

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

CÉCILE FOURNIER  
PIERRE BUTTET  
EMMANUELLE LE LAY

## INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

listes remplissent des missions de prévention dans trois champs différents [5]. Le premier champ est celui de la prévention

médicalisée, basée sur des actes prescriptifs et plutôt techniques : vaccination, dépistage opportuniste, incitation au dépistage

## UN ÉCLAIRAGE SUR LES DÉFINITIONS

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

### Une définition française

#### (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002)

« La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. La politique de prévention tend notamment : 1° à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ;

2° à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;

3° à entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;

4° à promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;

5° à développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;

6° à développer également des actions d'éducation thérapeutique. »

### Une définition européenne

Selon le glossaire des termes de santé publique internationaux, la prévention regroupe les « actions visant à réduire l'impact des facteurs de maladies ou de problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou

des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé » [7].

### Une définition québécoise

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

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

« La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes (éducation à la santé ; vaccination ; traitement des facteurs de risque) ; la prévention secondaire vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où il est encore possible d'intervenir utilement, afin d'éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques (ex : dépistage) ; la prévention tertiaire a pour objectif de limiter la gravité des conséquences d'une pathologie (incapacités, séquelles ou récidives).

Dans les faits, il n'est pas aisé de tracer une stricte ligne de partage opérationnelle entre ces différents volets de la prévention, pas plus d'ailleurs qu'entre le champ de la prévention et celui du soin. Actes de prévention et de soins sont bien souvent indissociables et, plus largement, il n'est guère de soins qui ne soient prodigués dans le but d'éviter une aggravation de l'état de santé du patient » [9].

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

Le Baromètre santé médecins généralistes 2009 a exploré les pratiques de prévention des médecins généralistes en distinguant ces trois types de pratiques,

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

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

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

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

■ **L'éducation pour la santé** vise à « aider une personne à modifier ses comportements, ses habitudes de vie ou son environnement, dans le but de protéger sa santé » [12]. Plus largement, « l'éducation pour la santé [...] considère l'être humain dans son unité, ne pouvant dissocier les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de la santé. Elle doit permettre au citoyen d'acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de protéger, voire d'améliorer sa santé et celle de la collectivité » [13]. En médecine générale, l'éducation pour la santé intervient dans de nombreux domaines, depuis les conseils

donnés aux parents sur l'alimentation de leurs enfants, l'éducation affective et sexuelle auprès des jeunes à l'occasion d'une prescription contraceptive, jusqu'aux explications pour permettre une bonne compréhension de l'ordonnance ou pour exposer l'intérêt d'un dépistage [12].

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

L'éducation thérapeutique du patient a été inscrite pour la première fois dans la loi relative aux patients, à la santé et aux territoires en 2009 [16].

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

- la perception qu'ont les médecins généralistes de leur rôle en prévention (y compris par rapport à celui d'autres intervenants) ;

- leur facilité à aborder certains thèmes ;
- leur sentiment d'efficacité en éducation du patient ;
- ainsi que les éléments facilitant la mise en œuvre de pratiques préventives.

3. Lois de santé publique successives, lois instituant le médecin référent puis le médecin traitant, etc.

4. Plans nationaux cancer, plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, etc.

## RÉSULTATS

### PRATIQUES DE PRÉVENTION CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

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

#### Pratiques de prévention médicalisée

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

#### Vaccinations : proportion de médecins les plus favorables

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

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

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

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

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

#### Vaccinations : profils des médecins les plus favorables

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

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

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

### Dépistages sérologiques : proportion de médecins les plus prescripteurs

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

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

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

- plus de la moitié des médecins (59,1 %) déclarent proposer « *systématiquement* »

(23,5 %) ou « *souvent* » (35,6 %) une sérologie VIH aux personnes ayant connu un changement dans leur vie affective ;

- près des trois quarts (73,6 %) déclarent proposer « *systématiquement* » (38,6 %) ou « *souvent* » (35,0 %) une sérologie VHB aux personnes originaires de pays de forte endémie ;

- ils sont 46,4 % à proposer une sérologie VHB « *systématiquement* » (14,3 %) ou « *souvent* » (32,1 %) aux personnes en situation de précarité.

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

### Dépistages sérologiques : profils des médecins les plus prescripteurs

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

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

FIGURE 1

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

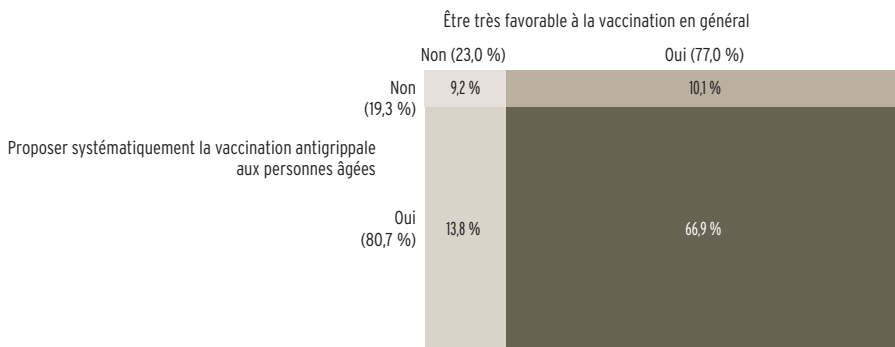
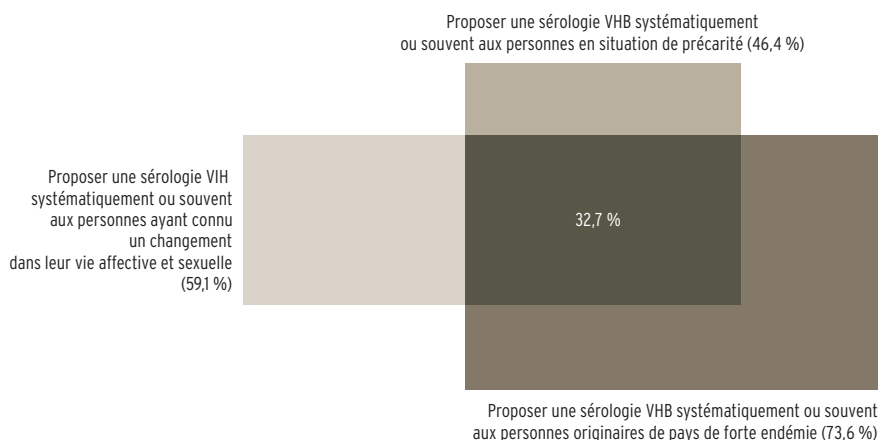


