

PREVENTION

Quelle place chez le généraliste ?

En France, les généralistes se trouvent en première ligne sur le front de la prévention. Bien que les pratiques demeurent diverses, elles évoluent depuis quelques années afin de lui laisser davantage de place au sein du cabinet, pour le bénéfice des patients.

Comment aujourd'hui les médecins généralistes intègrent-ils la prévention lors de leurs consultations quotidiennes ? Comment et avec quelle fréquence conseillent-ils leurs patients sur leur hygiène de vie ? Et que faire pour favoriser la prise en compte de cette éducation à la santé ? Pour répondre à ces questions, il nous faut d'abord revenir en arrière et constater que « *les médecins généralistes et les soins primaires ont historiquement été délaissés par les pouvoirs publics* », regrette Géraldine Bloy (✉), sociologue du Laboratoire d'économie de Dijon. C'est seulement à partir des années 1990 que les choses changent progressivement. Les autorités sanitaires mettent alors en place des dispositifs qui visent à orienter et mieux organiser les pratiques. « *Les praticiens avaient souvent développé leur propre style à partir de leur perception personnelle des priorités* », et où la prévention faisait pâle figure. « *Les politiques de santé ont longtemps été articulées autour du tout curatif*, rappelle Laurent Rigal (✉), du Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, à Villejuif. *Cette orientation a pu être renforcée par la pratique libérale, payée à l'acte, avec des consultations motivées par une demande du patient. Le temps de prévention ne peut, dans ce cas, qu'être résiduel.* » Aujourd'hui encore, d'après une récente étude, seuls 14,9 % des consultations seraient ainsi dédiés à la prévention.

Des pratiques inégales

En outre, la France souffre toujours de fortes inégalités de santé : selon la position sociale, l'accès aux soins mais aussi les comportements de santé (tabagisme, exercice physique, etc.) diffèrent fortement. Médecin de premier recours, le généraliste est un des acteurs qui peut aider à les gommer. Afin de mieux comprendre comment ces notions, prévention – inégalités, sont intégrées à la pratique, Géraldine Bloy et Laurent Rigal se sont associés pour conduire deux études successives, PreV Quanti puis PreV Quali, financées par l'Institut national de prévention



et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Union régionale des professions de santé d'Ile-de-France.

La première a été conduite dès 2009 auprès de 52 généralistes volontaires. Soixante-dix dossiers de patients – hommes et femmes âgés de 40 à 74 ans – ont été tirés au sort dans chaque patientèle pour y relever les informations relatives à plusieurs soins préventifs : tabac,

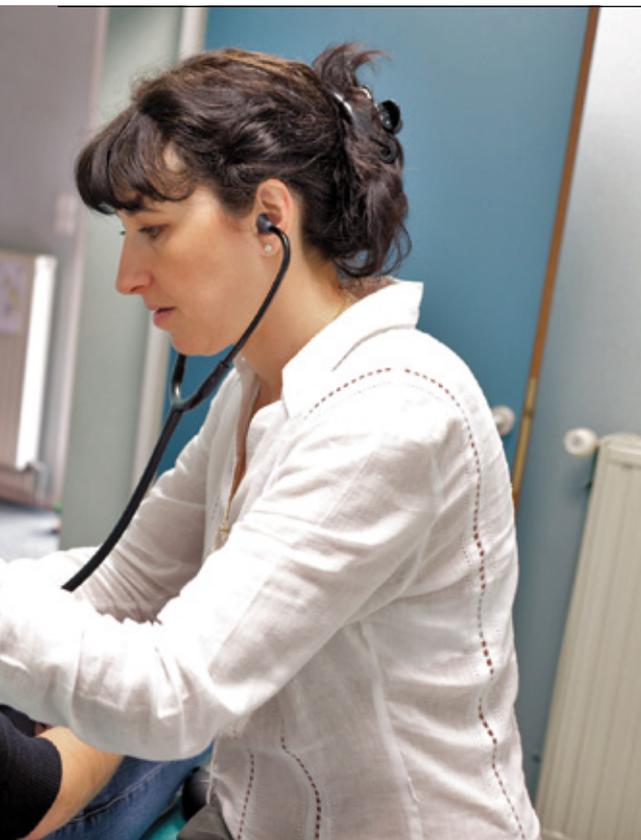
« Certains soins préventifs sont bien intégrés aux pratiques, d'autres non »

alcool, dépistage des cancers gynécologiques et colorectal, risque cardiovasculaire. Première constatation : d'un médecin à l'autre, il existe une forte disparité en matière de pratiques préventives. « *Alors que certains soins préventifs,*

comme la prise de tension artérielle, sont parfaitement intégrés aux pratiques, l'évaluation de la consommation d'alcool et le dépistage des cancers gynécologiques le sont beaucoup moins », relève Laurent Rigal. Preuve que les méthodes préventives ne sont pas toutes systématiquement utilisées. Pour en comprendre les raisons, les données ont été analysées selon l'appartenance ou non du médecin au secteur conventionnel (non dépassement d'honoraires), la durée moyenne de consultation, le sexe du praticien... « *On observe notamment une pratique préventive supérieure chez les médecins de sexe féminin et chez ceux qui ont des durées de consultation plus longues* », souligne Géraldine Bloy. Le statut des patients peut aussi être discriminant : « *Les personnes de statut social faible sont moins dépistées pour le cancer du col utérin et reçoivent moins de conseils sur l'activité physique, alors que ce sont*

