

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2017

N° 018

THÈSE

Pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

Par

Charlotte MOUYON

Née le 05 septembre 1987 à TOULOUSE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 14 mars 2017

**Pratiques de prévention des médecins généralistes dans les Pays de la Loire :
étude descriptive transversale déclarative.**

Président : Monsieur le Professeur Mohamed Hamidou
Directeur : Monsieur le Docteur Jean-Pascal Fournier
Membres du Jury : Monsieur le Professeur Lionel Goronflot
Monsieur le Docteur Cédric Rat

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
REMERCIEMENTS	4
ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION.....	12
1. Soins primaires et prévention	12
2. Médecine générale et prévention.....	13
3. Pratiques de prévention en médecine générale dans la littérature.....	14
4. Etude PREVPRIM.....	15
5. Objectifs	16
II MATERIELS ET METHODES	17
1. Design de l'étude.....	17
2. Déroulement de l'étude	17
3. Auto-questionnaire.	18
a. Le questionnaire.....	18
b. Traitement et méthode d'analyse des données.	20
4. Statistiques.....	23
a. Justification du nombre d'inclusions	23
b. Méthode de prise en compte des données manquantes, inutilisées ou non valides	23
c. Degré de signification statistique.....	24
5. Ethique.....	24
III RESULTATS	25
1. Participants	25
2. Questionnaire.....	27
a. Dépistage de l'hypercholestérolémie.....	29
b. Dépistage de la consommation d'alcool à risque.....	30
c. Dépistage du cancer du colon	34
d. Dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA	34
e. Vaccination antigrippale une fois par an, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus	

f.	Vaccination antigrippale pour les moins de 65 ans à risque (1x/an)	35
3.	Faisabilité d'un feedback sur les données de l'étude	36
a.	Utilité d'un feedback.....	36
b.	Motivations pour avoir un feedback	37
c.	Forme du feedback.....	37
d.	Autres thématiques de recherche	38
IV	DISCUSSION.....	39
1.	Principaux résultats	39
2.	Consommation tabagique	39
3.	Consommation d'alcool à risque	40
4.	Dépistage du cancer colorectal	44
5.	Dépistage du cancer de la prostate	46
6.	Vaccination antigrippale.....	48
7.	Forces et faiblesses	48
a.	Représentativité de la population étudiée	49
b.	Les biais	49
c.	Le questionnaire.....	50
8.	Perspectives de pratiques médicales, proposition de recherche	51
V	CONCLUSION	54
VI	REFERENCES	55
VII	ANNEXES	60
1.	Annexe 1: Courrier « voie postale ».....	61
2.	Annexe 2: Courrier « voie électronique »	63
3.	Annexe 3: Le questionnaire.....	64
4.	Annexe 4 : Avis du Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé.....	69

REMERCIEMENTS

A Monsieur le professeur Mohamed Hamidou, Président du jury,
pour me faire l'honneur de présider le jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

A Monsieur le docteur Jean-Pascal Fournier, Directeur de thèse,
pour m'avoir confié ce travail de thèse, et suivi pendant ce long travail. Trouve ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le docteur Lionel Goronflot,
qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse, soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le docteur Cédric Rat,
merci d'avoir accepté de faire parti de ce jury, veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

A toute l'équipe de la faculté de médecine de **l'Université de Genève**, investigatrice de ce projet auquel j'ai pu participer ; en particulier à **Monsieur le docteur Hubert Maisonneuve**, à **Monsieur le docteur Paul Sébo**.

A l'Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux des Pays de la Loire, pour leur aide précieuse apportée dans ce travail, et plus particulièrement à **Monsieur le docteur Thomas Hérault**.

A ma famille,

A mes parents, pour tout votre amour, votre soutien inconditionnel, vos conseils, et votre générosité. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises depuis toute petite. Merci pour tout le bonheur que vous m'avez apporté, je suis fière d'être votre fille, votre Louloute.

À mon papa,

pour ta présence, ton soutien, discret, mais toujours là quand il le faut. Pour ton aide précieuse pendant ce travail de thèse, tu es devenu mon statisticien référent.

À ma maman,

pour m'avoir entourée, soutenue, chouchoutée avec tes fameuses tisanes, et tes massages devant la cheminée, pendant ces longues années d'études. Merci d'être toujours là pour moi, et pour nous.

A mes frères et ma sœur, Nico, Bruno, et Michou,

à notre enfance, au jeu du fort boyard, nos fous rires, nos disputes, nos souvenirs de vacances. Merci d'être là ! A tous nos moments passés et futurs ensemble, la famille c'est précieux. Je vous aime. À ma sœur, Michou, parce que tu es devenue une nantaise, comme ta sœur.

À mes grands-parents,

Pour votre soutien toutes ces années, votre gentillesse, et votre bienveillance. Merci à ma grand-mère pour ses gâteaux Tchèques, et mon grand-père pour ces conseils avisés en tous genres. Je ne les oublierai jamais. Merci pour votre courage tous les deux pépé et mémé.

A mon grand père, Pépé Pierre,

avec ta barbe de père Noël, on saura toujours où te trouver, au portail d'été.

A mes tantes, mes oncles, cousins. Merci pour les moments heureux passés ensemble.

A Gabriel, Manon, et ma filleule Alice.

A Lolotte,

Pour ton soutien pendant toutes ces années, depuis toutes petites. Merci pour tous ces fous rires mémorables, ces vacances, ces soirées, ces « Macdonalds » à l'union, ces « débriefings durant des heures et des heures » sur nos questions existentielles. Merci pour ton amitié infallible. Fière de te voir aujourd'hui devenir une maman épanouie. A Emma, fière d'être sa fausse tante, et ton « Roro » qui t'aime tant.

A Pascal, pour ta présence, ton amour, ton soutien, si heureuse de t'avoir rencontré. Depuis cette rencontre, on en a monté des marches. Que l'on en grave encore, ensemble, et pour très longtemps.

A mes amis,

A Pauline, merci d'être mon soutien toulousain dans cette ville du Nord, merci pour tes conseils avisés, ton écoute attentive, ta bienveillance, et nos fameuses soirées du lundi soir qui risquent de perdurer. Ou que tu sois, tu peux compter sur moi !

A Marie et Claire, depuis la P2 nos chemins se croisent, se décroisent, mais vous êtes toujours là! Avec vos conseils, votre lucidité, votre soutien dans les mauvais et les bons moments, sans jamais aucun jugement. Merci pour ces rendez-vous annuels que j'attends toujours avec impatience, et qui me font tellement de bien ! Qu'ils durent encore et encore..

A toutes la team du Bettex toulousaine, de près ou de loin, Pépéwwwww, et Romain même si vous avez fui en Australie (ou au Danemark on ne sait pas trop), ma Justine enfin de retour à Toulouse, et Jona, Tomato notre « parisien » préféré, chercheur de souris à ses heures perdues, et Victoria, Yopo même s'il fait toujours semblant de savoir danser, Papa Julio danseur exceptionnel, et Clémence, Peyou et Marine, GuiGui guitariste fou, qui ne sait toujours pas rattraper une pastèque et Caty, Sophie et Arnaud, Gryn et Sarah, Constant le fameux, le grand Ben notre papa à tous, capable de faire l'exorciste dans un bus à la grande Motte, et enfin à Jérém. Merci pour toutes ces années passées à vos côtés, ces soirées inoubliables, et tellement

exceptionnelles, du Ramier à l'Ubu...ses vacances minorquines, qui j'espère perdureront. Vous me manquez. On se voit à Tignes !

A Capucine, une amitié qui j'espère durera encore de belles années malgré la distance. Viens manger des huitres quand tu veux !

A Cam, merci de m'accepter comme je suis. Merci de ta sincérité en toute circonstances, parfois déroutante mais toujours bienveillante. Pour ta persévérance à la Gym, ta motivation constante, ta bonne humeur, ton sourire immense, les fameux massages du cuir chevelu, les soirées passées ensemble, et remettre « Serre chevalier » à l'an prochain pour ça. J'espère que l'amitié qui nous lie durera encore longtemps.

A la Guillou, ou Maggy, toujours débordée, ne sait pas ce que sait de mettre des chaussures plates, et surtout d'une générosité sans faille et d'une gentillesse immense.

A Carine, une cuisinière hors pairs et d'une persévérance incroyable pour monter sur une barre asymétrique. Ta porte a toujours été ouverte, et je t'en remercie sincèrement.

Aux Nantaises, Gin, Math, et Julie, depuis le premier semestre à Challans, depuis ces premières soirées croque monsieur de Math et saumon/poireaux de Julo devant une bonne comédie romantique, on peut dire qu'on a bien grandi, qu'on a vécu plein de changements mais on est toujours là ! Plus de stress du « 14-22 » hein la Gin. Ravie de vous avoir rencontré, j'espère continuer à vous voir avancer, passer encore plein de bons moments avec vous, et plein de belles soirées fondues savoyardes sans brûler l'appart de Ginge. **A Delphin**, aussi, même si elle a perdu son « e », une très jolie rencontre nantaise, et la plus grande passionnée des machines en tout genre que j'ai croisé sur ma route. **A la Gette**, pour ta bonne humeur, ta gentillesse et ta générosité. J'espère à bientôt pour des WE à Prapout.

Au groupe des Yonnais, Maelle, Arnaud, Matt et Perrine, Lucille et Thomas, Sophie et Pompom, Cloclo et Pierre, Cloclo et Guigui même si vous êtes trop loin à mon goût (la réunion)

merci pour cette belle rencontre, ces soirées inoubliables de tonus à la Roche sur Yon, ces fous rires, cette jolie amitié, ces moments passés à vos côtés. J'espère qu'il y en aura plein d'autres.

A **Mogette**, j'ai découvert les joies de la colocation avec toi, une personne géniale et tellement généreuse.

Aux « petits » Cécile, Léo, et Aymeric, une belle découverte, et des moments de « kiff ».

A **Fatsch**, une belle rencontre, des moments inoubliables, de belles soirées passées et à venir j'espère. On t'attend de pied ferme à Nantes. Tu nous manques. Vive le Paloma.

A **Alex** ou l'oiseau, et tes danses folles et endiablées au Castel. C'est toujours toi l'innocent on le sait !

A tous les Vendéens et vendéennes que j'ai eu le plaisir de découvrir grâce à Pascal.

À mes amis de tous horizons, pour leur joie, leur rire, leur présence, les moments qu'on a passé : **Plouplou, Aline, Sophie** et **Perrine** pour ce semestre à Fontenay le Comte au bout du monde, **Claire** ma crotte, depuis le lycée tu te reconnaitras au fin fond de l'Australie, **Cricri** d'amour et ta gentillesse folle, **Simone** qui a pris un e... et tous les autres.

À tous les maîtres de stage et médecins dont j'ai croisé le chemin pendant ces trois ans, et qui m'ont appris mon métier.

A tous les infirmiers, infirmières, aide soignantes, aide soignants, secrétaires, Serge notre cuisinier magique, que j'ai pu rencontrer pendant mon parcours d'interne.

ABBREVIATIONS

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour le Santé

AUDIT: Alcohol Use disorders identifications Test

CAGE: Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-openers

DETA: Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

MAST: Michigan Alcoholism Screening Test

BEH: Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CV: Cardio-vasculaire

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

CNGE: Collège National des Généralistes Enseignants

SPAM: Swiss Primary Health Care Active Monitoring

HPST: Hôpital, patients, santé et territoires

WONCA: World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians

MG: Médecin généraliste

URPS-ML: Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HTA: Hypertension artérielle

USPSTF : US Preventive Services Task Force

TA: Tension artérielle

TAS : Tension artérielle systolique

TAD : Tension artérielle diastolique

FDRCV: Facteur de risque cardio-vasculaire

AFFSAPS: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et de produits de santé

NR: Non réponse

GNEDS: Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé

MEP: Mode d'exercice particulier

CC: Coefficient de corrélation

INSEE: Institut national de la statistique et des études économiques

DRESS: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

INCA : Institut national du cancer

PSA : Prostate Specific Antigen

Opeps : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

ECOGEN : Eléments de la COnsultation en médecine GENérale

INTRODUCTION

1. Soins primaires et prévention

La notion de soins primaires (*primary care*) est un concept large porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. En France, la définition des soins primaires est apparue dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en 2009 sous le titre II « Accès de tous à des soins de qualité ». Ils constituent le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne, pour la première fois en droit français, une définition précise de la politique de prévention : « 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. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé ».

Centrer le système de santé sur les soins primaires et la prévention est garant d'un meilleur accès aux soins et d'une plus grande efficacité (1), en augmentant l'espérance de vie et en améliorant la qualité de vie des individus.

En 2008, 30 ans après la conférence d'Alma-Ata, un article paru dans le *Lancet*, confirmait l'amélioration de la santé des populations dans les pays où un système de soins primaires avait été mis en place. En effet l'OMS a montré les progrès accomplis en termes d'indicateurs globaux de santé (1). Cependant, malgré l'importante amélioration de l'état de santé de la population générale, force est de constater que les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable. Les inégalités sociales de santé ont plutôt tendance à s'aggraver en Europe. La France est l'un des pays où les inégalités de soins sont les plus marquées. Elles ont été reconnues comme un problème de santé publique majeur. La réduction des inégalités sociales de santé est ainsi un objectif affiché dans de nombreux pays européens (2,3), y compris en France, où cette question a été mise à l'agenda politique à la suite d'un rapport du Haut Conseil de Santé Publique en 2009. Plusieurs pays européens ont donc mis en place une politique structurée de lutte contre les inégalités sociales de santé avec un plan d'action global centré sur les soins

primaires et passant par des actions de prévention et de dépistage au sens large, garant d'un meilleur accès aux soins, et d'une plus grande efficacité.

2. Médecine générale et prévention

En France, la prévention a été définie objectif de santé publique, et les médecins généralistes (MG) en sont les principaux acteurs. En France en 2009, dans le baromètre santé réalisé par l'INPES, dans 95,4% des cas les MG déclarent que la prévention devrait être réalisée prioritairement par eux-mêmes. La loi HPST de 2009, rappelle leur mission qui est de "Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé" (4). Ces missions de prévention sont explicitement inscrites dans la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. La place du MG situé au cœur des soins primaires, et son rôle de prévention sont reconnus de façon internationale par différents référentiels de compétences (WONCA, OMS, CNGE, HAS).

En effet dans la définition de la médecine générale proposée par la WONCA sont énoncées 11 capacités, qui sont regroupées en 6 compétences fondamentales : la gestion des soins de santé primaires, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire, et l'adoption d'un modèle holistique. Le référentiel métier et compétences, rédigé par le CNGE, classe les compétences dans 5 champs d'activité : premier recours et urgences, continuité de suivi et coordination de soins, approche centrée sur le patient et capacité de communication, approche globale et complexe, et enfin éducation en santé qui regroupe le dépistage, la prévention individuelle et communautaire.

Ainsi, le médecin généraliste acteur principal dans l'offre de premier recours a des missions spécifiques et les compétences requises nécessaires pour exercer au mieux sa profession. Le travail de prévention devrait alors être une part primordiale de la pratique du médecin généraliste.

3. Pratiques de prévention en médecine générale dans la littérature

Pourtant, il existe peu de données sur les pratiques réelles des médecins en termes de prévention. Une revue systématique de la littérature a montré qu'environ cinquante études traitant de dépistage et d'actions de prévention en soins primaires ont été conduites en Suisse entre 1990 et 2010, et qu'un grand nombre de ces études a montré que ces actions de prévention sont un moyen efficace de diminuer l'émergence des maladies chroniques (5). L'adhésion à des recommandations a été étudiée dans des cas très particuliers, tel le diabète de type 2 (6), l'hypercholestérolémie (7), et l'utilisation de l'aspirine en prévention primaire de la maladie coronaire (8).

Aux Etats-Unis, en utilisant des indicateurs standards de la qualité des soins de prévention et du suivi des maladies chroniques, McGlynn *et al.* montrent que 55% des adultes américains bénéficient des soins recommandés (9,10).

Collet *et al.* ont mené la première étude en Suisse ayant pour but une évaluation plus large de la qualité des soins de prévention primaire et secondaire par les médecins généralistes (11). Après avoir sélectionné 37 indicateurs parmi ceux développés dans une étude américaine (9,10), ils ont montré que, globalement, les patients recevaient 69% des soins de prévention recommandé et 83% des mesures préventives contre les facteurs de risque cardio-vasculaires, tandis que les taux de dépistage des cancers étaient relativement bas (<40%) (11).

En France, en septembre 2010 (12), une enquête faite auprès de 600 médecins généralistes conventionnés, exerçant à titre libéral, avait pour objectif d'évaluer l'implication de ces derniers dans la pratique des dépistages organisés pour les cancers de leur patientèle. En ce qui concerne la vérification de la participation aux dépistages 27 % des médecins interrogés déclaraient vérifier systématiquement si leur patientèle participait aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal. En ce qui concerne la pratique du dépistage du cancer du sein, 53 % des médecins déclaraient orienter leur patientèle féminine vers le dépistage organisé et 5 % vers le dépistage individuel.

Aucune étude n'a été réalisée à ce jour en France pour évaluer de manière globale l'adéquation des mesures préventives délivrées par rapport aux recommandations concernant une population donnée.

Les études concernant l'adhésion et l'intégration des recommandations en matière de prévention aux pratiques courantes sont donc rares dans la littérature, avec des données ciblées, parfois contradictoires et controversées. Par ailleurs, soit elles sont d'un niveau de preuve insuffisant, soit elles ne permettent pas une description globale des pratiques de prévention des MG en se centrant sur des thèmes précis comme le cancer.

