

Sous la direction de
ARNAUD GAUTIER

Préface de
PHILIPPE LAMOUREUX

Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003



Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003

Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003

Sous la direction de
ARNAUD GAUTIER

Préface de
PHILIPPE LAMOUREUX



Direction de la collection **Philippe Lamoureux**
Secrétariat de rédaction **Marie-Frédérique Cormand**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42 boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex France

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

ISBN 2-908444-86-0

Cette étude a été réalisée par

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

En partenariat avec

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam)
de Franche-Comté

L'Institut fédératif de recherche n° 28, Évaluation et prévention,
Université de Nancy

Le Conseil national de l'Ordre des médecins

L'Ordre national des pharmaciens

Son financement a été assuré par

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

Comité de pilotage de l'enquête

Pierre Arwidson, INPES

François Baudier, Urcam de Franche-Comté

Pierre Buttet, INPES

Jean-François Collin, École de santé publique de Nancy

Christine Ferron, INPES

Arnaud Gautier, INPES

Philippe Guilbert, coordination du comité de pilotage, INPES

Isabelle Vincent, INPES

Les auteurs

Marta Aleksandra Balinska, politologue, coordinatrice du programme Maladies infectieuses à la direction des Affaires scientifiques (Das) de l'INPES

François Baudier, médecin, directeur de l'Urcam de Franche-Comté

Hélène Bourdessol, sociologue, chargée d'études et de recherche à la Das de l'INPES

Pierre Buttet, médecin, chargé de mission à la direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique (Ddeset) de l'INPES

Jean-François Collin, docteur ès sciences pharmaceutiques, maître de conférence en santé publique, Faculté de médecine, Université Henri-Poincaré Nancy 1

Cécile Fournier, médecin, coordinatrice du programme Maladies chroniques à la Das de l'INPES

Arnaud Gautier, biostatisticien, coordinateur du Baromètre santé médecins/pharmaciens à la Das de l'INPES

Christophe Léon, statisticien, chargé d'études à la Das de l'INPES

Nathalie Lydié, démographe, coordinatrice du programme VIH, sida et IST à la Das de l'INPES

Colette Ménard, psychosociologue, chargée d'études et de recherche à la Das de l'INPES

Hélène Perrin-Escalon, économiste, coordinatrice du Baromètre santé nutrition à la Das de l'INPES

Stéphanie Pin, sociologue, coordinatrice du programme Personnes âgées à la Das de l'INPES

L'ensemble des données a été vérifié par Arnaud Gautier et Christophe Léon.

Les auteurs remercient

Pierre Arwidson (INPES), **Michel Dépinoy** (INPES), **Christine Ferron** (INPES), **Josiane Warszawski** (Inserm-Ined 569), **Fabienne Blanchet** (Cespharm) pour leur aide et leur conseil lors de l'élaboration de l'enquête

Pierre Arwidson (INPES), **Michel Dépinoy** (INPES), **Christine Ferron** (INPES), **Philippe Guilbert** (INPES) pour leur relecture attentive de l'ensemble de l'ouvrage

Olivier Delmer, **Sandra Kerzanet**, **Catherine Lavielle** et **Anne Sizaret** (INPES) pour la qualité de la recherche documentaire

Marie-Jeanne Barreau et **Ludivine Desevaux** (INPES) pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête

Patrick Klein, **Valérie Assadourian**, les chefs d'équipe, ainsi que les enquêteurs d'Ipsos pour la qualité de leur travail et leur disponibilité.



Demeurer immobile, à écouter... c'est la tranquillité de l'axe au centre de la roue.
Charles Morgan

Préface

L'image réductrice du médecin, simple prescripteur, et du pharmacien, simple délivreur de médicaments, prime bien souvent sur celle, pourtant bien réelle, de professionnels qui écoutent, conseillent, éduquent leurs patients. L'étude de ces dimensions essentielles pour une politique publique de prévention efficace constitue l'objet de ce rapport où les comportements, attitudes et opinions des médecins généralistes et pharmaciens d'officine sont étudiés de façon conjointe.

Le rôle des professionnels de santé dans la prévention n'a jamais cessé et ne cesse d'évoluer en fonction de l'apparition de certaines pathologies, des progrès cliniques et médicaux ou encore des priorités de santé publique. Une grande capacité d'adaptation est donc nécessaire et semble être effective comme le démontre cette enquête. Au cours des cinq dernières années, les médecins généralistes se sont davantage impliqués dans la lutte contre le tabagisme, dans le dépistage des cancers ou encore dans le dépistage de l'hépatite C. De leur côté, les pharmaciens ont su s'adapter à l'utilisation et à la vente de médicaments génériques ou sous leur dénomination commune internationale et à la délivrance des nouveaux produits pharmaceutiques tels que ceux proposés pour aider les patients dans leur sevrage tabagique.

En outre, l'investissement des médecins et des pharmaciens semble important et facilité dans les domaines fortement médicalisés (incitation à la vaccination ou au dépistage des cancers), ainsi que pour

les champs désignés comme prioritaires (lutte contre le tabagisme). À l'inverse, ils semblent moins à l'aise avec certains thèmes, tels que l'alcool pour lequel une large majorité des professionnels évoque une difficulté à aborder le sujet avec ses patients.

Pour les pouvoirs publics, la formation et la délivrance d'informations précises apparaissent ainsi comme des éléments essentiels voire indispensables à promouvoir pour que les médecins et pharmaciens continuent à faire évoluer positivement leurs pratiques professionnelles.

Reflète de l'opinion et des pratiques des médecins généralistes et pharmaciens d'officine, ce Baromètre santé 2003 offre une source d'informations indispensables à tous les acteurs et décideurs de la santé publique qui s'intéressent à l'implication des professionnels de santé dans la prévention. L'ensemble de ces analyses et de ces résultats constituera sans aucun doute une des pistes de réflexions à explorer pour définir de nouvelles orientations stratégiques ainsi que pour l'élaboration de la consultation de prévention, prévue par la loi relative à la politique de santé publique.

Philippe Lamoureux

Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Sommaire

18 | **Présentation méthodologique et principales caractéristiques des professionnels de santé**

Arnaud Gautier

La méthode de recueil des données, les spécificités du Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, ainsi que l'ensemble des analyses statistiques utilisées sont présentés dans ce chapitre. Les structures des deux populations enquêtées sont décrites selon différentes variables sociodémographiques et caractéristiques de l'activité professionnelle.

44 | **Médecins généralistes et pharmaciens d'officine | Quels sont leurs comportements personnels de santé ?**

Hélène Bourdessol, Arnaud Gautier,
Jean-François Collin

Les professionnels de santé ont été interrogés sur leurs propres comportements de santé : consommation de produits psychoactifs licites (tabac, alcool, somnifères ou tranquillisants), comportements relatifs au dépistage (VIH, hépatite C, etc.) et attitudes préventives (vaccination contre la grippe, utilisation du préservatif). Les comportements des médecins et des pharmaciens ont pu être comparés entre eux, mais aussi à ceux de l'ensemble de la population.

64 | **Prévention et éducation pour la santé | Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens**

Pierre Buttet, Cécile Fournier

Les médecins généralistes se sentent-ils efficaces pour aider leurs patients à changer de comportements dans différents domaines

tels que l'usage de drogues ou l'alimentation ? Les pharmaciens considèrent-ils leur rôle dans la prévention comme important ? Quels sont les principaux freins à la prévention et à l'éducation pour la santé ? Autant de questions, traitées dans ce chapitre, qui renseignent sur l'implication des professionnels dans une démarche préventive ou éducative.

84 | **La vaccination | Un geste à consolider ?**

François Baudier, Marta Aleksandra Balinska

Les médecins sont-ils toujours aussi nombreux à être favorables à la vaccination ? Leur position vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B a-t-elle évolué ? Leur attitude face aux vaccinations des personnes âgées est-elle différente de celle de 1998 ? Ce chapitre permet de faire le point sur les pratiques vaccinales des médecins généralistes et de comparer leurs opinions à celles des pharmaciens d'officine.

102 | **Contraception, IST, VIH | Les professionnels adaptent leur pratique aux nouvelles données**

Nathalie Lydié, Colette Ménard, Christophe Léon

Les médecins considèrent-ils que la prévention des comportements sexuels à risque fait partie de leur fonction ? Les pharmaciens jugent-ils leur rôle comme important dans la prévention du sida ? Quelles sont les proportions de professionnels qui suivent un patient séropositif ? Opinions et pratiques concernant le thème de la contraception, de certaines IST et du VIH sont décrites dans ce chapitre.

130 | Dépistage de l'hépatite C | Des résultats encourageants

Marta Aleksandra Balinska

Les médecins ont été interrogés sur le nombre de sérologies VHC prescrites au cours du dernier mois, ainsi que sur la proposition de cette sérologie à différents publics concernés (personnes transfusées, femmes enceintes, usagers de drogues par voie intraveineuse...). Les réponses ont pu être comparées à celles du précédent Baromètre santé médecins généralistes.

140 | Tabac et alcool | Quelle implication des professionnels ?

Hélène Perrin, Arnaud Gautier

Les généralistes ont été interrogés sur la manière dont ils prenaient en charge les patients ayant un problème de dépendance au tabac et à l'alcool. Les méthodes de sevrage tabagique qu'ils préconisent ainsi que leur sentiment d'efficacité à faire changer les comportements des patients dans ces deux domaines ont par ailleurs été recueillis. Les pharmaciens ont, quant à eux, été questionnés sur la fréquence à laquelle ils abordaient la question du tabac et de l'alcool avec leurs clients.

164 | Drogues | La prise en charge des patients toxicomanes

Stéphanie Pin

Le mode de prise en charge des patients toxicomanes, le nombre d'héroïnomanes vus par mois, ainsi que les traitements de substitution prescrits ou délivrés sont présentés dans ce chapitre. Les réponses des médecins et des pharmaciens aux questions d'opinions relatives à la drogue et

aux toxicomanes sont par ailleurs décrites et peuvent être comparées à celles des précédents Baromètres santé.

192 | Dépistage des cancers | Des pratiques contrastées

François Baudier

Le dépistage des cancers gynécologiques (mammographie et frottis cervical) et du cancer colorectal (recherche de saignement occulte dans les selles) est étudié d'une part, à travers le nombre d'examen prescrit au cours du dernier mois et, d'autre part, à travers l'exemple de la dernière patiente âgée de 50 à 60 ans sans facteur de risque particulier vue en consultation.

206 | Médicaments génériques | Les attitudes des pharmaciens et des médecins

Pierre Buttet, Stéphanie Pin

Les médecins sont-ils favorables à la prescription en dénomination commune internationale? La délivrance de génériques est-elle systématique parmi les pharmaciens titulaires d'officine? Ont-ils modifié la relation avec le patient ou le client? Ce chapitre explore les comportements et les opinions des professionnels de santé face à la délivrance de génériques.

221 | Annexes

223 | Questionnaire médecins

233 | Questionnaire pharmaciens

241 | Liste des tableaux et figures

251 | English summaries





L'essentiel

Les Baromètres santé sont des enquêtes périodiques qui mesurent l'état de l'opinion, des connaissances, des attitudes et des comportements en matière de santé de populations particulières. À ce jour, quatre types de Baromètre santé ont été mis en œuvre : le Baromètre santé 12-75 ans, le Baromètre santé nutrition, le Baromètre santé médecins généralistes et le Baromètre santé pharmaciens d'officine. Ces enquêtes téléphoniques utilisent la technique des sondages aléatoires.

Pour la première fois depuis la création du Baromètre santé, l'étude des médecins généralistes a été effectuée conjointement à celle des pharmaciens d'officine (élaboration du questionnaire, terrain d'enquête, traitement des fichiers). Les résultats sont donc naturellement présentés dans un unique ouvrage « médecins/pharmaciens ».

Les populations interrogées dans ce Baromètre santé ont été, d'une part, les médecins généralistes exerçant une activité libérale et, d'autre part, les pharmaciens titulaires d'officine. Les adresses ont été tirées aléatoirement dans les fichiers informatisés fournis par la société Cegedim®. L'institut de sondage retenu pour la passation des questionnaires et le recueil de données a été Ipsos. Cet institut a également participé à la finalisation des deux questionnaires et a élaboré les variables de pondération servant à redresser l'échantillon. Les variables utilisées pour ces redressements ont été le sexe, la région et le type de cabinet pour les médecins généralistes, et le sexe, l'âge et la région pour les pharmaciens d'officine. Le terrain d'enquête a débuté le lundi 4 novembre 2002, pour finir le vendredi 24 janvier 2003 ; la durée totale du terrain s'est

élevée à neuf semaines, étant donné une interruption durant les fêtes de fin d'année (du 26 décembre 2002 au 8 janvier 2003 inclus).

Le nombre de médecins généralistes interrogés dans cette enquête est de 2 057, soit environ un médecin sur trente exerçant en activité libérale en France. Le taux de refus global s'élève à 31,8 %.

Le nombre de pharmaciens d'officine interrogés est, quant à lui, de 1 062, soit près d'un pharmacien titulaire d'officine sur vingt-six, et le taux de refus est équivalent à 9,4 %.

La durée moyenne des entretiens a été d'environ vingt-cinq minutes pour les médecins généralistes et de vingt minutes pour les pharmaciens.

Présentation méthodologique et principales caractéristiques des professionnels de santé

ARNAUD GAUTIER

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) dispose d'enquêtes périodiques, les Baromètres santé, qui mesurent à un instant précis l'état de l'opinion, des connaissances, des attitudes et des comportements en matière de santé d'une population particulière.

Ces enquêtes téléphoniques, mises en place en 1992, alimentent une base de données et permettent de suivre les évolutions sur plusieurs années. Elles contribuent à la détermination des objectifs des programmes nationaux de prévention, permettent de cibler des actions de terrain vers des populations particulières (jeunes, personnes âgées, femmes, région parisienne...) et peuvent orienter des études plus spécifiques. Elles favorisent par ailleurs les comparaisons avec d'autres enquêtes réalisées en France ou à l'étranger.

Les Baromètres santé font appel à la technique du sondage aléatoire, seule méthode à garantir l'utilisation pleinement rigoureuse des tests statistiques classiques.

L'échantillon aléatoire (appelé également probabiliste) est constitué, dans le cas de sondages aléatoires simples, d'individus tirés au hasard dans la population constituant le champ de l'enquête (comme dans ce Baromètre santé médecins/pharmaciens). Dans le cas de sondages aléatoires à plusieurs degrés, l'échantillon est obtenu après plusieurs tirages au sort; les échantillons des Baromètres santé en population générale sont constitués de la sorte (tirage d'un ménage, puis d'un individu à l'intérieur de ce ménage).

Différents types de Baromètres ont été mis en place jusqu'à présent **[tableau I]**.

Pour la première fois depuis la création du Baromètre santé, l'étude des médecins généralistes a été effectuée conjointement à celle des pharmaciens d'officine (élaboration du questionnaire, terrain d'enquête, traitement des fichiers). Ainsi, et dans la mesure où le rôle de ces deux populations dans la prévention est complémentaire, les résultats sont naturellement présentés dans

TABLEAU I

Types et chronologie des Baromètres santé

Population	Année du terrain	Effectif	
Population générale	18-75 ans	1992 [1] *	2 099
	18-75 ans	1993 [2] *	1 950
	18-75 ans	1995 [3]	1 993
	18-75 ans (nutrition)	1996 [4]	1 984
	12-19 ans	1997 [5]	4 115
	12-75 ans	1999 [6, 7]	13 685
	12-75 ans (nutrition)	2002 [8]	3 153
	12-75 ans	2004 **	30 516
Médecins généralistes	1992 [1]	252	
	1993 [2]*	494	
	1994 [9]	1 013	
	1998 [10]	2 073	
	2003	2 057	
Pharmaciens d'officine	1998 [11]	1 001	
	2003	1 062	

* : Année où la publication comprenait deux populations.

** : En cours de réalisation.

un unique ouvrage, « médecins/pharmaciens », et non dans des volumes séparés comme il avait été fait en 1998.

La structure de ce Baromètre s'organise par thèmes (chapitres), et non par populations : pour chaque chapitre seront présentés successivement les résultats « médecins », puis « pharmaciens ». Cette présentation

offre la possibilité de dresser un tableau plus complet d'un même sujet ; elle facilite les mises en perspective entre les deux populations lorsque celles-ci sont possibles, voire les comparaisons lorsque les questions entre les deux populations sont identiques (notamment pour la partie concernant les comportements personnels de santé).

LES ÉCHANTILLONS

L'ÉCHANTILLONNAGE ET LE RECUEIL DES DONNÉES

Les populations interrogées dans ce Baromètre santé ont été, d'une part, les médecins généralistes exerçant une activité libérale et, d'autre part, les pharmaciens titulaires d'officines. Les adresses ont été tirées aléatoirement dans les fichiers informatisés fournis par la société Cegedim^{®1}. Le fichier « Médecins » était renseigné pour les variables « Sexe », « Âge », « Département »

et « Mode d'exercice » (groupe ou individuel), alors que le fichier « Pharmaciens » l'était pour les variables « Sexe », « Âge » et « Nombre de salariés de l'officine ».

L'ensemble des numéros de téléphone tirés au sort ont ensuite été installés sur un système Cati², qui permet la saisie directe

1. Société qui commercialise des fichiers de médecins libéraux et de pharmaciens d'officine régulièrement mis à jour.

2. « Computer Assisted Telephone Interviewing ».

des données sur micro-ordinateur et gère automatiquement les fonctions suivantes :

- le déroulement logique du questionnaire en respectant les filtres et guidages prévus ;
- l'organisation des rotations aléatoires d'items et de sous-questions ;
- le suivi en temps réel de l'échantillon ;
- l'analyse de la qualité du terrain au moyen d'indicateurs chiffrés (taux de refus, taux d'abandon du questionnaire) ;
- les procédures d'appel, de rappel, de prises de rendez-vous selon le protocole d'appel et de contact décrit ci-après.

LE PROTOCOLE D'APPEL

Afin de maximiser les chances de joindre, et par conséquent d'interroger les généralistes et les pharmaciens, plusieurs procédures ont été mises en œuvre. Ainsi :

- Les plages horaires auxquelles les professionnels étaient appelés étaient larges puisque comprises entre 8 h et 20 h 30, du lundi au vendredi. Certaines interviews ont cependant été réalisées après 20 h 30, ainsi que le samedi matin.
- Chaque numéro de téléphone était appelé jusqu'à dix fois, l'enquêteur attendant au maximum cinq sonneries. Le numéro était rappelé dix minutes plus tard en cas de ligne occupée, et trois heures plus tard en cas de non-réponse.
- Chaque professionnel contacté avait le choix entre une interview immédiate ou une prise de rendez-vous. Dans ce dernier cas, la personne sélectionnée pouvait être appelée, si elle le souhaitait, en dehors des plages horaires fixées précédemment.
- Le questionnaire pouvait être repris ultérieurement si le médecin ou le pharmacien interrogé devait interrompre l'interview. Dans ce cas, l'enquêteur prenait rendez-vous. Au moment du rappel, le questionnaire reprenait à l'endroit même où il avait été momentanément abandonné.

LES SPÉCIFICITÉS DU BAROMÈTRE SANTÉ MÉDECINS/PHARMACIENS 2003

L'institut de sondage retenu pour la passation des questionnaires et le recueil de données a été Ipsos. Cet institut a également participé à la finalisation des deux questionnaires et a élaboré les variables de pondération servant à redresser l'échantillon.

Le terrain d'enquête a débuté le lundi 4 novembre 2002, pour finir le vendredi 24 janvier 2003 ; la durée totale du terrain s'est élevée à neuf semaines étant donné une interruption durant les fêtes de fin d'année (du 26 décembre 2002 au 8 janvier 2003 inclus). Cet arrêt momentané était nécessaire non seulement pour limiter la proportion d'individus injoignables, mais également pour ne pas biaiser les résultats en interrogeant une partie de la population dans une période où certains comportements sont modifiés (telle la consommation d'alcool).

Une vingtaine d'enquêteurs, encadrés par deux chefs d'équipe et formés pour l'occasion à la passation de questionnaire dans le cadre d'enquêtes aléatoires, ont réalisé l'ensemble des interviews. La présence quasi quotidienne d'une personne de l'INPES a permis de contrôler la qualité des interviews et de venir en aide aux enquêteurs en cas d'éventuels problèmes, notamment pour répondre aux questions que pouvaient se poser les généralistes ou les pharmaciens par rapport à cette investigation. Par ailleurs, cette présence a permis de détecter les points faibles des questionnaires et, d'une manière plus qualitative, de mieux cerner l'état d'esprit, les opinions et les préoccupations des professionnels de santé interrogés.

À l'issue du terrain, les enquêteurs ont été réunis pour une séance de *debriefing* afin de recueillir leurs impressions sur l'enquête. D'après eux, le questionnaire ne posait pas

de problème majeur ; en revanche, comme pour les précédents Baromètres santé, la prise de contact avec le professionnel avait constitué leur principale difficulté. La lettre annonce³ ainsi que la possibilité de rendez-vous ont été essentielles dans la limitation des refus. Certains enquêteurs ont néanmoins noté qu'il serait utile d'approfondir la lettre en développant les phrases d'introduction sur le contexte de l'étude afin de bien différencier l'étude d'une « enquête marketing ».

Contrairement à une très bonne participation des pharmaciens d'officine, les enquêteurs déjà présents en 1998 ont ressenti une augmentation du refus des médecins (*cf.* « Les données exploitées ») ; cette augmentation s'est par ailleurs accompagnée d'une plus grande diversité des refus. Les principaux arguments avancés par les professionnels de santé étaient qu'ils manquaient de temps, que le questionnaire était trop long, mais également qu'ils étaient (trop) régulièrement sollicités pour des études, qu'ils ne répondaient à aucun sondage, qu'ils ne voulaient pas répondre par téléphone, ou encore que le contexte étant difficile (mouvement social des médecins généralistes notamment pour la revalorisation du tarif de consultation), ils ne désiraient pas participer à l'enquête.

La durée moyenne des entretiens a été d'environ vingt-cinq minutes pour les médecins généralistes et de vingt minutes pour les pharmaciens.

Le nombre de médecins généralistes interrogés dans cette enquête est de 2 057, soit environ un médecin sur trente⁴ exerçant en activité libérale en France. Le nombre de

pharmaciens d'officine interrogés est, quant à lui, de 1 062, soit près d'un pharmacien sur vingt-six⁵.

Les tailles des échantillons, restées identiques à celles des précédentes enquêtes (respectivement 2 073 et 1 001 en 1998), permettent d'obtenir, dans la plupart des comparaisons, des puissances statistiques tout à fait acceptables.

LES THÈMES ABORDÉS

Le questionnaire « Médecins généralistes » n'a été que très légèrement modifié par rapport au précédent Baromètre santé. Quelques questions, portant sur les infections sexuellement transmissibles (IST), sur les médicaments et les visites, ainsi que sur la violence, ont été posées cette année [tableau II]. Les parties « Cancer » et « Éducation et prévention » ont par ailleurs été complétées.

Les pharmaciens d'officine se sont, quant à eux, vus proposer un questionnaire sensiblement modifié par rapport à celui de l'enquête « Pharmaciens » de 1998. Le thème « Personnes âgées » a été abandonné au profit des médicaments et du diabète ; les parties « Toxicomanie », « Contraceptifs oraux » et « Opinions » ont été complétées ; enfin, le module « Vaccination » a été modifié en vue d'une homogénéisation avec les questions posées aux médecins généralistes.

LES DONNÉES EXPLOITÉES

Les précédents Baromètres santé avaient permis de savoir que, dans le cadre d'une enquête téléphonique aléatoire, le taux de rendement était situé entre 1,5 et 2 adresses

3. Lettre adressée à l'ensemble des professionnels, cosignée par l'INPES et le conseil national de l'ordre des professionnels concernés (médecins ou pharmaciens). Cette lettre, présentant l'étude, son utilité et son intérêt, a pour objectif d'augmenter le taux de participation.

4. À partir des résultats de la Cnamts « Carnets statistiques 2003 » : la situation au 31 décembre 2001 était de 60 949 omnipraticiens.

5. La situation au 1^{er} janvier 2003 était de 27 673 pharmaciens titulaires d'officine, selon le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

TABLEAU II

Thèmes abordés dans l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003

Médecins généralistes	Pharmaciens d'officine
Signalétique	Signalétique
Comportements personnels	Comportements personnels
Vaccination	Vaccination
Dépendances (tabac, alcool, toxicomanie)	Dépendances (tabac, alcool, toxicomanie)
VIH, hépatite C et IST	Maladies chroniques : sida et diabète
Cancers	Cancers
Médicaments et visites	Médicaments
Prévention et éducation du patient	Prévention
Violence	Contraceptifs oraux
	Confidentialité
	Opinion pharmaceutique

par interview réalisée pour les médecins généralistes, et de 1,4 adresse pour les pharmaciens d'officine.

Afin d'obtenir 2 000 interviews de médecins et 1 000 interviews de pharmaciens, les nombres d'adresses prévisibles, dans l'hypothèse où les proportions d'inéligibles, d'injoignables et de refus ne seraient pas supérieures aux précédentes vagues, étaient donc respectivement de 3 500 à 4 000

et de 1 400. Au final, les estimations se sont révélées tout à fait exactes puisque 3 700 adresses ont été « consommées » pour les généralistes et 1 400 pour les pharmaciens, pour l'obtention respective de 2 057 et 1 062 interviews [tableau III].

■ Parmi les 3 700 numéros tirés au sort dans la base « Médecins », 31 étaient injoignables (après 10 appels à des jours et heures différents), 30 étaient hors cible (pas de cabinet

TABLEAU III

Récapitulatif des appels téléphoniques

	Médecins généralistes		Pharmaciens d'officine	
	Effectif	Pourcentage de refus	Effectif	Pourcentage de refus
Numéros composés	3 700		1 400	
Numéros occupés ¹	2		0	
Non-réponses ¹	29		3	
Pas de cabinet médical/pharmacie	30		17	
Retraités/spécialistes	66		26	
Déménagements	9		22	
Absents longue durée	66		35	
Base interrogable	3 498		1 297	
Refus du professionnel	1 060	30,3 % ²	99	7,6 % ²
Refus secrétariat ou employé	37	1,0 % ²	3	0,2 % ²
Raccroche	17	0,5 % ²	20	1,6 % ²
Numéros non traités ³	327		113	
Questionnaires réalisés	2 057		1 062	

1. Après dix tentatives.

2. Nombre de refus divisé par la base interrogable.

3. Correspond à des rendez-vous abandonnés ou à des incidents machines.

médical), 66 étaient hors champ (retraités ou spécialistes), et 75 numéros concernaient des généralistes étant en absence longue durée ou ayant déménagé. Parmi les 3 498 médecins interrogeables, 1 114 ont refusé l'entretien (refus du médecin ou du secrétariat), ce qui représente donc un taux de refus global de 31,8 % (Ensemble des refus x 100/Base interrogeable). Ce taux de refus est inférieur à celui de 1992 (40,1 %), mais bien supérieur à ceux obtenus en 1993, 1994 et notamment 1998 (26,0 %, 29,2 %

et 23,4 %). Ainsi, malgré les dispositifs mis en place dans ces enquêtes pour limiter les refus (envoi d'une lettre annonce cosignée par l'INPES et le Conseil national de l'Ordre des médecins, formation des enquêteurs...), ce taux apparaît en 2003 relativement élevé.

■ Parmi les 1 400 adresses de pharmaciens d'officine, 103 étaient non interrogeables (injoignables, hors cible...). Le nombre de personnes interrogeables ayant refusé de répondre s'est élevé à 122, soit un taux de refus minime équivalant à 9,4 %.

TABLEAU IV

Structure de l'échantillon « médecins généralistes » observée et obtenue après redressement selon certaines caractéristiques

	Effectifs non redressés	Pourcentages non redressés	Effectifs redressés	Pourcentages redressés
Total	2 057	100,0	2 057	100,0
Sexe				
Hommes	1 587	77,2	1 615	78,5
Femmes	470	22,8	442	21,5
Âge				
40 ans et moins	329	16,0	330	16,0
41 ans à 50 ans	968	47,1	964	46,9
51 ans et plus	760	36,9	763	37,1
Type de cabinet				
Groupe	971	47,2	1 051	51,1
Individuel	1 086	52,8	1 006	48,9
Lieu d'exercice^a				
Ile-de-France	318	15,5	333	16,2
Nord-Ouest	365	17,7	376	18,3
Nord-Est	506	24,6	438	21,3
Sud-Ouest	532	25,9	547	26,6
Sud-Est	336	16,3	363	17,6
Nombre d'actes en moyenne par jour				
1 à 15 actes	371	18,0	364	17,7
16 à 20 actes	474	23,1	472	23,0
21 à 25 actes	498	24,2	500	24,3
26 à 30 actes	383	18,6	390	18,9
Plus de 30 actes	287	14,0	288	14,0
Ne se prononce pas	44	2,1	43	2,1

a. Découpage selon les régions téléphoniques :

Ile-de-France : départements 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95.

Nord-Ouest : départements 14, 18, 22, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 44, 45, 41, 49, 50, 53, 56, 61, 72, 76, 85.

Nord-Est : départements 02, 08, 10, 67, 21, 25, 52, 70, 68, 39, 51, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 62, 71, 80, 90, 88, 89.

Sud-Est : départements 01, 03, 04, 06, 07, 11, 13, 15, 2a, 2b, 26, 30, 05, 43, 74, 34, 38, 42, 48, 63, 66, 69, 73, 83, 84.

Sud-Ouest : départements 09, 12, 16, 17, 19, 23, 79, 24, 32, 33, 31, 65, 87, 40, 46, 47, 64, 81, 82, 86.

LA DISTRIBUTION DE L'ÉCHANTILLON SELON DIFFÉRENTES CARACTÉRISTIQUES

Le **tableau IV** présente la répartition des généralistes et le **tableau V** celui des pharmaciens titulaires d'officine dans les échantillons selon certaines caractéristiques telles que le sexe, l'âge ou encore la région d'exercice. Les effectifs et pourcentages sont détaillés, d'une part, avant redressement (résultats bruts observés, correspondant aux sujets ayant effectivement répondu à l'enquête) et, d'autre part, après redressement⁶ (effectifs et pourcentages redressés, tenant compte de la structure de la popula-

tion des généralistes en France). Les variables utilisées pour les redressements ont été le sexe, la région et le type de cabinet pour les médecins généralistes, et le sexe, l'âge et la région pour les pharmaciens d'officine. Il est à noter qu'il n'existe que très peu de différences entre l'échantillon brut et l'échantillon redressé⁷; parmi les médecins généralistes, une surreprésentation de ceux exerçant dans le quart nord-est de la France et ceux en cabinet individuel est constatée ($p < 0,05$). Les pharmaciens de moins de 40 ans ont été, quant à eux, sous-interrogés ($p < 0,01$), à l'inverse des plus de 50 ans, surreprésentés dans l'échantillon brut ($p < 0,05$).

6. Données Cegedim®.

7. Les poids sont compris entre 0,7 et 1,2 pour les médecins généralistes, et entre 0,7 et 1,7 pour les pharmaciens titulaires d'officine.

TABLEAU V

Structure de l'échantillon « pharmaciens d'officine » observée et obtenue après redressement^a selon certaines caractéristiques

	Effectif non redressé	Pourcentage non redressé	Effectif redressé	Pourcentage redressé
Total	1 062	100,0	1 062	100,0
Sexe				
Hommes	484	45,6	496	46,7
Femmes	578	54,4	566	53,3
Âge				
40 ans et moins	173	16,3	220	20,7
41 ans à 50 ans	484	45,6	487	45,8
51 ans et plus	405	38,1	355	33,5
Lieu d'exercice^b				
Ile-de-France	168	15,8	186	17,5
Nord-Ouest	216	20,3	203	19,1
Nord-Est	236	22,2	216	20,4
Sud-Ouest	262	24,7	286	26,9
Sud-Est	180	17,0	171	16,1

a. Le redressement permet d'attribuer à chaque catégorie de professionnels un poids équivalent à celui qu'il a réellement dans la population complète et non pas celui qu'il a réellement dans l'échantillon de l'enquête du fait de différentes raisons telles que les fluctuations d'échantillonnage, un taux d'injoignables ou de refus plus fréquents dans cette catégorie.

b. Découpage selon les régions téléphoniques.

LES TERMES ET ANALYSES STATISTIQUES

Cette partie introduit de façon succincte les principales analyses statistiques utilisées dans l'ouvrage. Il est destiné aux personnes moins familiarisées avec la statistique, afin de leur faciliter la lecture et la compréhension des termes et tableaux employés. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel STATA® version 7 SE.

L'INTERPRÉTATION DES TESTS STATISTIQUES

Les statistiques permettent d'analyser la variation des données entre les individus. Ces données peuvent être :

- un nombre représentant une mesure (l'âge, le nombre d'actes médicaux réalisés par jour...);
- une modalité de réponse (« *Oui* », « *Non* », « *Ne sait pas* », ou « *Rarement* », « *Parfois* », « *Souvent* », « *Très souvent* »...).

Le premier type de variables se nomme quantitative. Il permet, par exemple, les calculs de moyennes. Le deuxième type de variables se nomme qualitative. Elle est dite nominale si les catégories n'ont pas d'ordre (« *Oui* », « *Non* », « *Ne sait pas* ») et ordinale si il est possible d'indiquer un ordre entre les catégories (« *Rarement* », « *Parfois* », « *Souvent* », « *Très souvent* »). Pour les variables nominales et ordinales, un pourcentage de réponses par modalité peut être obtenu.

L'analyse des réponses peut en général faire apparaître des différences selon le groupe d'appartenance d'un individu, par exemple selon le sexe ou le secteur d'exercice du médecin. La question essentielle est de pouvoir déterminer si la différence observée est un effet du hasard (différence non significative) ou si elle résulte d'un autre effet (différence significative). Il n'est pas possible de répondre à cette question directement, mais on évalue la probabilité

que la disposition trouvée dans les données soit due au hasard du tirage de l'échantillon. Si cette probabilité (que l'on note « *p* ») est inférieure à 5 % (seuil généralement retenu), on admet que la différence est significative.

LA MOYENNE, L'ÉCART TYPE ET LA MÉDIANE

Il est souvent utile de résumer une série de nombres par des indicateurs simples et représentatifs. L'un des plus connus et des plus utilisés est la moyenne arithmétique : la série des âges peut ainsi être résumée par l'âge moyen. Le choix de la moyenne comme indice résumant l'ensemble des données s'explique par le fait qu'il s'agit du nombre le plus proche de l'ensemble de ces données (lorsque celles-ci suivent une loi dite « normale », c'est-à-dire lorsqu'il y a dans une population beaucoup d'individus proches de la moyenne et peu aux extrêmes). En revanche, utiliser seulement cet indice revient à ne pas prendre en compte la variabilité des données; ainsi, on lui adjoint souvent l'écart type ou un intervalle de confiance (IC à 95 %) évaluant la dispersion des valeurs autour de la moyenne.

La médiane est, quant à elle, la valeur pour laquelle 50 % des mesures de la distribution considérée sont supérieures et 50 % inférieures. Cet indicateur de position présente l'intérêt d'être insensible aux variations dues aux valeurs extrêmes d'un échantillon, contrairement à la moyenne.

LA RELATION ENTRE DEUX SÉRIES D'OBSERVATIONS

Quand il s'agit d'évaluer la relation entre deux séries d'observations, il convient de déterminer si le fait que les deux types d'événements apparaissent ensemble un certain nombre de fois permet de conclure qu'il

existe entre eux une relation. Par exemple, dans l'étude de la satisfaction professionnelle suivant le sexe du répondant, les femmes déclarent plus souvent être satisfaites par l'exercice de leur profession que les hommes. Deux possibilités sont envisageables :

- dans un premier cas, la distribution des réponses est due au hasard du tirage au sort. Dans notre exemple, les femmes ne seraient pas plus souvent satisfaites de leur profession que les hommes ;
- dans le cas contraire, lorsque les observations effectives s'éloignent suffisamment des observations attendues en cas de répartition au hasard, il existe une relation entre les deux variables étudiées avec x % de chances de se tromper (cf. « Le degré de significativité (ou de signification) ») ; la différence qui serait due au hasard du tirage est jugée ainsi improbable. Dans notre exemple, les femmes seraient plus souvent satisfaites que les hommes.

En tout état de cause, quand l'existence d'une relation entre deux variables est trouvée, cette conclusion reste purement descriptive et ne signifie pas nécessairement qu'un mécanisme causal sous-tend la relation évoquée.

LE DEGRÉ DE SIGNIFICATIVITÉ (OU DE SIGNIFICATION)

Le degré, ou seuil, de significativité exprime la probabilité que les différences observées soient le fruit du hasard.

Pour chaque test statistique effectué, le degré de significativité a été calculé et exprimé par la donnée du seuil « p » associé. Quand un résultat relatif à une relation entre deux variables est introduit dans le texte et discuté, dans tous les cas cette relation a été évaluée par l'intermédiaire d'un test statistique, et le test utilisé s'est révélé significatif à un seuil de probabilité « p » inférieur à 0,05 (5 %). Cela signifie que le hasard de

cent tirages produirait moins de cinq échantillons ayant une telle différence. Le risque est alors pris de considérer que ce n'est probablement pas le hasard qui induit cette différence, mais qu'il s'agit d'un autre effet.

Dans les tableaux ou dans le corps du texte, les degrés de significativité des tests statistiques sont indiqués de la manière suivante :

* : $p < 0,05$ signifie que le hasard ne produirait cette répartition de données qu'au plus une fois sur vingt tirages au sort ;

** : $p < 0,01$ signifie que le hasard ne produirait cette répartition de données qu'au plus une fois sur cent tirages au sort ;

*** : $p < 0,001$ signifie que le hasard ne produirait cette répartition de données qu'au plus une fois sur mille tirages au sort.

LE KHI-DEUX DE PEARSON

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la répartition de deux variables qualitatives, comme le sexe et la satisfaction professionnelle des médecins interrogés, l'outil statistique utilisé est le test du Khi-deux de Pearson. Il mesure la différence entre le tableau attendu si les deux facteurs se croisaient « au hasard » et le tableau effectivement observé [tableau VI].

Dans ce cas, il existe une différence entre le tableau observé et le tableau attendu (ce dernier correspondant à la répartition attendue des médecins satisfaits par l'exercice de leur profession s'il n'existait pas de différence entre hommes et femmes). Le Khi-deux de Pearson, évaluant l'importance de cet écart, s'est révélé significatif au seuil de un pour cent ; il a été conclu qu'il existe une différence entre les hommes et les femmes quant à la satisfaction professionnelle.

LE TEST T DE STUDENT

Le test t de Student a été utilisé pour comparer la différence entre des moyennes.

TABLEAU VI

**Illustration du Khi-deux de Pearson.
Tableaux observé et attendu
de la comparaison de la satisfaction
à l'égard de la pratique
de la profession selon le sexe**

Tableau observé (données non pondérées)

	Insatisfait	Satisfait	Total
Hommes	372	1 215	1 587
	23,4 %	76,6 %	100,0 %
Femmes	79	391	470
	16,8 %	83,2 %	100,0 %
Total	451	1 606	2 057
	21,9 %	78,1 %	100,0 %

Tableau attendu lorsqu'il n'y a pas de différence de satisfaction professionnelle selon le sexe

	Insatisfait	Satisfait	Total
Hommes	348	1 239	1 587
	21,9 %	78,1 %	100,0 %
Femmes	103	367	470
	21,9 %	78,1 %	100,0 %
Total	451	1 606	2 057
	21,9 %	78,1 %	100,0 %

$$\chi^2 = \frac{(372-348)^2}{348} + \frac{(79-103)^2}{103} + \frac{(1\ 215-1\ 239)^2}{1\ 239} + \frac{(391-367)^2}{367} = 9,3$$

d'où, $p < 0,01$ d'après la table de la loi de Khi-deux.

Si l'on s'intéresse, par exemple, au nombre moyen d'actes médicaux réalisés par jour selon le sexe du médecin, il faudrait s'attendre, si aucune relation n'existait entre la variable « nombre moyen d'actes » et la variable « sexe », à ce que le nombre moyen d'actes soit identique chez les hommes et chez les femmes. Le test de Student permet, comme le Khi-deux pour deux variables qualitatives, d'évaluer l'écart entre les moyennes observées dans chacune des modalités. Si la variation est jugée importante, il est possible de conclure que le nombre moyen d'actes médicaux quotidiens diffère significativement selon le sexe du généraliste.

LA STANDARDISATION

Lorsque l'on étudie certaines caractéristiques ou certains comportements de santé dans deux populations distinctes, les différences observées peuvent être affectées par des facteurs qui différencient les deux populations (par exemple, la structure par âge ou par sexe peut être différente d'une population à l'autre). La standardisation est un moyen de réduire les effets de ces facteurs et par conséquent de rendre les mesures effectuées comparables.

Dans cet ouvrage, la standardisation a consisté au calcul du SMR (*standardized mortality ratio*), qui est le rapport du nombre observé de personnes ayant la caractéristique recherchée (par exemple, « être fumeur ») d'une population X sur le nombre attendu de personnes (dans notre exemple, « fumeur ») de cette même population X si on lui appliquait la structure par âge et sexe d'une population de référence Y.

La population de référence choisie le plus souvent dans cette monographie a été la population des médecins généralistes. Un test (de Breslow et Day) a ensuite été utilisé afin de voir si le SMR obtenu était différent de 1 (valeur de l'égalité entre deux observations). Si le test se révèle significatif (cf. « Le degré de significativité »), il est alors conclu qu'il existe une différence entre les deux populations observées, et ce tout en ayant tenu compte des différences de structure (sexe et âge).

L'ODDS RATIO

Une des façons d'exprimer l'effet d'une variable sur une donnée qualitative est l'odds ratio. Celui-ci est très utilisé en épidémiologie, notamment pour évaluer les risques de développer certaines maladies chez certaines populations (par exemple, exposées et non exposées à un facteur de risque).

L'odds ratio est, dans un tableau à deux entrées (ou 2x2), le rapport a/c sur b/d [tableau VII]. Il exprime dans cet exemple que le rapport du nombre de médecins insatisfaits par l'exercice de leur profession sur le nombre de médecins satisfaits est, chez les hommes, 1,5 fois supérieur au même rapport chez les femmes. Cela traduit le fait que la proportion de généralistes insatisfaits est plus importante chez les hommes que chez les femmes.

LES FACTEURS DE CONFUSION

Trouver une association entre deux variables ne signifie pas que les deux variables sont liées directement entre elles. Il peut s'agir de l'intervention d'un troisième facteur

lié aux deux autres. Par exemple, il existe une relation entre le sexe du généraliste et le nombre de sérologies pour l'hépatite C prescrites au cours du dernier mois. En fait, ce lien disparaît si l'on introduit la variable « Nombre d'actes réalisés en moyenne par jour » (en « ajustant » sur le nombre d'actes), tout simplement parce que le nombre d'actes réalisés est lié au sexe : les hommes réalisent en moyenne plus d'actes que les femmes, et ce nombre d'actes est lui-même fortement lié au nombre de sérologies pour l'hépatite C prescrites [figure 1].

LES ANALYSES MULTIVARIÉES

Il est rare de s'intéresser seulement à deux variables isolées quand il s'agit d'étudier des

TABLEAU VII

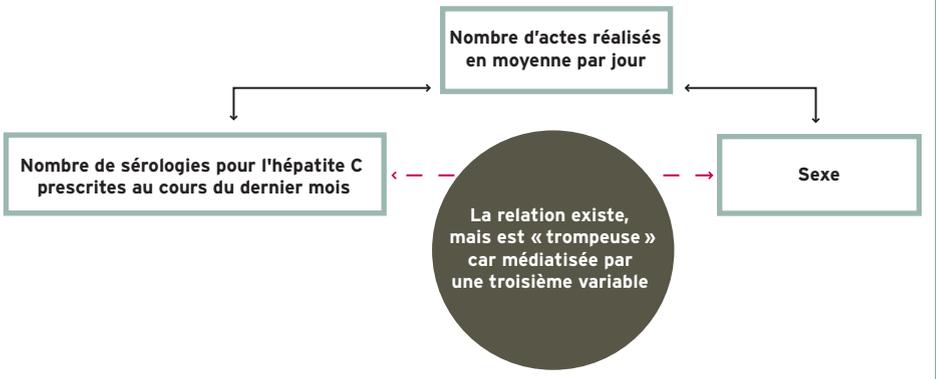
Comparaison de la satisfaction professionnelle entre hommes et femmes

	Insatisfait	Satisfait	Total
Hommes	372 (a)	1 215 (c)	1 587 (a + c)
Femmes	79 (b)	391 (d)	470 (b + d)
Total	451 (a + b)	1 606 (c + d)	2 057

$$OR = (a/c)/(b/d) = (372/1\,215)/(79/391) = 1,5.$$

FIGURE 1

Illustration du facteur de confusion



phénomènes complexes. Dans ce cas, il est possible d'avoir recours aux analyses multivariées (incluant en même temps plusieurs variables), qui peuvent être de deux types.

Le premier se focalise sur une variable (nommée variable « dépendante », ou cible), pour laquelle on cherche à déterminer les facteurs associés — variables indépendantes — restant en relation significative avec cette variable quand on considère leur variation simultanée. Dans notre étude, ce type d'analyse (représenté par la régression logistique ou l'analyse de la variance multiple) a essentiellement été utilisé pour vérifier l'existence ou non de certains facteurs de confusion (notamment le nombre d'actes médicaux réalisés en moyenne par jour).

Le second type d'analyse ne privilégie pas l'une des variables considérées et cherche à dégager la structure descriptive de l'ensemble de ces variables. Ce genre d'analyse n'a pas été employé dans cet ouvrage.

LA RÉGRESSION LOGISTIQUE

La régression logistique permet de créer un modèle (mathématique) liant une série de variables à une seule variable cible qualitative à deux modalités (« oui »/« non », « présent »/« absent », 0/1). Il est possible de mesurer l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible, indépendamment des autres (ajustement). La force de l'influence de chaque variable du modèle est estimée par l'odds ratio. Suivant la qualité du modèle, il est possible de prédire plus ou moins bien la variable cible connaissant la valeur des autres variables.

La difficulté de l'utilisation de la régression logistique en sciences sociales repose sur la fragilité des modèles explicatifs reliant comportements, attitudes, connaissances et opinions.

La régression logistique n'a pas été utilisée dans ce Baromètre santé pour construire un modèle et prédire la variable cible, mais

POUR EN SAVOIR PLUS

Ouvrages généraux

■ Ardilly P.

Les techniques de sondage

Paris : Technip, 1994 : 416 p.

■ Bouyer J., Hémon D., Cordier S., *et al.*

Épidémiologie. Principes et méthodes quantitatives

Paris : Inserm, 1995 : 498 p.

■ Brossier G., Dussaix A.-M.

Enquêtes et sondages

Paris : Dunod, 1999 : 365 p.

■ Dodge Y.

Premiers pas en statistiques

Springer-Verlag France, 1999 : 427 p.

■ Jenicek M., Cléroux R.

Épidémiologie. Principes, techniques, applications

Paris : Maloine, 1987 (4^e éd.) : 454 p.

■ Leclerc A., Papoz L., Bréart G., *et al.*

Dictionnaire d'épidémiologie

Paris : Frison-Roche, 1990 : 143 p.

■ Rumeau-Rouquette C., Blondel B., Kaminski M., Bréart G.

Épidémiologie. Méthodes et pratique

Paris : Flammarion/Médecine-sciences, coll. Statistique en biologie et en médecine, 1994 : 312 p.

■ Saporita G.

Probabilité, analyse des données et statistique

Paris : Technip, 1990 : 528 p.

■ Schwartz D., Bouyer J.

Méthodes statistiques à l'usage des médecins

et des biologistes : exercices corrigés et commentés

Paris : Flammarion/Médecine-sciences, 1994 : 304 p.

Régression logistique

■ Hosmer D. W., Lemeshow S.

Applied logistic regression

Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics, 1989.

■ Gourieroux C.

Économétrie des variables qualitatives

Economica, coll. Économie et statistiques avancées, 1989 : 430 p.

■ Insee

L'économétrie et l'étude des comportements

Document de travail de la Direction des statistiques démographiques et sociales.

simplement pour évaluer l'impact éventuel de certaines variables de confusion ou afin de mesurer la force des liens entre les variables.

Pour chaque odds ratio, l'intervalle de confiance (IC) est signalé à 95 %. Cet intervalle a une probabilité de 95 % de contenir la vraie valeur (inconnue) de l'odds ratio [12].

L'ANALYSE DE LA VARIANCE MULTIPLE

L'analyse de la variance multiple (Manova) a permis de mesurer l'influence de plusieurs

variables sur une variable dépendante quantitative. Elle donne l'occasion de déterminer celles qui s'avèrent les plus influentes (expliquent le plus sa variation ou sa variance) et, comme pour la régression logistique, de vérifier l'existence ou non de variables de confusion.

CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La structure de la population des médecins généralistes, si elle est connue à partir de sources administratives telles que la Cnamts ou le Conseil national de l'Ordre des médecins, peut être également décrite à partir de données d'enquêtes. Les variables démographiques (sexe, âge, région) et les variables caractéristiques de l'activité du médecin (secteur, mode d'exercice particulier, nombre quotidien d'actes médicaux...) sont autant de données qu'il est intéressant de croiser entre elles et de suivre à travers les différentes enquêtes « Médecins généralistes ». Certaines de ces informations sont disponibles depuis la première enquête (1992), mais la plupart sont renseignées depuis 1994, année où le questionnaire et la taille de l'échantillon se sont accrus de manière significative.

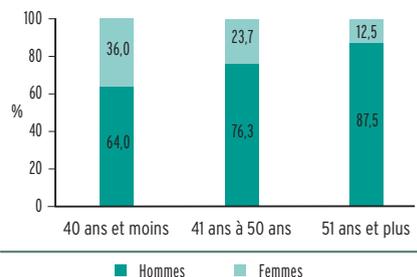
LE SEXE

Plus des trois quarts (78,5 %) de l'échantillon des médecins généralistes sont constitués d'hommes. Cette proportion tend cependant à se réduire au fil du temps : la proportion de femmes parmi les médecins généralistes est en effet passée de 18,0 % en 1994 à 20,7 % en 1998 et 21,5 % en 2003. Cette féminisation

de la profession, constatée par l'ensemble des producteurs de données, se remarque encore plus lorsque la répartition par sexe est réalisée selon l'âge [figure 2]. Ainsi, plus du tiers (36,0 %) des médecins âgés de 40 ans ou moins sont des femmes, alors que c'est le cas une fois sur huit (12,5 %) pour les praticiens de plus de 50 ans. Ces proportions étaient respectivement de 33,5 % et 7,8 % en 1998, et de 26,2 % et 3,2 % en 1992. L'âge moyen des femmes interrogées est ainsi significativement inférieur à celui des hommes (45,0 ans vs 48,7 ans ; $p < 0,001$).

FIGURE 2

Répartition des médecins généralistes selon le sexe et l'âge



Cette féminisation se poursuivra sans aucun doute dans la décennie à venir puisque, d'une part, selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [13], près des deux tiers (64 %) des étudiants inscrits en première année de médecine en janvier 2002 sont des femmes et que, d'autre part, les femmes, qui auparavant avaient tendance à se spécialiser, s'orientent aujourd'hui plus qu'hier vers la médecine générale [14].

L'ÂGE

Pour la première fois depuis la mise en place de ces enquêtes, la proportion de médecins âgés de plus de 50 ans est supérieure à celle des médecins de 40 ans ou moins : ainsi, en 2003, moins d'un médecin sur six (16,0 %) est âgé de moins de 40 ans, contre un peu plus d'un médecin sur quatre en 1998 et près d'un sur deux dix ans auparavant [figure 3].

L'âge moyen des médecins généralistes interrogés s'accroît donc encore. Il passe de 41,3 ans en 1992 à 45,1 ans en 1998 et atteint

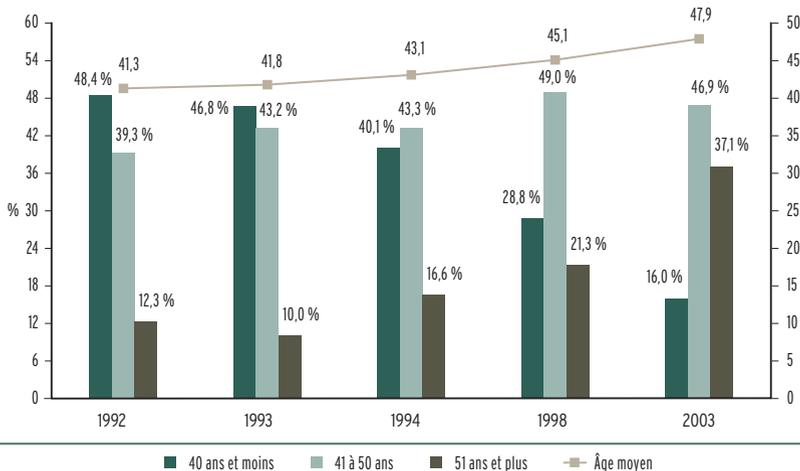
47,9 ans en 2003 ($p < 0,001$). Ce vieillissement, effet du *numerus clausus* (régulation du nombre de médecins instaurée en 1971) et observé depuis déjà plusieurs années, se poursuivra vraisemblablement dans les années à venir. En effet, même si le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine est en constante hausse (fixé à 4 700 pour l'année scolaire 2001-2002, 5 100 pour 2002-2003, 5 600 pour l'année 2003-2004 et 6 200 pour l'année 2004-2005), ce *numerus clausus* aurait dû, d'après un rapport du Conseil de l'Ordre des médecins [15], s'élever à 7 000 dès l'année 2000 pour compenser les départs à la retraite prévus à partir de 2010.

LA COMMUNE D'EXERCICE

Les médecins interrogés exercent pour 17,6 % d'entre eux dans des communes de moins de 2 000 habitants et pour 22,6 % dans des communes de 2 000 à 20 000 habitants. Dans l'enquête, les hommes sont plus nombreux dans ces communes que

FIGURE 3

Répartition des médecins selon leur âge au cours des différents Baromètres



les femmes (42,4 % vs 32,2 % ; $p < 0,001$). Environ un médecin sur sept (14,4 %) exerce dans une commune comprenant de 20 000 à 100 000 habitants, 31,0 % dans une commune de plus de 100 000 habitants et 14,4 % en agglomération parisienne.

LE SECTEUR D'EXERCICE

La majorité des médecins de l'échantillon (86,9 %) appartient au secteur 1 et pratique donc les tarifs fixés par la convention signée avec la Cnamts. Un médecin interrogé sur huit (12,6 %) travaille en secteur 2 et peut donc appliquer des prix supérieurs au tarif conventionnel. Les praticiens non conventionnés ainsi que ceux ayant droit au dépassement permanent ne représentent respectivement que 0,4 % et 0,1 % de la population interrogée.

Le secteur d'exercice varie significativement selon l'âge : 97,5 % des médecins de 40 ans ou moins sont en secteur 1 ; cette proportion tombe à 87,2 % parmi les 41-50 ans et à 82,1 % pour les plus de 50 ans. Cette tendance s'explique notamment par le fait que seuls les anciens chefs de clinique et anciens assistants des hôpitaux ont la possibilité de pratiquer en secteur 2.

La répartition des médecins conventionnés de secteur 1 diffère selon la région et la catégorie d'agglomération, et ce quel que soit leur âge : ils sont moins de trois sur quatre (73,7 %) en région parisienne, 83,8 % dans le sud-est de la France et entre 91 % et 93 % dans les autres régions ($p < 0,001$). Les petites communes (moins de 20 000 habitants) comptent proportionnellement plus de médecins de secteur 1 que les agglomérations plus grandes⁸ (92,7 % vs 86,2 % ; $p < 0,001$).

La tendance observée en 1998, c'est-à-dire l'augmentation des médecins de secteur 1 depuis 1992, n'est pas confirmée en 2003 —

ce résultat peut être lié en partie au vieillissement de la population des médecins.

LE TYPE DE CABINET

Les médecins de l'échantillon se répartissent relativement équitablement entre cabinet de groupe et cabinet individuel ; respectivement 51,1 % et 48,9 %. Les praticiens les plus jeunes optent plus que les autres pour un cabinet composé de plusieurs professionnels de santé : ainsi, près des deux tiers des généralistes de 40 ans ou moins (66,0 %) exercent en cabinet de groupe, contre 51,6 % des 41-50 ans et 44,1 % des plus de 50 ans ($p < 0,001$). Ces proportions étaient moindres en 1998 (respectivement égales à 51,7 %, 41,6 % et 39,5 %) et laissent donc présager d'une augmentation des médecins pratiquant en cabinet de groupe pour les années à venir.

LE MODE D'EXERCICE PARTICULIER

Près de deux médecins sur trois (65,3 %) pratiquent un mode d'exercice particulier (Mep) : de manière occasionnelle pour 52,0 % de l'échantillon et systématique pour 13,3 %. Depuis 1992, il est observé une augmentation significative ($p < 0,001$) de ces pratiques [figure 4] : la proportion de généralistes pratiquant un Mep a ainsi augmenté de 13 points en dix ans.

Le mode d'exercice particulier le plus fréquent est l'homéopathie ; 6,4 % la pratiquent systématiquement [figure 5] et 38,6 % la pratiquent occasionnellement (vs 36,6 % en 1998 et 26,1 % en 1994 ; $p < 0,001$).

La mésothérapie⁹, au contraire, est une pratique de moins en moins courante chez les généralistes ($p < 0,01$) ; elle concerne

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

8. Agglomération parisienne exclue.

FIGURE 4

Pratique d'un mode d'exercice particulier (Mep) au cours des différents Baromètres santé médecins généralistes

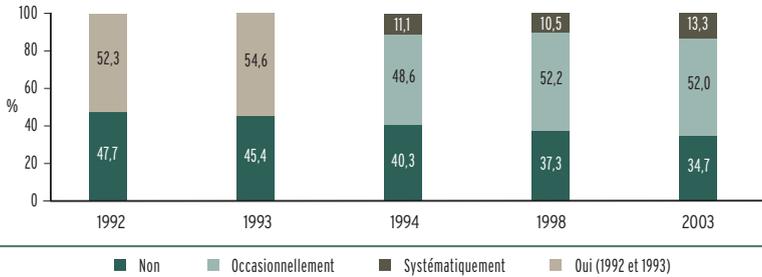
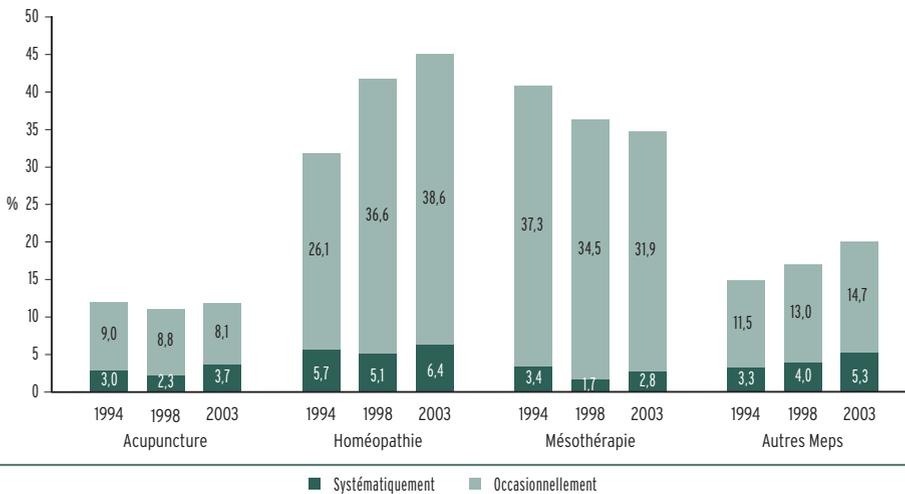


FIGURE 5

Pratique de différents modes d'exercice particulier (Mep) depuis le Baromètre santé médecins généralistes 94/95



cependant encore plus d'un tiers des praticiens. L'acupuncture, quant à elle, reste relativement stable et concerne un peu plus d'un médecin sur dix.

La pratique systématique d'un Mep est supérieure chez les femmes (20,8 % vs 11,2 % ; $p < 0,001$), ainsi que chez les médecins de plus de 50 ans (15,3 % contre

13,3 % des 41-50 ans et 8,5 % des 40 ans et moins ; $p < 0,05$). Concernant la pratique occasionnelle, elle est supérieure chez les hommes (53,2 % vs 47,3 % ; $p < 0,05$) et dans les agglomérations de moins de 20 000 habitants (56,9 % vs 48,7 % ; $p < 0,001$).

Par ailleurs, le secteur d'exercice est un facteur très discriminant puisque les

médecins de secteur 2 sont plus de quatre sur cinq (83,2 %) à pratiquer un Mep contre 62,5 % des secteurs 1 ($p < 0,001$), et ils sont 41,4 % à le faire systématiquement (νs 8,9 %; $p < 0,001$).

LE NOMBRE MOYEN D'ACTES MÉDICAUX

Les médecins de l'échantillon déclarent effectuer 24 actes médicaux en moyenne par jour (± 8). Une augmentation significative est observée depuis 1992 (22 actes déclarés en moyenne en 1998; $p < 0,001$).

Les hommes en déclarent plus que les femmes (25 νs 21; $p < 0,001$), de même que les médecins les plus jeunes : 25 parmi les 40 ans et moins, *versus* 24 pour les plus de 40 ans ($p < 0,05$).

Les médecins conventionnés en secteur 1 déclarent significativement plus d'actes que les autres (25 νs 21; $p < 0,001$). À l'inverse, les médecins pratiquant systématiquement un Mep en déclarent significativement moins (22 νs 25; $p < 0,001$).

Le nombre moins important de médecins dans le nord de la France se fait ressentir au niveau du nombre moyen d'actes réalisés quotidiennement : en effet, ceux-ci en déclarent 26 alors que les médecins du sud en déclarent 23 et ceux d'Ile-de-France 22 ($p < 0,001$).

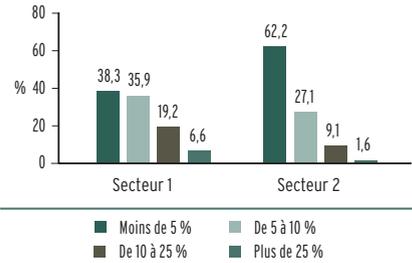
LA COUVERTURE MÉDICALE UNIVERSELLE

Plus de trois médecins interrogés sur quatre évaluent à moins de 10 % la part de leur clientèle bénéficiant de la Couverture médicale universelle (c'est-à-dire bénéficiant d'une prise en charge des dépenses de santé).

Les hommes sont proportionnellement moins nombreux à déclarer qu'au moins 10 % de leurs clients bénéficient de la CMU (22,7 % νs 27,6 % chez les femmes; $p < 0,05$).

FIGURE 6

Part de la clientèle bénéficiant de la Couverture médicale universelle estimée par le généraliste selon le secteur d'exercice



L'estimation des médecins dépend également du secteur dans lequel ils exercent : un généraliste de secteur 1 sur quatre (25,8 %) évalue à plus de 10 % cette part contre 10,7 % des médecins exerçant en secteur 2 ($p < 0,001$) [figure 6].

LES MÉDECINS RÉFÉRENTS

Plus d'un médecin sur 10 (11,4 %) déclare être médecin référent. Ce dispositif, permettant au patient de payer uniquement le ticket modérateur¹⁰ et destiné entre autres à lutter contre le « nomadisme » médical, n'est pas plus adopté chez les femmes que chez les hommes, ni davantage chez les « jeunes » médecins que chez les plus âgés.

En revanche, la proportion de médecins référents est significativement supérieure parmi les praticiens exerçant en secteur 1 (12,6 % νs 3,2 %; $p < 0,001$). De même, et de manière assez logique, les médecins estimant la part de leur clientèle bénéficiaire de l'aide médicale gratuite à moins de 5 % sont proportionnellement moins

10. Il s'engage en contrepartie à passer par ce médecin référent pour tout examen, visite chez un spécialiste ou service hospitalier, à l'exception des urgences.

nombreux à se déclarer référents que ceux l'estimant à plus d'un quart (9,0 % vs 19,5 % ; $p < 0,001$).

LA PARTICIPATION À UN RÉSEAU

Un médecin sur cinq (20,2 %) déclare en 2003 participer à un réseau contre un sur six (16,6 %) en 1998 ($p < 0,01$). Les thèmes les plus fréquents de ces réseaux sont le diabète, les traitements de substitution des héroïnomanes/la toxicomanie et l'hépatite C [figure 7].

Concernant les évolutions, le diabète et les soins palliatifs sont deux thèmes qui n'apparaissent pas en 1998. Parmi les médecins déclarant participer à un réseau, les proportions ont significativement augmenté quant aux réseaux « Hépatite C » (16,5 % vs 9,7 % en 1998 ; $p < 0,01$), « Gériatologie » (15,3 % vs 7,7 % ; $p < 0,01$) et « Cancer » (12,8 % vs 4,3 % ; $p < 0,001$). À l'inverse, les réseaux « VIH » comptent proportionnellement moins de médecins (15,3 % vs 29,6 % en 1998 ; $p < 0,001$).

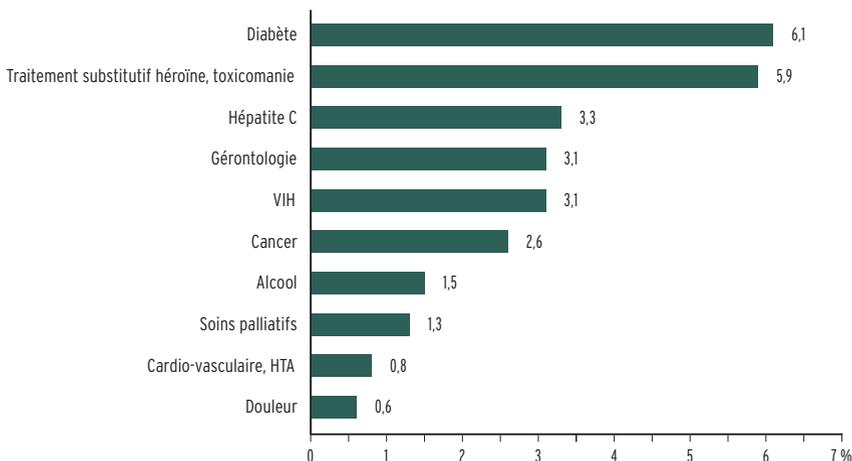
Les généralistes âgés de 41 à 50 ans, de même que ceux exerçant dans une localité de plus de 20 000 habitants ou dans l'agglomération parisienne, déclarent plus que les autres participer à un réseau [tableau VIII]. Les caractéristiques de l'activité médicale telles que le type de cabinet, le fait d'être médecin référent et une part importante de la clientèle bénéficiant de la Couverture médicale universelle sont, elles aussi, liées positivement au fait de déclarer collaborer à un réseau.

LES ACTIVITÉS ASSOCIÉES

Les médecins de l'échantillon ont été interrogés sur les activités associées à l'exercice de leur profession telles que la participation à des associations, des activités concernant le syndicalisme ou encore la formation. Plus d'un quart (28,8 %) des omnipraticiens participent à des activités de formation, 16,1 % se consacrent à des activités relatives à des associations de prévention, 10,1 % à des associations de malades, 11,5 % à des

FIGURE 7

Thèmes des réseaux auxquels participent les médecins généralistes (n=2057)



activités concernant le syndicalisme ; 10,5 % déclarent être maîtres de stage et 4,2 % collaborent aux activités de l'Ordre des médecins.

Les proportions de médecins qui déclarent participer à ces activités ont, pour la majorité d'entre elles, diminué significativement depuis 1994 [tableau IX].

Les hommes sont plus nombreux à déclarer

ces activités que les femmes, notamment en ce qui concerne le syndicalisme, l'Ordre des médecins et le fait d'être maître de stage. De même, les médecins de plus de 50 ans participent davantage à ces deux dernières activités que les plus jeunes.

Les médecins référents, les médecins appartenant à un réseau et ceux pratiquant un mode d'exercice particulier déclarent plus

TABLEAU VIII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la participation à un réseau (n=2 036)

	OR ajusté	IC à 95 %
Âge		
40 ans ou moins (n=328)	1,0	
41 à 50 ans (n=961)	1,7**	1,2–2,4
50 ans et plus (n=747)	1,3	0,9–1,8
Agglomération		
Moins de 20 000 habitants (n=819)	1,0	
20 000 habitants ou plus (n=937)	1,4*	1,1–1,8
Agglomération parisienne (n=280)	2,0***	1,4–2,8
Type de cabinet		
Individuel (n=1 071)	1,0	
Groupe (n=965)	1,4**	1,1–1,7
Part de CMU		
Moins de 10 % (n=1 551)	1,0	
10 % et plus (n=485)	1,5**	1,2–1,9
Médecin référent		
Non (n=1 805)	1,0	
Oui (n=231)	2,0***	1,5–2,7

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

TABLEAU IX

Les activités associées en 1994 et 2003 (en %)

	1994		2003
Syndicalisme**	14,8	↓	11,5
Ordre des médecins*	5,9	↓	4,2
Associations de malades	11,9	→	10,1
Associations de prévention	16,7	→	16,1
Formation***	32,0	↓	28,8
Maître de stage	–	–	10,5

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

que les autres se consacrer à la majorité des activités citées et plus particulièrement aux

activités de formation ainsi qu'aux associations de malades ou de prévention.

CARACTÉRISTIQUES DES PHARMACIENS TITULAIRES D'OFFICINE

La population des pharmaciens titulaires d'officine, comme celle des médecins généralistes, a ses spécificités. Les données recueillies en 2003 permettent de dresser le tableau de la structure de cette population et complètent les données du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens [16] en ce qui concerne des données non démographiques telles que la participation à un réseau, à des activités de formation, ou encore la spécialisation de l'officine.

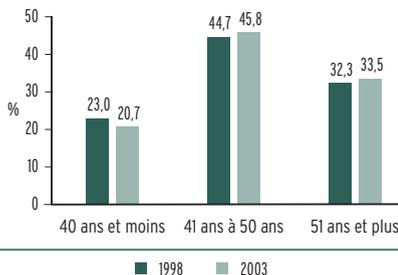
SEXE ET ÂGE

L'échantillon des pharmaciens titulaires d'officine est constitué par 53,3 % de femmes et par 46,7 % d'hommes. Cette répartition par sexe n'a pas évolué depuis 1998.

L'âge moyen des pharmaciens interrogés est de 47,1 ans, sans différence selon le sexe. Un pharmacien sur cinq est âgé de 40 ans ou moins, et un tiers de plus de 50 ans [figure 8]. Les différences observées entre 1998 et 2003 concernant l'âge ne sont pas significatives.

FIGURE 8

Répartition des pharmaciens selon leur âge en 1998 et 2003



LIEU D'EXERCICE

L'officine de deux pharmaciens sur cinq (39,9 %) est située en zone rurale; les femmes y demeurent significativement plus que les hommes (43,3 % vs 35,9 %; $p < 0,05$). Parmi les 60,1 % de pharmaciens exerçant dans une agglomération urbaine, 29,4 % sont situés en centre-ville, 63,2 % dans un quartier et 7,4 % dans un centre commercial.

TAILLE ET CHIFFRE D'AFFAIRES DE L'OFFICINE

Plus d'un quart de la population interrogée (26,7 %) déclare qu'il y a plus de cinq personnes habilitées à délivrer des médicaments dans leur officine. 17,4 % travaillent à cinq, 23,1 % à quatre, 18,3 % à trois, 11,0 % à deux, et 3,5 % sont seuls. Le nombre moyen de pharmaciens dans l'officine est ainsi de 5 [± 2]. Ce nombre est plus élevé lorsque le pharmacien interrogé est un homme (5 vs 4; $p < 0,01$) et dans les pharmacies situées dans un centre commercial (7 vs 5; $p < 0,001$).

Le chiffre d'affaires déclaré par les pharmaciens est en nette progression par rapport à 1998 : en effet, la proportion de pharmaciens dont le chiffre d'affaires est inférieur à 460 000 euros est passée de 7,8 % à 3,2 % ($p < 0,001$), alors que celle annonçant un chiffre supérieur à 1 070 000 a augmenté de 28,9 % à 51,9 % ($p < 0,001$) [figure 9].

Le chiffre d'affaires de l'officine est différent selon le sexe de l'interviewé : les hommes sont 62,8 % à déclarer un chiffre supérieur à 1 070 000 euros contre 42,3 % des femmes ($p < 0,001$). Ce chiffre est logiquement plus important lorsque la

FIGURE 9

Répartition des pharmaciens titulaires d'officine selon le chiffre d'affaires en 1998 et 2003

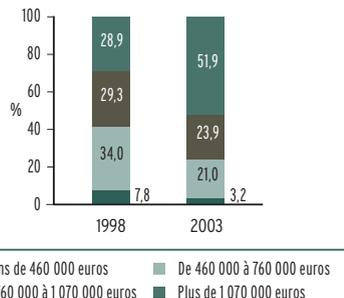
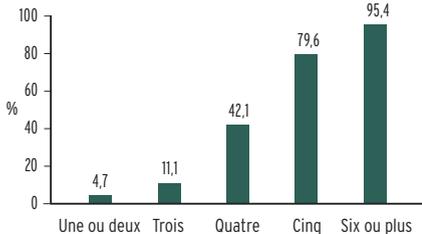


FIGURE 10

Proportion de pharmaciens déclarant un chiffre d'affaires supérieur à 1 070 000 euros selon le nombre de personnes habilitées à prescrire dans l'officine



taille de l'officine augmente [figure 10] : 95,4 % des pharmacies composées de plus de cinq personnes susceptibles de délivrer des médicaments ont un chiffre d'affaires supérieur à 1 070 000 euros, contre 4,7 % lorsque seules une ou deux personnes sont autorisées à délivrer ($p < 0,001$).

PARTICIPATION À UN RÉSEAU

Près d'un pharmacien sur six (15,7 %) déclare participer à un réseau de soins. Aucune différence n'est observée selon le

sexe, l'âge ou la situation géographique du pharmacien interrogé. En revanche, plus ce dernier déclare un chiffre d'affaires important, plus celui-ci déclare être associé à un réseau de soins.

Les thèmes des réseaux les plus fréquemment cités sont la toxicomanie et l'hospitalisation à domicile [figure 11].

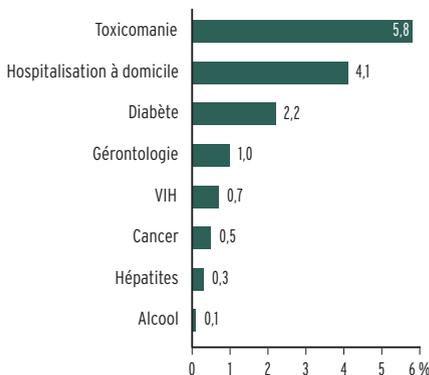
SPÉCIALISATIONS ET ACTIVITÉS ASSOCIÉES

Plus de la moitié des pharmaciens interrogés déclarent être spécialisés en homéopathie (54,7 %) et en orthopédie (53,8 %). Le maintien à domicile est une spécialité déclarée par 45,0 % de pharmaciens et la phytothérapie par 38,2 % d'entre eux. Plus d'un pharmacien sur cinq (20,4 %) n'est spécialisé dans aucun des quatre domaines cités.

Les variables sociodémographiques jouent différemment selon la spécialité : les hommes sont plus spécialisés en maintien à domicile, les femmes le sont plus en homéopathie. Les pharmaciens les plus jeunes

FIGURE 11

Thèmes des réseaux auxquels participent les pharmaciens titulaires d'officine (n=1 062)



sont plus souvent spécialisés en orthopédie et les plus âgés en homéopathie. Quant aux pharmacies situées dans des zones rurales, elles sont plus largement expérimentées en maintien à domicile et en orthopédie, tandis que celles situées en zone urbaine le sont plus en phytothérapie [tableau X].

Les pharmaciens se consacrant à des activités concernant le syndicalisme représentent 14,5 % de l'échantillon. Cette proportion est significativement plus importante que celle observée chez les médecins généralistes [tableau XI]. Ce constat, d'une prévalence plus grande parmi les pharmaciens,

TABLEAU X

Déterminants sociodémographiques des différentes spécialités déclarées par les pharmaciens titulaires d'officine (résultats de régressions logistiques)

	Orthopédie OR ajusté (n=1 059)	Phytothérapie OR ajusté (n=1 057)	Homéopathie OR ajusté (n=1 060)	Maintien à domicile OR ajusté (n=1 059)
Sexe				
Homme	1,0	1,0	1,0	1,0
Femme	0,9	1,1	1,3*	0,7**
Âge				
40 ans ou moins	1,0	1,0	1,0	1,0
41 à 50 ans	0,7*	1,2	1,2	1,2
51 ans et plus	0,6*	1,2	1,7**	1,1
Agglomération				
Rurale	1,0	1,0	1,0	1,0
Urbaine	0,7**	1,3*	1,2	0,4***

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

TABLEAU XI

Les activités associées chez les pharmaciens d'officine en 1998 et 2003 et chez les médecins généralistes

	Pharmaciens ¹		Médecins ²	Médecins (str. pharmaciens) ³	SMR ⁴
	1998	2003	2003	2003	2003
Syndicalisme	14,3 %	14,5 %	11,5 %*	9,7 %	1,5***
Conseil de l'Ordre	5,2 %	4,3 %	4,2 %	3,2 %	1,3
Associations de malades	14,1 %	12,5 %	10,1 %*	9,4 %	1,3**
Associations de prévention	13,6 %	13,7 %	16,1 %	16,3 %	0,8*
Activités de formation	10,4 %	17,9 %***	28,8 %***	28,5 %	0,6***
Maître de stage	–	59,0 %	10,5 %***	9,1 %	6,5***

1. Test du Khi-deux entre 1998 et 2003.

2. Test du Khi-deux entre médecins et pharmaciens pour l'année 2003.

3. Proportions de médecins obtenues après standardisation sur le sexe et l'âge.

4. Test de Breslow et Day.

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

Lecture : si la structure (par sexe et âge) des médecins généralistes était identique à celle des pharmaciens titulaires d'officine, la proportion de médecins se consacrant à des activités concernant le syndicalisme serait de 9,7 %.