✉ Géraldine Bloy : UMR 6307 CNRS – Université de Bourgogne

✉ Laurent Rigal : unité 1018 Inserm/ Université Versailles-St-Quentin-en-Yvelines – Université Paris-Sud 11



© BURGERPHANE

celles qui en pratiquent le moins. » Leur sexe intervient également : « Le tabagisme est plus souvent évoqué avec les hommes. »

L'incitation financière

Et la sociologue poursuit : « Nous avons conduit l'étude PreV Quali dans un second temps, justement parce que les paramètres liés à l'exercice du médecin ou au profil du patient ne nous permettaient pas de bien comprendre toutes ces disparités. Fondée sur la conduite d'entretiens approfondis avec 99 médecins généralistes franciliens, elle a permis de détailler la façon dont ils perçoivent leur rôle en matière de prévention et d'explorer leurs manières de faire selon les types de soins. » Leurs pratiques dépendent de nombreux paramètres : caractéristiques culturelles liées aux patients ou au médecin, posture ou non de prescripteur de normes de santé, façon de percevoir la liberté individuelle ou les difficultés de vie des patients, habitudes de vie propres au médecin, hiérarchisation des savoirs et organisation du travail en consultation... Toutes choses qui influencent les conseils délivrés aux patients et font que la prévention dispensée est rarement aussi globale et systématique que le voudraient les recommandations émises par les sociétés savantes ou par les autorités sanitaires.

Mais le contexte évolue rapidement. Depuis 2009, un dispositif de paiement à la performance a été mis en place par l'Assurance maladie pour les médecins traitants volontaires. Presque tous sont entrés dans

ce type de système de rémunération. En sus de leurs honoraires, ils perçoivent une rémunération sur objectifs de santé publique fondée sur l'évaluation de leurs pratiques : en clair, certains actes de prévention, de suivi et de prise en charge de maladies chroniques sont analysés par l'Assurance maladie qui rémunère le médecin selon leur fréquence au sein de sa patientèle. « L'Assurance maladie considère que cela devrait constituer une motivation supplémentaire pour les généralistes, précise Laurent Rigal. Par ailleurs, la réforme des études de médecine de 2004, qui a fait de la médecine générale une spécialité, donne aussi une plus grande place à la prévention dans la formation des jeunes générations. »

La solution du regroupement

Cette éducation en soins primaires pourrait également être favorisée par le développement de l'exercice regroupé pluriprofessionnel. C'est dans le cadre d'une thèse en santé publique et sociologie que Cécile Fournier (☛) a suivi des praticiens qui souhaitaient passer d'un cabinet isolé à la mise en place d'une maison de santé. Et elle a pu constater que la prévention et les pratiques éducatives s'intégraient de façon positive au projet. « C'est une des raisons pour lesquelles certains médecins veulent s'associer, explique-t-elle. Comme ils partagent cette mission de prévention au sein des maisons de santé avec les autres professionnels, notamment les paramédicaux, leurs pratiques respectives évoluent. Ces structures tissent aussi des liens avec les institutions sanitaires et sociales de leur territoire, les associations, les écoles, les collectivités... qui ont toutes un rôle à jouer dans l'éducation et, plus largement, dans la promotion de la santé. Cela passe par l'aménagement d'environnements favorables avec, par exemple, la mise à disposition d'installations adaptées à la pratique d'une activité physique. » La prévention, pour s'implanter, doit à la fois être pensée globalement et organisée localement en associant les différents acteurs concernés. Et les pouvoirs publics doivent accompagner le mouvement.

« La réforme des études de médecine donne une plus grande place à la prévention »,

Pour les auteurs des études PreV Quanti et PreV Quali, les pouvoirs publics et les autorités sanitaires devraient également prendre le temps de comprendre la complexité de la pratique clinique de ces médecins pour adapter les messages à ces réalités. La présence de généralistes au sein des instances responsables (HAS, ANSM...) pourrait y contribuer... Mais « les praticiens gagneraient aussi à avoir une formation méthodologique plus adaptée sur les questions d'épidémiologie. Cela leur permettrait de devenir davantage acteurs des politiques de prévention, et les aiderait à se positionner dans le débat public, ainsi qu'en consultation, lorsque la pertinence de certains dépistages est réévaluée, comme on le voit aujourd'hui pour les cancers du sein et de la prostate. » L'Inpes, co-financier de ces études, dispose d'ores et déjà de données tangibles pour enrichir ses actions. ■

Caroline Guignot

☛ Cécile Fournier : unité 988 Inserm/ Université Paris-Descartes/CNRS - EHESS, Cerimes3

☛ J. Gelly et al. *Fam Pract* 12 juin 2014. pii:cmu032. (en ligne)

☛ C. Fournier *Sciences sociales et santé*, juin 2014 ; 32 (2) : 67-95