Concernant le profil des MG délivrant des soins préventifs, une étude ancillaire du projet ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) (13), a été menée en France entre novembre 2011 et avril 2012. Cette vaste étude observationnelle, transversale, multicentrique, a montré la grande variabilité inter-médecin de la réalisation de soins préventifs en médecine générale et l'importance du temps consacré à la prévention dans le cadre d'un système de soins où le paiement à l'acte prévaut. Cette étude a permis d'étudier l'activité préventive de 128 médecins généralistes français au cours de 19 003 consultations non dédiées initialement à la prévention. Cette activité préventive représentait 14,9% des consultations (en dehors de tout motif préventif à l'initiative du patient), avec une très grande disparité parmi les médecins généralistes (entre 0% et 78,3%). Celle-ci dépendrait cependant moins du médecin généraliste, que de l'âge de sa patientèle et de l'organisation de son activité. En effet, seuls trois déterminants expliquaient une plus faible activité préventive : une plus grande proportion de patients de 18 ans ou moins ($p=0,006$), de visites à domicile ($p=0,008$) ou de consultations de moins de 10 minutes ($p=0,02$). D'autres études (14) suggèrent que les facteurs associés à un rôle fort de prévention sont 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. Le projet ECOGEN a montré que les consultations dédiées exclusivement à la prévention étaient des consultations d'une durée plus courte que les consultations habituelles et que celles non exclusivement liées à la prévention.

4. Etude PREVPRIM

Un travail récent a pointé la carence importante de données en Suisse (15). Le programme SPAM (Swiss Primary Health Care Active Monitoring) a donc été lancé en 2010-2011, dans le but de développer un outil validé pour décrire les performances et l'efficacité du système de soins de premier recours en Suisse, et pour identifier les sources potentielles d'amélioration. Trois domaines furent explorés: les structures (accessibilité, financement, méthodes de travail, fonctionnalité des ressources), les moyens (la formation médicale, gestion des connaissances,

soins des personnes) , et les résultats (santé des populations, satisfaction des usagers du système de santé, équité de l'offre de soins) (16). Cependant un certain nombre d'indicateurs pour évaluer les soins primaires, tel que le pourcentage de médecins généralistes proposant une désensibilisation allergique, le dépistage du cancer du col de l'utérus, et le pourcentage de médecins généralistes assurant ou organisant le suivi du dépistage du cancer du sein, sont probablement d'un intérêt limité dans un canton urbain, tel que Genève, où ces interventions sont réalisées respectivement par des allergologues et des gynécologues et non par des médecins généralistes.

C'est dans ce contexte que l'étude PREVPRIM a été mise en place, utilisant des indicateurs de santé issus l'étude SPAM. Les unités de médecine de 1^{er} recours des facultés de Médecine de Genève et Lausanne se sont associées aux unités des Départements de Médecine Générale des Facultés de Médecine de Strasbourg et de Nantes, pour réaliser une comparaison des pratiques déclarées de prévention des médecins généralistes libéraux Suisses et Français dans les domaines du dépistage, des conseils et des vaccinations. La comparaison des pratiques de ces quatre régions devrait permettre de mettre en évidence les fondamentaux communs à notre exercice et les différences liées aux contextes, dans le but de mieux comprendre l'applicabilité des recommandations de bonne pratique en matière de prévention.

Le travail de cette thèse s'intéresse uniquement à la Région Pays de la Loire.

5. Objectifs

L'objectif principal de notre étude est de décrire les pratiques de prévention des MG des Pays de la Loire selon douze recommandations de prévention et de dépistage, par une évaluation de leurs pratiques déclarées.

II MATERIELS ET METHODES

Les unités de médecine de 1^{er} recours des facultés de Médecine de Genève et Lausanne se sont associées dans le cadre d'une étude multicentrique aux Départements de Médecine Générale des Facultés de Médecine de Strasbourg et de Nantes pour réaliser une comparaison des pratiques déclarées de prévention des médecins généralistes libéraux Suisses et Français dans les domaines du dépistage, des conseils et des vaccinations.

Dans le cadre de notre étude, nous avons eu l'autorisation d'utiliser les données de la région des Pays de la Loire. Nous expliquerons uniquement la méthodologie réalisée pour les données des Pays de la Loire.

1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, monocentrique, par auto-questionnaire papier ou en ligne.

2. Déroulement de l'étude

En février 2015, un site web pour les questionnaires en ligne a été créé, avec réalisation du pré-test des questionnaires et finalisation des procédures de l'étude. En mars 2015, les médecins généralistes à inclure ont été identifiés et recrutés. La période de recrutement des participants et de recueil des données s'est étendue de mars à juin 2015.

La randomisation des médecins a été effectuée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux (URPS-ML) de Pays de la Loire. Mille-deux-cent médecins généralistes inscrits à l'URPS-ML de Pays de la Loire, ont été randomisés soit dans un groupe “*envoi électronique*” (n=1000) soit dans un groupe “*envoi papier*” (n=200), en générant informatiquement de manière aléatoire un ordre de répartition. L'objectif était de recruter 200 médecins généralistes participants dans le groupe “questionnaire électronique” (taux de participation attendu : 20%), et 80 médecins généralistes participants dans le groupe “questionnaire papier” (cf paragraphe justification nombre de sujets nécessaires).

Les critères d'inclusions étaient les médecins inscrits sur la liste de l'URPS-ML des Pays de la Loire. Les critères de non inclusion étaient les médecins généralistes ayant exclusivement un mode d'exercice particulier (MEP). Le terme de MEP regroupe ainsi des médecins ayant

déclaré (avec justificatif de compétence) des modes d'exercice ou des techniques de soins spécifiques très variés (tels l'acupuncture, homéopathie, médecine d'urgence, allergologie, échographie, angiologie), mais qui ne sont pas reconnus par la sécurité sociale.

Les questionnaires ont été envoyés à tous les médecins randomisés, par l'URPS-ML des Pays de la Loire, par courrier électronique ou par envoi postal, selon le groupe dans lequel ils étaient affectés. Une lettre d'information type était jointe (annexes 1 et 2). Concernant les questionnaires en ligne, les participants étaient dirigés vers un lien internet (<http://bit.ly/1ypg3VO>), entraient un code de participation (code d'identification) avant de compléter le questionnaire. Pour les questionnaires papiers, ceux-ci étaient complétés et renvoyés dans une enveloppe préaffranchie fournie.

En l'absence de réponse, des messages de relance étaient envoyés si le nombre de répondants était trop faible (maximum : trois par médecin généraliste). Ces relances ont été faites par l'URPS-ML des Pays de la Loire.

Le recueil complet et l'encodage initial des données ont été effectués par le Dr Paul Sébo, Médecin généraliste installé en Suisse, investigateur principal de l'étude (sous support Excel).

3. Auto-questionnaire.

a. Le questionnaire.

Les 12 items de ce questionnaire sont issus de l'étude *Swiss primary health care monitoring* qui visait à définir des indicateurs de santé afin de décrire les performances et l'efficacité des soins primaires en Suisse. Ce questionnaire a été intégralement repris dans la présente étude (annexe 3).

Ces douze indicateurs de santé choisis, ont également été sélectionnés dans une étude suisse rétrospective en 2011 (11), sur l'évaluation de la qualité des soins primaires dans un système ayant une couverture sociale, et viennent de l'outil "QA Tools system" (quality of care assessment tools) très largement utilisé aux Etats-Unis pour évaluer la qualité du système de soins, et comprenant 439 indicateurs de prévention et de qualité de soins (9,10).

Les questions portaient sur l'adhésion aux recommandations de prévention et de dépistage, avec des réponses par des variables ordinales allant de 1 à 5 sur l'échelle d'attitude de Likert, correspondant à "jamais réalisé" jusqu'à "toujours réalisé" (annexe 3).

Les douze indicateurs de santé du questionnaire étaient :

- Question 1 : mesure de la tension artérielle systolique et diastolique au moins une fois par an.
- Question 2 : mesure du poids au moins une fois.
- Question 3 : mesure de la taille au moins une fois.
- Question 4 : dépistage de l'hypercholestérolémie qui est également décrit dans la littérature, dans les différentes recommandations de prévention primaire (17,18).
- Questions 5 et 6 : Evaluation de la consommation d'alcool à risques, avec dépistage par les questionnaires spécifiques d'AUDIT, CAGE, et MAST ; et conseils pour diminuer la consommation d'alcool. Le test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identifications Test), est un questionnaire développé sous l'égide de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Il analyse les comportements sur les douze derniers mois. Le CAGE (Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-openers), dont la forme française est le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), assez bref mais très fiable comporte quatre questions. Au moins deux réponses positives témoignent de l'existence très probable de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool. Enfin le Test MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) est un questionnaire comportant 25 questions sur les différents aspects de la consommation d'alcool. Les réponses attendues sont binaires (oui ou non). Le score total permet d'évaluer l'absence ou l'existence d'une consommation d'alcool excessive et ses éventuelles répercussions sociales, physiques ou psychologiques.
- Questions 7 et 8 : Dépistage de la consommation de tabac et des conseils pour arrêter de fumer au moins une fois/an.
- Question 9 : Dépistage du cancer colorectal : âge de début et de fin, modalités (coloscopie ou Haemocult), fréquence de dépistage.
- Question 10 : Dépistage cancer de la prostate : âge de début et de fin, fréquence, intégration à un cadre de décision partagée.
- Questions 11 et 12 : Réalisation de la vaccination contre la grippe au moins une fois/an, chez les patients de plus de 65 ans, ou ayant des pathologies chroniques (définies dans le cadre de la vaccination Suisse en 2014, sur le site de l'office fédéral de santé publique: maladie cardiaque chronique, maladie pulmonaire chronique, affection hépatique chronique, insuffisance rénale chronique, dysfonction splénique, déficit immunitaire, vie en EHPAD,

contact régulier avec l'une de ces 7 catégories , contact régulier avec des nourrissons de moins de 6 mois, personnel soignant).

Six questions supplémentaires portaient sur les caractéristiques sociodémographiques des médecins : âge, genre, nombre de demi-journées travaillées par semaine, code postal du cabinet, diplôme et formation, nombre d'années d'installation en pratique privée.

Trois questions portaient sur la faisabilité de la mise en place d'une rétroaction basée sur les informations collectées dans l'étude (intérêt des médecins, motifs pour lesquels ils désiraient avoir un retour, et sous quelle forme ils le voulaient).

Enfin, le questionnaire a été préalablement testé dans une clinique de soins primaires, au centre Médical des Trois chênes, à Genève, où 7 médecins ont identifié les difficultés que pourraient rencontrer les médecins pour répondre au questionnaire.

b. Traitement et méthode d'analyse des données.

Pour chaque item du questionnaire, nous avons défini les réponses attendues en nous appuyant sur des recommandations françaises. Dans le cas d'absence de recommandations françaises ou de recommandations imprécises, nous nous sommes appuyées sur des recommandations européennes ou internationales, telles que définies/regroupées dans la récente revue de littérature de Cornuz *et al.* (19).

- **Mesure de la Tension artérielle : Une fois/an.**

Les recommandations de l'HAS (20), de la société française d'HTA (21), et de la société européenne de cardiologie (22) sont imprécises. La HAS rappelle simplement dans une note de cadrage de juillet 2015, le rôle essentiel du MG dans le dépistage et le suivi de l'HTA, et crée une fiche mémo en septembre 2016 rappelant l'importance du suivi régulier. En observant les données de la littérature, on choisira pour l'adulte une fréquence de 1x/an. En effet, il est recommandé de dépister en prévention primaire, 1x/an si TAS entre 120 et 139mmHg ou TAD entre 80 et 89 mmHg et une fois/2 ans si TA<120/80 selon les recommandations au Canada, en Suisse, aux EU (17), mais notre questionnaire ne donne pas d'informations sur les valeurs tensionnelles.

- **Mesure du poids et taille : Une fois/an.**

Pas de recommandation de bonnes pratiques françaises. En s'appuyant sur les recommandations des autres pays développées (17) on choisit une fréquence d'une fois/an.

- **Dépistage de l'hypercholestérolémie : A partir de 40 ans, et jusque 80 ans, tous les 5 ans, en réalisant un bilan lipidique complet.**

Il existe de nombreux guides de pratique clinique sur la prise en charge de la dyslipidémie et leurs recommandations varient largement. Si l'on suit les recommandations suisses, canadiennes, et américaines essentiellement basées sur les recommandations de l'US Preventive Services Task Force (USPSTF) de 2010 (17), le dépistage s'effectue à partir de 40 ans en prévention primaire chez les personnes sans FDRCV, tous les 5 ans, jusque 80 ans, car l'intérêt des statines après 80 ans doit être discuté au cas par cas. En France on peut s'appuyer sur l'European Guidelines sur la prévention CV 2012 (23): " Le dépistage des FDRCV doit être envisagé chez les hommes de plus 40 ans et chez les femmes de plus de 50 ans ou ménopausées". Le questionnaire ne fait pas de distinction de sexe, nous choisirons donc la variable la plus basse pour le premier dépistage de dyslipidémie. Concernant l'âge de fin du dépistage, les données probantes appuyant l'amorce d'une thérapie aux statines en prévention primaire sont très limitées pour les patients de plus de 75 ans et il n'en existe aucune pour les patients de 80 ans et plus. L'ANSM ne recommande pas d'introduire une statine en prévention primaire après 80 ans (24). Nous proposons donc de stopper le dépistage à 80 ans, en prévention primaire. L'introduction d'un traitement hypolipémiant dépendra du taux de LDL cholestérol et du risque cardiovasculaire global. La réalisation du profil lipidique complet est la méthode la plus valide pour dépister les dyslipidémies.

- **Evaluation de la consommation d'alcool et conseil pour diminuer: une fois par an.**

Selon les recommandations de l'HAS de décembre 2014, le dépistage doit être fait au moins une fois par an, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psycho-social). Il doit être également proposé en cas de risque situationnel tel que la grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.). Une consommation considérée comme à risque est évaluée à plus de 3 verres standards par jour pour les **hommes, soit 21 verres**

standards par semaine, et plus de 2 verres standards de vins par jour pour les **femmes**, soit **14 verres de vins standards par semaine**. Concernant la consommation de verres standards par occasion (soirées, fêtes, repas), elle est évaluée à plus de **4 verres standards par occasion** que ce soit pour les hommes ou les femmes. On rappelle qu'un verre standard représente 10 grammes d'alcool pur: 10 cl de vin à 12°, ou 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alcopops-prémix]), ou 7 cl de vin cuit à 18°, ou 3 cl d'alcool à 40°(whisky, pastis ou digestif) (25).

- **Dépistage du tabagisme chronique et conseil pour arrêter: une fois par an.**

Le dépistage doit être réalisé, avec des conseils pour arrêter au moins une fois par an (19).

- **Dépistage du cancer colorectal : tous les deux ans pour les 50-74 ans.**

En juin 2013, la HAS rappelle qu'un programme de dépistage organisé communautaire est proposé dans le cadre d'une campagne nationale d'un dépistage ciblé sur l'âge (**50-74 ans**) par un test de recherche de sang occulte dans les selles (**test Haemocult II**) **tous les deux ans**.

- **Dépistage du cancer de la prostate : pas de dépistage systématique.**

En mai 2013, la HAS, à l'issue de l'analyse critique des articles issus des essais ERSPC et PLCO publiés en mars 2009 (26) et au vu des travaux parus en France en 2010, a considéré qu'aucun élément scientifique nouveau n'était de nature à justifier la réévaluation de l'opportunité de la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA, chez les hommes asymptomatiques dont le seul facteur de risque était l'âge. La HAS a donc confirmé la non-recommandation d'un dépistage systématique du cancer de la prostate en population générale (non-recommandation déjà exprimée en 1998 et en 2004) (27).

- **Vaccination antigrippale** chez les personnes de **plus de 65 ans tous les ans et moins de 65 ans si facteur de risques bien définis** : La vaccination est recommandée dans le calendrier vaccinal 2015, chez toute personne âgée de 65 ans et plus, et pour les personnes ayant des facteurs de risques particuliers cités dans notre questionnaire.

Pour chacune des questions, on a donc calculé la proportion, en pourcentage, des médecins généralistes qui adhéraient aux recommandations de prévention et de dépistage. Celles-ci sont définies par la proportion de MG déclarant réaliser le dépistage *souvent* ou *toujours*, sur l'échelle Likert. Pour le dépistage du cancer de la prostate, l'adhésion aux recommandations a été définie par la proportion de MG déclarant réaliser le dépistage systématique par dosage du PSA *jamais*, *rarement* ou *parfois*.

4. Statistiques

Nous avons utilisé les logiciels Excel® et Matlab® dans lesquels nous avons au préalable intégré et corrigé nos données afin qu'elles soient exploitables.

a. Justification du nombre d'inclusions

Mille-deux-cent médecins généralistes inscrits à l'URML-PL ont été randomisés soit dans un groupe "*envoi électronique*" (n=1000) soit dans un groupe "*envoi papier*" (n=200), en générant informatiquement de manière aléatoire un ordre de répartition, dans l'objectif de recruter 200 médecins généralistes participants dans le groupe "questionnaire électronique" (taux de participation attendu : 20%), et 80 médecins généralistes participants dans le groupe "questionnaire papier". Pour l'équipe de Genève, il était attendu une adhésion globale de 70% aux recommandations de prévention (cf justifications), avec un intervalle de confiance à 95%±5%. La taille minimale de l'échantillon a été calculée à $(q \alpha/2 / 0.05)^2 * p * (1-p) = 323$, où $p=0,7$, $\alpha=0,05$, et q est le quantile de la distribution de Laplace-Gauss.