L'indicateur (SMR) mesurant l'écart entre les deux populations serait alors significatif au seuil de 1 pour 1000.

peut être fait pour les activités relatives à des associations de malades mais aussi et surtout pour les activités de maître de stage : près de trois pharmaciens sur cinq (59,0 %) déclarent cette activité contre un médecin sur dix ($p < 0,001$). À l'inverse, les médecins sont proportionnellement plus nombreux à se consacrer à des activités relatives à des associations de prévention et à des activités de formation (en tant que formateur), même

si cette activité a augmenté significativement chez les pharmaciens, passant de 10,4 % en 1998 à 17,9 % en 2003 ($p < 0,001$).

Concernant la proportion de pharmaciens collaborant au Conseil de l'Ordre, celle-ci n'a pas évolué depuis 1998 et n'est pas différente de celle des médecins généralistes.

Bibliographie

- [1] Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir.). **Baromètre santé 92 : résultats de l'enquête annuelle sur la santé des Français.** Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1994 : 165 p.
- [2] Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.-P., Warszawski J. (sous la dir.). **Baromètre santé 93/94 : résultats de l'enquête périodique sur la santé des Français.** Paris : CFES, coll. Baromètres, 1995 : 168 p.
- [3] Baudier F., Arènes J. (sous la dir.). **Baromètre santé 95-96 adultes.** Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 288 p.
- [4] Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., Janvrin M. P., Michaud C. **Baromètre santé nutrition 96 adultes.** Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 179 p.
- [5] Arènes J., Janvrin M. P., Baudier F. (sous la dir.). **Baromètre santé 97/98 jeunes.** Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1998 : 328 p.
- [6] Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A. C., Arwidson P., Janvrin M. P. **Baromètre santé 2000. Méthodes-volume 1.** Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001 : 142 p.
- [7] Guilbert P., Baudier F., Gautier A. **Baromètre santé 2000. Résultats-volume 2.** Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001 : 473 p.
- [8] Guilbert P., Perrin-Escalon H. **Baromètre santé nutrition 2002.** Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres, 2004 : 260 p.
- [9] Arènes J., Baudier F., Dressen C., *et al.* **Baromètre santé 94-95 médecins généralistes : résultats de l'enquête périodique sur la santé des Français auprès des médecins généralistes.** Paris : CFES, coll. Baromètres, 1996 : 138 p.
- [10] Arènes J., Guilbert P., Baudier F. **Baromètre santé médecins généralistes 98/99.** Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 218 p.
- [11] Collin J.-F. **Santé et prévention : enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99.** Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 64 p.
- [12] Bouyer J., Hémon D., Cordier S., *et al.* **Épidémiologie : principes et méthodes quantitatives.** Paris : Inserm, 1995 : 498 p.
- [13] Labarthe G., Hérault D. **Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002.** Études et Résultats 2003 ; 244 : 1-8 www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er244.pdf [15/03/2005]
- [14] Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé. **Démographie médicale française : situation au 1^{er} janvier 2003.** Paris : Ordre national des médecins, Études n° 36, 2003, 80 p.
- [15] Langlois J. **De la démographie en 2000 à celle de 2020. Rapport adopté à la session du Conseil national le 20 avril 2001.** Paris : Conseil national de l'Ordre des médecins, Section santé publique, 2001 : 6 p. www.dksl.org/diversordremedecinsdemographie.htm [15/03/2005]
- [16] **Démographie pharmaceutique : situation au 1^{er} janvier 2003.** Paris : Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, 2003 : 20 p.





L'essentiel

Consommation de produits psychoactifs licites

Près d'un médecin généraliste sur trois (28,8 %) déclare fumer ne serait-ce que de temps en temps. Les pharmaciens d'officine sont en proportion moins nombreux puisqu'ils sont près d'un sur quatre (23,3 %) dans ce cas. La consommation de tabac est, parmi les professionnels de santé interrogés, plutôt masculine. L'usage du tabac parmi les généralistes a diminué depuis 1998, alors qu'il est resté stable parmi les officinaux.

La consommation régulière d'alcool (avoir bu au moins trois jours dans la semaine) est, à l'inverse de celle du tabac, un peu plus répandue parmi les officinaux : 31,5 % contre 30,3 % parmi les généralistes. Pour ce produit également, la consommation est avant tout masculine. En outre, elle augmente avec l'âge. Depuis 1998, la consommation d'alcool est restée stable parmi les généralistes, mais a baissé parmi les officinaux.

La consommation de somnifères ou tranquillisants a concerné 24,6 % de médecins généralistes et 26,1 % de pharmaciens d'officine au cours des

douze derniers mois. Cette consommation est davantage féminine : 27,4 % parmi les femmes généralistes et 30,2 % parmi les pharmaciennes. Cette consommation, fortement associée à l'insatisfaction professionnelle, est restée stable depuis 1998.

Dépistage

Le dépistage de l'hépatite C a été réalisé par 48,0 % des médecins interrogés et 46,4 % des pharmaciens. Pour les premiers, seule la fréquence des actes journaliers conditionne la pratique du dépistage alors que, pour les seconds, plusieurs variables l'influencent : l'âge, le chiffre d'affaires réalisé, mais également l'implication dans des activités associatives et de formation.

Près de sept généralistes sur dix (69,2 %) déclarent avoir fait un dépistage du VIH, contre huit officinaux sur dix (80,3 %). Ce dépistage est surtout pratiqué chez les plus jeunes ; il est associé chez les généralistes à un nombre moyen d'actes par jour supérieur à 20, chez les officinaux à l'importance du chiffre d'affaires réalisé. Depuis 1998, la fréquence

du dépistage du VIH s'est largement accrue dans les deux populations.

La recherche de sang occulte dans les selles, réalisée par 7,4 % des médecins interrogés, est plus répandue parmi les hommes (8,4 %) et parmi les interviewés de 51 ans ou plus (11,9 %).

Plus de trois femmes généralistes sur cinq (65,2 %) déclarent avoir réalisé pour elles-mêmes une mammographie au cours des trois dernières années, et plus de huit sur dix (80,9 %) un frottis.

Attitude préventive

Parmi les médecins, 63,2 % déclarent s'être fait vacciner contre la grippe l'hiver précédant l'interview. Ils sont 37,6 % parmi les pharmaciens. Exercer en milieu rural favorise la pratique de la vaccination dans les deux populations.

Près des deux tiers des médecins généralistes (63,6 %) et des trois quarts des pharmaciens d'officine (72,5 %) déclarent avoir déjà utilisé un préservatif au cours de leur vie : les plus jeunes davantage que les aînés.

Médecins généralistes et pharmaciens d'officine

Quels sont leurs comportements personnels de santé ?

HÉLÈNE BOURDESSOL
ARNAUD GAUTIER
JEAN-FRANÇOIS COLLIN

La description des comportements de santé des médecins généralistes et pharmaciens d'officine n'est pas la raison d'être du Baromètre santé consacré aux professionnels de santé. Cette enquête vise, avant tout, à mieux cerner les pratiques professionnelles des acteurs de santé à l'égard de leurs patients et clients afin de pouvoir identifier les actions à développer ou à renforcer concernant, entre autres, les pratiques de prévention et d'éducation pour la santé.

Néanmoins, connaître les comportements de santé des professionnels permet, d'une part, de développer les connaissances sur cette population et, d'autre part, de mettre en relation ces comportements avec les pratiques des professionnels interrogés. En effet, en arrière-plan de la description des comportements personnels des médecins généralistes et pharmaciens d'officine, se pose la question de la possibilité de prôner de manière efficace des comportements de santé favorables indépendamment de ceux des acteurs eux-mêmes. Ces croise-

ments entre comportements personnels et pratiques professionnelles seront traités (lorsque les résultats présentent un intérêt pour le lecteur) au sein des chapitres thématiques du présent ouvrage, mais ne seront pas abordés dans cette partie.

L'objectif de ce chapitre est avant tout descriptif : les comportements personnels des professionnels enquêtés seront détaillés selon les variables sociodémographiques classiques (sexe, âge, région...) et aussi selon des variables caractéristiques de leur activité professionnelle : participation à un réseau, nombre d'actes réalisés par jour, pratique d'un mode d'exercice particulier... pour les médecins généralistes, et chiffre d'affaires, participation à des activités annexes (association de malades, de prévention), etc. pour les pharmaciens d'officine. Ce chapitre présente par ailleurs quelques comparaisons entre médecins, pharmaciens et population générale¹ (lorsque les données

1. Données du Baromètre santé 2000.

sont disponibles) ainsi que quelques données d'évolution à partir des Baromètres santé médecins généralistes réalisés depuis 1992 et de l'enquête auprès des pharmaciens d'officine réalisée en 1998.

Pour l'ensemble des comparaisons entre médecins généralistes, pharmaciens d'officine et population générale (limitée aux 29-75 ans) comme pour certaines évolutions (principalement lorsque la variable étudiée se trouve liée au sexe et à l'âge), des standardisations ont été utilisées². Ainsi, tous les résultats présentés dans ce chapitre

2. Se reporter au chapitre « Présentation méthodologique... ».

tiennent compte des différences de structure des populations observées.

Trois types de comportements personnels seront détaillés :

1. la consommation de produits psychoactifs licites, abordée à travers le statut tabagique, la consommation d'alcool et la consommation de somnifères ou de tranquillisants ;

2. les comportements relatifs au dépistage (hépatite B, VIH, cancer colorectal et cancers gynécologiques pour les généralistes) ;

3. les attitudes préventives telles que l'utilisation de préservatifs et la vaccination contre la grippe.

RÉSULTATS

LA CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS LICITES

Tabac

Un peu plus d'un quart (28,8 %) des médecins et plus d'un pharmacien sur cinq (23,3 %) déclarent fumer au moins de temps en temps. La fréquence des fumeurs parmi

les professionnels de santé, médecins et pharmaciens est plus faible qu'en population générale [tableau I].

Le profil du fumeur est essentiellement déterminé par le sexe : un tiers des médecins hommes de l'échantillon (30,8 %) sont fumeurs, contre environ une femme sur cinq (21,2 % ; $p < 0,001$) ; la différence par sexe parmi les pharmaciens est, quant

TABLEAU I

Fréquence des fumeurs (même occasionnels) parmi les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et en population générale, avant et après standardisation

Tabac	Médecins généralistes 2003 (n=2 054)	Pharmaciens d'officine 2003 (n=1 062)	Population générale (29-75 ans) 1999 (n=10 013)
Pourcentages observés	28,8	23,3	30,9
Pourcentages bruts standardisés	28,5	25,2**	32,7**

** : $p < 0,01$.

Exemple de lecture : en appliquant la structure (sexe et âge) des médecins généralistes à l'échantillon des officinaux, la prévalence tabagique serait de 25,2 %, soit légèrement supérieure à la prévalence observée (23,3 %). Le test (Breslow et Day) comparant le nombre observé de fumeurs chez les pharmaciens au nombre de fumeurs attendu chez les pharmaciens si l'on appliquait la structure des médecins (SMR) s'est révélé significativement différent de 1. Ainsi, il est possible de conclure qu'à structure par sexe et âge équivalente, la proportion de fumeurs est significativement plus faible parmi les officinaux que cette même proportion parmi les généralistes. De manière identique, on peut affirmer que la proportion de fumeurs en population générale est significativement supérieure à celle des médecins généralistes.

à elle, moins importante que celle observée parmi les médecins [figure 1]. Ce plus faible écart est lié à une moins forte fréquence de fumeurs parmi les hommes pharmaciens (26,9 %) que parmi les hommes médecins (30,8 %).

Les médecins qui se déclarent satisfaits de leur profession sont proportionnellement moins nombreux à fumer que les autres, non satisfaits (26,9 % vs 35,3 % ; $p < 0,001$), de même que ceux pratiquant un mode d'exer-

cice particulier (27,1 % vs 31,9 % ; $p < 0,05$) [tableau II]. Pour les pharmaciens, le statut tabagique ne varie qu'en fonction du sexe.

Évolutions du statut tabagique

Entre 1993 et 2003, la prévalence des fumeurs parmi les médecins généralistes a significativement diminué, passant de 37,9 % à 28,8 % ($p < 0,001$ entre 1993 et 2003 et $p < 0,05$ entre 1998 et 2003) [figure 2].

FIGURE 1

Répartition par sexe des fumeurs, même occasionnels, selon la profession

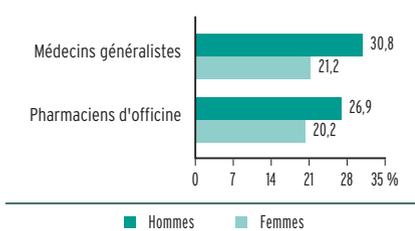


FIGURE 2

Évolution des prévalences tabagiques parmi les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine

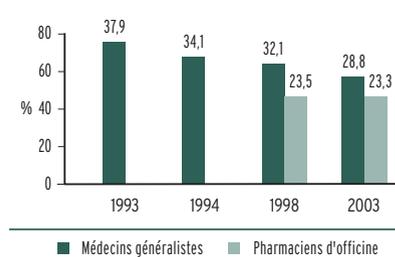


TABLEAU II

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la consommation de tabac, même occasionnelle parmi les médecins généralistes (n=2041)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=1 573)	1	
Femmes (n=468)	0,6***	0,5-0,8
Âge		
40 ans et moins (n=327)	1	
41 ans à 50 ans (n=963)	1,0	0,7-1,3
51 ans et plus (n=751)	1,0	0,7-1,3
Pratique d'un mode d'exercice particulier		
Systématique (n=279)	1	
Occasionnelle (n=1 059)	1,2	0,9-1,6
Jamais (n=703)	1,4*	1,0-2,0
Satisfaction professionnelle		
Non satisfait (n=435)	1	
Satisfait (n=1 606)	0,7**	0,5-0,9

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

La proportion de pharmaciens déclarant fumer, même de temps en temps, est restée quant à elle identique depuis 1998.

Alcool

Pour la présentation des résultats, la consommation d'alcool a été caractérisée en trois modalités à partir des déclarations des sept jours précédant l'enquête : la consommation régulière (avoir consommé de l'alcool au moins trois jours dans la semaine précédente), la consommation occasionnelle (avoir bu un à deux jours durant la semaine), puis la non-consommation³.

Parmi les médecins généralistes, 30,3 % déclarent boire régulièrement, plus d'un sur deux a eu une consommation occasionnelle (51,1 %) et moins d'un médecin sur cinq n'a pas consommé d'alcool au cours de la semaine précédant l'interview (18,6 %).

La consommation d'alcool révèle des profils de consommateurs différents en fonction du sexe et de l'âge. On observe ainsi deux fois plus de consommateurs réguliers parmi les hommes que parmi les femmes

(34,1 % vs 16,2 % ; $p < 0,001$) ; inversement, les non-consommateurs sont deux fois plus fréquents parmi les femmes que les hommes (28,7 % vs 15,8 % ; $p < 0,001$) [figure 3]. La fréquence des consommateurs occasionnels est, quant à elle, quasiment équivalente chez les hommes et chez les femmes (respectivement 50,1 % et 55,1 %).

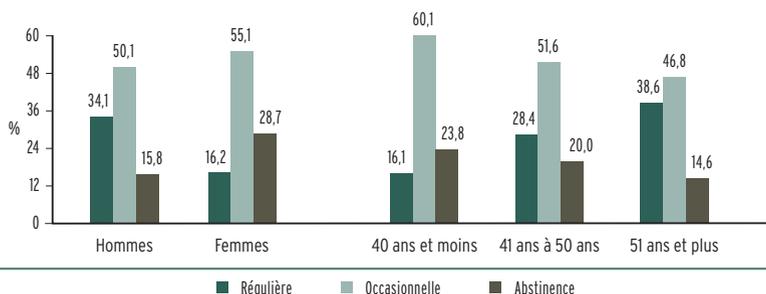
Le pourcentage de consommateurs réguliers augmente avec l'âge, tandis que celui des abstinents comme celui des consommateurs occasionnels diminue. Toutefois, les consommateurs occasionnels restent majoritaires dans l'échantillon à tous les âges [figure 3]. Ce constat est vérifié pour les hommes comme pour les femmes.

La consommation d'alcool des pharmaciens d'officine se présente de manière similaire à celle des médecins : la proportion de buveurs réguliers s'élève à 31,5 % et celle des buveurs occasionnels à 48,6 %. Par ailleurs, la proportion de consommateurs réguliers est plus importante parmi les hommes que chez les femmes (42,2 % vs 22,2 % ; $p < 0,001$), et leur part augmente avec l'âge [figure 4]. L'augmentation du pourcentage des consommateurs réguliers avec l'âge est significative pour les pharmaciens hommes uniquement, alors qu'elle

3. Cette classification ne correspond pas à une classification issue de la littérature. Elle est utilisée pour simplifier l'analyse.

FIGURE 3

Répartition par sexe et par classe d'âges de la consommation d'alcool, au cours des sept derniers jours, selon la fréquence de consommation parmi les médecins généralistes



est significative pour les deux sexes chez les généralistes.

D'autres variables interviennent comme facteurs associés à la consommation régulière d'alcool parmi les officinaux [tableau III]. En effet, quels que soient leur sexe et âge, les pharmaciens qui ont des activités au sein d'un réseau sont significativement plus nombreux à déclarer une consommation

d'alcool régulière que leurs confrères non engagés dans ce type d'activité.

À l'inverse, les pharmaciens exerçant en région parisienne sont moins nombreux à déclarer consommer régulièrement de l'alcool que ceux dont l'officine est située en province.

La comparaison entre les deux catégories de professionnels montre que la fréquence

FIGURE 4

Répartition par sexe et par classe d'âges de la consommation d'alcool, au cours des sept derniers jours, en fonction du type de consommation parmi les pharmaciens d'officine

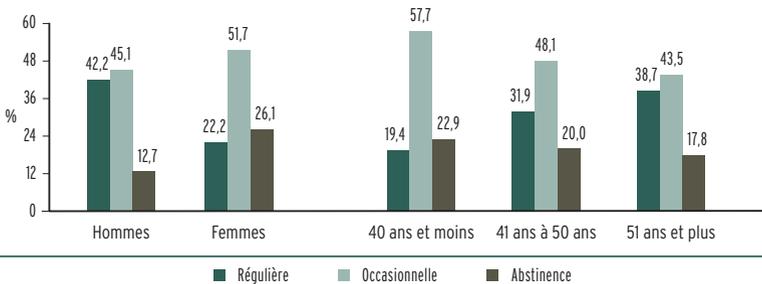


TABLEAU III

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la consommation régulière (trois jours ou plus dans la semaine) d'alcool au cours des sept derniers jours pour les pharmaciens d'officine (n=1 058)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=482)	1	
Femmes (n=576)	0,4***	0,3–0,5
Âge		
40 ans et moins (n=173)	1	
41 ans à 50 ans (n=484)	1,9**	1,2–3,0
51 ans et plus (n=401)	2,7***	1,7–4,2
Participation à un réseau de soins		
Non (n=890)	1	
Oui (n=168)	1,6*	1,1–2,3
Région		
Province (n=891)	1	
Région parisienne (n=167)	0,7*	0,4–1,0

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

des consommateurs réguliers est plus élevée parmi les pharmaciens d'officine que parmi leurs confrères prescripteurs, notamment après standardisation : près de deux pharmaciens sur cinq (39,5 %) déclareraient consommer de l'alcool plusieurs jours au cours de la semaine si cette population avait une structure identique à celle des médecins [tableau IV]. Si cette même structure (sexe et âge) était appliquée en population générale, près d'un individu sur deux (47,8 %) consommerait de l'alcool au moins trois jours dans la semaine.

Évolution de la consommation régulière d'alcool

Les comparaisons d'une enquête à l'autre pour déterminer les évolutions des comportements en matière de consommation d'alcool sont délicates, les formulations des questions ayant été modifiées pour les médecins⁴ comme pour les officinaux⁵ afin de pouvoir se comparer avec les données du Baromètre santé en population générale.

4. La question posée en 1998 était : « Buvez-vous des boissons alcoolisées ? Tous les jours, 3 à 5 fois par semaine, 1 à 2 fois par semaine, Le week-end seulement, Moins souvent, Jamais, NSP ».

5. Pour les officinaux en 1998, le volet consommation d'alcool comprenait plusieurs questions : « À quelle fréquence buvez-vous des boissons alcoolisées à table ou en dehors des repas ? Tous les jours, 3 à 5 fois par semaine, 1 à 2 fois par semaine, Le week-end seulement, Moins souvent, Jamais, NSP » « Avez-vous bu des boissons alcoolisées hier ? Oui, Non, NSP » « Quel(s) type(s) de boisson(s) alcoolisée(s) avez-vous bu hier ? Vin, Bière/Cidre, Apéritif à base de vin, Autres alcools forts, NSP » « Combien ? De verres de vin, De canettes ou de verres de bière ou de verres d'apéritifs à base de vin, De verres d'autres alcools forts ».

Les comparaisons de fréquences de consommation quotidienne entre 1998 et 2003 peuvent toutefois être présentées. Ainsi, parmi les généralistes interviewés en 1998, 15,6 % d'entre eux déclaraient une consommation quotidienne d'alcool ; en 2003, ils sont 17,4 % : cette différence n'est pas significative. On peut conclure à une fréquence de consommation constante sur les quatre dernières années.

En 1998, les déclarations des officinaux indiquaient une prévalence à 19,7 % de consommation quotidienne ; ils sont 15,7 % en 2003. Cette diminution est significative ($p < 0,05$) après standardisation entre les deux échantillons.

Somnifères ou tranquillisants

Près d'un quart des médecins interrogés (24,6 %) déclarent avoir pris au moins un somnifère ou un tranquillisant au cours des douze derniers mois. Chez les pharmaciens, le taux des consommateurs de somnifères ou de tranquillisants est légèrement supérieur à celui des médecins avant standardisation (26,1 %), et légèrement inférieur après standardisation (23,5 %). Toutefois, cette différence avec les médecins généralistes n'est pas significative [tableau V].

Une consommation plus fréquente (au moins quelques fois par mois) concerne un généraliste sur dix (10,2 %), légèrement plus parmi les officinaux (12,0 %) [figures 5 et 6].

TABLEAU IV

Fréquence des buveurs réguliers (avoir bu au moins trois jours dans la semaine) parmi les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et en population générale, avant et après standardisation

Alcool	Médecins généralistes 2003	Pharmaciens d'officine 2003	Population générale (29-75 ans) 1999
Pourcentages observés	30,3	31,5	37,6
Pourcentages bruts standardisés	30,1	39,5***	47,8***

*** : $p < 0,001$.

Les trois quarts des professionnels interrogés (75,4 % parmi les médecins et 73,9 % par les pharmaciens) n'ont cependant jamais pris de somnifères ou de tranquillisants au cours de l'année écoulée.

Les résultats détaillés mettent en avant une consommation plutôt féminine [figure 7], à l'inverse de celle du tabac et de l'alcool. Ces « profils » de consommation sont concordants avec les résultats obtenus en population générale, où la consommation de tabac et d'alcool est plus largement répandue chez les hommes et la consommation de médicaments psychoactifs chez les femmes.

Le modèle final d'une régression logistique [tableau VI] indique l'influence significative des facteurs sexe et âge dans la consommation de ces médicaments.

La satisfaction professionnelle est liée à cette consommation parmi les généralistes [figure 7] : lorsqu'ils se déclarent satisfaits de leur profession, ils sont 22,4 % à indiquer avoir consommé des somnifères ou tranquillisants, alors qu'ils sont 32,9 % à en avoir consommé lorsqu'ils ne sont pas satisfaits ($p < 0,001$).

Enfin, parmi les médecins déclarant un mode d'exercice particulier systéma-

TABLEAU V

Fréquences des consommateurs de somnifères ou tranquillisants au cours des douze derniers mois parmi les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine avant et après standardisation

Somnifères et tranquillisants	Médecins généralistes	Pharmaciens d'officine
Pourcentages observés	24,6	26,1
Pourcentages bruts standardisés	24,6	23,5

FIGURE 5

Répartition de la consommation de somnifères ou tranquillisants parmi les médecins généralistes au cours des douze derniers mois

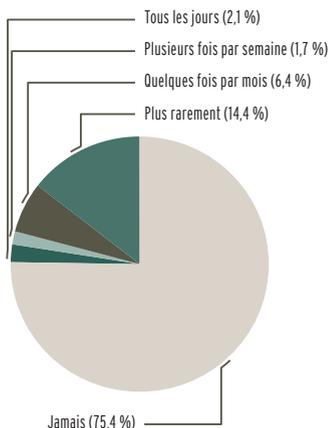


FIGURE 6

Répartition de la consommation de somnifères ou tranquillisants parmi les pharmaciens d'officine au cours des douze derniers mois

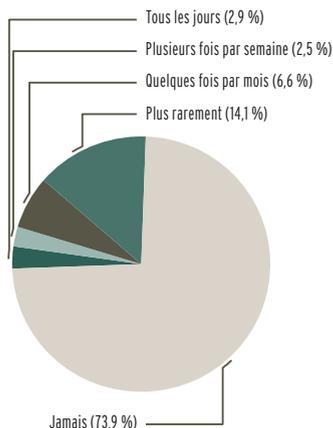
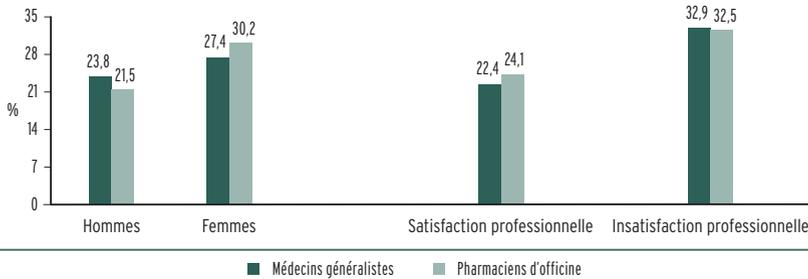


FIGURE 7

Répartition des professionnels déclarant avoir pris au moins un somnifère ou un tranquillisant (au cours des douze derniers mois), selon le sexe et la satisfaction professionnelle (en %)



tique, la fréquence des consommateurs est inférieure à celle des autres médecins (17,6 % vs 25,2 % parmi les médecins pratiquant un Mep de manière occasionnelle et 26,5 % parmi ceux déclarant ne jamais en pratiquer; $p < 0,05$).

Parmi les pharmaciens d'officine, la consommation de ces médicaments est, comme pour

les médecins, plus fréquente parmi les femmes que parmi les hommes (30,2 % vs 21,5 %; $p < 0,01$) [figure 7]. De la même manière, une insatisfaction professionnelle induit une consommation plus répandue parmi ces professionnels (32,5 % vs 24,1 %; $p < 0,05$). En revanche, contrairement aux médecins, il n'y a pas de différence en fonction de l'âge.

TABLEAU VI

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « avoir consommé des somnifères ou tranquillisants au cours des douze derniers mois » parmi les médecins généralistes (n=2 037)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=1 569)	1	
Femmes (n=468)	1,4*	1,1-1,8
Âge		
40 ans et moins (n=326)	1	
41 ans à 50 ans (n=960)	1,5*	1,1-2,0
51 ans et plus (n=751)	1,4*	1,0-2,0
Satisfaction professionnelle		
Non (n=433)	1	
Oui (n=1 604)	0,6***	0,5-0,7
Pratique d'un mode d'exercice particulier		
Systématique (n=279)	1	
Occasionnelle (n=1 056)	1,7**	1,2-2,4
Jamais (n=702)	1,8**	1,3-2,6

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

Évolutions de la consommation de somnifères ou de tranquillisants

Les comparaisons des fréquences de consommation annuelle n'indiquent d'évolution significative ni pour les généralistes ni pour les pharmaciens. Chez les premiers, en 1994, 25,2 % ont déclaré avoir pris ce type de médicaments au cours de l'année écoulée, 24,7 % en 1998 et 24,6 % en 2003. Parmi les officinaux, ils étaient 23,2 % en 1998 ; ils sont 26,1 % en 2003.

LES PRATIQUES DU DÉPISTAGE

Dépistage de l'hépatite C

Près de la moitié des médecins interrogés déclarent avoir déjà effectué pour eux-mêmes un test de dépistage de l'hépatite C (48,0 %). La prévalence de ce dépistage est identique à celle des officinaux (46,4 %). En revanche, le dépistage en population générale est significativement moins pratiqué [tableau VII].

La pratique du dépistage est relativement homogène au sein de l'échantillon des médecins. En effet, seules les variables « nombre d'actes moyens réalisés par jour » et « région » permettent d'établir une différence parmi ces professionnels : les médecins réalisant en moyenne plus de 21 actes médicaux par jour sont plus nombreux à déclarer avoir fait ce dépistage que les autres (51,7 % vs 42,8 % ; $p < 0,001$) et les médecins enquêtés en Région parisienne

sont moins nombreux à déclarer le dépistage (39,8 %) que ceux des autres régions (Nord-Ouest : 42,9 % ; Nord-Est : 49,7 % ; Sud-Ouest : 53,5 % ; Sud-Est : 51,4 % ; $p < 0,001$).

Parmi les officinaux, la pratique du dépistage est moins homogène que parmi leurs confrères généralistes [tableau VIII]. Ainsi, on note un dépistage plus fréquent parmi les plus jeunes que chez les plus âgés (56,7 % avant 41 ans vs 43,7 % après 41 ans ; $p < 0,01$) ; ce dépistage est d'autant plus fréquent que le chiffre d'affaires de l'officine est élevé. On note aussi une pratique du dépistage plus répandue parmi les officinaux ayant des activités au sein d'une association de malades (58,0 % vs 44,8 % ; $p < 0,01$), ou encore parmi les officinaux qui se consacrent à des activités de formation (55,2 % vs 44,5 % ; $p < 0,01$).

Évolution de la pratique de dépistage de l'hépatite C

La question du dépistage de l'hépatite C parmi les officinaux a été posée pour la première fois en 2003 et chez les généralistes en 1998. Cette année-là, 27,4 % d'entre eux déclaraient avoir fait un dépistage, vs 48,0 % en 2003. Cette progression est significative ($p < 0,001$), même après standardisation.

Dépistage du VIH

Près de sept médecins généralistes sur dix (69,2 %) et huit officinaux sur dix (80,3 %)

TABLEAU VII

Fréquences du dépistage de l'hépatite C parmi les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et en population générale, avant et après standardisation

Dépistage de l'hépatite C	Médecins généralistes	Pharmaciens d'officine	Population générale (29-75 ans)
	2003	2003	1999
Pourcentages observés	48,0	46,4	18,3
Pourcentages bruts standardisés	47,9	46,4	17,6***

*** : $p < 0,001$.

TABLEAU VIII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « avoir effectué un test de dépistage VHC » parmi les pharmaciens titulaires d'officine (n=1 011)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=467)	1,0	
Femmes (n=544)	1,0	0,8-1,3
Âge		
40 ans et moins (n=167)	1,0	
41 ans à 50 ans (n=460)	0,5**	0,4-0,8
51 ans et plus (n=384)	0,5**	0,4-0,8
Chiffre d'affaires		
Inférieur à 460 000 euros (n=33)	1,0	
Entre 460 000 euros et 760 000 euros (n=213)	1,7	0,7-4,0
Entre 760 000 euros et 1 070 000 euros (n=242)	2,6*	1,1-6,2
Plus de 1 070 000 euros (n=523)	3,1**	1,3-7,1
Association de malades		
Non (n=888)	1,0	
Oui (n=123)	1,6*	1,1-2,3
Activités de formation		
Non (n=825)	1,0	
Oui (n=186)	1,6*	1,1-2,2

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

déclarent avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH pour eux-mêmes. Ce dépistage est plus important parmi les pharmaciens que parmi les généralistes [tableau IX].

Pour les médecins, la fréquence du dépistage des femmes est significativement plus élevée que celle des hommes (78,0 % vs 66,8 % ; p<0,001). Cette différence selon le sexe n'est pas observée pour les officinaux [figure 8].

Pour les deux catégories de professionnels, on observe une pratique du dépistage plus large parmi les plus jeunes et une baisse progressive avec l'âge. À partir de 50 ans, les prévalences de dépistage deviennent quasiment identiques entre les deux professions alors que, avant 50 ans, les pharmaciens déclarent plus fréquemment ce type de dépistage que leurs confrères. En effet, on note un dépistage massif du VIH parmi les

TABLEAU IX

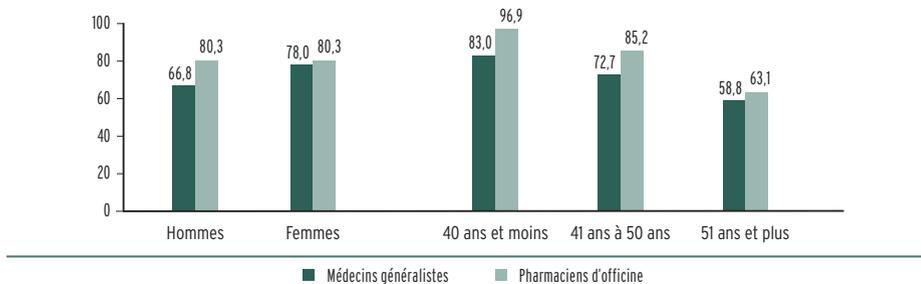
Fréquence du dépistage du VIH parmi les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, avant et après standardisation

Dépistage du VIH	Médecins généralistes	Pharmaciens d'officine
Pourcentages observés	69,2	80,3
Pourcentages bruts standardisés	69,1	78,8***

*** : p<0,001.

FIGURE 8

Répartition par sexe et âge des médecins généralistes et pharmaciens d'officine ayant déclaré avoir fait un dépistage VIH (en %)



pharmaciens de moins de 41 ans (96,9 %), alors qu'ils sont 83,0 % parmi les médecins de la même tranche d'âge.

Comme pour le dépistage de l'hépatite C, quels que soient le sexe et l'âge, les médecins déclarant plus de 20 actes par jour en moyenne sont plus nombreux à

avoir effectué un dépistage du VIH (72,4 %) que ceux réalisant 20 actes ou moins par jour (65,3 %; $p < 0,001$) [tableau X]. On note également une plus faible pratique du dépistage du sida parmi les médecins exerçant en région Nord-Ouest.

Parmi les officinaux, seule la variable

TABLEAU X

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « avoir effectué un test de dépistage du VIH » parmi les médecins généralistes (n=2 011)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=1 542)	1	
Femmes (n=469)	1,6**	1,2–2,1
Âge		
40 ans et moins (n=325)	1	
41 ans à 50 ans (n=949)	0,6**	0,4–0,8
51 ans et plus (n=737)	0,3***	0,2–0,4
Nombre d'actes en moyenne par jour		
20 actes et moins (n=845)	1	
Plus de 20 actes (n=1 166)	1,6***	1,3–2,0
Région d'exercice		
Région parisienne (n=312)	1	
Région Nord-Ouest (n=357)	0,6**	0,5–0,9
Région Nord-Est (n=494)	0,9	0,6–1,2
Région Sud-Est (n=517)	1,2	0,9–1,7
Région Sud-Ouest (n=331)	1,3	0,9–1,8

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

«chiffre d'affaires réalisé» est associée à la pratique du dépistage du sida (61,6 % des officinaux réalisant un chiffre d'affaires annuel inférieur à 460 000 euros déclarent avoir fait un dépistage du VIH contre 86,0 % parmi ceux déclarant plus de 1 070 000 euros ; $p < 0,001$).

Évolution du dépistage du sida

Globalement, la pratique du dépistage se généralise au sein des professionnels de santé. Entre les deux enquêtes, l'augmentation est significative dans les deux populations : près de 10 points supplémentaires pour les médecins et plus de 15 points pour les pharmaciens [figure 9].

Dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles

Le dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles constitue un autre volet des pratiques de dépistage inscrites au questionnaire du Baromètre santé. Cette question a été posée uniquement aux généralistes.

Moins d'un médecin sur dix (7,4 %) déclare avoir fait pour lui-même une

recherche de sang dans les selles au cours des deux dernières années. Cette pratique est plus fréquente chez les hommes que les femmes (8,4 % vs 3,8 % ; $p < 0,01$), ce qui est logique au regard du facteur de risque plus élevé chez les hommes dans le développement du cancer colorectal.

La recherche de sang occulte est plus pratiquée chez les plus âgés, particulièrement après 51 ans (11,9 % vs 5,8 % entre 41 et 50 ans et 1,8 % avant 41 ans ; $p < 0,001$), ce qui est conforme aux recommandations puisque l'incidence du cancer colorectal augmente avec l'âge.

Outre l'âge et le sexe, la participation à un réseau professionnel de soins augmente la déclaration de ce dépistage [tableau XI].

La comparaison entre médecins généralistes et population générale, établie à partir des personnes de plus de 40 ans, fait apparaître un dépistage au cours des deux dernières années plus répandu parmi les généralistes : 8,2 % parmi les médecins de plus de 40 ans versus 5,0 % (après standardisation) en population générale ($p < 0,001$).

Mammographie et frottis

Le dernier volet relatif au dépistage concerne exclusivement les femmes médecins : la mammographie et le frottis au cours des trois dernières années.

Près des deux tiers (65,2 %) des femmes médecins déclarent avoir fait faire une mammographie et plus de quatre sur cinq (80,9 %) un frottis au cours des trois années précédant l'enquête.

La fréquence de l'examen par frottis baisse avec l'âge ($p < 0,001$), inversement à celle de la mammographie qui s'élève fortement avec l'âge ($p < 0,001$) [figure 10].

En outre, 69,6 % des femmes généralistes réalisant moins de 21 actes en moyenne par jour ont fait réaliser une mammographie ; elles sont 59,0 % ($p < 0,05$) parmi celles qui réalisent plus de 21 actes par jour.

FIGURE 9

Répartition des médecins généralistes et pharmaciens d'officine ayant fait un dépistage VIH selon l'année d'enquête

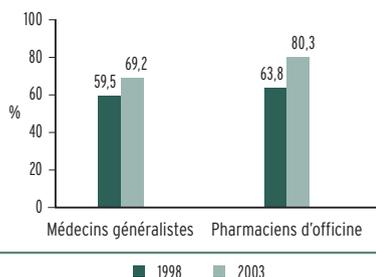


TABLEAU XI

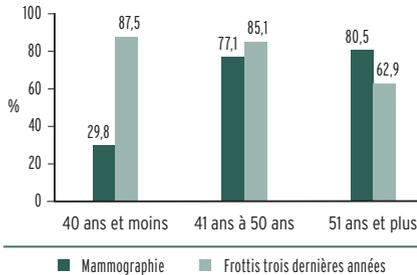
Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « avoir réalisé pour vous-même, au cours des deux dernières années, une recherche de sang occulte dans les selles » parmi les médecins généralistes (n=2047)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=1 577)	1	
Femmes (n=470)	0,6*	0,3-1,0
Âge		
40 ans et moins (n=328)	1	
41 ans à 50 ans (n=962)	3,1*	1,3-7,2
51 ans et plus (n=757)	6,7***	2,9-15,5
Participation à un réseau de soins		
Non (n=1 636)	1	
Oui (n=411)	1,6*	1,0-2,2

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

FIGURE 10

Répartition des femmes médecins généralistes ayant fait une mammographie et un frottis au cours des trois dernières années selon l'âge



Plus de huit généralistes sur dix (84,7 %) exerçant dans un cabinet médical de groupe déclarent avoir fait un frottis au cours des trois dernières années; elles sont moins nombreuses lorsqu'elles exercent en cabinet individuel (76,1 %; p<0,05). Par ailleurs, celles qui pratiquent un mode d'exercice particulier déclarent plus que les autres avoir réalisé pour elles-mêmes un frottis de dépistage [tableau XII].

Les comparaisons établies entre médecins et population générale après standardisation par âge et sexe indiquent [tableau XIII] :

- une pratique de la mammographie plus répandue parmi les femmes médecins que les femmes en population générale : ces dernières sont une sur deux à avoir déclaré un examen par mammographie au cours des trois dernières années, alors que les médecins sont plus de trois sur cinq dans ce cas;
- en revanche, les prévalences du dépistage par frottis sont équivalentes dans les deux populations enquêtées (le frottis a été réalisé par huit femmes sur dix au cours des trois dernières années).

ATTITUDES PRÉVENTIVES

La vaccination contre la grippe

Plus de trois médecins sur cinq interrogés se sont fait vacciner contre la grippe l'hiver précédant l'enquête (63,2 %). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes après ajustement par régression logistique [tableau XIV].

Certaines caractéristiques professionnelles permettent de dessiner le profil de

TABLEAU XII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « avoir effectué un frottis au cours des trois dernières années » parmi les femmes médecins généralistes (n=470)

	OR ajusté	IC à 95 %
Âge		
40 ans et moins (n=126)	1	
41 ans à 50 ans (n=242)	0,7	0,4-1,4
51 ans et plus (n=102)	0,2***	0,1-0,4
Pratique d'un mode d'exercice particulier		
Systématique (n=98)	1	
Occasionnelle (n=224)	0,6	0,3-1,2
Jamais (n=102)	0,4**	0,2-0,8
Type de cabinet		
Groupe (n=243)	1	
Individuel (n=227)	0,6*	0,4-1,0

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

TABLEAU XIII

Fréquence du dépistage par mammographie et frottis parmi les femmes médecins généralistes et la population générale avant et après standardisation

	Médecins généralistes 2003	Population générale 1999
Mammographie		
Pourcentages observés	65,2	49,6
Pourcentages bruts standardisés	64,8	50,3***
Frottis		
Pourcentages observés	80,9	72,5
Pourcentages bruts standardisés	80,6	78,1

*** : p<0,001.

médecins vaccinés contre la grippe, notamment :

- Les médecins n'exerçant pas d'activité particulière sont 68,0 % à s'être fait vacciner alors que ceux ayant un mode d'exercice particulier occasionnel sont 66,2 % et que ceux exerçant systématiquement un mode d'exercice particulier sont 38,8 % (p<0,001).
- La vaccination contre la grippe est plus fréquente parmi les généralistes exerçant en secteur 1 que parmi leurs homologues du secteur 2 (66,5 % vs 42,6 % ; p<0,001).

■ Les généralistes référents sont significativement plus nombreux que les autres à être vaccinés contre la grippe (77,0 % vs 61,4 % ; p<0,001).

■ Enfin, on note une fréquence plus importante de médecins vaccinés contre la grippe parmi ceux exerçant en zone rurale et agglomération de faible taille (inférieure à 20 000 habitants) que chez ceux exerçant dans des villes plus grandes (67,5 % vs 60,3 % ; p<0,05).

La fréquence de vaccination contre la

TABLEAU XIV

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « la vaccination contre la grippe » parmi les médecins généralistes (n=2038)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=1 573)	1	
Femmes (n=465)	0,8	0,6–1,0
Âge		
40 ans et moins (n=325)	1	
41 ans à 50 ans (n=961)	0,9	0,6–1,1
51 ans et plus (n=752)	0,8	0,6–1,1
Pratique d'un mode d'exercice particulier		
Systématique (n=272)	1	
Occasionnelle (n=1 058)	2,4***	1,8–3,2
Jamais (n=708)	2,5***	1,9–3,4
Secteur d'exercice		
Secteur 1 (n=1 781)	1	
Secteur 2 (n=257)	0,6***	0,4–0,7
Médecin référent		
Non (n=1 808)	1	
Oui (n=230)	1,9***	1,3–2,6
Catégorie d'agglomération		
20 000 habitants ou plus (n=1 218)	1	
Moins de 20 000 habitants (n=820)	1,2*	1,0–1,5

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

grippe parmi les pharmaciens interrogés s'élève à 37,6 %. Comme pour les médecins généralistes, la fréquence de vaccination est plus importante parmi ceux exerçant en zone rurale et dans des villes de population inférieure à 2 000 habitants. Ce vaccin concerne plus d'un pharmacien sur deux (52,0 %) dans les communes de moins de 2 000 habitants, alors qu'ils sont un sur trois dans ce cas parmi les pharmaciens « citadins » : 35,5 % dans les agglomérations de plus de 2 000 habitants et 31,9 % dans l'agglomération parisienne (p<0,001).

La standardisation de la structure de l'échantillon « médecins vaccinés contre la grippe » appliquée à celle des pharmaciens confirme une pratique de la vaccination significativement plus généralisée pour les médecins que pour les pharmaciens.

L'utilisation du préservatif

Plus de six médecins généralistes sur dix (63,6 %) déclarent avoir déjà utilisé un préservatif au cours de leur vie [figure 11].

Les pharmaciens sont significativement plus nombreux que les médecins à déclarer avoir déjà utilisé un préservatif, puisqu'ils sont près de trois sur quatre (72,5 %) [tableau XV].

Les hommes, pharmaciens et médecins, sont plus nombreux à déclarer l'usage du préservatif que les femmes; de même, l'utilisation est plus répandue chez les plus jeunes que chez les aînés [figure 11].

Évolution sur l'usage de préservatif

Pour les médecins généralistes, il n'y a pas d'évolution significative quant à l'usage du préservatif entre les deux enquêtes (64,6 %

FIGURE 11

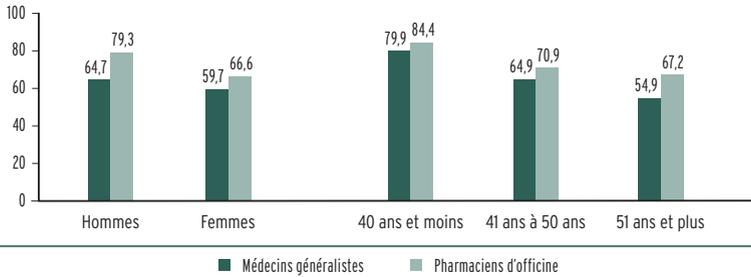
Répartition par sexe et âge des médecins généralistes et pharmaciens d'officine ayant déclaré avoir déjà utilisé un préservatif (en %)


TABLEAU XV

Fréquence d'utilisation du préservatif au cours de la vie parmi les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine avant et après standardisation

	Médecins généralistes	Pharmaciens d'officine
Pourcentages observés	63,6	72,5
Pourcentages bruts standardisés	63,1	76,2***

*** : p<0,001.

des médecins interrogés en 1998 déclaraient avoir déjà utilisé un préservatif au cours de leur vie ; ils sont 63,6 % en 2003).

Pour les officinaux, 67,3 % ont déclaré

avoir déjà utilisé un préservatif en 1998 ; ils sont 72,5 % en 2003 ($p < 0,05$). Toutefois, après standardisation, la différence entre les deux années n'est pas significative.

CONCLUSION

Les résultats présentés montrent que les comportements personnels des professionnels de santé interrogés répondent à des mécanismes distincts selon qu'il s'agit de consommation de produits psychoactifs licites, de pratique de dépistage (VHC et VIH) ou d'attitude préventive caractérisée ici par la vaccination contre la grippe et l'usage du préservatif au cours de la vie.

■ La consommation des produits psychoactifs (tabac, alcool, somnifères et tranquillisants)

est influencée par des facteurs sociodémographiques tels que le sexe ou l'âge, mais également par la satisfaction professionnelle :

– une plus forte consommation de tabac et d'alcool est repérée chez les hommes, alors que la consommation de médicaments, tranquillisants ou somnifères, est plus fréquente parmi les femmes, quelle que soit la profession. Ce « schéma » de consommation est identique à celui observé en population générale ;

– l'insatisfaction professionnelle est corrélée par ailleurs à la consommation de tabac parmi les généralistes, et celle des somnifères et tranquillisants parmi les deux populations enquêtées.

■ La pratique du dépistage répond à d'autres critères que ceux mis en avant précédemment. Globalement, les caractéristiques professionnelles prévalent sur les caractéristiques sociodémographiques comme le nombre moyen d'actes par jour pour les médecins ou l'engagement dans les activités annexes à l'officine pour les pharmaciens.

■ Enfin, la vaccination contre la grippe, très largement pratiquée par les médecins, dépend de caractéristiques professionnelles résultant d'un choix personnel d'exercice : être médecin référent ou pratiquer un mode d'exercice particulier.

Lorsque les éléments de comparaison avec la population générale sont disponibles, les comportements des médecins et officinaux restent plus favorables que ceux observés en population générale. Même si les courbes de résultats sur les comportements suivent les mêmes tendances (baisse du nombre de fumeurs quelle que soit la population enquêtée, par exemple), il y a proportionnellement plus de fumeurs, plus de consommateurs réguliers d'alcool et moins de personnes déclarant avoir effectué un dépistage de l'hépatite C ou une recherche de sang dans les selles au cours des deux dernières années en population générale que parmi les professionnels enquêtés. Ce constat est d'autant plus encourageant que la plupart des données d'évolutions des comportements étudiés sont positives et vont, pour la plupart, dans le sens d'une « généralisation » des comportements favorables.

Cependant, au moment de la passation du questionnaire, certains interviewés peuvent être tentés de répondre plutôt en fonction de l'image qu'ils souhaitent transmettre du professionnel de santé que de leur propre comportement. Ainsi, ce biais de désira-

bilité sociale classique pourrait participer aux différences importantes retrouvées entre professionnels de santé et population générale quant aux comportements personnels de santé et doit donc conduire à des interprétations prudentes.

Relecteurs

Fabienne Blanchet (Cespharm)

Isabelle Adenot (Conseil central de l'Ordre des pharmaciens)





Calvaire

Calvaire

Calvaire

PIAF

L'essentiel

Les médecins, dans une large majorité, déclarent se sentir efficaces pour changer les comportements de leurs patients en prévention primaire, qu'il s'agisse de dépistage des cancers (89,5 %), d'alimentation (65,8 %), d'usage du préservatif (65,4 %), d'exercice physique (63,5 %), d'abus de psychotropes (62,5 %) ou encore de tabagisme (50,4 %). En revanche, ils sont moins de la moitié à avoir ce sentiment d'efficacité face aux accidents de la vie courante (45,8 %), à l'alcoolisme (37,5 %) et moins d'un tiers face à l'usage de drogues (29,5 %).

De plus, les médecins déclarent se sentir efficaces dans l'éducation des patients hypertendus (90,6 %), asthmatiques (87,6 %) ou diabétiques (78,0 %).

Une grande majorité de médecins (64,8 %), et notamment ceux de plus de 50 ans, n'utilise pas de questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risques ou au dépistage d'une pathologie (tests ou échelles).

Pour les pharmaciens, l'activité de prévention semble quasi unanime-

ment (98,9 %) faire partie de leur rôle professionnel, que ce soit dans le bon usage du médicament (97,7 %), dans le tabagisme (77,4 %) – en augmentation depuis 1998 –, ou encore dans la prévention du sida (53,4 %) – en recul depuis 1998. Ils sont minoritaires à déclarer ce rôle important en ce qui concerne l'alimentation (47,3 %), la prévention des hépatites (45,5 %), ou l'alcoolisme (30,7 %). Neuf pharmaciens sur dix (91,8 %) parlent spontanément de tabac avec leurs patients, et ils le font plus souvent quand ils sont investis dans une activité professionnelle particulière (Ordre des pharmaciens, association de prévention, activité de formation...). Ils ne sont plus que 55,8 % à parler spontanément d'alcool, et ceux qui en parlent souvent (3,8 %) sont moins nombreux qu'en 1998 (6,8 % ; $p < 0,001$).

Lors de la dispensation d'une contraception d'urgence, 71,4 % des pharmaciens ont déclaré conduire un entretien spécifique ; cet entretien dure plus de cinq minutes chez un pharmacien sur cinq (21,5 %).

Les deux tiers (67,3 %) des pharma-

ciens déclarent que leurs clients sont demandeurs de renseignements sur le dépistage du cancer, soit une augmentation significative depuis 1998 (58,5 % ; $p < 0,001$). Les demandes les plus fréquentes concernent le dépistage des cancers du sein (41,3 %) et du côlon (29,9 %).

Les freins à la prévention et à l'éducation pour la santé les plus fréquemment cités sont la résistance des patients (51,2 % des médecins, 24,0 % des pharmaciens), ou le manque de temps (49,1 % des pharmaciens, 33,5 % des médecins). Le manque de formation est évoqué, en troisième lieu, par moins d'un médecin sur quinze (4,8 %) et par un pharmacien sur huit (12,5 %). Chez les médecins, plus le nombre d'actes médicaux réalisés par jour est élevé, plus le manque de temps est fréquemment cité comme frein à la prévention. Chez les pharmaciens, l'absence de travaux d'aménagement récents et le manque de confidentialité sont associés à une limitation de la fréquence et de la durée des échanges avec le client.

Prévention et éducation pour la santé

Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ?

PIERRE BUTTET
CÉCILE FOURNIER

En réponse à une plainte ou à une demande, le médecin comme le pharmacien remplissent d'abord la fonction curative de leur rôle. Pour ces professionnels de santé, la fonction préventive occupe une place variable, même si elle fait partie des pratiques qui apparaissent de plus en plus indissociables du rôle du médecin généraliste comme de celui du pharmacien.

Cette fonction préventive se construit aussi en réponse à des demandes d'information et d'éducation pour la santé, demandes de plus en plus nombreuses pour trois types de raisons [1].

- **Épidémiologiques** : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, fréquence importante de comportements à risques, etc.

- **Sociologiques** : de plus en plus de patients se regroupent en associations, réclament des comptes... montrant une volonté d'être partie prenante des décisions qui les concernent, allant même jusqu'à une remise en cause du pouvoir médical, des politiques de santé.

- **Économiques** : l'éducation pour la santé peut améliorer la qualité de vie des patients et réduire les coûts de prise en charge des maladies chroniques. Dans le cas de l'asthme par exemple, l'éducation des patients réduit la consommation de soins d'urgence, les hospitalisations, l'absentéisme professionnel ou scolaire et les symptômes d'asthme nocturne [2]. Les éléments de qualité de vie, d'amélioration du bien-être dépassent bien entendu la perspective strictement financière [3].

Le patient est potentiellement un acteur du changement. Il tend à adopter une attitude consumériste face à l'offre de soins, alors considéré comme un service. De plus, dans une société où les possibilités de communication se multiplient et où la libre détermination de l'individu vis-à-vis de son corps, de sa vie et de sa mort se revendique, il est logique que le patient demande plus d'informations, plus de participation aux décisions qui le concernent, y compris dans le choix des traitements. Dans le cas des maladies

chroniques, une évolution des modèles de la relation soignant/patient vers une *participation mutuelle* a été décrite [4] : le patient, qui n'est plus objet de soins mais sujet de sa santé, doit prendre en charge son traitement et l'adapter aux différents événements de sa vie quotidienne, ayant acquis pour cela des compétences spécifiques [5]. Dans une telle relation, on assiste à un déplacement de la notion de compliance vers celle de participation et d'activité du patient [6], déplacement qui ne se fait pas sans tensions. Ainsi, pour que le patient participe à son traitement, le soignant lui délègue une part de son savoir et de ses compétences, cherchant à améliorer l'autonomie de ce patient, comme, dans le même temps, la compliance au traitement prescrit.

À côté des discours récurrents sur l'évolution de la prévention, de l'éducation pour la

santé et des expériences pilotes de développement de la prévention et de l'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie [7], le Baromètre santé cherche à approcher ce qui se passe dans les pratiques de l'ensemble des médecins généralistes et pharmaciens.

Prévention et éducation renvoient à une palette très large d'activités, explorées ici à partir de quelques indicateurs présents parmi les questions posées aux médecins généralistes et aux pharmaciens : sentiment d'efficacité pour changer les comportements de santé (préventions primaire, secondaire et tertiaire) et rôle déclaré par les pharmaciens dans ce domaine, thèmes spontanément abordés par les patients et par les professionnels, utilisation de questionnaires...

RÉSULTATS

LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ DES MÉDECINS

Sentiment d'efficacité des médecins pour aider les patients à changer de comportements

Interrogés en 2003 sur plusieurs thèmes de santé¹, les médecins ont déclaré dans leur majorité se sentir efficaces (« très » ou « assez ») pour aider leurs patients à changer de comportements [figure 1], à l'exception des domaines de l'alcoolisme (37,5 %), de l'usage de drogues (29,5 %) et des accidents de la vie courante (45,8 %). Ce sentiment d'efficacité est particulièrement important

en ce qui concerne le dépistage des cancers, puisque 14,9 % des omnipraticiens affirment être « très » efficaces et 74,6 % d'entre eux « assez » efficaces.

Les médecins interrogés en 2003 se sont déclarés plus nombreux à se sentir efficaces qu'en 1998 dans le domaine des addictions (alcoolisme, tabagisme et usage de drogues), ainsi que dans celui de l'exercice physique. À l'inverse, ils s'estiment moins efficaces concernant l'utilisation du préservatif (65,4 % vs 75,8 % en 1998 ; $p < 0,001$) et la prévention des accidents de la vie courante (45,8 % vs 50,7 % en 1998 ; $p < 0,01$).

Une association existe entre le sentiment d'efficacité et l'investissement du médecin dans un rôle de prévention. Le sentiment d'efficacité sur des comportements concernant l'utilisation de préservatifs est plus présent parmi les médecins considérant la prévention dans le domaine des comporte-

1. Les différents thèmes étaient l'alcoolisme, le tabagisme, l'utilisation de drogues, l'abus de médicaments psychotropes, l'alimentation, l'exercice physique, l'usage du préservatif, le dépistage des cancers et les accidents de la vie courante.

ments sexuels comme faisant partie de leur rôle (65,9 %) que parmi les médecins ne le considérant pas (24,9 %; $p < 0,001$).

Une association existe également entre le fait d'exercer systématiquement un mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie, phytothérapie...) et le sentiment d'efficacité pour changer les comportements de santé. Ainsi, les médecins pratiquant systématiquement un mode d'exercice particulier déclarent plus souvent se sentir efficaces que leurs confrères ne pratiquant jamais, ou non systématiquement, un mode d'exercice particulier sur les thèmes suivants : alimentation, exercice physique, abus de psychotropes, tabagisme, usage de drogues [tableau 1].

À l'opposé, les médecins ne pratiquant pas systématiquement un mode d'exercice particulier sont plus nombreux à déclarer se sentir efficaces dans le dépistage des cancers.

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

Interrogés sur leur sentiment d'efficacité en matière d'éducation des patients asthmatiques, diabétiques et hypertendus, très peu de médecins (1,4 %) déclarent se sentir ineffi-

FIGURE 1

Fréquence du sentiment d'efficacité (« très » ou « assez efficace ») dans différents domaines, parmi les médecins interrogés en 1998 et 2003 (nsp exclus)



QUELQUES DÉFINITIONS

Les actions de prévention visent à maintenir et améliorer la santé et comportent des actions sanitaires (exemple : le dépistage, la vaccination), environnementales (exemple : la protection), légales et politiques, ou d'éducation pour la santé [8].

L'éducation pour la santé du patient englobe plusieurs pratiques éducatives : éducation pour la santé, éducation du patient à la maladie et éducation thérapeutique du patient. L'éducation du patient est un processus intégré à la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités de sensibilisation, d'information, d'appren-

tissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, les comportements de santé ou ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, à participer aux soins, à prendre en charge son état de santé et à favoriser un retour aux activités normales [2]. Plus spécifiquement, l'éducation thérapeutique vise à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec ses soignants [9].

TABLEAU I

Fréquence du sentiment d'efficacité sur les changements de comportement dans différents domaines, déclaré chez les médecins interrogés pratiquant ou non un mode d'exercice particulier (en %)

Domaines	Chez les médecins ne pratiquant pas systématiquement un mode d'exercice particulier	Chez les médecins pratiquant systématiquement un mode d'exercice particulier
	(n=1 777)	(n=280)
Dépistage des cancers*	90,0	86,1
Alimentation***	63,5	80,5
Usage du préservatif	65,3	65,8
Exercice physique***	61,2	78,6
Abus de psychotropes***	60,7	74,1
Tabagisme***	47,7	68,2
Accidents de la vie courante	45,4	48,6
Alcoolisme	36,7	42,6
Usage de drogues**	28,4	37,1

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

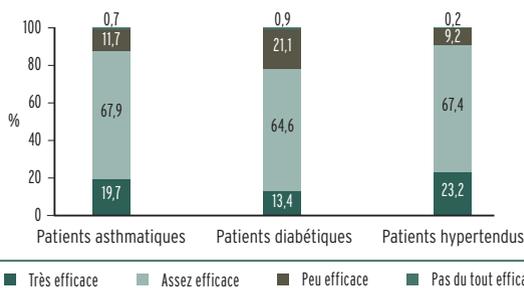
Lecture : 47,7 % des médecins ne pratiquant pas systématiquement un mode d'exercice particulier se sentent efficaces pour changer les comportements en matière de tabagisme.

caces (« peu » ou « pas du tout » efficaces) auprès des trois types de patients cités [figure 2]. Une grande majorité (64,4 %) déclare se sentir efficace (« très » ou « assez ») pour l'éducation thérapeutique dans les trois types de maladies, tandis qu'un tiers (34,2 %) déclare être efficace pour certaines pathologies et inefficace pour d'autres.

Concernant l'éducation des patients asthmatiques, 87,6 % des médecins interrogés déclarent se sentir efficaces, les médecins de secteur 1 étant proportionnellement plus nombreux (88,6 %) que les médecins de secteur 2 (81,3 %; p<0,01). Les médecins hommes sont proportionnellement plus nombreux (88,7 %) que

FIGURE 2

Sentiment d'efficacité déclaré par les médecins généralistes interrogés, en matière d'éducation des patients asthmatiques, diabétiques et hypertendus (nsp exclus)



Lecture : 23,2 % des médecins généralistes interrogés ont déclaré se sentir très efficaces dans l'éducation des patients hypertendus.

les médecins femmes (83,7 % ; $p < 0,01$) à déclarer se sentir efficaces dans l'éducation des patients asthmatiques.

À propos de l'éducation des patients diabétiques, 78,0 % des médecins généralistes interrogés déclarent se sentir efficaces, contre 22,0 % déclarant se sentir peu ou pas efficaces.

Pour l'éducation des patients hypertendus, 90,6 % des médecins interrogés déclarent se sentir efficaces (assez ou très efficaces).

Contrairement aux déclarations faites concernant les patients asthmatiques, il n'existe pas de différence significative dans le sentiment d'efficacité en matière d'éducation des patients diabétiques ou hypertendus, que ce soit en fonction du secteur professionnel ou du sexe du médecin.

Utilisation de questionnaires préétablis

Une grande majorité des médecins généralistes interrogés (64,8 %) déclare ne jamais utiliser de questionnaires préétablis d'aide au

repérage de facteurs de risques ou au dépistage d'une pathologie (tests ou échelles). Pour les médecins en utilisant (35,2 %), l'occasion survient « *parfois* » (28,5 %) , plus que « *souvent* » (5,3 %) ou « *très souvent* » (1,4 %). Les médecins de 50 ans ou moins déclarent un peu plus souvent en utiliser (37,4 %) que les médecins de plus de 50 ans (31,5 % ; $p < 0,01$). Par ailleurs, les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier, que ce soit de manière occasionnelle ou systématique, ainsi que ceux participant à un réseau déclarent plus que les autres utiliser ce type de questionnaire [tableau II].

Les thèmes pour lesquels les médecins généralistes utilisent le plus fréquemment des questionnaires sont les suivants : dépression, tabagisme, maladie d'Alzheimer, troubles de la mémoire et maladies cardiovasculaires. Ces thèmes sont cités par plus de 15 % des médecins utilisant ces supports [tableau III].

En 2003, les médecins sont proportionnellement plus nombreux (35,2 %) à déclarer utiliser des questionnaires qu'en 1998 : ils étaient alors 31,7 % ($p < 0,05$), 0,9 % en utili-

TABLEAU II

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'utiliser (« parfois », « souvent » ou « très souvent ») des questionnaires préétablis parmi les médecins généralistes (n=2 048)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=1 579)	1,0	
Femmes (n=469)	0,9	0,7-1,1
Âge		
50 ans ou moins (n=1 292)	1,0	
51 ans et plus (n=756)	0,8*	0,6-0,9
Pratique d'un mode d'exercice particulier		
Jamais (n=706)	1,0	
Occasionnellement ou systématiquement (n=1 342)	1,6***	1,3-1,9
Participation à un réseau		
Non (n=1 635)	1,0	
Oui (n=413)	1,7***	1,3-2,1

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

sant « *très souvent* », 4,3 % « *souvent* » et 26,5 % « *parfois* ».

De plus, en 2003, la diversité des thèmes de questionnaire cités par les médecins interrogés a été beaucoup plus grande qu'en

1998, avec l'émergence des thèmes suivants : Alzheimer, troubles de la mémoire, neurologie, dyslipidémies, nutrition, obésité... La douleur est un thème plus fréquemment cité en 2003 qu'en 1998, tandis que deux thèmes

TABLEAU III

Fréquence des thèmes cités par les médecins déclarant utiliser des questionnaires : évolution entre 1998 et 2003, et comparaison en 2003 entre médecins hommes et médecins femmes (en %)

Année	Évolution entre 1998 et 2003		Comparaison en 2003 entre médecins hommes et médecins femmes	
	1998 Médecins (hommes et femmes) (n=659)	2003 Médecins (hommes et femmes) (n=722)	2003 Médecins hommes (n=564)	2003 Médecins femmes (n=158)
Dépression	57,7	22,9***	22,5	24,5
Tabac	19,7	17,9	15,0	28,9***
Alzheimer		17,7	18,7	14,0
Mémoire		17,7	17,9	16,9
Maladie cardio-vasculaire	15,6	16,3	16,8	14,5
Douleur	6,8	12,9***	14,6	6,4**
Diabète	17,3	9,6***	9,1	11,7
Cancers	12,7	9,3	9,8	7,3
Neurologie		9,2	9,4	8,4
Dyslipidémies		7,3	7,0	8,6
Nutrition/obésité		6,6	5,7	9,9
Prostate		6,2	6,5	4,7
Alcool	4,5	5,7	4,8	9,2*
Gynécologie	3,3	4,3	3,1	8,7**
Problème digestif	2,2	3,6	2,6	7,4**
Asthme		3,1	2,2	6,4**
Gériatrie	4,7	2,9	3,0	2,6
Urologie		2,8	2,9	2,4
Pneumologie		2,3	2,3	2,6
Rhumatologie/ostéoporose	3,7	2,0	1,1	5,7***
Hypertension		1,9	1,2	4,6**
IST, VIH, hépatite C		1,7	1,8	1,3
Cholestérol		1,6	1,8	1,1
Psychiatrie		1,2	1,2	1,3
Ménopause		0,9	0,9	0,6
Endocrinologie		0,8	0,8	0,6
Sommeil		0,7	0,7	0,6
Sport		0,6	0,5	0,7
Autres	6,6	2,0***	1,3	4,5**
Nsp	1,2	1,2	1,4	0,7

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

Lecture : 0,7 % des médecins déclarant avoir recours à un questionnaire a utilisé un questionnaire préétabli sur le sommeil en 2003.

seulement le sont significativement moins : le diabète et la dépression (dont le taux élevé en 1998 était concomitant à la mise à disposition de nouveaux antidépresseurs).

En 2003, les médecins déclarant utiliser un questionnaire préétabli indiquent plus souvent se sentir efficaces (que les médecins interrogés déclarant ne pas en utiliser) pour changer les comportements dans plusieurs domaines : dépistage des cancers (91,7 % vs 88,3 % ; $p < 0,05$), abus de médicaments (65,8 % vs 60,7 % ; $p < 0,05$) et accidents de la vie courante (51,9 % vs 42,4 % ; $p < 0,001$). Cela est vrai quel que soit l'âge ou le sexe des médecins interrogés.

LE RÔLE DU PHARMACIEN EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Perception de leur rôle

Les pharmaciens interrogés reconnaissent l'activité de prévention comme une activité valorisante, faisant partie de leur rôle. Ainsi, interrogés sur les freins existant à la prévention (qui sont plus largement abordés en fin de ce chapitre), seulement 1,1 % d'entre eux a déclaré que la prévention ne faisait pas partie de son rôle, et 0,1 % d'entre eux qu'il s'agissait d'une activité non valorisante.

Questionnés sur l'importance de leur rôle (important ou très important) concernant différents thèmes de santé, les pharmaciens citent bien sûr en premier le bon usage du médicament (97,7 %), puis le thème du tabagisme (77,4 %) — l'un des seuls thèmes en augmentation en 2003 [tableau IV]. En effet, les pharmaciens interrogés en 2003 ont été moins nombreux qu'en 1998 à déclarer leur rôle « important » ou « très important » dans le domaine de la prévention du sida (53,4 % vs 61,4 % ; $p < 0,001$), de l'alimentation (47,3 % vs 74,9 % ; $p < 0,001$), ou de l'alcoolisme (30,7 % vs 39,6 % ; $p < 0,001$).

En 2003, la déclaration de l'importance de leur rôle dans l'alimentation est différente

pour les pharmaciens hommes (40,5 % l'estiment « important » ou « très important ») et les pharmaciens femmes (53,4 % ; $p < 0,001$). Cette différence existait déjà en 1998, avec respectivement 69,7 % et 79,5 % ($p < 0,001$).

Les pharmaciens âgés de 51 ans et plus déclarent plus souvent que les autres avoir un rôle important à jouer dans le domaine de la prévention des hépatites (50,9 % vs 42,8 % pour les 50 ans et moins ; $p < 0,05$), ainsi que dans celui de l'alcoolisme (37,4 % vs 27,4 % ; $p < 0,001$).

Il existe un lien entre la consommation d'alcool personnelle du pharmacien au cours des sept derniers jours et l'importance du rôle qu'il déclare avoir à jouer dans le domaine de l'alcoolisme. Ainsi, parmi les pharmaciens consommateurs réguliers (au moins trois fois au cours de la dernière semaine), seuls 25,5 % considèrent important (ou très important) le rôle du pharmacien à ce sujet, alors qu'ils sont 32,8 % parmi les non-consommateurs et 33,2 % parmi les consommateurs occasionnels (une à deux fois par semaine) ($p < 0,05$).

Aucun lien significatif n'est observé entre la consommation tabagique personnelle du pharmacien et l'importance déclarée de son rôle concernant le tabagisme de ses clients.

TABLEAU IV

Fréquence de déclaration par les pharmaciens interrogés de l'importance de leur rôle (« important » ou « très important ») concernant différents thèmes de santé (en %)

Domaine	1998	2003
Bon usage du médicament	98,0	97,7
Tabagisme***	60,2	77,4
Prévention du sida***	61,4	53,4
Alimentation***	74,9	47,3
Prévention des hépatites	–	45,5
Alcoolisme***	39,6	30,7

*** : $p < 0,001$.

Description de certaines pratiques

Demandes de renseignements sur le dépistage du cancer

Les deux tiers (67,3 %) des pharmaciens interrogés déclarent que leurs clients sont demandeurs de renseignements sur le dépistage des cancers (12,2 % «souvent», 55,1 % «rarement»). Ces demandes ont significativement augmenté depuis 1998 : les pharmaciens étaient en effet 58,5 % à déclarer que leurs clients étaient demandeurs ($p < 0,001$), 9,4 % déclarant alors leurs clients «souvent» demandeurs ($p < 0,05$) et 49,1 % les déclarant «rarement» demandeurs ($p < 0,01$).

Globalement, la fréquence de ces demandes ne varie ni avec l'âge ou le sexe du pharmacien, ni avec la situation géographique ou la taille de l'officine.

Les demandes de renseignements les plus fréquemment rapportées concernent le dépistage des cancers du sein et du côlon [figure 3].

Si les pharmaciens hommes déclarent recevoir proportionnellement plus fréquemment que leurs collègues femmes des demandes concernant le cancer de la prostate (11,6 % vs 6,4 % ; $p < 0,01$), il n'existe pas d'autre différence significative de ce type ; les pharmaciens femmes ne déclarent notamment pas recevoir plus souvent que leurs collègues hommes des demandes de renseignements sur le cancer du sein.

Demandes de renseignements sur certains thèmes de santé

À propos de différents thèmes de santé, les pharmaciens interrogés déclarent recevoir des questions de leurs clients à des fréquences variables [figure 4]. Si la maladie est le thème bien sûr le plus fréquemment cité (98,6 % «souvent» ou «rarement»), l'alimentation (93,1 % «souvent» ou «rarement») est un thème fréquemment abordé.

Concernant ces demandes de renseigne-

ments, on ne retrouve pas de différence en fonction de l'âge, du sexe du pharmacien, ou de la localisation de l'officine, sauf concernant le thème de la sécurité alimentaire. À ce propos, les pharmaciens déclarant que leurs clients sont demandeurs de renseignements sont proportionnellement plus nombreux à

FIGURE 3

Fréquence des demandes de renseignements concernant le dépistage des cancers, rapportées par l'ensemble des pharmaciens de l'échantillon (n=1 062)

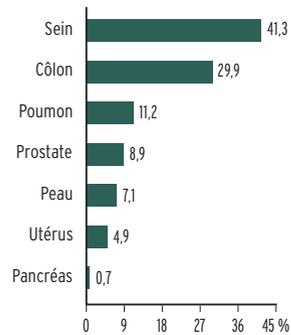
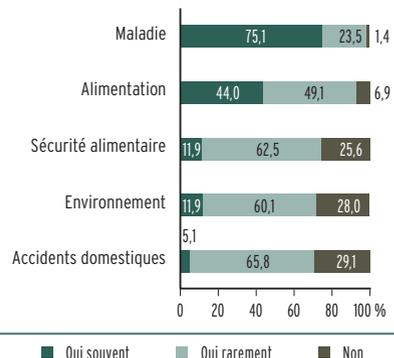


FIGURE 4

Fréquence citée par les pharmaciens, des thèmes de questions posées par leurs clients



être âgés de 51 ans ou plus (78,2 % vs 72,6 % des 50 ans ou moins ; $p < 0,05$) et à exercer hors de la région parisienne (75,8 % vs 67,8 % des pharmaciens exerçant en région parisienne ; $p < 0,05$).

Les pharmaciens qui procèdent à la vente de livres (c'est-à-dire 24,9 % des pharmaciens interrogés) ont tendance à recevoir plus de demandes de la part de leurs clients dans les domaines évoqués. Ce lien est significatif pour la sécurité alimentaire (80,4 % vs 72,4 % ; $p < 0,05$) et les accidents domestiques (76,1 % vs 69,2 % ; $p < 0,05$).

Parler spontanément du tabagisme

Plus de la moitié (55,3 %) des pharmaciens interrogés déclarent qu'ils ont « *souvent* » l'occasion de parler spontanément à leurs clients de la consommation de tabac et plus d'un tiers (36,5 %) qu'ils en parlent « *rarement* ». Aucune différence n'est observée selon l'âge ou le sexe du pharmacien. Cependant, lorsqu'on compare les pharmaciens ayant une activité complémentaire avec ceux n'en ayant pas, les pharmaciens investis dans au moins une des activités suivantes déclarent plus fréquem-

ment parler « *souvent* » avec leurs clients de la consommation de tabac :

- 74,5 % lorsqu'ils ont un rôle dans l'Ordre des pharmaciens (vs 54,4 % ; $p < 0,01$) ;
- 68,5 % lorsqu'ils font partie d'une association de prévention (vs 53,2 % ; $p < 0,001$) ;
- 68,1 % lorsqu'ils exercent une activité de formation (vs 52,6 % ; $p < 0,001$) ;
- 58,5 % lorsqu'ils ont une activité de maître de stage (vs 50,9 % ; $p < 0,05$).

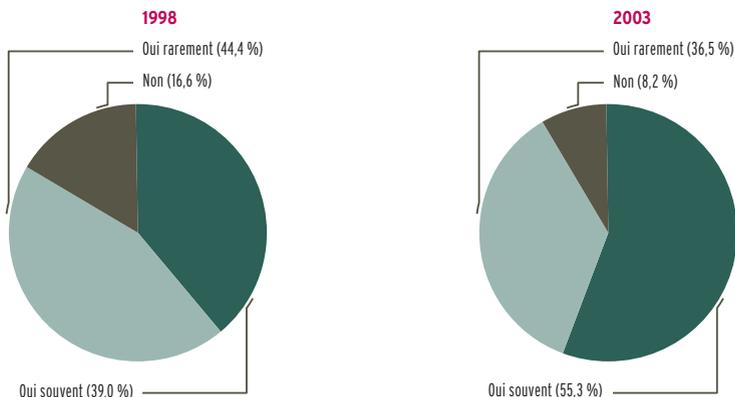
En 2003, les pharmaciens sont proportionnellement plus nombreux qu'en 1998 à déclarer avoir parlé du tabagisme avec leurs clients [figure 5] et, quand ils en ont parlé, c'est avec une fréquence accrue (55,3 % « *souvent* » en 2003 vs 39,0 % en 1998 ; $p < 0,001$).

Les pharmaciens abordent le thème du tabagisme le plus souvent à propos de la maladie du patient (62,8 %), à l'occasion de la dispensation de médicaments (48,6 %), de la présence d'un enfant (46,3 %), ou plus rarement lors de la vente de cosmétiques (13,5 %).

Parmi les pharmaciens parlant spontanément du tabac avec leurs clients, les occasions pour aborder ce thème sont

FIGURE 5

Fréquences d'évocation spontanée du tabagisme par les pharmaciens avec leurs clients, en 1998 et 2003



moins souvent reliées à ces domaines qu'en 1998, qu'il s'agisse :

- de la maladie du patient (62,8 % en 2003 vs 68,9 % en 1998; $p < 0,01$);
- de la délivrance de médicaments (48,6 % en 2003 vs 74,8 %; $p < 0,001$);
- de la présence d'un enfant (46,3 % en 2003 vs 58,0 % en 1998; $p < 0,001$);
- de la vente des cosmétiques (13,5 % en 2003 vs 18,3 % en 1998; $p < 0,01$).

En revanche, les pharmaciens interrogés ont été plus nombreux en 2003 (10,4 %) qu'en 1998 (4,5 %; $p < 0,001$) à avoir parlé spontanément du tabac en dehors d'une des raisons citées plus haut. L'hypothèse selon laquelle le tabac a été abordé plus souvent spontanément, dans le cadre de la vente de substituts nicotiques ou bien sans raison particulière, est envisageable.

Parmi les pharmaciens ayant déclaré ne pas parler spontanément de tabac, aucun n'a estimé que ce n'était pas son rôle.

Interrogés à propos du dernier patient asthmatique vu, 19,6 % des pharmaciens interrogés ont déclaré avoir eu un échange sur le tabac; les pharmaciens de 51 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux (28,4 %) que les autres (15,3 %; $p < 0,001$) à déclarer avoir eu un tel échange.