FIGURE 2

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



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

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

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

### Une pratique plus ou moins intégrée selon les thèmes

Deux tiers des médecins (63,2 %) abordent au moins une fois avec chaque patient la question de la consommation de tabac, alors que seule-

ment 23,0 % d'entre eux le font pour l'alcool et 7,8 % pour le cannabis. Les médecins déclarent plus souvent aborder ces deux derniers thèmes pour les patients qu'ils jugent à risque : 72,7 % des médecins pour l'alcool et 66,5 % pour le cannabis ; 17,9 % abordent plutôt ce dernier thème à la demande du patient.

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

### Profils des médecins abordant le plus les addictions avec leurs patients

Les médecins abordant un ou plusieurs de ces thèmes de prévention au moins une fois avec chaque patient sont plus souvent des femmes<sup>7</sup> et ont plus fréquemment bénéficié d'un grand nombre de jours de formation médicale continue (FMC) [tableau 1].

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

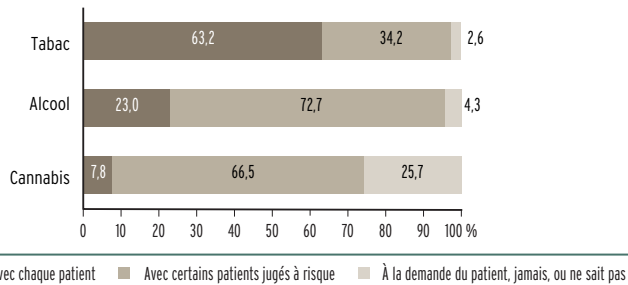
7. Après analyse multivariée.

Par ailleurs, les médecins consacrant du temps à une association de prévention, tout comme ceux exerçant dans l'agglomération parisienne, abordent plus systématique-

ment les thèmes de l'alcool et du cannabis. Cette observation n'est pas retrouvée pour le thème du tabac.

**FIGURE 3**

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



**TABLEAU I**

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

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

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

Caractéristiques communes significatives après analyse multivariée. Le degré de significativité indiqué est celui de l'analyse univariée.

## Pratiques d'éducation thérapeutique du patient

### Des pratiques où l'information et le conseil prédominent

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

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

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

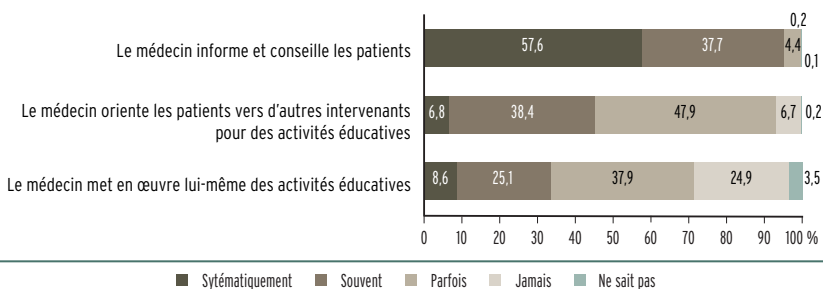
### Profils des médecins mettant eux-mêmes en œuvre des activités éducatives

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

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

FIGURE 4

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





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

### Profils des médecins orientant les patients vers des activités éducatives

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

**TABLEAU II**

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

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

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

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

## Pratiques d'utilisation de questionnaires préétablis

### Proportion de médecins utilisant des questionnaires

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

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

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

### Thèmes des questionnaires utilisés

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

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

FIGURE 5

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

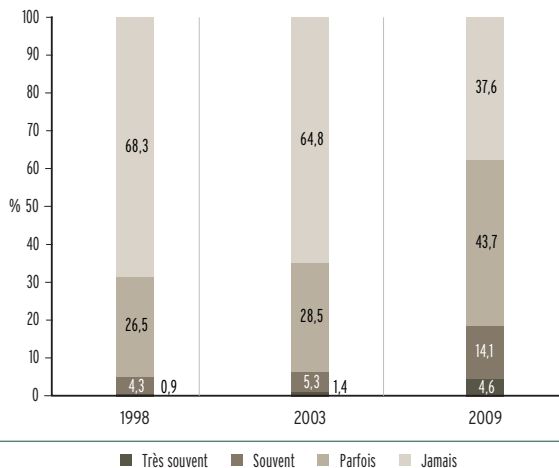


TABLEAU III

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

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

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

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

En 2009, la hiérarchie des thèmes diffère de celle observée en 2003. Le thème maladie d'Alzheimer et mémoire était alors principalement cité (par 33,9 % des utilisateurs, soit

11,9 % des médecins), avant celui de dépression et psychiatrie (24,1 %), puis maladies cardio-vasculaires (18,1 %), tabac (17,9 %) et douleur (12,9 %).