Dans l'étude initiale multicentrique, l'effectif des médecins était estimé à 900 (respectivement 280 médecins des régions pays de la Loire et de l'Alsace, 180 du canton de Genève, et 160 issus du canton de Vaud).

b. Méthode de prise en compte des données manquantes, inutilisées ou non valides

Les médecins qui n'avaient répondu à aucun des 12 items ont été exclus, et n'ont pas été pris en compte dans les analyses statistiques. Les non réponses (NR) comprenaient les données manquantes (incluant les annotations manuscrites) et les données aberrantes. Elles ont été incluses dans les analyses statistiques.

c. Degré de signification statistique

Les variables qualitatives ont été représentées par l'effectif absolu (nombres de cas) et l'effectif relatif (pourcentage). Les variables quantitatives ont été représentées par la moyenne \pm écart type, elles sont comparées avec le test t de Student, en cas de distribution normale et avec le test de Man Whitney dans le cas contraire. Le test du Khi-2 a été utilisé pour les comparaisons de proportions, le test de Fisher a été utilisé en cas d'effectifs théoriques inférieurs à cinq. La différence a été considérée significative pour un risque d'erreur α inférieur à 5 % ($p < 0,05$).

5. Ethique

Chaque médecin généraliste a reçu une lettre d'information que ce soit par papier, ou en ligne, expliquant la démarche, le but de l'étude, les modalités de participation. Cette lettre insistait sur le caractère volontaire et non rémunéré des médecins, ainsi que sur le droit à ne pas participer. Un consentement tacite était présumé dès lors que les médecins ont accepté de participer à l'étude et ont répondu au questionnaire. Ce projet a été présenté et accepté par le Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la Santé (GNEDS) (Annexe 4).

III RESULTATS

1. Participants

Mille-deux-cent médecins généralistes ont été randomisés soit dans un groupe “*envoi électronique*” (n=1000) soit dans un groupe “*envoi papier*”(n=200). Deux cent dix neuf questionnaires ont été remplis (taux de réponse : 18,2%), respectivement 102 en papier et 117 par voie électronique. Deux questionnaires reçus par voie électronique ont été exclus de l'analyse car les MG n'avaient répondu à aucun des 12 items. L'analyse finale porte donc sur les 217 questionnaires restants. (figure 1).

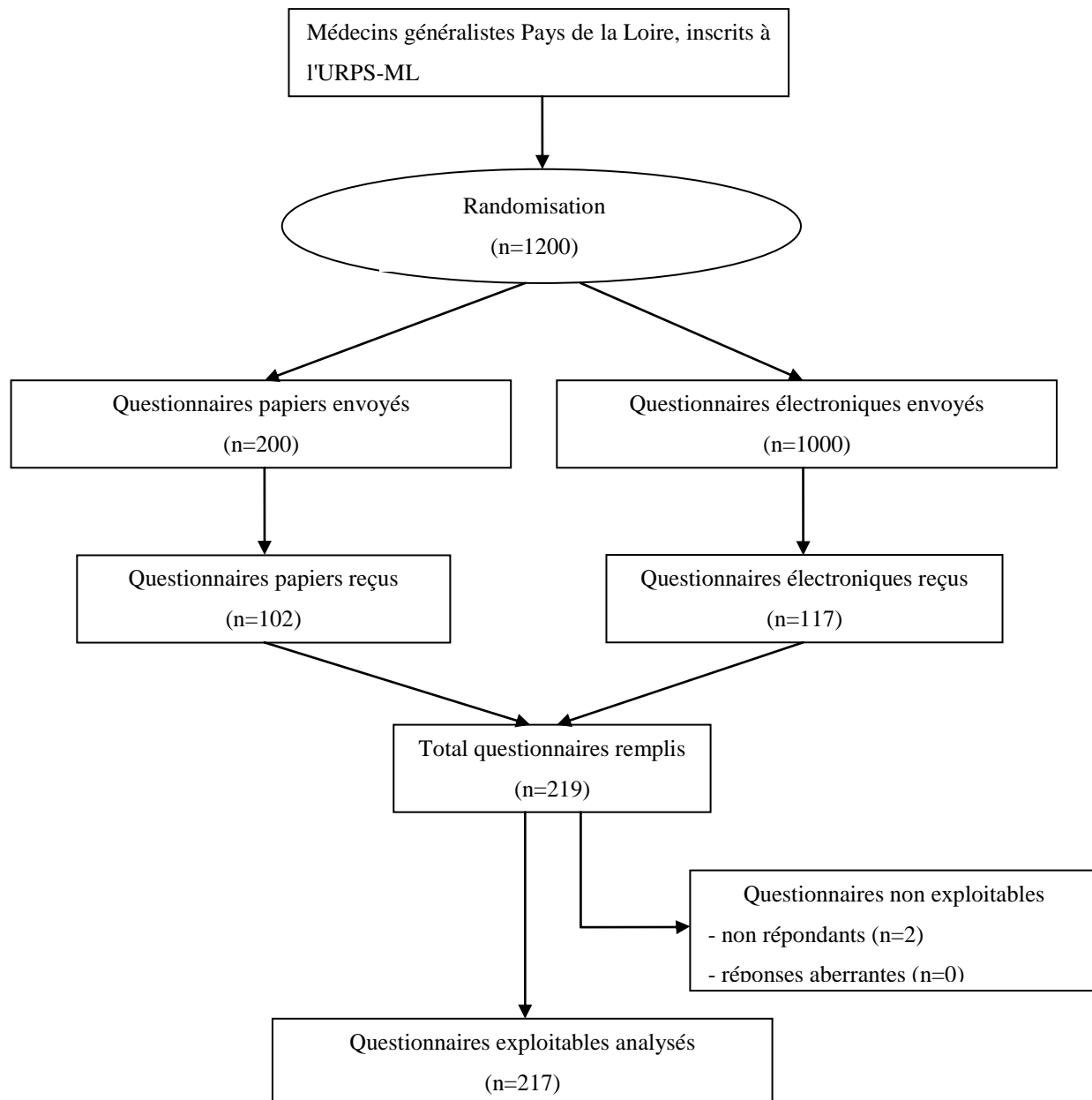


Figure 1: Diagramme de flux des questionnaires utilisés pour l'étude.

Les caractéristiques de la population ayant participé à l'étude sont regroupées dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des 217 participants.

Caractéristiques	Effectif, n (%)
Genre	
Homme	111 (51,2)
Inconnu	6 (2,8)
Age (années)	
< 40	62 (28,6)
40 - 50	47 (21,6)
50 - 60	72 (33,2)
≥ 60	35 (16,1)
Inconnu	1 (0,5)
Durée hebdomadaire de travail en demi-journées	
< 8	44 (20,2)
8	38 (17,5)
9	70 (32,3)
10	40 (18,4)
≥11	18 (8,3)
Inconnu	7 (3,2)
Département d'exercice	
Loire-Atlantique (44)	98 (45,2)
Loiret (45)	1 (0,5)
Maine-et-Loire (49)	46 (21,2)
Mayenne (53)	9 (4,1)
Sarthe (72)	28 (12,9)
Vendée (85)	30 (13,8)
Inconnu	5 (2,3)
Durée d'exercice en privé (en années)	
1 - 5	62 (28,6)
5 - 10	23 (10,6)
10 - 15	21 (9,7)
15 - 20	23 (10,6)
≥ 20	81 (37,3)
Inconnu	7 (3,2)
Préférence sur le format de questionnaire	
Papier	51 (23,5)
Electronique	163 (75,1)

Sur les 217 enquêtés, 111 (51,2%) étaient des hommes et 100 (46,1%) étaient des femmes. L'âge moyen des participants était de 48,5±10,2 ans, avec une différence significative entre les hommes et les femmes (52,1±9,2 ans vs 44,7±10 ans, p<0,005). Soixante huit pourcents des moins de 45 ans étaient des femmes. Quatre vingt dix huit personnes (45,2%) exerçaient en Loire-Atlantique. Plus de 68 % étaient installées en pratique privée depuis au moins 5 ans.

Concernant les questionnaires, 115 (52,9%) ont été rempli par voie électronique, vs 102 (47,0%) en papier, sans différence significative en termes d'âge ($p=0,21$). Il apparaissait également que les femmes répondaient plus en ligne que les hommes de façon non significative (61% vs 47%, $p= 0,72$). 75,1% des participants auraient préféré un questionnaire par voie électronique plutôt que papier.

2. Questionnaire

Les principales réponses aux 12 items du questionnaire sont résumées dans le tableau 2 ci-dessous.

Deux cent seize médecins interrogés (99,5%) déclaraient mesurer la TA systolique et diastolique au moins une fois par an, *souvent* ou *toujours*. Dans 96,3% des cas, ils déclaraient mesurer le poids (au moins une fois) *souvent* ou *toujours*. Dans 55,8% des cas, les médecins déclaraient mesurer la taille (au moins une fois), *rarement* ou *parfois*.

Le dépistage du tabagisme chronique était déclaré réalisé (au moins une fois) *souvent* ou *toujours*, avec un conseil d'arrêter fait *souvent* ou *toujours* pour 96,8% des médecins.

Tableau 2: Réponses aux douze items de mesures de prévention parmi les 217 répondants.*

Modalités de réalisation	NON (jamais, rarement, ou parfois) n (%)	OUI (souvent ou toujours) n (%)	Ne sais pas n (%)	Non renseigné n (%)
Mesure de la TA systolique et diastolique (au moins 1 x/an)	1 (0,5)	216 (99,5)	0 (0)	0 (0)
Mesure du poids (au moins 1x)	6 (2,8)	209 (96,3)	0 (0)	2 (0,9)
Mesure de la taille (au moins 1x)	124 (57,2)	92 (42,3)	0 (0)	1 (0,5)
Dépistage hypercholestérolémie	37 (17,0)	164 (75,6)	0 (0)	16 (7,4)
Dépistage consommation d'alcool à risque (au moins 1x)	93 (42,9)	119 (55,0)	1 (0,5)	4(1,9)
Conseils de diminuer (si consommation d'alcool à risque)	27 (12,4)	174 (80,1)	4 (1,8)	12 (5,5)
Dépistage du tabagisme chronique (au moins 1x)	6 (2,8)	210 (96,8)	0 (0)	1 (0,5)
Conseils d'arrêter de fumer (au moins 1x/an)	7 (3,3)	210 (96,8)	0 (0)	0 (0)
Dépistage du cancer du côlon	14 (6,4)	189 (87,1)	1 (0,5)	13 (6)
Dépistage cancer de la prostate par dosage du PSA	81 (37,3)	123 (56,6)	1 (0,5)	12 (5,5)
Vaccination antigrippale pour les 65 ans ou plus (1x/an)	19 (8,7)	195 (89,8)	0(0)	3 (1,4)
Vaccination antigrippale pour les moins de 65 ans à risque (1x/an)	77 (35,5)	92 (42,4)	42(19,3)	6 (2,8)

*Les résultats sont des effectifs absolus, avec des pourcentages. Les réponses sont cotées par des variables ordinales allant de "jamais réalisé" jusqu'à "toujours"réalisé.

TA : tension artérielle, PSA : Prostate Specific Antigen.

Les questions concernant le dépistage de l'hypercholestérolémie, la consommation d'alcool à risque, le cancer colorectal, le cancer de la prostate, et la vaccination antigrippale sont détaillées ci-dessous.

a. Dépistage de l'hypercholestérolémie

Dans le tableau 3, on observe que 75,6% des médecins déclaraient dépister l'hypercholestérolémie *souvent* ou *toujours*. On notait également 16 non répondants.

Tableau 3: Réponses des participants concernant le dépistage de l'hypercholestérolémie*.

Modalités de réalisation	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Ne sais pas	Non renseigné
Effectifs, n (%)	0 (0%)	5 (2,3%)	32(14,7%)	90 (41,5%)	74 (34,1%)	0 (0%)	16 (7,4%)

*Les résultats sont des effectifs, avec des pourcentages. Les réponses sont cotées par des variables ordinales allant de "jamais réalisé" jusqu'à "toujours" réalisé.

La moyenne d'âge de début du dépistage de l'hypercholestérolémie était de 37,7±8,6 ans. On notait un pic à partir de 40 ans, où 98 (45,2%) répondants débutaient le dépistage (figure 2). Trente six pourcents des médecins débutaient avant l'âge de 40 ans.

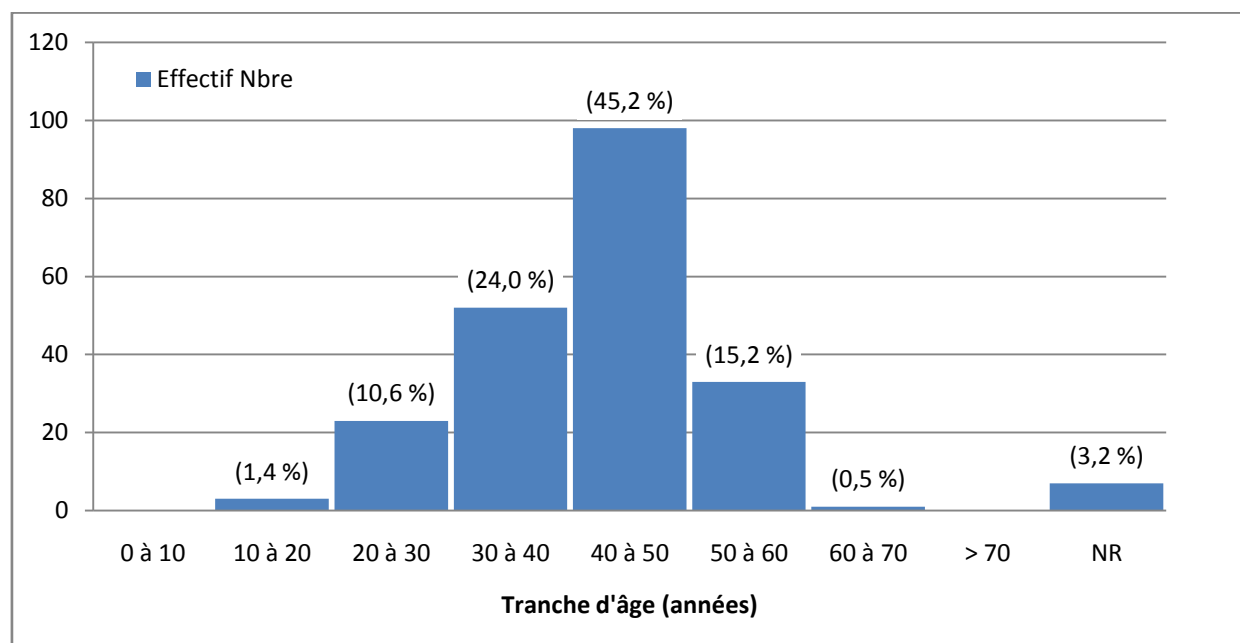


figure 2: Dépistage de l'hypercholestérolémie - A partir de quel âge

La moyenne d'âge de fin du dépistage était de 78±6,2 ans (calculés en excluant les « fins de vie »). Cent treize répondants (52,1%) arrêtaient le dépistage entre 80 et 90 ans. La majorité de ce sous-groupe l'arrêtaient à 80 ans. 32,3% l'arrêtaient entre 70 et 80. Il y avait 8 non répondants.

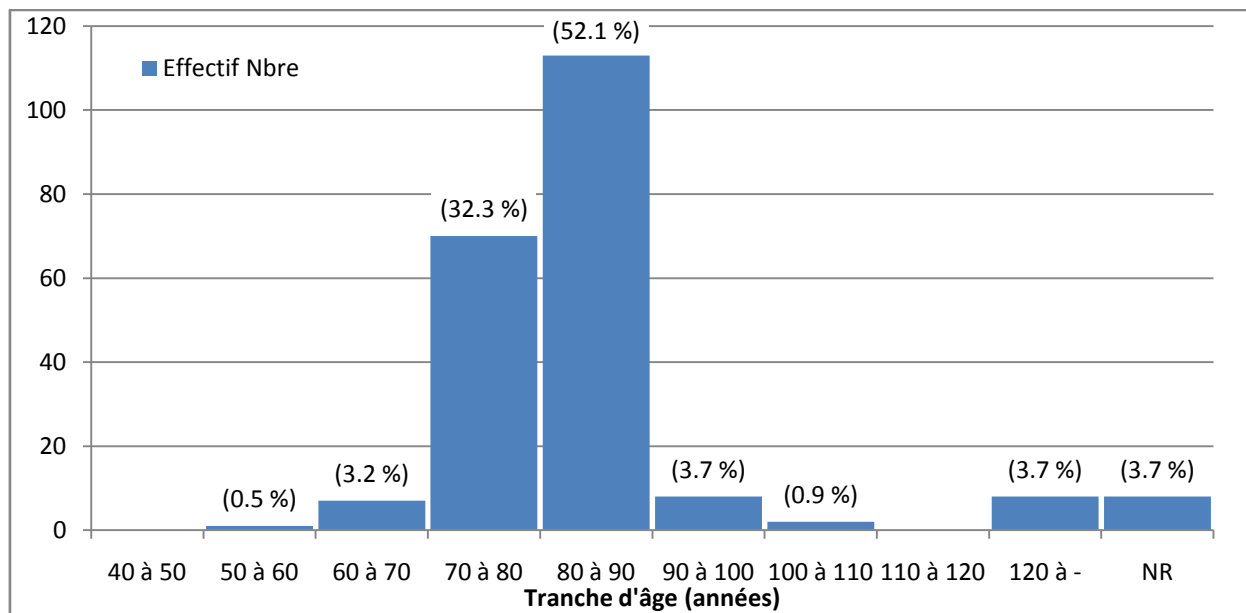


Figure 3: Dépistage de l'hypercholestérolémie - Jusqu'à quel âge?

