemblent 17,1 % de l'ensemble des médecins interrogés, soit 43,9 % des médecins déclarant participer à un réseau. Les réseaux « gériatrie/gérontologie » et « cancer » sont ensuite les plus cités **[figure 7]**.

Activités associées

Les activités associées à l'exercice de la profession – telles que la participation à des associations ou à la formation – apparaissent globalement en recul par rapport à 2003 **[tableau VI]**. La participation à une association de malades diminue significativement, passant de 10,1 % à 4,9 % en six ans. Les activités liées à la formation,

FIGURE 6

Part de la clientèle bénéficiant de la couverture médicale universelle estimée par les médecins généralistes depuis 1998 (en pourcentage)

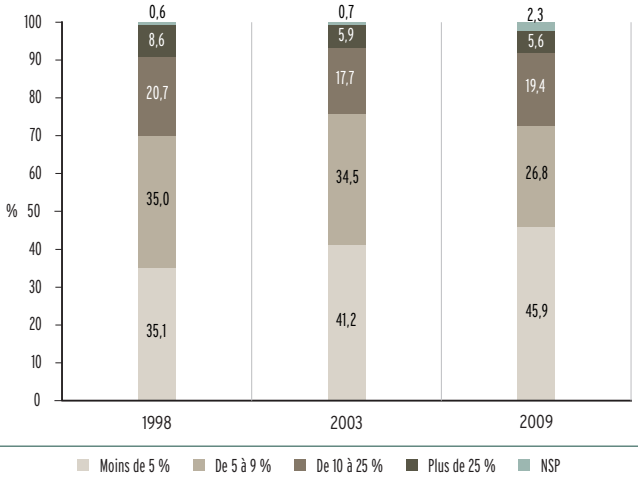


FIGURE 7

Principaux réseaux auxquels participent les médecins généralistes (en pourcentage ; base = ensemble des médecins interrogés)

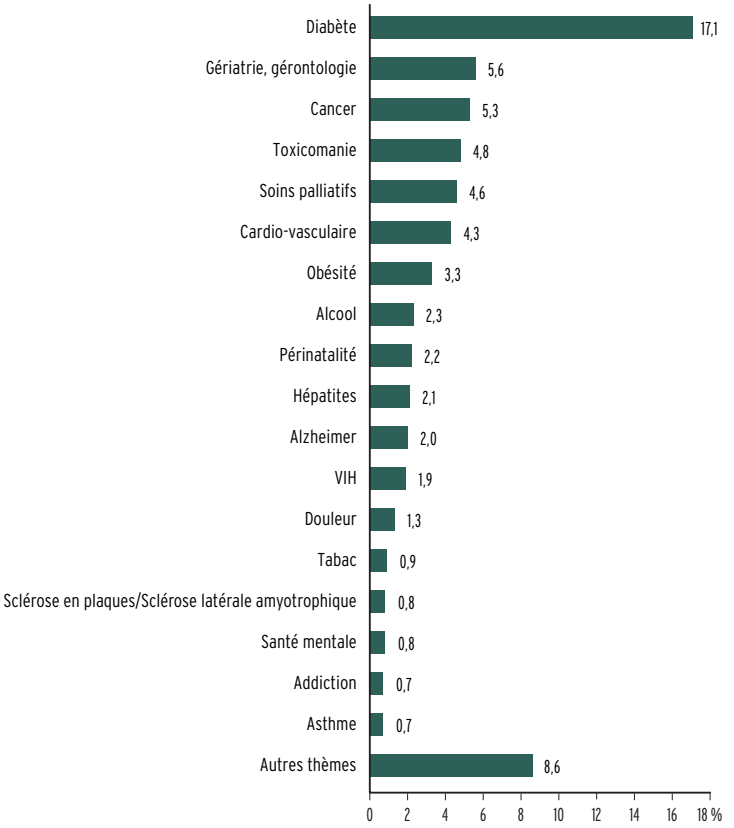


TABLEAU VI

Les activités associées à l'exercice de la profession en 1994, 2003 et 2009 (en pourcentage)

Consacre du temps à...	1994		2003			2009
des activités relatives à des associations de malades	11,9 %	→	10,1 %		↓***	4,9 %
des activités relatives à des associations de prévention	16,7 %	→	16,1 %		→	15,0 %
des activités de formateur	32,0 %	↓***	28,8 %	31,6 %	↓***	20,4 %
des activités de maître de stage	–	–	10,5 %			

*** : p<0,001.

incluant la fonction de maître de stage, sont déclarées par 20,4 % des généralistes ; ils étaient 31,6 % en 2003[7]. La participation à une association de prévention n'est quant à elle pas significativement différente à celle de 2003 et s'élève à 15,0 % en 2009.

Les médecins appartenant à un réseau ainsi que les plus âgés déclarent plus que les autres se consacrer à l'ensemble des activités citées, notamment celles liées aux associations de malades ou de prévention. Les activités de formateur et de maître de stage sont par ailleurs plus souvent déclarées par les médecins exerçant en secteur 2 (OR ajusté[8] = 1,6 ; p<0,001) et par les médecins exerçant en cabinet de groupe (OR ajusté = 1,3 ; p<0,01).

Satisfaction professionnelle

Plus de quatre médecins sur cinq (81,9 %) déclarent être satisfaits par l'exercice de leur profession, 19,4 % « *très* » et la majorité (62,5 %) « *plutôt* ». La proportion de praticiens globalement satisfaits a donc augmenté significativement (p<0,01) depuis 2003 (78,1 %) et se rapproche des 84,7 % de médecins satisfaits, observés en 1994 **[figure 8]**.

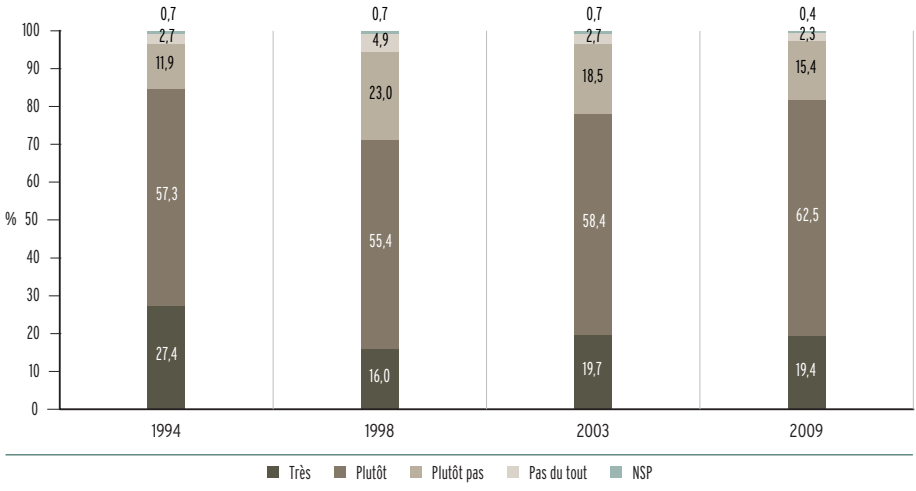
Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer être satisfaites (87,6 % *vs* 79,5 % des hommes ; p<0,001), ainsi que les médecins les plus jeunes de l'échantillon (91,3 % des 40 ans et moins, 81,5 % des 41-50 ans et 79,7 % des plus de 50 ans ; p<0,001).

7. La question était formulée différemment en 2003 : elle distinguait les activités de formation (en tant que formateur) des activités de maître de stage. Les résultats doivent ainsi être interprétés de manière extrêmement prudente, ce d'autant plus que le nombre de stages chez les généralistes s'est développé.

8. Résultats d'une régression logistique intégrant comme variables indépendantes : le sexe, l'âge, le nombre d'actes réalisés en moyenne par jour, la pratique d'un Mep, la participation à un réseau de santé, le secteur d'activité et l'organisation médicale.

FIGURE 8

Satisfaction des médecins quant à l'exercice de leur profession depuis 1994 (en pourcentage)



Relecteurs

Philippe Le Fur (Irdes)
Valérie Blineau (GfK-ISL)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

[1] Baudier F., Dressen C., Alias F. dir. *Baromètre santé 92*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1994 : 168 p.

[2] Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.-P., Warszawski J. dir. *Baromètre santé 93/94*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1995 : 172 p.

[3] Arènes J., Baudier F., Dressen C., Rotily M., Moatti J.-P. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 94/95*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1996 : 137 p.

[4] Arènes J., Guilbert P., Baudier F. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1999 : 218 p.

[5] Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : 276 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf

[6] Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2010 : 266 p.

[7] Beck F., Gautier A., Guilbert P., Arwidson P. L'acharnement téléphonique dans les enquêtes est-il justifié ? *In* : Guilbert P., Haziza D., Ruiz-Gazen A., Tillé Y. dir. *Méthodes de sondages : cours et cas pratiques*. Paris : Dunod, coll. Sciences sup, 2008 : p. 254-258.

[8] Gautier A. Présentation méthodologique. *In* : Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C. dir. *Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2008 : p. 27-36. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Nicolle2006/pdf/methodo.pdf

[9] Dillman D. A. *Mail and Telephone Surveys : The Total Design Method*. New York : John Wiley, 1978 : 344 p.

[10] Frey J. H. *Survey Research by Telephone*. Newbury Park : Sage Publications, 1989 : 289 p.

[11] Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Études et Résultats*, 2007, n° 610 : 8 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er610.pdf

Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale

Les médecins généralistes interrogés en 2009 sont nombreux à déclarer des pratiques de prévention médicalisée telles que les pratiques de vaccination et de dépistage sérologique. Les pratiques liées aux comportements de santé dans le domaine des addictions sont, quant à elles, variables selon le type d'addiction considéré : aborder au moins une fois le tabac avec chaque patient est fréquent – déclaré par 63,2 % des médecins généralistes –, contrairement à l'alcool ou au cannabis qui sont abordés principalement avec les patients jugés à risque – respectivement par 72,7 % et 66,5 %.

Concernant la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, les médecins déclarent avant tout informer et conseiller (95,3 % le font « *systématiquement* » ou « *souvent* ») ; moins de la moitié d'entre eux (45,2 %) orientent régulièrement leurs patients vers d'autres intervenants et un tiers (33,7 %) mettent en œuvre eux-mêmes des activités éducatives.

Les médecins estiment que la prévention relève de leur rôle, notamment pour les thèmes les plus médicalisés, comme le risque cardiovasculaire et le tabagisme. Cette déclaration d'un rôle fort en prévention est accentuée chez les médecins ayant suivi une formation en éducation pour la santé ou en éducation du patient et chez ceux qui estiment avoir suffisamment de collaborations avec d'autres professionnels. Par ailleurs, la déclaration d'un rôle important en prévention dans un thème particulier est en lien avec la facilité à aborder ce même thème : ainsi, la majorité des médecins s'accordent pour dire qu'il est facile d'aborder avec leurs patients le risque cardio-vasculaire (96,1 %), le dépistage des cancers (95,5 %) ou le tabagisme (89,2 %), contrairement à la vie affective et sexuelle (58,7 %) ou à l'usage de drogues (57,0 %).

Les médecins se sentent moins efficaces en 2009 qu'en 2003 dans l'éducation de leurs patients, notamment asthmatiques (78,7 % *vs* 87,6 %) et diabétiques (72,4 % *vs* 78,0 %), champ pourtant plus formalisé et plus médiatisé ces dernières années. Aucune évolution n'est constatée pour l'éducation des patients hypertendus (90,3 %), patients pour lesquels les praticiens se jugent le plus efficaces.

En 2009, 62,3 % des médecins déclarent utiliser au cours de leurs consultations des « *questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles* ». Ils étaient 31,7 % en 1998 et 33,8 % en 2003. Ces questionnaires concernent essentiellement le tabac (54,6 % des médecins utilisateurs) et les maladies cardiovasculaires (34,0 %).

Pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, 91,4 % des médecins souhaiteraient disposer de plus de temps ; 85,0 % estiment que des campagnes grand public et 81,5 % qu'un rôle mieux reconnu en prévention sont des éléments qui pourraient faciliter ces missions. Une rémunération spécifique est l'élément le moins cité, par tout de même 64,0 % des médecins généralistes interrogés.

Pour les médecins interrogés, la prévention doit être faite prioritairement par eux-mêmes (95,7 %) et moins par d'autres intervenants comme les professionnels paramédicaux (81,6 %), les médecins spécialistes ou hospitaliers (66,4 %), les médias (61,0 %) ou les professionnels de l'enseignement ou du social (59,8 %). La possibilité de déléguer certaines activités de prévention, évoquée par 73,5 % des médecins pour faciliter leurs missions de prévention, est différemment perçue selon l'intervenant : 74,6 % seraient prêts à déléguer des tâches à des infirmiers ou à d'autres paramédicaux, 56,8 % à des médecins spécialistes et 56,2 % à des associations de patients.

Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale

Cécile Fournier
Pierre Buttet
Emmanuelle Le Lay

INTRODUCTION

Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique du patient appartiennent aux missions des médecins généralistes[1] **[1]**.

En France, ces missions sont inscrites dans la Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes **[2]**. La Société française de médecine générale estimait, en 1995, que les activités préventives représentaient au moins un tiers de l'activité en médecine générale **[3]**. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), l'activité de prévention déployée par les médecins représenterait deux tiers des dépenses nationales de prévention, évaluées au total à 10,5 milliards d'euros **[4]**. En 2002, les dépenses de prévention primaire et secondaire en ville et à l'hôpital étaient estimées par le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (Credes) à un minimum de 7,5 % de la consommation médicale totale[2] **[4]**.

Le rôle du médecin généraliste s'inscrit dans le colloque singulier avec un patient, où « *la prévention et l'éducation thérapeutique trouvent naturellement place* » **[2]**. Le médecin traitant constitue souvent le premier recours et un point d'entrée naturel dans le système de soins **[5]**. Le médecin relaie et personnalise les messages de santé publique de dimension collective en des messages individualisés, adaptés à chacun, leur donnant ainsi une plus forte chance d'être entendus et pris en compte **[6]**.

Au quotidien, à côté du soin ou en lien étroit avec celui-ci, les médecins généra-

1. Dans sa définition européenne, la médecine générale « *comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative* » **[1]**.

2. L'enquête du Credes a tenté d'estimer l'activité de prévention « cachée dans l'activité médicale » à partir des données hospitalières du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et des données sur les prescriptions en ambulatoire de l'enquête IMS-Health. Les actes de prévention primaire et secondaire ont été pris en compte, ceux de prévention tertiaire (traitement et suivi d'une maladie déclarée) ont été exclus.

listes remplissent des missions de prévention dans trois champs différents **[5]**. Le premier champ est celui de la prévention médicalisée, basée sur des actes prescriptifs et plutôt techniques : vaccination, dépistage opportuniste, incitation au dépistage

UN ÉCLAIRAGE SUR LES DÉFINITIONS

Les définitions de la prévention renvoient à une grande variété de termes et de concepts, qui sont appréhendés différemment par chacun et se recoupent plus ou moins : information, conseil, accompagnement, dépistage, éducation pour la santé, etc.

Une définition française (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002)

« *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. La politique de prévention tend notamment :*
1° à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ;
2° à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
3° à entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;
4° à promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;
5° à développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;
6° à développer également des actions d'éducation thérapeutique. »

Une définition européenne

Selon le glossaire des termes de santé publique internationaux, la prévention regroupe les « *actions visant à réduire l'impact des facteurs de maladies ou de problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé* » **[7]**.

Une définition québécoise

Au Québec, « *la prévention vise la réduction des problèmes psychosociaux et physiques par des actions sur les facteurs de risque et de vulnérabilité. La promotion de la santé et du bien-être vise plutôt à renforcer les facteurs de protection par des actions qui s'appuient, entre autres, sur le potentiel des personnes et des groupes.* [...] *La prévention clinique comprend toute interaction individuelle entre un clinicien et un patient visant à favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux* » **[8]**.

Un débat sur la distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire

« *La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes (éducation à la santé ; vaccination ; traitement des facteurs de risque) ; la prévention secondaire vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où il est encore possible d'intervenir utilement, afin d'éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques (ex : dépistage) ; la prévention tertiaire a pour objectif de limiter la gravité des conséquences d'une pathologie (incapacités, séquelles ou récidives).*
Dans les faits, il n'est pas aisé de tracer une stricte ligne de partage opérationnelle entre ces différents volets de la prévention, pas plus d'ailleurs qu'entre le champ de la prévention et celui du soin. Actes de prévention et de soins sont bien souvent indissociables et, plus largement, il n'est guère de soins qui ne soient prodigués dans le but d'éviter une aggravation de l'état de santé du patient » **[9].**

organisé, etc. Le deuxième champ est celui des démarches d'éducation pour la santé, abordant par exemple la sexualité, la parentalité, les addictions, l'alimentation, l'activité physique, les risques au travail, etc. Le troisième champ, enfin, est celui des actions d'éducation thérapeutique, généralement développées dans la prise en charge de maladies chroniques : diabète, maladies cardio-vasculaires, asthme, etc.

Le Baromètre santé médecins généralistes 2009 a exploré les pratiques de prévention des médecins généralistes en distinguant ces trois types de pratiques, qui seront décrites successivement dans la première partie de ce chapitre : pratiques de prévention médicalisée (avec des questions sur les actes techniques de vaccination et de dépistage), puis démarches d'éducation pour la santé (avec des questions sur les pratiques vis-à-vis des comportements de santé des consultants) et enfin démarches d'éducation thérapeutique du patient (avec des questions sur plusieurs maladies chroniques).

Par ailleurs, la place de la prévention a évolué ces dernières années, en lien avec la promulgation de lois et de textes réglemen-

UN ÉCLAIRAGE SUR LES TROIS NIVEAUX DE PRATIQUE DE PRÉVENTION RETENUS DANS CE CHAPITRE

■ **La prévention médicalisée** comporte un grand nombre d'actes réalisés au quotidien dans l'activité du médecin généraliste. Une part de cette prévention repose sur des actes prescriptifs plutôt techniques, comme les vaccinations, la réalisation de dépistages (opportunistes ou organisés), la prescription de sérologies, ou la prescription de médicaments pour prévenir des rechutes et des complications. Selon une acception « étroite », retenue dans ce chapitre, la prévention médicalisée relève principalement de la prévention primaire ou secondaire **[10]**. Selon une acception plus large, elle peut également comprendre l'éducation thérapeutique du patient **[11]**.

■ **L'éducation pour la santé** vise à « *aider une personne à modifier ses comportements, ses habitudes de vie ou son environnement, dans le but de protéger sa santé* » **[12]**. Plus largement, « *l'éducation pour la santé* [...] *considère l'être humain dans son unité, ne pouvant dissocier les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de la santé. Elle doit permettre au citoyen d'acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de protéger, voire d'améliorer sa santé et celle de la collectivité* » **[13]**. En médecine générale, l'éducation pour la santé intervient dans de nombreux domaines, depuis les conseils donnés aux parents sur l'alimentation de leurs enfants, l'éducation affective et sexuelle auprès des jeunes à l'occasion d'une prescription contraceptive, jusqu'aux explications pour permettre une bonne compréhension de l'ordonnance ou pour exposer l'intérêt d'un dépistage **[12]**.

■ **L'éducation thérapeutique du patient** « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie* » **[14, 15]**.
L'éducation thérapeutique du patient a été inscrite pour la première fois dans la loi relative aux patients, à la santé et aux territoires en 2009 **[16]**.

taires[3], le développement de plans nationaux[4], ou encore avec la diversification des modalités d'exercice de la médecine de ville en réseaux, en maisons de santé, etc. Ainsi, au-delà des pratiques préventives, ce chapitre du Baromètre santé médecins 2009 aborde plusieurs points :

- la perception qu'ont les médecins généralistes de leur rôle en prévention (y compris par rapport à celui d'autres intervenants) ;
- leur facilité à aborder certains thèmes ;
- leur sentiment d'efficacité en éducation du patient ;
- ainsi que les éléments facilitant la mise en œuvre de pratiques préventives.

3. Lois de santé publique successives, lois instituant le médecin référent puis le médecin traitant, etc.
4. Plans nationaux cancer, plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, etc.

RÉSULTATS

PRATIQUES DE PRÉVENTION CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le Baromètre santé 2009 fournit un certain nombre d'indicateurs sur les pratiques de prévention des médecins. Ces indicateurs ont été sélectionnés et agrégés afin d'explorer les trois types de pratiques choisis, et d'étudier les profils des médecins les plus investis dans chaque type de prévention. Sont également présentés dans cette partie les résultats concernant l'utilisation par les médecins de questionnaires préétablis.

Pratiques de prévention médicalisée

Dans l'enquête, deux thèmes permettaient d'explorer les attitudes et pratiques des médecins dans le domaine de la prévention médicalisée : la vaccination et la prescription de sérologies.

Vaccinations : proportion de médecins les plus favorables

Le premier thème est celui de la vaccination, pour lequel deux questions ont été retenues :

- l'une sur l'opinion des médecins sur la vaccination en général ;
- l'autre sur la proposition de la vaccination antigrippale aux personnes âgées.

Ces deux questions ont été sélectionnées pour définir les médecins les plus favorables à la vaccination, c'est-à-dire ceux qui sont à la fois :

- très favorables à la vaccination en général : cela concerne les trois quarts (77,0 %) des médecins dans une population où ils y sont quasiment tous favorables (97,6 % « *très* » ou « *plutôt* » favorables)[5] ;
- et qui proposent systématiquement la vaccination antigrippale aux personnes âgées : cela concerne 80,7 % des médecins.

Ils sont 66,9 % à avoir ces deux caractéristiques à la fois **[figure 1]**.

Vaccinations : profils des médecins les plus favorables

Ces 66,9 % de médecins les plus favorables à la vaccination ont les caractéristiques suivantes (association significative en analyse multivariée) : ils exercent plus souvent en secteur 1 (69,4 % *vs* 46,1 % ; p<0,001), réalisent plus souvent plus de 15 actes par jour (69,6 % *vs* 52,3 % ; p<0,001) et appartiennent plus souvent à un réseau de santé (72,4 % *vs* 63,4 % ; p<0,001). Par ailleurs, ces médecins recourent moins souvent que les autres à un mode d'exercice

5. Pour une analyse plus détaillée des opinions et de la pratique vaccinale, voir le chapitre « Opinions et pratiques vaccinales des médecins généralistes », page 87 dans ce même ouvrage.

particulier (76,9 % *vs* 32,1 %), constat proche de celui posé dans le précédent Baromètre santé médecins 2003 **[17]**.

Dépistages sérologiques : proportion de médecins les plus prescripteurs

Le second thème permettant d'explorer les pratiques des médecins dans le domaine de la prévention médicalisée était celui des dépistages sérologiques, thème pour lequel ont été retenues trois questions :

- une question concernant le test de dépistage du VIH chez les personnes connaissant un changement dans leur vie affective (population tout-venant) ;
- une question concernant la sérologie VHB chez les personnes en situation de précarité ;
- une question concernant la sérologie VHB chez les personnes originaires d'un pays de forte endémie.

Ces trois questions ont été sélectionnées pour définir les médecins les plus investis dans ce type de prévention médicalisée, c'est-à-dire ceux pratiquant « *systématiquement* » ou « *souvent* » ces sérologies :

- plus de la moitié des médecins (59,1 %) déclarent proposer « *systématiquement* » (23,5 %) ou « *souvent* » (35,6 %) une sérologie VIH aux personnes ayant connu un changement dans leur vie affective ;
- près des trois quarts (73,6 %) déclarent proposer « *systématiquement* » (38,6 %) ou « *souvent* » (35,0 %) une sérologie VHB aux personnes originaires de pays de forte endémie ;
- ils sont 46,4 % à proposer une sérologie VHB « *systématiquement* » (14,3 %) ou « *souvent* » (32,1 %) aux personnes en situation de précarité.

Ils sont 32,7 % à avoir ces trois types de pratiques à la fois **[figure 2]**[6].

Dépistages sérologiques : profils des médecins les plus prescripteurs

Les 32,7 % de médecins prescrivant « *systématiquement* » ou « *souvent* » les sérologies VIH et VHB dans les trois situations décrites déclarent plus souvent consacrer du temps à une association de prévention (49,6 % *vs* 29,7 % ; p<0,001) ou à un réseau de santé

6. Pour plus d'informations, voir les chapitres « Dépistage des hépatites virales en médecine générale », page 119, et « Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ? », page 137, dans ce même ouvrage.

FIGURE 1

Médecins considérés comme les plus investis dans la prévention médicalisée, en fonction de certaines pratiques déclarées de vaccination (en pourcentage)

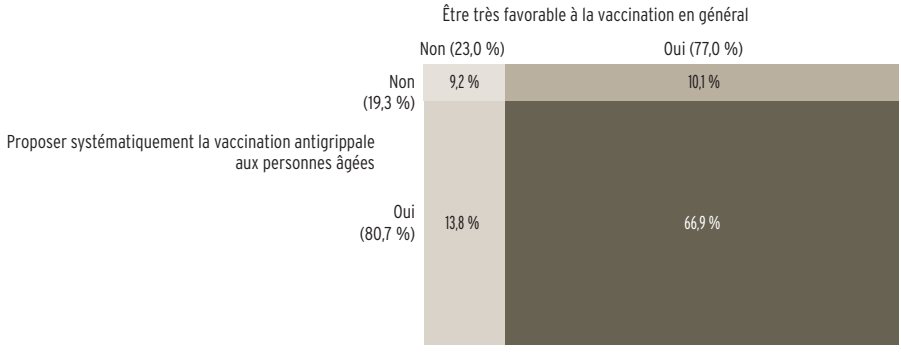
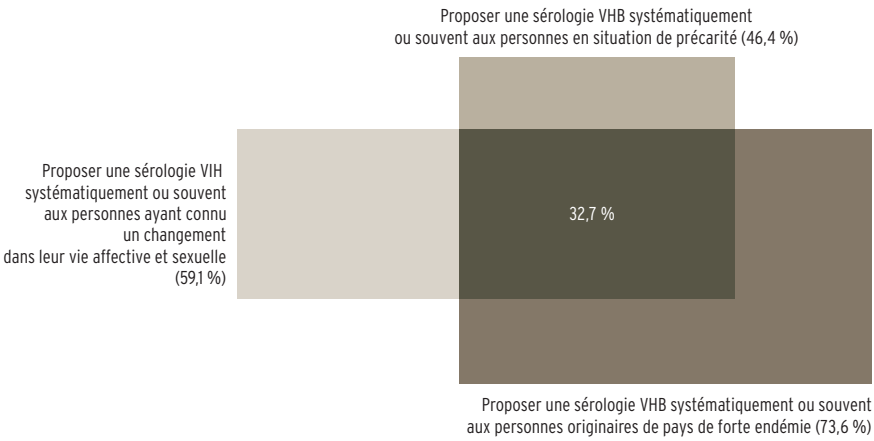


FIGURE 2

Médecins considérés comme les plus investis dans la prévention médicalisée, en fonction de certaines pratiques déclarées de dépistage sérologique (en pourcentage)



(32,7 % *vs* 28,2 % ; p<0,001). Ils déclarent également plus souvent disposer de « *suffisamment de collaborations avec d'autres professionnels pour une prise en charge satisfaisante des patients pour des situations relevant du domaine psychologique* » (37,7 % *vs* 30,6 % ; p<0,05). Ces associations restent significatives après analyse multivariée.

Pratiques d'éducation pour la santé ou de prévention liées aux comportements de santé

Le profil exploré ici est celui des médecins les plus investis dans la prévention liée aux comportements de santé, définis comme ceux qui abordent au moins une fois avec chaque patient la question de la consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis.

Une pratique plus ou moins intégrée selon les thèmes

Deux tiers des médecins (63,2 %) abordent au moins une fois avec chaque patient la question de la consommation de tabac, alors que seulement 23,0 % d'entre eux le font pour l'alcool et 7,8 % pour le cannabis. Les médecins déclarent plus souvent aborder ces deux derniers thèmes pour les patients qu'ils jugent à risque : 72,7 % des médecins pour l'alcool et 66,5 % pour le cannabis ; 17,9 % abordent plutôt ce dernier thème à la demande du patient.

Le tabagisme constitue aujourd'hui un thème intégré de manière fréquente à la pratique des médecins généralistes, contrairement à l'alcool et au cannabis **[figure 3]**.

Profils des médecins abordant le plus les addictions avec leurs patients

Les médecins abordant un ou plusieurs de ces thèmes de prévention au moins une fois avec chaque patient sont plus souvent des femmes[7] et ont plus fréquemment bénéficié d'un grand nombre de jours de formation médicale continue (FMC) **[tableau I]**.

Le tabagisme est abordé plus souvent « *systématiquement* » par les médecins les plus jeunes.

7. Après analyse multivariée.

Par ailleurs, les médecins consacrant du temps à une association de prévention, tout comme ceux exerçant dans l'agglomération parisienne, abordent plus systématiquement les thèmes de l'alcool et du cannabis. Cette observation n'est pas retrouvée pour le thème du tabac.

FIGURE 3

Pratiques médicales concernant l'abord avec les patients de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis (en pourcentage)

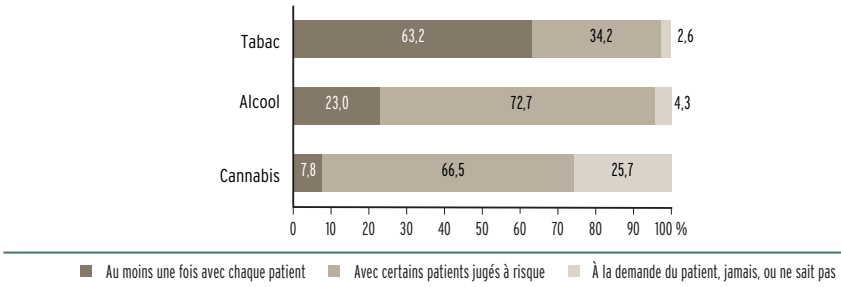


TABLEAU I

Caractéristiques communes des médecins abordant au moins une fois avec chaque patient deux thèmes d'addiction parmi les trois suivants : tabac, alcool et cannabis (en pourcentage)

	Alcool	Tabac	Cannabis
Sexe			
Hommes	19,9***	59,9***	6,8*
Femmes	30,1	70,8	10,0
Âge			
40 ans ou moins	–	73,9	–
41 à 50 ans		66,0	
51 ans et plus		58,7***	
Agglomération parisienne			
Non	21,8	–	7,1
Oui	31,9*		12,6*
Plus de cinq jours de formation médicale continue			
Non	19,1	60,2	6,3
Oui	29,0***	68,2***	10,3***
Association de prévention			
Non	21,4	–	6,5
Oui	32,1***		15,1***

* : p<0,05 ; *** : p<0,001.
Caractéristiques communes significatives après analyse multivariée. Le degré de significativité indiqué est celui de l'analyse univariée.

Pratiques d'éducation thérapeutique du patient

Des pratiques où l'information et le conseil prédominent

À propos de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, les médecins déclarent une pratique éducative fondée en priorité sur l'information et le conseil. Ainsi, 95,3 % des médecins informent et conseillent les patients « *systématiquement* » (57,6 %) ou « *souvent* » (37,7 %) **[figure 4]**.

Cette pratique éducative repose ensuite sur l'orientation vers d'autres intervenants pour des activités éducatives[8]. Ainsi, 45,2 % des médecins orientent « *systématiquement* » ou « *souvent* » les patients atteints de maladies chroniques vers d'autres intervenants pour des activités éducatives. Ils sont seulement 6,8 % à le faire « *systématiquement* » et 38,4 % « *souvent* ». Près de la moitié des médecins (47,9 %) n'orientent que « *parfois* » les patients vers de telles activités.

Enfin, cette pratique éducative repose pour un tiers des médecins sur la mise en œuvre par eux-mêmes de séances éducatives. Si seulement 8,6 % des médecins déclarent le faire de manière systématique, un quart d'entre eux déclarent le faire « *souvent* » (25,1 %) et plus d'un tiers (37,9 %) le faire « *parfois* ». Un quart (24,9 %) déclare ne jamais le faire.

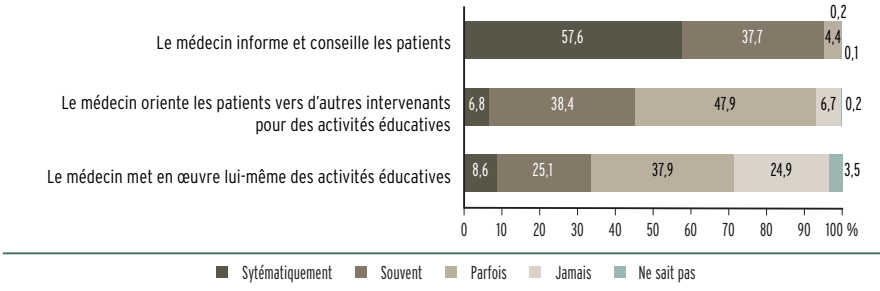
Profils des médecins mettant eux-mêmes en œuvre des activités éducatives

Parmi les médecins mettant eux-mêmes en œuvre des activités éducatives (« *systématiquement* » ou « *souvent* »), on retrouve plus fréquemment les caractéristiques suivantes : un âge plus élevé, la pratique d'un mode d'exercice particulier (Mep), l'appartenance à un réseau de santé, le fait de consacrer du temps à une association de prévention ou à une association de malades,

8. Question posée avec pour précision « *par exemple des activités d'éducation du patient à l'hôpital, dans des réseaux ou dans des associations de patients* ».

FIGURE 4

Pratique éducative déclarée dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques



une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique, une pratique de médecin formateur, enfin une pratique avec « *suffisamment de collaborations avec d'autres professionnels pour une prise en charge satisfaisante des patients pour des situations relevant du domaine social* » **[tableau II]**.

Profils des médecins orientant les patients vers des activités éducatives

Les médecins qui orientent « *systématiquement* » ou « *souvent* » les patients vers d'autres intervenants ont des caractéristiques communes qui restent signi-

TABLEAU II

Facteurs associés au fait de déclarer mettre en œuvre soi-même « *souvent* » ou « *systématiquement* » des activités éducatives (n = 2 082)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes (réf.)	34,3	1	
Femmes	32,1	1,1	0,8 ; 1,3
Âge			
40 ans ou moins (réf.)	24,1	1	
41 à 50 ans	34,2	1,4*	1,0 ; 1,9
51 ans et plus	35,8**	1,5*	1,1 ; 2,0
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Non (réf.)	31,2	1	
Occasionnellement	31,0	1,0	0,8 ; 1,2
Régulièrement ou Systématiquement	41,5***	1,5**	1,1 ; 1,9
Nombre d'actes par jour			
De 1 à 20 (réf.)	32,0	1	
21 ou plus	35,1	1,2	1,0 ; 1,5
Réseau de santé			
Non (réf.)	29,8	1	
Oui	39,6***	1,2	0,9 ; 1,4
Nombre de jours de formation médicale continue			
5 jours ou moins (réf.)	29,8	1	
Plus de 5 jours	38,8***	1,2	0,9 ; 1,4
Formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique			
Non (réf.)	26,9	1	
Oui	40,0***	1,5***	1,2 ; 1,8
Suffisamment de collaborations dans le domaine social			
Non (réf.)	31,6	1	
Oui	40,9***	1,5**	1,2 ; 1,8
Activités de formateur			
Non (réf.)	30,3	1	
Oui	46,7***	1,6***	1,3 ; 2,0
Association de prévention			
Non (réf.)	30,8	1	
Oui	49,7***	1,6**	1,2 ; 2,1
Association de malades			
Non (réf.)	32,3	1	
Oui	59,2***	2,1**	1,4 ; 3,3

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

ficatives après analyse multivariée. Ces médecins sont plus souvent des femmes (49,9 % *vs* 43,2 % ; p<0,01), appartiennent plus souvent à un réseau de santé (51,5 % *vs* 41,2 % ; p<0,01), déclarent suffisamment de collaborations dans le domaine médical (47,0 % *vs* 39,3 % ; p<0,01) et consacrent plus souvent du temps à une association de prévention (53,9 % *vs* 43,7 % ; p<0,01).

Pratiques d'utilisation de questionnaires préétablis

Proportion de médecins utilisant des questionnaires

Plus de 60 % des médecins déclarent utiliser au cours de leur consultation des « *questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles* » (62,4 % d'entre eux), bien que pour 70 % des utilisateurs, cette utilisation soit occasionnelle **[figure 5]**.

La proportion de ceux qui déclarent n'en utiliser jamais a nettement régressé en 2009 par rapport à 2003 (de 64,8 % à 37,6 % ; p<0,001). En revanche, l'utilisation occasionnelle et l'utilisation fréquente progressent entre 2003 et 2009 : respectivement de 28,5 % à 43,7 % (p<0,001) et de 5,3 % à 14,1 % (p<0,001) **[figure 5]**.

Cette évolution, déjà significative entre 1998 et 2003, s'est donc accentuée entre 2003 et 2009.

Thèmes des questionnaires utilisés

Certains thèmes sont plus souvent mentionnés dans l'utilisation des questionnaires en 2009 qu'ils ne l'étaient en 2003 **[tableau III]**.

Un tiers (34,0 %) des médecins généralistes déclare utiliser en 2009 des questionnaires sur le tabac, alors qu'ils n'étaient que 6,3 % en 2003, soit une multiplication par cinq. Le thème du tabac est ainsi devenu le premier thème cité par plus de la moitié

FIGURE 5

Évolution de l'utilisation de questionnaires préétablis par les médecins entre 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage)

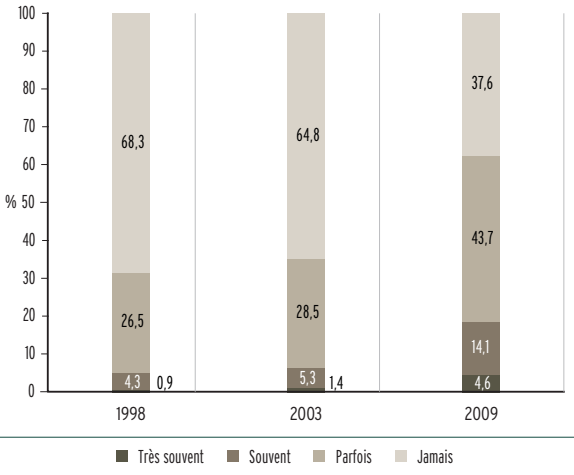


TABLEAU III

Utilisation par les médecins de questionnaires préétablis, selon les thèmes (question ouverte; en pourcentage)

	Parmi les utilisateurs		Parmi l'ensemble des généralistes	
	2003	2009	2003	2009
Tabac	17,9	54,6	6,3	34,0
Maladies cardio-vasculaires/HTA	18,1	34,3	6,4	21,4
Dépression/psychiatrie	24,1	26,9	8,5	16,8
Nutrition/obésité/alimentation	6,6	25,5	2,3	15,9
Alzheimer/mémoire	33,9	24,4	11,9	15,2
Alcool	5,7	20,7	2,0	12,9
Douleur	12,9	11,1	4,5	6,9
Dyslipidémies/cholestérol	9,0	6,9	3,1	4,3
Prostate/urologie	8,6	5,6	3,0	3,5
Neurologie, dont migraine	9,2	5,2	3,2	3,2
Diabète	9,6	4,7	3,4	2,9
Cannabis/drogues/addiction	–	3,8	–	2,4
Cancers	9,3	3,2	3,3	2,0
Asthme	3,1	2,7	1,1	1,7
Activité physique ou sportive	0,6	2,5	0,2	1,6
Sommeil	0,7	2,2	0,2	1,3
Rhumatologie/ostéoporose	2,0	1,9	0,7	1,2
Vie sexuelle	–	1,7	–	1,1
Pneumologie	2,3	1,5	0,9	1,0
Gynécologie	4,3	–	1,5	–
Problème digestif	3,6	–	1,3	–
Autres	8,6	7,9	3,0	4,9
NSP	1,2	0,2	0,4	0,1

des médecins utilisateurs de questionnaires (54,6 % d'entre eux) et devance celui des maladies cardio-vasculaires cité par 34,3 % des médecins utilisateurs, soit un médecin généraliste sur cinq (21,4 %).

Trois autres thèmes sont cités par un tiers environ des médecins utilisateurs : dépression et maladies psychiatriques (26,9 % des utilisateurs, soit 16,8 % des médecins), alimentation (25,5 % des utilisateurs, soit 15,9 % des médecins), maladie d'Alzheimer ou troubles de la mémoire (24,4 %, soit 15,2 % des médecins).

En 2009, la hiérarchie des thèmes diffère de celle observée en 2003. Le thème maladie d'Alzheimer et mémoire était alors principalement cité (par 33,9 % des utilisateurs, soit 11,9 % des médecins), avant celui de dépression et psychiatrie (24,1 %), puis maladies cardio-vasculaires (18,1 %), tabac (17,9 %) et douleur (12,9 %).

Profil des médecins utilisateurs de questionnaires préétablis

Les médecins utilisateurs de questionnaires préétablis sont plus jeunes (73,6 % des 40 ans et moins, 63,3 % des 41 à 50 ans et 58,7 % des plus de 50 ans ; $p<0,001$), appartiennent plus fréquemment à un réseau de santé (71,6 % *vs* 56,3 % ; $p<0,001$), pratiquent plus souvent occasionnellement un Mep (68,4 % des médecins qui pratiquent des Mep « *occasionnellement* », par opposition à ceux ne les pratiquant « *jamais* »

(56,3 %) ou les pratiquant « *régulièrement* » ou « *systématiquement* » (59,3 %) (p<0,001). Ces caractéristiques[9] étaient déjà observées en 2003 **[18]**.

En 2009, ces médecins sont plus souvent formés en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique (67,5 % *vs* 56,7 % ; p<0,001). Ils sont d'autant plus utilisateurs de questionnaires qu'ils ont bénéficié d'un plus grand nombre de jours de formation médicale continue (FMC). En effet, il existe un gradient allant de 46,3 % d'utilisateurs de questionnaires parmi ceux qui n'ont pas eu de FMC jusqu'à 71,4 % de ceux qui ont eu plus de dix jours de FMC (p<0,001). Ces médecins utilisateurs consacrent plus souvent du temps à une association de prévention (76,9 % *vs* 59,7 % ; p<0,001). Ils disposent plus fréquemment de dossiers de patients informatisés (64,9 % *vs* 53,1 % ; p<0,001).

Par ailleurs, ces médecins sont plus souvent « *très favorables* » à la vaccination (78,6 % *vs* 74,2 % ; p<0,05), sont plus nombreux à vacciner « *systématiquement* » les personnes âgées contre la grippe saisonnière (83,1 % *vs* 77,2 % ; p<0,001) et, enfin, sont plus nombreux à aborder au moins une fois le thème du tabac et de l'alcool avec chaque patient (respectivement 68,2 % *vs* 54,8 % ; p<0,001, et 25,3 % *vs* 19,2 % ; p<0,001).

PERCEPTION DU RÔLE DE PRÉVENTION

Un rôle de prévention fort pour les thèmes les plus biomédicaux

Plus de 98 % des médecins déclarent que la prévention fait « *tout à fait* » ou « *plutôt* » partie de leur rôle dans les domaines du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'alimentation, de l'activité physique et du risque cardio-vasculaire.

Ils sont 90,2 % à déclarer la prévention faire « *tout à fait* » ou « *plutôt* » partie de leur rôle dans le domaine du cannabis. Ils sont 79,7 % à faire cette déclaration dans le domaine de la vie affective et sexuelle **[figure 6]**.

Si l'on s'intéresse uniquement aux médecins déclarant avoir « *tout à fait* » un rôle de prévention, ils le font en priorité pour les thèmes de prévention les plus « biomédicaux ». Ainsi, 90,1 % des médecins déclarent « *tout à fait* » un rôle de prévention pour le risque cardio-vasculaire, puis 81,7 % pour le tabagisme, 75,2 % pour la consommation d'alcool, 73,3 % pour l'activité physique, 70,8 % pour l'alimentation, 57,1 % pour la consommation de cannabis et seulement 35,9 % pour la vie affective et sexuelle.

Facteurs associés à la déclaration d'un rôle fort de prévention

Avoir bénéficié d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique est une caractéristique retrouvée plus fréquemment chez les médecins déclarant que la prévention fait « *tout à fait* » partie de leur rôle, dans six des sept thèmes cités **[tableau IV]**.

Par ailleurs, certaines caractéristiques des médecins sont liées à un rôle important dans au moins quatre thèmes : un grand nombre d'actes par jour, l'appartenance à un réseau de santé, suffisamment de collaborations dans le domaine social.

FACILITÉ POUR LES MÉDECINS À ABORDER LA PRÉVENTION SELON LES THÈMES

Les médecins trouvent certains thèmes plus faciles à aborder que d'autres **[figure 7]**. Les médecins jugent le risque cardio-vasculaire et le dépistage des cancers « *tout à fait* » ou

9. Caractéristiques restant significativement associées à l'utilisation de questionnaires après analyse multivariée.

FIGURE 6

Médecins déclarant que la prévention fait partie de leur rôle, selon différents domaines (en pourcentage)

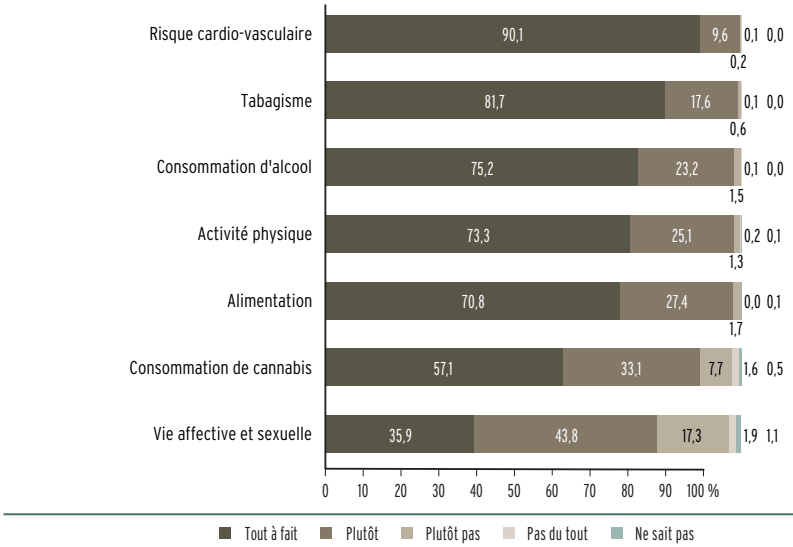


TABLEAU IV

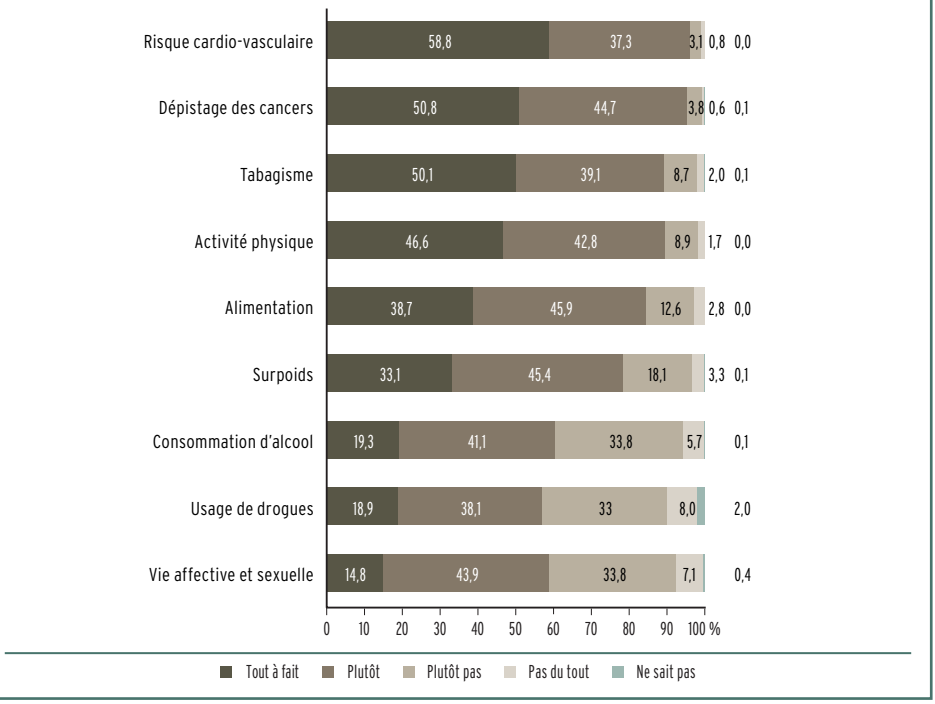
Facteurs liés à la déclaration d'un rôle fort de prévention pour chacun des sept thèmes proposés

	Risque cardio-vasculaire	Tabac	Alcool	Activité physique	Alimentation	Cannabis	Vie affective et sexuelle
Formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique	1,4*	1,4**	1,3*	1,3*	1,4**	1,3*	
Nombre d'actes par jour (plus de 30 *vs* 15 ou moins)	2,2**		1,6*	1,5*		1,6**	2,2***
Réseau de santé			1,3*	1,4**		1,2*	
Suffisamment de collaborations dans le domaine social		1,4*		1,3*	1,5**		1,4**
Activités de formateur					1,3*	1,3*	1,4**
Pratique d'un mode d'exercice particulier			1,4**	1,4*	1,5**		
Femme médecin					1,4**		1,4**
Association de prévention						1,4**	1,4*
Suffisamment de collaborations domaine psychologique							1,4***
Dossier informatisé		1,4*					
Nombre de jours de formation médicale continue				1,3*			
Secteur 2							1,4*

* : p<0,05 ; ** : p<0,01; *** : p<0,001 (analyses multivariées).

FIGURE 7

Facilité pour les médecins à aborder avec leurs patients la prévention dans neuf domaines (en pourcentage)



« *plutôt* » faciles à aborder (respectivement 96,1 % et 95,5 %). Viennent ensuite l'activité physique (89,4 %), le tabagisme (89,2 %), l'alimentation (84,6 %) et le surpoids (78,5 %).

Les thèmes jugés les moins faciles à aborder sont la consommation d'alcool (60,4 %), la vie affective et sexuelle (58,7 %) et l'usage de drogues (57,0 %).

Facteurs associés à une facilité à aborder certains thèmes de prévention

La facilité à aborder chaque thème de prévention cité est fortement liée au fait que le médecin considère plus fréquemment la prévention sur ce thème comme faisant partie de son rôle. Ce lien est significatif pour tous les thèmes ($p<0,001$). Ainsi, 56,6 % des médecins indiquant que la prévention dans le domaine du tabac relève de leur rôle déclarent qu'il est facile d'aborder le tabagisme, *versus* 20,9 % de ceux qui estiment que cela ne relève pas de leur rôle. Ces pourcentages sont respectivement de 23,7 % et 5,8 % pour l'alcool, de 27,5 % et 7,6 % pour le cannabis, de 55,9 % et 21,0 % pour l'activité physique, de 28,8 % et 7,0 % pour la vie affective et sexuelle, et de 62,5 % et 24,8 % pour le risque cardio-vasculaire.

De plus, quel que soit le thème[10], cette facilité est liée à une déclaration de suffisantes collaborations avec d'autres profes-

10. En dehors des thèmes du tabac et de l'activité physique, non significatifs en analyse univariée mais significatifs en analyse multivariée.

sionnels pour des situations relevant du domaine psychologique. Ainsi 67,7 % de ceux déclarant de telles collaborations trouvent facile d'aborder la question de l'alcool *versus* 57,6 % de ceux qui ne déclarent pas de telles collaborations en quantité suffisante (p<0,001). Ces pourcentages sont respectivement de 64,8 % et 54,1 % pour les drogues (p<0,001), de 89,0 % et 82,9 % pour l'alimentation (p<0,01), de 83,4 % et 76,6 % pour le surpoids (p<0,01), de 66,8 % et 55,6 % pour la vie affective et sexuelle (p<0,001), et de 97,4 % et 95,6 % pour le risque cardio-vasculaire (p<0,05).

D'autres facteurs, liés à un ou plusieurs thèmes, jouent sur cette facilité **[tableau V]**. Par exemple, les médecins hommes disent aborder plus facilement que les femmes les thèmes du tabac, de la drogue et du risque cardio-vasculaire, tandis que les médecins femmes se sentent plus à l'aise pour aborder le thème du dépistage des cancers.

Pour la plupart des thèmes, il n'y a pas de lien entre la facilité à les aborder et l'utilisation de questionnaires préétablis. Cependant, les thèmes du cannabis et de la vie affective et sexuelle sont déclarés plus souvent faciles à aborder par les médecins qui utilisent des questionnaires sur ces thèmes. Ainsi, 41,2 % des médecins utilisateurs de questionnaires préétablis sur le cannabis trouvent tout à fait facile de l'aborder avec les patients, *versus* seulement 19,1 % de ceux qui n'en utilisent pas (p<0,05). Cette facilité est présente chez 54,6 % des médecins utilisateurs de questionnaires sur la vie affective et sexuelle, *versus* 14,4 % des non-utilisateurs (p<0,01).

Sentiment d'efficacité des médecins dans l'éducation de leurs patients

Un sentiment d'efficacité qui diminue

Dans l'éducation des patients asthmatiques, le pourcentage des médecins se sentant efficaces (« *assez* » ou « *très* ») a chuté (de 87,6 % en 2003 à 78,7 % en 2009 ; p<0,001). Cela provient d'une diminution du pourcentage des médecins se sentant « *très* » efficaces, qui est passé de 19,7 % en 2003 à 8,0 % 2009 (p<0,001) **[figure 8]**.

Dans l'éducation des patients diabétiques, 72,4 % des médecins déclarent se sentir efficaces, en baisse là aussi par rapport à 2003 (78,0 % ; p<0,001). Comme pour les patients asthmatiques, cette tendance provient d'une diminution du pourcentage de médecins se sentant « *très* » efficaces (de 13,4 % en 2003 à 7,5 % en 2009 ; p<0,001).

Enfin, dans l'éducation des patients hypertendus, 90,3 % des médecins se sentent efficaces. Ce chiffre est stable par rapport à 2003 (90,6 %), malgré une diminution là encore du pourcentage de médecins se sentant « *très* » efficaces (de 23,2 % en 2003 à 17,6 % en 2009 ; p<0,001).

En 2009, plus de la moitié (56,5 %) des médecins se sentent efficaces (« *assez* » ou « *très* ») pour les trois maladies, alors que 41,5 % se sentent efficaces pour certaines maladies et non pour d'autres. Et 2,0 % seulement ne se sentent pas efficaces pour les trois maladies.

Le pourcentage de médecins se sentant efficaces pour les trois maladies diminue entre 2003 et 2009 (de 66,0 % en 2003 à 56,5 % en 2009 ; p<0,001). Le pourcentage de médecins se sentant efficaces pour une ou deux de ces maladies augmente (de 32,6 % en 2003 à 41,5 % ; p<0,001). Enfin, le pourcentage de médecins se sentant inefficaces pour les trois maladies reste inchangé (1,4 % en 2003).

Facteurs associés au sentiment d'efficacité

Deux facteurs sont associés positivement au sentiment d'efficacité des médecins dans l'éducation de leurs patients asthmatiques, diabétiques et hypertendus **[tableau VI]** :

- avoir suivi une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeu-

TABLEAU V

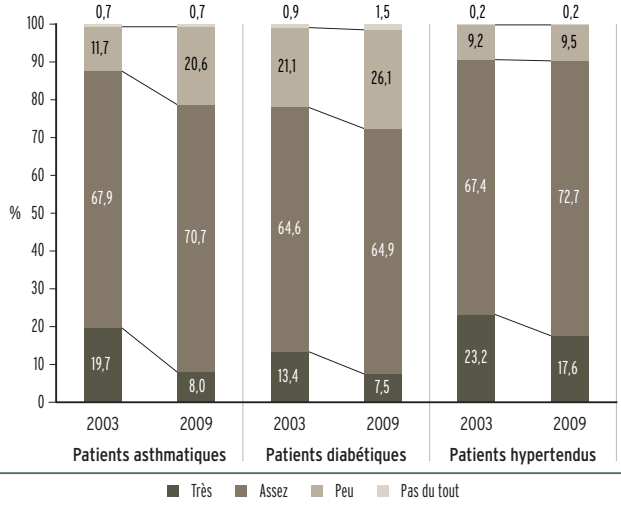
Facteurs liés à la facilité à aborder certains thèmes de prévention

	Tabac	Alcool	Drogue	
Prévention sur ce thème déclarée par le médecin comme faisant partie de son rôle	4,9***	5,1***	4,4***	
Collaborations suffisantes dans le domaine psychologique	1,3*	1,7***	1,8***	
Agglomération parisienne	1,5**	1,5*	1,4*	
Pratique d'un mode d'exercice particulier		1,4*		
Médecin femme	0,7**		0,7*	
Association de malades		1,7*	1,6*	
Association de prévention		1,5**	1,4*	
Avoir plus de 40 ans		1,6*		
Secteur 2	1,4*			
Réseau de santé				
Cabinet individuel			1,4**	
Collaborations suffisantes dans le domaine social				
Activités de formateur				
Nombre d'actes par jour (plus de 30 actes par jour)				

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 (analyses multivariées ; cellule vide : différence non significative). ND : donnée non disponible.

FIGURE 8

Sentiment d'efficacité dans l'éducation des patients asthmatiques, diabétiques et hypertendus[a] (en pourcentage)



a. NSP et non concernés exclus.

	Alimentation	Surpoids	Exercice physique	Vie affective et sexuelle	Dépistage cancer	Risque cardio-vasculaire
	5,0***	ND	4,4***	4,9***	ND	5,1***
	1,5***	1,6***	1,4**	1,8***	1,4***	1,2*
	1,4*		1,4*	0,7*		
	1,4*	1,4**	1,3*	1,5*		
					1,3*	0,8**
	1,4*	1,6*	1,7*			
		1,4*				
	1,5**	1,5**		2,1***		
					1,3*	
		1,3*				
					1,3*	
					1,4**	
					2,2***	

TABLEAU VI

Facteurs associés au sentiment d'efficacité des médecins dans l'éducation des patients asthmatiques, diabétiques et hypertendus (analyses multivariées, odds-ratio)

	Sentiment d'efficacité dans l'éducation des patients		
	asthmatiques	diabétiques	hypertendus
Formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique	1,3*	1,3*	1,4*
Suffisamment de collaborations dans le domaine psychologique	1,6**	1,3*	1,6**
Âge de 41 à 50 ans	1,3*		
Agglomération de plus de 20 000 habitants (sauf agglomération parisienne)	0,6*		
Nombre d'actes par jour (plus de 30 actes par jour)	1,9**		
Suffisamment de collaborations dans le domaine médical	1,3*	1,4**	
Médecins hommes		1,5**	
Satisfait de l'exercice de la profession		1,6***	

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

tique : 80,5 % des médecins « formés » se sentent efficaces dans l'éducation des patients asthmatiques *versus* 76,9 % des « non formés » (p<0,05) ; 74,5 % pour les patients diabétiques *versus* 70,2 % (p<0,05) ; et 91,8 % pour les patients hypertendus *versus* 88,7 % (p<0,05) ;

- avoir « *suffisamment de collaborations avec d'autres professionnels pour une prise en charge satisfaisante des patients pour des situations relevant du domaine psychologique* » : 84,4 % se sentent efficaces pour l'éducation des patients asthmatiques parmi ces médecins *versus* 76,6 % de ceux n'ayant pas suffisam-

ment de collaborations dans ce domaine (p<0,001) ; 78,2 % pour les patients diabétiques *versus* 70,2 % (p<0,001) ; et 93,2 % pour les patients hypertendus *versus* 89,2 % (p<0,01).

Concernant l'éducation des patients asthmatiques, des facteurs supplémentaires associés au sentiment d'efficacité sont retrouvés : l'âge (79,6 % des plus de 40 ans se sentent efficaces *vs* 73,3 % des 40 ans et moins ; p<0,05), l'exercice dans une agglomération de moins de 20 000 habitants (82,6 % *vs* 76,0 % ; p<0,001) ou dans l'agglomération parisienne (82,4 %), un nombre élevé d'actes quotidiens (79,9 % de ceux effectuant plus de 15 actes par jour *vs* 73,6 % des autres ; p<0,05) et « *suffisamment de collaborations avec d'autres professionnels pour une prise en charge satisfaisante des patients pour des situations relevant du domaine médical* » (80,1 % *vs* 74,4 % ; p<0,01).

Concernant l'éducation des patients diabétiques, les médecins hommes se sentent plus souvent efficaces (74,6 % *vs* 67,3 % ; p<0,01), de même que les médecins ayant des collaborations suffisantes dans le domaine médical (74,7 % *vs* 64,9 % ; p<0,001), ainsi que les médecins se déclarant « *tout à fait* » ou « *plutôt* » satisfaits de l'exercice de leur profession (76,7 % *vs* 73,7 % ; p<0,001).

Concernant l'éducation des patients hypertendus, aucun autre facteur significatif n'est retrouvé.

ÉLÉMENTS PERMETTANT DE MIEUX REMPLIR LES MISSIONS DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION

Facteurs favorisant les pratiques de prévention

Pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, plus de 9 médecins sur 10 (91,4 %) apprécieraient d'avoir plus de temps **[figure 9]**. Pour plus de 80 % d'entre eux, les campagnes d'information grand public et un rôle davantage reconnu en prévention sont des éléments qui leur permettraient de mieux remplir ces missions.

Plus de 70 % des médecins citent d'autres éléments : disposer de supports écrits d'information (78,5 %), avoir bénéficié d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique (78 %), pouvoir déléguer certaines activités de prévention (73,5 %). Une rémunération spécifique de ces missions est l'élément le moins cité (64 %) parmi la liste d'éléments proposés[11].

Facteurs cités et profils associés des médecins

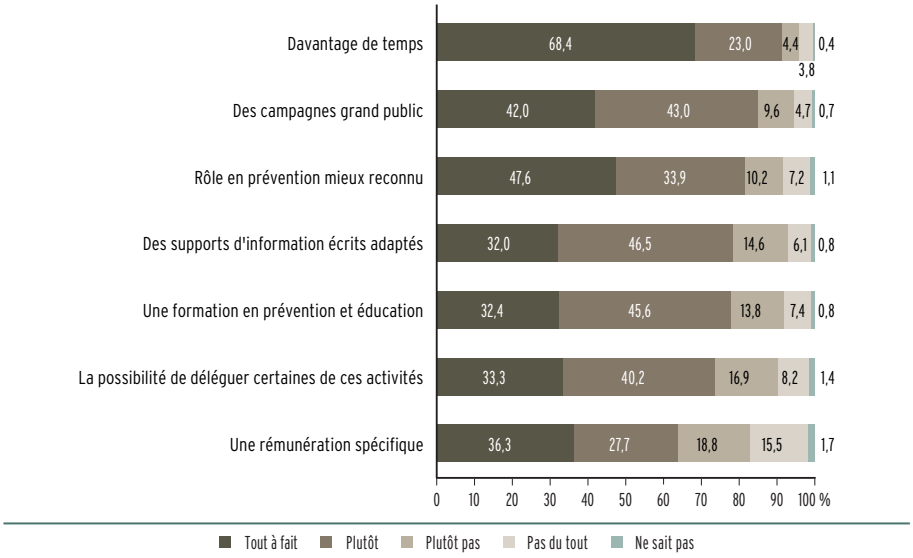
Parmi les éléments cités par les médecins comme pouvant « *tout à fait* » leur permettre de mieux remplir les missions de prévention et d'éducation, certains sont associés à des caractéristiques des médecins interrogés. Ces associations persistent après analyse multivariée.

- **Davantage de temps** comme facteur favorisant les pratiques de prévention est cité plus souvent par les médecins pratiquant un nombre élevé d'actes quotidiens (57,4 % pour ceux effectuant moins de 15 actes par jour, jusqu'à 78,7 % pour ceux déclarant plus de 30 actes par jour ; p<0,001). Cette disponibilité est aussi plus fréquemment citée lorsque les médecins travaillent en cabinet de groupe (73,5 % *vs* 62,8 % ; p<0,001) ou en réseau de santé (73,9 % *vs* 64,9 % ; p<0,001), chez ceux qui ont bénéficié d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation théra-

11. La question sur les freins et leviers à une démarche de prévention et d'éducation a été posée différemment en 2009 et en 2003. En 2009, la question posée portait sur les leviers et appelait une réponse pour chacun des leviers proposés. En 2003, la question portait sur les freins et appelait un choix unique au sein d'une liste proposée. En 2003, la résistance des patients (51,2 %) et le manque de temps (33,5 %) avaient été cités, bien avant le manque de formation (4,8 %) et la non-rémunération de l'activité (2,2 %).

FIGURE 9

Éléments permettant de mieux remplir les missions de prévention et d'éducation (en pourcentage)



peutique (72,2 % *vs* 64,4 % ; p<0,001) ou qui ont l'intention de faire une telle formation (70,0 %), ainsi que chez les médecins qui utilisent un dossier informatisé (93,5 % *vs* 84,5 % ; p<0,001). Ce facteur est enfin retrouvé plus souvent chez les médecins déclarant manquer de collaborations dans le domaine social (70,9 % *vs* 59,6 % ; p<0,001) ou déclarant être insatisfaits de leur exercice (75,3 % *vs* 66,9 % ; p<0,01).

■ Les **campagnes d'information** grand public constituent un facteur favorisant les pratiques de prévention plus particulièrement pour les médecins appartenant à un réseau de santé (46,2 % *vs* 39,3 % ; p<0,05). À l'opposé, cette proposition est moins souvent retrouvée chez ceux qui pratiquent régulièrement ou systématiquement un Mep (36,3 % *vs* 44 % ; p<0,05). Par ailleurs, les médecins qui se disent non intéressés par une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique citent moins souvent les campagnes d'information comme facteur favorisant leur activité de prévention que ceux qui ont déjà bénéficié ou sont intéressés par une telle formation (33,6 % *vs* respectivement 44,5 % et 42,3 % ; p<0,05).

■ Un **« rôle mieux reconnu dans la prévention »** est un facteur favorisant les pratiques de prévention plus fréquemment cité par les médecins appartenant à un réseau de santé (52,9 % *vs* 44,2 % ; p<0,001), ou ayant un Mep (50,5 % *vs* 41,5 % ; p<0,001). Cette proposition est plus souvent retrouvée chez les médecins déclarant n'avoir pas assez de collaborations dans le domaine social (49,2 % *vs* 41,8 %, p<0,01). Elle est aussi retrouvée plus souvent chez les médecins ayant bénéficié d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique (52,8 % *vs* 42,1 % ; p<0,01 %) ou qui sont intéressés par une telle formation (46,0 % *vs* 34,2 % de ceux qui ne sont

pas intéressés ; p<0,001), et ce d'autant plus souvent qu'ils ont eu un nombre élevé de jours de formation médicale continue (37,4 % si pas de FMC jusqu'à 58,6 % si plus de dix jours de FMC ; p<0,001)

■ Des **supports d'information écrits adaptés** sont cités plus fréquemment par les médecins femmes (37 % *vs* 29,9 % des médecins hommes ; p<0,01) et par les médecins utilisateurs de questionnaires préétablis (70,2 % *vs* 59,8 % ; p<0,01). Les médecins qui ne sont pas intéressés par une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique sont moins souvent demandeurs de documents d'information que ceux qui ont suivi ou ont l'intention de suivre une telle formation (16,8 % *vs* respectivement 34,0 % et 36,5 % ; p<0,001).

■ Une **formation en prévention** et éducation est mentionnée plus souvent comme facteur favorisant les pratiques de prévention par les médecins ayant bénéficié d'une FMC dans la dernière année. Cette proposition est faite par 39,6 % des médecins ayant eu plus de dix jours de FMC au cours de la dernière année, alors qu'elle n'est faite que par 25,9 % des médecins n'ayant eu aucun jour de FMC (p<0,05). Elle est par ailleurs citée plus fréquemment par les médecins consacrant du temps à une association de prévention (40,0 % *vs* 31,0 % ; p<0,005), par ceux déclarant ne pas avoir assez de collaborations dans le domaine psychologique (34,2 % *vs* 27,8 % ; p<0,01), ou encore par ceux exerçant en secteur 1 (33,4 % *vs* 25,0 % ; p<0,05).

■ La **possibilité de déléguer certaines activités** est un facteur cité plus fréquemment chez les médecins de 40 ans et moins (41,8 % *vs* 32 % des médecins de plus de 40 ans ; p<0,05). Cette réponse est aussi retrouvée plus souvent chez les médecins effectuant un nombre d'actes plus élevé (38,9 % pour ceux qui pratiquent plus de 30 actes par jour *vs* 25,7 % de ceux effectuant moins de 16 actes par jour, avec un gradient décroissant entre ces deux chiffres ; p<0,001). Enfin, elle est retrouvée plus fréquemment chez les médecins appartenant à un cabinet de groupe (37,3 % *vs* 29,1 % en cabinet individuel ; p<0,001).

■ Une **rémunération spécifique** est davantage citée par les médecins exerçant dans une ville de plus de 100 000 habitants ou dans l'agglomération parisienne (41,1 % *vs* 32,1 % ; p<0,001), appartenant à un réseau de santé (43,5 % *vs* 31,6 % ; p<0,001), avec un plus faible nombre de jours de présence en cabinet (41,0 % des médecins présents moins de cinq jours par semaine au cabinet *vs* 32,8 % ; p<0,001). Il s'agit aussi plus souvent de médecins ayant un Mep (43,2 % « *régulier* » ou « *systématique* » *vs* 34,1 % ; p<0,001), ou recourant à un dossier informatisé (37,8 % *vs* 30,8 % ; p<0,01). Cette rémunération est un facteur favorisant plus souvent cité par les médecins ayant bénéficié (42,0 % *vs* 30,2 %) ou souhaitant bénéficier (32,4 % *vs* 25,7 %) d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique, ou encore par les médecins formateurs (49,1 % *vs* 32,3 % ; p<0,001).

■ Une **lecture transversale de ces résultats** permet de contraster ces facteurs favorisants en fonction des caractéristiques des médecins. Ainsi, les médecins femmes pensent plus souvent que les hommes que des campagnes d'information et des documents d'information adaptés les aideraient à remplir leur mission de prévention. Les jeunes médecins évoquent plus souvent la possibilité de déléguer certaines activités de prévention. Les médecins appartenant à un réseau de santé évoquent plus souvent les campagnes d'information et une meilleure reconnaissance de leur rôle. Les médecins ayant suivi une formation évoquent plus souvent les formations, davantage de temps et une reconnaissance de leur rôle en prévention. Les médecins qui déclarent un nombre d'actes élevé, de

même que les médecins qui exercent en cabinet de groupe, évoquent plus souvent la question du temps et la possibilité de déléguer certaines activités. Les médecins qui déclarent un Mep évoquent plus souvent la reconnaissance de leur rôle en prévention, ainsi que la rémunération, mais moins souvent la possibilité de déléguer certaines activités de prévention.

LA SITUATION DES MÉDECINS EN REGARD D'AUTRES ACTEURS DANS LE CHAMP DE LA PRÉVENTION

Par qui la prévention doit-elle être faite ?

Avant tout, la prévention doit être faite par les médecins généralistes eux-mêmes (95,7 % des médecins interrogés) **[figure 10]**.

Les médecins envisagent moins souvent la mise en œuvre de la prévention par d'autres professionnels. Lorsqu'ils l'envisagent, ils citent les professionnels paramédicaux (81,6 % des médecins interrogés), les médecins spécialistes ou hospitaliers (66,4 %), ou des professionnels de l'enseignement ou du social (59,8 %).

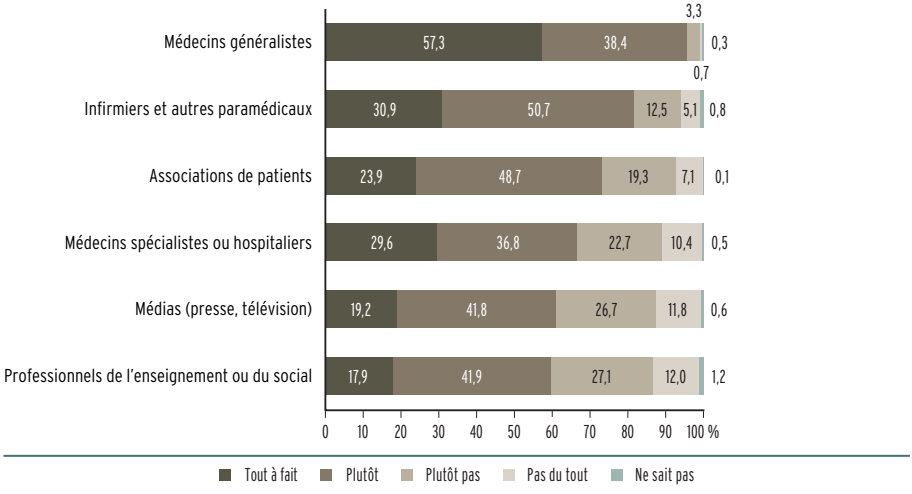
Certains médecins généralistes déclarent que la prévention doit être faite par des associations de patients (72,6 %) et dans une moindre mesure par les médias (61,0 %). Les médecins généralistes les plus jeunes sont plus nombreux à déclarer qu'elle doit être faite par les médecins spécialistes (77,0 % pour les 40 ans et moins, *vs* 62,0 % pour les 51 ans et plus ; p<0,01).

La possibilité d'une délégation de tâches

Parmi les 81,6 % de médecins qui pensent que les paramédicaux devraient jouer un rôle dans la prévention, 91,3 % seraient prêts à leur déléguer des tâches de prévention. Parmi les 66,4 % qui pensent que les médecins spécialistes ou hospitaliers

FIGURE 10

Acteurs devant intervenir dans la prévention, selon les médecins généralistes interrogés (en pourcentage)



devraient jouer un tel rôle, 85,4 % seraient prêts à leurs déléguer des tâches de prévention. Enfin, parmi les 72,6 % qui pensent que les associations de patients devraient jouer un rôle, 77,4 % seraient prêts à une telle délégation.

Ainsi, s'il est fait l'hypothèse que les médecins ne seraient pas disposés à déléguer des tâches de prévention aux professionnels ou structures qu'ils jugent sans rôle en prévention, 74,6 % de l'ensemble des médecins seraient prêts à déléguer des tâches de prévention à des paramédicaux, 56,8 % à des médecins spécialistes ou hospitaliers, 56,2 % à des associations de patients.