### Profil des médecins utilisateurs de questionnaires préétablis

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

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

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

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

## PERCEPTION DU RÔLE DE PRÉVENTION

### Un rôle de prévention fort pour les thèmes les plus biomédicaux

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

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

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

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

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

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

### FACILITÉ POUR LES MÉDECINS À ABORDER LA PRÉVENTION SELON LES THÈMES

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

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

FIGURE 6

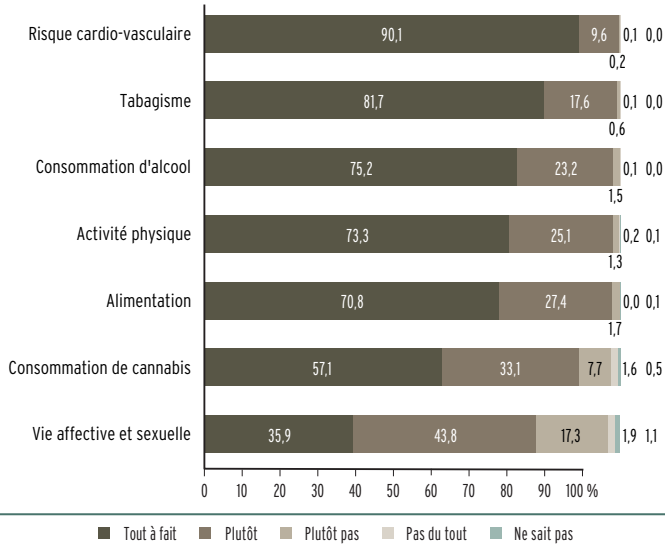
**Médecins déclarant que la prévention fait partie de leur rôle, selon différents domaines (en pourcentage)**


TABLEAU IV

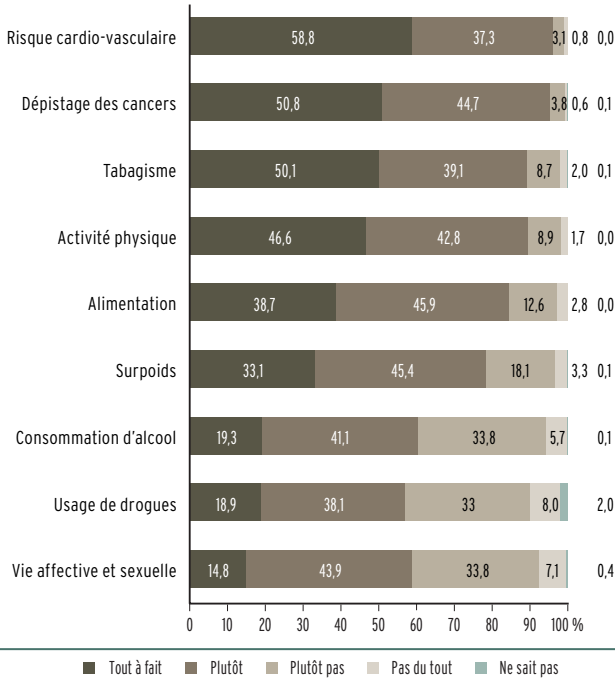
**Facteurs liés à la déclaration d'un rôle fort de prévention pour chacun des sept thèmes proposés**

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

\* : p&lt;0,05; \*\* : p&lt;0,01; \*\*\* : p&lt;0,001 (analyses multivariées).

FIGURE 7

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



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

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

### Facteurs associés à une facilité à aborder certains thèmes de prévention

La facilité à aborder chaque thème de prévention cité est fortement liée au fait que le médecin considère plus fréquemment la prévention sur ce thème comme faisant partie de son rôle. Ce lien est significatif pour tous les

thèmes ( $p < 0,001$ ). Ainsi, 56,6 % des médecins indiquant que la prévention dans le domaine du tabac relève de leur rôle déclarent qu'il est facile d'aborder le tabagisme, *versus* 20,9 % de ceux qui estiment que cela ne relève pas de leur rôle. Ces pourcentages sont respectivement de 23,7 % et 5,8 % pour l'alcool, de 27,5 % et 7,6 % pour le cannabis, de 55,9 % et 21,0 % pour l'activité physique, de 28,8 % et 7,0 % pour la vie affective et sexuelle, et de 62,5 % et 24,8 % pour le risque cardio-vasculaire.

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

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

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

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

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

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

### Un sentiment d'efficacité qui diminue

Dans l'éducation des patients asthmatiques, le pourcentage des médecins se sentant efficaces (« assez » ou « très ») a

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

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

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

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

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

## Facteurs associés au sentiment d'efficacité

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

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

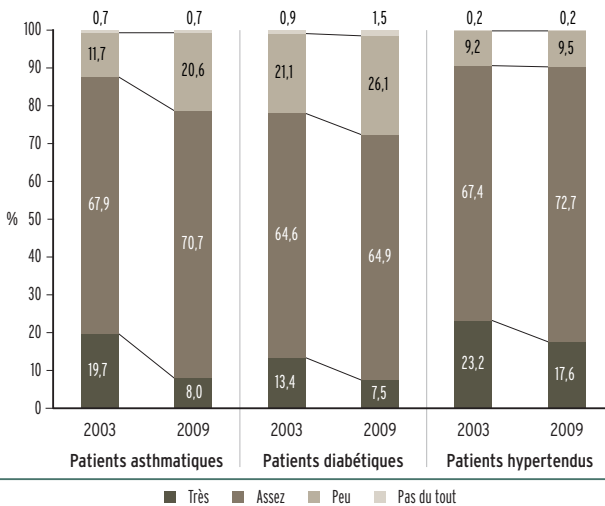
TABLEAU V

## Facteurs liés à la facilité à aborder certains thèmes de prévention

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

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

FIGURE 8

Sentiment d'efficacité dans l'éducation des patients asthmatiques, diabétiques et hypertendus<sup>a</sup> (en pourcentage)

a. NSP et non concernés exclus.