La catégorie 120 ans et au-delà regroupe d'une part les âges plus grands ou égaux à 120 ans, mais aussi les réponses « fin de vie ».

Le rythme de dépistage était variable, se répartissant sur une fréquence allant principalement de 1 à 5 ans. Dans 26,3% des cas (57 médecins) le dépistage était réalisé une fois par an. Il était fait tous les deux ans pour 54 (24,9%) médecins, tous les 3 ans pour 39 (17,8%) médecins, tous les 4 ans pour 7 (3,3%) médecins, et tous les 5 ans pour 53 (24,4%) médecins. Deux cent un médecins (93%) effectuaient un bilan lipidique complet. Quatorze médecins (6,5%) dosaient le cholestérol total seul.

b. Dépistage de la consommation d'alcool à risque

Dans le tableau 4, on observe que 119 (54,9%) médecins dépistaient la consommation d'alcool à risque *souvent* ou *toujours*. Quatre vingt treize (43%) médecins réalisaient ce dépistage *jamais*, *rarement*, ou *parfois*.

Tableau 4: Réponses des participants concernant le dépistage de la consommation d'alcool à risque*.

Modalités de réalisation	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Ne sais pas	Non renseigné
Effectifs, n (%)	3 (1,4%)	13 (6,0%)	77 (35,5%)	91 (41,9%)	28 (12,9%)	1 (0,5%)	4 (1,9%)

*Les résultats sont des effectifs, avec des pourcentages. Les réponses sont cotées par des variables ordinales allant de "jamais réalisé" jusqu'à "toujours" réalisé.

Concernant le dépistage de la consommation d'alcool à risque (c'est-à-dire les MG qui ont répondu *souvent* ou *toujours* à la question), il apparaissait que les femmes tendaient à réaliser plus souvent le dépistage que les hommes (61,6% des femmes vs 50% des hommes, $p=0,077$). Concernant la relation entre l'âge et le dépistage de la consommation d'alcool à risque, il apparaissait que les médecins plus âgés effectuaient plus souvent le dépistage que les MG plus jeunes, sans différence significative (62,9% des 60 ans et plus, vs 47,5% des moins de 40 ans, $p=0,38$).

Tableau 5: Dépistage de consommation à risque selon l'âge, et le genre.

		Dépistage consommation d'alcool à risque			
		NON <i>(jamais, rarement, ou parfois)</i> n (%)	OUI <i>(souvent ou toujours)</i> n (%)	Ne sais pas %	P
Genre	Homme	54 (50,0)	54 (50,0)	0,0%	0,077
	Femme	37 (37,4)	61 (61,6)	1,0%	
Âge	25 à 39	32 (52,5)	29 (47,5)	0,0%	0,38
	40 à 49	20 (44,4)	24 (53,3)	2,2%	
	50 à 59	28 (39,4)	43 (60,6)	0,0%	
	60 et +	13 (37,1)	22 (62,9)	0,0%	

Deux cent trois (94%) médecins déclaraient ne pas utiliser de questionnaire validé. Il y avait un seul non répondant. Seulement 13 (6%) médecins utilisaient un questionnaire validé. Il s'agissait le plus souvent du CAGE (11 médecins, 84,6%).

En cas de consommation estimée à risque par les médecins répondants, dans 80,1% des cas un conseil pour diminuer la consommation était fait souvent ou toujours (tableau 6).

Tableau 6 : Réponses des participants concernant les conseils de diminuer en cas de consommation d'alcool à risque*

Modalités de réalisation	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Ne sais pas	Non renseigné
Effectifs, n (%)	2 (0,9%)	5 (2,3%)	20 (9,2%)	73 (33,6%)	101 (46,5%)	4 (1,8%)	12 (5,5%)

*Les résultats sont des effectifs, avec des pourcentages. Les réponses sont cotées par des variables ordinales allant de "jamais réalisé" jusqu'à "toujours" réalisé.

Concernant la consommation d'alcool des hommes, 92 (42,4%) médecins conseillaient une réduction à partir de 20-25 verres/semaine (figure 4). Dans 34% des cas un conseil de réduction était dispensé pour une consommation inférieure à 20 verres/semaine, donc inférieure au seuil fixé par les recommandations. 37% des médecins donnaient un conseil de réduction pour une consommation située en 4 et 6 verres/occasion (dont 43 médecins (20%) pour exactement 4 verres/occasion), 18% pour une consommation entre 2 et 4 verres/occasion, et 9,7% pour une consommation entre 6 et 8 verres/occasion.

Concernant la consommation d'alcool des femmes, 82 (37,8%) médecins conseillaient une réduction à partir de 10-15 verres/semaine (figure 5). Dans 24,9% des cas un conseil de réduction était dispensé pour une consommation inférieure à 10 verres/semaine, donc inférieure au seuil fixé par les recommandations. 138 (63,6%) médecins donnaient un conseil de réduction pour une consommation située entre 2 et 6 verres/occasion, avec respectivement 36,9% pour une consommation entre 2 et 4 verres/occasion et 26,7% pour une consommation entre 4 et 6 verres/occasion. Trente cinq médecins (16%) donnaient un conseil à partir d'exactly 4 verres/occasion.

On notait un taux de NR de 31% concernant la question sur le nombre de verre/occasion.

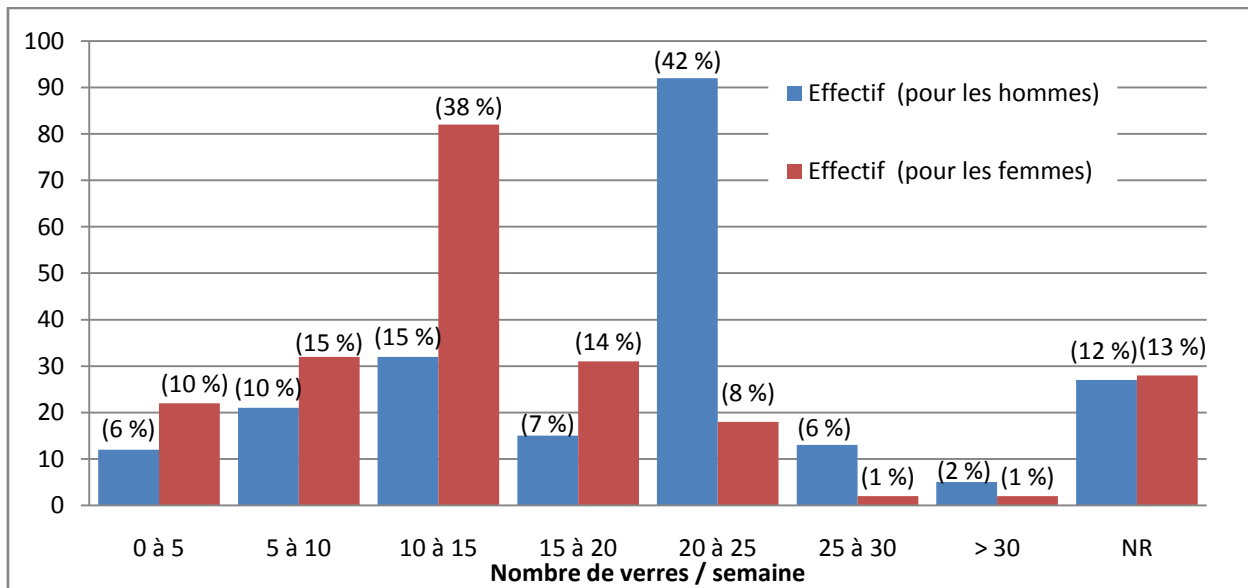


Figure 4 : Dépistage consommation d'alcool à risque : Nombre de verres/semaine

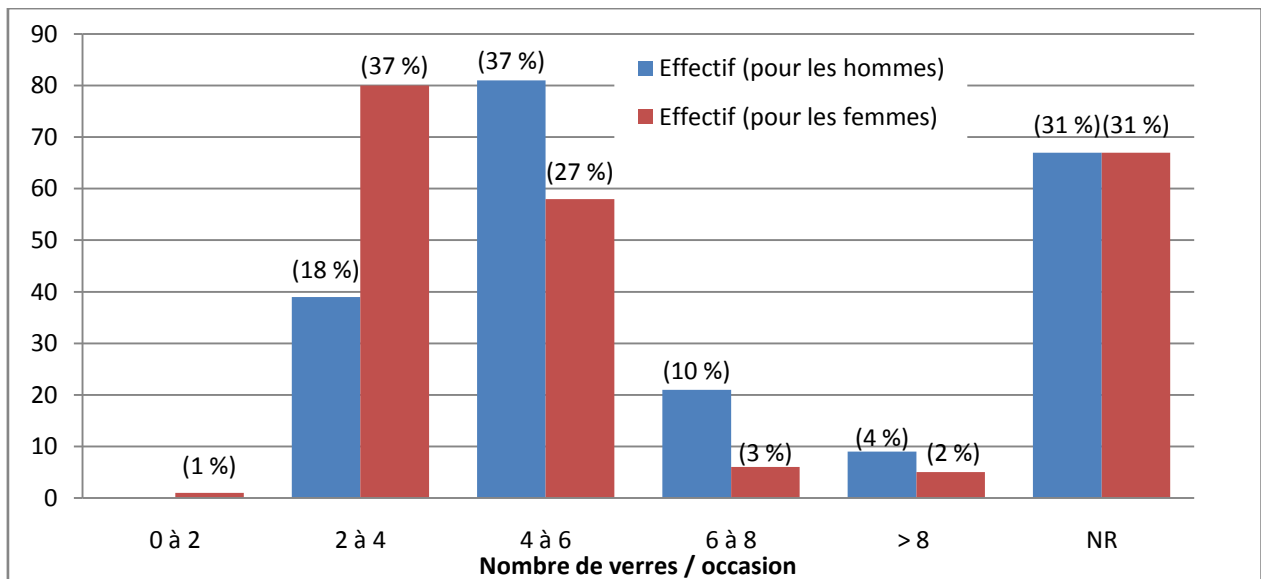


Figure 5 : Dépistage consommation d'alcool à risque : Nombre de verre/occasion

c. Dépistage du cancer du colon

Dans le tableau 7, on observe que 189 (87,1%) médecins déclaraient dépister le cancer colorectal *souvent* ou *toujours*. Treize médecins n'avaient pas répondu à la question.

Tableau 7: Réponses des participants concernant le dépistage du cancer colorectal*.

Modalités de réalisation	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Ne sais pas	Non renseigné
Effectifs, n (%)	2 (0,9%)	3 (1,4%)	9 (4,1%)	89 (41,0%)	100 (46,1%)	1 (0,5%)	13(6,0%)

*Les résultats sont des effectifs, avec des pourcentages. Les réponses sont cotées par des variables ordinales allant de "jamais réalisé" jusqu'à "toujours" réalisé.

La moyenne d'âge de début du dépistage était de 48,8±4 ans. On notait un pic à partir de 50 ans, où 177 (81,6%) des répondants débutaient le dépistage. Vingt six (12%) médecins débutaient avant l'âge de 50 ans, dont 23 (10,6%) entre 40 et 50 ans.

La moyenne d'âge de fin du dépistage était de 74,9±4,1 ans (calculés en excluant les « fins de vie »). Cent cinquante sept médecins (72,3%) arrêtaient le dépistage entre 70 et 80 ans. Trente huit (17,5%) le poursuivaient encore jusque 80 à 90 ans.

Le rythme de dépistage était variable, se répartissant sur une fréquence allant de 1 à 5 ans. Dans 81,6% des cas (177 médecins), le dépistage était fait tous les deux ans. Il était réalisé tous les 5 ans pour 11 (5%) médecins, tous les 3 ans pour 12 (5,5%) médecins, et tous les ans pour 4 (1,8%) médecins. Nous notions 6% de non répondants.

Deux cent médecins (92,1%) effectuaient le dépistage par le test Haemocult. Quatre médecins (1,8%) proposaient la coloscopie. Nous observions 13 (6%) non répondants.

d. Dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA

Dans le tableau 8, on observe que 81 (37,3%) réalisaient *jamais*, *rarement*, ou *parfois* le dépistage du cancer de la prostate. Par ailleurs 123 (56,6%) médecins dépistaient le cancer de la prostate *souvent* ou *toujours*.

Tableau 8: Réponses des participants concernant le dépistage du cancer de la prostate*.

Modalités de réalisation	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Ne sais pas	Non renseigné
Effectifs, n (%)	6 (2,8%)	30 (13,8%)	45 (20,7%)	55 (25,3%)	68 (31,3%)	1 (0,5%)	12 (5,5%)

*Les résultats sont des effectifs, avec des pourcentages. Les réponses sont cotées par des variables ordinales allant de "jamais réalisé" jusqu'à "toujours" réalisé.

La moyenne d'âge de début du dépistage était $49,8 \pm 3,1$ ans. On notait un pic à partir de 50 ans, où 163 (75,2%) des répondants débutaient le dépistage. Vingt six (12%) médecins débutaient avant l'âge de 50 ans, tous dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans. Une proportion de 3,2% des médecins débutaient entre 60 et 70ans. On observait 9,7% de non répondants.

La moyenne d'âge de fin du dépistage était de $76,7 \pm 4,7$ ans (calculés en excluant les « fins de vie »). Cent dix médecins (50,7%) arrêtaient le dépistage entre 70 et 80 ans maximum. Soixante seize (35%) médecins le continuaient encore jusque 80 à 90 ans maximum, et 1,8% entre 90 et 100 ans. Il y avait 23 (10,6%) non répondants.

Le rythme de dépistage était variable, se répartissant sur une fréquence allant de 1 à 5 ans. Dans 62,7% des cas (136 médecins), le dépistage était fait tous les ans. Il était réalisé tous les 2 ans pour 45 (20,7%) médecins, tous les 3 ans pour 9 (4,1%) médecins, et tous les 5 ans pour 3 (1,4%) médecins. Nous notions 24 (11,1%) non répondants.

Pour 82,0% (178) des médecins, le dépistage était intégré dans le cadre d'une décision partagée. Il y avait 4,6% (10) non répondants.

e. Vaccination antigrippale une fois par an, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus

Dans le tableau 9, on observe que 195 (89,8%) médecins réalisaient de façon annuelle la vaccination antigrippale chez les plus de 65 ans, *souvent* ou *toujours*. Dix-neuf (8,7%) médecins réalisaient ce dépistage *jamais*, *rarement*, ou *parfois*.

Tableau 9: Réponses des participants concernant la vaccination antigrippale pour les 65 ans ou plus*.

Modalités de réalisation	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Ne sais pas	Non renseigné
Effectifs, n (%)	1 (0,5%)	4 (1,8%)	14 (6,4%)	124 (57,1%)	71 (32,7%)	0 (0%)	3 (1,4%)

*Les résultats sont des effectifs, avec des pourcentages. Les réponses sont cotées par des variables ordinales allant de "jamais réalisé" jusqu'à "toujours" réalisé.

f. Vaccination antigrippale pour les moins de 65 ans à risque (1x/an)

Dans le tableau 10, on observe que 92 (42,4%) médecins réalisaient de façon annuelle la vaccination antigrippale chez les moins de 65 ans à risque, *souvent* ou *toujours*. Soixante dix sept (35,5%) médecins réalisaient ce dépistage *jamais*, *rarement*, ou *parfois*. Il y avait 19,3 % qui ne savaient pas.

Tableau 10: Réponses des participants concernant la vaccination antigrippale pour les moins de 65 ans à risque*.

Modalités de réalisation	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Ne sais pas	Non renseigné
Effectifs, n (%)	1 (0,5%)	12 (5,5%)	64 (29,5%)	92 (42,4%)	0 (0%)	42 (19,3%)	6 (2,8%)

*Les résultats sont des effectifs, avec des pourcentages. Les réponses sont cotées par des variables ordinales allant de "jamais réalisé" jusqu'à "toujours" réalisé.

Le tableau 11 regroupe les réponses des médecins concernant les différents facteurs de risques de complication nécessitant la réalisation de la vaccination antigrippale chez les moins de 65 ans. On observe que le contact régulier avec des nourrissons de moins de 6 mois, et avec l'une des 7 catégories citées, sont considérés comme des facteurs de risques seulement dans respectivement 40,1% et 37,8% des cas.

Tableau 11: Réponses des participants concernant les facteurs de risques chez les moins de 65 ans.

Facteur de risques	n (%)
Maladie cardiaque chronique	195 (89,9)
Maladie pulmonaire chronique	211 (97,2)
Affection hépatique chronique	113 (52,1)
Insuffisance rénale chronique	141 (65,0)
Dysfonction splénique	150 (69,1)
Déficit immunitaire	177 (81,6)
Vit en EHPAD	178 (82,0)
Contact régulier avec l'une de ces 7 catégories	82 (37,8)
Contact régulier avec des nourrissons de moins de 6 mois	87 (40,1)
Personnel soignant	187 (86,2)

3. Faisabilité d'un feedback sur les données de l'étude

a. Utilité d'un feedback

Cent quatre vingt quatre médecins (84,8%) trouvaient *assez utile, très utile, ou indispensable* d'avoir un retour sur les informations collectées dans cette étude. Nous observons 2 non répondants.