Parler spontanément de la consommation d'alcool

Concernant la consommation d'alcool, 55,8 % des pharmaciens déclarent en parler spontanément avec leurs clients. Ce chiffre, qui n'augmente pas significativement depuis 1998 (52,4 %), dissimule pourtant des évolutions dans la fréquence des discussions spontanées. Ainsi, les pharmaciens déclarant parler «*souvent*» d'alcool sont en proportion moins nombreux en 2003 qu'en 1998 (3,8 % vs 6,8 %; $p < 0,01$), et ils sont plus nombreux à en parler «*rarement*» en 2003 qu'en 1998 (52,0 % vs 45,6 %; $p < 0,01$).

Plus de quatre pharmaciens sur cinq (86,0 %) ayant abordé la question de l'alcool

avec leurs clients l'ont fait à l'occasion de la délivrance de médicaments, et près de la moitié (44,2 %) l'a évoquée à propos de leur maladie.

Parmi les pharmaciens déclarant ne pas en parler spontanément, une large majorité (77,7 %) a déclaré qu'il n'était «*pas facile d'aborder ce thème*». Plus d'un tiers (36,6 %) déclarent que les personnes ne souhaitent pas être interrogées. Parmi les autres raisons évoquées, le fait que les personnes sont libres de boire est évoqué par 12,1 % des pharmaciens, plus particulièrement par les hommes (16,4 % vs 8,5 % chez les femmes; $p < 0,05$); 2,7 % déclarent que ce n'est pas le rôle du pharmacien.

Conduite d'un entretien spécifique par les pharmaciens (dispensation de contraception d'urgence²)

Lors de la dernière dispensation d'une contraception d'urgence, 71,4 % des pharmaciens déclarent avoir conduit un entretien spécifique, 25,1 % n'en ont pas conduit et 3,5 % ne se prononcent pas. Un pharmacien sur cinq (21,5 % de l'ensemble des pharmaciens) déclare avoir conduit un entretien de plus de cinq minutes.

Les femmes pharmaciens sont plus nombreuses que leurs collègues hommes à déclarer conduire un entretien (76,5 % vs 65,6 %; $p < 0,001$), d'une durée alors plus souvent supérieure à cinq minutes (25,9 % vs 16,4 %; $p < 0,001$). Par ailleurs, plus le pharmacien est jeune et plus il déclare réaliser ce type d'entretien : 78,8 % des 40 ans et moins et 64,8 % des 51 ans ou plus ($p < 0,05$) [figure 6].

Les pharmaciens n'ayant pas mené d'entretien ont évoqué différents motifs [tableau VI], parmi lesquels les plus fréquemment cités mettent en cause l'attitude du

2. Le thème de la contraception est par ailleurs traité dans le chapitre *Contraception, IST, VIH. Les professionnels adaptent leur pratique aux nouvelles données* de cet ouvrage.

FIGURE 6

Fréquence de pharmaciens d'officine déclarant avoir mené un entretien spécifique lors de la dernière dispensation d'une contraception d'urgence, en fonction de la classe d'âges

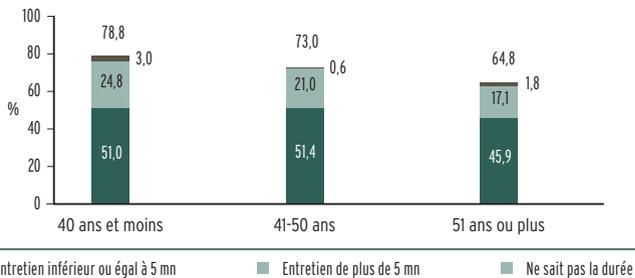


TABLEAU V

Fréquence des motifs de non-réalisation d'un entretien spécifique lors de la dispensation d'une contraception d'urgence, cités par les pharmaciens d'officine interrogés (n=272)

Motifs de non-réalisation d'un entretien spécifique	Pourcentage
La personne était déjà informée	30,7
La personne refuse de discuter	17,8
Problème de confidentialité	13,4
La personne manquait de temps	8,7
Vous manquez de temps	5,9
Vous croyez peu en l'efficacité d'une telle démarche	2,3
Ce n'est pas votre rôle de pharmacien	1,7
Vous manquez de formation sur ce thème	1,4
Aucune de ces propositions	16,8
Nsp	1,3

■ Motif lié au patient ■ Motif lié au pharmacien

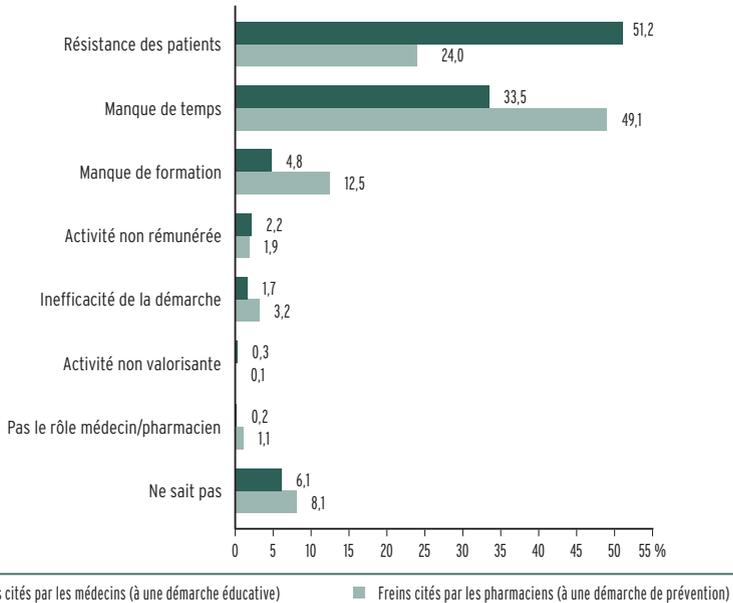
patient en premier lieu, hormis le problème de confidentialité qui n'est pas du fait de celui-ci.

FREINS À LA PRÉVENTION ET À L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ÉVOQUÉS PAR LES MÉDECINS ET LES PHARMACIENS

Interrogés sur le frein le plus important à la mise en œuvre d'une démarche éduca-

tive avec les patients atteints de pathologies chroniques, seule une infime partie des médecins a déclaré que la démarche éducative n'entraînait pas dans leur rôle de médecin (0,2 %), ou qu'elle n'était pas valorisante (0,3 %). La résistance des patients (51,2 %) et le manque de temps (33,5 %) ont été plus fréquemment cités que le manque de formation (4,8 %) [figure 7]. Les femmes médecins évoquent la résistance des patients proportionnellement plus souvent (57,7 %) que les hommes médecins (49,4 %; $p < 0,01$), alors

FIGURE 7

Fréquence de citation des freins à une démarche de prévention/éducative par les pharmaciens/médecins interrogés en 2003


que ces derniers parlent plus fréquemment d'un manque de temps (35,1 % vs 28,1 % ; $p < 0,01$). Plus le nombre d'actes médicaux réalisés par jour est élevé, plus la proportion de médecins évoquant un manque de temps est importante : 39,8 % des médecins réalisant 21 actes ou plus par jour le mentionnent, alors que seulement 24,6 % des médecins pratiquant 20 actes par jour ou moins le font ($p < 0,001$). Ce manque de temps est par ailleurs évoqué plus fréquemment par les médecins les plus jeunes (39,8 % des 40 ans et moins, vs 32,3 % des plus de 40 ans) et ce, quels que soient le sexe et le nombre d'actes réalisés par jour [tableau VI]. Les médecins les plus âgés évoquent plus souvent que les autres l'inefficacité de la démarche éducative (2,9 % des plus de 50 ans vs 1,0 % des 50 ans et moins ; $p < 0,01$), ou même ne se prononcent pas (7,9 % vs 5,0 % ; $p < 0,05$).

TABLEAU VI

Régression logistique où la variable dépendante est le fait de citer le manque de temps comme principal frein à la prévention parmi les médecins généralistes (n=1 905)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=1 449)	1,0	
Femmes (n=456)	0,8*	0,6-1,0
Âge		
40 ans et moins (n=314)	1,0	
41 ans à 50 ans (n=906)	0,7*	0,6-1,0
51 ans et plus (n=685)	0,7**	0,5-0,9
Nombre d'actes médicaux par jour		
De 1 à 20 (n=794)	1,0	
21 ou plus (n=1 111)	1,9***	1,6-2,4

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

La hiérarchie des freins cités par l'ensemble des médecins n'a pas varié depuis 1994 [10]. La résistance des patients (40,1 %) et le manque de temps (29,7 %) venaient déjà bien avant le manque de formation (7,1 %), l'absence de rémunération (6,7 %), l'impression d'inefficacité (2,9 %) et le fait que cette activité ne soit pas perçue comme valorisante (1,0 %). Cependant, on note une évolution significative des pourcentages de médecins mettant en avant un frein ou l'autre. Ainsi, la résistance du patient ($p < 0,001$) et le manque de temps ($p < 0,05$) sont cités plus souvent en 2003 qu'en 1994, tandis que le manque de formation ($p < 0,01$), l'absence de rémunération ($p < 0,001$), l'impression d'inefficacité ($p < 0,05$) et le manque de valorisation liée à cet acte ($p < 0,05$) sont évoqués moins souvent. La proportion de médecins ne se prononçant pas face à cette question a diminué de manière significative (6,1 % en 2003 vs 12,3 % en 1994; $p < 0,001$). Par contre, le pourcentage de médecins considérant que cette mission ne relève pas de leur rôle n'a pas évolué (0,2 % en 2003 vs 0,1 % en 1994).

Contrairement aux médecins (interrogés sur les freins à une démarche éducative), les pharmaciens interrogés sur les freins à une démarche de prévention citent le manque de temps (49,1 %) avant la résistance des patients (24,0 %). La non-rémunération de ces activités est rarement citée comme un frein important, aussi bien par les pharmaciens (1,9 %) que par les médecins (2,2 %).

Les freins évoqués par les pharmaciens ont évolué depuis 1998. Ainsi, le manque de formation (12,5 % en 2003, 3,9 % en 1998; $p < 0,001$) et l'inefficacité de la démarche (3,2 % en 2003, 1,5 % en 1998; $p < 0,05$) sont cités plus fréquemment en 2003, alors que la résistance des patients (24,0 % en 2003 vs 28,6 % en 1998; $p < 0,05$) et la non-rémunération de l'activité (1,9 % en 2003 vs 10,6 % en 1998; $p < 0,001$) sont moins citées.

La confidentialité dans l'officine

Plus d'un pharmacien sur dix (14,1 %) déclare qu'il existe souvent des problèmes de confidentialité dans son officine, et près de la moitié (46,9 %) que cela arrive («rarement»). Près d'un pharmacien sur trois (31,9 %) déclare avoir effectué des travaux depuis 2000 pour mieux répondre à la confidentialité.

Même si les problèmes de confidentialité dans l'officine pharmaceutique n'ont pas d'incidence négative sur la fréquence des échanges spontanés sur le tabac, la réalisation de travaux d'aménagement récents dans l'officine est associée à un accroissement des échanges spontanés sur le tabac. Lorsque des travaux ont été réalisés, 65,6 % des pharmaciens ont parlé souvent spontanément de la consommation de tabac de leur client. Lorsque ces travaux n'ont pas été réalisés, seulement 50,5 % des pharmaciens ont parlé souvent spontanément de cette consommation de tabac ($p < 0,001$).

De manière similaire, même si le manque de confidentialité n'est pas associé à une diminution significative de la fréquence des entretiens avec les clientes au cours de la dispensation d'une contraception d'urgence, le manque de confidentialité est associé à une diminution de la durée moyenne de ces entretiens (cinq minutes vs six minutes en l'absence de problèmes de confidentialité; $p < 0,05$). La réalisation de travaux d'aménagement récents dans l'officine pharmaceutique est associée à une augmentation de la fréquence de ces entretiens (76,2 % des pharmaciens ayant réalisé des travaux d'aménagement ont mené un entretien, contre 69,1 % de ceux qui n'ont pas procédé à des travaux; $p < 0,05$).

Interrogés également à propos du dernier patient asthmatique vu, lorsqu'il y a eu un aménagement réalisé, les pharmaciens déclarent des échanges plus fréquents sur les dispositifs d'inhalation (49,2 %) ou le tabac (24,8 %) que lorsqu'il n'y a pas eu

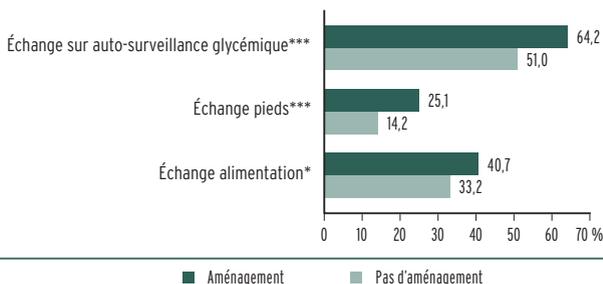
d'aménagement réalisé (respectivement 40,5 %; $p < 0,01$ et 17,8 %; $p < 0,05$).

Des tendances comparables sont retrouvées à propos du dernier patient diabé-

tique vu : la réalisation d'aménagements est associée à des échanges plus importants avec le patient [figure 8].

FIGURE 8

Échange des pharmaciens avec le dernier patient diabétique vu : fréquence selon les thèmes en fonction de la réalisation ou non de travaux d'aménagement dans l'officine



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

Lecture : 40,7 % des pharmaciens ayant réalisé un aménagement de leur officine déclarent avoir eu des échanges concernant l'alimentation avec leur dernier patient diabétique.

DISCUSSION

Globalement, les professionnels de santé interrogés déclarent se sentir impliqués et efficaces dans des démarches préventives. Chez les médecins généralistes, cette orientation vers un rôle préventif a pu être retrouvée dès 1987 dans la littérature, avec une tendance plus forte que chez les médecins spécialistes [11, 12].

Dans nos résultats, les médecins généralistes déclarent se sentir efficaces pour changer les comportements de leurs patients, avec une évolution positive de ce sentiment entre 1998 et 2003 dans plusieurs domaines de prévention primaire, hormis pour l'usage du préservatif. De même, ce sentiment d'efficacité est retrouvé dans l'éducation de leurs patients diabétiques, asthmatiques ou hypertendus, en prévention secondaire et tertiaire.

SENTIMENT D'EFFICACITÉ... ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Globalement, les professionnels interrogés déclarent souvent se sentir efficaces, qu'il s'agisse, pour les médecins généralistes, de changement des comportements des patients en prévention primaire ou d'éducation des patients atteints de maladies chroniques (asthme, hypertension, diabète), ou, pour les pharmaciens, de bon usage du médicament.

Ce sentiment semble être de plus en plus partagé : en 2003, les médecins interrogés déclarent plus souvent qu'en 1998 se sentir efficaces pour changer les comportements, en premier lieu dans le domaine du tabagisme, puis dans celui des accidents de

la vie courante, et enfin dans ceux de l'alcoolisme et de l'usage de drogues.

On observe toutefois, comme en 1998, une ambivalence des professionnels vis-à-vis de certains thèmes de prévention et d'éducation **[13]** : le sentiment d'efficacité est plus fort pour les domaines à forte composante biomédicale tels que le dépistage des cancers ou l'éducation thérapeutique des patients (asthmatiques ou diabétiques) pour les médecins et le bon usage du médicament pour les pharmaciens ; le sentiment d'efficacité est moins marqué dans le domaine des addictions, qui a une dimension psychologique et sociale perçue comme plus importante.

Mais ce déclaratif d'une implication ou d'un sentiment d'efficacité reflète-t-il un « passage à l'acte préventif » dans les pratiques ? Des études menées en Communauté française de Belgique en 1997 montrent que, même lorsque les médecins déclarent pratiquer des actes préventifs (en l'occurrence la vaccination, le dépistage du cancer du sein et la prescription de programmes de sevrage tabagique), en pratique, moins de la moitié les propose de manière systématique **[14]**.

Concernant le tabagisme, un audit des pratiques de prévention de cinq médecins généralistes auprès de 917 patients, effectué en 1996, révélait que 18,5 % des patients avaient été interrogés sur leur statut tabagique **[15]**. Parmi les fumeurs identifiés par les médecins, une interrogation complémentaire sur un projet d'arrêter de fumer n'avait été faite que pour 40,4 % des femmes et 32,8 % des hommes. Ces résultats suggèrent que la réalité des pratiques est plus modeste que ne le laisse présager le sentiment d'efficacité déclaré dans notre enquête.

Le sentiment d'efficacité des médecins pour changer les comportements de leurs patients est plus présent, nous l'avons vu, s'ils sont utilisateurs de questionnaires préétablis. Et pourtant cette utilisation reste très minoritaire puisque 64,8 % des médecins déclarent

ne jamais en utiliser, et que lorsqu'ils en utilisent, l'occasion survient « parfois » (28,5 %), beaucoup plus que « souvent » (5,3 %) ou « très souvent » (1,4 %).

L'évocation spontanée du tabagisme par les pharmaciens, même si elle n'est présente que chez un pharmacien sur dix, a eu lieu plus fréquemment en 2003 qu'en 1998. Cette évocation « spontanée » a pu être favorisée par la vente de substituts nicotiques. En revanche, elle est moins souvent reliée à des portes d'entrée telles que la maladie du patient, la délivrance d'un médicament, la présence d'un enfant ou la vente de cosmétiques, facteurs évoqués en 1998 **[16]**. Les représentations du tabagisme dans la population générale ont sans doute évolué entre ces deux enquêtes et les pharmaciens revendiquent un rôle de première ligne dans la lutte contre le tabagisme **[17]**.

Même si l'évocation par les pharmaciens d'un problème de consommation excessive d'alcool de leurs clients est fréquente, elle reste difficile dans trois quarts des cas (77,7 %) parmi ceux qui n'en parlent pas spontanément (44,2 %). Dans une enquête menée en 1997 auprès de 101 pharmacies de la région du Puy-de-Dôme, 82 % des pharmaciens se déclaraient concernés par l'alcoolisme de leurs clients, soit du fait de la délivrance d'une substance prescrite pour le sevrage, soit en raison de l'entrée dans l'officine d'une personne en état d'ébriété **[18]**. Dans cette étude exploratoire des représentations des pharmaciens, ceux-ci considéraient l'alcoolisme comme une maladie (84 %), un problème de société (60 %), dont la prise en charge relevait essentiellement des pouvoirs médicaux (54 %). Une sensation de gêne à propos de l'alcoolisme était exprimée par 75 % des pharmaciens interrogés. Dans leur majorité, ils estimaient être souvent en capacité de jouer un rôle dans la prévention, et dans l'orientation des personnes vers des structures de prise en charge (97 %).

L'intrication entre les comportements personnels de santé du médecin et le sentiment d'efficacité qu'il déclare pour changer les comportements de ses patients apparaît peu nettement en 2003. Une plus grande efficacité concernant les comportements tabagiques de leurs patients est ressentie par les médecins ex-fumeurs. De plus, une efficacité face à l'alcoolisme de leurs patients est déclarée par les médecins consommateurs réguliers d'alcool³. En 1989, une recherche menée en Angleterre auprès de 282 médecins généralistes [19] ne retrouvait pas de lien entre les comportements de consommation d'alcool et de tabac des médecins et l'importance qu'ils accordaient à leur rôle de prévention dans ces domaines, ainsi que leur sentiment d'efficacité. Pourtant, dans une enquête menée en France auprès de 130 médecins généralistes, les médecins ex-fumeurs déclaraient moins de difficultés lors d'une consultation d'aide au sevrage tabagique que leurs confrères non fumeurs et fumeurs, montrant que le statut tabagique personnel du médecin conditionnait son aptitude à la prise en charge de ses patients [20]. Ce lien est retrouvé sur un autre thème : dans une enquête publiée en 2000, menée auprès de 298 médecins aux États-Unis, dont 84 médecins généralistes, les médecins pratiquant un sport étaient plus enclins à conseiller un exercice physique à leurs patients [21]. La pratique sportive personnelle du professionnel est un comportement qui n'a pas été étudié dans notre échantillon.

Chez les pharmaciens interrogés, un lien a été trouvé entre leur consommation personnelle d'alcool au cours des sept derniers jours et leur rôle déclaré à propos de l'alcoolisme, les consommateurs répétés estimant ce rôle moins important. Lors de l'enquête de 1998, les différences n'étaient pas signifi-

catives pour l'alcool ; elles l'étaient en revanche pour le tabac [16]. Ce même lien est retrouvé à propos de leur propre consommation de tabac : dans une enquête de l'OMS auprès des pharmaciens officinaux dans douze pays européens, en 2001, les pharmaciens fumeurs se révélaient moins souvent impliqués dans des activités d'aide à l'arrêt du tabac [22].

UNE RÉSISTANCE DES PATIENTS, MAIS AUSSI UN MANQUE DE TEMPS ET DE FORMATION DU PROFESSIONNEL

La résistance des patients et le manque de temps sont les deux principaux freins évoqués par les médecins et les pharmaciens dans leurs démarches éducatives auprès de patients atteints de pathologies chroniques.

Des travaux menés en Belgique en 1995 montrent que les problèmes de communication avec les patients apparaissent comme un obstacle possible au développement de pratiques préventives [14]. L'absence de demande des patients, la peur d'être jugé trop interventionniste, le sentiment que la consultation ne se prête pas à une proposition systématique... autant d'appréhensions qui pourraient limiter les interventions des professionnels. Dès 1989, dans une enquête auprès de 424 médecins généralistes, réalisée par l'université de Bristol, sur leur rôle en prévention, la crainte d'une réaction négative de la part du patient était suspectée de diminuer les démarches de prévention ou d'éducation des professionnels [23]. Cette crainte influence certainement les pratiques professionnelles. Dans une enquête effectuée en 2001 chez 236 médecins généralistes en Grande-Bretagne, si 77 % d'entre eux étaient prêts à entamer une démarche auprès d'un patient fumeur désireux d'arrêter de fumer, ils n'étaient plus que 30 % à l'envisager auprès de tous les fumeurs [24]. Dans un programme de formation de pharma-

3. Se reporter au chapitre *Tabac et alcool. Quelle implication des professionnels?* de cet ouvrage.

ciens d'officine à l'aide à l'arrêt du tabac, les pharmaciens déclaraient manquer de compétences en prévention et pensaient souvent que leurs conseils n'étaient pas indispensables [25]. Pourtant, l'Agence américaine pour les politiques de santé et de recherche a montré que les pharmaciens pouvaient avoir une efficacité comparable à celle des médecins dans l'aide au sevrage tabagique. Alors que le taux d'arrêt est de 8,2 % sans conseil, il passe à 11,5 % après conseil par un pharmacien (il est de 12 % après conseil par un médecin). Lorsque plusieurs professionnels de santé interviennent, le taux atteint même 25,5 % [26].

La crainte des professionnels d'une réaction négative de leurs patients ne correspond pas à une réalité chez ces derniers. Ainsi, des enquêtes montrent l'attente qu'ont les patients d'une attitude active de prévention et de conseil du professionnel, par exemple dans le domaine du tabagisme, et l'importance accordée par le grand public à la communication avec le médecin généraliste quant à la décision de pratiquer un acte préventif [27, 28]. De plus, une vaste revue de la littérature réalisée en 2001 a montré que l'amélioration de la communication médecin/patient était à l'origine de gains de santé en termes bio-cliniques et de qualité de vie, qu'elle affectait le taux de satisfaction des patients et des médecins, et qu'elle ne générait pas d'allongement de la durée des consultations [29].

Le manque de formation, cité par moins d'1 médecin sur 20 et par 1 pharmacien sur 8, apparaît comme le troisième frein déclaré. Ce frein se situe pour la première fois avant celui que représente l'absence de rémunération, frein finalement peu cité en 2003 (1,9 % des pharmaciens, 2,2 % des médecins). Le paramètre « rémunération » paraît pouvoir être rattaché au paramètre « manque de temps » (temps de travail/honoraires) [30] en pratique libérale, et ainsi constituer avec la formation deux freins à lever dans les

pratiques professionnelles pour faciliter les interventions préventives ou éducatives.

Relecteurs

Robert Pujol (pharmacien d'officine)
Sabine Abitbol (médecin généraliste)
Jean-François Collin (Université Nancy I)

Bibliographie

- [1] Sandrin Berthon B.
L'éducation du patient au secours de la médecine.
Paris : Presses universitaires de France, Éducation et formation, 2000 : 198 p.
- [2] Deccache A., Lavendhomme E.
Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes.
Bruxelles : De Boeck-Wesmael, coll. Savoirs et santé, 1989 : 239 p.
- [3] Polton D.
Intérêts et limites d'une analyse économique de l'éducation pour la santé.
In : Dandé A., Sandrin Berthon B., Chauvin F., Vincent I. (sous la dir.). *L'éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé.* Colloque européen Georges Pompidou, Paris, 10-11 juin 1999.
Vanves : CFES, coll. Séminaires, 2001 : 118-24.
- [4] Bury J.-A.
Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications.
Bruxelles : De Boeck-Wesmael, coll. Savoirs et Santé, 1988 : 235 p.
- [5] D'Ivernois J.-F., Gagnayre R.
Apprendre à éduquer le patient.
Paris : Vigot, 1995 : 199 p.
- [6] Brody D.S.
The patient's role in clinical decision-making.
Annals of Internal Medicine 1980 ; 93 (5) : 718-22.
- [7] Karer M., Buttet P., Vincent I., Ferron C.
Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? : modalités de mise en oeuvre d'une expérimentation auprès des femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées.
Santé Publique 2004 ; 16 (3) : 471-85.

- [8] Decchache A.
Éducation pour la santé, éducation du patient, quelques concepts et leur signification en médecine générale.
In : *L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1997 : 51-62.
- [9] Direction générale de la Santé (DGS).
Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique : rapport du groupe de travail de la DGS.
Paris : DGS, 2001.
www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/edufin_3.htm
[15/03/2005]
- [10] Arènes J., Baudier F., Dressen C., et al.
Baromètre santé 94-95 médecins généralistes : résultats de l'enquête périodique sur la santé des Français auprès des médecins généralistes.
Paris : CFES, coll. Baromètres, 1996 : 137 p.
- [11] Maheux B., Pineault R., Beland F.
Factors influencing physicians' orientation toward prevention.
American Journal of Preventive Medicine 1987 ; 3 (1) : 12-8.
- [12] Scott C.S., Neighbor W.E., Brock D.M.
Physicians' attitude toward preventive care services : a seven-year prospective cohort study.
American Journal of Preventive Medicine 1992 ; 8 (4) : 241-8.
- [13] 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, 1999 : 179-93.
- [14] Levêque A., Berghmans L., Lagasse R., Laperche J., Piette D.
Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique.
Archives of Public Health 1997 ; 55 (5-6) : 145-58.
- [15] Paré F., Cormier J.-L., Herson D., Garnier F., Lecomte-Bourgeois M.A., Freud R.J.
Stratégie de prévention en médecine générale (audit et perspectives).
Santé publique 1996 ; 3 : 201-14.
- [16] Collin J.-F.
Santé et prévention : enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99.
Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 64 p.
- [17] Hirsch A., Le Maître B.
Pharmacien et tabac : prise en charge de l'arrêt du tabac.
Paris : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française, Fiches techniques, 2004 : 8 p.
www.ordre.pharmacien.fr/upload/Syntheses/18.pdf
[15/03/2005]
- [18] Pouyet-Poulet E., Sauvart M.P., Pépin D., Planche R.
Le pharmacien d'officine face au problème des buveurs excessifs.
Santé publique 2001 ; 13 (3) : 237-48.
- [19] Wood N., Whitfield M., Bailey D.
How do general practitioners view their role in primary prevention ?
Health Education Journal 1989 ; 48 (3) : 145-9.
- [20] Garrigues-Naserzadeh N., Sasco A.J., Lang F., Vergnon J.M.
Le médecin généraliste face à un patient fumeur.
Revue du Praticien-Médecine générale 2002 ; 16 (571) : 600-4.
- [21] Abramson S., Stein J., Schaufele M., Frates E., Rogan S.
Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey.
Clinical Journal of Sport Medicine 2000 ; 10 (1) : 40-4.
- [22] Teräsalmi E., Gustafsen I., Juncher V., Djerf K.
Smoking habits of community pharmacists in 12 European countries and their attitudes towards non-smoking work: research report.
Copenhagen : Organisation mondiale de la santé, Europharm Forum, 2001 : 116 p.
www.euro.who.int/document/E75099.pdf [15/03/2005]
- [23] Williams A., Winfield M.
General practitioners attitudes towards prevention.
Health education journal 1989 ; 48 (1) : 30-2.
- [24] McEwen A., Akotia N., West R.
General Practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines.
Addiction 2001 ; 96 (7) : 997-1000.
- [25] Vitale F.
Professional intervention for smoking cessation: the contribution of the pharmacist.
European journal of public health 2000 ; 10 (3) : 21-4
- [26] Fiore M.C., Bailey X.C., Cohen S.J., et al.
Smoking cessation: clinical practice guideline n° 18.
Rockville, Md. : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Centers for Disease Control and Prevention, AHCPR publication no. 96-0692, 1996.
- [27] Kviz F.J., Clark M.A., Hope H., Davis A.M.
Patients' perceptions of their physician's role in smoking cessation by age and readiness to stop smoking.
Preventive Medicine 1997 ; 26 (3) : 340-9.
- [28] Peeters R., Grivegnée A., Vandenbroucke A.
La prévention secondaire.
In : Lorge M. (éd.), *Livre blanc de la lutte contre le cancer en Belgique : bilan et perspectives*. Bruxelles : Association contre le cancer, 1994 : 3-64.
- [29] **La communication efficace à votre service : cours interactif de 3 heures à l'intention des praticiens.**
Ottawa : Santé Canada, 2001 : 42 p.
www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/ccdpc-cpcmc/bc-cds/pdf/tt2resource_f.pdf [15/03/2005]
- [30] Sonecom
Étude sur la prévention en médecine générale.
Bruxelles : Association contre le cancer, 1995 : 1-89.



L'essentiel

L'immense majorité des généralistes (97,1 %) déclare être « favorable » à la vaccination. Pourtant, au fil des années, les opinions « très favorables » se sont « effritées ». En 1994, ils étaient plus de 85 %, en 1998 ils étaient près de 10 % de moins.

Concernant les pharmaciens, si globalement l'opinion « favorable » n'est pas différente de celle des généralistes, le pourcentage de pharmaciens « très favorables » est significativement moins fort.

Près de neuf médecins sur dix (88,1 %) sont « favorables » à la vaccination par le BCG, mais cette opinion a diminué significativement entre 1998 et 2003. En revanche, pour la vaccination rougeole-oreillons-rubéole, l'opinion « favorable » reste relativement stable : 93,7 %, 93,6 % et 94,8 % respectivement pour les années 1994, 1998 et 2003. De plus, l'augmentation significative observée entre 1994 et 1998 de la proportion de médecins « très favorables » à cette vaccination se poursuit en 2003. Il y a donc aujourd'hui près de quatre généralistes sur cinq qui se déclarent « très favorables ».

Si aucune différence significative n'est observée entre pharmaciens et médecins généralistes en 2003 concernant l'opinion « favorable » sur la vaccination rougeole-oreillons-rubéole (respectivement 96,0 % et 94,8 %), en revanche, comme pour la vaccination en général, la proportion de pharmaciens « très favorables » est moins élevée que celle des médecins généralistes (62,6 % vs 79,0 %).

Pour la pratique de la vaccination chez les personnes âgées, celle contre la grippe est un geste largement répandu (« systématiquement » et « souvent » : 93,5 %). Il en est de même pour la vaccination antitétanique (« systématiquement » et « souvent » : 87,0 %), mais avec une baisse significative pour les réponses « systématiquement » entre 1998 et 2003. Pour la vaccination anti-pneumococcique, la situation est différente. Elle n'est réalisée « systématiquement » et « souvent » dans ce même groupe d'âges que par un peu moins d'un tiers des médecins (32,9 %).

Concernant la vaccination contre

l'hépatite B chez les adolescents et dans la population générale, une même évolution est constatée. Les opinions « très favorables » pour la vaccination des adolescents (66,2 % en 1993) ont atteint leur maximum en 1994 (85,7 %), et elles ont ensuite diminué de façon très significative entre 1998 (55,5 %) et 2003 (36,2 %). En revanche, pour la vaccination chez les nourrissons, l'opinion « favorable », qui n'avait pas bougé entre 1994 (51,7 %) et 1998 (51,2 %), a augmenté significativement entre 1998 et 2003 (58,8 %).

Selon les données de cette enquête, les facteurs le plus souvent associés au fait d'être favorable à la vaccination (tous les types de vaccinations confondus) sont les suivants : exercer dans le nord de la France, ne pas avoir un mode d'exercice particulier (principalement l'homéopathie), travailler en secteur 1, être un médecin référent, pratiquer un nombre d'actes par jour supérieur à 20, travailler en cabinet de groupe, faire partie d'un réseau, être un homme, avoir 40 ans et moins.

La vaccination

Un geste à consolider ?

FRANÇOIS BAUDIER

MARTA ALEKSANDRA BALINSKA

La vaccination est, pour les Français, un sujet globalement consensuel. Au cours des dix dernières années et à la lumière des résultats des différents Baromètres santé, on observe que plus de 90 % de la population, des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine y sont favorables [1, 2]. Cette opinion positive est encore plus marquée parmi les jeunes générations. Derrière ce constat plutôt encourageant, il existe une situation complexe qui ne doit pas nous entraîner dans de fausses assurances. En effet, on perçoit depuis une dizaine d'années un certain « malaise » autour de la vaccination [3, 4]. Sans entrer dans une analyse trop détaillée, plusieurs points méritent d'être soulignés.

■ Les débats autour du vaccin de l'hépatite B ont profondément « troublé » la population et les professionnels de santé. Aujourd'hui, toutes les leçons de ces épisodes à rebondissements n'ont pas encore été tirées. En l'occurrence, l'objectif de vaccination universelle des nourrissons n'a pas été atteint et

le vaccin contre l'hépatite B a été largement dévalorisé dans l'opinion publique. Par ailleurs, la polémique autour des éventuels effets secondaires de la vaccination est spécifique à la France, le seul pays à avoir vacciné autant d'adultes.

■ La sécurité sanitaire est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et ce depuis les crises des années 1980-1990 (Tchernobyl, le « sang contaminé », la « vache folle », etc.). Le principe de précaution, qui consiste à s'abstenir en cas d'un risque mal connu, peut conduire à augmenter un autre risque, qui lui est connu, celui de la non-vaccination. Assurer une meilleure compréhension par la population des enjeux de la vaccination pour la santé publique devrait permettre une appréciation plus exacte des bénéfices et des risques liés à la prévention vaccinale.

■ Le fait que les enfants reçoivent aujourd'hui beaucoup plus de vaccins qu'il y a vingt-cinq ans, l'évolution biotechnologique des vaccins, les changements fréquents de calendrier vaccinal, la remise en cause de

l'obligation vaccinale, les questionnements sur les vaccins combinés, le prix plus élevé de certains vaccins... sont autant d'éléments qui peuvent susciter des interrogations et pour lesquels la mise à jour des connaissances paraît souhaitable.

L'évolution des opinions et des pratiques

de certains professionnels de santé, au cours de dix ans d'observation, est en effet une source d'enseignement très précieuse. Elle se situe en miroir par rapport à l'opinion et aux comportements de l'ensemble de la population française, évalués par d'autres Baromètres santé.

RÉSULTATS

OPINION SUR LA VACCINATION EN GÉNÉRAL

Si 97,1 % des médecins déclarent être « favorables » à la vaccination (sans variation significative depuis 1994), les opinions « très favorables » se sont « effritées » au fil des ans [tableau I]. En 1994, ils étaient plus de 85 % ; en 1998, ils étaient près de 10 % de moins. Les différences sont significatives entre 1994 et 1998 ; par contre, un écart non significatif est observé entre 1998 et 2003, ce qui laisse supposer que les attitudes n'ont pas beaucoup évolué au cours des quatre ans écoulés.

Après une analyse multivariée, les facteurs associés au fait d'être « très favorable » à la

vaccination sont le sexe (77,3 % de généralistes hommes vs 69,3 % de généralistes femmes ; $p < 0,001$), la non-pratique d'un mode d'exercice particulier (Mep) (87,5 % vs 46,0 % de médecins pratiquant systématiquement un mode d'exercice particulier ; $p < 0,001$), être médecin référent (83,7 % vs 74,5 % ; $p < 0,01$), exercer en secteur 1 (79,2 % vs 52,8 % ; $p < 0,001$), et pratiquer dans le nord de la France (77,8 % vs 72,7 % ; $p < 0,01$). Les autres facteurs¹ n'apparaissent

1. Les variables croisées systématiquement aux pratiques, attitudes étudiées des médecins sont le sexe, l'âge, la taille d'agglomération, le nombre d'actes, la région, le fait d'être médecin référent, le secteur d'exercice, la pratique d'un mode d'exercice particulier (Mep), le type de cabinet, la part de clientèle bénéficiant de l'aide médicale gratuite et la participation à un réseau de soins.

LE CALENDRIER VACCINAL EN VIGUEUR EN 2003

Dès le 1 ^{er} mois	Tuberculose (BCG)
À partir de 2 mois	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, <i>Hameophilus influenzae b</i> , hépatite B
À partir de 12 mois	Rougeole-oreillons-rubéole Hépatite B
16-18 mois	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, <i>Hameophilus influenzae b</i>
Entre 3 et 6 ans...	Rougeole-oreillons-rubéole
Avant 6 ans	Tuberculose
6 ans	Diphtérie, tétanos, polio (2 ^e rappel), rougeole-oreillons-rubéole
11-13 ans	Diphtérie, tétanos, polio (3 ^e rappel), coqueluche (2 ^e rappel), rougeole-oreillons-rubéole (rattrapage), hépatite B, épreuve tuberculinique
16-18 ans	Diphtérie, tétanos, polio (4 ^e rappel), rubéole (pour jeunes femmes non vaccinées)
À partir de 18 ans...	Tétanos, polio, hépatite B, rubéole
À partir de 65 ans...	Grippe

pas comme liés au fait d'être « *très favorable* » à la vaccination en général.

Chez les pharmaciens, si globalement l'opinion « *favorable* » n'est pas différente de celle des généralistes (respectivement 96,8 % et 97,1 %), le pourcentage de ceux qui sont « *très favorables* » est significativement moins fort (56,3 % vs 75,5 %, $p < 0,001$; avant et après standardisation sur le sexe et l'âge), traduisant ainsi une adhésion moins prononcée au geste vaccinal en général [tableau II].

Après une analyse multivariée, les pharmaciens qui sont personnellement vaccinés contre la grippe apparaissent comme la catégorie la plus favorable à la vaccination. Ainsi, plus des deux tiers (67,2 %) se déclarent très favorables à la vaccination, contre moins d'un sur deux (49,8 %) parmi les non-vaccinés ($p < 0,001$).

OPINION SUR LES VACCINATIONS BCG ET ROUGEOLE-OREILLONS-RUBÉOLE

Vaccination par le BCG

Dans le contexte d'un questionnaire grandissant sur le caractère obligatoire de la vaccination contre la tuberculose, il est particulièrement intéressant de mieux cerner les attitudes des médecins généralistes envers le BCG. Près de neuf médecins sur dix (88,1 %) sont « *favorables* » à cette vaccination [tableau III]. Pourtant, l'opinion « *très favorable* », qui n'avait pas baissé significativement entre 1994 et 1998, a diminué entre 1998 et 2003 ($p < 0,001$). L'opinion « *favorable* » suit la même tendance puisque 88,1 % des médecins se déclarent « *favorables* », contre 93,0 % en 1994 et 93,2 % en 1998 ($p < 0,001$).

Les médecins ne pratiquant pas de mode d'exercice particulier sont proportionnellement plus nombreux à se déclarer « *très favorables* » (61,9 % vs 55,3 % parmi les

médecins en pratiquant au moins occasionnellement ; $p < 0,01$), de même que ceux en secteur 1 (59,8 % vs 42,8 % ; $p < 0,001$) et ceux dont le nombre d'actes quotidiens est supérieur à 20 (61,6 % vs 51,6 % ; $p < 0,001$).

TABLEAU I

La vaccination dans la pratique quotidienne des médecins généralistes : évolution des opinions (en %)

	1994	1998	2003
Très favorable	85,2	76,1	75,5
Plutôt favorable	12,5	21,5	21,6
Plutôt défavorable	1,4	1,5	1,9
Très défavorable	0,4	0,3	0,4
Nsp	0,5	0,6	0,6

TABLEAU II

Comparaison de l'opinion des pharmaciens et des médecins généralistes concernant la vaccination (en %)

	Pharmaciens	Médecins
Très favorable	56,3	75,5
Plutôt favorable	40,5	21,6
Plutôt défavorable	2,0	1,9
Très défavorable	0,3	0,4
Nsp	0,9	0,6

TABLEAU III

Le BCG et les médecins généralistes : évolution des opinions (en %)

	1994	1998	2003
Très favorable	65,9	66,7	57,6
Plutôt favorable	27,1	26,5	30,5
Plutôt défavorable	4,3	4,9	7,8
Très défavorable	2,2	1,5	3,4
Nsp	0,5	0,4	0,7

Vaccination rougeole-oreillons-rubéole

Le projet d'éliminer la rougeole et la rubéole congénitale en Europe en 2010 (objectif OMS), nécessite de bien connaître l'opinion des médecins à l'égard du vaccin combiné rougeole-oreillons-rubéole (ROR), ainsi que leur attitude face à la prescription d'une seconde dose du vaccin. L'opinion « favorable » (c'est-à-dire « très favorable » et « plutôt favorable » pris dans leur ensemble) reste relativement stable : 93,7 %, 93,6 % et 94,8 % respectivement pour les années 1994, 1998 et 2003 [tableau IV]. En revanche, l'augmentation significative ($p < 0,05$) observée entre 1994 et 1998 de la proportion de médecins « très favorables » à cette vaccination se poursuit en 2003 : cette différence est significative entre 1998 et 2003 ($p < 0,05$). Il y a donc aujourd'hui près de quatre généralistes sur cinq qui se déclarent « très favorables ».

Les facteurs associés au fait d'être favorable (« plutôt » ou « très ») sont multiples : les hommes sont significativement plus favorables que les femmes (96,2 % vs 89,9 % ; $p < 0,001$). À l'inverse, les praticiens exerçant dans le sud-ouest de la France sont en proportion moins nombreux à être favorables que les autres (91,3 % vs 95,6 % ; $p < 0,001$). Outre ces variables sociodémo-

graphiques, le sentiment vis-à-vis de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole diffère selon certaines caractéristiques de l'exercice de la profession. Ainsi, les médecins en secteur 1, les médecins référents, ceux qui exercent en cabinet de groupe, pratiquent un nombre d'actes quotidien important, ou encore les praticiens ne déclarant jamais pratiquer un mode d'exercice particulier sont ceux qui sont les plus favorables à la vaccination rougeole-oreillons-rubéole [tableau V].

Si aucune différence significative n'est observée entre pharmaciens et médecins généralistes en 2003 concernant l'opinion « favorable » sur la vaccination rougeole-oreillons-rubéole (respectivement 96,0 % et 94,8 %), en revanche, comme pour la vaccination en général, la proportion de pharmaciens « très favorables » est moins élevée que celle des médecins généralistes (62,6 % vs 79,0 % ; $p < 0,001$) et ce, avant et après standardisation sur le sexe et l'âge [tableau VI].

Comme pour la vaccination en général, l'opinion « très favorable » à la vaccination rougeole-oreillons-rubéole chez les pharmaciens est plus répandue parmi ceux vaccinés contre la grippe (71,2 % vs 57,5 % ; $p < 0,001$), mais aussi parmi les 40 ans ou moins (69,5 % vs 60,9 % ; $p < 0,05$).

TABLEAU IV

La vaccination ROR : évolution des opinions parmi les médecins généralistes (en %)

	1994	1998	2003
Très favorable	72,9	76,5	79,0
Plutôt favorable	20,8	17,1	15,8
Plutôt défavorable	3,0	4,4	3,6
Très défavorable	2,8	1,7	1,3
Nsp	0,5	0,3	0,3

TABLEAU VI

Comparaison de l'opinion des pharmaciens et des médecins généralistes concernant la vaccination ROR (en %)

	Pharmaciens	Médecins
Très favorable	62,6	79,0
Plutôt favorable	33,4	15,8
Plutôt défavorable	2,4	3,6
Très défavorable	1,0	1,3
Nsp	0,6	0,3

TABEAU V

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est «être favorable à la vaccination rougeole-oreillons-rubéole» parmi les médecins généralistes (n=2 001)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=1 536)	1,0	
Femmes (n=465)	0,5**	0,3-0,8
Région		
Région parisienne (n=309)	1,0	
Nord-Ouest (n=356)	0,6	0,3-1,3
Nord-Est (n=492)	1,1	0,5-2,3
Sud-Est (n=517)	0,9	0,5-1,7
Sud-Ouest (n=327)	0,4**	0,2-0,7
Mode d'exercice particulier		
Jamais (n=694)	1,0	
Occasionnellement ou systématiquement (n=1 307)	0,1***	0,1-0,3
Nombre d'actes par jour		
20 ou moins (n=836)	1,0	
21 ou plus (n=1 165)	2,5***	1,5-4,1
Type de cabinet		
Individuel (n=1 044)	1,0	
Groupe (n=957)	2,2**	1,3-3,6
Secteur		
Secteur 1 (n=1 745)	1,0	
Secteur 2 (n=256)	0,2***	0,1-0,3
Médecin référent		
Non (n=1 771)	1,0	
Oui (n=230)	4,4*	1,0-18,6

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

Pratique de la vaccination ROR par les généralistes pour les enfants de 1 à 2 ans

Elle est très largement répandue (88,2 %) et une augmentation significative est observée concernant la déclaration «systématiquement» (p<0,05) depuis 1994 [figure 1].

Les facteurs associés à la non-proposition du vaccin («jamais») sont le fait d'avoir un mode d'exercice particulier, d'exercer en secteur 2, d'avoir un nombre d'actes quotidien inférieur ou égal à 20 et de travailler en cabinet individuel [tableau VII].

FIGURE 1

Pratique de la vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans en 1994, 1998 et 2003

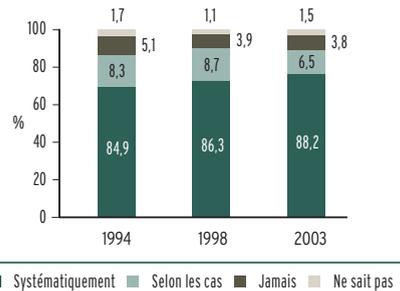


TABLEAU VII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « ne jamais proposer la vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans » parmi les médecins généralistes (n=2 002)

	OR ajusté	IC à 95 %
Mode d'exercice particulier		
Jamais (n=695)	1,0	
Occasionnellement ou systématiquement (n=1 307)	5,0***	2,1-11,8
Nombre d'actes par jour		
20 ou moins (n=837)	1,0	
21 ou plus (n=1 165)	0,4**	0,2-0,7
Type de cabinet		
Groupe (n=957)	1,0	
Individuel (n=1 045)	3,1***	1,7-5,8
Secteur		
Secteur 1 (n=1 746)	1,0	
Secteur 2 (n=256)	4,7***	2,9-7,6

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

Pratique de la vaccination ROR par les généralistes pour les enfants de 3 à 6 ans

Elle est un peu moins fréquente que pour les 1-2 ans, mais est tout de même pratiquée systématiquement par 80,5 % des médecins [figure 2]. Entre 1998 et 2003, une augmentation très significative (supérieure à 25 %) est observée concernant la déclaration «systématique» (p<0,001).

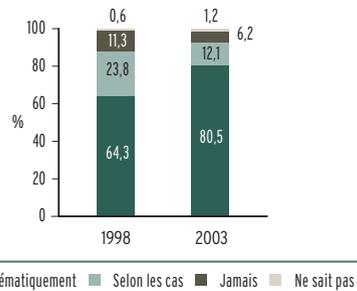
Avoir plus de 40 ans, exercer dans le sud de la France, travailler dans une commune de 20 000 à 100 000 habitants, avoir un Mep, pratiquer en secteur 2, avoir un nombre d'actes inférieur ou égal à 20 sont des facteurs associés au fait de ne «jamais» proposer ce vaccin aux enfants âgés de 3 à 6 ans [tableau VIII]. Aucune différence selon le sexe n'est observée.

Pratique du rattrapage de la vaccination ROR par les généralistes pour les 11-13 ans non vaccinés

On constate depuis 1998 une augmentation significative des médecins propo-

FIGURE 2

Pratique de la vaccination ROR pour les enfants de 3 à 6 ans en 1998 et 2003



sant systématiquement le rattrapage aux enfants de 11-13 ans non vaccinés (p<0,001) [tableau IX]. La proportion de praticiens ne proposant jamais ce rattrapage est beaucoup plus importante parmi les médecins exerçant dans une commune de 20 000 à 100 000 habitants (8,6 % vs 4,5 % ; p<0,01), qui pratiquent un mode d'exercice particulier

TABLEAU VIII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « ne jamais proposer la vaccination ROR pour les enfants de 3 à 6 ans » chez les médecins généralistes (n=2 002)

	OR ajusté	IC à 95 %
Âge		
40 ans ou moins (n=322)	1,0	
Plus de 40 ans (n=1 680)	3,9*	1,4-11,0
Région		
Nord (n=1 158)	1,0	
Sud (n=844)	1,8**	1,2-2,6
Mode d'exercice particulier		
Jamais (n=695)	1,0	
Occasionnellement (n=1 042)	1,5	0,9-2,6
Systématiquement (n=265)	5,9***	3,3-10,6
Nombre d'actes par jour		
20 ou moins (n=837)	1,0	
21 ou plus (n=1 165)	0,4***	0,3-0,7
Secteur		
Secteur 1 (n=1 746)	1,0	
Secteur 2 (n=256)	1,9**	1,2-2,9
Taille d'agglomération		
Autres (n=1 702)	1,0	
De 20 000 à 100 000 habitants (n=300)	1,8*	1,1-2,9

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

(6,3 % vs 2,8 % ; p<0,01), qui travaillent en secteur 2 (17,0 % vs 3,2 % ; p<0,001), qui ont un nombre d'actes inférieur ou égal à 20 (8,3 % vs 2,7 % ; p<0,001), qui exercent en cabinet individuel (8,0 % vs 2,3 % ; p<0,001) et qui ne sont pas médecin référent (5,6 % vs 1,3 % ; p<0,01).

PRATIQUE DE LA VACCINATION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Vaccination contre la grippe

C'est un geste qui est largement répandu (« systématiquement » et « souvent » : 93,5 %). On ne constate pas d'évolution significative concernant cette pratique depuis 1994 [tableau X].

Les médecins ne pratiquant pas de mode d'exercice particulier déclarent plus que les

TABLEAU IX

Rattrapage de la vaccination ROR pour les 11-13 ans non vaccinés : évolution des pratiques parmi les médecins généralistes (en %)

	1998	2003
Systématiquement	71,8	80,3
Selon les cas	20,9	13,3
Jamais	5,9	5,1
Nsp	1,4	1,3

autres vacciner de manière systématique les personnes âgées contre la grippe (76,0 % vs 64,4 % ; p<0,001). Cette proportion est par ailleurs plus importante parmi les médecins référents (77,9 % vs 67,2 % ; p<0,01), ainsi que parmi les médecins conventionnés de secteur 1 (71,2 % vs 51,4 % ; p<0,001).

Vaccination antipneumococcique

Elle est pratiquée «*systématiquement*» et «*souvent*» par un peu moins d'un tiers des médecins (32,9 %) [tableau XI]. Une progression significative est observée entre 1994 et 1998 pour les réponses «*systématiquement*» (ce qui n'est pas le cas entre 1998 et 2003). La différence est par contre significative entre 1994 et 2003 ($p < 0,01$). La proportion de médecins ayant répondu «*systématiquement*» ou «*souvent*» n'a pas évolué significativement entre 1998 et 2003.

Pour ce vaccin globalement peu prescrit, la proposition systématique est associée au fait d'exercer en cabinet individuel (5,7 % vs 3,2 % ; $p < 0,01$) et d'avoir plus de 50 ans (7,2 % vs 2,7 % ; $p < 0,001$).

Vaccination antitétanique

En France, on observe tous les ans quelques dizaines de cas de tétanos, intervenant principalement chez les personnes âgées de plus de 70 ans. En 2000 et 2001, il y avait eu respectivement 24 et 26 cas déclarés [5]. Bien que la vaccination antitétanique soit largement pratiquée auprès de cette population, il existe une baisse significative pour les réponses «*systématiquement*» entre 1998 et 2003 ($p < 0,001$) [tableau XII]. La proportion de ceux répondant «*jamais*» a aussi augmenté significativement ($p < 0,05$),

TABLEAU XII

Pratique de la vaccination antitétanique chez les personnes âgées : évolution parmi les médecins généralistes (en %)

	1994	1998	2003
Systématiquement	53,4	54,7	48,6
Souvent	35,6	31,7	38,4
De temps en temps	9,5	13,1	11,5
Jamais	1,5	0,4	1,1
Nsp	0,0	0,1	0,4

TABLEAU X

Pratique de la vaccination antigrippale chez les personnes âgées : évolution parmi les médecins généralistes (en %)

	1994	1998	2003
Systématiquement	67,8	64,5	68,4
Souvent	26,0	28,5	25,1
De temps en temps	4,7	5,3	4,0
Jamais	1,5	1,4	2,0
Nsp	0,0	0,3	0,5

TABLEAU XI

Pratique de la vaccination antipneumococcique chez les personnes âgées : évolution parmi les médecins généralistes (en %)

	1994	1998	2003
Systématiquement	2,3	4,2	4,4
Souvent	13,3	26,2	28,5
De temps en temps	61,7	59,8	58,4
Jamais	22,7	9,5	8,0
Nsp	0,0	0,3	0,7

même si elle demeure très faible en 2003. La non-proposition est associée à la pratique systématique d'un mode d'exercice particulier (3,1 % vs 0,8 % ; $p < 0,001$).

OPINION SUR LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B

Vaccination contre l'hépatite B pour les nourrissons

Dans le contexte encore «*troublé*» autour de la vaccination contre le virus de l'hépatite B, il est intéressant de constater que l'opinion «*très favorable*» concernant les nourrissons, qui n'avait pas bougé entre 1994 et 1998, a augmenté significativement entre 1998 et 2003 ($p < 0,001$). L'opinion «*favorable*» suit également la même tendance puisque 58,8 % des médecins se déclarent favora-

bles contre 51,7 % et 51,2 % en 1994 et 1998 ($p < 0,001$) [figure 3].

Les médecins exerçant dans le nord de la France affirment plus que ceux du sud être « très favorables » [tableau XIII]. Cette opinion est partagée plus particulièrement par les généralistes installés en milieu rural, participant à un réseau de soins, ceux n'ayant pas de mode d'exercice particulier, ceux déclarant un pourcentage élevé d'aide médicale gratuite dans leur clientèle, ainsi que par les médecins référents.

Vaccination contre l'hépatite B à l'entrée en 6^e

Les opinions « très favorables » ou « favorables » ont diminué significativement entre

FIGURE 3

Opinion sur la vaccination contre l'hépatite B chez les médecins généralistes pour les nourrissons en 1994, 1998 et 2003

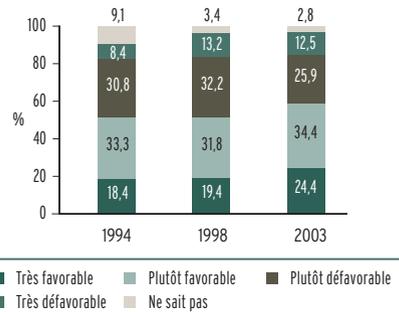


TABLEAU XIII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « être très favorable à la vaccination contre l'hépatite B pour les nourrissons » (n=2 036)

	OR ajusté	IC à 95 %
Région		
Nord (n=1 178)	1,0	
Sud (n=858)	0,5***	0,4-0,7
Taille d'agglomération		
Moins de 2 000 habitants (n=361)	1,0	
De 2 000 à 20 000 habitants (n=458)	0,6**	0,5-0,9
De 20 000 à 100 000 habitants (n=301)	0,7*	0,5-0,9
Plus de 100 000 habitants (n=636)	0,7*	0,5-0,9
Agglomération parisienne (n=280)	0,7	0,5-1,1
Mode d'exercice particulier		
Systématiquement (n=279)	1,0	
Occasionnellement (n=1 056)	1,9**	1,3-2,8
Jamais (n=701)	2,5***	1,7-3,6
Participation à un réseau		
Non (n=1 624)	1,0	
Oui (n=412)	1,5**	1,1-1,9
Pourcentage d'aide médicale gratuite dans la clientèle		
Moins de 10 % (n=1 551)	1,0	
10 % et plus (n=485)	1,3*	1,0-1,7
Médecin référent		
Non (n=1 805)	1,0	
Oui (n=231)	1,4*	1,0-1,9

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

1994, 1998 et 2003 ($p < 0,001$), alors que les « défavorables » et « très défavorables » ont significativement augmenté ($p < 0,001$) [tableau XIV].

Les déclarations « favorables » (« très » ou « plutôt favorables ») à la vaccination contre l'hépatite B à l'entrée en 6e sont plus répandues parmi les médecins référents (75,9 % vs 65,2 % ; $p < 0,01$), les médecins participant à un réseau de soins (72,5 % vs 65,0 % ; $p < 0,01$), ne pratiquant pas de mode d'exercice particulier (74,6 % vs 62,0 % ; $p < 0,001$) et exerçant en Région parisienne (73,6 % vs 65,0 % ; $p < 0,01$).

Vaccination contre l'hépatite B pour les adolescents

Pour l'attitude concernant la vaccination contre l'hépatite B des adolescents et de la population générale, on dispose, en plus des données de 1994 et 1998, des résultats du Baromètre médecins 1993. Ces chiffres sont intéressants à considérer à la lumière des années suivantes, puisqu'ils correspondent à la période située avant la campagne d'incitation à la vaccination contre l'hépatite B. On constate que les opinions « très favorables » pour la vaccination des adolescents (66,2 % des médecins en 1993) atteignent leur maximum en 1994 (85,7 %), et diminuent ensuite de façon très significative entre 1998 et 2003 ($p < 0,001$) [tableau XV]. Ne pas avoir de mode d'exercice particulier (83,1 % vs 74,7 % ; $p < 0,001$), participer à un réseau (82,4 % vs 76,4 % ; $p < 0,01$) et être médecin référent (84,4 % vs 76,7 % ; $p < 0,01$) sont, une nouvelle fois, les facteurs associés à une opinion « très favorable » ou « favorable ».

Vaccination contre l'hépatite B pour l'ensemble de la population

Le même type d'évolution des opinions est constaté pour l'ensemble de la population

TABLEAU XIV

La vaccination contre l'hépatite B à l'entrée en 6^e : évolution des opinions parmi les médecins généralistes (en %)

	1994	1998	2003
Très favorable	65,3	36,1	25,4
Plutôt favorable	24,1	41,6	41,0
Plutôt défavorable	7,7	14,1	21,4
Très défavorable	1,9	5,7	9,0
Nsp	1,0	2,5	3,2

TABLEAU XV

La vaccination contre l'hépatite B pour les adolescents : évolution des opinions parmi les médecins généralistes (en %)

	1993	1994	1998	2003
Très favorable	66,2	85,7	55,5	36,2
Plutôt favorable	25,9	11,2	33,3	41,3
Plutôt défavorable	4,5	1,8	6,1	13,4
Très défavorable	1,7	1,0	3,0	6,3
Nsp	1,7	0,3	2,1	2,8

TABLEAU XVI

La vaccination contre l'hépatite B pour l'ensemble de la population : évolution des opinions parmi les médecins généralistes (en %)

	1993	1994	1998	2003
Très favorable	32,5	42,8	17,8	13,5
Plutôt favorable	44,4	40,2	52,3	45,9
Plutôt défavorable	17,5	12,8	22,4	29,3
Très défavorable	2,8	2,3	3,6	6,1
Nsp	2,8	1,9	3,9	5,2

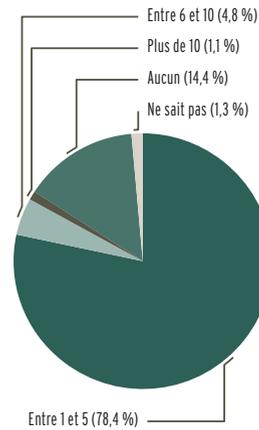
que pour les adolescents : maximum d'opinions très favorables en 1994, et baisse très importante ensuite ($p < 0,001$) [tableau XVI]. Les généralistes ne pratiquant pas systématiquement de mode d'exercice particulier (14,2 % vs 8,8 % ; $p < 0,05$), participant à un réseau (16,8 % vs 12,6 % ; $p < 0,05$) et exerçant dans une agglomération de moins de 2 000 habitants (16,9 % vs 12,8 % ; $p < 0,05$) sont plus souvent que les autres « très favorables » à la vaccination contre l'hépatite B pour l'ensemble de la population.

DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS SUR LA VACCINATION AUPRÈS DES PHARMACIENS

Au cours d'une journée, plus des trois quarts (78,4 %) des pharmaciens ont entre un à cinq clients qui leur demandent des renseignements sur la vaccination [figure 4].

FIGURE 4

Demands d'informations quotidiennes sur la vaccination par les clients des pharmaciens d'officine



DISCUSSION

À l'heure où les pouvoirs publics souhaitent mettre en œuvre une politique de santé publique ambitieuse et qui intègre la vaccination dans ses objectifs prioritaires (loi de santé publique, rapport du Pr Max Micoud sur la politique vaccinale en France, groupe de travail sur l'élimination de la rougeole du Conseil supérieur d'hygiène de France...), les résultats de ce Baromètre santé médecins/pharmaciens peuvent utilement éclairer ceux qui sont en charge de sa mise en place tant au niveau national, régional que local.

Si, parmi les généralistes français, le niveau d'adhésion au geste vaccinal en général reste élevé, le pourcentage des médecins qui sont très favorables a sensiblement baissé depuis 1994. Il est à noter que cette diminution était significative entre 1994 et 1998, mais ne l'est plus entre 1998 et 2003. Ces

tendances doivent être confirmées dans le futur par d'autres enquêtes pour savoir si elles reflètent une situation stable ou plutôt la diminution d'une perte de confiance.

Le suivi de l'évolution des opinions et des pratiques sur la vaccination hépatite B est très intéressant. Il montre de façon claire un niveau d'adhésion très fort au cours du milieu des années quatre-vingt-dix (période de la campagne en milieu scolaire), et une baisse « spectaculaire » de cette confiance dans les années qui ont suivi. Par ailleurs, il est intéressant de noter que les opinions favorables en ce qui concerne la vaccination du nourrisson ont progressé régulièrement et que, pour la première fois en 2003, plus de 50 % des généralistes y sont favorables. Reste à savoir s'ils sont en capacité de convaincre les parents du bien-fondé de cette vaccina-

tion. Cette tendance confirme la nécessité de communiquer sur la réunion de consensus qui s'est tenue en septembre 2003 et dont l'une des principales recommandations était justement cette vaccination des plus jeunes [6]. Il est aussi important de noter que, pour la vaccination de toutes les autres catégories de la population, l'opinion favorable des médecins a baissé.

La vaccination rougeole-oreillons-rubéole est un thème de mobilisation depuis près de vingt ans. Pourtant, la France n'a pas encore réussi en 2004 à atteindre les objectifs fixés par l'OMS pour l'an 2007. La date concernant l'élimination de la rougeole de la région européenne est maintenant fixée à 2010 [7]. En 2003, le ministère de la Santé a mis en place un groupe de travail national afin d'œuvrer dans cette direction. La situation actuelle est préoccupante dans la mesure où la France reste à un niveau de couverture vaccinale stable (autour de 85 % pour les enfants de 2 ans, concernant la rougeole), mais insuffisant depuis maintenant de nombreuses années, ce qui entraîne la formation de sous-groupes susceptibles de contracter et de transmettre la maladie en cas d'exposition. Cette situation pose problème pour trois raisons principales.

1. Elle met en danger la population en raison de risques d'épidémies sporadiques et de formes plus graves de la maladie chez des sujets plus âgés. Par exemple, 259 cas groupés ont été identifiés en Paca au cours du premier semestre 2003 [8].

2. La France peut être à l'origine de cas de rougeole exportés à l'étranger. De même, les enfants arrivant de pays à haute incidence pour la rougeole peuvent transmettre la maladie à des enfants non immunisés en France.

3. Un effort important d'information, de communication et d'éducation a été fait au cours de ces dernières années sans véritable succès : campagne au discours renouvelé (centré sur les maladies, utilisation de la peur

comme ressort de modification du comportement...), développement d'actions ciblées auprès de populations moins vaccinantes (principalement dans les départements du sud de la France), gratuité du vaccin, mise à disposition d'outils d'éducation pour les médecins (*Ouvrons le dialogue*), réalisation d'études qualitatives pour analyser les freins et trouver des leviers d'action...

Pour le moment, toutes ces initiatives n'ont pas réellement porté leurs fruits. Pourtant, les résultats présentés ici sont plutôt encourageants. Ils semblent montrer des indicateurs en évolution favorable. En particulier, le schéma vaccinal actuel (deuxième dose, rattrapage à la pré-adolescence) est mieux appliqué. Il y a donc une vraie nécessité à reprendre rapidement de nouvelles initiatives, en s'appuyant fortement sur les généralistes ainsi que sur les pharmaciens. Des propositions sont attendues, dans le cadre du groupe national d'élimination de la rougeole, pour début 2005 [9].

Concernant la vaccination des personnes âgées, celle contre la grippe est maintenant bien établie et fait de la France l'un des pays avec le plus haut taux de couverture au monde. Ces résultats sont obtenus grâce à une mobilisation chaque année de l'ensemble du réseau de l'Assurance maladie, des médecins, des pharmaciens, mais aussi des infirmières (qui sur prescription peuvent vacciner). En revanche, les résultats de ce Baromètre santé soulignent que, pour la vaccination antitétanique, la situation est un peu moins favorable, car la motivation des médecins s'estompe au fil des années. La maladie touche les groupes d'âges les plus élevés de la population (87 % sont âgés de 70 ans et plus) et, parmi ceux-ci, surtout les femmes. Ainsi, la France continue à compter entre 20 et 50 cas de tétanos par an [10]. Ce constat confirme la nécessité de reprendre une communication plus large sur les vaccinations, en particulier pour celles qui rythment la vie des adultes

(tous les dix ans), comme la vaccination antitétanique.

La France est l'un des pays industrialisés où la vaccination antipneumococcique est la moins utilisée. Cette pratique reste en effet relativement marginale dans la population âgée, même si maintenant près d'un tiers des généralistes déclarent la faire systématiquement ou souvent pour ces publics à risque (avec une tendance à la hausse).

Le BCG est une vaccination très discutée en raison de son niveau variable d'efficacité en fonction des différentes formes de la maladie et de l'âge de la personne exposée au bacille de la tuberculose. Son statut historique lui confère encore un niveau d'adhésion assez fort, mais les débats récents sur une révision programmée du calendrier vaccinal entament un peu la confiance dans ce vaccin. De plus, la pratique systématique de la revaccination et des tests tuberculiques a été abandonnée en 2004. En outre, si le taux d'incidence est stable depuis 2000 (environ 11 cas pour 100 000 habitants) [11], il s'agit surtout de cas ayant un contact avec un pays de forte endémicité (en 2000, environ 30 % des cas déclarés l'étaient pour des personnes de nationalité étrangère) [12]. Les personnes vivant en grande précarité ont également été identifiées comme une population plus à risque de contracter cette maladie [13].

Depuis l'époque de la variolisation, une opposition fondamentale à la pratique vaccinale en tant que telle a toujours existé, mais concerne une minorité de la population [14]. Elle affecte toutes les sociétés et se fonde globalement sur les mêmes raisonnements, avec des variations en fonction du contexte socioculturel : préférence pour ce qui est « naturel », représentation de la vaccination comme introduisant le « mal » dans l'organisme humain, contestation de la légitimité de l'État à imposer la vaccination, peur des effets secondaires imputés à la vaccination... Cependant, de récentes

études ont indiqué que les mouvements antivaccinaux prennent de l'ampleur dans les pays riches (Europe occidentale, États-Unis, Japon, Australie) [15]. D'autres travaux indiquent que les médecines « douces » ou alternatives bénéficient d'une popularité croissante. Une enquête récente menée au Royaume-Uni a trouvé que la fréquentation d'un homéopathe était le facteur le plus fortement corrélé avec le refus de la vaccination. Les patients ayant recours à des médecines « douces » seraient, le plus souvent, aux antipodes de la gamme des pathologies, les uns consultant pour des pathologies chroniques mineures (mal de dos, arthrose...) et les autres étant en situation extrême (cancer, sida...). Dans les deux cas, les options de la biomédecine conventionnelle peuvent être perçues comme étant trop toxiques ou sans effet. *A contrario*, les médecines douces peuvent avoir des effets secondaires agréables pour le patient. Les utilisateurs de ces médecines estiment, pour la plupart, qu'elles sont sans risques et les préfèrent à la médecine conventionnelle pour laquelle les effets secondaires sont bien documentés [16].

En France, selon les données de cette enquête, les facteurs le plus souvent associés au fait d'être favorable à la vaccination sont les suivants :

- exercer dans le nord de la France,
- ne pas avoir un mode d'exercice particulier (principalement l'homéopathie),
- travailler en secteur 1,
- être un médecin référent,
- pratiquer un nombre d'actes par jour supérieur à 20,
- travailler en cabinet de groupe,
- faire partie d'un réseau,
- être un homme,
- avoir 40 ans et moins.

Ce profil du médecin vaccinateur est conforme aux résultats des précédents Baromètres santé médecins. Concernant trois de ces facteurs (vivre dans le nord de

la France, ne pas pratiquer l'homéopathie et être plus jeune), ils sont partagés entre médecin et patient. Il semble aussi que les généralistes plus engagés dans certaines formes de pratiques (référént, travailler en groupe, faire partie d'un réseau, être en secteur 1) vaccinent plus. Enfin, un dernier facteur persiste au fil du temps : les femmes médecins seraient sensiblement moins favorables aux vaccinations ou à certaines d'entre elles. Ce résultat peut paraître surprenant dans la mesure où l'on sait que, au sein de la famille, c'est le plus souvent la mère qui est attentive à la santé de l'ensemble du foyer et favorise les actes de prévention, dont la vaccination. On pourrait s'étonner, aussi, du fait que les médecins plus jeunes soient globalement plus favorables à la vaccination, dans la mesure où — n'ayant pas « vu » la plupart des maladies contre lesquelles ils vaccinent — ils pourraient moins mesurer le bénéfice de l'acte vaccinal.

Malgré l'attitude globalement favorable au geste vaccinal de la part des médecins et des pharmaciens, le paysage de la vaccination est aujourd'hui « fragilisé ». L'époque actuelle est caractérisée par des informations multiples qui rendent la mise en perspective des risques pour la santé extrêmement complexe. Par ailleurs, les professionnels de santé sont aussi sous l'influence des médias et des mêmes courants de pensée ou tendances que le grand public.

Relecteurs

Daniel Levy-Bruhl (Institut national de veille sanitaire)

Bruno Hoen (Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon)

Gilles Leboube (Direction régionale du service médical de Bourgogne-Franche-Comté, Cnamts)

Bibliographie

- [1] Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.)
Baromètre santé 2000. Résultats-volume 2.
Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001 : 473 p.
- [2] Arènes J., Guilbert P., Baudier F. (sous la dir.)
Baromètre santé médecins généralistes 98/99.
Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 218 p.
- [3] Baudier F., Allemand H., Lancry P.-J.
Menaces sur la vaccination ?
Revue d'Épidémiologie et de Santé publique 2002 ; 50 (6) : 505-8.
- [4] Balinska M.A.
Vaccination in tomorrow's society.
Lancet Infectious Diseases 2003 ; 3 (7) : 443-7.
- [5] Antona D.
Le tétanos en France en 2000 et 2001.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2002 ; 40 : 197-9.
www.invs.sante.fr/beh/2002/40/beh_40_2002.pdf
[15/03/2005]
- [6] **Vaccination contre le virus de l'hépatite B : texte des recommandations.**
Paris : Anaes, Inserm, 2003 : 7 p.
www.anaes.fr/ [15/03/2005]
- [7] **Surveillance de l'interruption de la transmission autochtone de la rougeole, réunion du Cap 14 octobre 2003.**
Relevé Épidémiologique Hebdomadaire 2004 ; 79 : 70-2.
- [8] Six C., Franke F., Pieyre A., et al.
Investigation de cas de rougeole en région Provence-Alpes-Côte d'Azur au cours du premier semestre 2003.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2004 ; 16 : 63-4.
www.invs.sante.fr/beh/2004/16/BEH_16_2004.pdf
[15/03/2005]
- [9] **Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005- 2010.**
Parution mai 2004.
- [10] Antona D.
Le tétanos en France en 2000 et 2001.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2002 ; 40 : 197-9.
www.invs.sante.fr/beh/2002/40/beh_40_2002.pdf
[15/03/2005]
- [11] **Numéro spécial Tuberculose.**
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2002 ; 16/17 : 65-75.
www.invs.sante.fr/beh/2002/16_17/beh_16_17_2002.pdf
[15/03/2005]

- [12] Decludt B., Campese C.
Les cas de tuberculose déclarés en France en 2000.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2002; 16/17 : 68-70.
www.invs.sante.fr/beh/2002/16_17/beh_16_17_2002.pdf
[15/03/2005]
- [13] Emmanuelli X., Grosset J.
Tuberculose et pauvreté.
Revue des maladies respiratoires 2003; 20 (2 pt 1) : 169-70.
- [14] Spier R.E.
Perception of risk of vaccine adverse events: a historical perspective.
Vaccine 2001; 20 (Suppl. 1) : S78-S84.
- [15] Poland G.A., Jacobson R.M.
Understanding those who do not understand: a brief review of the anti-vaccine movement.
Vaccine 2001; 19 (17-19) : 2440-5.
- [16] Ernst E.
Rise in popularity of complementary and alternative medicine : reasons and consequences for vaccination.
Vaccine 2002; 20 (suppl. 1) : S90-3.
-





L'essentiel

Dans le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, le rôle des médecins généralistes et des pharmaciens dans la prévention et l'accompagnement des patients face à la contraception et aux IST a été mesuré aux trois niveaux de prévention.

Au niveau de la prévention primaire, le discours des médecins et des pharmaciens sur leur pratique d'éducateurs et d'acteurs de prévention est globalement positif : ainsi, 98,6 % des médecins généralistes considèrent que la prévention en matière de comportements sexuels à risque fait partie de leurs fonctions et près des deux tiers (65,4 %) ont le sentiment qu'ils peuvent aider efficacement les patients à changer leur comportement vis-à-vis du préservatif. De même, plus de la moitié des pharmaciens d'officine (53,4 %) jugent important leur rôle dans la prévention du sida. Cependant l'enquête montre une double évolution : d'une part, médecins et pharmaciens se sentent moins efficaces pour les premiers et moins investis pour les seconds dans la prévention des comportements sexuels à risque et du

VIH que dans d'autres domaines et, d'autre part, ils sont moins impliqués dans la prévention des comportements sexuels risqués et du VIH qu'ils ne l'étaient en 1998. Par contre, dans le domaine de la contraception, et en particulier de la contraception d'urgence, l'enquête note la réelle implication des pharmaciens : 85,4 % déclarent évoquer l'utilité d'un bilan biologique et 74,5 % parlent aux patients de leur consommation de tabac lors de la délivrance de contraceptifs oraux, et près des trois quarts (71,4 %) déclarent avoir mené un entretien lors de leur dernière dispensation de contraception d'urgence.

Au niveau de la prévention secondaire, l'analyse des activités de dépistage confirme que la prescription de sérologie VIH relève d'une pratique courante chez les médecins généralistes. En 2003, plus de neuf médecins sur dix (93,4 %) ont déclaré avoir prescrit au moins un test de dépistage VIH dans le mois qui a précédé l'enquête, soit sensiblement plus qu'en 1998 (85,9 %). Pour les autres IST, et en particu-

lier la syphilis, le rôle du médecin est d'autant plus efficace qu'il est relayé par les pouvoirs publics. Résultats communs à toutes les IST, la probabilité d'avoir à diagnostiquer au moins un cas positif est associée, dans tous les modèles, à un indicateur d'appartenance géographique et à un indicateur d'appartenance sociale. Les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca) et Ile-de-France restent au cœur des épidémies de VIH et plus largement d'IST, alors que la part importante des personnes bénéficiaires de la CMU parmi les cas positifs rappelle les inégalités sociales en terme de santé.

Enfin, au niveau de la prévention tertiaire, il apparaît qu'une majorité (63,8 %) de médecins généralistes suivent au moins un patient atteint par le VIH. Les médecins et les pharmaciens qui suivent des personnes séropositives sous traitement jouent un rôle fondamental dans les problématiques relatives à l'observance, un défi de plus qui renforce leur place au cœur du système de soins et de santé.

Contraception, IST, VIH

Les professionnels adaptent leur pratique aux nouvelles données

NATHALIE LYDIÉ
COLETTE MÉNARD
CHRISTOPHE LÉON

Au centre du système de santé, le médecin et le pharmacien ont toujours occupé une position essentielle et complémentaire. Leur rôle a cependant évolué au cours du temps, au gré de l'émergence ou de la réémergence de certaines pathologies, des progrès cliniques et médicaux, des contraintes économiques, des cadres législatifs, ou encore des priorités de santé publique.

Depuis l'apparition du sida, le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans la prévention des comportements sexuels à risque, le dépistage du VIH et la prise en charge des personnes séropositives ou malades du sida. Au cours du temps, ses pratiques se sont largement modifiées, les recommandations exigeant aujourd'hui une prise en charge globale de la personne.

À côté du médecin, le pharmacien a lui aussi vu son rôle évoluer. Aujourd'hui, les conseils du pharmacien dépassent la stricte information sur le bon usage des médicaments et le respect des prescriptions. Son code de déontologie l'oblige à participer à la

protection de la santé publique. La prévention fait partie intégrante de ses devoirs, en particulier dans le champ de la contraception et de la prévention des infections sexuellement transmissibles¹.

Dans le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, l'implication des médecins généralistes et des pharmaciens dans la prévention et l'accompagnement des patients face à la contraception et aux infections sexuellement transmissibles (IST) a été mesuré aux trois niveaux de prévention.