DISCUSSION

LIMITES ET APPORTS DU BAROMÈTRE SANTÉ MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le Baromètre santé médecins généralistes 2009, au-delà des biais classiques rencontrés dans les enquêtes quantitatives déclaratives[12], se heurte à la difficulté d'étudier des pratiques complexes à travers des questions fermées. Par exemple, dans ce chapitre, l'analyse des pratiques d'éducation pour la santé des médecins est réalisée en leur demandant s'ils abordent les thématiques du tabac et de l'alcool avec les patients. La déclaration par le médecin de l'abord de ces thématiques indique qu'il interroge ses patients sur ce thème. Elle ne préjuge pas de son utilisation comme donnée d'anamnèse seule, ou comme point de départ à la délivrance d'une information adaptée, ou pour l'initiation d'une démarche éducative. De même, les questions sur le sentiment de « *disposer de suffisamment de collaborations* (dans différents domaines) *pour permettre une prise en charge satisfaisante des patients* » sont des questions complexes. Savoir comment elles sont comprises par les médecins nécessiterait un approfondissement qualitatif.

Néanmoins, le suivi de nombreux indicateurs, les multiples possibilités de croisement au sein d'une base de données importante et la répétition du Baromètre santé médecins généralistes à intervalle régulier apportent autant d'informations intéressantes.

QUELLES PRATIQUES PRÉVENTIVES ET QUELLE ÉVOLUTION ?

Des pratiques largement tournées vers une prévention médicalisée

Selon les résultats du Baromètre santé 2009, les médecins sont nombreux à déclarer des pratiques de prévention médicalisée, explorées ici à travers les pratiques de vaccination et de dépistage sérologique. Cette donnée est retrouvée dans une autre enquête selon laquelle la vaccination est le thème de prévention que les médecins déclarent le plus souvent aborder (60 % d'entre eux), devant les facteurs de risques cardio-vasculaires et le dépistage des cancers (37 %) **[19]**.

Des pratiques variables de prévention liées aux comportements de santé

D'une manière générale, une part importante de la population venant consulter les médecins présente des comportements à risque pour la santé. Ainsi, dans une patien-

12. Voir le chapitre « Présentation de l'enquête : méthode et profil des médecins généralistes », page 23.

tèle, plus de la moitié des personnes a au moins deux comportements à risque parmi les quatre suivants : tabagisme, abus d'alcool, sédentarité, excès alimentaires **[20]**. Généralement, une simple délivrance de conseils par le médecin ne permet pas au patient de changer de comportement. Un accompagnement par le médecin sera notamment nécessaire, requérant au préalable l'adhésion du patient à un projet construit avec lui.

Dans le Baromètre santé médecins généralistes 2009, les pratiques de prévention liées aux comportements de santé dans le domaine des addictions (tabac, alcool et cannabis), auxquelles se rapportent les démarches d'éducation pour la santé, sont variables selon le type d'addiction considérée.

Aborder au moins une fois le tabac avec chaque patient est une pratique médicale fréquente, déclarée par plus de trois médecins sur cinq, tandis que plus d'un médecin sur trois aborde cette addiction uniquement avec les patients jugés à risque. La fréquence de cette pratique tient probablement à l'inscription du sujet dans l'interrogatoire médical classique, à l'absence d'ambiguïté sur les dangers du produit, à l'ancrage fort du sujet dans les politiques de santé et dans les campagnes médiatiques, à la disponibilité d'outils et à la possibilité de prescrire des traitements pour accompagner le sevrage tabagique, mais aussi à l'existence de professionnels et de dispositifs relais. Dans une enquête auprès de médecins généralistes de Provence – Alpes – Côte d'Azur (Paca) **[21]**, on retrouve la même proportion (97 %) de médecins déclarant interroger généralement les patients sur leur consommation de tabac.

À l'inverse, aborder au moins une fois avec chaque patient sa consommation d'alcool ou de cannabis est nettement moins fréquent et la prévention est plus souvent ciblée sur les patients jugés « à risque ».

Les médecins femmes et les médecins ayant suivi davantage de formations médicales continues abordent plus systématiquement les trois types d'addictions avec les patients. Les médecins qui consacrent du temps à une association de prévention, tout comme ceux qui exercent dans l'agglomération parisienne, abordent plus systématiquement les thèmes de l'alcool et du tabac.

D'autres travaux retrouvent un investissement plus fréquent des médecins femmes dans les pratiques de prévention, notamment dans le champ de l'éducation nutritionnelle **[22]**. En admettant que la caractéristique « femme » ne cache pas le caractère plus féminin de sa patientèle, on peut se demander si la féminisation de la profession pourrait favoriser un accroissement futur des pratiques d'éducation pour la santé.

Un lien positif est également retrouvé dans la littérature entre pratiques de prévention et formation des médecins, notamment aux thérapies cognitivo-comportementales, ainsi qu'entre pratiques de prévention et évaluation des pratiques professionnelles (EPP) **[21]**, pouvant montrer l'intérêt d'un accompagnement des médecins pour développer une approche préventive.

Des pratiques d'éducation thérapeutique minoritaires, reposant avant tout sur une démarche d'information

Aujourd'hui, 80 % des consultations de médecine ambulatoire concernent des maladies chroniques et, selon les études ou les pathologies, 30 % à 80 % des patients suivent imparfaitement les traitements recommandés **[23, 24]**. Ainsi, lors du suivi des personnes diabétiques **[25]**, l'adhésion des patients aux recommandations sur l'alimentation et l'activité physique apparaît comme la principale difficulté, évoquée par plus de deux médecins généralistes sur trois.

Concernant les pratiques éducatives auprès de patients atteints de maladies chroniques, le Baromètre santé montre que les médecins font surtout de la délivrance d'informations ou de conseils. Moins de la moitié d'entre eux orientent régulièrement leurs patients vers d'autres intervenants et un tiers des médecins mettent en œuvre régulièrement des activités éducatives.

Le fait que les médecins abordent prioritairement l'éducation thérapeutique du patient sous l'angle de l'information et du conseil, avec des objectifs avant tout d'observance, est retrouvé par d'autres auteurs **[26, 27]**. Il semble que d'autres approches de l'éducation thérapeutique du patient, notamment centrées sur le développement de compétences, au service de l'autodétermination et de la qualité de vie **[12, 28-30]**, soient moins présentes aujourd'hui dans les pratiques.

Une autre enquête montre que l'orientation vers des correspondants et la mise en œuvre d'une démarche éducative sont probablement liées aux pathologies concernées, deux tiers des médecins déclarant que leur pratique varie « *en fonction des pathologies* » et un sur cinq qu'elle s'effectue sur « *signes d'appel* » **[27]**.

En conformité avec les résultats du Baromètre santé médecins généralistes 2009 sur l'ensemble des maladies chroniques, une étude montre, à propos du diabète, que 28 % des médecins généralistes déclarent assurer eux-mêmes des rendez-vous dédiés à l'éducation thérapeutique de ces patients **[25]**.

Enfin, les médecins ayant un mode d'exercice particulier comme l'homéopathie ou l'acupuncture mettent plus fréquemment en œuvre des activités d'éducation thérapeutique. Selon certains auteurs, ce type de pratique est considéré comme lié à une approche plus globale de la personne **[18, 31]**. Ces médecins auraient un rapport au travail différent, seraient plus favorables à une relation médecin/malade caractérisée par une meilleure écoute du patient et une sensibilité à la dimension psychosociale, dans le cadre de consultations plus longues que la moyenne **[21]**.

RÔLE DES MÉDECINS ET FACILITÉ À ABORDER DIFFÉRENTS THÈMES DE PRÉVENTION

La prévention, une pratique que les médecins estiment relever de leur rôle

La concordance observée entre les pratiques déclarées par les médecins et le rôle qu'ils s'attribuent en prévention est retrouvée dans d'autres études **[19, 21]**. Les médecins déclarent un rôle plus important en prévention pour les thèmes les plus médicalisés. Viennent ainsi en premier la prévention du risque cardio-vasculaire, du tabagisme et de la consommation d'alcool (plus des trois quarts des médecins). Plus des deux tiers déclarent avoir ce rôle de prévention dans le domaine de l'activité physique et de l'alimentation, un peu plus de la moitié pour la consommation de cannabis, et seulement un peu plus d'un tiers pour le domaine de la vie affective et sexuelle.

Trois facteurs sont associés à la déclaration d'un rôle fort en prévention : le fait d'avoir suivi une formation, l'existence de collaborations avec d'autres professionnels – que ce soit ou non dans le cadre d'un réseau – et la réalisation d'un nombre important d'actes journaliers. Il peut sembler étonnant que cette dernière caractéristique soit associée à la déclaration d'un rôle fort en prévention, mais celle-ci, retrouvée dans d'autres enquêtes **[21]**, pourrait être liée à l'ambiguïté de l'indicateur, entre nombre et durée. Les médecins qui réalisent plus d'actes réalisent aussi sans doute plus d'actes de prévention, mais probablement des actes de durée plus courte que ceux qui effectuent un petit nombre d'actes par jour.

Par ailleurs, la déclaration plus fréquente par les médecins femmes d'un rôle de prévention à propos de l'alimentation est retrouvée par d'autres auteurs **[22]**, même si, comme indiqué précédemment, le sexe du médecin peut également être lié à des caractéristiques particulières de la patientèle.

Un rôle conforme aux recommandations professionnelles et aux attentes des patients…

Le rôle que les médecins déclarent avoir à jouer en prévention est relativement conforme à la définition de la pratique de médecine générale portée par le projet Wonca sur la promotion de la santé et la prévention des maladies[13] **[1]**. Il concorde également avec certaines réflexions actuelles de la profession sur les activités à mettre en œuvre dans ce domaine, par exemple celles de la Société française de santé publique **[6, 32]**, de médecins généralistes **[10, 29]**, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté **[33]**, et issues d'une collaboration France-Québec **[34, 35]**.

Comme le révèle l'analyse des motifs de consultation dans l'enquête permanente sur la prescription médicale santé **[36]**, les attentes de la population en matière de prévention sont importantes. Elles le sont tout particulièrement chez les femmes de 25 à 64 ans – la prévention et les motifs administratifs constituent le premier motif de consultation, soit 24,1 % des motifs déclarés en 2002-2003 –, chez les moins de 25 ans – deuxième motif de consultation chez les femmes (29,1 %) et chez les hommes (24,4 %).

Le rôle d'information que les médecins s'attribuent correspond bien à une attente des patients, qui a été exprimée lors des États généraux de la santé organisés en France en 1998-1999 **[37]**. Cette attente s'inscrit dans une évolution de la société, où les personnes, considérées comme autonomes et responsables, sont amenées à participer aux décisions qui les concernent **[38]**. Dans un domaine aussi large que celui de l'alimentation par exemple, les médecins constituent la troisième source d'information (citée par 12,7 % des personnes âgées de 12 à 75 ans), derrière les médias (51,0 %) et l'entourage (19,7 %) **[39]**.

En ce qui concerne les personnes atteintes de maladies chroniques, elles souhaitent une plus grande reconnaissance de leur savoir sur la maladie et de son autogestion, tout en exprimant à l'encontre du médecin le besoin d'informations sur le système de santé **[40]**. Elles attendent aussi des médecins un accompagnement dans une démarche d'acquisition de compétences visant un développement personnel, à travers notamment une recherche de sens, la reconstruction de leur identité et l'entretien de leur sentiment d'auto-efficacité **[41, 42]**. Le médecin doit ainsi constamment composer entre la demande du patient de « bien vivre » le présent et l'objectif médical de prévention des complications de la maladie **[43]**.

…mais un rôle plus ou moins facile à mettre en œuvre selon les thèmes…

Le Baromètre santé montre que la facilité à aborder un thème correspond à l'importance que les médecins accordent à leur propre rôle de prévention sur ce thème, sauf à propos de l'alcool. Pour ce thème

---

13. « *Le médecin généraliste parcourt avec des individus autonomes les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, de l'accompagnement et de la guérison, en utilisant et en intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale.* » « *Cela nécessite de prendre en compte les aspects cliniques, humains et éthiques de la relation médecin/patient* » **[1]**.

en effet, si les trois quarts des médecins estiment avoir tout à fait un rôle à jouer dans la prévention de l'alcoolisme, ils déclarent que c'est l'un des thèmes les plus difficiles à aborder.

Il semble que la facilité d'abord soit d'autant plus grande que des techniques de diagnostic, des traitements **[18, 31]** et une certaine habitude de prise en charge existent, comme pour le risque cardiovasculaire, le cancer ou le tabagisme. À l'inverse, la facilité serait moindre lorsqu'il s'agit d'un sujet touchant à l'intime, avec une dimension éducative, et vis-à-vis duquel le médecin craint d'être intrusif ou pas assez « outillé » pour la prise en charge : consommation d'alcool ou de drogue, vie affective et sexuelle **[27]**. Par ailleurs, les médecins déclarent avoir plus de facilité à aborder la question de l'activité physique ou de l'alimentation que le thème du surpoids, probablement du fait de la plus grande difficulté à accompagner les patients dans une démarche de perte de poids **[31]**.

...et un abord des thèmes de prévention plus facile chez les médecins formés et déclarant suffisamment de collaborations

La facilité à aborder les thèmes de prévention est par ailleurs corrélée au fait d'avoir suivi une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique et d'avoir suffisamment de collaborations dans le domaine psychologique (et non plus le domaine social comme pour la question précédemment étudiée du rôle du médecin en prévention). Comme pour la prévention médicalisée, reposant plutôt sur des gestes techniques, cette dimension psychologique montre l'importance du besoin de collaborations interprofessionnelles, plus particulièrement dans le soutien des personnes qui tentent d'adopter des comportements plus favorables à leur santé.

La facilité à aborder les thèmes de prévention semble aller de pair avec le sentiment d'efficacité pour deux thèmes. Ainsi, l'usage de drogues et l'alcoolisme figurent parmi les thèmes les plus difficiles à aborder en 2009, alors que pour ces mêmes thèmes les médecins déclaraient le plus faible sentiment d'efficacité en 1998 et 2003 (respectivement moins de 30 % et moins de 40 % des médecins se sentaient « *très* » ou « *assez* » efficaces dans ces domaines) **[18, 44]**.

D'autres travaux **[21]** montrent que le sentiment d'efficacité est « *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)* ». Quatre motifs sont avancés par les auteurs pour expliquer ce sentiment d'efficacité moindre : les professionnels douteraient de leurs compétences dans ces domaines qui demandent des qualités psychopédagogiques fortes ; ils ne croiraient pas à la possibilité de faire changer les habitudes de vie ou les comportements de leurs patients dans certains domaines ; ils ne se sentiraient pas toujours en accord avec les recommandations ou les guides de bonnes pratiques (exemple de la prescription de la contraception d'urgence) ; ou encore, ils craindraient de détériorer la relation médecin/patient en abordant d'eux-mêmes des questions qu'ils jugent trop sensibles ou intrusives.

Une diminution du sentiment d'efficacité des médecins dans l'éducation thérapeutique de leurs patients

Les médecins se sentent moins efficaces en 2009 qu'en 2003 dans l'éducation thérapeutique de leurs patients atteints de maladies chroniques, champ pourtant plus formalisé et plus médiatisé. Est-ce

justement parce qu'ils y sont plus sensibilisés, avec une meilleure approche de la complexité de cette tâche **[45]** ? En effet, certains auteurs évoquent les transformations majeures nécessaires pour passer d'un modèle de prise en charge biomédical (axé sur la prescription et le soin curatif de maladies aiguës, dans un système centré sur les médecins) vers un modèle plus global (axé sur la prévention des complications et l'accompagnement d'un patient amené à gérer une situation de santé chronique, dans un système ouvert sur la communauté) **[28, 46]**.

Une enquête auprès de praticiens de la Somme vient conforter le résultat du Baromètre santé et éclairer cette hypothèse. Un quart des médecins interrogés y déclarent se sentir inefficaces en éducation thérapeutique. Ce sentiment est plus fort chez les médecins les plus jeunes ou les plus âgés et chez ceux qui pensent ne pas avoir de rôle à jouer en éducation **[27]**. Les auteurs soulèvent les hypothèses d'une méconnaissance de l'éducation du patient par certains médecins et l'inadéquation des référentiels dans ce domaine pour la médecine générale. Ils évoquent également l'expérience et le recul des médecins qui se heurtent à la difficulté d'aider les patients à modifier leurs comportements, les amenant à douter de leur efficacité. Ils indiquent que ce sentiment d'inefficacité est renforcé par le sentiment (partagé par plus de la moitié des médecins) que les patients ne sont pas intéressés par une démarche éducative, ne viennent pas dans ce but, ou que le motif de la consultation ne permet pas de développer une telle démarche.

L'utilisation plus fréquente de questionnaires traduit-elle une formalisation des pratiques ?

Dans notre enquête, les médecins sont plus nombreux qu'en 2003 à recourir à des questionnaires préétablis, avec une utilisation occasionnelle ou fréquente. On observe ainsi une forte progression entre 2003 et 2009 du recours à des questionnaires préétablis pour certains thèmes. Par fréquence décroissante d'utilisation, on note une multiplication par cinq pour le tabac, par trois pour les maladies cardio-vasculaires, par deux pour la dépression, par sept pour l'alimentation et l'obésité, et par six pour l'alcool. Cette augmentation est-elle liée à une meilleure connaissance des questionnaires, à une incitation des autorités de santé publique et de l'industrie sur certains thèmes comme celui du tabac ou à un besoin de ce type de support pour soutenir une activité de prévention ? La dimension diagnostique de certains questionnaires plus fréquemment utilisés (maladies cardio-vasculaires, dépression, troubles de mémoire) inscrit vraisemblablement d'abord leur démarche dans une conduite plus curative que préventive. Toutefois il est probable qu'une démarche d'éducation pour la santé s'appuyant sur des questionnaires – en complément d'autres supports – se développe en parallèle à la démarche diagnostique observée. Ainsi, 17 % des médecins interrogés dans la région de Brest déclarent utiliser des « échelles d'évaluation » comme moyens pratiques de prévention **[19]**, même si cela ne correspond pas forcément à une démarche d'éducation, et sachant que cela reste minoritaire par rapport aux conseils oraux (93 %) et aux brochures d'information (56 %).

L'utilisation de questionnaires apparaît liée à une plus grande facilité à aborder deux thèmes de prévention seulement : le cannabis et la vie affective et sexuelle. Pour ces deux thèmes considérés par les médecins comme les plus difficiles à aborder, l'utilisation d'un questionnaire apporte probablement un soutien au médecin tout en facilitant l'acceptation de la démarche par le patient.

Certaines caractéristiques des médecins utilisateurs de questionnaires étaient présentes dans le précédent Baromètre santé en 2003. Ces médecins utilisateurs étaient un peu plus jeunes, appartenaient plus souvent à un réseau de santé et avaient occasionnellement un mode d'exercice particulier.

Des caractéristiques nouvelles sont apparues dans le Baromètre santé 2009. Ces médecins ont suivi plus de formation médicale continue, notamment en éducation pour la santé. Ils consacrent plus souvent du temps à des associations de prévention. Ils sont plus favorables à la vaccination et ils abordent aussi plus systématiquement le tabac ou l'alcool avec chaque patient. Enfin, ils utilisent plus souvent des dossiers de patients informatisés. L'évolution du parc informatique (85 % des médecins généralistes possédaient un ordinateur au cabinet en 2007 **[47]**) ainsi que l'utilisation de logiciels (81 % des médecins utilisaient l'ordinateur pour la gestion des dossiers médicaux en 2007) participent-elles à une systématisation de l'utilisation de questionnaires et même d'autres supports dans les pratiques préventives ?

QUELS FACTEURS FAVORISERAIENT LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ?

Pour différentes raisons – accessibilité géographique et financière, proximité et continuité relationnelle, relation de confiance, suivi du patient et de son entourage, répétition des rencontres, approche globale centrée sur la personne, aptitude à la résolution de problèmes dans un modèle bio-psycho-social –, le médecin généraliste est positionné pour remplir une fonction d'éducation pour la santé **[1, 10, 48]** et d'éducation du patient **[49]**. Les médecins, dans leur logique de soins, perçoivent l'éducation du patient comme un moyen pour une « *optimisation et une efficacité du traitement* » **[27]**. Ils perçoivent aussi qu'elle permet de renforcer la relation de confiance médecin/patient, de diminuer les complications, d'améliorer la qualité de vie et le vécu psychologique de leurs patients, puis en dernier lieu de renforcer leur autonomie. Certains y trouvent également des éléments positifs pour eux-mêmes : satisfaction morale, meilleure organisation de leur travail, renforcement de l'estime de soi et rôle valorisé.

Si les médecins généralistes paraissent particulièrement habilités à développer des activités de prévention et d'éducation, le Baromètre santé 2003 a montré qu'ils rencontraient pourtant différents freins[12] dans leur mise en œuvre, tels que la résistance des patients (51,2 %) et le manque de temps (33,5 %), bien avant le manque de formation (4,8 %) ou la non-rémunération de l'activité (2,2 %) **[18]**. En 2009, différents leviers les aideraient à développer leurs pratiques de prévention.

Du temps et la reconnaissance d'un rôle de prévention

« *Davantage de temps* » et une « *meilleure reconnaissance du rôle des médecins en prévention* » sont apparus parmi les leviers les plus cités avec des campagnes grand public (plus de quatre médecins sur cinq) et des supports d'information écrits adaptés (deux médecins sur trois).

Ces résultats sont proches de ceux de différentes enquêtes récentes en France comme à l'étranger. En France, le manque de temps et le fait que les pratiques de prévention s'adaptent mal aux conditions d'exercice sont des difficultés déjà relevées pour plus de la moitié des médecins français, qu'il s'agisse d'éducation pour la santé **[50]** ou d'éducation du patient **[19, 26, 27]**. Concernant le diabète, le manque de temps est le premier frein au développement d'une

démarche éducative **[25, 51]**. Au Québec, le manque de temps et la perception des médecins selon laquelle la prévention ne fait pas partie de leur rôle professionnel sont des barrières à l'intégration des pratiques préventives, d'autant que les patients consultent plus pour des soins curatifs que préventifs **[52]**.

L'information grand public et des supports écrits

Les campagnes grand public apparaissent dans notre enquête comme un facteur favorisant leur mission pour huit médecins sur dix. Les campagnes de santé publique constituent un moyen de sensibilisation des patients et sont connues pour contribuer à faciliter l'abord de certains sujets en consultation. L'importance de l'environnement dans lequel évolue le patient est abordée dans certains travaux **[53]**, qui montrent également – à l'opposé et à propos d'éducation nutritionnelle – le rôle potentiellement freinant de la famille ou de la publicité agro-alimentaire pour l'engagement d'une personne dans une démarche de prévention, ou pour l'adoption de comportements favorables à la santé.

Concernant les supports d'information écrits adaptés, sept médecins sur dix les disent utiles pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, et ce d'autant plus qu'ils ont suivi ou ont l'intention de suivre une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique. Cette utilité du support écrit auprès de leurs patients est connue par ailleurs **[50]**. Dans les démarches d'éducation nutritionnelle par exemple, plus de 70 % des médecins utilisent des supports **[22]** pour faciliter le dialogue, le support étant utilisé comme un outil de la conduite thérapeutique (par exemple, le disque de calcul de l'indice de masse corporelle [IMC], courbes d'IMC, documents d'information, etc.). Toujours dans le domaine de la nutrition, 77 % des médecins attendaient des fiches support à remettre à leurs patients **[53]**, et des annuaires des ressources existantes (49 %), plus rarement des livres, des guides, ou des DVD.

Ainsi, si l'approche orale de la délivrance d'informations est toujours prééminente, les supports écrits sont très utilisés par les médecins généralistes et près d'un quart (23 %) des médecins déclarent manquer d'outils pratiques dans leur activité de prévention **[19]**.

Afin de fournir aux médecins les ressources les plus adaptées, il apparaît nécessaire d'explorer de manière approfondie la nature des supports utilisés par les médecins, leurs objectifs et leurs modalités d'utilisation, et de les confronter aux besoins des personnes destinataires. Il est difficile de savoir si ces documents sont seulement utilisés à but d'information, au cours de la consultation voire à la suite de celle-ci, ou bien s'ils sont réellement intégrés dans une démarche éducative. En effet, la démarche éducative ne peut se résumer à la délivrance d'une information, même si l'information constitue un élément incontournable de la démarche **[15]**. La prescription d'informations (écrites ou disponibles sur Internet) comme support pour une démarche éducative en médecine générale a donné lieu à des démarches innovantes au Québec **[54]**.

Dans le domaine de l'éducation thérapeutique, les praticiens restent divisés quant à l'utilisation de supports pédagogiques **[27]**. Si, dans ces travaux, 52 % déclarent en utiliser, c'est principalement sous la forme de documents papier remis aux patients. Dans cette étude, les médecins désirant s'impliquer dans l'éducation utilisent plus souvent des supports. Pour les praticiens qui n'utilisent pas de supports, un tiers d'entre eux estiment qu'ils sont trop chronophages (36 %) et, pour un autre quart, qu'ils sont indisponibles (25 %) ou impersonnels

(18 %). Cette utilisation de supports est retrouvée dans d'autres travaux **[55]** chez les médecins impliqués dans des activités associatives, de formation ou syndicales, et accordant une place importante à la relation avec leurs patients : ceux-ci vont d'ailleurs plus facilement laisser des documents à disposition dans la salle d'attente. Dans d'autres travaux sur l'éducation du patient diabétique, le manque de matériel adapté est cité comme un frein par 21 % des médecins interrogés **[25]**. Ces médecins généralistes souhaiteraient disposer de supports d'information pour les patients (40 % d'entre eux) et évoquent le besoin d'outils d'aide à la consultation pour eux-mêmes (32 %) et pour les patients (28 % des généralistes).

La formation et la délégation des tâches

Dans la liste d'éléments favorisant leurs missions de prévention et d'éducation proposée lors de notre enquête, la formation a été citée comme un levier par les trois quarts des médecins.

Selon une revue de la littérature menée en 2007 **[56]**, les approches montrant les meilleurs résultats et considérées comme les plus acceptables par les médecins sont la formation à l'entretien motivationnel bref **[57]** et au modèle transthéorique **[58]**[14]. Si cet aspect met en évidence les attentes des médecins dans ce domaine, compatibles avec l'investissement possible pour eux, la question de la formation pourrait être abordée de manière plus large, en évoquant formation initiale et continue. Le lien entre la formation et une plus grande pratique préventive, qui apparaît nettement dans le Baromètre santé médecins généralistes 2009, est étudié spécifiquement dans un chapitre du même ouvrage[15].

La formation est-elle réellement un moteur pour un changement de pratiques, ou pour le développement de pratiques éducatives ? Dans le domaine de l'éducation thérapeutique, une étude auprès des médecins de l'Indre et du Loiret **[26]** apporte une nuance intéressante sur le frein ou le levier que peut constituer la formation. En effet, le manque de formation constituait la première raison invoquée à la non-pratique de l'éducation thérapeutique du patient diabétique, citée par 57 % des médecins déclarant ne pas la pratiquer. À l'inverse, le manque de formation était cité comme une difficulté seulement par 18 % des médecins déclarant pratiquer l'éducation thérapeutique. Dans l'étude Entred (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) sur le diabète **[25]**, 26 % des médecins citent le manque de formation comme un frein à la démarche d'éducation du patient. Dans cette étude, neuf médecins sur dix déclarent souhaiter se perfectionner dans différents types de savoir-faire utiles à la mise en place d'une démarche éducative : « *proposer et négocier des objectifs* » (52 %), « *apporter une information adaptée* » (48 %), « *identifier les besoins des patients* » (37 %), « *évaluer les modifications* » (26 %) et « *favoriser l'expression des patients* » (16 %).

La rémunération de l'activité de prévention

Enfin, la possibilité d'une rémunération spécifique, évoquée par presque deux tiers des médecins, a été le levier le moins cité dans le Baromètre santé médecins généra-

---

14. L'entretien motivationnel, développé tout d'abord dans le domaine de la dépendance à l'alcool et aux drogues, a été adapté dans un second temps à la médecine de premier recours pour favoriser des modifications de comportement de santé. L'entretien motivationnel est fondé sur une approche relationnelle centrée sur le patient, visant à aider la personne à explorer son ambivalence vis-à-vis de certains choix, afin de pouvoir la résoudre. Le soignant devient un guide qui aide le patient à trouver son chemin vers le but qu'il s'est lui-même fixé **[56]**. Le modèle transthéorique, élaboré par Prochaska, décrit la manière dont une personne est susceptible de changer de comportement **[57]**.

15. « La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient », page 159.

listes 2009. La rémunération est citée de manière très différente selon qu'elle est abordée en tant que frein ou en tant que levier. Ainsi, dans d'autres travaux auprès de médecins généralistes libéraux brestois, l'absence de rémunération est citée comme un obstacle aux pratiques de prévention par 23 % des médecins **[19]**. Dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient, une étude par questionnaires auprès de médecins de la Somme montre que l'absence de rémunération spécifique apparaît comme le cinquième[16] des obstacles aux pratiques d'éducation thérapeutique listés dans une question fermée, évoqué par 25 % des médecins **[27]**. De la même manière, dans l'étude Entred sur le diabète, seuls 19 % des médecins généralistes citent la non-rémunération de l'activité comme un frein. En revanche, interrogés avec une question ouverte, les médecins généralistes mentionnent spontanément une rémunération spécifique comme le premier facteur favorisant de l'acte éducatif, suivi de près par le développement d'une formation continue adaptée **[27]**.

Par ailleurs, le Baromètre santé médecins généralistes 2009 n'a pas exploré certains freins qui apparaissent pour les médecins comme liés au patient. L'absence de demande est citée par 47 % des médecins dans d'autres travaux **[50]** et l'absence de besoin ressenti par les patients diabétiques par 33 % **[25]**. Les motivations des patients sont réputées plus fortes en prévention secondaire, par exemple en prévention cardio-vasculaire **[59]**. L'absence d'adhésion des patients aux recommandations ou aux démarches de prévention est citée par 47 % des médecins **[19]**.

RÔLE ET COLLABORATIONS INTERPROFESSIONNELLES

Si le médecin généraliste est perçu comme un acteur essentiel de prévention **[6]**, les résultats du Baromètre santé médecins généralistes 2009 montrent qu'il n'agit pas de manière solitaire dans ce domaine. En effet, les pratiques de prévention (par exemple, la réalisation de sérologies VIH et VHB), le rôle perçu en prévention et la facilité à aborder différents thèmes de prévention apparaissent liés au fait de disposer de suffisamment de collaborations dans le domaine psychologique, puis social et médical, dans les différentes pratiques de prévention étudiées dans cette enquête.

Quelles collaborations dans le champ de la prévention au sens large ?

La prise en charge des malades chroniques et l'action préventive sur les comportements de santé (facteurs de risque et facteurs de protection) se heurtent à l'organisation des soins actuelle et à la sollicitation de plus en plus fréquente du médecin généraliste sur de nombreux sujets.

Dans le Baromètre santé, si les médecins se considèrent comme les principaux acteurs de la prévention, ils estiment que d'autres professionnels peuvent avoir un rôle en prévention : les paramédicaux (cités par plus de huit médecins sur dix), les médecins spécialistes ou hospitaliers (deux tiers des médecins) ou les professionnels de l'enseignement ou du social (près de six médecins sur dix). Les trois quarts des médecins estiment également que la prévention doit aussi être faite par des associations de patients et un peu moins d'un quart par les médias.

Dans d'autres travaux, les médecins se disent prêts à recourir à des intervenants spécialisés **[50]** pour des actions de dépistage et de prise en charge. Il s'agit de

16. Après le manque de temps, la difficulté à modifier les comportements, le manque de formation et le manque d'outils pratiques et de consensus, et avant le sentiment d'isolement.

problèmes liés au vieillissement, au dépistage de la dépression et du risque suicidaire, à la prévention bucco-dentaire chez l'enfant, au sevrage alcoolique et enfin, dans une moindre mesure, au repérage de l'alcoolisme et au sevrage tabagique.

Selon des études américaines **[60-62]**, pour répondre à l'accroissement majeur des recommandations de prévention et de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, une transformation profonde des modalités de travail des médecins est nécessaire, avec un partage des tâches entre médecins et non-médecins dans un travail d'équipe. L'efficacité d'une telle collaboration interprofessionnelle est reconnue par certains auteurs **[63]**, apportant de nombreux avantages aux patients : offre de service élargie, plus grand accès à des services de prévention, changement de pratiques, satisfaction, aptitude plus grande aux soins auto-administrés, meilleure connaissance de leur état de santé, habitudes de vie plus favorables à la santé, meilleure prise en charge.

Quelles collaborations autour de l'éducation thérapeutique du patient ?

Le Baromètre santé médecins généralistes 2009 laisse transparaître l'existence d'une approche multidisciplinaire telle que recommandée dans les guides de bonnes pratiques. En effet, l'appartenance à un réseau de santé et des collaborations suffisantes dans le domaine social sont plus souvent citées chez les médecins qui mettent en œuvre des démarches éducatives avec leurs patients atteints de maladies chroniques. Certains auteurs constatent qu'une part importante des médecins développe encore une approche cloisonnée et individuelle de l'éducation thérapeutique **[27]**, qui s'inscrit hors de la multidisciplinarité pourtant recommandée dans ce domaine **[15]**. Toutefois, selon d'autres auteurs, près des deux tiers des médecins de la Somme (62 %) déclarent pratiquer l'éducation thérapeutique avec des partenaires : 29 % la pratiquent avec des pôles de prévention, 24 % avec des paramédicaux, 22 % avec des spécialistes et 4 % avec des associations de patients **[27]**. Cette étude vient ainsi nuancer les résultats du Baromètre, selon lesquels les médecins déclarent reconnaître aux associations de patients un rôle fort dans la prévention et seraient prêts à leur déléguer des tâches dans ce domaine.

La possibilité de déléguer certaines activités de prévention est un levier retrouvé dans l'étude Entred sur le diabète. Selon cette enquête, la disponibilité d'un diététicien pose souvent un problème difficile à résoudre à 43 % des médecins généralistes et 39 % citent le manque de professionnels et de structures relais comme un frein à une démarche d'éducation du patient. Mais 40 % déclarent ne pas connaître l'offre d'éducation du patient dans leur région ou la connaître seulement partiellement. Ce résultat rejoint celui d'une autre étude **[19]**, selon laquelle près d'un tiers des médecins généralistes (31 %) se disent isolés dans la prise en charge des pathologies chroniques nécessitant une éducation thérapeutique spécifique. Ces résultats mettent en évidence la nécessité d'une information locale et régulièrement actualisée sur les relais disponibles pour les médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique.

En ce qui concerne les collaborations avec l'hôpital, l'enquête Édupef (Éducation du patient dans les établissements de santé français) sur l'éducation du patient à l'hôpital **[64]** montre que les médecins généralistes sont rarement associés aux programmes d'éducation thérapeutique du patient développés dans les établissements de santé : ainsi, bien que les médecins traitants soient déclarés « *intégrés à la prise en charge éducative du patient* » par 76 %

des responsables d'activités éducatives, cette « intégration » consiste essentiellement dans l'envoi de courriers réguliers aux médecins par l'établissement (68 %) et très rarement en une participation à l'activité éducative (7 %), à des réunions (3 %), ou à des conversations téléphoniques (3 %).

Si les réseaux de santé ont permis le développement de collaborations novatrices entre les professionnels de santé libéraux autour de l'éducation du patient diabétique **[65]**, plusieurs études mettent cependant en évidence l'implication limitée des médecins généralistes dans ces réseaux de santé en 2007 **[66]** et en analysent les causes **[67]**.

De nouvelles expérimentations sont en cours autour de la délégation de tâches entre médecins et infirmières libérales. Par exemple, l'expérimentation Asalee (Action de santé libérale en équipe) présente un bilan positif en termes de satisfaction des patients, des infirmières et des médecins, et en termes de suivi des recommandations de prise en charge de la Haute Autorité de santé (HAS) **[68]**.

De nouvelles modalités organisationnelles sont également explorées, telles que les maisons de santé pluridisciplinaires **[69]**, les pôles de santé pluridisciplinaires et les réseaux de santé multithématiques ou mutualisations inter-réseaux **[70]**. En 2009, une série d'auditions auprès de médecins généralistes impliqués dans des activités d'éducation thérapeutique du patient a mis en évidence la diversité des organisations et des collaborations possibles : éducation intégrée aux pratiques des professionnels de santé libéraux, structures réunissant plusieurs professionnels médicaux et/ou paramédicaux, programmes éducatifs à l'initiative d'organismes de santé payeurs, réseaux de santé **[71]**...

Dans ces situations, l'éducation thérapeutique peut constituer un point de départ structurant pour organiser la prévention, à l'image de la plate-forme de santé du Douaisis, qui comprend des pôles d'activité « maladies chroniques », « cancer », « soins palliatifs » et « médico-social » **[70, 72]**. Construite au départ pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, cette plate-forme a développé progressivement des interventions en prévention secondaire et en prévention primaire.

L'intégration des pratiques cliniques préventives à la médecine de premier recours

Il est difficile d'inscrire les pratiques de prévention dans une démarche professionnelle plus « naturelle », « qui se construit au fil des consultations », alors même que la formation médicale est surtout centrée sur les pratiques curatives **[20]**. Cette évolution doit être facilitée et accompagnée pour permettre des changements de pratiques.

Plusieurs pays ont développé des organisations et des ressources spécifiques pour faciliter ce changement. Par exemple, la stratégie de prévention développée au Québec depuis le début des années 2000 prévoit l'intégration des pratiques cliniques préventives[17] dans l'exercice des médecins généralistes **[8, 73]**. Cette approche repose sur le repérage de stratégies de prévention efficaces, sur une priorisation des thèmes de prévention, sur l'élaboration de guides de bonnes pratiques et sur la mise à disposition des médecins de ressources pour la formation des professionnels **[74]**, pour

17. « *Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont un ensemble d'interventions menées par un professionnel de la santé auprès d'un patient. Ces interventions peuvent comprendre le counselling sur les habitudes de vie, le dépistage des maladies ou des facteurs de risque, l'immunisation (vaccination) et la chimioprophylaxie (prescription d'une médication à visée préventive). Les PCP contribuent à lutter contre les problèmes de santé qui affectent le plus sévèrement la population du Québec : maladies cardio-vasculaires et respiratoires, cancers, maladies infectieuses et bucco-dentaires, traumatismes et problèmes psychosociaux. Les PCP permettent d'agir en amont des problèmes de santé évitables pour ainsi réduire la morbidité et la mortalité* » **[8].**

l'information des personnes et pour l'animation de séances éducatives sur de nombreux thèmes **[75]**[18]. Les médecins ont la possibilité de prescrire des séances d'information à leurs patients et de les adresser à des centres de santé pour une prise en charge éducative ciblée **[54]**. Les freins que rencontrent les médecins sont analysés **[76, 77]**.

En Belgique, des médecins généralistes s'appuient sur des « maisons médicales » pluridisciplinaires et expliquent intégrer la promotion de la santé dans leurs pratiques quotidiennes **[78]**.

Au cours des Journées de la prévention 2009, l'Inpes a organisé une session consacrée aux apports internationaux sur les modèles et pratiques en éducation du patient, à travers quatre axes de réflexion : les besoins des patients, les compétences des intervenants, les acteurs et leurs pratiques et, enfin, l'adéquation entre l'offre éducative et les besoins des patients. Les éclairages apportés au cours de cette session plaident pour une logique de développement de ces pratiques en France, qui s'appuie sur une diversité de modèles et d'approches **[79]**.

Perspectives pour le développement de la prévention au sein des pratiques

Passer d'un modèle centré sur le curatif à un modèle prenant mieux en compte les aspects préventifs, puis à un modèle de promotion de la santé reste une tâche complexe **[80, 81]**.

L'expérimentation en France d'une approche éducative populationnelle en médecine générale a montré que la levée de certains freins (formation, rémunération) permettait une relation soignant-soigné renouvelée et introduisait une dimension préventive plus globale **[82]**.

Des réflexions existent sur les stratégies permettant d'intégrer davantage la prévention à la prise en charge par les médecins généralistes. Un rapport récent **[83]** sur les « consultations périodiques de prévention dédiées » montre que celles-ci ne peuvent se substituer aux « *examens (ou actions) périodiques de prévention qui s'inscrivent dans un continuum organisé au sein du parcours coordonné de santé, et s'appuient sur les temps de consultation habituels et itératifs entre médecin et patient* ». Trois axes de travail sont recommandés pour aider les médecins à remplir ce second rôle de prévention intégrée au parcours de soins : établir et actualiser les données probantes scientifiques sur les pratiques cliniques préventives ; produire des référentiels et des outils psycho-comportementaux facilitant l'appropriation des recommandations par le professionnel et le consultant ; enfin, définir et mettre en place des aspects organisationnels pour une meilleure articulation entre les médecins et les autres professionnels de santé.

D'autres réflexions, comme celle portée par la Société française de santé publique, par l'Urcam Franche-Comté ou encore dans le cadre d'une initiative franco-québécoise sur la prévention intégrée aux soins **[35]**, s'intéressent à l'organisation **[84]**, à l'accès à des données de santé à une échelle populationnelle, à la formation et à la rémunération des médecins.

Parmi les évolutions récentes en matière de rémunération des généralistes, l'Assurance maladie a mis en place en 2009 des contrats d'amélioration des pratiques indivi-

---

18. Par exemple, le programme « Au cœur de la vie » a deux objectifs :
– intégrer des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques à la pratique quotidienne des intervenants de première ligne ;
– soutenir le travail interdisciplinaire des intervenants de première ligne et renforcer les échanges et les liens avec les ressources de la communauté.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-AuCoeurDeLaVie/default.asp
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-IntegrationPratiquesCliniquesPreventives_CoeurVie.pdf

duelles (Capi), instaurant une rémunération complémentaire « à la performance » pour les médecins généralistes y ayant souscrit. Ces Capi comportent notamment un axe « prévention » et un axe « suivi des maladies chroniques ».

Parallèlement, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a émis des recommandations pour développer une éducation thérapeutique « intégrée »[19] à la pratique de médecine générale **[71]**. Ces recommandations reposent également sur la formation, sur la rémunération des médecins et sur une organisation territoriale des activités.

Les réflexions et expérimentations en cours en matière de transfert de compétences et de coopération interprofessionnelle **[85-87]** apporteront également des éléments importants pour mieux comprendre et accompagner ces changements de pratiques[20].

Ces transformations s'inscrivent dans une évolution législative significative, illustrée par les lois sur la santé publique et l'Assurance maladie de 2004 et par la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 **[84]**.

L'enjeu du développement d'une approche préventive, dans laquelle les agences régionales de santé auront un rôle important à jouer **[88]**, est d'adapter cette approche à la fois aux possibilités des professionnels et aux besoins des personnes, en l'inscrivant dans une réelle démarche de promotion de la santé **[89, 90]** et en lui donnant pour objectif de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

---

19. L'éducation thérapeutique est dite « intégrée » si elle est « *permanente et présente tout au long de la chaîne de soins [...], ancrée dans la relation soignant/soigné et faisant partie intégrante des activités de tout soignant en étant adaptée au contexte de chaque soin, fondée sur l'écoute du patient et sur l'adoption par le soignant d'une posture éducative ; centrée sur le patient et non sur des contenus d'apprentissage ; s'appuyant sur une évaluation partagée de la situation, entre patient et soignants, et sur des décisions concertées ; construite à partir d'une approche globale de la personne qui prend en compte les besoins, les attentes et les possibilités du patient et de son environnement, dans leurs dimensions physiques, psychologiques, culturelles et sociales* » [HCSP].

20. Voir également le chapitre « Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale », page 221.

Remerciements

Anne Mosnier et Bruno Ventelou pour la relecture de ce chapitre.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

[1] Wonca Europe. *Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille*. 2002 : 52 p. En ligne : http://www.cnge.fr

[2] Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. *Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Journal officiel*, 11 février 2005. En ligne : http://ameli.fr

[3] Société française de médecine générale (SFMG). Annuaire statistique 95/95 de l'Observatoire de la médecine générale. *La lettre de la médecine générale*, 1998, n° 52 : 87 p.

[4] Le Fur P., Paris V., Pereira C., Renaud T., Sermet C. Les dépenses de prévention dans les comptes nationaux de la santé. Une approche exploratoire. *Études et Résultats*, juillet 2003, n° 247 : 8 p.

[5] *Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Journal officiel*, 17 août 2004.

[6] Bourdillon F., Mosnier A., Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 5 : p. 489-500.

[7] Rusch E. Glossaire des termes de santé publique internationaux. *ADSP*, juin 2003, n° 43 : p. 4-6. En ligne : http://www.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/

[8] Groulx S. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives, 2007 : 72 p. En ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-02.pdf

[9] Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. *Assurance maladie et prévention : pour un engagement plus efficient de tous les acteurs. Avis du lundi 15 novembre 2004*. 40 p. En ligne : http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_prevention.pdf

[10] Godard J. Médecine générale et prévention. *In :* Bourdillon F. dir. *Traité de prévention.* Paris : Médecine Sciences Flammarion, 2009 : p. 356-363.

[11] Société française de santé publique (SFSP). *Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des agences régionales de santé.* Vandœuvre-lès-Nancy : 22 avril 2008 : 10 p.
En ligne : http://www.sfsp.fr/activites/file/note%20ARSversionV10.pdf

[12] Sandrin-Berthon B., Martin F. Introduction. *In* : Sandrin Berthon B. Aujoulat I. Ottenheim C. Martin F. dir. *L'Éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative. Actes de l'université d'été, château de Mialaret,* 4 juillet 1996. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1997 : p. 11-17.

[13] *Plan national d'éducation pour la santé*. Paris : ministère délégué à la Santé, présenté en conseil des ministres en février 2001.

[14] Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional pour l'Europe. *Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques.* Copenhague : OMS, 1998 : 88 p. Version française UCL Bruxelles, 84 p.

[15] Haute Autorité de santé (HAS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique.* Saint-Denis : HAS, juin 2007 : 109 p.
En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_604958/etp-structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-guide-methodologique

[16] *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel,* n° 167, 22 juillet 2009. En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475

[17] Baudier F., Balinska M.A. La vaccination, un geste à consolider ? *In* : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : p. 85-99.

[18] Buttet P., Fournier C. Prévention et éducation pour la santé : quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? *In* : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : p. 64-82.

[19] Fourmel A.L. *Prévention et éducation à la santé en médecine générale. État des lieux réalisé à partir d'une enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Brest Métropole Océane* [thèse de doctorat en médecine, diplôme d'État]. Brest : Université de Bretagne occidentale, mai 2006 : 137 p.

[20] Gallois P., Vallée P.-Y., Le Noc Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. *Médecine,* 2007, vol. 3, n° 2 : p. 74-78.

[21] Aulagnier M., Videau Y., Combes J.-B., Sebbah R., Paraponaris A., Verger P., *et al.* Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence – Alpes – Côte d'Azur. *Pratiques et Organisation des soins,* 2007, vol. 38, n° 4 : p. 259-268.

[22] Le Lay E. *Les médecins généralistes et la nutrition santé* [thèse de doctorat en médecine]. Paris : Université Paris 7, 2009 : 191 p.

[23] World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies, time for action*. Genève : WHO, 2003 : 211 p.

[24] Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe, un problème crucial de la médecine contemporaine. *Médecine*, 2006, vol. 2, n° 9 : p. 411-415.

[25] Fournier C., Gautier A., Attali C., Bocquet-Chabert A., Mosnier-Pudar H., Aujoulat I., *et al.* Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire,* 10 novembre 2009, n° 42-43 : p. 460-464.

[26] Bourit O., Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine*, 2007, vol. 3, n° 5 : p. 229-234.
En ligne : http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/2F/AC/telecharger.phtml?code_langue=fr&format=application/pdf&titre=Version%20PDF

[27] Turban F. *Éducation thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme* [thèse de doctorat en médecine]. Amiens : Université de Picardie-Jules-Verne, 2008 : 136 p.

[28] Assal J.-Ph. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *In* : *Encycl. med. chir.* Paris : Elsevier, 1996, 25-005-A-10 : p. 17.

[29] Gallois P., Vallée J.-P., Le Noc Y. Éducation thérapeutique du patient. Le médecin est-il – aussi – un « éducateur » ? *Médecine,* 2009, vol. 5, n° 5 : p. 218-224.

[30] Sandrin-Berthon B. dir. *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : Puf, 2000 : 198 p.

[31] Ventelou B., Paraponaris A., Sebbah R., Aulagnier M., Protopopescu C., Gourheux J.-C., *et al.* Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence – Alpes – Côte d'Azur. *Revue française des affaires sociales,* n° 1, 2005 : p. 127-160.
En ligne : http://www.cairn.info/revue-française-des-affaires-sociales-2005-1-page-127.htm

[32] Société française de santé publique (SFSP). *La consultation de prévention en médecine générale.* Séminaire « Médecins généralistes et prévention », Paris, 21 septembre 2007. Vandœuvre-lès-Nancy : SFSP, 2007.
En ligne : http://www.sfsp.info/sfsp/agenda/documents/interventionsconsultation21-09-07.htm

[33] Baudier F. La prévention dans les politiques de santé. *In :* Bourdillon F. dir. *Traité de prévention*. Paris : Médecine Sciences Flammarion, coll. Traités, 2009 : p. 125-131.

[34] Morisset J., Chambaud L., Joubert P., Rochon J. La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec. *Pratiques et organisations des soins,* 2009, vol. 40, n° 4 : p. 275-282.

[35] Morisset J., Jobin L., Valentini H., Joubert P. La prévention dans le système québécois. *In* : Bourdillon F. dir. *Traité de prévention*. Paris : Médecine Sciences Flammarion, coll. Traités, 2009 : p. 386-393.

[36] Renaud T., Sermet C. Les dépenses de prévention en France. Estimation à partir des comptes nationaux de la santé en 2002. *Rapport Irdes* n° 1766, 2008/4 : 116 p. En ligne : http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1706.pdf

[37] Brücker G., Caniard É. États généraux de la santé. Une démarche innovante pour plus de démocratie. *ADSP,* juin 1999, n° 27 : p. 6-9.

[38] Elias N. *La civilisation des mœurs*. Paris : Calmann-Lévy, 1973 : 510 p.

[39] Delamaire C., Bossard C., Julia C. Perceptions, connaissances et attitudes en matière d'alimentation. *In* : Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : p. 80-115.

[40] Infante F.A., Proudfoot J.G., Davies G.P., Bubner T.K., Holton C.H., Beilby J.J., *et al.* How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *The Medical Journal of Australia,* 2004, vol. 181, n° 2 : p. 70-73.

[41] Bonino S. *Vivre la maladie. Ces liens qui me rattachent à la vie*. Bruxelles : De Boeck, 2008 : 142 p.

[42] Aujoulat I. *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire* [thèse pour le doctorat de santé publique, option éducation du patient]. Louvain-la-Neuve : Université catholique de Louvain, 2007 : 182 p.

[43] Sinding C. Une molécule espion pour les diabétologues, l'innovation en médecine entre science et morale. *Sciences sociales et santé,* 2002, vol. 18, n° 2 : p. 95-119.

[44] Joussant S., Arènes J., Baudier F., Guilbert P. Prévention et éducation du patient. *In* : Arènes J., Guilbert P., Baudier F. *Baromètre santé médecins généralistes 98/99.* Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1999 : p. 179-193.

[45] Pélicand J., Fournier C., Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *ADSP,* mars 2009, n° 66 : p. 21-23. En ligne : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad662123.pdf

[46] Bury J. A. *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck université, coll. Savoirs et santé, 1988 : 232 p.

[47] Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P., Guillaumat-Tailliet F. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Études et résultats*, novembre 2007, n° 610 : 8 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er610.pdf

[48] Doumont D., Libion F. *Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale ?* Louvain-la-Neuve : UCL-RESO, Unité d'éducation pour la santé, École de santé publique – Centre « Recherche en systèmes de santé », série de dossiers techniques, décembre 2008 : 27 p. En ligne : http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier51.pdf

[49] Drahi E. Et si l'éducation thérapeutique n'était pas à sa place ? *Médecine*, 2009, vol. 5, n° 2, p. 52-54. En ligne : http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/46/93/article.md?type=text.html

[50] Direction générale de la Santé. *Médecins généralistes et prévention* [rapport non publié]. Étude réalisée par CEMKA-EVAL, 2007.

[51] Fournier C., Fagot-Campagna A., Traynard P.-Y., Mosnier-Pudar H., Halimi S., Varroud-Vial M, *et al.* Démarche éducative : comment les médecins la perçoivent-ils ? Résultats de l'étude Entred 2007. *Le Concours médical*, 2009, vol. 13, n° 20 : p. 810-812.

[52] Chevalier S., Renaud L., Hubert F. *L'intégration de pratiques cliniques préventives. L'expérience d'« Au cœur de la vie ».* Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2005 : 36 p.

[53] Gruaz D., Fontaine D. *Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes.* Lyon : ORS Rhône-Alpes, février 2004 : 51 p. En ligne : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf

[54] Perreault R., Paquet M.J., Hovington J., Assaad J.M. Vecteurs d'innovation en éducation thérapeutique au Québec. *In* : Loaëc A., Fournier C., Vincent I. dir. *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux*. 5es Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Séminaires, 2010 : p. 129-137.

[55] Buttet P., Bourdessol H. S'informer et informer : médecins et pharmaciens parlent de prévention. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2005 : n° 376, p. 21-22.

[56] Thijs G. GP's consult and health behaviour change. Developing a programme to train GPs to communication skills to achieve lifestyle improvements. *Patient Education & Counselling*, 2007, vol. 67, n° 3 : p. 267-271.

[57] Miller W.R., Rollnick S. *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement.* Paris : InterEditions, 2006 : 241 p.

[58] Prochaska J.O., Velicer W.F. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 1997, vol. 12, n° 1 : p. 38-48.

[59] Turpin G. Freins et leviers de la mobilisation concernant la prévention cardio-vasculaire. *Annales de cardiologie et d'angéiologie*, 1995, vol. 44, n° 6 : p. 284-287.

[60] Yarnall K.S.H., Pollak K.I., Østbye T., Krause K.M., Michener J.L. Primary care: is there enough time for prevention? *American Journal of Public Health*, 2003, vol. 93, n° 4 : p. 635-641.

[61] Yarnall K.S.H., Østbye T., Krause K.M., Pollak K.I., Gradison M., Michener J.L. Family physicians as team leaders: « time » to share the care. *Preventing Chronic Disease,* 2009, vol. 6, n° 2 : A59.

[62] Østbye T., Yarnall K.S.H., Krause K.M., Pollak K.I., Gradison M., Michener J.L. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Annals of Family Medicine*, 2005, n° 3 : p. 209-214.

[63] Barrett J., Curran V., Glynn L., Godwin M. *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité.* Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), 2007 : 31 p.
En ligne : http://www.chsrf.ca/research_themes/documents/SynthesisReport_Fr_FINAL.pdf

[64] Fournier C., Buttet P. Éducation du patient dans les établissements de santé français : l'enquête Edupef. *Évolutions,* mars 2008, n° 9 : p. 1-5.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1087.pdf

[65] Varroud-Vial M., Coliche V., Grimaldi A., Lecomte P., Mollet E., Simon D., *et al*. La prise en charge du diabète de type 2 et ses complications : l'apport des réseaux. *Diabétologie et facteurs de risques*, 1999, vol. 5, n° 43 : p. 291-297.

[66] Midy F., Dekussche C. *L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Enquêtes descriptives. Les modalités de l'éducation thérapeutique dans le secteur des soins de ville* [document de travail]. Saint-Denis : Haute Autorité de santé, novembre 2008 : 142 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_684138/document-de-travail-resultats-d-enquetes-descriptives

[67] Drahi E, Cabaret E.-M. ETP : quelles leçons pour l'avenir ? L'expérience de la région Centre. *Diabète éducation. Le journal du Delf*, février 2010, numéro spécial congrès : p. 10-11.

[68] Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. *Questions d'économie de la santé,* novembre 2008, n° 136 : 8 p.
En ligne : http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf

[69] Clément M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J., Pierre A., Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. *Santé publique*, 2009, suppl. au n° 4 : S79-S90.

[70] Bresson R., Bataillon R. L'éducation thérapeutique : quel impact sur l'organisation des soins, en ville et à l'hôpital ? *ADSP,* mars 2009, n° 66 : p. 37-40. En ligne : http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-66/ad663740.pdf

[71] Sandrin Berthon B. *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport de la Commission maladies chroniques.* Paris : Haut Conseil de la santé publique, 2009 : 38 p. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprre.pdf

[72] Bresson R., Laureyns F., Decalf M.N., Debrie D., Riquoir M. L'éducation au long du parcours du patient : à propos des réseaux de la plate-forme Santé Douaisis. *Diabète éducation. Le journal du Delf*, février 2010, numéro spécial congrès : p. 11-14.

[73] Provost M.H., *et al. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant à l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature.* Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives, 2007 : 168 p.

[74] Direction de la santé publique de Montréal. *Référentiel de connaissances et compétences pour les activités de prévention en pratique générale.* Montréal : Direction de la santé publique, 2007 : 14 p.
En ligne : http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/formationcontinue/pdf/referentiel.pdf

[75] Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *L'intégration des pratiques cliniques préventives. L'expérience d'« Au cœur de la vie ».* Québec : INSPQ, 2005 : 42 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-AuCoeurDeLaVie/

[76] Beaulieu M.-D., Hudon E., Roberge D., Pineault R., Forté D., Légaré J. Practice guidelines for clinical prevention : do patient, physicians and experts share common grounds ? *Canadian Medical Association Journal,* 1999, vol. 161, n° 5 : p. 519-523.

[77] Hudon E., Beaulieu M.-D., Roberge D. Integration of the recommandations of the Canadian task force on preventive health care. Obstacles perceived by a group of family physicians. *Family Practice*, 2004, vol. 21, n° 1 : p. 11-17.

[78] Laperche J. La « promotion » de la santé cardio-vasculaire, mais encore ? Médecine générale et prévention. *La Revue de la médecine générale,* avril 2007, n° 242 : p. 163-165.

[79] Loaëc A., Fournier C., Vincent I. dir. *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux*. 5e Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Séminaires. 2010 : 169 p.

[80] Getz L., Sigurdsson J.A., Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *British Medical Journal*, 2003, vol. 327, n° 7413 : p. 498-500.

[81] McKinlay E., Plumridge L., McBain L., McLeod D., Pullon S., Brown S. « What sort of health promotion are you talking about? » A discourse analysis of the talk of general practionners. *Social Science and Medicine*, 2005, vol. 60, n° 5 : p. 1099-1106.

[82] Karrer M., Buttet P., Vincent I. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées. *Santé publique,* 2008, vol. 20, n° 1 : p. 69-80.

[83] Baudier F. *Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement*. Paris : HCSP, mars 2009 : 137 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf

[84] Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé,* avril 2009, n° 141 : 6 p. En ligne : http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf

[85] Berland Y., Bourgueil Y. *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*. Paris : Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), juin 2006 : 135 p. En ligne : http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf

[86] Haute Autorité de santé (HAS), ONDPS. *Délégation, transferts, nouveaux métiers… Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation*. Saint-Denis : HAS, 2008 : 61 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf

[87] Levy D., Pavot J., Ha Hoan B.D. Essai de simulation de délégation des tâches : le secteur des soins ambulatoires en France. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2009, vol. 49, n° 2 : p. 167-204.

[88] Bourdillon F. dir. *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2009 : p. 117-130.

[89] *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986.

[90] Bury J.A., Foucaud J. L'éducation thérapeutique. *In :* Bourdillon F. dir. *Traité de prévention*. Paris : Médecine Sciences Flammarion, coll. Traités, 2009 : p. 81-87.

ENFANT MALADE

Opinions et pratiques vaccinales des médecins généralistes

La quasi-totalité des médecins généralistes interrogés en 2009 reste favorable à la vaccination en général : les trois quarts (76,9 %) y sont « *très favorables* » et un sur cinq « *plutôt favorable* » (20,6 %). Ces opinions, comme la proposition de vacciner faite aux patients, varient cependant selon la nature du vaccin.

La vaccination rougeole-oreillons-rubéole recueille 82,1 % d'avis « *très favorables* » et 14,7 % d'avis « *plutôt favorables* ». Ces opinions positives, en constante augmentation depuis 1994, s'accompagnent de propositions de la vaccination : 87,5 % des médecins interrogés déclarent la proposer « *systématiquement* » aux parents d'enfants de 1 à 2 ans.

La vaccination contre l'hépatite B rassemble également parmi les omnipraticiens une proportion importante d'opinions favorables : 94,0 % se déclarent favorables à la vaccination des adultes à risque, 78,7 % le sont pour les adolescents et 68,0 % pour les nourrissons. Le vaccin hexavalent qui, s'il est largement utilisé, devrait permettre une nette amélioration de la couverture vaccinale contre l'hépatite B, est proposé « *systématiquement* » par 36,2 % des médecins et « *souvent* » par 21,3 %. Près des deux tiers des médecins « prescripteurs » (65,8 %) pensent que le remboursement de ce vaccin a permis d'améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B des nourrissons suivis. Concernant leur propre pratique, 88,3 % des médecins interrogés déclarent être vaccinés contre l'hépatite B (obligatoire pour les médecins généralistes) et 1,1 % déclare l'être incomplètement.

La vaccination antipneumococcique (introduite dans le calendrier vaccinal en 2003) et la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (introduite en 2007) recueillent respectivement 62,7 % et 58,6 % d'opinions « *très favorables* ». Pour cette dernière vaccination, plus de la moitié des médecins interrogés (52,1 %) déclarent la proposer « *systématiquement* » et près d'un tiers (32,6 %) « *souvent* ».

Concernant la vaccination contre la grippe saisonnière, 80,9 % des médecins interrogés déclarent la proposer « *systématiquement* » aux personnes âgées, soit une augmentation supérieure à 10 points par rapport à 2003. La majorité d'entre eux se sont eux-mêmes fait vacciner contre la grippe l'hiver précédant l'enquête (74,8 %).

Les opinions vis-à-vis d'autres vaccinations telles que le BCG sont plus partagées : 42,1 % des médecins d'Île-de-France (où la vaccination est recommandée pour l'ensemble des nourrissons) déclarent y être « *très favorables* » ; ils sont 36,9 % hors Île-de-France. Par ailleurs, cette vaccination est proposée « *systématiquement* » par seulement 27,2 % des médecins généralistes en Île-de-France et par 45,9 % hors Île-de-France pour les enfants à risque.

Malgré l'absence de recommandation officielle, 43,4 % déclarent être favorables à la recommandation de la vaccination contre les rotavirus et 29,5 % à la recommandation de la vaccination contre la varicelle.

Opinions et pratiques vaccinales des médecins généralistes

Christine Jestin
Laure Fonteneau
Daniel Lévy-Bruhl
Arnaud Gautier

INTRODUCTION

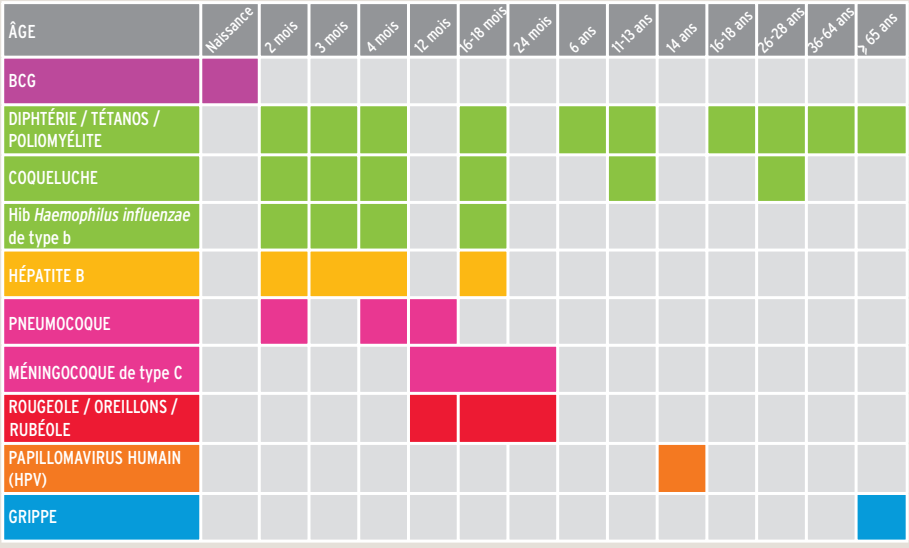
La vaccination est l'un des grands succès de la médecine et des politiques de santé publique. Des millions de vies dans le monde ont pu être sauvées grâce à ce moyen très efficace de prévention des maladies infectieuses. En France, les vaccinations ont contribué fortement à une réduction de la mortalité infantile et de la mortalité par maladies infectieuses ; certaines maladies redoutables comme la poliomyélite ou la diphtérie ont pu être éliminées et d'autres comme le tétanos sont devenues très rares. Aujourd'hui, en France, l'arrêt de la transmission est possible pour des maladies comme la rougeole ou la rubéole, à condition que les vaccinations recommandées par le calendrier vaccinal soient réalisées de façon optimale chez les enfants et les adultes et que des niveaux très élevés de couverture soient atteints. La population française et les médecins adhèrent bien de façon globale à ces objectifs comme l'indiquaient les résultats des précédents Baromètres santé et de l'enquête Nicolle sur la perception des risques infectieux **[1]**.

Cependant, l'épidémie de grippe A (H1N1) en 2009 a remis sous les feux de l'actualité les ambivalences suscitées par les vaccinations quand elles sont organisées à grande échelle. Outre les réactions du grand public, celles des médecins ont été également très contrastées, avec des opinions très affirmées en faveur de la vaccination chez certains et des oppositions et des craintes chez d'autres.

Depuis leur apparition, les vaccinations ont toujours suscité des réactions passionnées, sinon passionnelles, dans la population, chez les politiques et leaders d'opinion, les médecins et les professionnels de santé en général. Le modèle de R. Chen **[2]** décrit ainsi comment, lorsqu'une maladie infectieuse sévit, le vaccin est très attendu. Devenu disponible, médecins et popula-

tion l'accueillent favorablement, la population cible se fait vacciner, puis les épidémies disparaissent ; les cas, et surtout les complications, se font plus rares. Ce sont alors surtout des effets secondaires dont on parle : la part de la population et des médecins réticents, voire réfractaires, à la vaccination augmente et entrave les efforts faits pour éradiquer la maladie : il en est ainsi aujourd'hui avec l'épidémie de rougeole qui sévit en France depuis l'été 2008 et qui met en lumière des catégories de populations non vaccinées **[3, 4]**. Les arguments sont connus : la négligence, la méconnaissance de la sévérité potentielle de la maladie, les oublis, les occasions manquées, les craintes d'effets secondaires, la nécessité de laisser faire la nature et, plus rarement

LE CALENDRIER VACCINAL 2011 SIMPLIFIÉ



Source : Inpes

BCG

Dès la naissance chez les enfants exposés à un risque élevé de tuberculose (notamment tous les enfants résidant en Île-de-France et en Guyane). Elle doit être proposée jusqu'à 15 ans chez les enfants à risque élevé non encore vaccinés.

Diphtérie/tétanos/poliomyélite

Un rappel tous les dix ans après le rappel de 16-18 ans.

Coqueluche

Une dose de vaccin contenant la composante « coqueluche » est recommandée une seule fois chez les adultes n'ayant pas été vaccinés dans les dix années précédentes, en particulier chez les futurs parents et les personnels soignants.

Hépatite B

Si la mère de l'enfant est infectée par l'hépatite B, la vaccination débute dès le jour de la naissance, et pour tous les autres enfants à partir de l'âge de 2 mois. Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la première année de vie, elle peut être réalisée en rattrapage pour les enfants et adolescents jusqu'à 15 ans inclus. À partir de 16 ans, elle est recommandée chez les personnes à risque.

Pneumocoque
La vaccination est recommandée pour tous les nourrissons à 2, 4 et 12 mois. Pour les prématurés et les nourrissons à haut risque, une dose supplémentaire est nécessaire à 3 mois. Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée pour les enfants et les adultes à risque.

Méningocoque de type C
La vaccination est recommandée avec une dose de vaccin conjugué pour tous les enfants de 12 à 24 mois et en rattrapage chez les personnes de 2 à 24 ans inclus.

Rougeole/oreillons/rubéole
La vaccination est recommandée pour tous les enfants à l'âge de 12 mois avec une deuxième dose au moins un mois plus tard et au plus tard à 24 mois, et dès l'âge de 9 mois pour les enfants vivant en collectivité (dans ce cas, la deuxième dose est recommandée entre 12 et 15 mois). Les personnes nées depuis 1980 devraient avoir reçu au total deux doses de vaccins.

Papillomavirus humain (HPV)
La vaccination est recommandée à toutes les jeunes filles de 14 ans, avant exposition au risque d'infection. Un rattrapage est possible entre 15 et 23 ans pour les femmes qui n'ont pas eu de rapports sexuels ou au cours de l'année qui suit le début de leur vie sexuelle.

Grippe
La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année à partir de l'âge de 6 mois pour les personnes à risque et pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.

en France, les idées religieuses ou philosophiques. La théorie du complot ou celle des intérêts de l'industrie pharmaceutique se retrouvent dans de nombreux pays et ce, déjà lors de la vaccination contre la variole. Elles sont particulièrement mises en avant dans le cas particulier des vaccinations de masse et l'arrivée de nouveaux vaccins pour lesquels le recul peut paraître insuffisant. Les nouveaux médias véhiculent aussi plus rapidement les informations, qu'elles soient scientifiquement validées ou fantaisistes, et le lecteur n'est pas en mesure de vérifier la réalité de ce qu'il lit. Cela d'autant plus que, souvent, il ne connaît pas bien les modalités d'action des vaccins, le processus de fabrication, la rigueur des études et des contrôles qui accompagnent leur procédé de fabrication, et les autorisations nécessaires à leur mise à disposition. Il en est sans doute de même pour les professionnels de santé, à un moindre degré, mais d'autant plus qu'il s'agit de vaccins apparus récemment. Par ailleurs, le calendrier vaccinal s'est complexifié et il est souvent difficile pour la population, mais aussi pour les professionnels de santé, de mémoriser tous les vaccins et leurs dates de réalisation.

Les Baromètres santé médecins réalisés depuis 1992 sont des outils précieux pour suivre l'évolution des opinions des médecins sur la vaccination **[5]**. En quinze ans, la confiance dans la vaccination est restée stable mais ce sentiment n'est pas partagé par la totalité des médecins : certains, de par leurs pratiques plus atypiques, un exercice plus isolé, une formation plus lointaine sur les vaccins, sont en effet moins enclins à réaliser les vaccinations recommandées. La population déclare pourtant attacher beaucoup d'importance à l'avis de son médecin pour prendre la décision de se faire vacciner. C'est pourquoi, au-delà de la couverture vaccinale et des attitudes de la population, il est essentiel de prendre en compte l'opinion et les pratiques des médecins pour mieux comprendre les freins à la vaccination et adapter les stratégies de communication autour de la vaccination, voire les stratégies de vaccination elles-mêmes.

C'est ce que tente de faire cette enquête, réalisée à intervalles réguliers et intégrant des questions sur la perception des vaccinations. Ces résultats sont à mettre en miroir des Baromètres santé réalisés auprès de la population : la perception des médecins n'est pas toujours superposable à celle de leurs patients comme l'indique l'enquête Nicolle **[1]**.

RÉSULTATS

OPINION SUR LA VACCINATION EN GÉNÉRAL

Dans leur quasi-totalité (97,5 %), les médecins généralistes interrogés déclarent être favorables à la vaccination en général : les trois quarts (76,9 %) y sont « *très favorables* » et un sur cinq « *plutôt favorable* » (20,6 %). Aucune évolution significative n'est apparue depuis 1998, année où une diminution nette de la proportion des médecins les plus convaincus avait été constatée par rapport à 1994, passant de 85,2 % à 76,1 % **[tableau I]**. L'évolution des opinions « *très favorables* » est cependant différente selon le sexe et l'âge des médecins généralistes interrogés : chez les hommes, ces opinions sont restées globalement stables depuis 1998 quel que soit leur âge. À l'inverse, celles-ci ont augmenté significativement entre 1998 et 2003 pour les femmes médecins les plus jeunes, augmentation observée assez logiquement entre 2003 et 2009 chez celles âgées de plus de 40 ans **[figure 1]**.

Les facteurs associés au fait d'être « *très favorable* » à la vaccination en 2009 et ce, après analyse multivariée **[tableau II]**, sont : la non-pratique d'un exercice particulier (86,9 % *vs* 56,3 % parmi les médecins déclarant pratiquer régulièrement ou systématiquement un mode d'exercice particulier ; p<0,001), pratiquer un nombre d'acte important – plus de 15 par jour – (79,9 % *vs* 61,3 % ; p<0,001), exercer dans un cabinet de groupe (81,8 % *vs* 71,8 % ; p<0,001), exercer en secteur 1 (79,7 % *vs* 54,4 % ; p<0,001) et participer à un réseau de soins (81,5 % *vs* 74,1 % ; p<0,001). Les autres facteurs, et notamment le genre et lieu d'exercice qui apparaissaient associés en 2003 au fait d'être « *très favorable* » à la vaccination en général (davantage les hommes ainsi que les généralistes pratiquant dans le nord de la France), n'apparaissent plus liés à cette opinion.