Tableau 12: Réponses des participants l'intérêt d'un feedback.

Utilité d'un feedback	n (%)
Non, pas du tout	11 (5,1)
Un peu	20 (9,2)
Assez utile	72 (33,2)
Très utile	84 (38,7)
Indispensable	28 (12,9)
Inconnu	2 (0,9)

b. Motivations pour avoir un feedback

Concernant les motivations principales d'un retour de pratiques, 20,3% des médecins avaient pour objectif d'améliorer ou de modifier leur pratique (tableau 13). On observait un fort taux de non répondants, à 49,8%.

Lorsque nous observions les commentaires des répondants, il apparaissait que sur les questionnaires en ligne, une seule réponse était possible, les médecins ne pouvaient pas « cocher » plusieurs cases. Dans la plupart des commentaires, les médecins écrivaient qu'ils auraient coché plusieurs cases s'ils avaient pu et ont préféré de rien « cocher » afin de ne pas biaiser les résultats.

Tableau 13 : Réponses des participants concernant la motivation pour avoir un feedback

Motivation pour avoir un feedback	n	(%)
Connaître les résultats de l'étude	28	(12,9)
Me situer par rapport à mes collègues	15	(6,9)
Modifier ou améliorer ma pratique	44	(20,3)
Suivre l'évolution de ma pratique dans mon cabinet	10	(4,6)
Autre	12	(5,5)
Inconnu	108	(49,8)

c. Forme du feedback

Trente quatre médecins auraient souhaité avoir un bref rapport général sur les résultats de l'étude. Presque 20% des médecins auraient aimé avoir en plus des informations spécifiques sur les recommandations de bonnes pratiques. Dix médecins auraient aimé avoir un rapport sur leurs résultats individuels, et dix médecins également auraient aimé une comparaison de leurs résultats individuels par rapport aux résultats généraux de l'étude.

Comme ci-dessus, concernant les questionnaires en ligne, un seul choix de réponse était possible. Nous avons retrouvé deux commentaires autres : un médecin aurait aimé un rapport complet de l'étude, et une comparaison avec les habitudes des différents pays.

Le taux de NR était de 50,2%.

Tableau 14 : Réponses des participants concernant la forme du feedback.

Forme du feedback	n	(%)
Bref rapport général	34	(15,7)
Rapport général + rapport sur mes résultats	10	(4,6)
Rapport détaillé sur mes résultats comparés aux résultats généraux	10	(4,6)
Rapport + informations spécifiques sur bonnes pratiques de prévention	42	(19,4)
Contact individualisé avec auteurs de l'étude	0	(0,0)
Réunion locale type « groupe d'échange de pratiques »	8	(3,7)
Autre	4	(1,8)
Inconnu	109	(50,2)

d. Autres thématiques de recherche

Douze répondants ont proposé une ou plusieurs thématiques de recherche qui pourraient les intéresser. Quatre proposaient des sujets pratiques de médecine générale sans autre précision. Trois proposaient d'aborder la médecine préventive de l'enfant, un le dépistage des enfants en difficulté et le soutien psychologique des parents et des enfants, un l'allaitement maternel, un la dépression, un le traitement des troubles psychiatriques, un la démographie médicale et l'installation des médecins, un la souffrance au travail, un les dépistages en gynécologie, un la pratique de FCU par les médecins généralistes hommes, et un la vaccination faite par les MG.

Un médecin avait fait une remarque concernant le questionnaire, jugeant certaines réponses trop fermées.

IV DISCUSSION

1. Principaux résultats

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous nous sommes focalisés sur les résultats les plus marquants de notre étude.

Certaines pratiques de prévention semblent acquises et entrées dans les mœurs. Le dépistage de la TA est déclaré comme réalisé dans 99,5% des cas, du poids dans 96,3% des cas, du tabagisme et conseil pour arrêter de fumer dans 96,8% des cas. Le dépistage du CCR est déclaré comme réalisé dans 87,1% des cas, à partir de 50 ans dans 81,6% des cas, et tous les deux ans dans 81,6% des cas également. La vaccination antigrippale chez les plus de 65 ans semble acquise pour 89,8% des médecins. D'autres pratiques le sont beaucoup moins.

En effet, certains dépistages sont effectués en excès ; en deca et au-delà des tranches d'âges préconisées. Le dépistage du CCR est réalisé après 80 ans dans encore 17,5% des cas. Le dépistage des dyslipidémies en prévention primaire est effectué tous les 5 ans dans seulement 25% des cas, et plus fréquemment dans 69% des cas. Il est également réalisé avant 40 ans dans plus d'un tiers des cas, et se poursuit après 80 ans dans plus de la moitié des cas. Le dépistage du cancer de la prostate est effectué dans la moitié des cas (56,6%) par les MG, à un rythme annuel dans 62,7% des cas, et encore poursuivi après 80 ans dans 36,8% des cas alors qu'il n'est pas recommandé dans le cadre d'un dépistage systématique.

D'autres pratiques de prévention, sont insuffisamment réalisées. Seulement 54,9% des médecins déclarent dépister la consommation d'alcool à risque, et parmi eux, seuls 6% utilisent un questionnaire validé. Concernant la consommation estimée déclenchant un conseil de réduction de la part du médecin, le nombre de verre/semaine semble partiellement acquis parmi un bon nombre de médecins, alors que le nombre de verre/occasion semble très mal compris. En effet, on retrouve 31% de NR sur la question du nombre de verre/occasion aussi bien pour les femmes que les hommes. Seulement 20% et 16% de réponses exactes pour le nombre de 4 verres/occasion, respectivement pour les hommes et pour les femmes. Concernant la vaccination antigrippale pour les moins de 65 ans à risque, le taux de réalisation est inférieur à 50% (42,4%), avec 19,4% des médecins qui déclarent ne pas savoir.

2. Consommation tabagique

Dans notre étude, 96,7% des MG déclarent poser au moins une fois la question concernant le tabagisme chronique. Dans une enquête auprès de médecins généralistes de

Provence – Alpes – Côte d’Azur (Paca) en 2007, on retrouve la même proportion (97%) de médecins déclarant interroger généralement les patients sur leur consommation de tabac. Dans le baromètre santé 2009, deux tiers des MG abordent au moins une fois cette question (28).

Ainsi le tabagisme constitue aujourd’hui un thème intégré de façon courante dans la pratique des MG. 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 (14).

3. Consommation d’alcool à risque

Dans notre étude 55% des MG déclarent dépister la consommation d’alcool à risque. Dans le baromètre santé de 2009, seuls 23% des MG abordent la question de l’alcool au moins une fois, et la question est abordée seulement avec les sujets considérés comme à risque, dans 72,7% des cas. L’étude EURECA menée en 1998 montrait que 45% des MG déclaraient interroger systématiquement tous leurs patients sur la consommation d’alcool. Les données sont comparables aux données de la littérature dans le sens où le sujet est sous-traité par les MG.

En effet il existe des freins multiples au dépistage, étudiés notamment dans le cadre de l’étude STRAND I initiée par l’OMS. Ce sont, entre autres : la gêne à aborder le sujet, le manque de temps, le manque de connaissances des MG et une formation inappropriée, une inquiétude vis-à-vis des patients réticents, le sentiment d’inefficacité de la démarche, et la conviction que les personnes alcoolo-dépendantes ne sont pas réceptives aux prises en charge (29). Des travaux 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) » (28). Une étude menée par l’INPES en 2003 a confirmé ces données. Quatre motifs sont avancés 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, ou encore, ils craindraient de détériorer la relation médecin/patient en abordant d’eux mêmes des questions qu’ils jugent trop sensibles ou intrusives. Ce dernier argument peut être contredit par une

enquête menée par l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France (ORS-IDF) auprès de la population générale, où il a été montré que dans 88 % des cas, les patients font généralement confiance à leur médecin et sont prêts à aborder le sujet de l'alcool avec eux.

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. 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.

Il apparaît indispensable de réaliser un repérage précoce des consommations à risque chez tous les patients adultes consultant un médecin généraliste. En effet, l'Union européenne est la région du monde où la proportion de buveurs et la quantité d'alcool consommée par habitant sont les plus élevées (30). Après le tabagisme et l'hypertension, l'alcool est le troisième facteur de risque le plus important de morbidité et de mortalité prématurée. Les médecins généralistes ont la responsabilité de repérer et de prendre en charge les patients dont la consommation d'alcool est à risque ou nocive (31). Les interventions brèves destinées aux personnes ayant une consommation d'alcool dangereuse et problématique sont d'une efficacité et d'un rapport efficacité/coût élevés. Si elles étaient largement mises en œuvre dans l'Union européenne, de manière à toucher au moins un quart des adultes ayant une consommation dangereuse et problématique, il en coûterait au total la somme relativement peu élevée de 740 millions d'euros et 9 % de la morbidité et de la mortalité prématurée induites par l'alcool pourraient être évitées (30).

À l'exception de l'une d'entre elles, pour des raisons de manque d'homogénéité statistique (32), toutes les méta-analyses disponibles dans la littérature internationale concluent à l'efficacité de l'intervention brève (33–35). En général, elles mettent en évidence qu'une intervention comportant un conseil bref est plus efficace pour réduire la consommation excessive d'alcool que l'absence d'intervention. Il faut néanmoins garder à l'esprit que les études incluses dans les différentes méta-analyses comportent des caractéristiques contrastées, qu'il s'agisse de la manière dont l'intervention brève est définie (durée, contenu, intensité), de la durée du suivi des patients (de 2 mois à 10 ans) ou des indicateurs utilisés pour mesurer le changement de comportement du patient en matière d'alcool (marqueurs cliniques, données déclaratives sur la consommation hebdomadaire d'alcool, nombre de jours de maladie). Malgré les limites méthodologiques des différents

travaux, les chercheurs s'accordent sur le fait que l'efficacité de l'intervention brève est démontrée au-delà des doutes raisonnables (36). Le principe de l'intervention brève consiste, lors de la consultation, à restituer au patient les résultats de son test de repérage, à le responsabiliser et à lui donner un conseil de modération, puis à définir un objectif en concertation avec le patient.

Pour cela, le médecin doit être formé et avoir un soutien pratique en cabinet, dont l'efficacité a été démontrée. En effet un programme de formation constitué d'une seule visite au cabinet et de conseils par téléphone augmente le taux de repérage et de pratique de la relation d'aide brève par les médecins généralistes de près de 50%, alors que les seules recommandations produisent assez peu d'effets. Assurer une formation aux généralistes et fournir des documents de soutien au cabinet semblent aussi efficaces, mais ces deux actions sont plus efficaces si elles sont réalisées ensemble plutôt que séparément (29). En France il paraît difficile de mettre en place des interventions aussi complexes.

Dans les données de la littérature on retrouve que ce sont plutôt les MG jeunes, et les femmes qui abordent plus facilement cette problématique, ainsi que ceux qui ont suivi une formation, ou une évaluation des pratiques professionnelles. Dans notre étude, il n'a pas été montré d'association significative entre le genre ou l'âge des médecins et le dépistage de la consommation d'alcool. Cependant, il semble apparaître que parmi les MG qui font le dépistage de la consommation d'alcool à risque, le pourcentage de femmes qui répondent *souvent* ou *toujours* est plus important que le pourcentage d'homme. Pour l'âge, les données apparaissent inverses à celles de la littérature puisqu'il apparaît que les médecins plus âgés effectuent plus souvent le dépistage que les MG plus jeunes, sans différence significative. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'explication à cette tendance.

Dans notre étude, seuls 6% des MG déclarent utiliser un questionnaire d'aide au repérage des consommations d'alcool à risque. 93% des MG ne répondaient pas à la question concernant le type de questionnaire utilisé. On peut penser qu'il existe un manque de connaissance de MG sur ce thème. Dans la littérature, dans le baromètre santé de 2009, 12,9% des médecins déclaraient y avoir recours. Cette pratique même si elle est encore peu généralisée, apparaît toutefois en très forte hausse depuis 1998 (1,4 % en 1998, 2,0 % en 2003). Elle n'est pas liée au genre, à l'âge, ni au lieu d'exercice, mais surtout à l'implication dans un réseau d'addictologie, d'alcoologie, ou de tabacologie. L'implication des MG dans un réseau de santé portant sur l'alcool s'avère en hausse significative entre 1998 (0,9 %) et 2009 (2,3 %) (14).

Il existe des questionnaires de dépistage de la consommation d'alcool, pratiques validés. La HAS en décembre 2014, propose un outil d'aide au repérage et au dépistage précoce et à l'intervention brève, grâce à l'utilisation du questionnaire « FACE » («Fast alcohol consumption evaluation » en Anglais, et « Formule pour apprécier la consommation en entretien ») développé en 2002 (37), composé de 5 questions, dont deux issues de l'AUDIT initialement recommandé pour les MG, mais trop long à utiliser en pratique courante. En effet, ce questionnaire est plus adapté aux attentes et aux contraintes régissant la pratique quotidienne des médecins de ville, mais apporte une qualité informationnelle proche de l'AUDIT. Le FACE n'a pas été proposé dans les items du questionnaire de thèse. Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature concernant l'utilisation de ce questionnaire par les MG.

Par ailleurs nous avons observé une méconnaissance des MG en ce qui concerne les recommandations de l'OMS sur le nombre de verres/occasion qui devaient conduire à un conseil de réduction de la consommation. En effet, il y a 31% de non répondants, 20% des réponses correctes pour les hommes et 20% pour les femmes. Concernant le nombre de verre/semaine entraînant un conseil de réduction chez les hommes et chez les femmes, on ne retrouvait respectivement plus que 12 et 13% de NR, ainsi que 42% et 38 % de réponses correctes (respectivement 20 à 25 verres/semaine pour les hommes et 10 à 15 verres/semaine pour les femmes). Le problème du dépistage de cette consommation à risque ne semble donc pas en lien seulement avec le fait qu'il s'agisse d'un sujet difficile à aborder pour de multiples raisons déjà évoquées, mais aussi en lien avec un manque de connaissance des recommandations.

La poursuite de l'information et la formation des médecins dans le repérage des consommations à risques, passant par une formation adaptée en éducation pour la santé, la connaissance d'outils standardisés faciles à utiliser pour aborder le sujet comme le FACE, et l'intervention brève, apparaissent comme indispensable pour dépister précocement les alcoolisations excessives.

Enfin il apparaît comme nécessaire de faire le dépistage pour tous, quel que soit l'âge ou le sexe, puisqu'une méta-analyse portant sur 68 études internationales, publiée en octobre 2016 dans le BMJ (38), a confirmé que la consommation d'alcool chez les femmes, et les jeunes adultes augmentait.

4. Dépistage du cancer colorectal

Dans notre étude 87% des MG déclarent réaliser le dépistage du CCR, à partir de 50 ans pour 81,6% des MG, jusqu'à 70/80 ans pour 72,3% des MG, tous les 2 ans dans 81,6% des cas, avec un test Haemocult dans 92% des cas. Dans une enquête auprès de médecins généralistes de Provence – Alpes – Côte d'Azur (Paca) en 2007, 60% des MG proposent le dépistage du CCR par test Haemocult. En 2008 dans l'étude EDIFICE (Etude sur le Dépistage des cancers et ses Facteurs de complianCE), seuls 30% des MG déclarent recommander systématiquement le dépistage du CCR même si plus des 2/3 perçoivent leur rôle comme indispensable (12). De la même façon, 34% des MG déclarent vérifier le statut de dépistage du CCR dans l'enquête barométrique Inca/BVA 2010. Dans notre étude, 12% des MG préconisent le dépistage avant 50 ans, et 17,5% le poursuivent au-delà de 75ans. En France l'enquête barométrique Inca/BVA de 2010, révèle que 9% des MG le préconisent avant 50 ans, et 20% au-delà de 75 ans.

Le référentiel européen préconise un taux acceptable de participation de la population cible supérieur ou égal à 45 % pour que le programme de dépistage organisé soit coût-efficace, alors que l'INVS souhaite atteindre un taux de 65%.

Sur la période 2010-2011, 17 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister. Le taux national de participation au dépistage sur cette période était de 32 % (plus de 45% en Pays de La Loire). La participation était plus élevée chez les femmes (34 %) que chez les hommes (30 %), quelle que soit la tranche d'âge considérée. Chez les hommes comme chez les femmes, les personnes âgées de plus de 60 ans adhéraient davantage au programme de dépistage que les personnes plus jeunes. Les taux de participation les plus élevés concernaient les hommes âgés de plus de 70 ans et les femmes âgées de 65 à 69 ans.

Sur la période allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014, la population des personnes âgées de 50 à 74 ans est estimée à 18,4 millions d'individus, dont au moins 16 millions ont été invités à participer au programme. Le taux de participation était de 29,8 %. Le taux de participation reste encore trop faible, en dessous du seuil recommandé.

Une étude réalisée en France en 2007 a identifié 5 raisons pour les patients de ne pas faire le test : ils disaient avoir d'autres problèmes à gérer (36% des cas), ne pas être convaincus par ce test (26%), ne pas se sentir concernés par ce dépistage (14%), avoir peur des résultats (9%), et déploraient des explications peu claires (4%) (39).