La prévention primaire a été abordée à travers la promotion, par les médecins généralistes, de l'utilisation du préservatif, seul rempart aujourd'hui efficace contre les infections sexuellement transmissibles. En ce qui concerne les pharmaciens, le Baromètre santé s'est intéressé à leur rôle dans la prévention du VIH/sida et à leurs comportements lors de la délivrance de

1. Art. R. 4235-2 du Code de déontologie, dans lequel il est également fait mention de la lutte contre la toxicomanie.

contraceptifs oraux, y compris des contraceptifs d'urgence.

Dans le cadre de la prévention secondaire, ce sont les activités de surveillance et de diagnostic des IST, par les médecins généralistes, qui sont analysées. Elles concernent les trois principales IST bactériennes

(gonococcie, chlamydia, syphilis) et une IST virale (VIH).

Quant à la prévention tertiaire, elle est appréhendée à travers la prise en charge et le suivi des personnes séropositives qu'assurent à la fois médecins généralistes et pharmaciens d'officine.

RÉSULTATS

MÉDECINS ET PHARMACIENS FACE À LA PRÉVENTION DES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE

Les médecins généralistes et la promotion du préservatif

La très grande majorité des médecins généralistes (98,6 %) considère que la prévention des comportements sexuels à risque fait partie de ses fonctions (78,6 % « *oui, tout à fait* » et 20,0 % « *oui, plutôt* »). Ceux qui considèrent qu'elle fait tout à fait partie de leur rôle sont sensiblement plus nombreux parmi les médecins qui effectuent plus de 20 actes par jour (81,0 % vs 75,6 % ; $p < 0,01$), les médecins de secteur 2 (84,7 % vs 77,7 % ; $p < 0,05$) et les médecins de réseau (83,4 % vs 77,5 % ; $p < 0,01$).

Le préservatif est le seul moyen de protection efficace contre le virus du sida et contre les infections sexuellement transmissibles. Il peut être également employé pour prévenir une grossesse. Interrogés sur leur capacité à aider les patients à changer leur comportement vis-à-vis de l'utilisation du préservatif, les médecins se sont déclarés efficaces pour près de deux tiers d'entre eux (65,4 %). Les médecins pratiquant en Ile-de-France sont en proportion plus nombreux que ceux qui exercent dans les autres régions à se sentir efficaces pour promouvoir l'utilisation du

préservatif (70,8 % vs 64,3 % ; $p < 0,05$). Cependant, d'une manière générale, significativement moins de médecins se sont déclarés, en 2003, efficaces pour changer le comportement de leurs patients vis-à-vis de l'utilisation du préservatif qu'en 1998 (65,4 % vs 75,8 % ; $p < 0,001$).

Les pharmaciens et la prévention du VIH/sida

Dans le cadre de l'éducation du patient, les rôles du pharmacien sont multiples. Participant aux campagnes ciblées de sensibilisation, d'information et de prévention, il représente une interface entre les patients, les institutions sociales et les autres professionnels de santé. Il peut donc jouer un rôle central, en terme de santé publique, pour sensibiliser, accueillir, écouter, orienter ou rassurer.

Interrogés sur le rôle qu'ils pensent jouer dans la prévention du sida, les pharmaciens, pour plus de la moitié d'entre eux (53,4 %), jugent ce rôle important (10,5 % « *très important* » et 42,9 % « *important* »). Cependant, de la même manière que les médecins pour la promotion du préservatif, les pharmaciens jugent leur rôle moins important en 2003 qu'en 1998 (53,4 % vs 61,4 % ; $p < 0,001$). En outre, l'importance qu'ils accordent à la prévention du VIH est très inférieure à celle donnée à d'autres thématiques comme

le bon usage du médicament (pour lequel 97,7 % déclarent que leur rôle est « *important* » ou « *très important* »), ou le tabagisme (77,4 %).

Parmi les pharmaciens qui suivent régulièrement des personnes séropositives ou atteintes du sida, 57,5 % pensent que leur profession joue un rôle « *très important* » ou « *important* » dans la prévention du sida *versus* 49,3 % pour ceux qui ne suivent pas régulièrement de personnes séropositives ($p < 0,01$). Les pharmaciens qui appartiennent à un réseau de soins sont également plus nombreux à déclarer qu'ils ont un rôle « *très important* » ou « *important* » en matière de prévention du sida (63,7 % *vs* 51,5 % ; $p < 0,01$).

Selon les pharmaciens interrogés, le frein le plus important à la mise en œuvre d'actions de prévention² est le manque de temps pour près de la moitié d'entre eux (49,1 %), suivi de la résistance des patients (24,0 %). Le manque de formation est le troisième frein le plus important ; il a été avancé par plus d'un pharmacien sur sept (12,5 %). Le fait que la prévention ne soit pas une activité valorisante ou rémunérée n'est un frein que pour une minorité d'entre eux (2,0 %)³.

Les pharmaciens face à la contraception

Conseils donnés lors de la délivrance de contraceptifs oraux

Depuis la libéralisation de la contraception en France⁴, l'accès à la contraception n'a fait que croître. Selon une enquête réalisée en 2000, près de trois femmes sur quatre (74,5 %) âgées de 20 à 44 ans utilisent une méthode contraceptive : 45,4 % d'entre

elles ont recours à la pilule (53,9 % des 18-19 ans) ; 17,3 % utilisent un stérilet ; 7,4 %, des préservatifs (9,2 % des 18-19 ans) [1].

En dehors des centres de planification où leur délivrance est gratuite, la dispensation des contraceptifs oraux⁵ est subordonnée à une prescription médicale obligatoire et seuls les pharmaciens sont habilités à l'effectuer. Compte tenu des facteurs spécifiques liés à son utilisation, la dispensation d'une pilule est généralement l'occasion pour le pharmacien de commenter la prescription du médecin et d'évoquer différents thèmes de prévention.

Dans le Baromètre santé 2003, 85,4 % des pharmaciens déclarent évoquer, systématiquement ou selon les cas, l'utilité d'un bilan biologique, 74,5 % parlent aux patients de leur consommation de tabac et 64,9 % soulignent l'utilité d'un frottis. Les risques d'infections sexuellement transmissibles sont, quant à eux, abordés de façon systématique ou selon les cas par seulement un peu plus de la moitié d'entre eux (55,8 %).

En dehors des conseils liés à l'utilité d'un frottis pour lequel les chiffres restent stables par rapport à 1998⁶, on constate que, sur l'ensemble des autres thèmes, les pharmaciens ont considérablement accru leurs conseils préventifs, la progression la plus importante concernant le tabac (74,5 % *vs* 51,7 % en 1998 ; $p < 0,001$) [figure 1].

L'appartenance à un réseau de soins influence significativement la dispensation de conseils, notamment en ce qui concerne les risques d'IST (67,4 % *vs* 53,4 % ; $p < 0,01$). De même, les conseils de prévention des pharmaciens sont d'autant plus fréquents qu'ils accordent un rôle très important ou important à la prévention du sida [figure 2].

2. La question était posée tous thèmes confondus ; son libellé était le suivant : « Parmi les propositions que je vais vous citer, dites-moi celle qui constitue le frein le plus important pour la prévention ».

3. Une analyse détaillée de cette question est proposée dans le chapitre *Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ?*

4. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967.

5. Hors contraception d'urgence : cf. paragraphe suivant

6. La question posée en 1998 était légèrement différente : « La dispensation de contraceptifs oraux est-elle l'occasion d'évoquer avec vos clientes : l'utilité d'un bilan biologique (oui/non), l'utilité d'un frottis (oui/non) ? ».

FIGURE 1

Évolution entre 1998 et 2003 de la proportion de pharmaciens donnant des conseils lors de la délivrance de contraceptifs oraux

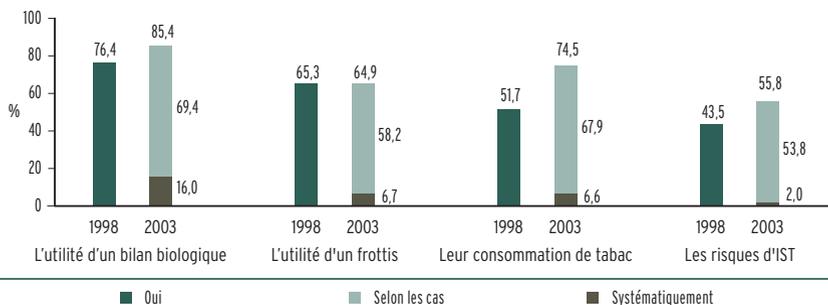
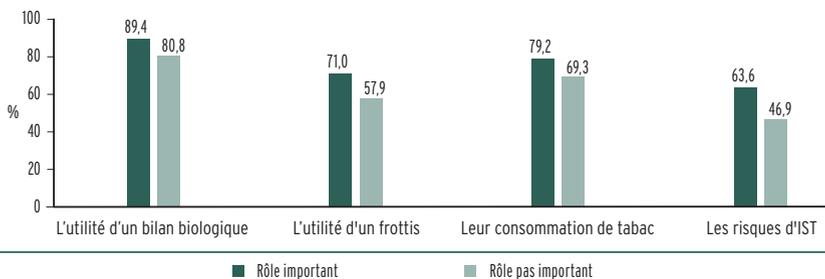


FIGURE 2

Conseils de prévention déclarés systématiquement ou selon les cas lors de la délivrance de contraceptifs oraux en fonction du rôle que le pharmacien pense jouer dans la prévention du sida



Contraception d'urgence et entretien spécifique

En dépit d'une meilleure connaissance et meilleure utilisation des moyens contraceptifs [1], les femmes ne sont pas à l'abri d'un accident (oubli de pilule, préservatif mal utilisé, etc.). Dans ce cas, utilisée dans le délai maximal des soixante-douze heures suivant le rapport sexuel, la pilule du lendemain peut être un recours utile et efficace.

Depuis juin 1999, les pouvoirs publics ont autorisé la dispensation en pharmacie de la « contraception d'urgence » sans prescrip-

tion médicale obligatoire pour toutes les femmes. Les règles de la délivrance à titre anonyme et gratuit de la contraception d'urgence aux mineures ont été précisées par la loi de décembre 2000⁷ et les modalités de sa délivrance fixées par le décret d'application de janvier 2002⁸. Ces dispositions traduisent la volonté du législateur de voir diminuer le nombre de grossesses non

7. Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000, article L. 5134.

8. Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002.

désirées, en particulier chez les adolescentes (cf. encadré).

Dans ce cadre, le décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 confère au pharmacien un rôle central en termes d'écoute, de conseil et d'orientation des mineures. Le pharmacien est tenu de faire précéder la délivrance des contraceptifs d'urgence d'un entretien au cours duquel il s'assure que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien permet également de donner à la personne concernée une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles et de l'orienter vers un centre de planification ou d'éducation familiale. L'information dispensée est complétée par la remise de la documentation dont dispose le pharmacien sur ces sujets. Dès sa publication, l'Ordre national des pharmaciens, le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie

française (Cespharm) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) ont très largement accompagné la démarche éducative des pharmaciens par la mise à disposition de différents outils : supports écrits, site Internet, brochures d'information pour les patientes.

Interrogés en fin d'année 2002 ou en début d'année 2003, près de trois pharmaciens sur quatre (71,4 %) déclarent avoir mené un entretien, lors de leur dernière dispensation de contraception d'urgence⁹, 25,1 % n'en ont pas conduit et 3,5 % ne se prononcent pas. Les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à avoir effectué cet entretien (76,5 % vs 65,6 % ; $p < 0,001$). De même, les jeunes pharmaciens ont davantage pratiqué un entretien spécifique que leurs confrères plus âgés (78,8 % pour les pharmaciens âgés de 40 ans ou moins, versus 64,7 % pour

9. L'âge de la patiente n'est, ici, pas renseigné par l'enquête.

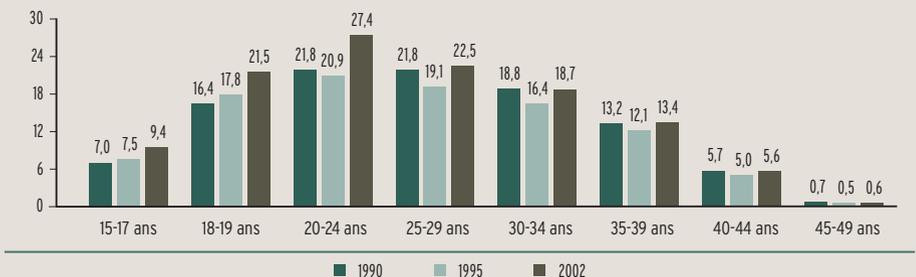
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE EN 2002

En 2002, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) peut être évalué à 206 000 en France métropolitaine (+1,7 % par rapport à 2001), soit une moyenne de 14,3 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

Les jeunes filles mineures pratiquent chaque année 8 000 à 10 000 IVG : 10 672 IVG en 2002.

Toutefois, malgré la baisse sensible globale des conceptions chez les adolescentes, le taux de recours à l'IVG chez les mineures de 15-17 ans est, depuis 1995, en nette augmentation : de 7,0 IVG pour 1 000 mineures en 1990 à 9,4 pour 1 000 en 2002 [2].

Nombre moyen d'IVG pour 1 000 femmes par âge



les 51 ans et plus ; $p < 0,01$). Aucune différence significative n'est observée suivant les régions.

Parmi ceux qui ont effectué un entretien, la durée moyenne de celui-ci a été d'un peu moins de 6 minutes (5,9 ; [5,5–6,3]), les hommes étant nettement plus brefs que les femmes (5,2 minutes [4,8–5,6] vs 6,4 minutes [5,8–7,0] ; $p < 0,001$) alors que les pharmaciens du milieu rural consacrent une durée plus longue à cet entretien que ceux du milieu urbain (6,8 minutes [6,0–7,6] vs 5,3 [5,0–5,6] ; $p < 0,001$).

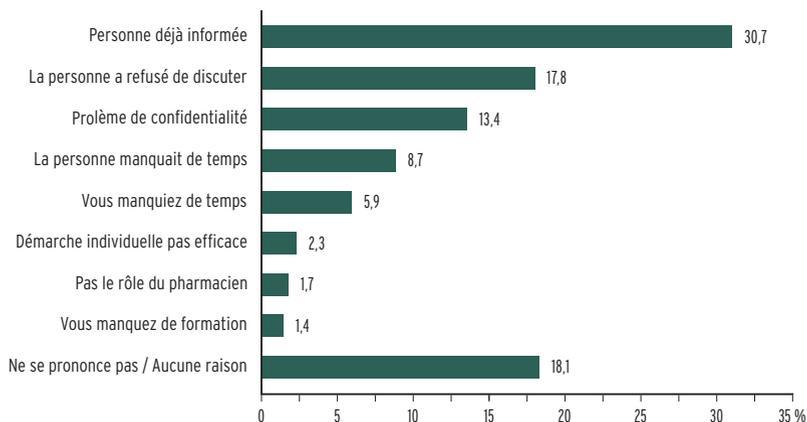
Les pharmaciens n'ayant pas effectué cet entretien invoquent en priorité le fait que la personne était déjà informée (30,7 % des répondants), puis le refus de la personne (17,8 %), et enfin des problèmes de confidentialité dans l'officine (13,4 %). À noter toutefois que 18,1 % des pharmaciens ne se prononcent pas ou ne donnent aucune raison au fait qu'ils n'ont pas effectué un entretien lors de leur dernière dispensation de contraception d'urgence. Seul 1,7 % a déclaré que mener un entretien ne faisait pas partie de son rôle [figure 3].

SURVEILLANCE ET DIAGNOSTIC DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (HORS VIH) PAR LES MÉDECINS

La plupart des infections sexuellement transmissibles sont diagnostiquées en France par les médecins libéraux (médecins généralistes, gynécologues, dermato-vénérologues et urologues), bien qu'il existe sur tout le territoire des dispensaires antivénéériens (DAV) qui prennent en charge gratuitement certaines IST (gonococcie, syphilis). La réorganisation, en 1985, du système de maladies à déclaration obligatoire a limité la liste de maladies à déclaration obligatoire, sans y inclure les IST. Depuis cette date, celles-ci (hors VIH) ne sont donc plus notifiées par les médecins libéraux [3]. La surveillance épidémiologique des IST est aujourd'hui fondée sur un réseau de laboratoires privés et hospitaliers volontaires : le réseau Rénago mis en place en 1986 surveille les gonococcies alors que, depuis 1990, le réseau Rénachla se charge des chlamydioses. Depuis la fin de l'année 2000, ce dispositif a été renforcé par la création d'un

FIGURE 3

Raisons invoquées par le pharmacien pour ne pas avoir effectué un entretien lors de la dernière délivrance de contraception d'urgence (en %)



nouveau réseau de surveillance concernant la syphilis [4].

Surveillance et diagnostic des gonococcies

L'estimation de l'incidence des gonococcies la plus récente date, en France, de 1990. Elle était alors de 74 cas pour 100 000 hommes-année¹⁰ et de 14 cas pour 100 000 femmes-année [5]. Le réseau Rénago a permis de constater une diminution très importante du nombre de gonococcies entre 1986 et 1997 chez les hommes et chez les femmes [6]. Entre 1998 et 2000, le nombre de souches de gonocoques identifiées par les laboratoires a augmenté de manière importante, surtout en Ile-de-France. Cependant, en 2001, une diminution du nombre de gonococcies est observée dans toutes les régions, notamment chez les hommes, tandis qu'en 2002, la tendance était stable. Sur l'ensemble de la période, les caractéristiques des personnes touchées ont peu évolué; le gonocoque a été plus souvent diagnostiqué chez des hommes (80 à 90 % des cas) résidant en zone urbaine; il est resté fortement lié à une activité sexuelle à risque récente et à un niveau socio-économique faible.

Plus d'un quart (28,1 %) des médecins généralistes interrogés dans le cadre du Baromètre santé 2003 ont eu l'occasion de diagnostiquer au moins une infection à gonocoque au cours de l'année. Le nombre moyen de cas diagnostiqués par médecin au cours de l'année est relativement faible, 1,4 % d'entre eux ayant diagnostiqué plus de cinq cas. Le profil épidémiologique de l'infection à gonocoque rapporté par les médecins généralistes du Baromètre est proche de celui observé dans le réseau Rénago dans ses caractères urbain et social. Ainsi, les médecins généralistes qui ont eu à diagnosti-

quer au moins un cas de gonococcie au cours de l'année exerçaient significativement plus souvent en Ile-de-France que dans les autres régions (34,8 % vs 26,8 %; $p < 0,01$). La précarité souvent associée à un diagnostic de gonococcie est observable à travers l'étroite corrélation qui existe entre le fait d'avoir eu à diagnostiquer au moins un cas de gonococcie au cours de l'année et le pourcentage de bénéficiaires de la CMU parmi la clientèle du médecin [figure 4 et tableau I].

Surveillance et diagnostic des chlamydioses

Les données disponibles en France ne permettent pas d'estimer correctement l'incidence¹¹ des infections à *Chlamydia* mais la prévalence est estimée entre 5 et 10 % chez les femmes de moins de 25 ans [5]. Globalement, il y a 1,8 fois plus de cas diagnostiqués chez les femmes que chez les hommes et 6,6 fois plus de cas chez les femmes âgées de 15 à 19 ans que chez les hommes du même groupe d'âge [7].

Près des deux tiers (62,5 %) des médecins interrogés dans le cadre du Baromètre santé ont déclaré avoir diagnostiqué au moins un cas de *Chlamydia trachomatis* au cours des douze derniers mois. Comme pour le diagnostic des gonococcies, on retrouve une association forte entre la probabilité de diagnostiquer un cas de *Chlamydia trachomatis* positif et la proportion de la clientèle du médecin bénéficiaire de la CMU [tableau I]. Ainsi, près des trois quarts des médecins (73,1 %) qui ont plus de 25 % de leur clientèle qui bénéficient de la CMU ont diagnostiqué au moins une infection à *Chlamydia trachomatis*, contre seulement 59,2 % de ceux qui exercent auprès d'une clientèle moins précairie (OR ajusté : 1,7; [1,1–2,6]).

10. Ce qui signifie que, dans une population de 100 000 hommes suivis pendant une année, 74 cas surviendraient.

11. Le caractère asymptomatique de l'infection chez près de 70 % des femmes et la méconnaissance de la date de la contamination des infections diagnostiquées rendent les calculs d'incidence particulièrement compliqués.

FIGURE 4

Diagnostic d'au moins un cas d'IST (hors VIH) au cours de l'année en fonction de la proportion de bénéficiaires de la CMU parmi la clientèle du médecin (en %)

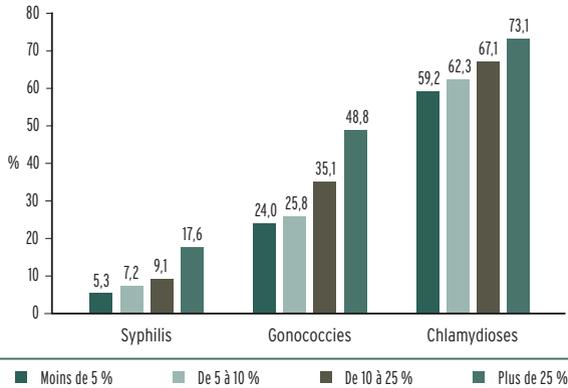


TABLEAU I

Modèle final de trois régressions logistiques où les variables dépendantes sont le fait d'avoir diagnostiqué au moins un type d'IST (syphilis, gonococcie, chlamydie) au cours des douze derniers mois

	Au moins un cas de gonococcie (n=2 040)			Au moins un cas de chlamydie (n=2 038)			Au moins un cas de syphilis (n=2 040)		
	%	OR ajusté	IC à 95 %	%	OR ajusté	IC à 95 %	%	OR ajusté	IC à 95 %
Régions									
Autres	26,1	1,0	–	59,1	1,0	–	5,9	1,0	–
Paca	32,3	1,3	0,9–1,8	73,7	1,9***	1,4–2,7	9,2	1,5	0,9–2,7
Ile-de-France	34,8**	1,5**	1,1–1,9	71,9***	1,7***	1,3–2,2	13,4***	2,6***	1,7–3,9
Médecin référent									
Non	28,1	1,0	–	62,8	1,0	–	6,5	1,0	–
Oui	27,5	0,9	0,6–1,2	61,0	0,9	0,7–1,2	13,9***	2,0**	1,3–3,2
CMU									
Moins de 5 %	24,0	1,0	–	59,2	1,0	–	5,3	1,0	–
5-10 %	25,8	1,1	0,9–1,4	62,3	1,1	0,9–1,4	7,2	1,3	0,9–2,0
10-25 %	35,1	1,6***	1,2–2,1	67,1	1,3*	1,0–1,7	9,1	1,6	1,0–2,6
> 25 %	48,8***	2,8***	1,9–4,2	73,1**	1,7*	1,1–2,6	17,6***	2,9***	1,6–5,2
Participation à un réseau									
Aucun réseau	26,9	1,0	–	60,7	1,0	–	6,3	1,0	–
Réseau autre	25,0	0,9	0,6–1,2	64,9	1,2	0,9–1,6	5,0	0,7	0,4–1,3
VIH, VHC, toxicomanie	41,8***	1,7**	1,2–2,4	75,9***	1,9***	1,3–2,7	19,5***	2,7***	1,7–4,2

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

Surveillance et diagnostic de la syphilis

Bien qu'à déclaration obligatoire en France du début des années 1940 à juillet 2000, les cas de syphilis étaient très peu notifiés par les médecins. Il n'existe pas de données nationales publiées postérieures à 1990, mais les rapports d'activité des dispensaires antivenériens (DAV) montrent que la maladie était devenue une maladie très rare.

Devant l'augmentation rapide, à partir de 2000, du nombre de cas (*cf.* encadré), une campagne d'incitation au dépistage a été lancée à Paris de mai à septembre 2002. Cette campagne ciblait les professionnels de santé, les acteurs de prévention associatifs et le public homosexuel. Par la suite, la presse médicale et le ministère de la Santé ont largement relayé l'information.

Manifestement, les médecins ont été sensibles aux informations délivrées : 72,4 % d'entre eux ont ainsi déclaré avoir été alertés

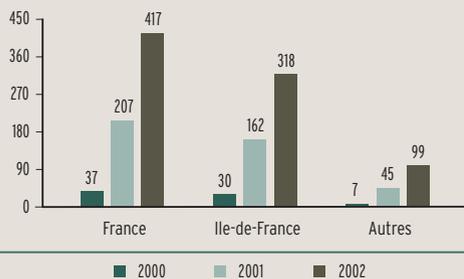
de la recrudescence de la syphilis. La presse médicale a été le principal vecteur d'information des médecins (83,8 %), devant les médias généralistes (29,3 %) et le courrier du ministère (22,2 %). Cependant, plus de neuf médecins sur dix (92,6 %) n'ont pas eu de cas de syphilis diagnostiqué parmi leur clientèle. Les médecins référents et les médecins qui participent à un réseau VIH sont ceux qui ont eu le plus souvent l'occasion de diagnostiquer un cas de syphilis (respectivement 13,9 % vs 6,5 % ; $p < 0,001$ et 33,8 % vs 6,5 % ; $p < 0,001$). Ainsi, les médecins appartenant à un réseau VIH, VHC ou toxicomanie ont une probabilité trois fois plus importante de déclarer au moins un cas de syphilis dans les douze derniers mois que ceux n'appartenant à aucun réseau (OR ajusté : 2,7) **[tableau I]**.

Comme pour le gonocoque et la *Chlamydia trachomatis*, la syphilis est associée au fait d'avoir une part importante de clientèle bénéficiant de la CMU. Les médecins dont

NOMBRE DE CAS DE SYPHILIS PAR AN France métropolitaine, 2000-2002

Depuis 2000, une résurgence de cas de syphilis a été observée, surtout en Ile-de-France (de 30 cas en 2000

à 318 cas en 2002), mais aussi dans les autres régions (7 cas en 2000, 99 cas en 2002).



Source : InVS **[9]**.

Cette recrudescence a abouti à la mise en place d'un réseau national de surveillance à Paris d'abord, puis dans une vingtaine de grandes villes de province **[8]**. Associé à la surveillance clinique, le patient se voit pro-

poser un auto-questionnaire anonyme permettant de recueillir des données sur ses pratiques sexuelles, ses comportements préventifs et sur la personne source probable de l'infection.

la clientèle est composée à plus de 25 % de bénéficiaires de la CMU ont une probabilité trois fois plus importante de diagnostiquer un cas de syphilis que ceux qui ont une clientèle précarisée moins importante (OR : 2,9 ; [1,6–5,2]). Un autre facteur significativement associé au diagnostic d'au moins un cas de syphilis est le lieu d'exercice du médecin généraliste. Parmi les médecins qui exercent en Ile-de-France, près d'un médecin sur sept a été amené à poser un diagnostic de syphilis positif contre à peine 6 % pour les autres (OR : 2,6 [1,7–3,9]). Ce résultat n'est pas surprenant si on garde à l'esprit que, en 2002, 76,3 % des cas de syphilis ont été diagnostiqués dans la région Ile-de-France [8].

SURVEILLANCE, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION À VIH PAR LES MÉDECINS

La politique de dépistage du VIH repose, en France, sur la responsabilisation et le dépistage volontaire. Des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG) ont été mises en place en 1988, dans chaque département, dans des établissements de santé ou dans des dispensaires

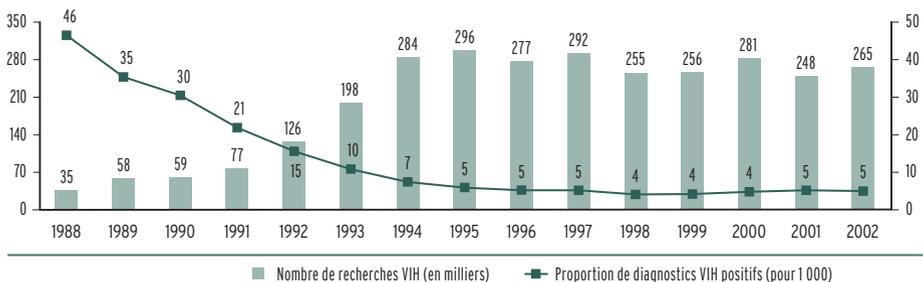
antivénériens. Ces CDAG peuvent disposer d'antennes, en particulier en prison. Régulièrement, un bilan d'activité des CDAG est dressé par l'Institut national de veille sanitaire (InVS). En juillet 1992, le dispositif gratuit a été étendu, mais de manière non anonyme, aux dispensaires antivénériens (DAV) non désignés comme CDAG, aux consultations prénuptiales et prénatales des centres de protection maternelle et infantile (PMI), puis en août 1992 aux consultations de contraception des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) [10]. Pour faire un test de dépistage, il est aussi possible de consulter son médecin et de lui demander l'ordonnance nécessaire pour aller dans un laboratoire d'analyses médicales privé ou public.

Depuis 2001, une surveillance de l'activité des laboratoires d'analyses médicales, qu'ils soient hospitaliers ou de ville a été mise en place [11]. En 2002, le nombre de sérologies VIH réalisées par l'ensemble des laboratoires est estimé à environ 4,5 millions¹², dont 72 % en laboratoires de ville. Un quart de ces sérologies ont été réalisés en Ile-de-

12. Ce chiffre est en légère augmentation par rapport à l'année 2001 (4,3 millions).

FIGURE 5

Nombre de recherches VIH et proportion de diagnostics VIH positifs (pour 1 000), ensemble du dispositif de dépistage gratuit (toutes structures confondues), années 1988 à 2002



Source : [10, 12].

France. Dans les CDAG hors prison, 251 857 tests ont été effectués, représentant 6 % des sérologies réalisées en 2002 [12].

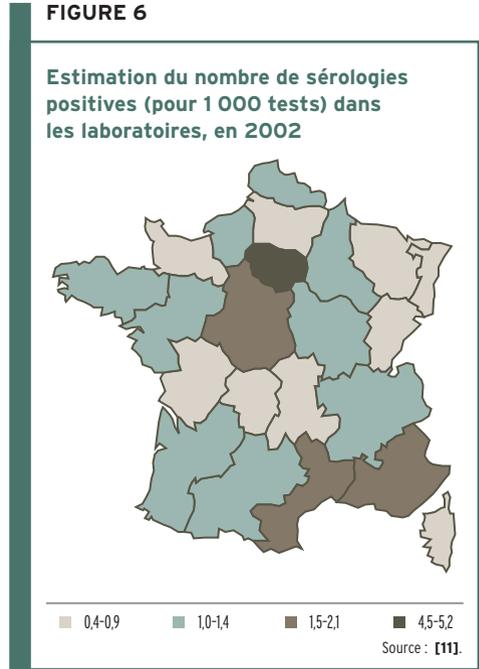
Le taux de positivité (rapport du nombre de tests positifs sur le nombre de tests réalisés) [figure 5] est nettement plus important dans les CDAG (5,0 pour 1 000) que dans les laboratoires (2,3 pour 1 000) [13]. Ces chiffres cachent également des disparités régionales importantes [figure 6]. Au final, le nombre de sérologies positives découvertes chaque année en France est estimé entre 4 000 et 6 000.

Sérologies VIH prescrites au cours du dernier mois

En 2003, plus de neuf médecins sur dix (93,4 %) ont déclaré avoir prescrit au moins un test de dépistage VIH dans le mois qui a précédé l'enquête [figure 7]; ils étaient 85,9 % en 1998 ($p < 0,001$).

Parmi les médecins ayant prescrit au moins un test de dépistage VIH dans le dernier mois, le nombre moyen de sérologies prescrites par médecin est de 6,1 [5,7–6,5].

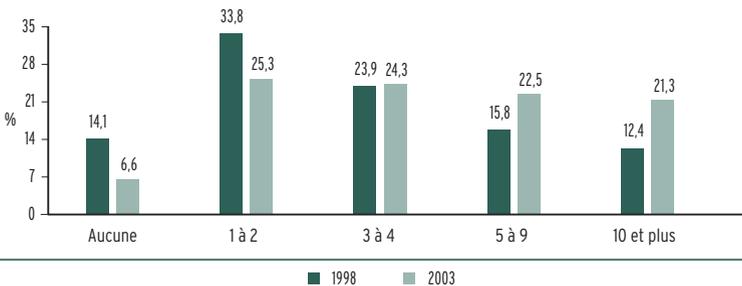
Plusieurs facteurs sont associés à une prescription de sérologie VIH, dont le plus significatif est le fait d'avoir une importante



clientèle bénéficiant de la CMU. En effet, il existe une relation quasi linéaire entre l'activité de dépistage et la proportion de clientèle du médecin bénéficiaire de la CMU. Les médecins qui ont une clientèle constituée de plus de 25 % de bénéficiaires de la CMU

FIGURE 7

Proportion de sérologies VIH prescrites le mois précédant l'enquête



ont une probabilité 3,2 fois plus importante [1,0–10,7] de prescrire une sérologie VIH que ceux qui ont une clientèle CMU inférieure à 5 % [tableau II].

De manière assez logique, la propension des médecins généralistes à prescrire une sérologie VIH augmente avec le nombre d'actes réalisés par jour : les médecins déclarant plus de 20 actes par jour ont une probabilité environ 3,5 fois plus importante [2,3–5,2] de prescrire un test de dépistage VIH que leurs confrères en réalisant 20 au plus.

Diagnostic de sérologies positives dans l'année

En 2003, un médecin généraliste sur dix (10,6 %) a eu à annoncer au moins un résultat positif. Cette proportion est stable par rapport à 1998 (11,1 %). Parmi les médecins qui ont été confrontés à l'annonce d'un résultat positif, 68,5 % n'ont eu à le faire qu'une seule fois, 18,2 % deux fois,

6,8 % trois fois et 6,5 % ont eu à l'annoncer plus de trois fois au cours de l'année. Les médecins les plus concernés ont été ceux qui appartiennent à un réseau VIH, VHC ou toxicomanie (OR : 2,7; IC : 1,8-4,0), ceux qui ont une importante clientèle bénéficiant de la CMU (OR : 2,5; IC : 1,5-4,3), ainsi que ceux qui exercent en Ile-de-France et région Provence-Alpes-Côte d'Azur par rapport aux autres régions [tableau III et figure 8].

SUIVI DES PERSONNES SÉROPOSITIVES ET MALADES DU SIDA PAR LES MÉDECINS ET LES PHARMACIENS

Le rôle du médecin généraliste

La consultation du médecin généraliste est souvent le moment privilégié qui permet à la personne séropositive d'énoncer ses difficultés, tant au plan social que psychologique, du point de vue du vécu quotidien de la

TABEAU II

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir prescrit au moins une sérologie VIH au cours du dernier mois (n=1 960)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Régions			
Autres (n=1 482)	92,9	1,0	–
Paca (n=175)	96,9	2,9*	1,1–7,3
Ile-de-France (n=303)	94,0	1,4	0,8–2,3
Nombre d'actes médicaux			
1 à 20 actes (n=820)	89,4	1,0	–
21 actes et plus (n=1 140)	96,7***	3,5***	2,3–5,2
CMU			
Moins de 5 % (n=812)	90,0	1,0	–
5-10 % (n=670)	95,3	2,0**	1,3–3,1
10-25 % (n=360)	96,6	2,7**	1,5–4,9
> 25 % (n=118)	97,4***	3,2	1,0–10,7
Participation à un réseau			
Aucun réseau (n=1 554)	92,9	1,0	–
Réseau autre (n=223)	94,4	1,1	0,6–2,0
VIH, VHC, toxicomanie (n=183)	96,7	2,0	0,8–5,0

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

TABLEAU III

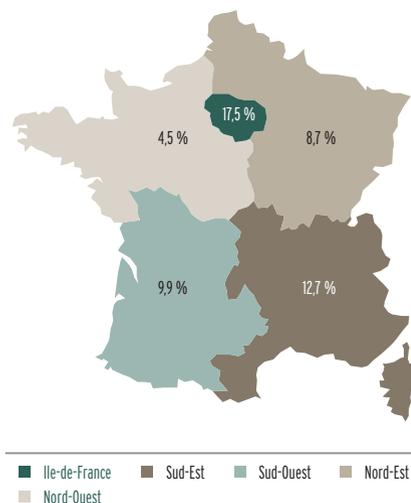
Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir annoncé au moins un résultat positif au cours de l'année (n=2 003)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Régions			
Autres (n=1 510)	8,4	1,0	-
Paca (n=182)	17,0	2,2**	1,4-3,5
Ile-de-France (n=311)	17,5***	2,3***	1,6-3,3
Nombre d'actes médicaux			
1 à 20 actes (n=840)	10,1	1,0	-
21 actes et plus (n=1 163)	11,0	1,2	0,9-1,7
CMU			
Moins de 5 % (n=835)	8,0	1,0	-
5-10 % (n=687)	8,9	1,1	0,7-1,5
10-25 % (n=360)	16,6	2,0**	1,4-3,0
> 25 % (n=121)	20,7***	2,5**	1,5-4,3
Participation à un réseau			
Aucun réseau (n=1 594)	9,2	1,0	-
Réseau autre (n=225)	9,4	0,9	0,6-1,5
VIH, VHC, toxicomanie (n=184)	24,5***	2,7***	1,8-4,0

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

FIGURE 8

Pourcentage de médecins ayant déclaré au moins une sérologie positive au cours de l'année



maladie et de ses traitements. Le praticien est bien placé pour comprendre les problèmes liés à l'observance et à la tolérance des médicaments. Il peut ainsi proposer une prise en charge individualisée, tenant compte à la fois des antécédents personnels et familiaux et du mode de vie de ses patients.

En 2003, trois médecins sur cinq (63,8 %) ont déclaré avoir suivi au moins un patient séropositif au cours de l'année. Les médecins concernés suivent, pour la moitié d'entre eux, une (28,8 %) ou deux (28,0 %) personne(s) séropositive(s); un médecin sur quatre (21,3 %) a la charge de cinq patients ou plus.

La probabilité de prendre en charge des patients séropositifs varie logiquement en fonction des mêmes variables que celles associées à la probabilité de remettre une sérologie positive, à savoir : la région, le pourcentage de clientèle bénéficiant de la CMU et l'appartenance à un réseau VIH, VHC ou toxicomanie [tableau IV].

Parmi les médecins qui suivent au moins une personne séropositive, plus d'un tiers (35,8 %) ont eu l'occasion de renouveler un traitement par antirétroviraux (ARV). Ce pourcentage ne nous renseigne cependant pas sur la fréquence réelle de renouvellement des antirétroviraux par les médecins généralistes, le nombre total de personnes séropositives sous ARV suivies par un médecin généraliste n'étant pas renseigné dans cette enquête.

Le rôle du pharmacien

Les différentes problématiques relatives à l'implication du pharmacien dans le suivi des personnes séropositives ou malades du sida sont semblables à celles des médecins de ville. La pharmacie est un lieu de proximité. Les pharmaciens connaissent l'environnement du patient et peuvent aborder tous les problèmes de santé tout en apportant leurs conseils et le suivi nécessaire.

Dans le cas de l'infection à VIH, plus encore que dans d'autres, les conseils sur le bon usage et l'observance des traitements s'avèrent cruciaux et nécessitent de la part des pharmaciens une mise à jour permanente de leurs connaissances sur les évolutions des stratégies thérapeutiques.

En 2003, les pharmaciens apparaissent significativement plus nombreux à « suivre » des personnes séropositives ou malades du sida que lors de la précédente enquête en 1998 (49,4 % vs 39,3 % ; $p < 0,001$). Toutefois, ils sont uniquement 5,7 % à suivre cinq patients ou plus. Alors qu'en 1998 il n'y avait pas de différences de recours entre pharmaciens hommes et femmes, en 2003 les officines tenues par des hommes reçoivent significativement plus souvent au moins une personne séropositive que celles tenues par une femme (53,3 % vs 46,0 % ; $p < 0,05$).

Logiquement, la proportion de pharmaciens qui suivent au moins une personne séropositive est plus importante dans les

TABLEAU IV

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir suivi au moins un patient VIH au cours de l'année (n=1 999)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Régions			
Autres (n=1 508)	58,3	1,0	–
Paca (n=181)	77,9	2,4***	1,7–3,5
Ile-de-France (n=310)	81,5***	3,3***	2,4–4,5
Nombre d'actes médicaux			
1 à 20 actes (n=838)	63,5	1,0	–
21 actes et plus (n=1 161)	64,6	1,2	0,9–1,4
CMU			
Moins de 5 % (n=833)	54,9	1,0	–
5-10 % (n=686)	65,9	1,6***	1,3–1,9
10-25 % (n=359)	75,3	2,3***	1,8–3,1
> 25 % (n=121)	80,3***	3,0***	1,9–4,9
Participation à un réseau			
Aucun réseau (n=1 590)	61,6	1,0	–
Réseau autre (n=225)	63,9	1,0	0,8–1,4
VIH, VHC, toxicomanie (n=184)	83,5***	2,5***	1,7–3,8

*** : $p < 0,001$.

régions à plus forte prévalence : ils étaient ainsi significativement plus nombreux en Ile-de-France (69,3 %) et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (62,6 %).

Les pharmaciens suivant au moins

un toxicomane ou participant à un programme d'échange de seringues déclarent plus souvent que les autres suivre des personnes séropositives ou atteintes du sida [tableau V].

TABLEAU V

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de suivre au moins une personne séropositive ou malade du sida parmi les pharmaciens d'officine (n=1 059)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Régions			
Autres (n=819)	43,2	1,0	–
Paca (n=72)	62,6	2,1**	1,2–3,4
Ile-de-France (n=168)	69,3***	3,2***	2,2–4,6
Suivi d'au moins un toxicomane			
Non (n=162)	19,7	1,0	–
Oui (n=897)	54,4***	4,7***	3,0–7,2
Participation à un programme d'échange de seringues			
Non (n=991)	48,2	1,0	–
Oui (n=68)	68,4**	2,5**	1,5–4,3

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

DISCUSSION

Dans ce chapitre, le rôle des médecins généralistes et des pharmaciens dans la prévention et l'accompagnement des patients face à la contraception et aux IST a été mesuré aux trois niveaux de prévention¹³.

Au niveau de la prévention primaire, les résultats du Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 soulignent une implication de plus en plus importante des pharmaciens, en particulier lors de la délivrance de contraceptifs oraux. À cette occasion, les liens entre pilule et tabac sont plus fréquemment évoqués¹⁴ (+22,8 points entre 1998 et 2003) ; les risques d'IST sont plus fréquemment abordés (+12,3 points). Concernant plus

spécifiquement la contraception d'urgence, la part importante des pharmaciens qui ont déclaré avoir mené un entretien spécifique lors de leur délivrance est encourageante, si on garde à l'esprit que, au cours de l'année 2002, des disparités importantes dans les pratiques professionnelles des pharmaciens avaient été observées lors d'enquêtes exploratoires¹⁵. Toutefois, les données du Baromètre santé 2003 ne permettent pas d'explorer en profondeur, comme l'avait fait la Drass Alsace [15], les modalités de contenu des entretiens : précision sur l'âge des patientes,

13. Ce chapitre privilégie une approche globale de la prévention et ne rend que partiellement compte de l'implication des professionnels interrogés.

14. Les pharmaciens sont par ailleurs plus nombreux aujourd'hui à estimer que leur rôle dans la prévention du tabagisme est important. Cf. chapitre *Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens?*

15. Enquêtes réalisées en avril et décembre 2002 par le laboratoire HRA Pharma.

dispensation gratuite du médicament aux mineures, information sur la contraception régulière, remise de documentation, orientation sur un centre de planification. Le besoin d'éclairer le contexte de la dispensation des produits et les motifs de refus de délivrance de certains pharmaciens par des enquêtes nationales représentatives, voire par des enquêtes qualitatives, apparaît clairement aujourd'hui. Il existe, chez certains pharmaciens, des craintes de voir se «banaliser» la contraception d'urgence aux mineures au détriment d'une contraception régulière, dans un contexte où la contraception orale n'apparaît plus aussi «incontestable» aux jeunes générations. L'accent mis sur la prévention du sida a fait passer l'information sur la contraception au second plan et le recours au préservatif, le plus souvent temporaire, ne conduit pas toujours au relais d'une contraception orale [16].

L'enquête réalisée par l'Inserm¹⁶ apporte un premier éclairage sur les caractéristiques des utilisatrices de contraceptifs d'urgence : 4 % des femmes interrogées avaient été amenées à utiliser la pilule du lendemain à la suite de leur premier rapport sexuel. Les utilisatrices de contraceptifs d'urgence ont par ailleurs davantage recours à des méthodes contraceptives moins efficaces et déclarent en moyenne plus de partenaires sexuels au cours de la vie (12 % vs 4 % ; $p < 0,05$) et plus d'antécédents d'IST (27 % vs 8 % ; $p < 0,001$). L'enquête souligne également le fait que la contraception d'urgence reste méconnue de trois femmes sur dix et qu'un quart ignore son délai d'utilisation : seules 6 % de celles utilisant une contraception orale y ont recours après un oubli de pilule et 42 % après un incident de préservatif [17].

Ces informations révèlent la complexité d'une approche globale de prévention. Elles

pointent la nécessité d'une information permanente sur la contraception régulière auprès des jeunes, en complémentarité des informations sur la prévention des IST, du VIH ainsi que le renforcement de l'information sur la contraception d'urgence : délais maximaux d'utilisation, modalités d'accès. Auprès des pharmaciens, elles plaident pour réaffirmer et expliciter la place centrale qu'ils occupent dans ces différents types de prévention, en lien avec les autres professionnels de santé et partenaires concernés (milieu scolaire, plannings familiaux, associations...). Les actions de formation¹⁷, les supports de communication sont également de nature à améliorer «leur rôle de prescripteur», tout comme le dialogue avec les patientes ; il est vrai que la confidentialité, le refus de la patiente sont souvent évoqués comme motifs d'absence de l'entretien spécifique. Comment trouver une approche relationnelle non intrusive pour le patient respectant son anonymat ? Une difficulté à laquelle sont confrontés les pharmaciens et de nombreux professionnels, et qui peut se généraliser, dans ce domaine touchant à «l'intime», à d'autres thèmes : comportement sexuel, IST, VIH.

Sur ces derniers thèmes, même si le discours des médecins et des pharmaciens sur leur pratique d'éducateurs et d'acteurs de prévention est globalement positif, des évolutions sont à relever. D'une part, il apparaît clairement que médecins et pharmaciens se sentent moins efficaces pour les premiers et moins investis pour les seconds dans la prévention des comportements sexuels à risque et du VIH que dans d'autres domaines plus proches de leurs compétences premières (dépistage des cancers, bon usage du médicament, par

16. Étude de faisabilité réalisée auprès de 1 639 femmes de 18-44 ans, dont 397 femmes ayant répondu à un questionnaire approfondi par téléphone.

17. Lors de la table ronde des laboratoires HRA de septembre 2004, il a été rappelé que certains pharmaciens méconnaissent encore la délivrance gratuite de la contraception d'urgence pour les mineures [18]. Par ailleurs, l'enquête de la Drass Alsace a souligné le manque d'informations sur le dépistage et le traitement des IST exprimé par certains pharmaciens [15].

exemple)¹⁸. D'autre part, ils se sont révélés, dans cette enquête, moins impliqués dans la prévention des comportements sexuels à risque et du VIH qu'ils ne l'étaient en 1998.

La moindre implication des médecins et des pharmaciens dans la prévention des IST et du VIH pourrait se lire comme une répercussion générale des modifications de la représentation sociale du sida. Les résultats de l'enquête KABP réalisée en 2001 [19] ont montré un certain désintérêt de la population générale pour le sida, exprimé notamment par la baisse de la crainte du sida et des maladies associées, et par la plus faible inquiétude sur le risque que le VIH fait courir à la société. L'enquête a, par ailleurs, fait ressortir une dévalorisation de l'image du préservatif, les personnes interrogées étant plus nombreuses à trouver que le préservatif diminue le plaisir et moins nombreuses à le considérer comme quelque chose de banal. Dans ce contexte général, il est possible que les professionnels de santé, médecins et pharmaciens, aient remis en cause leurs aptitudes personnelles à faire évoluer les comportements de prévention de leurs patients, à moins que leur propre perception de l'épidémie ait évolué dans le même sens que celui observé dans la population générale. Si cette hypothèse devait être vérifiée, il serait important de réfléchir à des actions qui remettent en avant, de manière forte, la place essentielle qu'occupent médecins et pharmaciens dans la prévention et qui puissent les ré-alerter sur le relâchement des comportements de protection observé dans la population générale.

Corollaire de l'énoncé précédent et consé-

quence de l'évolution de l'épidémie et des thérapeutiques, la moindre implication des médecins et pharmaciens dans la prévention primaire des IST et du VIH pourrait traduire un « recentrage » de leur activité sur la prévention secondaire, l'accompagnement et le suivi des personnes séropositives ou malades du sida, les traitements et l'observance thérapeutique.

Au niveau de la prévention secondaire, l'analyse des activités de dépistage a montré que la prescription de sérologie VIH relevait d'une pratique courante des médecins généralistes. Après la baisse sensible du nombre de prescriptions de dépistage du sida enregistrées lors du dernier Baromètre santé médecins généralistes 98/99, la tendance est à nouveau à la hausse en 2003. Cette évolution est conforme à celle enregistrée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) à la fois auprès des laboratoires d'analyses médicales et des centres de dépistage anonyme et gratuit. Ainsi, l'activité de dépistage du VIH se maintient en France à un niveau élevé. Le nombre de sérologies VIH effectuées rapporté à la population (75 pour 1 000 en 2002) est plus élevé que dans les autres pays d'Europe de l'Ouest pour lesquels cette information est disponible (de 6 pour 1 000 en Irlande à 53 pour 1 000 en Belgique), à l'exception de l'Autriche (80 pour 1 000) [11].

Si les médecins généralistes sont des prescripteurs importants de sérologies VIH, les données actuelles du Baromètre ne permettent cependant pas d'apprécier les modalités du recours au dépistage dans au moins deux de ses composantes, à savoir : qui sont les personnes concernées par une prescription ; qui est à l'origine du test, le médecin ou le patient ? Dans une étude réalisée auprès de médecins généralistes de l'Isère, l'Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes a montré que les médecins ont des pratiques de dépistage du VIH très diverses [20]. Le dépistage est

18. Nouvelle hiérarchisation des thèmes de prévention par les pharmaciens, au profit du tabac énoncé comme seconde priorité : ce changement peut être interprété au regard des données contextuelles : campagnes nationales de dénormalisation du tabac, accroissement de la demande d'arrêt chez les fumeurs, incitation et accompagnement de la démarche éducative des pharmaciens sur l'arrêt du tabac, délistage des substituts nicotiniques, facilitation de l'approche des patients par des brochures... Cf. le chapitre *Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ?*

réalisé de manière presque systématique lors de bilans prénuptiaux, prénataux; il est également prescrit sur signes d'appel (IST) ou à la demande du patient. Certains médecins se limitent à ces cas-là, alors que d'autres prescrivent aussi des tests lors d'une première contraception, lors d'un bilan réalisé pour un autre motif, ou à des personnes jugées à risque (jeunes, personnes récemment divorcées, toxicomanes, etc.). Mais l'étude montre surtout la difficulté pour certains médecins de parler du VIH lorsque le patient n'est pas demandeur. Ainsi, certains médecins ne font jamais de prévention de leur propre initiative et ont tendance à banaliser le test VIH, toujours négatif, qu'ils prescrivent comme n'importe quel autre examen clinique. Une autre étude, réalisée au sein du CDAG Bichat-Claude Bernard à Paris, a, par ailleurs, permis d'estimer à 13 % le taux de proposition d'un test VIH faite par un médecin traitant¹⁹, traduisant à nouveau la difficulté de nombreux médecins à adopter une démarche préventive, même si la grande majorité des médecins interrogés dans le cadre du Baromètre santé considèrent que la prévention des comportements sexuels à risque fait partie de leurs fonctions.

Depuis le mois de janvier 2003, les médecins généralistes ont dû adapter leurs prescriptions de test VIH aux règles du nouveau dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire [21]. Jusqu'à cette date, la notification des cas de sida, instaurée en 1982 et obligatoire depuis 1986, était l'un des éléments clés de la surveillance de l'épidémie de VIH/sida en France. Le nombre de nouveaux cas de sida reflétait, avec un décalage dans le temps, l'évolution du nombre de contaminations par le VIH. Cependant l'introduction des antirétroviraux en 1996 a radicalement modifié le pronostic et la prise en charge

de cette maladie, mais aussi la surveillance épidémiologique : la surveillance des cas de sida ne reflète plus la dynamique de l'épidémie, elle est devenue un indicateur de l'absence de dépistage et de prise en charge. Le dispositif de notification mis en place permet d'observer les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, les nouveaux cas de sida et les décès par sida, tout en respectant les droits des personnes. La notification obligatoire des infections à VIH chez l'adulte est couplée à une surveillance virologique des infections à VIH qui est une étude pilotée par l'InVS et le Centre national de référence du VIH. Les médecins et les biologistes ont un rôle central dans ce dispositif puisque ce sont eux qui déclenchent et initient la transmission des données qui sont à la base de la surveillance épidémiologique. C'est un dispositif complexe, notamment dans les procédures mises en place pour le respect de l'anonymat des personnes, qui alourdit la charge de travail des médecins. C'est pourquoi il sera intéressant, dans le cadre du prochain Baromètre santé, de les interroger sur ce nouveau dispositif.

Pour la première fois en 2003, le Baromètre santé s'est intéressé à d'autres infections sexuellement transmissibles que le VIH. Cet intérêt se justifiait par le contexte général de recrudescence des IST, dont les premières alertes ont concerné la gonococcie et la syphilis. L'analyse des données épidémiologiques a rapidement mis en évidence le lien entre la recrudescence de ces deux IST et la reprise des comportements sexuels à risque dans la population homosexuelle, y compris chez les homosexuels séropositifs au VIH [22]. Les effets bénéfiques des multithérapies (diminution de l'infectiosité, baisse de la morbidité, amélioration du bien-être des patients) ont été régulièrement mis en avant pour expliquer ces (re)prises de risque, tandis que les enquêtes comportementales (Enquête presse gay et

19. Communication personnelle de Frédérique Delatour (DGS).

Baromètre gay) montraient que l'utilisation réelle du préservatif oscillait entre des arrangements avec les règles de prévention et la gestion des risques, en vue d'un risque jugé globalement acceptable par l'individu. Or les interrelations entre les IST et le VIH sont extrêmement étroites. D'une part, les IST augmentent le risque d'acquisition et de transmission du VIH ; d'autre part, elles peuvent poser des problèmes particuliers chez les séropositifs (difficultés thérapeutiques, hausse de la réplication du VIH, etc.). Ces données remettent en avant le rôle clé du médecin en termes d'information et d'éducation du patient, notamment pour les personnes séropositives [23]. Ce rôle est d'autant plus efficace qu'il est relayé par les pouvoirs publics, comme l'a montré la campagne « Alerte syphilis » menée en 2002. L'impact de l'information et de l'incitation au dépistage de la syphilis auprès des professionnels de santé avait alors été vérifié par l'augmentation du nombre de tests réalisés dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale et par l'augmentation des ventes d'Extencilline®, médicament quasi exclusivement utilisé pour traiter la syphilis [24].

Les infections à *Chlamydia trachomatis* se distinguent des autres IST par leur caractère plus diffus au sein de la population générale et donc moins concentré en termes géographiques. Dans notre enquête, plus de six médecins sur dix avaient eu à diagnostiquer au moins un cas dans les douze derniers mois. Ce pourcentage reflète d'autant mieux l'importance de cette infection au sein de la population générale que, selon des données recueillies par le réseau Rénachla auprès de 1706 patients, le médecin généraliste n'est pas le principal prescripteur de tests de dépistage, ni pour les hommes, ni pour les femmes [7]. En effet, pour 51 % des hommes, c'est le dermato-vénérologue qui était à l'origine de l'examen microbiologique, alors que pour 66 % des femmes, c'était le gynécologue. D'après le réseau, le

médecin généraliste n'était à l'origine de la prescription que pour 20 % des hommes et 12 % des femmes.

Résultat commun à toutes les IST, la probabilité d'avoir à diagnostiquer au moins un cas positif est associé, dans tous les modèles, à une importante proportion de personnes bénéficiaires de la CMU parmi la clientèle du médecin. Cette association est un marqueur fort d'inégalités sociales en termes de santé qui a été relevé par nombre d'autres études. Une revue de la littérature réalisée par Luger *et al.* en 1998 suggérait déjà un changement du profil social de l'épidémie de VIH « *qui avait tout d'abord commencé chez les homosexuels des classes moyennes [et qui] semble glisser vers les classes populaires. Les personnes avec un profil socio-économique plus bas semblent être plus exposées aux risques du sida et avoir moins de possibilités d'y répondre* » [25]. Cette tendance a été confirmée à travers la part croissante des personnes originaires d'Afrique subsaharienne touchées par le VIH, dont la vulnérabilité sociale est frappante. Dans une étude de l'InVS sur le parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France [26], la moitié des personnes interrogées était dans une situation précaire d'emploi, de logement et de revenus. Cette précarité sociale a également été mise en évidence lors d'une étude réalisée dans un hôpital des Hauts-de-Seine [27]. Selon une autre enquête menée dans le Val-de-Marne en 1999, les femmes ayant une couverture sociale incomplète (absence de mutuelle) avaient une prévalence de *Chlamydia trachomatis* plus élevée que les femmes ayant une prise en charge à 100 % [28]. Tous ces exemples montrent combien la précarité socio-économique constitue un problème majeur dans la prise en charge des problèmes liés aux IST et au VIH. Le Baromètre santé médecins/pharmaciens

2003 souligne les effets positifs de la CMU dans l'accès de ces populations à une prise en charge par la médecine de ville.

Au niveau de prévention tertiaire, il apparaît qu'une majorité des médecins généralistes suivent au moins un patient atteint par le VIH. Les enjeux et le rôle du médecin généraliste et du pharmacien dans le suivi de personnes séropositives se situent aujourd'hui principalement autour de la problématique de l'observance. Dans le cadre de l'infection à VIH, 95 % à 100 % d'observance sont nécessaires pour garantir une efficacité maximale des traitements au plan virologique [29]. Un tel niveau d'observance n'a jamais été requis jusqu'à présent dans aucune autre pathologie chronique. Une observance inférieure à 95 % a une incidence sur la charge virale plasmatique, qui est elle-même prédictive du délai de survenue d'événements biologiques et/ou cliniques. Les médecins et les pharmaciens qui suivent des personnes séropositives sous traitement ont donc un rôle critique à jouer dans ce domaine, en termes d'organisation pratique (pour la prise effective des médicaments dans les circonstances habituelles quotidiennes), en termes d'aide à l'adaptation et à la maîtrise des prises de médicaments quelles que soient les circonstances, mais aussi en termes de reconnaissance et de gestion des effets indésirables ressentis par les patients. Pour les médecins et les pharmaciens, les défis sont multiples, mais leur engagement à tous les niveaux de la prévention est indispensable et devra être maintenu pour mener à bien les objectifs inscrits dans la nouvelle loi de santé publique.

Relecteurs

Annie Velter (InVS)

Fabienne Blanchet (Cespharm)

Bibliographie

- [1] Leridon H., Oustry P., Bajos N. et l'équipe Cocon. **La médicalisation croissante de la contraception en France.** *Population et Sociétés* 2002; 381 : 1-4
www.ined.fr/publications/pop_et_soc/pes381/381.pdf [15/03/2005]
- [2] Vilain A. **Les interruptions volontaires de grossesse en 2002.** *Études et Résultats* 2004; 348 : 1-8.
www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er348.pdf [15/03/2005]
- [3] Goulet V., Sednaoui P. **La surveillance des maladies sexuellement transmissibles en France par des réseaux de laboratoires.** *Eurosurveillance* 1998; 3 (6) : 59-60.
www.eurosurveillance.org/em/v03n06/v03n06.pdf [15/03/2005]
- [4] Couturier E., Michel A., Basse-Guéryneau A.L., Semaille C. **Surveillance de la syphilis en France 2000-2002.** Saint-Maurice : InVS, 2003 : 52 p.
www.invs.sante.fr/publications/2003/syphilis_2003/rapport_syphilis_2003.pdf [15/03/2005]
- [5] Groupe technique national de définition des objectifs. **Infections sexuellement transmissibles (IST).** Paris : direction générale de la Santé, 2003 : 9 p.
www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/12ist.pdf [15/03/2005]
- [6] Herida M., Sednaoui P., Laurent E., Goulet V., *les biologistes du réseau Rénago.* **Les infections à gonocoque en 2001 et 2002 : données du réseau national des gonocoques (Rénago).** *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2004; 15 : 57-9.
www.invs.sante.fr/beh/2004/15/beh_15_2004.pdf [15/03/2005]
- [7] Goulet V., Laurent E., de Barbeyrac B. **Les infections à C. trachomatis en France en 2000 : données du réseau Renachla.** Saint-Maurice : InVS, 2002.
- [8] Couturier E., Michel A., Dupin N., Janier M. **Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2003 : communiqué de presse du 23 juin 2004.** Saint-Maurice : InVS, 2004 : 5 p.
www.invs.sante.fr/publications/2004/surv_syphilis_230604/surv_syphilis_2000_2003.pdf [15/03/2005]
- [9] Département des maladies infectieuses. **VIH, sida et IST - État des lieux des données 2003.** Saint-Maurice : InVS, 2003 : 13 p.
www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_ist_2003/Etat_des_lieux_des_donnees_2003.pdf [15/03/2005]
- Épidémie de syphilis en France depuis 2000.** Disponible sur <http://www.invs.sante.fr>.
- [10] Gouëzel P., de Benoist A.C. **CDAG et dispositif gratuit du VIH : bilan d'activité 1998.** *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2002; 37 : 159-61.
www.invs.sante.fr/beh/default.htm [15/03/2005]

- [11] Cazein F., Couturier F., Pillonel J., Lot F., Semaille C.
Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires en France (2001-2002).
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2004; 24-25 : 111-2.
www.invs.sante.fr/beh/2004/24_25/beh_24_25_2004.pdf [15/03/2005]
- [12] Le Vu S., Herida M., Pillonel J., et al.
Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan 2001 et 2002 d'activité du dépistage du VIH en France.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2004; 17 : 65-6.
www.invs.sante.fr/beh/2004/17/BEH_17_2004.pdf [15/03/2005]
- [13] Lot F., Cazein F., Couturier S., Semaille C.
Activité de dépistage du VIH en 2001 et 2002 dans les laboratoires d'analyses médicales et dans les CDAG [présentation PowerPoint].
Saint-Maurice : InVS, 2003.
www.invs.sante.fr [15/03/2005]
- [14] Gouëzel P., Laforêt D.
Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG), bilan d'activité de dépistage du VIH, année 1999.
Saint-Maurice : InVS, 2002.
- [15] Neitzert B., Montalvo M.A.
La contraception d'urgence en Alsace : utilisation et application du décret relatif à la délivrance gratuite aux mineurs par les pharmaciens.
Drass Alsace, 2002.
- [16] Kafé H., Brouard N.
Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis vingt ans ?
Population et Sociétés 2000 ; 361 : 1-5.
www.ined.fr/publications/pop_et_soc/pes361/PES361.pdf [15/03/2005]
- [17] Goulard H., Bajos J., Job-Spira N.
Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France.
Gynécologie obstétrique et fertilité 2003 ; 9 (31) : 724-9.
- [18] HRA Pharma
Cinq ans de contraception d'urgence en France : quel bilan ? Table ronde du jeudi 16 septembre 2004 [Dossier de presse].
Paris : HRA Pharma laboratoire, 2004.
- [19] Grémy I., Beltzer N., Vongmany N., Chauveau J., Capuano F.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France. Évolutions 1992-1994-1998-2001.
Paris : Observatoire régional de la santé Ile-de-France, 2001 : 219 p.
- [20] Gruaz D., Fontaine D., Guye O.
Évaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère.
Lyon : ORS Rhône-Alpes, 2003 : 94 p.
www.ors-rhone-alpes.org/etudes.asp# [15/03/2005]
- [21] **Déclarer, agir, prévenir. Le nouveau dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire.**
Saint-Maurice : InVS, 2003 : 64 p.
www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/dispositif.htm [15/03/2005]
- [22] Adam P., Hauet E., Caron C.
Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000.
Saint-Maurice : InVS, 2001 : 56 p.
www.invs.sante.fr/publications/rap_press_gay_1101/ [15/03/2005]
- [23] Delfraissy J.-F.
Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH : recommandations du groupe d'experts. Rapport 2004.
Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2004 : 264 p.
www.ladocfrancaise.gouv.fr/brp/notices/044000467.shtml [15/03/2005]
- [24] Couturier E.
Évaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis à Paris.
In : *Sida, VIH et IST. État des lieux des données en 2002.*
Paris : InVS, 2002 : 3-4.
- [25] Luger L.
HIV/AIDS prevention and « class » and socio-economic related factors of risk of HIV infection.
Berlin : Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 1998 : 67 p.
skylla.wz-berlin.de/pdf/1998/p98-204.pdf [15/03/2005]
- [26] Lot F., Larsen C., Valin N., et al.
Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2004 ; 5 : 17-20.
www.invs.sante.fr/beh/2004/05/beh_05_2004.pdf [15/03/2005]
- [27] Mortier E., Chan Chee C., Bloch M., et al.
Nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du nord des Hauts-de-Seine.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2003 ; 1 : 2-3.
www.invs.sante.fr/beh/2003/01/beh_01_2003.pdf [15/03/2005]
- [28] Boucher J., Bianchi A., Prudhomme M. et al.
Epidemiology of genital chlamydial infection in women attending family planning clinics in a Paris suburb (Val-de-Marne) [Communication].
In : *Fourth Meeting of the European Society for Chlamydia*, Helsinki, Finland, August 20-23, 2000.
- [29] Delfraissy J.-F.
Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH : recommandations du groupe d'experts. Rapport 2002.
Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2002 : 384 p.













L'essentiel

En France, la prévalence des adultes ayant des anticorps anti-VHC se situe autour de 1 %. On en conclut que 400 000 à 500 000 personnes sont à risque de complications sévères, voire fatales, de l'infection par le virus de l'hépatite C. Alors que la transmission nosocomiale et iatrogène du virus est largement maîtrisée, la principale source de nouvelles contaminations est constituée par l'usage de drogues, avec une prévalence de 43 % à 73 % selon les études, chez les personnes toxicomanes. Dans le processus de lutte contre l'hépatite C, le dépistage

constitue la toute première étape. C'est logiquement aux usagers de drogues par voie intraveineuse que les médecins généralistes proposent le plus systématiquement un dépistage (93,2 %), et ce pourcentage n'a pas varié depuis 1998 (92,2 %). Pour toutes les autres catégories de personnes « à risque », les pourcentages de généralistes proposant systématiquement un dépistage ont augmenté. L'augmentation la plus forte concerne les patients « présentant une asthénie » (de 23,3 % à 40,4 %) et les patients « tatoués » (de 17,8 % à 33,2 %). Les personnes transfu-

sées constituent, après les usagers de drogues, la catégorie « à risque » à laquelle on propose le plus souvent un dépistage : 79,9 % en 1998 et 82,9 % en 2003. En ce qui concerne « le nombre de sérologies prescrites au cours du dernier mois », dans tous les cas de figure, ce nombre a augmenté depuis 1998 : les médecins qui déclaraient prescrire de 5 à 9 sérologies par mois étaient 13,9 % en 1998 contre 22,5 % en 2003 ; de même, en 1998, 9,1 % des généralistes déclaraient prescrire 10 sérologies ou plus, contre 26,1 % en 2003.

Dépistage de l'hépatite C

Des résultats encourageants

MARTA ALEKSANDRA BALINSKA

L'hépatite C est une épidémie qui a été longtemps silencieuse (le virus fut identifié en 1989), et dont on ne mesure pas encore toutes les conséquences. Dans deux grandes études menées dans les années quatre-vingt-dix, la prévalence des adultes ayant des anticorps anti-VHC a été évaluée en France entre 1,1 % et 1,2 % [1]. Parmi les personnes dites séropositives pour le virus de l'hépatite C, il y en a 80 % qui sont des porteurs chroniques du virus et 20 % qui gardent les traces (anticorps) d'une infection ancienne guérie. La confrontation des données de prévalence obtenues lors de ces deux enquêtes et des données complémentaires d'autres études ont permis de proposer une estimation de la population séropositive pour le VHC en France de 500 000 à 650 000, à laquelle on a appliqué un pourcentage de 80 pour estimer le nombre de personnes vivant avec une infection. On a donc conclu que 400 000 à 500 000 personnes avaient une infection chronique par le VHC, et étaient donc

à risque de complications sévères, voire fatales. Une nouvelle enquête nationale de prévalence réalisée en 2003-2004 permettra de disposer de données plus actualisées dans un proche avenir [2].

Une infection chronique asymptomatique peut s'étendre sur vingt ans avant le développement d'une cirrhose, d'une défaillance hépatique ou d'un cancer du foie. Ainsi, les enquêtes menées actuellement reflètent l'épidémie telle qu'elle s'est propagée dans le passé et renseignent peu sur la dynamique de transmission actuelle. En 2003, une expertise collective de l'Inserm avait estimé que 30 % des personnes chroniquement infectées seraient à risque de développer une cirrhose [3]. Une autre étude situait cette proportion à 10 % seulement [4]. En tout cas, l'hépatite C est devenue la première cause de greffe du foie en France [3].

Le programme national Hépatites virales C et B 2002-2005 a pris le relais du premier programme Hépatite C mis en place par le ministère de la Santé en 1999. Le maintien

d'un engagement fort de l'État est d'autant plus nécessaire que la transmission du virus de l'hépatite C est loin d'être maîtrisée, en particulier chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV). En effet, selon la conférence de consensus de 2002 sur le traitement de l'hépatite C, les populations proportionnellement les plus touchées sont avant tout les usagers de drogues par voie intraveineuse chez lesquels on estime la proportion de séropositifs pour le VHC à environ 70 %. Les détenus et les personnes séropositives au VIH (25 000 à 30 000 personnes auraient une co-infection VIH-VHC) constituent également des populations chez lesquelles la prévalence de l'infection est plus élevée que dans le reste de la population [1].

En ce début de xxi^e siècle, les usagers de drogues et les toxicomanes constituent en France une population estimée à 170 000-190 000 personnes, dont plus de la moitié seraient des injecteurs actifs. La prévalence du VHC dans l'ensemble de la population consommatrice de drogues se situe entre 43 % et 73 %, mais les plus exposés sont ceux qui ont des pratiques (occasionnelles ou régulières) de consommation par voie intraveineuse. Chez ceux-ci, la prévalence du VHC croît régulièrement avec l'âge : après 40 ans, neuf usagers sur dix sont séropositifs pour le VHC [5]. Des études ont indiqué que la prévalence du VHC déclarée par les UDIV est bien inférieure à la prévalence réelle (vérifiée par sérologie) ; on estime en effet le taux de méconnaissance du statut sérologique aux alentours de 30 % [5]. Pour un UDIV, la contamination peut se faire à chaque acte d'injection, alors que le dépistage est loin d'être systématique et/ou régulier.

Les connaissances dont on dispose sur l'épidémiologie de cette maladie semblent indiquer que le pic de mortalité due à l'infection est encore devant nous. Pourtant, dans les dernières années, les traitements contre

l'hépatite C ont acquis une efficacité, s'échelonnant entre 40 % et 80 % en fonction du génotype du virus dont le patient est atteint. De surcroît, de nombreux nouveaux cas d'infection correspondent au génotype 3, qui répond particulièrement bien aux traitements [6]. Ainsi, il paraît légitime d'encourager les sujets « à risque » à se faire dépister et traiter, tant dans leur intérêt individuel que dans celui de la collectivité.

Dans le processus de lutte contre l'épidémie de l'hépatite C, le dépistage constitue en effet la toute première étape (encore que le dépistage ne garantisse pas en lui-même la prise en charge du patient). À la fin des années quatre-vingt-dix, on avait identifié différents types de freins au dépistage en cabinet [7, 8] :

- la multiplicité et la complexité des modes de transmission de ce virus pouvaient conduire à des difficultés (pour le médecin) à identifier les patients potentiellement à risque ;
- la proposition de dépistage pouvait être délicate, surtout si celle-ci laissait croire que le médecin suspectait une toxicomanie chez son patient ;
- l'annonce de la séropositivité, en vue des doutes concernant le pronostic vital et la lourdeur des effets secondaires, pouvait être très difficile ;
- une connaissance insuffisante de l'efficacité des traitements pouvait décourager le médecin et soulever des questions éthiques par rapport à l'incitation à la prise en charge.

Aujourd'hui, il est donc essentiel de savoir comment les médecins généralistes abordent la question du dépistage du VHC. Les résultats de cette enquête peuvent aider tous ceux qui cherchent à améliorer et à optimiser le dépistage des personnes qui ont pu être exposées au virus, que ce soit dans un cadre nosocomial avant 1992 ou par leur comportement individuel.

RÉSULTATS

PROPOSITION DE LA SÉROLOGIE HÉPATITE C

Par rapport à 1998, la proportion de médecins généralistes proposant «*systématiquement*» une sérologie aux patients potentiellement «*à risque*», toutes catégories confondues, a augmenté [tableau I]. Outre les UDIV, la plus forte augmentation concerne les patients «*présentant une asthénie*» (de 23,3 % à 40,4 %) et les patients «*tatoués*» (de 17,8 % à 33,2 %). Cette augmentation est

moins sensible, quoique significative, pour les femmes enceintes (19,5 % à 27,2 %), les personnes transfusées (79,9 % à 82,9 %) et celles qui ont subi un acte chirurgical (31,9 % à 42,1 %). La proposition systématique aux UDIV demeure la plus fréquente et n'a guère varié depuis 1998 (de 92,2 % à 93,2 %).

Une régression logistique appliquée aux caractéristiques du médecin prescripteur indique que le fait de participer à un réseau est lié au fait de proposer le dépistage systématique aux personnes tatouées (38,6 %

TABLEAU I

Proposition de la sérologie VHC selon le patient en 1998 et 2003 (en %)

	1998	2003	Différence
Femmes enceintes			
Systématiquement	19,5	27,2	p<0,001
Selon les cas	51,2	49,0	
Jamais	29,3	23,8	p<0,001
Personnes présentant une asthénie			
Systématiquement	23,3	40,4	p<0,001
Selon les cas	67,2	55,0	p<0,001
Jamais	9,5	4,6	p<0,001
UDIV			
Systématiquement	92,2	93,2	
Selon les cas	6,5	5,7	
Jamais	1,3	1,1	
Personnes transfusées			
Systématiquement	79,9	82,9	p<0,05
Selon les cas	18,6	16,0	p<0,05
Jamais	1,5	1,1	
Personnes ayant subi un acte chirurgical			
Systématiquement	31,9	42,1	p<0,001
Selon les cas	59,9	51,6	p<0,001
Jamais	8,2	6,3	p<0,05
Personnes tatouées			
Systématiquement	17,8	33,2	p<0,001
Selon les cas	44,3	44,3	
Jamais	37,9	22,5	p<0,001

vs 31,8 % ; $p < 0,01$). C'est également le cas pour les médecins exerçant dans le sud de la France (36,2 % vs 30,8 % ; $p < 0,05$).

De même, le fait d'habiter le sud de la France favorise la proposition de dépistage systématique aux personnes ayant subi un acte chirurgical (45,2 % vs 39,7 % ; $p < 0,05$).

En ce qui concerne le dépistage systématique des femmes enceintes, la proposition est plus fréquente chez les médecins qui ont un nombre d'actes supérieur à 20 (30,0 % vs 23,3 % ; $p < 0,01$), qui sont âgés de plus de 50 ans (31,5 vs 24,7 % ; $p < 0,05$) et qui exercent dans le sud de la France (29,9 % vs 25,1 % ; $p < 0,05$).

Les UDIV se voient aussi plus souvent proposer le dépistage systématique par les médecins appartenant à un réseau (95,8 % vs 92,5 % ; $p < 0,05$).

Enfin, ne pas pratiquer un mode d'exercice particulier (Mep) systématique et avoir un nombre d'actes supérieur à 20 rend plus probable la proposition de dépistage aux personnes transfusées : respectivement 85,3 % vs 81,6 % ($p < 0,05$) et 86,4 % vs 78,8 % ($p < 0,001$).

NOMBRE DE SÉROLOGIES VIRUS DE L'HÉPATITE C

En ce qui concerne le nombre de sérologies prescrites au cours du dernier mois, là encore les résultats sont encourageants : dans tous les cas de figure, il a augmenté depuis 1998 de manière significative ($p < 0,001$). Ceux qui déclaraient prescrire de 5 à 9 sérologies par mois étaient 13,9 % en 1998 contre 22,5 % en 2003 ; de même, en 1998, 9,1 % des généralistes déclaraient prescrire 10 sérologies ou plus, contre 26,1 % en 2003 [tableau II]. Le nombre moyen de sérologies est ainsi passé de 3,1 [2,9–3,3] à 6,6 [6,2–7,0] entre 1998 et 2003 parmi l'ensemble des médecins interrogés, soit respectivement 4,0 [3,8 ; 4,2] et 7,1 [6,6–7,6] parmi les généralistes prescripteurs.

Un nombre moyen de 10 sérologies VHC ou plus prescrites au cours du dernier mois parmi l'ensemble de la population des médecins généralistes, est associé au fait d'avoir un nombre d'actes supérieur à 20, de participer à un réseau, et d'habiter le sud de la France [tableau III].

TABLEAU II

Nombre de sérologies VHC déclaré par les médecins généralistes au cours du mois précédent, en 1998 et 2003 (en %)

	1998	2003
Aucune	23,4	7,6
1 à 2	35,1	21,9
3 à 4	18,5	21,9
5 à 9	13,9	22,5
10 ou plus	9,1	26,1

TABLEAU III

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de prescrire 10 sérologies ou plus dans le mois (n=1 960)

	OR ajusté	IC 95 %
Nombre moyen d'actes quotidiens		
1 à 20 (n=819)	1,0	–
21 et plus (n=1 141)	2,3***	1,8–2,8
Participation à un réseau		
Non (n=1 555)	1,0	–
Oui (n=405)	1,5**	1,2–2,0
Régions		
Nord et région parisienne (n=1 136)	1,0	–
Sud (n=824)	1,3*	1,1–1,6

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

DISCUSSION

Les résultats du Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 sont encourageants : la proposition de dépistage est devenue plus répandue et les praticiens paraissent donc plus sensibilisés au problème qu'à la fin des années quatre-vingt-dix. Par rapport à 1998, les pourcentages de médecins généralistes proposant systématiquement un dépistage à des patients présentant un facteur de risque ont augmenté. Les UDIV demeurent la catégorie de la population la plus dépistée, ce qui reflète l'épidémiologie de l'hépatite C. Le nombre de sérologies prescrites au cours du mois a également augmenté de façon significative depuis le Baromètre santé médecins généralistes 98/99.