TABLEAU I

Évolution des opinions sur la vaccination en général (en pourcentage)

	1994 n = 1013	1998 n = 2073	2003 n = 2057	2009 n = 2083
Très favorable	85,2	76,1	75,5	76,9
Plutôt favorable	12,5	21,5	21,6	20,6
Plutôt pas favorable	1,4	1,5	1,9	1,6
Pas du tout favorable	0,4	0,3	0,4	0,4
NSP	0,5	0,6	0,6	0,5

FIGURE 1

Évolution des opinions « *très favorables* » à la vaccination depuis 1994, selon le sexe et l'âge des médecins généralistes (en pourcentage)

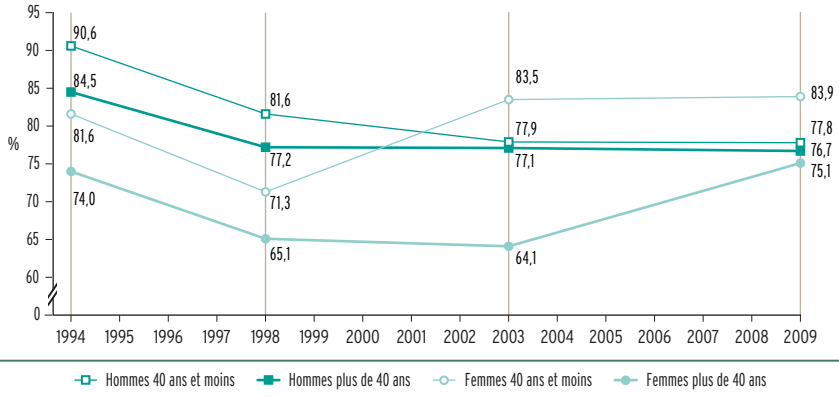


TABLEAU II

Facteurs associés au fait de se déclarer être « *très favorable* » à la vaccination en général (n = 2 030)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes	76,8	1	
Femmes	77,3	1,2	0,9 ; 1,6
Âge			
40 ans ou moins	80,9	1	
41 à 50 ans	77,6	1,0	0,7 ; 1,4
51 ans et plus	75,5	1,1	0,7 ; 1,5
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Non	86,9	1	
Occasionnellement	80,8	0,6***	0,4 ; 0,8
Régulièrement ou systématiquement	56,3	0,2***	0,1 ; 0,3
Nombre d'actes par jour			
1 à 15	61,3	1	
16 ou plus	79,9	1,9***	1,5 ; 2,6
Secteur d'exercice			
Secteur 2 ou non conventionné	54,4	1	
Secteur 1	79,7	1,9***	1,4 ; 2,7
Participation à un réseau			
Non	74,1	1	
Oui	81,5	1,4**	1,1 ; 1,8
Type de cabinet			
Cabinet de groupe	81,8	1	
Cabinet individuel	71,8	0,7**	0,6 ; 0,9

** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

VACCINATION ROUGEOLE-OREILLONS-RUBÉOLE (ROR)

Après une diminution remarquable des cas de rougeole depuis la généralisation de la vaccination ROR, on observe depuis 2008 une épidémie nationale de rougeole qui s'est encore intensifiée en 2009, puis en 2010 **[3, 4]**. La rougeole étant une maladie très contagieuse, sa résurgence est principalement due à une couverture vaccinale insuffisante pour empêcher la circulation du virus rougeoleux, dans la mesure où elle est inférieure aux objectifs de 95 % de personnes immunisées avec deux doses de vaccin, nécessaires pour assurer une protection collective de la population. Or, en 2007, 90,1 % des enfants de 24 mois avaient reçu au moins une dose **[6]**. Le plan d'élimination de la rougeole a été renforcé pour la France en 2009 **[7]**. C'est pourquoi la vaccination contre la rougeole a été la cible prioritaire de la communication lors des semaines européennes de la vaccination 2009 et 2010 en France et en Europe.

Opinions

Les médecins généralistes interrogés sont, dans leur très grande majorité, favorables à la vaccination associée ROR puisque 82,1 % s'y déclarent « *très favorables* » et 14,7 % « *plutôt favorables* » **[tableau III]**. Par ailleurs, l'augmentation constatée entre 1994 et 2003, notamment en ce qui concerne la proportion de praticiens très favorables à la vaccination ROR, s'est poursuivie en 2009 avec une augmentation de 3,1 points depuis 2003 ($p<0,05$) et de près de 10 points depuis 1994 ($p<0,001$).

Les facteurs liés au fait de se déclarer très favorable à la vaccination ROR sont pour la plupart identiques au fait d'être très favorable à la vaccination en général : ce sont la non-pratique régulière ou systématique d'un Mep, un nombre d'actes par jour supérieur à 15, un exercice de la profession en secteur 1, ainsi que la participation à un réseau de soins **[tableau IV]**. Par ailleurs, les praticiens déclarant effectuer plus de quatre jours d'activité par semaine dans leur cabinet (visites inclues) sont plus nombreux à être « *très favorables* » à la vaccination ROR (84,1 % *vs* 73,6 % ; $p<0,001$).

Pratiques

La proposition de la vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans est importante : 87,5 % des généralistes la proposent « *systématiquement* » et 6,5 % « *souvent* » **[tableau V]**. Les modalités de réponses à cette question ayant été modifiées depuis le dernier Baromètre santé médecins généralistes en 2003, l'augmentation des réponses « *systématiquement* » observée entre 1994 et 2003 est moins visible en 2009. Cependant, la proportion de médecins qui déclarent ne jamais la proposer a significa-

TABLEAU III

Évolution des opinions sur la vaccination ROR depuis 1994 (en pourcentage)

	1994	1998	2003	2009
	n = 1013	n = 2073	n = 2057	n = 2083
Très favorable	72,9	76,5	79,0	82,1
Plutôt favorable	20,8	17,1	15,8	14,7
Plutôt pas favorable	3,0	4,4	3,6	2,0
Pas du tout favorable	2,8	1,7	1,3	1,1
NSP	0,5	0,3	0,3	0,1

TABLEAU IV

Facteurs associés au fait de se déclarer être « *très favorable* » à la vaccination ROR (n = 2 030)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes	82,3	1	
Femmes	81,6	1,2	0,9 ; 1,7
Âge			
40 ans ou moins	87,6	1	
41 à 50 ans	82,9	0,7	0,5 ; 1,1
51 ans et plus	80,1**	0,8	0,5 ; 1,2
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Non	89,5	1	
Occasionnellement	87,7	0,8	0,6 ; 1,1
Régulièrement ou systématiquement	61,7***	0,2***	0,2 ; 0,3
Nombre d'actes par jour			
1 à 15	64,4	1	
16 ou plus	85,4***	2,4***	1,8 ; 3,3
Secteur d'exercice			
Secteur 2 ou non conventionné	56,1	1	
Secteur 1	85,3***	2,5***	1,7 ; 3,5
Participation à un réseau			
Non	78,8	1	
Oui	87,3***	1,8**	1,4 ; 2,3
Nombre de jours d'exercice par semaine			
4 jours ou moins	73,6	1	
Plus de 4 jours	84,1***	1,5*	1,1 ; 2,0

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

TABLEAU V

Évolution des pratiques de la vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans depuis 1994 (en pourcentage)

	1994	1998	2003		2009
	n = 1 013	n = 2 073	n = 2 057		n = 2 083
Systématiquement	84,9	86,3	88,2	Systématiquement	87,5
Selon les cas	8,3	8,7	6,5	Souvent	6,5
				Parfois	3,3
Jamais	5,1	3,9	3,8	Jamais	2,6
NSP	1,7	1,1	1,5	NSP	0,1

tivement diminué depuis 2003, passant de 3,8 % à 2,6 % (p<0,05), confirmant donc la baisse observée quant à ces réponses depuis 1994 (5,1 % *vs* 2,6 % ; p<0,001).

Les facteurs associés à une proposition systématique de la vaccination associée ROR sont peu différents des facteurs associés à l'opinion « *très favorable* » à cette vaccination : l'absence de pratique régulière ou systématique d'un Mep, un nombre d'actes réalisés quotidiennement élevé, l'exercice en secteur 1, ainsi que la participation à

un réseau de soins sont retrouvés comme discriminants d'une proposition systématique par les généralistes pour les enfants de 1 à 2 ans **[tableau VI]**. Par ailleurs, les médecins femmes la proposent plus systématiquement que les hommes (OR = 1,6 ; p<0,05).

VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B

D'après l'enquête nationale de séroprévalence réalisée en 2004, plus de 280 000 personnes seraient porteuses chroniques de l'antigène HBs **[8]**. Parmi ces personnes, seulement 45 % le savaient. La vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour tous les nourrissons depuis 1994 à partir de 2 mois et en rattrapage pour les enfants, les adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans, et au-delà pour toute personne à risque élevé d'exposition. Pourtant, la couverture vaccinale des nourrissons à 24 mois atteignait seulement 41,9 % en 2007 **[6]**.

Opinions

Les médecins généralistes sont majoritairement favorables à la vaccination contre l'hépatite B : 94,0 % des généralistes interrogés se déclarent favorables (« *très* » ou « *plutôt* ») à la vaccination des adultes à risque, 78,7 % pour les adolescents et 68,0 % pour les nourrissons **[tableau VII]**.

TABLEAU VI

Facteurs associés au fait de proposer « *systématiquement* » la vaccination ROR aux enfants de 1 à 2 ans (n = 2 030)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes	87,1	1	
Femmes	88,5	1,6*	1,1 ; 2,2
Âge			
40 ans ou moins	94,3	1	
41 à 50 ans	88,7	0,6	0,3 ; 1,1
51 ans et plus	85,0***	0,6	0,4 ; 1,1
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Non	92,9	1	
Occasionnellement	93,4	0,9	0,6 ; 1,4
Régulièrement ou systématiquement	69,0***	0,2***	0,1 ; 0,3
Nombre d'actes par jour			
1 à 15	71,3	1	
16 à 20	85,3	2,0***	1,4 ; 3,0
21 à 25	92,5	4,1***	2,6 ; 6,5
26 à 30	91,7	3,7***	2,3 ; 6,0
Plus de 30	94,1***	5,7***	3,2 ; 10,1
Secteur d'exercice			
Secteur 2 ou non conventionné	61,6	1	
Secteur 1	90,5***	2,7***	19,0 ; 4,0
Participation à un réseau			
Non	85,5	1	
Oui	90,6**	1,4**	1,0 ; 1,9

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

TABLEAU VII

Évolution des opinions sur la vaccination contre l'hépatite B (en pourcentage)

	1993 n = 494	1994 n = 1013	1998 n = 2 073	2003 n = 2 057	2009 n = 2 083
Pour les nourrissons					
Très favorable		18,4	19,4	24,4	39,3
Plutôt favorable		33,3	31,8	34,4	28,7
Plutôt pas favorable		30,8	32,2	25,9	19,9
Pas du tout favorable		8,4	13,2	12,5	11,4
NSP		9,1	3,4	2,8	0,7
Pour les adolescents					
Très favorable	66,2	85,7	55,5	36,2	37,9
Plutôt favorable	25,9	11,2	33,3	41,3	40,8
Plutôt pas favorable	4,5	1,8	6,1	13,4	15,5
Pas du tout favorable	1,7	1,0	3,0	6,3	5,4
NSP	1,7	0,3	2,1	2,8	0,4
Pour les adultes à risque					
Très favorable					64,1
Plutôt favorable					29,9
Plutôt pas favorable					4,0
Pas du tout favorable					1,8
NSP					0,2

La vaccination des nourrissons suit la tendance observée depuis 1994, à savoir un accroissement significatif de la proportion de médecins se déclarant très favorables ; l'augmentation est particulièrement importante entre 2003 et 2009, puisqu'elle est très proche de 15 points ($p<0,001$). Il faut également noter que la part des médecins n'ayant pas émis d'opinion (NSP) sur la vaccination des nourrissons a diminué de 9,1 % en 1994 à 0,7 % en 2009.

À l'inverse, la proportion de généralistes très favorables à la vaccination pour les adolescents reste identique entre 2009 et 2003, ce qui néanmoins va dans le sens d'un arrêt de la diminution importante de ces opinions constatée entre 1994 et 2003.

Les caractéristiques des médecins déclarant être très favorables à la vaccination contre l'hépatite B sont globalement identiques, qu'il s'agisse de la vaccination des nourrissons ou bien de celle des adolescents. Pour ces deux populations, en effet, cette opinion est liée au fait de ne pas pratiquer de Mep, d'exercer en cabinet de groupe, en secteur 1, de participer à un réseau de soins et d'être soi-même vacciné contre l'hépatite B. Ces deux dernières caractéristiques sont aussi retrouvées pour la vaccination contre l'hépatite B des adultes à risque **[tableau VIII]**. En revanche, les réponses sont contrastées selon l'âge : les médecins les moins âgés se déclarent plus souvent que les autres très favorables à la vaccination des nourrissons, alors que les plus âgés partagent plus cette opinion pour les adolescents.

Pratiques personnelles

Depuis près de vingt ans, la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour certains professionnels de santé **[9]**, dont les médecins généralistes et les étudiants

TABLEAU VIII

Facteurs associés au fait de se déclarer « *très favorable* » à la vaccination contre l'hépatite B pour différentes populations (OR ajustés)

	Pour les nourrissons	Pour les adolescents	Pour les adultes à risque
Sexe			
Hommes	1	1	1
Femmes	1,0	1,2	1,2
Âge			
40 ans ou moins	1	1	1
41 à 50 ans	0,7◇	1,4*	1,5
51 ans et plus	0,6**	1,4	1,4
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Non	1	1	–
Occasionnellement	1,0	0,8◇	
Régulièrement ou systématiquement	0,4***	0,4***	
Type de cabinet			
Cabinet de groupe	1	1	–
Cabinet individuel	0,8*	0,7**	
Secteur d'exercice			
Secteur 2 ou non conventionné	1	1	–
Secteur 1	1,6**	1,4◇	
Participation à un réseau			
Non	1	1	1
Oui	1,3*	1,5**	2,2**
Vacciné contre l'hépatite B			
Non	1	1	1
Oui	3,2***	4,3***	5,2***

◇ : p<0,1 ; * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

qui se destinent à ces professions. Il existe peu de données sur la couverture vaccinale des professionnels de santé contre l'hépatite B.

Dans leur grande majorité, les médecins interrogés déclarent être eux-mêmes vaccinés contre l'hépatite B (88,3 %) ; plus d'un médecin sur dix (10,3 %) déclare ne pas l'être, 1,1 % ne pas l'être complètement, tandis que 0,3 % refuse de répondre ou ne sait pas.

La proportion de praticiens déclarant être vaccinés (complètement) contre l'hépatite B est significativement plus importante chez les médecins de moins de 40 ans, n'exerçant pas régulièrement ou systématiquement un Mep, pratiquant en secteur 1, en cabinet de groupe, et appartenant à un réseau de soins. Par ailleurs, les médecins déclarant avoir suivi une session de formation médicale continue (FMC) au cours des douze derniers mois déclarent plus souvent être vaccinés **[tableau IX]**.

Vaccin hexavalent

Le vaccin hexavalent qui comprend, en plus des valences tétanos, poliomyélite, diphtérie, coqueluche, *Haemophilus* (HiB), la valence hépatite B est remboursé depuis le mois de mars 2008. Ce vaccin, s'il est largement utilisé, devrait permettre une nette amélioration de la couverture vaccinale contre l'hépatite B qui reste très insuffi-

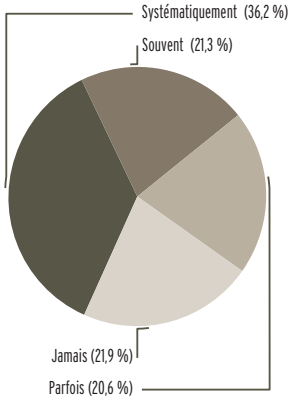
sante (41,9 % à 24 mois chez les enfants nés en 2005 **[6]**).

Dans ce baromètre, soit neuf mois après la possibilité de remboursement du vaccin, un peu plus d'un tiers des médecins disaient proposer de façon systématique (36,2 %) le vaccin hexavalent pour vacciner les nourrissons **[figure 2]**.

Les résultats de l'analyse multivariée montrent que la région d'exercice du médecin est significativement liée au fait de ne jamais proposer le vaccin hexavalent aux nourrissons **[tableau X]**. En particulier, les médecins exerçant dans le quart sud-est de la France sont significativement plus nombreux à ne jamais proposer ce vaccin que les médecins exerçant en Île-de-France (28,8 % *vs* 18,1 %). Les médecins pratiquant

FIGURE 2

Pratique de proposition du vaccin hexavalent (n = 1055)



NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

TABLEAU IX

Facteurs associés au fait de déclarer être vacciné contre l'hépatite B (n = 2012)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes	87,8	1	
Femmes	89,5	0,9	0,6 ; 1,2
Âge			
40 ans ou moins	98,3	1	
41 à 50 ans	93,3	0,3*	0,1 ; 0,8
51 ans et plus	82,6***	0,1***	0,0 ; 0,3
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Non	92,6	1	
Occasionnellement	91,4	0,7	0,5 ; 1,1
Régulièrement ou systématiquement	76,6***	0,3***	0,2 ; 0,4
Type de cabinet			
Cabinet de groupe	92,4	1	
Cabinet individuel	83,8***	0,7*	0,5 ; 0,9
Secteur d'exercice			
Secteur 2 ou non conventionné	66,7	1	
Secteur 1	90,9***	2,6***	1,8 ; 3,7
Participation à un réseau			
Non	85,5	1	
Oui	92,7***	1,9***	1,3 ; 2,6
Formation médicale continue au cours des douze derniers mois			
Non	82,6	1	
Oui	89,4***	2,0***	1,4 ; 2,8

* : p<0,05 ; *** : p<0,001.

TABLEAU X

Facteurs associés au fait de ne « *jamais* » proposer le vaccin hexavalent aux nourrissons (n = 1013)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Région			
Île-de-France (réf.)	18,1	1	
Nord-Ouest	15,7	1,0	0,5 ; 1,8
Nord-Est	19,9	1,4	0,8 ; 2,4
Sud-Est	28,8	2,2**	1,3 ; 3,6
Sud-Ouest	21,1**	1,3	0,7 ; 2,5
Secteur d'exercice			
Secteur 1 (réf.)	20,4	1	
Secteur 2 ou non conventionné	34,9**	1,3	0,8 ; 2,2
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Jamais (réf.)	25,8	1	
Occasionnellement	14,6	0,4***	0,3 ; 0,6
Régulièrement ou systématiquement	31,5 ***	1,1	0,7 ; 1,6
Type de cabinet			
Cabinet de groupe (réf.)	18,9	1	
Cabinet individuel	25,1	1,2	0,9 ; 1,7
Nombre d'actes par jour			
21 et plus (réf.)	18,0	1	
1 à 20	28,6***	1,6**	1,2 ; 2,3
Part de la clientèle avec la CMU			
Moins de 2 %	28,8	1,4	0,9 ; 2,3
2 à 4 %	22,5	1,0	0,6 ; 1,5
5 à 9 %	18,3	0,9	0,6 ; 1,4
10 % ou plus (réf.)	20,2	1	

** : p<0,01 ; *** : p<0,001.
NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

« *régulièrement* » ou « *systématiquement* » un Mep sont aussi significativement plus nombreux à ne jamais proposer le vaccin par rapport aux médecins pratiquant un Mep de façon occasionnelle (31,5 % *vs* 14,6 %). Il en est de même pour ceux qui pratiquent moins de 20 actes par jour en moyenne par rapport à ceux qui en pratiquent 21 ou plus (28,6 % *vs* 18,0 %).

Parmi les médecins généralistes proposant ce vaccin (parfois, souvent ou systématiquement), 65,8 % ont déclaré que le remboursement du vaccin hexavalent permettait d'améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B dans leur clientèle. Plus des trois quarts des médecins (77,6 %) qui proposent systématiquement le vaccin hexavalent pensent que son remboursement a permis d'améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B dans leur clientèle **[tableau XI]**.

VACCINATION CONTRE LE PNEUMOCOQUE POUR LE NOURRISSON

La vaccination antipneumococcique a été introduite dans le calendrier vaccinal en 2003 pour les enfants de moins de 2 ans considérés à risque. En juin 2006, la recommandation a été étendue à l'ensemble des enfants de moins de 2 ans **[10]**.

TABLEAU XI

Pratique du vaccin hexavalent en fonction de l'opinion quant à l'impact du remboursement (en pourcentage)

	n	Amélioration de la couverture vaccinale	Pas d'amélioration de la couverture vaccinale
Systématiquement	375	77,6	22,4
Souvent	209	68,4	31,6
Parfois	209	42,1	57,9

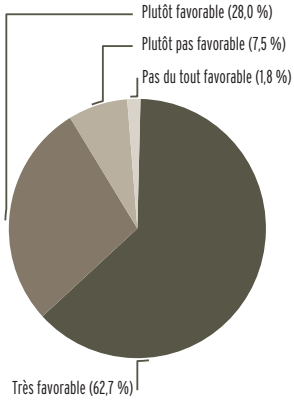
NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

La grande majorité des médecins généralistes (90,7 %) est favorable à la vaccination contre le pneumocoque pour le nourrisson **[figure 3]**.

Les résultats de l'analyse multivariée montrent que plus les médecins sont jeunes, plus ils sont nombreux à déclarer être très favorables à la vaccination contre le pneumocoque : 78,9 % parmi les 40 ans et moins, 64,5 % parmi les 41-50 ans et 57,4 % parmi les plus de 50 ans. Les femmes sont également plus nombreuses que les hommes à déclarer être très favorables à cette vaccination (67,9 % *vs* 60,5 %). Les médecins n'exerçant jamais ou seulement de façon occasionnelle un Mep déclarent plus souvent être très favorables à la vaccination contre le pneumocoque (respectivement 69,3 % et 67,3 %) que les médecins pratiquant régulièrement ou systématiquement un Mep (45,3 %). Être conventionné en secteur 1 (65,2 % *vs* 42,9 %), participer à un réseau (67,5 % et 59,7 %) et pratiquer en moyenne plus de 20 actes par jour (69,3 % *vs* 52,9 %) sont également des facteurs associés au fait d'être très favorable à la vaccination contre le pneumocoque **[tableau XII]**.

FIGURE 3

Opinion des médecins généralistes concernant la vaccination contre le pneumocoque pour le nourrisson (n = 2 069)



NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

VACCINATION BCG DES ENFANTS À RISQUE

La France est considérée comme un pays à faible risque de tuberculose (8,9 cas/100 000 habitants déclarés en France en 2006 **[11]**) ; cependant cette incidence reste élevée dans certains groupes. Dans ce contexte, en juillet 2007, l'obligation de la vaccination BCG a été suspendue et remplacée par une recommandation forte de vaccination adressée aux enfants les plus à risque de tuberculose, définis comme :

- les enfants nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- les enfants dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- les enfants devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;

TABLEAU XII

Facteurs associés au fait de déclarer être « *très favorable* » à la vaccination contre le pneumocoque (n = 2 020)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes (réf.)	60,5	1	
Femmes	67,9**	1,5***	1,2 ; 1,9
Âge			
40 ans ou moins	78,9	2,2***	1,6 ; 3,1
41 à 50 ans	64,5	1,2	0,9 ; 1,5
51 ans et plus (réf.)	57,4***	1	
Secteur d'exercice			
Secteur 2 ou non conventionné (réf.)	42,9	1	
Secteur 1	65,2***	1,5*	1,1 ; 2,0
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Jamais	69,3***	2,6***	2,0 ; 3,4
Occasionnellement	67,3	2,1***	1,7 ; 2,7
Régulièrement ou systématiquement (réf.)	45,3	1	
Participation à un réseau			
Non (réf.)	59,7	1	
Oui	67,5***	1,3**	1,1 ; 1,6
Nombre d'actes par jour			
1 à 20 (réf.)	52,9	1	
21 et plus	69,3***	2,0***	1,6 ; 2,4

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.
NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

- les enfants ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- les enfants résidant en Île-de-France ou en Guyane ;
- les enfants dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment les enfants vivant dans des conditions de logement ou socio-économiques défavorables ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie **[12]**.

L'arrêt en janvier 2006 de la commercialisation du vaccin par multipuncture (Monovax®) ne laissant sur le marché que le vaccin intradermique, plus difficile à administrer et provoquant plus d'effets indésirables, a conduit à une chute de la couverture vaccinale BCG de plus de 50 % avant même la suspension de l'obligation vaccinale **[13]**. La couverture vaccinale est restée insuffisante chez les enfants à risque après la suspension de l'obligation vaccinale : une enquête transversale menée auprès des médecins exerçant en secteur libéral et abonnés à Infovac-France, en février 2008, a permis d'estimer la couverture vaccinale chez ces enfants à seulement 58 % **[14]**.

Dans ce contexte de changement de technique vaccinale, de modification de la politique vaccinale et d'une couverture vaccinale insuffisante des enfants à risque, il est particulièrement intéressant de mesurer l'opinion et la pratique des médecins vis-à-vis de cette vaccination comparativement en Île-de-France, où l'ensemble des enfants sont concernés par la vaccination, et hors de l'Île-de-France où seuls certains groupes

d'enfants à risque sont concernés par le BCG.

Plus de 84,2 % des médecins généralistes déclarent être favorables à la vaccination BCG pour les enfants à risque. L'opinion des médecins n'est pas significativement différente selon qu'ils exercent en Île-de-France, où 84,9 % des médecins sont favorables à la vaccination, ou hors de l'Île-de-France où ils sont 84,1 % à y être favorables **[tableau XIII]**.

En Île-de-France, la proportion de médecins favorables à la vaccination BCG ne varie pas significativement selon les facteurs sociodémographiques et les caractéristiques de la pratique médicale testés **[tableau XIV]**.

En revanche, les médecins participant à un réseau (48,9 % *vs* 36,3 % ; p<0,05) et ceux réalisant plus de 20 actes par jour (49,4 % *vs* 33,6 % ; p<0,01) sont significativement plus nombreux à déclarer être très favorables à la vaccination BCG pour les enfants à risque.

En dehors de l'Île-de-France, plus les médecins sont jeunes, plus ils sont favorables à la vaccination BCG (40 ans et moins : 90,3 % ; de 41 à 50 ans : 87,1 % ; 51 ans et plus : 80,5 % ; p<0,001). De même, la proportion de médecins favorables à la vaccination BCG varie significativement selon la pratique d'un Mep (jamais : 86,8 % ; occasionnellement : 85,9 % ; souvent ou systématiquement : 77,1 % ; p<0,001) et si le médecin exerce en secteur 1 (84,8 % *vs* 75,7 % ; p<0,01) **[tableau XIV]**.

La proportion de médecins favorables à la vaccination BCG des enfants à risque n'est pas significativement différente selon le sexe ; en revanche, la proportion de femmes très favorables à la vaccination est significativement plus importante que celle des hommes (41,9 % *vs* 34,8 % ; p<0,01). Avoir plus de 10 % de patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) dans sa clientèle (44,7 % *vs* 34,3 % ; p<0,001) et participer à un réseau (48,9 % *vs* 36,3 % ; p<0,05) sont des facteurs également associées au fait d'être « *très favorable* » à la vaccination BCG des enfants à risque.

Proposition de la vaccination BCG en Île-de-France

Seulement 27,2 % des généralistes d'Île-de-France déclarent proposer systématiquement la vaccination BCG **[figure 4]**.

Les résultats de l'analyse multivariée montrent que les médecins âgés de moins de 40 ans sont significativement plus nombreux à proposer systématiquement la vaccination BCG en Île-de-France (37,0 % *vs* 31,2 % pour les médecins âgés de 41 à 50 ans et 23,3 % pour les médecins âgés de plus de 50 ans). La proportion de médecins qui déclarent proposer systématiquement

TABLEAU XIII

Comparaison de l'opinion des médecins d'Île-de-France et hors de l'Île-de-France concernant la vaccination BCG pour les enfants à risque

	France entière (n = 2 058)		Île-de-France (n = 290)		Hors Île-de-France (n = 1768)	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Très favorable	37,6	35,5 ; 39,7	42,1	36,4 ; 47,8	36,9	34,6 ; 39,1
Plutôt favorable	46,6	44,4 ; 47,7	42,8	37,0 ; 48,5	47,2	44,8 ; 49,5
Plutôt pas favorable	10,4	9,1 ; 11,7	8,6	5,4 ; 11,9	10,7	9,2 ; 12,1
Pas du tout favorable	5,4	4,5 ; 6,4	6,5	3,7 ; 9,4	5,2	4,2 ; 6,3

NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

TABLEAU XIV

Proportions de médecins favorables à la vaccination BCG pour les enfants à risque, en Île-de-France et hors Île-de-France, selon différents critères sociodémographiques ou caractéristiques de la pratique médicale

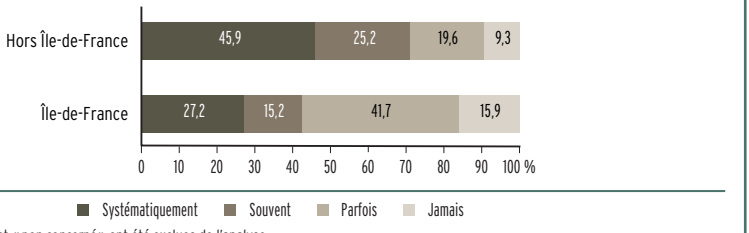
	Île-de-France	Hors Île-de-France
Sexe		
Hommes	84,2	83,2
Femmes	85,9	86,2
Âge		
40 ans et moins	85,7	90,3
41 à 50 ans	86,3	87,1
51 ans et plus	83,8	80,5***
Pratique d'un mode d'exercice particulier		
Jamais	87,1	86,8
Occasionnellement	85,6	85,9
Régulièrement ou systématiquement	79,0	77,1***
Nombre d'actes par jour		
1 à 20	84,0	84,6
21 ou plus	85,7	83,6
Secteur d'exercice		
Secteur 1	85,5	84,8
Secteur 2 ou non conventionné	83,1	75,7**
Part de la clientèle avec la CMU		
Moins de 2 %	81,3	82,2
2 à 4 %	79,0	82,7
5 à 9 %	88,1	86,0
10 % ou plus	89,7	85,1
Participation à un réseau		
Oui	88,0	85,4
Non	82,2	83,2
Évaluation des pratiques professionnelles au cours des douze derniers mois		
Oui	85,4	82,8
Non	84,5	84,8

** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

FIGURE 4

Proposition de la vaccination BCG aux enfants à risque en Île-de-France (n = 283) et hors Île-de-France (n = 1679 ; en pourcentage)



NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

la vaccination BCG aux enfants à risque est significativement plus élevée parmi ceux qui ont plus de 10 % de patients bénéficiant de la CMU dans leur clientèle (39,1 % *vs* 16,7 % à 27,1 % dans les autres catégories). Les médecins participant à un réseau ou ayant eu une évaluation des pratiques professionnelles au cours des douze derniers mois sont également plus nombreux à proposer la vaccination BCG (respectivement 34,4 % *vs* 21,1 % et 35,4 % *vs* 23,0 %) **[tableau XV]**.

La majorité des médecins d'Île-de-France qui déclarent proposer seulement « *parfois* » la vaccination BCG (84,5 %) et la moitié de ceux qui déclarent ne « *jamais* » proposer cette vaccination déclarent pourtant y être favorables **[figure 5]**.

Pratique de la vaccination BCG hors Île-de-France

Moins de la moitié des médecins généralistes exerçant en dehors de l'Île-de-France (45,9 %) déclarent proposer systématiquement la vaccination BCG aux enfants à risque **[figure 4]**.

Les résultats de l'analyse multivariée montrent que les femmes sont significativement plus nombreuses à déclarer proposer systématiquement la vaccination BCG aux enfants à risque (53,1 % *vs* 42,8 % pour les hommes), de même que les médecins de moins de 40 ans (56,5 % *vs* 43,7 % pour les médecins âgés de 41 à 50 ans et 44,0 % pour les plus de 50 ans). Les médecins exerçant dans une agglomération de plus de 100 000 habitants déclarent également plus souvent proposer systématiquement la vaccination BCG (50,0 %) par rapport aux médecins exerçant dans des agglomérations plus petites (entre 39,8 % et 47,6 % selon la taille de l'agglomération). Les généralistes participant à un réseau déclarent plus fréquemment proposer systématiquement le BCG (52,1 % *vs* 42,0 % pour les autres). Les médecins ne pratiquant « *jamais* » (48,5 %) ou « *occasionnellement* » (47,7 %) un Mep sont également significati-

TABLEAU XV

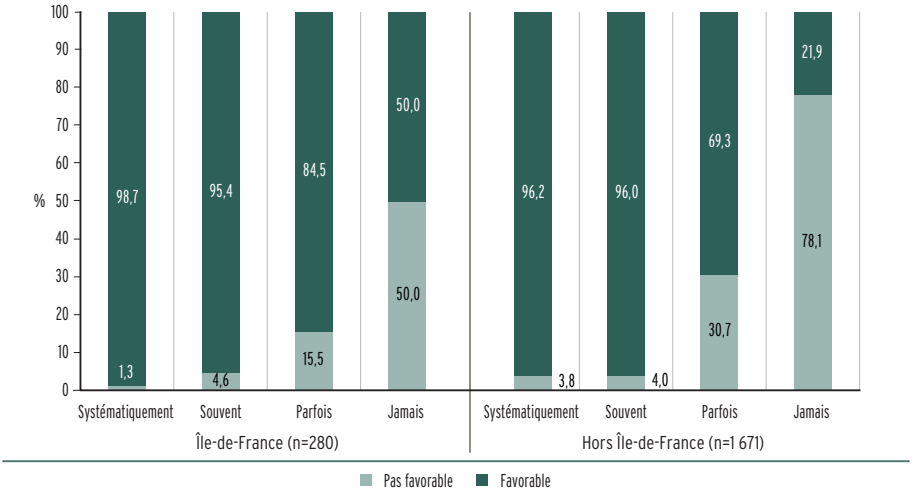
Facteurs associés au fait de proposer « *systématiquement* » la vaccination BCG en Île-de-France, contre celui de la proposer « *parfois* » ou « *jamais* » (n = 234)

	n	%	OR ajusté	IC à 95 %
Âge				
40 ans et moins	20	37,0	3,0*	1,1 ; 8,3
41 à 50 ans	74	31,2	1,7	0,9 ; 3,2
51 ans et plus (réf.)	140	23,3	1	
Part de la clientèle avec la CMU				
Moins de 2 % (réf.)	67	16,7	1	
2 à 4 %	46	22,0	1,8	0,7 ; 4,5
5 à 9 %	48	27,1	2,2	0,9 ; 5,4
10 % ou plus	73	39,1*	3,5**	1,6 ; 7,8
Participation à un réseau				
Non (réf.)	126	21,1	1	
Oui	108	34,4*	1,9*	1,0 ; 3,3
Évaluation des pratiques professionnelles au cours des douze derniers mois				
Non (réf.)	151	23,0	1	
Oui	83	35,4*	1,8*	1,0 ; 3,4

* : p<0,05 ; ** : p<0,01.
NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

FIGURE 5

Opinion vis-à-vis de la vaccination BCG, en Île-de-France et hors Île-de-France, selon la proposition de cette vaccination par le médecin généraliste (en pourcentage)



NB : les réponses *« ne sait pas »* et *« non concerné »* ont été exclues de l'analyse.

vement plus nombreux à déclarer proposer la vaccination de façon systématique, que les médecins pratiquant « *systématiquement* » ou « *régulièrement* » un mode d'exercice particulier (38,8 %) **[tableau XVI]**.

Comme en Île-de-France, une certaine proportion des médecins déclarant ne « *jamais* » proposer la vaccination BCG aux enfants à risque, ou seulement « *parfois* », disent pourtant y être favorables (respectivement 21,9 % et 69,3 %) **[figure 5]**.

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

La vaccination constitue le meilleur moyen de protection contre la grippe saisonnière. Elle doit être réalisée au moins deux semaines avant le début de la saison grippale (à l'approche de l'hiver). La vaccination est recommandée chaque année pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et chez celles – enfants et adultes dès l'âge de 6 mois – atteintes de certaines maladies chroniques et particulièrement à risque de complications. La vaccination est aussi recommandée pour tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque de grippe sévère.

Pratiques personnelles

Près des trois quarts des médecins interrogés (74,8 %) déclarent s'être fait vacciner contre la grippe l'hiver précédant l'enquête. Cette proportion est en nette augmentation depuis 2003 où moins des deux tiers (63,2 %) déclaraient cette même vaccination ($p<0,001$).

Les facteurs associés sont globalement identiques à ceux retrouvés pour les opinions

TABLEAU XVI

Facteurs associés au fait de proposer « *systématiquement* » la vaccination BCG hors Île-de-France, contre celui de la proposer « *parfois* » ou « *jamais* » (n = 1255)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes	42,8	1,1	
Femmes	53,1***	1,4*	1,0 ; 1,8
Âge			
40 ans et moins	56,5	1,8**	1,2 ; 2,6
41 à 50 ans	43,8	1,1	0,8 ; 1,4
51 ans et plus	44,0**	1,0	
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Jamais	48,5	1,7**	1,2 ; 2,3
Occasionnellement	47,7	1,6**	1,2 ; 2,2
Régulièrement ou systématiquement	38,8**	1,0	
Taille de l'agglomération			
Moins 2 000 habitants	43,9	1,0	
De 2 000 à 20 000 habitants	39,8	0,8	0,6 ; 1,1
De 20 000 à 100 000 habitants	47,6	1,3	0,9 ; 1,9
Plus de 100 000 habitants	50,0*	1,5*	1,1 ; 2,0
Participation à un réseau			
Oui	52,1	1,5**	1,2 ; 1,9
Non	42,0***	1,0	

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

favorables à la vaccination en général. Il est à noter tout de même que les médecins pratiquant dans un cabinet de groupe et ceux ayant suivi une formation médicale continue ou une évaluation des pratiques professionnelles dans l'année déclarent plus que les autres s'être fait vacciner contre la grippe **[tableau XVII]**.

Pratiques chez les personnes âgées

Plus de quatre médecins sur cinq (80,9 %) déclarent proposer systématiquement la vaccination contre la grippe aux personnes âgées et 14,4 % déclarent le faire souvent **[tableau XVIII]**. La proposition de cette vaccination antigrippale, qui n'avait pas évolué entre 1994 et 2003, a augmenté significativement depuis 2003 : la proportion de médecins généralistes la proposant « *systématiquement* » a gagné 12,5 points ces six dernières années (p<0,001) alors que, dans le même temps, la part des médecins ne la proposant « *jamais* » est passée de 2,0 % à 0,9 % (p<0,01).

Les principaux facteurs associés à une proposition systématique de vaccination contre la grippe sont une nouvelle fois la non-pratique d'un Mep, un nombre d'actes par jour important, l'exercice en secteur 1 et la participation à un réseau de soins **[tableau XIX]**. Cette proposition systématique varie également en fonction de l'âge du praticien, celui-ci proposant d'autant plus systématiquement qu'il « avance » en âge. Enfin, de manière assez logique, les généralistes eux-mêmes vaccinés contre la grippe proposent plus systématiquement la vaccination antigrippale aux personnes âgées de 65 ans et plus.

TABLEAU XVII

Facteurs associés au fait de déclarer s'être fait vacciner contre la grippe saisonnière l'hiver précédant l'enquête (n = 1976)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes	75,7	1	
Femmes	72,2	0,9	0,7 ; 1,2
Âge			
40 ans ou moins	77,6	1	
41 à 50 ans	74,9	1,1	0,8 ; 1,5
51 ans et plus	73,7	1,2	0,9 ; 1,7
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Non	81,0	1	
Occasionnellement	79,7	0,9	0,7 ; 1,2
Régulièrement ou systématiquement	56,7***	0,3***	0,2 ; 0,4
Nombre d'actes par jour			
1 à 15	61,6	1	
16 ou plus	77,2***	1,5**	1,1 ; 1,9
Type de cabinet			
Cabinet de groupe	79,7	1	
Cabinet individuel	69,2***	0,7**	0,6 ; 0,9
Secteur d'exercice			
Secteur 2 ou non conventionné	51,3	1	
Secteur 1	77,5***	2,1***	1,5 ; 2,9
Participation à un réseau			
Non	70,8	1	
Oui	80,6***	1,5**	1,2 ; 1,9
Formation médicale continue au cours des douze derniers mois			
Non	68,2	1	
Oui	75,9***	1,5**	1,2 ; 2,0
Évaluation des pratiques professionnelles au cours des douze derniers mois			
Non	72,3	1	
Oui	78,6**	1,4**	1,1 ; 1,7

** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

TABLEAU XVIII

Évolution des pratiques de la vaccination antigrippale chez les personnes âgées depuis 1994 (en pourcentage)

	1994 (n = 1013)	1998 (n = 2073)	2003 (n = 2057)	2009 (n = 2083)
Systématiquement	67,8	64,5	68,4	80,9
Souvent	26,0	28,5	25,1	14,4
Parfois[a]	4,7	5,3	4,0	3,8
Jamais	1,5	1,4	2,0	0,9
NSP	0,0	0,3	0,5	0,0

a. de 1994 à 2003, l'intitulé exact était « *de temps en temps* ».

TABLEAU XIX

Facteurs associés au fait de proposer « *systématiquement* » la vaccination contre la grippe aux personnes âgées (n = 2 031)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes	81,0	1	
Femmes	80,6	1,2	0,9 ; 1,6
Âge			
40 ans ou moins	77,9	1	
41 à 50 ans	81,5	1,5*	1,0 ; 2,1
51 ans et plus	81,3	1,7**	1,2 ; 2,5
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Non	86,3	1	
Occasionnellement	84,0	0,8	0,6 ; 1,1
Régulièrement ou systématiquement	67,6***	0,5***	0,4 ; 0,7
Nombre d'actes par jour			
1 à 15	70,3	1	
16 ou plus	82,8***	1,5*	1,1 ; 2,0
Secteur d'exercice			
Secteur 2 ou non conventionné	61,2	1	
Secteur 1	83,3***	2,0***	1,4 ; 2,8
Participation à un réseau			
Non	78,0	1	
Oui	85,3***	1,4*	1,1 ; 1,8
Vacciné contre la grippe			
Non	59,6	1	
Oui	88,1***	4,0***	3,1 ; 5,1

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

VACCINATION HPV CHEZ LES ADOLESCENTES

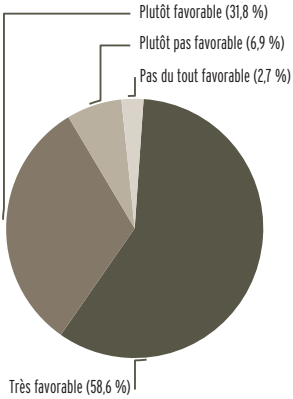
La vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) chez les adolescentes est récente. Elle a été introduite dans le calendrier vaccinal en 2007 et remboursée à partir de juillet de cette même année **[15]**. Il est donc particulièrement intéressant d'étudier l'opinion et la pratique des médecins généralistes vis-à-vis de cette nouvelle vaccination.

La grande majorité des généralistes (90,4 %) déclare être favorable (« *très* » ou « *plutôt* ») à la vaccination HPV chez les adolescentes **[figure 6]**.

Les résultats de la régression logistique multivariée montrent que les médecins déclarent plus souvent être très favorables à la vaccination HPV chez les adolescentes lorsqu'ils exercent dans des agglomérations de moins de 2 000 habitants (62,9 %) ou de plus de 100 000 habitants (59,5 %) que lorsqu'ils exercent dans l'agglomération parisienne (49,4 %). Les médecins n'ayant jamais, ou seulement de façon occasionnelle, un Mep sont significativement plus souvent très favorables à la vaccination HPV (respectivement 61,6 % et 62,9 %) que les médecins pratiquant régulièrement ou systématiquement un Mep (46,5 %). Être conventionné en secteur 1 (60,8 %), ne pas consacrer de temps à être formateur (60,4 %) et pratiquer en moyenne plus de 20 actes par jour (62,9 %) sont également des facteurs

FIGURE 6

Opinion des médecins généralistes concernant la vaccination HPV chez les adolescentes (n = 2 067)



NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

associés au fait d'être très favorable à la vaccination HPV **[tableau XX]**.

La moitié des médecins propose systématiquement la vaccination HPV aux adolescentes (52,1 %) **[figure 7]**.

Les femmes déclarent plus souvent proposer systématiquement la vaccination HPV aux adolescentes que les hommes (56,9 % *vs* 50,1 %). La vaccination HPV est significativement moins proposée de façon systématique en région parisienne que dans les autres régions françaises (44,0 % *vs* 50,5 % à 57,1 % dans les autres régions). Être conventionné en secteur 1 (54,1 % *vs* 35,8 %), participer à un réseau (55,7 % *vs* 49,9 %) et effectuer en moyenne plus de 20 actes par jour (56,8 % *vs* 44,5 %) sont également des facteurs associés au fait de proposer systématiquement le vaccin HPV aux adolescentes.

TABLEAU XX

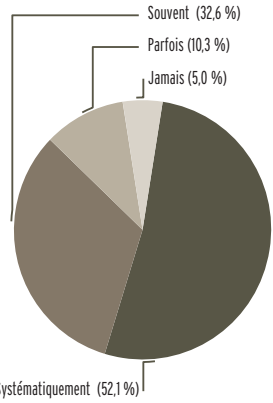
Facteurs associés au fait de se déclarer « *très favorable* » à la vaccination HPV des adolescentes (n = 2 018)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Taille de l'agglomération			
Moins de 2 000 habitants	62,9	1,5*	1,1 ; 2,1
De 2 000 à 20 000 habitants	60,0	1,3	0,9 ; 1,8
De 20 000 à 100 000 habitants	56,5	1,2	0,8 ; 1,7
Plus de 100 000 habitants	59,5	1,4*	1,1 ; 1,9
Agglomération parisienne	49,4*	1,0	
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Jamais	61,6	1,7***	1,3 ; 2,2
Occasionnellement	62,9	1,7***	1,3 ; 2,1
Régulièrement ou systématiquement	46,5***	1,0	
Nombre d'actes par jour			
1 à 20	51,8	1,0	
21 et plus	62,9***	1,5***	1,2 ; 1,8
Secteur d'exercice			
Secteur 1	60,8	1,6**	1,2 ; 2,2
Secteur 2 ou non conventionné	40,9***	1,0	
Activités de formateur			
Oui	51,8	1,1	
Non	60,4**	1,4**	1,1 ; 1,7

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.
NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

FIGURE 7

Proposition de la vaccination HPV aux adolescentes (n = 2 065)



NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

Les médecins n'exerçant jamais (54,2 %) ou seulement occasionnellement (57,0 %) un Mep proposent plus souvent systématiquement le vaccin que les médecins pratiquant un Mep de façon régulière ou systématique (40,4 %) **[tableau XXI]**.

La majorité des médecins qui ont déclaré proposer seulement « *parfois* » la vaccination HPV (65,9 %) y est pourtant favorable **[figure 8]**.

VACCINATION CONTRE LA VARICELLE ET LES ROTAVIRUS

Des vaccins contre la varicelle et contre les rotavirus existent sur le marché, mais ces vaccinations ne font pas l'objet de recommandations chez les nourrissons et, à ce titre, ne sont pas remboursées dans cette

TABLEAU XXI

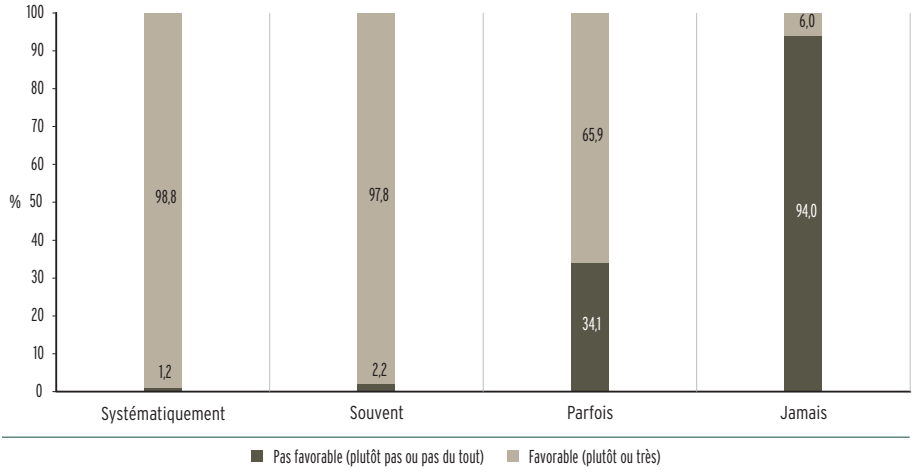
Facteurs associés au fait de déclarer « *proposer systématiquement* » la vaccination HPV, contre déclarer « *proposer parfois ou jamais* » la vaccination HPV (n = 1355)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes	50,1	1,0	
Femmes	56,9**	1,6**	1,2 ; 2,2
Secteur d'exercice			
Secteur 1	54,1	2,1***	1,4 ; 3,1
Secteur 2 ou non conventionné	35,8***	1,0	
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Jamais	54,2	4,0***	2,8 ; 5,7
Occasionnellement	57,0	3,8***	2,7 ; 5,4
Régulièrement ou systématiquement	40,4***	1,0	
Région			
Région parisienne	44,0	1,0	
Nord-Ouest	57,1	2,8***	1,7 ; 4,7
Nord-Est	53,8	1,9**	1,2 ; 3,0
Sud-Est	50,5	1,8**	1,2 ; 2,7
Sud-Ouest	54,7*	2,6***	1,5 ; 4,4
Participation à un réseau			
Oui	55,7	1,3*	1,0 ; 1,8
Non	49,9*	1,0	
Nombre d'actes par jour			
1 à 20	44,5	1,0	
21 et plus	56,8***	2,1***	1,6 ; 2,8

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.
NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

FIGURE 8

Opinion vis-à-vis de la vaccination HPV selon la proposition de cette vaccination par le médecin généraliste (en pourcentage)



NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

tranche d'âge. La question d'inscrire ces deux vaccins au calendrier vaccinal du nourrisson est régulièrement posée.

Recommandation de vaccination contre la varicelle

Seulement 29,5 % des médecins généralistes déclarent être favorables à la recommandation de vaccination contre la varicelle **[figure 9]**.

Les résultats de la régression logistique n'ont montré aucune liaison significative entre des facteurs sociodémographiques ou des caractéristiques de la pratique médicale et le fait d'être favorable à une recommandation de vaccination contre la varicelle.

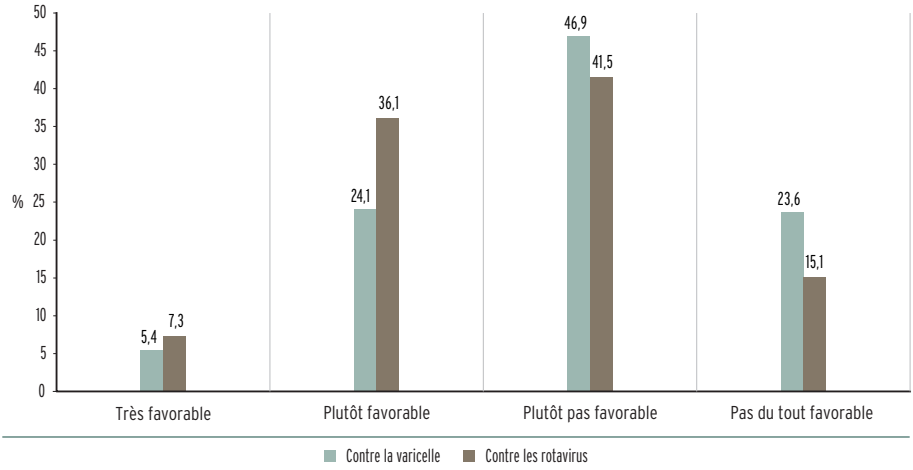
Recommandation de vaccination contre les rotavirus

43,4 % des médecins généralistes déclarent être favorables à une recommandation de vaccination contre les rotavirus **[figure 9]**.

Les résultats d'une analyse multivariée montrent que les médecins exerçant en Île-de-France déclarent significativement plus souvent être favorables à une recommandation de vaccination contre le rotavirus que les médecins exerçant dans le quart sud-est de la France (52,5 % *vs* 39,9 %). Les médecins ne pratiquant « *jamais* » (46,0 %) ou « *occasionnellement* » (46,3 %) un Mep sont également significativement plus nombreux à déclarer être favorables à la recommandation de cette vaccination que les médecins pratiquant « *systématiquement* » ou « *régulièrement* » un Mep (34,7 %). Les médecins qui ont plus de 2 % de patients bénéficiaires de la CMU déclarent significativement plus souvent être favorables (46,0 % *vs* 33,2 % ; p<0,01) à la recommandation de vaccination. Le fait de ne pas consacrer de temps à être formateur est également lié au fait d'être favorable à la recommandation de vaccination contre les rotavirus (45,8 % *vs* 34,6 %) **[tableau XXII]**.

FIGURE 9

Opinion des médecins généralistes concernant les recommandations de vaccination contre la varicelle (n = 983) et les rotavirus (n = 987 ; en pourcentage)



NB : les réponses *« ne sait pas »* et *« non concerné »* ont été exclues de l'analyse.

TABLEAU XXII

Facteurs associés au fait de déclarer être favorable à la recommandation de la vaccination contre les rotavirus (n = 945)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Région			
Île-de-France	52,5	2,0**	1,3 ; 3,1
Nord-Ouest	40,1	1,1	0,7 ; 1,6
Nord-Est	46,4	1,3	0,9 ; 1,9
Sud-Est	39,9	1,0	
Sud-Ouest	41,3	1,0	0,7 ; 1,6
Pratique d'un mode d'exercice particulier			
Jamais	46,0	1,6**	1,1 ; 2,3
Occasionnellement	46,3	1,6*	1,1 ; 2,2
Régulièrement ou systématiquement	34,7**	1,0	
Part de la clientèle avec la CMU			
Moins de 2 %	33,2	1,0	
2 à 4 %	47,6	2,0**	1,3 ; 2,9
5 à 9 %	45,3	1,7*	1,1 ; 2,5
10 % ou plus	45,1*	1,7*	1,1 ; 2,5
Activités de formateur			
Oui	34,6	1,0	
Non	45,8**	1,7**	1,2 ; 2,4
Nombre d'actes par jour			
1 à 20	38,8	1,0	
21 et plus	45,9*	1,3	1,0 ; 1,7

* : p<0,05 ; ** : p<0,01.

NB : les réponses « *ne sait pas* » et « *non concerné* » ont été exclues de l'analyse.

DISCUSSION

Globalement, les médecins généralistes interrogés fin 2008-début 2009 gardent une grande confiance dans la vaccination avec une opinion majoritairement « *très favorable* » à la vaccination en général, à la vaccination ROR et à la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ils sont eux-mêmes bien vaccinés contre la grippe et contre l'hépatite B, tout particulièrement les médecins les plus jeunes. La typologie des médecins les plus favorables à la vaccination en général est superposable à celle des médecins ayant une opinion « *très favorable* » à la vaccination ROR, à la vaccination des nourrissons contre l'hépatite B et à la vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans et plus. Ce sont aussi ces médecins qui pratiquent le plus les vaccinations et qui disent être à jour de leur vaccination pour la grippe et l'hépatite B.

L'adhésion des médecins généralistes à la vaccination BCG des enfants à risque semble bonne. La majorité d'entre eux, plus de quatre sur cinq, a déclaré être favorable à cette vaccination. L'opinion vis-à-vis de cette vaccination ne diffère pas selon que le médecin exerce en Île-de-France – où l'incidence de la tuberculose est plus élevée et où l'ensemble des nourrissons est concerné par la vaccination – ou qu'il exerce dans une autre région – où seulement certains groupes d'enfants sont considérés à risque de tuberculose. Pour les médecins exerçant en dehors de l'Île-de-France, les facteurs associés au fait d'être favorable à la vaccination BCG sont : être âgé de moins de 40 ans, ne pas exercer de mode d'exercice particulier et être conventionné en secteur 1. En Île-de-France, on ne retrouve pas de liaison significative entre ces facteurs et l'opinion des médecins vis-à-vis de la vaccination BCG des enfants à risque. Ces résultats peuvent en partie être liés au faible effectif de médecins répondants en Île-de-France.

Malgré une bonne opinion de la vaccination BCG, moins de la moitié des médecins exerçant en dehors de l'Île-de-France déclarent proposer « *systématiquement* » cette vaccination aux enfants à risque. Ils sont moins d'un tiers en Île-de-France. La part de médecins favorables à la vaccination, mais qui ne proposent « *jamais* » la vaccination BCG ou seulement « *parfois* » est donc assez importante. Cette discordance pourrait refléter une difficulté pour les médecins de pratiquer la vaccination par voie intradermique chez les jeunes nourrissons.

Concernant la vaccination HPV, qui a fait l'objet d'une forte médiatisation, l'adhésion des généralistes est très bonne puisqu'ils sont plus de 90 % à y être favorables. En pratique, 84,7 % des médecins déclarent proposer « *systématiquement* » ou « *souvent* » la vaccination HPV aux adolescentes, ce qui est plutôt satisfaisant. Il serait intéressant d'explorer les critères retenus par les médecins qui déclarent proposer cette vaccination « *souvent* » ou « *parfois* ».

Les médecins sont dans l'ensemble favorables à la vaccination des nourrissons contre le pneumocoque (90,6 %) et près des deux tiers y sont très favorables.

L'arrivée du vaccin hexavalent sur le marché et surtout son remboursement par l'Assurance maladie en mars 2008 doivent permettre une nette amélioration de la couverture vaccinale hépatite B si celui-ci est largement proposé en remplacement du vaccin pentavalent comme le confirment certaines études **[16]**. Les résultats montrent que ce n'était pas encore le cas fin 2008, puisque 21,9 % des médecins déclaraient ne « *jamais* » proposer ce vaccin et 20,6 % seulement « *parfois* ». Toutefois, une majorité de médecins (65,8 %) pensent que le remboursement du vaccin hexavalent a permis d'améliorer la couverture vaccinale hépatite B dans leur clientèle. Cette propor-

tion est plus élevée (77,6 %) parmi les médecins proposant « *systématiquement* » le vaccin hexavalent.

Certains facteurs apparaissent liés à une attitude favorable du médecin généraliste à la vaccination pour plusieurs vaccins : il s'agit en particulier d'un médecin jeune, plus souvent une femme, comprenant dans sa patientèle une proportion plus élevée de personnes bénéficiant de la CMU, conventionné en secteur 1, appartenant à un réseau, réalisant un volume d'actes élevé et ne pratiquant pas de Mep, ou de façon limitée.

Respectivement plus des deux tiers et plus de la moitié des médecins se disent peu favorables à de nouvelles recommandations de vaccination contre la varicelle et les rotavirus. Il n'est pas possible à ce stade de faire la part entre des opinions personnelles concernant spécifiquement ces vaccinations et le reflet des avis défavorables à l'introduction de ces vaccinations dans le calendrier vaccinal rendus par le Haut Conseil de la santé publique ainsi que de leur non-remboursement par l'Assurance maladie.

La confiance dans les vaccinations exprimée dans cette enquête est encore plus fortement formulée par les jeunes médecins, ce qui est encourageant pour la pratique des vaccinations dans l'avenir, d'autant que l'enseignement des vaccinations tient une place réduite dans les programmes des études médicales.

Après les doutes dans l'opinion publique suscités par la campagne de vaccination contre le virus pandémique A (H1N1) à la fin de l'année 2009, il reste à savoir si ce capital de confiance demeure acquis. D'ores et déjà, une étude réalisée par l'Inpes en mai 2010 sur la perception de la vaccination en général, et de la vaccination ROR, indiquait que cette confiance ne s'était pas altérée, tout au moins dans l'opinion des médecins, et aurait même continué à progresser. L'opinion très favorable à la vaccination contre l'hépatite B pour le nourrisson a, elle aussi, progressé pour la première fois de façon importante, probablement aidée par le remboursement du vaccin hexavalent et par les résultats et prises de positions scientifiques n'indiquant pas de lien entre les affections démyélinisantes et cette vaccination. Cependant, les réticences vis-à-vis du vaccin contre l'hépatite B demeurent importantes, résultats confirmés par une étude réalisée en Île-de-France en 2009 auprès de médecins généralistes prenant en charge des nourrissons, dans laquelle 26 % d'entre eux étaient défavorables au vaccin VHB chez le nourrisson **[17]**.

Les médecins les plus favorables aux vaccinations sont ceux qui disent les pratiquer le plus, ont une activité importante en nombre d'actes et disent eux-mêmes être à jour de leurs vaccinations (notamment pour la grippe et l'hépatite B). Près des trois quarts des médecins généralistes avaient été vaccinés contre la grippe saisonnière pour l'hiver 2007-2008, ce qui correspond à une progression importante depuis le Baromètre santé médecins généraliste 2003 (63,2 %). Des résultats voisins avaient déjà été enregistrés auprès des médecins interrogés dans l'enquête Nicolle, pour l'hiver 2005-2006, avec 74,3 % de médecins généralistes vaccinés. Il faut souligner ce résultat remarquable alors que les nombreuses études réalisées en milieu hospitalier, que ce soit en France ou à l'étranger, font état de résultats généralement très inférieurs chez les médecins et très bas chez les autres professionnels de santé. De même, le taux de couverture vaccinale pour l'hépatite B déclaré par les médecins est très élevé : la quasi-totalité des médecins de moins de 40 ans, sans doute confrontés à l'obligation vaccinale pendant leurs études, et plus de quatre médecins sur cinq chez les plus de 50 ans déclarent être vaccinés.

La part de médecins défavorables aux vaccinations reste très faible ; ceux-ci pratiquent majoritairement un exercice particu-

lier, le plus souvent de façon exclusive, et ont une pratique plus limitée des vaccinations. Ces résultats très stables depuis 1992 sont à mettre en miroir des baromètres réalisés auprès de la population : les patients réticents ou opposés aux vaccinations expriment un recours beaucoup plus fréquent sinon exclusif aux médecins à exercice particulier **[18]**.

Cependant, il est difficile, dans cette étude, de mesurer la force de l'association entre les opinions des médecins, leurs pratiques de vaccination déclarées et la réalité de ces pratiques : différents obstacles peuvent entraver les intentions de vacciner ou la réalisation effective de la vaccination, comme en témoignent de nombreuses études. Par exemple, la perception très favorable de la vaccination ROR est très élevée ; les médecins disent pratiquer cette vaccination quasi systématiquement chez les nourrissons, mais la couverture vaccinale reste insuffisante à 24 mois. Par ailleurs, l'étude réalisée par l'Inpes en mai 2009 et répétée en 2010 indique que la pratique du rattrapage chez les jeunes adultes n'est pas fréquente **[19]**. Des études complémentaires permettant d'évaluer les pratiques seraient très utiles pour mesurer et comprendre les motifs de non-vaccination et les occasions manquées par les médecins.

Du côté de la population générale, des études indiquent que, dans l'ensemble, la population fait confiance au médecin traitant avant de prendre une décision **[20-22]** ; si le médecin est favorable à la vaccination, son patient ne se fera peut-être pas vacciner, mais si ce médecin n'est pas favorable à la vaccination, la probabilité que le patient se fasse vacciner est très faible. L'influence du médecin et sa relation de confiance avec le patient sont des déterminants essentiels pour le convaincre de l'intérêt d'une vaccination.

Une meilleure perception par les médecins de la confiance accordée par leurs patients aux vaccinations pourrait favoriser une plus grande inclinaison des médecins à en discuter avec eux et à leur proposer de mettre à jour leur calendrier vaccinal. De nombreuses occasions existent : une simplification des démarches de vaccination pour les médecins et la population est à trouver. La mise à disposition d'argumentaires basés sur des données scientifiques factuelles pour pouvoir discuter des bénéfices et des inconvénients des vaccinations pourrait aussi aider les médecins dans cette démarche.

Remerciements

Remerciements particuliers à Emmanuel Proux pour sa participation à l'analyse statistique de ce chapitre.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

[1] Nicolay N., Lévy-Bruhl D., Fonteneau L., Jauffret-Roustide M. Vaccination : perceptions et attitudes. *In* : Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C. dir. *Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux.* Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2008 : p. 89-101.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1152.pdf

[2] Chen R.T. Vaccine risks: real, perceived and unknown. *Vaccine,* octobre 1999, vol. 17, suppl. 3 : S41-S46.

[3] Parent du Châtelet I., Antona D., Waku-Kouomou D., Freymuth F., Maine C., Lévy-Bruhl D. La rougeole en France en 2008 : bilan de la déclaration obligatoire. *BEH,* 20 octobre 2009 ; n^{os} 39-40 : p. 415-419.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/39_40/beh_39_40_2009.pdf

[4] Parent du Châtelet I., Antona D., Freymuth F., Muscat M., Halftermeyer-Zhou F., Maine C., *et al.* Spotlight on measles 2010: Update on the ongoing measles outbreak in France, 2008-2010. *Eurosurveillance,* septembre 2010, vol. 15, n° 36 : pii : 19656.
En ligne : http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19656

[5] Gautier A. dir.. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : 276 p.

[6] Fonteneau L., Guthmann J.-P., Collet M., Vilain A., Herbet J.-B., Lévy-Bruhl D. Couvertures vaccinales chez l'enfant estimées à partir des certificats de santé du 24e mois, France, 2004-2007. *BEH,* juillet 2010, nos 31-32 : p. 330-333.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2010/31_32/beh_31_32_2010.pdf

[7] Circulaire n°DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf

[8] Meffre C., Le Strat Y., Delarocque-Astagneau E., Dubois F., Antona D., Lemasson J.-M., *et al*. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *Journal of Medical Virology*, 2010, vol. 82, n° 4 : p. 546-555.

[9] Arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique et arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et des étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé, pris en application de l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique.

[10] Calendrier vaccinal 2006 et autres avis du Conseil supérieur d'hygiène publique en France relatifs à la vaccination. *BEH,* juillet 2006, nos 29-30 : p. 211-226.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEh/2006/29_30/beh_29_30_2006.pdf

[11] Antoine D., Che D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006. *BEH,* mars 2008, n° 10-11 : p. 69-72.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/10_11/beh_10_11_2008.pdf

[12] République française. *Décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG. Journal officiel*, 19 juillet 2007, n° 165 : p. 12177.

[13] Lévy-Bruhl D., Paty M.-C., Antoine D., Bessette D. Recent changes in tuberculosis control and BCG vaccination policy in France. *Eurosurveillance Weekly,* 2007 ; vol. 12, n° 7-9 : 262-263.

[14] Guthmann J.-P., de La Rocque F., Boucherat M., van Cauteren D., Fonteneau L., Lécuyer A., *et al.* Couverture vaccinale en médecine libérale : premières données chez le nourrisson, sept mois après la levée de l'obligation vaccinale en France. *Archives de pédiatrie,* mai 2009 ; vol. 16, n° 5 : p. 489-495.

[15] Calendrier vaccinal 2007. Avis du Haut Conseil de la santé publique. *BEH,* juillet 2007, nos 31-32 : p. 284-286.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/31_32/beh_31_32_2007.pdf

[16] Gaudelus J., Cohen R., Lepetit H., Gaignier C. Vaccinoscopie : couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole, de la rubéole, des oreillons et de l'hépatite B en France en 2008. *Médecine et Enfance*, 2009, vol. 29, n° 4 : p. 207-212.

[17] Partouche H., Scius M., Rigal L. *Vaccination des nourrissons contre l'hépatite B : enquête téléphonique sur les connaissances, pratiques et opinions des médecins généralistes d'Île-de-France en 2009* [résumé]. 11es Journées nationales d'infectiologie, médecine et maladies infectieuses, Montpellier, France, 2010.

[18] Baudier F., Léon C. Le geste vaccinal : préserver sa place au cœur de la prévention. *In* : Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 279-296.

[19] Jestin C., Proux E., Gautier A. *Perception et pratiques de vaccination des médecins généralistes contre la rougeole en 2009* [communication affichée]. 4e Congrès de la médecine générale, Nice, France, 2010.

[20] Schwarzinger M., Flicoteaux R., Cortarenoda S., Obadia Y., Moatti J.-P. Low acceptability of A1/H1N1 Pandemic vaccination in French adult population: did public health policy fuel public dissonance ? *Plos One*, avril 2010, vol. 5, n° 4 : e 10199.
En ligne : http://assets0.pubget.com/pdf/20421908.pdf

[21] Vignier N., Jestin C., Arwidson P. Perceptions de l'hépatite B et de sa prévention. Premiers résultats d'une étude qualitative. *BEH,* mai 2009, nos 20-21 : p. 212.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/20_21/beh_20_21_2009.pdf

[22] Mellon G., Partouche H., Rigal L., Caumes E., Guthmann J.-P., Joannard N., *et al. Vaccinations : évaluation des connaissances et attitudes des étudiants d'Île-de-France âgés de 18 à 25 ans* [résumé]. 11es Journées nationales d'infectiologie, médecine et maladies infectieuses, Montpellier, France, juin 2010.

Dépistage des hépatites virales en médecine générale

En France métropolitaine, on estime qu'environ 500 000 adultes sont atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) ou le virus de l'hépatite C (VHC), dont la moitié d'entre eux l'ignore. Le dépistage des hépatites virales B et C est recommandé aux personnes présentant des facteurs de risques.

Les habitudes de prescription du dépistage de l'hépatite C par les médecins généralistes varient en fonction des expositions à risque : il est fréquemment proposé aux utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (Udiv) et aux personnes transfusées avant 1992. Il est moins souvent proposé aux personnes ayant subi un acte chirurgical invasif ou aux personnes tatouées ou ayant un piercing.

Le dépistage de l'hépatite B est abordé pour la première fois dans ce Baromètre santé médecins généralistes. De la même façon que pour l'hépatite C, le dépistage de l'hépatite B est fréquemment proposé aux usagers de drogues, mais insuffisamment aux autres groupes à risque, notamment aux personnes originaires d'un pays à forte endémie ou à celles en situation de précarité.

Les médecins à forte activité (plus de 30 actes quotidiens), déclarant suivre un nombre important de jours de formation continue, appartenant à un réseau ou encore comptant une forte proportion de patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), proposent plus fréquemment le dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C.

Les résultats du Baromètre santé médecins généralistes 2009 indiquent que les pratiques des médecins en matière de dépistage des hépatites virales sont en accord avec les recommandations pour certaines expositions à risque, mais qu'elles pourraient être améliorées pour d'autres. L'information de la population sur ces maladies et une diffusion des recommandations actualisées auprès des médecins généralistes pourraient constituer une première étape d'amélioration des pratiques de dépistage.

Dépistage des hépatites virales en médecine générale

Christine Jestin
Arnaud Gautier

INTRODUCTION

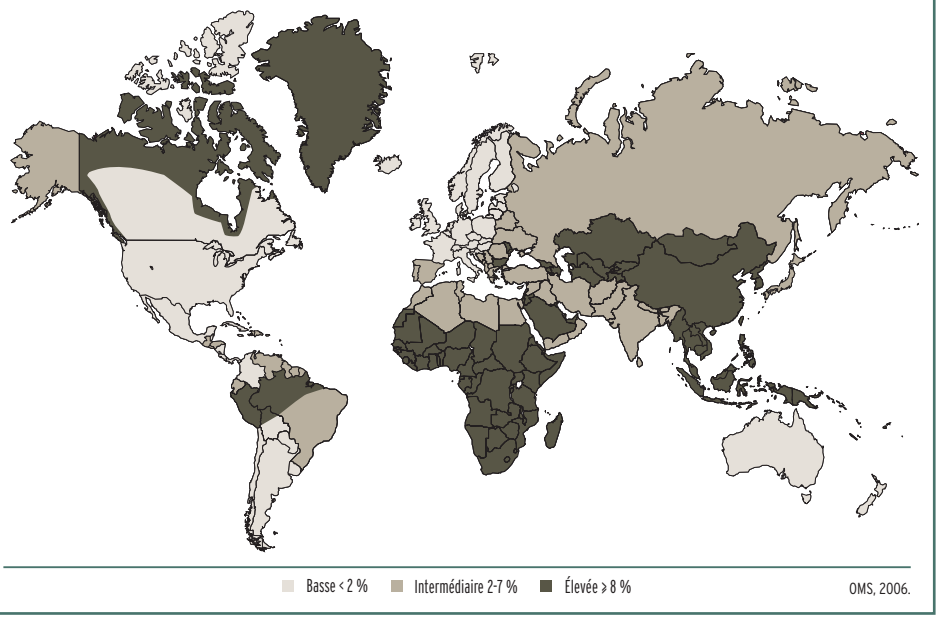
L'infection par les virus des hépatites virales B et C est fréquente, le niveau de prévalence ou endémicité de l'infection variant selon les pays. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) regroupe les pays en trois grandes zones d'endémicité (faible, modérée, forte) selon le niveau de prévalence, les pays où la prévalence est la plus élevée se situant en Afrique sub-saharienne, en Asie et dans le bassin amazonien **[figures 1 et 2]**.

En France métropolitaine, on estimait en 2004 qu'environ 500 000 personnes âgées de 18 à 80 ans étaient atteintes d'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) ou par le virus de l'hépatite C (VHC), incluant 232 000 personnes atteintes d'hépatite chronique C et 280 000 d'hépatite chronique B **[1]**. Les infections aiguës dues au VHB ou au VHC sont le plus souvent asymptomatiques, passant ainsi fréquemment inaperçues. La guérison spontanée survient dans 20 à 40 % des cas après une infection par le VHC. Le taux de guérison spontanée d'une infection par le VHB dépend de l'âge au moment de l'infection : d'environ 10 % quand la contamination survient lors de la première année de vie à 90 % de guérison quand la contamination survient à l'âge adulte **[2]**. En l'absence de guérison spontanée, l'infection évolue vers une forme chronique qui peut se compliquer d'une cirrhose du foie ou d'un carcinome hépatocellulaire. Les symptômes non spécifiques (fatigue, etc.) surviennent souvent à un stade tardif quand les complications sont déjà installées. Une analyse des certificats de décès de l'année 2001 a permis d'estimer à près de 4 000 le nombre de décès imputables au VHB et au VHC, 1 300 décès étant associés à l'hépatite B et 2 600 à l'hépatite C **[3]**.

Le virus de l'hépatite C se transmet essentiellement par voie sanguine : par exemple à l'occasion du partage de seringue ou de matériel contaminé en cas d'usage de drogue

FIGURE 1

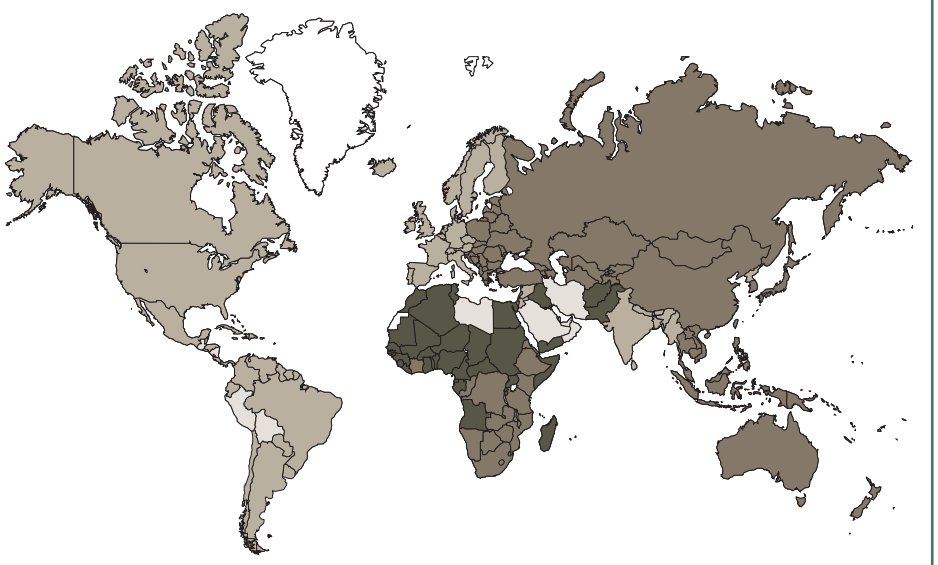
Prévalence de l'hépatite B



OMS, 2006.