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

TABLEAU VI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Facteurs favorisant les pratiques de prévention

Pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, plus de 9 médecins sur 10 (91,4 %) apprécieraient d'avoir plus de temps

**[figure 9].** Pour plus de 80 % d'entre eux, les campagnes d'information grand public et un rôle davantage reconnu en prévention sont des éléments qui leur permettraient de mieux remplir ces missions.

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

### Facteurs cités et profils associés des médecins

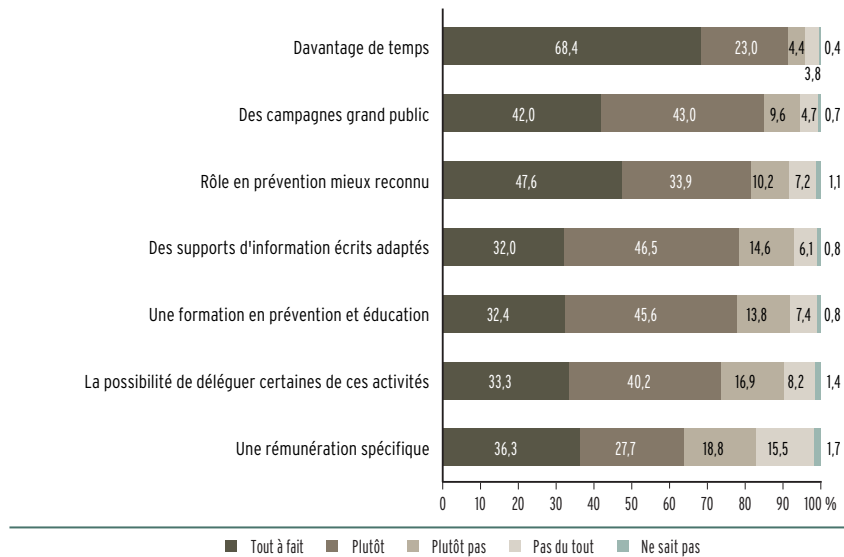
Parmi les éléments cités par les médecins comme pouvant « *tout à fait* » leur permettre de mieux remplir les missions de prévention et d'éducation, certains sont associés à des caractéristiques des médecins interrogés. Ces associations persistent après analyse multivariée.

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

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

FIGURE 9

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



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

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

moins souvent les campagnes d'information comme facteur favorisant leur activité de prévention que ceux qui ont déjà bénéficié ou sont intéressés par une telle formation (33,6 % vs respectivement 44,5 % et 42,3 % ;  $p < 0,05$ ).

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

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

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

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

■ La **possibilité de déléguer certaines activités** est un facteur cité plus fréquemment chez les médecins de 40 ans et moins (41,8 % vs 32 % des médecins de plus de 40 ans ;  $p < 0,05$ ). Cette réponse est aussi retrouvée plus souvent chez les médecins effectuant un nombre d'actes plus élevé (38,9 % pour ceux qui pratiquent plus de 30 actes par jour vs 25,7 % de ceux effec-

tuant moins de 16 actes par jour, avec un gradient décroissant entre ces deux chiffres ;  $p < 0,001$ ). Enfin, elle est retrouvée plus fréquemment chez les médecins appartenant à un cabinet de groupe (37,3 % vs 29,1 % en cabinet individuel ;  $p < 0,001$ ).

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

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

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

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

### Par qui la prévention doit-elle être faite ?

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

Les médecins envisagent moins souvent la mise en œuvre de la prévention par d'autres professionnels. Lorsqu'ils l'envisa-

gent, ils citent les professionnels paramédicaux (81,6 % des médecins interrogés), les médecins spécialistes ou hospitaliers (66,4 %), ou des professionnels de l'enseignement ou du social (59,8 %).

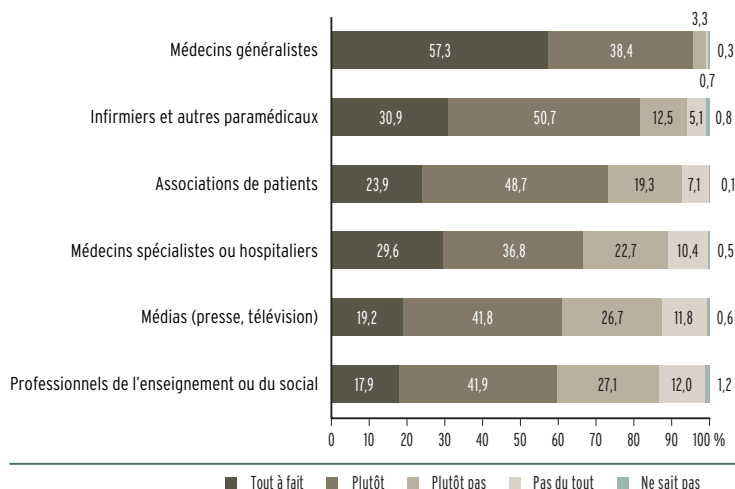
Certains médecins généralistes déclarent que la prévention doit être faite par des associations de patients (72,6 %) et dans une moindre mesure par les médias (61,0 %). Les médecins généralistes les plus jeunes sont plus nombreux à déclarer qu'elle doit être faite par les médecins spécialistes (77,0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

### La possibilité d'une délégation de tâches

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

FIGURE 10

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



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

Ainsi, s'il est fait l'hypothèse que les médecins ne seraient pas disposés à

déléguer des tâches de prévention aux professionnels ou structures qu'ils jugent sans rôle en prévention, 74,6 % de l'ensemble des médecins seraient prêts à déléguer des tâches de prévention à des paramédicaux, 56,8 % à des médecins spécialistes ou hospitaliers, 56,2 % à des associations de patients.

## DISCUSSION

### LIMITES ET APPORTS DU BAROMÈTRE SANTÉ MÉDECINS GÉNÉRALISTES

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

Néanmoins, le suivi de nombreux indicateurs, les multiples possibilités de croisement au sein d'une base de données importante et la répétition du Baromètre santé

médecins généralistes à intervalle régulier apportent autant d'informations intéressantes.