Des *focus groups* d'une dizaine de médecins généralistes français (pour un total de 39 médecins), chacun de départements différents, et des entretiens individuels semi-structurés de 24 patients ont été réalisés en 2009-2010 (40). Les médecins ont rapporté des problèmes dans la gestion du temps et de l'organisation, une peur des résultats faux négatifs, des difficultés avec les patients non demandeurs, et semblaient plus concernés par des freins médicaux que par des barrières psychologiques ou sociales. Les patients quant à eux ont signalé l'importance de sentir l'implication de leur médecin dans le dépistage, et avaient des connaissances erronées comme la nécessité d'avoir des symptômes ou des antécédents familiaux pour être éligible au dépistage.

Ces études ont révélé un fossé entre médecins et patients dans la perception de leurs obstacles respectifs. Le principal frein côté médecin était une représentation erronée des opinions des patients (trouvant le test trop complexe à réaliser) ainsi que la peur de rassurer à tort (du fait de la faible sensibilité du test). Le principal frein côté patient était l'absence de proposition de la part du médecin.

En France, l'enquête barométrique INCa/BVA a révélé que si 62 % des personnes de la population cible se souvenait avoir reçu la lettre d'invitation au dépistage, seulement 42 % en avait parlé avec leur médecin traitant. A contrario, lorsque le test est expliqué et remis par le médecin traitant au cours de la consultation, 89 % des personnes interrogées déclarent l'effectuer (41). 15% des tests sont réalisés seulement en cas d'envoi postal direct. Une autre étude confirme que 90% des tests remis en main propre par le médecin traitant sont effectués (42).

Trente-cinq enregistrements de consultations lors de la délivrance du test ont été effectués par 9 médecins généralistes entre juin 2010 et juin 2011 pour évaluer le contenu de la consultation et la communication entre les médecins généralistes et leurs patients (43). Concernant le contenu de la consultation, les médecins enregistrés utilisaient très peu d'arguments épidémiologiques sur le cancer colorectal pour convaincre leurs patients. L'éligibilité au test Haemocult n'était pas toujours recherchée. La plupart des médecins se concentraient uniquement sur l'aspect technique de la réalisation du test. Sur le dialogue avec le patient, peu de place était laissée au patient et à ses interrogations. Sur la communication, très peu de médecins utilisaient une approche centrée-patient.

Ceci montre l'importance de la communication sur le cancer colorectal et son dépistage. Le dialogue entre le patient et son médecin constitue un élément clé de l'adhésion

au dépistage du cancer colorectal. L'importance du MG dans le dispositif a encore été rappelée par l'institut national du cancer, qui a lancé le 7 novembre 2016 une nouvelle campagne d'information pour encourager le dépistage du CCR. Celui-ci est considéré comme le « premier interlocuteur », ayant un rôle d'information, de prescription et d'orientation. Le médecin informe son patient, évalue avec lui son niveau de risque vis-à-vis du cancer colorectal et soit lui remet le test, en expliquant ses modalités de réalisation et les conséquences en cas de positivité, soit lui prescrit une coloscopie.

Nous avons montré dans notre étude que les MG déclarent réaliser le dépistage (87%), qui plus est, dans des proportions plus élevées que celles retrouvées dans la littérature. Cela pourrait peut être expliqué en partie le fait que le taux de participation au dépistage au niveau départemental était plus élevé que dans la plupart des autres départements. En revanche, on ne connaît pas le contenu de la consultation, et on ne sait pas quelle information réelle est donnée. Les données de la littérature ont montré que l'information sur le dépistage du cancer était insuffisamment abordée en consultation, alors qu'il a été prouvé qu'une information et une meilleure communication du médecin avec son patient étaient efficaces pour augmenter le taux de participation au dépistage. Ceci pourrait expliquer la différence observée entre les pratiques déclarées par les MG, et le taux trop faible de participation réelle au dépistage. On peut espérer que les fiches pratiques et les modes d'emploi vidéo mis à la disposition des médecins pour « mieux les accompagner », dans le cadre de la nouvelle campagne d'information 2016, porteront ces fruits et permettra d'améliorer la participation des populations, en provoquant un dialogue entre le médecin et son patient.

5. Dépistage du cancer de la prostate

Le dépistage du cancer de la prostate par dosage sanguin du PSA, éventuellement associé au toucher rectal, a fait l'objet de nombreuses évaluations. A ce jour, le bénéfice en termes de réduction de la mortalité globale d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré. Les résultats publiés en mars 2009 des deux premières études randomisées menées sur de grands effectifs en Europe (ERSPC) et aux Etats-Unis (PLCO) sont en effet contradictoires. La HAS a conforté en juin 2010 les avis précédemment formulés, et a considéré qu'aucun élément scientifique nouveau n'était de nature à justifier la réévaluation de l'opportunité de la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA chez les hommes asymptomatiques, dont le seul facteur de risque était l'âge (26). Elle a donc confirmé la non-recommandation d'un dépistage organisé et systématique du cancer de la prostate en

population générale (non-recommandation déjà exprimée en 1998 et en 2004). Les recommandations européennes (44), et américaines (45) sont concordantes et ne recommandent pas d'effectuer de dépistage systématique (17), car il ne diminuerait pas de façon significative la mortalité lié au cancer de la prostate (46).

La HAS relève aussi l'importance des inconvénients du dépistage en termes de « surdiagnostic » et de « surtraitement ». C'est pourquoi il est nécessaire d'élaborer et d'assurer la diffusion par les prescripteurs d'une information claire sur les bénéfices et les risques du dépistage du cancer de la prostate et de ses modalités de prise en charge.

Par ailleurs, les résultats de ces différentes études qui portent sur le dépistage systématique, ne permettent pas de conclure quant à l'intérêt du dépistage individuel. Pour ce dernier, l'association française d'urologie (AFU) a renouvelé en 2009 et 2013 ses recommandations d'un dépistage "modulé" en fonction de l'âge et de certains facteurs de risques familiaux ou ethniques. Le dépistage devrait être réalisé seulement dans un contexte de décision partagée et éclairée entre le patient et son médecin.

Malgré la non recommandation du dépistage systématique du cancer de la prostate, le dosage du PSA sérique total reste très élevé en France, avec plus de 7 millions de tests réalisées chaque année (Rapport Opeps avril 2009). Une enquête téléphonique réalisée chez plus de 600 MG en 2010 (12) a confirmé les données issues de la Cnamts : 71% des médecins généralistes interrogés préconisaient le dépistage du cancer de la prostate à partir de 50 ans, et 37% au-delà de l'âge de 75 ans. Quarante-six pourcents considéraient ce dépistage comme tout à fait efficace. Quarante-sept pourcents des médecins généralistes interrogés déclaraient vérifier systématiquement que leur patient avait eu un dépistage du cancer de la prostate par un dosage du PSA sérique total. Soixante-sept pourcents des médecins généralistes préconisaient un dosage du PSA sérique total tous les ans et 23 % tous les 2 ans. Un médecin interrogé sur 4 déclarait informer systématiquement son patient des limites du dépistage, et un médecin interrogé sur 5 déclarait informer systématiquement son patient sur les effets secondaires des traitements et/ou sur la gravité du cancer de la prostate. Ces données sont similaires à celle de notre étude, puisque 56% des MG déclarent réaliser le dépistage par dosage du PSA *souvent* ou *toujours*, tous les ans dans 62,7% des cas. Encore 35% continuaient le dépistage après 80 ans, alors qu'aucune société savante ne le recommande au-delà de 75 ans.

L'analyse des motivations des médecins généralistes montre que le recours au dosage du PSA sérique total semble être pour eux la solution la plus aisée en termes d'accessibilité,

d'acceptabilité pour le patient, de gain de temps pour le médecin, une majorité des médecins ne donnant aucune information pour accompagner la prescription (la prescription du dosage du PSA sérique total étant faite dans le cadre d'un bilan sanguin systématique). En effet, une enquête réalisée en 2008, analysant 1 131 questionnaires auprès d'hommes âgés de plus de 45 ans se présentant pour un dosage de PSA dans un des 166 laboratoires de biologie médicale, a montré que 30% des patients ne savaient pourquoi cet examen leur avait été prescrit.

La contrainte de temps apparaît comme une des principales raisons de prescription inappropriée. La facilité est de prescrire l'examen demandé plutôt que de rentrer dans de longues explications.

6. Vaccination antigrippale

Pour les sujets âgés de plus de 65 ans, la proposition de la vaccination semble acquise, avec un taux de proposition de 89,8%, avec des données comparables à celle de la littérature (80,9% dans le baromètre santé 2009). On note une très forte augmentation ces dernières années puisque le taux de proposition de vaccination systématique était seulement de 68,4% en 2003 (baromètre santé 2009). Pourtant, le taux de couverture vaccinale est en baisse constante, avec un taux passé de 64,8% à 50,8% chez les plus de 65 ans entre 2009 et 2016 (Cnamts).

Par ailleurs, seulement 42,4% des MG interrogés déclarent réaliser la vaccination antigrippale chez le sujet de moins de 65 ans à risque. Parmi la pauvreté des données de la littérature, on retrouve un taux de couverture vaccinale à 39,1% sur l'année 2015 /2016 chez les moins de 65 à risque, stable depuis plus de 10 ans, mais toujours trop faible, selon les données de la Cnamts. Ces données semblent en accord avec le fait que les MG proposent trop peu cette vaccination chez les personnes à risques.

7. Forces et faiblesses

Notre étude a porté sur 217 questionnaires, la puissance est donc relativement importante. Les médecins recrutés ont, de façon générale, bien rempli les questionnaires car seulement deux ont été exclus car il n'y avait aucune réponse aux 12 items. Dans les non-répondants on incluait les réponses aberrantes, il y en avait seulement trois parmi toutes les réponses.

Le taux de participation par questionnaire papier était de plus de 50%, soit plus élevé que le taux attendu (qui était de 20%), alors que le taux participation pour les envois électroniques était plus faible que le nombre de réponses attendues théoriquement (117

réponses reçues vs 200 réponses attendues). Il n'y avait pas de différence significative entre l'âge, le genre des participants avec le type de questionnaires reçus. 75% des médecins déclarent une préférence pour un questionnaire en ligne vs papier. Ceci correspond aux données de la littérature, qui retrouvent une satisfaction plus importante lors de l'utilisation de questionnaire en ligne (47). Plusieurs auteurs ont comparé des versions papiers et internet de questionnaires en matière de validité et/ou de fiabilité, et ont montré une différence minime voire nulle entre les deux méthodes de collecte de données (48–50).

Nous avons eu des difficultés à collecter les recommandations françaises en matière de prévention chez l'adulte. En cas d'absence de recommandations trouvées dans la littérature, nous nous sommes appuyés sur les recommandations internationales, notamment américaines, canadiennes, et suisses. Il est cependant compliqué de comparer entre elles ces recommandations internationales car il existe, entre autres, une grande diversité méthodologique de leurs élaborations respectives.

a. Représentativité de la population étudiée

Les médecins interrogés ont été randomisés parmi les médecins inscrits à l'URPS-ML. Ils semblent donc théoriquement représentatifs de la démographie médicale régionale, même s'il existe un biais de recrutement possible, basé sur le volontariat des participants, pouvant sélectionner des médecins plus intéressés par la prévention en médecine.

D'après le conseil de l'ordre des médecins (51), les médecins généralistes avaient en moyenne 51 ans dans la région Pays de la Loire en 2013, 50 ans en Loire Atlantique, 52 ans en Vendée et en Mayenne, 51 ans en Maine-et-Loire, et 54 ans en Sarthe. Dans notre étude l'âge moyen est de 48,5+/-10 ans. Concernant le genre, 51,2% des médecins observés dans notre étude étaient des hommes. Au niveau régional, cette proportion est de 57% d'hommes et 43% de femmes dans les Pays de la Loire (51).

Finalement, dans notre étude, nous avons observé un nombre un peu plus important de femmes et une population un peu plus jeune.

b. Les biais

Il existe un biais de désirabilité sociale concernant les médecins interrogés. En effet, le biais de désirabilité sociale (52) est une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société. Il se caractérise par l'envie manifestée par le répondant de gagner une évaluation positive auprès des personnes qui l'entourent. Nass et ses collègues (1999) expliquent que le biais de désirabilité est déclenché par deux facteurs : la nature des

questions (sujets sensibles et/ou très personnels) et la présence d'un enquêteur. Cette dernière active l'existence de normes sociales dont il s'agit de ne pas s'éloigner. Il n'y a pas de consensus sur l'effet du mode de collecte (papier-crayon vs en ligne) sur le biais de désirabilité sociale. Si pour de nombreux auteurs, la passation sur ordinateur confère un sentiment d'intimité et d'anonymat qui favorise les réponses sincères et réduit le biais de désirabilité sociale (53), d'autres soulignent au contraire que l'administration par ordinateur réduit le sentiment d'anonymat car les sujets anticipent le fait que leurs réponses vont être identifiées, vérifiées et stockées dans une base de données (54). En revanche, le fait de savoir que les résultats vont être lus par l'enquêteur pourraient influencer les réponses des médecins. Ils pourraient donner des réponses qui ne correspondent pas réellement à leur pratique, mais qui s'appuient sur les recommandations quand ils les connaissent.

c. Le questionnaire

Un **auto-questionnaire** a été choisi pour éviter tout biais d'influence lié à l'utilisation d'un enquêteur. En effet il permettrait d'augmenter les réponses sincères des répondants. Un maximum de questions fermées a été utilisé afin d'éviter d'influencer les réponses et de limiter les biais d'interprétation lors de l'encodage. Une case « *je ne sais pas* » était proposée pour chaque item afin d'éviter aux participants d'avoir à répondre de façon aléatoire.

Le choix des réponses, qualitatives allant de « *jamais* » réalisé à « *toujours* », en incluant les réponses « *rarement, parfois, et souvent* », paraît subjectif, et imprécis, en ne permettant pas de donner des réponses chiffrées exactes. Cependant il paraît peu probable qu'un médecin puisse dire à quelle fréquence exacte il réalise le dépistage pour les 12 items de ce questionnaire.

Il existe une difficulté pour étudier des pratiques complexes à travers des questions fermées. Par exemple, 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 suggère 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, pour certaines questions concernant les conseils pour diminuer le tabac ou l'alcool, cela nécessiterait un approfondissement qualitatif pour savoir quels types de conseils sont réellement donnés au patient. En effet le conseil pour diminuer la consommation d'alcool pourrait être une simple information, ou bien une intervention brève sous une forme bien définie. Il en est de même concernant les autres

questions (dépistage du CCR, du cholestérol, *etc.*). On ne sait pas si le MG délivre juste une information avec une ordonnance de prescription des examens complémentaires (exemple : bilan EAL), ou s'il donne des explications et s'il s'assure de la bonne réalisation de l'examen de dépistage. Il pourrait être intéressant d'approfondir ces questions lors d'entretien en tête-à-tête par exemple.

Thèmes non abordés :

La prévention étant un domaine très large, tous les thèmes n'ont pas pu être abordés. Cependant certains sujets nous semblaient plus pertinents que d'autres et pourraient faire l'objet d'un questionnaire ultérieur. On peut citer par exemple le dépistage de la consommation de toxiques et cannabis, qui est recommandé par l'HAS (décembre 2014). On peut aussi citer le dépistage organisé du cancer du sein en France depuis 2004, puisque seulement la moitié des 4,3 millions de femmes concernées chaque année y participent via le dépistage organisé du cancer du sein, et environ 10% dans le cadre du dépistage individuel (HAS). On aurait pu évaluer le dépistage du cancer du col de l'utérus qui sera bientôt organisé (plan cancer 2014-2019). D'autres domaines de prévention auraient pu être abordés tels que la iatrogénie des traitements, la contraception, l'obésité, la prévention des IST, *etc.*

8. Perspectives de pratiques médicales, proposition de recherche

Nos travaux sont inclus dans une étude plus vaste, multicentrique, qui permettra de comparer les pratiques déclarées de prévention des médecins généralistes libéraux Suisses et Français dans les domaines du dépistage, des conseils et des vaccinations. Actuellement les résultats de l'étude n'ont pas encore été publiés.

Certains indicateurs de santé utilisés sont insuffisants pour faire une analyse détaillée fine et complète du système de santé. Ils ne permettent pas une évaluation directe de la qualité des soins de la médecine française réalisée en ville, par les MG.

L'étude montre que les MG déclarent réaliser eux-mêmes la prévention, et de façon 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. 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) (14). 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 (Baromètre santé 2009).

Plusieurs études menées aux Etats-Unis ont permis d'identifier les freins et les facilitateurs à ces pratiques de prévention. On retrouve entre autres, le manque de temps, de connaissance, de retour positif des patients, le désaccord des médecins avec les recommandations émises, ou encore le malaise ou le désaccord des patients. Les éléments facilitateurs étaient la motivation, la connaissance, le fait qu'il existe des recommandations ou des programmes de formations (5).

En Suisse, en 2010, une étude a montré que plus de 50% des médecins généralistes ne suivaient pas les recommandations émises concernant le dépistage, et le traitement des dyslipidémies. Les raisons principales de la non adhésion aux recommandations du côté des médecins, était l'absence de connaissance de ces recommandations et la non croyance dans l'efficacité des recommandations (7).