FIGURE 2

Prévalence de l'hépatite C



OMS, 2004.

(pernasal ou par injection), lors de soins ou de tout acte invasif en cas de non-respect des précautions standard ou des mesures d'hygiène (dialyse, endoscopie digestive, chirurgie, tatouage, piercing, etc.). Depuis 1991 et le dépistage des anti-VHC systématique des dons de sang, la contamination par transfusion sanguine en France est devenue rarissime. La transmission périnatale du VHC est rare ainsi que la transmission sexuelle.

Le virus de l'hépatite B se transmet très facilement par voie sanguine et sexuelle, ce qui classe l'hépatite B parmi les infections sexuellement transmissibles. Le risque de transmission du VHB de la mère atteinte d'hépatite chronique à l'enfant lors de l'accouchement (transmission verticale) est variable selon le niveau de réplication virale (d'environ 5 % en cas de réplication basse à plus de 80 % en cas de forte réplication), cette transmission pouvant être prévenue dès la naissance de l'enfant par l'injection d'immunoglobulines anti-VHB et d'une première dose de vaccin anti-VHB. De même, la transmission horizontale (intrafamiliale, contacts proches non sexuels) peut être évitée par la vaccination anti-VHB des proches non immunisés de toute personne présentant une hépatite B chronique. Les modes de contamination restent inconnus dans 20 à 30 % des cas.

Les facteurs de risques de l'hépatite C, en France, sont essentiellement liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse ou nasale, principal facteur de contamination, à des antécédents de transfusion avant 1992 et à la naissance dans un pays d'endémie moyenne ou élevée pour l'hépatite C **[1]**.

D'après l'enquête de prévalence réalisée en 2004 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) **[1]**, les personnes les plus touchées par l'hépatite virale B en France (anticorps anti-HBc positifs) sont celles qui sont nées dans un pays d'endémie moyenne ou élevée de l'hépatite B, celles qui ont séjourné plus de trois mois dans une institution psychiatrique sanitaire ou sociale, les usagers de drogues par injection et les homosexuels masculins. L'hépatite B est aussi plus fréquente chez les hommes, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), les personnes âgées de 40 ans et plus, les personnes qui n'ont pas le baccalauréat ou qui résident en Île-de-France, dans les quarts nord-est et sud-est de la France.

L'hépatite C chronique guérit sous traitement anti-viral dans plus de la moitié des cas, le taux de guérison étant variable en fonction du génotype VHC. Dans le cas de l'hépatite B chronique, les traitements actuels ne permettent pas encore d'éradiquer le virus, mais freinent la survenue des complications (cirrhose et carcinome hépatocellulaire) s'ils sont pris au long cours. La décision de traitement s'appuie sur des critères biochimiques, virologiques et histologiques.

Les hépatites virales chroniques évoluent de façon insidieuse, les complications apparaissant longtemps après la contamination ; cette latence permet de dépister les hépatites virales pour une prise en charge précoce qui favorise la réduction des complications.

Les tests de dépistage sont performants et nécessitent un simple prélèvement sanguin. Ils peuvent être réalisés sur prescription médicale dans tous les laboratoires de biologie médicale, ou dans les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ou dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist).

Le renforcement du dépistage des hépatites virales B et C constitue un des axes majeurs du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 **[4]**.

Ce dépistage a deux objectifs essentiels : permettre un accès précoce aux soins et au traitement et favoriser la mise en place de mesures de prévention de la transmission. En effet, le dépistage d'une infection chronique permet la prise en charge avant la survenue

des complications, un accès au traitement et à la guérison ou à la stabilisation en fonction du type d'hépatite virale ; il permet de proposer le dépistage à l'entourage et de délivrer des conseils pour réduire les risques de transmission (utilisation de préservatifs, conseils d'hygiène quant au partage des objets de toilette, d'objets piquants et coupants, de matériel d'injection, etc.). Chez les personnes à risque non immunisées, la vaccination contre l'hépatite B doit être proposée.

Le renforcement de l'offre de dépistage semble d'autant plus nécessaire qu'une part importante des adultes atteints d'hépatite virale chronique ignorent leur statut sérologique. En effet, toujours d'après l'étude de l'InVs de 2004 **[1]**, seules 45 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite B (AgHBs +) et 59 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (ARN VHC +) le savaient. De même, d'après une étude de séroprévalence réalisée en 2004 chez des usagers de drogues, 27 % se déclaraient à tort séronégatifs pour le VHC **[5]**.

Deux études qualitatives ont été réalisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) auprès de médecins en 2007 et auprès de la population générale en 2008 **[6, 7]**. Parmi les personnes interrogées, peu d'entre elles disaient avoir déjà bénéficié d'un dépistage de l'hépatite B, y compris les femmes ayant déjà accouché alors que le dépistage de l'AgHBs est obligatoire au sixième mois de la grossesse. La population interrogée était demandeuse d'information et déclarait accorder une grande confiance à son médecin traitant. Du côté des médecins, l'hépatite B, bien que connue dans son ensemble, n'était pas perçue comme une préoccupation importante de santé publique. Son dépistage semblait intégré dans les pratiques médicales lors d'une demande de dépistage du VIH ou lors d'identification de facteurs de risques. Cependant, ceux-ci étaient rarement recherchés par les médecins et les résultats sérologiques ressentis comme difficilement interprétables. Ces résultats nécessitaient d'être chiffrés par une enquête quantitative auprès des médecins, d'une part, et de la population, d'autre part, de façon à mieux cerner les besoins en formation, en information et à élaborer un contenu de messages appropriés.

LA PARTICIPATION À UN RÉSEAU « HÉPATITES »

Parmi les médecins généralistes interrogés, très peu participent à un réseau de soins consacré aux hépatites virales ; ils ne représentent en effet que 2,1 % de l'échantillon, soit 5,4 % des médecins participant à un réseau (quel que soit le thème). Si leur nombre est restreint (n = 44), il est néanmoins possible de dégager quelques particularités. Ainsi, la part de ces praticiens, âgés de plus de 40 ans pour la quasi-totalité (98 %), augmente avec la taille de l'agglomération d'exercice (de 1,3 % pour les agglomérations inférieures à 100 000 habitants à 2,7 % dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants, pour arriver à 3,9 % en agglomération parisienne ; $p<0,05$). Les médecins dont 10 % ou plus de la patientèle bénéficient de la CMU déclarent significativement plus participer à ce type de réseau (3,7 % *vs* 1,6 % ; $p<0,01$), de même que les médecins recevant au moins cinq patients toxicomanes dépendants aux opiacés par mois (5,7 % *vs* 1,6 % ; $p<0,001$), ou ceux déclarant avoir suivi une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (3,0 % *vs* 1,6 % ; $p<0,05$). Par ailleurs, la totalité des médecins participant à ces réseaux a suivi au moins une formation médicale continue (FMC) au cours des douze derniers mois ; ils sont 90,6 % parmi les médecins participant à un réseau de soins portant sur un autre thème et 80,8 % pour les autres ($p<0,001$).

Si le Baromètre santé médecins généralistes 2003 **[8]** comportait déjà des questions relatives au dépistage de l'hépatite C, l'exercice 2009 aborde pour la première fois celui de l'hépatite B : les médecins généralistes ont ainsi été interrogés sur leurs pratiques de proposition de dépistage en fonction des facteurs de risques de leurs patients pour l'hépatite B et l'hépatite C.

RÉSULTATS

PRESCRIPTION DU DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE C

Les médecins généralistes ont été interrogés sur la fréquence de proposition de dépistage pour cinq populations à risque ; trois d'entre elles (les usagers de drogues par voie intraveineuse, les personnes transfusées avant 1992 et les personnes ayant un tatouage ou un piercing) figurent parmi les populations pour lesquelles il existe une recommandation de dépistage de l'hépatite C **[9]**.

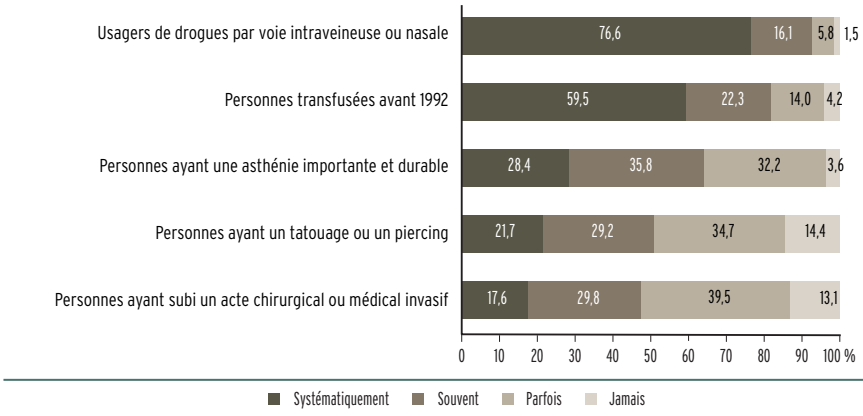
Les praticiens proposent cet examen fréquemment aux usagers de drogues par voie intraveineuse : plus des trois quarts des médecins (76,6 %) déclarent leur proposer ce dépistage de manière systématique et près d'un sur six (16,1 %) déclare le faire « *souvent* » **[figure 3]**. La proposition d'une sérologie du virus de l'hépatite C (VHC) est également fréquente pour les personnes transfusées avant 1992, puisque déclarée « *systématique* » par près de trois médecins sur cinq (59,5 %).

À l'inverse, les praticiens proposent de manière moins fréquente ce dépistage aux personnes ayant une asthénie importante et durable, aux personnes ayant un tatouage ou un piercing ainsi qu'aux personnes ayant subi un acte chirurgical ou médical invasif : ils sont respectivement 28,4 %, 21,7 % et 17,6 % à déclarer le proposer « *systématiquement* ».

Plusieurs facteurs influencent la proposition systématique d'une sérologie de l'hépatite C et ce, quelle que soit la popula-

FIGURE 3

Proposition de sérologie du virus de l'hépatite C, selon les caractéristiques du patient (en pourcentage)



tion cible. Deux d'entre eux concernent des facteurs sociodémographiques : il s'agit de l'âge et de la région d'exercice **[tableau I]**. Ainsi, les généralistes les plus âgés, notamment de plus 50 ans, et ceux exerçant dans la moitié sud de la France déclarent plus que les autres prescrire systématiquement un dépistage de l'hépatite C. Les deux autres facteurs influençant la proposition de dépistage aux groupes à risque cités sont liés à des caractéristiques de pratique médicale : les médecins qui participent à un réseau de soins, et plus encore quand il s'agit d'un réseau « hépatites », prescrivent plus systématiquement le dépistage. De même, les médecins dont 10 % au moins de la patientèle bénéficie de la couverture maladie universelle le proposent plus régulièrement que ceux dont peu de patients en bénéficient.

Une proposition systématique de dépistage du VHC aux personnes ayant subi un acte chirurgical ou un acte médical invasif est plus fréquente parmi les médecins effectuant un nombre d'actes quotidien important, soit plus de 30 actes par jour (22,9 % *vs* 17,0 % ; p<0,05). Pour les personnes tatouées ou percées, la proposition systématique s'avère plus répandue parmi les médecins ayant eu une évalua-

TABLEAU I

Facteurs associés au fait de proposer systématiquement la sérologie VHC, selon différentes populations

	Personnes présentant une asthénie importante et durable n = 2 030		Usagers de drogues par voie intraveineuse ou nasale n = 1885		Personnes transfusées avant 1992 n = 2 010	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe						
Hommes (réf.)	1		1		1	
Femmes	0,9	0,7 ; 1,2	1,1	0,8 ; 1,4	0,9	0,7 ; 1,1
Âge						
40 ans ou moins (réf.)	1		1		1	
41 à 50 ans	0,9	0,6 ; 1,2	1,6**	1,1 ; 2,2	1,6**	1,2 ; 2,1
51 ans et plus	1,6**	1,2 ; 2,2	1,5**	1,1 ; 2,1	1,9***	1,4 ; 2,4
Région						
Nord/Île-de-France (réf.)	1		1		1	
Sud	1,5***	1,2 ; 1,8	1,3*	1,1 ; 1,6	1,1	0,9 ; 1,3
Part de la clientèle avec la CMU						
Moins de 10 % (réf.)	1		1		1	
10 % ou plus	1,4**	1,2 ; 1,8	1,5**	1,2 ; 2,0	1,3**	1,1 ; 1,7
Participation à un réseau						
Non (réf.)	1		1		1	
Réseau (non hépatites)	1,0	0,8 ; 1,3	1,4**	1,1 ; 1,8	1,2	1,0 ; 1,5
Réseau hépatites	1,4	0,7 ; 2,7	6,3*	1,5 ; 26,2	2,2*	1,0 ; 4,4
Nombre d'actes par jour						
Moins de 30 (réf.)	–	–	–	–	–	–
30 ou plus						
Évaluation des pratiques professionnelles reçue au cours des douze derniers mois						
Non (réf.)	–	–	–	–	–	–
Oui						

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.
Les effectifs des différentes régressions logistiques varient suivant le nombre de médecins « non concernés » par les populations citées.

tion des pratiques professionnelles (24,7 % *vs* 19,8 % ; p<0,01).

Les questions sur la proposition de dépistage de l'hépatite C ont évolué depuis le Baromètre santé médecins généralistes de 2003 quant à la formulation des modalités de réponse (« *systématiquement* », « *selon les cas* » ou « *jamais* » *vs* « *systématiquement* », « *souvent* », « *parfois* », « *jamais* »), ainsi que la formulation de certains intitulés de questions ; il n'est ainsi pas aisé de dégager des évolutions précises **[tableau II]**. Cependant, notamment à travers la modalité de réponse « *jamais* » qui n'a pas été modifiée depuis 2003, il est possible, tout en restant très prudent, de dégager certaines tendances. Ainsi, si la proposition d'un dépistage du VHC aux usagers de drogues par voie intraveineuse ou nasale et aux personnes présentant une asthénie importante et durable semble stable, les personnes transfusées (avant 1992) ou ayant subi un acte chirurgical ou médical invasif semblent moins souvent faire l'objet de cette prescription. En effet, les proportions de médecins déclarant ne « *jamais* » leur prescrire le dépistage du VHC sont passées respectivement entre 2003 et 2009 de 1,1 % à 4,2 % (p<0,001) et de 6,3 % à 13,1 % (p<0,001).

À l'inverse, la proposition de dépistage aux personnes tatouées ou ayant un piercing a progressé, les médecins ne proposant « *jamais* » le dépistage passant de 37,9 % en 1998 à 22,5 % en 2003 et 14,4 % en 2009 (p<0,001). Il est cependant à noter que la question portait sur les personnes tatouées en 1998 et 2003, alors qu'elle concernait également les personnes ayant un piercing en 2009.

	Personnes ayant subi un acte chirurgical ou médical invasif n = 1986		Personnes tatouées ou percées n = 2 022	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
	1		1	
	0,9	0,7 ; 1,2	1,3*	1,0 ; 1,7
	1		1	
	2,0**	1,2 ; 3,2	1,5*	1,0 ; 2,1
	3,5***	2,2 ; 5,5	1,8**	1,3 ; 2,6
	1		1	
	1,3*	1,0 ; 1,6	1,3*	1,0 ; 1,6
	1		1	
	1,3*	1,0 ; 1,7	1,5**	1,2 ; 1,9
	1		1	
	1,3	1,0 ; 1,6	1,2	0,9 ; 1,5
	3,0**	1,6 ; 5,7	2,1*	1,1 ; 4,0
				-
	1		–	
	1,5*	1,1 ; 2,0		
	–	–	1	
			1,3*	1,0 ; 1,6

PRESCRIPTION DU DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE B

Les médecins généralistes ont été interrogés sur la fréquence de proposition de dépistage pour cinq populations à risque ; quatre d'entre elles (les usagers de drogues par voie intraveineuse, l'entourage familial d'un patient porteur de l'antigène HBs positif, les populations originaires de régions de prévalence élevée, ainsi que les personnes ayant des comportements sexuels à risque) figurent parmi les populations pour lesquelles existe une recommandation de dépistage de l'hépatite B.

Le dépistage de l'hépatite B, de manière identique à celui de l'hépatite C, est fréquemment proposé aux usagers de drogues par voie intraveineuse et nasale : « *systématiquement* » par 73,1 % et « *souvent* » par 17,9 %

TABLEAU II

Proposition de dépistage de l'hépatite C, selon les facteurs de risques en 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage)

	1998	2003		2009
Personnes présentant une asthénie importante et durable				
Systématiquement	23,3	40,4	Systématiquement	28,4
Selon les cas	67,2	55,0	Souvent	35,8
			Parfois	32,2
Jamais	9,5	4,6	Jamais	3,6
Usagers de drogues par voie intraveineuse[1]				
Systématiquement	92,2	93,2	Systématiquement	76,6
Selon les cas	6,5	5,7	Souvent	16,1
			Parfois	5,8
Jamais	1,3	1,1	Jamais	1,5
Personnes transfusées[2]				
Systématiquement	79,9	82,9	Systématiquement	59,5
Selon les cas	18,6	16,0	Souvent	22,3
			Parfois	14,0
Jamais	1,5	1,1	Jamais	4,2
Personnes ayant subi un acte chirurgical ou acte médical invasif				
Systématiquement	31,9	42,1	Systématiquement	17,6
Selon les cas	59,9	51,6	Souvent	29,8
			Parfois	39,5
Jamais	8,2	6,3	Jamais	13,1
Personnes tatouées[3]				
Systématiquement	17,8	33,2	Systématiquement	21,7
Selon les cas	44,3	44,3	Souvent	29,2
			Parfois	34,7
Jamais	37,9	22,5	Jamais	14,4

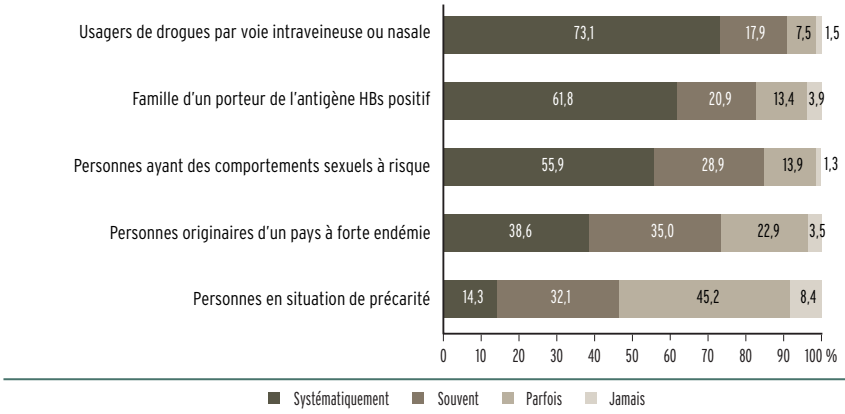
1. « *Usagers de drogues par voie intraveineuse* ou nasale » en 2009.
2 « *Personnes transfusées* avant 1992 » en 2009.
3 « *Personnes tatouées* ou percées » en 2009.

des généralistes interrogés **[figure 4]**. Plus de la moitié des médecins déclarent proposer ce dépistage de manière systématique à l'entourage familial d'un patient porteur de l'antigène HBs positif (61,8 %) ainsi qu'aux personnes ayant des comportements sexuels à risque (55,9 %). En revanche, la proposition de ce dépistage est moins régulière pour les personnes originaires d'un pays de forte endémie (Asie, Afrique subsaharienne, etc.) ainsi que pour celles en situation de précarité : respectivement un peu plus d'un généraliste sur trois (38,6 %) et un sur sept (14,3 %) déclarent le faire systématiquement.

Quelle que soit la population visée, la proposition systématique de dépistage de l'hépatite B varie selon différents facteurs ; certains d'entre eux, tels que l'âge, la part de la patientèle bénéficiant de la CMU et la participation à un réseau de soins, sont les mêmes que ceux qui influencent la proposition d'une sérologie de l'hépatite C. Ainsi, les médecins les plus âgés, ceux dont une part importante des patients bénéficie de la couverture maladie universelle et ceux déclarant être associés à un réseau de santé (sans nécessairement que celui-ci concerne spécifiquement les hépatites virales) proposent systématiquement plus que les autres

FIGURE 4

Proposition de sérologie du virus de l'hépatite B, selon les caractéristiques du patient (en pourcentage)



un dépistage de l'hépatite B **[tableau III]**. Par ailleurs, les généralistes effectuant un nombre d'actes supérieur ou égal à 30 par jour disent plus souvent le proposer « *systématiquement* » et ce, pour toutes les populations mentionnées. Ces caractéristiques de dépistage de l'hépatite C avaient déjà été mises en évidence dans le Baromètre santé médecins généralistes 2003.

Parmi les facteurs qui influencent également la proposition de dépistage de l'hépatite B pour la majeure partie des populations ciblées, la région d'exercice (ne pas se situer dans la moitié nord de la France) et le suivi de plus de cinq jours de formation médicale continue dans l'année sont liés positivement avec le fait de proposer « *systématiquement* » ce dépistage.

Concernant plus spécifiquement les personnes en situation de précarité, les médecins pratiquant dans un cabinet individuel et les femmes médecins généralistes leur proposent plus régulièrement le dépistage. Ces dernières le proposent significativement plus que leurs confrères masculins pour l'entourage familial d'un patient porteur de l'antigène HBs. Ce sont les deux populations auxquelles les femmes médecins proposent le plus souvent ce dépistage.

La majorité des médecins proposant systématiquement un dépistage de l'hépatite C aux usagers de drogues par voie intraveineuse ou nasale déclare leur prescrire aussi le dépistage de l'hépatite B (86,4 % « *systématiquement* » et 10,2 % « *souvent* »). Par ailleurs, les médecins proposant systématiquement le dépistage du VHB aux personnes ayant des comportements sexuels à risque recherchent également plus souvent une autre IST lors d'une prescription d'une sérologie VIH (71,9 % *vs* 59,8 % ; p<0,001).

La fréquence de proposition de dépistage du VHB augmente par ailleurs avec l'adhésion à la vaccination contre l'hépatite B pour les adultes à risque : les généralistes qui proposent « *souvent* » ou « *systématiquement* » un dépistage de l'hépatite B aux cinq populations à risque citées représentent un quart des médecins défavorables à la vaccination, un tiers des « *plutôt favorables* » mais plus de deux médecins « *très favorables* » sur cinq (p<0,001) **[tableau IV]**.

TABLEAU III

Facteurs associés au fait de proposer systématiquement la sérologie VHB, selon différentes populations

	Usagers de drogues par voie intraveineuse ou nasale		Personnes en situation de précarité	
	n = 1798		n = 1825	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	1		1	
Femmes	1,1	0,9 ; 1,4	1,4*	1,1 ; 1,9
Âge				
40 ans ou moins (réf.)	1		1	
41 à 50 ans	1,5*	1,1 ; 2,0	1,3	0,8 ; 2,2
51 ans et plus	1,6**	1,2 ; 2,1	2,0**	1,3 ; 3,2
Part de la clientèle bénéficiant de la CMU				
Moins de 10 % (réf.)	1		1	
10 % ou plus	1,4**	1,1 ; 1,8	1,2	0,9 ; 1,6
Participation à un réseau				
Non (réf.)	1		1	
Oui	1,4**	1,1 ; 1,8	1,4*	1,1 ; 1,8
Formation médicale continue (dans l'année)				
Cinq jours ou moins (réf.)	1		1	
Plus de cinq jours	1,4**	1,1 ; 1,7	1,5**	1,2 ; 2,0
Région				
Île-de-France (réf.)	1		1	
Nord	0,8	0,6 ; 1,1	0,5**	0,4 ; 0,8
Sud	1,0	0,7 ; 1,4	0,8	0,5 ; 1,1
Nombre d'actes par jour				
Moins de 30 (réf.)	1		1	
30 ou plus	1,5**	1,1 ; 2,1	1,8**	1,3 ; 2,5
Type de cabinet				
Groupe (réf.)	–	–	1	
Individuel			1,3*	1,0 ; 1,8

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

TABLEAU IV

Proposition de sérologie de l'hépatite B, selon l'adhésion à la vaccination contre l'hépatite B pour les adultes à risque (en pourcentage)

Adhésion à la vaccination contre l'hépatite B pour les populations à risque	Propose « *souvent* » ou « *systématiquement* » la sérologie VHB aux cinq populations citées		
	Effectif	Non	Oui
Très favorable	1 131	58,4	41,6
Plutôt favorable	516	66,3	33,7
Pas favorable	103	74,8	25,2
Total	1 750	61,7	38,3

Note de lecture : parmi les médecins déclarant être « *très favorables* » à la vaccination contre l'hépatite B pour les populations à risque, 41,6 % proposent « *souvent* » ou « *systématiquement* » la sérologie aux cinq populations citées.

	Personnes originaires d'un pays à forte endémie n = 1813		Personnes ayant des comportements sexuels à risque n = 1923		Famille d'un porteur de l'antigène HBs positif n = 1897	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
	1		1		1	
	1,2	1,0; 1,5	1,1	0,9; 1,3	1,8***	1,4; 2,2
	1		1		1	
	1,8**	1,3; 2,4	1,0	0,7; 1,3	2,3***	1,7; 3,1
	2,4***	1,7; 3,2	1,2	0,9; 1,6	2,1***	1,6; 2,8
	1		1		1	
	1,3*	1,0; 1,6	1,2	1,0; 1,5	1,2	1,0; 1,5
	1		1		1	
	1,2	1,0; 1,4	1,4**	1,1; 1,7	1,5***	1,2; 1,8
	1		1		1	
	1,3*	1,0; 1,5	1,2	0,9; 1,4	0,8	0,7; 1,0
	1		1		1	
	0,8	0,6; 1,1	0,6***	0,4; 0,8	0,9	0,6; 1,2
	0,9	0,7; 1,2	0,7*	0,5; 1,0	1,2	0,9; 1,6
	1		1		1	
	1,3*	1,0; 1,7	1,3*	1,0; 1,7	1,4*	1,1; 1,8
	–	–	–	–	–	–

DISCUSSION

Les modalités du dépistage de l'hépatite C avaient été établies en 1997 à l'issue d'une conférence de consensus **[10]**. Par la suite, une recommandation professionnelle de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a proposé en 2001 le dépistage ciblé de l'hépatite C chez les personnes à risques d'infection en fonction de la prévalence du virus dans ces groupes de population **[9]**. Les modalités en ont été rappelées en 2007 dans un livret adressé par l'Inpes aux médecins généralistes **[11]**.

Une seconde recommandation de l'Anaes en 2001 sur le diagnostic et le suivi virologique des hépatites virales **[12]** proposait le dépistage de l'hépatite B et ses modalités dans deux situations : chez les partenaires sexuels et chez les personnes vivant sous le même toit que des personnes atteintes d'hépatite B aiguë ou chronique et avant leur vaccination contre l'hépatite B, ainsi que

pour les migrants de première ou seconde génération originaires de zones de forte endémie. Par extension, ce dépistage est également proposé pour les adultes à risque pour lesquels la vaccination est recommandée **[13]**. Le dépistage de l'hépatite B est par ailleurs obligatoire chez les femmes enceintes au sixième mois de grossesse depuis 1992 **[14]**.

Les résultats de cette enquête montrent que les pratiques des médecins interrogés en matière de dépistage des hépatites B et C sont en accord avec les recommandations pour certaines expositions à risque, mais qu'elles pourraient être améliorées pour d'autres expositions. Ainsi, les médecins généralistes interrogés déclarent prescrire dans leur grande majorité systématiquement ou souvent le dépistage des hépatites virales C aux usagers de drogues et aux personnes transfusées. Ces résultats sont concordants avec les proportions élevées de patients (ARN VHC +) ayant ces antécédents et qui connaissent leur statut sérologique, observées dans l'enquête de prévalence de l'InVs (91 % pour les personnes ayant déjà utilisé une drogue par voie intraveineuse, 51 % pour celles ayant des antécédents de transfusion avant 1992 *vs* 35 % pour celles n'ayant aucun de ces deux antécédents) **[1]**. En revanche, le dépistage de l'hépatite C pour les personnes ayant un tatouage ou un piercing, préconisé par l'Anaes **[9]**, est moins souvent proposé : « *jamais* » pour 14 % et « *parfois* » pour 35 %. De même, les praticiens interrogés déclarent proposer le dépistage de l'hépatite C moins systématiquement aux personnes ayant subi un acte chirurgical ou acte médical invasif; pour ces dernières, le résultat n'est pas surprenant sachant que ce groupe ne figure pas parmi les cibles de dépistage recommandées par l'Anaes en 2001. Concernant la proposition d'un dépistage pour les personnes présentant une asthénie, systématique pour plus d'un quart des médecins, il s'agit ici probablement plus d'une démarche diagnostique que de dépistage.

Le dépistage de l'hépatite B est proposé aux usagers de drogues de façon quasi équivalente à celui de l'hépatite C ; il s'agit en effet d'un groupe chez qui la prévalence des deux hépatites virales est élevée. Parmi les autres groupes à risque d'hépatite B cités dans l'enquête, le dépistage est fréquemment proposé à l'entourage familial d'un patient porteur chronique de l'antigène HBs, même si l'on pouvait s'attendre à une proposition systématique encore plus marquée si l'on considère le risque élevé de contamination de ces personnes. Il est cependant moins souvent proposé aux personnes ayant des comportements sexuels à risque et aux personnes originaires d'un pays de forte endémie. Il est également très peu proposé aux personnes en situation de précarité. Il est à noter que cette population, à risque de contamination par le VHB d'après les résultats de l'enquête de prévalence de 2004 **[1]**, ne fait pas partie des recommandations de dépistage de l'hépatite B.

La proposition de dépistage n'est donc pas systématique pour l'ensemble des patients pour lesquels il existe des recommandations, notamment les personnes originaires des pays à prévalence élevée ou ayant des comportements sexuels à risque pour l'hépatite B et les personnes tatouées ou ayant un piercing pour l'hépatite C. Ces moindres fréquences de proposition de dépistage des hépatites B et C pour certaines expositions à risque pourraient s'expliquer en partie par une insuffisance d'information des médecins sur certains facteurs de risques. Une actualisation des recommandations de dépistage des hépatites B et C, intégrant les nouvelles connaissances épidémiologiques (notamment le lien entre hépatites et précarité) et leur diffusion, pourrait contribuer à l'amélioration des pratiques de dépistage de ces populations à risque. Il est également possible que les

fréquences plus faibles de propositions de dépistage vis-à-vis de certaines populations soient liées à une difficulté à rechercher certains facteurs de risques (risque sexuel, antécédent ancien d'usage de drogue ou d'incarcération), à aborder la question du dépistage et à leur en expliquer les résultats, comme cela a été constaté dans les enquêtes qualitatives réalisées par l'Inpes **[6]**.

D'après ce Baromètre santé médecins généralistes 2009, il existe peu de différence dans les pratiques de prescription du dépistage des hépatites virales, que le médecin soit un homme ou une femme, qu'il pratique ou non un mode d'exercice particulier ou quel que soit son secteur d'exercice. En revanche, les médecins les plus âgés proposent plus fréquemment ces dépistages à l'ensemble des populations à risque et notamment aux personnes en situation de précarité et à celles originaires des pays d'endémie. Si les médecins de plus de 50 ans semblent plus attentifs à ces facteurs de risques, est-ce l'effet d'une plus grande expérience qui leur permettrait d'aborder des sujets plus intimes avec leurs patients ou le fruit d'une plus longue relation médecin-patient et donc d'une meilleure connaissance du patient ? Il est difficile de se prononcer à partir de cette étude.

D'après les résultats de cette enquête et comme en 2003, il apparaît que les médecins qui proposent le plus fréquemment le dépistage des hépatites virales B et C sont ceux qui ont une activité importante : ils effectuent un gros volume d'actes quotidiennement, appartiennent à un réseau, notamment hépatites, suivent régulièrement des journées de formation médicale continue (FMC) et ont parfois suivi une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Ce profil de médecins est retrouvé dans différentes thématiques de l'enquête comme plus enclin à suivre les recommandations de bonnes pratiques, notamment dans le domaine de la prévention ; le manque de temps, souvent invoqué comme frein aux démarches de prévention en général, ne peut donc être invoqué comme un frein au dépistage. Vraisemblablement, les médecins généralistes qui ont des habitudes de prescription systématique de dépistage des hépatites virales les ont acquises avec le temps (facteur âge retrouvé), peut-être parce qu'il est moins difficile, avec l'âge, de lever les résistances des patients ou d'aborder avec eux leurs éventuels facteurs de risques. Ces habitudes de dépistage augmentant avec l'appartenance à un réseau et avec le suivi de formations continues, quel que soit le volume d'activité journalier des médecins, plaide pour le renforcement de la formation initiale et continue sur le thème des hépatites virales.

Les médecins généralistes, pour la plupart médecins traitants, ont une place essentielle dans la recherche des facteurs de risques de leurs patients et la proposition du dépistage des hépatites virales au même titre que dans le cadre du dépistage du VIH. L'objectif visé est, en effet, d'amorcer une prise en charge des personnes infectées de façon chronique par une hépatite virale, de dispenser des conseils de réduction des risques et vacciner contre l'hépatite B. Leur rôle est primordial pour atteindre les objectifs du Plan national de lutte contre les hépatites virales et plus particulièrement la proportion de personnes dépistées. Des progrès avaient été observés entre les deux enquêtes de prévalence de 1994 et 2004 dans la connaissance de leur statut sérologique par les personnes infectées par l'hépatite C. Mais l'hépatite B était alors une maladie assez peu prise en compte dans les plans nationaux de lutte contre les hépatites virales et les différentes études épidémiologiques.

Si le dépistage des hépatites virales semble largement entré dans les pratiques des médecins généralistes pour certaines populations, telles que les usagers de drogues ou les personnes transfusées

avant 1992 pour l'hépatite C, il aurait été intéressant de savoir dans quelle mesure ces différentes populations sont à l'initiative du dépistage. Il n'a pas non plus été demandé aux médecins généralistes s'ils proposaient le dépistage dans d'autres situations non évoquées dans l'enquête ou à des patients sans facteurs de risques, par exemple lors d'un test de dépistage du VIH, d'une demande de contraception, ou lors d'un premier contact avec un nouveau patient, examen qui serait alors banalisé en l'absence de facteur de risque. Rappelons que, pour 20 à 30 % des hépatites virales B ou C, les facteurs de risques ne sont pas connus **[15]**.

Les différents freins au dépistage de l'hépatite C avaient déjà été discutés dans le Baromètre santé médecins 2003 **[16]** : la multiplicité et la complexité des modes de transmission de ces infections virales pouvaient rendre difficile l'identification des patients potentiellement à risque, la proposition de dépistage pouvant alors s'avérer délicate ; l'annonce de la séropositivité, la difficulté de la prescription des marqueurs pour l'hépatite B en particulier et de leur interprétation, une connaissance insuffisante de l'efficacité des traitements et de la prise en charge peuvent être aussi vécues comme des freins. Certains groupes à risque sont aussi probablement plus difficiles à aborder. Rappelons par ailleurs que le dépistage du VHB n'est pas remboursé à 100 % comme l'est celui du VIH ou du VHC et qu'il n'existait pas, au moment de l'enquête, de recommandation précisant l'algorithme des marqueurs de dépistage de l'hépatite B à prescrire en pratique courante.

Les travaux en cours de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la définition des marqueurs à prescrire dans le dépistage des hépatites virales et l'étude de la prise en charge à 100 % de celui de l'hépatite B devraient améliorer les conditions et le remboursement de cette prescription, particulièrement pour les populations en situation précaire mais qui ne bénéficient pas de la CMUc. La mise à disposition, dans les salles d'attente des médecins, de documents d'information sur les facteurs de risques et l'intérêt du dépistage, d'auto-questionnaires permettant au patient d'évaluer ses propres risques pourrait lui permettre d'engager le dialogue avec le médecin traitant, faciliter l'annonce à son médecin de l'existence de risques passés ou actuels et favoriser la prescription d'un dépistage. De même, des campagnes d'information ciblées auprès des personnes à risque, sur les bénéfices du dépistage des hépatites virales, pourraient inciter ces personnes à aborder le sujet avec leur médecin traitant en les aidant à identifier les facteurs de risques. Enfin, pour « lever » certaines craintes liées au dépistage, il semble important que les patients sachent que certaines hépatites guérissent spontanément ; si certaines hépatites persistent, elles ne nécessitent pas obligatoirement un traitement ; quand cela est justifié, des traitements existent qui permettent la guérison ou freinent l'évolution vers les complications ; par ailleurs, de nouveaux traitements sont attendus.

En conclusion, malgré des résultats encourageants, cette enquête indique que le dépistage des hépatites B et C en France nécessite d'être renforcé. Ce renforcement doit passer à la fois par une information de la population sur ces maladies et leurs facteurs de risques, et par une diffusion de recommandations actualisées de dépistage auprès des médecins généralistes, acteurs principaux en matière de dépistage et de prévention.

Relecteurs

Christine Larsen (InVS)
Cécile Brouard (InVS)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

[1] Meffre C., Le Strat Y., Delarocque-Astagneau E., Antona D., Desenclos J.-C. *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004.* Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2007 : 114 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf

[2] Pol S. Épidémiologie et histoire naturelle de l'hépatite B. *La Revue du praticien,* 2005, vol. 55, n° 6 : p. 599-606.

[3] Pequignot F., Hillon P., Antona D., Ganne N., Zarski J.-P., Mechain M., *et al*. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. *BEH*, 1er juillet 2008 ; n° 27 : p. 237-240. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/27/beh_27_2008.pdf

[4] Ministère de la Santé et des Sports. *Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012).* En ligne : http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatites.pdf

[5] Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y., Barin F., Emmanuelli J., Semaille C, *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et VHC et profils des usagers de drogues en France (étude InVS-ANRS Coquelicot 2004). *BEH*, 5 septembre 2006, n° 33 : p. 244-247. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/beh_33_2006.pdf

[6] Jestin C., Vignier N., Le Lay E. Dépistage et vaccination : ce qu'en pensent les médecins. Le *Concours médical*, 2009, vol. 131, n° 11 : p. 410-411.

[7] Vignier N., Jestin C., Arwidson P. Perceptions de l'hépatite B et de sa prévention. Premiers résultats d'une étude qualitative. *BEH*, 19 mai 2009 ; n° 20-21 : p. 212. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/20_21/beh_20_21_2009.pdf

[8] Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : 276 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf

[9] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Dépistage de l'hépatite C. Populations à dépister et modalités du dépistage.* Paris : Anaes, 2001 : 8 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/vhc_rapport_final_formate-_recommandations.pdf

[10] Association française pour l'étude du foie, Société nationale française de gastroentérologie, Association française de chirurgie hépato-biliaire et de transplantation, Groupe français d'étude moléculaire des hépatites, Club d'histopathologie digestive et hépatique, Société française d'immunologie, *et al. Hépatite C : dépistage et traitement.* Texte court. Conférence de consensus, 16-17 janvier 1997, Cité des sciences et de l'industrie, La Villette, Paris, 1997 : 32 p.

[11] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Hépatite C. Dépistage, clinique, prise en charge et conseils aux patients. Document à l'usage des médecins.* Saint-Denis : Inpes, 2007 : 58 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1054.pdf

[12] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales.* Paris : Anaes, 2001 : 12 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Hepatites_virales_recos.pdf

[13] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Prévention de l'hépatite B auprès des personnes les plus exposées. *Repères pour votre pratique,* 2005 : 4 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/931.pdf

[14] Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et post-natal.

[15] Antona D, Letort M.-J., Lévy-Bruhl D. Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B en France, 2004-2007. *BEH*, 19 mai 2009, n° 20-21 : p. 196-199. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/20_21/beh_20_21_2009.pdf

[16] Balinska M.A. Dépistage de l'hépatite C : des résultats encourageants. *In* : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : 131-137. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf

Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ?

Malgré une forte activité de dépistage de l'infection à VIH, de nombreuses personnes séropositives sont diagnostiquées à un stade avancé de l'infection, ce qui les expose à un risque accru de morbidité sévère ou de décès. Ce constat a conduit la Haute Autorité de santé (HAS) à proposer de nouvelles stratégies, ajoutant au dépistage volontaire un dépistage initié par le médecin généraliste à l'attention de toute personne âgée de 15 à 70 ans. Cette démarche doit permettre de diagnostiquer les personnes qui ne se perçoivent pas comme exposées ou ayant été exposées au virus et qui donc ne font pas de démarche de dépistage. Par ailleurs, afin de faciliter le dépistage en cabinet de ville, la possibilité d'utiliser des tests de dépistage rapide, qui permettent sur la base d'un simple prélèvement de sang au bout du doigt ou de salive de rendre un résultat en moins de 30 minutes, a été discutée. C'est dans ce contexte que le Baromètre santé médecins généralistes 2009 a été réalisé. Il permet de décrire les pratiques de dépistage des médecins généralistes, de mesurer leurs opinions vis-à-vis d'une proposition d'un test de dépistage à la population générale en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH, et d'identifier les freins éventuels à l'utilisation des tests de dépistage rapide.

L'analyse de l'activité de dépistage montre que si la prescription de sérologie VIH relève d'une pratique courante des médecins généralistes, ces derniers ont une expérience diffuse de la prise en charge de l'infection à VIH. Deux tiers des médecins ont des patients séropositifs dans leur clientèle, mais seulement une minorité d'entre eux intervient dans la prescription du traitement antirétroviral. De la même façon, ils prescrivent régulièrement des tests, mais la découverte d'une séropositivité est un événement rare dans leur activité professionnelle. La pratique actuelle du dépistage par les médecins généralistes est fortement imprégnée du modèle de dépistage installé au cours des vingt-cinq dernières années, qui privilégie la demande de la personne et la notion d'exposition au risque. La proposition du test est orientée par le profil de risque, comme le confirment les résultats sur le dépistage ciblé, et non par une attitude classique de dépistage d'une maladie non symptomatique et qui peut être efficacement traitée.

Le Baromètre santé médecins généralistes 2009 montre aussi que les comportements des médecins en matière de dépistage du VIH sont fortement liés à des modèles de pratiques plus généraux en matière de prévention. Un paysage se dessine dans lequel s'opposent, autour d'un noyau central de médecins qui intègrent les recommandations de santé publique sans adopter une approche systématique, un groupe de praticiens peu enclins à introduire une forte composante préventive et un groupe beaucoup plus favorable à un rôle actif du médecin dans la proposition d'actes préventifs aux consultants.

La problématique du test rapide n'apparaît pas centrale dans l'attitude vis-à-vis du dépistage du VIH parmi les médecins interrogés, si l'on excepte un groupe circonscrit de praticiens qui expriment une réticence dans l'utilisation d'un outil qui n'a actuellement aucune visibilité dans la pratique courante.

Les données analysées laissent penser qu'il est possible de faire évoluer les pratiques dans le sens des recommandations de la HAS, à condition toutefois de construire un argumentaire clair en faveur des changements qui s'opèrent, adressé tant aux professionnels de santé qu'à la population générale.

Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ?

France Lert
Nathalie Lydié
Jean-Baptiste Richard

INTRODUCTION

Dès l'apparition en 1985 des premiers tests de sérodiagnostic de l'infection par le VIH, la stratégie de dépistage a été un enjeu central des politiques de lutte contre le sida. Il s'agissait alors d'assurer la sécurité transfusionnelle, de favoriser l'adoption d'un comportement préventif ajusté au statut sérologique, mais aussi de prévenir le risque de discrimination. En l'absence de traitement efficace de cette maladie rapidement fatale, le dépistage systématique a été écarté et le dépistage volontaire privilégié par un encadrement strict de la réalisation du test, la gratuité et la mise sur pied d'un réseau de centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Dans ce cadre, le dépistage est considéré comme un acte médico-social et éducatif visant à permettre à chacun de lever le doute sur son statut sérologique et de responsabiliser la personne par rapport aux comportements à risque par une démarche d'information et de conseil personnalisé. Il est ainsi principalement conçu comme un acte individuel avec une double visée diagnostique et préventive. La mise au point de traitements efficaces a conduit à accentuer les campagnes en faveur du dépistage à partir de 1997, en conservant la prééminence du caractère volontaire du test.

Avec cinq millions de tests VIH réalisés chaque année, la France enregistre une activité de dépistage importante qui la place en tête des pays européens **[1]**. Malgré cette forte activité, un certain retard au diagnostic persiste avec un risque accru de morbidité sévère ou de décès pour les personnes prises en charge tardivement. En 2008, la proportion de patients diagnostiqués avec un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ était de 29 %, avec des variations importantes selon les groupes : 39 % pour les hommes hétérosexuels, 29 % pour les femmes hétérosexuelles et 18 % pour les hommes homosexuels. Par ailleurs, on estime

aujourd'hui à environ 50 000 [32 000 ; 68 000] le nombre de personnes qui ne connaîtraient pas leur infection par le VIH ou qui ne sont pas suivies **[2]**.

Avec la mise au point de traitements efficaces et de tests de plus en plus fiables, un consensus s'est établi pour mener des politiques de dépistage plus actives, rejoignant ainsi les recommandations d'autres pays (notamment les États-Unis) et des agences internationales **[3]**. Celles-ci suggèrent que désormais le test volontaire à l'initiative de la personne soit complété par un rôle actif du soignant dans la proposition à l'occasion des recours aux soins primaires ou hospitaliers, soit sous forme d'une proposition explicite (« *opt-in* »), soit d'un consentement présumé avec possibilité d'opposition (« *opt-out* ») **[4, 5]**. La démonstration du rôle préventif du traitement par la réduction de la transmissibilité du virus a accentué encore davantage les arguments en faveur du dépistage **[6, 7]**.

C'est dans ce contexte que, fin 2009, la Haute Autorité de santé (HAS) a proposé une nouvelle stratégie ajoutant au dépistage volontaire un dépistage initié par le médecin **[8]**. Cette proposition d'un test de dépistage hors notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH s'adresse à la population générale (15-70 ans) afin de diagnostiquer les personnes qui ne se perçoivent pas comme exposées ou ayant été exposées au virus et donc ne font pas

MÉTHODE

Les questions abordées

Les questions ont été posées à un sous-échantillon de 1 025 médecins dont les caractéristiques ne diffèrent pas de celles de l'échantillon total (voir chapitre « Présentation de l'enquête : méthode et profil des médecins généralistes », page 23).

Les médecins généralistes ont d'abord été interrogés sur leurs pratiques concernant :

- leur activité de dépistage : nombre de tests VIH prescrits dans le dernier mois, nombre de tests positifs dans la dernière année, initiative du patient ou de leur part lors du dernier test prescrit ;
- leur activité en matière de VIH : nombre de patients séropositifs dans leur patientèle, prescription d'antirétroviraux, appartenance à un réseau VIH ;
- leurs pratiques en matière de dépistage ciblé en retenant trois situations courantes : présence d'une infection sexuellement transmissible (IST) qui atteste d'une prise de risque sexuel, changement de vie affective et sexuelle qui constitue une situation personnelle avec une exposition potentielle, personne originaire d'un pays de forte endémie représentant une situation de risque populationnel.

Dans un deuxième temps, leurs attitudes quant à une extension du dépistage du VIH à la population générale ont été évaluées à travers leur adhésion, sur une échelle de Likert, à la proposition d'un test dans trois situations :

- l'initiative du médecin dans la proposition d'un test VIH sans attendre la demande du patient ;
- la proposition régulière d'un test VIH aux jeunes et adultes sexuellement actifs ;
- la proposition d'un test VIH à des personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps.

Enfin, l'acceptabilité des tests rapides en médecine générale a été abordée à travers les freins possibles à leur utilisation, à savoir :

- la durée de réalisation (20 à 30 minutes) ;
- la crainte de l'annonce d'un diagnostic positif ;
- la peur de faire une erreur de diagnostic ;
- le manque de formation.

Une première série de résultats porte sur l'ensemble des médecins généralistes interrogés (n = 1 025) et décrit leurs pratiques actuelles de dépistage, leurs opinions vis-à-vis d'une proposition de test de dépistage

à la population générale hors notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH, ainsi que les freins à l'utilisation des tests de dépistage rapide.

La classification

Une classification a été réalisée afin d'identifier des profils de comportements et d'attitudes, à partir des questions citées précédemment. La méthode utilisée est une classification mixte, basée sur une analyse factorielle réalisée sur les variables actives, suivie d'une classification ascendante hiérarchique qui permet d'aboutir à une partition des individus. Les variables actives et illustratives retenues sont présentées dans le **tableau I**.

Du fait de l'exclusion des valeurs manquantes, la classification a porté sur 959 médecins, et une partition en quatre classes a été retenue. Une description statistique des classes a pu alors être effectuée afin, d'une part, de préciser les variables actives à l'origine des regroupements observés et, d'autre part, de caractériser ces regroupements *a posteriori* à partir des variables illustratives. Seules les associations significatives avec un test de Chi-2 au seuil de 5 % sont présentées et discutées.

TABLEAU I

Variables actives et illustratives utilisées dans la classification

Variables actives
Pratique en matière de dépistage ciblé du VIH (q17)
Initiative lors du dernier test prescrit (q18)
Opinion vis-à-vis du dépistage généralisé (q21)
Freins à l'utilisation des tests de dépistage rapide (q22)
Variables illustratives
Sexe de l'interviewé
Âge de l'interviewé
Région d'exercice
Nombre d'actes médicaux journalier (q79)
Part de la patientèle bénéficiant de la CMU (q80)
Participation à un réseau de santé (q81)
Secteur d'activité (q72)
Cabinet de groupe ou individuel (q75)
Pratique d'un mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie, mésothérapie, etc.) (q78)
Pratique individuelle en termes de vaccination contre la grippe (q8) et l'hépatite B (q9)
Attitude générale vis-à-vis de la vaccination (q3, q4)
Pratiques en matière de dépistage des hépatites C (q10) et B (q11)
Opinions et pratiques en prévention (q38, q39, q62, q63, q64)

Entre parenthèses, numéros des questions, voir questionnaire en annexe page 243.

de démarche de dépistage ; elles sont privées du bénéfice du traitement précoce et risquent de transmettre le virus. La mise en œuvre du dépistage généralisé repose sur la mobilisation des acteurs du dépistage, au premier rang desquels les médecins généralistes identifiés comme les relais principaux de cette stratégie. La modélisation montre que cette stratégie de rattrapage est coût-efficace **[9]**. À l'issue d'une période de cinq ans, l'atteinte de l'objectif (diminution du retard au dépistage et de la part non diagnostiquée des personnes actuellement infectées) devra être évaluée.

Parallèlement, la HAS recommande le maintien et le renforcement d'un dépistage ciblé en proposant, pour les populations à forte incidence, de nouvelles stratégies d'accès au test. L'objectif est bien de permettre un diagnostic rapide pour les personnes contaminées avec un bénéfice individuel et une réduction du risque de

transmission pendant la période de primo-infection et, pour tous, un *counselling* préventif ajusté aux pratiques et au contexte de vie des groupes les plus exposés. Ici, le test peut être utilisé de façon répétée afin de multiplier les contacts avec le conseil préventif alors que jusqu'à présent la répétition du dépistage n'était pas encouragée et même parfois interprétée comme un échec du *counselling*. De la même façon, la recommandation explicite d'un dépistage annuel pour les populations où l'incidence est élevée constitue un changement important lié à des facteurs différents individuels ou populationnels : population générale des départements français d'Amérique, personnes originaires d'une zone de haute prévalence, homosexuels et hommes ayant des rapports homosexuels, usagers de drogue, personnes en situation de prostitution, multipartenaires hétérosexuels. Dans tous les cas, cette recommandation atteste d'un changement de paradigme important.

La HAS n'a pas recommandé en routine l'utilisation de tests de dépistage rapide qui permettent, sur la base d'un simple prélèvement de sang au bout du doigt ou de salive, de rendre un résultat en moins de 30 minutes, évitant au consultant de revenir pour le rendu du résultat et minimisant ainsi le risque qu'un test fait ne soit jamais rendu. Cependant, diverses expérimentations sont en cours dans le cadre de projets menés dans des services d'urgence ou en milieu associatif auprès d'homosexuels masculins pour évaluer l'intérêt du test rapide dans l'amélioration de l'accès au dépistage **[10, 11]**. C'est dans ce contexte qu'a été envisagée son utilisation par les médecins généralistes pour faciliter le dépistage en cabinet de ville.

Dans cette période de transition des stratégies de dépistage et de soins, le Baromètre santé médecins généralistes 2009, réalisé en amont de la sortie des recommandations de la HAS, permet de décrire les pratiques de dépistage des médecins généralistes, de mesurer leurs opinions vis-à-vis d'une proposition d'un test de dépistage à la population générale hors notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH, et d'identifier les freins éventuels à l'utilisation des tests de dépistage rapide.

RÉSULTATS

FRÉQUENCE DU DÉPISTAGE

En 2009, plus de neuf médecins sur dix (93,9 %) ont déclaré avoir prescrit au moins un test de dépistage du VIH dans le mois qui a précédé l'enquête. Ce pourcentage est équivalent à celui qui avait été enregistré lors de la précédente édition du Baromètre santé médecins généralistes réalisée en 2003 (93,4 %). Le nombre moyen de sérologies prescrites par médecin est de 5,9 [5,5 ; 6,3][1] par mois. Cette moyenne recouvre cependant des disparités régionales importantes, les médecins exerçant dans les régions Provence – Alpes – Côte d'Azur et Île-de-France prescrivant, en moyenne, significativement plus de tests que leurs confrères exerçant dans les autres régions de France métropolitaine (respectivement 8,5 [6,3 ; 10,7] et 8,2 [6,5 ; 9,9] *vs* 5,1 [4,8 ; 5,4] ; p<0,001).

SÉROLOGIE POSITIVE ET SUIVI DES PERSONNES ATTEINTES

Si la quasi-totalité des médecins généralistes sont amenés à prescrire des tests de dépis-

1. La moyenne est de 6,3 [5,8 ; 6,8] si on ne considère que les médecins généralistes qui ont prescrit un test de dépistage VIH dans le dernier mois.

tage du VIH, seulement une minorité d'entre eux (13,4 %) a été confrontée à l'annonce d'un résultat positif au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête. Parmi ces derniers, 67,9 % n'ont eu à le faire qu'une fois, 21,1 % deux fois et 11,0 % trois fois ou plus. Les médecins les plus concernés par l'annonce d'une sérologie positive sont ceux qui exercent en Île-de-France puisqu'ils ont été 29,0 % à avoir été dans cette situation (*vs* 10,8 % pour les autres ; p<0,001). Près de deux médecins sur trois (65,7 %) ont des patients séropositifs dans leur clientèle mais à peine 30 % d'entre eux assurent le renouvellement des antirétroviraux initiés en milieu hospitalier alors que cette prescription est envisagée et même encouragée par les textes en vigueur. Une très forte majorité de médecins (86,1 %) connaissent un médecin spécialiste dans le champ du VIH.

PRATIQUE DÉCLARÉE DE PROPOSITION DU TEST VIH

À la question « *La dernière fois que vous avez prescrit un test de dépistage VIH, cela s'est fait à la demande du patient, sur votre initiative ou dans le cadre d'un protocole de dépistage ?* », 58,2 % des médecins interrogés déclarent que c'était à la demande du patient, 34,0 % à leur initiative et 7,0 % dans le cadre d'un protocole de dépistage (grossesse par exemple). Plusieurs facteurs sont associés au fait que le médecin soit à l'initiative de la prescription[2], dont le plus significatif est d'avoir une opinion favorable vis-à-vis du dépistage généralisé **[tableau II]**. Ainsi, les médecins en faveur d'une proposition élargie du dépistage VIH ont une probabilité presque trois fois plus importante d'être à l'origine du test que ceux qui n'y sont pas favorables (OR : 2,6 [1,6 ; 4,1]). Les médecins qui ont une importante clientèle bénéficiaire de la CMU (10 % ou plus des patients) sont également significativement plus souvent à l'origine du test que ceux qui ont une clientèle précarisée moins importante (46,2 % *vs* 33,3 % ; p<0,001). Enfin, si les médecins généralistes exerçant dans la région Provence – Alpes – Côte d'Azur

2. Les médecins ayant déclaré avoir prescrit le dernier test dans le cadre d'un protocole de dépistage ont été exclus des analyses (n = 79).

TABLEAU II

Facteurs associés au fait d'être à l'origine du dernier test prescrit (n = 878)

	n	OR	IC à 95 %
Sexe			
Hommes (réf.)	620	1	
Femmes	258	0,8	0,6 ; 1,1
Âge			
40 ans ou moins (réf.)	134	1	
41 à 50 ans	276	0,7	0,5 ; 1,1
51 ans et plus	468	0,9	0,6 ; 1,3
Région d'exercice			
Île-de-France	125	0,7	0,5 ; 1,1
Provence – Alpes – Côte d'Azur	100	0,5*	0,3 ; 0,9
Autres (réf.)	653	1	
Nombre d'actes par jour			
1 à 20 (réf.)	350	1	
21 à 30	379	1,2	0,9 ; 1,7
Plus de 30	149	1,5*	1,0 ; 2,3

TABLEAU II SUITE

	n	OR	IC à 95 %
Part de la clientèle bénéficiant de la CMU			
Moins de 5 %	433	0,6**	0,4 ; 0,8
De 5 à 9 %	228	0,4***	0,3 ; 0,6
10 % et plus (réf.)	217	1	
Connaît un confrère spécialiste du VIH			
Oui (réf.)	800	1	
Non	133	0,8	0,5 ; 1,2
La prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle fait partie de son rôle			
D'accord (réf.)	705	1	
Pas d'accord	173	0,9	0,6 ; 1,3
Opinion vis-à-vis du dépistage généralisé			
Pas favorable (réf.)	165	1	
Plutôt favorable	476	1,6*	1,1 ; 2,5
Favorable	237	2,6***	1,6 ; 4,1

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

prescrivent, en moyenne, plus de tests que leurs confrères, ils semblent moins le faire à la demande de leurs patients que sur leur propre initiative (OR : 0,5 [0,3 ; 0,9]).

DÉPISTAGE CIBLÉ *VERSUS* DÉPISTAGE GÉNÉRALISÉ

La pratique de prescription du test VIH en présence d'une infection sexuellement transmissible est très largement majoritaire et systématique pour près de trois médecins sur quatre (72,9 %) **[figure 1]**. À l'inverse, le conseil de réaliser un test VIH en cas de changement dans la vie affective est une pratique systématique pour moins d'un médecin sur quatre (23,5 %), tandis qu'ils se répartissent quasi également entre les modalités « *souvent* » ou « *parfois* » (respectivement 35,3 % et 34,6 %). La proposition du test aux personnes originaires des pays de forte endémie est une pratique rapportée comme systématique par 34,8 % des médecins et fréquente par 30,7 %, tandis que 9,7 % se déclarent non concernés par cette population.

Les propositions d'un dépistage à l'initiative du médecin ou régulièrement aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs recueillent un accord majoritaire mais modéré : 42,9 % et 43,9 % respectivement des médecins sont « *plutôt d'accord* » avec ces deux propositions **[figure 2]**. En revanche, la proposition visant à offrir un test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps est majoritairement rejetée : 48,3 % des médecins généralistes sont « *plutôt pas d'accord* » et 14,7 % « *pas du tout d'accord* » avec cette proposition.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SONT-ILS PRÊTS À UTILISER LES TESTS DE DÉPISTAGE RAPIDE ?

Au moment de l'enquête, le test rapide n'était pas autorisé pour le dépistage en France en dehors des contextes d'urgence, et les médecins étaient interrogés sur une technique déjà ancienne et largement utilisée dans le monde mais qu'ils n'ont pas actuellement à leur disposition.

Les médecins rejettent majoritairement l'idée que la perspective d'avoir à annoncer un test positif constitue en soi un frein à l'utilisation du test rapide : 42,8 % ne le considèrent « *pas du tout* » comme un frein

FIGURE 1

Fréquence de la proposition d'un test VIH selon le patient (en pourcentage)

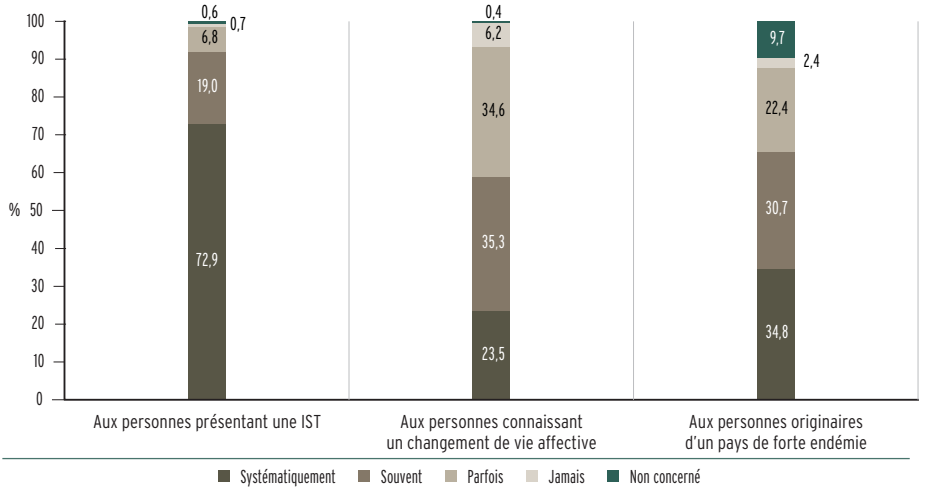
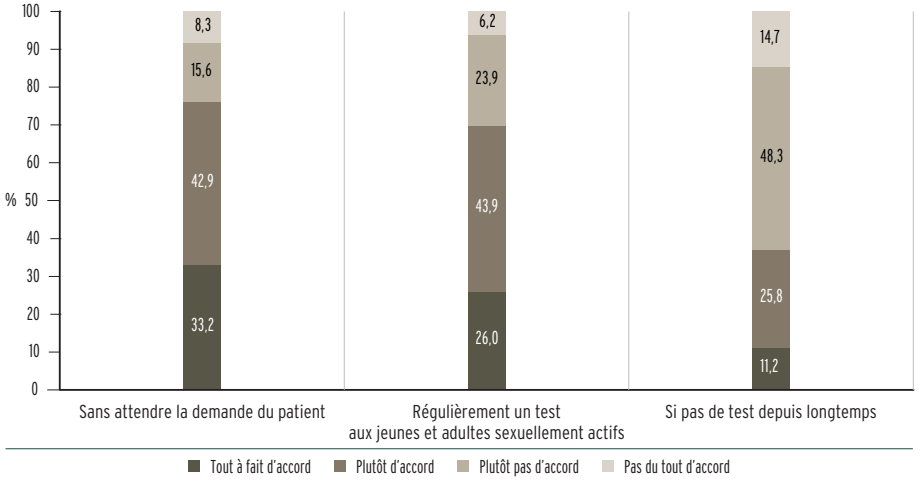


FIGURE 2

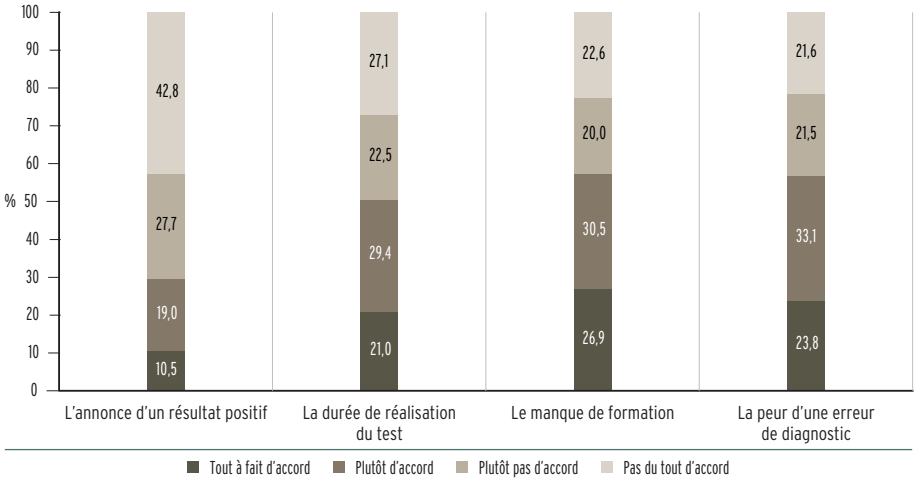
Opinions vis-à-vis de la proposition de dépistage en population générale, selon différentes modalités (en pourcentage)



et 27,7 % « *plutôt pas* ». Quant aux freins liés à la durée de réalisation du test, au manque de formation ou au risque d'erreur, les avis sont très partagés et se distribuent sur tout le spectre des réponses possibles. Cependant, plus de la moitié des médecins y voient un obstacle à l'utilisation de cette technique **[figure 3]**.

FIGURE 3

Freins à l'utilisation du test rapide en cabinet de médecine générale (en pourcentage)



PROFILS DE COMPORTEMENTS ET D'ATTITUDES VIS-À-VIS DU DÉPISTAGE DU VIH

Les médecins généralistes interrogés se répartissent en quatre classes dont l'ensemble des caractéristiques permettent de définir, tout d'abord, le groupe majoritaire des « *modérément actifs en prévention* » (45,4 % de l'échantillon), un groupe de « *réfractaires à la prévention en médecine générale* » (22,9 %), ces derniers s'opposant aux « *"champions" de la prévention* » (18,0 %), tandis qu'une petite minorité d'entre eux peuvent être qualifiés de « *méfiants vis-à-vis de l'utilisation du test rapide* » (13,7 %).

Les quatre classes sont décrites ci-dessous à partir des variables actives et illustratives qui aident à l'interprétation. Les **tableaux III à VI** regroupent, pour chaque classe, les modalités des variables actives et illustratives significatives à au moins 5 %.

« Les modérément actifs en prévention » [tableau III]

Ce groupe de médecins, qui représente 45,4 % des répondants, pratique souvent mais sans caractère systématique le dépistage ciblé dans les trois situations proposées. Les propositions du test « *sans attendre la demande du patient* » et « *régulièrement aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs* » recueillent une adhésion assez forte de leur part, près des deux tiers se déclarant « *plutôt favorables* » à ces propositions. À l'inverse, ils se montrent réticents lorsqu'il s'agit de proposer un test VIH « *aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps* » : 60,7 % y sont plutôt opposés (*vs* 48,1 % pour l'ensemble des médecins ; $p<0,001$). Significativement moins nombreux à être à l'initiative du dernier test prescrit, les médecins de cette classe donnent une évaluation modérée

des différents freins à l'utilisation des tests rapides dans leur pratique. La peur de poser un mauvais diagnostic et le fait de ne pas avoir été formé à leur utilisation apparaissent cependant comme les freins les plus importants (rapportés respectivement par 46,4 % et 45,7 % d'entre eux). Aucune caractéristique d'âge, de sexe ou de pratique du médecin n'est associée à cette catégorie de médecins, à l'exception de la pratique occasionnelle de l'homéopathie un peu plus fréquente **[tableau III]**. Comme pour le VIH, ces médecins pratiquent souvent mais sans caractère systématique le dépistage ciblé des hépatites B et C. Ils sont plutôt favorables à la vaccination contre l'hépatite B et sont assez proactifs en matière de vaccination puisqu'ils proposent souvent la vaccination HPV aux adolescentes, celle de la grippe aux personnes âgées de plus de 65 ans et le BCG aux jeunes enfants. Ils considèrent qu'ils ont un rôle à jouer en matière de prévention, mais leur adhésion aux items proposés reste modérée (majorité de « *plutôt* »). Au final, les associations statistiques observées dessinent un profil de médecins généralistes engagés dans la prévention mais de façon modérée, conservant la norme des indications au cas par cas dans leur pratique médicale.

TABLEAU III

« Les modérément actifs en prévention » (45,4 %)

	% total	% de la classe	p
VARIABLES ACTIVES			
Pratiques en matière de dépistage ciblé du VIH			
N'est pas à l'initiative du dernier test	66,8	73,6	***
Prescrit *souvent* un test VIH aux personnes présentant une IST	19,2	26,0	***
Prescrit *souvent* un test VIH à une personne connaissant un changement dans sa vie affective	35,5	41,8	***
Prescrit *souvent* un test VIH aux personnes originaires d'un pays à forte endémie	31,0	39,8	***
Opinion vis-à-vis du dépistage généralisé			
Est *plutôt d'accord* avec le fait que le médecin devrait proposer le test VIH sans attendre la demande du patient	43,6	66,0	***
Est *plutôt d'accord* avec le fait que le médecin devrait proposer régulièrement un test VIH aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs	43,9	64,6	***
N'est *plutôt pas d'accord* avec le fait que le médecin devrait proposer un test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps	48,1	60,7	***
Freins à l'utilisation des tests rapides			
La durée de réalisation du test est *plutôt* un frein	29,6	41,8	***
Le fait de ne pas avoir été formé à son utilisation est *plutôt* un frein	30,8	45,7	***
L'annonce possible d'un résultat positif est *plutôt* un frein	19,5	28,3	***
La peur de poser un mauvais diagnostic est *plutôt* un frein	33,1	46,4	***
VARIABLES ILLUSTRATIVES			
Variables sociodémographiques	**Aucune variable associée**		
Caractéristiques professionnelles			
Pratique *occasionnellement* l'homéopathie	43,8	47,6	*
Opinions et pratiques en matière de vaccination			
Est *plutôt* favorable à la vaccination contre l'hépatite B chez les nourrissons	28,4	31,7	*
Est *plutôt* favorable à la vaccination contre l'hépatite B chez les adolescents	40,1	45,5	**
Propose *souvent* la vaccination HPV aux adolescentes	31,1	36,8	***
Propose *souvent* la vaccination contre la grippe aux personnes âgées (plus de 65 ans)	13,5	16,1	*
Propose *souvent* le BCG aux jeunes enfants	21,7	25,7	**

TABLEAU III SUITE

	% total	% de la classe	p
Pratiques en matière de dépistage des hépatites B et C			
Propose *souvent* une sérologie de l'hépatite B aux personnes usagères de drogues	16,2	19,8	**
Propose *souvent* une sérologie de l'hépatite B aux personnes en situation de précarité	31,2	34,7	**
Propose *souvent* une sérologie de l'hépatite B aux personnes originaires d'un pays à forte endémie	33,4	38,2	**
Propose *souvent* une sérologie de l'hépatite B aux personnes ayant des comportements sexuels à risque	29,5	34,3	**
Propose *souvent* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant une asthénie importante et durable	35,1	39,1	*
Propose *souvent* une sérologie de l'hépatite C aux personnes usagères de drogues	14,8	19,3	***
Propose *souvent* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant été transfusées avant 1992	22,0	25,1	*
Propose *parfois* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant subi un acte chirurgical ou un acte médical invasif	39,4	44,4	**
Propose *souvent* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant un tatouage ou un piercing	29,5	33,6	*
Prévention – Éducation du patient			
Utilise *parfois* des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie	48,5	42,9	**
La prévention dans le domaine du tabagisme fait *plutôt* partie de son rôle	15,3	20,5	***
La prévention dans le domaine de la consommation d'alcool fait *plutôt* partie de son rôle	20,0	26,7	***
La prévention dans le domaine de la consommation de cannabis fait *plutôt* partie de son rôle	31,3	40,2	***
La prévention dans le domaine de l'alimentation fait *plutôt* partie de son rôle	25,3	31,7	***
La prévention dans le domaine de l'activité physique fait *plutôt* partie de son rôle	23,4	29,7	***
La prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle fait *plutôt* partie de son rôle	43,4	52,4	***
La prévention dans le domaine du risque cardio-vasculaire fait *plutôt* partie de son rôle	8,9	12,2	**

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

« Les réfractaires à la prévention en médecine générale » [tableau IV]

Ces médecins représentent 22,9 % des répondants et se caractérisent par le fait qu'ils répondent beaucoup plus que l'ensemble ne jamais réaliser de dépistage ciblé. Ainsi, plus d'un tiers d'entre eux (33,6 %) déclarent prescrire « *parfois* » ou « *jamais* » un test de dépistage du VIH aux personnes originaires d'un pays à forte endémie (*vs* 24,7 % pour l'ensemble des médecins ; p<0,001). Ces médecins se montrent également plus souvent « *pas du tout favorables* » ou « *plutôt défavorables* » à l'extension du dépistage dans les différentes situations proposées. L'idée de proposer un test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps est rejetée par 41,4 % d'entre eux (*vs* 14,4 % ; p<0,001). À l'inverse, ils déclarent beaucoup moins fréquemment des freins à l'utilisation des tests rapides en médecine de ville.

En termes de caractéristiques, ces médecins sont plus souvent des hommes, qui rapportent plus que les autres ne jamais pratiquer l'homéopathie alors que leur pratique de l'acupuncture est un peu plus fréquente **[tableau IV]**. En matière de vaccination, ils sont plus nombreux à se déclarer

tout à fait opposés à la vaccination contre l'hépatite B des nourrissons et des adolescents, à ne jamais proposer le vaccin anti-HPV aux jeunes filles ni le BCG dans ses indications actuelles. Ils sont par ailleurs plus nombreux à ne pas être eux-mêmes vaccinés contre l'hépatite B. Même si le refus du dépistage ciblé des hépatites B et C est minoritaire, cette attitude de non-proposition est, chez ces médecins, plus fréquente pour toutes les situations proposées.

Les médecins généralistes qui constituent cette classe se distinguent cependant peu par leurs pratiques de prévention des comportements à risque et des maladies chroniques. Ils sont plus nombreux à se montrer « *tout à fait d'accord* » quant au rôle des médecins généralistes pour la prévention de l'alcool et du cannabis, mais ils se révèlent moins enclins à utiliser des outils de repérage standardisés (48,6 % d'entre eux n'en utilisent jamais). Enfin, la petite minorité qui considère que la prévention dans le champ de la sexualité n'est pas du tout du ressort des généralistes est ici plus nombreuse.