### QUELLES PRATIQUES PRÉVENTIVES ET QUELLE ÉVOLUTION ?

#### Des pratiques largement tournées vers une prévention médicalisée

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

#### Des pratiques variables de prévention liées aux comportements de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfin, les médecins ayant un mode d'exercice particulier comme l'homéopathie ou l'acupuncture mettent plus fréquemment en œuvre des activités d'éducation thérapeutique. Selon certains auteurs, ce type de pratique est considéré comme lié à une approche plus globale de la personne [18, 31]. Ces médecins auraient un rapport au travail différent, seraient plus favorables à une relation médecin/malade caractérisée

par une meilleure écoute du patient et une sensibilité à la dimension psychosociale, dans le cadre de consultations plus longues que la moyenne [21].

## RÔLE DES MÉDECINS ET FACILITÉ À ABORDER DIFFÉRENTS THÈMES DE PRÉVENTION

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

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

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



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

### **Un rôle conforme aux recommandations professionnelles et aux attentes des patients...**

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

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

Le rôle d'information que les médecins s'attribuent correspond bien à une attente des patients, qui a été exprimée lors des États généraux de la santé organisés en

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

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

### **...mais un rôle plus ou moins facile à mettre en œuvre selon les thèmes...**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans notre enquête, les médecins sont plus nombreux qu'en 2003 à recourir à des

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

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

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

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

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

Pour différentes raisons – accessibilité géographique et financière, proximité et continuité relationnelle, relation de confiance, suivi du patient et de son entourage, répétition des rencontres, approche globale centrée sur la personne, aptitude à la résolution de problèmes dans un modèle bio-psycho-social –, le médecin généraliste est positionné pour remplir une fonction d'éducation pour la santé [1, 10, 48] et d'éducation du patient [49]. Les médecins, dans leur logique de soins, perçoivent l'éducation du patient comme un moyen pour

une « optimisation et une efficacité du traitement » [27]. Ils perçoivent aussi qu'elle permet de renforcer la relation de confiance médecin/patient, de diminuer les complications, d'améliorer la qualité de vie et le vécu psychologique de leurs patients, puis en dernier lieu de renforcer leur autonomie. Certains y trouvent également des éléments positifs pour eux-mêmes : satisfaction morale, meilleure organisation de leur travail, renforcement de l'estime de soi et rôle valorisé.

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

### Du temps et la reconnaissance d'un rôle de prévention

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

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

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

### L'information grand public et des supports écrits

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

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

Toujours dans le domaine de la nutrition, 77 % des médecins attendaient des fiches support à remettre à leurs patients [53], et des annuaires des ressources existantes (49 %), plus rarement des livres, des guides, ou des DVD.

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

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

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

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

### La formation et la délégation des tâches

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

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

La formation est-elle réellement un moteur pour un changement de pratiques, ou pour le développement de pratiques éducatives ?

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

### La rémunération de l'activité de prévention

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

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

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

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

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

## RÔLE ET COLLABORATIONS INTERPROFESSIONNELLES

Si le médecin généraliste est perçu comme un acteur essentiel de prévention [6], les

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

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

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

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

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

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



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

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

### Quelles collaborations autour de l'éducation thérapeutique du patient ?

Le Baromètre santé médecins généralistes 2009 laisse transparaître l'existence d'une approche multidisciplinaire telle que recommandée dans les guides de bonnes pratiques. En effet, l'appartenance à un réseau de santé et des collaborations suffisantes dans le domaine social sont plus souvent citées chez les médecins qui mettent en œuvre des démarches éducatives avec leurs patients atteints de maladies chroniques. Certains auteurs constatent qu'une part importante des médecins développe encore une approche cloisonnée et individuelle de l'éducation thérapeutique [27], qui s'inscrit hors de la multidisciplinarité pourtant recommandée dans

ce domaine [15]. Toutefois, selon d'autres auteurs, près des deux tiers des médecins de la Somme (62 %) déclarent pratiquer l'éducation thérapeutique avec des partenaires : 29 % la pratiquent avec des pôles de prévention, 24 % avec des paramédicaux, 22 % avec des spécialistes et 4 % avec des associations de patients [27]. Cette étude vient ainsi nuancer les résultats du Baromètre, selon lesquels les médecins déclarent reconnaître aux associations de patients un rôle fort dans la prévention et seraient prêts à leur déléguer des tâches dans ce domaine.

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

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



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

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

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

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

Dans ces situations, l'éducation thérapeutique peut constituer un point de départ structurant pour organiser la prévention, à l'image de la plate-forme de santé du

Douaisis, qui comprend des pôles d'activité « maladies chroniques », « cancer », « soins palliatifs » et « médico-social » [70, 72]. Construite au départ pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, cette plate-forme a développé progressivement des interventions en prévention secondaire et en prévention primaire.

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

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

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

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

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

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

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

## Perspectives pour le développement de la prévention au sein des pratiques

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

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

Des réflexions existent sur les stratégies permettant d'intégrer davantage la préven-

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

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

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

18. Par exemple, le programme « Au cœur de la vie » a deux objectifs :

- intégrer des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques à la pratique quotidienne des intervenants de première ligne ;
- soutenir le travail interdisciplinaire des intervenants de première ligne et renforcer les échanges et les liens avec les ressources de la communauté.

<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-AuCoeurDeLaVie/default.asp>

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-IntegrationPratiquesCliniquesPreventives\\_CoeurVie.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-IntegrationPratiquesCliniquesPreventives_CoeurVie.pdf)

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

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

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

Ces transformations s'inscrivent dans une évolution législative significative, illustrée par les lois sur la santé publique et l'Assu-

rance maladie de 2004 et par la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 [84].