En Belgique francophone en 2013 (55), une étude qualitative auprès de MG par entretien semi-dirigé, a montré que les actions de prévention envers leurs patients dépendait des centres d'intérêt du médecin et de leur psychologie personnelle. Des compétences cliniques et relationnelles étaient manquantes dans certains cas, et les références scientifiques de qualité variable. L'évaluation de pratique n'était pas suffisamment développée pour servir de renforcement. L'influence des médias et des firmes pharmaceutiques a été citée comme facteur de renforcement positif ou négatif selon le contexte. Les médecins ont souhaité un financement spécifique de la prévention, éventuellement lié aux résultats. La prévention était le plus souvent pratiquée de façon opportuniste, faute de temps. La circulation des informations et la coordination avec les autres acteurs en prévention ont été souvent critiquées.

Il existe donc de nombreux freins à la prévention et à l'éducation pour la santé : résistance des patients, manque de temps, manque de formation en prévention (notamment en éducation pour la santé, éducation thérapeutique), impression d'inefficacité de la démarche. En effet, dans les actes de prévention ayant une dimension éducative forte (consommation d'alcool) les MG doutent plus de leurs compétences et de leur efficacité, alors que le sentiment d'efficacité est plus important dans les actes de prévention dits « médicalisés » et plutôt techniques (vaccination, dépistage CCR par test Haemocult, dépistage cholestérol par

un bilan lipidique) (28). Enfin, faute de référentiel universel, et par manque de recommandations claires et centrées uniquement sur la prévention, la prévention et le dépistage reposent souvent sur des stratégies individuelles des professionnels de santé.

Ainsi, pour mieux remplir les missions de prévention et d'éducation des MG, on peut retrouver certains éléments facilitateurs (14). 91,4 % des MG apprécieraient d'avoir plus de temps. Pour plus de 80 % d'entre eux, les campagnes d'information grand public et un rôle davantage reconnu en prévention sont nécessaires. Plus de 70 % des médecins citent d'autres éléments : disposer de supports écrits d'information adaptés (78,5 %), avoir bénéficié d'une formation initiale et continue, notamment 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. Il est également indispensable pour aider le MG d'appuyer la démarche de prévention sur des référentiels valides, et mis à jour régulièrement.

V CONCLUSION

Cette étude a permis de réaliser un tableau descriptif des pratiques de prévention déclarées par les médecins généralistes des Pays de la Loire, au travers d'indicateurs variés. De façon générale, les résultats de cette enquête montrent une adhésion importante des médecins généralistes aux pratiques de prévention. Les actions de prévention les plus largement mises en œuvre par la majorité des médecins sont les suivantes : dépistage de la TA, du poids, de l'hypercholestérolémie, du tabagisme ainsi que des conseils pour diminuer la consommation, du cancer colorectal, et de la vaccination antigrippale après 65 ans.

Certaines actions sont plus rarement mises en œuvre par les médecins : le dépistage de la consommation d'alcool à risque, les conseils pour diminuer et l'utilisation d'un questionnaire validé, le non dépistage systématisé du cancer de la prostate, et la vaccination antigrippale chez les moins de 65 ans à risque.

Une partie des résultats retrouvés dans cette étude descriptive transversale est similaire aux données de la littérature : pratique acquise du dépistage du tabac et des conseils pour arrêter de fumer, trop faible dépistage de la consommation d'alcool à risque et faible utilisation de questionnaire, réalisation de la vaccination anti grippale chez les plus de 65 ans de façon adaptée, dépistage systématique du cancer de la prostate encore trop fréquent.

Concernant le dépistage du cancer colorectal, les MG des Pays de la Loire semblent être plus performants que les autres, si l'on compare aux données de la littérature. Il persiste cependant des différences entre les pratiques déclarées et les pratiques réelles dont les explications sont multifactorielles mais la communication reste un élément primordial.

Enfin concernant le dépistage des dyslipidémies et la réalisation de la vaccination antigrippale avant 65 ans, les données de la littérature semblent non existantes à ce jour.

Les résultats définitifs de la comparaison des pratiques de prévention des médecins généralistes de Pays de la Loire, d'Alsace et de Suisse seront intéressants. Ils permettront de mettre en évidence les fondamentaux communs à notre exercice, de documenter d'éventuelles variations régionales des comportements et de fournir une description plus représentative des médecins et de leurs pratiques au niveau national et international. L'objectif est également de mieux comprendre l'applicabilité des recommandations de prévention en pratique clinique, et peut être fournir des éléments pour améliorer les pratiques de prévention.

VI REFERENCES

1. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *The Lancet*. 24 oct 2008;372(9647):1365-7.
2. Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. août 2013;61, Supplement 3:S163-9.
3. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action; 2010. (santé en action).
4. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
5. Eisner D, Zoller M, Rosemann T, Huber CA, Badertscher N, Tandjung R. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. *Int J Gen Med*. 16 déc 2011;4:853-70.
6. Bovier PA, Sebo P, Abetel G, George F, Stalder H. Adherence to recommended standards of diabetes care by Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly*. 24 mars 2007;137(11-12):173-81.
7. Bally K, Martina B, Halter U, Isler R, Tschudi P. Barriers to Swiss guideline-recommended cholesterol management in general practice. *Swiss Med Wkly*. mai 2010;140(19-20):280-5.
8. Rodondi N, Cornuz J, Marques-Vidal P, Butler J, Hayoz D, Pécoud A, et al. Aspirin use for the primary prevention of coronary heart disease: A population-based study in Switzerland. *Prev Med*. févr 2008;46(2):137-44.
9. Asch SM, Kerr EA, Keeseey J, Adams JL, Setodji CM, Malik S, et al. Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care? *N Engl J Med*. 16 mars 2006;354(11):1147-56.
10. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keeseey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *N Engl J Med*. 26 juin 2003;348(26):2635-45.
11. Collet T-H, Salamin S, Zimmerli L, Kerr EA, Clair C, Picard-Kossovsky M, et al. The quality of primary care in a country with universal health care coverage. *J Gen Intern Med*. juill 2011;26(7):724-30.

12. INCa. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA, septembre 2010. Boulogne-Billancourt: INCa; 2011. [Internet]. 2011 [cité 27 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/publications/90-depistage-et-detection-precoce/389-medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers>
13. Letrilliart L. Etude ECOGEN : quelle validité des données ? In : 13e Congrès du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) ; 2013 ; Clermont-Ferrand, France. [Internet]. [cité 27 déc 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/congres/congres_annuels_du_cnge_archives_2012_2015/congres_clermont_2013/validites_des_donnees_ecogen/
14. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
15. Senn N, Cornuz J. Monitoring of primary health care in a fee-for-service with universal coverage country: the Swiss cheese situation. In: Journal of General internal medicine [Internet]. Springer 233 Spring ST, New-York, NY 10013 USA; 2011 [cité 14 juin 2016]. p. S139–S140. Disponible sur: http://www.medartbasel.ch/fileadmin/files/2011/sgim2011/ebook2/SGIM2011_Abstract_EBook_opf_files/pdfs/SGIM2011-E-Book_70.
16. Senn N. Swiss Primary Health Care Active Monitoring (SPAM). Explorer les performances et le fonctionnement de la médecine de premier recours. [Internet]. 2013 [cité 14 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.samw.ch/dms/de/Forschung/Bangerter/Symposium-2013/Senn.pdf>
17. Cornuz J, Jacot-Sadowski I, Nanchen D, Auer R, Senn N, Lazor R, et al. [Primary prevention and screening in adults: update 2014]. Rev Médicale Suisse. 22 janv 2014;10(414):177-8, 180-5.
18. Cornuz J, Auer R, Senn N, Guessous I, Rodondi N. [Prevention and screening in adults: trends in 2010]. Rev Médicale Suisse. 1 déc 2010;6(273):2276, 2278-80, 2282-5.
19. Cornuz J, Jacot-Sadowski I, Nanchen D, Auer R, Senn N, Lazor R, et al. Prévention primaire et dépistage chez l'adulte : mise à jour 2014 - revmed. Rev Médicale Suisse. :177-85.
20. Chevallier A. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle: Actualisation 2005 Recommandations. J Mal Vasc. 2006;31(1):16–33.
21. Blacher J, Halimi J-M, Hanon O, Mourad J-J, Pathak A, Schnebert B, et al. prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. [Internet]. société française d'hypertension artérielle; 2013 janv [cité 29 févr 2016] p. 1-4. Disponible sur: <http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/12/Recommandation-SFHTA-2013-Prise-en-charge-HTA-de-l'Adulte>.

22. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) European Heart Journal. Eur Heart J. mai 2012;33:1635-701.
23. Christiaans I, Birnie E, Bonsel GJ, Mannens MMAM, Michels M, Majoor-Krakauer D, et al. Manifest disease, risk factors for sudden cardiac death, and cardiac events in a large nationwide cohort of predictively tested hypertrophic cardiomyopathy mutation carriers: determining the best cardiological screening strategy. Eur Heart J. 1 mai 2011;32(9):1161-70.
24. Afssaps. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique [Internet]. 2005 mars [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/met/e-docs/prise_en_charge_therapeutique_du_patient_dyslipidemique._mars_2005__266098/article.html
25. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. [Internet]. 2014 déc [cité 10 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpi_b_v2.
26. HAS. Dépistage du cancer de la prostate. Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. [Internet]. 2010 juin [cité 9 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623737/fr/detection-precoce-du-cancer-de-la-prostate
27. HAS. Détection précoce du cancer de la prostate. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). [Internet]. 2013 mai [cité 9 nov 2015]. Disponible sur: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/14615>
28. Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence – Alpes – Côte d'Azur. Prat Organ Soins. 2007;38(4):259-68.
29. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad). Alcool et médecine générale Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. [Internet]. Paris; 2008 [cité 22 oct 2016] p. 141. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146>.
30. Anderson P, Baumberg B, European Commission, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Institute of Alcohol Studies (Great Britain). Alcohol in Europe: a public health perspective: a report for the European Commission. Luxembourg: European Commission; 2006.
31. Babor TF, Higgins-Biddle JC. brief intervention for hazardous and harmful drinking A Manual for Use in Primary Care. [Internet]. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001 [cité 29 janv 2017]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.

32. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med.* mai 1999;28(5):503-9.
33. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 6 sept 2003;327(7414):536-42.
34. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addict Abingdon Engl.* mars 1993;88(3):315-35.
35. Freemantle N, Gill P, Godfrey C, Long A, Richards C, Sheldon TA, et al. Brief interventions and alcohol use. *Qual Health Care.* 1993;2(4):267.
36. Heather N. Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt. *Addict Abingdon Engl.* mars 2002;97(3):293-4.
37. Arfaoui S. Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale: le questionnaire « FACE ». [Internet]. *Rene Descartes*; 2002 [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/machaons_2003_these_arfaoui.
38. Slade T, Chapman C, Swift W, Keyes K, Tonks Z, Teesson M. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open.* 24 oct 2016;6(10):e011827.
39. Bouvier A-M, others. Epidémiologie descriptive du cancer colorectal en France. *BEH.* 2009;23:14–6.
40. Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau J-P, Baumann L, Peremans L, Van Royen P. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. *Fam Pract.* déc 2011;28(6):670-6.
41. Enquête INCa/BVA, Les Français face au dépistage des cancers. [Internet]. 2009 [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: www.ecancer.fr/component/docman/doc_download/9399-les-francais-face-au-depistage.
42. Faivre J, Manfredi S. Dépistage et prévention du cancer colorectal. *Rev Prat.* 18 juin 2015;(6):774-8.
43. Bismuth M. La consultation de délivrance du test hémocult dans le cadre du dépistage organisé: étude qualitative. [Internet]. *Université Paris Diderot-Paris 7*; 2011 [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3530_BISMUTH-THESE.pdf

44. Davidson P, Gabbay J. Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level? 2004 [cité 26 nov 2016]; Disponible sur: <http://eprints.soton.ac.uk/61752/>
45. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 5 août 2008;149(3):185-91.
46. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1:CD004720.
47. Touvier M, Méjean C, Kesse-Guyot E, Pollet C, Malon A, Castetbon K, et al. Comparison between web-based and paper versions of a self-administered anthropometric questionnaire. *Eur J Epidemiol.* mai 2010;25(5):287-96.
48. Clayer M, Davis A. Can the Toronto Extremity Salvage Score Produce Reliable Results When Used Online? *Clin Orthop.* juin 2011;469(6):1750-6.
49. Basnov M, Kongsved SM, Bech P, Hjollund NH. Reliability of short form-36 in an Internet- and a pen-and-paper version. *Inform Health Soc Care.* janv 2009;34(1):53-8.
50. Verkuil B, Brosschot JF. The online version of the Dutch Penn State Worry Questionnaire: factor structure, predictive validity and reliability. *J Anxiety Disord.* déc 2012;26(8):844-8.
51. Le breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Pays de la Loire. Situation en 2013. Conseil national de l'ordre des médecins. [Internet]. 2013 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.
52. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol.* août 1960;24:349-54.
53. Martin C, Nagao D. Some effects of computerized interviewing on job applicant responses. *J Appl Psychol.* 1989;74(1):72-80.
54. Lautenschlager G, Flaherty V. Computer administration of questions: More desirable or more social desirability. *J Appl Psychol.* 1990;75(3):310-4.
55. Vanmeerbeek M, Belche J, Lemaître A, Vandoorne C. Les médecins généralistes belges francophones peuvent-ils améliorer leurs performances en prévention? Une étude qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 2013;(107):107-13.

VII ANNEXES

1. Annexe 1: Courrier « voie postale »

**Dr Thomas
HERAULT**

Directeur



Union régionale des professionnels
de santé - médecins libéraux des
Pays de la Loire

13 rue de la Loire - Bât. C2
44230 St Sébastien sur Loire

Tél: +33 (0)2 51 82 23 01

[thomas.herault@urps-ml-](mailto:thomas.herault@urps-ml-paysdelaloire.fr)

paysdelaloire.fr

Objet: Participez à l'étude PREVPRIM – Pratiques déclarées de prévention primaire des médecins généralistes libéraux

Bonjour,

L'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux des Pays de la Loire s'associe au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nantes et aux unités de médecine de 1^{er} recours des facultés de Médecine de Genève et Lausanne pour réaliser une comparaison des pratiques de prévention primaire des médecins généralistes libéraux Suisses et Français dans les domaines du dépistage, des conseils et des vaccinations.

**Dr Jean-Pascal
FOURNIER**

Dr Cédric RAT

Chefs de Clinique des Universités



Département de Médecine Générale
et de Famille.

Faculté de médecine, 1 rue Gaston
Veil, 44035 Nantes Cedex

Tél: +33 (0)2 40 41 11 29

jean-pascal.fournier@univ-nantes.fr

cedric.rat@univ-nantes.fr

La comparaison des pratiques déclarées permettra, nous l'espérons, de mettre en évidence les fondamentaux communs à notre exercice et les différences liées aux contextes, dans le but de mieux comprendre l'applicabilité des recommandations de bonne pratique en matière de prévention primaire.

Pour participer, il suffit de nous renvoyer le questionnaire ci-joint rempli dans l'enveloppe qui vous est fournie. Les 12 items de ce questionnaire sont issus de l'étude Swissprimaryhealth care monitoring qui visait à définir des indicateurs de santé afin de décrire les performances et l'efficacité des soins primaires en Suisse.

**Dr Hubert
MAISONNEUVE**

Maitre d'Enseignement et de
Recherche (suppl)



Faculté de médecine, Université de
Genève Centre Médical Universitaire,
Avenue de Champel 9, 1211 Genève
4 CH

Tél : +33 (0)6 99 20 54 12

hubert.maisonneuve@unige.ch

Vos coordonnées ont été choisies au hasard parmi celles des médecins généralistes inscrits sur les listes de l'URPS-ML des Pays de la Loire. Votre participation à l'étude est volontaire et non rémunérée (cette étude académique est indépendante de l'industrie). Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier. Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'éthique dans

le domaine de la Santé (GNEDS.)

Jean Pascal FOURNIER, chef de clinique des universités à Nantes traitera vos réponses avec le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nantes. Pour tout renseignement supplémentaire, vous pouvez le contacter au 02.40.41.11.29 ou par courriel: jean-pascal.fournier@univ-nantes.fr

Votre code participation «code_participation» se trouve aussi en haut de la première page du questionnaire. Il nous permettra de garantir l'anonymat de vos réponses. Les conclusions de l'enquête seront adressées aux personnes qui le demanderont.

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir pris quelques instants pour nous lire et pour votre participation. Bien confraternellement,

Thomas Herault Jean-Pascal FOURNIER Cédric RAT Hubert Maisonneuve

Dr **Jean-Baptiste**
CAILLARD



Union régionale des professionnels
de santé - médecins libéraux des
Pays de la Loire
13 rue de la Loire - Bât. C2
44230 St Sébastien sur Loire
Tél: +33 (0)2 51 82 23 01
contact@urps-ml-paysdelaloire.fr

Dr **Jean-Pascal**
FOURNIER
Dr **Cédric RAT**



Département de Médecine Générale
et de Famille.
Faculté de médecine, 1 rue Gaston
Veil, 44035 Nantes Cedex
Tél: +33 (0)2 40 41 11 29
jean-pascal.fournier@univ-nantes.fr
cedric.rat@univ-nantes.fr

Dr **Hubert**
MAISONNEUVE

Maître d'Enseignement et de
Recherche (suppl)



Faculté de médecine, Université de
Genève, Centre Médical
Universitaire, Avenue de Champel 9,
1211 Genève 4 CH
Tél :+33 (0)6 99 20 54 12
hubert.maisonneuve@unige.ch

2. Annexe 2: Courrier « voie électronique »

Objet: Etude PREVPRIM – Pratiques déclarées de prévention primaire des
médecins généralistes libéraux

Bonjour,

L'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux des
Pays de la Loire s'associe au Département de Médecine Générale de la
Faculté de Médecine de Nantes et aux unités de médecine de 1^{er} recours des
facultés de Médecine de Genève et Lausanne pour réaliser une comparaison
des pratiques de prévention primaire des médecins généralistes libéraux
Suisses et Français dans les domaines du dépistage, des conseils et des
vaccinations.