TABLEAU IV

« Les réfractaires à la prévention en médecine générale » (22,9 %)

	% total	% de la classe	p
VARIABLES ACTIVES			
Pratiques en matière de dépistage ciblé du VIH			
Prescrit *parfois ou jamais* un test VIH aux personnes présentant une IST	7,3	14,1	***
Prescrit *parfois ou jamais* un test VIH à une personne connaissant un changement dans sa vie affective	40,4	56,8	***
Prescrit *parfois ou jamais* un test VIH aux personnes originaires d'un pays à forte endémie	24,7	33,6	***
Opinion vis-à-vis du dépistage généralisé			
N'est *plutôt pas ou pas du tout* d'accord avec le fait que le médecin devrait proposer le test VIH sans attendre la demande du patient	23,8	53,2	***
N'est *plutôt pas ou pas du tout* d'accord avec le fait que le médecin devrait proposer régulièrement un test VIH aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs	29,6	62,3	***
N'est *pas du tout* d'accord avec le fait que le médecin devrait proposer un test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps	14,4	41,4	***
Freins à l'utilisation des tests rapides			
La durée de réalisation du test n'est *pas du tout* un frein	27,0	49,5	***
Le fait de ne pas avoir été formé à son utilisation n'est *pas du tout* un frein	22,5	55,9	***
L'annonce possible d'un résultat positif n'est *pas du tout* un frein	41,6	75,0	***
La peur de poser un mauvais diagnostic n'est *pas du tout* un frein	21,3	54,5	***
VARIABLES ILLUSTRATIVES			
Variables sociodémographiques			
Hommes	70,5	85,9	***
N'est pas vacciné contre l'hépatite B	10,4	15,5	*
Caractéristiques professionnelles			
Ne pratique *jamais* l'homéopathie	43,4	55,9	***
Pratique *régulièrement* l'acupuncture	3,5	6,4	*
Opinions et pratiques en matière de vaccination			
N'est *pas du tout* favorable à la vaccination contre l'hépatite B chez les nourrissons	11,2	17,3	**
N'est *pas du tout* favorable à la vaccination contre l'hépatite B chez les adolescents	5,2	9,5	**
Ne propose *jamais* la vaccination HPV aux adolescentes	5,6	8,6	*
Ne propose *jamais* la vaccination BCG aux jeunes enfants	9,8	14,1	*

TABLEAU IV SUITE

	% total	% de la classe	p
Pratiques en matière de dépistage des hépatites B et C			
Ne propose *jamais* une sérologie de l'hépatite B aux personnes usagères de drogues	0,9	2,7	*
Ne propose *jamais* une sérologie de l'hépatite B aux personnes en situation de précarité	7,0	14,1	***
Propose *parfois* une sérologie de l'hépatite B aux personnes originaires d'un pays à forte endémie	21,5	26,8	*
Propose *parfois* une sérologie de l'hépatite B aux personnes ayant des comportements sexuels à risque	13,8	18,6	*
Ne propose *jamais* une sérologie de l'hépatite B à l'entourage d'un patient porteur de l'Antigène HBs positif	3,8	6,4	*
Ne propose *jamais* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant une asthénie importante et durable	2,6	5,0	*
Ne propose *jamais* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant été transfusées avant 1992	3,5	6,4	*
Ne propose *jamais* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant subi un acte chirurgical ou un acte médical invasif	12,3	20,0	***
Prévention – Éducation du patient			
N'utilise *jamais* de questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie	38,4	48,6	***
La prévention dans le domaine de la consommation d'alcool fait *tout à fait* partie de son rôle	78,5	84,1	*
La prévention dans le domaine de la consommation de cannabis fait *tout à fait* partie de son rôle	59,7	68,2	**
La prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle ne fait *pas du tout* partie de son rôle	2,1	4,5	*

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

« Les "champions" de la prévention » [tableau V]

À l'opposé des « réfractaires », les « champions » de la prévention – 18,0 % des répondants – sont des partisans du dépistage en population générale. Ils sont plus de 80 % à être « *tout à fait d'accord* » avec l'idée que le médecin devrait proposer le test sans attendre la demande du patient et régulièrement aux jeunes et adultes sexuellement actifs. S'ils sont moins nombreux à être en faveur de la proposition du test à une personne qui ne l'a pas fait depuis longtemps (50 %), ils restent majoritairement « *tout à fait d'accord* » avec cette proposition et de façon beaucoup plus fréquente que l'ensemble des médecins (50,3 % *vs* 11,3 % ; p<0,001). Ces médecins pratiquent de manière systématique le dépistage ciblé dans les trois situations proposées avec des écarts très importants, en particulier pour la proposition systématique du test à une personne connaissant un changement dans sa vie affective (57,2 %) et aux personnes originaires d'un pays à forte endémie (64,7 %). Leur implication se traduit également par le fait qu'ils sont plus souvent à l'origine de la prescription du dernier test (56,1 % *vs* 33,2 % pour l'ensemble des médecins ; p<0,001). Ils se distinguent moins sur le terrain du test de dépistage rapide, même s'ils se déclarent moins gênés par l'annonce possible d'un test positif (54,3 % déclarent que ce n'est pas du tout un frein *vs* 41,6 % pour l'ensemble des médecins ; p<0,001) ou par la contrainte de temps (35,8 % *vs* 27,0 % ; p<0,01).

Par rapport à l'ensemble, les médecins de ce groupe comptent une proportion plus importante de femmes et ont dans leur clientèle une plus forte proportion d'assurés

TABLEAU V

« Les "champions" de la prévention » (18,0 %)

	% total	% de la classe	p
VARIABLES ACTIVES			
Pratiques en matière de dépistage ciblé du VIH			
Est à l'initiative de la prescription du dernier test	33,2	56,1	***
Prescrit *systématiquement* un test VIH aux personnes présentant une IST	73,5	82,7	***
Prescrit *systématiquement* un test VIH à une personne connaissant un changement dans sa vie affective	24,2	57,2	***
Prescrit *systématiquement* un test VIH aux personnes originaires d'un pays à forte endémie	35,6	64,7	***
Opinion vis-à-vis du dépistage généralisé			
Est *tout à fait d'accord* avec le fait que le médecin devrait proposer le test VIH sans attendre la demande du patient	32,6	82,1	***
Est *tout à fait d'accord* avec le fait que le médecin devrait proposer régulièrement un test VIH aux jeunes et adultes sexuellement actifs	26,5	85,0	***
Est *tout à fait d'accord* avec le fait que le médecin devrait proposer un test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps	11,3	50,3	***
Freins à l'utilisation des tests rapides			
La durée de réalisation du test n'est *pas du tout* un frein	27,0	35,8	**
L'annonce possible d'un résultat positif n'est *pas du tout* un frein	41,6	54,3	***
VARIABLES ILLUSTRATIVES			
Variables sociodémographiques			
Femmes	29,5	41,6	***
Caractéristiques professionnelles			
Plus de 25 % de sa clientèle bénéficient de la CMU	5,2	8,7	*
Pratique *régulièrement* l'homéopathie	10,1	16,2	**
Opinions et pratiques en matière de vaccination			
Est *très favorable* à la vaccination contre l'hépatite B chez les nourrissons	39,7	48,6	*
Est *très favorable* à la vaccination contre l'hépatite B chez les adolescents	38,4	50,3	***
Est *très favorable* à la vaccination contre l'hépatite B pour les adultes à risque	65,0	75,7	**
Propose *systématiquement* la vaccination HPV aux adolescentes	54,0	63,0	*
Propose *systématiquement* la vaccination contre la grippe aux personnes âgées (plus de 65 ans)	81,4	87,3	*
Propose *systématiquement* le BCG	40,7	53,2	***
Pratiques en matière de dépistage des hépatites B et C			
Propose *systématiquement* une sérologie de l'hépatite B aux personnes usagères de drogues	67,4	79,8	***
Propose *systématiquement* une sérologie de l'hépatite B aux personnes en situation de précarité	13,7	26,0	***
Propose *systématiquement* une sérologie de l'hépatite B aux personnes originaires d'un pays à forte endémie	35,3	57,2	***
Propose *systématiquement* une sérologie de l'hépatite B aux personnes ayant des comportements sexuels à risque	55,3	72,3	***
Propose *systématiquement* une sérologie de l'hépatite B à l'entourage d'un patient porteur de l'Antigène HBs positif	61,2	69,4	*
Propose *systématiquement* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant une asthénie importante et durable	29,5	45,7	***
Propose *systématiquement* une sérologie de l'hépatite C aux personnes usagères de drogues	71,1	83,2	***
Propose *systématiquement* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant été transfusées avant 1992	60,1	72,3	***
Propose *systématiquement* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant subi un acte chirurgical ou un acte médical invasif	18,8	30,6	***
Propose *systématiquement* une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant un tatouage ou un piercing	21,0	38,7	***

TABLEAU V SUITE

	% total	% de la classe	p
Prévention – Éducation du patient			
Utilise *souvent* des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie	13,5	18,5	*
La prévention dans le domaine du tabagisme fait *tout à fait* partie de son rôle	83,8	91,9	**
La prévention dans le domaine de la consommation d'alcool fait *tout à fait* partie de son rôle	78,5	87,9	***
La prévention dans le domaine de la consommation de cannabis fait *tout à fait* partie de son rôle	59,7	74,0	***
La prévention dans le domaine de l'alimentation fait *tout à fait* partie de son rôle	72,9	81,5	**
La prévention dans le domaine de l'activité physique fait *tout à fait* partie de son rôle	75,0	82,7	*
La prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle fait *plutôt* partie de son rôle	36,1	54,9	***
Aborde la question de la consommation de cannabis *au moins une fois* avec chaque patient	8,1	13,3	*
Aborde la question de la consommation d'alcool *au moins une fois* avec chaque patient	24,7	32,4	*

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

par la CMU **[tableau V]**. Enfin, ces médecins ont une pratique régulière de l'homéopathie un peu plus fréquente que leurs confrères.

Leurs autres pratiques de prévention sont empreintes de la même attitude systématique ou très favorable aux vaccinations, aux dépistages ciblés des hépatites B et C et au conseil préventif dans les consommations à risque. Logiquement, les médecins de ce groupe sont proportionnellement plus nombreux à aborder systématiquement au moins une fois la consommation de cannabis ou d'alcool avec chacun de leurs patients.

« Les méfiants vis-à-vis du test de dépistage rapide » [tableau VI]

Ce dernier groupe (13,7 % des répondants) se singularise de tous les autres par une perception très forte des freins à l'utilisation des tests de dépistage rapide. L'absence de formation et la crainte de l'erreur dans le résultat sont particulièrement marqués (respectivement 87,0 % et 85,5 % *vs* 26,4 % et 24,0 % pour l'ensemble des médecins ; p<0,001). La crainte de devoir annoncer un résultat positif est rapportée par plus de six médecins sur dix (64,1 %), alors que quatre sur dix se disent freinés par la durée de réalisation du test.

Aucune de leurs pratiques ou attitudes ne les distinguent des autres médecins sinon une pratique un peu plus fréquente de la proposition d'un test lors d'un diagnostic d'IST, 80,9 % déclarant le prescrire systématiquement. Les médecins de cette classe sont plus souvent des femmes déclarant un peu plus souvent une pratique occasionnelle de l'acupuncture. Aucun autre trait de la pratique professionnelle ou d'attitudes ne caractérise ce groupe qui se définit quasi exclusivement par sa méfiance vis-à-vis du test de dépistage rapide.

TABLEAU VI

« Les méfiants vis-à-vis du test de dépistage rapide » (13,7 %)

	% total	% de la classe	p
Variables actives			
Pratiques en matière de dépistage ciblé du VIH			
Prescrit *systématiquement* un test VIH aux personnes présentant une IST	73,5	80,9	*
Opinion vis-à-vis du dépistage généralisé	Aucune variable associée		
Freins à l'utilisation des tests rapides			
La durée de réalisation du test est *tout à fait* un frein	21,0	41,2	***
Le fait de ne pas avoir été formé à son utilisation est *tout à fait* un frein	26,4	87,0	***
L'annonce possible d'un résultat positif est *tout à fait* un frein	10,6	64,1	***
La peur de poser un mauvais diagnostic est *tout à fait* un frein	24,0	85,5	***
Variables illustratives			
Variables sociodémographiques			
Femmes	29,5	41,2	**
Caractéristiques professionnelles			
Pratique ***occasionnellement*** l'acupuncture	3,3	6,9	*
Opinions et pratiques en matière de vaccination	Aucune variable associée		
Pratiques en matière de dépistage des hépatites B et C	Aucune variable associée		
Prévention – Éducation du patient	Aucune variable associée		

DISCUSSION

L'analyse de l'activité de dépistage montre que la prescription de sérologie VIH relève d'une pratique courante des médecins généralistes. Avec une moyenne de 5,9 tests par mois, le nombre déclaré de prescriptions est stable par rapport à 2003. La forte activité de dépistage observée à partir du Baromètre santé médecins généralistes dans les régions Provence – Alpes – Côte d'Azur et Île-de-France correspond bien à ce qu'observe le système de surveillance de l'Institut de veille sanitaire à partir des laboratoires de ville et hospitaliers **[1]**. En 2008, alors que le nombre de tests VIH rapporté à la population était de 77 pour 1 000 habitants, il était significativement plus élevé en Provence – Alpes – Côte d'Azur (106) et en Île-de-France (105).

Si les médecins généralistes sont des prescripteurs importants de sérologies VIH, ils ont une expérience diffuse de la prise en charge de l'infection à VIH. Deux tiers des médecins ont des patients séropositifs dans leur clientèle, mais seulement une minorité d'entre eux intervient dans la prescription du traitement antirétroviral. De la même façon, ils prescrivent régulièrement des tests, mais la découverte d'une séropositivité reste un événement rare dans leur activité professionnelle. Pourtant, les médecins de ville ont été appelés très tôt dans l'histoire de l'épidémie à jouer un rôle comme relais d'information et en matière de dépistage, de conseil préventif et d'accompagnement. Leur implication dans cette prise en charge a été engagée dès la création des réseaux ville-hôpital en 1991[3] et des politiques successives ont cherché, avec un succès visiblement encore limité, à encourager le suivi des personnes atteintes d'une infection par le VIH en ville, en lien avec les services hospitaliers spécialisés. L'intérêt

3. Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

de cette articulation entre ville et hôpital s'est accentué avec le caractère désormais chronique de l'infection VIH et les transformations de l'offre de soins. En 2008, les sociétés savantes ont recommandé deux modes d'implication des médecins dans cette prise en charge : un rôle de base axé sur une pratique active en matière de conseil préventif et de dépistage, et un rôle avancé qui ajoute au précédent le suivi des personnes séropositives et de leur traitement **[12]**.

La pratique actuelle du dépistage par les médecins généralistes est fortement imprégnée du modèle de dépistage installé au cours des vingt-cinq dernières années qui privilégie la demande de la personne et la notion d'exposition au risque. La proposition du test est orientée par le profil de risque, comme le confirment les résultats sur le dépistage ciblé, et non par une attitude classique de dépistage d'une maladie non symptomatique et qui peut être efficacement traitée. Cette situation est commune en Europe, une récente étude anglaise soulignant même la faiblesse des prescriptions de sérologies VIH dans le système de soins primaires **[13]**. Pourtant, les quelques données disponibles montrent l'intérêt des prescriptions VIH en médecine générale, ces dispositifs permettant de « capter » des populations différentes de celles qui se rendent dans les centres spécialisés pour les IST ou le dépistage VIH. Dans le sud-est de Londres, Surah *et al*. ont montré par exemple que les populations originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes étaient davantage dépistées dans les dispositifs de médecine générale, alors que les homosexuels masculins préféraient les centres spécialisés dans les IST **[14]**. En France, la spécificité en termes de comportement sexuel de la population se rendant dans les CDAG est également bien documentée **[15]**, rappelant là aussi l'intérêt de maintenir l'accès au dépistage volontaire au sein d'une offre diversifiée.

D'après l'enquête, le principe d'un dépistage en population générale à l'initiative du médecin suscite un bon niveau d'adhésion, plus de 70 % des médecins interrogés étant d'accord avec l'idée que « *le médecin devrait proposer un test VIH sans attendre la demande du patient* » et « *régulièrement aux jeunes et adultes sexuellement actifs* ». Ce résultat est extrêmement important dans la mesure où les données de la littérature convergent pour montrer que la démarche volontaire de dépistage est étroitement associée à la perception du risque, aussi bien en population générale **[16, 17]** que dans des sous-groupes de population fortement touchés par l'épidémie **[18, 19]**. Or il n'est pas rare que les personnes n'aient pas conscience d'une exposition passée à la maladie et, ce faisant, n'engagent pas de démarche de dépistage. En Angleterre, Burns *et al*. ont montré que si le VIH/sida était un sujet de préoccupation majeure pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, elles avaient du mal à se percevoir personnellement à risque et se faisaient peu dépister **[20]**. En France, les groupes à faible risque d'infection (les Français hétérosexuels, les « seniors », les personnes mariées avec enfants, sans pratique du multipartenariat) présentent les plus fortes probabilités d'être pris en charge tardivement **[21]**. Ces populations ne se sentent pas concernées par le dépistage de l'infection par le VIH ; elles restent à l'écart des stratégies ciblées et, en l'absence d'une proposition de test par un professionnel de santé, sont le plus souvent diagnostiquées à l'occasion de symptômes, voire d'une maladie opportuniste.

Si le principe d'un dépistage en population générale à l'initiative du médecin est bien accepté, les avis des généralistes sont plus nuancés quand il s'agit de proposer un test « *aux personnes sans facteur de risque apparent* », même parmi les plus favorables à l'élargissement du dépistage. Ce résultat montre la nécessité d'apporter aux

médecins, dans des documents de pratique, un argumentaire épidémiologique, médical et économique sur l'intérêt d'un dépistage dans les configurations d'absence de risque reconnu. Les données disponibles permettront aussi de les rassurer sur le fait que les patients acceptent bien cette démarche. C'est ce que montrent les premiers résultats d'une étude menée dans des services d'urgences en région parisienne, plus de 62 % des personnes éligibles ayant accepté la proposition de test **[10]**. Des résultats très similaires ont été observés dans la région de Londres dans des services de soins primaires **[22]**. Dans l'étude anglaise, la proposition du test était d'autant mieux acceptée qu'elle était partie intégrante d'un bilan de santé. En parallèle, l'information doit être faite en direction de la population, sur l'intérêt du dépistage dans l'optique d'une bonne surveillance de sa santé plutôt que sous le prisme de la gestion du risque.

Le Baromètre santé médecins généralistes 2009 montre aussi que les comportements des médecins en matière de dépistage du VIH comme les attitudes à l'égard des nouvelles propositions sont fortement liés à des modèles de pratiques plus généraux en matière de prévention, dessinant un paysage dans lequel s'opposent, autour d'un noyau central de médecins qui intègrent les recommandations de santé publique sans adopter une approche systématique, un groupe de praticiens peu enclins à introduire une forte composante préventive et un groupe beaucoup plus favorable à un rôle actif du médecin dans la proposition d'actes préventifs aux consultants. La cohérence des associations observées indique que les attitudes sont bien le prolongement de pratiques contrastées et qu'il ne s'agit pas simplement d'un biais dans la façon de répondre aux questions.

Le fait que l'on ne trouve pas d'associations avec les formes d'exercice (secteur, type d'installation) mais avec la pratique de médecines complémentaires (homéopathie, acupuncture) et avec le sexe des médecins – les hommes sont plus nombreux parmi les « réfractaires » et les femmes parmi les « champions », mais aussi parmi les « méfiants » – va dans le sens du rôle des modèles de pratiques. Le fait que le groupe des « "champions" de la prévention », qui a une attitude plus systématique vis-à-vis du dépistage du VIH et de la prévention en général, ait dans sa patientèle plus de personnes affiliées à la CMU peut être interprété comme lié à une exposition plus fréquente de ces populations à de multiples risques mais peut-être aussi à une moindre autonomie dans la gestion de leur santé. Par rapport à l'infection VIH, ce résultat est cohérent dans la mesure où les populations en situation de grande précarité incluent aussi celles qui sont les plus touchées par l'infection par le VIH, qu'il s'agisse des personnes originaires d'Afrique subsaharienne ou celles des usagers de drogues par voie intraveineuse.

La problématique du test rapide n'apparaît pas centrale dans l'attitude vis-à-vis du dépistage du VIH parmi les médecins interrogés, si l'on excepte un groupe circonscrit de praticiens qui expriment une réticence dans l'utilisation d'un outil qui n'a actuellement aucune visibilité dans la pratique courante. Pour ces derniers, le fait de ne pas avoir été formé à son utilisation et la peur de poser un mauvais diagnostic sont les deux freins majeurs. Pourtant, ces tests sont largement utilisés dans le monde pour améliorer l'accessibilité et l'efficacité du dépistage. Même si leur réponse ne porte que sur la détection d'anticorps et ne permet donc pas un dépistage aussi précoce de l'infection à VIH que le test Elisa de 4^{e} génération, l'utilisation des tests rapides en population générale, en particulier dans une population à faible incidence, devrait être envisagée et accompagnée, à l'instar de ce qui a été réalisé lors de l'introduction en médecine de ville du « TDR angine » (test de dépistage rapide) à partir de 2002.

CONCLUSION

Depuis plus de vingt ans, les médecins généralistes ont été imprégnés du discours sur le caractère volontaire du dépistage VIH, de sorte qu'ils n'ont jamais été en première ligne pour le promouvoir activement (en dehors du test prénatal), restant dans un rôle de réponse à une demande. Dans des pays où l'épidémie est très basse et concentrée, les discussions autour des nouveaux paradigmes de lutte contre l'épidémie se déroulent très loin de la pratique des soins primaires. S'il est probable qu'une fraction des médecins restera rétive à s'impliquer, les données du Baromètre santé médecins généralistes 2009 laissent penser qu'il est possible de faire évoluer les pratiques, à condition, toutefois, de construire un argumentaire clair en faveur des changements qui s'opèrent, adressé tant aux professionnels de santé qu'à la population générale.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

[1] Cazein F., Pillonel J., Imounga L., Le Strat Y., Bousquet V., Spaccaferri G., *et al.* Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. *BEH Web*, 27 novembre 2009, n° 2 : p. 1-5. En ligne : http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/pdf/a-1.pdf

[2] Yéni P. dir. *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010.* Paris : La Documentation française, 2010 : 415 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr-_Patrick_Yeni.pdf

[3] Branson B.M., Handsfield H.H., Lampe M.A., Jansen R.S., Taylor A.W., Lyss S.B., *et al.* Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm. Rep.*, 2006 Sep 22 ; 55 (RR-14) : p. 1-17.

[4] UNAIDS, World Health Organization. *UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing.* Geneva : UNAIDS/WHO, 2004 : 3 p. En ligne : http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf

[5] Organisation mondiale de la santé, Onusida. *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé.* Genève : OMS, 2007 : 60 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595567_fre.pdf

[6] Conseil national du sida. *Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH.* Paris : CNS, 2009 : 17 p. En ligne : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/Avis_sur_l_interet_du_traitement.pdf

[7] Wilson D.P., Law M.G., Grulich A.E., Cooper D.A., Kaldor J.M. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *The Lancet*, 2008, vol. 372, n° 9635 : p. 314-320.

[8] Haute Autorité de santé (HAS). *Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage.* Saint-Denis : HAS, 2009 : 41 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866949/depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage

[9] Yazdanpanah Y., Sloan C.E., Charlois-Ou C., Le Vu S., Semaille C., Costagliola D., *et al.* Routine HIV screening in France: Clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One*, 2010, vol. 5, n° 10 : e13132. En ligne : http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0013132

[10] Crémieux A.C., Wilson d'Almeida K., Kierzek G., de Truchis P., Vu S., Pateron D., *et al.* Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences en Île-de-France (ANRS 95008 et Sidaction), mai 2009-août 2010. *BEH*, 30 novembre 2010, n^{os} 45-46 : p. 460-463.

[11] AIDES. *Dépistage communautaire du VIH à résultat rapide : une démarche innovante mise en œuvre par AIDES* [dossier de presse]. Paris : AIDES, novembre 2008 : 10 p. En ligne : http://depistage.aides.org/docs/DossierDePresse.pdf

[12] Société de pathologie infectieuse de langue française, Société française de lutte contre le sida. *Consensus formalisé : prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville.* Paris : Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf) et Société française de lutte contre le sida (SFLS), 2009 : 12 p. En ligne : http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/VIH_ville-court-2009.pdf

[13] Evans H.E., Mercer C.H., Rait G., Hamill M., Delpech V., Hughes G., *et al.* Trends in HIV testing and recording of

HIV status in the UK primary care setting: a retrospective cohort study 1995-2005. *Sexually Transmitted Infections*, 2009, vol. 85, n° 7 : p. 520-526.

[14] Surah S., O'Shea S., Dunn H., Mitra R., Fitzgerald C., Ibrahim F., *et al.* Utilization of HIV point-of-care testing clinics in general practice and genitourinary medicine services in South-East London. *International Journal of STD & AIDS*, 2009, vol. 20, n° 3 : p. 168-169.

[15] Le Vu S., Semaille C. *Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004. Enquête épidémiologique transversale* [rapport]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, novembre 2006 : 40 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cdag_nov_2006/cdag_nov2006.pdf

[16] McGarrigle C.A., Mercer C.H., Fenton K.A., Copas A.J., Wellings K., Erens B., *et al.* Investigating the relationship between HIV testing and risk behaviour in Britain: National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles 2000. *AIDS*, 2005, vol. 19, n° 1 : p. 77-84.

[17] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X., Vongmany N., Grémy I. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida en France : évolutions 1992-1994-1998-2001-2004* [rapport]. Paris : Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2005 : 176 p. En ligne : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/Rapport_KABP_FR_2004.pdf

[18] Le Vu S., Lydié N. Pratiques de dépistage du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, 2005. *BEH*, 2008, n° 7-8 : p. 52-55. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/07_08/beh_07_08_2008.pdf

[19] Institut de veille sanitaire (InVS). *Enquête Presse Gay 2004* [rapport]. Saint-Maurice : InVS, juin 2007 : 135 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf

[20] Burns F.M., Imrie J.Y., Nazroo J., Johnson A.M., Fenton K.A. Why the (y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain. *AIDS Care*, 2007, vol. 19, n° 1 : p. 102-108.

[21] Delpierre C., Dray-Spira R., Cuzin L., Marchou B., Massip P., Lang T., Lert F. and the VESPA Study Group (2007): Correlates of late HIV diagnosis: Implications for testing policy. *Int. J. Stds and AIDS*, vol. 18, n° 5 : p. 312-317.

[22] Prost A., Griffiths C., Anderson J., Wight D., Hart G. J. Feasibility and acceptability of offering rapid HIV tests to patients registering with primary care in London (UK): a pilot study. *Sexually Transmitted Infections*, 2009, vol. 85, n° 5 : p. 326-329.

La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient

En France, depuis une dizaine d'années, des dynamiques importantes se sont mises en place pour développer et diversifier les offres de formation en éducation pour la santé (EPS) et en éducation thérapeutique du patient (ETP). Les médecins généralistes étant les premiers professionnels auxquels s'adressent les malades, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a souhaité lancer une enquête auprès d'eux, afin de pouvoir identifier leur investissement actuel dans les formations ainsi que les obstacles auxquels ils se trouvent confrontés.

Les résultats montrent qu'un peu plus de la moitié d'entre eux (51,3 %) a bénéficié d'une formation en EPS ou en ETP durant les douze mois ayant précédé l'enquête. Dans la majorité des cas, il s'agit de formations brèves, le plus souvent centrées sur une pathologie particulière. Les médecins qui se forment le plus volontiers sont membres de réseaux de santé (62,6 % des médecins membres d'un réseau ont suivi une formation en ETP). Les bénéficiaires de formations attestent de répercussions réelles sur leurs pratiques professionnelles : ils déclarent informer et conseiller plus systématiquement que les « non formés » (60,6 % *vs* 54,5 %) et mettent en œuvre régulièrement ou systématiquement des activités d'éducation. Parmi les médecins qui n'ont pas suivi de formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique du patient, plus des deux tiers en envisagent une dans l'année. Ceux qui aspirent à participer à une formation la prévoient de courte durée. Là encore, les médecins généralistes qui participent à un réseau de soins, les plus jeunes ou ceux qui pratiquent un mode d'exercice particulier sont proportionnellement plus nombreux à envisager une formation. Les formations souhaitées n'apparaissent pas liées à une pathologie particulière, mais à l'éducation thérapeutique en général, citée par plus d'un quart d'entre eux.

Les médecins généralistes qui souhaitent une formation sont en majorité prêts à déléguer l'éducation aux infirmiers (92,7 %). Ils sont généralement plus satisfaits de leur pratique professionnelle que ceux qui ne souhaitent aucune formation (83,7 % *vs* 74,3 %) et mettent en œuvre plus d'activités d'EPS ou d'ETP (42,4 % *vs* 31,6 %). Ils ont aussi plus souvent recours à l'utilisation d'un dossier partagé (59,8 % *vs* 40,1 %) et déclarent davantage (77,5 % *vs* 63,7 %) manquer de collaboration avec d'autres professionnels (les psychologues, par exemple). Ils semblent convaincus que les formations en EPS ou en ETP leur permettraient de mieux remplir leurs missions (89,7 % *vs* 43,9 %).

Parmi les raisons invoquées par les médecins qui ne souhaitent pas participer à une formation, le manque de temps constitue l'argument majeur (57,8 %), suivi de près par le fait que des compétences auraient déjà été acquises par la pratique clinique (45,6 %). Le manque de temps est davantage invoqué par les plus jeunes médecins et ceux déclarant plus de 20 actes quotidiens (66,7 % *vs* 44,8 %). La non-rémunération de l'acte éducatif n'est pas un argument majeur puisqu'elle n'est citée que par 13,1 % des médecins. De façon plus marginale, 3,8 % d'entre eux considèrent que l'éducation ne relève pas du rôle du médecin, tandis que 3,1 % estiment qu'il n'y a pas de demande des patients.

L'ensemble de ces résultats permet de pointer quelques perspectives sur lesquelles un travail important reste encore à faire. D'une part, concentrer de nouveaux efforts sur la formation initiale, qui construit pour beaucoup les façons de faire et de penser des médecins généralistes. D'autre part, revoir les entrées et les contenus des formations continues proposées en réfléchissant à leur adéquation avec les souhaits des médecins.

La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient

Jérôme Foucaud
Maryvette Balcou-Debussche
Marie-José Moquet

INTRODUCTION

La formation dans le champ de l'éducation pour la santé (EPS) et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie des missions de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). En effet, la loi du 9 août 2004 a confié à l'Institut la mission, entre autres, d'« *établir les programmes de formation à l'éducation pour la santé* » dans le cadre du Comité national consultatif sur la formation en éducation pour la santé. L'Inpes est notamment mandaté pour établir – en lien avec les professionnels concernés – les critères de qualité pour les formations d'EPS et d'ETP, et pour identifier, soutenir, effectuer ou participer à des formations en rapport avec ses missions (art. L. 1417-5). Dans le champ de l'éducation pour la santé, plusieurs travaux ont montré la nécessité de proposer une formation professionnelle pour développer une approche d'éducation pour la santé **[1, 2]**.

L'intérêt pour la formation en EPS occupe une place grandissante au sein du système de santé. Son développement a fait l'objet de différents rapports et recommandations **[3]**. Elle est prégnante dans le premier avis du Comité national consultatif sur la formation en EPS **[4]**. On peut faire le même constat pour la formation en ETP dans les recommandations internationales de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) **[5]** ou dans le guide de la Haute Autorité de santé (HAS) **[6]**[1]. Depuis peu et pour la première fois, elle apparaît dans le *Code de la santé publique* : la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) stipule d'une part que l'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans le parcours de soins du patient à travers les relations qu'il établit en particulier avec les professionnels de santé, et d'autre part que les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP sont déterminées par décret.

1. Ce travail permet de distinguer quatre types de compétences. Les compétences relationnelles, les compétences pédagogiques, les compétences méthodologiques et organisationnelles, et les compétences biomédicales et de soins.

Dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient, différentes publications tendent à montrer un impact positif de la formation des professionnels sur les pratiques professionnelles, mais aussi sur la satisfaction des patients et le recours aux soins d'urgence **[7, 8]**. Environ 5 % des médecins généralistes déclarent que le manque de formation en EPS ou ETP est l'un des freins majeurs au développement d'actions dans ce domaine **[9]**.

Bien que la formation apparaisse comme l'un des leviers principaux du déploiement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient et que cette formation soit une obligation légale pour

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

L'éducation pour la santé (EPS) s'inscrit dans une perspective d'amélioration globale de la santé. Elle a pour but d'amener chaque citoyen à acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celles de la collectivité. Elle s'adresse à la population dans son ensemble avec le souci d'être accessible à tous (Bury, 1988). Elle concerne tous ceux qui influencent la santé de la population à travers les décisions qu'ils prennent ou les conduites qu'ils adoptent. Cette approche globale peut être abordée sous la forme d'interventions thématiques particulières, pour des catégories spécifiques de population et dans des lieux de vie variés.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une partie de l'éducation pour la santé et plus globalement encore de la promotion de la santé (Deccache, 1996). Elle est à la charnière entre l'éducation pour la santé et les pratiques soignantes (Bury, 1988). L'éducation thérapeutique et l'éducation pour la santé partagent les mêmes fondements et s'inspirent toutes deux d'un grand nombre de disciplines : il n'y a donc pas lieu de les opposer. On peut distinguer cependant trois principales spécificités de l'éducation thérapeutique du patient.

La première est en lien avec la question de la temporalité. Comme le soulignent Traynard et Gagnayre (2007), dans le cadre de l'éducation pour la santé, le temps nécessaire à l'appropriation de compétences pour préserver ou améliorer sa santé est sans conséquences immédiates car le sujet est *a priori* en bonne santé. Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, la personne atteinte d'une maladie chronique, d'un handicap ou concernée par des facteurs de risque se trouve dans des temporalités (biomédicales, psychologiques et sociales) différentes. Le modèle chronique impose une autre gestion du temps.

La deuxième concerne l'apparition de la maladie comme moment d'un changement de statut de l'individu, moment qui ne se retrouve pas dans l'éducation pour la santé. En effet, le diagnostic d'une maladie chronique ou d'un handicap n'est pas sans conséquences psychiques, sociales et identitaires. La maladie va nécessiter un remaniement important du sujet, qui passe notamment par l'acceptation de la maladie, appelée aussi la phase de deuil de la santé antérieure (Lacroix et Assal, 1998).

La troisième tient aux professionnels impliqués. L'éducation thérapeutique va devoir mobiliser les compétences de professionnels de différents champs, comme en éducation pour la santé. Cependant, elle nécessite l'implication des soignants.

- Bury J. *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification*. Bruxelles : De Boeck, coll. Savoir et santé, 1988 : 235 p.
- Deccache A. Éducation pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale. *In* : Sandrin Berthon B., Aujoulat I., Ottenheim C., Martin F. *L'éducation pour la santé en médecine générale*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1996 : p. 46-55.
- Lacroix A., Assal J.-P. *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Vigot, 1998 : 205 p.
- Traynard P.-Y., Gagnayre R. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique. *In* : Simon D., Traynard P.-Y., Bourdillon F., Grimaldi A. *Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, coll. Abrégés de médecine, 2007 : 270 p.

de nombreux professionnels de santé, elle reste insuffisamment développée. En effet, différentes publications ont montré que la formation initiale des professionnels dans ce domaine est assez limitée **[3, 10, 11]**. L'étude menée dans le cadre de la formation initiale de dix professions de santé (diététiciens, puéricultrices, sages-femmes, médecins, pharmaciens, dentistes, cadres de santé, masseurs kinésithérapeutes, podologues et infirmiers) auprès de plus de cinq cents établissements de formation a permis de renforcer ce constat. La formation apparaît peu structurée **[12, 13]** et les référentiels de compétences et de formation font défaut **[14, 15]**.

Un état des lieux de la formation continue des professionnels de santé en EPS et en ETP, notamment des médecins, est tout aussi nécessaire sur le plan national. Ce constat a conduit l'Inpes à entreprendre ce travail dans le cadre du Baromètre santé médecins généralistes, afin de disposer d'une vue globale de la formation continue des médecins, d'identifier les leviers au développement et de suivre l'évolution de leur formation. Les résultats de ce chapitre sont présentés en trois parties. La première est centrée sur la question de savoir si les médecins généralistes se forment ou non à l'EPS et/ou à l'ETP. Dans la deuxième, il s'agit de voir comment les médecins « non formés » envisagent de le faire. La troisième partie questionne les motifs mis en avant par les médecins qui ne souhaitent pas se former en EPS ou en ETP. Les résultats sont suivis d'une discussion qui permet tout autant de pointer les avancées réalisées depuis une dizaine d'années en France que les freins qui restent encore à lever.

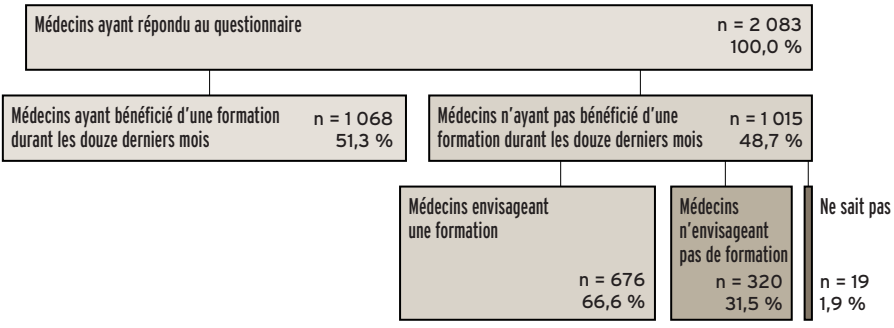
RÉSULTATS

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SE FORMENT-ILS À L'EPS ET À L'ETP ?

Au cours des douze derniers mois, un médecin sur deux déclare avoir bénéficié d'une formation spécifique en EPS ou en ETP **[figure 1]**. Dans la majorité des cas, les formations auxquelles les médecins ont participé sont brèves : moins d'une journée (30,5 %), un ou deux jours (47,3 %), trois à cinq jours (10,8 %). Seuls 10,0 % des médecins ont suivi une formation de plus de cinq jours (1,4 % d'entre eux ne le précisant pas).

FIGURE 1

La formation en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient suivie ou souhaitée par les médecins généralistes (en pourcentage)



Ces formations portent principalement sur l'ETP dans une pathologie en particulier, l'asthme ou le diabète (45,0 %), ou sur un déterminant de santé spécifique, le tabac ou l'alcool (16,9 %) **[tableau I]**.

Les médecins qui ont suivi une formation en ETP n'ont pas de caractéristiques significativement différentes selon l'âge, le secteur d'installation, le nombre d'actes ou la proportion de leur patientèle affiliée à la CMU. En revanche, la participation à un réseau est discriminante : 62,6 % des médecins membres d'un réseau ont suivi une formation en EPS (44,0 % seulement

TABLEAU I

Thème abordé par les médecins lors de la formation suivie ou souhaitée par ceux qui veulent en effectuer une (en pourcentage)

	Médecins ayant réalisé une formation dans les douze derniers mois	Médecins n'ayant pas réalisé une formation dans les douze derniers mois et en souhaitant une
	n = 1068	n = 676
La démarche d'éducation pour la santé en général	5,1	19,5
L'éducation thérapeutique en général	11,4	26,9
L'éducation thérapeutique dans une pathologie en particulier	45,0	21,3
Un déterminant de santé particulier : tabac, alcool…	16,9	16,7
La relation médecin/malade	9,7	11,1
Autre	11,3	3,6
Ne sait pas	0,6	0,9

FORMATION INITIALE/FORMATION CONTINUE

Durant la dernière décennie, des efforts importants ont été réalisés en France pour développer et soutenir la diversification des offres de formation en EPS et/ou en ETP sur l'ensemble du territoire. Dès 2001, le Plan national d'éducation pour la santé (Pneps), établi par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mettait l'accent sur les axes prioritaires à travailler : mise en place des schémas régionaux d'éducation pour la santé et diversification de l'offre de formation sur le territoire, reconnaissance et valorisation des activités d'ETP, promotion de la formation et de la recherche. L'année suivante, un état des lieux des formations en EPS et en ETP, assorti de quelques recommandations, était réalisé (Sandrin-Berthon, 2002). En 2004, le premier séminaire réunissant les concepteurs de formations universitaires en EPS et en ETP s'ouvrait à la Grande-Motte, suivi, deux ans plus tard, à Lille par un colloque centré sur les compétences (Foucaud et Balcou-Debussche, 2008). En 2004, on comptait seulement sept diplômes universitaires (Amiens, Brest, Lille, Paris, Montpellier, Toulouse, La Réunion). À l'heure actuelle, on recense seize DU répartis sur quatorze régions différentes, ainsi que deux licences et quatorze masters. On observe ainsi que l'offre de formation s'est considérablement diversifiée. La volonté affirmée de développer les formations universitaires en EPS et en ETP est à mettre en relation avec des carences observées dans la formation initiale des professionnels de santé. Bon nombre de travaux actuels reconnaissent que la dimension humaine et sociale reste peu abordée au cours des études des médecins, de même que les dimensions éducative et préventive, qui ne sont abordées que de façon parcel-

laire et non systématique. En France, ce sont les offres de formation continue qui tentent tant bien que mal de pallier ces manques dans la formation de départ. Les propositions vont de formations ponctuelles qui se déroulent en quelques heures ou journées à des formations de moyenne ou longue durée qui peuvent s'étaler sur plusieurs semaines, mois ou années. Parmi ces formations, il faut distinguer les formations diplômantes structurées autour du triptyque LMD (licence, master, doctorat) et les formations professionnalisantes de type diplôme universitaire. Si ces dernières visent surtout le développement de compétences professionnelles nouvelles ou à renforcer, elles offrent aussi des espaces d'échange et de mutualisation des pratiques qui nourrissent les dynamiques d'équipe sur le plan local. Du côté des textes de référence, on trouve des classifications assez variables qui montrent que la question est encore débattue.

Sur le plan international, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit deux niveaux (OMS, 1998) : un niveau 1 de base pour faire de l'éducation et un niveau 2 pour cordonner, organiser et former. En France, dans les hôpitaux, les différents niveaux font surtout référence aux demandes des institutions (ministères, agences régionales de l'hospitalisation) pour l'évaluation et l'audit des actions d'ETP dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). Le niveau 1 est celui de l'expert en éducation thérapeutique qui a bénéficié de formations spécialisées de type licence ou master. Le niveau 2 est celui du responsable de programmes d'éducation thérapeutique, ce qui équivaut à un diplôme d'université de 120 à 200 heures. Le niveau 3 correspond à une sensibilisation intensive à l'éducation thérapeutique, avec des modules de formation de 30 à 50 heures. Quant au niveau 4, il correspond à une sensibilisation à l'éducation thérapeutique par des congrès et/ou des enseignements post-universitaires d'assez courte durée[1].

Pour les médecins généralistes, la formation continue est obligatoire : chaque médecin choisit les formations auxquelles il va participer en tenant compte de l'offre de formation proposée sur son territoire. Jusqu'à présent, aucune obligation n'est faite au médecin généraliste de se former à l'EPS ou à l'ETP, même s'il reste le premier maillon de la prise en charge médicale.

- Sandrin Berthon B. *Éducation pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? État des lieux et recommandations* [rapport non publié]. Paris : ministère délégué à la Santé, 2002 : 85 p.
- Foucaud J., Balcou-Debussche M. dir. *Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006.* Saint-Denis : Inpes, coll. Séminaires, 2008 : 112 p.
- World Health Organization (WHO). *Therapeutic Patient Education: Continuing Education Programs for Healthcare Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases.* Copenhagen : WHO, 1998 : 76 p.

1. Circulaire Dhos/E2 n° 2007-216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation du patient atteint de maladies chroniques : mise en œuvre d'une démarche d'évaluation des programmes éducatifs financés dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_216_annexes-2.pdf

parmi ceux qui n'appartiennent pas à un réseau ; p<0,001). Par ailleurs, l'exercice en cabinet de groupe, l'implication dans des associations de prévention ou de patients, la pratique régulière d'un mode d'exercice particulier (Mep) ou encore le suivi d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont associés positivement au suivi d'une formation en EPS au cours des douze derniers mois **[tableau II]**.

Des résultats d'analyses multivariées[2] montrent que le fait d'avoir suivi une formation augmente le sentiment d'une efficacité pour la prise en charge des patients diabé-

2. Modèles de régressions logistiques intégrant les variables présentées dans le tableau II : sexe, âge, pratique d'un Mep, type de cabinet, participation à un réseau, à une association de prévention, de malades, à des activités de formateur, au suivi d'une EPP. Les pourcentages présentés dans le texte sont en revanche issus d'analyses bivariées.

TABLEAU II

Facteurs associés au suivi d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique au cours des douze derniers mois (n = 2 078)

	n	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	1 454	50,0	1	
Femmes	629	54,2	1,2*	1,0 ; 1,5
Âge				
40 ans ou moins (réf.)	299	48,8	1	
41 à 50 ans	661	50,7	1,1	0,8 ; 1,5
51 ans et plus	1 123	52,3	1,2	0,9 ; 1,6
Pratique d'un mode d'exercice particulier				
Non (réf.)	679	47,6	1	
Occasionnellement	907	51,2	1,1	0,9 ; 1,4
Régulièrement ou systématiquement	496	56,5*	1,4**	1,1 ; 1,8
Type de cabinet				
Groupe (réf.)	1 081	54,1	1	
Individuel	998	48,4**	0,8*	0,7 ; 0,9
Participation à un réseau				
Non (réf.)	1 272	44,0	1	
Oui	811	62,6***	1,8***	1,4 ; 2,1
Activités de formateur				
Non (réf.)	1 659	47,7	1	
Oui	424	65,1***	1,6***	1,2 ; 2,0
Association de prévention				
Non (réf.)	1 771	47,9	1	
Oui	312	70,5***	1,8***	1,3 ; 2,4
Association de malades				
Non (réf.)	1 980	49,9	1	
Oui	103	78,6***	2,7***	1,6 ; 4,4
Évaluation des pratiques professionnelles au cours des douze derniers mois				
Non (réf.)	1 294	47,4	1	
Oui	789	57,7***	1,3**	1,1 ; 1,6

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

tiques (74,5 % des médecins non formés se déclarent moins efficaces *vs* 70,2 % parmi les médecins ayant déclaré avoir suivi une formation ; p<0,05) et des patients hypertendus (91,8 % *vs* 88,7 % ; p<0,05). On n'observe pas de différence significative en ce qui concerne les patients asthmatiques.

Les médecins qui ont suivi une formation en ETP au cours des douze derniers mois déclarent informer et conseiller plus systématiquement que les non formés (60,6 % *vs* 54,5 % ; p<0,5). Il en va de même pour la mise en œuvre régulière ou systématique d'activités d'éducation (40,0 % *vs* 26,9 % ; p<0,001). Les médecins ayant suivi une formation sont proportionnellement plus nombreux à penser qu'une formation en prévention et éducation les aiderait à mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation (81,5 % *vs* 74,4 % ; p<0,001). On n'observe pas de différence significative quant à leur positionnement sur la délégation d'actes de prévention aux médecins spécialistes, aux infirmiers ou aux associations de patients.

LES MÉDECINS « NON FORMÉS » SOUHAITENT-ILS SUIVRE UNE FORMATION EN EPS ET EN ETP ?

Parmi les médecins qui n'ont pas suivi de formation en EPS et en ETP, 66,6 % répondent affirmativement à la question : « *Seriez-vous intéressé par une formation relevant de ces domaines ?* », alors que 31,5 % ne le souhaitent pas **[figure 1]**. Les médecins qui souhaitent s'investir dans ces domaines privilégient des formations de courte durée. En effet, 54,2 % envisagent une formation de un à deux jours, 16,4 %, de moins d'une journée, 15,3 % de trois à cinq jours. Ceux qui pensent à une formation de plus de cinq jours représentent 8,3 % du corpus. Enfin, 5,8 % ne se prononcent pas.

Les formations souhaitées portent prioritairement sur l'éducation thérapeutique en général (26,9 %) et sur l'éducation thérapeutique dans une pathologie en particulier (21,3 %) **[tableau I]**. Parmi les médecins qui n'ont pas réalisé de formation durant les douze derniers mois, ceux qui déclarent être intéressés par une formation en EPS ou en ETP ne se différencient pas selon le secteur d'installation, le nombre d'actes réalisés, ni le nombre de patients affiliés à la CMU. Les médecins généralistes les plus jeunes qui pratiquent un Mep ou participent à un réseau de soins sont proportionnellement plus nombreux à déclarer souhaiter se former **[tableau III]**.

Après analyses multivariées[3], le souhait d'une formation n'apparaît pas lié au sentiment d'efficacité des médecins dans l'éducation de leurs patients, que ces derniers soient asthmatiques, diabétiques ou hypertendus, ni à la propension à déléguer des tâches de prévention aux spécialistes ou aux associations de patients. En revanche, les médecins déclarant être intéressés par ce type de formation sont 92,7 % à être favorables à l'idée de déléguer aux infirmiers ou autres paramédicaux, *versus* 86,3 % chez ceux qui ne veulent

3. Modèles de régressions logistiques présentés dans le tableau III intégrant les variables : sexe, âge, pratique d'un Mep, participation à un réseau. Les pourcentages présentés sont en revanche issus d'analyses bivariées.

TABLEAU III

Facteurs associés au souhait d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique (n = 1015)

	n	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	727	63,8	1	
Femmes	288	73,6**	1,4	1,0 ; 1,9
Âge				
40 ans ou moins (réf.)	153	78,4	1	
41 à 50 ans	326	68,7	0,6*	0,4 ; 1,0
51 ans et plus	536	61,9***	0,5**	0,3 ; 0,7
Pratique d'un mode d'exercice particulier				
Non (réf.)	356	61,0	1	
Occasionnellement	443	69,5	1,3	1,0 ; 1,8
Régulièrement ou systématiquement	216	69,9*	1,5*	1,1 ; 2,2
Participation à un réseau				
Non (réf.)	712	64,6	1	
Oui	303	71,3*	1,4*	1,0 ; 1,9

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

pas de formation (p<0,05). De même, ils déclarent davantage être gênés par leur manque de collaboration avec des professionnels relevant du domaine psychologique pour une prise en charge satisfaisante de leur patients (77,5 % *vs* 63,7 % de ceux qui ne souhaitent pas se former ; p<0,001) et semblent convaincus que de telles formations leur permettraient de mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation (89,7 % *vs* 43,9 % ; p<0,001). Néanmoins, ces médecins déclarent d'ores et déjà mettre en œuvre plus d'activités d'ETP ou d'EPS que les médecins ne souhaitant pas suivre ce type de formation (42,4 % *vs* 31,6 % ; p<0,001), et ont davantage recours à l'utilisation d'un dossier partagé (59,8 % *vs* 40,1 % ; p<0,001). Les généralistes déclarant vouloir suivre une formation sont par ailleurs significativement plus satisfaits de leur pratique professionnelle (83,7 % d'entre eux *vs* 74,3 % parmi ceux qui ne souhaitent pas se former ; p<0,001).

QUELS SONT LES ARGUMENTS DÉVELOPPÉS PAR CEUX QUI NE SOUHAITENT PAS SUIVRE UNE FORMATION EN EPS OU EN ETP ?

Les médecins qui déclarent ne pas être intéressés par une formation invoquent principalement le manque de temps (57,8 %) **[figure 2]**.

Cet argument pour expliquer le désintérêt quant à une formation est davantage invoqué par les plus jeunes (74,2 % des médecins âgés de 40 ans ou moins *vs* 51,8 % de ceux âgés de plus de 50 ans ; p<0,05), et par ceux déclarant le plus d'actes quotidiens (66,7 % parmi ceux qui font plus de vingt actes par jour *vs* 44,8 % ; p<0,01). De même, les médecins peu ou pas satisfaits par l'exercice de leur profession et n'ayant pas d'activité de formateurs (maître de stage ou intervention dans des formations) invoquent davantage ce problème de temps **[tableau IV]**. Les analyses multivariées[4] montrent que les médecins qui mentionnent le manque de temps déclarent moins souvent que les autres mettre en œuvre des activités éducatives : 42,2 % le font régulièrement ou systématiquement *versus* 57,8 % (p<0,01) et ils sont significativement plus nombreux à penser qu'une formation les aiderait à mieux remplir leur mission de prévention et d'éducation (50,8 % *vs* 31,4 % ; p<0,001). La volonté de déléguer la tâche éducative à d'autres professionnels n'est pas significativement différente.

Le fait que les compétences en EPS et en ETP soient « *déjà acquises par la pratique clinique* » (45,6 %), qu'elles « *ne s'acquièrent pas par la formation mais relèvent de dispositions naturelles* » (17,5 %), ou encore qu'elles aient « *déjà été acquises lors de la formation initiale* » (15,0 %) sont les trois autres principales causes invoquées par les médecins ne souhaitant pas suivre une formation en éducation **[figure 2]**.

À l'inverse du manque de temps, le fait d'affirmer que les compétences ont déjà été acquises avec la pratique est davantage cité par les médecins les plus âgés, ceux effectuant le moins d'actes, et les plus satisfaits par l'exercice de leur profession **[tableau IV]**. Les généralistes citant cet argument déclarent plus « *souvent* » ou « *systématiquement* » mettre en œuvre des activités éducatives (36,3 % *vs* 17,2 % ; p<0,001) et sont proportionnellement moins nombreux (73,6 % *vs* 91,5 % ; p<0,01) à souhaiter déléguer des tâches de prévention à des spécialistes.

La non-rémunération de l'acte éducatif est citée par 13,1 % des médecins comme motif pour ne pas s'investir dans la formation en éducation et prévention. De façon plus marginale, 3,8 % d'entre eux estiment que l'éducation ne relève pas du rôle du médecin et 3,1 % qu'il n'y a pas de demande de la part des patients.

---

4. Modèles de régressions logistiques intégrant les variables présentées dans le tableau IV : sexe, âge, nombre d'actes, satisfaction professionnelle et activité de formateur. Les pourcentages présentés sont en revanche issus d'analyses bivariées.

FIGURE 2

Raisons invoquées par les médecins ne se déclarant pas intéressés par une formation (en pourcentage)

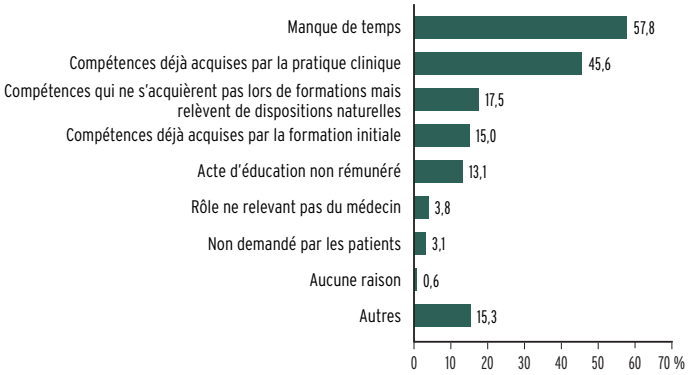


TABLEAU IV

Facteurs associés au fait de citer *le « manque de temps »* et *des « compétences acquises par la pratique »* par les médecins déclarant ne pas souhaiter de formation

		Manque de temps (N =311)			Compétences acquises par la pratique (N = 311)		
	n	%	OR ajusté	IC à 95 %	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe							
Hommes (réf.)	248	59,3	1		44,8	1	
Femmes	72	52,8	0,8	0,4 ; 1,4	48,6	1,2	0,7 ; 2,1
Âge							
40 ans ou moins (réf.)	31	74,2	1		22,6	1	
41 à 50 ans	96	64,6	0,6	0,3 ; 1,7	44,8	3,4*	1,3 ; 9,0
51 ans et plus	193	51,8*	0,4*	0,2 ; 1,0	49,7*	3,8**	1,5 ; 9,6
Nombre d'actes par jour							
Moins de 20 (réf.)	125	44,8	1		55,2	1	
21 ou plus	186	66,7**	2,4**	1,4 ; 3,8	39,3*	0,5*	0,3 ; 0,9
Satisfaction professionnelle							
Très (réf.)	66	45,5	1		59,1	1	
Plutôt	181	58,6	1,5	0,8 ; 2,7	48,1	0,8	0,4 ; 1,4
Peu/Pas du tout/NSP	73	67,1*	2,3*	1,1 ; 4,8	27,4**	0,2***	0,1 ; 0,5
Activités de formateur							
Non (réf.)	278	60,4	1		45,7	1	
Oui	42	40,5**	0,4**	0,2 ; 0,8	45,2	0,9	0,4 ; 1,8

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

DISCUSSION

Les résultats présentés ici donnent une photographie de la formation continue des médecins généraliste en éducation pour la santé et éducation thérapeutique du patient.

Un premier constat s'impose : les médecins sont plus de la moitié à avoir fait le choix de se former sur les approches éducatives et préventives à développer auprès des malades.

Cette implication témoigne d'un intérêt notoire des médecins généralistes pour l'EPS et l'ETP, ce qui les situe pleinement dans la dynamique actuelle de développement de ces champs. Cet investissement significatif des médecins généralistes dans la formation continue en éducation semble venir combler la carence observée dans leur formation initiale en ce domaine : seules onze facultés de médecine sur quarante proposaient en 2007 un enseignement spécifique en ETP **[16]**. Cependant, il faut peut-être rester prudent quant à l'interprétation de ce résultat. Le taux ainsi rapporté est surprenant au regard de l'offre de formation continue actuellement proposée en France. On peut bien évidemment évoquer la désirabilité sociale comme biais inhérent à ce type d'enquête **[17]**, mais on peut également émettre l'hypothèse que ce taux ne concerne pas seulement les douze derniers mois mais plutôt la vie professionnelle dans son ensemble, ou encore qu'il ne porte pas uniquement sur les formations en EPS ou ETP. Les futurs baromètres permettront sans doute d'éclairer ce point.

La plupart des médecins souhaitant se former en éducation opteraient pour des formations courtes, et les médecins formés ont également largement privilégié des formations brèves (trois à quatorze heures). Une majorité d'entre eux y a consacré entre sept et quatorze heures. Ces durées correspondent approximativement à celles consacrées à la formation en EPS et ETP dans les facultés de médecine ayant mis en place un enseignement spécifique dans ce domaine **[16]**. Cependant, le fait que les formations auxquelles les médecins participent ou souhaitent participer soient majoritairement de courte durée invite d'emblée à poser la question de leur efficacité et de leurs bénéfices réels sur les pratiques professionnelles : ces temps de formation apparaissent très en dessous de ce que l'on pourrait attendre pour former quelqu'un en ETP **[5]**.

Ces résultats conduisent à questionner plusieurs points. D'une part, la volonté d'implication dans l'éducation se combine à un manque de temps pour la formation ou la mise en œuvre pratique avec les patients. Plus d'un tiers des médecins généralistes considèrent qu'ils manquent de temps pour l'éducation **[9]** et peu nombreux sont ceux qui font réellement le choix de prendre le temps nécessaire à la construction de nouvelles compétences ou à la mise en place d'organisations spécifiques qui rendraient possible et efficace l'exercice de pratiques éducatives à destination des patients. Les résultats sur la formation continue sont cohérents avec l'idée selon laquelle les médecins généralistes accordent une part importante à l'éducation des patients et revendiquent une pratique clinique dans laquelle les relations avec les patients sont privilégiées **[18]**. Ainsi, on observe d'un côté un attachement à la dimension humaine et sociale de l'activité médicale, de l'autre des pratiques qui restent marquées par un nombre important de malades à voir, une hétérogénéité très forte des individus et, en conséquence, une difficulté récurrente à prendre en compte les besoins de chacun. Bien que les soignants aient la conscience et le désir de modifier leurs pratiques, comme le montrent nos résultats, concrètement les conditions qui seraient favorables à la mise en œuvre des projets en éducation apparais-

sent difficiles à mobiliser. La structuration d'un travail pluridisciplinaire avec des champs autres que celui de la santé n'est pas toujours pensée comme utile et/ou nécessaire **[19]**.

Les formations en ETP suivies par les médecins sont principalement thématiques et portent sur une pathologie particulière. On trouve ici une certaine reproduction du modèle de la formation initiale des médecins **[16]**. Ce modèle semble contraster avec les attentes des médecins souhaitant se former à l'ETP dans les prochains mois : un quart d'entre eux souhaiteraient suivre des formations généralistes, suggérant ainsi de modifier les offres de formation actuellement disponibles en la matière, ces dernières restant encore trop souvent centrées sur un seul thème.

Les résultats de l'enquête soulignent l'impact positif de la formation sur la dimension éducative lors de la consultation, confortant les résultats d'autres études **[7, 8]**. Ils montrent également un effet positif sur le développement des actions d'éducation. Dans le champ de l'éducation pour la santé, une étude menée auprès de 185 personnes (adolescents, femmes enceintes, personnes âgées) et de 61 médecins généralistes montrait l'intérêt de proposer une formation professionnelle pour développer une approche d'éducation pour la santé **[1]**. Outre-Atlantique et outre-Manche, on observait également des éléments allant dans ce sens **[2]**.

Parmi les principaux freins à la participation des médecins à des formations en éducation, le manque de temps reste dominant. Cette question du temps apparaissait déjà comme un frein majeur au développement de modules dans la formation initiale des médecins **[16]**, mais aussi au développement de pratiques d'éducation **[9, 20]**. Les résultats présentés ici semblent montrer aussi que les tensions liées à l'exercice pratique de la profession de médecin sont plus prégnantes que la question de la rémunération des actes. En effet, les médecins ne sont que 13,1 % à considérer que la non-rémunération représente un frein pour leur participation aux formations. Bourit et Drahi **[20]** avaient observé que moins de 5 % des médecins de leur étude considéraient l'aspect financier comme une limite au développement d'actions d'éducation. C'est donc sans doute plus du côté des organisations des pratiques qu'il y aurait lieu de réfléchir pour permettre aux médecins de s'investir réellement dans les actes d'éducation et de formation. De même, il serait probablement intéressant de questionner les nombreuses contraintes (administratives, comptables, etc.) qui pèsent sur les médecins et rendent difficile, voire impossible ce à quoi ils aspirent. Ils se sentent prisonniers du temps qui leur fait défaut, aussi envisagent-ils assez volontiers que ce domaine puisse être pris en charge par certains professionnels de la santé (les infirmières, par exemple) ou par d'autres professionnels issus d'autres champs **[21]**.

Cette étude montre que le développement de la formation continue en éducation pourrait être freiné par les représentations des médecins : ceux qui ne souhaitent pas suivre une formation restent souvent persuadés que les compétences en éducation s'acquièrent par la pratique, c'est-à-dire par essai/erreur, et plus rarement qu'elles ne s'acquièrent pas par la formation mais relèvent du « don ». Cette dernière représentation est assez fréquente : Morandi y fait référence dans son étude des méthodes et des modèles pédagogiques **[22]**. L'étude pointe aussi l'absence d'une idée claire de ce qu'est l'éducation chez les médecins qui ne souhaitent pas se former. Le résultat d'ensemble témoigne du travail à mener pour sensibiliser les médecins à l'éducation. Il serait important de faire comprendre qu'il s'agit d'une pratique qui relève de la maîtrise

de différents savoirs et pas seulement de dispositions naturelles.

Ces premiers éléments d'analyse incitent à revenir sur la place de la formation à l'éducation dans la formation initiale. Malgré des efforts réalisés récemment, l'approche préventive et éducative reste peu explorée dans les formations de base de la plupart des professionnels de santé. L'orientation à dominante technicienne de la pratique soignante doit être aujourd'hui questionnée **[23]**. En effet, s'il est légitime que la formation des professionnels de santé débouche sur des qualifications structurées par des compétences techniques, il n'en reste pas moins qu'une partie de cette formation reste plutôt fondée sur des concepts abstraits **[24]**. Le soignant a donc un travail important à faire pour tendre vers ce que pourrait être l'éducateur formateur, de plus en plus pensé en tant que praticien réflexif **[25]**. Dans la plupart des cas, on observe que le soignant n'est pas préparé à la complexité de cette fonction et l'on voit des différences très nettes entre les formateurs eux-mêmes **[26]**. Il n'est donc pas surprenant de voir qu'en dépit d'une conscience affirmée de la nécessité d'agir autrement, l'action ne se structure que sur un plan plus micro, sous l'effet de groupes de professionnels qui proposent des actions pas toujours coordonnées et articulées **[27]**.

La formation des professionnels de santé libéraux à l'éducation des patients doit être une préoccupation importante, mais ne doit pas occulter le problème majeur qui est le manque de développement du champ de l'éducation thérapeutique du patient. À ce jour, l'ETP n'est pas encore suffisamment légitimée ; elle n'est encouragée que par le biais des initiatives individuelles ou groupales[5] **[19]**. L'expansion des maladies chroniques et la complexité de la prise en charge éducative des malades **[28]** se heurtent ainsi à la lenteur d'évolution des structures et des pratiques des acteurs, en référence à la culture professionnelle qu'ils ont reçue à la base. Avec l'ETP, les identités professionnelles et sociales sont nécessairement questionnées, tant du côté des appartenances au collectif que du côté des trajectoires particulières des acteurs qui y participent **[29]**. Les tensions qui traversent l'activité des soignants (enchaînement des consultations, prise en compte de la spécificité de chaque patient, attachement à la dimension humaine, manque de formation en EPS et ETP) font nécessairement l'objet de nouvelles interrogations dès lors qu'un développement de l'ETP est envisagé. Ces mouvements peuvent bouleverser les identités professionnelles déjà établies ou en émergence.

5. L'enquête menée auprès de 74 médecins généralistes à La Réunion montre que les activités réelles d'éducation du patient sont quasi inexistantes. L'information et l'explication par transmission lors de la rencontre en face à face, avec une approche à la fois techniciste et humaniste, représentent le modèle prédominant rapporté par les professionnels. Les barrières décrites par les professionnels pour la mise en place effective d'éducation du patient concernent aussi la disponibilité en temps, la passivité des patients et l'inadaptation de la formation initiale et continue. Parmi les améliorations suggérées dominent la reconnaissance professionnelle de l'acte d'éducation, la mise à disposition d'outils adaptés et un renforcement de la formation.

Remerciements

Pour leur contribution à l'élaboration et la rédaction de ce travail, nous tenons à remercier vivement Xavier Debussche, Emmanuelle Hamel, Annick Fayard et Brigitte Sandrin Berthon.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

[1] Karrer M., Buttet P., Vincent I., Ferron C. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre

d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. *Santé publique*, 2004, vol. 16, n° 3 : p. 471-485.

[2] Allegrante J.P., Moon R.W., Auld M.E., Gebbie K.M. Continuing-education needs of the currently employed public health education workforce. *American Journal of Public Health*, 2001, vol. 91, n° 8 : p. 1230-1234. En ligne : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446751/pdf/0911230.pdf

[3] Sandrin Berthon B. *Éducation pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? État des lieux et recommandations* [rapport non publié]. Paris : ministère délégué à la Santé, 2002 : 85 p.

[4] Comité national consultatif sur la formation en éducation pour la santé. *Avis n° 1 du 6 janvier 2009*. Saint-Denis : Inpes, 2009 : 5 p.

[5] World Health Organization (WHO). *Therapeutic Patient Education: Continuing Education Programmes for Healthcare Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Working Group*. Copenhagen : WHO, 1998 : 76 p.

[6] Haute Autorité de santé (HAS). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques : guide méthodologique*. Saint-Denis : HAS, juin 2007 : 109 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_604958/etp-structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-guide-methodologique

[7] Clark N.M., Gong M., Schork M.A., Kaciroti N., Evans D, Roloff D, *et al.* Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. *European Respiratory Journal*, 2000, vol. 16, n° 1 : p. 15-21. En ligne : http://erj.ersjournals.com/content/16/1/15.full.pdf+html

[8] Buring S.M., Kirby J., Conrad W.F. A structured approach for teaching students to counsel self-care patients. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 2007, vol. 71, n° 1 : article 08. En ligne : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1847542/pdf/ajpe08.pdf

[9] Buttet P., Fournier C. Prévention et éducation pour la santé : quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? *In* : Gautier A., dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : p. 65-82. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf

[10] Lallement A.-M., Jourdain A. Un état des lieux de la formation en éducation pour la santé en France : résultats d'une enquête. *In* : Rollet C., dir. *Former en éducation pour la santé : actes du colloques de Rennes, 26-27 janvier 1989*. Rennes : ENSP, 1992 : p. 25-42.

[11] Justumus M., Gagnayre R., d'Ivernois J.-F. L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les instituts de formation en soins infirmiers français. *Bulletin d'éducation du patient*, 2000, vol. 19, n° 3 : p. 153-162. En ligne : http://www.educationdupatient.be/cep/pdf/EPES/BEP_2000_3.pdf

[12] Foucaud J., Moquet M.-J., Rostan F., Hamel E., Fayard A. État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé. *Évolutions*, mars 2008, n° 10 : 6 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1091.pdf

[13] Foucaud J., Moquet M.-J., Rostan F., Hamel E., Fayard A. État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé. *Évolutions*, avril 2008, n° 12 : 6 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1093.pdf.

[14] Foucaud J., Balcou-Debussche M. dir. *Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006*. Saint-Denis : Inpes, coll. Séminaires, 2008 : 112 p.

[15] Foucaud J. Compétences et éducation thérapeutique du patient. *Soins cadres*, 2010, vol. 19, n° 73 : p. 27-29.

[16] Foucaud J., Moquet M.-J., Rostan F., Fayard A. *État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France : résultats d'une enquête nationale descriptive*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 48 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/Enquete_formation_ETP.pdf

[17] Grawitz M. *Méthodes des sciences sociales* (11e éd.). Paris : Dalloz, coll. Précis droit public, 2000 : 1040 p.

[18] Bachimont J., Cogneau J., Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*, 2006, vol. 24, n° 2 : p. 75-101. En ligne : http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/1A/EA/vers_alt/VersionPDF.pdf

[19] Balcou-Debussche M., Debussche X. Type 2 diabetes patient education in Reunion Island: perceptions and needs of professionals in advance of the initiation of a primary care management network. *Diabetes & Metabolism*, 2008, vol. 34, n° 4 : p. 375-381. En ligne : http://www.em-consulte.com/article/183808

[20] Bourit O., Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine*, mai 2007, vol. 3, n° 5 : p. 229-234. En ligne : http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/2F/AC/telecharger.phtml?code_langue=fr&format=application/pdf&titre=Version%20PDF

[21] Perreault M., Saillant F. Sciences infirmières et sciences sociales : dialogue et fécondation mutuelle. Le soin comme problématique. *Sciences sociales et santé*, 1996, vol. 14, n° 3 : p. 7-16.

[22] Morandi F. *Modèles et méthodes en pédagogie*. Paris : Nathan, coll. 128, 1997 : 127 p.

[23] Bocéno L. Sciences humaines et soins infirmiers. *Mana. Revue de sociologie et d'anthropologie,* 1999, n° 6 : p. 131-145.

[24] Rothier-Bautzer E. Avant-propos : en guise d'introduction. *Les sciences de l'éducation – Pour l'ère nouvelle,* 2003, vol. 36, n° 2 : p. 9-21.

[25] Schön D. À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. *In* : Barbier J.-M. dir. *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : Puf, coll. Pédagogie d'aujourd'hui, 1996 : p. 201-222.

[26] Balcou-Debussche M. *Écriture et formation professionnelle : l'exemple des professions de la santé.* Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, coll. Éducation et didactiques, 2004 : 263 p.

[27] Rothier Bautzer E. Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient. *Revue française de pédagogie*, janvier-février-mars 2002, n° 138 : p. 39-50. En ligne : http://www.inrp.fr/publications/edition-electronique/revue-francaise-de-pedagogie/INRP_RF138_5.pdf

[28] Balcou-Debussche M. *L'éducation des malades chroniques : une approche ethnosociologique*. Paris : Éditions des archives contemporaines, 2006 : 280 p.

[29] Schweyer F.-X. La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste. *Sciences sociales et santé*, 1996, vol. 14, n° 3 : p. 67-102.

Prise en charge des addictions par les médecins généralistes

En 2009, près de deux tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année et 59 % ont reçu au moins un usager de cannabis en consultation. En revanche, seul un médecin généraliste sur cinq déclare avoir vu au moins un patient pour un produit stimulant tel que la cocaïne, l'ecstasy ou les amphétamines au cours de l'année. Parmi ceux qui voient au moins une personne dépendante aux opiacés par mois, 87 % prescrivent des traitements de substitution. La part de la buprénorphine haut dosage est prédominante parmi les prescriptions : 77 % des médecins prescrivent de la BHD, générique ou Subutex® (*vs* 85 % en 2003), 38 % de la méthadone (*vs* 13 % en 1998 et 26 % en 2003) et 15 % un autre traitement (*vs* 7 % en 2003).

La participation à un réseau d'addictologie, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool, ou, le plus souvent, des drogues illicites, concerne 5 % des médecins généralistes. Près des deux tiers des médecins généralistes déclarent aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, illustrant la diffusion des pratiques de sevrage tabagique en médecine de ville. Pour l'alcool (23 %), et surtout pour le cannabis (8 %), le repérage se fait de manière moins systématique : environ 70 % des généralistes déclarent ne l'aborder que pour certains patients jugés « à risque ». Quel que soit le produit, le repérage systématique est plus souvent effectué par les femmes et se révèle très lié au fait d'appartenir à un réseau d'addictologie.

Le recours à des outils d'aide au repérage de la dépendance semble avoir fortement progressé. Plus d'un tiers des médecins (34 %) déclarent utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation de tabac, alors qu'ils n'étaient que 6 % en 2003. L'utilisation de questionnaires standardisés sur les consommations d'alcool apparaît nettement moins fréquente : 13 % des médecins y ont recours. Cette pratique apparaît également en forte hausse depuis 1998 (ils étaient 1,4 % en 1998 et 2,0 % en 2003). Elle est plus fréquente parmi les médecins qui appartiennent à un réseau d'addictologie. L'utilisation de questionnaires de repérage des consommations de cannabis ne concerne quant à elle que 2 % des généralistes. La prise en charge des usagers de cannabis apparaît particulièrement liée à la propension du médecin à aborder la question du cannabis de sa propre initiative, sans attendre une éventuelle demande du patient.

La part des médecins déclarant avoir vu un patient pour un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours (69 %) est stable depuis 2003, après une hausse significative entre 1998 et 2003. La part de ceux déclarant en avoir vu au moins un pour un sevrage thérapeutique en alcool (52 %) est stable depuis 1998. Elle s'avère cependant très liée à la facilité à aborder ces consommations, elle-même liée au fait de pouvoir s'appuyer sur des directives institutionnelles ou des outils de repérage validés.