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

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

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

## Remerciements

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

## Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 11 février 2011.

- [1] Wonca Europe. *Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille*. 2002 : 52 p.  
En ligne : <http://www.cnge.fr>
- [2] Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. *Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes*. Journal officiel, 11 février 2005.  
En ligne : <http://ameli.fr>
- [3] Société française de médecine générale (SFMG). *Annuaire statistique 95/95 de l'Observatoire de la médecine générale*. La lettre de la médecine générale, 1998, n° 52 : 87 p.
- [4] Le Fur P, Paris V, Pereira C, Renaud T, Sermet C. Les dépenses de prévention dans les comptes nationaux de la santé. Une approche exploratoire. *Études et Résultats*, juillet 2003, n° 247 : 8 p.
- [5] *Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie*. Journal officiel, 17 août 2004.
- [6] Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 5 : p. 489-500.
- [7] Rusch E. Glossaire des termes de santé publique internationaux. *ADSP*, juin 2003, n° 43 : p. 4-6.  
En ligne : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
- [8] Groulx S. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives, 2007 : 72 p.  
En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-02.pdf>
- [9] Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. *Assurance maladie et prévention : pour un engagement plus efficient de tous les acteurs*. Avis du lundi 15 novembre 2004. 40 p. En ligne : [http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam\\_avis\\_prevention.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_prevention.pdf)

- [10] Godard J. Médecine générale et prévention. In : Bourdillon F. dir. *Traité de prévention*. Paris : Médecine Sciences Flammarion, 2009 : p. 356-363.
- [11] Société française de santé publique (SFSP). *Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des agences régionales de santé*. Vandœuvre-lès-Nancy : 22 avril 2008 : 10 p.  
En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/note%20ARSversionV10.pdf>
- [12] Sandrin-Berthon B., Martin F. Introduction. In : Sandrin Berthon B. Aujoulat I. Ottenheim C. Martin F. dir. *L'Éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative. Actes de l'université d'été, château de Mialaret*, 4 juillet 1996. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1997 : p. 11-17.
- [13] *Plan national d'éducation pour la santé*. Paris : ministère délégué à la Santé, présenté en conseil des ministres en février 2001.
- [14] Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional pour l'Europe. *Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Copenhague : OMS, 1998 : 88 p. Version française UCL Bruxelles, 84 p.
- [15] Haute Autorité de santé (HAS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique*. Saint-Denis : HAS, juin 2007 : 109 p.  
En ligne : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_604958/etp-structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-guide-methodologique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_604958/etp-structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-guide-methodologique)
- [16] *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. *Journal officiel*, n° 167, 22 juillet 2009. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>
- [17] Baudier F., Balinska M.A. La vaccination, un geste à consolider ? In : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : p. 85-99.
- [18] Buttet P., Fournier C. Prévention et éducation pour la santé : quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? In : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : p. 64-82.
- [19] Fournel A.L. *Prévention et éducation à la santé en médecine générale. État des lieux réalisé à partir d'une enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Brest Métropole Océane* [thèse de doctorat en médecine, diplôme d'État]. Brest : Université de Bretagne occidentale, mai 2006 : 137 p.
- [20] Gallois P., Vallée P.-Y., Le Noc Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. *Médecine*, 2007, vol. 3, n° 2 : p. 74-78.
- [21] Aulagnier M., Videau Y., Combes J.-B., Sebbah R., Paraponaris A., Verger P., et al. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence - Alpes - Côte d'Azur. *Pratiques et Organisation des soins*, 2007, vol. 38, n° 4 : p. 259-268.
- [22] Le Lay E. *Les médecins généralistes et la nutrition santé* [thèse de doctorat en médecine]. Paris : Université Paris 7, 2009 : 191 p.
- [23] World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies, time for action*. Genève : WHO, 2003 : 211 p.
- [24] Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe, un problème crucial de la médecine contemporaine. *Médecine*, 2006, vol. 2, n° 9 : p. 411-415.
- [25] Fournier C., Gautier A., Attali C., Bocquet-Chabert A., Mosnier-Pudar H., Aujoulat I., et al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 10 novembre 2009, n° 42-43 : p. 460-464.
- [26] Bourit O., Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine*, 2007, vol. 3, n° 5 : p. 229-234.  
En ligne : [http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/2F/AC/telecharger.phtml?code\\_langue=fr&format=application/pdf&titre=Version%20PDF](http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/2F/AC/telecharger.phtml?code_langue=fr&format=application/pdf&titre=Version%20PDF)
- [27] Turban F. *Éducation thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme* [thèse de doctorat en médecine]. Amiens : Université de Picardie-Jules-Verne, 2008 : 136 p.
- [28] Assal J.-Ph. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. In : *Encycl. med. chir*. Paris : Elsevier, 1996, 25-005-A-10 : p. 17.
- [29] Gallois P., Vallée J.-P., Le Noc Y. Éducation thérapeutique du patient. Le médecin est-il - aussi - un « éducateur » ? *Médecine*, 2009, vol. 5, n° 5 : p. 218-224.
- [30] Sandrin-Berthon B. dir. *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : Puf, 2000 : 198 p.
- [31] Ventelou B., Paraponaris A., Sebbah R., Aulagnier M., Protopopescu C., Gourheux J.-C., et al. Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence - Alpes - Côte d'Azur. *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2005 : p. 127-160.  
En ligne : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-127.htm>
- [32] Société française de santé publique (SFSP). *La consultation de prévention en médecine générale*. Séminaire « Médecins généralistes et prévention », Paris, 21 septembre 2007. Vandœuvre-lès-Nancy : SFSP, 2007.  
En ligne : <http://www.sfsp.info/sfsp/agenda/documents/interventionsconsultation21-09-07.htm>
- [33] Baudier F. La prévention dans les politiques de santé. In : Bourdillon F. dir. *Traité de prévention*. Paris : Médecine Sciences Flammarion, coll. Traités, 2009 : p. 125-131.