La comparaison des pratiques de ces 4 régions permettra, nous l'espérons, de
mettre en évidence les fondamentaux communs à notre exercice et les
différences liées aux contextes, dans le but de mieux comprendre
l'applicabilité des recommandations de bonne pratique en matière de
prévention primaire.

Pour plus d'informations et pour participer à l'étude, il vous suffit de **suivre**
le lien suivant.

<http://bit.ly/1ypg3VO>

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir pris quelques instants pour
nous lire et pour votre participation, Bien confraternellement

Jean-Baptiste CAILLARD Jean-Pascal FOURNIER Cédric RAT
Hubert Maisonneuve

Président des URPS-ML

3. Annexe 3: Le questionnaire

<p>«code_participat ion»</p>	 <p>Union régionale des professionnels de santé - médecins libéraux des Pays de la Loire</p>	 <p>Département de Médecine Générale Nantes</p>
----------------------------------	---	--

*Évaluation des mesures de prévention primaire effectuées
par les médecins de premier recours en Pays de la Loire*

1. Effectuez-vous, chez les **adultes asymptomatiques**, les douze **mesures de prévention** suivantes:
(les patients présentant un risque augmenté de maladie sont exclus, comme par ex les patients obèses, hypertendus ou diabétiques, ou ceux ayant des ATCD personnels ou familiaux de cancer)

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Je ne sais pas
1.1. Mesure de la Tension Artérielle (au moins 1x/an)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶
1.2. Mesure du poids (au moins 1x)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶
1.3. Mesure de la taille (au moins 1x)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶
1.4. Dépistage de l' hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶
a. A partir de quel âge le faites-vous généralement ? <input type="checkbox"/> ans						
b. Jusqu'à quel âge le faites-vous généralement ? <input type="checkbox"/> ans						
c. A quelle fréquence généralement ? Une fois tous les <input type="checkbox"/> ans						
d. Dosez-vous plutôt le cholestérol total <input type="checkbox"/> ¹ ou bilan lipidique complet <input type="checkbox"/> ² ?						
1.5. Dépistage de la consommation d'alcool à risque (au moins 1x)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶
a. Utilisez-vous généralement un questionnaire validé ? <input type="checkbox"/> ¹ oui <input type="checkbox"/> ² non						
b. Si oui, lequel ou lesquels ? <input type="checkbox"/> ¹ AUDIT <input type="checkbox"/> ² CAGE <input type="checkbox"/> ³ MAST <input type="checkbox"/> ⁴ autre						

1.6. Conseils de **diminuer** (si consommation d'alcool à risque)

- a. Généralement pour les hommes buvant au moins verres/sem.
- b. Généralement pour les femmes buvant au moins verres/sem.
- c. Généralement pour les hommes buvant au moins verres/occasion
- d. Généralement pour les femmes buvant au moins verres/occasion

1.7. Dépistage du **tabagisme chronique** (au moins 1x)

1.8. Conseils d'**arrêter de fumer** (au moins 1x/an)

1. Effectuez-vous, chez les **adultes asymptomatiques**, les douze **mesures de prévention primaire** suivantes (*suite...*):
(les patients présentant un risque augmenté de maladie sont exclus, comme par ex les patients obèses, hypertendus ou diabétiques, ou ceux ayant des ATCD personnels ou familiaux de cancer)

1.9. Dépistage du **cancer du côlon**

- a. A partir de quel âge le faites-vous généralement ? ans
- b. Jusqu'à quel âge le faites-vous généralement ? ans
- c. Faites-vous le dépistage plutôt par coloscopie ¹ ou hémocult ² ?
- d. A quelle fréquence généralement ? Une fois tous les ans

1.10. Dépistage du **cancer de la prostate** par dosage du PSA

- a. A partir de quel âge le faites-vous généralement ? ans
- b. Jusqu'à quel âge le faites-vous généralement ? ans
- c. A quelle fréquence généralement ? Une fois tous les ans
- d. Dans le cadre d'une « décision partagée » généralement ? oui non

1.11. **Vaccination antigrippale** pour les ≥ 65 ans (1x/an)

1.12. **Vaccination antigrippale** pour les < 65 ans à risque (1x/an)

	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶
1.6. Conseils de diminuer (si consommation d'alcool à risque)						
a. Généralement pour les hommes buvant au moins <input type="text"/> verres/sem.						
b. Généralement pour les femmes buvant au moins <input type="text"/> verres/sem.						
c. Généralement pour les hommes buvant au moins <input type="text"/> verres/occasion						
d. Généralement pour les femmes buvant au moins <input type="text"/> verres/occasion						
1.7. Dépistage du tabagisme chronique (au moins 1x)						
1.8. Conseils d' arrêter de fumer (au moins 1x/an)						
1. Effectuez-vous, chez les adultes asymptomatiques , les douze mesures de prévention primaire suivantes (<i>suite...</i>): (les patients présentant un risque augmenté de maladie sont exclus, comme par ex les patients obèses, hypertendus ou diabétiques, ou ceux ayant des ATCD personnels ou familiaux de cancer)						
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Je ne sais pas
1.9. Dépistage du cancer du côlon						
a. A partir de quel âge le faites-vous généralement ? <input type="text"/> ans						
b. Jusqu'à quel âge le faites-vous généralement ? <input type="text"/> ans						
c. Faites-vous le dépistage plutôt par coloscopie <input type="checkbox"/> ¹ ou hémocult <input type="checkbox"/> ² ?						
d. A quelle fréquence généralement ? Une fois tous les <input type="text"/> ans						
1.10. Dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA						
a. A partir de quel âge le faites-vous généralement ? <input type="text"/> ans						
b. Jusqu'à quel âge le faites-vous généralement ? <input type="text"/> ans						
c. A quelle fréquence généralement ? Une fois tous les <input type="text"/> ans						
d. Dans le cadre d'une « décision partagée » généralement ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						
1.11. Vaccination antigrippale pour les ≥ 65 ans (1x/an)						
1.12. Vaccination antigrippale pour les < 65 ans à risque (1x/an)						

a. C'est-à-dire (plusieurs réponses possibles):

- ¹ maladie cardiaque chronique, ² maladie pulmonaire chronique
- ³ affection hépatique chronique, ⁴ insuffisance rénale chronique
- ⁵ dysfonction splénique, ⁶ déficit immunitaire
- ⁷ vit en EHPAD, ⁸ contact régulier avec l'une de ces 7 catégories
- ⁹ contact régulier avec des nourrissons < 6 mois, ¹⁰ personnel soignant

--	--	--

--

Et pour finir, quelques questions sur l'étude et sur vous-même...

2. Êtes-vous... ¹ un homme ² une femme

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

¹ 25-29 ans ⁶ 50-54 ans

² 30-34 ans ⁷ 55-59 ans

³ 35-39 ans ⁸ 60-64 ans

⁴ 40-44 ans ⁹ ≥65 ans

⁵ 45-49 ans

4. Combien de demi-journées travaillez-vous en moyenne par semaine (min 1, max 14) ? demi-journées par semaine (min 1, max 14)

5. Quel est le code postal du cabinet ?

6. Avez-vous un titre de spécialiste ?

¹ oui, titre de spécialiste en médecine générale

² non

³ autre, précisez:

7. Depuis combien d'années êtes-vous installé(e) en cabinet ? ans

8. Si on vous avait offert le choix, auriez-vous préféré remplir ce questionnaire sous forme « papier » puis le renvoyer par courrier, ou directement « en ligne » en vous connectant à un site internet ?

¹ questionnaire papier ² questionnaire en ligne

9. Trouveriez-vous utile d'avoir un retour sur les informations collectées dans l'étude concernant les habitudes de prévention en médecine générale ?

¹ non, pas du tout ⁴ très utile

² un peu ⁵ indispensable

³ assez utile

10. Pour quelle(s) raison(s) aimeriez-vous avoir ce retour (plusieurs réponses possibles) ?

¹ pour connaître les résultats de l'étude ⁴ pour pouvoir utiliser ces informations afin de suivre l'évolution de ma pratique dans mon cabinet

² pour me situer par

rapport à mes collègues

⁵ autre; précisez:

³ pour modifier ou
améliorer ma pratique

11. Sous quelle(s) forme(s) aimeriez-vous obtenir ce retour
(plusieurs réponses possibles) ?

¹ un bref rapport général
sur les résultats de l'étude

⁴ en plus d'un rapport, des
informations spécifiques sur
les bonnes pratiques en
matière de prévention

² en plus du rapport
général, un rapport sur mes
résultats individuels

⁵ un contact individualisé
avec les auteurs de l'étude
pour discuter des résultats

³ un rapport détaillé sur
mes résultats individuels
comparés aux résultats
généraux

⁶ une réunion locale type
« groupe d'échange de
pratiques » pour discuter des
résultats

⁷ autre; précisez:

12. Si des thèmes de recherche vous intéressent, pouvez-
vous les préciser afin que nous puissions vous contacter en
cas de projet futur ?

Nous vous remercions vivement d'avoir accepté de participer à cette enquête !

4. Annexe 4 : Avis du Groupe Nantais d’Ethique dans le Domaine de la Santé

Monsieur le Dr Paul Sebo
Consultation d’hémostases – centre
régional de traitement de l’hémophilie
Hôtel Dieu

Nantes, le 11 septembre 2015

REF: 2015-09-06

Cher collègue,

Le GNEDS a examiné en sa séance du 8 septembre dernier votre demande concernant le protocole **«*Evaluation des mesures de prévention primaire effectuées par les médecins de premier recours en Suisse occidentale (cantons de Genève et de Vaud) et dans deux régions françaises: Alsace et Pays de la Loire: une étude transversale - PREVPRIM*»**.

Vous trouverez ci-joint l’avis formulé par le GNEDS.

Nous restons à votre disposition au cas où vous souhaiteriez poser des questions au sujet de cet avis.

Je vous prie de croire, cher collègue, en l’assurance de mes sentiments les plus cordiaux.

Professeur Françoise BALLEREAU
*Présidente du Groupe Nantais d’Ethique
dans le Domaine de la Santé*



AVIS
Groupe Nantais d’Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS)

Nom du protocole Code et versioning	Évaluation des mesures de prévention primaire effectuées par les médecins de premier recours en Suisse occidentale (cantons de Genève et de Vaud) et dans deux régions françaises: Alsace et Pays de la Loire: une étude transversale - PREVPRIM
--	---

Investigateur principal	Dr Paul Sebo médecin investigateur Faculté de médecine, Université de Genève Dr Fournier, département de médecine générale
Lieu de l'étude	4 centres: Suisse (cantons de Genève et Vaud), France (régions Alsace et Pays de la Loire)
Type de l'étude	Étude transversale, multicentrique, prospective
Type patients/participants	Médecins généralistes libéraux installés en Suisse occidentale et dans deux régions françaises (Pour la région Pays de la Loire, les médecins seront sélectionnés à partir de la liste des Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux des Pays de la Loire)
Nombre de patients/participants prévus	Un questionnaire papier sera envoyé à 200 médecins et un questionnaire électronique à 1000 médecins, afin de recruter respectivement 80 et 200 médecins participants en Pays de Loire
Objectif principal	Évaluer la proportion de médecins généralistes libéraux adhérant à douze recommandations de dépistage et prévention en Suisse occidentale et en France (Alsace, Pays de la Loire).
Objectif secondaire	Comparer les taux de participation et d'exhaustivité entre les auto-questionnaires papier et en ligne. Évaluer la faisabilité de mise en place d'un outil d'amélioration de pratique en prévention et dépistage par feedback.

Documents communiqués

Justification de l'étude	oui
Méthodologie	oui
Lettre d'information	non
Lettre de consentement	non

Remarque générale

Le GNEDS formule d'abord la remarque qu'il n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Il ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique. Dans le cas présent, il se bornera à constater que les objectifs de cette étude et sa méthodologie sont conformes aux principes de l'éthique.

Confidentialité

Confidentialité	Oui
Anonymat	Oui
CNIL	Non

Commentaires :Pas de remarques

Information et consentement

Consentement :

Recueil nécessaire	non
Type consentement préférable	Non applicable
Traçabilité dans le dossier	non applicable

Commentaires: la réponse au courrier présentant l'étude entraîne la participation à l'étude donc suppose un consentement.

Lettre information précisant:

Titre de l'étude	oui
But de l'étude	oui
Déroulement de l'étude	oui
Prise en charge courante inchangée	Non applicable
Possibilité de refus de transmission des résultats	oui
Possibilité de recevoir résultats de l'étude	oui
Traçabilité dans le dossier	Non applicable

Commentaires :

Conclusion

Avis favorable	oui
Révision nécessaire selon commentaires	
Avis défavorable	non

Remarque: un document en français serait plus agréable

Membres présents lors de la séance du GnedS du 8 septembre: F Ballereau, MO Besnier, D Boutoille, R Clément, P Hamonic, F Jounis, P Leroux, G Picherot, J Ricot

Unité Recherche-GnedS

Date: 8 septembre 2015

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Mohamed Hamidou

Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur Fournier Jean-Pascal

Vu, le Doyen de la Faculté,

Résumé

Introduction : La prévention est un objectif de santé publique, les médecins généralistes en sont les acteurs principaux. Leurs missions de prévention sont inscrites dans la Convention. Cependant, il manque de données sur la réalisation des soins préventifs en soins primaires. L'objectif de cette étude est de décrire les pratiques de prévention déclarées des MG des Pays de la Loire (PDL) selon douze recommandations de prévention et de dépistage.

Matériels et méthodes : Etude descriptive transversale déclarative monocentrique par auto-questionnaire papier ou en ligne (analyses des données des PDL issues de l'étude « prevprim »). 1200 MG des PDL inscrit à l'URPS-ML ont été randomisés. Le questionnaire était composé des 12 indicateurs de santé suivants : mesure TA, poids, taille, dépistage de l'hypercholestérolémie, de la consommation d'alcool à risque, et conseils pour diminuer, du tabagisme chronique et conseils pour arrêter, du cancer colorectal, du cancer de la prostate, réalisation vaccination antigrippale chez les plus de 65 ans, et moins de 65 ans à risque. Il était demandé aux MG à quelle fréquence ils réalisaient les dépistages. 5 réponses étaient possibles sur l'échelle de Likert : *jamais, rarement, parfois, souvent, toujours*. Les réponses étaient considérées comme correctes s'ils répondaient *souvent* ou *toujours*.

Résultats : 217 questionnaires ont été analysés (taux réponse 18,2%), 115 reçus par voie électronique. 51,2% étaient des hommes, l'âge moyen était de 48,5±10,2 ans. Le dépistage de la TA est déclaré effectué dans 99,5% des cas, du poids dans 96,3% des cas, du tabagisme et conseils pour arrêter dans 96,8% des cas. Le dépistage du cancer colorectal est déclaré effectué dans 87,1% des cas, à partir de 50 ans et tous les deux ans dans 81,6% des cas. Il est poursuivi après 80 ans dans 17,5% des cas. Le dépistage de la consommation d'alcool à risque est effectué dans 54,9% des cas, avec l'aide d'un questionnaire validé dans 6% des cas. Les recommandations de l'OMS déclenchant un conseil de réduction étaient mal connus : 42 et 38% de réponses correctes respectivement pour les hommes et les femmes concernant le nombre de verre/semaine ; 20% et 16% respectivement pour les hommes et les femmes concernant le nombre de 4 verre/occasion (31% de non répondants). La vaccination antigrippale est effectuée dans 89,8% des cas après 65 ans, et dans 42,4% des cas avant 65 ans chez les personnes à risques, avec 19,4% de MG déclarant ne pas connaître les facteurs de risques. Le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA est déclaré réalisé dans 56,6% des cas, tous les ans dans 62,7% des cas, poursuivi après 80 ans dans encore 36,8% des cas, et dans le cadre d'une « décision partagée » dans 82% des cas. Le dépistage de l'hypercholestérolémie est effectué dans 75,6% des cas, à partir de 40 ans dans 45,2% (un tiers débutait avant 40 ans), tous les 5 ans dans seulement 25% des cas, et plus fréquemment dans 69% des cas.

Conclusion : Certaines pratiques de prévention sont intégrées dans la pratique clinique des MG des Pays de la Loire (Tabac, HTA, poids, grippe, cancer colorectal). D'autres le sont beaucoup moins, et sont soit réalisées en excès, soit insuffisamment effectuées. Ce travail s'inscrit dans un projet plus large où les universités de médecine de Genève et Lausanne se sont associées au DMG des Facultés de Strasbourg et de Nantes, pour mettre en évidence les fondamentaux communs, les différences liées au contexte, mieux comprendre l'applicabilité des recommandations de prévention en pratique clinique, et fournir des éléments pour améliorer les pratiques de prévention.

MOTS-CLES

Pratiques de prévention, dépistage, médecin généraliste, Pays de la Loire.