Les opinions des médecins sur les drogues sont relativement stables sur certaines questions : 85 % des médecins généralistes pensent que « *les toxicomanes sont avant tout des malades* », près de 90 % considèrent qu'ils ne « *se conforment pas aux prescriptions médicales* ». Concernant le cannabis, 96 % pensent que son usage présente un risque important pour la santé et 92 % qu'il ne « *faut pas le mettre en vente libre* », ce qui témoigne d'une généralisation de ces deux points de vue au regard des enquêtes précédentes. Seulement 20 % déclarent qu'*« il est normal d'essayer le cannabis au moins une fois dans sa vie* ».

Prise en charge des addictions par les médecins généralistes

Romain Guignard
François Beck
Ivana Obradovic

INTRODUCTION

Depuis deux décennies, la prise en charge des addictions par les médecins généralistes a considérablement évolué, dans le domaine du tabagisme, mais aussi de l'alcoolodépendance et des problèmes liés à l'usage d'autres substances psychoactives. Dans le champ des drogues illicites, les autorités se sont progressivement engagées, à partir de la fin des années 1980, dans la politique de réduction des risques **[voir encadré page suivante]**. En parallèle, la montée en puissance d'une nouvelle discipline à la fin des années 1990, l'addictologie, avec la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) et de nombreux diplômes universitaires (DU) et capacités, a contribué à donner une place importante au tabac et à l'alcool parmi les substances psychoactives justiciables de modes de prise en charge spécifiques. L'introduction de l'addictologie a également modifié la manière d'aborder les addictions d'un point de vue de santé publique, en insistant sur la nécessité de développer une prise en charge en deux temps, pour pouvoir prendre en compte des usagers aux profils multiples : repérage précoce des consommations à risque (en particulier grâce aux médecins généralistes) puis, le cas échéant, orientation vers une structure spécialisée **[1-3]**. L'idée selon laquelle le seul fait de poser la question de la consommation de substances psychoactives dans le cadre d'une consultation produit des effets préventifs a largement été reprise depuis pour étoffer, consolider et diversifier l'offre de soins. Un programme national de développement des consultations de tabacologie a ainsi été mis en œuvre entre 2000 et 2002 **[4]**. Le développement d'une approche centrée sur les comportements plutôt que sur les produits s'est traduit plus récemment par la mise en place de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), qui

remplacent désormais les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Ces changements de paradigme se sont combinés et ont trouvé un écho dans les pratiques des professionnels de santé, qui ont même parfois précédé et inspiré l'institutionnalisation de nouveaux modes de prise en charge. Ainsi, avant la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (BHD, sous forme générique ou Subutex®) en 1996 et l'introduction officielle des traitements de substitution dans la prise en charge des usagers de drogues par voie intraveineuse, et des usagers d'héroïne en particulier, certains médecins généralistes prescrivaient déjà des opiacés, en particulier de la buprénorphine faiblement dosée (Temgesic®) au titre d'une substitution à l'héroïne visant à prévenir la propagation de l'épidémie de VIH par le partage des seringues **[5, 6]**. Cependant, la majorité des médecins se trouvait démunie devant les usagers de drogues. La mise à disposition de la BHD en médecine de ville a donc profondément bouleversé la prise en charge des consommateurs d'opiacés : elle a contribué

PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AU COURS DES DEUX DERNIÈRES DÉCENNIES[a]

Date	Événements
Mai 1987	Décret Barzach n° 87-328 autorisant la vente libre de seringues
Mars 1994	Circulaire DGS/DH n° 15 instituant les réseaux ville-hôpital toxicomanie Circulaire DGS n° 14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes
Automne 1994	Mise en vente des Stéribox®[b]
Mars 1995	Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 fixant les cadres réglementaires de prescription et de dispensation de la méthadone et de la BHD et instituant officiellement les programmes d'échange de seringues (implantés à titre expérimental dès 1989)
Février 1996	Mise sur le marché du Subutex®
Juin 1998	Premier plan pluriannuel de lutte contre les drogues (1998-2001), élaboré par la Mildt (première initiative de formalisation d'une politique publique intégrée contre les addictions)
1999	Suppression des carnets à souche et début des ordonnances sécurisées pour encourager les médecins généralistes à la prescription de morphiniques
Décembre 1999	Substituts nicotiniques disponibles sans ordonnance Programme national de développement des consultations de tabacologie
Début 2000	Délivrance hebdomadaire (et non plus mensuelle) des traitements de substitution aux opiacés en pharmacie pour éviter détournements et accidents
Janvier 2002	Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 permettant aux médecins des établissements de santé de prescrire de la méthadone en première phase de traitement
Juin 2004	Conférence de consensus sur les traitements de substitution
Février 2007	Remboursement des substituts nicotiniques et du Champix® à hauteur de 50 euros par an (premier mois de sevrage tabagique)
Mai 2007	Recommandations sur l'abus, les dépendances et les polyconsommations (stratégies de soins) par la Haute Autorité de santé
Septembre 2007	Autorisation de mise sur le marché de la méthadone sous forme de gélules à destination des patients traités par substitution à la méthadone depuis au moins un an

a. Dans un souci de synthèse et de lisibilité, cette liste a été limitée aux événements relatifs à la prise en charge des addictions, sans évoquer l'ensemble des plans d'action institutionnels publiés par les ministères en charge des questions liées à la toxicomanie, les rapports d'experts, les conférences de consensus et les recommandations de bonnes pratiques cliniques, pourtant nombreux dans ce domaine.

b. Le Stéribox® est un kit de prévention du VIH et des hépatites à destination des usagers de drogues par voie intraveineuse. Disponible en pharmacie, il permet d'améliorer l'accès au matériel d'injection stérile. Le kit comprend deux seringues à insuline, deux tampons d'alcool, deux flacons d'eau stérile, un préservatif, deux stéricups, un mode d'emploi et des messages de prévention et de sensibilisation.

à impliquer de plus en plus directement les médecins généralistes dans la mise en œuvre des traitements de substitution aux opiacés, en leur fournissant une réponse institutionnelle permettant d'engager une relation thérapeutique **[7-9]**. La BHD peut en effet être primo-prescrite par tout médecin, sans restriction d'activité, ce qui la rend plus accessible que la méthadone qui ne peut être prescrite qu'aux majeurs dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution par des médecins exerçant en établissement de santé. La BHD est ensuite délivrée en pharmacie de ville. Cette facilité de prescription et de délivrance de la BHD en fait le traitement de substitution aux opiacés le plus couramment dispensé en France. Pour compléter les connaissances relatives aux résultats des actions de réduction des risques, une expertise collective a été confiée en février 2009 à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) par le ministère de la Santé afin d'identifier les voies de progrès au regard de la politique actuelle **[10]**.

Les médecins généralistes se trouvent également en position de recours pour des patients déclarant un usage de produits plus répandus dans la population – tabac, alcool et, dans une moindre mesure, cannabis. Ils sont alors confrontés, dans l'exercice de leur profession, au problème des consommations excessives et de la toxicodépendance **[11]**. En France, comme dans la plupart des pays développés, les consommations de tabac et d'alcool représentent les premières causes de mortalité et de morbidité « évitables » **[12-16]**. Outre les pathologies non cancéreuses auxquelles il est associé (maladies cardio-vasculaires, broncho-pneumopathies chroniques obstructives, etc.), le tabagisme serait en cause dans un cancer sur trois et serait responsable d'environ 60 000 décès chaque année en France. L'alcool serait également responsable d'un tiers des nouveaux cas de cancer chaque année et pointé comme la cause principale d'environ 30 000 décès par an **[17]**. En moyenne, la consommation excessive d'alcool était à l'origine de 14 % des décès masculins et de 3 % des décès féminins en 2000 **[18]**. Par ailleurs, la France connaît la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool de tous les pays d'Europe, de 30 % supérieure à la moyenne européenne, ce qui témoigne de l'importance cruciale, en France, des enjeux de santé publique liés à l'usage de tabac et d'alcool.

C'est pourquoi la lutte contre les addictions constitue une priorité des politiques de santé dans notre pays : elle figure en bonne place parmi les objectifs des Plans cancer 2003-2007 et 2009-2013, successivement programmés pour une durée quinquennale **[19, 20]**, et se situe en tête des orientations de la loi de santé publique du 9 août 2004 **[21]**. Dans le second Plan cancer figurent plusieurs points concernant directement les professionnels de santé. Il souligne en effet que les professionnels de santé de première ligne, en particulier les médecins traitants, sont le plus à même de réaliser efficacement le repérage des expositions aux risques de cancers, de recommander les moyens de réduction des risques et de proposer les dépistages nécessaires (individuels ou dans le cadre du dépistage organisé). Ce sont eux qui ont la meilleure connaissance de l'individu, de son environnement et de son entourage, et qui peuvent proposer ces démarches aux moments opportuns de son parcours de vie ou de soins.

Parmi les mesures spécifiques, alors que le Plan 2003-2007 prévoyait l'introduction d'une démarche minimale de conseils concernant le tabac et l'alcool dans la consultation de prévention prévue par la loi de santé publique, l'évaluation de cette mesure indique que les consultations de prévention ne sont pas encore mises en place, à l'exception d'expérimentations dans des tranches d'âge élevées (plus de 70 ans),

qui ne sont pas celles pour lesquelles un conseil pour l'arrêt d'une consommation excessive d'alcool est le plus pertinent **[22]**. Le Plan 2009-2013 insiste, quant à lui, sur la nécessité de remettre le médecin traitant au cœur des dépistages, en soulignant que son implication est très variable selon les dépistages : il rappelle que le médecin traitant doit jouer un rôle pivot en prévention, que ce soit pendant la phase de traitement ou dans la vie après le cancer. Pour cela, il préconise de donner aux médecins traitants des outils leur permettant d'être facilement avertis quand leurs patients n'ont pas effectué de dépistage et de les informer régulièrement sur le dépistage, en leur expliquant clairement les avantages et les questions qui se posent, pour éviter que des informations non scientifiquement validées ne les mettent en difficulté vis-à-vis de leurs patients.

Il est ainsi particulièrement intéressant d'observer, au terme du Plan cancer 2003-2007 et de deux décennies de réduction des risques, comment les médecins généralistes jouent et perçoivent leur rôle dans le repérage et la prise en charge des pratiques addictives ou à risque, et comment leurs représentations des drogues et de leurs usagers ont évolué au cours de la dernière décennie.

EXEMPLES D'ACTIONS RÉALISÉES PAR L'INPES AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LES SUJETS « TABAC, ALCOOL, CANNABIS, CONDUITES DOPANTES » ENTRE 2004 ET 2008

2004

Diffusion par mailing du document *Repères pour votre pratique* (*RPP*) « Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool »
Diffusion par mailing du *RPP* « Intervention auprès des consommateurs de tabac »
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Tabac »/campagne grand public, 31 mai
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Alcool »/campagne grand public

2005

Diffusion par mailing du *RPP* « Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool », en avril
Mailing « Alcool »/dépliant équivalence
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle sur tabac, alcool et femmes enceintes/campagne grand public
Diffusion par mailing du *RPP* « Tabac » et d'une affiche « Zéro tabac et zéro alcool »
Promotion des outils « Tabac - Ouvrons le dialogue » et « Alcool - Ouvrons le dialogue »

2006

Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Tabac info service »/campagne grand public, 31 mai
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Cannabis »/campagne grand public
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Alcool et femmes enceintes »/campagne grand public
Diffusion postale du *RPP* « Cannabis »

2007

Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Cannabis »/campagne grand public
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Tabac info service »/campagne grand public, 31 mai
Actualisation du dossier de consultation de tabacologie

2008

Diffusion postale du *RPP* « Conduites dopantes »
Diffusion d'une annonce en presse professionnelle « Tabac info service »/campagne grand public, 31 mai

RÉSULTATS

NOMBRE D'USAGERS DE DROGUES ILLICITES RENCONTRÉS

En 2009, près d'un tiers des médecins généralistes déclarent ne voir aucun usager dépendant aux opiacés **[tableau I]**. La moitié environ déclare avoir reçu au moins un usager dépendant aux opiacés par mois (49,2 %). Ce chiffre apparaît en nette augmentation par rapport à 2003 (34,0 %) et indique une hausse assez nette de la présence des personnes dépendantes aux opiacés en médecine de ville **[figure 1]**.

Au total, les médecins généralistes voient en moyenne 1,8 [1,7 ; 1,9] usager dépendant aux opiacés par mois : ils en voyaient 1,6 [1,3 ; 1,9] par mois en 2003. Pour ceux qui en voient au moins un par mois, le nombre moyen d'usagers d'opiacés reçus au cours d'un mois donné est de 3,6 [3,4 ; 3,8], c'est-à-dire moins qu'en 2003 (4,6 [3,9 ; 5,4]). Ce résultat permet d'extrapoler le nombre d'usagers dépendants aux opiacés pris en charge par les médecins généralistes en France en 2009. En rapportant le nombre moyen de sujets dépendants aux opiacés vus par mois à l'ensemble des

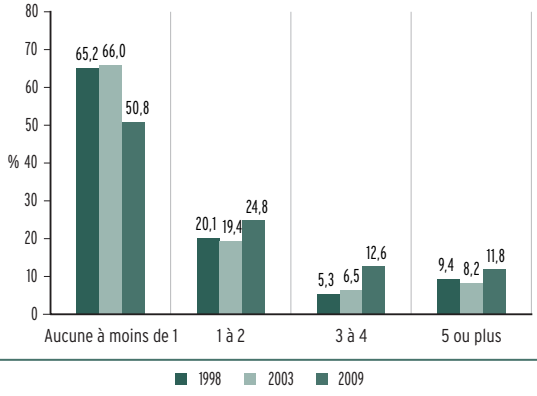
TABLEAU I

Répartition des médecins, selon le nombre de personnes vues par mois... (en pourcentage)

	Aucune	Moins de 1	De 1 à 2	De 3 à 4	De 5 à 9	10 ou plus
... dépendantes aux opiacés	35,7	15,1	24,8	12,6	7,1	4,7
... pour leur consommation de cocaïne, d'amphétamine ou d'ecstasy	78,2	10,3	7,8	1,9	0,9	0,9
... pour leur consommation de cannabis	40,7	23,1	23,1	8,5	3,0	1,6

FIGURE 1

Évolution du nombre de personnes dépendantes aux opiacés, vues par mois par les généralistes, en 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage)



médecins libéraux[1], on obtient une estimation de 110 000 usagers vus en moyenne par mois : cette estimation doit être lue avec prudence car elle ne tient pas compte de la possibilité, pour un patient, d'être suivi par plusieurs médecins[2]. L'estimation du nombre moyen d'usagers vus par mois peut toutefois être rapprochée de l'estimation réalisée en 2003 (100 000 personnes), suggérant une légère tendance à la hausse.

S'agissant du cannabis, il s'avère que les médecins qui voient au moins cinq patients par mois au titre de ce produit sont peu nombreux (4,6 %), tandis qu'ils sont 11,8 % à accueillir au moins cinq patients par mois pour un problème lié aux opiacés. Les produits stimulants tels que la cocaïne, l'ecstasy ou les amphétamines sont beaucoup

1. Soit 61 359 omnipraticiens au 31 décembre 2008. Chiffres et repères 2008. Assurance maladie.
2. En effet, les patients traités à la méthadone ou à la BHD voient deux médecins en moyenne par an. Un quart d'entre eux voient même au moins trois médecins différents au cours d'une année. Cette proportion est toutefois en baisse [23].

TABLEAU II

Facteurs associés au fait de voir au moins un patient pour...

		... un usage de cannabis (N = 1949)		
	n	%	OR	IC à 95 %
Total		59,3		
Sexe				
Hommes (réf.)	1 454	59,4	1	
Femmes	629	59,2	1,1	0,9; 1,3
Âge				
40 ans et moins (réf.)	299	62,0	1	
41 à 50 ans	661	59,1	1,0	0,7; 1,3
Plus de 50 ans	1 123	58,8	1,0	0,8; 1,4
Taille de l'agglomération				
Moins de 20 000 habitants (réf.)	855	58,0	1	
20 000 habitants et plus	974	60,4	1,1	0,9; 1,3
Agglomération parisienne	254	59,8	1,1	0,8; 1,4
Nombre moyen d'actes par jour		***		
1 à 20 actes (réf.)	817	53,6	1	
Plus de 20 actes	1 217	64,0	1,4**	1,1; 1,7
Type de cabinet		***		
Cabinet individuel (réf.)	998	52,8	1	
Cabinet de groupe	1 081	65,4	1,6***	1,3; 2,0
Part de la clientèle bénéficiant de la CMU				
Moins de 10 % (réf.)	1 514	58,8	1	
10 % ou plus	521	63,1	1,1	0,9; 1,4
Facile d'aborder l'usage de drogue		***		
Pas facile (réf.)	854	53,7	1	
Facile	1 188	64,6	1,4***	1,2; 1,7
Rôle du médecin généraliste dans le domaine de la consommation de cannabis		***		
Plutôt/Plutôt pas/Pas du tout (réf.)	893	51,9	1	
Tout à fait	1 190	64,9	1,5***	1,3; 1,8

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.
NB : Les pourcentages sont calculés sur la base n, les modélisations sont effectuées sur les N individus qui n'ont aucune valeur manquante.

moins représentés parmi la patientèle reçue en cabinet : seul un médecin généraliste sur cinq déclare voir au moins un patient pour l'un de ces produits.

Comme cela a déjà été relevé dans les enquêtes précédentes, le suivi des usagers dépendants aux opiacés est plutôt assuré par des hommes **[tableau II]**. L'exercice en cabinet de groupe, le volume d'actes réalisés par jour (au-delà de vingt) et la part des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) parmi les patients reçus (10 % ou plus) sont également associés à un taux plus élevé de médecins déclarant suivre au moins un usager par mois, tout comme le sentiment de pouvoir aborder facilement la question de l'usage de drogues. Enfin, les médecins qui participent à un réseau de toxicomanie, hépatite ou VIH, sont nettement plus enclins que les autres à prendre en charge ces patients

3. L'inclusion dans le modèle logistique de la participation à un réseau de toxicomanie, VIH ou hépatite, ne modifie pas les résultats (OR = 2,9 ; p<0,001).

	… un usage de cocaïne, d'ecstasy ou d'amphétamines (N = 1946)			… un usage d'opiacés (par mois) (N = 1953)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
	21,8			49,2		
	***			***		
	23,9	1		52,6	1	
	16,8	0,7**	0,5 ; 0,9	41,4	0,6***	0,5 ; 0,8
	19,8	1		50,2	1	
	21,8	1,1	0,7 ; 1,5	49,8	0,9	0,7 ; 1,2
	22,2	1,1	0,8 ; 1,5	48,6	0,9	0,7 ; 1,2
				*		
	19,8	1		52,2	1	
	23,8	1,3*	1,0 ; 1,6	48,0	0,8*	0,7 ; 1,0
	20,5	1,1	0,8 ; 1,6	43,9	0,7**	0,5 ; 0,9
	**			***		
	18,3	1		41,6	1	
	23,8	1,3	1,0 ; 1,6	54,5	1,4***	1,2 ; 1,8
				***		
	20,2	1		44,1	1	
	23,2	1,2	0,9 ; 1,5	54,0	1,4**	1,1 ; 1,6
	**			***		
	20,3	1		45,1	1	
	26,4	1,4*	1,1 ; 1,7	61,9	2,2***	1,8 ; 2,7
	***			***		
	17,7	1		45,0	1	
	25,3	1,5***	1,2 ; 1,8	53,3	1,4**	1,1 ; 1,6

(74,8 % *vs* 47,2 % ; p<0,001[3]). En revanche, contrairement à ce qui avait été observé en 2003, l'âge du médecin semble sans lien avec sa propension à prendre en charge les usagers de drogues, et de surcroît les médecins sont désormais plus nombreux à prendre en charge des personnes dépendantes aux opiacés dans les communes de moins de 20 000 habitants que dans les communes plus peuplées.

Les caractéristiques des médecins ayant été en contact avec des usagers pour leur consommation de cocaïne, d'ecstasy ou d'amphétamines sont globalement similaires, à l'exception de l'exercice en cabinet de groupe qui n'est plus associé au fait de recevoir des patients pour leur consommation de stimulants et, une fois contrôlés les effets de structure, du nombre d'actes réalisés par jour. Cela semble indiquer que le profil des médecins en contact avec des usagers de cocaïne, d'ecstasy ou d'amphétamines est moins spécifique que celui des médecins en contact avec des usagers dépendants aux opiacés.

Le profil des médecins qui ont été amenés à rencontrer des usagers de cannabis semble encore moins singulier : hommes et femmes médecins ne se distinguent plus sur ce point. La taille de l'agglomération de rattachement professionnel ne semble pas davantage être associée à une plus grande fréquence des contacts avec des usagers de cannabis. En revanche, les médecins qui considèrent que la prévention dans le domaine de la consommation de cannabis fait « *tout à fait* » partie du rôle du généraliste sont plus nombreux à déclarer rencontrer des usagers pour ces problèmes (64,9 % *vs* 51,9 % ; p<0,001). Ainsi, la propension à aborder la question du cannabis apparaît évidemment très liée au fait d'avoir vu des patients pour un problème lié au cannabis dans l'année : les médecins qui n'abordent jamais la consommation de cannabis ou uniquement à la demande du patient ne sont que 39,2 % à avoir reçu au moins un usager de cannabis pour cette raison dans l'année, *versus* 65,2 % de ceux qui abordent spontanément ce sujet pour certains de leurs patients et 75,9 % de ceux qui le font systématiquement[4].

PRESCRIPTION DE TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Parmi les médecins généralistes qui voient au moins une personne dépendante aux opiacés par mois, 87,2 % prescrivent des traitements de substitution. La part de la buprénorphine haut dosage est prédominante : 76,9 % des médecins prescrivent de la BHD générique ou Subutex®, (ce qui représente une baisse par rapport à 2003 ; p<0,001), 37,7 % prescrivent de la méthadone (part en hausse par rapport à 2003 ; p<0,001) et 14,9 % prescrivent un autre traitement (Temgésic®, sulfates de morphine, etc.) **[figure 2]**.

REPÉRAGE DES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Près des deux tiers des médecins généralistes déclarent avoir au moins une fois, avec chaque patient, abordé la question de la consommation de tabac. Pour l'alcool et le cannabis, le repérage est moins systématique : environ 70 % déclarent n'aborder la question que pour certains patients « jugés à risque ». Pour le cannabis, ils sont même un quart à ne jamais l'aborder, ou alors seulement à la demande du patient **[figure 3]**.

De manière générale, le repérage systématique est plus souvent effectué par les femmes médecins pour l'ensemble des substances psychoactives, et plus souvent effectué dans l'agglomération parisienne en ce qui concerne l'alcool et le cannabis **[tableau III]**. Alors que le repérage systématique de la consommation de tabac apparaît

4. L'inclusion dans le modèle logistique de la manière d'aborder la consommation de cannabis ne modifie pas les résultats.

FIGURE 2

Prescription d'un traitement de substitution et type de traitement prescrit par les médecins généralistes voyant au moins un toxicomane dépendant aux opiacés par mois, selon l'année (en pourcentage)

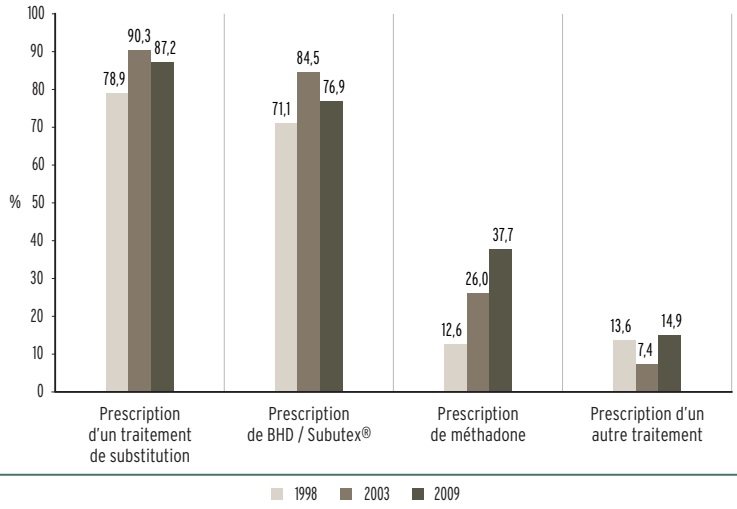
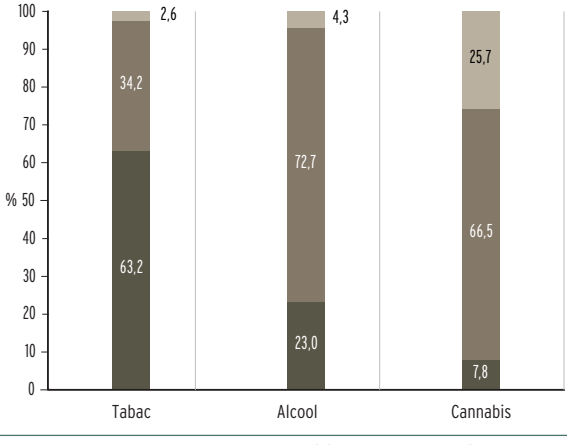


FIGURE 3

Médecins généralistes déclarant aborder la question des consommations de tabac, alcool et cannabis (en pourcentage)



plus fréquent chez les jeunes médecins (40 ans ou moins), ce sont les médecins âgés de plus de 50 ans qui pratiquent le plus souvent le repérage systématique d'un usage de cannabis. Enfin, le repérage systématique des consommations de substances psychoactives est très lié au fait d'appartenir à un réseau d'addictologie (tabac, alcool, drogues illicites), à la facilité à aborder ces problèmes et à la perception du rôle du généraliste dans ces domaines.

Le recours à des outils d'aide au repérage de la dépendance semble en outre avoir fortement progressé. Plus d'un tiers des médecins (34,0 %) déclarent utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation de tabac, comme des tests ou des échelles **[tableau IV]**. Ce pourcentage apparaît en très forte hausse par rapport à 2003 (6,3 %), alors qu'il n'avait pas évolué de manière significative entre 1998 et 2003.

Les médecins femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes, en proportion, à déclarer recourir aux outils de repérage de la dépendance tabagique (40,9 % *vs* 31,0 % ; p<0,001), ce qui témoigne d'une situation stable par rapport à 2003 **[tableau V]**. En revanche, les médecins plus âgés sont toujours nettement moins enclins à mettre en œuvre ce repérage. L'appartenance à un réseau d'alcoologie, de tabacologie ou d'addictologie semble être le facteur qui pèse de la façon la plus déterminante pour le recours au repérage précoce du tabagisme par questionnaire standardisé. Le sexe, l'âge

TABLEAU III

Facteurs associés au fait d'aborder la question des consommations au moins une fois avec chaque patient

	Tabagisme (N = 2 081)			
	n	%	OR	IC à 95 %
Total		63,2		
Sexe		***		
Hommes (réf.)	1 454	59,9	1	
Femmes	629	70,7	1,5***	1,2 ; 1,8
Âge		***		
40 ans et moins (réf.)	299	73,9	1	
41 à 50 ans	661	66,0	0,7*	0,5 ; 1,0
Plus de 50 ans	1 123	58,7	0,6***	0,4 ; 0,7
Taille de l'agglomération				
Moins de 20 000 habitants (réf.)	855	60,5	1	
20 000 habitants et plus	974	65,4	1,2	1,0 ; 1,5
Agglomération parisienne	254	63,8	1,1	0,8 ; 1,5
Appartient à un réseau tabac, alcool, toxicomanie ou addiction		**		
Non (réf.)	1936	62,2	1	
Oui	147	75,5	1,8**	1,2 ; 2,6
Facile d'aborder le tabagisme/l'alcool/la drogue		**		
Pas facile (réf.)	224	54,5	1	
Facile	1857	64,3	1,4*	1,1 ; 1,9
Rôle du médecin généraliste dans le domaine de la consommation de tabac/d'alcool/de cannabis		***		
Plutôt/Plutôt pas/Pas du tout (réf.)	382	53,4	1	
Tout à fait	1701	65,4	1,6***	1,3 ; 2,1

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

NB : Les pourcentages sont calculés sur la base n, les modélisations sont effectuées sur les N individus qui n'ont aucune valeur manquante.

du médecin et surtout la familiarité avec les réseaux professionnels de prise en charge des addictions sont donc les facteurs les plus nettement associés à la pratique d'un repérage des situations d'abus de tabac.

L'utilisation de questionnaires sur les consommations d'alcool est nettement moins fréquente que pour le tabac : seulement 12,9 % des médecins déclarent y avoir recours. Cette pratique apparaît toutefois en très forte hausse depuis 1998 (1,4 % en 1998, 2,0 % en 2003). Elle n'est pas liée au sexe, à l'âge ou au lieu d'exercice des médecins, mais elle est plus fréquente, une

TABLEAU IV

Utilisation par les médecins généralistes de questionnaires préétablis dans le domaine du tabac, de l'alcool et des drogues illicites, par année (en pourcentage)

	1998 (N = 2 073)	2003 (N = 2 057)	2009 (N = 2 083)
Tabac	6,2	6,3	34,0
Alcool	1,4	2,0	12,9
Cannabis/drogues/addictions	–	–	2,4

	Consommation d'alcool (N = 2 081)				Consommation de cannabis (N = 2 042)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
		23,0				7,8		
		***				*		
	1 454	19,9	1		1 454	6,8	1	
	629	30,0	1,9***	1,5 ; 2,4	629	10,0	1,8**	1,2 ; 2,5
						**		
	299	25,4	1		299	5,7	1	
	661	21,8	0,9	0,6 ; 1,2	661	5,9	1,0	0,6 ; 1,8
	1 123	23,1	1,0	0,7 ; 1,4	1 123	9,4	1,9*	1,1 ; 3,3
		**				**		
	855	21,8	1		855	6,0	1	
	974	21,8	1,0	0,8 ; 1,2	974	8,1	1,3	0,9 ; 1,9
	254	31,9	1,5*	1,1 ; 2,0	254	12,6	1,9**	1,2 ; 3,1
		*				***		
	1936	22,4	1		1936	7,0	1	
	147	31,3	1,4	1,0 ; 2,1	147	18,4	2,5***	1,6 ; 4,0
		***				***		
	823	16,2	1		854	4,9	1	
	1 258	27,5	1,9***	1,5 ; 2,4	1 188	10,1	1,8**	1,2 ; 2,6
		***				***		
	516	12,8	1		893	3,7	1	
	1 567	26,4	2,3***	1,7 ; 3,0	1 190	10,8	2,7***	1,8 ; 4,0

TABLEAU V

Facteurs associés à l'utilisation de questionnaires préétablis concernant les consommations de tabac et d'alcool

	Tabac (N = 2 077)			
	n	%	OR	IC à 95 %
Sexe		***		
Hommes (réf.)	1 454	31,0	1	
Femmes	629	40,9	1,3**	1,1 ; 1,6
Âge		***		
40 ans et moins (réf.)	299	47,5	1	
De 41 à 50 ans	661	37,5	0,7*	0,5 ; 0,9
Plus de 50 ans	1 123	28,3	0,5***	0,4 ; 0,7
Taille de l'agglomération				
Moins de 20 000 habitants (réf.)	855	34,5	1	
20 000 habitants et plus	974	34,8	1,0	0,8 ; 1,2
Agglomération parisienne	254	29,1	0,8	0,6 ; 1,1
Type de cabinet		***		
Cabinet individuel (réf.)	998	30,2	1	
Cabinet de groupe	1 081	37,6	1,2	1,0 ; 1,4
Appartient à un réseau tabac, alcool, toxicomanie ou addiction		**		
Non (réf.)	1 936	33,2	1	
Oui	147	44,9	1,6**	1,2 ; 2,3
Facile d'aborder le tabagisme/la consommation d'alcool				
Pas facile (réf.)	224	33	1	
Facile	1 857	34,1	1,0	0,8 ; 1,4
Rôle du médecin généraliste dans le domaine de la consommation de tabac				
Plutôt/Plutôt pas/Pas du tout (réf.)	382	29,8	1	
Tout à fait	1 701	34,9	1,3	1,0 ; 1,6

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.
NB : Les pourcentages sont calculés sur la base n, les modélisations sont effectuées sur les N individus qui n'ont aucune valeur manquante.

fois encore, parmi les médecins qui appartiennent à un réseau d'alcoologie, de tabacologie ou d'addictologie. Quant à l'utilisation de questionnaires standardisés de repérage des consommations de cannabis, elle reste marginale et concerne seulement 2 % des médecins généralistes.

MODE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS POUR LEUR USAGE DE TABAC, D'ALCOOL OU DE DROGUES ILLICITES

Si la quasi-totalité des médecins généralistes (94,5 %) prennent en charge leurs propres patients dans le cadre d'un sevrage tabagique (seuls ou en liaison avec une structure), cette part apparaît en légère baisse par rapport à 2003 et s'inscrit dans un mouvement de baisse continue depuis le début des années 1990 **[tableau VI]**. Les évolutions observées quant à l'organisation de la prise en charge des patients dans le cadre d'un usage problématique d'alcool sont du même ordre, bien qu'elles apparaissent moins nettement. Ainsi, les trois quarts des médecins généralistes (76,7 %) prennent eux-mêmes en charge leurs patients pour un problème lié à l'alcool, cette proportion étant en baisse par rapport à 2003. En

	Alcool (N = 2 077)			
	n	%	OR	IC à 95 %
	1 454	12,7	1	
	629	13,5	1,1	0,8 ; 1,5
	299	14,0	1	
	661	12,0	0,8	0,5 ; 1,2
	1 123	13,2	0,9	0,6 ; 1,4
	855	12,3	1	
	974	13,3	1,1	0,8 ; 1,4
	254	13,4	1,0	0,7 ; 1,6
	998	12,7	1,0	
	1 081	13,1	1	0,8 ; 1,3
		***		
	1 936	11,6	1	
	147	29,9	3,1***	2,1 ; 4,6
		**		
	823	10,6	1	
	1 258	14,5	1,4*	1,0 ; 1,8
	516	10,5	1	
	1 567	13,7	1,2	0,9 ; 1,7

revanche, et contrairement au tabac, la prise en charge du patient pour un problème lié à l'alcool sans recours à une structure spécialisée reste une exception pour les praticiens.

Le paysage concernant les drogues illicites apparaît singulièrement différent. En ce qui concerne la prise en charge des consommateurs de cannabis, les médecins se répartissent à parts relativement égales entre les trois situations proposées (prise en charge seul, en lien avec une instance extérieure ou orientation vers une autre instance). En outre, la majorité des médecins ne prennent pas en charge les usagers d'opiacés ou d'autres drogues illicites, et lorsqu'ils le font, c'est quasi systématiquement en association avec une structure ou un confrère. Respectivement 12,7 % et 11,8 % des généralistes déclarent ne pas se sentir concernés par les problèmes liés à la consommation de cannabis ou à la consommation d'autres substances illicites.

De manière générale, les médecins hommes sont plus nombreux à prendre leurs patients en charge seuls pour les problèmes de consommation de tabac, d'alcool ou de drogues illicites. À l'inverse, les médecins femmes prennent plus souvent en charge en liaison avec des structures leurs patients qui connaissent des problèmes d'alcool ou de cannabis. Concernant les autres drogues, les femmes sont plus nombreuses à adresser leurs patients à un confrère ou à des structures spécialisées **[figure 4]**.

LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE TABAGISME ET D'ALCOOLODÉPENDANCE

En raison de la prévalence plus importante des usages d'alcool et de tabac dans la population, relativement aux drogues illicites, et par conséquent dans la patientèle des médecins généralistes, la période sur laquelle les médecins ont été interrogés sur ces prises en charge concerne les sept derniers jours de leur exercice professionnel. Dans cet intervalle de temps, 68,6 % d'entre eux ont vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique **[figure 5]**, et 51,6 % dans le cadre d'un sevrage thérapeutique en alcool **[figure 6]**. Ces chiffres apparaissent stables, à la fois pour le tabac depuis 2003 (après une hausse très significative entre 1998 et 2003) et pour l'alcool depuis 1998.

En revanche, la part des médecins ayant vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours a presque doublé en dix ans. Ce type de prise en charge est plus souvent assuré par des médecins de plus de 40 ans et par ceux ayant au moins 10 % de leur clientèle

TABLEAU VI

Mode de prise en charge des patients déclaré par les médecins généralistes concernés, pour chaque substance et par année (en pourcentage)

	1993	1998	2003	2009
Tabac				
Seul	93,6	88,8	86,5	78,1
En liaison avec une structure	5,1	9,1	11,3	16,4
Adressés à une structure ou un confrère	1,3	2,1	2,2	5,5
Alcool				
Seul	25,4	19,7	19,9	17,0
En liaison avec une structure	63,2	67,0	68,4	59,7
Adressés à une structure ou un confrère	11,4	13,3	11,7	23,3
Cannabis				
Seul				27,7
En liaison avec une structure				34,0
Adressés à une structure ou un confrère				38,3
Autres drogues illicites				
Seul				6,8
En liaison avec une structure				31,8
Adressés à une structure ou un confrère				61,4

NB : Jusqu'en 2003, la question sur le tabac utilisait le terme de « tabagisme », celle sur l'alcool le terme d'« alcoolisme ».

FIGURE 4

Mode de prise en charge par les médecins généralistes concernés, pour chaque substance et selon le sexe (en pourcentage)

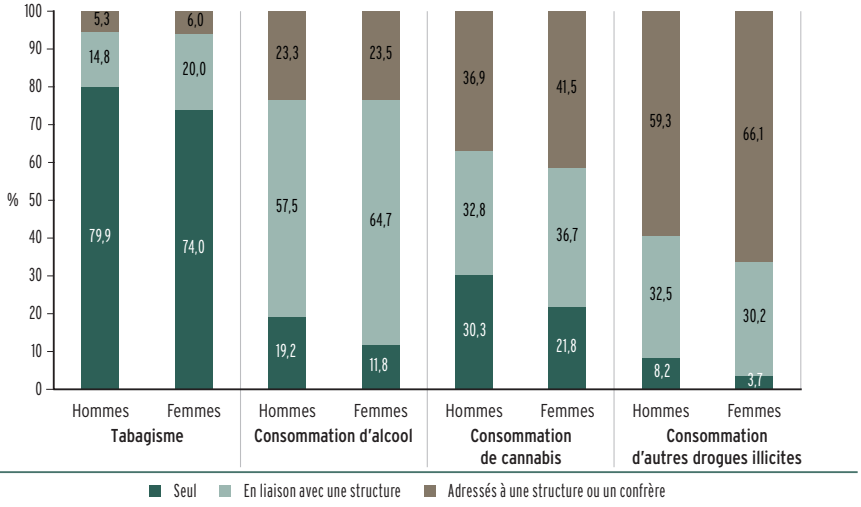


FIGURE 5

Nombre de patients vus dans le cadre de leur sevrage tabagique au cours des sept derniers jours, par année (en pourcentage)

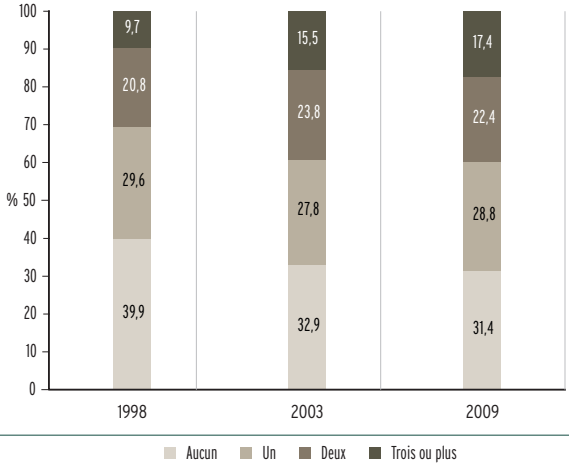
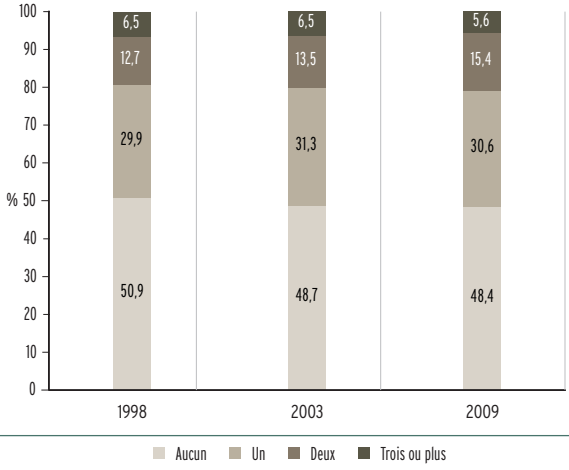


FIGURE 6

Nombre de patients vus dans le cadre de leur sevrage thérapeutique en alcool au cours des sept derniers jours, par année (en pourcentage)



qui relèvent de la CMU **[tableau VII]**. Tout comme en 2003, les prises en charge pour sevrage tabagique sont aussi davantage le fait des médecins déclarant un nombre d'actes médicaux quotidiens élevé. Cette prise en charge est également plus importante dans l'agglomération parisienne. Contrairement à la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés, celle des usagers dépendants au tabac se fait plus souvent dans le cadre d'un cabinet individuel. Par ailleurs, les médecins ayant vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique sont plus nombreux parmi les professionnels qui abordent systématiquement la question du tabac avec leurs

TABLEAU VII

Facteurs associés au fait d'avoir vu au moins trois patients dans le cadre de leur sevrage tabagique et d'avoir vu au moins un patient dans le cadre de son sevrage thérapeutique en alcool au cours des sept derniers jours

	A vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours (N = 1986)			
	n	%	OR	IC à 95 %
Total		17,4		
Sexe		*		
Hommes (réf.)	1454	18,5	1	
Femmes	629	14,8	0,9	0,7 ; 1,2
Âge		**		
40 ans et moins (réf.)	299	10,1	1	
41 à 50 ans	661	18,9	1,9**	1,2 ; 2,9
Plus de 50 ans	1123	18,4	1,9**	1,2 ; 2,9
Taille de l'agglomération		**		
Moins de 20000 habitants (réf.)	855	15,2	1	
20000 habitants et plus	974	17,6	1,2	0,9 ; 1,6
Agglomération parisienne	254	24,2	1,9***	1,3 ; 2,7
Nombre moyen d'actes par jour		**		
1 à 20 (réf.)	817	13,8	1	
Plus de 20	1217	19,4	1,6***	1,2 ; 2,1
Type de cabinet		*		
Cabinet individuel (réf.)	998	19,3	1	
Cabinet de groupe	1081	15,6	0,8*	0,6 ; 1,0
Part de la clientèle bénéficiant de la CMU		**		
Moins de 10 % (réf.)	1514	16,2	1	
10 % ou plus	521	21,7	1,4*	1,1 ; 1,8
Facilité à aborder le tabagisme/la consommation d'alcool				
Pas facile (réf.)	224	13,5	1	
Facile	1857	17,8	1,2	0,8 ; 1,9
Rôle du médecin généraliste dans le domaine de la consommation de tabac/d'alcool *				
Plutôt/Plutôt pas/Pas du tout (réf.)	382	13,4	1	
Tout à fait	1701	18,3	1,4	1,0 ; 1,9
Aborde la question du tabac/de l'alcool au moins une fois avec chaque patient		***		
Non (réf.)	767	13,3	1	
Oui	1316	19,8	1,8***	1,4 ; 2,4

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

NB : Les pourcentages sont calculés sur la base n, les modélisations sont effectuées sur les N individus qui n'ont aucune valeur manquante.

patients, alors même que près de 90 % des médecins généralistes considèrent que le tabagisme est un sujet facile à aborder lors d'une consultation. La difficulté ressentie à aborder la question du tabagisme ne semble toutefois pas être un frein à la prise en charge : elle s'avère sans lien avec le nombre de patients vus dans le cadre de leur sevrage tabagique. La prise en charge du sevrage tabagique par les médecins généralistes a donc connu une forte hausse au cours de la dernière décennie. Elle est plus fréquente parmi les médecins ayant au moins une dizaine d'années d'expérience, qui produisent un volume d'actes médicaux important et reçoivent au moins un patient sur dix au titre de la CMU, exerçant en cabinet individuel et dans l'agglomération parisienne.

La facilité à aborder la question de la consommation d'alcool joue un rôle important dans la prise en charge des patients pour un sevrage thérapeutique en alcool **[tableau VII]**. Or 40 % des médecins généralistes jugent qu'il s'agit d'un sujet difficile. Par ailleurs, la prise en charge des patients pour un sevrage thérapeutique en alcool est nettement plus souvent assurée par les médecins ayant au moins 10 % de leur clientèle à la CMU et par ceux déclarant un nombre d'actes médicaux quotidien élevé. Elle est également de plus en plus fréquente à mesure que l'âge des médecins s'élève. Par ailleurs, les médecins qui considèrent que la référence aux consommations d'alcool fait « *tout à fait* » partie de leur rôle sont plus nombreux à prendre en charge le sevrage thérapeutique en alcool. À l'instar de la prise en charge des patients pour un sevrage tabagique, le repérage systématique de l'alcoolodépendance est fortement lié au nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un sevrage thérapeutique en alcool, même si la relation entre les deux est moins marquée que pour le tabac. Ce dernier s'avère en revanche indépendant du type de cabinet et de la taille de l'agglomération.

	A vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage alcoolique au cours des sept derniers jours (N = 1 982)			
	n	%	OR	IC à 95 %
		51,6		
		***		
	1 454	54,3	1	
	629	45,5	0,8	0,7; 1,0
		*		
	299	45,3	1	
	661	51,0	1,2	0,9; 1,6
	1 123	53,7	1,4*	1,1; 1,9
	855	53,1	1	
	974	49,8	0,9	0,7; 1,1
	254	53,4	0,9	0,7; 1,3
		***		
	817	42,6	1	
	1 217	57,5	1,8***	1,4; 2,1
	998	49,7	1	
	1 081	53,3	1,2	1,0; 1,4
		***		
	1 514	49,7	1	
	521	59,3	1,5***	1,2; 1,9
		**		
	823	47,4	1	
	1 258	54,4	1,2*	1,0; 1,5
		***		
	516	43,6	1	
	1 567	54,3	1,4**	1,1; 1,7
		*		
	1 604	50,1	1	
	479	56,6	1,3*	1,0; 1,6

PARTICIPATION À DES RÉSEAUX DE SANTÉ

La participation à des réseaux de santé portant sur les addictions – qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou, le plus souvent, des drogues illicites – concerne une minorité

de médecins généralistes **[figure 7]**, alors même que cette caractéristique est associée à une plus forte probabilité de pratiquer un repérage systématique des consommations de substances psychoactives chez les patients. En 2009, 5,3 % des médecins déclarent appartenir à un réseau de prise en charge de la toxicomanie ou des addictions au sens large. Cette proportion apparaît similaire à celles de 2003 (5,9 %) et de 1998 (5,7 %). En revanche, l'implication dans un réseau portant uniquement sur l'alcool s'avère en hausse significative entre 1998 (0,9 %) et 2009 (2,3 %). Pour le tabac, 0,9 % des praticiens est concerné. L'appartenance à l'un de ces trois types de réseau s'avère similaire chez les hommes et les femmes.

OPINIONS SUR LES DROGUES ILLICITES

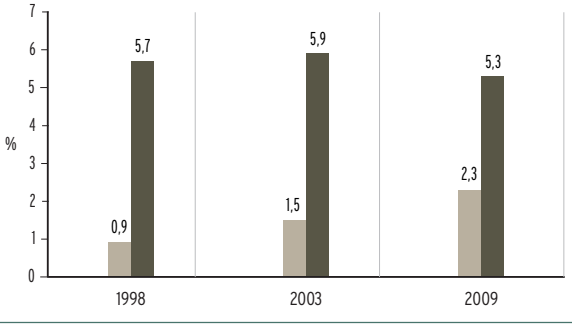
Les perceptions du cannabis et des usagers de drogues parmi les médecins généralistes se révèlent relativement uniformes. Au total, 85,0 % des médecins généralistes pensent que « *les toxicomanes sont avant tout des malades* » **[tableau VIII]**. Ils sont cependant près de 90 % à considérer que ces derniers ne « *se conforment [pas] aux prescriptions médicales* ». Concernant plus particulièrement le cannabis, plus de 95 % pensent que ce produit « *constitue un risque important pour la santé* », 92,0 % pensent qu'il ne « *faut [pas] le mettre en vente libre* » et 19,8 % déclarent qu'il est « *normal d'essayer [le cannabis] au moins une fois dans sa vie* ». Ils sont 10,4 % à penser que, de manière plus générale, « *La drogue, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie* » lorsqu'on leur pose la question de cette manière. Ces opinions ne diffèrent pas selon le sexe ou l'âge du médecin.

Tandis que les opinions sur les drogues en général s'avèrent assez stables dans le temps, celles portant plus spécifiquement sur le cannabis ont significativement évolué depuis 1998 **[figure 8]**. Ainsi, la mise en vente libre du cannabis[5], qui recueillait l'adhésion d'un médecin sur cinq en 1998, est approuvée par moins d'un médecin sur dix en 2009 (8,0 %). De même, alors que 62,9 % des médecins généralistes pensaient qu'il existait un risque important pour la santé lié à l'usage de cannabis[6] en 1998 et 82,5 % en 2003, ils sont 96,5 % à le penser en 2009. Les opinions sur le cannabis, entre

5. Le terme « drogues douces » était utilisé jusqu'en 2003.
6. Le terme « haschisch » était utilisé jusqu'en 2003.

FIGURE 7

Participation des médecins généralistes à un réseau de santé, par année (en pourcentage)



NB : L'appartenance à un réseau sur le tabac est marginale quelle que soit l'année et n'est donc pas présentée dans cette figure.

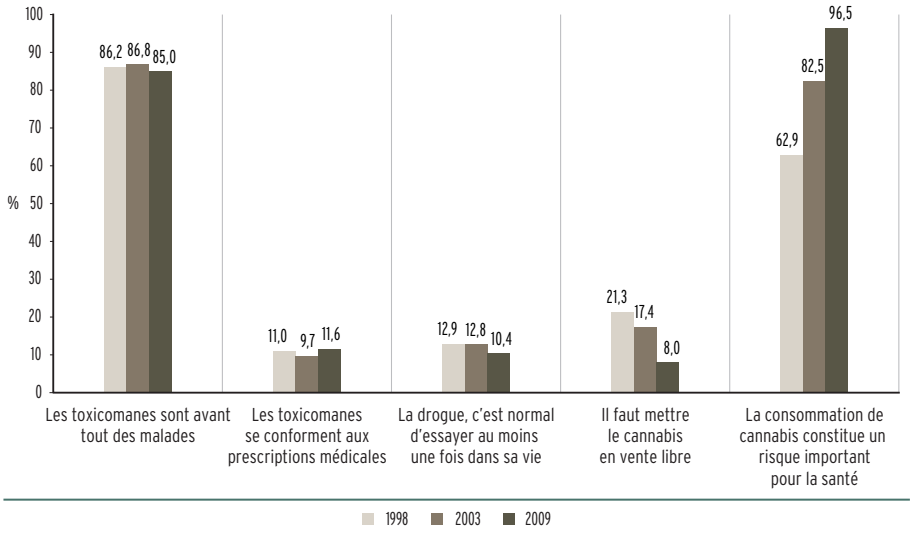
TABLEAU VIII

Opinions des médecins généralistes sur les drogues illicites (en pourcentage)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Les toxicomanes sont avant tout des malades	52,3	32,7	11,3	3,7
Les toxicomanes se conforment aux prescriptions médicales	2,1	9,5	50,4	38,0
La drogue, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie	2,8	7,6	24,6	65,0
Le cannabis, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie	6,1	13,7	27,0	53,2
Il faut mettre le cannabis en vente libre	2,0	6,0	22,5	69,5
La consommation de cannabis constitue un risque important pour la santé	75,3	21,2	3,2	0,3

FIGURE 8

Évolution des opinions « *tout à fait* » et « *plutôt* » d'accord sur les drogues illicites entre 1998 et 2009 (en pourcentage)



toutes les drogues, apparaissent donc particulièrement variables dans le temps, ce qui traduit probablement le fort degré de controverse sur le sujet.

En général, ces différentes opinions apparaissent relativement peu discriminées par les profils pris en compte dans l'enquête. Toutefois, avoir une attitude plus tolérante vis-à-vis du cannabis se révèle lié au fait de prendre en charge seul les patients en difficulté avec une consommation de ce produit. Par ailleurs, l'appartenance à un réseau sur les addictions est liée à la représentation des toxicomanes comme étant avant tout des malades. Enfin, les médecins jeunes, ceux qui voient au moins un patient par mois en difficulté avec sa consommation d'opiacés ou appartiennent à un réseau ont tendance à faire davantage confiance aux usagers de drogues quant à leur compliance.

DISCUSSION

La place des personnes dépendantes aux opiacés parmi les patients en médecine de ville apparaît plus élevée en 2009 qu'en 2003, constituant un prolongement de la tendance observée entre 1995 et 2003 concernant le recours aux traitements de substitution **[23]**. Selon les données de ce Baromètre santé, elles seraient environ 110 000 à avoir recours aux médecins généralistes. On sait par ailleurs que le nombre de personnes bénéficiant de remboursements de médicaments de substitution, estimé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) à partir des données de l'Assurance maladie, était de 130 000 en 2007 **[17]**. Le rapprochement de ces deux chiffres témoigne de la prédominance des médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés. Ce constat rejoint les conclusions d'études qui ont démontré que la proportion de médecins prescripteurs de méthadone dans le cadre d'un traitement de substitution a notablement augmenté en médecine de ville **[24]**, comme en milieu hospitalier ou en milieu pénitentiaire **[25]**, ce qui va dans le sens des recommandations de la conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution » des 23 et 24 juin 2004, initiée par la Fédération française d'addictologie (FFA). En revanche, les données de ce Baromètre santé ne permettent pas de corroborer les récentes publications qui font état d'une relative hausse des recours au soin en lien avec l'usage de cocaïne depuis quelques années en France **[26]** comme dans l'ensemble des pays européens **[27]**, mais elles montrent une présence non négligeable des usagers de stimulants en médecine générale.

Au-delà des données permettant de décrire et de quantifier les attitudes et les modalités de prise en charge des addictions développées par les médecins généralistes, ce bilan des pratiques professionnelles fait émerger plusieurs tendances significatives : l'évolution des opinions quant à la dangerosité du cannabis et la fluctuation importante de ces opinions au cours de la dernière décennie ; la reconnaissance de la nécessité d'un repérage des abus de substances, le plus précocement possible ; enfin, la diffusion des pratiques de sevrage tabagique en médecine de ville.

En effet, l'évolution des opinions concernant le cannabis depuis 1998 semblait à contre-courant de celle observée en population générale jusqu'en 2002 **[28]**. Ainsi, alors que 24 % de la population étaient favorables à la mise en vente libre du cannabis en 2002 (17 % en 1999), 17 % des médecins généralistes y étaient favorables en 2003 (21 % en 1998), ce qui témoignait d'un renversement du rapport entre l'opinion publique et les médecins. En 2009, ce taux d'adhésion a fortement chuté parmi les médecins généralistes comme en population générale, puisque les médecins ne sont plus que 8 % à approuver une mise en vente libre du cannabis, ce chiffre étant de 15 % en population générale d'après l'enquête Eropp 2008 (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) **[29]**. Les médecins de ville apparaissent donc de plus en plus méfiants envers ce produit. Il ne faut pas éluder l'influence que peuvent avoir, sur les réponses, les termes dans lesquels sont formulées les questions. Le terme « drogues douces » par exemple, employé jusqu'en 2003 pour la question relative à la mise en vente libre du cannabis, induit probablement chez un sujet placé en situation d'enquête une attitude plus tolérante face au produit. Quoi qu'il en soit, il est probable que la littérature scientifique et médicale récente sur le cannabis ait encouragé les approches prudentes : les débats récurrents, ces dernières années,

sur l'innocuité du produit, sa concentration en THC (tétrahydrocannabinol), etc., ont vraisemblablement attiré l'attention des praticiens sur les risques d'une extension de l'usage régulier du cannabis en populations adolescente et jeune adulte, conduisant peut-être à une hausse de leur sensibilité aux situations problématiques **[30]**. Les travaux récents sur les liens entre santé mentale et cannabis ont démontré un lien avec les épisodes psychotiques, même si l'étude de ce lien s'avère particulièrement complexe **[31-33]**. Notons toutefois que les travaux les plus récents apparaissent plus nuancés **[34]** et identifient la précocité de l'usage comme facteur de risque principal **[35, 36]**. Ce constat permet de mettre en lumière la manière dont les pratiques professionnelles évoluent en fonction de « l'état des connaissances » dans les champs institutionnel, médiatique et scientifique.

La pratique de prise en charge des usagers de cannabis problématiques apparaît particulièrement liée à la propension du médecin à aborder la question du cannabis de sa propre initiative, sans attendre une éventuelle demande du patient. Cette constatation montre tout l'intérêt du repérage précoce et de l'intervention brève pour ouvrir le dialogue sur la consommation de cannabis **[37, 38]**. La campagne d'information sur le cannabis menée en France en 2005 à l'initiative de la direction générale de la Santé (DGS), de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) s'inscrivait dans cette perspective, proposant notamment des outils d'évaluation de la consommation de cannabis **[39]**. Ce Baromètre santé médecins généralistes nous permet toutefois de souligner que le recours à un questionnaire préétabli reste encore marginal pour le cannabis, tandis que, pour le tabac, l'utilisation de questionnaires a connu une hausse spectaculaire depuis 2003. Cette évolution est à mettre en rapport avec les efforts consentis dans la lutte contre le tabagisme ces dernières années (législation, campagnes d'aide à l'arrêt, etc.). De même, les questionnaires préétablis concernant la consommation d'alcool s'avèrent de plus en plus utilisés par les médecins généralistes, à un niveau bien moindre que pour le tabac cependant. Dans une enquête réalisée en population générale en 2002, seuls 7 % des répondants qui avaient vu leur médecin généraliste déclaraient avoir été interrogés sur leur consommation d'alcool **[40]**. Les progrès à réaliser restent donc importants.

Les médecins généralistes sont nombreux à considérer que les situations d'usage problématique de substances psychoactives doivent être repérées de façon précoce afin d'analyser les motivations de l'usage et comprendre le sens qu'il revêt pour les usagers, de façon à apporter une information et une prise en charge adaptées, et éviter une évolution vers la dépendance. L'expérience anglo-saxonne montre que les tests courts peuvent être de bons instruments pour le dépistage (*screening*) et que les questions directes sont souvent plus efficaces que les questionnements plus complexes **[41, 42]**.

La diffusion des pratiques de sevrage tabagique en médecine de ville est le troisième point saillant qui émerge de ce bilan. L'augmentation du nombre de patients vus dans le cadre d'un sevrage tabagique depuis 2003 est notamment à mettre en parallèle avec l'élargissement de l'offre de substituts nicotiniques, et plus largement avec la volonté des pouvoirs publics de « dénormaliser » le tabac. Elle s'inscrit dans une hausse initiée entre 1998 et 2003. Dans le cadre de la politique générale de lutte contre le tabagisme engagée en France, l'Assurance maladie prend en charge, depuis 2007, les substituts nicotiniques à hauteur de 50 euros par an et par patient. Depuis 2003, les pouvoirs publics encouragent la réflexion sur les bonnes pratiques cliniques : l'Agence française de sécurité

sanitaire des produits de santé (Afssaps) a ainsi publié en 2003 des recommandations de pratique clinique portant spécifiquement sur les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac, qui ont été complétées par une conférence de consensus organisée en 2004 sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) portant sur la prise en charge du tabagisme chez les femmes enceintes. Ces orientations constituent donc à ce jour le cadre de référence en matière d'aide au sevrage tabagique, qui a lui-même été actualisé par les recommandations demandées à la Haute Autorité de santé (HAS) par le ministère de la Santé pour améliorer l'efficacité, l'efficience et la prise en charge financière des stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique **[43]**. Considérant qu'en l'absence de toute aide pharmacologique ou non pharmacologique à l'arrêt, les taux de sevrage tabagique apparaissent faibles, de l'ordre de 3 à 5 % à 6-12 mois, la HAS a ainsi conclu à la nécessité d'une aide au sevrage tabagique pour soutenir les fumeurs dans leur tentative d'arrêt, en démontrant que le subventionnement de la démarche de sevrage était une composante essentielle d'une stratégie efficace et efficiente. En outre, parmi les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées dans l'aide au sevrage tabagique, la HAS cite les thérapies comportementales et cognitives (approche individuelle et de groupe) et les approches psychologiques qui privilégient le conseil individuel des différents professionnels de santé. Par ailleurs, l'Inpes gère depuis 2003 la ligne téléphonique d'aide au sevrage tabagique Tabac info service (TIS), créée en 1998. Ce dispositif a été étendu à un site internet de coaching en ligne en 2005.

Contrairement à ce qui est observé pour le sevrage tabagique, la prise en charge du patient alcoolodépendant par un médecin généraliste seul reste l'exception, probablement parce que l'offre de médicaments d'aide à l'arrêt n'est pas aussi performante[7] que dans le cas du sevrage tabagique **[45]**, et parce que les conséquences sociales, et notamment professionnelles, de l'alcoolodépendance sont plus lourdes et visibles. La plus grande autonomie des médecins dans la prise en charge du tabagisme va également de pair avec le recours plus systématique à des questionnaires standardisés de repérage précoce que pour les autres addictions.

La difficulté des professionnels de santé à aborder les problèmes d'alcoolisation a été soulignée par des travaux français récents **[46]** et a donné lieu à une abondante littérature encourageant la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) **[47-50]** relayée par l'OFDT **[51]**. L'efficacité de ces interventions brèves d'inspiration motivationnelle a été établie au plan international **[52]**, mais elle a récemment fait l'objet d'une remise en cause dans le cadre français, au motif que le paiement forfaitaire à l'acte ne favorise pas les actions de dépistage et de prévention **[53]**. Ces remises en cause confirment la nécessité d'instaurer, en consultation, une démarche éducative dans laquelle l'entretien motivationnel pourrait être l'une des techniques utilisées. Au-delà de ces considérations, il convient de souligner que la mise en application des directives du ministère de la Santé concernant le RPIB a été freinée par le fait que les consultations de prévention prévues par la loi relative à la politique de santé publique n'ont pas encore été mises en place **[22]**.

Enfin, le repérage et la prise en charge des problèmes d'usage de cannabis ont été traités plus récemment par les pouvoirs publics comme un problème spécifique appelant la mise en place d'un dispositif spécialisé : des « consultations jeunes

---

7. Il faut souligner que les recherches françaises sur l'évaluation de traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance sont particulièrement rares, seule une étude ayant été réalisée en médecine générale **[44]**.

consommateurs » ont ainsi été ouvertes dans l'ensemble des départements en 2005, avec des résultats qui montrent que, au cours des deux premières années d'activité, elles ont accueilli 45 000 usagers de produits et 26 000 personnes de leur entourage en métropole et dans les départements d'outre-mer **[54, 55]**. Intervenant depuis 2008 dans le cadre des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) **[56]**, leur vocation reste d'assurer l'information et l'évaluation des facteurs de gravité de l'usage aux premiers stades de la consommation (usage sans complications sanitaires ni troubles du comportement), d'offrir un suivi rapide en cas d'usage jugé « nocif » (provoquant des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux) et de déclencher une prise en charge brève ou une orientation en cas de dépendance.

L'ensemble des résultats de ce chapitre montre bien que les médecins généralistes ne traitent pas de la même façon les problèmes de tabac et d'alcool, et encore moins ceux liés à la consommation de cannabis. Cela exprime sans doute le fait que, encore aujourd'hui, dans la pratique professionnelle du médecin généraliste, le terme d'« addiction » correspond moins à une entité clinique stabilisée qu'à une variété de situations individuelles associées à des contextes sociaux de consommation. L'analyse des représentations sociales associées aux différents produits et la perception des risques liés à leur usage pourraient être une clé d'explication des variations observées dans les pratiques des médecins généralistes : à l'instar du cannabis, dont l'« image » s'est dégradée entre 1998 et 2009, l'alcool et le tabac pourraient eux aussi générer des pratiques de prise en charge différentes si le niveau de priorité et d'alerte déterminé par les pouvoirs publics était amené à évoluer.

Relecteurs

Agnès Cadet-Taïrou
Tiphaine Canarelli
Jean-Michel Costes
Julie-Mattéa Foures
Juliette Guillemont
Dominique Huas
Emmanuelle Le Lay
Philippe Michaud
Isabelle Vincent
Jean-Louis Wilquin

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

[1] Maestracci N. Drogue et toxicomanie : quelle politique ? Entretien avec Alain Ehrenberg et Hugues Lagrange. *Esprit*, juillet 2001, n° 7 : p. 49-68.

[2] Reynaud M., Bailly D. Venisse J.-L. *Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce ?* Actes du sixième congrès international sur les addictions. Paris : Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2005 : 311 p.

[3] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*. Paris : Mildt, La Documentation française, 2008 : 111 p.
En ligne : http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2008-2011/pdf/Plan_gouvernemental_2008-2011-fre.pdf

[4] Le Faou A.-L., Scemama O., Ruelland A., Ménard J. Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie. Analyse de la base nationale CDT. *Revue des maladies respiratoires*, 2005, vol. 22, n° 5 : p. 739-750.
En ligne : http://www.em-consulte.com/article/157159

[5] Obadia Y. Souville M., Moatti J.-P., Morin M., Gastaut J.A. Attitudes et expérience des médecins généralistes français face à l'infection à VIH. Enquête nationale 1996. *La Presse médicale*, 1997, vol. 26, n° 18 : p. 860-866.

[6] Moatti J.-P., Souville M., Escaffre N., Obadia Y. French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. *Addiction,* 1998, vol. 93, n° 10 : p. 1567-1575.
En ligne : http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.1998.9310156714.x/pdf

[7] Bouchez J., Vignau J. The French experience – the pharmacist, general practitioner and patient perspective. *European Addiction Research*, 1998, vol. 4, suppl. 1 : p. 19-23.

[8] Vignau J., Duhamel A., Catteau J., Legal G., Pho A.-H., Grailles I., *et al*. Practice-based buprenorphine maintenance treatment (BMT): how do French healthcare providers manage the opiate-addicted patients? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2001, vol. 21, n° 3 : p. 135-144.

[9] Pin S. Drogues : la prise en charge des patients toxicomanes. *In* : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2004 : p. 164-189. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf

[10] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Expertise collective. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Paris : Inserm, 2010 : 573 p.

[11] Perrin-Escalon H., Gautier A. Tabac et alcool : quelle implication des professionnels ? *In* : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2004 : p. 140-161. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf

[12] Doll R., Peto R., Wheatley K., Gray R., Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal,* 1994, vol. 309 : p. 901-911. En ligne : http://www.bmj.com/content/309/6959/901.full

[13] Phillips A. N., Wannamethee S. G., Walker M., Thomson A., Smith G.-D. Life expectancy in men who have never smoked and those who have smoked continuously: 15 year follow up of large cohort of middle aged British men. *British Medical Journal,* 1996, vol. 313 : p. 907-908. En ligne : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352232/pdf/bmj00563-0021.pdf

[14] Bagnardi V., Blangiardo M., La Vecchia C., Corrao G. Alcohol consumption and the risk of cancer : a meta-analysis. *Alcohol Research and Health*, 2001, vol. 25, n° 4 : p. 263-270. En ligne : http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-4/263-270.htm

[15] Boffetta P., Hashibe M., La Vecchia C., Zatonski W., Rehm J. The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *International Journal of Cancer*, 2006, vol. 119, n° 4 : p. 884-887. En ligne : http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.21903/pdf

[16] Peto R., Lopez A.-D., Boreham J., Thun M. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000 (2e ed.)* [rapport]. University of Oxford : CTSU, 2006 : 517 p. En ligne : http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/

[17] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). *Drogues, chiffres-clés (3e éd.)*. Saint-Denis : OFDT, juin 2010 : 6 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2010.pdf

[18] Hill C. Alcool et risque de cancer. *ADSP*, mars 2000, n° 30 : p. 14-17. En ligne : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad301417.pdf

[19] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (Milc). *Plan cancer : 2003-2007*. Paris : Milc, 2003 : 44 p. En ligne : http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20032007.pdf

[20] Institut national du cancer (INCa). *Plan Cancer : 2009-2013*. Boulogne-Billancourt : INCa, 2009 : 140 p. En ligne : http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013

[21] République française. *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. *Journal officiel*, n° 185, 11 août 2004. En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005823063&dateTexte=20100908

[22] Haut Conseil de la santé publique (HCSP). *Évaluation du Plan cancer 2003-2007. Rapport final*. Paris : HCSP, janvier 2009 : 495 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20090131_EvaluationCancer.pdf

[23] Cadet-Taïrou A., Bello P.-Y., Costes J.-M., Palle C., Escots S. Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. *Tendances*, juin 2004, n° 37 : 8 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxack6.pdf

[24] Canarelli T., Coquelin A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. *Tendances*, mai 2009, n° 65 : 6 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxtcp5.pdf

[25] Obradovic I., Canarelli T. Primoprescription de méthadone en établissement de santé. Analyse des pratiques médicales en milieu hospitalier et pénitentiaire depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002. *Tendances*, avril 2008, n° 60 : 4 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxioo4.pdf

[26] Karila L., Beck F., Legleye S., Reynaud M. Cocaïne : de l'expérimentation à la dépendance. *La Revue du praticien,* 2009, vol. 59, n° 6 : p. 821-825.

[27] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). *Rapport annuel 2009. État du phénomène de la drogue en Europe*. Luxembourg : Office des publications officielles des communautés européennes, 2009 : 116 p. En ligne : http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009

[28] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (Eropp) 2002*. Paris : OFDT, 2002 : 228 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbj1.pdf

[29] Costes J.-M., Laffiteau C., Le Nézet O., Spilka S. *Premiers résultats concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues 1999-2008*. Saint-Denis : OFDT, 2010 : 5 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eropp100621fiche.pdf

[30] Reynaud M., dir. *Cannabis et santé – vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2004 : 194 p.

[31] Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes T.R., Jones P.B., Burke M., Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 2007, vol. 370, n° 9584 : p. 319-328.

[32] Ferdinand R.-F., Sondeijker F., van der Ende J., Selten J.-P., Huizink A., Verhulst F.-C. Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. *Addiction*, 2005, vol. 100, n° 5 : p. 612-618.

[33] Macleod J., Oakes R., Copello A., Crome I., Egger M., Hickman M., *et al.* Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, 2004, vol. 363, n° 9421 : p. 1579-1588.

[34] Degenhardt L., Hall W., Lynskey M., McGrath J., McLaren J., Calabria B., *et al.* Should burden of disease estimates include cannabis use as a risk factor for psychosis? *PLoS Medicine*, 2009, vol. 6, n° 9 : e1000133. En ligne : http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000133

[35] Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents. Données épidémiologiques. *Médecine/Sciences*, 2007, vol. 23, n° 12 : p. 1162-1168. En ligne : http://www.edk.fr/reserve/print/e-docs/00/00/0B/B6/document_article.md

[36] McGrath J., Welham J., Scott J., Varghese D., Degenhardt L., Hayatbakhsh M. R., *et al.* Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 2010, vol. 67, n° 5 : p. 440-447.

[37] Reynaud M., Costes J.-M., Beck F., Palle C., Legleye S. Cannabis : l'approche doit être scientifique. *La Revue du praticien*, 2005, vol. 55, n° 1 : p. 14-16.

[38] Bernard C., Melihan-Cheinin P., Postel-Vinay N., Jeanfrançois M., Lert F., Basset B., *et al.* Agir contre la hausse de consommation de cannabis. *La Revue du praticien*, 2005, vol. 55, n° 1 : p. 5-6.

[39] Beck F., Legleye S. Measuring cannabis related problems and dependence at the population level. *In* : Rödner Sznitman S., Olsson B., Room R. *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences.* Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Monograph series 8, vol. 2, 2008 : p. 29-57. En ligne : http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis

[40] Michaud P., Fouilland P., Grémy I., Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. *La Revue du praticien – Médecine générale*, 2003, vol. 17, n° 611 : p. 605-608.

[41] Rost K., Burnam M.A., Smith G.R. Development of screeners for depressive disorders and substance disorder history. *Medical Care,* 1993, vol. 31, n° 3 : p. 189-200.

[42] Svanum S., McGrew J. Prospective screening of substance dependence: The advantages of directness. *Addictive Behavior,* 1995, vol. 20, n° 2 : p. 205-213.

[43] Haute Autorité de santé (HAS). *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière* [rapport]. Saint-Denis : HAS, janvier 2007 : 122 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_aide_sevrage_tabagique_rapport_2007_01_22__16_28_14_826.pdf

[44] Kiritzé-Topor P., Huas D., Rosenzweig C., Comte S., Paille F., Lehert P. A pragmatic trial of acamprosate in the treatment of alcohol dependence in primary care. *Alcohol and Alcoholism*, 2004, vol. 39, n° 6 : p. 520-527.

[45] Association Mieux prescrire. Alcoolodépendance : après le sevrage. *Prescrire*, 2009, vol. 29, n° 306 : p. 270-278.

[46] Bouix J.C., Gache P., Rueff B., Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *La Revue du praticien – Médecine générale*, 2002, vol. 16, n° 588 : p. 1488-1492.

[47] Michaud P., Gache P., Batel P., Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *La Revue du praticien – Médecine générale,* 2003, vol. 17, n° 604 : p. 281-289.

[48] Michaud P. Repérage précoce, les médecins en première ligne. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2003, n° 368 : p. 41-42.

[49] Sobell L.C., Sobell M.B. L'intervention brève au cabinet médical, une occasion unique de conseiller à propos d'alcool. *Alcoologie et Addictologie*, 2004, n° 26 (suppl. 3) : p. 6S-10S.

[50] Daeppen J.-B., dir. Interventions brèves en alcoologie. *Alcoologie et Addictologie*, 2004, n° 26 (suppl. 3) : 3S-40S.

[51] Diaz Gomez C., Milhet M. *Repérage précoce intervention brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes* [rapport]. Saint-Denis : OFDT, 2005 : 220 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/epfxcdk4.html

[52] Beich A., Thorsen T., Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 2003, n° 327 : p. 536-542. En ligne : http://www.bmj.com/content/327/7414/536.full

[53] Huas D., Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer*, 2010, vol. 90, n° 21 : p. 20-23.