- [34] Morisset J., Chambaud L., Joubert P., Rochon J. La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec. *Pratiques et organisations des soins*, 2009, vol. 40, n° 4 : p. 275-282.
- [35] Morisset J., Jobin L., Valentini H., Joubert P. La prévention dans le système québécois. In : Bourdillon F. dir. *Traité de prévention*. Paris : Médecine Sciences Flammarion, coll. Traités, 2009 : p. 386-393.
- [36] Renaud T., Sermet C. Les dépenses de prévention en France. Estimation à partir des comptes nationaux de la santé en 2002. *Rapport Irdes* n° 1766, 2008/4 : 116 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1706.pdf>
- [37] Brücker G., Cianiard É. États généraux de la santé. Une démarche innovante pour plus de démocratie. *ADSP*, juin 1999, n° 27 : p. 6-9.
- [38] Elias N. *La civilisation des mœurs*. Paris : Calmann-Lévy, 1973 : 510 p.
- [39] Delamaire C., Bossard C., Julia C. Perceptions, connaissances et attitudes en matière d'alimentation. In : Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : p. 80-115.
- [40] Infante F.A., Proudfoot J.G., Davies G.P., Bubner T.K., Holton C.H., Beilby J.J., et al. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *The Medical Journal of Australia*, 2004, vol. 181, n° 2 : p. 70-73.
- [41] Bonino S. *Vivre la maladie. Ces liens qui me rattachent à la vie*. Bruxelles : De Boeck, 2008 : 142 p.
- [42] Aujoulat I. *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire* [thèse pour le doctorat de santé publique, option éducation du patient]. Louvain-la-Neuve : Université catholique de Louvain, 2007 : 182 p.
- [43] Sinding C. Une molécule espion pour les diabétologues, l'innovation en médecine entre science et morale. *Sciences sociales et santé*, 2002, vol. 18, n° 2 : p. 95-119.
- [44] Joussant S., Arènes J., Baudier F., Guilbert P. Prévention et éducation du patient. In : Arènes J., Guilbert P., Baudier F. *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1999 : p. 179-193.
- [45] Pélicand J., Fournier C., Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *ADSP*, mars 2009, n° 66 : p. 21-23. En ligne : <http://www.hcsp.fr/explorer.cgi/ad662123.pdf>
- [46] Bury J. A. *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck université, coll. Savoirs et santé, 1988 : 232 p.
- [47] Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P., Guillaumat-Tailliet F. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Études et résultats*, novembre 2007, n° 610 : 8 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er610.pdf>
- [48] Doumont D., Libion F. *Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale ?* Louvain-la-Neuve : UCL-RESO, Unité d'éducation pour la santé, École de santé publique - Centre « Recherche en systèmes de santé », série de dossiers techniques, décembre 2008 : 27 p. En ligne : <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier51.pdf>
- [49] Drahi E. Et si l'éducation thérapeutique n'était pas à sa place ? *Médecine*, 2009, vol. 5, n° 2, p. 52-54. En ligne : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/46/93/article.md?type=text.html>
- [50] Direction générale de la Santé. *Médecins généralistes et prévention* [rapport non publié]. Étude réalisée par CEMKA-EVAL, 2007.
- [51] Fournier C., Fagot-Campagna A., Traynard P.-Y., Mosnier-Pudar H., Halimi S., Varroud-Vial M, et al. Démarche éducative : comment les médecins la perçoivent-ils ? Résultats de l'étude Entred 2007. *Le Concours médical*, 2009, vol. 13, n° 20 : p. 810-812.
- [52] Chevalier S., Renaud L., Hubert F. *L'intégration de pratiques cliniques préventives. L'expérience d'« Au cœur de la vie »*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2005 : 36 p.
- [53] Gruaz D., Fontaine D. *Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes*. Lyon : ORS Rhône-Alpes, février 2004 : 51 p. En ligne : [http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition\\_2004.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf)
- [54] Perreault R., Paquet M.J., Hovington J., Assaad J.M. Vecteurs d'innovation en éducation thérapeutique au Québec. In : Loaëc A., Fournier C., Vincent I. dir. *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux*. 5<sup>es</sup> Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Séminaires, 2010 : p. 129-137.
- [55] Buttet P., Bourdessol H. S'informer et informer : médecins et pharmaciens parlent de prévention. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2005 : n° 376, p. 21-22.
- [56] Thijs G. GP's consult and health behaviour change. Developing a programme to train GPs to communication skills to achieve lifestyle improvements. *Patient Education & Counselling*, 2007, vol. 67, n° 3 : p. 267-271.
- [57] Miller W.R., Rollnick S. *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions, 2006 : 241 p.
- [58] Prochaska J.O., Velicer W.F. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 1997, vol. 12, n° 1 : p. 38-48.
- [59] Turpin G. Freins et leviers de la mobilisation concernant la prévention cardio-vasculaire. *Annales de cardiologie et d'angéiologie*, 1995, vol. 44, n° 6 : p. 284-287.
- [60] Yarnall K.S.H., Pollak K.L., Østbye T., Krause K.M., Michener J.L. Primary care: is there enough time for prevention? *American Journal of Public Health*, 2003, vol. 93, n° 4 : p. 635-641.