Ces résultats positifs appellent néanmoins plusieurs remarques.

Tout d'abord, ils confortent la tendance observée depuis une dizaine d'années, à savoir un dépistage plus généralisé (entre 2000 et 2001, le nombre de sérologies réalisées a augmenté de 10 %) [9]. On n'est donc pas surpris que ce soit également le cas entre 1998 et 2003. Cependant, certaines catégories « à risque » sont moins dépistées que d'autres, notamment les « personnes transfusées » ou « ayant subi un acte chirurgical ». Autrement dit, il semblerait que les médecins soient plus aptes à prescrire une sérologie en présence de symptômes (asthénie) et d'usage de drogues que par rapport à une éventuelle exposition passée. Cela peut avoir deux raisons. D'une part, les personnes les plus à risque pour une infection nosocomiale par le VHC sont celles qui ont été transfusées ou ont subi un acte invasif/chirurgical avant 1992. Les données du Baromètre ne permettent pas de prendre en compte ce paramètre : un médecin pourrait légitimement être plus enclin à prescrire une sérologie chez un patient transfusé avant 1992 qu'après. Mais on peut aussi évoquer la difficulté, en consul-

tation, à revenir sur une période lointaine pour le patient, au cours de laquelle il aurait pu subir des actes invasifs dont il n'aurait même pas eu connaissance, ou alors être amené à se rappeler un épisode de toxicomanie qu'il aurait préféré oublier.

Le risque d'infection par le VHC en milieu de soins est aujourd'hui difficile à estimer. On sait que le risque transfusionnel est actuellement de l'ordre de 1 pour 6 millions de dons. Par contre, le risque nosocomial résiduel (estimé à 15 % des contaminations par le VHC avant 1992) n'est pas quantifié. Depuis 2001, il existe une obligation de déclarer tout cas d'infection au VHC par exposition nosocomiale, ce qui devrait permettre d'identifier des procédures à risque et d'éviter, par des recommandations appropriées, que cela ne se reproduise [10].

Enfin, en ce qui concerne les UDIV, la catégorie de la population actuellement la plus à risque pour une nouvelle contamination par le VHC, plus de 90 % des médecins leur prescrivent systématiquement une sérologie en 2003. Bien que ce pourcentage soit important, il n'a guère augmenté depuis 1998; par ailleurs, on ignore la régularité avec laquelle ils prescrivent une sérologie, vu qu'un UDIV est potentiellement à risque lors de chaque injection.

Au-delà de la généralisation du dépistage des catégories de la population « à risque » se pose la question de leur prise en charge en cas de séropositivité. On sait que seule une proportion limitée des patients dépistés avec une séropositivité accèdent à une prise en charge (suivi médical et/ou traitement), sans que cette proportion puisse être chiffrée. Parmi les freins à la prise en charge, on peut citer [11] :

- la méconnaissance, chez certains médecins, de l'efficacité des traitements;
- la crainte (aussi bien chez le médecin que chez le patient) des effets indésirables du

traitement et notamment de l'effet de décompression psychologique qui peut engendrer un syndrome dépressif sévère ;

- la marginalisation sociale liée à un comportement toxicomane et/ou alcoolique ;
- la crainte de la biopsie, même si celle-ci

n'est pas nécessaire dans un nombre croissant de cas ;

- les difficultés liées à une prise en charge personnalisée du patient (conseils de vie, prise en compte des manifestations extra-hépatiques, etc.).

CONCLUSION

Un effort reste à accomplir dans la sensibilisation des professionnels de santé et du grand public aux facteurs de risque, tant actuels que passés, pour l'infection par le VHC, mais aussi des possibilités de guérison. Les études menées indiquent que le médecin généraliste pourrait bénéficier d'outils qui l'aideraient à engager le patient dans un interrogatoire plus minutieux afin de détecter d'éventuels risques pour le VHC, ainsi qu'à dédramatiser la maladie. En ce sens, il semble important, aujourd'hui, d'insister auprès des médecins comme du public sur le fait que tous les sujets infectés ne nécessitent pas systématiquement un

traitement, que pour ceux qui y ont recours le pourcentage de guérisons s'échelonne de 40 % à 80 % et, enfin, que de nouveaux traitements éventuellement plus efficaces sont attendus [1].

Dépister ne suffit donc pas. Encore faut-il que les personnes infectées par le VHC puissent être suivies sur le plan médical, psychologique et social. C'est peut-être bien là que se situe le vrai défi de cette épidémie.

Relecteur

Elisabeth Delarocque-Astagneau (InVS)

Bibliographie

- [1] **Conférence de consensus : traitement de l'hépatite C, mercredi 27 et jeudi 28 février 2002, Maison de la chimie, Paris.**
Paris : Agence d'accréditation et d'évaluation en santé, 2002 : 23 p.
www.anaes.fr [15/03/2005]
- [2] **Estimation du taux de prévalence des anticorps anti-VHC et/ou marqueurs de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général en France métropolitaine, 2003-2004.**
Enquête menée par l'Institut national de veille sanitaire (InVS).
- [3] **Hépatite C : transmission nosocomiale. État de santé et devenir des personnes atteintes.**
Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 278 p.
www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages/expertisecollectivehepatiteC.html [15/03/2005]
- [4] Désenclos J.-C.
L'infection par le virus de l'hépatite C dans le monde : importance en santé publique, modes de transmission et perspectives.
Virologie 2003 ; 7 (3) : 177-91.
- [5] Emmanuelli J., Jauffret-Roustide M., Barin F.
Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2000.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2003 ; 16-17 : 97-9.
www.invs.sante.fr/beh/2003/16_17/beh_16_17_2003.pdf [15/03/2005]
- [6] Bourlière M., Barberin J.M., Rotily M., et al.
Epidemiological changes in hepatitis C virus genotypes in France: evidence in intravenous drug users.
Journal of Viral Hepatitis 2002 ; 9 (1) : 62-70.

- [7] **Les freins au dépistage et à la prise en charge de l'hépatite C chez les sujets toxicomanes. Rapport d'enquête.**
 Contrat d'objectif Adess/CPAM de Grenoble, juin 2000.
 (Rapport non publié).
- [8] Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées
Dépistage et prise en charge globale des personnes atteintes d'hépatite C. Rencontre nationale des acteurs de santé. 10 octobre 2002.
 Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2002 : 47 p.
- [9] **Épidémiologie de l'hépatite C : état des lieux.**
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2003 ; 16-17 : 85-108.
www.invs.sante.fr/beh/2003/16_17/beh_16_17_2003.pdf
 [15/03/2005]
- [10] **Hépatite C : transmission nosocomiale. État de santé et devenir des personnes atteintes.**
 Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 278 p.
www.inserm.fr/fr/questionsdesante/medias/ouvrages/expertisecollectivehepatiteC.html [15/03/2005]
- [11] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
Actes du séminaire du 30 mars 2004 : réduire la prévalence du virus de l'hépatite C dans la population des usagers de drogues.
 Rapport non publié.







L'essentiel

Tabac

La proportion de médecins ayant vu, au cours des sept derniers jours, au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique a augmenté ces dernières années, passant de 60,1 % en 1998 à 67,1 % en 2003. Le nombre moyen de patients de ce type vus dans la semaine a par ailleurs augmenté significativement sur la même période (de 1,9 à 2,1).

En 2003, comme les années précédentes, la majorité des médecins interrogés prend en charge seul (86,5 %) ses patients et 11,3 % le font en liaison avec une structure spécialisée. L'utilisation de questionnaires préétablis sur le thème du tabac reste un geste rare puisque seulement 6,3 % des médecins déclarent en utiliser. Le patch anti-tabac est le type de sevrage tabagique le plus souvent préconisé : par 53,0 % des généralistes en usage exclusif et par 3,5 % en association avec d'autres méthodes. Un médecin sur cinq préconise le Zyban® (mis sur le marché en septembre 2001) et un médecin sur quinze préfère utiliser une médecine douce.

La moitié des médecins interrogés

(50,4 %) ont le sentiment d'aider efficacement les patients à changer leurs comportements dans le domaine du tabagisme ; ils étaient 43,4 % en 1998.

Plus des trois quarts des pharmaciens (77,4 %) pensent que leur rôle concernant le tabagisme est important ou très important. Plus de la moitié d'entre eux déclarent souvent parler spontanément à leurs clients de leur consommation de tabac ; ils sont 6,6 % à en parler systématiquement avec leur cliente lors de la délivrance de contraceptifs oraux et 19,6 % ont eu des échanges à ce sujet avec le dernier patient asthmatique servi.

Lors de la dernière vente de substitut nicotinique, 58,7 % des pharmaciens interrogés ont évalué par un test la motivation de leur client fumeur à arrêter de fumer et 64,7 % ont effectué avec lui un test de dépendance tabagique.

Alcool

La moitié des médecins interrogés (51,3 %) déclare avoir vu au moins un patient consultant pour un sevrage alcoolique dans les sept jours pré-

cédant l'enquête. Cette proportion est restée stable depuis 1998. La prise en charge de ces patients se fait pour 68,4 % des généralistes en liaison avec une structure et, pour 19,9 %, elle s'effectue seul. Le sentiment d'efficacité pour aider les patients à changer leur comportement dans le domaine de l'alcoolisme est moins élevé que pour le tabagisme : 37,5 % se sentent « assez » ou « très » efficaces. Cette proportion a néanmoins augmenté de 7,4 points depuis 1998.

L'utilisation de questionnaires sur le thème de l'alcool est déclarée en 2003 par 2,0 % des médecins.

Les pharmaciens sont plus réservés sur l'importance de leur rôle concernant l'alcoolisme que le tabagisme : moins d'un tiers (30,7 %) considèrent ce rôle comme « important » ou « très important ». Ils déclarent significativement moins souvent parler d'alcool à leurs clients : 6,8 % en 1998 et 3,8 % en 2003. Par ailleurs, près de la moitié d'entre eux (44,2 %) déclarent ne jamais avoir l'occasion de leur parler spontanément de leur consommation d'alcool.

Tabac et alcool

Quelle implication des professionnels ?

HÉLÈNE PERRIN
ARNAUD GAUTIER

L'importance de la mortalité imputable au tabac et à l'alcool n'est plus à démontrer depuis longtemps. Ces deux produits, facteurs de risque de cancers, de maladies cardio-vasculaires, respiratoires ou digestives... sont à eux seuls responsables respectivement d'un décès sur neuf et d'un décès sur onze, représentant ainsi 66 000 et 45 000 morts par an [1, 2, 3]. Ces chiffres sont d'autant plus impressionnants et peu acceptables que ces décès restent évitables.

Les baisses constantes des consommations observées depuis 1976 pour le tabac et depuis les années soixante pour l'alcool sont encourageantes. Cependant, au début du xxi^e siècle, encore près d'un tiers des Français déclarent fumer et plus d'un sur dix affirme, la veille de l'interview, avoir bu de l'alcool au-delà des seuils de consommation recommandés [4, 5].

Le plan de mobilisation nationale contre

le cancer, établi pour une durée de cinq ans (2003-2007), fait ainsi de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme une de ses priorités en matière de prévention [6]. Outre les mesures « juridiques » ou « dissuasives » en direction du grand public, telles que l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, l'affirmation de l'augmentation de son prix de vente, le renforcement du respect des lieux non fumeurs ou encore la mise en place à venir d'avertissements sanitaires visibles sur les étiquettes des boissons alcoolisées..., plusieurs points concernent directement les professionnels de santé. Le plan prévoit en effet l'introduction d'une démarche minimale de conseils concernant le tabac et l'alcool dans la consultation de prévention² prévue par la loi relative à la politique de santé publique. Par ailleurs, il prévoit le développement de la formation par la création d'un module « préven-

1. Plus de deux verres pour les femmes et plus de trois verres pour les hommes.

2. Le contenu de cette consultation de prévention reste encore à préciser.

tion et éducation à la santé» dans le tronc commun de première année des études médicales (comportant également un volet tabac) et par la formation, lors de ce cursus, au repérage précoce des consommateurs excessifs et à une démarche de conseil.

Les professionnels de santé, qu'ils soient médecins généralistes ou pharmaciens d'officine, déjà largement confrontés dans l'exercice de leur profession aux problèmes

de consommation excessive d'alcool et de tabac, vont donc voir leur rôle se renforcer dans la lutte contre ces deux addictions. Il est ainsi intéressant d'observer, au début du plan cancer, comment ces praticiens et officinaux perçoivent leur rôle, leur sentiment d'efficacité pour aider les patients à modifier leurs comportements ainsi que leurs pratiques lors de leur prise en charge dans le cadre de sevrages tabagique et alcoolique.

TABAC

PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Prise en charge du tabagisme

En ce qui concerne le tabagisme, la quasi-totalité des médecins généralistes (97,8 %) prennent en charge eux-mêmes leurs patients, que ce soit seuls ou en liaison avec une structure. Une minorité d'entre eux (2,2 %) ne s'en chargent pas et les confient à une structure [figure 1]. Ces pourcentages n'ont pas évolué entre 1998 et 2003.

Mode de prise en charge des patients

Parmi les médecins qui prennent en charge l'arrêt du tabagisme de leur patient, la plus grande partie les prennent en charge seuls (88,5 %). 11,5 % les prennent en charge en liaison avec une structure, ce qui marque une légère augmentation par rapport à 1998 (9,3 %; $p < 0,05$).

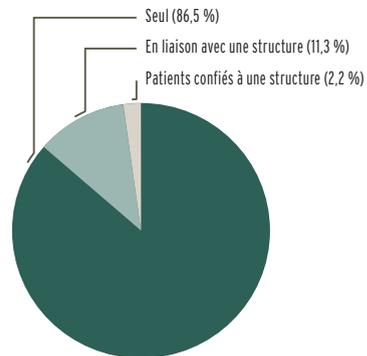
Parmi les médecins déclarant ne pas confier les patients à une structure, ceux exerçant en secteur 1 sont proportionnellement plus nombreux que ceux en secteur 2 à prendre en charge le tabagisme de leurs patients en lien avec une structure (12,2 % vs 7,3 %; $p < 0,05$). Le type de prise en charge varie aussi selon le statut tabagique du médecin : les médecins fumeurs sont

proportionnellement moins nombreux à prendre en charge seuls le tabagisme de leurs patients que les médecins non fumeurs (85,4 % vs 89,7 %; $p < 0,01$). Cette prise en charge seuls est par ailleurs moins importante parmi ceux impliqués dans un réseau (85,0 % vs 89,5 %; $p < 0,05$)³.

3. L'ensemble de ces associations est maintenu en analyse multivariée.

FIGURE 1

Répartition des médecins selon le mode de prise en charge du tabagisme



Nombre de patients vus dans le cadre d'un sevrage tabagique

Au cours des sept jours précédant l'enquête, deux tiers (67,1 %) des médecins généralistes disent avoir vu au moins un patient dans le cadre de son sevrage tabagique [figure 2]. Ce pourcentage a augmenté de manière significative entre 1998 et 2003 (60,1 % vs 67,1 % ; $p < 0,001$).

Le nombre moyen de patients vus dans la semaine dans le cadre de leur sevrage tabagique, chez les médecins qui en ont vu au moins un, est de 2,1 [2,0–2,2], ce qui est en très légère augmentation par rapport à 1998 (1,9 ; $p < 0,05$).

De façon logique, les médecins déclarant un nombre d'actes médicaux quotidiens élevé sont proportionnellement plus nombreux à avoir vu au moins trois patients dans le cadre de leur sevrage que les autres (18,0 % vs 12,0 % ; $p < 0,001$).

Les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier voient un nombre plus important de patients dans le cadre de leur prise en charge tabagique. Cela s'observe particulièrement pour ceux qui pratiquent systéma-

tiquement l'acupuncture [figure 3] : près de la moitié d'entre eux (46,0 %) ont vu, dans la semaine précédant l'interview, au moins trois patients dans le cadre de leur sevrage tabagique, contre 14,3 % chez ceux qui ne la pratiquent jamais ou occasionnellement ($p < 0,001$).

Pratiques médicales en matière de tabagisme

Utilisation de questionnaires

Moins d'un médecin sur quinze (6,3 %) utilise lors de la consultation des questionnaires préétablis concernant le tabac, comme des tests ou des échelles, d'aide au repérage de facteurs de risque⁴. Ce pourcentage n'a pas évolué de manière significative entre 1998 et 2003.

Les femmes médecins sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, à le faire (9,7 % vs 5,3 % ; $p < 0,001$).

4. Soit 17,9 % parmi les généralistes utilisant un questionnaire préétabli. Cf. chapitre *Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ?*

FIGURE 2

Pourcentage de médecins généralistes selon le nombre de patients vus dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours

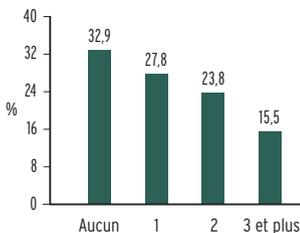
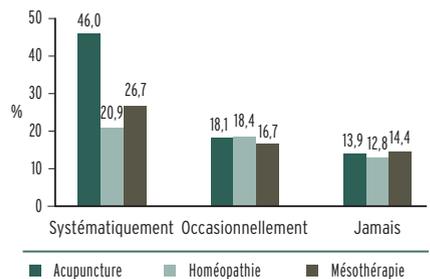


FIGURE 3

Pourcentage de médecins ayant vu au moins trois patients dans la semaine dans le cadre de leur sevrage tabagique et pratique d'un mode d'exercice particulier



Au contraire, les médecins plus âgés sont moins enclins à cette pratique que leurs cadets [figure 4].

Quels que soient le sexe et l'âge, les médecins qui se consacrent à des activités relatives à des associations de prévention sont proportionnellement plus nombreux à utiliser des questionnaires concernant le tabac (OR ajusté = 2,0; $p < 0,01$). En revanche, ceux ayant déclaré que le frein le plus important dans la démarche éducative était la résistance des patients les utilisent significativement moins [tableau I].

Type de sevrage tabagique préconisé

Le patch antitabac est de loin le type de sevrage tabagique le plus souvent préconisé par les médecins. Il est préconisé en usage exclusif par plus de la moitié d'entre eux (53,0 %) et en association avec d'autres méthodes par 3,5 % d'entre eux [figure 5]. Vient ensuite le Zyban® (ou Bupropion en

dénomination commune internationale), préconisé seul par un médecin sur cinq (19,2 %) et, en association avec d'autres méthodes, par 2,0 % des médecins. La méthode de l'arrêt volontaire radical ou de l'arrêt volontaire par réduction progressive est utilisée par un peu plus d'un médecin sur dix (10,6 %) et l'acupuncture par un sur vingt (5,2 %). L'ensemble des médecines douces (acupuncture, auriculothérapie et homéopathie) est préconisé par 6,9 % des médecins interrogés, plus souvent parmi les médecins prenant en charge seuls leurs patients (7,5 %) que les autres (2,9 %; $p < 0,01$).

Efficacité ressentie

Les avis des médecins sont très partagés concernant l'efficacité de l'aide qu'ils peuvent apporter aux patients dans le changement de leurs comportements en matière de tabagisme. La moitié d'entre eux

FIGURE 4

Utilisation de questionnaires préétablis concernant le tabagisme parmi les médecins généralistes selon le sexe et l'âge (en %)

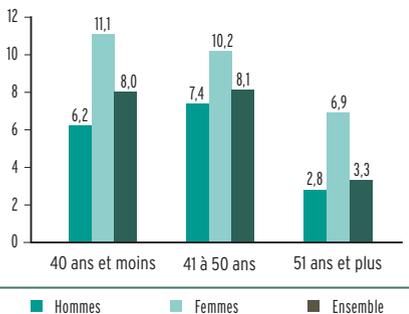


TABLEAU I

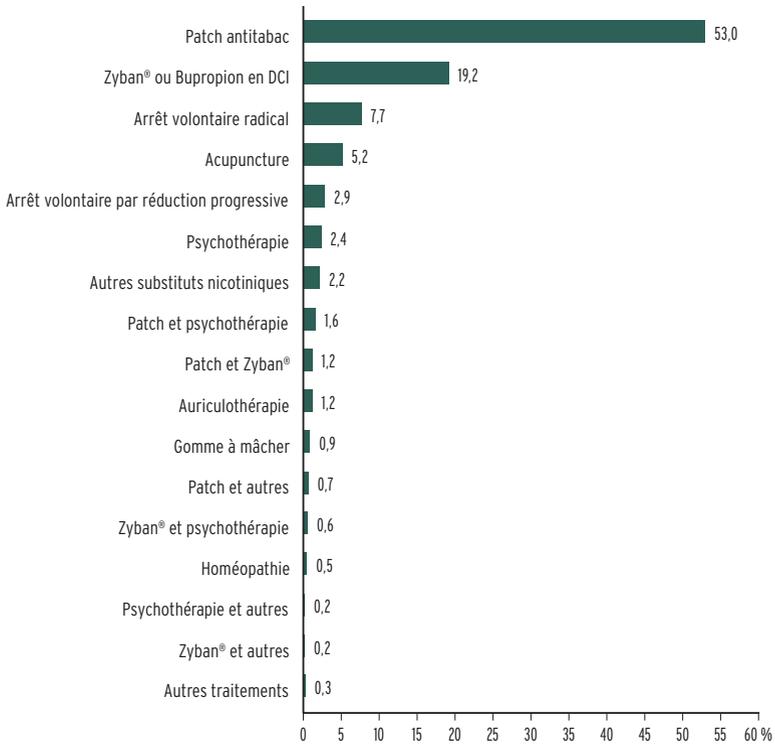
Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'utiliser des questionnaires préétablis dans le domaine du tabagisme (n=1 945)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes (n=1 489)	1	–
Femmes (n=456)	1,8**	1,2–2,7
Âge		
40 ans et moins (n=317)	1	–
41 à 50 ans (n=924)	1,2	0,7–1,9
51 ans et plus (n=704)	0,5*	0,3–0,9
Principaux freins à la prévention évoqués		
Autres (n=937)	1	–
Résistance des patients (n=1 008)	0,6**	0,4–0,9
Pratique d'activités relatives à des associations de prévention		
Non (n=1 625)	1	–
Oui (n=320)	2,0**	1,3–3,0

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

FIGURE 5

Méthode de sevrage tabagique préconisée le plus souvent (en %)



se sent « très efficaces » ou « assez efficaces » (50,4 %), alors que l'autre moitié se sent « peu » ou « pas du tout efficaces » (49,6 %) [figure 6].

Ils sont en 2003 proportionnellement plus nombreux qu'en 1998 à se sentir « assez » ou « très efficaces » en matière de lutte contre le tabagisme (50,4 % vs 43,4 % en 1998 ; $p < 0,001$).

En 2003, cette perception de l'efficacité pour aider les patients à changer leurs comportements dans le domaine du tabagisme ne dépend ni du sexe, ni de l'âge. En revanche, les médecins se sentent d'autant plus efficaces qu'ils pratiquent un mode d'exercice particulier, cela quelle que soit la pratique concernée [figure 7].

FIGURE 6

Efficacité ressentie par les médecins généralistes à propos du tabagisme (en %)

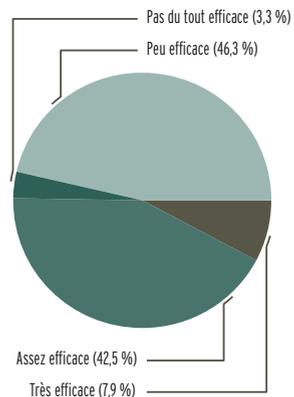
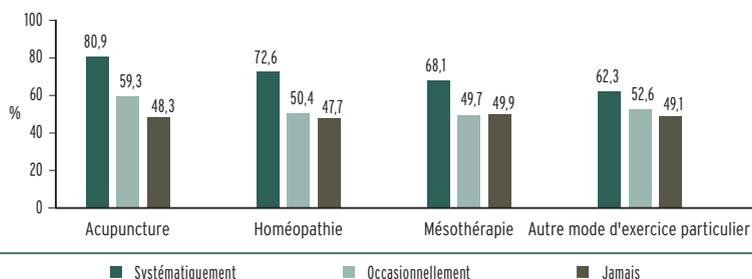


FIGURE 7

Pourcentage de médecins se sentant efficaces par rapport au tabagisme selon la pratique d'un mode d'exercice particulier



Cette association entre efficacité ressentie et pratique systématique d'un mode d'exercice particulier (toutes spécialités confondues) ressort en analyse multivariée (OR ajusté = 1,8; $p < 0,001$) [tableau II]. Les médecins se sentent également d'autant plus efficaces qu'ils se consacrent à des activités relatives à des associations de malades (OR ajusté = 1,5; $p < 0,01$). Un lien apparaît également entre le degré de satisfaction professionnelle des médecins et leur statut tabagique⁵ : les médecins qui se sentent très satisfaits ou plutôt satisfaits de leur profession se sentent aussi plus efficaces dans leur action contre le tabagisme que les autres (OR ajusté = 1,5; $p < 0,001$) ; les médecins ex-fumeurs se sentent plus efficaces que ceux qui fument ou ceux qui n'ont jamais fumé (OR ajusté = 1,4; $p < 0,01$). Par ailleurs, le fait de prendre en charge seuls les patients dans le cadre de leur sevrage tabagique et le fait de préconiser des médecines douces augmentent le sentiment d'efficacité des médecins généralistes.

PRATIQUES DES PHARMACIENS TITULAIRES D'OFFICINE

Parler du tabac...

... spontanément avec leurs clients

Plus de la moitié des pharmaciens (55,3 %) déclarent avoir souvent l'occasion de parler spontanément à leurs clients de leur consommation de tabac ; pour plus d'un tiers (36,5 %), les occasions sont rares et près d'un sur dix (8,2 %) dit ne jamais avoir l'occasion de le faire [figure 8].

Le pourcentage de pharmaciens qui déclarent avoir l'occasion de parler spontanément de tabac avec leurs clients, que ce soit souvent ou rarement, a nettement augmenté entre 1998 et 2003, passant de 83,4 % à 91,8 % ($p < 0,001$).

Ce comportement est davantage observé chez les pharmaciens qui sont spécialisés en phytothérapie, chez ceux qui ont suivi, dans l'année, des journées ou des soirées de formation continue, ainsi que chez ceux qui considèrent « important » ou « très important » le rôle du pharmacien en ce qui concerne le tabagisme [tableau III].

Parmi les pharmaciens qui ont abordé spontanément la question du tabac avec leurs clients, les deux tiers (62,8 %) ont eu l'occasion de le faire à propos de la maladie

5. Le comportement du médecin par rapport à l'alcool, qui est lié, en analyse descriptive, au sentiment d'efficacité en matière de tabagisme, n'a pas été introduit dans cette régression logistique, dans la mesure où cette variable est corrélée avec le statut tabagique du médecin et est susceptible de mesurer un comportement de santé assez proche.

TABLEAU II

Modèle final de régression logistique où la variable dépendante est le fait, pour le médecin généraliste, de se sentir « très » ou « assez efficace » pour aider les patients à changer leur comportement tabagique (n=2 011)

	OR ajusté	IC à 95 %
Pratique d'un mode d'exercice particulier		
Jamais (n=691)	1	–
Occasionnellement (n=1 047)	0,9	0,7–1,1
Systématiquement (n=273)	1,8***	1,3–2,5
Pratique d'activités relatives à des associations de malades		
Non (n=1 805)	1	–
Oui (n=206)	1,5**	1,1–2,0
Prise en charge dans le cadre de sevrage tabagique		
En liaison ou confiés à une structure (n=268)	1	–
Seul (n=1 743)	1,4**	1,1–1,9
Satisfaction professionnelle		
Peu/Pas du tout satisfait (n=428)	1	–
Très/Plutôt satisfait (n=1 583)	1,5***	1,2–1,9
Statut tabagique		
Non-fumeur (n=801)	1	–
Ex-fumeur (n=638)	1,4***	1,2–1,8
Fumeur régulier (n=472)	0,9	0,7–1,2
Fumeur occasionnel (n=100)	1,0	0,6–1,5
Méthode préconisée pour l'arrêt du tabac		
Autres (n=1 871)	1	–
Médecines douces (n=140)	2,2***	1,4–3,4

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

du client, près de la moitié (48,6 %) à l'occasion de la délivrance de certains produits et près de la moitié (46,3 %) à l'occasion de la présence ou de la venue d'un enfant dans la famille. En dehors des 10,4 % qui déclarent avoir parlé du tabac dans d'autres situations (peut-être de manière spontanée), tous ces pourcentages sont en diminution par rapport à 1998 [figure 9].

Il est intéressant de noter que les pharmaciennes ont été en proportion plus nombreuses que leurs collègues masculins à parler à leurs clients de leur consommation de tabac à propos de la présence ou de la venue d'un enfant dans la famille (49,9 % vs 42,1 %; p<0,05).

En revanche, les occasions ne varient pas selon l'âge.

FIGURE 8

Occasion de parler spontanément à ses clients de leur consommation de tabac (en %)

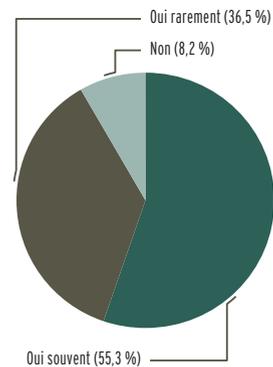


TABLEAU III

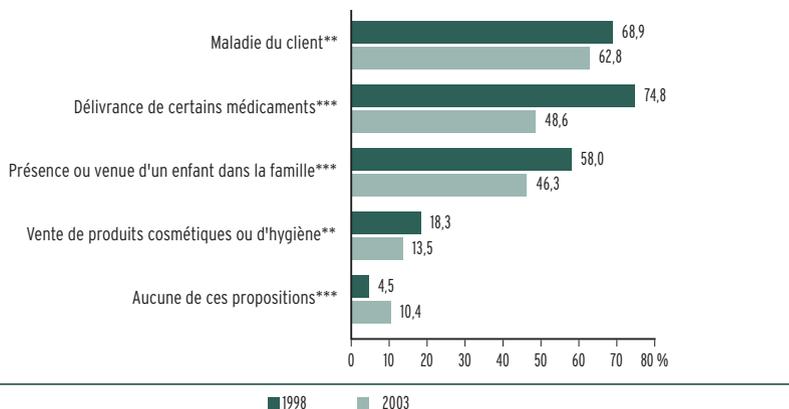
Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien déclare avoir l'occasion de parler spontanément à ses clients de leur consommation de tabac (n=1 033)

	OR ajusté	IC à 95 %
Spécialité en phytothérapie		
Non (n=635)	1	–
Oui (n=398)	2,0*	1,2–3,6
Perception du rôle du pharmacien concernant le tabagisme		
Aucun/Limité (n=235)	1	–
Important/Très important (n=798)	3,9***	2,4–6,4
Nombre de jours ou de soirées de formation continue suivis au cours de l'année		
Aucun (n=153)	1	–
Un à cinq (n=394)	1,4	0,8–2,6
Six et plus (n=486)	2,6**	1,3–5,2

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

FIGURE 9

À quel propos les pharmaciens ayant parlé du tabac à leurs clients l'ont-ils fait ? (en %)



Plusieurs réponses possibles ** : p<0,01; ***p<0,001.

Parmi les pharmaciens ayant déclaré ne jamais avoir l'occasion de parler de leur consommation de tabac à leurs clients, 18,2 % pensent que les personnes ne souhaitent pas être interrogées, 30,5 % trouvent que ce n'est pas facile d'aborder le thème et 36,9 % déclarent que les personnes sont libres de fumer. Aucun, en revanche, ne dit dans cette enquête que « *ce n'est pas le rôle du pharmacien* » d'en parler.

... lors de la délivrance de contraceptifs oraux

Sur l'ensemble des pharmaciens, seuls 6,6 % parlent systématiquement à leurs clientes de leur consommation de tabac lors de la délivrance de contraceptifs oraux. Une grande majorité (68,1 %) déclare le faire selon les cas, et un quart des pharmaciens (25,3 %) ne le fait jamais.

Entre 1998 et 2003, le comportement des

pharmaciens sur ce point a évolué plutôt favorablement : le pourcentage de ceux qui ont parlé («*systématiquement*» ou «*selon les cas*») de tabac à cette occasion est passé de 51,9 % à 74,7 % ($p < 0,001$).

Ceux qui considèrent comme «*important*» ou «*très important*» le rôle du pharmacien en ce qui concerne le tabagisme sont plus nombreux à parler du tabac lorsqu'ils délivrent un contraceptif oral à une cliente (78,0 % contre 63,5 % ; $p < 0,001$). Il en est de même pour ceux qui participent à des activités de l'Ordre des pharmaciens, à des activités de formateur ou relatives à des associations de malades ou de prévention [figure 10].

Parmi les pharmaciens qui parlent du tabac lors de la délivrance de contraceptifs oraux, ceux de plus de 50 ans sont en proportion plus nombreux à le faire systématiquement que leurs cadets (14,7 % vs 6,0 % ; $p < 0,001$).

... avec un patient asthmatique

Un pharmacien sur cinq (19,6 %) a eu des échanges sur le tabac avec le dernier patient asthmatique qu'il a lui-même servi. En analyse multivariée, ce comportement

apparaît positivement associé à l'âge, étant davantage rencontré chez les pharmaciens de plus de 50 ans, au fait d'avoir pratiqué des aménagements pour mieux répondre à la confidentialité de l'officine entre 2000 et 2003, au sentiment d'avoir, en tant que pharmacien, un rôle «*important*» ou «*très important*» en matière de tabagisme et au fait de participer à des activités relatives à des associations de malades ou de prévention [tableau IV].

Utilisation de tests

Lors de leur dernière vente de substitut nicotinique, plus de la moitié des pharmaciens (58,7 %) ont évalué par un test la motivation de leur client fumeur à arrêter de fumer et plus des deux tiers (64,7 %) ont effectué avec lui un test de dépendance tabagique.

Les tests visant à évaluer la motivation pour arrêter de fumer sont davantage utilisés par les pharmaciens spécialisés en phytothérapie ayant effectué, au cours des deux ans précédant l'enquête, des aménagements pour mieux répondre à la confidentialité dans leur pharmacie et par les pharmaciens qui

FIGURE 10

Pourcentage de médecins parlant «*systématiquement*» ou «*selon les cas*» du tabac lors de la délivrance de contraceptifs oraux, selon leur participation à certaines activités

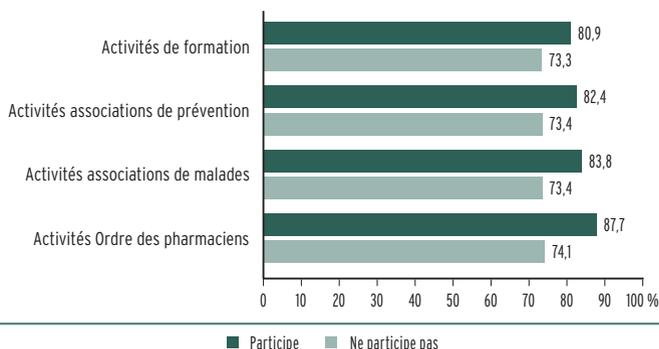


TABLEAU IV

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien a eu des échanges sur le tabac avec le dernier client asthmatique qu'il a servi (n=1 059)

	OR ajusté	IC à 95 %
Âge		
40 ans et moins (n=171)	1	-
41 ans à 50 ans (n=484)	1,0	0,6-1,6
51 ans et plus (n=404)	2,2**	1,4-3,6
Perception du rôle du pharmacien concernant le tabagisme		
Aucun/Limité (n=243)	1	-
Important/Très important (n=816)	1,7*	1,1-2,6
Aménagements effectués pour améliorer la confidentialité		
Non (n=726)	1	-
Oui (n=333)	1,5*	1,0-2,0
Participation à une association^a en dehors de l'officine		
Non (n=830)	1	-
Oui (n=229)	1,8**	1,3-2,6

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

a : Participation à des activités relatives à des associations de malades ou de prévention.

consacrent du temps à des activités concernant le syndicalisme ou l'Ordre des pharmaciens ainsi qu'à des activités relatives à des associations de prévention, d'association de malades ou de formation [tableau V].

Réaliser des tests de dépendance lors de la vente de substituts nicotiques apparaît également associé, en analyse multivariée, au fait d'avoir effectué des aménagements dans sa pharmacie pour améliorer la confidentialité. Un lien avec le nombre de formations continues suivies dans l'année par le pharmacien et avec la perception d'avoir un rôle important en ce qui concerne le tabagisme est par ailleurs observé [tableau VI].

Perception de l'importance du rôle du pharmacien concernant le tabagisme

Près de quatre pharmaciens sur cinq (77,4 %) pensent qu'ils jouent un rôle important ou très important en ce qui concerne

le tabagisme. Très peu (1,6 %) déclarent qu'ils ne jouent aucun rôle, mais un sur cinq pense qu'il joue seulement un rôle limité [figure 11].

En analyse multivariée, la perception de jouer un rôle important en matière de tabagisme apparaît fortement associée à

FIGURE 11

Perception de l'importance du rôle du pharmacien en ce qui concerne le tabagisme (en %)

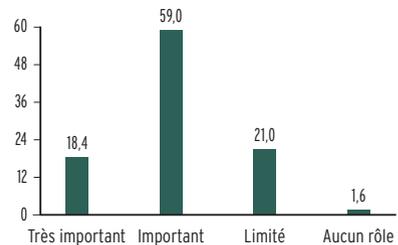


TABLEAU V

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien, lors de sa dernière vente de substitut nicotinique, évalue par un test la motivation du fumeur à arrêter de fumer (n=1 050)

	OR ajusté	IC à 95 %
Spécialité en phytothérapie		
Non (n=641)	1	–
Oui (n=409)	1,7***	1,3–2,2
Aménagements effectués pour améliorer la confidentialité		
Non (n=718)	1	–
Oui (n=332)	1,5**	1,1–1,9
Pratique d'activités concernant le syndicalisme ou l'Ordre des pharmaciens		
Non (n=867)	1	–
Oui (n=183)	1,5*	1,0–2,1
Pratique d'activités de formation, de maître de stage, d'activités relatives à des associations de malades ou à des associations de prévention		
Non (n=323)	1	–
Oui (n=727)	1,3*	1,0–1,8

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

TABLEAU VI

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien, lors de sa dernière vente de substitut nicotinique, évalue par un test la dépendance tabagique du fumeur (n=1 030)

	OR ajusté	IC à 95 %
Perception du rôle du pharmacien concernant le tabagisme		
Aucun/Limité (n=235)	1	–
Important/Très important (n=795)	1,4*	1,0–1,9
Nombre de jours ou de soirées de formation continue suivis au cours de l'année		
Aucun (n=153)	1	–
Un à cinq (n=394)	1,4	0,9–2,0
Six et plus (n=484)	2,4***	1,6–3,5
Aménagements effectués pour améliorer la confidentialité		
Non (n=707)	1	–
Oui (n=324)	1,4*	1,1–1,9

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

celle d'avoir un rôle important en matière d'alcoolisme (OR ajusté = 11,4; p<0,001). Joue également le fait de se consacrer à des activités relatives à des associations de prévention (OR ajusté = 1,8; p<0,05) et à la satisfaction professionnelle (OR ajusté = 1,5

pour les pharmaciens qui sont « très » ou « plutôt » satisfaits; p<0,05). Les pharmaciens les plus âgés (51 ans et plus) déclarent par ailleurs moins que les 40 ans et moins, que leur rôle dans ce domaine est important (OR ajusté = 0,8; p<0,05).

ALCOOL

MÉDECINS

Prise en charge de l'alcoolisme⁶

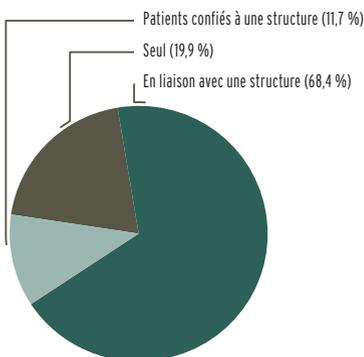
Près de neuf médecins sur dix (88,3 %) prennent en charge leurs patients pour des questions liées à l'alcool, que ce soit seuls ou en lien avec une structure, et plus d'un sur dix les confie à une structure [figure 12]. Ces pourcentages sont restés stables entre 1998 et 2003.

En 2003, les médecins hommes sont un peu plus nombreux, en proportion, à prendre en charge leurs patients alcooliques (89,1 % vs 85,7 %; $p < 0,05$). Le sont aussi, quel que soit le sexe, les médecins satisfaits de leur profession (89,3 % vs 85,2 % de ceux qui n'en sont pas ou peu satisfaits; $p < 0,05$), ceux investis dans des activités de maître de stage (93,2 % vs 87,8 %; $p < 0,05$) et ceux qui se considèrent efficaces pour aider les patients à changer leurs comportements dans le domaine de l'alcoolisme (92,1 % vs 86,1 %; $p < 0,001$).

6. Les auteurs ont fait le choix d'utiliser le terme de « alcoolisme » pour parler des usages à problème (ou des consommations excessives d'alcool) dans la mesure où il correspond à l'intitulé de la question posée.

FIGURE 12

Répartition des médecins selon le mode de prise en charge de l'alcoolisme



Prise en charge seul ou en lien avec structure

Contrairement à ce que l'on observe pour le tabagisme, la prise en charge de l'alcoolisme se fait nettement plus souvent en liaison avec une structure que seul : sur la base des médecins prenant en charge leurs patients, c'est le cas de 77,4 % des médecins, contre 22,6 % qui prennent en charge seuls les problèmes d'alcoolisme de leurs patients. Cette répartition n'a pas évolué significativement entre 1998 et 2003.

Parmi les médecins généralistes qui prennent des patients alcooliques en charge, le fait de le faire seul est associé, après analyse multivariée, à leur âge (OR ajusté = 1,6 chez les 41-50 ans; $p < 0,05$ et OR ajusté = 1,8 chez les 51 ans et plus; $p < 0,01$), et au fait d'exercer en cabinet individuel (OR ajusté = 1,3; $p < 0,05$).

Nombre de patients vus dans le cadre d'un sevrage alcoolique

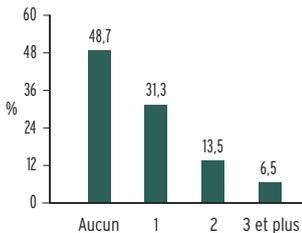
La moitié des médecins (51,3 %) ont vu, dans les sept jours précédant l'enquête, au moins un patient au sujet de son sevrage alcoolique [figure 13]. Cette proportion n'a pas évolué significativement entre 1998 et 2003.

Le nombre de patients vus par les médecins dans la semaine au sujet de l'alcool est moins important chez les médecins femmes. Il est en revanche plus élevé chez les médecins dont une part importante de la clientèle est modeste (plus de 10 % bénéficient de la Couverture médicale universelle), chez ceux qui se consacrent à des activités concernant l'Ordre des médecins⁷ ou relatives à des associations (de malades ou de prévention), et parmi ceux participant à un réseau alcool [tableau VII].

7. Siègent aux conseils départementaux ou régionaux de l'Ordre, par exemple.

FIGURE 13

Répartition du nombre de médecins généralistes selon le nombre de patients vus, au cours des sept derniers jours, dans le cadre d'un sevrage alcoolique



Utilisation de questionnaires préétablis

Concernant l'alcool, seuls 2,0 % des médecins utilisent des questionnaires d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie⁸, ce qui n'a pas évolué de manière significative depuis

1998 (1,4 %). Les médecins référents déclarent plus que les autres en utiliser (4,7 % vs 1,7 % ; $p < 0,01$). L'effectif très faible des utilisateurs de questionnaires ($n=41$) de notre échantillon ne nous permet pas de décrire cette pratique plus en détail.

Efficacité ressentie

Moins de deux médecins sur cinq se sentent efficaces pour aider leurs patients à modifier leurs comportements dans le domaine de l'alcoolisme : seuls 4,9 % d'entre eux se sentent « très » efficaces et 32,6 % « assez » efficaces [figure 14].

Néanmoins, le pourcentage de médecins qui se sentent efficaces par rapport à l'alcoolisme est en augmentation : il est de 37,5 % en 2003, contre 30,1 % en 1998 ($p < 0,001$).

8. Soit 5,7 % parmi les généralistes utilisant un questionnaire préétabli. Cf. chapitre *Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ?*

TABLEAU VII

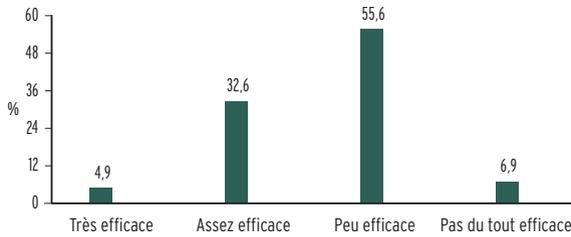
Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir vu dans la semaine au moins trois patients dans le cadre de leur sevrage alcoolique ($n=2\,039$)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Hommes ($n=1\,573$)	1	–
Femmes ($n=466$)	0,6*	0,3–0,9
Part de la clientèle bénéficiant de la CMU		
Moins de 10 % ($n=1\,552$)	1	–
Plus de 10 % ($n=487$)	1,7*	1,1–2,5
Pratique d'activités concernant l'Ordre des médecins		
Non ($n=1\,956$)	1	–
Oui ($n=83$)	2,1*	1,0–4,5
Pratique d'activités relatives à des associations de malades ou de prévention		
Non ($n=1\,599$)	1	–
Oui ($n=440$)	1,7*	1,1–2,5
Participe à un réseau alcool		
Non ($n=2\,010$)	1	–
Oui ($n=29$)	10,5***	4,8–24,5

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

FIGURE 14

Efficacité ressentie par les médecins généralistes concernant l'alcoolisme



L'efficacité ressentie par rapport à l'alcoolisme ne dépend ni du sexe, ni de l'âge des médecins. En revanche, une pratique occasionnelle de l'acupuncture, un nombre important d'actes effectués par jour (supérieur à 20), la pratique d'activités relatives à des associations ou à la formation et une consommation régulière d'alcool (au moins trois jours au cours de la semaine précédente) jouent favorablement sur le sentiment d'efficacité des médecins

par rapport à l'alcoolisme de leurs patients [tableau VIII].

PHARMACIENS

Parler spontanément aux clients de leur consommation d'alcool

Contrairement à ce que l'on observe pour le tabac, les pharmaciens sont une minorité (3,8 %) à parler souvent spontanément

TABLEAU VIII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le médecin se sent «assez» ou «très» efficace pour aider les patients à changer leurs comportements dans le domaine de l'alcoolisme (n=1 988)

	OR ajusté	IC à 95 %
Pratique de l'acupuncture		
Jamais (n=1 753)	1	–
Occasionnellement (n=163)	1,4*	1,0–2,0
Systématiquement (n=72)	1,4	0,9–2,3
Nombre d'actes par jour		
De 1 à 20 (n=827)	1	–
21 actes et plus (n=1 161)	1,2*	1,0–1,5
Pratique d'activités relatives à des associations ou d'activités de formation		
Non (n=1 141)	1	–
Oui (n=847)	1,2*	1,0–1,5
Consommation personnelle d'alcool		
Occasionnelle/Ne boit jamais	1	–
Régulière (au moins trois à six jours par semaine)	1,3*	1,0–1,6

* : p<0,05.

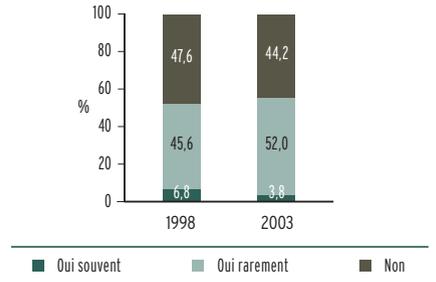
d'alcool à leurs clients et sont nombreux à déclarer ne jamais avoir l'occasion de le faire (44,2 %). Le pourcentage de pharmaciens qui déclarent avoir souvent l'occasion de parler spontanément d'alcool avec leurs clients a diminué de manière significative entre 1998 et 2003, et le pourcentage de ceux déclarant en parler rarement est en augmentation [figure 15].

Ce comportement est davantage observé chez les pharmaciens qui pensent que leur rôle en ce qui concerne l'alcoolisme est « important » ou « très important », chez ceux qui ont suivi, dans l'année, des journées ou des soirées de formation continue, et chez ceux qui sont spécialisés en phytothérapie ou en homéopathie. Un lien apparaît également avec l'ancienneté du pharmacien en tant que titulaire d'officine. On n'observe pas en revanche d'association avec la consommation personnelle d'alcool du pharmacien [tableau IX].

La grande majorité des pharmaciens ayant abordé la question de l'alcool avec leurs

FIGURE 15

Occasion de parler spontanément à ses clients de leur consommation d'alcool parmi les pharmaciens d'officine



clients l'ont fait à l'occasion de la délivrance de médicaments (86,0 %), et près de la moitié (46,2 %) leur en ont parlé à propos de leur maladie. Cela n'a pas évolué de manière significative entre 1998 et 2003.

Parmi les pharmaciens qui ne parlent jamais à leurs clients de leur consumma-

TABLEAU IX

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien déclare avoir l'occasion de parler à ses clients de leur consommation d'alcool (n=1 035)

	OR ajusté	IC à 95 %
Perception du rôle du pharmacien concernant l'alcoolisme		
Aucun/Limité (n=708)	1	—
Important/Très important (n=327)	2,8***	2,1–3,8
Nombre de jours ou de soirées de formation continue suivis au cours de l'année		
Aucun (n=154)	1	—
Un à cinq (n=394)	1,6*	1,1–2,4
Six et plus (n=487)	1,9**	1,3–2,8
Ancienneté du pharmacien en tant que titulaire		
10 ans ou moins (n=318)	1	—
11 à 15 ans (n=219)	1,4*	1,0–2,1
Plus de 15 ans (n=498)	1,4*	1,0–1,8
Spécialité en phytothérapie ou en homéopathie		
Non (n=407)	1	—
Oui (n=628)	1,4*	1,0–1,8

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

tion d'alcool, la plus grande partie (77,7 %) trouve que ce n'est pas une question facile à aborder ; 36,6 % déclarent que les personnes ne souhaitent pas être interrogées. Enfin, 2,7 % pensent que ce n'est pas le rôle du pharmacien et 12,1 % que les personnes sont libres de boire, cela étant davantage déclaré par les pharmaciens que par les pharmaciennes (16,4 % vs 8,5 % ; $p < 0,05$).

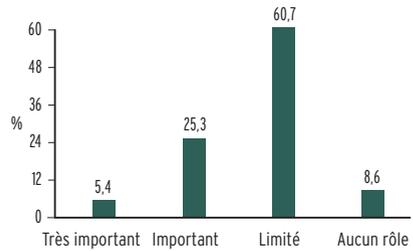
Perception de l'importance du rôle du pharmacien concernant l'alcoolisme

Concernant l'alcoolisme, les pharmaciens sont beaucoup plus réservés sur l'importance de leur rôle que pour le tabagisme : moins d'un tiers d'entre eux considèrent ce rôle comme « *important* » ou « *très important* », près des deux tiers (60,7 %) l'estiment limité et près d'un pharmacien sur dix (8,6 %) pense qu'il ne joue aucun rôle [figure 16].

On trouve davantage de pharmaciens qui considèrent leur rôle en matière d'alcoo-

FIGURE 16

Perception de l'importance du rôle du pharmacien en ce qui concerne l'alcoolisme



lisme comme « *important* » ou « *très important* » chez les plus de 50 ans, ceux qui sont spécialisés en homéopathie ou phytothérapie, ceux qui pratiquent des activités de formation, ainsi que chez ceux qui ne boivent pas d'alcool ou en ont une consommation occasionnelle [tableau X].

TABLEAU X

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien pense qu'il joue un rôle « *important* » ou « *très important* » en ce qui concerne l'alcoolisme (n=1 055)

	OR ajusté	IC à 95 %
Âge		
40 ans et moins (n=173)	1	-
41 à 50 ans (n=483)	1,1	0,7-1,6
51 ans et plus (n=399)	1,7*	1,1-2,6
Spécialité en homéopathie ou en phytothérapie		
Non (n=412)	1	-
Oui (n=643)	1,5**	1,1-2,0
Pratique d'activités médicales de formateur		
Non (n=863)	1	-
Oui (n=192)	1,7**	1,2-2,4
Consommation personnelle d'alcool		
Régulière (au moins 3 jours par semaine) (n=345)	1	-
Occasionnelle (n=508)	1,6**	1,1-2,1
Non-consommateur (n=202)	1,6*	1,1-2,4

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

DISCUSSION

ALCOOL, TABAC : DES PRISES EN CHARGE ET PERCEPTIONS DIFFÉRENTES

L'implication personnelle des professionnels de santé dans la prévention ou la prise en charge des patients ayant des problèmes d'addiction (relative à l'alcool ou au tabac) diffère largement selon le produit : ainsi, comme cela avait été souligné en 1998, les médecins s'investissent de façon beaucoup plus autonome pour les patients consultant à propos de problèmes liés au tabac plutôt qu'à l'alcool. Leur sentiment d'efficacité pour aider les patients à modifier leurs comportements vis-à-vis du tabac est significativement plus important et le nombre de patients vus dans le cadre d'un sevrage tabagique beaucoup plus élevé que dans le cadre d'un sevrage alcoolique. De manière similaire, les pharmaciens titulaires d'officine parlent plus spontanément à leurs clients de leur consommation de tabac que de leur consommation d'alcool : ils sont près de la moitié à déclarer ne jamais leur parler de leur consommation d'alcool, alors qu'ils sont moins d'un sur douze à ne jamais leur parler de leur consommation de tabac. Le rôle qu'ils estiment jouer dans la lutte contre l'alcoolisme est par ailleurs bien moindre que celui qu'ils estiment exercer contre le tabagisme.

DIFFICULTÉS PERSISTANTES FACE À L'ALCOOL

L'ensemble de ces résultats témoigne que, en 2003, parler d'alcool reste largement un sujet tabou. Malgré la conscience qu'ont les professionnels de santé de l'importance du problème, certaines études révèlent que près des trois quarts des médecins sont peu à l'aise pour poser des questions aux consommateurs à problèmes [7]. Au-delà

des difficultés rencontrées pour aborder la consommation d'alcool de leur patient et pour traiter ce type de dépendance, les praticiens semblent bien souvent confrontés à un manque de formation, voire de savoir-faire quant à la prise en charge d'un patient alcoolique, ce qui pourrait expliquer en partie la faiblesse de leur implication et dans une moindre mesure le fait qu'ils évoquent peu la consommation d'alcool avec leur patientèle. À l'opposé de ce qui est observé pour le tabac, l'absence de consignes claires, ou tout au moins les recommandations plus «tolérantes» de la part des pouvoirs publics vis-à-vis de la prévention de l'alcoolisme, peuvent également contribuer aux différences constatées dans cette partie entre les deux produits.

LUTTE ACCRUE CONTRE LE TABAGISME

Si les évolutions significatives concernant la thématique «alcool» se sont limitées depuis 1998 à une augmentation de l'efficacité ressentie parmi les médecins ainsi qu'à une diminution de la proportion des pharmaciens déclarant que leur rôle est important dans ce domaine, l'ensemble des résultats concernant le tabac est quant à lui positif.

■ La hausse du nombre de patients vus dans le cadre d'un sevrage tabagique est sans aucun doute la conséquence directe d'une augmentation des désirs d'arrêt observés en population générale depuis quelques années : en 1995, un peu plus d'un tiers (36,7 %) des Français âgés de 18 à 75 ans déclaraient «*envisager d'arrêter*» [8]; ils étaient près de trois sur cinq (59,2 %) en 1999 [9]. Cette année-là, plus des trois quarts (76,2 %) des fumeurs déclaraient par ailleurs «*avoir déjà arrêté de fumer au moins une semaine*». Si l'on peut constater, à travers ces résultats, une augmentation de

la part de patients venant pour leur consommation de tabac dans la clientèle du généraliste, il n'est cependant pas possible de parler d'une augmentation du recours à la médecine générale pour le sevrage tabagique ne connaissant pas précisément la part de la population qui s'est arrêtée entre 1998 et 2003.

■ L'efficacité ressentie par les praticiens pour aider les patients à changer leurs comportements dans le domaine du tabagisme a particulièrement augmenté depuis 1998. Le développement, la mise à disposition et l'amélioration des substituts nicotiques (comprimés en 2001 et sprays en 2002), ainsi que la mise sur le marché de produits d'aide au sevrage comme le Zyban® en septembre 2001, ont certainement favorisé ce sentiment, la majorité des médecins préconisant avant tout ces méthodes de sevrage.

■ Les praticiens prennent davantage leurs patients en charge en lien avec une structure en 2003 qu'en 1998. Le nombre de centres spécialisés mis à disposition a-t-il augmenté entre les deux dates ? Cette augmentation aurait-elle pu favoriser le recours à ces structures ? Dans tous les cas, la création ou le développement de nouveaux services, pour répondre aux questions du grand public et l'aider dans sa démarche d'arrêt, tels que la ligne Tabac Info Service, ont certainement permis aux médecins de prendre conscience qu'ils n'étaient pas seuls face au problème du tabac et qu'ils pouvaient être épaulés par des structures spécialisées. Les professionnels de santé peuvent d'ailleurs, depuis janvier 2004, obtenir un véritable soutien à la consultation à travers cette ligne de téléphonie santé puisque des tabacologues sont spécifiquement formés à répondre à leurs questions.

■ L'augmentation de l'importance du rôle joué par le pharmacien dans l'arrêt du tabac s'accompagne d'une plus grande facilité à parler de tabac avec les patients,

que ce soit de manière spontanée ou lors de la délivrance de contraceptifs oraux. Le délistage⁹ des substituts nicotiques de décembre 1999 est probablement l'une des principales raisons de ces évolutions.

PRATIQUES DIFFÉRENCIÉES SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Les facteurs sociodémographiques¹⁰ explorés dans le cadre de la présente enquête sont très peu discriminants quant à la prise en charge et la perception des problèmes de tabac ou d'alcool parmi les professionnels de santé interrogés. Quelques différences apparaissent en revanche pour la prise en charge des patients alcooliques, plus fréquente chez les médecins hommes, ainsi que parmi les plus âgés lorsque cette prise en charge est effectuée par le médecin seul. Les pharmaciennes évoquent sensiblement plus spontanément le problème du tabac avec leur client, alors que les officinaux les plus âgés considèrent leur rôle comme plus important que les plus jeunes ; cependant, concernant ce dernier résultat, ce sentiment ne se traduit pas par des pratiques différentes.

Quelques liens observés entre comportements personnels et pratiques, étudiés et rapportés dans la littérature [10], sont retrouvés dans cette enquête. Les médecins fumeurs prennent en charge plus souvent les patients de façon isolée (sans avoir recours à une structure spécialisée) dans le cadre de leur sevrage tabagique. Par ailleurs, une plus grande efficacité est ressentie par les médecins ex-fumeurs concernant le tabagisme et par les médecins consommateurs réguliers d'alcool face à l'alcoolisme de leur patient. S'il semble compréhensible que les personnes ayant réussi un sevrage se sentent elles-mêmes plus efficaces pour

9. Vente sans ordonnance.

10. Sexe, âge, taille d'agglomération, région d'exercice.

aider les autres dans cette démarche¹¹, il peut paraître au contraire paradoxal que ce soient les consommateurs d'alcool qui se sentent le plus efficaces dans la prise en charge des questions liées à l'alcool. Le sentiment d'efficacité de ces derniers serait-il en lien avec une tolérance plus élevée de consommation, ou bien est-ce que ces médecins se considéreraient comme des « connaisseurs » du problème ?

Les principaux facteurs associés au degré d'implication des médecins et des pharmaciens sont leurs caractéristiques professionnelles. La pratique d'un mode d'exercice particulier est lié, pour les praticiens, aussi bien à leur sentiment d'efficacité, au nombre de patients vus qu'aux méthodes proposées dans le cadre du sevrage. L'implication des professionnels dans des activités « extra-cabinet » ou « extra-officine » (participation à un réseau, à une association de malades, de prévention...) modifie aussi considérablement la prise en charge des patients, qui se fait plus souvent en liaison avec une structure spécialisée, augmente leur sentiment d'efficacité et accroît l'utilisation de questionnaires préétablis.

IMPLIQUER DAVANTAGE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Si l'implication des professionnels a évolué favorablement depuis quelques années concernant le tabac, elle reste à un niveau stable et relativement bas pour l'alcool et peut globalement être améliorée pour les deux addictions. En effet, l'un des principaux freins à la prévention et à l'éducation évoqués par les professionnels de notre échantillon est le manque de temps, qui vient forcément questionner la rémunération. Au-delà de ces facteurs, plusieurs autres peuvent expliquer les hésitations du médecin à aborder le

thème de l'alcool avec leurs patients [11] : un manque de formation sur le sujet lui-même, un manque d'aptitude spécifique pour le suivi de ces patients, une ambivalence sur la nocivité de l'alcool, considéré comme dangereux, mais aussi comme produit lié à la fête, la convivialité... Face à cela, cependant, les interventions brèves (entretien de dix minutes à plus) [12], d'inspiration motivationnelle, ont prouvé leur efficacité [13-15]. Cependant, le problème persistant de ces interventions est de les intégrer de manière pertinente lors d'une consultation ou lors de la délivrance de médicaments. La consultation de prévention, prévue par la loi relative à la politique de santé publique, paraît être, pour le médecin, une occasion privilégiée d'aborder ces questions avec les patients. Il conviendra en parallèle de mettre en œuvre des formations adaptées à ce type de consultation longue fondée sur des entretiens et réalisée avec une attitude chaleureuse, compréhensive, dénuée de jugement. Ce type d'entretiens a l'avantage de mettre en avant les capacités personnelles du patient et pourra être utilisé par les professionnels dans bien d'autres questions de santé.

Dans tous les cas, il est possible d'aider les professionnels de santé en leur faisant connaître les outils déjà disponibles pour repérer les consommations à risques ou problématiques tels que les questionnaires Face, Audit... pour la consommation d'alcool, ou le test de Fagerström pour le tabac. Ces outils, qui consistent à poser quelques questions simples, ne sont que très peu utilisés (6,3 % pour le tabac et 2,0 % pour l'alcool parmi les généralistes). Au-delà de ce simple questionnement, ils peuvent pourtant s'avérer des portes d'entrée pertinentes pour aborder des sujets ressentis comme délicats par les professionnels, pour peu que ceux-ci se sentent à l'aise et/ou bien entourés pour prendre en charge et accompagner les patients ayant des consommations excessives, ainsi repérés. Dans cette

11. Cette liaison avait déjà été souligné lors du Baromètre santé médecins généralistes en 1998.

optique, d'autres outils d'accompagnement existent, comme le document (quatre pages) *Repères pour votre pratique*, ou encore le kit *Alcool. Ouvrons le dialogue*, mis à disposition par l'INPES et qui permet au praticien de reconnaître les patients qui ont déjà, ou qui s'orientent vers une consommation d'alcool à risque, d'engager le dialogue, de faire le point, et de construire avec eux, si ceux-ci le désirent, un projet de diminution de sa consommation [16], et ainsi de mener une démarche éducative complète. En effet, l'action des professionnels est bien démontrée : comme il a été évoqué précédemment, le simple fait de s'intéresser à la consommation de tabac ou d'alcool d'un patient a déjà un effet. Aux différentes étapes du processus d'arrêt, le professionnel peut aider le fumeur ou le buveur excessif, par une question posée ou un conseil donné, à franchir une étape supplémentaire qui le rapprochera de l'arrêt. Pour les personnes les plus dépendantes au produit, le travail en réseau est certainement une aide très précieuse.

Relecteurs

François Beck (OFDT)
Emmanuelle Le Lay (INPES)
Isabelle Vincent (INPES)
Jean-Louis Wilquin (INPES)
Tania Rosilio (INPES)

Bibliographie

- [1] Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M., Heath C. Jr. **Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000: indirect estimates from national vital statistics.** New York, NY : Oxford University Press, 1994 : 553 p.
- [2] Hill C.
Alcool et risque de cancer.
Adsp 2000 ; 30 : 14-7.
hcsnp.ensp.fr/hcsnpi/docspdf/adsp/adsp-30/ad301417.pdf
[15/03/2005]
- [3] Hill C., Laplanche A.
Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2003 ; 22-23 : 98-100.
www.invs.sante.fr/beh/2003/22_23/beh_22_23_2003.pdf
[15/03/2005]
- [4] **Tabac, l'offensive : 1,8 million de fumeurs en moins**
[Communiqué de presse].
Saint-Denis : INPES, 2004.
www.inpes.sante.fr/index.asp?page=70000/cp/04/cp040201.htm
[15/03/2005]
- [5] Guilbert P., Perrin-Escalon H. (sous la dir.)
Baromètre santé nutrition 2002.
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres, 2004 : 259 p.
- [6] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer.
Plan Cancer : 2003-2007.
Paris : ministère de la Santé, la Famille et des Personnes handicapées, 2003 : 44 p.
www.plancancer.fr/Documents/PlanCanBrochure.pdf
[04/03/2005]
- [7] Bouix J. C., Gache P., Rueff B., Huas D.
Parler d'alcool reste un sujet tabou.
La revue du praticien-Médecine générale 2002 ; 16 (588) : 1488-92.
- [8] Baudier F., Arènes J. (sous la dir.)
Baromètre santé 95-96 adultes.
Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 288 p.
- [9] Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A. C., Arwidson P., Janvrin M. P.
Baromètre santé 2000. Méthodes-volume 1.
Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001 : 142 p.
- [10] Wells K.B., Lewis C.E., Leake B., Ware J.E.
Do physicians preach what they practice? A study of physicians' health habits and counseling practices.
Jama 1984 ; 252 (20) : 2846-8.
- [11] Sobell L. C., Sobell M. B.
L'intervention brève au cabinet médical, une occasion unique d'aborder un problème d'alcool.
Alcoologie et Addictologie 2004 ; 26 (3 suppl.) : 65-105.
- [12] Beich A., Thorsen T., Rollnick S.
Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis.
British Medical Journal 2003 ; 327 (7414) : 536-42.
- [13] Slama K., Karsenty S., Hirsch A.
French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients.
Addiction 1999 ; 94 (1) : 125-32.
- [14] Wallace P., Cutler S., Haines A.
Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption.
British Medical Journal 1988 ; 297 (6649) : 663-8.

[15] Michaud P., Gache P., Batel P., Arwidson P.
Intervention brève auprès des buveurs excessifs.
La revue du praticien-Médecine générale 2003 ; 17 (604) :
281-9.

[16] Dandé A., Vincent I.
Un outil d'accompagnement du médecin généraliste.
La Santé de l'homme 2003 ; 368 : 39-40.







L'essentiel

Médecins et patients toxicomanes

Une majorité de médecins généralistes (84,5 %) déclarent être concernée par la prise en charge de patients toxicomanes dans le cadre de leurs consultations, mais 34,0 % seulement ont vu en moyenne au moins un héroïnomane par mois. Le nombre moyen d'héroïnomanes vus par mois est de 1,6 pour l'ensemble des médecins généralistes. On constate une augmentation significative de la part des médecins généralistes concernés par la prise en charge de toxicomanes depuis 1993 ; par contre, la proportion de médecins généralistes voyant au moins un héroïnomane par mois et le nombre moyen d'héroïnomanes vus par mois sont restés stables depuis 1998.

Parmi les médecins généralistes voyant au moins un héroïnomane par mois, 90,3 % prescrivent à cette clientèle un traitement de substitution aux opiacés, 84,5 % du Subutex® et 26,0 % de la méthadone. Une large majorité de médecins (61,3 %) concernés par des patients héroïnomanes ne prescrivent que du Subutex®, et seuls 3,4 % ne prescrivent que de la méthadone. Le nombre moyen d'héroïnomanes suivis par mois pour un traitement de substitution au Subutex® est de 1,3 pour l'ensemble des médecins. La proportion de médecins généralistes voyant au moins un héroïnomane par mois pour un traitement de substitution a significativement augmenté depuis 1998, quel que soit le type de produit délivré.

Un peu plus de la moitié des méde-

cins généralistes concernés par des patients toxicomanes (53,0 %) les prennent en charge eux-mêmes, seuls ou en liaison avec une structure. Ce type de prise en charge (seul ou en liaison avec une structure) est déclaré par 76,2 % des médecins généralistes qui voient au moins un héroïnomane par mois.

Pharmaciens d'officine et clients toxicomanes

Huit pharmaciens sur dix (85,1 %) reçoivent au moins un toxicomane par mois dans leur officine. 69,6 % des pharmaciens concernés par des clients toxicomanes déclarent délivrer à la fois des traitements de substitution et des seringues ou Stéribox® ; 15,6 % déclarent délivrer uniquement des seringues ou des Stéribox®, et 12,1 % uniquement des produits de substitution. Malgré les modifications du questionnaire, on constate une augmentation de la part des pharmaciens en relation avec des toxicomanes, et de la part des pharmaciens leur délivrant des seringues ou des Stéribox® depuis 1998.

Près des deux tiers des pharmaciens (63,4 %) s'estiment suffisamment formés à la délivrance des médicaments de substitution ; 43,2 % s'estiment suffisamment formés à la relation avec les malades toxicomanes et 41,3 % à la politique de réduction des risques.

Un tiers seulement des pharmaciens (30,3 %) se déclare prêt à participer à un programme d'échange de seringues. Une majorité de pharmaciens

(57,1 %), y compris parmi ceux qui délivrent déjà des seringues ou des Stéribox® (56,8 %), refuserait d'y participer.

Opinions concernant la drogue

Un médecin sur dix (9,7 %) adhère à l'opinion : « *les toxicomanes se conforment aux prescriptions médicales* », alors que c'est le cas de 25,9 % des pharmaciens. La différence entre médecins et pharmaciens est significative. La proximité avec des patients héroïnomanes pour les médecins et des clients toxicomanes pour les pharmaciens influence positivement l'opinion des professionnels de santé sur cette question.

Une large majorité de professionnels de santé (87,3 % des pharmaciens et 82,5 % des médecins généralistes) sont d'accord pour affirmer que « *la consommation de haschich constitue un risque important pour la santé* ». La proportion de médecins partageant cette opinion est en nette augmentation depuis 1998.

Si la part des médecins partageant l'opinion « *il faut mettre les drogues douces en vente libre* » est en baisse depuis 1992, elle est significativement plus élevée que celle des pharmaciens (17,4 % vs 11,4 %). Les médecins qui suivent au moins un héroïnomane par mois et les pharmaciens qui reçoivent au moins un toxicomane dans leur officine sont plus fréquemment d'accord avec cette affirmation que les professionnels moins régulièrement en contact avec cette population.

Drogues

La prise en charge des patients toxicomanes

STÉPHANIE PIN

DIX ANS DE POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES

Depuis la fin des années 1990, la France s'est engagée dans une politique de réduction des risques liés à la consommation de drogues qui vise la diminution des risques sanitaires (overdose, contamination par le VIH ou les hépatites, complications psychiatriques) et sociaux (désinsertion sociale) provoqués par l'usage de substances psychoactives [1]. Le dispositif mis en place par les autorités administratives et législatives entre le début des années 1990 et 1995 comporte plusieurs dimensions, dont certaines concernent directement les professionnels de santé en ville [tableau I] [1] :

- un accès libre aux seringues dans les officines (décret de mai 1987) ;
- la création de réseaux ville-hôpital toxicomanie (circulaire DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994) ;
- la mise en vente de Stéribox®¹ (septembre 1994) ;

- des programmes d'échange de seringues (décret du 7 mars 1995) ;
- la dispensation de traitements de substitution, par méthadone et par buprénorphine haut dosage ou BHD (circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995).

L'accès facilité aux seringues et la distribution de Stéribox® visent principalement à réduire le partage des seringues par les toxicomanes et à limiter ainsi le risque de contamination par le VIH, très élevé dans cette population. La vente de seringues s'effectue sans ordonnance dans les officines depuis 1987, celle des Stéribox® est autorisée par la direction générale de la Santé depuis 1994. Des associations ou des personnes physiques menant des actions de prévention du sida ou de réduction des

1. Le Stéribox® est un kit de prévention du VIH et des hépatites. Disponible en pharmacie, il est destiné aux usagers de drogues par voie intraveineuse et permet d'améliorer l'accès au matériel d'injection stérile. Un Stéribox® comprend deux seringues à insuline, deux tampons d'alcool, deux flacons d'eau stérile, un préservatif, deux stéricups, un mode d'emploi, et des messages de prévention et de sensibilisation.

TABLEAU I

Principales mesures législatives en matière de réduction des risques

Date	Événements	Baromètre santé : professionnels interrogés
Mai 1987	Décret Barzach autorisant la vente libre des seringues	
1992		Médecins
Mars 1994	Circulaire n° 94-15 instituant les réseaux de toxicomanie	
Automne 1994	Mise en vente des Stéribox®	
Mars 1995	Circulaire DGS n° 29 du 3 mars 1995 fixant les cadres réglementaires de prescription et de dispensation de la méthadone et de la BHD et instituant officiellement les programmes d'échange de seringues (implantés à titre expérimental dès 1989)	
Février 1996	Mise sur le marché du Subutex®	
1998-1999	Confirmation du risque mortel du Subutex® et campagne médiatique anti-Subutex®	
Octobre 1998		Pharmaciens
Novembre-décembre 1998		Médecins
1999	Suppression des carnets à souche et début des ordonnances sécurisées pour encourager les médecins généralistes à la prescription de morphiniques	
Début 2000	Délivrance en pharmacie hebdomadaire (et non plus mensuelle) pour éviter détournements et accidents	
Janvier 2002	Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 permettant aux médecins des établissements de santé de prescrire de la méthadone en première phase de traitement	
Début 2002		Médecins et pharmaciens
Juin 2004	Conférence de consensus sur les traitements de substitution	

risques peuvent distribuer gratuitement des seringues depuis 1995, en particulier dans le cadre des programmes d'échange de seringues (PES). Ces programmes, coordonnés par des associations, peuvent également s'effectuer en officine [2].

La circulaire du 31 mars 1995 précise les cadres réglementaires de prescription et de dispensation de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage (BHD), commercialisée en 1996 sous le nom de Subutex®. Les produits de substitution de la dépendance aux opiacés doivent permettre de réduire les risques liés à la consommation d'opiacés en assurant un suivi médical et psychosocial, ainsi que, par la modification du mode d'administration des médicaments de substitution (voie orale), de limiter les risques de contamination liés à l'injection; les traitements de substitution doivent

également permettre la diminution, puis l'arrêt de la consommation d'opiacés.

La méthadone doit être prescrite et délivrée, lors d'une première phase, dans le cadre de centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) pour des personnes présentant une pharmacodépendance aux opiacés ancienne, importante et résistante; dans un second temps et sur avis du médecin du CSST, la méthadone peut être prescrite par un médecin de ville et délivrée par un pharmacien d'officine [3]. Depuis début 2002, la méthadone peut également être prescrite, en primo-prescription, par les médecins exerçant en établissements de santé (Circulaire n° 2002/57 du 30 janvier 2002).

En revanche, la buprénorphine haut dosage peut être prescrite par tout médecin sans restriction d'activité; elle est ensuite

délivrée en pharmacie d'officine. Cette facilité de prescription et de délivrance du Subutex® en fait le principal traitement de substitution actuellement dispensé en France et place les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine au cœur du dispositif de réduction des risques [4].

S'il n'existe pas de protocole de soins défini, différents textes émanant de la direction générale de la Santé ou d'organisations professionnelles émettent quelques recommandations en termes d'organisation de la prise en charge de patients sous traitement de substitution [1]. L'essentiel de ces recommandations concerne le travail en réseau : le médecin généraliste est ainsi incité à prendre conseil auprès de spécialistes en toxicomanie, et à travailler en relation avec des structures spécialisées dans la prise en charge de patients toxicomanes. Il lui est également conseillé d'être en contact avec le pharmacien chargé de la délivrance des produits de substitution. L'insertion dans un réseau de soins spécialisé en toxicomanie apparaît ainsi comme étant une manière aisée d'entrer en relation avec les professionnels de santé concernés (pharmaciens, équipes hospitalières, CSST), de veiller à une prise en charge globale du patient, et finalement de s'informer et de se former à la prise en charge des usagers de drogues [4, 5]. La Conférence de consensus du 23 et 24 juin 2004 reprend et enrichit ces recommandations en proposant un cadre de mise en œuvre et de suivi des traitements de substitution des opiacés et en proposant des pistes de développement [6].

DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN ÉVOLUTION

La mise en place de ce dispositif de réduction des risques en France a profondément changé les pratiques des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine, comme

en témoignaient entre autres les Baromètre santé réalisés en 1992, 1993 et en 1998.

En 1998, une large majorité des pharmaciens d'officine déclaraient vendre des seringues et des Stéribox® [7], déclaration confirmée par d'autres sources puisqu'on estime que 90 % des seringues distribuées aux toxicomanes le sont par les pharmaciens [2].

La part des médecins généralistes recevant en consultation des patients héroïnomanes avait significativement augmenté entre 1992 et 1998; on estimait, en 1998, qu'entre 57 200 et 74 000 héroïnomanes étaient suivis en moyenne par mois pour un traitement au Subutex®, contre 33 750 en janvier 1997 [8], ce qui traduisait donc une généralisation de l'accès aux produits de substitution.

Pour autant, la diffusion du Subutex® a rencontré quelques difficultés. Le début des années 2000 a été marqué par la médiatisation des mésusages de ce traitement de substitution et de leurs conséquences dramatiques. C'est pourquoi le plan triennal 1999-2002 de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de la Mildt [9] réaffirme l'importance accordée à la réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues. Il prévoit de renforcer et poursuivre le développement des structures spécialisées, d'augmenter le nombre de programmes d'échange de seringues et, concernant la politique de substitution, d'améliorer la qualité de l'encadrement et l'accessibilité des patients à des traitements de substitution adaptés [10]. Quelques objectifs spécifiques concernent directement les professionnels de ville et peuvent influencer leurs pratiques [9] :

- « Faciliter le relais de la prescription de méthadone en ville;
- Fractionner la délivrance du Subutex® pour limiter les détournements d'usage;
- Préciser les indications respectives de l'un et de l'autre des deux traitements (méthadone et buprénorphine haut dosage) et améliorer les

connaissances des conditions nécessaires à leur succès;

■ *Élargir la palette des médicaments utilisables pour la substitution pour inciter à des essais cliniques*».