[54] Obradovic I. *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007). Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge* [rapport]. Saint-Denis : OFDT, 2009 : 173 p. En ligne : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap09/epfxiop1.html

[55] Obradovic I. Caractéristiques du public reçu dans les consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction, 2005-2007. *BEH*, juillet 2009, n° 30 : p. 332-336. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/30/beh_30_2009.pdf

[56] Direction générale de la Santé (DGS). *Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Csapa et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie*. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf

L'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en médecine générale

En 2009, 92 % des médecins généralistes interrogés déclarent avoir suivi au cours des douze derniers mois au moins un patient atteint de la maladie d'Alzheimer, et 31 % déclarent en avoir accompagné plus de dix. Les médecins hommes, les plus âgés, les médecins exerçant en secteur 1, déclarant vingt actes médicaux ou plus par jour, passant de cinq à sept jours à leur cabinet, ne pratiquant qu'occasionnellement ou jamais un mode d'exercice particulier, mettant en œuvre systématiquement ou souvent des activités éducatives sont plus susceptibles d'avoir suivi au moins un patient atteint de la maladie d'Alzheimer au cours de la dernière année.

Parmi les médecins comptant dans leur patientèle des malades d'Alzheimer, quatre médecins sur cinq (81 %) s'estiment suffisamment formés à la communication avec les familles, 67 % à la communication avec les patients, 60 % à l'annonce du diagnostic et 51 % aux traitements non médicamenteux de la maladie. L'âge, le sexe et le nombre de patients Alzheimer suivis par an influencent significativement la perception des médecins concernant leur niveau de formation. Enfin, 41 % des médecins déclarent connaître les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) concernant le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le niveau de formation perçu ainsi que la connaissance des recommandations influencent significativement les pratiques des médecins à l'égard de l'annonce du diagnostic, de l'orientation des patients vers les spécialistes ou les services paramédicaux ou médico-sociaux.

Parmi ces praticiens, 71 % estiment qu'ils annoncent systématiquement le diagnostic à la famille de leurs patients, 8 % à leurs patients ; 32 % déclarent ne jamais annoncer le diagnostic à leurs patients. Les médecins les plus jeunes et ceux qui s'estiment suffisamment formés à différents aspects de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer sont plus susceptibles d'annoncer le diagnostic à leurs patients.

Quatre médecins généralistes sur cinq (81 %) déclarent orienter systématiquement leurs patients atteints de la maladie d'Alzheimer vers un spécialiste, 36 % vers un service d'aide et de soins à domicile et 18 % vers un centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic). Ces deux derniers types de pratiques sont significativement corrélés entre eux.

Un médecin sur cinq (22 %) ayant suivi au cours de la dernière année des malades d'Alzheimer s'estime mal à l'aise avec ces patients. Près de sept généralistes sur dix (68 %) déclarent qu'il est facile de prendre en charge les comorbidités, 55 % qu'il est facile de donner des informations sur les aides sociales disponibles, 52 % qu'il est facile de coordonner les soins et les aides, et 26 % qu'il est facile de prendre en charge les troubles comportementaux.

L'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en médecine générale

Stéphanie Pin Le Corre
Dominique Somme

INTRODUCTION

En France, on estime le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer entre 400 000 et de 800 000 personnes. Cette pathologie évolutive, dégénérative, dont la progression s'étale sur plusieurs années, nécessite un ajustement perpétuel du patient, de l'entourage et des professionnels non seulement à l'évolution des troubles, mais également à l'évolution du contexte familial et environnemental **[1]**. Le médecin généraliste est considéré comme l'interlocuteur principal des patients et des familles, même si l'initiation du traitement est réservée aux spécialistes et aux centres spécialisés (consultation mémoire, centre mémoire de ressources et de recherche) **[2]**. Certaines spécificités de la maladie d'Alzheimer rendent pourtant difficiles *a priori* les relations entre ces professionnels et les personnes atteintes **[3, 4]** : l'anosognosie, c'est-à-dire l'absence de conscience de la maladie, et les pertes de mémoire semblent entraver les capacités du patient à appliquer un projet de soins même construit conjointement ; les troubles du comportement associés à la pathologie, l'absence de traitement curatif mettent au premier plan de l'accompagnement les interventions non médicamenteuses et le recours à des services médico-sociaux ou sociaux, ce qui nécessite, de la part des professionnels de santé, une bonne connaissance des ressources locales pour orienter le patient et son entourage **[5]**. À des stades plus avancés, les troubles de la communication limitent les échanges au sein de la consultation ou la participation du patient à des séances éducatives de groupe **[3, 6]**. Par ailleurs, plus que dans d'autres maladies chroniques, les professionnels de santé insistent sur l'importance de l'aidant familial dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer **[7-9]**, qui devient, au fur et à mesure que la maladie

MÉTHODE

Afin de garder une durée de questionnaire acceptable (25 minutes), certains modules du questionnaire n'ont pas été posés à l'ensemble des médecins généralistes sélectionnés. Ainsi, seuls 1058 des 2083 médecins interrogés dans le cadre du Baromètre santé médecins généralistes 2009 ont répondu aux questions relatives à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La structure par sexe, âge, taille de l'agglomération, type d'organisation ou secteur d'exercice de ce sous-échantillon sélectionné aléatoirement n'est pas différente de celle de l'échantillon total.
Les résultats de ce chapitre intègrent de nombreuses régressions logistiques pour lesquelles ont été introduits comme variables indépendantes le sexe et l'âge du médecin, ainsi que toutes les variables associées en bivarié à la variable dépendante à un seuil de 5 %.

évolue, l'interlocuteur principal du médecin. Souvent perçues comme « incapables », du fait de leurs déficits cognitifs, d'être acteurs de leur santé, les personnes vivant avec une pathologie neuro-dégénérative ont souvent la sensation d'être écartées de la relation de soin au profit de l'aidant principal, et ce, même à un stade peu évolué de la maladie **[4, 10]**.

Aux difficultés objectives liées aux manifestations de la maladie d'Alzheimer s'ajoute le poids très fort des représentations sociales liées à la maladie et partagées par le patient, l'entourage et par les professionnels de santé eux-mêmes. Associée à des images de dégradation mentale, de perte d'identité et de dépendance, la maladie d'Alzheimer figure parmi les maladies les plus redoutées des Français **[11]** et parfois même le symbole d'une fin de vie « indigne » et « inhumaine » **[12, 13]**. Ces représentations sont à l'œuvre dès l'annonce du diagnostic, qui est un des problèmes majeurs relevés par les médecins et les familles quand on les interroge sur la prise en charge de la maladie **[9, 12-16]**.

Pour faire face à ces écueils, le Plan Alzheimer 2008-2012 **[17]** a prévu la mise en place de recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ainsi que l'élaboration d'un dispositif d'annonce et d'accompagnement destiné à aider les professionnels de santé dans la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer *(voir encadré page 207)*. Afin d'appréhender quelques aspects de l'accompagnement en médecine générale de ces patients, une série de questions a été posée sur la maladie d'Alzheimer pour la première fois dans le Baromètre santé médecins généralistes. Ce module s'inscrit dans le cadre d'un dispositif d'enquêtes d'opinion sur la maladie d'Alzheimer (Deoma) **[11]**, qui vise, à travers une série d'enquêtes et d'études qualitatives, à mieux connaître le regard porté sur la maladie en France et les pratiques des professionnels concernés.

Dans ce chapitre, la première partie abordera les caractéristiques des médecins généralistes concernés par l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Puis, différents aspects de l'accompagnement des personnes malades en médecine générale seront examinés, notamment l'annonce du diagnostic et l'orientation des patients, afin de pouvoir les comparer aux recommandations émises par la Haute Autorité de santé (HAS). La dernière partie décrira la manière dont les médecins interrogés perçoivent leur rôle dans l'accompagnement de leurs patients Alzheimer.

RÉSULTATS

SUIVI DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

En 2009, 92,0 % des médecins généralistes interrogés déclarent avoir suivi au cours des douze derniers mois au moins un patient atteint de la maladie d'Alzheimer : un peu plus du tiers des médecins interrogés (35,7 %) disent avoir suivi entre un et quatre patients, et 30,7 % déclarent en avoir accompagné plus de dix lors de la dernière année. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à avoir suivi des patients Alzheimer au cours de la dernière année **[figure 1]**. En analyse multivariée, les médecins généralistes déclarant suivre des malades d'Alzheimer sont plus susceptibles d'avoir 51 ans ou plus (OR = 3,0 ; Intervalle de confiance à 95 % = 1,5-6,1) ; ils exercent plus souvent en secteur 1 (OR = 1,9 ; IC à 95 % = 1,0-3,7), déclarent vingt et un actes médicaux par jour ou plus (OR = 3,2 ; IC à

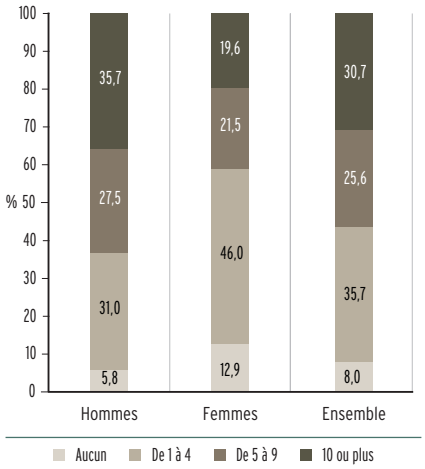
PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES, LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS (MARS 2008)

En mars 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) a édité des recommandations afin d'homogénéiser les pratiques en matière de diagnostic et de prise en charge des patients ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Ces recommandations abordent entre autres : le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des autres démences les plus fréquentes, le diagnostic précoce et l'annonce du diagnostic, les traitements des symptômes comportementaux et psychologiques des démences, les interventions non médicamenteuses. Quelques extraits :

- « *Il est recommandé de poser le diagnostic de la maladie d'Alzheimer dès les premiers symptômes. Ce diagnostic nécessite une évaluation cognitive approfondie, réalisée de préférence dans le cadre d'une consultation mémoire spécialisée.* »
- « *Il est recommandé d'annoncer le diagnostic au patient. [...] Si la personne en est d'accord, le diagnostic est communiqué à sa famille ou à la personne de son choix. [...] L'annonce du diagnostic est faite en prenant en compte l'histoire de vie du patient, sa représentation de la maladie et ses craintes, ce qui peut nécessiter un travail préalable avec le médecin traitant et la famille. Le médecin qui a établi le diagnostic est responsable de son annonce. L'annonce se fait en coordination entre le spécialiste et le médecin traitant en charge de remplir le protocole de soins au titre d'affection longue durée (ALD).* »
- « *Le diagnostic ne se conçoit que dans le cadre d'un plan de soins et d'aides, qui comprend en fonction du stade de la maladie :*
  – une prise en charge thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse ;
  – une prise en charge médico-socio-psychologique coordonnée du patient et de son entourage ;
  – d'éventuelles mesures juridiques. »
- « *Le suivi recommandé est pluridisciplinaire, piloté par le médecin traitant en collaboration avec un neurologue, un gériatre ou un psychiatre. Sa structuration dépend du contexte local et des ressources disponibles, mais tous les patients devraient bénéficier des dispositions proposées.* »
- « *Un suivi rapproché par le médecin traitant est nécessaire, au minimum tous les trois mois, et davantage en fonction du contexte, éventuellement assisté d'un coordinateur paramédical.*
  À chaque contact, il est recommandé :
  – de s'enquérir du poids, de l'état nutritionnel et des constantes (pouls, tension) ;
  – de surveiller attentivement toutes les comorbidités ;
  – d'évaluer l'observance, la tolérance et l'efficacité des traitements pharmacologiques et des interventions non médicamenteuses » **[18]**.

FIGURE 1

Nombre de patients Alzheimer suivis au cours des douze derniers mois, selon le sexe du médecin généraliste (en pourcentage)



95 % = 1,9-5,5), passent de cinq à sept jours par semaine à leur cabinet (OR = 2,3 ; IC à 95 % = 1,4-3,9). Ces médecins, en outre, ne pratiquent qu'occasionnellement (OR = 2,4 ; IC à 95 % = 1,3-4,4) ou jamais (OR = 3,5 ; IC à 95 % = 1,8-6,8) un mode d'exercice particulier, mais déclarent informer et conseiller systématiquement ou souvent leurs patients atteints de maladies chroniques (OR = 2,9 ; IC à 95 % = 1,2-6,9).

À l'exception de l'âge, on retrouve les mêmes facteurs associés au suivi de dix patients Alzheimer ou plus : les médecins hommes, ceux qui déclarent plus de vingt et un actes médicaux par jour, qui ne pratiquent jamais ou occasionnellement un mode d'exercice particulier sont plus enclins à avoir suivi dix patients ou plus au cours de la dernière année **[tableau I]**. La participation à un réseau de gériatrie est également significativement associée à une patientèle Alzheimer plus élevée que la moyenne, de même que le fait de compter moins de 2 % de sa clientèle avec la CMU.

QUELQUES ASPECTS DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Parmi les médecins généralistes comptant des patients Alzheimer dans leur patientèle (n = 974), quatre sur dix (41,3 %) déclarent connaître les recommandations de la HAS concernant le diagnostic et la prise en charge des patients Alzheimer. Après contrôle par l'âge, les hommes (OR = 1,4 ; IC à 95 % = 1,0-1,9), les médecins participant à un réseau de santé (OR = 1,5 ; IC à 95 % = 1,2-2,0), ceux qui ont une activité de maître de stage ou de formateur (OR = 1,4 ; IC à 95 % = 1,0-2,0), qui déclarent mettre en œuvre systématiquement ou souvent des activités éducatives (OR = 1,5 ; IC à 95 % = 1,1-2,0) et qui estiment avoir suffisamment de collaboration avec le domaine social (OR = 1,6 ; IC à 95 % = 1,1-2,2) déclarent plus souvent connaître ces recommandations. La connaissance du travail de la HAS dans ce domaine se traduit par des comportements et des perceptions différentes **[figure 2]**, et notamment par une propension plus importante à l'annonce du diagnostic et par une appréciation plus positive de différents aspects de l'accompagnement des personnes atteintes.

Concernant la maladie d'Alzheimer, un des aspects les plus étudiés du rôle des médecins généralistes se rapporte à leur attitude face au repérage, à l'annonce du diagnostic et à l'orientation vers des spécialistes qui, en France, sont responsables de la mise en route éventuelle d'un traitement médicamenteux spécifique. Si aucune question n'abordait le repérage des troubles cognitifs, les médecins généralistes étaient interrogés sur leur utilisation de questionnaires ou de tests préétablis. Parmi les médecins généralistes prenant en charge des patients Alzheimer, 15,2 % (n = 147) déclarent ainsi utiliser des questionnaires préétablis pour évaluer la mémoire ou les troubles cognitifs.

TABLEAU I

Facteurs associés au suivi de dix patients Alzheimer ou plus[a] au cours des douze derniers mois (n = 925)

	OR ajustés	IC à 95 %
Sexe		
Femmes (réf.)	1	
Hommes	1,8***	1,3 ; 2,6
Âge		
40 ans et moins (réf.)	1	
41 à 50 ans	1,0	0,6 ; 1,6
51 ans et plus	1,1	0,7 ; 1,7
Taille de l'agglomération ou unité urbaine		
Moins de 2 000 habitants (réf.)	1	
De 2 000 à 20 000 habitants	0,8	0,5 ; 1,2
De 20 000 à 100 000 habitants	0,7	0,4 ; 1,1
Plus de 100 000 habitants	0,7*	0,4 ; 1,0
Agglomération parisienne	0,7	0,4 ; 1,2
Nombre d'actes par jour		
20 actes ou moins (réf.)	1	
21 actes ou plus	1,7***	1,3 ; 2,4
Nombre de jours par semaine au cabinet		
De 1 à 4 jours (réf.)	1	
De 5 à 7 jours	1,1	0,8 ; 1,7
Pratique d'un mode d'exercice particulier		
Régulièrement ou systématiquement (réf.)	1	
Occasionnellement	1,5*	1,0 ; 2,3
Jamais	2,1***	1,4 ; 3,1
Part de la clientèle avec la CMU		
Moins de 2 % (réf.)	1	
Entre 2 % et 4 %	0,8	0,5 ; 1,2
Entre 5 % et 9 %	0,9	0,6 ; 1,4
10 % ou plus	0,6*	0,4 ; 0,9
Participation à un réseau de gériatrie		
Non (réf.)	1	
Oui	2,0*	1,1 ; 3, 6

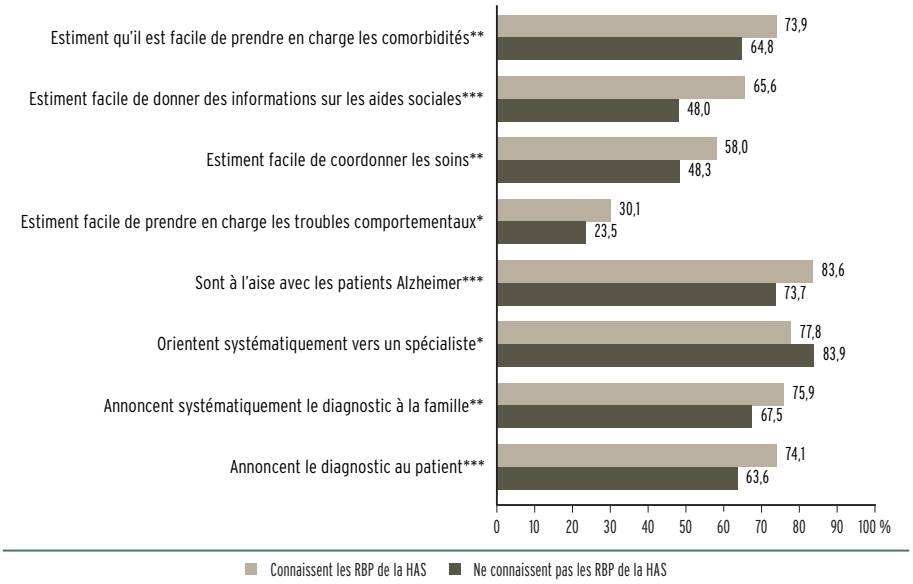
* : p<0,05 ; *** : p<0,001.

a. Ont été introduites dans le modèle les variables significativement associées au seuil de 5 % lors des analyses bivariées, ainsi que l'âge et le sexe.

Près des trois quarts (70,8 %) des médecins ayant suivi au moins un patient Alzheimer au cours de la dernière année annoncent « *systématiquement* » le diagnostic à la famille de leur patient, alors qu'ils ne sont que 8,3 % à déclarer le faire « *systématiquement* » pour le patient **[figure 3]**. Un tiers des médecins dit ne « *jamais* » annoncer le diagnostic au patient. Outre l'âge (les plus âgés étant moins enclins à annoncer le diagnostic aux patients que les médecins de moins de 40 ans), c'est le niveau de formation qui semble déterminer l'attitude des professionnels de premier recours face à l'annonce du diagnostic : avoir des activités de maître de stage ou de formateur, s'estimer suffisamment formé à l'annonce du diagnostic et connaître les recommandations de la HAS sont, en effet, les variables significativement

FIGURE 2

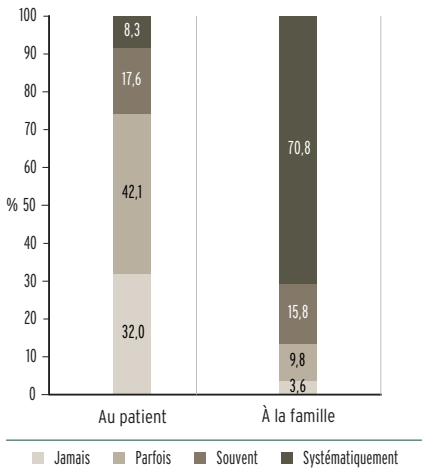
Attitudes et perceptions des médecins face à l'accompagnement des patients Alzheimer, selon le fait de connaître ou non les recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la Haute Autorité de santé (en pourcentage)



* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

FIGURE 3

Annonce du diagnostic au patient et à son entourage par le médecin généraliste (en pourcentage)



associées au fait d'annoncer le diagnostic au patient atteint de la maladie d'Alzheimer **[tableau II]**.

Parmi les médecins prenant en charge des patients Alzheimer, huit médecins généralistes sur dix déclarent les orienter systématiquement vers un spécialiste. Cette pratique est significativement plus importante chez les médecins n'ayant pas d'activité de maître de stage ou de formateur (OR = 1,7 ; IC à 95 % = 1,2-2,5), estimant avoir suffisamment de collaboration avec le domaine médical (OR = 1,6 ; IC à 95 % = 1,1-2,3). Elle varie également en fonction du type de pratique éducative déclarée par les médecins : l'orientation vers un spécialiste est plus fréquente parmi celles et ceux qui, pour ce type d'activité éducative, déclarent orienter leurs patients (OR = 1,6 : IC à 95 % = 1,1-2,3), mais aussi auprès des médecins qui déclarent informer

TABLEAU II

Facteurs associés au fait d'annoncer le diagnostic au patient[a] (n = 951)

	OR	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (réf.)	1	
Femmes	1,0	0,7 ; 1,4
Âge		
40 ans et moins (réf.)	1	
41 à 50 ans	0,7	0,4 ; 1,2
51 ans et plus	0,4***	0,2 ; 0,6
Activités de maître de stage ou de formateur		
Oui (réf.)	1	
Non	0,6**	0,4 ; 0,8
Annoncer le diagnostic à la famille		
Parfois ou jamais (réf.)	1	
Systématiquement ou souvent	1,9***	1,4 ; 2,7
Estimer être suffisamment formés à l'annonce du diagnostic		
Non (réf.)	1	
Oui	1,8***	1,3 ; 2,4
Connaître les RBP de la Haute Autorité de santé		
Non (réf.)	1	
Oui	1,4*	1,1 ; 1,9

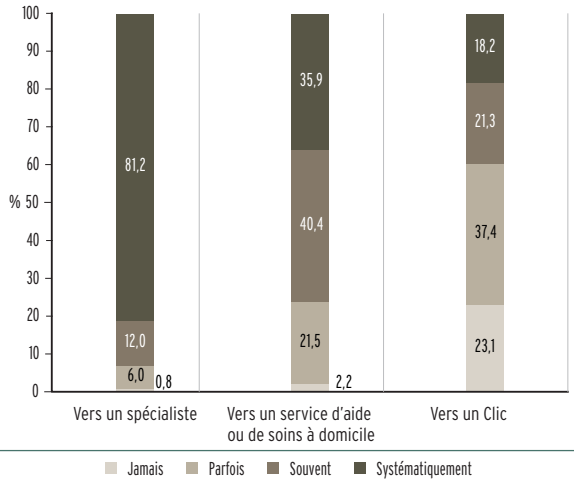
* : p<0,05 ; ** : p<0,01; *** : p<0,001.
a. Ont été introduites dans le modèle les variables significativement associées au seuil de 5 % lors des analyses bivariées, ainsi que le sexe et l'âge.

et conseiller leurs patients (OR = 2,3 ; IC à 95 % = 1,1-4,8). Enfin, l'orientation systématique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vers des spécialistes est significativement associée à l'annonce du diagnostic auprès de l'entourage (OR = 1,6 ; IC à 95 % = 1,1-2,4) ; elle est, par ailleurs, corrélée à un nombre de patients suivis inférieur à dix par an (OR = 1,8 ; IC à 95 % = 1,3-2,6).

Deux autres formes d'orientation ont été également explorées, qui concernent davantage l'accompagnement paramédical et social de la maladie et qui sont moins systématiques **[figure 4]** : 76,3 % des médecins généralistes suivant des patients Alzheimer déclarent ainsi orienter ces personnes « *systématiquement* » ou « *souvent* » vers un service d'aide et de soins à domicile, et 39,5 % vers un centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic). Les deux pratiques sont significativement corrélées entre elles (p<0,001), y compris lorsque l'on prend en compte l'effet d'autres variables. La référence à un service de soins ou d'aide est en outre plus fréquente quand les médecins orientent également leurs patients vers d'autres intervenants pour des activités d'éducation pour la santé (OR = 1,6 ; IC à 95 % = 1,1-2,2) ; la probabilité d'avoir ce type de pratique est d'autant plus élevée que les médecins éprouvent de la facilité à gérer différentes dimensions de l'accompagnement (OR = 1,2 ; IC à 95 % = 1,0-1,3). Concernant l'orientation vers un Clic, elle est significativement plus fréquente chez les femmes (OR = 2,2 ; IC à 95 % = 1,6-3,0), les médecins les plus âgés (OR = 1,6 ; IC à 95 % = 1,0-2,5), celles et ceux qui participent à un réseau de santé (OR = 1,4 ;

FIGURE 4

Orientation par les médecins généralistes des patients Alzheimer vers différents services spécialisés (en pourcentage)



IC à 95 % = 1,0-1,8) et à une association de prévention (OR = 1,6 ; IC à 95 % = 1,1-2,4).

DIFFICULTÉS ET NIVEAU DE FORMATION PERÇUS

Parmi les médecins généralistes comptant des patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans leur clientèle, plus des trois quarts s'estiment « *tout à fait* » (19,7 %) ou « *plutôt* » (58,0 %) à l'aise dans leurs relations avec ces patients. Le sentiment de « malaise » (22,3 %) est significativement associé à un type de pratique moins collaboratif : dans des analyses multivariées, il est ainsi moins fréquent chez les médecins généralistes participant à un réseau de santé, ayant des activités de maître de stage, mettant en œuvre des activités éducatives et estimant avoir suffisamment de collaboration dans le domaine social **[tableau III]**. Les relations avec les patients Alzheimer sont également perçues plus négativement par les médecins suivant annuellement moins de dix personnes atteintes de cette pathologie et par celles et ceux qui s'estiment insuffisamment formés.

Interrogés sur le degré de difficulté à gérer certains aspects de l'accompagnement des patients atteints de maladie d'Alzheimer, près de sept médecins généralistes sur dix (68,4 %) déclarent qu'il est facile de prendre en charge les comorbidités ; ils sont partagés quant à la coordination des soins et des aides (52,2 % déclarant cette activité facile), tout comme sur l'information sur les aides sociales disponibles (55,5 %). Les troubles comportementaux sont difficiles à prendre en charge pour 73,7 % des médecins **[figure 5]**.

Sur toutes les dimensions considérées, une évaluation favorable est associée à un niveau de formation perçu élevé et à une appréciation positive des relations aux patients Alzheimer. À l'exception de ces similitudes, les profils des médecins varient selon les différents aspects de la prise en charge. Ainsi, les professionnels satisfaits

TABLEAU III

Facteurs associés à un sentiment de malaise dans les relations aux patients Alzheimer[a] (n = 903)

	OR ajustés	IC à 95 %
Sexe		
Hommes	1	
Femmes	1,2	0,8 ; 1,8
Âge		
40 ans et moins	1	
41 à 50 ans	1,5	0,8 ; 2,8
51 ans et plus	2,5***	1,4 ; 4,5
Participation à un réseau de santé		
Oui	1	
Non	1,5*	1,0 ; 2,1
Activités de maître de stage ou de formateur		
Oui	1	
Non	1,8*	1,1 ; 2,9
Mise en œuvre d'activités éducatives		
Systématiquement/souvent	1	
Parfois ou jamais	1,6*	1,1 ; 2,3
Estimer avoir suffisamment de collaboration dans le domaine social		
Oui	1	
Non	2,3**	1,4 ; 3,8
Suivre plus de dix patients Alzheimer		
Oui	1	
Non	3,0***	1,9 ; 4,7
Annoncer le diagnostic à la famille		
Systématiquement ou souvent	1	
Parfois ou jamais	1,8**	1,3 ; 2,7
Niveau perçu de formation[b]		
De 0- insuffisant (réf.) à 4- suffisant	0,7***	0,6 ; 0,8

* : p<0,05 ; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

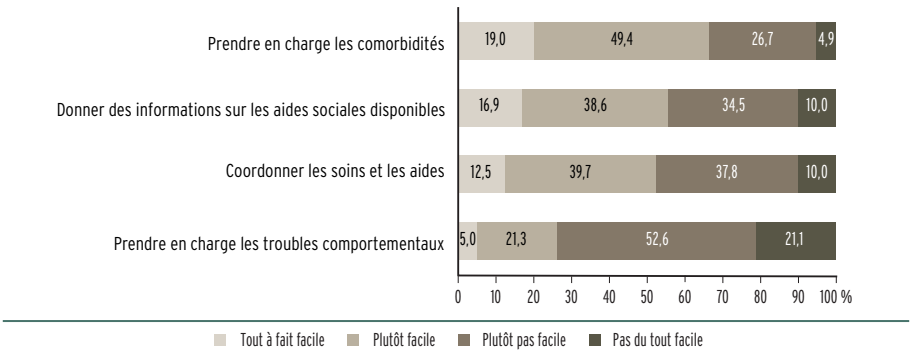
a. Ont été introduites dans le modèle les variables significativement associées au seuil de 5 % lors des analyses bivariées, ainsi que l'âge et le sexe.

b. Construction de cet indicateur page suivante.

par l'exercice de leur profession (OR = 1,5 ; IC à 95 % = 1,0-2,1), qui orientent leurs patients vers des activités éducatives (OR = 1,4 ; IC à 95 % = 1,1-1,9), qui estiment avoir suffisamment de collaboration avec le domaine social (OR = 2,4 ; IC à 95 % = 1,7-3,5) ont plus de chances d'estimer qu'il est facile de coordonner les soins et les aides ; ces médecins sont plus enclins à annoncer de façon systématique le diagnostic à l'entourage du patient (OR = 1,7 ; IC à 95 % = 1,2-2,3), à ne pas orienter systématiquement leurs patients Alzheimer vers un spécialiste (OR = 1,8 ; IC à 95 % = 1,3-2,6), mais plus disposés à les référer à un service d'aide ou de soins à domicile (OR = 1,5 ; IC à 95 % = 1,1-2,1). Une collaboration suffisante dans le domaine social et une référence vers le service d'aide ou de soins à domicile sont également associées, dans des analyses multivariées spécifiques, à une évaluation positive de la prise en charge des comorbidités ainsi qu'à la transmission d'informations sur les aides sociales disponibles.

FIGURE 5

Difficulté perçue par les médecins généralistes, selon différents aspects de l'accompagnement de patients Alzheimer (en pourcentage)

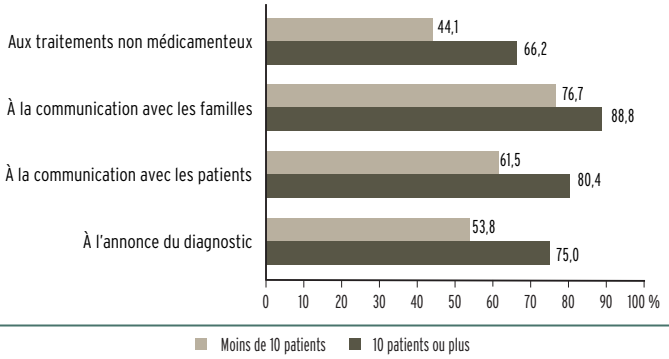


Huit praticiens interrogés sur dix (80,7 %) s'estiment suffisamment formés à la communication avec les familles, 67,9 % à la communication avec les patients, 60,8 % à l'annonce du diagnostic et 51,8 % aux traitements non médicamenteux de la maladie d'Alzheimer. À partir de ces quatre items, il est possible de construire un score pour appréhender le niveau de formation perçu des médecins généralistes ; ce score varie entre 0 (formation perçue comme insuffisante sur tous les aspects) et 4 (formation perçue comme suffisante sur tous les aspects) ; l'alpha de Cronbach est de 0,7. Le score moyen obtenu est de 2,6 (écart type : 1,4). Plus du tiers des médecins interrogés (36,5 %) s'estiment suffisamment formés sur les quatre dimensions considérées et 26,6 % sur trois dimensions. Un médecin sur dix environ (13,1 %) se déclare insuffisamment formé sur l'ensemble des dimensions.

Les hommes sont en proportion plus nombreux que leurs collègues femmes à s'estimer suffisamment formés à l'annonce du diagnostic (OR = 1,5 ; IC à 95 % = 1,0-2,0) et à la communication avec les patients (OR = 1,5 ; IC à 95 % = 1,1-2,1). L'âge module les perceptions des médecins à l'égard de leur niveau de formation à l'annonce du diagnostic et aux traitements non médicamenteux : plus les médecins sont âgés, plus ils sont enclins à s'estimer suffisamment formés à ces aspects. Le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer suivis par an influence également favorablement l'évaluation subjective par le médecin de son niveau de formation : les professionnels comptant dans leur clientèle dix patients Alzheimer ou plus sont plus nombreux à s'estimer suffisamment formés sur l'ensemble des aspects considérés **[figure 6]**.

FIGURE 6

Proportion de médecins généralistes déclarant être suffisamment formés à différents aspects de l'accompagnement des patients Alzheimer, selon le nombre de ces patients suivis au cours des douze derniers mois (en pourcentage)



DISCUSSION

Le médecin généraliste est, en France, un acteur central de l'accompagnement des patients Alzheimer et de leur entourage. Comme le montrent les résultats de cette enquête, une majorité de praticiens interrogés a suivi, durant la dernière année, au moins une personne atteinte de cette pathologie. Certes, la forme de la prise en charge varie, certains médecins étant plus enclins à proposer une aide non seulement spécialisée mais également médico-sociale, d'autres étant moins à l'aise dans leurs relations avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et dans les aspects médicaux ou médico-sociaux de l'accompagnement. Ces différences s'expliquent surtout par le type de pratique des médecins, ainsi que par leur expérience et leurs connaissances vis-à-vis de cette pathologie. Elles se retrouvent dans d'autres enquêtes : comparés à des médecins généralistes, les spécialistes manifestent ainsi une plus grande confiance à l'égard de leurs capacités diagnostiques et d'accompagnement **[19]** ; certains critères sociodémographiques, comme l'âge ou le sexe, influencent également l'attitude des médecins à l'égard du diagnostic ou de la thérapeutique **[19-21]**.

Un des aspects les mieux étudiés de l'accompagnement des malades déments en médecine générale concerne l'annonce du diagnostic, qui pose aux professionnels de santé une série de questions éthiques et pratiques **[13]**. Les experts réunis par la HAS recommandent d'annoncer le diagnostic au patient en adoptant une approche segmentée et respectueuse des représentations et des souhaits de la personne et de son entourage **[18]**. L'enquête ne permet pas d'évaluer la mise en place de cette approche par le médecin généraliste, ni de savoir les termes utilisés pour aborder la pathologie en consultation. Elle confirme la divergence de pratiques selon que le médecin s'adresse à l'entourage ou au patient en personne, écart relevé dans d'autres enquêtes en France et à l'étranger **[13, 14, 21]**. Dans une enquête récente réalisée par la Fondation Médéric

Alzheimer (FMA) auprès de 1 406 médecins généralistes d'Auvergne, des Pays de la Loire et de Poitou-Charentes, un tiers des médecins estime que l'annonce du diagnostic pose problème **[22]**, ce qui va dans le sens des résultats concernant la formation retrouvés dans notre enquête.

Un point d'achoppement concerne les traitements non médicamenteux, sur lesquels la moitié des médecins interrogés s'estime insuffisamment formée. Dans l'enquête de la FMA, les troubles du comportement constituent un motif de difficultés pour 75 % des médecins, devant l'hygiène (69 %) et l'entrée en institution (69 %). Ici aussi, l'information et la formation semblent importantes : les médecins généralistes connaissant les recommandations de la HAS se sentent moins dépourvus sur cet aspect-là.

La coordination des soins et des aides ne semble pas poser de problèmes pour les médecins généralistes interrogés dans le cadre du Baromètre santé. Les relations avec les spécialistes sont quasiment systématiques pour ces patients ; en revanche, une moitié des médecins seulement réfère ses malades vers des services de soins et d'aide, et quatre médecins sur dix vers des centres locaux d'information et de coordination gérontologique. Les médecins estiment-ils que cet accompagnement n'est pas utile pour leurs patients ? Méconnaissent-ils ces services ou organismes ? Selon l'enquête de la FMA **[22]**, les deux tiers des médecins connaissent l'existence des dispositifs d'accompagnement dans leur région, mais de fortes divergences existent entre les régions et le type de dispositif concerné. Ils sont la même proportion à estimer parvenir à bien coordonner l'accompagnement des malades d'Alzheimer.

Cette enquête s'est déroulée avant la mise en place du dispositif d'annonce et d'accompagnement prévu dans le Plan Alzheimer **[17]** et avant l'expérimentation sur le territoire français de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia) et de gestionnaires de cas prévus pour faciliter la coordination des soins et simplifier le parcours du malade dans les dispositifs médico-sociaux et sanitaires. Ces différentes mesures, expérimentales ou non, auront sans doute des conséquences sur les perceptions et connaissances des médecins à l'égard de leur rôle et de leurs pratiques.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

[1] Rolland C. *L'accompagnement et la prise en charge des malades d'Alzheimer en Midi-Pyrénées. Les besoins et les attentes des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs proches. Les points de vue de la demande et de l'offre* [rapport]. Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (Orsmip), 2005 : 42 p.
En ligne : http://www.orsmip.org/tlc/documents/alz_rapport_1.pdf

[2] Koch T., Iliffe S. for the Evidem Programme. The role of primary care in the recognition of and response to dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2010, vol. 14, n° 2 : p. 107-109.
En ligne : http://www.springerlink.com/content/7w536x0p3767k4v1/fulltext.pdf

[3] Blanchard F., Morrone I., Ploton L., Novella J.-L. Une juste distance pour soigner ? Ou savoir se rendre proche avec respect. *Gérontologie et Société,* septembre 2006, n° 118 : p. 19-26.

[4] Mantovani J., Rolland C., Delarue M., Cayla F. *L'accompagnement et la prise en charge des malades d'Alzheimer en Midi-Pyrénées. Les points de vue de la demande et de l'offre. Synthèse pour une mise en débat* [rapport]. Orsmip, 2005 : 16 p.
En ligne : http://www.orsmip.org/tlc/documents/alz_rapport_3.pdf

[5] Somme D., Trouvé H., De Stampa M., Périsset C., Dupont O. Intégration et gestion de cas : évolution des dispositifs de réponse à la perte d'autonomie dans le cadre du plan national Alzheimer. *Le Concours médical*, 2010, vol. 132, n° 2 : p. 58-61.

[6] Guisset-Martinez M.-J. *Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : nouvelle donne.*

Repères pour des pratiques professionnelles. Paris : Fondation Médéric Alzheimer, 2006 : 168 p.

[7] Fantino B., Wainsten J.-P., Bungener M., Joublin H., Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Santé publique,* 2007, vol. 19, n° 3 : p. 241-252.

[8] Thomas P. Le généraliste et l'entourage du patient atteint de la maladie d'Alzheimer. *Le Quotidien du médecin*, 2005, n° 7702, pages spéciales : 8 p.

[9] Caton J., Olaya E., Atayi D., Barbedienne P. *Prise en charge à domicile par le médecin généraliste des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Enquête auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes* [rapport]. Union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes, 2005 : 65 p. En ligne : http://www.urmlra.org/srt/urmlra/search?location.id:=1404&id=86&keyword=alzheimer&srch=true

[10] Rimmer E., Wojciechowska M., Stave C., Sganga A., O'Connell B. Implications of the Facing Dementia Survey for the general population, patients and caregivers across Europe. *International Journal of Clinical Practice,* 2005, vol. 59, suppl. 146 : p. 17-24.

[11] Pin Le Corre S., Benchiker S., David M., Deroche C., Louassarn S., Scodellaro C. Perception sociale de la maladie d'Alzheimer : les multiples facettes de l'oubli. *Gérontologie et Société*, 2009, n° 128/129 : p. 75-88.

[12] Scodellaro C., Pin Le Corre S., Deroche C. Représentations sociales de la maladie d'Alzheimer. Une revue de la littérature. *Actualités et Dossiers en santé publique*, décembre 2008, n° 65 : p. 36-38. En ligne : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/65/ad653638.pdf

[13] Gordon M., Goldstein D. Alzheimer's disease : to tell or not to tell. *Canadian Family Physician, Le Médecin de famille canadien*, 2001, vol. 47 : p. 1803-1809. En ligne : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2018574/pdf/11570306.pdf

[14] Cantegreil-Kallen I., Lieberherr D., Garcia A., Cadilhac M., Rigaud A.-S., Flahaut A. La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. *La Revue de médecine interne*, 2004, vol. 25, n° 8 : p. 548-555.

[15] Grosclaude M. Soignants en gériatrie et maladie d'Alzheimer : savoirs, représentations et usages, à partir d'une enquête. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement,* 2007, vol. 5, n° 2 : p. 139-152. En ligne : http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/pnv/e-docs/00/04/30/6E/article.phtmlou http://www.jle.com/fr/revues/medecine/pnv/e-docs/00/04/30/6E/telecharger.phtml?code_langue=fr&format=application/pdf&titre=Version%20PDF

[16] Trichet Llory V., Mahieux F. L'annonce au patient du diagnostic de maladie d'Alzheimer : enquête auprès de médecins exerçant en consultation mémoire. *La Revue de gériatrie*, 2005, vol. 30, n° 8 : p. 539-546.

[17] Ministère de la Santé et des Sports. *Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012*. Paris : ministère de la Santé et des Sports, 2008 : 84 p. En ligne : http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf

[18] Haute Autorité de santé (HAS). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées* [recommandations]. Saint-Denis : HAS, 2008 : 40 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_668822/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-maladie-d-alzheimer-et-des-maladies-apparentees

[19] Kaduszkiewicz H., Bachmann C., Van den Bussche H. Telling "the truth" in dementia: do attitude and approach of general practitioners and specialists differ? *Patient Education and Counseling,* 2008, vol. 70, n° 2 : p. 220-226.

[20] Turner S., Iliffe S., Downs M., Wilcock J., Bryans M., Levin E., *et al.* General practitioners'knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing,* 2004, vol. 33, n° 5 : p. 461-467.

[21] Tarek M.E., Segers K., Van Nechel C. What Belgian neurologists and neuropsychiatrists tell their patients with Alzheimer Disease and why: a national survey. *Alzheimer Disease & Associated Disorders,* 2009, vol. 23, n° 1 : p. 33-37.

[22] Aquino J.-P., Fontaine D. Médecins généralistes libéraux et médecins coordonnateurs en EHPAD : des réponses de proximité pour une prise en charge au long cours. *La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, novembre 2009, n° 12 : 12 p. En ligne : http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/fre/content/download/121/595/file/FMA_LETTRE_OBSERVATOIRE_N12.pdf

Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale

Le pourcentage de généralistes libéraux de secteur 1 exerçant en cabinet de groupe est passé de 43 % à 54 % en dix ans. Cette augmentation est essentiellement liée à l'augmentation du taux de regroupement des médecins les plus jeunes. Ainsi, alors que les généralistes de moins de 40 ans étaient près de la moitié à exercer dans un cabinet de groupe en 1998, cette proportion dépasse maintenant les trois quarts.

La forme prise par le regroupement des généralistes ne s'est, en revanche, pas modifiée. Ainsi, les jeunes médecins comme leurs aînés continuent en 2009 à privilégier l'exercice dans des cabinets exclusivement médicaux (74 % des généralistes). Toutefois, ils exercent dans des groupes comportant un peu plus de médecins (3,2 médecins pour les généralistes de 40 ans et moins *vs* 2,2 généralistes pour ceux de plus de 50 ans), bien que restant de taille modeste. Les médecins qui exercent dans les groupes pluridisciplinaires, qui associent médecins généralistes et paramédicaux, privilégient les structures de plus grande taille puisque les trois quarts d'entre elles comportent cinq professionnels ou plus.

L'étude met en évidence un effet du regroupement sur la transformation du rythme de travail quotidien des médecins généralistes, sans pour autant modifier le niveau de leur activité sur la semaine. Ainsi, les généralistes exerçant en groupe travaillent plus souvent moins de cinq jours par semaine dans le cadre libéral mais, chaque jour travaillé, ils pratiquent davantage d'actes. Ils n'utilisent pas le temps ainsi libéré à une autre activité médicale en dehors du cabinet puisqu'ils n'en pratiquent pas plus souvent que les médecins en cabinet individuel. Ils peuvent, en revanche, utiliser une partie de ce temps pour suivre des formations, puisqu'ils déclarent plus souvent y participer.

Si globalement le niveau d'activité hebdomadaire ne diffère pas entre généralistes travaillant en cabinet individuel ou en groupe, l'analyse détaillée par type de groupe met en évidence une activité journalière et hebdomadaire plus importante des généralistes exerçant en cabinet pluridisciplinaire par rapport à leurs confrères en cabinet médical, alors que le nombre de jours travaillés reste similaire.

L'existence de dossiers patients informatisés tend à s'étendre de plus en plus. Ainsi, 84 % des généralistes interrogés exerçant en groupe disent les utiliser *versus* 74 % des généralistes exerçant en cabinet solo.

Toutes choses égales par ailleurs, les généralistes qui travaillent en groupe sont plus souvent favorables à la vaccination des patients et sont eux-mêmes plus souvent vaccinés contre la grippe et l'hépatite B que les médecins exerçant isolément. Ils s'accordent à dire qu'il leur faudrait plus de temps pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation et, d'autre part, qu'ils rempliraient mieux ces missions s'ils pouvaient déléguer certaines de ces activités. Enfin, les médecins exerçant en groupe se déclarent nettement moins souvent à l'aise dans la relation avec les patients atteints de maladie d'Alzheimer que les autres praticiens, respectivement dans 15 % et 25 % des cas. De même, ils considèrent moins souvent qu'il est facile de prendre en charge les troubles comportementaux de ces patients ainsi que la coordination des soins et des aides.

Au total, l'exercice en groupe des médecins généralistes semble relativement peu influencer leurs comportements de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé. Dans ces domaines, il n'est apparu aucune différence entre les médecins exerçant en cabinets de groupes pluridisciplinaires et ceux exerçant en cabinets de groupes médicaux. Il est cependant possible que, si lors d'une prochaine étude on venait à distinguer de manière fine les différentes modalités de regroupement, et notamment la nature des coopérations entre professionnels de santé au sein des groupes, les conclusions puissent différer selon ces niveaux de coopération.

Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale

Isabelle Évrard
Yann Bourgueil
Philippe Le Fur
Julien Mousquès
François Baudier

INTRODUCTION

En France, la pratique de groupe en médecine générale sous des formes diverses est soutenue et encouragée par de multiples mesures et annonces publiques : création du statut de collaborateur libéral **[1]** ; adoption d'une incitation financière à la pratique de groupe en zone éligible par le plan de démographie médicale en 2007 **[2]** ; définition des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires et expérimentation de nouveaux modes de rémunération pour des maisons de santé, pôles de santé et centres de santé volontaires **[3]** ; annonce de la création de 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur trois ans **[4]**. L'exercice en maisons de santé pluri-professionnelles semble se positionner comme une voie d'avenir de l'exercice médical en ambulatoire **[5, 6]**. Il favoriserait le maintien d'une offre de santé sur les territoires aujourd'hui défavorisés, en termes d'offre de soins et services de santé, en améliorant les conditions d'exercice et le cadre de travail.

Du point de vue des médecins, l'exercice en groupe paraît répondre aux souhaits des plus jeunes dans la mesure où il leur donnerait la possibilité de ne pas exercer isolément et de mieux concilier l'exercice libéral et la maîtrise des horaires de travail. En outre, le regroupement permettrait d'améliorer la globalité et la qualité des soins et des services rendus, notamment en s'appuyant sur l'aide d'un secrétariat et l'utilisation de systèmes d'information.

La connaissance de l'exercice en groupe, son importance, sa dynamique et ses effets dans le contexte français restent parcellaires. On sait que le taux de médecins exerçant en groupe (au moins deux médecins dans un même cabinet) est en augmentation constante depuis plus d'une vingtaine d'années, passant d'un peu moins de 30 % au début des années 1980 à un peu plus de 44 % en 2002 **[7]**. Le regroupement semble recouvrir des formes collectives d'exercice qui varient en termes d'implantation, de

taille, de composition et de statut juridique. Les groupes sont principalement monodisciplinaires, de petite taille, plus implantés dans le grand Ouest et concernent avant tout les spécialités les plus techniques **[7]**. Ainsi, la médecine générale se situerait légèrement en dessous de la moyenne des professions médicales avec environ 40 % de médecins regroupés, ce qui positionne la France en deçà de la proportion trouvée dans la plupart des pays européens **[8]**. Des études, menées à l'échelon régional, confirment ces éléments et montrent également la variabilité des degrés de coopération des professionnels (du simple partage des moyens et des charges à des formes très intégrées), l'impact sur la consommation de soins des patients ou le temps de travail et l'activité des médecins, ou encore sur la qualité de la prise en charge et du suivi des patients **[9-11]**.

Outre le fait que les derniers chiffres sur le regroupement datent de l'exercice 2002 **[7]**, les données administratives sur les professionnels de santé ne permettent pas de documenter de façon robuste le regroupement (Ordre des médecins, État, Assurance maladie). De plus, les liens entre le regroupement et l'activité des médecins ou la qualité des soins n'ont jusqu'à présent pas donné lieu à des travaux sur des échantillons représentatifs au niveau national.

MÉTHODE

Le groupe est défini par la présence sur un même lieu d'exercice d'au moins deux professionnels de santé, quelle que soit la forme juridique du cabinet. Les médecins généralistes qui exercent dans des cabinets de groupe partagent leur lieu d'exercice soit uniquement avec d'autres médecins – on parle dans ce cas de groupes médicaux – soit avec d'autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux confondus – on parle alors de groupes pluridisciplinaires.

L'analyse a été réduite aux réponses apportées par les médecins généralistes de secteur 1 **[tableau I]**. En effet, étant donné le faible nombre de médecins généralistes de secteur 2 (11 % des médecins interrogés), il n'a pas été possible d'étudier le regroupement pour cette catégorie spécifique qui se distingue par : un âge moyen plus élevé des médecins suite au « gel » du secteur 2 en 1990 (80 % sont âgés de 50 ans et plus *vs* 51 % en secteur 1), des modes d'exercice particulier exclusifs plus fréquents (25 % *vs* 3 %), une implantation géographique plus répandue en Île-de-France (34 % *vs* 12 %) et une installation en cabinet de groupe moins fréquente (33 % *vs* 54 %).

Pour étudier l'évolution du taux de regroupement des médecins généralistes à partir d'estimations produites à trois dates différentes en éliminant les biais éventuellement introduits par le processus d'enquête, les estimations du pourcentage de médecins exerçant en cabinets de groupe ont été effectuées après redressement sur le sexe, l'âge, la région d'exercice et le secteur d'activité. La méthode utilisée, le calage sur marge, fait coïncider la structure de l'échantillon avec celle de la population de médecins généralistes donnée par le Système national inter-régimes (Snir)[1], tout en permettant de contrôler, dans une certaine mesure, les biais introduits par le refus de réponse **[12]**. Les taux de regroupement obtenus avant et après pondération sont extrêmement proches.

Les liens entre caractéristiques des médecins généralistes et exercice en groupe ont été analysés en construisant un modèle de régression logistique dans lequel la variable à expliquer est le cabinet de groupe opposé au cabinet individuel. L'étude des liens entre les éléments d'organisation du travail relevés dans le questionnaire et l'exercice en groupe a, quant à elle, été effectuée en construisant plusieurs modèles de régression logistique. Cette fois-ci, il s'agit d'étudier des élé-

1. Snir : statistiques établies par les régimes obligatoires d'Assurance maladie comportant notamment le dénombrement des professionnels de santé libéraux.

TABLEAU I

Caractéristiques générales de l'échantillon de médecins généralistes libéraux de secteur 1 (n = 1855)

	Effectifs	Pourcentages non pondérés
Sexe		
Hommes	1 282	69,1
Femmes	573	30,9
Âge		
40 ans et moins	292	15,7
41 à 50 ans	622	33,5
Plus de 50 ans	941	50,7
Taille de l'agglomération		
Moins de 2 000 habitants	398	21,5
De 2 000 à 20 000 habitants	411	22,2
De 20 000 à 100 000 habitants	245	13,2
Plus de 100 000 habitants	616	33,2
Agglomération parisienne	185	10,0
Pratique d'un mode d'exercice particulier		
Systématiquement	54	2,9
Régulièrement	311	16,8
Occasionnellement	862	46,5
Jamais	627	33,8
Ne se prononce pas	1	0,1
Région téléphonique		
Île-de-France	216	11,6
Nord-Ouest	335	18,1
Nord-Est	461	24,9
Sud-Est	554	29,9
Sud-Ouest	289	15,6
Type de cabinet		
Cabinet individuel	844	45,5
Cabinet de groupe, dont	1 007	54,3
Groupe médical	*742*	*40,0*
Groupe pluridisciplinaire	*265*	*14,3*
Ne se prononce pas	4	0,2

ments sur lesquels on pense que la pratique en cabinet de groupe peut avoir eu une certaine influence, sachant que le sens des « influences » n'est pas toujours très clair (par exemple, est-ce qu'un praticien va travailler moins de jours dans la semaine parce qu'il sera installé dans un cabinet de groupe ou, parce qu'il souhaite travailler peu de jours dans la semaine, un praticien va-t-il s'installer dans un cabinet de groupe ?). Les facteurs à expliquer sont donc les éléments d'organisation, l'exercice en groupe ou en cabinet individuel étant cette fois-ci considéré comme un facteur explicatif.

Enfin, l'analyse des liens entre les opinions et les pratiques déclarées par les médecins généralistes et l'exercice en groupe a été effectuée en deux temps. Des tests de chi-deux, non présentés dans les résultats, ont permis de repérer les variables potentiellement liées à l'exercice en groupe. De nouveau, l'exercice en groupe opposé à l'exercice en cabinet individuel est considéré comme un facteur explicatif. Ensuite, il a été tenu compte de l'influence des facteurs de confusion potentielle en utilisant des modèles de régression logistique et les résultats présentés correspondent aux variables pour lesquelles l'influence de la pratique en groupe demeurait significative.

À l'occasion de la réalisation du Baromètre santé médecins généralistes 2009, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), notamment dans le cadre de l'équipe de recherche Prospere[1] (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours), se sont associés pour estimer l'importance du regroupement des médecins généralistes libéraux de secteur 1[2] exerçant en ambulatoire, ses caractéristiques et ses liens avec l'activité des médecins ainsi que leurs opinions, pratiques de dépistage et de prévention.

Le premier objectif de ce chapitre est de décrire l'importance, le type et l'évolution du regroupement des professionnels de santé en médecine générale. L'analyse porte notamment sur le type de regroupement, soit pluridisciplinaire (associant des généralistes et des professionnels paramédicaux), soit uniquement médical, ainsi que sur les éléments relatifs au temps de travail et à l'activité des médecins.

Le second objectif est de comparer les formes d'exercice (individuel ou en groupe) avec les réponses des médecins relatives à leurs opinions et pratiques de dépistage et de prévention. L'hypothèse est qu'une pratique en groupe est plus orientée vers la prévention et l'éducation thérapeutique (partage d'informations plus récentes, projet du groupe, complémentarité des pratiques).

1. http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere/index.htm

2. Plus précisément, il s'agit de l'ensemble des omnipraticiens libéraux de secteur 1 comportant donc aussi bien les généralistes que les médecins à exercice particulier (Mep) comme les homéopathes et les acupuncteurs. Pour simplifier, le terme de généraliste est utilisé dans la suite du chapitre et le secteur d'activité n'est spécifié qu'en cas de confusion potentielle.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DE L'EXERCICE EN GROUPE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Une augmentation de l'exercice en groupe, notamment chez les plus jeunes

La proportion de médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe a régulièrement augmenté entre 1998 et 2009, passant de 42,9 % à 53,7 % **[figure 1]**[3]. Néanmoins, cette croissance s'est ralentie et elle est en moyenne deux fois plus faible sur la seconde période : + 1,6 point par an entre 1998 et 2003, puis + 0,8 point par an entre 2003 et 2009.

Ce ralentissement dans la progression du nombre total de généralistes exerçant en cabinet de groupe peut s'expliquer par deux phénomènes. En premier lieu, un basculement démographique entre 1998 et 2009, qui se traduit par une proportion de plus en plus grande des médecins de plus de 50 ans : ils représentent plus de la moitié des médecins interrogés en 2009 alors qu'ils représentaient à peine plus de 20 % en 1998. Dans cette classe d'âge, l'augmentation du taux de regroupement est très faible et stable (+ 0,6 point par an). L'augmentation de presque 11 points du taux de regroupement en médecine générale en dix ans reflète donc avant tout la progression considérable de l'installation en cabinet de groupe parmi les médecins les plus jeunes. En effet, chez les

3. Par commodité, nous datons les trois enquêtes auprès des médecins généralistes de l'Inpes en 1998, 2003 et 2009. En réalité, les terrains d'enquête se sont déroulés respectivement en : novembre-décembre 1998, novembre 2002-janvier 2003, novembre 2008-janvier 2009.

médecins généralistes de moins de 40 ans, le taux de regroupement atteint pratiquement 80 % en 2009, avec une hausse de 28 points en dix ans. Ce niveau très élevé de regroupement ne peut que tendre à se stabiliser car il est vraisemblable qu'il soit proche du seuil d'installation spontanée en cabinet de groupe parmi les jeunes médecins ; c'est là la seconde explication au ralentissement de la progression du taux de regroupement qui devra être vérifiée lors du prochain point de mesure.

Les généralistes se regroupent essentiellement dans des cabinets

Les trois quarts des médecins exerçant en groupe travaillent dans des cabinets composés exclusivement de médecins généralistes ou spécialistes. Ces cabinets médicaux sont de petite taille : près de la moitié d'entre eux ne comptent que deux praticiens et à peine 10 % dépassent quatre médecins **[figure 2]**. Cependant, la répartition de la taille des cabinets évolue en fonction de l'âge du médecin interrogé : si une minorité de médecins âgés de plus de 50 ans en 2009 exercent en cabinet de trois médecins ou plus (44 %), cette proportion passe à 52 % parmi les praticiens de 41 à 50 ans et à 63 % chez les plus jeunes. Ces derniers tendent donc à privilégier l'installation dans des cabinets médicaux comportant davantage de médecins que leurs confrères plus âgés.

Le quart des généralistes travaillant en groupe exercent dans les cabinets pluridisciplinaires (au moins un professionnel de santé paramédical). Ils pratiquent dans des structures de tailles extrêmement variables : exceptés les cabinets composés de deux professionnels qui sont très peu représentés, aucune composition en nombre de professionnels de santé ne se distingue **[figure 3]**. La répartition entre médecins et paramédicaux est également très fluctuante : cinquante-neuf combinaisons différentes ont été décrites par les médecins généralistes interrogés et seule-

FIGURE 1

Évolution du taux de regroupement des médecins généralistes de secteur 1 entre 1998 et 2009, selon l'âge (en pourcentage)

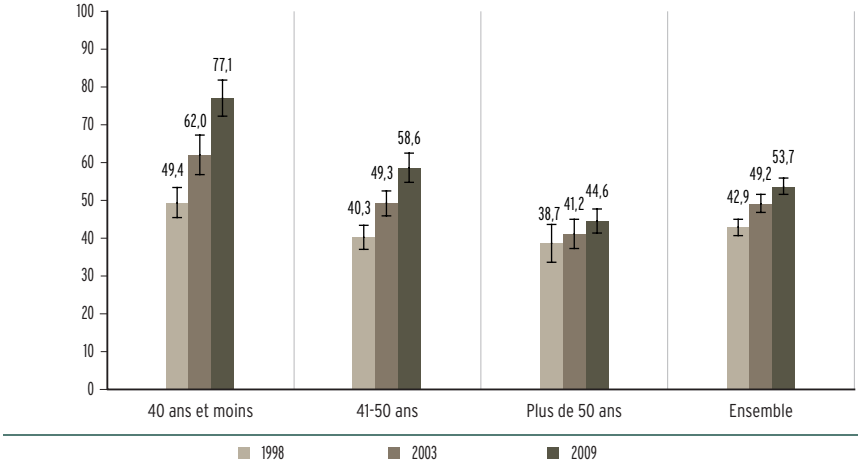


FIGURE 2

Répartition des médecins généralistes exerçant en groupe médical, selon la taille du groupe (en pourcentage)

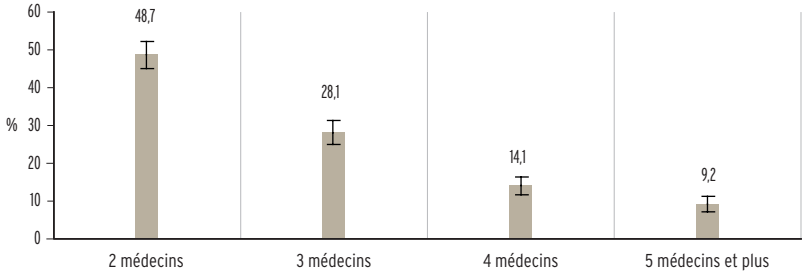
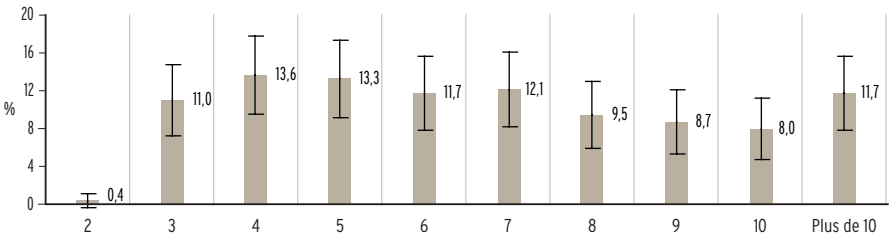


FIGURE 3

Répartition des médecins généralistes exerçant en groupe pluridisciplinaire, selon le nombre de professionnels de santé (en pourcentage)



ment trois d'entre elles représentent plus de 5 % des groupes : deux médecins et un professionnel paramédical (11 %), deux médecins et deux professionnels paramédicaux (9 %) et trois médecins et deux professionnels paramédicaux (6 %).

Contrairement à ce que nous avons observé dans les cabinets de groupes médicaux, il semble que les jeunes médecins ne s'installent pas plus dans les grandes structures pluridisciplinaires que leurs confrères plus âgés[4].

Des médecins exerçant en groupe proportionnellement plus jeunes

Conformément aux résultats de l'analyse de l'évolution du taux de regroupement, l'analyse des caractéristiques des médecins généralistes liées à l'exercice en groupe en 2009 montre une composante générationnelle très marquée et graduelle : les nouvelles générations de médecins exercent toujours plus en groupe **[tableau II]**. Le lieu d'installation joue également sur le choix d'exercer en groupe : les généralistes installés dans la moitié Ouest et dans des agglomérations d'au moins 2 000 habitants ont, toutes choses égales par ailleurs, une probabilité d'exercer en groupe plus élevée.

Si on observe une proportion plus importante de femmes exerçant en cabinet de

4. Cette constatation, qui repose sur des effectifs limités, est à interpréter avec prudence.

TABLEAU II

Caractéristiques des médecins généralistes de secteur 1 associées à l'exercice en cabinet de groupe

		Cabinet de groupe (N = 1850)		
	n	%	OR ajustés[a]	IC à 95 %
Sexe				
Hommes	1 277	51,1	1	
Femmes	573	61,6***	1,2	0,9 ; 1,5
Âge				
Plus de 50 ans	936	44,4	1	
41 à 50 ans	622	58,5	1,7***	1,4 ; 2,1
40 ans et moins	292	77,4***	4,1***	3,0 ; 5,6
Région				
Est et Île-de-France	1 229	50,7	1	
Ouest	621	61,7***	1,7***	1,4 ; 2,1
Taille de l'agglomération				
Moins de 2 000 habitants	397	48,4	1	
Plus de 2 000 habitants	1 453	56,0**	1,4**	1,1 ; 1,8
Pratique d'un mode d'exercice particulier				
Jamais	625	55,8	1,0	
Occasionnellement	862	54,2	0,9	0,7 ; 1,1
Systématiquement ou régulièrement	363	52,3	0,8	0,6 ; 1,1

** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

a. Régression logistique dans laquelle la variable dépendante est le type de cabinet (groupes, n = 1006 ; individuels, n = 844). Les facteurs explicatifs introduits dans ce modèle sont les caractéristiques des médecins généralistes qui peuvent avoir influencé le choix de travailler dans un cabinet de groupe (ou non), mais qui ne seront *a priori* pas modifiées par l'exercice en groupe.

groupe, cela est dû à une proportion plus importante de femmes dans les nouvelles générations. Le sexe et la pratique d'un mode d'exercice particulier (Mep) n'apparaissent pas liés à la pratique d'exercice en cabinet de groupe après ajustement.

La comparaison des mêmes caractéristiques chez les généralistes exerçant en groupes médicaux et ceux exerçant en groupes pluridisciplinaires montre peu de différence. Ainsi, les généralistes de moins de 40 ans installés en cabinet de groupe continuent comme leurs aînés à privilégier l'exercice en cabinets composés exclusivement de médecins. On note toutefois une préférence des femmes pour les cabinets strictement médicaux. En effet, presque huit femmes médecins généralistes sur dix exerçant en groupe sont dans un groupe médical, pour sept hommes sur dix. Cet effet persiste après ajustement sur l'effet de l'âge, de la région, de la taille de l'agglomération et de la pratique d' un Mep.

Une activité hebdomadaire globale identique, mais répartie différemment

Les médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe organisent différemment leur activité sur plusieurs points **[tableau III]**.

Ils concentrent leur activité en réalisant plus fréquemment davantage d'actes par jour travaillé mais en consacrant moins de jours ou demi-journées à leur activité libérale. Cependant, lorsque l'activité est

rapportée à la moyenne d'actes réalisés sur une semaine, le lien entre l'exercice en groupe et le volume d'activité disparaît. Il semble donc que les médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe ne se distinguent pas de leurs confrères par leur volume d'activité hebdomadaire mais par une gestion différente de leur temps de travail.

Malgré un nombre de jours ou demi-journées travaillés inférieur, les médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe ne déclarent pas plus souvent avoir d'autres activités médicales en dehors du cabinet. Néanmoins, ils semblent s'impliquer plus fréquemment dans les activités de formation, que ce soit comme formateur ou pour suivre eux-mêmes une formation tant dans le cadre de la formation médicale continue (FMC) que de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Cette tendance est confirmée lorsque la question à propos de formation en éducation pour la santé ou en

TABLEAU III

Organisation du travail des médecins généralistes de secteur 1, selon le type de cabinet

Facteurs expliqués	%	OR ajustés[a]	IC à 95 %
VOLUME D'ACTIVITÉ			
Moins de cinq jours d'activité libérale (n = 1802)			
Cabinet individuel	27,5	1	
Cabinet de groupe	53,9***	2,6***	2,1 ; 3,2
Plus de 25 actes en moyenne par jour (n = 1802)			
Cabinet individuel	32,0	1	
Cabinet de groupe	42,0***	1,7***	1,4 ; 2,1
Activité hebdomadaire[b] moyenne de plus de 135 actes (n = 1795)			
Cabinet individuel	34,6	1	
Cabinet de groupe	30,9	1,0	0,8 ; 1,2
Autre activité médicale en dehors du cabinet (n = 1802)			
Cabinet individuel	36,4	1	
Cabinet de groupe	33,1	1,0	0,8 ; 1,2
INFORMATISATION DU CABINET			
Utilisation de dossier patient informatisé (n = 1802)			
Cabinet individuel	74,0	1	
Cabinet de groupe	84,3***	1,6**	1,2 ; 2,0
Utilisation de logiciels utiles en prévention (n = 1799)			
Cabinet individuel	38,7	1	
Cabinet de groupe	37,4	0,9	0,8 ; 1,1
FORMATION			
Activité de formateur ou de maître de stage (n = 1802)			
Cabinet individuel	16,8	1	
Cabinet de groupe	21,7**	1,5**	1,1 ; 1,9
Évaluation des pratiques professionnelles au cours des douze derniers mois (n = 1789)			
Cabinet individuel	35,9	1	
Cabinet de groupe	41,6*	1,3*	1,0 ; 1,5
Formation médicale continue au cours des douze derniers mois (n = 1750)			
Cabinet individuel	80,6	1	
Cabinet de groupe	87,9***	1,7***	1,3 ; 2,2
Participation à une formation en éducation pour la santé (n = 1793)			
Cabinet individuel	46,2	1	
Cabinet de groupe	54,4***	1,4**	1,1 ; 1,7

TABLEAU III SUITE

Facteurs expliqués	%	OR ajustés[a]	IC à 95 %
COLLABORATION AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS			
Participation à un réseau de santé (n = 1795)			
Cabinet individuel	37,8	1	
Cabinet de groupe	42,0	1,2*	1,0 ; 1,5
Relations avec un confrère spécialisé dans la prise en charge du VIH (n = 893)			
Cabinet individuel	84,5	1	
Cabinet de groupe	90,5**	1,7*	1,1 ; 2,6
Pas assez de collaborations dans le domaine médical (n = 1793)			
Cabinet individuel	22,3	1	
Cabinet de groupe	24,1	1,2	0,9 ; 1,5
Pas assez de collaborations dans le domaine psychologique (n = 1796)			
Cabinet individuel	70,6	1	
Cabinet de groupe	76,8**	1,3*	1,0 ; 1,6
Pas assez de collaborations dans le domaine social (n = 1794)			
Cabinet individuel	74,3	1	
Cabinet de groupe	82,5***	1,5*	1,2 ; 1,9
SATISFACTION			
Peu ou pas du tout satisfait par l'exercice de sa profession (n = 1795)			
Cabinet individuel	16,8	1	
Cabinet de groupe	18,8	1,4*	1,1 ; 1,8

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

a. Régressions logistiques dans lesquelles la variable dépendante est le facteur expliqué et les variables d'ajustement : le sexe, l'âge, le mode d'exercice particulier (Mep), le nombre d'actes moyen par jour (sauf si facteur expliqué), le nombre de jours travaillés (sauf si facteur expliqué), la région et la taille de l'agglomération du lieu d'exercice.

b. Cette mesure composite correspond au nombre de journées effectuées par semaine en cabinet multiplié par le nombre d'actes médicaux réalisés en moyenne par jour en secteur libéral. Cette activité moyenne hebdomadaire déclarée a été dichotomisée en considérant une activité « haute » à partir de 135 actes en moyenne hebdomadaire (approximativement le tiers supérieur).

éducation thérapeutique est abordée. Outre l'intérêt peut-être plus grand des médecins exerçant en groupe pour ces activités, il est possible, puisque ce mode d'exercice semble offrir davantage de temps libre aux praticiens, que ceux-ci aient mis à profit une partie du temps ainsi libérée pour se former.

L'exercice en groupe semble s'inscrire dans une démarche de collaboration plus marquée avec d'autres professionnels de santé exerçant en dehors du cabinet. En effet, les médecins travaillant en groupe indiquent plus souvent participer à un réseau de santé ou avoir des relations avec un confrère spécialisé dans le VIH. En revanche, ils sont proportionnellement plus nombreux à déclarer qu'ils n'ont pas suffisamment de collaboration pour une prise en charge de leurs patients dans les domaines psychologique et social.

Par ailleurs, les médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe déclarent plus souvent utiliser des dossiers patients informatisés. Ils ne s'équipent cependant pas plus en logiciels d'aide à la prévention.

Si plus de huit médecins sur dix se déclarent satisfaits par l'exercice de leur profession quel qu'en soit le type, un lien apparaît, après ajustement, entre l'exercice en groupe et l'insatisfaction professionnelle. Une analyse plus détaillée montre que la proportion de médecins « *peu* » ou « *pas du tout* » satisfaits est plus importante pour les médecins de plus de 50 ans exerçant en groupe que pour leurs confrères du même âge en cabinet individuel.

Enfin, pour l'ensemble de ces éléments d'organisation, les médecins exerçant en cabinets de groupes pluridisciplinaires ne se distinguent de ceux exerçant en cabinet de groupes médicaux qu'en ce qui concerne leur volume d'activité. Ils sont 52 % à déclarer effectuer plus de 25 actes en moyenne par jour d'activité *versus* 38 % des médecins en cabinet de groupes médicaux, pour un nombre de jours travaillés équivalent. Le volume d'activité hebdomadaire moyen est donc cette fois-ci différent : la proportion de praticiens déclarant une activité hebdomadaire moyenne élevée (plus de 135 actes) est plus fréquente chez les médecins exerçant en groupes pluridisciplinaires (41 % *vs* 27 %). Ces résultats persistent après ajustement.

PRATIQUES ET OPINIONS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EXERÇANT EN GROUPE

Cette seconde partie s'attache à décrire les liens entre les modalités d'exercice des médecins généralistes (individuel ou en cabinet de groupe), les opinions et les pratiques des médecins dans un certain nombre de domaines relatifs à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de certaines affections. L'hypothèse avancée est que l'exercice en groupe permettrait aux différents praticiens travaillant sous un même toit de communiquer davantage et ainsi d'être plus facilement conduits à améliorer leurs pratiques aussi bien sur le plan curatif que préventif.

Les praticiens ont été interrogés sur leurs opinions et leurs pratiques concernant un certain nombre de sujets tels que : les vaccinations, les hépatites, le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST), le cancer, la prévention et l'éducation du patient, les addictions ou encore la maladie d'Alzheimer. L'ensemble des résultats est présenté dans le **tableau IV**.

Pour toutes ces questions, aucune différence n'a pu être mise en évidence entre les médecins exerçant en cabinet de groupes pluridisciplinaires et ceux exerçant en cabinets de groupes médicaux.

Des médecins exerçant en groupe plus souvent favorables à la vaccination

Les médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe se distinguent des médecins exerçant en cabinet individuel tout particulièrement pour leurs opinions et leurs pratiques concernant les vaccinations. Ainsi, les généralistes pratiquant en groupe sont plus souvent « *très favorables* » à la vaccination en général. Ils sont aussi plus souvent « *très favorables* » au ROR[5]. D'ailleurs, ils proposent plus souvent « *systématiquement* » le ROR aux enfants de un à deux ans. Ils sont également plus souvent « *très favorables* » ou « *favorables* » au vaccin contre l'hépatite B pour les nourrissons et les adolescents.

Par ailleurs, les généralistes exerçant en cabinet de groupe sont plus souvent vaccinés eux-mêmes contre la grippe et l'hépatite B. Il est probable qu'il faille voir là un effet d'entraînement lié aux échanges plus fréquents entre confrères travaillant dans un même lieu.

Peu de différences de pratiques de dépistage pour les maladies infectieuses et les cancers

Face aux pratiques des sérologies de l'hépatite B et C et des tests de dépistage du sida, les généralistes exerçant en groupe ou isolément adoptent les mêmes attitudes.