- [61] Yarnall K.S.H., Østbye T., Krause K.M., Pollak K.I., Gradison M., Michener J.L. Family physicians as team leaders: « time » to share the care. *Preventing Chronic Disease*, 2009, vol. 6, n° 2 : A59.
- [62] Østbye T., Yarnall K.S.H., Krause K.M., Pollak K.I., Gradison M., Michener J.L. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Annals of Family Medicine*, 2005, n° 3 : p. 209-214.
- [63] Barrett J., Curran V., Glynn L., Godwin M. *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), 2007 : 31 p.  
En ligne : [http://www.chsrf.ca/research\\_themes/documents/SynthesisReport\\_Fr\\_FINAL.pdf](http://www.chsrf.ca/research_themes/documents/SynthesisReport_Fr_FINAL.pdf)
- [64] Fournier C., Buttet P. Éducation du patient dans les établissements de santé français : l'enquête Edupef. *Évolutions*, mars 2008, n° 9 : p. 1-5.  
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1087.pdf>
- [65] Varroud-Vial M., Coliche V., Grimaldi A., Lecomte P., Mollet E., Simon D., et al. La prise en charge du diabète de type 2 et ses complications : l'apport des réseaux. *Diabétologie et facteurs de risques*, 1999, vol. 5, n° 43 : p. 291-297.
- [66] Midy F., Dekussche C. *L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Enquêtes descriptives. Les modalités de l'éducation thérapeutique dans le secteur des soins de ville* [document de travail]. Saint-Denis : Haute Autorité de santé, novembre 2008 : 142 p. En ligne : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_684138/document-de-travail-resultats-d-enquetes-descriptives](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_684138/document-de-travail-resultats-d-enquetes-descriptives)
- [67] Drahi E., Cabaret E.-M. ETP : quelles leçons pour l'avenir ? L'expérience de la région Centre. *Diabète éducation. Le journal du Delf*, février 2010, numéro spécial congrès : p. 10-11.
- [68] Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. *Questions d'économie de la santé*, novembre 2008, n° 136 : 8 p.  
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>
- [69] Clément M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J., Pierre A., Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. *Santé publique*, 2009, suppl. au n° 4 : S79-S90.
- [70] Bresson R., Bataillon R. L'éducation thérapeutique : quel impact sur l'organisation des soins, en ville et à l'hôpital ? *ADSP*, mars 2009, n° 66 : p. 37-40. En ligne : <http://www.hcsp.fr/docs/pdf/adsp/adsp-66/ad663740.pdf>
- [71] Sandrin Berthon B. *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport de la Commission maladies chroniques*. Paris : Haut Conseil de la santé publique, 2009 : 38 p. [http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcsp20091112\\_edthsporre.pdf](http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcsp20091112_edthsporre.pdf)
- [72] Bresson R., Laureyns F., Decalf M.N., Debrie D., Riquoir M. L'éducation au long du parcours du patient : à propos des réseaux de la plate-forme Santé Douaisis. *Diabète éducation. Le journal du Delf*, février 2010, numéro spécial congrès : p. 11-14.
- [73] Provost M.H., et al. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant à l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives, 2007 : 168 p.
- [74] Direction de la santé publique de Montréal. *Référentiel de connaissances et compétences pour les activités de prévention en pratique générale*. Montréal : Direction de la santé publique, 2007 : 14 p.  
En ligne : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/formationcontinue/pdf/referentiel.pdf>
- [75] Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *L'intégration des pratiques cliniques préventives. L'expérience d'« Au cœur de la vie »*. Québec : INSPQ, 2005 : 42 p. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-AuCoEURDeLaVie/>
- [76] Beaulieu M.-D., Hudon E., Roberge D., Pineault R., Forté D., Légaré J. Practice guidelines for clinical prevention : do patient, physicians and experts share common grounds ? *Canadian Medical Association Journal*, 1999, vol. 161, n° 5 : p. 519-523.
- [77] Hudon E., Beaulieu M.-D., Roberge D. Integration of the recommendations of the Canadian task force on preventive health care. Obstacles perceived by a group of family physicians. *Family Practice*, 2004, vol. 21, n° 1 : p. 11-17.
- [78] Laperche J. La « promotion » de la santé cardio-vasculaire, mais encore ? Médecine générale et prévention. *La Revue de la médecine générale*, avril 2007, n° 242 : p. 163-165.
- [79] Loacè A., Fournier C., Vincent I. dir. *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux*. 5<sup>e</sup> Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Séminaires. 2010 : 169 p.
- [80] Getz L., Sigurdsson J.A., Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *British Medical Journal*, 2003, vol. 327, n° 7413 : p. 498-500.
- [81] McKinlay E., Plumridge L., McBain L., McLeod D., Pullon S., Brown S. « What sort of health promotion are you talking about? » A discourse analysis of the talk of general practitioners. *Social Science and Medicine*, 2005, vol. 60, n° 5 : p. 1099-1106.
- [82] Karrer M., Buttet P., Vincent I. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées. *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 1 : p. 69-80.

- [83] Baudier F. *Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement*. Paris : HCSP, mars 2009 : 137 p.  
En ligne : [http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325\\_ConstultPrev.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325_ConstultPrev.pdf)
- [84] Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé*, avril 2009, n° 141 : 6 p.  
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>
- [85] Berland Y., Bourgueil Y. *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*. Paris : Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), juin 2006 : 135 p.  
En ligne : [http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cinq\\_experim\\_juin2006.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf)
- [86] Haute Autorité de santé (HAS), ONDPS. *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation*. Saint-Denis : HAS, 2008 : 61 p.  
En ligne : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco\\_cooperation\\_vvd\\_16\\_avril\\_2008\\_04\\_16\\_12\\_23\\_31\\_188.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf)
- [87] Levy D., Pavot J., Ha Hoan B.D. Essai de simulation de délégation des tâches : le secteur des soins ambulatoires en France. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2009, vol. 49, n° 2 : p. 167-204.
- [88] Bourdillon F. dir. *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2009 : p. 117-130.
- [89] *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986.
- [90] Bury J.A., Foucaud J. L'éducation thérapeutique. In : Bourdillon F. dir. *Traité de prévention*. Paris : Médecine Sciences Flammarion, coll. Traités, 2009 : p. 81-87.