En juillet 2004, un nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool [11] a été mis en place pour poursuivre et renforcer les orientations stratégiques engagées. Un des six objectifs de ce programme vise ainsi à « *améliorer la réponse du système de soins à l'usage nocif et à la dépendance* » et se déclinera notamment par la définition d'un schéma régional de prise en charge des toxicomanes et des dépendances, par la mise en place de protocoles permettant la primo-prescription de la méthadone en médecine de ville, et par la sécurisation de la prescription et de la délivrance des médicaments de substitution.

En 1999, on estimait qu'il y avait, en France, entre 150 000 et 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes » [10]. Une grande partie de la population concernée par cette consommation problématique d'opiacés ou de cocaïne faisait l'objet d'une prise en charge sanitaire et sociale.

QUEL ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

Depuis son instauration en France, la politique de réduction des risques repose

sur l'implication des professionnels de santé et en premier lieu des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine. Le Baromètre santé médecins/pharmaciens, dont les données ont été récoltées en 2002 et 2003, permet de faire le bilan de leur engagement dans la politique de lutte contre la toxicomanie.

Dans un premier temps, quelques aspects de la prise en charge de patients toxicomanes par les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine seront présentés : assiste-t-on à une augmentation des professionnels de santé concernés ? La vente de seringues et de Stéribox® a-t-elle augmenté depuis 1998 ?

L'engagement des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine dans un travail en réseau sera également mesuré, qu'il s'agisse d'un réseau de soins spécialisés en toxicomanie ou de collaboration avec des structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes, en particulier quand ils ont à prescrire ou à délivrer des traitements de substitution.

Dans un deuxième temps, quelques thèmes spécifiques ayant trait à la perception des professionnels de santé sur leur rôle en matière de lutte contre les toxicomanies ou sur leur sentiment d'efficacité seront abordés.

Enfin, les positions des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine à l'égard d'opinions couramment exprimées sur la drogue seront comparées.

RÉSULTATS

MÉDECINS ET PHARMACIENS FACE AUX PATIENTS TOXICOMANES

Médecins généralistes et patients toxicomanes

Prise en charge des patients toxicomanes et travail en réseau

En 2003, seuls 5,9 % (n=122) des médecins généralistes déclarent appartenir à un réseau de prise en charge de la toxicomanie, ce qui représente 29,0 % des médecins participant à un autre réseau (VIH, cancer, gérontologie, alcool, hépatite C ou autres). Cette proportion est similaire à celle de 1998 (5,7 %).

Une majorité de médecins généralistes (84,5 %) déclare pourtant être concernée par la prise en charge de patients toxicomanes dans le cadre de la consultation ; ils étaient 80,5 % à déclarer la même chose lors de la précédente édition du Baromètre santé en 1998. L'augmentation de la proportion de médecins généralistes qui sont concernés par la prise en charge de patients toxicomanes est significative depuis 1993 ($p < 0,001$), ainsi qu'entre 1998 et 2003 ($p < 0,001$), mais cette augmentation doit être prise avec réserve, car l'intitulé de la question a été légèrement modifié entre 1998 et 2003².

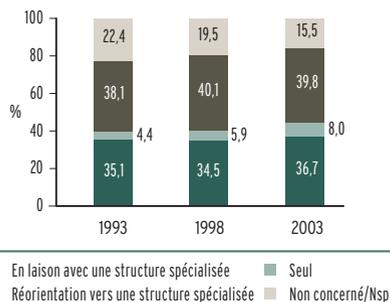
En 2003, un peu plus du tiers des médecins généralistes (36,7 %) prennent en charge les usagers de drogues en liaison avec une structure spécialisée en toxicomanie ; et 8,0 % les prennent en charge directement et sans relation particulière avec une structure spécialisée. En revanche, quatre médecins

sur dix (39,8 %) les confient à une structure spécialisée [figure 1]. Si l'on ne considère que les médecins généralistes concernés par la prise en charge de la toxicomanie (n=1 735), 43,5 % d'entre eux prennent en charge les usagers de drogues en liaison avec une structure et 9,5 % les prennent en charge seuls. Les médecins généralistes ne semblent pas plus nombreux qu'il y a quatre ans à travailler avec une structure de soins spécialisés en toxicomanie, y compris lorsqu'on ne prend en compte que les médecins généralistes concernés par cette prise en charge.

Les médecins prenant en charge des usagers de drogues, seuls ou en liaison avec des structures spécialisées, se distinguent de leurs collègues non concernés par des usagers de drogue ou les confiant à des structures spécialisées par certains critères sociodémographiques et modes d'exercice professionnel [tableau II]. Y compris quand l'effet des autres variables est intégré, les hommes médecins prennent en charge des toxicomanes plus

FIGURE 1

Répartition des médecins généralistes selon le mode de prise en charge des usagers de drogues en 1993, 1998 et 2003 (en %)



2. Les questions ont changé entre les deux éditions du Baromètre santé médecins/pharmaciens : en 1998, on offrait aux médecins généralistes la réponse « non concerné », alors que cette possibilité n'existe plus dans l'édition 2003. Nous avons donc comparé les « non-concernés » et les « non-réponses » de 1998 aux « non-réponses » de 2003.

TABLEAU II

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la prise en charge (seuls ou en liaison avec une structure spécialisée) de patients toxicomanes par les médecins généralistes (n=1 687)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme (n=1 309)	46,9	1,0	–
Femme (n=378)	37,1***	0,7**	0,6–0,9
Taille d'agglomération			
Inférieure à 20 000 habitants (n=647)	44,9	1,0	–
Supérieure à 20 000 habitants (n=1 040)	44,7	0,8*	0,6–1,0
Nombre d'actes			
De 1 à 20 actes (n=691)	40,4	1,0	–
21 actes et plus (n=996)	48,4***	1,3*	1,0–1,6
Aide médicale gratuite			
Moins de 10 % (n=1 255)	41,1	1,0	–
10 % et plus (n=432)	55,9***	1,6***	1,2–2,0
Participe à un réseau de toxicomanie			
Non (n=1 575)	41,8	1,0	–
Oui (n=112)	92,8***	12,9***	6,1–27,0
Participe à un réseau hépatite C			
Non (n=1 627)	43,7	1,0	–
Oui (n=60)	75,6***	2,2**	1,1–4,3
Type de cabinet			
Groupe (n=818)	49,2	1,0	–
Individuel (n=869)	40,1 %***	0,7**	0,6–0,9
Efficace contre l'utilisation de drogues			
Non (n=1 189)	46,3	1,0	–
Oui (n=498)	59,0***	1,6***	1,3–2,0

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

fréquemment que leurs collègues femmes (46,9 % vs 37,1 % ; p<0,001). Les médecins exerçant dans des agglomérations de moins de 20 000 habitants sont proportionnellement plus nombreux à déclarer prendre en charge des usagers de drogue seuls ou en liaison avec une structure que leurs collègues exerçant dans des agglomérations de taille supérieure. La prise en charge est plus fréquente dans les cabinets de groupe ou lorsque le nombre d'actes réalisés par jour est supérieur à 20. Une large moitié (55,9 %) des médecins généralistes dont plus de 10 % de leur clientèle bénéficient de l'aide médicale gratuite déclare prendre en charge

des patients toxicomanes, contre 41,1 % des médecins généralistes voyant moins régulièrement ce type de clientèle. La participation à un réseau, qu'il s'agisse d'un réseau de toxicomanie ou un réseau hépatite C, est significativement associée à la prise en charge, seul ou en liaison avec une structure spécialisée, de patients toxicomanes.

La prise en charge des patients héroïnomanes

Les médecins prenant en charge des patients héroïnomanes

Un tiers des médecins généralistes (34,0 %) déclare avoir vu en moyenne au moins un

héroïnomane par mois. Une majorité de médecins (64,0 %) ne les prend pas en charge à un rythme mensuel, soit parce qu'ils ne sont pas concernés par cette clientèle, soit parce qu'ils ont affaire à ces patients de façon ponctuelle. Enfin, 2,0 % des médecins interrogés déclarent suivre moins d'un héroïnomane par mois, ce qui sous-entend une prise en charge moins régulière. Lors du précédent Baromètre santé, 34,8 % des médecins généralistes voyaient au moins

un héroïnomane par mois; la différence entre 1998 et 2003 n'est pas significative.

Les médecins déclarant voir au moins un héroïnomane en moyenne par mois (n=692) se distinguent de leurs collègues par certaines caractéristiques sociodémographiques et par certaines dimensions de leur exercice professionnel [tableau III]. Comme pour le mode de prise en charge de patients toxicomanes (seul/en liaison avec une structure/en le confiant à une struc-

TABLEAU III

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est voir au moins un héroïnomane en moyenne par mois parmi l'ensemble de médecins généralistes (n=1681)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme (n=1 305)	36,3	1,0	–
Femme (n=376)	25,7***	0,5	0,4–0,7
Âge			
40 ans et moins (n=277)	39,3	1,0	–
41 à 50 ans (n=811)	37,2	0,7*	0,5–1,0
51 ans et plus (n=593)	27,8***	0,5***	0,4–0,7
Taille d'agglomération			
Inférieure à 20 000 habitants (n=644)	28,6	1,0	–
Supérieure à 20 000 habitants (n=1 037)	37,7***	1,3	1,0–1,6
Type de cabinet			
Cabinet de groupe (n=814)	39,5	1,0	–
Cabinet individuel (n=867)	28,4***	0,6***	0,5–0,8
Référent			
Non (n=1 486)	32,6	1,0	–
Oui (n=195)	45,5***	1,4*	1,0–2,0
Nombre d'actes			
De 1 à 20 actes (n=687)	30,1	1,00	–
21 actes et plus (n=994)	37,5***	1,3*	1,0–1,6
Aide médicale gratuite			
Moins de 10 % (n=1 250)	28,2	1,0	–
10 % et plus (n=431)	52,2***	2,2***	1,7–2,9
Participe réseau de toxicomanie			
Non (n=1 569)	31,3	1,0	–
Oui (n=112)	77,7***	6,3***	3,8–10,5
Efficace contre utilisation de drogues			
Non (n=1 184)	35,9	1,0	–
Oui (n=497)	46,1***	1,4**	1,1–1,8

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

ture), on retrouve une association, y compris en régression logistique multivariée, entre le fait de voir en consultation au moins un héroïnomanes par mois et le sexe et la taille de l'agglomération. L'exercice en cabinet de groupe est associé à un taux plus élevé de médecins déclarant suivre au moins un héroïnomanes par mois (39,5 % vs 28,4 % ; $p < 0,001$), tout comme un nombre d'actes réalisés par jour supérieur à 20 (37,5 % vs 30,1 % ; $p < 0,001$). Les médecins de moins de 50 ans, les médecins référents et les médecins ayant plus de 10 % de leur clientèle bénéficiant de l'aide médicale gratuite sont proportionnellement plus nombreux à prendre en charge des héroïnomanes. Le sentiment d'être efficace est associé à cette prise en charge. Enfin, les médecins qui participent à un réseau de toxicomanie sont nettement plus enclins à prendre en charge ces patients que ceux qui n'y participent pas (OR ajusté : 6,3).

Le nombre d'héroïnomanes pris en charge

En prenant en compte l'ensemble de l'échantillon, les médecins voient en moyenne 1,6 [1,3–1,9] héroïnomanes par mois. Si l'on ne considère que les médecins généralistes concernés par une prise en charge mensuelle des héroïnomanes, on obtient une moyenne de 4,6 [3,9–5,4] héroïnomanes vus en consultation par mois. L'évolution entre 1992 et 2003, ainsi qu'entre 1998 et 2003 du nombre moyen d'héroïnomanes pris en charge mensuellement n'est pas significative.

Ce résultat nous permet d'extrapoler le nombre d'héroïnomanes pris en charge par les médecins généralistes en France en 2003. En rapportant le nombre moyen d'héroïnomanes vus par mois à l'ensemble des médecins libéraux³, on obtient une estimation de 97 500 héroïnomanes vus en

moyenne par mois pour un traitement de substitution : cette estimation ne tient pas compte de la possibilité, pour un patient, d'être suivi par plusieurs médecins.

Parmi les médecins généralistes ayant déclaré voir au moins un héroïnomanes par mois, plus de la moitié (57,0 %) suivent entre un à deux héroïnomanes en moyenne par mois, 31,8 % entre trois à neuf en moyenne par mois, et 11,2 % dix héroïnomanes ou plus.

Entre 1992 et 1998, on assistait à une augmentation significative de la part des médecins généralistes prenant en charge dix patients ou plus consommant de l'héroïne ($p < 0,05$), qui était passée de 7,2 % à 15,1 %. Cette augmentation ne s'est pas poursuivie entre 1998 et 2003 ; on constate au contraire une diminution significative de la proportion de médecins concernés par la prise en charge mensuelle de plus de dix patients héroïnomanes depuis 1998 ($p < 0,05$).

Comme pour la prise en charge d'au moins un héroïnomanes par mois ou le mode de prise en charge, la taille de l'agglomération, le type de cabinet, le fait d'être référent ou d'avoir plus de 10 % de sa clientèle bénéficiant de l'aide médicale gratuite sont des critères déterminant un nombre de patients héroïnomanes plus élevé. De même, les médecins appartenant à un réseau de toxicomanie ou à un réseau hépatite C déclarent prendre en charge un nombre de patients plus élevé que leurs collègues qui ne participent pas à ces réseaux. Enfin, les médecins interrogés qui s'estiment satisfaits de leur profession et efficaces dans la lutte contre les drogues prennent en charge plus de patients héroïnomanes par mois [tableau IV].

La substitution

Un tiers de l'ensemble des médecins généralistes interrogés (30,6 %) déclare prescrire un traitement de substitution ; 28,5 % déclarent prescrire du Subutex® et 8,0 % déclarent prescrire de la méthadone.

3. Soit 60 949 médecins omnipraticiens recensés au 31 décembre 2001 (Carnet statistique, 2003).

TABLEAU IV

Répartition des médecins voyant au moins un héroïnomanes par mois (n=692) selon le nombre moyen d'héroïnomanes vus en moyenne par mois et certaines caractéristiques discriminantes (en %)

	1 à 2	3 à 9	10 et plus
Lieu d'exercice			
Agglo. de moins de 20 000 habitants (n=234)	67,7	28,3	4,0
Agglo. de 20 000 habitants et plus (n=458)	51,5	33,6	14,9***
Type de cabinet			
Groupe (n=382)	56,9	34,4	8,7
Individuel (n=310)	57,0	28,0	15,0*
Médecin référent			
Oui (n=105)	42,1	32,3	25,6
Non (n=586)	59,6	31,7	8,7***
Clientèle bénéficiant de l'aide médicale gratuite			
Moins de 10 % (n=432)	65,3	26,9	7,8
10 % et plus (n=252)	42,2	40,6	17,2***
Réseau toxicomanie			
Oui (n=94)	20,3	48,7	31,0
Non (n=598)	62,7	29,1	8,2***
Réseau hépatite C			
Oui (n=39)	25,6	36,2	38,2
Non (n=653)	58,9	31,5	9,6***
Satisfaction à l'égard de sa profession			
Satisfait (n=542)	54,2	34,1	11,7
Insatisfait (n=143)	68,3	22,2	9,5**
Efficace dans la lutte contre les drogues			
Oui (n=230)	47,5	34,0	18,5
Non (n=432)	61,3	31,5	7,2***

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

Si l'on ne considère que les médecins généralistes déclarant suivre au moins un héroïnomanes en moyenne par mois, 90,3 % d'entre eux leur prescrivent un traitement de substitution, alors qu'ils n'étaient que 78,9 % en 1998 (p<0,001). La majorité (84,5 %) prescrit du Subutex®, 26,0 % de la méthadone et 7,4 % un autre traitement de substitution⁴. On observe [figure 2], entre 1998 et 2003, une augmentation significative de la proportion de médecins généralistes prescri-

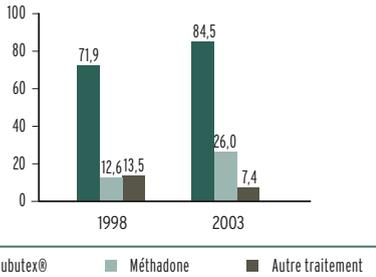
vant du Subutex® et de la méthadone — qui étaient respectivement de 71,9 % (p<0,001) et de 12,6 % (p<0,001) lors du précédent Baromètre santé. Cette évolution se fait au détriment d'autres produits de substitution qui étaient prescrits par 13,5 % des médecins généralistes en 1998 (p<0,001).

Une majorité de médecins généralistes (61,3 %), parmi ceux qui suivent au moins un héroïnomanes par mois, ne prescrivent que du Subutex®; 18,8 % prescrivent à la fois du Subutex® et de la méthadone, ce qui signifie qu'ils suivent autant des patients traités par buprénorphine haut dosage que des patients en seconde phase de traite-

4. Le total est supérieur à 100 % car le médecin généraliste peut prescrire les deux traitements, cf. *infra* pour le détail des prescriptions (Subutex® seul, méthadone seule, Subutex® et méthadone).

FIGURE 2

Pourcentages de médecins généralistes selon le type de traitement de substitution prescrit, en 1998 et 2003



ment à la méthadone; enfin, seuls 3,4 % de praticiens prescrivent uniquement de la méthadone à leurs patients. On observe une augmentation significative de la proportion de médecins prescripteurs de Subutex® uniquement, qui correspondait à 55,0 % des médecins généralistes concernés en 1998 ($p < 0,05$).

Les médecins prescrivant de la méthadone présentent certains traits qui les distinguent de leurs collègues : ce groupe de médecins comporte une proportion plus importante de médecins référents (19,6 %) que les médecins non prescripteurs de méthadone (12,9 %, $p < 0,05$) ; 42,1 % d'entre eux reçoivent une part non négligeable de clients au bénéfice de l'aide médicale gratuite, alors que ce n'est le cas que de 33,3 % ($p < 0,05$) des médecins non prescripteurs de méthadone. Enfin, les libéraux prescrivant de la méthadone sont proportionnellement plus nombreux à participer à un réseau que les non-prescripteurs, qu'il s'agisse d'un réseau de toxicomanie (30,1 % vs 8,7 % ; $p < 0,001$) ou hépatite C (12,6 % vs 4,1 % ; $p < 0,001$). La participation à un réseau de toxicomanie est l'un des seuls traits distinctifs des médecins prescripteurs de Subutex® : 15,7 % d'entre eux participent à des activités en réseau, contre 2,2 % des médecins ne prescrivant

pas de Subutex® ($p < 0,001$). Les libéraux qui prescrivent du Subutex® travaillent majoritairement en secteur 1 (91,7 %), quand ce n'est le cas que des trois quarts des médecins non prescripteurs de Subutex® (78,7 %, $p < 0,001$).

Le nombre moyen d'héroïnomanes suivis par mois pour un traitement à la méthadone est de 0,2 [0,1–0,3] par médecin pour l'ensemble de l'échantillon, et de 0,6 [0,4–0,8] par médecin voyant au moins un héroïnomanes dans ce laps de temps. Concernant la substitution au Subutex®, le nombre moyen d'héroïnomanes suivis pour ce traitement est de 1,3 [1,1–1,5] par médecin sur l'ensemble de l'échantillon. Cela représente 3,9 [3,3–4,5] héroïnomanes en moyenne par mois, si l'on considère uniquement les médecins en voyant au moins un. On n'observe aucune évolution depuis 1998. En extrapolant les réponses des médecins libéraux à l'ensemble de la profession, on obtient environ 79 000 héroïnomanes suivis en moyenne par mois pour un traitement de substitution au Subutex®.

Le type de prise en charge

Une majorité de médecins généralistes (57,4 %) qui prennent en charge au moins un patient héroïnomanes par mois déclarent qu'ils assurent le suivi de leurs patients toxicomanes en liaison avec une structure spécialisée, ce qui n'est le cas que de 34,1 % des médecins généralistes voyant moins d'un héroïnomanes par mois ($p < 0,001$). Un quart des médecins (23,8 %) concernés par la prise en charge mensuelle d'un héroïnomanes confie ses patients toxicomanes à un centre spécialisé; cette proportion s'élève à 62,6 % chez les médecins voyant moins d'un héroïnomanes par mois ($p < 0,001$). On n'observe pas d'évolution sur cet aspect depuis le dernier Baromètre santé.

On constate des différences significatives dans la prise en charge des patients toxicomanes selon que les médecins généra-

listes prescrivent ou non un traitement de substitution : 60,7 % des médecins voyant au moins un héroïnomanes par mois et prescrivant un traitement de substitution déclarent prendre en charge leurs patients toxicomanes en liaison avec une structure spécialisée, alors que seuls 31,7 % des praticiens qui ne prescrivent pas de traitement de substitution déclarent la même chose ($p < 0,001$). On ne constate pas d'évolution sur ce point depuis 1998. Le travail en lien avec une structure est une situation très fréquente chez les médecins prescrivant de la méthadone, puisque les trois quarts d'entre eux (72,5 %) rapportent cette forme de prise en charge ; en comparaison, 60,7 % des médecins prescrivant du Subutex® déclarent prendre en charge leurs patients toxicomanes en relation avec une structure spécialisée [figure 3].

Parmi les médecins qui prennent en charge les patients toxicomanes seuls ou en liaison avec une structure spécialisée et qui voient au moins un héroïnomanes par mois, la quasi-totalité (95,6 %) indique avoir prescrit un traitement de substitution : 90,8 % du Subutex® et 29,4 % de la méthadone. En 1998, 88,4 % des médecins généralistes dans la même situation déclaraient

avoir prescrit un traitement de substitution ($p < 0,001$), 83,4 % déclaraient avoir prescrit du Subutex® ($p < 0,01$) et 15,2 % seulement de la méthadone ($p < 0,001$).

Pharmaciens d'officine et patients toxicomanes

Le travail en réseau

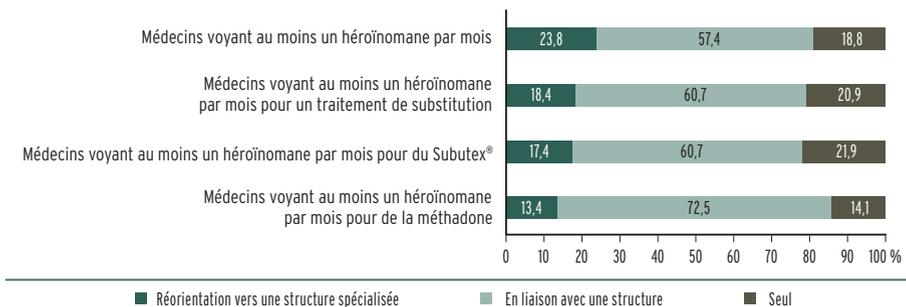
Seuls 5,8 % des pharmaciens d'officine interrogés ($n=62$) déclarent participer à un réseau de toxicomanie, ce qui représente un tiers des pharmaciens (37,4 %) appartenant à un réseau de soins. En terme de fréquentation, le réseau de toxicomanie apparaît ainsi, dans le Baromètre santé, comme le plus prisé par les pharmaciens d'officine. On constate toutefois, en quatre ans, une diminution de la proportion de pharmaciens déclarant participer à un réseau de toxicomanie puisque, en 1998, un pharmacien sur dix (10,1 %) déclarait en faire partie ($p < 0,001$).

Le nombre de patients toxicomanes pris en charge

En 2003, 85,1 % des pharmaciens d'officine déclarent voir au moins un toxicomane par mois, un tiers (33,6 %) déclare en voir

FIGURE 3

Pourcentage de médecins prenant en charge des toxicomanes seuls, en liaison avec une structure spécialisée ou les confiant à une structure, selon le type de patients suivis



dix ou plus par mois. On observe, depuis la dernière enquête, une augmentation significative de la proportion des pharmaciens recevant des toxicomanes dans leur officine, soit 55,1 % en 1998 ($p < 0,001$), ainsi que de la part des pharmaciens recevant plus de dix toxicomanes par mois (13,5 % ; $p < 0,001$) [figure 4]. Il convient toutefois de préciser que le questionnaire a été modifié sur ce thème, ce qui peut biaiser la comparaison : en 1998, il s'agissait pour les pharmaciens de se prononcer sur le nombre de clients toxicomanes « sous traitement », alors que la question en 2003 est plus large.

Dans un modèle de régression logistique multivariée, les pharmaciens dont l'officine est implantée dans de grandes agglomérations sont proportionnellement plus nombreux à être régulièrement concernés par des usagers de drogue que leurs collègues exerçant dans des zones moins urbanisées (92,0 % vs 73,6 % ; $p < 0,001$) [tableau V]. Le chiffre d'affaires de l'officine distingue également les pharmaciens qui voient au moins un toxicomane par mois de ceux qui ne sont pas confrontés, ou moins régulièrement, à cette clientèle : plus le chiffre d'affaires est élevé et plus importante est la proportion de pharmaciens voyant au moins un toxicomane par mois. Par contre, la participation à un réseau de toxicomanie, qui est associée,

en analyse bivariée, au fait de recevoir des clients toxicomanes, n'apparaît pas comme un facteur discriminant quand l'effet des autres variables est pris en compte.

Lorsque l'on considère uniquement les pharmaciens voyant au moins un toxicomane par mois ($n=897$), on constate des différences entre ceux qui reçoivent entre un et neuf toxicomanes en moyenne par mois et ceux qui déclarent en voir dix ou plus. Les pharmaciens exerçant en centre-ville ou dans des officines réalisant un chiffre d'affaires annuel important ont en effet plus

FIGURE 4

Nombre de toxicomanes vus par mois par les pharmaciens d'officine en 1998 et en 2003 (en %)

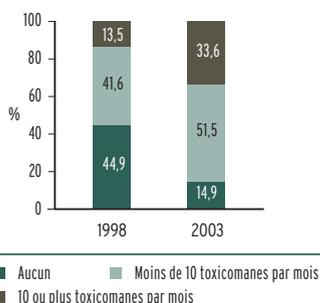


TABLEAU V

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de voir au moins un toxicomane par mois chez les pharmaciens d'officine ($n=1\ 026$)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Taille d'agglomération			
Inférieure à 20 000 habitants ($n=400$)	73,6	1,0	–
Supérieure à 20 000 habitants ($n=626$)	92,0***	4,4***	3,0–6,4
Chiffre d'affaires			
Moins de 760 000 euros ($n=250$)	77,5	1,0	–
Plus de 760 000 euros ($n=776$)	87,9***	2,5***	1,7–3,7

*** : $p < 0,001$.

de chances d'accueillir un nombre élevé de toxicomanes par mois [tableau VI].

Le type de traitements ou de produits délivrés

Si l'on centre l'analyse sur les pharmaciens voyant au moins un toxicomane par mois, on constate que 82,8 % déclarent que ces clients viennent à l'officine pour un traitement de substitution et 88,7 % pour des seringues et/ou des Stéribox®. Ces pharmaciens voient ainsi en moyenne 5,9 [5,3–6,5] usagers de drogues par mois pour un traitement de substitution et 6,1 [5,5–6,7] pour des seringues ou des Stéribox®. Si la proportion de pharmaciens délivrant des traitements de substitution a significativement diminué depuis 1998 où elle était de 90,5 % ($p < 0,001$), celle des pharmaciens vendant des seringues et/ou des Stéribox® a par contre augmenté, passant de 78,6 % à 88,7 % ($p < 0,001$). Le questionnaire ayant été modifié sur ce thème depuis la dernière enquête, il est difficile de savoir si cette évolution est réellement due à un changement dans les pratiques des pharmaciens ou des usagers. En outre, l'enquête ne permet pas de mesurer l'évolution du nombre moyen de clients reçus pour les produits considérés.

Dans les deux tiers des cas (69,6 %), les pharmaciens répondent à des demandes multiples, à la fois des traitements de substitution et des seringues ou Stéribox® [figure 5]. Seuls 12,1 % des pharmaciens déclarent délivrer uniquement des produits de substitution et 15,6 % uniquement des seringues ou des Stéribox®. Avec les mêmes restrictions dues au changement de questionnaire, on constate à nouveau une évolu-

FIGURE 5

Répartition des pharmaciens d'officine selon le type de produits délivrés en 1998 et en 2003 (en %)

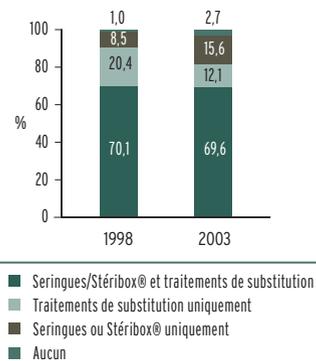


TABLEAU VI

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de voir dix toxicomanes ou plus, chez les pharmaciens voyant au moins un toxicomane par mois (n=872)

	OR ajusté	IC à 95 %
Implantation de l'officine		
Commune rurale (n=311)	1,0	–
Dans un centre-ville (n=171)	6,1***	3,9–9,3
Dans un quartier (n=346)	3,7***	2,6–5,3
Dans un centre commercial (n=44)	2,6**	1,3–5,2
Chiffre d'affaires		
Moins de 760 000 euros (n=191)	1,00	–
Plus de 760 000 euros (n=681)	2,0***	1,4–2,9

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

tion significative depuis la dernière enquête puisque, en 1998, 20,4 % des pharmaciens déclaraient délivrer uniquement des produits de substitution ($p < 0,001$).

En 2003, les pharmaciens délivrant à la fois des traitements de substitution et des seringues/Stéribox® présentent certaines caractéristiques par rapport à leurs collègues délivrant isolément ces produits ou ne les délivrant pas : leur officine se situe en zone urbaine, en centre-ville, et leur chiffre d'affaires est élevé.

La participation à un réseau de toxicomanie n'est pas associée à la délivrance de seringues ou de Stéribox® ; en revanche, les pharmaciens participant à un réseau de toxicomanie sont proportionnellement plus nombreux (93,2 %) à délivrer des traitements de substitution que les pharmaciens ne déclarant pas une telle activité (80,0 %, $p < 0,05$).

La délivrance de ces produits est enfin quasi systématique chez les pharmaciens recevant plus de dix toxicomanes par mois : 91,2 % d'entre eux déclarent en effet délivrer des traitements de substitution à leurs clients toxicomanes, et 94,1 % d'entre eux des seringues ou des Stéribox®. En 1998, ces mêmes pharmaciens étaient 86,6 % à déclarer délivrer des seringues ou des Stéribox® ($p < 0,01$).

LE RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES

Le sentiment d'efficacité des médecins généralistes

Un peu moins du tiers (29,5 %)⁵ des médecins généralistes s'estiment personnellement efficaces pour aider leurs patients à changer leurs comportements quant à l'utilisation de drogues. Ils sont significati-

vement plus nombreux à exprimer ce sentiment qu'en 1998, où 24,4 % des médecins s'estimaient efficaces ($p < 0,01$).

La participation à un réseau de toxicomanie, à une association de malades et le fait de prendre en charge seul ou en liaison avec une structure spécialisée des patients toxicomanes sont des facteurs significativement associés au sentiment d'efficacité, y compris quand d'autres facteurs sont pris en compte. Les médecins fumeurs ainsi que ceux qui déclarent consommer régulièrement de l'alcool ont également plus de chances d'éprouver ce sentiment [tableau VII].

Les pharmaciens d'officine

Le niveau de formation des pharmaciens

En 2003, on a interrogé les pharmaciens sur la perception de leur niveau de formation quant à la prise en charge des patients toxicomanes. Trois dimensions de cette prise en charge ont été explorées : la relation avec les malades toxicomanes, la délivrance des traitements de substitution et la politique de réduction des risques.

Près des deux tiers (63,4 %) de l'ensemble des pharmaciens s'estiment suffisamment formés à la délivrance de médicaments de substitution ; 43,2 % déclarent la même chose sur la relation avec les malades toxicomanes et 41,3 % seulement sur les politiques de réduction des risques.

La perception des pharmaciens de leur niveau de formation est significativement influencée par la présence, dans leur clientèle régulière, de toxicomanes ; les pharmaciens confrontés régulièrement à des usagers de drogues tendent à se sentir mieux formés que des pharmaciens moins concernés [figure 6]. Ainsi, si seulement un quart des pharmaciens (25,7 %) n'accueillant pas au moins un toxicomane par mois dans son officine s'estime suffisamment formé à la relation avec les usagers de drogues, 40,2 %

5. Les « Nsp », qui représentent 16,2 % des médecins généralistes, ont été exclus.

TABLEAU VII

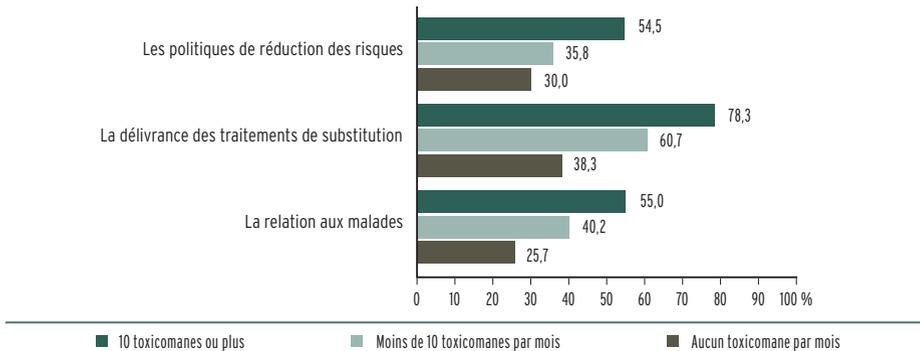
Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le sentiment d'être efficace contre l'utilisation de drogues, parmi les médecins généralistes (n=1 713)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Participe à un réseau toxicomanie			
Non (n=1 599)	28,5	1,0	–
Oui (n=114)	43,2***	1,5**	1,0–2,3
Participe à une association de malades			
Non (n=1 538)	28,5	1,0	–
Oui (n=175)	38,5**	1,5*	1,0–2,1
Tabagisme			
Non-fumeur (n=1 227)	27,3	1,0	–
Fumeur (n=486)	35,0**	1,4**	1,1–1,8
Consommation d'alcool			
Consommation régulière (n=521)	35,9	1,0	–
Consommation occasionnelle (n=870)	25,0	0,6***	0,5–0,8
Non-consommateur (n=322)	31,3***	0,9	0,6–1,2
Prend en charge des toxicomanes seul ou en liaison			
Non (n=860)	24,2	1,0	–
Oui (n=853)	34,8***	1,6***	1,3–2,0

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

FIGURE 6

Pourcentage de pharmaciens d'officine se sentant suffisamment formés sur..., selon le nombre de toxicomanes vus en moyenne par mois



des pharmaciens recevant entre un et neuf toxicomanes et 55,0 % des pharmaciens recevant plus de dix toxicomanes déclarent la même chose (p<0,001).

De la même façon, les pharmaciens

recevant des toxicomanes sont proportionnellement plus nombreux à se déclarer suffisamment formés à la politique de réduction des risques (43,2 % vs 30,0 % chez les pharmaciens non concernés ; p<0,01).

Enfin, les pharmaciens délivrant à la fois des seringues/Stéribox® et des traitements de substitution à leurs clients toxicomanes sont proportionnellement plus nombreux que leurs collègues délivrant uniquement des seringues/Stéribox®, à s'estimer suffisamment formés sur la délivrance des traitements de substitution ($p < 0,001$) et sur la relation aux malades ($p < 0,01$); par contre, on ne constate aucune différence significative pour les politiques de réduction des risques selon le type de produits délivrés [figure 7].

Les pharmaciens qui s'estiment les mieux formés — autrement dit, qui se sont déclarés suffisamment formés sur les trois dimensions étudiées, soit 22,1 % de l'ensemble des pharmaciens — se distinguent de leurs collègues sur plusieurs points [tableau VIII] : en contrôlant l'effet des différentes variables, on constate que les pharmaciens voyant au moins un toxicomane par mois ont deux fois plus de chances de se déclarer suffisamment formés sur les trois dimensions (OR ajusté = 1,9; $p < 0,001$). Travailler dans une agglomération supérieure à 20 000 habitants, être un homme sont des variables significativement associées au fait de se déclarer suffi-

samment formé. Les pharmaciens participant à un réseau de toxicomanie (49,0 % vs 20,4 %; $p < 0,001$) ou à une activité professionnelle au moins⁵ (25,4 % vs 13,9 %; $p < 0,001$) sont également plus enclins à partager cette impression. Enfin, les pharmaciens qui envisagent leur rôle comme important dans la prévention du sida sont également proportionnellement plus nombreux à s'estimer suffisamment formés à la relation aux malades toxicomanes, à la délivrance des traitements de substitution et aux politiques de réduction des risques.

La participation à un programme d'échange de seringues

Un tiers seulement des pharmaciens interrogés (30,3 %) s'estime prêt à participer à un programme d'échange de seringues et 6,4 % sont déjà engagés dans un tel programme; 57,1 % des pharmaciens refuseraient d'y participer et 6,2 % ont participé à ces programmes par le passé mais ne le font plus au moment de l'enquête.

5. Ce qui recouvre la participation à une des activités suivantes au moins : activités syndicales, Ordre des pharmaciens, associations de malades, associations de prévention, activités de formation ou activités de maître de stage.

FIGURE 7

Pourcentage de pharmaciens se sentant suffisamment formés sur..., selon le type de produits délivrés

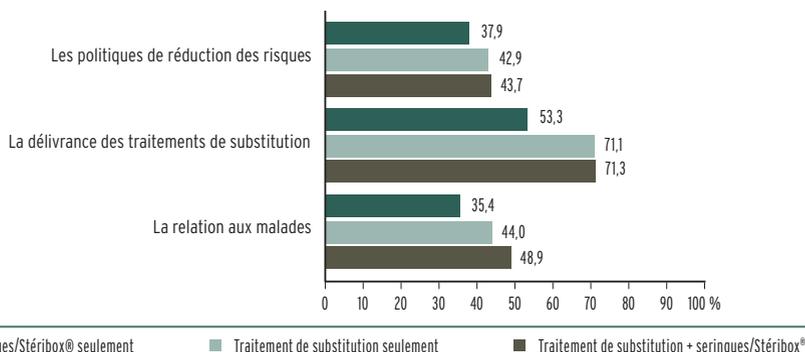


TABLEAU VIII

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de s'estimer suffisamment formé à la relation aux usagers de drogues, à la délivrance de traitements de substitution et à la politique de réduction des risques chez les pharmaciens d'officine (n=1 056)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme (n=479)	28,1	1,0	–
Femme (n=577)	16,9***	0,6***	0,4–0,8
Taille d'agglomération			
Inférieure à 20 000 habitants (n=409)	16,3	1,0	–
Supérieure à 20 000 habitants (n=647)	25,6***	1,5*	1,1–2,2
Participe à un réseau toxicomanie			
Non (n=994)	20,4	1,0	–
Oui (n=62)	49,0***	2,8***	1,6–5,0
Participe à au moins une activité professionnelle			
Non (n=297)	13,9	1,0	–
Oui (n=759)	25,4***	1,8**	1,2–2,6
Rôle concernant la prévention du sida			
Important (n=564)	24,9	1,0	–
Pas important (n=492)	18,6*	1,4*	1,0–1,9
Voit au moins un toxicomane par mois			
Non (n=160)	11,1	1,0	–
Oui (n=896)	23,8***	1,9*	1,1–3,4

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

On retrouve la même tendance parmi les pharmaciens voyant au moins un toxicomane par mois, ainsi que chez les pharmaciens qui vendent déjà des seringues ou des Stéribox® : seuls 7,8 % d'entre eux participent déjà à un programme d'échanges de seringues et 56,8 % ne souhaitent pas y participer.

Le fait d'avoir des usagers de drogues parmi sa clientèle n'influence pas l'opinion des pharmaciens quant à leur participation à un programme d'échange de seringues. Par contre, y compris en régression multivariée [tableau IX], les pharmaciens qui se déclarent prêts à participer à un programme d'échange de seringues ou qui y participent présentent les caractéristiques suivantes :

- ce sont des hommes (41,7 % vs 32,1 % ; p<0,01) ;
- ils exercent dans de petites aggloméra-

tions (inférieures à 20 000 habitants) plutôt que dans de grandes agglomérations ou à Paris (45,2 % vs 35,3 % et 20,5 % ; p<0,001) ;

- ils sont engagés dans des activités en relation avec une association de malades (51,4 % vs 34,7 % ; p<0,001) ;
- ils ont déjà réalisé pour eux-mêmes un test de dépistage du sida (38,2 % vs 30,4 % ; p<0,05).

OPINIONS SUR LA DROGUE ET LES USAGERS DE DROGUE

Le Baromètre santé 2003 nous permet de sonder les opinions des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine sur des questions relatives à la drogue et aux toxicomanes, et de les comparer. Certaines de ces questions avaient été posées aux médecins

TABLEAU IX

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de se sentir prêt à participer ou de participer déjà à un programme d'échange de seringues chez les pharmaciens d'officine (n=1 018)

	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Homme (n=573)	1,0	-
Femme (n=545)	0,7**	0,5-0,9
Taille d'agglomération		
Inférieure à 20 000 habitants (n=397)	1,0	-
Supérieure à 20 000 habitants (n=621)	0,5***	0,4-0,7
Participe à une association de malades		
Non (n=890)	1,0	-
Oui (n=128)	1,9**	1,3-2,7
A fait un test de dépistage du sida		
Non (n=220)	1,0	-
Oui (n=798)	1,5*	1,1-2,1

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

généralistes en 1992 et en 1998, ce qui permettra, pour cette population, de suivre les évolutions.

« Les toxicomanes sont avant tout des malades »

En 2003, 86,8 % des médecins généralistes et 84,7 % des pharmaciens d'officine sont d'accord (« *tout à fait* » ou « *plutôt* ») avec l'affirmation « *les toxicomanes sont avant tout des malades* ». On n'observe pas de différence significative entre les deux populations [figure 8]. On ne constate pas non plus, pour les médecins généralistes, d'évolution entre 1998 et 2003. Par contre, le pourcentage de médecins généralistes en accord avec cette opinion a augmenté significativement depuis 1992, où 81,6 % étaient dans ce cas (p<0,05).

Le fait d'être en relation, au moins une fois par mois, avec des patients toxicomanes ne modifie pas significativement l'opinion des professionnels de santé sur ce point. Par contre, les médecins qui suivent des héroï-

nomanes dans le cadre d'un traitement de substitution au Subutex® sont proportionnellement plus nombreux à approuver cette opinion que les médecins recevant des héroïnomanes mais ne prescrivant pas de Subutex® (88,9 % vs 80,4 %; p<0,01). La proportion de pharmaciens d'accord avec cette affirmation est également plus forte chez les professionnels qui estiment important leur rôle dans la prévention du sida que chez leurs collègues n'ayant pas cette perception (88,5 % vs 80,2 %; p<0,001).

« Les toxicomanes se conforment aux prescriptions médicales »

Sur l'affirmation « *les toxicomanes se conforment aux prescriptions médicales* », les opinions des professionnels de santé diffèrent significativement (SMR⁶ = 0,4 [0,3-0,4]) : un médecin sur dix (9,7 %) partage cette conception, alors qu'un quart des pharmaciens (25,9 %) exprime le même avis [figure 8]. Chez les médecins, le pourcentage est stable depuis 1998.

Le fait d'avoir des relations régulières avec des usagers de drogues influence les déclarations des professionnels de santé sur cette affirmation. Ainsi on trouve un pourcentage de professionnels en accord avec cette opinion plus important parmi les médecins qui voient au moins un héroïnomanes par mois dans leur consultation (15,8 % vs 6,4 % ; $p < 0,001$) ou parmi ceux qui suivent des héroïnomanes pour un traitement à la méthadone (25,4 % vs 12,9 % ; $p < 0,001$). Les pharmaciens qui accueillent au moins un toxicomane par mois dans leur officine sont également plus nombreux à se déclarer en accord avec l'idée que « *les toxicomanes se conforment aux prescriptions médicales* » que ceux qui ne sont pas en contact régulier avec cette clientèle (27,3 % vs 16,5 % ; $p < 0,001$).

Chez les généralistes, d'autres caractéristiques distinguent les médecins qui partagent cette opinion : une fois l'effet des différentes variables pris en compte, on trouve

plus fréquemment cette opinion parmi les médecins dont plus de 10 % des patients bénéficient de l'aide médicale gratuite (14,9 % vs 8,1 % ; $p < 0,001$) ou parmi les médecins qui se sentent efficaces contre l'utilisation de drogue (17,3 % vs 6,7 % ; $p < 0,001$).

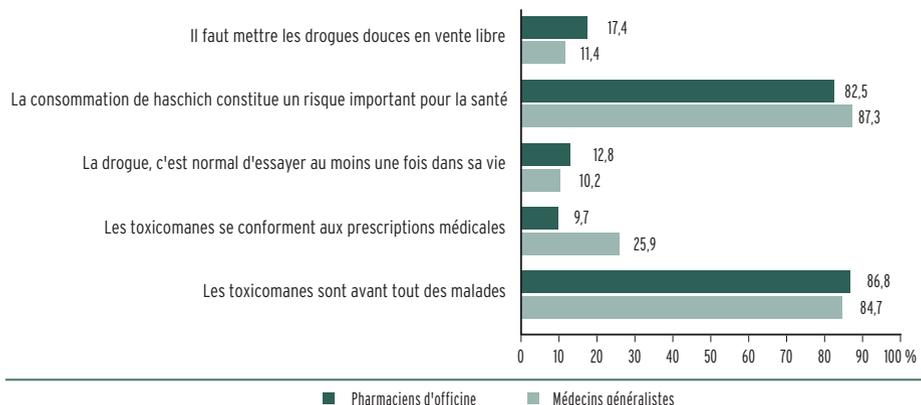
« La drogue, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie »

Comme en 1992 et en 1998, l'opinion des professionnels de santé sur l'expérimentation de la drogue est plutôt tranchée et unanime : seuls 12,8 % des médecins généralistes (12,9 % en 1998) et 10,2 % des pharmaciens sont d'accord avec cette affirmation. Les différences entre médecins et pharmaciens ne sont pas significatives après standardisation. La consommation d'alcool des professionnels de santé, médecins ou pharmaciens, influence leur opinion sur cette question : les professionnels de santé ayant une consommation régulière d'alcool tendent à admettre cette assertion plus fréquemment que leurs collègues ne

6. Pour comparer les déclarations des médecins et des pharmaciens, une standardisation sur le sexe et l'âge a été effectuée (cf. chapitre *Présentation méthodologique et principales caractéristiques des professionnels de santé*).

FIGURE 8

Proportion de médecins généralistes et de pharmaciens d'officine se déclarant d'accord (« tout à fait » ou « plutôt ») avec des opinions à propos de la drogue (en %)



buvant pas ou moins régulièrement (16,7 % vs 11,1 % chez les médecins généralistes, $p < 0,001$; 14,0 % vs 8,4 % chez les pharmaciens; $p < 0,01$). La différence persiste chez les médecins, mais n'est plus significative chez les pharmaciens lorsque l'on introduit la variable « sexe » dans un modèle de régression logistique. De la même façon, y compris quand on tient compte d'un possible effet de homme/femme, les pharmaciens fumeurs sont plus nombreux à être d'accord avec l'expérimentation de drogues que les non-fumeurs (17,8 % vs 7,9 %; $p < 0,001$), cette différence n'apparaissant pas chez les médecins généralistes en 2003.

La proportion de pharmaciens partageant cette opinion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (14,4 % vs 6,4 %; $p < 0,001$). Enfin, on retrouve également cette opinion plus indulgente chez les médecins généralistes qui participent à un réseau de toxicomanie : un sur cinq (20,7 %) est d'accord avec le fait qu'il est « *normal d'essayer au moins une fois dans sa vie* » de la drogue, contre 12,3 % des médecins qui n'appartiennent pas à un réseau de ce type ($p < 0,01$).

« La consommation de haschich constitue un risque important pour la santé »

Cette affirmation suscite le consensus des pharmaciens et des médecins, qui sont respectivement 87,3 % et 82,5 % à se déclarer d'accord. Si l'on ne constate pas de différence entre professionnels de santé après standardisation, on observe par contre une nette évolution chez les médecins depuis 1998, où seuls les deux tiers (62,9 %, $p < 0,001$) partageaient cette opinion.

Le tabagisme des professionnels de santé limite l'adhésion à cette opinion : 78,1 % des médecins fumeurs et 79,4 % des pharmaciens fumeurs reconnaissent que la « *consommation de haschich constitue un*

risque important pour la santé », alors qu'ils sont respectivement 84,3 % ($p < 0,001$) et 89,7 % ($p < 0,001$) des non-fumeurs à penser la même chose.

Chez les médecins, le fait de voir au moins un héroïnomanie par mois est associé à des taux d'accord moins élevés : ainsi, 76,2 % des médecins voyant au moins un héroïnomanie par mois sont d'accord avec cette affirmation, contre 85,6 % des médecins non concernés par cette clientèle ($p < 0,001$).

« Il faut mettre les drogues douces en vente libre »

Cette affirmation recueille des avis distincts entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine : 17,4 % des médecins généralistes et 11,4 % seulement des pharmaciens d'officine sont d'accord pour mettre les drogues douces en vente libre. La différence est significative (SMR = 1,3 [1,2–1,5]). Si les médecins généralistes sont proportionnellement plus nombreux à partager cette opinion, on observe toutefois, depuis 1992, une diminution de la proportion de médecins généralistes se déclarant d'accord avec cette affirmation : 22,6 % en 1992 ($p < 0,05$) et 21,3 % lors de la précédente enquête ($p < 0,01$).

Chez les médecins comme chez les pharmaciens, la taille de l'agglomération dans laquelle les professionnels exercent influence assez nettement les opinions : les professionnels de santé exerçant en agglomération parisienne sont proportionnellement plus nombreux (24,9 % des médecins et 17,9 % des pharmaciens) à se déclarer favorables à une telle mesure que les professionnels des petites⁷ (17,0 % des généralistes et 10,0 % des pharmaciens) ou moyennes agglomérations⁸ (respectivement 15,4 %, $p < 0,01$ et 10,2 %, $p < 0,05$).

De façon similaire, les professionnels de

7. Inférieures à 20 000 habitants.

8. Supérieures à 20 000 habitants hors agglomération parisienne.

santé confrontés régulièrement à des toxicomanes sont plus enclins à approuver une telle affirmation : un cinquième (21,8 %) des médecins généralistes voyant au moins un héroïnomanes par mois (ν s 15,1 %, $p < 0,001$) et 12,5 % des pharmaciens recevant au moins un toxicomane par mois (ν s 5,1 %, $p < 0,01$) sont d'accord pour « mettre les drogues douces en vente libre ».

Le tabagisme est également, dans les deux professions, un critère favorisant un accord avec cette opinion, les fumeurs étant significativement plus nombreux à partager cette

opinion que les non-fumeurs, tant chez les médecins (21,1 % ν s 15,9 % ; $p < 0,01$) que chez les pharmaciens (17,8 % ν s 9,4 % ; $p < 0,001$).

Enfin, chez les pharmaciens, les hommes sont deux fois plus nombreux à se prononcer en faveur de la vente libre des drogues douces que les femmes (15,5 % ν s 7,8 % ; $p < 0,001$).

Les modèles de régression logistique multivariée confirment ces effets pour les médecins généralistes et pour les pharmaciens d'officine [tableau X].

TABLEAU X

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est être d'accord avec l'opinion « Il faut mettre les drogues douces en vente libre », chez les médecins généralistes (n=1 945) et chez les pharmaciens d'officine (n=1 029)

	Médecins généralistes		Pharmaciens d'officine	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe				
Homme	1,0	–	1,0	–
Femme	0,8	0,6–1,1	0,5***	0,3–0,7
Taille d'agglomération				
Inférieure à 20 000 habitants	1,0	–	1,0	–
Supérieure à 20 000 habitants	0,9	0,7–1,1	0,9	0,5–1,4
Agglomération parisienne	1,6**	1,1–2,3	1,9*	1,1–3,3
Voit au moins un héroïnomanes par mois/Reçoit au moins un toxicomane par mois				
Non	1,0	–	1,0	–
Oui	1,5**	1,2–2,0	2,8*	1,3–6,1
Fumeur				
Oui	1,0	–	1,00	–
Non	1,4*	1,1–1,8	2,0**	1,3–3,1

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

DISCUSSION

Le Baromètre santé 2003 est, à notre connaissance, une des rares enquêtes en France à disposer de données complémentaires sur les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, professions qui sont au cœur de la politique de réduction des risques mise en place depuis une dizaine d'années

en France. Son caractère répété, depuis 1992 pour les médecins et depuis 1998 pour les pharmaciens, permet en outre de suivre l'évolution des attitudes et des pratiques et d'évaluer ainsi les effets des modifications ou des incitations réglementaires. Pour autant, le Baromètre santé présente

des limites qu'il convient de rappeler et de garder en mémoire : le questionnaire a été modifié sur plusieurs points, notamment pour les pharmaciens d'officine, ce qui rend délicate la comparaison avec les enquêtes précédentes. Par ailleurs, contrairement à de nombreuses enquêtes françaises sur les traitements de substitution, le Baromètre santé ne s'appuie pas sur des données de remboursement ou des fichiers d'assurés, mais se fonde sur les déclarations des professionnels de santé ; cette particularité permet d'explorer des dimensions méconnues de leur relation aux usagers de drogues, mais peut rendre délicate l'estimation du nombre de patients suivis, ou de produits prescrits ou vendus à ces patients.

PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES ET DES HÉROÏNOMANES : UN BILAN MITIGÉ

Depuis 1998, on constate une augmentation significative de la proportion de professionnels de santé, tant médecins que pharmaciens, concernés par la prise en charge des toxicomanes.

Concernant les médecins généralistes, l'augmentation des praticiens concernés par la prise en charge des toxicomanes en général est constante depuis 1993. Pour autant, elle ne signifie pas que les médecins généralistes se chargent eux-mêmes, seuls ou en liaison avec une structure de soins spécialisés, de la prise en charge. D'ailleurs, le pourcentage de médecins déclarant voir des patients héroïnomanes une fois par mois est demeuré stable depuis la dernière enquête. Cette stabilité dans la prise en charge effective de patients toxicomanes se retrouve dans l'enquête Eval réalisée auprès de la même population en 1998 et en 2001, qui ne constate pas d'évolution dans la proportion de médecins généralistes ayant vu au moins un patient toxicomane au cours

des douze derniers mois [12]. En 2003, selon les estimations calculées à partir des déclaratifs des médecins généralistes dans le Baromètre santé, environ 97 500 patients héroïnomanes seraient ainsi suivis chaque mois en médecine de ville ; cette estimation ne tient toutefois pas compte des patients qui seraient suivis par deux médecins en même temps, et elle doit donc surévaluer quelque peu le chiffre moyen d'héroïnomanes suivis mensuellement.

Si on constate une stabilité dans la part des médecins voyant au moins un héroïnomanes par mois, ces professionnels sont plus nombreux qu'en 1998 à prescrire des traitements de substitution à leurs patients, l'évolution étant d'ailleurs plus importante pour la prescription de méthadone que du Subutex®. Le nombre estimé d'héroïnomanes auxquels est prescrit un traitement de substitution à la buprénorphine haut dosage (BHD) en 2002 est estimé à 79 000 environ, contre 74 000 en 1998. Cette estimation correspond à celles calculées à partir des ventes de BHD en officine, fournies par le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution (Siamois) : en rapportant les ventes annuelles à la posologie moyenne recommandée, les études font état d'une hausse du nombre moyen de personnes suivant un traitement de substitution entre 1999 et 2001, passant de 64 000 à 84 000. En 2001, le nombre estimé de personnes sous Subutex® était de 74 000 [10, 13]. Des données plus récentes précisent ces estimations en tenant compte de posologies moyennes plus élevées : durant le dernier trimestre 2002, 71 800 patients auraient reçu un traitement à la BHD en France et 11 200 de la méthadone [14]. Ces estimations ne tiennent compte ni des usages détournés du Subutex® (revente notamment) ni du nomadisme médical important dans cette population. Des enquêtes réalisées à partir des données de la Cnamts estiment ainsi

qu'entre 21 et 25 % des quantités de produits remboursés alimenteraient un marché parallèle [14], et que les patients voient en moyenne 1,5 praticien en trois mois [15].

Malgré un rééquilibrage vers la méthadone, souhaité par le Plan triennal et confirmé par les chiffres de vente [10], la BHD demeure encore largement le traitement de substitution le plus prescrit en médecine de ville. Afin de favoriser le développement de la méthadone en France, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 prévoit l'élaboration de cadres et de protocoles permettant la primo-prescription de la méthadone en médecine de ville [11].

Les médecins généralistes en prise directe avec des patients toxicomanes ou héroïnomanes présentent un profil particulier : il s'agit surtout d'hommes, travaillant dans de grandes agglomérations, réalisant plus de 20 actes par jour et recevant plus de 10 % de patients bénéficiant d'une aide médicale gratuite. Pour la prise en charge d'héroïnomanes s'ajoutent un critère d'âge (moins de 50 ans) et le fait de travailler dans un cabinet de groupe.

Ce profil fait avant tout écho à celui des usagers de drogues et des patients recevant des traitements de substitution qui a été mis en évidence par plusieurs études : hommes jeunes (32 ans en moyenne), polytoxicomanes, ils bénéficient majoritairement d'une couverture médicale universelle (CMU) ou, pour un quart d'entre eux, d'un ticket modérateur au titre d'une affection longue durée [15].

La participation à un réseau de santé «toxicomanie», voire à un réseau hépatite C, est également un facteur important de prise en charge de patients usagers de drogues, de même que le sentiment d'être efficace dans la lutte contre les drogues. Déjà souligné lors du Baromètre santé 1998, ce résultat va dans le sens des récentes recommandations [6] en matière de substitution, qui pointent l'utilité

du travail interdisciplinaire et la collaboration avec des centres de soins spécialisés comme garanties d'une prise en charge efficace. Pour autant, la participation effective à des réseaux de soins est encore peu répandue. En 2002, on comptait seulement 96 réseaux «ville-hôpital», dont 67 spécialisés dans la prise en charge de la toxicomanie [10]. Le sentiment d'efficacité est associé, dans le Baromètre santé médecins/pharmaciens, non seulement à la participation à un réseau de toxicomanie, mais également à la participation aux activités d'une association de malades et au fait de prendre en charge, seul ou en liaison avec une structure spécialisée, des toxicomanes. L'expérience de la prise en charge de ce type de patients semble être le meilleur moyen d'atténuer les réticences éventuelles des praticiens à l'égard des patients toxicomanes et de contribuer à une prise en charge plus efficace.

Si la participation à un réseau caractérise la prise en charge de patients toxicomanes en médecine de ville, il n'en va pas de même chez les pharmaciens d'officine. En effet, on ne constate pas d'association entre l'insertion dans un réseau de toxicomanie et le fait d'accueillir en officine des toxicomanes, ou même le sentiment d'être bien formé sur la toxicomanie. Par contre, les pharmaciens s'estimant suffisamment formés sur différents thèmes concernant la réduction des risques voient au moins un toxicomane par mois, participent plus fréquemment aux activités d'associations de malades et de prévention, et perçoivent leur rôle dans la prévention du sida comme important. Comme pour le sentiment d'efficacité des médecins, le niveau de formation perçu par les pharmaciens dépend à la fois d'un engagement dans la prévention et du contact régulier avec la toxicomanie et les usagers de drogues. Il convient toutefois de noter que ce sentiment n'est partagé que par un quart des pharmaciens d'officine interrogés.

Depuis 1998, on observe une nette diminu-

tion de la part de pharmaciens délivrant des produits de substitution et une hausse de déclaratifs de vente de seringues ou de Stéribox®. Cette évolution doit toutefois être considérée avec prudence au regard du changement dans la formulation de la question. Les chiffres de vente de seringues en pharmacies semblent plutôt à la baisse entre 2000 et 2001 [10]. Les pharmaciens interrogés dans le cadre de cette enquête se montrent majoritairement réticents à participer à un programme d'échange de seringues (PES), y compris les pharmaciens confrontés régulièrement à des clients toxicomanes. Cette faible motivation peut en partie s'expliquer par les caractéristiques sociales des patients participant aux PES, supposés en plus grande précarité et à plus hauts risques sanitaires que les autres toxicomanes [16], même si aucune donnée française ne corrobore ces hypothèses [2].

OPINIONS SUR LA DROGUE ET SUR LES USAGERS DE DROGUES

Le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 a permis de comparer les attitudes des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine vis-à-vis de plusieurs opinions sur les drogues et les usagers de drogue.

Les résultats ont confirmé certaines caractéristiques déjà relevées lors du précédent Baromètre, notamment l'association entre les comportements addictifs (tabac et alcool) des professionnels et leurs réactions à l'égard de la drogue en général (« *la drogue, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie* ») et du haschich en particulier (« *dangereux pour la santé* »). Les professionnels de santé en contact régulier avec des patients toxicomanes sont proportionnellement plus tolérants à l'égard de ces comportements addictifs.

On constate également des différences d'opinion importantes entre profession-

nels quant à la légalisation des drogues douces : les pharmaciens, les plus directement concernés par la vente éventuelle de ces produits, sont beaucoup plus réticents que les médecins. Les médecins généralistes, quant à eux, éprouvent plus de difficultés que les pharmaciens à admettre que les « *toxicomanes se conforment aux prescriptions médicales* », sans qu'il soit possible de déterminer si cela explique un engagement moindre des médecins dans la prise en charge de patients toxicomanes ou si, au contraire, cette méfiance résulte de contacts moins réguliers avec cette population.

Enfin, depuis 1998, les opinions des médecins généralistes ont évolué sur deux points majeurs : ils sont proportionnellement plus nombreux à reconnaître les risques du haschich et moins nombreux à vouloir légaliser la vente de drogues douces. On peut supposer que les données scientifiques récentes, synthétisées et valorisées à l'occasion de la publication de l'expertise Inserm sur les effets du cannabis sur la santé [17] ont pu influencer l'opinion des professionnels de santé sur ce sujet. Sur ces deux points — risques du haschich et légalisation des drogues douces —, l'enquête Eropp (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) réalisée en 1999 et 2002 auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 15 à 75 ans fournit des points de comparaison intéressants : en 2002, environ un quart des personnes interrogées (23,9 %) est favorable à la vente libre de cannabis, alors qu'elles n'étaient que 17,1 % en 1999. En parallèle, 32,5 % estiment que le cannabis n'est dangereux qu'à partir d'une consommation quotidienne, et 50,8 % qu'il est dangereux dès l'expérimentation (contre respectivement 28,1 % et 51,3 % en 1999) [18].

Relecteurs

Judith Cytrynowicz (INPES)
Agnès Cadet-Tairou (OFDT)
Dominique Lopez (OFDT)
Christophe Palle (OFDT)
Laure Vaissade (OFDT)

Bibliographie

- [1] Wiewiorka S.
La réduction des risques.
Revue Documentaire Toxibase 1996 ; 3 : 1-21.
www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_reduc.pdf [15/03/2005]
- [2] Emmanuelli J., Lert F., Valenciano M.
Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France.
Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 1999 : 62 p.
www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/pro/etudes/rapport15.pdf [15/03/2005]
- [3] Grunwald D.
Prise en charge médicale des toxicomanes : dispositions actuelles, réflexions d'avenir.
Ordre des médecins, 1998.
- [4] Morel A.
Traitements de substitution à la buprénorphine : l'expérience française.
Revue Toxibase 2000 ; 3 : 1-37.
www.toxibase.org/BaseBiblio/FicData/D0007082001.pdf [15/03/2005]
- [5] Poloméni P.
Les réseaux addictions.
Revue Toxibase 2002 ; 8 : 1-16.
www.toxibase.org/BaseBiblio/FicData/D0007510001.pdf [15/03/2005]
- [6] Fédération française d'addictologie et Anaes.
Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution (23 et 24 juin 2004).
Paris : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2004 : 40 p.
www.anaes.fr [15/03/2005]
- [7] Collin J.-F.
Santé et prévention : enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99.
Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 64 p.
- [8] Velter A., Gautier A.
Médecins généralistes et patients toxicomanes.
In : Arènes J., Guilbert P., Baudier F. (sous la dir.) *Baromètre Santé. Médecins généralistes 98/99*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 113-25.
- [9] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.
Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001.
Paris : La Documentation française, 2000 : 226 p.
- [10] Setbon M., Guérin O., Karsenty S., Kopp P.
Évaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) : rapport général.
Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2003 : 380 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eval0.htm [15/03/2005]
- [11] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.
Paris : Mildt, 2004 : 113 p.
www.ladocfrancaise.gouv.fr/brp/notices/044000392.shtml [15/03/2005]
- [12] Coulomb S., Duburcq A., Marchand C., Péchevis M.
Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001.
Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2002 : 86 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cemka.pdf [15/03/2005]
- [13] Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002.
Paris : OFDT, 2002 : 185 p.
www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/dd.htm [15/03/2005]
- [14] Cadet-Tairou A., Coste J.M., Bello P.Y., Palle C.
Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? Tendances 2004 ; 37 : 1-2.
www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/savoir_plus/tendances/tendances37.pdf [15/03/2005]
- [15] Claroux-Bellocq D., De Baillicourt S., Saint-Jean F., et al.
Les traitements de substitution aux opiacés en France métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'assurance maladie.
Revue médicale de l'assurance maladie 2003 ; 34 (2) : 93-102.
- [16] **Journée nationale de l'échange de seringues en pharmacies** : les actes de la journée, Lyon, 26 mars 2001, CHS Saint-Jean de Dieu
Lyon : Apothicom, 2001 : 60 p.
www.steribox.tm.fr/francais/actualite/rapport/actes.pdf [15/03/2005]
- [17] **Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?**
Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 429 p.
- [18] Beck F., Legleye S.
Drogues et politiques publiques : évolution des perceptions et des opinions, 1999-2002.
Tendances 2003 ; 28 : 1-4.
www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/tend28.htm [15/03/2005]





CIRIMA

CIRIMA

CIRIMA

CIRIMA

CIRIMA



ITIL ELISE 198

Woman

[CHAOS]



L'essentiel

La quasi-totalité (98,2 %) des généralistes ont prescrit, au cours du dernier mois, un des trois examens de dépistage recommandés et étudiés : 96,4 % pour la mammographie (avec une progression significative depuis 1998 en pourcentage et en nombre moyen : 6,0 vs 4,8), 79,8 % pour le frottis du col de l'utérus (avec une diminution significative depuis 1998 en pourcentage, mais une augmentation en nombre moyen : 6,5 vs 5,5), 43,8 % pour la recherche de saignement occulte dans les selles dans un but de dépistage (avec une augmentation importante du pourcentage depuis 1998 et un accroissement du nombre moyen de tests prescrits : 3,5 vs 2,5). La réalisation d'une radiographie du poumon (retenue dans aucune recommandation) progresse en pourcentage (65,7 % vs 55,7 % en 1998) et en nombre moyen (2,6 à 3,2).

Une analyse spécifique a été faite pour la dernière consultante âgée de 50 à 60 ans vue par les médecins au moment de la réalisation de l'enquête, sans facteurs de risque particuliers, ni individuels, ni familiaux, de cancer, et que le médecin inter-

rogé suit régulièrement. Plus de neuf médecins sur dix (90,7 %) déclarent lui avoir prescrit une mammographie de dépistage au cours des trois dernières années. Une augmentation très significative de ce pourcentage est observée depuis 1998 (70,3 % vs 90,7 %), ainsi que de la proportion globale de patientes ayant bénéficié d'une mammographie, quel que soit le prescripteur (89,5 % vs 97,6 %). Parmi les médecins prescripteurs, la proportion de ceux affirmant que la mammographie prescrite était de leur initiative est de 88,3 %. Le pourcentage de mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé est relativement faible : moins d'un médecin sur vingt (4,5 %). Un peu plus d'un tiers (35,7 %) des généralistes déclarent que leur dernière patiente âgée de 50 à 60 ans n'a pas eu de frottis au cours des trois dernières années. Par ailleurs, ils sont proportionnellement plus nombreux en 2003 à avoir réalisé eux-mêmes un frottis chez leur dernière patiente (38,4 % en 2003 vs 29,0 % en 1998). Dans plus de neuf cas sur dix (92,2 %), le frottis a été prescrit ou réalisé à leur initiative.

Au cours des deux dernières années, 15,5 % des patientes de 50 à 60 ans ont bénéficié d'une recherche de saignement occulte dans les selles avec un objectif de dépistage. Dans une majorité des cas (73,9 %), c'est le généraliste qui est à l'origine de la demande. Pourtant, c'est pour ce type de dépistage que la demande semble la plus forte de la part des femmes de 50 à 60 ans (colorectal : 17,9 % ; sein : 9,0 % ; col : 6,4 %). Enfin, pour les trois types de cancer, c'est une fois sur deux dans le cadre d'un bilan général de santé que ces examens sont réalisés.

Chez les médecins, les facteurs associés au dépistage sont en général du même type que pour d'autres actes de prévention : médecin jeune, n'ayant pas un mode d'exercice particulier, réalisant un nombre d'actes important, appartenant à un réseau ou étant référent. Selon les déclarations des pharmaciens titulaires d'officine, la demande de renseignements concernant le dépistage des cancers est peu fréquente (« souvent » : 12,2 %), avec principalement des sollicitations concernant les cancers du sein et du côlon.

Dépistage des cancers

Des pratiques contrastées

FRANÇOIS BAUDIER

La lutte contre le cancer est devenue une priorité de santé publique, affichée par le président de la République à partir de 2002 [1, 2]. Un plan national, décliné dans chaque région, a été mis en œuvre. Piloté par la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer et relayé par les institutions et associations concernées, il comprend soixante-dix mesures déclinées autour de six axes majeurs : 1. la prévention primaire par le contrôle de certains déterminants comme le tabac et l'alcool ; 2. le dépistage des cancers ; 3. les soins ; 4. l'accompagnement social ; 5. la formation ; 6. la recherche.

La mise en œuvre des premières mesures a été marquante. Ce fut le cas, par exemple, de la hausse très importante du prix du tabac. Elle semble avoir permis une diminution sensible de la consommation de cigarettes [3], phénomène déjà amorcé depuis quelques années en France [4]. La création de « cancéropôles » et d'un institut national dédié à la lutte contre cette pathologie (et à la recherche) sont aussi deux faits

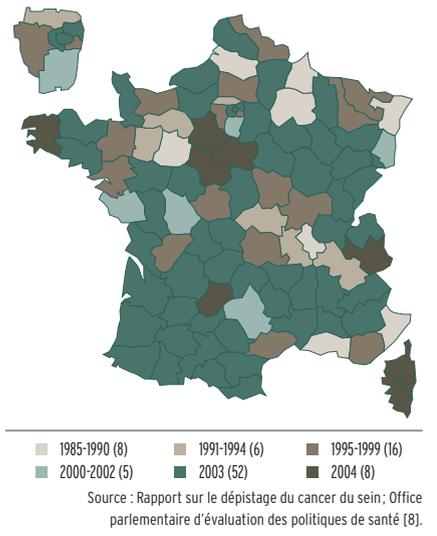
notables. Toutes ces mesures, coordonnées et concertées, devraient permettre, dans l'avenir, de structurer et de rendre plus efficient l'ensemble des initiatives prises pour réduire la mortalité de cette pathologie et améliorer sa prise en charge.

La mise en place de programmes de dépistage organisé est relativement ancienne (près de quinze ans). Elle avait été initiée par la Caisse nationale de l'assurance maladie dans un cadre expérimental : cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal. Pour le sein, une montée en charge progressive s'est opérée au cours des années quatre-vingt-dix et a concerné jusqu'à trente-deux départements avant sa généralisation, intervenue en 2002 [5]. Aujourd'hui, l'ensemble du territoire national dispose d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein [6-8] [figure 1]. Pour le col de l'utérus, l'expérimentation se poursuit dans cinq départements avec des perspectives nouvelles autour de techniques d'identification du papillomavirus, qui pourraient venir en

FIGURE 1

Départements français selon leur ancienneté d'entrée dans le programme de dépistage

État en avril 2004



complément du test actuel [9, 10]. La direction générale de la Santé travaille avec les experts du groupe technique national pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en perspective d'une extension de cette phase pilote à plusieurs autres départements, selon un cahier des charges commun. Enfin, le cancer colorectal bénéficie de l'HémocultII®. Au début des années quatre-vingt-dix, plusieurs régions ont expérimenté sans succès un dépistage organisé. La principale cause de cet échec fut un taux de participation trop faible. En revanche, depuis plusieurs années en Saône-et-Loire une zone pilote poursuit avec réussite une expérimentation de ce dépistage [11]. En parallèle, les centres d'exams de santé du régime général pratiquent ce dépistage dans le contexte spécifique de ces bilans périodiques [12]. Depuis 2002, dans le cadre d'un cahier des charges pour le cancer colorectal et d'un dispositif organisationnel renouvelé (contrat de santé

publique avec les médecins généralistes), un peu plus de vingt départements se sont engagés dans une expérimentation qui fera l'objet d'une évaluation confiée à l'Institut de veille sanitaire avant une éventuelle généralisation. Par ailleurs, un nouveau test est expérimenté à l'heure actuelle (Manche/Calvados) avec des résultats prometteurs [13, 14].

Les données présentées dans ce chapitre

QUESTION DE DÉFINITION

Il est important de faire une différence entre dépistage individuel, dépistage organisé et détection précoce.

Le dépistage individuel est une démarche médicale qui s'entend au cas par cas. Elle est laissée à l'initiative de chaque médecin et est orientée en fonction des antécédents et des facteurs de risque spécifiques. Elle doit tenir compte, comme pour le dépistage organisé, de référentiels validés par la communauté scientifique et les autorités de santé compétentes. La prise de tension artérielle lors d'un examen clinique de base est l'exemple le plus habituel d'un dépistage individuel largement utilisé auprès de consultants sans signes cliniques apparents.

Le dépistage organisé s'inscrit, quant à lui, dans un protocole de santé publique. Il s'applique à une population cible, à la recherche d'une maladie, à partir d'un cahier des charges validé et mis en œuvre avec le maximum de rigueur, en particulier sur le plan organisationnel.

Il ne faut pas confondre le dépistage (individuel ou organisé) et *la détection précoce*. En effet, cette dernière consiste à reconnaître une maladie le plus tôt possible, mais à partir de l'apparition de signes cliniques (identifiés lors de l'examen par un médecin ou à la demande d'un patient se plaignant d'un symptôme). *A contrario*, le dépistage individuel ou organisé s'adresse à des sujets considérés *a priori* en bonne santé et qui n'ont pas de signes cliniques d'appel.

explorent le comportement des médecins et des pharmaciens vis-à-vis du dépistage des trois cancers pour lesquels un examen de dépistage est recommandé (sein, col et colorectal), et un pour lequel il n'existe pas d'examen préconisé (poumon). Comme dans le précédent Baromètre santé, une analyse plus spécifique porte sur la dernière

patiente âgée de 50 à 60 ans, vue en consultation par le généraliste. Ce choix est lié au fait que, dans cette tranche d'âge, toutes les femmes sont en principe concernées par le dépistage des trois cancers (sein, col et colorectal). Par ailleurs, interroger le praticien sur la dernière patiente permet de contrôler certains biais de déclaration.

RÉSULTATS

PLACE DU DÉPISTAGE DANS LES ACTIVITÉS DES GÉNÉRALISTES ET DES PHARMACIENS

Pratique du dépistage par les généralistes

Évaluées à travers le nombre d'examens de dépistage mensuels réalisés (ou prescrits) par le généraliste, ces pratiques concernent en 2002 la quasi-totalité des médecins interrogés. Ils sont en effet 98,2 % à avoir prescrit au cours du dernier mois un des trois examens de dépistage recommandés et étudiés. La mammographie est le plus répandu de ces examens : 96,4 % des praticiens en ont prescrit au moins une au cours du mois précédant l'enquête [tableau I].

Une progression significative est observée depuis 1998 où 92,2 % des médecins interrogés étaient concernés par ce dépistage ($p < 0,001$). Cette augmentation s'accompagne d'un nombre moyen de mammographies prescrites par les médecins concernés supérieur en 2002 par rapport à 1998 (6,0 vs 4,8; $p < 0,001$).

La prescription de frottis est une pratique qui concerne près de quatre médecins interrogés sur cinq (79,8 %). Si une diminution significative ($p < 0,001$) du pourcentage des généralistes ayant prescrit au moins un frottis au cours du dernier mois est observée depuis 1998 [tableau I], le nombre moyen de frottis a augmenté parmi les prescripteurs (6,5 vs 5,5; $p < 0,001$).

Concernant le dépistage du cancer colorectal par HémocultII®, plus de deux

TABLEAU I

Pratique ou prescription d'examens de dépistage au cours du dernier mois en 1998 et 2003

Années	Pourcentage de médecins ayant prescrit...		Nombre moyen d'examens par les prescripteurs	
	1998	2003	1998	2003
Mammographie	92,2	96,4***	4,8	6,0***
Frottis	83,2	79,8**	5,5	6,5***
HémocultII®	24,5	43,8***	2,5	3,5***
Radiographie du poumon	55,7	65,7***	2,6	3,2***

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

médecins sur cinq (43,8 %) en ont prescrit au cours du dernier mois, ce qui représente une augmentation importante depuis 1998 : ils étaient en effet 24,5 % ($p < 0,001$). Par ailleurs, un accroissement du nombre moyen de tests prescrits parmi les généralistes concernés est observé (3,5 vs 2,5; $p < 0,001$). Ce résultat peut paraître surprenant dans la mesure où cet examen n'est pas recommandé en pratique individuelle [14, 15], que sa lecture n'est pas un acte de biologie médicale et n'est pas standardisée en dehors des centres d'examen de santé et que, durant cette période (1998/2002), le dépistage organisé est resté géographiquement très limité (Isère, quelques cantons de Saône-et-Loire...).

La prescription d'une radiographie du poumon chez un fumeur asymptomatique, qui, comme examen de dépistage, n'est retenue dans aucune recommandation de bonnes pratiques [16], persiste et même progresse : deux tiers des médecins (65,7 %) en ont prescrit une au cours du mois précédant l'enquête, contre 55,7 % en 1998 ($p < 0,001$), et le nombre moyen d'examen parmi ces médecins est passé de 2,6 à 3,2 ($p < 0,001$) en quatre ans.