5. Le ROR correspond au vaccin combiné contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Pour explorer les comportements des généralistes face au dépistage des cancers, il leur était demandé de préciser leurs attitudes lors de leur dernière consultation avec une patiente âgée de 50 à 60 ans sans facteur de risque particulier et suivie régulièrement ; ces attitudes concernaient le frottis cervical, la prescription d'une mammographie et d'un test de recherche de sang occulte dans les selles. Que les généralistes exercent en groupe ou seuls, on ne relève aucune différence de pratiques concernant ces deux dernières prescriptions. En revanche, bien que les généralistes effectuent relativement peu de frottis cervicaux, ceux exerçant en groupe déclarent plus souvent avoir effectué eux-mêmes cet examen à leur dernière patiente âgée de 50 à 60 ans au cours des trois dernières années.

Des attitudes de prévention peu variables selon le type d'exercice

Les généralistes ont été interrogés sur leur facilité à aborder les questions de prévention avec les patients. Le seul domaine abordé qui différencie les médecins selon leur mode d'installation est celui des drogues, que les généralistes exerçant seuls déclarent plus souvent aborder très facilement.

TABLEAU IV

Opinions et pratiques des médecins généralistes de secteur 1 en matière de dépistage et de prévention, selon le type d'exercice

Facteurs expliqués	%	OR ajustés[a]	IC à 95 %
VACCINATION			
Être très favorable à la vaccination en général (n = 1796)			
Cabinet individuel	76,3	1	
Cabinet de groupe	83,0***	1,5**	1,2 ; 1,9
Être très favorable à la vaccination ROR (n = 1801)			
Cabinet individuel	83,0	1	
Cabinet de groupe	87,1*	1,4*	1,0 ; 1,8
Proposer systématiquement la vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans (n = 1795)			
Cabinet individuel	88,2	1	
Cabinet de groupe	92,6**	1,5*	1,1 ; 2,1
Être très ou plutôt favorable à la vaccination contre l'hépatite B pour les nourrissons (n = 1791)			
Cabinet individuel	67,3	1	
Cabinet de groupe	74,9***	1,3**	1,1 ; 1,7
Être très ou plutôt favorable à la vaccination contre l'hépatite B pour les adolescents (n = 1795)			
Cabinet individuel	77,6	1	
Cabinet de groupe	84,7***	1,6***	1,2 ; 2,1
Avoir été vacciné contre la grippe au cours du dernier hiver (n = 1798)			
Cabinet individuel	73,6	1	
Cabinet de groupe	81,2***	1,6***	1,3 ; 2,0
Être vacciné contre l'hépatite B (n = 1782)			
Cabinet individuel	89,1	1	
Cabinet de groupe	94,9***	1,8**	1,2 ; 2,7
CANCER			
Avoir réalisé soi-même un frottis cervical à la dernière patiente âgée de 50 à 60 ans au cours des trois dernières années (n = 932)			
Cabinet individuel	29,3	1	
Cabinet de groupe	36,6*	1,4*	1,0 ; 1,9

TABLEAU IV SUITE

Facteurs expliqués	%	OR ajustés[a]	IC à 95 %
PRÉVENTION – ÉDUCATION DU PATIENT			
Considérer qu'il est tout à fait facile d'aborder la prévention dans le domaine de l'usage de drogue (n = 1770)			
Cabinet individuel	21,5	1	
Cabinet de groupe	16,0**	0,7**	0,5 ; 0,9
Utiliser très souvent ou souvent des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie (n = 1799)			
Cabinet individuel	21,5	1	
Cabinet de groupe	16,3**	0,6***	0,5 ; 0,8
Davantage de temps permettrait tout à fait de mieux remplir les missions de prévention et d'éducation (n = 1795)			
Cabinet individuel	65,2	1	
Cabinet de groupe	74,0***	1,4**	1,1 ; 1,8
La possibilité de déléguer certaines de ces activités permettrait tout à fait de mieux remplir les missions de prévention et d'éducation (n = 1778)			
Cabinet individuel	31,1	1	
Cabinet de groupe	38,0**	1,2*	1,0 ; 1,5
ADDICTION			
Recevoir au moins un patient toxicomane dépendant aux opiacés par mois (n = 1798)			
Cabinet individuel	60,7	1	
Cabinet de groupe	69,3***	1,5***	1,2 ; 1,9
Recevoir au moins une personne en difficulté avec sa consommation de cannabis par mois (n = 1795)			
Cabinet individuel	52,3	1	
Cabinet de groupe	65,2***	1,7***	1,4 ; 2,0
Aborder la question de la consommation de cannabis pour certains patients jugés à risque (n = 1789)			
Cabinet individuel	60,8	1	
Cabinet de groupe	72,0***	1,6***	1,3 ; 2,0
ALZHEIMER			
Considérer qu'il est tout à fait facile de prendre en charge les troubles comportementaux de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (n = 843)			
Cabinet individuel	7,6	1	
Cabinet de groupe	3,0**	0,4**	0,2 ; 0,7
Considérer qu'il est tout à fait facile de coordonner les soins et les aides de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (n = 841)			
Cabinet individuel	16,2	1	
Cabinet de groupe	10,0**	0,6**	0,4 ; 0,9
Se sentir tout à fait à l'aise dans la relation avec ses patients atteints de la maladie d'Alzheimer (n = 842)			
Cabinet individuel	25,6	1	
Cabinet de groupe	15,0***	0,5***	0,3 ; 0,7

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

a. Régressions logistiques dans lesquelles la variable dépendante est le facteur expliqué et les variables d'ajustement le sexe, l'âge, le Mep, le nombre d'actes moyen par jour, le nombre de jours travaillés, la région et la taille de l'agglomération du lieu d'exercice. Toutes les variables, qu'elles soient significatives ou non, ont été conservées dans les modèles présentés.

On ne note aucune différence en ce qui concerne la facilité à aborder le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation, le surpoids, l'exercice physique, la vie affective et sexuelle, le dépistage des cancers et le risque cardio-vasculaire. Par ailleurs, quel que soit leur mode d'installation, l'attitude des généralistes interrogés est la même lorsqu'on leur demande si la prévention dans les différents domaines cités ci-dessus fait partie intégrante de leur rôle. Il en est de même lorsqu'on les questionne soit sur leur efficacité dans les prises en charge de l'asthme, du diabète de l'hyperten-

sion artérielle, soit sur leur pratique éducative dans les prises en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Contrairement à ce que laissait envisager l'engagement plus marqué des médecins exerçant en groupe en termes de formation et de participation à l'EPP, ceux-ci utilisent moins souvent que les médecins exerçant seuls des tests ou échelles de repérage de facteurs de risque ou de dépistage de pathologies.

Néanmoins, quel que soit le mode d'installation, huit médecins sur dix pensent que des supports écrits adaptés leur permettraient « *tout à fait* », ou « *plutôt* », de mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation. Parmi les éléments proposés pour mieux remplir ces missions, les médecins installés en groupe se distinguent des médecins exerçant seuls : ils sont plus nombreux à déclarer qu'il faudrait davantage de temps et la possibilité de déléguer certaines de ces missions. En revanche, lorsqu'on leur demande parmi une liste d'intervenants possibles lesquels seraient susceptibles de faire de la prévention, ils ne sont pas plus nombreux à citer les infirmiers et les paramédicaux.

Plus de patients dépendants aux opiacés ou en difficulté avec le cannabis reçus par les médecins en groupe

Les généralistes travaillant en groupe déclarent plus souvent avoir au moins un toxicomane dépendant aux opiacés dans leur clientèle. Il est possible que ces praticiens ressentent moins de réticence à accueillir dans un cabinet de groupe ces patients souvent considérés *a priori* comme plus difficiles.

Les généralistes exerçant en groupe déclarent également plus souvent avoir au moins une personne ayant des difficultés avec le cannabis dans leur clientèle. Cela est peut-être lié à une meilleure connaissance de la consommation de cannabis de leur clientèle, car ils abordent plus souvent cette question avec les patients qu'ils jugent à risque.

Concernant les modalités de la prise en charge des addictions au tabac ou à l'alcool (seul ou avec l'aide d'un professionnel extérieur), ou encore la pratique du dépistage (questions posées systématiquement, pour les patients à risque, ou à la demande des patients), les médecins exerçant en groupe ou isolément ont les mêmes comportements.

Des médecins en groupe moins à l'aise face aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer

Les modalités d'installation des généralistes ne semblent pas avoir d'influence sur certains éléments de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer : ils adoptent la même attitude face à l'annonce de la maladie aux patients ou à leurs familles ; ils les orientent dans les mêmes proportions vers des spécialistes, des centres locaux d'information et de coordination (Clic) et vers des services d'aide ou de soins à domicile.

En revanche, les médecins exerçant en groupe déclarent nettement moins souvent se sentir « *tout à fait* » à l'aise dans la relation qu'ils entretiennent avec ces patients. De plus, ils considèrent moins souvent qu'il est « *tout à fait* » facile de prendre en charge les troubles du comportement, la coordination des soins et des aides ou encore de donner des informations sur les aides sociales. Ces observations sont cohérentes avec une demande plus marquée de collaborations avec d'autres professionnels dans les domaines psychologique et social notée précédemment.

Enfin, quel que soit leur mode d'installation, les médecins estiment aussi souvent

être suffisamment formés ou au contraire insuffisamment formés tant en termes d'annonce de la maladie que de communication avec les patients et la famille.

Pour finir, quel que soit leur mode d'installation, 55 à 60 % des généralistes interrogés déclarent ne pas connaître les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) relatives au diagnostic et à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Signalons que la recommandation avait été publiée en mars 2008 et que le recueil des données de l'enquête s'est déroulé de novembre 2008 à janvier 2009.

DISCUSSION

L'analyse des Baromètres santé médecins généralistes menés en 1998, 2003 et 2009 auprès d'un échantillon de plus de 2 000 médecins généralistes confirme de façon robuste à l'échelle nationale les différents travaux conduits ces dernières années à l'échelon national par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2002 **[7]** et, à l'échelon régional, en 2007 **[10]**.

Les médecins généralistes déclarent en majorité travailler en groupe et, fait marquant, si l'augmentation s'élève à plus de 10 points en dix ans, elle est beaucoup plus forte et marquée pour les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à déclarer travailler en groupe en 2009. Ainsi, avec le renouvellement des générations, le taux de regroupement pour l'ensemble des médecins généralistes va probablement encore augmenter de manière importante dans les prochaines années. Ce résultat valide les discours des organisations d'internes en médecine générale et de jeunes médecins qui appellent à une transformation des modes d'exercice, notamment vis-à-vis de l'exercice solitaire. En outre, si le regroupement des jeunes médecins se fait dans des cabinets de plus grande taille, il s'effectue, comme pour leurs aînés, très majoritairement entre médecins.

L'analyse du temps de travail déclaré et du nombre d'actes réalisés par jour confirme également, à l'échelon national, les résultats de deux enquêtes auprès des médecins généralistes en Bretagne ou de maisons de santé pluridisciplinaires en Bourgogne et en Franche-Comté **[9, 11]**. Ces généralistes installés en groupe déclarent travailler un nombre de demi-journées moindre que les médecins exerçant seuls. Ils réalisent en revanche le même nombre d'actes hebdomadaires en concentrant leur activité sur des journées probablement plus longues ou en réalisant des consultations plus courtes. Le regroupement entre médecins paraît donc constituer un moyen de répartir le même volume d'activité sur un nombre un peu plus restreint de journées ou de demi-journées. L'arbitrage entre vie professionnelle et vie privée se fait alors sur un nombre de journées sans activité professionnelle plus important pour les médecins, les honoraires étant *a priori* équivalents puisque l'activité hebdomadaire globale reste la même. La situation est différente pour les regroupements pluridisciplinaires : le volume d'activité moyen, qu'il soit déclaré sur la base d'une journée, ou calculé sur une semaine, est proportionnellement plus élevé que dans les regroupements entre médecins. La grande hétérogénéité des groupes pluridisciplinaires ainsi que le manque d'information précise sur leur composition n'ont pas permis de comprendre les mécanismes en jeu, ce point reste donc à explorer par d'autres enquêtes.

La pratique de groupe est également associée à un mode d'exercice qui laisse une plus grande place à la formation, l'encadre-

ment des étudiants et s'appuie également plus fréquemment sur l'outil informatique.

En l'état actuel de l'organisation du système de soins, il y a bien une dynamique de regroupement entre médecins généralistes qui concerne la plupart des jeunes, ce qui devrait les conduire à bénéficier d'une meilleure qualité de vie et de meilleures conditions de travail.

L'analyse des connaissances, attitudes et pratiques de prévention et d'éducation pour la santé est moins conclusive pour l'exercice en groupe. Les médecins généralistes travaillant en groupe déclarent être plus ouverts vers l'extérieur, plus sensibilisés à la pratique de la vaccination, qu'ils effectuent d'ailleurs plus souvent pour eux-mêmes. Cependant, les autres pratiques de prévention ne paraissent pas significativement plus développées en groupe, que le cabinet soit mono ou pluri-professionnel. En résumé, contrairement à notre hypothèse initiale, les pratiques de prévention des médecins exerçant en groupe ne sont pas foncièrement différentes lorsqu'on les mesure à partir des indicateurs retenus dans cette étude.

Ce résultat peut s'expliquer tout d'abord par le caractère peu discriminant de la variable « groupe » dans l'enquête. En effet, toutes les formes d'exercice collectif ont été assimilées derrière cette variable. Ainsi, il y a certainement peu de différences en termes de pratiques et d'attitudes vis-à-vis de la prévention entre un médecin qui exerce seul et un médecin qui partage uniquement ses charges locatives avec un confrère, sans échange professionnel ni même substitution d'un médecin par un autre. À l'opposé, on peut imaginer que les groupes de médecins rassemblés autour d'un projet commun, voire avec d'autres professionnels de santé, avec partage de patientèle et du dossier patient grâce à un système d'information intégré, incluent plus facilement dans leur projet une perspective de prévention populationnelle. Ainsi, la littérature sur le regroupement **[13-16]** montre que la qualité des soins dans les groupes est fonction de l'environnement dans lequel ils s'inscrivent (caractéristiques de la population couverte, niveau de concurrence), de la structure organisationnelle (taille, composition professionnelle, modalité de partage des charges et/ou des revenus), de la culture et des valeurs développées par les membres au sein du groupe (style de management, processus de prise de décision, confiance entre les membres, autonomie professionnelle, rôle de l'innovation et des démarches qualité), ce qui n'est pas exploré dans cette enquête.

L'absence de valorisation spécifique des pratiques préventives pourrait expliquer principalement l'absence de différences entre les médecins exerçant en groupe et les autres. En effet, qu'ils exercent seuls ou en groupe, les médecins généralistes sont soumis aux mêmes incitations et aux mêmes contraintes. On conçoit alors que si le regroupement permet de concilier d'une façon plus conforme aux attentes des jeunes médecins l'équilibre entre vie professionnelle, vie personnelle et conditions de travail, il n'ait pas d'effet sur les pratiques, dans la mesure où le niveau de revenu cible est équivalent entre ces médecins.

En conclusion, le Baromètre santé médecins généralistes 2009 confirme et renforce le constat d'un développement de la pratique de groupe, principalement chez les jeunes généralistes. Ce phénomène va questionner durablement la médecine de ville, ses instances et ses principes organisateurs. Il interpelle également nécessairement la puissance publique quant à l'attitude à adopter au regard de cette évolution. Une attitude attentiste peut être tentante, dans la mesure où il suffit de laisser les médecins se regrouper sans incitations spécifiques et tabler ainsi sur une évolution lente des pratiques au travers de l'informati-

sation et des aménagements des temps de travail. Une autre posture, plus volontariste, peut consister à s'appuyer sur la dynamique de regroupement constatée pour promouvoir l'émergence de nouvelles pratiques : en soutenant le travail d'équipe pluridisciplinaire, et également en répartissant mieux l'offre ambulatoire sur le territoire, en orientant – par des incitations à définir – la constitution de formes regroupées offrant un large éventail de services en ambulatoire. C'est la voie qui émerge, depuis quelques années en France, à l'initiative d'un certain nombre de professionnels avec le soutien des autorités de santé. Plusieurs régions ont maintenant des fédérations de maisons et pôles de santé, des groupes « qualité » se généralisent permettant à des médecins de travailler sur leurs pratiques au sein de zones géographiques limitées (offre de proximité). Les centres de santé, historiquement plus anciens, entrent eux aussi dans cette « mouvance ». Leur point commun est de vouloir améliorer l'offre de santé (qualité et coût) à travers une organisation renouvelée autour de pratiques pluridisciplinaires.

Par ailleurs, à la suite des États généraux de l'organisation de la santé (Egos) et du vote de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), des dispositifs favorables au regroupement des professionnels de santé sont maintenant fixés et vont permettre aux agences régionales de santé (ARS) de développer, avec le concours des professionnels, une offre de premiers recours plus efficiente : contrats d'objectifs et de moyens, protocoles de coopération entre plusieurs professions, éducation thérapeutique, télémédecine. Cette politique pourrait également appuyer la constitution de lieux de recherche et de formation en médecine générale et en soins primaires, en lien avec l'accroissement du nombre de médecins en formation notamment.

Cependant, eu égard aux investissements nécessaires pour sa mise en œuvre, une telle politique ne paraît pas possible sans une modification substantielle des mécanismes de rémunération et, d'une façon plus générale, du cadre contractuel entre les professionnels de ville, l'Assurance maladie et l'État.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

[1] République française. *Décret n° 2006-1585 du 13 décembre 2006 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié*. *Journal officiel*, 14 décembre 2006 : p. 18872.

[2] République française. *Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes*. *Journal officiel*, 28 mars 2007 : p. 5797.

[3] République française. *Article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008*. *Journal officiel*, 21 décembre 2007 : p. 20603.

[4] Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale. *Compte rendu du Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire et d'attractivité régionale*. Paris : CIADT, 11 mai 2010 : 44 p.
En ligne : http://www.datar.gouv.fr/IMG/Fichiers/ACTUALITES/20100511_DP_CIADT.pdf

[5] Baudier F., Thomas T. dir. Les maisons de santé : une solution d'avenir ? *Santé publique*, 2009, vol. 21, suppl. n° 4 : 112 p.

[6] Juilhard J.-M., Crochemore B., Touba A., Vallancien G., Chambaud L., Schaetzel F. *Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement* [rapport]. Paris : La Documentation française, 2010 : 52 p.
En ligne : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000029/0000.pdf

[7] Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. *Études et Résultats (Drees)*, juin 2004, n° 314 : 12 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er314.pdf

[8] Bourgueil Y., Mousquès J., Marek A. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé publique*, 2009, vol. 21, suppl. n° 4 : p. 27-38.

[9] Beauté J., Bourgueil Y., Mousquès J. *Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006 : « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons »* (Document de travail n° 5). Paris : Irdes, 2007 : 28 p.

En ligne : http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT5BarometrePratiquesMedLib.pdf

[10] Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Études et Résultats (Drees)*, novembre 2007, n° 610 : 8 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er610.pdf

[11] Bourgueil Y., Clement M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J., Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. *Questions d'économie de la santé*, octobre 2009, n° 147 : 8 p. En ligne : http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf

[12] Sautory O. *La macro CALMAR. Redressement d'un échantillon par calage sur marges* [document de travail n° F9310]. Paris : Insee, Direction des statistiques démographiques et sociales, 1993 : 51 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/methodes/outils/calmar/doccalmar.pdf

[13] Shortell S.M., Zazzali J.L., Burns L.R., Alexander J.A., Gillies R.R., Budetti P.P., *et al.* Implementing evidence-based medicine: the role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations. *Medical Care,* 2001, vol. 39, n° 7, supp. : p. I62-178.

[14] Curoe A., Kralewski J., Kaissi A. Assessing the cultures of medical group practices. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, vol. 16, n° 5 : p. 394-398.

[15] Kaissi A., Kralewski J., Curoe A., Dowd B., Silversmith J. How does the culture of medical group practices influence the types of programs used to assure quality of care? *Health Care Management Review*, 2004, vol. 29, n° 2 : p. 129-138.

[16] Encinosa III W.E., Gaynor M., Rebitzer J.B. The sociology of groups and the economics of incentives: Theory and evidence on compensation systems. *Journal of Economic Behavior and Organization,* 2007, vol. 62, n° 2 : p. 187-214.

ANNEXES

Annexe 1
Lettre-annonce

Saint-Denis, 27 octobre 2008

Cher(ère) Confrère,

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, avec le soutien du Conseil national de l'Ordre des médecins, souhaite recueillir votre opinion et vos pratiques en matière de prévention et d'éducation pour la santé.

Cette enquête Baromètre santé médecins[1], effectuée auprès de 2 000 médecins généralistes, contribuera à développer des outils utiles pour vous accompagner dans votre pratique quotidienne et à orienter les politiques de prévention.

Un enquêteur de l'institut ISL vous contactera prochainement par téléphone ; un dédommagement pour le temps consacré à cet entretien vous sera proposé. Vos réponses seront anonymisées selon un protocole approuvé par la Cnil.

Nous vous remercions par avance de l'accueil que vous réserverez à cette démarche et vous prions d'agréer, Cher(ère) Confrère, l'expression de notre considération distinguée.

Dr Pierre Arwidson
Directeur des affaires scientifiques

Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93 203 Saint-Denis Cedex

Dr Michel Legmann
Président

Conseil national de l'Ordre des médecins
180, boulevard Haussmann
75389 Paris Cedex 08

1. Vous pouvez consulter les résultats de la dernière vague de l'enquête Baromètre santé médecins 2002/2003 à l'adresse : http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroMP2003/ouvrage/presentation.asp

ANNEXE 2

Questionnaire du Baromètre santé médecins généralistes 2009

Le questionnaire du Baromètre santé médecins généralistes 2009 est présenté dans son intégralité. Il reprend les consignes telles qu'elles apparaissaient sur l'écran des enquêteurs, ainsi que les filtres des questions. Les références des précédents Baromètres santé contenant la question sont, par ailleurs, mentionnées.

GRILLE DE LECTURE DU QUESTIONNAIRE

Thème

QNN	Question
	◆ *Condition de la question*
	★ Directives enquêteurs
	RÉFÉRENCE AUX ENQUÊTES INPES POUR LESQUELLES LA QUESTION A ÉTÉ POSÉE (BMG : BAROMÈTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES)
1	choix 1
2	choix 2
...	...
n	choix n
■	Thème 1
■	Thème 2
■	...
■	Thème n

Sommaire du questionnaire

Introduction	244
Vaccinations	244
Hépatites	245
VIH/IST	246
Dépistage des cancers	247
Prévention – Éducation du patient	249
Formation en éducation pour la santé/ éducation thérapeutique	250
Prise en charge des problèmes d'addiction	251
Alzheimer	252
Caractéristiques médicales	253

Introduction

Bonjour, docteur X.
L'Inpes et le Conseil national de l'Ordre des médecins vous ont adressé un courrier vous annonçant mon appel.
Mon appel a pour but de recueillir votre opinion et vos pratiques en matière de prévention et d'éducation pour la santé.
Notre entretien va durer entre quinze et vingt minutes. Puis-je m'entretenir maintenant avec vous ou quand puis-je vous rappeler ?

Version de questionnaire (aléatoire par système informatique)

1 VIH (V1)
2 Alzheimer (V2)

Sexe de l'interviewé (codé par l'enquêteur)

1 Homme
2 Femme

Vaccinations

Pour commencer, nous allons aborder votre opinion et vos pratiques sur les vaccinations.

Q1 **En ce qui concerne la vaccination en général dans votre pratique quotidienne, y êtes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable ?**
BMG 94, 98, 2003

1 Très
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout favorable
5 [NSP][1]

Q2 **Plus précisément, en ce qui concerne les vaccinations suivantes, y êtes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable ?**
★ Enquêteur : si le médecin déclare ne pas être concerné, relancer « *De manière générale, si vous étiez amené à suivre cette population, y seriez-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable ?* »

1 Très
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout favorable
5 [NSP]

- La vaccination par le BCG pour les enfants à risque ? BMG 94, 98, 2003 (SANS LA PRÉCISION « POUR LES ENFANTS À RISQUE »)
- La vaccination associée ROR (Rougeole oreillons rubéole) ? BMG 92, 93, 94, 98, 2003
- La vaccination HPV chez les adolescentes ?
- La vaccination contre le pneumocoque pour les nourrissons ?

Q3 **Proposez-vous systématiquement, souvent, parfois ou jamais…**
★ Enquêteur : si le médecin remet en cause les questions en disant que l'on veut « contrôler » ses pratiques, relancer « *Il ne s'agit pas de vérifier vos pratiques, mais de mieux connaître ce que font les médecins* »

1 Systématiquement
2 Souvent
3 Parfois
4 Jamais
5 [NSP]
6 [Non concerné]

- La vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans ? BMG 92, 93, 94, 98, 2003
- La vaccination BCG pour les enfants à risque ? (si exerce en Île-de-France)
- La vaccination BCG ? (si exerce hors Île-de-France)
- La vaccination HPV chez les adolescentes ?
- La vaccination contre la grippe chez les personnes âgées (plus de 65 ans) ?

Q4 **En ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B, y êtes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable…**
★ Enquêteur : si le médecin déclare ne pas être concerné, relancer « *De manière générale, si vous étiez amené à suivre cette population, y seriez-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable ?* »

1 Très
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout favorable
5 [NSP]

- Pour les nourrissons ? BMG 94, 98, 2003
- Pour les adolescents ? BMG 93, 94, 98, 2003
- Pour les adultes à risque (par exemple, les personnes à partenaires multiples, les usagers de drogues par voie intraveineuse, l'entourage d'un sujet infecté, etc.) ?

---

1. Les items entre crochets « [ ] » ne sont pas cités par les enquêteurs.

Q5 Chez les nourrissons, proposez-vous systématiquement, souvent, parfois ou jamais le vaccin hexavalent (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, HiB, VHB) ?

◆ *Posée à la moitié de l'échantillon*

1 Systématiquement
2 Souvent
3 Parfois
4 Jamais
5 [NSP]
6 [Non concerné]

Q6 Le remboursement début 2008 de ce vaccin vous a-t-il permis d'améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B des nourrissons que vous suivez ?

◆ *Si Q5 = 1 à 3*

1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q7 Chez les nourrissons, seriez-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable à la recommandation de la vaccination…

◆ *Posée à la moitié de l'échantillon*

1 Très
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout favorable
5 [NSP]

- Contre la varicelle ?
- Contre les rotavirus ?

Q8 Vous personnellement, vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe l'hiver dernier (2007/2008) ?

BMG 2003

1 Oui
2 Non
3 [NSP]
4 [Refus]

Q9 Êtes-vous vacciné contre l'hépatite B ?

1 Oui
2 Non
3 [Incomplètement (1 ou 2 doses uniquement)]
4 [NSP]
5 [Refus]

Hépatites

Nous allons maintenant parler des hépatites virales.

Q10 Proposez-vous systématiquement, souvent, parfois ou jamais une sérologie de l'hépatite C…

1 Systématiquement
2 Souvent
3 Parfois
4 Jamais
5 [Non concerné]
6 [NSP]

- Aux personnes ayant une asthénie importante et durable ? BMG 98, 2003
- Aux personnes que vous savez usagers de drogues par voie intraveineuse ou nasale ? BMG 98, 2003 (SANS LA PRÉCISION « OU NASALE »)
- Aux personnes que vous savez avoir été transfusées avant 1992 ? BMG 98, 2003 (SANS LA PRÉCISION « AVANT 1992 »)
- Aux personnes ayant subi un acte chirurgical ou un acte médical invasif ? BMG 98, 2003
- Aux personnes ayant un tatouage ou un piercing ? BMG 98, 2003 (SANS LA PRÉCISION « OU UN PIERCING »)

Q11 Proposez-vous systématiquement, souvent, parfois ou jamais une sérologie de l'hépatite B…

1 Systématiquement
2 Souvent
3 Parfois
4 Jamais
5 [Non concerné]
6 [NSP]

- Aux personnes que vous savez usagers de drogues par voie intraveineuse ou nasale ?
- Aux personnes en situation de précarité ?
- Aux personnes originaires d'un pays à forte endémie (Asie, Afrique subsaharienne, etc.) ?
- Aux personnes ayant des comportements sexuels à risque ?
- À l'entourage familial d'un patient porteur de l'Antigène HBs positif ?

VIH/IST

◆ *Module posé à la moitié de l'échantillon (V1)*

Passons à un autre sujet.

Q12 Combien de sérologies VIH avez-vous prescrites au cours du dernier mois ?

BMG 94, 98, 2003

★ Enquêteur : si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif. Si le médecin répond une dizaine, une centaine..., vous devez valider la valeur que vous rentrez avec le médecin. Ex : pour une dizaine, « *puis-je indiquer 10 ?* ».

Q13 Au cours des douze derniers mois, combien de sérologies VIH se sont révélées positives ?

★ Enquêteur : si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif. Si le médecin répond une dizaine, une centaine..., vous devez valider la valeur que vous rentrez avec le médecin. Ex : pour une dizaine, « *puis-je indiquer 10 ?* ».

Q14 Combien de patients séropositifs avez-vous dans votre clientèle ?

★ Enquêteur : si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif. Si le médecin répond une dizaine, une centaine..., vous devez valider la valeur que vous rentrez avec le médecin. Ex : pour une dizaine, « *puis-je indiquer 10 ?* ».

Q15 Pour combien d'entre eux renouvelez-vous les traitements par antirétroviraux ?

◆ *Si Q14 > 1*

★ Enquêteur : si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif. Si le médecin répond une dizaine, une centaine..., vous devez valider la valeur que vous rentrez avec le médecin. Ex : pour une dizaine, « *puis-je indiquer 10 ?* ».

Q16 Pour ce patient, renouvelez-vous les traitements par antirétroviraux ?

◆ *Si Q14 = 1*

1 Oui
2 Non
3 [Le patient n'est pas sous traitement par antirétroviraux]
4 [NSP]

Q17 Proposez-vous systématiquement, souvent, parfois ou jamais un test de dépistage du VIH...

1 Systématiquement
2 Souvent
3 Parfois
4 Jamais
5 [Non concerné]
6 [NSP]

- Aux personnes présentant une infection sexuellement transmissible (IST) ?
- Aux personnes connaissant un changement dans leur vie affective (nouveau partenaire, reprise d'une activité sexuelle après une séparation ou un divorce) ?
- Aux personnes originaires d'un pays à forte endémie ?

Q18 La dernière fois que vous avez prescrit un test de dépistage VIH, cela s'est fait...

1 À la demande du patient
2 Sur votre initiative
3 Dans le cadre d'un protocole de dépistage (grossesse, IVG, certificat prénuptial)
4 [NSP]

Q19 En plus de la sérologie VIH, avez-vous prescrit ou effectué la recherche d'une autre IST ?

★ Enquêteur : si le médecin déclare qu'il a fait un frottis ou tout autre prélèvement, coder oui.

1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q20 De quelle(s) IST s'agissait-il ?

◆ *Si Q19 = 1*

★ Enquêteur : ne pas citer. Plusieurs réponses possibles.

1 Hépatite B (HBs)
2 Hépatite C
3 Syphilis
4 Chlamydia/Chlamydiae
5 Herpès
6 Mycoplasme
7 Trichomonas
8 Candida
9 Gonococcie/Gonocoque
10 Autre (préciser)
11 [NSP]

Q21 Pour chacune des propositions suivantes, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.

1 Tout à fait
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout d'accord
5 [NSP]

- Le médecin devrait proposer le test VIH sans attendre la demande du patient
- Le médecin devrait proposer régulièrement un test VIH aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs suivis dans son cabinet
- Le médecin devrait proposer un test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps

Q22 Dans les mois qui viennent, les autorités sanitaires devraient autoriser l'utilisation d'un test de dépistage rapide du VIH en médecine de ville. Celui-ci consiste à prélever une goutte de sang au bout du doigt du patient ; le kit permet d'obtenir le résultat en vingt minutes. Pour chacune des situations suivantes, dites-moi si, pour vous, elle constitue tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout un frein à l'utilisation de ces tests rapides.

1 Tout à fait
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout un frein
5 [NSP]

- La durée de réalisation du test (vingt minutes) ?
- Le fait de ne pas avoir été formé à son utilisation ?
- L'annonce possible d'un résultat positif ?
- La peur de poser un mauvais diagnostic ?

Q23 Connaissez-vous un confrère spécialisé dans la prise en charge de l'infection à VIH à qui vous pouvez adresser un patient ?

1 Oui
2 Non
3 [NSP]
4 [Je suis moi-même spécialisé]

Dépistage des cancers

◆ *Q24 à Q35 posées à la moitié de l'échantillon ; Q36 posée à l'autre moitié.*

Passons à un autre sujet. Nous allons parler de votre dernière patiente âgée de 50 à 60 ans, sans facteurs de risques particuliers, ni individuels, ni familiaux pour le cancer et que vous suivez régulièrement. Vous avez bien en tête cette patiente.

Q24 Au cours des deux dernières années, avez-vous prescrit à cette patiente une mammographie de dépistage ?
BMG 98, 2003 (« AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES »)

1 Oui
2 Non
3 [NSP]
4 [Non concerné, n'a pas de patiente âgée de 50 à 60 ans]

◆ *Si Q24 = 2*

Q25 Avait-elle déjà eu une mammographie au cours des deux dernières années ? Rappel : on parle de la dernière patiente âgée de 50 à 60 ans, sans facteurs de risques particuliers, ni individuels, ni familiaux pour le cancer et qui est suivie régulièrement.
BMG 98, 2003 (« AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES »)

1 Oui
2 Non
3 [NSP]

◆ *Si Q24 = 1*

Q26 Cette mammographie faisait-elle suite à une demande exprimée par la patiente ou bien était-elle de votre propre initiative ?
BMG 98, 2003

1 Demande exprimée par la patiente
2 De votre propre initiative
3 [Dans le cadre d'un dépistage organisé]
4 [NSP]

◆ *Si Q24 = 1*

Q27 Le contexte de la consultation était-il plutôt celui…
BMG 98, 2003
★ Enquêteur : on parle de la consultation pendant laquelle la mammographie a été prescrite

1 D'un bilan général de santé
2 D'une consultation pour un signe d'appel
3 D'une consultation dans le cadre d'un programme de dépistage

4 D'une consultation de traitement pour la ménopause
5 Ou motivé par une autre raison
6 [NSP]

Q28 Chez cette patiente, au cours des trois dernières années, avez-vous déjà réalisé vous-même un frottis cervical, je dis bien réalisé vous-même ?
BMG 98, 2003
1 Oui
2 Non
3 [NSP]

◆ *Si Q28 = 2*

Q29 Parmi ces raisons, quelle est celle qui a fait que vous n'ayez pas réalisé cet acte ?
BMG 98, 2003
1 Dans le cas de cette patiente, vous n'y avez pas pensé
2 Cet acte avait été réalisé depuis moins de trois ans par un autre médecin
3 La patiente a refusé
4 La patiente aurait été gênée si vous l'aviez proposé
5 Vous ne pratiquez pas cet acte
6 Autre
7 [NSP]

◆ *Si Q29 = 2*

Q30 Est-ce que vous l'aviez adressée à ce médecin ou à ce laboratoire ?
BMG 98, 2003
1 Oui
2 Non
3 [NSP]

◆ *Si Q28 = 1 ou Q30 = 1*

Q31 Ce frottis faisait-il suite à une demande exprimée par la patiente ou bien avait-il été réalisé ou prescrit de votre propre initiative ?
BMG 98, 2003
1 Une demande exprimée par la patiente
2 De votre propre initiative
3 [Dans le cadre d'un dépistage organisé]
4 [NSP]

◆ *Si Q28 = 1 ou Q30 = 1*

Q32 Le contexte de la consultation était-il plutôt celui…
BMG 98, 2003
1 D'un bilan général de santé
2 D'une consultation pour un signe d'appel
3 D'une consultation dans le cadre d'un programme de dépistage
4 D'une consultation de traitement pour la ménopause
5 Ou motivé par une autre raison
6 [NSP]

Q33 Au cours des deux dernières années, cette patiente a-t-elle bénéficié d'une recherche de saignement occulte dans les selles dans un but de dépistage ?
BMG 98, 2003
1 Oui
2 Non
3 [NSP]

◆ *Si Q33 = 1*

Q34 Cette recherche faisait-elle suite à une demande exprimée par la patiente ou bien était-elle de votre propre initiative ?
BMG 98, 2003
1 Une demande exprimée par la patiente
2 De votre propre initiative
3 [Dans le cadre d'un dépistage organisé]
4 [NSP]

◆ *Si Q33 = 1*

Q35 Le contexte de la consultation était-il plutôt celui…
BMG 98, 2003
★ Enquêteur : on parle de la consultation pendant laquelle la recherche en saignement occulte dans les selles a été prescrite
1 D'un bilan général de santé
2 D'une consultation pour un signe d'appel
3 D'une consultation dans le cadre d'un programme de dépistage
4 D'une consultation de traitement pour la ménopause
5 Ou motivé par une autre raison
6 [NSP]

Q36 Maintenant, concernant le dépistage du cancer, combien avez-vous prescrit et/ou réalisé au cours du dernier mois…
★ Enquêteur : si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif. Si le médecin répond une dizaine, une centaine…, vous devez valider la valeur que vous rentrez avec le médecin. Ex : pour une dizaine, « *puis-je indiquer 10 ?* ».
■ De mammographies BMG 98, 2003 (MODIFIÉE AVEC « DE DÉPISTAGE DE CANCER »)
■ De frottis BMG 98, 2003 (MODIFIÉE AVEC « DE DÉPISTAGE DE CANCER »)
■ De tests de recherche de sang dans les selles BMG 98, 2003 (MODIFIÉE « D'HEMOCULT® »)
■ De dosages du PSA

Prévention – Éducation du patient

Nous allons maintenant parler de votre approche à propos de différents thèmes de prévention.

Q37 Diriez-vous qu'avec vos patients il est tout à fait, plutôt, plutôt pas, ou pas du tout facile d'aborder la prévention dans le domaine… ?

1 Tout à fait
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout facile
5 [NSP]

- Du tabagisme
- De la consommation d'alcool
- De l'usage de drogues
- De l'alimentation
- Du surpoids
- De l'exercice physique
- De la vie affective et sexuelle
- Du dépistage des cancers
- Du risque cardio-vasculaire

Q38 En tant que médecin, la prévention dans le domaine X fait-elle partie de votre rôle…

1 Tout à fait
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout
5 [NSP]

- Du tabagisme
- De la consommation d'alcool
- De la consommation de cannabis
- De l'alimentation
- De l'activité physique
- De la vie affective et sexuelle
- Du risque cardio-vasculaire

Q39 En cabinet, utilisez-vous des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles ?

BMG 98, 2003

1 Très souvent
2 Souvent
3 Parfois
4 Jamais
5 [NSP]

Q40 Dans quels domaines ?

BMG 98, 2003

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles.

1 Alcool
2 Alimentation/diététique
3 Asthme
4 Cannabis
5 Cardio-vasculaire
6 Dépression/problèmes psychologiques
7 Diabète
8 Douleur
9 Mémoire
10 Tabac
11 Autre (préciser)
12 [NSP]

Q41 Dans l'éducation de vos patients asthmatiques, vous sentez-vous…

BMG 2003

1 Très efficace
2 Assez efficace
3 Peu efficace
4 Pas du tout efficace
5 [Non concerné]
6 [NSP]

Q42 Dans l'éducation de vos patients diabétiques, vous sentez-vous…

BMG 2003

1 Très efficace
2 Assez efficace
3 Peu efficace
4 Pas du tout efficace
5 [Non concerné]
6 [NSP]

Q43 Dans l'éducation de vos patients ayant de l'hypertension, vous sentez-vous…

BMG 2003

1 Très efficace
2 Assez efficace
3 Peu efficace
4 Pas du tout efficace
5 [Non concerné]
6 [NSP]

Q44 Dans votre prise en charge d'un patient atteint de maladies chroniques, quelle est votre pratique éducative ? Est-ce que…

1 Systématiquement
2 Souvent
3 Parfois
4 Jamais
5 [NSP]

- Vous informez et conseillez les patients

- Vous mettez en œuvre vous-même des activités éducatives
- Vous orientez les patients vers d'autres intervenants pour des activités éducatives (par exemple, des activités d'éducation du patient à l'hôpital, dans des réseaux ou dans des associations de patients)

Q45 Pour chacun des éléments suivants, dites-moi s'il vous permettrait de mieux remplir vos missions de prévention et d'éducation.

1 Tout à fait
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout
5 [NSP]

- Des supports d'information écrits adaptés
- Des campagnes grand public
- La possibilité de déléguer certaines de ces activités
- Une formation en prévention et éducation
- Une rémunération spécifique
- Davantage de temps
- Un rôle mieux reconnu dans la prévention

Q46 Voici plusieurs propositions. Dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord. Pour vous, la prévention doit-elle être faite par…

◆ *Posée à la moitié de l'échantillon*

1 Tout à fait
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout d'accord
5 [NSP]

- Les médecins généralistes
- Les médecins spécialistes ou hospitaliers
- Les infirmiers et autres paramédicaux
- Des professionnels de l'enseignement ou du social
- Les médias (presse, télévision)
- Des associations de patients

Q47 En prévention, seriez-vous prêt à déléguer des tâches…

1 Oui
2 Non
3 [NSP]

◆ *Si Q46-2 = 1 à 2*
- À des médecins spécialistes ou hospitaliers

◆ *Si Q46-3 = 1 à 2*
- À des infirmiers et autres paramédicaux

◆ *Si Q46-6 = 1 à 2*
- À des associations de patients

Formation en éducation pour la santé/éducation thérapeutique

Q48 Au cours des douze derniers mois, avez-vous bénéficié d'une formation spécifique en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique ?

1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q49 Quelle a été sa durée ?

◆ *Si Q48 = 1*

★ Enquêteur : si le médecin a suivi plusieurs formations dans le même domaine, prendre en compte la dernière formation suivie.

- En heures
- En soirées
- En demi-journées
- En journées

Q50 Cette formation abordait principalement…

◆ *Si Q48 = 1*

1 La relation médecin/malade
2 La démarche d'éducation pour la santé en général
3 Un déterminant de santé particulier : tabac, alcool…
4 L'éducation thérapeutique en général
5 L'éducation thérapeutique dans une pathologie en particulier
6 Autre
7 [NSP]

Q51 Seriez-vous intéressé par une formation relevant de ces domaines ?

◆ *Si Q48 = 2 ou 3*

1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q52 Combien de temps seriez-vous prêt à y consacrer au cours d'une année ?

◆ *Si Q51 = 1*

- En heures
- En soirées
- En demi-journées
- En journées

Q53 **Parmi les thèmes de formation suivants, quel est celui que vous souhaiteriez aborder en priorité ?**

◆ *Si Q51 = 1*

1 La relation médecin/malade
2 La démarche d'éducation pour la santé en général
3 Un déterminant de santé particulier : tabac, alcool…
4 L'éducation thérapeutique en général
5 L'éducation thérapeutique dans une pathologie en particulier
6 Autre
7 [NSP]

Q54 **Quelles sont les deux principales raisons pour lesquelles vous n'êtes pas intéressé ?**

◆ *Si Q51 = 2*

1 Ces compétences ne s'acquièrent pas lors de formations mais relèvent de dispositions naturelles
2 Ces compétences ont déjà été acquises par la pratique clinique
3 Ces compétences ont déjà été acquises par la formation initiale
4 Ce n'est pas le rôle du médecin
5 Ce n'est pas demandé par les patients
6 Le manque de temps
7 L'acte d'éducation n'est pas rémunéré
8 Autre
9 [Aucune raison]
10 [NSP]

Prise en charge des problèmes d'addiction

Parlons maintenant des problèmes d'addiction.

Q55 **Combien de toxicomanes dépendants aux opiacés voyez-vous en moyenne par mois ?**
BMG 92, 98, 2003 (MODIFIÉE « COMBIEN D'HÉROÏNOMANES »)

★ Enquêteur : si interrogation du médecin, ne pas inclure les personnes qui consomment des opiacés dans le cadre d'un traitement anti-douleur.

1 Aucun
2 Moins de 1
3 De 1 à 2
4 De 3 à 4
5 De 5 à 9
6 10 ou plus
7 [NSP]
8 [Refus]

Q56 **Parmi ces personnes, combien en suivez-vous pour un traitement de substitution…**
BMG 98, 2003

◆ *Si Q55 > 1*

★ Enquêteur : si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif. Si le médecin répond une dizaine, une centaine…, vous devez valider la valeur que vous rentrez avec le médecin. Ex : pour une dizaine, « *puis-je indiquer 10 ?* ».

■ Par de la buprénorphine haut dosage (Subutex® ou générique) BMG 98, 2003 (POUR DU SUBUTEX®)
■ Par de la méthadone (flacons ou gélules)
■ Pour un autre traitement de substitution (codéiné, sulfate de morphine)

Q57 **En dehors des personnes dépendantes aux opiacés, combien en voyez-vous en moyenne par mois pour leur consommation de cocaïne, d'amphétamines ou d'ecstasy ?**

1 Aucun
2 Moins de 1
3 De 1 à 2
4 De 3 à 4
5 De 5 à 9
6 De 10 ou plus
7 [NSP]
8 [Refus]

Q58 **Combien de personnes en difficulté avec leur consommation de cannabis voyez-vous en moyenne par mois ?**

1 Aucun
2 Moins de 1
3 De 1 à 2
4 De 3 à 4
5 De 5 à 9
6 10 ou plus
7 [NSP]
8 [Refus]

Q59 **Voici des opinions que l'on peut entendre à propos de la drogue. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord.**

◆ *Deux des quatre sous-questions (1, 2, 5, 6) et une des deux sous-questions (3, 4) posées aléatoirement.*

1 Tout à fait
2 Plutôt

3 Plutôt pas
4 Pas du tout d'accord
5 [NSP]

- Les toxicomanes sont avant tout des malades BMG 92, 98, 2003
- Les toxicomanes se conforment aux prescriptions médicales BMG 98, 2003
- La drogue, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie BMG 92, 98, 2003
- Le cannabis, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie
- Il faut mettre le cannabis en vente libre BMG 92, 98, 2003
- La consommation de cannabis constitue un risque important pour la santé

Q60 Pour chacun des types d'addictions suivants, dites-moi si le plus souvent vous prenez les patients en charge seul, en liaison avec une structure, ou si vous les adressez à une structure ?
BMG 93, 98, 2003

1 Seul
2 En liaison avec une structure (CSST/CCAA/CSAPA ou consultation spécialisée à l'hôpital)
3 Vous les adressez à une structure spécialisée
4 [Vous les adressez à un confrère]
5 [Autre]
6 [NSP]
7 [Non concerné]

- Pour le tabac
- Pour l'alcool
- Pour le cannabis
- Pour d'autres drogues illicites

Q61 Au cours des sept derniers jours, combien de patients avez-vous vus dans le cadre de leur sevrage… ?
BMG 93, 98, 2003

★ Enquêteur : si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif. Si le médecin répond une dizaine, une centaine…, vous devez valider la valeur que vous rentrez avec le médecin. Ex : pour une dizaine, « *puis-je indiquer 10 ?* ».

- Alcoolique
- Tabagique

Q62 Dans votre pratique en cabinet, vous abordez la question de la consommation d'alcool…

1 Au moins une fois avec chaque patient
2 Pour certains patients que vous jugez à risque
3 À la demande du patient uniquement
4 Jamais
5 [NSP]

Q63 Concernant la consommation de tabac, abordez-vous la question…

1 Au moins une fois avec chaque patient
2 Pour certains patients que vous jugez à risque
3 À la demande du patient uniquement
4 Jamais
5 [NSP]

Q64 Enfin, concernant la consommation de cannabis, abordez-vous la question…

1 Au moins une fois avec chaque patient
2 Pour certains patients que vous jugez à risque
3 À la demande du patient uniquement
4 Jamais
5 [NSP]

Alzheimer

◆ *Module posé à la moitié de l'échantillon (V2).*

Passons à un autre sujet. Nous allons maintenant parler de vos patients atteints de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés.

Q65 Parmi les patients suivis au cours des douze derniers mois, combien étaient atteints de la maladie d'Alzheimer ?

1 Aucun
2 De 1 à 4
3 De 5 à 9
4 10 ou plus
5 [NSP]
6 [Refus]

Q66 De manière générale, annoncez-vous le diagnostic de la maladie d'Alzheimer…

◆ *De Q66 à Q71, si Q65 > 1*

1 Systématiquement
2 Souvent
3 Parfois
4 Jamais
5 [NSP]

- Au patient lui-même
- À la famille du patient

Q67 Orientez-vous systématiquement, souvent, parfois ou jamais, vos patients atteints de la maladie d'Alzheimer vers les professionnels ou les structures suivantes ?

1 Systématiquement
2 Souvent
3 Parfois

4 Jamais
5 [NSP]

- Un spécialiste (neurologue, gériatre)
- Un centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic)
- Des services d'aide et de soins à domicile

Q68 **Je vais vous citer quelques caractéristiques de la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Vous, personnellement, diriez-vous qu'il vous est tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout facile de…**

1 Tout à fait
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout facile
5 [NSP]

- Prendre en charge les troubles comportementaux
- Coordonner les soins et les aides
- Donner des informations sur les aides sociales disponibles
- Prendre en charge les comorbidités

Q69 **Dans la relation avec vos patients atteints de la maladie d'Alzheimer, vous sentez-vous…**

1 Tout à fait
2 Plutôt
3 Plutôt pas
4 Pas du tout à l'aise
5 [NSP]

Q70 **Concernant vos patients atteints de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, vous sentez-vous suffisamment formé…**

1 Oui
2 Non
3 [NSP]

- À l'annonce du diagnostic
- À la communication avec les patients
- À la communication avec les familles
- Aux traitements non médicamenteux (stimulation cognitive, kinésithérapie, orthophonie)

Q71 **En juin 2008, la Haute Autorité de santé a publié des recommandations portant sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Connaissez-vous ces recommandations ?**

1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Caractéristiques médicales

Terminons par quelques caractéristiques professionnelles.

Q72 **Dans quel secteur exercez-vous ?**

★ Enquêteur : si « dépassement permanent », coder 2.

BMG 93, 94, 98, 2003

1 Secteur 1
2 Secteur 2
3 Non conventionné
4 [NSP]

Q73 **Combien de journées ou de demi-journées effectuez-vous dans votre cabinet par semaine, y compris les visites à domicile ?**

★ Enquêteur : si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif.

Q74 **Avez-vous une autre activité en tant que médecin, en dehors de votre cabinet ?**

1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q75 **Exercez-vous…**

BMG 98, 2003

1 En cabinet de groupe
2 En cabinet individuel
3 [Refus]

Q76 **Dans ce cabinet, combien y a-t-il de…**

★ Enquêteur : si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif. Si le médecin répond une dizaine, une centaine…, vous devez valider la valeur que vous rentrez avec le médecin. Ex : pour une dizaine, « *puis-je indiquer 10 ?* ».

- Médecins, en dehors de vous
- D'infirmières ou d'autres paramédicaux

Q77 **Utilisez-vous…**

1 Oui
2 Non
3 [NSP]

- Des dossiers de patients informatisés
- Des logiciels informatiques utiles en prévention (vaccination, calcul de certains facteurs de risque, etc.)

Q78 Pratiquez-vous systématiquement, régulièrement, occasionnellement ou jamais…
BMG 92, 93 (ITEM OUI/NON)
BMG 94, 98, 2003 (« SYSTÉMATIQUEMENT, OCCASIONNELLEMENT, JAMAIS »)
1 Systématiquement
2 Régulièrement
3 Occasionnellement
4 Jamais
5 [Refus]

- L'acupuncture
- L'homéopathie
- La mésothérapie
- D'autres modes d'exercices particuliers

Q79 Combien d'actes médicaux réalisez-vous en moyenne par jour en secteur libéral, c'est-à-dire à votre cabinet et en visite à domicile ?
BMG 92, 93, 98, 2003 MODIFIÉE (SANS LA PRÉCISION « EN SECTEUR LIBÉRAL, C'EST-À-DIRE À… »)
★ Enquêteur : si le médecin demande, c'est hors expertise. Si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif. Si le médecin répond une dizaine, une centaine…, vous devez valider la valeur que vous rentrez avec le médecin. Ex : pour une dizaine, « *puis-je indiquer 10 ?* ».

Q80 Quel pourcentage approximatif de votre clientèle bénéficie de la CMU ?
BMG 94, 98, 2003 (MODALITÉS DE RÉPONSES MODIFIÉES)
1 Moins de 2 %
2 De 2 à 4 %
3 De 5 à 9 %
4 De 10 à 25 %
5 Plus de 25 %
6 [NSP]

Q81 Participez-vous à un ou plusieurs réseaux de santé ?
BMG 94, 98, 2003
1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q82 Sur quel(s) thème(s) ?
BMG 94, 98, 2003

◆ *Si Q81 = 1*

★ Enquêteur : ne pas citer – Plusieurs réponses possibles.
1 Alcool
2 Cancer
3 Diabète
4 Gérontologie/gériatrie
5 Hépatite C
6 Maladies cardio-vasculaires, HTA (hypertension artérielle)
7 Soins palliatifs
8 Toxicomanie/traitement de substitution héroïne
9 VIH
10 Autres (préciser)
11 [NSP]

Q83 Êtes-vous très, plutôt, peu ou pas du tout satisfait par l'exercice de votre profession ?
BMG 94, 98, 2003
1 Très satisfait
2 Plutôt satisfait
3 Peu satisfait
4 Pas du tout satisfait
5 [NSP]

Q84 Dans les trois domaines suivants, diriez-vous que vous avez suffisamment de collaborations avec d'autres professionnels pour une prise en charge satisfaisante des patients que vous suivez ?
1 Oui, suffisamment
2 Non, pas assez
3 [NSP]

- Pour des situations relevant du domaine médical
- Pour des situations relevant du domaine psychologique
- Pour des situations relevant du domaine social

Q85 Consacrez-vous du temps à…
BMG 94, 2003
1 Oui
2 Non
3 [NSP]

- Des activités de formateur ou de maître de stage (deux modalités distinctes auparavant)
- Des activités relatives à des associations de prévention
- Des activités relatives à des associations de malades

Q86 Combien de journées ou de demi-journées de formation médicale continue, hors EPP (évaluation de vos pratiques professionnelles), avez-vous suivies au cours des douze derniers mois ?
★ Enquêteur : si le médecin n'arrive pas à donner une valeur exacte, demander un nombre approximatif.

Q87 Avez-vous eu une EPP (évaluation de vos pratiques professionnelles) au cours des douze derniers mois ?
1 Oui
2 Non
3 [NSP]

Q88 **Pour terminer, quelle est votre année de naissance ?**
BMG 92, 93, 94, 98, 2003

Je vous remercie de votre précieuse collaboration et je vous souhaite une bonne fin de journée.

ANNEXE 3

Liste des tableaux et des figures

Présentation de l'enquête : méthode et profil des médecins généralistes

23 **Tableau I** : Effectifs des participants aux différents Baromètres santé médecins généralistes

24 **Tableau II** : Caractéristiques du fichier Cegedim®, des fichiers de médecins tirés au sort, appelés, répondants et non-répondants (en pourcentage)

29 **Tableau III** : Récapitulatif des appels téléphoniques avant et après réexploitation des refus (en pourcentage)

30 **Tableau IV** : Taux de réussite de la phase de réexploitation des refus, selon la qualification initiale des adresses

32 **Tableau V** : Structure de l'échantillon selon certaines caractéristiques et selon le mode de collecte des données — Comparaison avec les données administratives (en pourcentage)

38 **Tableau VI** : Les activités associées à l'exercice de la profession en 1994, 2003 et 2009 (en pourcentage)

33 **Figure 1** : Répartition des médecins généralistes lors des trois derniers Baromètres santé médecins généralistes, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

34 **Figure 2** : Répartition des médecins lors des Baromètres santé médecins généralistes depuis 1992, selon l'âge

34 **Figure 3** : Répartition géographique des médecins interrogés (en pourcentage)

35 **Figure 4** : Pratique d'un mode d'exercice particulier lors des différents Baromètres santé médecins généralistes (en pourcentage)

36 **Figure 5** : Pratique de différents modes d'exercice particulier depuis 1994 (en pourcentage)

37 **Figure 6** : Part de la clientèle bénéficiant de la couverture médicale universelle estimée par les médecins généralistes depuis 1998 (en pourcentage)

38 **Figure 7** : Principaux réseaux auxquels participent les médecins généralistes (en pourcentage)

39 **Figure 8** : Satisfaction des médecins quant

à l'exercice de leur profession depuis 1994 (en pourcentage)

Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale

51 **Tableau I** : Caractéristiques communes des médecins abordant au moins une fois avec chaque patient deux thèmes d'addiction parmi les trois suivants : tabac, alcool et cannabis (en pourcentage)
53 **Tableau II** : Facteurs associés au fait de déclarer mettre en œuvre soi-même « *souvent* » ou « *systématiquement* » des activités éducatives
55 **Tableau III** : Utilisation par les médecins de questionnaires préétablis, selon les thèmes (en pourcentage)
57 **Tableau IV** : Facteurs liés à la déclaration d'un rôle fort de prévention pour chacun des sept thèmes proposés
60 **Tableau V** : Facteurs liés à la facilité à aborder certains thèmes de prévention
61 **Tableau VI** : Facteurs associés au sentiment d'efficacité des médecins dans l'éducation des patients asthmatiques, diabétiques et hypertendus (analyses multivariées, odds-ratio)

49 **Figure 1** : Médecins considérés comme les plus investis dans la prévention médicalisée, en fonction de certaines pratiques déclarées de vaccination (en pourcentage)
50 **Figure 2** : Médecins considérés comme les plus investis dans la prévention médicalisée, en fonction de certaines pratiques déclarées de dépistage sérologique (en pourcentage)
51 **Figure 3** : Pratiques médicales concernant l'abord avec les patients de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis (en pourcentage)
52 **Figure 4** : Pratique éducative déclarée dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques
54 **Figure 5** : Évolution de l'utilisation de questionnaires préétablis par les médecins entre 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage)
57 **Figure 6** : Médecins déclarant que la prévention fait partie de leur rôle, selon différents domaines (en pourcentage)
58 **Figure 7** : Facilité pour les médecins à aborder avec leurs patients la prévention dans neuf domaines (en pourcentage)
60 **Figure 8** : Sentiment d'efficacité dans l'éducation des patients asthmatiques, diabétiques et hypertendus (en pourcentage)
63 **Figure 9** : Éléments permettant de mieux remplir les missions de prévention et d'éducation (en pourcentage)
65 **Figure 10** : Acteurs devant intervenir dans la prévention, selon les médecins généralistes interrogés (en pourcentage)

Opinions et pratiques vaccinales des médecins généralistes

90 **Tableau I** : Évolution des opinions sur la vaccination en général (en pourcentage)
91 **Tableau II** : Facteurs associés au fait de se déclarer être « *très favorable* » à la vaccination en général
92 **Tableau III** : Évolution des opinions sur la vaccination ROR depuis 1994 (en pourcentage)
93 **Tableau IV** : Facteurs associés au fait de se déclarer être « *très favorable* » à la vaccination ROR
93 **Tableau V** : Évolution des pratiques de la vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans depuis 1994 (en pourcentage)
94 **Tableau VI** : Facteurs associés au fait de proposer « *systématiquement* » la vaccination ROR aux enfants de 1 à 2 ans
95 **Tableau VII** : Évolution des opinions sur la vaccination contre l'hépatite B (en pourcentage)
96 **Tableau VIII** : Facteurs associés au fait de se déclarer « *très favorable* » à la vaccina-

tion contre l'hépatite B pour différentes populations
97 **Tableau IX** : Facteurs associés au fait de déclarer être vacciné contre l'hépatite B
98 **Tableau X** : Facteurs associés au fait de ne « *jamais* » proposer le vaccin hexavalent aux nourrissons
99 **Tableau XI** : Pratique du vaccin hexavalent en fonction de l'opinion quant à l'impact du remboursement (en pourcentage)
100 **Tableau XII** : Facteurs associés au fait de déclarer être « *très favorable* » à la vaccination contre le pneumocoque
101 **Tableau XIII** : Comparaison de l'opinion des médecins d'Île-de-France et hors de l'Île-de-France concernant la vaccination BCG pour les enfants à risque
102 **Tableau XIV** : Proportions de médecins favorables à la vaccination BCG pour les enfants à risque, en Île-de-France et hors Île-de-France, selon différents critères sociodémographiques ou caractéristiques de la pratique médicale
103 **Tableau XV** : Facteurs associés au fait de proposer « *systématiquement* » la vaccination BCG en Île-de-France, contre celui de la proposer « *parfois* » ou « *jamais* »
105 **Tableau XVI** : Facteurs associés au fait de proposer « *systématiquement* » la vaccination BCG hors Île-de-France, contre celui de la proposer « *parfois* » ou « *jamais* »
106 **Tableau XVII** : Facteurs associés au fait de déclarer s'être fait vacciner contre la grippe saisonnière l'hiver précédant l'enquête
106 **Tableau XVIII** : Évolution des pratiques de la vaccination antigrippale chez les personnes âgées depuis 1994 (en pourcentage)
107 **Tableau XIX** : Facteurs associés au fait de proposer « *systématiquement* » la vaccination contre la grippe aux personnes âgées
108 **Tableau XX** : Facteurs associés au fait de se déclarer « *très favorable* » à la vaccination HPV des adolescentes
109 **Tableau XXI** : Facteurs associés au fait de déclarer « *proposer systématiquement* » la vaccination HPV, contre déclarer « *proposer parfois ou jamais* » la vaccination HPV
111 **Tableau XXII** : Facteurs associés au fait de déclarer être favorable à la recommandation de la vaccination contre les rotavirus

91 **Figure 1** : Évolution des opinions « *très favorables* » à la vaccination depuis 1994, selon le sexe et l'âge des médecins généralistes (en pourcentage)
97 **Figure 2** : Pratique de proposition du vaccin hexavalent
99 **Figure 3** : Opinion des médecins généralistes concernant la vaccination contre le pneumocoque pour le nourrisson
102 **Figure 4** : Proposition de la vaccination BCG aux enfants à risque en Île-de-France et hors Île-de-France (en pourcentage)
104 **Figure 5** : Opinion vis-à-vis de la vaccination BCG, en Île-de-France et hors Île-de-France, selon la proposition de cette vaccination par le médecin généraliste (en pourcentage)
108 **Figure 6** : Opinion des médecins généralistes concernant la vaccination HPV chez les adolescentes
109 **Figure 7** : Proposition de la vaccination HPV aux adolescentes
110 **Figure 8** : Opinion vis-à-vis de la vaccination HPV selon la proposition de cette vaccination par le médecin généraliste (en pourcentage)
111 **Figure 9** : Opinion des médecins généralistes concernant les recommandations de vaccination contre la varicelle et les rotavirus (en pourcentage)

Dépistage des hépatites virales en médecine générale

124 **Tableau I** : Facteurs associés au fait de proposer systématiquement la sérologie VHC, selon différentes populations
126 **Tableau II** : Proposition de dépistage de

l'hépatite C, selon les facteurs de risques en 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage)
128 **Tableau III** : Facteurs associés au fait de proposer systématiquement la sérologie VHB, selon différentes populations
128 **Tableau IV** : Proposition de sérologie de l'hépatite B, selon l'adhésion à la vaccination contre l'hépatite B pour les adultes à risque (en pourcentage)

120 **Figure 1** : Prévalence de l'hépatite B
120 **Figure 2** : Prévalence de l'hépatite C
123 **Figure 3** : Proposition de sérologie du virus de l'hépatite C, selon les caractéristiques du patient (en pourcentage)
127 **Figure 4** : Proposition de sérologie du virus de l'hépatite B, selon les caractéristiques du patient (en pourcentage)

Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ?

139 **Tableau I** : Variables actives et illustratives utilisées dans la classification
141 **Tableau II** : Facteurs associés au fait d'être à l'origine du dernier test prescrit
145 **Tableau III** : « Les modérément actifs en prévention » (45,4 %)
147 **Tableau IV** : « Les réfractaires à la prévention en médecine générale » (22,9 %)
149 **Tableau V** : « Les "champions" de la prévention » (18,0 %)
151 **Tableau VI** : « Les méfiants vis-à-vis du test de dépistage rapide » (13,7 %)

143 **Figure 1** : Fréquence de la proposition d'un test VIH selon le patient (en pourcentage)
143 **Figure 2** : Opinions vis-à-vis de la proposition de dépistage en population générale, selon différentes modalités (en pourcentage)
144 **Figure 3** : Freins à l'utilisation du test rapide en cabinet de médecine générale (en pourcentage)

La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient

162 **Tableau I** : Thème abordé par les médecins lors de la formation suivie ou souhaitée par ceux qui veulent en effectuer une (en pourcentage)
164 **Tableau II** : Facteurs associés au suivi d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique au cours des douze derniers mois
165 **Tableau III** : Facteurs associés au souhait d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique
167 **Tableau IV** : Facteurs associés au fait de citer *le « manque de temps »* et *des « compétences acquises par la pratique »* par les médecins déclarant ne pas souhaiter de formation

161 **Figure 1** : La formation en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient suivie ou souhaitée par les médecins généralistes (en pourcentage)
167 **Figure 2** : Raisons invoquées par les médecins ne se déclarant pas intéressés par une formation (en pourcentage)

Prise en charge des addictions par les médecins généralistes

181 **Tableau I** : Répartition des médecins, selon le nombre de personnes vues par mois... (en pourcentage)
182 **Tableau II** : Facteurs associés au fait de voir au moins un patient pour un usage de cannabis, de cocaïne ou d'opiacés
186 **Tableau III** : Facteurs associés au fait d'aborder la question des consommations au moins une fois avec chaque patient
187 **Tableau IV** : Utilisation par les médecins généralistes de questionnaires préétablis dans le domaine du tabac, de l'alcool et des drogues illicites, par année (en pourcentage)

188 **Tableau V** : Facteurs associés à l'utilisation de questionnaires préétablis concernant les consommations de tabac et d'alcool
190 **Tableau VI** : Mode de prise en charge des patients déclaré par les médecins généralistes concernés, pour chaque substance et par année (en pourcentage)
192 **Tableau VII** : Facteurs associés au fait d'avoir vu au moins trois patients dans le cadre de leur sevrage tabagique et d'avoir vu au moins un patient dans le cadre de son sevrage thérapeutique en alcool au cours des sept derniers jours
195 **Tableau VIII** : Opinions des médecins généralistes sur les drogues illicites (en pourcentage)

181 **Figure 1** : Évolution du nombre de personnes dépendantes aux opiacés, vues par mois par les généralistes, en 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage)
185 **Figure 2** : Prescription d'un traitement de substitution et type de traitement prescrit par les médecins généralistes voyant au moins un toxicomane dépendant aux opiacés par mois, selon l'année (en pourcentage)
185 **Figure 3** : Médecins généralistes déclarant aborder la question des consommations de tabac, alcool et cannabis (en pourcentage)
190 **Figure 4** : Mode de prise en charge par les médecins généralistes concernés, pour chaque substance et selon le sexe (en pourcentage)
191 **Figure 5** : Nombre de patients vus dans le cadre de leur sevrage tabagique au cours des sept derniers jours, par année (en pourcentage)
191 **Figure 6** : Nombre de patients vus dans le cadre de leur sevrage thérapeutique en alcool au cours des sept derniers jours, par année (en pourcentage)
194 **Figure 7** : Participation des médecins généralistes à un réseau de santé, par année (en pourcentage)
195 **Figure 8** : Évolution des opinions « *tout à fait* » et « *plutôt* » d'accord sur les drogues illicites entre 1998 et 2009 (en pourcentage)

L'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en médecine générale

209 **Tableau I** : Facteurs associés au suivi de dix patients Alzheimer ou plus au cours des douze derniers mois
211 **Tableau II** : Facteurs associés au fait d'annoncer le diagnostic au patient
213 **Tableau III** : Facteurs associés à un sentiment de malaise dans les relations aux patients Alzheimer

208 **Figure 1** : Nombre de patients Alzheimer suivis au cours des douze derniers mois, selon le sexe du médecin généraliste (en pourcentage)
210 **Figure 2** : Attitudes et perceptions des médecins face à l'accompagnement des patients Alzheimer, selon le fait de connaître ou non les recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la Haute Autorité de santé (en pourcentage)
210 **Figure 3** : Annonce du diagnostic au patient et à son entourage par le médecin généraliste (en pourcentage)
212 **Figure 4** : Orientation par les médecins généralistes des patients Alzheimer vers différents services spécialisés (en pourcentage)
214 **Figure 5** : Difficulté perçue par les médecins généralistes, selon différents aspects de l'accompagnement de patients Alzheimer (en pourcentage)
215 **Figure 6** : Proportion de médecins généralistes déclarant être suffisamment formés à différents aspects de l'accompagnement des patients Alzheimer, selon le nombre de ces patients suivis au cours des douze derniers mois (en pourcentage)

Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale

223 **Tableau I** : Caractéristiques générales de l'échantillon de médecins généralistes libéraux de secteur 1
227 **Tableau II** : Caractéristiques des médecins généralistes de secteur 1 associées à l'exercice en cabinet de groupe
228 **Tableau III** : Organisation du travail des médecins généralistes de secteur 1, selon le type de cabinet
231 **Tableau IV** : Opinions et pratiques des médecins généralistes de secteur 1 en matière de dépistage et de prévention, selon le type d'exercice

225 **Figure 1** : Évolution du taux de regroupement des médecins généralistes de secteur 1 entre 1998 et 2009, selon l'âge (en pourcentage)
226 **Figure 2** : Répartition des médecins généralistes exerçant en groupe médical, selon la taille du groupe (en pourcentage)
226 **Figure 3** : Répartition des médecins généralistes exerçant en groupe pluridisciplinaire, selon le nombre de professionnels de santé (en pourcentage)

Études et enquêtes parues aux éditions de l'Inpes

F. Baudier, C. Dressen, F. Alias
Baromètre santé 92
1994, 168 p.

F. Baudier, C. Dressen, D. Grizeau, M.-P. Janvrin, J. Warszawski
Baromètre santé 93/94
1995, 172 p.

J. Arènes, F. Baudier, C. Dressen, M. Rotily, J.-P. Moatti
Baromètre santé médecins généralistes 94/95
1996, 138 p.

F. Baudier, C. Dressen, J. Arènes
Baromètre santé jeunes 94
1997, 148 p.

F. Baudier, J. Arènes (dir.)
Baromètre santé adultes 95/96
1997, 288 p.

F. Baudier, M. Rotily, G. Le Bihan, M.-P. Janvrin, C. Michaud
Baromètre santé nutrition 1996 adultes
1997, 180 p.

J. Arènes, M.-P. Janvrin, F. Baudier (dir.)
Baromètre santé jeunes 97/98
1998, 328 p.

J. Arènes, P. Guilbert, F. Baudier (dir.)
Baromètre santé médecins généralistes 98/99
1999, 224 p.

J.-F. Collin
Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99
1999, 64 p.

E. Godeau, C. Dressen, F. Navarro (dir.)
Les années collège. Enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France
2000, 114 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier, A.-C. Goubert, P. Arwidson, M.-P. Janvrin.
Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode
2001, 144 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier (dir.)
Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats
2001, 474 p.

P. Guilbert, A. Gautier, F. Baudier, A. Trugeon (dir.)
Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux
2004, 216 p.

M.-C. Bournot, A. Bruandet, C. Declercq, P. Enderlin, F. Imbert, F. Lelièvre, P. Lorenzo, A.-C. Paillas, A. Tallec, A. Trugeon
Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Volume 3.2 : Résultats régionaux
2004, 256 p.

P. Guilbert, H. Perrin-Escalon (dir.)
Baromètre santé nutrition 2002
2004, 260 p.

A. Gautier (dir.)
Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003
2005, 276 p.

E. Godeau, H. Grandjean, F. Navarro (dir.)
La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002
Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-Aged Children, 2005, 286 p.

P. Guilbert, A. Gautier (dir.)
Baromètre santé 2005, premiers résultats
2006, 176 p.

P. Guilbert, P. Peretti-Watel, F. Beck, A. Gautier (dir.)
Baromètre cancer 2005
2006, 202 p.

N. Lydié (dir.)
Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements
2007, 188 p.

F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. (dir.)
Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé
2007, 608 p.

C. Ménard, D. Girard, C. Léon, F. Beck (dir.).
Baromètre santé environnement 2007
2008, 416 p.

E. Godeau, C. Arnaud, F. Navarro (dir.).
La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006
2008, 276 p.

F. Beck, S. Legleye, O. Le Nézet, S. Spilka.
Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFDT
2008, 264 p.

A. Gautier, M. Jauffret-Roustide, C. Jestin
Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux
2008, 252 p.

C. Chan Chee, F. Beck, D. Sapinho, P. Guilbert
La dépression en France. Enquête Anadep 2005
2009, 208 p.

H. Escalon, C. Bossard, F. Beck (dir.)
Baromètre santé nutrition 2008.
2009, 424 p.

Conception graphique originale **Scripta** – Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
75 rue de Lourmel – 75015 Paris - philippeferrero.tel
Photographies **Pierre Ciot**
Préparation **Carmen Fernandez**
Relecture **Nelly Zeitlin**
Impression mai 2011 **Fabrègue**
Bois Joly – BP 10 – 87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Dépôt légal juin 2011

Une politique de prévention et d'éducation pour la santé efficace ne peut s'envisager sans une connaissance détaillée des opinions et des pratiques de ses acteurs clés, les médecins généralistes, et une analyse de leur évolution dans le temps. C'est pourquoi l'enquête Baromètre santé, menée à intervalles réguliers depuis 1992, a été reconduite pour la sixième fois en 2009 auprès d'un échantillon de 2 083 professionnels de santé.

Ce *Baromètre santé médecins généralistes 2009* décrit leurs perceptions et leurs comportements en matière de vaccination, de dépistage des hépatites virales et du VIH, de prise en charge des problèmes d'addiction ; pour la première fois, il aborde la prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, ou encore la formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique du patient. Il permet ainsi de mieux connaître les attentes des médecins, mais aussi les freins à certaines pratiques. Outre une analyse des données chiffrées et de leur évolution dans le temps, l'ouvrage fournit des clés pour comprendre l'implication des médecins généralistes dans le domaine de la prévention. Il se révèle un outil indispensable aux décideurs et aux acteurs de terrain.

Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires. Ne peut être vendu.

ISBN 978-2-9161-9224-6 / 121-83510-L

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France