Demande de renseignements dans la clientèle du pharmacien d'officine

La demande de renseignements concernant le dépistage des cancers est peu fréquente, selon les déclarations des pharmaciens titulaires d'officine [figure 2]. Ils sont cependant proportionnellement plus nombreux qu'en 1998 à déclarer que leur clientèle s'informe sur le dépistage des cancers.

Les principales demandes concernent les cancers du sein et du côlon [tableau II]. Le cancer de l'utérus est très rarement cité, ainsi que celui de la peau. Pour cette dernière localisation, ce résultat peut paraître surprenant dans la mesure où les pharmaciens vendent des produits de protection solaire.

FIGURE 2

Renseignements auprès des pharmaciens concernant le dépistage des cancers

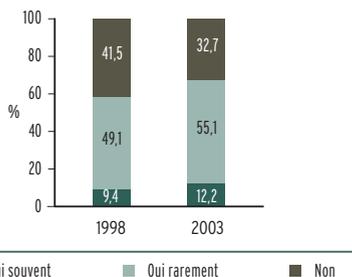


TABLEAU II

Cancers pour lesquels les pharmaciens déclarent qu'il y a des demandes de renseignements (en %)

Sein	41,3
Côlon	29,9
Poumons	11,2
Prostate	8,9
Peau	7,1
Utérus	4,9
Pancréas	0,7
Nsp	6,3

LE DÉPISTAGE DE CERTAINS CANCERS CHEZ LA DERNIÈRE PATIENTE DE 50 À 60 ANS

Cette analyse concerne la dernière consultante âgée de 50 à 60 ans vue par les médecins au moment de la réalisation de l'enquête, sans facteurs de risque particuliers, ni individuels, ni familiaux, de cancer, et que le médecin interrogé suit régulièrement.

Prescription d'une mammographie au cours des trois dernières années

Plus de neuf médecins sur dix (90,7 %) déclara-

rent avoir prescrit à leur dernière patiente âgée de 50 à 60 ans une mammographie de dépistage au cours des trois dernières années [tableau III]. Une augmentation très significative de ce pourcentage est observée depuis 1998 (70,3 % vs 90,7 % ; $p < 0,001$), ainsi que de la proportion globale de patientes ayant bénéficié d'une mammographie, quel que soit le prescripteur (89,5 % à 97,6 % ; $p < 0,001$).

Les facteurs associés à cette prescription sont triples :

- les médecins réalisant un nombre important d'actes quotidiens (plus de 20 actes) affirment plus que les autres avoir prescrit une mammographie de dépistage (92,5 % vs 88,0 % parmi ceux effectuant au plus 20 actes ; $p < 0,001$) ;
- même chose pour les généralistes ne pratiquant pas systématiquement un mode d'exercice particulier (91,4 % vs 86,6 % ; $p < 0,05$) ;
- enfin, les omnipraticiens exerçant dans le sud de la France sont les plus prescripteurs (92,0 % vs 89,7 % pour le reste de la France ; $p < 0,01$).

Il est à noter que, dans le Baromètre santé 2000 (réalisé en 1999 auprès d'un échantillon représentatif de la population des 12-75 ans), près de quatre femmes âgées de 50 à 60 ans sur cinq (79,6 %) déclaraient avoir eu une mammographie au cours des trois dernières années.

Personne à l'initiative de la mammographie prescrite

Parmi les médecins prescripteurs, la proportion de ceux affirmant que la mammographie prescrite était de leur initiative est beaucoup plus importante (88,3 %) que la proportion des généralistes déclarant que la demande de cet examen avait été exprimée par la patiente (9,0 %). Ces proportions n'ont pas évolué depuis 1998. Le pourcentage de médecins répondant « ne sait pas » a, par contre, diminué de manière significative, passant de 4,5 % en 1998 à 2,7 % en 2003 ($p < 0,01$). Les hommes médecins déclarent

significativement plus que les femmes que la demande de mammographie est venue de la patiente (10,0 % vs 5,4 % pour les médecins femmes ; $p < 0,01$).

Contexte de la prescription de la mammographie

Une fois sur deux, c'est dans le cadre d'un bilan de santé général que la mammographie est réalisée [figure 3]. Pour un médecin sur cinq (21,2 %), cette prescription est inter-

TABLEAU III

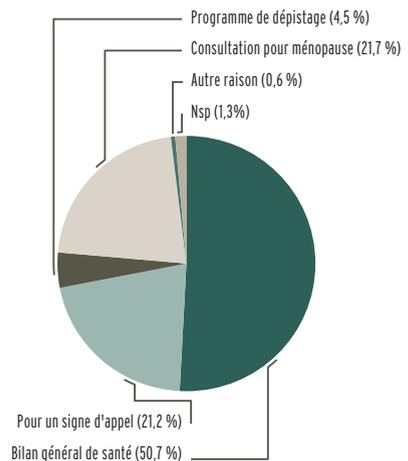
Prescription d'une mammographie au cours des trois dernières années chez la dernière patiente âgée de 50 à 60 ans (en %)

Années	1998	2003
Prescrite par le médecin	70,3	90,7***
Prescrite par un autre médecin	19,2	6,9***
Pas de mammographie	5,5	1,1***
Nsp	5,0	1,3***

*** : $p < 0,001$.

FIGURE 3

Contexte de la prescription de la mammographie de la dernière patiente âgée de 50 à 60 ans



venue lors d'une visite pour signe d'appel (mammographie de diagnostic), et pour une proportion identique lors d'une consultation pour ménopause (21,7 %). Le pourcentage de mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé reste, quant à lui, relativement faible, puisque c'est le cas de moins d'un médecin sur vingt (4,5 %). Cette proportion, qui n'a pas évolué depuis 1998, s'explique en grande partie par la stagnation, entre ces deux dates, du nombre des départements pilotes.

Ce sont plus souvent les médecins du sud de la France (55,1 % vs 47,1 % ; $p < 0,001$) et les non-référents (51,7 % vs 43,2 % ; $p < 0,05$) qui prescrivent une mammographie dans le cadre d'un bilan général de santé. Sur signe d'appel, ce sont plus régulièrement les praticiens de 40 ans et moins (27,2 % vs 20,0 % ; $p < 0,01$). Les hommes généralistes, les plus de 40 ans, ceux exerçant dans la moitié nord de la France et ceux n'ayant pas un mode d'exercice particulier (Mep) s'inscrivent plus souvent dans un programme de dépistage [tableau IV]. Enfin, ce sont les 51 ans et plus (26,9 % vs 18,6 % ; $p < 0,001$), ainsi que les généralistes du nord de la France (23,5 %

vs 19,5 % ; $p < 0,05$), qui envisagent le plus souvent cet examen lors d'une consultation pour ménopause.

Réalisation d'un frottis cervical au cours des trois dernières années

Un peu plus d'un tiers (35,7 %) des médecins interrogés déclarent que leur dernière patiente âgée de 50 à 60 ans, sans facteurs de risque particuliers pour le cancer, n'a pas eu de frottis au cours des trois dernières années. Ce chiffre n'a pas varié depuis 1998 [tableau V]. En revanche, les généralistes interrogés sont proportionnellement plus nombreux en 2002 à déclarer avoir réalisé eux-mêmes un frottis chez leur dernière patiente (38,4 % en 2002 vs 29,0 % en 1998 ; $p < 0,001$), mais moins nombreux à déclarer que leur patiente a réalisé ce frottis chez un autre médecin (sans qu'il leur ait été recommandé) : ils sont moins d'un sur cinq dans cette situation en 2002.

Le profil du généraliste réalisant lui-même le frottis est le suivant : c'est une femme, n'exerçant pas dans la région parisienne,

TABLEAU IV

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la prescription d'une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage (n=1 836)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes (n=1 439)	5,4	1,0	-
Femmes (n=397)	1,4***	0,3**	0,1-0,7
Âge			
40 ans ou moins (n=302)	1,5	1,0	-
41 ans ou plus (n=1 534)	5,1**	3,3*	1,2-9,2
Région			
Nord (n=1 011)	5,7	1,0	-
Sud (n=825)	3,2*	0,5*	0,3-0,9
Pratique d'un Mep			
Jamais (n=638)	6,1	1,0	-
Systématique ou occasionnelle (n=1 198)	3,7*	0,6*	0,4-1,0

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

ayant son activité dans une agglomération de moins de 20 000 habitants, faisant un nombre d'actes supérieur à 20 par jour,

travaillant dans un cabinet de groupe, appartenant à un réseau et étant médecin référent [tableau VI].

TABLEAU V

Réalisation ou prescription d'un frottis au cours des trois dernières années chez la dernière patiente de 50 à 60 ans (en %)

Années	1998	2003
Frottis non réalisé	35,2	35,7
Frottis réalisé par le généraliste	29,0	38,4***
Acte réalisé par un autre médecin sans recommandation du généraliste	27,6	18,6***
Acte réalisé par un autre médecin avec recommandation du généraliste	8,1	7,3

*** : p<0,001.

TABLEAU VI

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation par le médecin d'un frottis cervical au cours des trois dernières années chez la dernière patiente âgée de 50 à 60 ans suivie régulièrement (n=1 982)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Hommes (n=1 514)	34,3	1,0	-
Femmes (n=468)	51,4***	2,8***	2,2-3,5
Agglomération			
20 000 habitants ou plus (n=1 181)	30,0	1,0	-
Rurale ou moins de 20 000 habitants (n=801)	49,9***	2,2***	1,8-2,7
Région			
Région parisienne (n=304)	22,3	1,0	-
Nord-Ouest (n=418)	53,9	3,3***	2,2-4,8
Nord-Est (n=487)	36,7	1,8**	1,2-2,5
Sud-Est (n=259)	37,9	2,0***	1,4-2,8
Sud-Ouest (n=514)	37,4***	1,7**	1,1-2,4
Nombre d'actes			
20 ou moins (n=827)	34,0	1,0	-
21 ou plus (n=1 155)	40,8**	1,3**	1,1-1,6
Cabinet			
Groupe (n=946)	42,4	1,0	-
Individuel (n=1 036)	33,5***	0,8*	0,6-1,0
Participation à un réseau			
Non (n=1 577)	36,6	1,0	-
Oui (n=405)	43,7**	1,6***	1,2-2,0
Médecin référent			
Non (n=1 754)	36,9	1,0	-
Oui (n=228)	47,2**	1,6**	1,2-2,1

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

En population générale, plus des trois quarts des femmes âgées de 50 à 60 ans (77,6 %) déclaraient en 1999 avoir eu un frottis au cours des trois dernières années (Baromètre santé 2000).

Personne à l'initiative du frottis

Dans plus de neuf cas sur dix (92,2 %), le frottis a été prescrit ou réalisé à l'initiative du médecin, alors que 6,4 % faisaient suite à une demande de la patiente [figure 4]. Aucune évolution n'est observée depuis 1998.

Contexte lors de la prescription ou de la réalisation du frottis

Dans plus de la moitié des cas (51,0 %), cet acte est réalisé dans le cadre d'un bilan général de santé, alors que près d'un tiers des médecins déclarent que ce frottis s'inscrit dans une consultation pour ménopause, un sur dix (10,7 %) pour un signe d'appel, et seulement 1,7 % dans le cadre d'un programme de dépistage [figure 5].

Les facteurs associés à la réalisation du frottis lors d'un bilan général de santé sont : être âgé de 50 ans ou moins (53,7 % vs 46,6 % chez les 51 ans et plus ; $p < 0,05$) et exercer dans le sud de la France (58,2 % vs 45,5 % ; $p < 0,001$). À l'inverse, la consultation pour ménopause est un contexte plus fréquemment cité par les plus de 50 ans (38,4 % vs 29,5 % ; $p < 0,01$) et ceux exerçant dans la partie nord de la France (37,6 % vs 26,9 % ; $p < 0,001$).

Réalisation d'une recherche de saignement occulte dans les selles

Au cours des deux dernières années, 15,5 % des patientes de 50 à 60 ans ont bénéficié, d'après les déclarations des médecins interrogés, d'une recherche de saignement occulte dans les selles dans un but de dépistage. 82,7 % des médecins déclarent que les

FIGURE 4

Initiative de la réalisation ou de la prescription du frottis

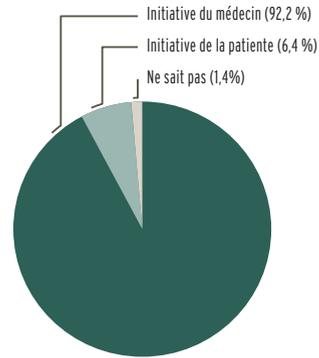
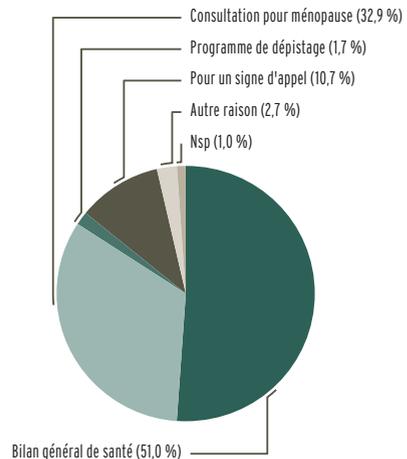


FIGURE 5

Contexte de la prescription ou de la réalisation du frottis cervical



patientes n'en ont pas bénéficié, et 1,8 % d'entre eux ne sait pas. Cet acte est plus déclaré par les généralistes de 51 ans ou plus (19,0 % vs 14,0 % ; $p < 0,01$) et ceux ayant un mode d'exercice particulier systématique (20,8 % vs 15,1 % ; $p < 0,05$).

En population générale, une femme âgée

de 50 à 60 ans sur cinq (20,7 %) déclarait en 1999 avoir déjà eu une recherche de sang dans les selles (Baromètre santé 2000).

Personne à l'initiative de la recherche de saignement occulte dans les selles

Comme pour le dépistage des cancers gynécologiques (frottis et mammographie), dans une majorité des cas, c'est le médecin généraliste (73,9 %), et non la patiente, qui est à l'origine de la demande de dépistage [figure 6]. Pourtant, il faut noter que c'est pour ce type de dépistage que la demande semble la plus forte de la part des femmes de 50 à 60 ans (colorectal : 17,9 % ; sein : 9,0 % ; col : 6,4 %).

Contexte lors de la prescription de recherche de saignement occulte dans les selles

C'est une fois sur deux dans le cadre d'un bilan général de santé que la recherche de saignement occulte dans les selles a été réalisée, et dans un peu plus d'un quart des cas à la suite d'un signe d'appel [figure 7].

Les praticiens qui appartiennent à un réseau déclarent plus que les autres avoir prescrit les tests HémocultII® dans un contexte de programme de dépistage (23,7 % vs 12,6 % ; $p < 0,05$). Les médecins exerçant en secteur 2 les ont vus plus que les autres dans le cadre d'une consultation de traitement pour la ménopause (10,8 % vs 2,6 % ; $p < 0,01$).

FIGURE 6

Personne à l'initiative de la recherche de saignement occulte dans les selles

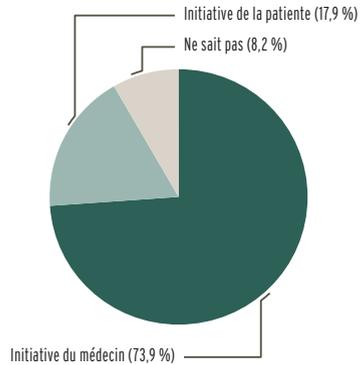
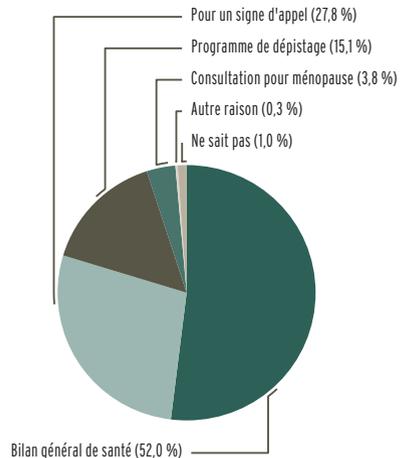


FIGURE 7

Contexte de la recherche de saignement occulte dans les selles



DISCUSSION

L'analyse de ces résultats laisse une impression relativement mitigée quant à l'état du dépistage en France lors de la réalisation de cette enquête (2002/2003). En effet, même si de nombreuses polémiques ont entouré la généralisation régulièrement annoncée

et souvent retardée du dépistage organisé du cancer du sein, peu de changements organisationnels sont intervenus entre 1998 et 2003, en dehors d'une montée en charge progressive de ce dépistage dans les trente-deux départements expérimentaux et de

l'extension du dépistage du cancer du col de l'utérus à un nouveau département de la région Alsace (Haut-Rhin). Or les médecins semblent aujourd'hui (2003) plus qu'hier (1998) prescrire et/ou réaliser certains de leurs actes dans un but de dépistage et cela, le plus souvent, en dehors des programmes de dépistage.

Cette progression est particulièrement surprenante pour le cancer du poumon. En effet, la radiographie du poumon n'a que peu d'intérêt dans un contexte de dépistage de cette pathologie. En revanche, d'autres techniques d'exploration respiratoire pourraient peut-être permettre, dans l'avenir, de développer des approches relevant d'une véritable démarche de dépistage, même si certaines publications récentes formulent beaucoup de réserves concernant par exemple le scanner hélicoïdal [17].

Concernant le cancer colorectal, le dépistage est recommandé par HémoCultI[®] essentiellement dans un cadre organisé [15]. Or, en 2003, près d'un généraliste sur deux (43,8 %) déclare avoir fait réaliser cet acte au cours du dernier mois, avec une forte progression depuis 1998 (pratiquement 20 %), et 15,5 % des médecins ont prescrit la réalisation de ce test au cours des deux dernières années chez la dernière consultante de 50-60 ans. Plus que pour les autres dépistages, cette demande vient de la patiente. Il est possible de faire l'hypothèse que la population en général a été sensibilisée aux encouragements à la généralisation de ce dépistage (largement porté par les médias) et que les médecins ont fait une « application interprétative » des recommandations de la conférence de consensus qui s'est tenue à la fin des années quatre-vingt-dix. D'ailleurs, si 15,1 % des généralistes concernés déclarent qu'ils ont réalisé cet acte dans le cadre d'un dépistage organisé, c'est qu'il y a une mauvaise compréhension de ce qu'est en santé publique un programme de dépistage organisé. En effet, entre les années 1998

et 2003, ce type de procédure très encadrée ne concernait, en France, qu'une population extrêmement limitée. Un récent rapport des Académies de médecine et de pharmacie vient de faire un point complet sur le sujet [14]. Dans ses recommandations, il est à noter que l'appellation « *dépistage individuel organisé* » ne permet pas de se faire une idée claire des limites exactes de cette pratique par rapport au « *dépistage individuel* » et au « *dépistage organisé* ». Un effort de clarification et de communication semble donc nécessaire de la part des autorités de santé à destination des professionnels de santé comme du grand public, sur ces différentes organisations de dépistage.

En ce qui concerne le frottis, sa pratique semble concerner un nombre plus faible de médecins qu'en 1998 mais, en moyenne, ceux qui font ou font faire ce type de dépistage le prescrivent plus souvent. Par ailleurs, un pourcentage significativement supérieur de généralistes réalisent maintenant cet examen eux-mêmes (plus 10 %). Cette évolution, qui pourrait être liée à une diminution des gynécologues médicaux ainsi qu'à une féminisation progressive de la profession de généraliste, ne permet pas de conclure à une diminution globale de cet acte dans le cadre d'un dépistage individuel. Pourtant, dans les prochaines années, il sera nécessaire d'être très attentif à cet examen qui a permis de faire diminuer de façon importante la mortalité due à ce cancer dans notre pays au cours des dernières années (de 3,3/100 000 en 1975 à 1,9/100 000 en 2000) [18]. Un relâchement de l'attention portée à ce dépistage serait particulièrement dommageable, en particulier pour les femmes ménopausées non substituées et celles qui sont les plus défavorisées socialement [9].

Chez les médecins, les facteurs associés au dépistage sont en général du même type que pour d'autres actes de prévention : médecin jeune, n'ayant pas un mode d'exercice particulier, réalisant un nombre

d'actes important, appartenant à un réseau, étant référent... Ces orientations sont en cohérence avec les analyses des précédents Baromètres santé. Deux spécificités sont à noter : 1. la réalisation du frottis est plus pratiquée par des praticiens femmes (cette donnée était aussi retrouvée dans le précédent Baromètre) ; 2. l'HémocultII® est plus prescrit par des généralistes âgés et ayant un mode d'exercice particulier.

Dans le cadre de cette enquête, comme lors de la précédente, la notion de « bilan général de santé » a été utilisée pour identifier le contexte de prescription ou de réalisation d'un examen de dépistage. Or il est important de rappeler que cet examen n'apparaît pas comme tel dans la nomenclature actuelle des actes médicaux. Il peut donc exister un certain flou quant à l'interprétation que donnent les médecins enquêtés. En revanche, la nouvelle loi de santé publique offre maintenant la possibilité de mettre en place une consultation de prévention [19]. Cette instauration permettrait de donner un cadre juridique et organisationnel plus précis à ce type de démarche qui reste relativement imprécise dans le contexte d'une consultation habituelle, en dehors des programmes de dépistages organisés, des cadres spécifiques du médecin référent et des bilans de santé proposés périodiquement par l'Assurance maladie.

D'après le présent travail, il apparaît que le pharmacien est rarement interrogé sur le thème du dépistage des cancers, ce qui peut paraître regrettable. En effet, son rôle d'interlocuteur privilégié ne devrait pas se limiter aux médicaments, mais aussi s'étendre à de grandes questions de santé où il a toute sa crédibilité comme professionnel expert dans le champ sanitaire.

Au total, il semble y avoir une vraie nécessité de mieux organiser les différents processus de dépistage qui, à toutes les étapes, doivent respecter une démarche de qualité très stricte. C'est vrai pour les

niveaux de spécificité et de sensibilité des tests utilisés, mais aussi lors du processus de prescription et de suivi, où le généraliste joue un rôle clef. De récentes études ou analyses de la littérature internationale soulignent la fragilité de l'efficacité du dépistage organisé (par exemple, pour le cancer du sein) [20]. Quelques auteurs insistent même sur les effets délétères de ce type de démarche [21]. Il y a donc une impérieuse nécessité de veiller, avec la généralisation actuelle ou possible du dépistage organisé de plusieurs cancers, à une application rigoureuse des cahiers des charges en vigueur. Ce non-respect pourrait entraîner des conséquences dommageables pour la population et une décrédibilisation importante des autorités sanitaires, mais aussi de l'ensemble de la communauté médicale.

Au-delà du respect des cahiers des charges, ces résultats mettent également en évidence la difficulté — non spécifique au dépistage — pour les professionnels de santé de s'approprier dans leur pratique professionnelle de nouvelles recommandations pour lesquelles les données scientifiques évoluent rapidement.

Rellecteurs

Juliette Bloch (InVS)
 Arlette Danzon (CHU de Besançon)
 Gilles Leboube (Direction régionale du service médical de Bourgogne-Franche-Comté, Cnamts)
 Isabelle Vincent (INPES)

Bibliographie

- [1] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer **Plan Cancer : 2003-2007**. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003 : 44 p.
www.plancancer.fr/Documents/PlanCanBrochure.pdf
 [04/03/2005]

- [2] **Surveillance du cancer**
BEH 2003 ; 41-42 : 189-208.
www.invs.sante.fr/beh/2003/41_42/beh_41_42_2003.pdf
[04/03/2005]
- [3] **Tabac, l'offensive : 1,8 million de fumeurs en moins**
[Communiqué de presse].
Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2004.
www.inpes.sante.fr/index.asp?page=70000/cp/04/cp040201.htm
[15/03/2005]
- [4] Baudier F.
La prévention du tabagisme en France au cours des années 1997-1999.
Santé publique 2001 ; volume 13, n° 4 : 403-10.
- [5] Baudier F.
Vue prospective sur l'organisation du cancer du sein en France.
Bulletin de l'Académie nationale de médecine 1998 ; 182, 8 : 1647-57.
- [6] Séradour B.
Le dépistage du cancer du sein : un enjeu de santé publique.
Paris : Springer, coll. Dépistage des cancers, 2003 : 160 p.
- [7] **Dépistage organisé du cancer du sein.**
BEH 2003 ; 04 : 13-28.
www.invs.sante.fr/beh/2003/04/beh_04_2003.pdf
[04/03/2005]
- [8] Bernier M.
Rapport sur le dépistage du cancer du sein.
Paris : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, (Assemblée nationale n° 1678 et Sénat n° 362), 2004 : 83 p.
www.assemblee-nat.fr/l2/pdf/rap-off/i1678.pdf
[04/03/2005]
- [9] Baudier F.
Créer les conditions favorables pour un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
Santé publique 2000 ; 12 (hors série) : 5-10.
- [10] Anaes
Évaluation de l'intérêt de la recherche de papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.
Saint-Denis : Anaes, Service évaluation technologique, service évaluation économique, 2004 : 99 p.
[www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-64PC4R/\\$File/HPV_%20rap.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-64PC4R/$File/HPV_%20rap.pdf?OpenElement)
[04/03/2005]
- [11] Faivre J., Tazi M.A., Milan C., Lejeune C., Durand G., Lamour J.
Controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer in Burgundy (France). Results of the first 9 years.
Gastroenterology 1999 ; 116 : A400.
- [12] Spycykerelle Y., Steinmetz J., Stievenart M.O., Giordanella J.P.
Dépistage biennal du cancer colorectal par la recherche d'un saignement occulte dans les selles. L'expérience des centres d'examen de santé de l'assurance maladie.
Revue médicale de l'assurance maladie, volume 35, n° 3, juillet-septembre 2004 : 189-95.
- [13] Communication de l'auteur (Guy Launoy).
- [14] Dreux C.
Le dépistage du cancer colorectal : intérêt, méthodes et recommandations.
Paris : Académie nationale de médecine, Académie nationale de pharmacie, 2004 : 5 p.
- [15] Société nationale française de gastro-entérologie, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Conférence de consensus. Paris, 29 et 30 janvier 1998.
Paris : Anaes, 1998 : 35 p.
[www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/TL_ASSI-57JEFN/\\$File/colonlong.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/TL_ASSI-57JEFN/$File/colonlong.pdf?OpenElement) [04/03/2005]
- [16] Conseil scientifique de la Cnamts.
- [17] Mahadevia P.J., Fleisher L.A., Frick K.D., Eng J., Goodman S.N., Powe N.R.
Lung cancer screening with helical computed tomography in older adult smokers: a decision and cost-effectiveness analysis.
Jama 2003 ; 289 [3] : 313-22.
- [18] **Rapport de la commission d'orientation sur le cancer.**
Paris : direction générale de la Santé, 2003 : 336 p.
www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/cancer/rapport.htm
[04/03/2005]
- [19] **Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.**
J.O. n° 185 du 11 août 2004 : 85 p.
www.journal-officiel.gouv.fr [04/03/2005]
- [20] Anaes.
Dépistage du cancer du sein par mammographie : évaluation de la méta-analyse de Gotzsche et Olsen.
Paris : Anaes, Service évaluation des technologies, 2002 : 17 p.
[www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-579DHS/\\$File/cancer.sein.mammo.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-579DHS/$File/cancer.sein.mammo.pdf?OpenElement)
[04/03/2005]
- [21] Junod B., Massé R., Quélier C.
Cancer du sein des certitudes prétendues.
Santé publique 2004 ; volume 16, n° 1 : 21-6.



L'essentiel

Les pharmaciens d'officine

Presque tous les pharmaciens d'officine (91,0 %) délivrent régulièrement des médicaments génériques : 46,3 % souvent et 44,7 % systématiquement. Les pharmaciens âgés de moins de 50 ans, satisfaits de leur profession, participant à des activités syndicales ou à une association de prévention et percevant leur rôle dans le bon usage du médicament comme important ont une probabilité plus élevée de déclarer délivrer systématiquement des médicaments génériques.

Les freins à la délivrance de médicaments génériques sont, selon les pharmaciens interrogés : la réticence des patients pour 86,5 % d'entre eux, l'appartenance du médicament à une classe thérapeutique spécifique pour 50,4 %, et l'opposition du prescripteur pour 49,3 %. Les pharmaciens percevant la réticence des patients ou l'appartenance du médicament à une classe thérapeutique comme des freins, déclarent délivrer proportionnellement moins de géné-

riques que les pharmaciens ne percevant pas ces freins.

La moitié des pharmaciens (57,6 %) estime que les médicaments génériques et la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ont modifié ses relations avec ses clients. Cette modification est perçue surtout en province (60,1 % vs 45,8 % en Ile-de-France). Pour 94,1 % des pharmaciens percevant cette modification, les génériques et la prescription en DCI ont favorisé des discussions sur le coût des médicaments. Pour 85,1 % des pharmaciens, ces changements ont aussi favorisé des discussions sur le bon usage des médicaments.

Les pharmaciens mentionnant cette évolution se déclarent plus souvent satisfaits de leur profession, mais ne se distinguent pas de leurs collègues quant à la fréquence de délivrance de médicaments génériques.

Les médecins généralistes

Les trois quarts des médecins généralistes (75,4 %) se déclarent favo-

rables à la prescription en DCI. Les plus favorables d'entre eux sont jeunes, satisfaits de leur profession, médecins référents et ne perçoivent pas de modifications suite aux médicaments génériques et à la prescription en DCI dans leurs relations avec les patients.

Seulement 27,8 % des médecins déclarent que les médicaments génériques et la prescription en DCI ont modifié leurs relations avec les patients. Les médecins hommes sont proportionnellement plus nombreux que les médecins femmes à faire ce constat.

Parmi les médecins déclarant des modifications dans la relation avec leurs patients, 89,5 % constatent que les médicaments génériques et la prescription en DCI ont favorisé des discussions sur le coût, et 79,0 % sur le bon usage du médicament. Une proportion plus élevée de médecins favorables à la prescription en DCI figure parmi ces médecins déclarant plus de discussions sur le coût ou sur le bon usage du médicament.

Attitudes des pharmaciens et des médecins face aux médicaments génériques

PIERRE BUTTET
STÉPHANIE PIN

Interrogés en 1996 sur les « *actes synonymes d'une bonne consultation médicale* », les Français attendaient d'abord de leur médecin qu'il leur « *donne des explications sur le traitement à suivre* » (73 %), avant même la prise de tension (72 %) **[4]**.

Les actions d'éducation du patient relatives au médicament sont le plus souvent envisa-

gées sous l'angle de son bon usage : elles abordent des points critiques (respecter la posologie, les contre-indications, les interactions médicamenteuses) et des points d'optimisation de la prescription (prévenir les effets indésirables, etc.) dans un objectif d'amélioration de l'observance. Comprendre l'effet que le médicament a dans le corps est

LE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE

Le médicament générique d'un médicament original est une spécialité qui a la même composition quantitative et qualitative en principes actifs : c'est la réplique du médicament qu'il copie, mais une copie qui coûte en moyenne 26 % moins cher que son princeps **[1]**. Un médicament original ne peut être copié que lorsque son brevet de protection industrielle est arrivé à terme : le médicament est alors dit « généricable ». Les médicaments génériques sont inscrits dans le répertoire des groupes génériques élaboré par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps).

La dénomination commune internationale (DCI) désigne le principe actif d'un médicament. La possibilité de prescription de médicaments par les médecins en dénomination commune internationale s'ajoute à la possibilité de prescription en dénomination commerciale **[2]**. Si le médicament prescrit comporte plusieurs principes actifs, la prescription indique la dénomination commune et le dosage de chaque principe actif. Une large majorité de médicaments génériques apparaissent sous leur dénomination commune **[3]**.

alors abordé comme une mise en garde par rapport à un danger : danger de l'automédication, risque d'accident par modification de la vigilance, danger de ne pas respecter la prescription du médecin.

Un médicament se définit par ses propriétés pharmacologiques et par les conditions (et les limites) de son efficacité. Si les attentes vis-à-vis de l'efficacité du médicament jouent un rôle primordial, elles sont peut-être insuffisamment explicitées par chacun des acteurs de ce circuit. Pour comprendre son utilité, ses fonctions, définir les effets que le médicament va avoir dans le corps, son activité, il faut sûrement aussi comprendre son mode d'action, son « principe actif ». Parfois masqué pour le grand public sous une dénomination commerciale, ce principe actif est énoncé par sa dénomination commune internationale (DCI). Prescrire en dénomination commune, substituer un générique, expliquer en quoi le principe actif est bien le même, expliquer que l'efficacité attendue sera la même, c'est aussi communiquer avec le patient sur cette efficacité, répondre à ses questions, et parfois découvrir ses représentations.

Depuis quelques années, et dans une perspective de réduction des coûts, un cadre réglementaire a été établi pour favoriser le développement des génériques. Il s'agit du « droit de substitution » par les pharmaciens datant de septembre 1999 [5] — le médecin peut néanmoins spécifier sur sa prescription si cette substitution est, ou non, possible — et de l'option conventionnelle « médecin référent », qui soumet les généralistes ayant

adhéré à un taux minimum (5 % de la valeur) de prescriptions de génériques [3].

Depuis 1999, la part des ventes de médicaments génériques a régulièrement progressé. Représentant 4,3 % du marché des médicaments remboursables dès 1999, ils en constituaient 8,8 % en 2002 [1, 6]. En 2002, lorsqu'un recours à un médicament générique existait était possible, 39 % des boîtes délivrées ont été des boîtes de médicaments génériques.

Un facteur du développement des ventes de médicaments génériques semble être la valorisation que perçoivent les pharmaciens au cours de cette substitution [7], s'appuyant sur leur expertise dans la connaissance du médicament [8].

Le pharmacien perçoit parfois des difficultés à négocier avec le patient la substitution entre la marque prescrite par le médecin et le générique que lui, pharmacien, pourrait délivrer : il existe alors un risque d'altérer une relation de confiance avec le « patient-client ». De leur côté, les médecins semblent généralement attachés à la prescription de marques [9].

Une exploration des attitudes et des opinions des pharmaciens et des médecins à l'égard des génériques, essayant notamment d'identifier les changements, les freins ou facteurs facilitateurs à l'égard de la délivrance ou de la prescription en générique ou en dénomination commune, trouvait une nouvelle place dans le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Les questionnaires ont donc intégré pour la première fois plusieurs questions sur ce thème auprès des pharmaciens et des médecins.

RÉSULTATS

OPINIONS ET COMPORTEMENTS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ FACE À LA DÉLIVRANCE DE GÉNÉRIQUES

Opinions et comportements

Une large majorité de médecins (75,4 %) est favorable (30,7 % «très favorables» et 44,7 % «plutôt favorables») à la désignation du médicament par sa DCI. Seul un médecin sur dix environ (8,6 %) s'est déclaré très défavorable à la désignation par la DCI [figure 1].

Les pharmaciens sont très nombreux (91,0 %) à proposer des génériques à leur clientèle, 46,3 % des pharmaciens le faisant souvent, et 44,7 % d'entre eux le faisant même systématiquement [figure 2]. Dans l'échantillon, les pharmaciens déclarant ne jamais proposer de génériques sont très rares (0,7 %).

Caractéristiques des pharmaciens favorables à la délivrance de génériques et des médecins favorables à la prescription en DCI

Les professionnels de moins de 50 ans, plus favorables

■ Les pharmaciens plus âgés (51 ans et plus) déclarent proposer moins souvent systématiquement des génériques (38,6 %) que les pharmaciens âgés de 41 à 50 ans (47,5 %), ou encore les pharmaciens interrogés de moins de 40 ans (48,2 %; $p < 0,05$), y compris quand d'autres variables sont prises en compte [tableau I].

■ Chez les médecins, une variation proche liée à l'âge est retrouvée quant à la prescription en DCI [tableau II]. Les médecins de plus de 50 ans se déclarent moins souvent favorables (70,6 %) que les 50 ans ou moins (78,1 %; $p < 0,001$) à une prescription en DCI.

FIGURE 1

Opinion des médecins généralistes vis-à-vis de la désignation d'un médicament par sa dénomination commune

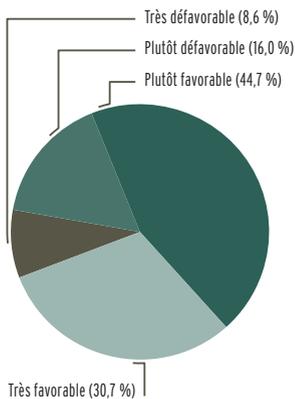


FIGURE 2

Déclaration des pharmaciens à l'égard de la délivrance de médicaments génériques

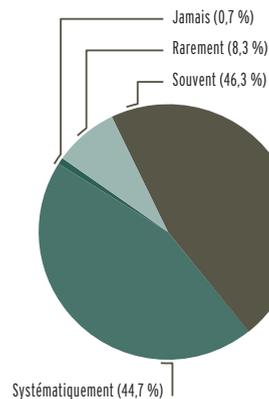


TABLEAU I

Facteurs associés au fait de proposer systématiquement des médicaments génériques chez les pharmaciens d'officine (pourcentages et odds ratios ajustés sur l'ensemble des facteurs) (n=1 049)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Âge			
Moins de 40 ans (n=173)	48,2	1,0	–
De 41 à 50 ans (n=479)	47,5	0,9	0,7–1,3
51 ans et plus (n=397)	38,6*	0,7*	0,5–1,0
Nombre de personnes pouvant délivrer			
De 1 à 3 (n=343)	37,6	1,0	–
De 4 à 5 (n=430)	46,0	1,4*	1,0–1,9
6 et plus (n=276)	51,3**	1,7**	1,2–2,4
Satisfaction à l'égard de sa profession			
Non (n=230)	33,5	1,0	–
Oui (n=819)	47,6***	1,5*	1,1–2,1
Participe à une activité syndicale			
Non (n=891)	42,3	1,0	–
Oui (n=158)	58,5***	1,7**	1,2–2,4
Participe à une association de prévention			
Non (n=904)	42,6	1,0	–
Oui (n=145)	57,8***	1,6*	1,1–2,3
Perception du rôle concernant le bon usage du médicament			
Important, limité ou aucun rôle (n=487)	36,5	1,0	–
Très important (n=562)	51,6***	1,7***	1,3–2,2

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

TABLEAU II

Facteurs associés au fait d'être favorable à la prescription en DCI chez les médecins généralistes (pourcentages et odds ratios ajustés sur l'ensemble des facteurs) (n=1 945)

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Âge			
Moins de 40 ans (n=320)	78,4	1,0	–
De 41 à 50 ans (n=921)	78,0	1,0	0,7–1,3
51 ans et plus (n=704)	70,6**	0,7*	0,5–0,9
Satisfaction à l'égard de sa profession			
Non (n=414)	67,7	1,0	–
Oui (n=1 531)	77,5***	1,6***	1,3–2,1
Médecin référent			
Non (n=1 725)	73,7	1,0	–
Oui (n=220)	88,4***	2,8***	1,8–4,3
Perception d'une modification des relations avec les patients			
Non (n=1 401)	77,1	1,0	–
Oui (n=544)	71,1**	0,7**	0,6–0,9

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

Les professionnels satisfaits de leur profession, plus favorables

- Les pharmaciens satisfaits de leur profession sont proportionnellement plus nombreux (47,6 %) à déclarer proposer systématiquement des génériques que les moins satisfaits de leur profession (33,5 % ; $p < 0,001$).
- Les médecins satisfaits de leur profession, de la même façon, sont plus nombreux à déclarer être favorables à une prescription en DCI (77,5 %) que les moins satisfaits de leur profession (67,7 % ; $p < 0,001$).

Le profil des professionnels impliqués

- Les pharmaciens estimant que leur rôle est très important dans le bon usage du médicament déclarent plus souvent (51,6 % vs 36,5 % ; $p < 0,001$) proposer des génériques. Il en est de même pour les pharmaciens investis dans une activité syndicale (58,5 % vs 42,3 % ; $p < 0,001$) ou dans une association de prévention (57,8 % vs 42,6 % ; $p < 0,001$) [tableau I].

On trouve également une association significative avec le nombre de personnes pouvant délivrer. Ainsi, plus le nombre de personnes pouvant délivrer est élevé dans la pharmacie, plus le pharmacien déclare proposer systématiquement des génériques (51,3 % lorsque 6 personnes ou plus, 46,0 % lorsque 4 à 5 personnes, 37,6 % lorsque 1 à 3 personnes ; $p < 0,01$).

- Parmi les médecins, ce sont les référents qui se montrent les plus favorables à la prescription en DCI (88,4 % vs 73,7 % ; $p < 0,001$). L'analyse multivariée a permis d'identifier d'autres facteurs favorables. Ainsi, quels que soient l'âge ou la satisfaction professionnelle des médecins interrogés, ceux estimant que les médicaments génériques et la prescription en DCI ont modifié leurs relations avec les patients sont proportionnellement moins nombreux à se montrer favorables à la DCI [tableau II].

Les pharmaciens franciliens tendent à moins délivrer de génériques

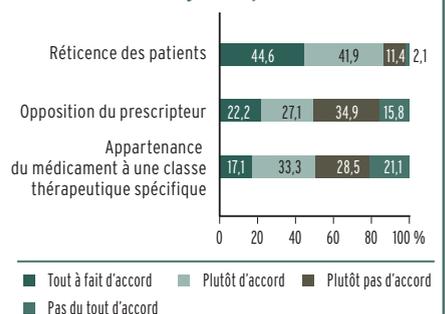
C'est dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants que l'on trouve le plus haut pourcentage de pharmaciens déclarant proposer systématiquement un générique (48,3 %), tandis que l'agglomération parisienne ne compte qu'un tiers de pharmaciens dans cette situation (36,1 % ; $p < 0,01$). Toutefois, cette tendance ne se maintient pas lorsque l'on prend en compte, dans un modèle de régression logistique multivariée, l'effet d'autres variables [tableau I].

FREINS À LA DÉLIVRANCE DES GÉNÉRIQUES VUS PAR LES PHARMACIENS

La réticence des patients est le frein à la délivrance de génériques le plus fréquemment évoqué par les pharmaciens. Ainsi, 86,5 % d'entre eux se déclarent d'accord (« tout à fait » ou « plutôt ») pour affirmer cette réticence des patients comme l'un des principaux freins à la délivrance des génériques, bien avant la classe thérapeutique (50,4 %) ou l'opposition du prescripteur (49,3 %) [figure 3].

FIGURE 3

Opinion des pharmaciens quant aux principaux freins à la délivrance de médicaments génériques (en %)



La réticence des patients

Les pharmaciens participant à des activités avec l'Ordre des pharmaciens sont proportionnellement moins nombreux à déclarer ce frein (70,6 % vs 87,1 % de ceux qui n'y participent pas ; $p < 0,01$). De même, les pharmaciens ayant une spécialisation en phytothérapie sont moins nombreux (82,8 %) à déclarer le frein de la réticence des patients que ceux n'ayant pas cette spécialité (88,6 % ; $p < 0,01$). Ces relations se maintiennent dans un modèle de régression logistique prenant en compte les variables significativement associées à la prescription de médicaments génériques¹.

La classe thérapeutique

L'appartenance du médicament à une classe thérapeutique (c'est-à-dire en fonction du domaine thérapeutique concerné) apparaît comme le second frein — elle est citée par 50,4 % des pharmaciens interrogés lorsqu'on groupe les « *tout à fait* » d'accord et les « *plutôt* » d'accord —, mais aucune association significative avec d'autres variables n'a été retrouvée.

L'opposition du prescripteur

Concernant l'opposition du prescripteur, plus les pharmaciens sont insatisfaits des relations avec d'autres professionnels et plus ils sont nombreux à déclarer qu'il s'agit d'un frein principal (78,7 % d'opinion pour les « *pas du tout* » satisfaits, 57,7 % pour les « *plutôt pas* » satisfaits » vs 47,9 % pour les « *plutôt* » satisfaits, et 40,2 % pour les « *très* » satisfaits ; $p < 0,001$). L'opposition du prescripteur est perçue comme un frein à la

prescription des génériques plus souvent par les pharmaciens qui participent aux journées de formation (53,6 %) que par les pharmaciens n'y participant pas (46,5 % ; $p < 0,05$). Ces relations se maintiennent dans un modèle de régression logistique prenant en compte les variables significativement associées à la prescription de médicaments génériques (cf. note 1).

L'influence de la perception des freins sur l'attitude des pharmaciens

Les pharmaciens qui déclarent la réticence des patients comme un frein sont proportionnellement moins nombreux (42,7 %) à proposer systématiquement des génériques que les pharmaciens qui ne déclarent pas ce frein (57,8 % ; $p < 0,001$), y compris en prenant en compte l'effet conjoint des autres variables associées à la prescription systématique de génériques (cf. note 1). De même, les pharmaciens reconnaissant l'appartenance du médicament dans une classe thérapeutique spécifique comme un frein sont proportionnellement moins nombreux (40,1 %) à déclarer proposer systématiquement des génériques (vs 50,0 % qui ne reconnaissent pas ce frein ; $p < 0,01$).

Il est à noter que la perception de l'opposition du prescripteur comme un frein n'influence pas significativement le comportement du pharmacien concernant les médicaments génériques.

LES GÉNÉRIQUES ONT-ILS MODIFIÉ LA RELATION AVEC LE PATIENT/CLIENT ?

Une modification des relations avec le patient différemment perçue

La majorité des pharmaciens déclarent que les génériques et les prescriptions en DCI

1. À savoir l'âge, le nombre de personnes pouvant délivrer, la satisfaction à l'égard de sa profession, la participation à des activités syndicales, la participation à une association de prévention et la perception de son rôle dans le bon usage du médicament comme important.

ont modifié les relations avec les patients (57,6 %), alors que moins d'un tiers des médecins (27,8 %) déclarent cette même modification. Cette différence entre médecins et pharmaciens reste significative après standardisation (SMR = 0,7; [0,6–0,8]).

C'est en Ile-de-France que la proportion de pharmaciens déclarant une modification des relations avec leurs clients est la plus basse (45,8 %). Dans toutes les autres régions, les pharmaciens sont proportionnellement plus nombreux à déclarer cette modification (60,1 %; $p < 0,001$) : dans le Nord-Ouest, ils sont 59,0 %; 60,5 % dans le Sud-Est; 60,2 % dans le Nord-Est; 60,8 % dans le Sud-Ouest. On retrouve une même tendance avec la taille de l'agglomération : les pharmaciens sont en proportion moins nombreux à déclarer une modification dans l'agglomération parisienne (43,3 %) que dans des agglomérations de petite taille — moins de 20 000 habitants — (63,0 %), ou de grande taille — 20 000 habitants et plus — (58,2 %; $p < 0,001$).

Les pharmaciens d'officine déclarent plus fréquemment une modification des relations avec leurs clients lorsqu'ils participent à des activités en tant que maître de stage (61,5 % vs 52,1 %; $p < 0,01$) ou lorsqu'ils exercent leur profession depuis plus de dix ans (60,2 % vs 53,1 %; $p < 0,05$), alors que le chiffre d'affaires de l'officine n'apporte pas de variation.

Les associations mentionnées se maintiennent dans un modèle de régression logistique multivariée².

Concernant les médecins généralistes, les hommes sont significativement plus nombreux (29,5 %) que leurs collègues femmes (21,4 %; $p < 0,001$) à déclarer que les médicaments génériques et la prescription

en DCI ont modifié leurs relations avec leurs patients. Les médecins de secteur 1 déclarent une telle modification plus fréquemment (28,9 %) que les médecins de secteur 2 (21,4 %; $p < 0,05$). Ces relations sont valables quels que soient l'âge et le statut (médecin référent ou non) des médecins généralistes interrogés.

Des discussions sur le coût et le bon usage des médicaments

Parmi les pharmaciens ayant déclaré une modification des relations avec leurs patients liée aux génériques ou à la prescription en DCI ($n=611$), 94,1 % estiment que les génériques et les prescriptions en DCI ont favorisé des discussions sur le coût des médicaments, tandis que 85,1 % estiment qu'ils ont favorisé des discussions sur le bon usage du médicament.

Pour les médecins ayant déclaré une modification des relations avec leurs patients ($n=569$), il s'agissait de discussions favorisées sur le coût des médicaments pour 89,5 % d'entre eux et sur le bon usage du médicament pour 79,0 % d'entre eux.

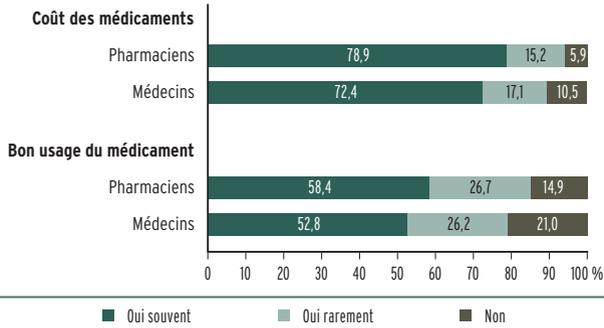
Les proportions de pharmaciens et de médecins constatant des discussions favorisées diffèrent significativement concernant le coût ($p < 0,01$) et le bon usage des médicaments ($p < 0,01$) [figure 4].

Chez les pharmaciens d'officine, on constate une association entre le degré de satisfaction de sa profession et le type de discussion, y compris lorsque l'on prend en compte l'âge, la région (Ile-de-France vs autres régions) et le nombre de personnes pouvant délivrer : 96,3 % des pharmaciens satisfaits de leur profession déclarent que les médicaments génériques et la prescription en DCI ont favorisé des discussions sur le coût des médicaments, quand ils ne sont plus que 86,3 % des pharmaciens insatisfaits ($p < 0,001$); de la même façon, 87,2 % des pharmaciens satisfaits déclarent des

2. Modélisant la probabilité de déclarer une modification des relations avec les clients compte tenu de l'âge, du nombre de personnes pouvant délivrer, de la taille de l'agglomération (ou la région en deux catégories : Ile-de-France vs autres régions), de l'ancienneté en tant que titulaire d'officine, ainsi que de la participation à des activités de maître de stage.

FIGURE 4

Fréquence des discussions sur le coût et le bon usage des médicaments parmi les pharmaciens et les médecins généralistes ayant déclaré une modification des relations avec leurs patients, liée aux génériques ou à la prescription en DCI (en %)



discussions favorisées sur le bon usage du médicament, alors que seulement 78,4 % des pharmaciens insatisfaits les mentionnent ($p < 0,05$).

Parmi les médecins généralistes ayant perçu une modification de leurs relations avec leurs patients, les médecins généralistes sans mode d'exercice particulier systématique sont aussi plus nombreux à faire le constat que les médicaments génériques ont favorisé les discussions sur le coût des médicaments (90,6 %) que les médecins avec un mode d'exercice particulier (81,2 % ; $p < 0,05$), quels que soient le sexe, le niveau de satisfaction et le statut du médecin (réfèrent ou non).

Influence sur les professionnels

Chez les médecins généralistes, la perception de modifications des relations avec leurs patients liées aux médicaments génériques et à la prescription en DCI est associée à leur propre attitude à l'égard de la prescription en DCI :

■ les médecins qui ne perçoivent pas de modification des relations sont ainsi plus souvent favorables à la DCI (77,1 %) que les

médecins qui perçoivent une modification (71,1 % ; $p < 0,01$) ;

■ on trouve des proportions plus élevées de médecins favorables à la DCI parmi ceux déclarant que sont favorisées les discussions sur le bon usage (73,4 %) ou sur le coût (72,9 %) du médicament que chez les médecins qui ne déclarent pas ces changements (respectivement 61,6 % ; $p < 0,05$ et 55,9 % ; $p < 0,01$). Cette association significative entre le fait d'être favorable à la DCI et les discussions favorisées existe encore lorsque sont prises en compte, dans l'analyse, les variables suivantes : l'âge, le fait d'être médecin réfèrent et la satisfaction à l'égard de sa profession.

Chez les pharmaciens, aucune relation significative n'est retrouvée entre la perception de modifications liée aux médicaments génériques ou à la prescription en DCI et leur comportement à l'égard des médicaments génériques. Les pharmaciens déclarant des changements ayant favorisé des discussions (que ce soit sur le bon usage du médicament ou sur le coût des médicaments) ne se distinguent pas, quant à la délivrance de médicaments génériques, de leurs collègues ne déclarant pas ces changements.

LIENS DES GÉNÉRIQUES AVEC LES ATTITUDES PRÉVENTIVES ET ÉDUCATIVES

Les pharmaciens d'officine délivrant systématiquement des génériques sont proportionnellement plus nombreux (59,3 %) à déclarer aborder spontanément la consommation de tabac avec leurs clients que les pharmaciens ne délivrant pas systématiquement des génériques (52,3 %; $p < 0,05$). De plus, lors de la vente d'un substitut nicotinique, 63,5 % des pharmaciens délivrant systématiquement des génériques déclarent évaluer la motivation de leur client à arrêter de fumer et 71,1 % déclarent effectuer avec lui un test de dépendance tabagique. Parmi les pharmaciens ne délivrant pas systématiquement de génériques, ils ne sont respectivement plus que 54,7 % ($p < 0,01$) et 59,4 % ($p < 0,001$).

Par ailleurs, lors de la délivrance de contraceptifs oraux, les pharmaciens déclarent délivrer systématiquement des génériques sont proportionnellement plus nombreux à parler de l'utilité d'un bilan biologique (88,4 %) ou de la consommation de tabac

(78,1 %) que ceux n'en délivrant pas systématiquement (83,4 % $p < 0,05$; 71,7 % $p < 0,05$). Les pharmaciens qui délivrent systématiquement des génériques mentionnent plus fréquemment des échanges avec le dernier patient asthmatique (29,6 % vs 22,3 %; $p < 0,01$) que les seconds.

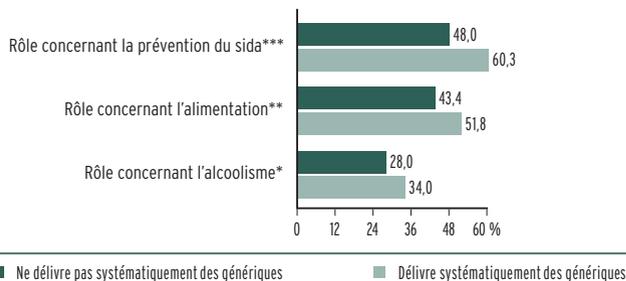
Enfin, la délivrance systématique de médicaments génériques est significativement associée, chez les pharmaciens, à une perception de leur rôle comme « important » en matière d'alcoolisme, d'alimentation et de prévention du sida [figure 5]³.

Chez les médecins généralistes, le fait de se déclarer favorable à la prescription en dénomination commune n'est pas significativement associé à leur opinion à l'égard de la vaccination, à leur attitude en matière de dépistage des cancers (mammographie, frottis cervical ou saignement occulte), ou à leur sentiment d'efficacité dans l'éducation

3. Le lien entre rôle important concernant l'alcoolisme et prescription de médicaments génériques disparaît quand sont pris en compte l'âge, le nombre de personnes pouvant délivrer, la satisfaction à l'égard de sa profession, la participation à une activité syndicale, la participation à une association de prévention et la perception de l'importance de son rôle concernant le bon usage du médicament.

FIGURE 5

Perception, chez les pharmaciens, de l'importance de leur rôle selon leur comportement en matière de délivrance de médicaments génériques (en %)



Exemple de lecture : 34 % des pharmaciens délivrant des génériques déclarent que leur rôle concernant l'alcoolisme est important, alors que 28 % des pharmaciens ne délivrant pas de génériques déclarent la même chose. La différence entre ces pourcentages est significative.

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

de patients (asthmatiques, diabétiques ou hypertendus).

On constate toutefois une association significative entre le fait de se déclarer favorable à la prescription en dénomination commune et l'utilisation de questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou de dépistage, y compris quand sont pris en compte l'âge, la satisfaction à l'égard de sa profession et le fait d'être médecin référent dans l'analyse. Ainsi, 37,5 % des médecins qui se déclarent favora-

bles à la DCI disent utiliser des questionnaires, alors que ce n'est le cas que de 30,9 % des médecins se déclarant défavorables ($p < 0,01$). Les médecins favorables à la DCI sont en outre proportionnellement plus nombreux (67,6 %) à se sentir efficaces pour aider les patients à modifier leurs comportements concernant l'exercice physique que les médecins défavorables (62,1 %; $p < 0,05$), quels que soient leur âge, leur satisfaction à l'égard de leur profession et leur statut (médecin référent ou non).

DISCUSSION

Attitude générale face aux médicaments génériques

Les médecins généralistes sont majoritairement favorables à la prescription en DCI, même si un tiers d'entre eux seulement se déclarent très favorables. Dans le même temps, quatre pharmaciens sur dix délivrent « systématiquement » des médicaments génériques, un pourcentage un peu plus important déclarant en délivrer « souvent ». Une enquête réalisée en décembre 2000 [10] auprès d'un échantillon de 1 000 pharmaciens d'officine décrivait la même tendance : une majorité de pharmaciens se déclarait favorable aux médicaments génériques ; seuls 42,5 % des pharmaciens interrogés les proposaient systématiquement, et 54,6 % les proposaient de façon sélective, en fonction du patient.

Une composante géographique pour la délivrance de génériques

Des différences régionales concernant la délivrance de médicaments génériques par les pharmaciens existent en 2003. Les pharmaciens d'Ile-de-France déclarent moins souvent proposer « systématiquement » des génériques que ceux des autres régions.

Ces pharmaciens sont proportionnellement moins nombreux à percevoir une modification des relations avec leurs clients liée aux génériques ou à la prescription en DCI.

La taille de l'agglomération influence également la délivrance de médicaments génériques. Ainsi, les pharmaciens des grandes agglomérations, à l'exception de l'agglomération parisienne, sont plus nombreux à déclarer une délivrance systématique des génériques.

L'interprétation de ces résultats se doit d'être prudente, compte tenu des limites techniques des données et notamment de leur caractère déclaratif. Des données de l'Assurance maladie vont toutefois dans le même sens et offrent une distribution géographique complémentaire [10] : les régions du nord-est et de la façade atlantique (Ouest) sont plus impliquées dans la délivrance de médicaments génériques, alors que la Région parisienne et les Bouches-du-Rhône comptent les taux de délivrance les plus faibles.

Facteurs et freins à la prescription en DCI et à la délivrance de génériques

Les données de cette enquête permettent de mieux cerner les caractéristiques des

professionnels fortement impliqués dans la délivrance de médicaments génériques ou favorables à la prescription en DCI.

Concernant les pharmaciens, ceux qui proposent systématiquement des génériques présentent les caractéristiques suivantes : jeunes, satisfaits de leur profession, s'impliquant dans des activités syndicales ou une association de prévention, ayant une perception aiguë de leur rôle concernant le bon usage du médicament, et ne percevant pas de réticence des patients ou d'opposition liée à une classe thérapeutique spécifique. Il nous paraît intéressant de souligner ici que la perception de l'opposition du prescripteur comme un frein n'influence pas significativement le comportement du pharmacien par rapport aux génériques.

La réticence des patients semble être le frein le plus important à la délivrance de médicaments génériques, notion que l'on retrouve dans d'autres études menées auprès de la même population de pharmaciens [7, 8]. Certains clients, et en particulier les personnes âgées, semblent réticents aux génériques, notamment quand ceux-ci ne sont pas prescrits par le médecin mais substitués à l'officine [7].

Dans une étude sur la perception des médicaments génériques, réalisée auprès de la population générale fin 2001, 62 % des Français avaient une attitude plutôt favorable à l'égard des médicaments génériques, mais 13 % étaient plutôt mitigés, acceptant uniquement les médicaments génériques quand ils étaient prescrits par le médecin et se montrant par contre réticents à l'égard de la substitution par le pharmacien [6].

Les médecins généralistes favorables à la DCI se distinguent de leurs collègues non favorables par leur plus jeune âge, un statut de médecin référent, leur satisfaction à l'égard de leur profession ; suite aux prescriptions en DCI, ils citent moins souvent des modifications dans les relations avec leurs patients. Ce profil professionnel

corrobore l'analyse faite par la Cnamts en 2001 à partir du fichier national mensuel agrégé des médicaments remboursables et présentés au remboursement. Cette étude constatait, chez les médecins, que le sexe (homme), la spécialité (omnipraticien), l'âge (plus jeune), le secteur (conventionné) et le mode d'exercice (libéral) influençaient favorablement la prescription de médicaments génériques [3].

L'attitude favorable des médecins référents à l'égard de la prescription en DCI est sans surprise, ces médecins ayant souscrit à un taux minimal (5 % de la valeur) de prescriptions de génériques, par option conventionnelle.

Satisfaction de sa profession : un critère déterminant face aux génériques

La satisfaction des pharmaciens et des médecins à l'égard de leur profession semble être associée à la perception de changements produits par les médicaments génériques et la prescription en DCI, les plus satisfaits déclarant plus souvent des discussions favorisées sur le coût et sur le bon usage du médicament. Les professionnels de santé satisfaits de leur profession représentent les trois quarts des professionnels de santé interrogés (78,1 % des pharmaciens et 78,7 % des médecins).

De plus, la participation des pharmaciens à des activités syndicales, à des associations, ou comme maître de stage semble renforcer leur implication dans la délivrance de médicaments génériques, diminuer la perception de freins (notamment la réticence des patients) et augmenter leur perception de modifications dans leurs relations avec les patients. L'hypothèse peut être faite d'une réflexion approfondie sur sa pratique professionnelle, et d'une implication allant dans le sens des remarques faites sur la recherche d'une plus grande valorisation profession-

nelle. Ainsi, le métier de pharmacien étant centré sur la dispensation de médicaments, certains auteurs estiment que la valorisation perçue par les pharmaciens dans l'acte de substitution représente un facteur important de sa stratégie de promotion du médicament générique [7].

Globalement, il semble ainsi que les professionnels, médecins ou pharmaciens, les plus satisfaits de leur profession et les plus impliqués dans leur exercice soient aussi les professionnels les plus enclins à prescrire un médicament en dénomination commune ou à le délivrer sous forme de générique.

Cette implication professionnelle est aussi retrouvée parmi les professionnels les plus investis dans les missions de prévention et d'éducation, en premier lieu chez les pharmaciens. Des ponts communs entre ces deux thèmes (génériques et éducation pour la santé) peuvent peut-être donner des perspectives de développement croisé de chacun d'entre eux. Un des ponts communs sera vraisemblablement l'exploration de la relation professionnel/patient, un des moyens essentiels de l'accompagnement préventif et éducatif.

Relecteur

Benoît Allenet (Faculté de pharmacie, CHU Grenoble)

Bibliographie

- [1] Pigeon M., Pelletier E.
Genericam : les chiffres clés des médicaments génériques remboursés par le régime général.
Dossier Études et Statistiques 2003 ; 55 : 30 p.
www.ameli.fr/156/DOC/1007/article.html# [15/03/2005]
- [2] **Décret n° 2002-1216 du 30 septembre 2002 relatif à la prescription de médicaments en dénomination commune et modifiant le code de la santé publique.**
www.legifrance.gouv.fr/ [15/03/2005]
- [3] Pelletier E.
La délivrance de médicaments génériques en France métropolitaine.
Bloc-notes statistique, 2001, 86 : 23 p.
- [4] Chabrun-Robert C.
Les Français, leur santé et leurs médecins.
Concours Médical 1996 ; 118 (30) : 2055-8.
- [5] Loi de sécurité sociale du 23 décembre 1998.
- [6] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Direction des statistiques et des études.
Des tendances de fond aux mouvements de court terme.
Point de conjoncture 2002 ; 6 : 39 p.
www.ameli.fr/157/DOC/637/article_pdf.html# [15/03/2005]
- [7] Barry H., Allenet B.
Analyse des conditions d'intégration des produits génériques dans les officines : proposition d'une typologie comportementale des pharmaciens.
Les Nouvelles Pharmaceutiques 2001 ; 373 : 557-62.
- [8] Allenet B., Barry H.
Opinion and behaviour of pharmacists towards the substitution of branded drugs by generic drugs: survey of 1000 French community pharmacists.
Pharmacy World & Science 2003 ; 25 (5) : 197-202.
- [9] **Prescription de marques, génériques et DCI : l'attitude des médecins.**
In : *Etude Taylor Nelson.*
www.tns-sofres.com/compress/compress_content.asp?ID=173 [15/03/2005]
- [10] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Direction des statistiques et des études.
La délivrance de médicaments génériques d'un département à l'autre : une importante dispersion.
Point de Conjoncture 2003 ; 19 : 18-21
www.ameli.fr/157/DOC/1141/article_pdf.html#
[15/03/2005]

VEHICULES





ANNEXES

Questionnaire Baromètre santé médecins 2003

Le questionnaire médecins généralistes est présenté dans son intégralité. Il reprend les consignes telles qu'elles apparaissaient sur l'écran des enquêteurs, ainsi que les filtres des questions. Sont par ailleurs mentionnées les références des Baromètres santé médecins généralistes ayant déjà utilisé la question.

Thème

Q40 Intitulé de la question

★ Consignes enquêteur

◆ Filtres

AUTRES ENQUÊTES INPES POUR LESQUELLES

LA QUESTION A ÉTÉ POSÉE (BMG :

BAROMÈTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES)

Vaccination	224
VIH, hépatite C, IST	224
Dépistage des cancers	225
Prévention et éducation du patient	227
Médicaments et visites	228
Prise en charge des problèmes d'addiction : drogues illicites, tabac et alcool	228
Violences	229
Caractéristiques du médecin	229
Comportements personnels des médecins	230

Vaccination

Nous allons d'abord parler de la vaccination.

Q1. En ce qui concerne la vaccination en général dans votre pratique quotidienne, y êtes-vous très favorable, plutôt favorable, plutôt défavorable ou très défavorable ?

BMG 94, 98

- 1 Très favorable
- 2 Plutôt favorable
- 3 Plutôt défavorable
- 4 Très défavorable
- 5 Ne sait pas

Q2. Plus précisément, en ce qui concerne les vaccinations suivantes, y êtes-vous très favorable, plutôt favorable, plutôt défavorable ou très défavorable ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1 Très favorable
- 2 Plutôt favorable
- 3 Plutôt défavorable
- 4 Très défavorable
- 5 Ne sait pas

- La vaccination par le BCG BMG 94, 98
- La vaccination associée ROR (rougeole-oreillons-rubéole) BMG 92, 93, 94, 98

Q3. Proposez-vous systématiquement, selon les cas ou jamais... ?

★ Enquêteur : citer.

BMG 98

- 1 Systématiquement
- 2 Selon les cas
- 3 Jamais
- 4 Ne sait pas

- La vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans BMG 92, 93, 94
- La deuxième dose de ROR pour les enfants entre 3 et 6 ans
- Le rattrapage de la vaccination ROR pour les enfants entre 11 et 13 ans s'ils sont vaccinés contre l'une de ces maladies BMG 94
- Le rattrapage de la vaccination ROR pour les enfants entre 11 et 13 ans qui ne sont vaccinés contre aucune de ces maladies

Q4. Chez les personnes âgées, proposez-vous systématiquement, souvent, de temps en temps ou jamais ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

BMG 94, 98

- 1 Systématiquement

- 2 Souvent
- 3 De temps en temps
- 4 Jamais
- 5 Ne sait pas

- La vaccination contre la grippe
- La vaccination antipneumocoque
- La vaccination antitétanique

Q5. En ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B, y êtes-vous très favorable, plutôt favorable, plutôt défavorable ou très défavorable... ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

BMG 94, 98

- 1 Très favorable
- 2 Plutôt favorable
- 3 Plutôt défavorable
- 4 Très défavorable
- 5 Ne sait pas

- Pour les nourrissons
- À l'entrée en 6^e
- Pour les adolescents BMG 93
- Pour l'ensemble de la population BMG 93

VIH, hépatite C, IST

Q6. Combien de sérologies VIH avez-vous prescrit au cours du dernier mois (que ce soit dans votre cabinet ou dans un autre cas) ?

★ Enquêteur : noter en clair.

BMG 94, 98

Q7. Combien de résultats positifs avez-vous annoncé au cours des douze derniers mois ?

★ Enquêteur : noter en clair.

BMG 98

Q8. Combien de patients atteints par le VIH voyez-vous en moyenne par an ?

★ Enquêteur : noter en clair.

BMG 98 (PAR MOIS)

Q9. Pour combien d'entre eux renouvelez-vous le traitement par antirétroviraux ?

★ Enquêteur : noter en clair.

◆ Si Q8 différent de 0

BMG 98

Q10. Proposez-vous systématiquement, selon les cas, jamais, une sérologie de l'hépatite C ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

BMG 98

- 1 Systématiquement
- 2 Selon les cas
- 3 Jamais
- 4 Non concerné
- 5 Ne sait pas
- Aux femmes enceintes
- Aux personnes ayant une asthénie importante et durable
- Aux personnes que vous savez usagers de drogues par voie intraveineuse
- Aux personnes que vous savez avoir été transfusées
- Aux personnes ayant subi un acte chirurgical ou un acte médical invasif
- Aux personnes ayant un tatouage

Q11. Combien avez-vous prescrit de sérologies pour l'hépatite C au cours du dernier mois ?

★ Enquêteur : noter en clair.

BMG 98

Q12. Combien de cas de syphilis (environ) avez-vous diagnostiqué au cours des douze derniers mois ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Aucun
- 2 Un seul
- 3 Deux à cinq
- 4 Plus de cinq
- 5 Ne sait pas

Q13. Combien de cas de gonococcie (environ) avez-vous diagnostiqué au cours des douze derniers mois ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Aucun
- 2 Un seul
- 3 Deux à cinq
- 4 Plus de cinq
- 5 Ne sait pas

Q14. Combien de cas de *Chlamydia* (environ) avez-vous diagnostiqué au cours des douze derniers mois ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Aucun
- 2 Un seul
- 3 Deux à cinq
- 4 Plus de cinq
- 5 Ne sait pas

Q15. Avez-vous été alerté récemment sur l'existence d'une recrudescence de syphilis ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

Q16. Comment avez-vous été alerté ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des propositions, plusieurs réponses possibles.

◆ Si Q15 = 1

- 1 Par une recrudescence dans votre propre clientèle
- 2 Par la presse médicale
- 3 Par les médias
- 4 Par un courrier du ministère de la Santé
- 5 Par vos patients
- 6 Ne sait pas

Q17. Considérez-vous que la prévention dans le domaine des comportements sexuels fait partie de votre rôle en tant que médecin ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Oui, tout à fait
- 2 Oui, plutôt
- 3 Non, pas vraiment
- 4 Non, pas du tout
- 5 Ne sait pas

Dépistage des cancers

Passons à un autre sujet.

Nous allons parler de votre dernière patiente âgée de 50 à 60 ans, sans facteurs de risque particuliers, ni individuels, ni familiaux, pour le cancer et que vous suivez régulièrement. Avez-vous bien cette patiente en tête ?

Q18. Au cours des trois dernières années, avez-vous prescrit à cette patiente une mammographie de dépistage ?

BMG 98

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas
- 4 Non concerné

Q19. Avait-elle déjà eu une mammographie au cours des trois dernières années ?

◆ Si Q18 = 2

BMG 98

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

Q20. Cette mammographie faisait-elle suite à

une demande exprimée par la patiente, ou bien était-elle de votre propre initiative ?

★ Enquêteur : une seule réponse possible.

◆ Si Q18 = 1

BMG 98

- 1 Demande exprimée par la patiente
- 2 De votre propre initiative
- 3 Ne sait pas

Q21. Le contexte de la consultation était-il plutôt celui :

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des propositions, une seule réponse possible.

◆ Si Q18 = 1

BMG 98

- 1 D'un bilan général de santé
- 2 D'une consultation pour un signe d'appel
- 3 D'une consultation dans le cadre d'un programme de dépistage organisé dans votre département
- 4 D'une consultation de traitement pour la ménopause
- 5 Ne sait pas (motivé par une autre raison)
- 6 Autre

Q22. Chez cette patiente, au cours des trois dernières années, avez-vous déjà réalisé vous-même un frottis cervical, je dis bien réalisé vous-même ?

BMG 98

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

Q23. Parmi ces raisons, quelle est celle qui a fait que vous n'avez pas réalisé cet acte ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des propositions, une seule réponse possible.

◆ Si Q22 = 2

BMG 98

- 1 Dans le cas de cette patiente, vous n'y avez pas pensé
- 2 Cet acte avait été réalisé depuis moins de trois ans par un autre médecin
- 3 La patiente a refusé
- 4 La patiente aurait été gênée si vous l'aviez proposé
- 5 Vous ne pratiquez pas cet acte
- 6 Autre (préciser)
- 7 Ne sait pas

Q24. Est-ce que vous l'aviez adressée à ce médecin ou à ce laboratoire ?

◆ Si Q23 = 2

BMG 98

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

Q25. Ce frottis faisait-il suite à une demande exprimée par la patiente ou bien a-t-il été réalisé ou prescrit de votre propre initiative ?

★ Enquêteur : citer.

◆ Si Q22 = 1 ou Q24 = 1

BMG 98

- 1 Une demande exprimée par la patiente
- 2 De votre propre initiative
- 3 Ne sait pas

Q26. Le contexte de la consultation était-il plutôt celui... ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des propositions, une seule réponse possible.

◆ Si Q22 = 1 ou Q24 = 1

BMG 98

- 1 D'un bilan général de santé
- 2 D'une consultation pour un signe d'appel
- 3 D'une consultation dans le cadre d'un programme de dépistage organisé dans votre département
- 4 D'une consultation de traitement pour la ménopause
- 5 Ne sait pas (motivé par une autre raison)
- 6 Autre

Q27. Au cours des deux dernières années, cette patiente a-t-elle bénéficié d'une recherche de saignement occulte dans les selles dans un but de dépistage ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

Q28. Cette recherche faisait-elle suite à une demande exprimée par la patiente ou bien était-elle de votre propre initiative ?

◆ Si Q27 = 1

- 1 Une demande exprimée par la patiente
- 2 De votre propre initiative
- 3 Ne sait pas

Q29. Le contexte de la consultation était-il plutôt celui :

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des propositions, une seule réponse possible.

◆ Si Q27 = 1

- 1 D'un bilan général de santé
- 2 D'une consultation pour un signe d'appel
- 3 D'une consultation dans le cadre d'un programme de dépistage organisé dans votre département
- 4 D'une consultation de traitement pour la ménopause
- 5 Ne sait pas (motivé par une autre raison)
- 6 Autre

- Q30. Au cours du dernier mois, combien avez-vous prescrit et/ou réalisé :**
 ★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des propositions. Enquêteur : noter en clair.
 BMG 98
- De mammographies de dépistage de cancer
 - De frottis de dépistage de cancer
 - D'Hémocult®
 - De radiographies de dépistage de cancer du poumon chez un fumeur asymptomatique

Prévention et éducation du patient

Nous allons maintenant parler de votre approche dans certaines pratiques de prévention.

- Q31. En cabinet, utilisez-vous des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles ?**
 ★ Enquêteur : citer.
 BMG 98
- 1 Très souvent
 - 2 Souvent
 - 3 Parfois
 - 4 Jamais
 - 5 Ne sait pas
- Q32. Dans quels domaines ?**
 ★ Enquêteur : ne rien suggérer.
 Plusieurs réponses possibles.
 ♦ Si Q31 = 1 à 3
 BMG 98
- 1 Alcool
 - 2 Tabac
 - 3 Dépression/problèmes psychologiques
 - 4 Diabète
 - 5 Asthme
 - 6 Dyslipidémies
 - 7 Autres/lesquels (préciser)
 - 8 Ne sait pas
- Q33. Vous personnellement, vous trouvez-vous efficace pour aider les patients à changer leurs comportements dans les domaines suivants ?**
 ★ Enquêteur : citer. Plusieurs réponses possibles. Ordre aléatoire des propositions.
 BMG 98
- 1 Très efficace
 - 2 Assez efficace
 - 3 Peu efficace
 - 4 Pas du tout efficace
 - 5 Ne sait pas
 - 6 Tabagisme
 - 7 Alcoolisme
 - 8 Alimentation
 - 9 Exercice physique
 - 10 Utilisation de drogues
 - 11 Usage du préservatif
 - 12 Dépistage des cancers
 - 13 Abus de médicaments psychotropes
 - 14 Accidents de la vie courante
- Q34. Dans l'éducation de vos patients asthmatiques, vous sentez-vous... ?**
 ★ Enquêteur : citer.
- 1 Très efficace
 - 2 Assez efficace
 - 3 Peu efficace
 - 4 Pas du tout efficace
 - 5 Non concerné
 - 6 Ne sait pas
- Q35. Dans l'éducation de vos patients diabétiques, vous sentez-vous... ? :**
 ★ Enquêteur : citer.
- 1 Très efficace
 - 2 Assez efficace
 - 3 Peu efficace
 - 4 Pas du tout efficace
 - 5 Non concerné
 - 6 Ne sait pas
- Q36. Dans l'éducation de vos patients ayant de l'hypertension, vous sentez-vous... ?**
 ★ Enquêteur : citer.
- 1 Très efficace
 - 2 Assez efficace
 - 3 Peu efficace
 - 4 Pas du tout efficace
 - 5 Non concerné
 - 6 Ne sait pas
- Q37. D'une façon générale, parmi les propositions que je vais vous citer, dites-moi celle qui constitue le frein le plus important dans votre démarche éducative de vos patients atteints de pathologies chroniques.**
 ★ Enquêteur : citer. Une seule réponse possible - Ordre aléatoire des propositions.
 ♦ Si Q34 ou Q35 ou Q36 = 2 ou 3 ou 4
 BMG 94
- 1 Vous manquez de temps
 - 2 Vous vous heurtez à la résistance des patients
 - 3 Vous manquez de formation sur ce thème
 - 4 Ce n'est pas une activité rémunérée
 - 5 Vous ne croyez pas en l'efficacité d'une démarche individuelle d'éducation
 - 6 Ce n'est pas votre rôle de médecin

- 7 Ce n'est pas une activité valorisante
8 Ne sait pas

Médicaments et visites

Q38. Il est depuis peu possible de prescrire un médicament en le désignant par sa dénomination commune. Y êtes-vous très favorable, plutôt favorable, plutôt défavorable ou très défavorable ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Très favorable
2 Plutôt favorable
3 Plutôt défavorable
4 Très défavorable
5 Ne sait pas

Q39. Les génériques et la prescription en dénomination commune ont-ils modifié vos relations avec les patients ?

- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas

Q40. Ont-ils favorisé des discussions sur... ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1 Oui, souvent
2 Oui, rarement
3 Non
4 Ne sait pas
- Le bon usage des médicaments
 - Le coût des médicaments

Q41. Depuis les changements réglementaires sur les visites, vos patients ont-ils été sensibles aux arguments suivants lorsque vous leur avez demandé de se déplacer ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1 Tout à fait sensibles
2 Plutôt sensibles
3 Plutôt pas sensibles
4 Pas du tout sensibles
5 Non concernés
6 Ne sait pas
- Le cabinet est mieux adapté à l'examen clinique
 - Le cabinet garantit la confidentialité et la qualité des échanges
 - Le médecin peut plus facilement communiquer avec ses confrères depuis son cabinet
 - Le médecin dispose du dossier de son patient au cabinet

Prise en charge des problèmes d'addiction : drogues illicites, tabac et alcool

Parlons maintenant des problèmes d'addiction.

Q42. Combien d'héroïnomanes voyez-vous en moyenne par mois ?

★ Enquêteur : noter en clair.

BMG 92, 98

Q43. Parmi les héroïnomanes, combien en suivez-vous pour un traitement de substitution ?

★ Enquêteur : citer. Noter en clair.

◆ Si Q42 différent de 0

BMG 98

- Pour du Subutex®
- Pour de la méthadone
- Pour un autre traitement de substitution

Q44. Voici des opinions que l'on peut entendre à propos de la drogue. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

BMG 98

- 1 Tout à fait d'accord
2 Plutôt d'accord
3 Plutôt pas d'accord
4 Pas du tout d'accord
5 Ne sait pas
- Les toxicomanes sont avant tout des malades **BMG 92**
 - La drogue, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie **BMG 92**
 - Il faut mettre les drogues douces en vente libre **BMG 92**
 - Les toxicomanes se conforment aux prescriptions médicales
 - La consommation de haschich constitue un risque important pour la santé **BMG 92 INVERSÉE 93**

Q45. Pour chacun des types de dépendances suivants, dites-moi si le plus souvent vous prenez les patients en charge seul, vous les prenez en charge en liaison avec une structure, ou s'ils sont confiés à une structure ?

★ Enquêteur : citer.

BMG 93, 98

- 1 Seul
2 En liaison avec une structure

- 3 Confiés à une structure
- 4 Ne sait pas
- En ce qui concerne le tabagisme
- En ce qui concerne l'alcoolisme
- En ce qui concerne la toxicomanie

Q46. Au cours des sept derniers jours, combien de patients avez-vous vus dans le cadre de leur sevrage ?

★ Enquêteur : citer. Noter en clair.

BMG 93, 98

- Tabagique
- Alcoolique

Q47. Parmi les méthodes de sevrage tabagique suivantes, quelle est la méthode que vous préconisez le plus souvent ?

★ Enquêteur : citer. Une seule réponse possible. Ordre aléatoire des propositions.

BMG 92 (PRÉCONISER DEUX MÉTHODES), 93, 98

- 1 Arrêt volontaire
- 2 Arrêt volontaire par réduction progressive
- 3 Psychothérapie
- 4 Acupuncture
- 5 Auriculothérapie
- 6 Gomme à mâcher
- 7 Patch antitabac
- 8 Zyban ou Bupropion en DCI
- 9 Autres substituts nicotiques
- 10 Autres traitements
- 11 Ne sait pas

Violences

Nous allons nous intéresser à présent aux cas de violences auxquels vous êtes confronté en consultation.

Q48. D'après votre expérience, combien de fois en moyenne par mois êtes-vous confronté à des cas de :

★ Enquêteur : citer. Noter en clair. Les termes de violences familiales désignent les violences au sein de la famille autres que conjugales.

- De violences conjugales
- De violences familiales
- De violences et de harcèlement au travail
- D'abus sexuels

Caractéristiques du médecin

Q49. Dans quel secteur exercez-vous ?

★ Enquêteur : citer. Une seule réponse possible.

BMG 93, 94, 98

- 1 Secteur 1
- 2 Secteur 2
- 3 Dépassement permanent
- 4 Non conventionné
- 5 Ne sait pas

Q50. Êtes-vous médecin référent ?

BMG 98

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

Q51. Exercez-vous ?

★ Enquêteur : citer. Une seule réponse possible.

BMG 98

- 1 En cabinet de groupe
- 2 En cabinet individuel
- 3 Refus

Q52. Pratiquez-vous, systématiquement, occasionnellement ou jamais :

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions, excepté sous-question 4

BMG 92, 93 (ITEMS OUI/NON), 94, 98

- 1 Systématiquement
- 2 Occasionnellement
- 3 Jamais
- L'acupuncture
- L'homéopathie
- La mésothérapie
- D'autres modes d'exercice particuliers (hors aléa)

Q53. Combien d'actes médicaux réalisez-vous en moyenne par jour ?

★ Enquêteur : noter en clair.

BMG 92, 93, 94, 98

Q54. Quel pourcentage approximatif de votre clientèle bénéficie de la CMU ?

★ Enquêteur : citer.

BMG 94, 98

- 1 Moins de 5 %
- 2 De 5 à 10 %
- 3 De 10 à 25 %
- 4 De 25 à 50 %
- 5 De 50 à 75 %
- 6 De 75 à 90 %

- 7 Plus de 90 %
8 Ne sait pas
-
- Q55. Participez-vous à un réseau ?**
BMG 94, 98
- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas
-
- Q56. Sur quels thèmes ?**
★ Enquêteur : citer. Plusieurs réponses possibles.
◆ Si Q55 = 1
BMG 94, 98
- 1 Le VIH
2 Le cancer
3 La gérontologie
4 Le traitement de substitution pour les héroïnomanes
5 L'alcool
6 L'hépatite C
7 Le diabète
8 Ne sait pas
9 Autres
-
- Q57. Êtes-vous très, plutôt, peu ou pas du tout satisfait par l'exercice de votre profession ?**
BMG 94, 98
- 1 Très satisfait
2 Plutôt satisfait
3 Peu satisfait
4 Pas du tout satisfait
5 Ne sait pas
-
- Q58. Vous consacrez-vous à :**
★ Enquêteur : citer.
BMG 94
- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas
- Des activités concernant le syndicalisme médical
 - Des activités concernant l'Ordre des médecins
 - Des activités relatives à des associations de malades
 - Des activités relatives à des associations de prévention
 - Des activités médicales de formateur (Formation médicale continue et/ou Médecin généraliste enseignant)
 - Des activités de maître de stage

Comportements personnels des médecins

Pour terminer, quelques questions plus personnelles.

-
- Q59. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?**
BMG 92, 93, 94, 98
- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas
-
- Q60. Combien de cigarettes (cigares ou pipes) fumez-vous en moyenne par jour ?**
★ Enquêteur : noter en clair.
◆ Si Q59 = 1
BMG 92, 93, 94, 98
-
- Q61. Avez-vous déjà été fumeur ?**
◆ Si Q59 = 2
BMG 92, 93, 94, 98
- 1 Oui
2 Non
-
- Q62. Au cours des sept derniers jours, avez-vous bu... ?**
★ Enquêteur : citer.
- 1 Tous les jours
2 Trois à six jours
3 Un à deux jours
4 Non
5 Ne sait pas
- Du vin (blanc, rosé, rouge)
 - De la bière
 - Des alcools forts (vodka, pastis, whisky coca, planteur, punch...)
 - D'autres boissons alcoolisées (cidre, champagne, porto...)
-
- Q63. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des somnifères ou des tranquillisants ?**
★ Enquêteur : citer. Une seule réponse possible.
BMG 93, 94, 98
- 1 Tous les jours
2 Plusieurs fois par semaine
3 Quelques fois par mois
4 Plus rarement
5 Jamais
6 Ne sait pas
-
- Q64. L'hiver dernier, vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe ?**
- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas

Q65. Avez-vous réalisé pour vous-même, au cours des trois dernières années ?

★ Enquêteur : citer.

◆ *S'il s'agit d'une femme*

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Ne sait pas
 - Une mammographie de dépistage
 - Un frottis de dépistage
-

Q66. Avez-vous réalisé pour vous-même, au cours des deux dernières années, une recherche de sang occulte dans les selles ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Ne sait pas
-

Q67. Avez-vous déjà effectué :

★ Enquêteur : citer.

BMG 98

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Ne sait pas
 - Un test de dépistage de l'hépatite C
 - Un test de dépistage du sida BMG 94
-

Q68. Avez-vous déjà utilisé personnellement des préservatifs ?

BMG 94, 98

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Ne sait pas
-

Q69. Puis-je vous demander votre année de naissance ?

BMG 92, 93, 94, 98

Q70. Sexe de l'interviewé :

BMG 92, 93, 94, 98

- 1 Homme
- 2 Femme

Questionnaire Baromètre santé pharmaciens 2003

Le questionnaire pharmaciens titulaires d'officine est présenté ici dans son intégralité. Il reprend les consignes telles qu'elles apparaissaient sur l'écran des enquêteurs, ainsi que les filtres des questions. Sont par ailleurs mentionnées les références des enquêtes précédentes ayant déjà utilisé la question.

Thème

Q40 Intitulé de la question

★ Consignes enquêteur

◆ Filtres

AUTRES ENQUÊTES INPES POUR LESQUELLES
LA QUESTION A ÉTÉ POSÉE (BMG : BAROMÈTRE
MÉDECINS GÉNÉRALISTES ; EPO : ENQUÊTE
PHARMACIENS D'OFFICINE)

Vaccination	234
Tabac, alcool	234
Toxicomanie	235
Suivi personnes séropositives ou diabétiques	235
Dépistage des cancers	236
Contraceptifs oraux	236
Confidentialité	236
Les médicaments	236
Activité professionnelle et opinions	237
Comportements personnels	239
Signalétique	239

Vaccination

Nous allons d'abord parler de la vaccination.

Q1. Au cours d'une journée, combien de clients vous demandent des renseignements sur la vaccination ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Aucun
- 2 Entre 1 et 5
- 3 Entre 6 et 10
- 4 Entre 11 et 20
- 5 21 et plus
- 6 Nsp

Q2. En ce qui concerne la vaccination en général, êtes-vous très favorable, plutôt favorable, plutôt défavorable ou très défavorable ?

★ Enquêteur : citer.

BMG 2002

- 1 Très favorable
- 2 Plutôt favorable
- 3 Plutôt défavorable
- 4 Très défavorable
- 5 Nsp

Q3. En ce qui concerne la vaccination ROR, êtes-vous très favorable, plutôt favorable, plutôt défavorable, très défavorable ?

★ Enquêteur : citer.

BMG 2002

- 1 Très favorable
- 2 Plutôt favorable
- 3 Plutôt défavorable
- 4 Très défavorable
- 5 Nsp

Tabac, alcool

Q4. Avez-vous l'occasion de parler spontanément à vos clients de leur consommation de tabac ?

★ Enquêteur : citer.

EPO 98

- 1 Oui, souvent
- 2 Oui, rarement
- 3 Non

Q5. Était-ce à propos de... ?

★ Enquêteur : citer. Plusieurs réponses possibles.

◆ Si Q4 = 1 ou 2

EPO 98

- 1 De leur maladie
- 2 De la délivrance de certains médicaments
- 3 De la vente de produits cosmétiques ou d'hygiène
- 4 De la présence ou de la venue d'un enfant dans la famille
- 5 Aucune de ces propositions

Q6. Est-ce parce que... ?

★ Enquêteur : citer. Plusieurs réponses possibles.

◆ Si Q4 = 3

EPO 98

- 1 Ce n'est pas le rôle du pharmacien
- 2 Les personnes ne souhaitent pas être interrogées
- 3 Ce n'est pas facile d'aborder le thème
- 4 Les personnes sont libres de fumer
- 5 Aucune de ces propositions

Q7. Avez-vous l'occasion de parler spontanément à vos clients de leur consommation d'alcool ?

★ Enquêteur : citer.

EPO 98

- 1 Oui, souvent
- 2 Oui, rarement
- 3 Non

Q8. Était-ce à propos... ?

★ Enquêteur : citer. Plusieurs réponses possibles.

◆ Si Q7 = 1 ou 2

EPO 98

- 1 De leur maladie
- 2 De la délivrance de certains médicaments
- 3 Aucune de ces propositions

Q9. Est-ce parce que... ?

★ Enquêteur : citer. Plusieurs réponses possibles.

◆ Si Q7 = 3

EPO 98

- 1 Ce n'est pas le rôle du pharmacien
- 2 Les personnes ne souhaitent pas être interrogées
- 3 Ce n'est pas facile d'aborder le thème
- 4 Les personnes sont libres de boire
- 5 Aucune de ces propositions

Q10. Lors de votre dernière vente de substitut nicotinique, avez-vous... ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Nsp

- Évalué par un test la motivation du fumeur à arrêter de fumer
- Effectué avec lui un test de dépendance tabagique

Toxicomanie

Q11. Combien voyez-vous de clients toxicomanes différents en moyenne par mois dans votre officine ?

★ Enquêteur : citer.

EPO 98

- 1 Aucun
- 2 Moins de 10 par mois
- 3 10 ou plus par mois
- 4 Nsp

Q12. Sur ceux-là, combien viennent pour... ?

★ Enquêteur noter, en clair

◆ Si Q11 = 2 ou 3

- Un traitement de substitution ?
- Des seringues et/ou des Stéribox®

Q13. Concernant les toxicomanes, vous sentez-vous suffisamment formé ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions .

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Nsp
- À la relation avec les malades
 - Sur la délivrance des traitements de substitution
 - Sur les politiques de réduction des risques

Q14. Voici des opinions que l'on peut entendre à propos de la drogue. Pour chacune d'elles, dites-moi si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, ou pas du tout d'accord

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions .

BMG 2002

- 1 Tout à fait d'accord
 - 2 Plutôt d'accord
 - 3 Plutôt pas d'accord
 - 4 Pas du tout d'accord
 - 5 Nsp
- Les toxicomanes sont avant tout des malades
 - La drogue, c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie
 - Il faut mettre les drogues douces en vente libre

- Les toxicomanes se conforment aux prescriptions médicales
- La consommation de haschich constitue un risque important pour la santé

Q15. Seriez-vous prêt à participer à un programme d'échange de seringues ?

★ Enquêteur : citer.

- 1 Vous le faites déjà
- 2 Vous y avez déjà participé, mais vous ne le faites plus
- 3 Vous seriez prêt à y participer
- 4 Non
- 5 Nsp

Suivi personnes séropositives ou diabétiques

Q16. Suivez-vous régulièrement des personnes séropositives ou malades du sida ?

EPO 98

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Nsp

Q17. Pour l'officine, est-ce... ?

★ Enquêteur : citer.

◆ Si Q16 = 1

EPO 98

- 1 Moins de 5 personnes différentes par mois
- 2 5 personnes ou plus différentes par mois
- 3 Nsp

Q18. Suivez-vous régulièrement des personnes diabétiques ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Nsp

Q19. Pour l'officine, est-ce... ?

★ Enquêteur : citer.

◆ Si Q18 = 1

- 1 Moins de 10 personnes différentes par semaine
- 2 Entre 10 et 20 personnes différentes
- 3 Plus de 20 personnes différentes
- 4 Nsp

Dépistage des cancers

Passons à un autre sujet.

- Q20. Vos clients sont-ils demandeurs de renseignements concernant le dépistage des cancers ?**
 ★ Enquêteur : citer. Une seule réponse possible.

EPO 98

- 1 Oui, souvent
- 2 Oui, rarement
- 3 Non
- 4 Nsp

- Q21. Quels sont les cancers pour lesquels les demandes d'information sur le dépistage sont les plus fréquentes ?**

★ Enquêteur : ne rien suggérer.
 Réponse spontanée - liste précédée.

◆ Si Q20 = 1 ou 2

- 1 Cancer du sein
- 2 Cancer de l'utérus
- 3 Cancer du colon
- 4 Cancer de la peau
- 5 Cancer de la prostate
- 6 Cancer du poumon
- 7 Cancer du pancréas
- 8 Autre (préciser)
- 9 Nsp

Contraceptifs oraux

- Q22. Lors de la délivrance de contraceptifs oraux, parlez-vous systématiquement, selon les cas, ou jamais de... ?**

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

EPO 98 (ITEMS DIFFÉRENTS : OUI/NON/NSP)

- 1 Systématiquement
 - 2 Selon les cas
 - 3 Jamais
 - 4 Nsp
- L'utilité d'un bilan biologique
 - L'utilité d'un frottis
 - Leur consommation de tabac
 - Le risque d'IST (infections sexuellement transmissibles, anciennement MST)

- Q23. Lors de votre dernière dispensation d'une contraception d'urgence, avez-vous eu vous-même un entretien spécifique avec la personne ?**

★ Enquêteur : contraception d'urgence = pilule du lendemain.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Non concerné
- 4 Nsp

- Q24. Quelle a été la durée de cet entretien ?**

★ Enquêteur : noter en clair.

◆ Si Q23 = 1

- Q25. Quel a été le frein le plus important ?**

★ Enquêteur : citer. Une seule réponse possible.

◆ Si Q23 = 2

- 1 La personne manquait de temps
- 2 La personne refuse de discuter
- 3 La personne était déjà informée
- 4 Vous manquiez de temps
- 5 Vous manquez de formation sur ce thème
- 6 Vous croyez peu en l'efficacité d'une démarche individuelle de prévention
- 7 Ce n'est pas votre rôle de pharmacien
- 8 Il y avait un problème de confidentialité pour cette cliente
- 9 Aucune de ces propositions
- 10 Nsp

Confidentialité

- Q26. Depuis 2000, avez vous fait des aménagements pour mieux répondre à la confidentialité à l'officine ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Nsp

- Q27. Diriez-vous qu'il y a aujourd'hui dans votre officine des problèmes de confidentialité ?**

★ Enquêteur : citer.

EPO 98

- 1 Oui, souvent
- 2 Oui, rarement
- 3 Non
- 4 Nsp

Les médicaments

- Q28. Concernant les médicaments, les échanges avec vos clients portent-ils sur... ?**

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

- 1 Oui, souvent
- 2 Oui, rarement

- 3 Non
4 Nsp
■ Les effets secondaires
■ Les associations médicamenteuses
-
- Q29. En dehors des médicaments, les clients vous interrogent-ils sur... ?**
★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.
- 1 Oui, souvent
2 Oui, rarement
3 Non
4 Nsp
■ L'alimentation
■ La sécurité alimentaire
■ L'environnement
■ Leur maladie
■ Les accidents domestiques
-
- Q30. Avec le dernier patient diabétique que vous avez vous-même servi, avez-vous eu... ?**
★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.
- 1 Oui
2 Non
3 Nsp
■ Peu d'échanges (client habituel, sans problème particulier)
■ Des échanges sur des questions d'alimentation
■ Des échanges sur les soins des pieds
■ Des échanges sur l'autosurveillance glycémique
-
- Q31. Avec le dernier patient asthmatique que vous avez vous-même servi, avez-vous eu... ?**
★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.
- 1 Oui
2 Non
3 Nsp
■ Peu d'échanges (client habituel, sans problème particulier)
■ Des échanges sur le tabac
■ Des échanges sur les dispositifs d'inhalation
-
- Q32. Concernant les médicaments pour lesquels des génériques existent, diriez-vous que vous les proposez systématiquement, souvent, rarement ou jamais ?**
★ Enquêteur : citer.
- 1 Systématiquement
2 Souvent
3 Rarement
4 Jamais
5 Nsp
-
- Q33. Diriez-vous qu'actuellement les**

principaux freins à la délivrance de médicaments génériques sont... ?

- ★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.
- 1 Tout à fait d'accord
2 Plutôt d'accord
3 Plutôt pas d'accord
4 Pas du tout d'accord
5 Nsp
■ La réticence des patients
■ L'opposition du prescripteur
■ L'appartenance du médicament à une classe thérapeutique spécifique
-

Q34. Les génériques et les prescriptions en dénomination commune ont-ils modifié vos relations avec les patients ?

- 1 Oui
2 Non
3 Nsp
-

Q35. Ont-ils favorisé des discussions sur... ?

- ★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.
◆ Si Q34 = 1
- 1 Oui, souvent
2 Oui, rarement
3 Non
4 Nsp
■ Le bon usage du médicament
■ Le coût des médicaments

Activité professionnelle et opinions

Q36. Participez-vous à un réseau de soins ?

- EPO 98
1 Oui
2 Non
3 Nsp
-

Q37. Sur quel(s) thème(s) ?

- ★ Enquêteur : ne rien suggérer. Réponses spontanées, plusieurs réponses possibles.
◆ Si Q36 = 1
EPO 98
- 1 Toxicomanie
2 VIH
3 Hépatites
4 Cancer
5 Hospitalisation à domicile
6 Gériatrie
7 Asthme

- 8 Diabète
9 Alcool
10 Nsp / refus
11 Autre
-
- Q38. Au cours des douze derniers mois, combien de jours ou soirées de formation continue avez-vous suivis ?**
★ Enquêteur : noter en clair.
EPO 98
- Nombre de soirées, en clair :
 - Nombre de journées, en clair :
-
- Q39. Pensez-vous que le pharmacien joue aujourd'hui un rôle très important, important, limité, ou bien ne joue aucun rôle en ce qui concerne... ?**
★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.
EPO 98
- 1 Très important
 - 2 Important
 - 3 Limité
 - 4 Aucun rôle
 - 5 Nsp
- Le tabagisme
 - L'alcoolisme
 - L'alimentation
 - La prévention du sida
 - La prévention des hépatites **NON POSÉE EN 1998**
 - Le bon usage du médicament
-
- Q40. Parmi les propositions que je vais vous citer, dites-moi celle qui constitue le frein le plus important pour la prévention.**
★ Enquêteur : citer. Une seule réponse possible - ordre aléatoire des propositions.
EPO 98
- 1 Vous manquez de temps
 - 2 Vous vous heurtez à la résistance des patients
 - 3 Vous manquez de formation sur ce thème
 - 4 Ce n'est pas une activité rémunérée
 - 5 Vous ne croyez pas en l'efficacité d'une démarche individuelle de prévention
 - 6 Ce n'est pas votre rôle de pharmacien
 - 7 Ce n'est pas une activité valorisante
 - 8 Ne sait pas
-
- Q41. Vous consacrez-vous à... ?**
★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.
BMG 2002, EPO 98
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Nsp
- Des activités concernant le syndicalisme
 - Des activités concernant l'Ordre des pharmaciens
 - Des activités relatives à des associations de malades
 - Des activités relatives à des associations de prévention
 - Des activités de formation (en tant que formateur)
 - Des activités de maître de stage
-
- Q42. Êtes-vous satisfait de votre profession ?**
★ Enquêteur : citer.
BMG 2002, EPO 98
- 1 Très satisfait
 - 2 Plutôt satisfait
 - 3 Peu satisfait
 - 4 Pas du tout satisfait
 - 5 Nsp
-
- Q43. Vos relations avec les autres professionnels de santé vous semblent-elles très satisfaisantes, plutôt satisfaisantes, plutôt pas satisfaisantes, ou pas du tout satisfaisantes ?**
- 1 Très satisfaisantes
 - 2 Plutôt satisfaisantes
 - 3 Plutôt pas satisfaisantes
 - 4 Pas du tout satisfaisantes
 - 5 Nsp
-
- Q44. L'« opinion pharmaceutique » est un concept proposé par l'Ordre des pharmaciens. C'est un avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient. Connaissez-vous ce concept ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Nsp
-
- Q45. Avez-vous déjà réalisé des « opinions pharmaceutiques » ?**
◆ Si Q44 =1
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Nsp
-
- Q46. Considérez-vous ce concept très important, important, limité ou très limité ?**
◆ Si Q44 =1
- 1 Très important
 - 2 Important
 - 3 Limité
 - 4 Très limité
 - 5 Nsp

Q47. Proposez-vous à la vente des livres ou autres supports dans votre officine ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Nsp

Q48. Qui fait la sélection des ouvrages proposés ?

★ Enquêteur : citer. Une seule réponse possible.

◆ Si Q47 = 1

- 1 Vous-même
- 2 La société qui vous fournit les ouvrages
- 3 Autre
- 4 Nsp

Comportements personnels

Pour terminer, nous allons vous poser quelques questions plus personnelles

Q49. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

BMG 2002, EPO 98

- 1 Oui
- 2 Non

Q50. Combien de cigarettes (cigares ou pipes) fumez-vous en moyenne par jour ?

★ Enquêteur :

Pipe = gros cigares = 5 cigarettes

1 petit cigare = 2 cigarettes

Si moins de 1 cigarette par jour, coder « 0 ».

◆ Si Q49 = 1

BMG 2002, EPO 98

Q51. Avez-vous déjà été fumeur ?

◆ Si Q49 = 2

BMG 2002, EPO 98

- 1 Oui
- 2 Non

Q52. Au cours des sept derniers jours, avez-vous bu... ?

★ Enquêteur : citer.

BMG 2002

- 1 Tous les jours
 - 2 Trois à six jours
 - 3 Un à deux jours
 - 4 Non
 - 5 Nsp
- Du vin (blanc, rosé, rouge)
 - De la bière
 - Des alcools forts (vodka, pastis, whisky coca, planteur, punch...)
 - D'autres boissons alcoolisées (cidre, champagne, porto...)

Q53. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des somnifères ou des tranquillisants... ?

★ Enquêteur : citer.

BMG 2002, EPO 98

- 1 Tous les jours
- 2 Plusieurs fois par semaine
- 3 Quelques fois par mois
- 4 Plus rarement
- 5 Jamais
- 6 Nsp

Q54. L'hiver dernier, vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe ?

★ Enquêteur : citer.

BMG 2002

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Nsp

Q55. Avez-vous déjà effectué... ?

★ Enquêteur : citer.

BMG 2002

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Nsp
- Un test de dépistage de l'hépatite C
 - Un test de dépistage du sida EPO 98

Q56. Avez-vous déjà utilisé personnellement des préservatifs ?

BMG 2002, EPO 98

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Nsp

Signalétique

Q57. Votre officine est située en zone rurale ou en zone urbaine ?

EPO 98

- 1 En zone rurale
- 2 En zone urbaine

Q58. Plus précisément, votre officine est située ?

★ Enquêteur : citer.

◆ Si Q57 = 2

EPO 98

- 1 En centre-ville
- 2 Dans un quartier
- 3 Dans un centre commercial

Q59. Combien de personnes, y compris vous-

même, sont habilitées à délivrer des médicaments dans votre officine ?

★ Enquêteur : noter en clair.

EPO 98

Q60. Votre nombre d'années d'exercice en tant que titulaire d'officine :

★ Enquêteur : noter en clair.

EPO 98

Q61. Puis-je vous demander votre année de naissance ?

★ Enquêteur : noter en clair.

BMG 2002, EPO 98

Q62. Coder sexe de l'interviewé :

BMG 2002, EPO 98

- 1 Homme
 - 2 Femme
-

Q63. Quel est le chiffres d'affaires de votre officine ?

★ Enquêteur : citer.

EPO 98

- 1 Moins de 3 millions de francs (moins de 0,46 million d'euros)
 - 2 Entre 3 et 5 millions de francs (de 0,46 à 0,76 million d'euros)
 - 3 Entre 5 à 7 millions francs (de 0,76 à 1,07 million d'euros)
 - 4 Plus de 7 millions de francs (plus de 1,07 million d'euros)
 - 5 Refuse de répondre
 - 6 Ne sait pas
-

Q64. Êtes-vous spécialisé en... ?

★ Enquêteur : citer. Ordre aléatoire des sous-questions.

EPO 98

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Nsp
- Orthopédie
 - Phytothérapie
 - Homéopathie
 - Maintien à domicile

Liste des tableaux et des figures

Présentation méthodologique et principales caractéristiques des professionnels de santé

- 20 **Tableau I** : Types et chronologie des Baromètres santé
- 23 **Tableau II** : Thèmes abordés dans l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003
- 23 **Tableau III** : Récapitulatif des appels téléphoniques
- 24 **Tableau IV** : Structure de l'échantillon « médecins généralistes » observée et obtenue après redressement selon certaines caractéristiques
- 25 **Tableau V** : Structure de l'échantillon « pharmaciens d'officine » observée et obtenue après redressement^a selon certaines caractéristiques
- 28 **Tableau VI** : Illustration du Khi-deux de Pearson. Tableaux observé et attendu de la comparaison de la satisfaction à l'égard de la pratique de la profession selon le sexe
- 29 **Tableau VII** : Comparaison de la satisfaction professionnelle entre hommes et femmes
- 37 **Tableau VIII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la participation à un réseau
- 37 **Tableau IX** : Les activités associées en 1994 et 2003
- 40 **Tableau X** : Déterminants sociodémographiques des différentes spécialités déclarées par les pharmaciens titulaires d'officine (résultats de régressions logistiques)
- 40 **Tableau XI** : Les activités associées chez les pharmaciens d'officine en 1998 et 2003 et chez les médecins généralistes
- 29 **Figure 1** : Illustration du facteur de confusion
- 31 **Figure 2** : Répartition des médecins généralistes selon le sexe et l'âge
- 32 **Figure 3** : Répartition des médecins selon leur âge au cours des différents Baromètres
- 34 **Figure 4** : Pratique d'un mode d'exercice

particulier (Mep) au cours des différents Baromètres santé médecins généralistes

- 34 **Figure 5** : Pratique de différents modes d'exercice particulier (Mep) depuis le Baromètre santé médecins généralistes 94/95
- 35 **Figure 6** : Part de la clientèle bénéficiant de la Couverture médicale universelle estimée par le généraliste selon le secteur d'exercice
- 36 **Figure 7** : Thèmes des réseaux auxquels participent les médecins généralistes
- 38 **Figure 8** : Répartition des pharmaciens selon leur âge en 1998 et 2003
- 39 **Figure 9** : Répartition des pharmaciens titulaires d'officine selon le chiffre d'affaires en 1998 et 2003
- 39 **Figure 10** : Proportion de pharmaciens déclarant un chiffre d'affaires supérieur à 1 070 000 euros selon le nombre de personnes habilitées à prescrire dans l'officine
- 39 **Figure 11** : Thèmes des réseaux auxquels participent les pharmaciens titulaires d'officine

Médecins généralistes et pharmaciens d'officine I

Quels sont leurs comportements personnels de santé ?

- 46 **Tableau I** : Fréquence des fumeurs (même occasionnels) parmi les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et en population générale, avant et après standardisation
- 47 **Tableau II** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la consommation de tabac, même occasionnelle parmi les médecins généralistes
- 49 **Tableau III** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la consommation régulière (trois jours ou plus dans la semaine) d'alcool au cours

des sept derniers jours pour les pharmaciens d'officine

- 50 **Tableau IV** : Fréquence des buveurs réguliers (avoir bu au moins trois jours dans la semaine) parmi les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et en population générale, avant et après standardisation
- 51 **Tableau V** : Fréquences des consommateurs de somnifères ou tranquillisants au cours des douze derniers mois parmi les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine avant et après standardisation
- 52 **Tableau VI** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « avoir consommé des somnifères ou tranquillisants au cours des douze derniers mois » parmi les médecins généralistes
- 53 **Tableau VII** : Fréquences du dépistage de l'hépatite C parmi les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et en population générale, avant et après standardisation
- 54 **Tableau VIII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « avoir effectué un test de dépistage VHC » parmi les pharmaciens titulaires d'officine
- 54 **Tableau IX** : Fréquence du dépistage du VIH parmi les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, avant et après standardisation
- 55 **Tableau X** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « avoir effectué un test de dépistage du VIH » parmi les médecins généralistes
- 57 **Tableau XI** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « avoir réalisé pour vous-même, au cours des deux dernières années, une recherche de sang occulte dans les selles » parmi les médecins généralistes
- 58 **Tableau XII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « avoir effectué un frottis au cours des

trois dernières années» parmi les femmes médecins généralistes

- 58 **Tableau XIII** : Fréquence du dépistage par mammographie et frottis parmi les femmes médecins généralistes et la population générale avant et après standardisation
- 59 **Tableau XIV** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « la vaccination contre la grippe » parmi les médecins généralistes
- 60 **Tableau XV** : Fréquence d'utilisation du préservatif au cours de la vie parmi les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine avant et après standardisation
- 47 **Figure 1** : Répartition par sexe des fumeurs, même occasionnels, selon la profession
- 47 **Figure 2** : Évolution des prévalences tabagiques parmi les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine
- 48 **Figure 3** : Répartition par sexe et par classe d'âges de la consommation d'alcool, au cours des sept derniers jours, selon la fréquence de consommation parmi les médecins généralistes
- 49 **Figure 4** : Répartition par sexe et par classe d'âges de la consommation d'alcool, au cours des sept derniers jours, en fonction du type de consommation parmi les pharmaciens d'officine
- 51 **Figure 5** : Répartition de la consommation de somnifères ou tranquillisants parmi les médecins généralistes au cours des douze derniers mois
- 51 **Figure 6** : Répartition de la consommation de somnifères ou tranquillisants parmi les pharmaciens d'officine au cours des douze derniers mois
- 52 **Figure 7** : Répartition des professionnels déclarant avoir pris au moins un somnifère ou un tranquillisant (au cours des douze derniers mois), selon le sexe et la satisfaction professionnelle
- 55 **Figure 8** : Répartition par sexe et âge des médecins généralistes et pharmaciens d'officine ayant déclaré avoir fait un dépistage VIH
- 56 **Figure 9** : Répartition des médecins généralistes et pharmaciens d'officine ayant fait un dépistage VIH selon l'année d'enquête
- 57 **Figure 10** : Répartition des femmes médecins généralistes ayant fait une mammographie et un frottis au cours des trois dernières années selon l'âge
- 60 **Figure 11** : Répartition par sexe et âge des médecins généralistes et pharmaciens d'officine ayant déclaré avoir déjà utilisé un préservatif

Prévention et éducation pour la santé | Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ?

- 68 **Tableau I** : Fréquence du sentiment d'efficacité sur les changements de comportement dans différents domaines, déclaré chez les médecins interrogés pratiquant ou non un mode d'exercice particulier
- 69 **Tableau II** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'utiliser (« parfois », « souvent » ou « très souvent ») des questionnaires préétablis parmi les médecins généralistes
- 70 **Tableau III** : Fréquence des thèmes cités par les médecins déclarant utiliser des questionnaires : évolution entre 1998 et 2003, et comparaison en 2003 entre médecins hommes et médecins femmes
- 71 **Tableau IV** : Fréquence de déclaration par les pharmaciens interrogés de l'importance de leur rôle (« important » ou « très important ») concernant différents thèmes de santé
- 75 **Tableau V** : Fréquence des motifs de non-réalisation d'un entretien spécifique lors de la dispensation d'une contraception d'urgence, cités par les pharmaciens d'officine interrogés

- 76 **Tableau VI** : Régression logistique où la variable dépendante est le fait de citer le manque de temps comme principal frein à la prévention parmi les médecins généralistes
- 67 **Figure 1** : Fréquence du sentiment d'efficacité (« très » ou « assez efficace ») dans différents domaines, par les médecins interrogés en 1998 et 2003 (nsp exclus)
- 68 **Figure 2** : Sentiment d'efficacité déclaré par les médecins généralistes interrogés, en matière d'éducation des patients asthmatiques, diabétiques et hypertendus (nsp exclus)
- 72 **Figure 3** : Fréquence des demandes de renseignements concernant le dépistage des cancers, rapportées par l'ensemble des pharmaciens de l'échantillon
- 72 **Figure 4** : Fréquence citée par les pharmaciens, des thèmes des questions posées par leurs clients
- 73 **Figure 5** : Fréquences d'évocation spontanée du tabagisme par les pharmaciens avec leurs clients, en 1998 et 2003
- 75 **Figure 6** : Fréquence de pharmaciens d'officine déclarant avoir mené un entretien spécifique lors de la dernière dispensation d'une contraception d'urgence, en fonction de la classe d'âges
- 76 **Figure 7** : Fréquence de citation des freins à une démarche de prévention/éducative par les pharmaciens/médecins interrogés en 2003
- 78 **Figure 8** : Échange des pharmaciens avec le dernier patient diabétique vu : fréquence selon les thèmes en fonction de la réalisation ou non de travaux d'aménagement dans l'officine
- 87 **Tableau II** : Comparaison de l'opinion des pharmaciens et des médecins généralistes concernant la vaccination
- 87 **Tableau III** : Le BCG et les médecins généralistes : évolution des opinions
- 88 **Tableau IV** : La vaccination ROR : évolution des opinions parmi les médecins généralistes
- 89 **Tableau V** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « être favorable à la vaccination rougeole-oreillons-rubéole » parmi les médecins généralistes
- 88 **Tableau VI** : Comparaison de l'opinion des pharmaciens et des médecins généralistes concernant la vaccination ROR
- 90 **Tableau VII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « ne jamais proposer la vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans » parmi les médecins généralistes
- 91 **Tableau VIII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « ne jamais proposer la vaccination ROR pour les enfants de 3 à 6 ans » chez les médecins généralistes
- 91 **Tableau IX** : Rattrapage de la vaccination ROR pour les 11–13 ans non vaccinés : évolution des pratiques parmi les médecins généralistes
- 92 **Tableau X** : Pratique de la vaccination antigrippale chez les personnes âgées : évolution parmi les médecins généralistes
- 92 **Tableau XI** : Pratique de la vaccination antipneumococcique chez les personnes âgées : évolution parmi les médecins généralistes
- 92 **Tableau XII** : Pratique de la vaccination antitétanique chez les personnes âgées : évolution parmi les médecins généralistes
- 93 **Tableau XIII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est « être très favorable à la vaccination contre l'hépatite B pour les nourrissons »

La vaccination I

Un geste à consolider ?

- 87 **Tableau I** : La vaccination dans la pratique quotidienne des médecins généralistes : évolution des opinions

- 94 **Tableau XIV** : La vaccination contre l'hépatite B à l'entrée en 6^e : évolution des opinions parmi les médecins généralistes
- 94 **Tableau XV** : La vaccination contre l'hépatite B pour les adolescents : évolution des opinions parmi les médecins généralistes
- 94 **Tableau XVI** : La vaccination contre l'hépatite B pour l'ensemble de la population : évolution des opinions parmi les médecins généralistes
- 89 **Figure 1** : Pratique de la vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans en 1994, 1998 et 2003
- 90 **Figure 2** : Pratique de la vaccination ROR pour les enfants de 3 à 6 ans en 1998 et 2003
- 93 **Figure 3** : Opinion sur la vaccination contre l'hépatite B chez les médecins généralistes pour les nourrissons en 1994, 1998 et 2003
- 95 **Figure 4** : Demandes d'informations quotidiennes sur la vaccination par les clients des pharmaciens d'officine
- fait d'avoir suivi au moins un patient VIH au cours de l'année
- 117 **Tableau V** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de suivre au moins une personne séropositive ou malade du sida parmi les pharmaciens d'officine
- 106 **Figure 1** : Évolution entre 1998 et 2003 de la proportion de pharmaciens donnant des conseils lors de la délivrance de contraceptifs oraux
- 106 **Figure 2** : Conseils de prévention déclarés systématiquement ou selon les cas lors de la délivrance de contraceptifs oraux en fonction du rôle que le pharmacien pense jouer dans la prévention du sida
- 108 **Figure 3** : Raisons invoquées par le pharmacien pour ne pas avoir effectué un entretien lors de la dernière délivrance de contraception d'urgence
- 110 **Figure 4** : Diagnostic d'au moins un cas d'IST (hors VIH) au cours de l'année en fonction de la proportion de bénéficiaires de la CMU parmi la clientèle du médecin
- 112 **Figure 5** : Nombre de recherches VIH et proportion de diagnostics VIH positifs (pour 1 000), ensemble du dispositif de dépistage gratuit (toutes structures confondues), années 1988 à 2002
- 113 **Figure 6** : Estimation du nombre de sérologies positives (pour 1 000 tests) dans les laboratoires, en 2002
- 113 **Figure 7** : Proportion de sérologies VIH prescrites le mois précédant l'enquête
- 115 **Figure 8** : Pourcentage de médecins ayant déclaré au moins une sérologie positive au cours de l'année
- Contraception, IST, VIH | Les professionnels adaptent leur pratique aux nouvelles données**
- 110 **Tableau I** : Modèle final de trois régressions logistiques où les variables dépendantes sont le fait d'avoir diagnostiqué au moins un type d'IST (syphilis, gonococcie, chlamydie) au cours des douze derniers mois
- 114 **Tableau II** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir prescrit au moins une sérologie VIH au cours du dernier mois
- 115 **Tableau III** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir annoncé au moins un résultat positif au cours de l'année
- 116 **Tableau IV** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le
- Dépistage de l'hépatite C | Des résultats encourageants**
- 133 **Tableau I** : Proposition de la sérologie VHC selon le patient en 1998 et 2003
- 134 **Tableau II** : Nombre de sérologies VHC

déclaré par les médecins généralistes au cours du mois précédent, en 1998 et 2003.

134 **Tableau III** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de prescrire 10 sérologies ou plus dans le mois

Tabac et alcool | Quelle implication des professionnels ?

144 **Tableau I** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'utiliser des questionnaires préétablis dans le domaine du tabagisme

147 **Tableau II** : Modèle final de régression logistique où la variable dépendante est le fait, pour le médecin généraliste, de se sentir « très » ou « assez efficace » pour aider les patients à changer leur comportement tabagique

148 **Tableau III** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien déclare avoir l'occasion de parler spontanément à ses clients de leur consommation de tabac

150 **Tableau IV** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien a eu des échanges sur le tabac avec le dernier client asthmatique qu'il a servi

151 **Tableau V** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien, lors de sa dernière vente de substitut nicotinique, évalue par un test la motivation du fumeur à arrêter de fumer

151 **Tableau VI** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien, lors de sa dernière vente de substitut nicotinique, évalue par un test la dépendance tabagique du fumeur

153 **Tableau VII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante

est le fait d'avoir vu dans la semaine au moins trois patients dans le cadre de leur sevrage alcoolique

154 **Tableau VIII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le médecin se sent « assez » ou « très » efficace pour aider les patients à changer leurs comportements dans le domaine de l'alcoolisme

155 **Tableau IX** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien déclare avoir l'occasion de parler à ses clients de leur consommation d'alcool

156 **Tableau X** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait que le pharmacien pense qu'il joue un rôle « important » ou « très important » en ce qui concerne l'alcoolisme

142 **Figure 1** : Répartition des médecins selon le mode de prise en charge du tabagisme

143 **Figure 2** : Pourcentage de médecins généralistes selon le nombre de patients vus dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours

143 **Figure 3** : Pourcentage de médecins ayant vu au moins trois patients dans la semaine dans le cadre de leur sevrage tabagique et pratique d'un mode d'exercice particulier

144 **Figure 4** : Utilisation de questionnaires préétablis concernant le tabagisme parmi les médecins généralistes selon le sexe et l'âge

145 **Figure 5** : Méthode de sevrage tabagique préconisée le plus souvent

145 **Figure 6** : Efficacité ressentie par les médecins généralistes à propos du tabagisme

146 **Figure 7** : Pourcentage de médecins se sentant efficaces par rapport au tabagisme selon la pratique d'un mode d'exercice particulier

147 **Figure 8** : Occasion de parler spontanément à ses clients de leur consommation de tabac

- 148 **Figure 9** : À quel propos les pharmaciens ayant parlé du tabac à leurs clients l'ont-ils fait ?
- 149 **Figure 10** : Pourcentage de médecins parlant « *systématiquement* » ou « *selon les cas* » du tabac lors de la délivrance de contraceptifs oraux, selon leur participation à certaines activités
- 150 **Figure 11** : Perception de l'importance du rôle du pharmacien en ce qui concerne le tabagisme
- 152 **Figure 12** : Répartition des médecins selon le mode de prise en charge de l'alcoolisme
- 153 **Figure 13** : Répartition du nombre de médecins généralistes selon le nombre de patients vus, au cours des sept derniers jours, dans le cadre d'un sevrage alcoolique
- 154 **Figure 14** : Efficacité ressentie par les médecins généralistes concernant l'alcoolisme
- 155 **Figure 15** : Occasion de parler spontanément à ses clients de leur consommation d'alcool parmi les pharmaciens d'officine
- 156 **Figure 16** : Perception de l'importance du rôle du pharmacien en ce qui concerne l'alcoolisme
- Drogues | La prise en charge des patients toxicomanes**
- 166 **Tableau I** : Principales mesures législatives en matière de réduction des risques
- 170 **Tableau II** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la prise en charge (seuls ou en liaison avec une structure spécialisée) de patients toxicomanes par les médecins généralistes
- 171 **Tableau III** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est voir au moins un héroïnomanes en moyenne par mois parmi l'ensemble de médecins généralistes
- 173 **Tableau IV** : Répartition des médecins voyant au moins un héroïnomanes par mois selon le nombre moyen d'héroïnomanes vus en moyenne par mois et certaines caractéristiques discriminantes
- 176 **Tableau V** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de voir au moins un toxicomane par mois chez les pharmaciens d'officine
- 177 **Tableau VI** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de voir dix toxicomanes ou plus, chez les pharmaciens voyant au moins un toxicomane par mois
- 179 **Tableau VII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le sentiment d'être efficace contre l'utilisation de drogues, parmi les médecins généralistes
- 181 **Tableau VIII** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de s'estimer suffisamment formé à la relation aux usagers de drogues, à la délivrance de traitements de substitution et à la politique de réduction des risques chez les pharmaciens
- 182 **Tableau IX** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de se sentir prêt à participer ou de participer déjà à un programme d'échange de seringues chez les pharmaciens d'officine
- 185 **Tableau X** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est être d'accord avec l'opinion « *Il faut mettre les drogues douces en vente libre* », chez les médecins généralistes et chez les pharmaciens d'officine
- 169 **Figure 1** : Répartition des médecins généralistes selon le mode de prise en charge des usagers de drogues en 1993, 1998 et 2003
- 174 **Figure 2** : Pourcentages de médecins généralistes selon le type de traitement de substitution prescrit, en 1998 et 2003

- 175 **Figure 3** : Pourcentage de médecins prenant en charge des toxicomanes seuls, en liaison avec une structure spécialisée ou les confiant à une structure, selon le type de patients suivis
- 176 **Figure 4** : Nombre de toxicomanes vus par mois par les pharmaciens d'officine en 1998 et en 2003
- 177 **Figure 5** : Répartition des pharmaciens d'officine selon le type de produits délivrés en 1998 et en 2003
- 179 **Figure 6** : Pourcentage de pharmaciens d'officine se sentant suffisamment formés sur..., selon le nombre de toxicomanes vus en moyenne par mois
- 180 **Figure 7** : Pourcentage de pharmaciens se sentant suffisamment formés sur..., selon le type de produits délivrés
- 183 **Figure 8** : Proportion de médecins généralistes et de pharmaciens d'officine se déclarant d'accord («*tout à fait*» ou «*plutôt*») avec des opinions à propos de la drogue

Dépistage des cancers I Des pratiques contrastées

- 195 **Tableau I** : Pratique ou prescription d'exams de dépistage au cours du dernier mois en 1998 et 2003
- 196 **Tableau II** : Cancers pour lesquels les pharmaciens déclarent qu'il y a des demandes de renseignements
- 197 **Tableau III** : Prescription d'une mammographie au cours des trois dernières années chez la dernière patiente âgée de 50 à 60 ans
- 198 **Tableau IV** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la prescription d'une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage
- 199 **Tableau V** : Réalisation ou prescription d'un frottis au cours des trois dernières années chez la dernière patiente de 50 à 60 ans

- 199 **Tableau VI** : Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation par le médecin d'un frottis cervical au cours des trois dernières années chez la dernière patiente âgée de 50 à 60 ans suivie régulièrement
- 194 **Figure 1** : Départements français selon leur ancienneté d'entrée dans le programme de dépistage
- 196 **Figure 2** : Renseignements auprès des pharmaciens concernant le dépistage des cancers
- 197 **Figure 3** : Contexte de la prescription de la mammographie de la dernière patiente âgée de 50 à 60 ans
- 200 **Figure 4** : Initiative de la réalisation ou de la prescription du frottis
- 200 **Figure 5** : Contexte de la prescription ou de la réalisation du frottis cervical
- 201 **Figure 6** : Personne à l'initiative de la recherche de saignement occulte dans les selles
- 201 **Figure 7** : Contexte de la recherche de saignement occulte dans les selles

Attitudes des pharmaciens et des médecins face aux médicaments génériques

- 210 **Tableau I** : Facteurs associés au fait de proposer systématiquement des médicaments génériques chez les pharmaciens d'officine (pourcentages et odds ratios ajustés sur l'ensemble des facteurs)
- 210 **Tableau II** : Facteurs associés au fait d'être favorable à la prescription en DCI chez les médecins généralistes (pourcentages et odds ratios ajustés sur l'ensemble des facteurs)
- 209 **Figure 1** : Opinion des médecins généralistes vis-à-vis de la désignation d'un médicament par sa dénomination commune
- 209 **Figure 2** : Déclaration des pharmaciens à

l'égard de la délivrance de médicaments
génériques

- 211 **Figure 3** : Opinion des pharmaciens quant aux principaux freins à la délivrance de médicaments génériques
- 214 **Figure 4** : Fréquence des discussions sur le coût et le bon usage des médicaments parmi les pharmaciens et les médecins généralistes ayant déclaré une modification des relations avec leurs patients, liée aux génériques ou à la prescription en DCI
- 215 **Figure 5** : Perception, chez les pharmaciens, de l'importance de leur rôle selon leur comportement en matière de délivrance de médicaments génériques

HEALTH BAROMETER

General Practitioners/ Pharmacists Health Barometer 2003

Edited by
ARNAUD GAUTIER

Preface by
PHILIPPE LAMOUREUX

Contents

254 | 18 | Methodology and main characteristics of health care professionals

Arnaud Gautier

This chapter presents the method used for data collection, the specific features of the General Practitioners/Pharmacists Health Barometer 2003, together with the types of statistical analyses used. The structure of the two surveyed populations is described according to socio-demographic variables and characteristics of professional activity.

255 | 44 | Personal health behaviour of General Practitioners and dispensing pharmacists

Hélène Bourdessol, Arnaud Gautier,
Jean-François Collin

Health care professionals were questioned as to their own health related behaviour: consumption of legal psychoactive products (tobacco, alcohol, sleeping tablets and tranquillizers), relation to screening (HIV, hepatitis C, etc.) and attitudes towards prevention (influenza vaccination status, condom use). The behaviour of GPs and pharmacists is compared, and assessed in relation with that of the general population.

257 | 64 | The place of general practitioners and pharmacists in prevention and health education

Pierre Buttet, Cécile Fournier

Do general practitioners feel they are effective in helping their patients change behaviour in areas such as drug use or diet? Do pharmacists consider their role in prevention to be important? What are the main obstacles

to prevention and health education? This chapter provides information on the involvement of professionals in preventive and educational approaches.

259 | 84 | Do immunization practices need to be strengthened?

François Baudier, Marta Aleksandra Balinska

Are as many general practitioners in favour of vaccination as before? Has their position on Hepatitis B vaccination evolved? Has their attitude towards vaccination of the elderly changed since 1998? This chapter reviews immunization practices among GPs and compares their opinions to those of dispensing pharmacists.

261 | 102 | Contraception, STIs, HIV | Professionals adapt their practice to the new context

Nathalie Lydié, Colette Ménard, Christophe Léon

Do general practitioners consider the prevention of high-risk sexual behaviour as part of their job? Do pharmacists think they have an important role to play in AIDS prevention? What proportion of health care professionals monitors HIV-positive patients? This chapter describes opinions and practices on the subject of contraception, STIs, and HIV.

263 | 130 | Screening and treatment of Hepatitis C | Encouraging results

Marta Aleksandra Balinska

General practitioners were questioned as to the number of HCV [hepatitis C Virus] blood tests prescribed in the last month and the proposal to screen according to possible

current and past exposures (blood transfusion prior to 1992, pregnant women, intravenous drug users, etc.). Their responses are compared to those of the previous General Practitioners Health Barometer.

264 | 140 | Tobacco and alcohol | How do health care professionals cope?

Hélène Perrin, Arnaud Gautier

General practitioners were questioned as to how they deal with patients suffering from a tobacco or alcohol dependence problem. Information was also gathered about the methods they use to help their patients decrease or cease consumption and how effective they feel they are in their efforts. Pharmacists were asked how often they discuss the issue of tobacco and alcohol with their customers.

266 | 164 | Dealing with drug-addicted patients

Stéphanie Pin

This chapter describes how health care professionals deal with drug-addicted patients, the number of heroin addicts seen per month, and the replacement treatments prescribed or dispensed. GPs' and pharmacists' personal opinions on drugs and drug addicts are also described and compared to those of previous Health Barometers.

268 | 192 | Cancer screening | Striking variation in practices

François Baudier

This chapter takes a closer look at screening for gynaecological cancers (mammography

and cervical smears) and colorectal cancer (testing for occult blood in the stools). Two types of data are presented : the number of examinations prescribed in the last month and the last female patient seen in consultation aged between 50 and 60 and with no specific risk factor.

270 | 206 | Pharmacists' and general practitioners' attitudes towards generic medicines

Pierre Buttet, Stéphanie Pin

Are general practitioners in favour of prescribing according to international common denominations? Do registered dispensing pharmacists systematically dispense generic drugs? Have health care professionals sought to change their relationship with their patient or customer? This chapter explores the behaviour and opinions of health care professionals towards dispensing generic medicines.

221 | Appendices

223 | General Practitioners' Questionnaire

233 | Pharmacists' Questionnaire

241 | List of tables and figures

251 | English summaries

Methodology and main characteristics of health care professionals

ARNAUD GAUTIER

Health Barometers are periodic surveys that measure opinions, knowledge, attitudes, and behaviour with regard to health in specific populations. To date, four types of Health Barometer surveys have been conducted: 12-75 year olds, nutrition, general practitioners, and dispensing pharmacists. Health Barometers are telephone surveys using a random sampling technique.

For the first time since the creation of the Health Barometer, general practitioners (GPs) was surveyed at the same time as dispensing pharmacists (preparation of questionnaire, survey period, data processing) – which is why the results are presented in a single report.

The populations questioned in this Health Barometer were private practice GPs and registered dispensing pharmacists. Addresses were drawn at random from computer files supplied by Cegecim®. Interviewing and data collection was carried out by the Ipsos survey institute. Ipsos also helped finalise both questionnaires and

worked out the weighting variables used to adjust the sample. The variables used for these adjustments were gender, region and type of practice for GPs, and gender, age and region for dispensing pharmacists. The survey period began on Monday 4 November 2002 and ended on Friday 24 January 2003; the total duration of the survey was nine weeks, with a break over Christmas and New Year (from 26 December 2002 to 8 January 2003 inclusive).

The number of GPs questioned in this survey was 2,057 or about one in thirty GPs in general practice in France. The refusal rate was 31.8%.

The number of dispensing pharmacists questioned was 1,062 or almost one registered dispensing pharmacist in twenty-six and the refusal rate was 9.4%.

The average length of interviews was about twenty-five minutes for GPs and twenty minutes for pharmacists.

Personal health behaviour of General Practitioners and dispensing pharmacists

HÉLÈNE BOURDESSOL
ARNAUD GAUTIER
JEAN-FRANÇOIS COLLIN

Consumption of legal psychoactive products

Almost a third of GPs (28.8%) said they smoked, if only occasionally. This was true of proportionately fewer dispensing pharmacists, with just under a fourth (23.3%) smoking. Among the health care professionals questioned, tobacco consumption was more likely to be a male characteristic. Tobacco use among GPs has fallen since 1998, while it has remained stable amongst pharmacists.

In contrast to tobacco, regular consumption of alcohol (at least three times a week) was slightly more widespread among pharmacists: 31.5% compared to 30.3% of GPs. Again, consumption was primarily male and increased with age. Since 1998, alcohol consumption has remained stable among GPs, but has fallen among pharmacists.

Screening tests

48.0% of the GPs questioned and 46.4% of the pharmacists had been screened for

hepatitis C. For GPs, screening was affected only by the frequency of daily consultations, whereas for pharmacists, variables of age, turnover, involvement in community activities and training were all influential.

Almost seven out of ten GPs (69.2%) had been screened for HIV, compared to eight out of ten pharmacists (80.3%). Knowledge of HIV status was more widespread among younger health care professionals. Other characteristics related to knowledge of status were an average of more than 21 consultations a day for GPs, and importance of turnover for pharmacists. Since 1998, the frequency of HIV screening has markedly increased for both groups.

7.4% of the GPs questioned had had testing for occult blood in the stools, especially men (8.4%) and interviewees aged 51 or over (11.9%).

More than three out of five female GPs (65.2%) had had a mammography within the last three years, and more than eight out of ten (80.9%) had had a smear test.

Preventive Attitudes

Among GPs, 63.2% said they had been vaccinated against influenza in the preceding winter, compared to 37.6% of pharmacists. Practising in a rural area increased the likelihood of vaccination in both populations.

Almost two-thirds of GPs (63.6%) and three-quarters of dispensing pharmacists (72.5%) said they had used a condom at some time in their life, a response more common among younger interviewees.

The place of general practitioners and pharmacists in prevention and health education

PIERRE BUTTET
CÉCILE FOURNIER

A large majority of GPs said they thought they were effective in changing their patients' behaviour in terms of primary prevention, i.e., cancer screening (89.5%), diet (65.8%), condom use (65.4%), physical exercise (63.5%), abuse of psychotropics (62.5%) or smoking (50.4%). On the other hand, less than half felt effective in dealing with accidents of everyday life (45.8%), alcoholism (37.5%) and less than a third in dealing with the drug abuse (29.5%).

In addition, GPs said they thought they were effective in educating patients suffering from hypertension (90.6%), asthma (87.6%) or diabetes (78.0%).

The great majority of GPs (64.8%), especially those aged over 50 years, do not use standard questionnaires to help identify risk factors or to screen for a condition (tests or scales).

Pharmacists were almost unanimous (98.9%) in considering that prevention formed part of their professional role, whether in terms of correct use of medica-

tion (97.7%), smoking (77.4% - an increase since 1998) or AIDS prevention (53.4% - a decrease since 1998). Only a minority said they had an important role to play in terms of diet (47.3%), hepatitis prevention (45.5%), or alcoholism (30.7%).

Nine out of ten pharmacists (91.8%) spontaneously bring up the question of smoking with their customers, especially when they are involved in a specific professional activity (pharmacists' professional association, prevention association, further training, etc.). Only 55.8% spontaneously mention alcohol and the percentage who often raise the issue (3.8%) has decreased since 1998 (6.8%; $p < 0,001$).

When dispensing emergency contraception, 72.4% of pharmacists said they conducted a special interview, lasting more than five minutes for one in five (21.5%).

Two-thirds (67.3%) of pharmacists said that their customers ask for information about cancer screening, a significant increase since 1998 (58.5%; $p < 0,001$). The most

frequent requests are for breast (41.3%) and colon (29.9%) cancer screening.

The obstacles to prevention and health education most frequently mentioned are patient resistance (51.2% of GPs, 24.0% of pharmacists) or lack of time (49.1% of pharmacists, 33.5% of GPs). Lack of training is mentioned by fewer than one GP in fifteen

(4.8%) and by one pharmacist in eight (12.5%). Among GPs, the higher the number of daily consultations, the more frequently lack of time is cited as an obstacle to prevention. Among pharmacists, unsuitable premises and lack of confidentiality limit the frequency and length of discussions with customers.

Do immunization practices need to be strengthened?

FRANÇOIS BAUDIER

MARTA ALEKSANDRA BALINSKA

The vast majority of GPs (97.1%) say they are “favourable” to vaccination. However, over recent years, being “very favourable” to immunization has become less frequent. In 1994, over 85% of GPs were “very favourable”, whereas in 1998, this figure decreased by nearly 10%. With regard to pharmacists, while overall “favourable” opinion is no different from that of GPs, the percentage of “very favourable” pharmacists is significantly lower.

Almost nine out of ten GPs (88.1%) are “favourable” to BCG vaccination, with a significant decrease between 1998 and 2003. On the other hand, for measles-mumps-rubella (MMR) vaccination, “favourable” opinion has remained relatively stable: 93.7%, 93.6% and 94.8% respectively in 1994, 1998, and 2003. Furthermore, the significant increase observed between 1994 and 1998 in the proportion of GPs “very favourable” to MMR continued in 2003. Currently, almost four out of five GPs say they are “very favourable” to MMR. While no significant differ-

ence was observed between pharmacists and GPs in 2003 with regard to a “favourable” opinion on MMR (96.0% and 94.8% respectively), the proportion of pharmacists “very favourable” to vaccination in general is markedly lower than that among GPs (62.6% v 79.0%).

With regard to vaccinations for the elderly, influenza immunization is widespread (93.5% of GPs declare “systematically” or “often” proposing the vaccine). The same is true for tetanus immunization (“systematically” and “often”: 87.0%) but with a significant decrease in “systematically” responses between 1998 and 2003. Regarding anti-pneumococcus vaccine, fewer than a third of GPs (32.9%) state offering vaccination “systematically” or “often” to elderly patients.

The same change has been observed concerning hepatitis B virus (HBV) immunization for adolescents and the general population. “Very favourable” opinions for adolescent HBV immunization (66.2% in 1993) reached their peak in 1994 (85.7%)

and then fell very significantly between 1998 (55.5%) and 2003 (36.2%). However, with regard to infant HBV immunization, a “favourable” opinion, which had not changed between 1994 (51.7%) and 1998 (51.2%), increased significantly between 1998 and 2003 (58.8%).

Data from this survey indicate that the

factors most often associated with being favourable to vaccination (all vaccines) are: practice in northern France, absence of complimentary medical practice (principally homeopathy), sector 1, referral specialist, over 20 consultations a day, group practice, professional network membership, male sex, 40 years of age or under.

Contraception, STIs, HIV

Professionals adapt their practice to the new context

NATHALIE LYDIÉ
COLETTE MÉNARD
CHRISTOPHE LÉON

In the General Practitioners/Pharmacists Health Barometer 2003, the role of GPs and pharmacists in the prevention and guidance of patients in relation to contraception and STIs was measured at three levels of prevention.

At the primary level, GPs' and pharmacists' attitudes towards their role in health education and prevention are largely positive: 98.6% of GPs consider that prevention in terms of sexual behaviour is part of their job and almost two-thirds (65.4%) feel they can effectively help patients change their behaviour with regard to condoms. Similarly, more than half of dispensing pharmacists (53.4%) consider they play an important role in AIDS prevention. However, the survey shows a twofold development: first, in terms of preventing high-risk sexual behaviour and HIV, GPs consider they are less effective and pharmacists- that they are less involved than in other areas. Second, both are also less involved in the prevention of high-risk sexual behaviour and HIV than they were in

1998. By contrast, in terms of contraception, and emergency contraception in particular, the survey indicates a genuine involvement on the part of pharmacists: 85.4% say they mention the usefulness of a health check-up, 74.5% talk to patients about their tobacco consumption when dispensing oral contraceptives and almost three-quarters (74.0%) state having conducted an interview the last time they dispensed emergency contraception.

At the secondary prevention level, analysis of screening activities confirms that prescribing an HIV serology is common practice among GPs. In 2003, more than nine out of ten GPs (93.4%) said they had prescribed at least one HIV screening test in the preceding month, significantly more than in 1998 (85.9%). For other STIs, particularly syphilis, the GP's role is still more effective when backed by the public authorities. For all STIs, the probability of having to diagnose at least one positive case was linked, in all regression models, to a geographical and

a social indicator. The PACA [Provence-Alpes-Côte d'Azur] and Ile-de-France regions are still the epidemic centres for HIV and, broadly speaking, STIs, while the significant proportion of people benefiting from CMU [free health care for those on low incomes] among the positive cases reflects the effects of social inequalities on health.

Lastly, regarding tertiary prevention, it appears that a majority (63.8%) of GPs monitor at least one patient suffering from HIV. GPs and pharmacists who monitor HIV-positive patients undergoing treatment play a critical role with regard to compliance, an additional challenge that strengthens their place at the heart of the healthcare system.

Screening and treatment of hepatitis C

Encouraging results

MARTA ALEKSANDRA BALINSKA

In France, the proportion of adults with anti-HCV [hepatitis C virus] antibodies is about 1%. Thus, somewhere between 400,000 and 500,000 people are at risk of severe or fatal complications of HCV infection. While nosocomial and iatrogenic transmission of the virus is largely controlled, the principal source of recent infection is drug use, with a prevalence of 43% to 73% in drug addicts. Screening is the very first step in the battle against hepatitis C. Not surprisingly, GPs most systematically offer screening tests to intravenous drug users (93.2%), and this percentage has not varied since 1998 (92.2%). For all other categories of patients “at risk”, the percentages of GPs systemati-

cally offering a screening test has increased. The greatest increase concerns patients “presenting with asthenia” (from 23.3% to 40.4%) and “tattooed” patients (from 17.8% to 33.2%). People who have received blood transfusions are, after drug users, the “at risk” category most frequently offered a screening test: 79.9% in 1998 and 82.9% in 2002. In all cases “the number of blood tests prescribed in the last month” has risen since 1998: in 1998, 13.9% of GPs reported prescribing between 5 and 9 blood tests per month compared to 22.5% in 2003; similarly, in 1998, 9.1% of GPs said they prescribed 10 or more blood tests, compared to 26.1% in 2003.

Tobacco and alcohol

How do health care professionals cope?

HÉLÈNE PERRIN
ARNAUD GAUTIER

Smoking

The proportion of GPs having been consulted in the last seven days by at least one patient wishing to give up smoking has increased in recent years, from 60.1% in 1998 to 67.1% in 2003. The average number of weekly patients presenting with this request has also increased significantly over the same period (from 1.9 to 2.1).

In 2003, as in previous years, the majority of GPs interviewed (86.5%) take sole charge of their patients and 11.3% do so in liaison with a specialist organisation. The use of standard questionnaires on smoking is still rare, with a mere 6.3% of GPs stating such use. The nicotine patch is the most frequently recommended method for stopping smoking: 53.0% of GPs use it

exclusively and 3.5% in combination with other methods. One GP in five recommends Zyban® (available since September 2001) and one GP in fifteen prefers prescribing mild medication.

Half the GPs questioned (50.4%) feel they are effective in helping patients change their smoking habits; this figure was 43.4% in 1998.

More than three-quarters of pharmacists (77.4%) think they play an important or very important role in relation to smoking. More than half say they often mention tobacco consumption spontaneously to their customers; 6.6% of them systematically talk about it to their customers when dispensing oral contraceptives and 19.6% had talked about it with the last asthmatic patient they served.

During the most recent sale of a nicotine replacement, 58.7% of interviewed pharmacists assessed their customer's motivation to stop smoking using a test and 64.7% conducted a tobacco dependence test on the customer.

Alcohol

Half the GPs questioned (51.3%) said they had seen at least one patient about giving up alcohol in the seven days preceding the survey. This proportion has remained stable since 1998. 68.4% of general GPs care for these patients in liaison with a specialist body and 19.9% of them do so alone. The feeling of being effective in helping patients to change their alcohol consumption habits is not as high as for smoking: 37.5% feel

they are fairly or very effective. Nonetheless, this proportion has risen by 7.4 points since 1998.

In 2003, 2.0% of GPs reported using questionnaires on the subject of alcohol.

Pharmacists were more reserved about the importance of their role in relation to alcoholism than in relation to smoking: fewer than a third (30.7%) considered this role to be important or very important. They talked to their customers about alcohol significantly less often: 6.8% in 1998 and 3.8% in 2003. Moreover, almost half (44.2%) said they never had the opportunity to speak to customers spontaneously about their alcohol consumption.

Dealing with drug-addicted patients

STÉPHANIE PIN

GPs and drug-addicted patients

A majority of GPs (84.5%) said they were involved in the care of drug-addicted patients as part of their consultations, and 34.0% had seen an average of at least one heroin addict per month. For all GPs, the average number of heroin addicts seen per month was 1.6. A significant increase has been observed in the proportion of GPs involved in the care of drug addicts since 1993; by contrast, the proportion of GPs seeing at least one heroin addict per month and the average number of heroin addicts seen per month has remained stable since 1998.

Among GPs seeing at least one heroin addict per month, 90.3% prescribe an opiate substitute, 84.5% Subutex® and 26.0% methadone. A large majority of GPs (61.3%) caring for heroin-addicted patients prescribe Subutex® only, whilst a mere 3.4% prescribe methadone only. For all GPs, the average number of heroin addicts on replacement treatment with Subutex® was 1.3. The

proportion of GPs seeing at least one heroin addict per month for replacement treatment has significantly increased since 1998, irrespective of the product dispensed.

Slightly more than half of GPs dealing with drug-addicted patients (53.0%) carry out the treatment themselves, either alone or in liaison with a specialist organisation. This type of care (alone or in liaison with a specialist organisation) was reported by 76.2% of GPs who see at least one heroin addict per month.

Dispensing pharmacists and drug-addicted customers

Eight out of ten pharmacists (85.1%) deal with at least one drug addict per month in their dispensary. 69.6% of pharmacists who deal with drug-addicted customers said they dispense both replacement treatments and syringes or Steribox® packs; 15.6% said they dispense only syringes or Steribox® packs and 12.1% replacement products. Despite

the changes to the questionnaire, there has been a noticeable increase in the proportion of pharmacists dealing with drug addicts and in the proportion of pharmacists dispensing syringes or Steribox® packs since 1998.

Almost two-thirds of pharmacists (63.4%) consider they have had adequate training in dispensing replacement drugs; 43.2% consider they have had adequate training in dealing with drug-addicted patients and 41.3% in risk reduction policy.

Only one-third of pharmacists (30.3%) say they are prepared to take part in a syringe exchange programme. A majority of pharmacists (57.1%), including those already issuing syringes or Steribox® packs (56.8%), would refuse to take part in such a programme.

Opinions with regard to drugs and drug addicts

One GP in ten (9.7%) considers that “drug addicts comply with medical instructions”, whereas this is true of only 25.9% of pharma-

cists. The difference between GPs and pharmacists is significant. Close contact with drug-addicted patients for GPs and drug-addicted customers for pharmacists has a positive influence on health professionals’ opinion on this question.

A large majority of health professionals (87.3% of pharmacists and 82.5% of general practitioners) agree with the statement that “the consumption of cannabis is a major risk to health”. The proportion of GPs sharing this opinion has clearly increased since 1998.

While the proportion of GPs who consider that “soft drugs should be on unrestricted sale” has been falling since 1992, it is significantly higher than pharmacists (17.4% v 11.4%). GPs monitoring at least one heroin addict per month and pharmacists who deal with at least one drug addict per month in their dispensary more frequently agree with this statement than professionals who are in less regular contact with this population.

Cancer screening

Striking variation in practices

FRANÇOIS BAUDIER

In the last month, almost all (98.2%) GPs had prescribed one of three recommended screening checks investigated in this survey: 96.4% for mammography (with a significant increase since 1998 in both percentage and average number: 6.0 v 4.8), 79.8% for cervical smear (with a significant reduction since 1998 in the percentage, but an increase in the average number: 6.5 v 5.5), 43.8% testing for occult blood in stools for screening purposes (with a large increase in the percentage since 1998 and a growth in the average number of tests prescribed: 3.5 v 2.5). The number of chest X-rays prescribed (included in any recommendation) has risen in percentage (65.7% v 55.7% in 1998) as well as in average number (2.6 to 3.2).

A specific analysis was conducted on the last female patient seen, aged between 50 and 60 years, with no specific individual or family risk factors for cancer, and whom the interviewed GP sees regularly. More than nine out of ten GPs (90.7%) said they had prescribed a mammography screening for this patient within the last three years. A very significant increase in this percentage has been observed since 1998 (70.3% v 90.7%), as well as in the overall proportion of female patients who have had a mammography, irrespective of prescriber (89.5% v 97.6%). Among prescribing GPs, 88.3% stated that the mammography was prescribed on their initiative. The percentage of mammographies conducted as part of an organised

screening campaign is relatively low: less than one GP in twenty (4.5%). Just over a third (35.7%) of GPs reported that their last female patient between 50 and 60 years of age had not had a cervical smear within the last three years. Furthermore, in 2003, proportionately more GPs had carried out a smear test on their last female patient themselves (38.4% in 2003 v 29.0% in 1998). In more than nine out of ten cases (92.2%), the smear was prescribed or performed on the GP's own initiative. Within the last two years, 15.5% of female patients between 50 and 60 years of age have had a test for occult blood in the stools for screening purposes. In the majority of cases (73.9%), it was the GP who instigated the request. However, demand from women between 50

and 60 years of age for this type of screening seems to be highest (colorectal: 17.9%; breast: 9.0%; cervix: 6.4%). Lastly, for these three types of cancer, these investigations were done as part of a general health check-up in half the cases.

Among GPs, the factors associated with screening are in general the same as for other preventive actions: young age, absence of complimentary medical practice, a large number of consultations, membership in a professional network, referral specialist. According to the statements of registered dispensing pharmacists, requests for information about cancer screening are infrequent ("often": 12.2%), with enquiries mainly relating to cancers of the breast and colon.

Pharmacists' and general practitioners' attitudes towards generic medicines

PIERRE BUTTET
STÉPHANIE PIN

Dispensing pharmacists

Almost all dispensing pharmacists (91.0%) regularly dispense generic medicines: 46.3% often and 44.7% systematically. Pharmacists under 50 years of age, who are satisfied with their job, participate in a professional body or preventive organisation, and perceive their role in the proper use of medication as important, are more likely to report the systematic dispensing of generic medicines.

The obstacles to dispensing generic medicines are, according to the pharmacists questioned: patients' reluctance (86.5%), the medicine belonging to a specific therapeutic class (50.4%) and objection by

the prescriber (49.3%). Pharmacists who perceive patients' reluctance or the medicine being in a specific therapeutic class to be an obstacle say they dispense proportionately fewer generic medicines than pharmacists who do not perceive such obstacles.

Half the pharmacists (57.6%) consider that generic medicines and prescribing in an international common denomination (ICD) have changed their relationship with customers. This change was especially perceived outside the Paris area (60.1% v 45.8% in Ile-de-France). For 94.1% of pharmacists perceiving this change, generics and ICD prescribing have encouraged the debate about the cost of medicines. For 85.1%

of pharmacists, these changes have also encouraged discussion about the proper use of medicines.

Pharmacists mentioning this development more frequently report that they are satisfied with their profession, but do not stand out from their colleagues with regard to the frequency with which they dispense generic medicines.

General practitioners

Three-quarters of general practitioners (75.4%) say they are in favour of prescribing in ICD. Those most in favour are young, satisfied with their job, or specialists dealing with referrals, and do not perceive changes

in their relationship with patients following the introduction of generic medicines and ICD prescribing.

Only 27.8% of GPs report that generic medicines and ICD prescribing have changed their relationship with patients. Male GPs more frequently make this observation than their female colleagues.

Among GPs reporting changes in the relationship with their patients, 89.5% have noticed that generic medicines and ICD prescribing have encouraged debate about the cost and 79.0% about the proper use of medicines. GPs in favour of ICD prescribing more often report more discussion about the cost or the proper use of medicines.

Dans la même collection

F. Baudier, C. Dressen, F. Alias

Baromètre santé 92

1994, 168 p.

F. Baudier, C. Dressen, D. Grizeau, M.-P. Janvrin, J. Warszawski

Baromètre santé 93/94

1995, 172 p.

F. Baudier, C. Dressen, J. Arènes

Baromètre santé jeunes 94

1997, 148 p.

J. Arènes, F. Baudier, C. Dressen, M. Rotily, J.-P. Moatti

Baromètre santé médecins généralistes 94/95

1996, 138 p.

F. Baudier, J. Arènes (sous la dir.)

Baromètre santé adultes 95/96

1997, 288 p.

F. Baudier, M. Rotily, G. Le Bihan, M.-P. Janvrin, C. Michaud

Baromètre santé nutrition 1996 adultes

1997, 180 p.

J. Arènes, M.-P. Janvrin, F. Baudier (sous la dir.)

Baromètre santé jeunes 97/98

1998, 328 p.

J. Arènes, P. Guilbert, F. Baudier (sous la dir.)
Baromètre santé médecins généralistes 98/99

1999, 224 p.

J.-F. Collin

Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99

1999, 64 p.

E. Godeau, C. Dressen, F. Navarro (sous la dir.)

**Les années collège. Enquête santé HBSC 1998
auprès des 11-15 ans en France**

2000, 114 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier, A.-C. Goubert, P. Arwidson,
M.-P. Janvrin.

Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode

2001, 144 p.

P. Guilbert, F. Baudier, A. Gautier (sous la dir.)

Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats

2001, 474 p.

P. Guilbert, A. Gautier, F. Baudier, A. Trugeon (sous la dir.)

**Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans.
Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux**

2004, 216 p.

M.-C. Bournot, A. Bruandet, C. Declercq, P. Enderlin, F. Imbert,
F. Lelièvre, P. Lorenzo, A.-C. Paillas, A. Tallec, A. Trugeon

**Baromètre santé 2000. Les comportements
des 12-25 ans. Volume 3.2 : Résultats régionaux**

2004, 256 p.

P. Guilbert, Perrin-Escalon H. (sous la dir.)

Baromètre santé nutrition 2002

2004, 260 p.

Conception graphique originale **SCRIPTA**-Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
Préparation de copie et relecture **Nelly Zeitlin**
Photographies **Augustin Détienne**
Photogravure **Arts graphiques du Centre**
Impression **Fabrègue**

avril 2005

Médecins et pharmaciens perçoivent-ils la prévention de manière identique ?

Quels obstacles considèrent-ils comme les plus importants à une démarche éducative ou préventive ? Leurs comportements ont-ils évolué depuis 1998 ? Pour la première fois, l'étude des médecins généralistes a été effectuée conjointement à celle des pharmaciens d'officine et a donné lieu à l'édition d'un unique ouvrage.

Cette enquête, réalisée auprès de 2 057 médecins généralistes exerçant en mode libéral et 1 062 pharmaciens titulaires d'officine, décrit les opinions, comportements et pratiques de ces professionnels de santé. Les questionnaires portent entre autres sur leurs comportements personnels de santé, leurs opinions et attitudes vis-à-vis de la prévention, la vaccination, le dépistage des cancers, le VIH, l'hépatite C, le traitement et la prise en charge des problèmes d'addiction.

Le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 est destiné à tous ceux qui s'intéressent à l'implication des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine dans le domaine de la prévention.

