

PRÉVENTION EN MÉDECINE DE FAMILLE EN SUISSE : ATTITUDES ET PRATIQUES DES MÉDECINS

RAPPORT D'ÉTUDE

MANDATÉ PAR L'OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**DRE CHRISTINE COHIDON, PR NICOLAS SENN
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE
POLICLINIQUE MÉDICALE UNIVERSITAIRE
LAUSANNE**

FÉVRIER 2017

SOMMAIRE

Résumé	5
1. Introduction	6
2. Méthodes	7
3. Résultats.....	8
3.1. Population d'étude	8
3.2. Attitudes en matière de prévention.....	8
3.2.1. Santé : responsabilité collective ou individuelle ?.....	8
3.2.2. Importance accordée aux activités de prévention	9
3.2.3. Obstacles à la réalisation d'activités de prévention	9
3.2.4. Rôle du médecin de famille dans la prévention	10
3.2.5. Facilités et efficacité des démarches de prévention	14
3.2.6. Attitude vis-à-vis de la formation en prévention.....	15
3.3. Pratiques en matière de prévention	15
3.3.1. Education et promotion de la santé.....	15
3.3.2. Vaccination contre la grippe.....	19
3.3.3. Dépistages.....	20
4. Discussion	22
5. Conclusion et recommandations	23
Références	25

Résumé

En Suisse le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies a été inscrit dans la stratégie globale « santé 2020 » définie par la confédération en 2013 et a été à nouveau souligné au travers de la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles en 2016. Par ailleurs, il est clairement reconnu par l'ensemble des acteurs de santé publique (praticiens, sociétés savantes, décideurs de santé publique...) que la prévention fait partie intégrante des missions des médecins de famille.

En 2015-2016, une enquête sur la prévention en médecine de famille a été menée dans le cadre du programme SPAM (Swiss Primary care Active Monitoring), piloté par l'Institut universitaire de médecine de famille de Lausanne. Les données de cette enquête servent de base au présent rapport.

L'objectif est ici de présenter un premier état des lieux très descriptif de la prévention en médecine de famille en Suisse du point de vue des médecins, à la fois pour ce qui concerne leurs attitudes mais aussi leurs pratiques.

Le rôle du médecin de famille dans la conduite d'activités de prévention au sein du cabinet est généralement reconnu par les médecins de notre échantillon, et ce, avec une place primordiale par rapport à d'autres professionnels de soins ou issus d'autres domaines. Pour autant, tous les thèmes ne sont pas considérés de manière équivalente ; si les médecins sont attentifs aux risques « classiques » tels les risques cardio-vasculaires ou les conduites addictives, certains domaines tels par exemple que les risques professionnels sont encore peu abordés. Les médecins semblent également sensibles aux recommandations concernant les dépistages de pathologies avec toutefois certaines différences sociodémographiques, en particulier des pratiques peut-être un peu moins fréquentes parmi les médecins germanophones. La recommandation concernant la vaccination des personnes à risques contre la grippe saisonnière est très suivie.

Des pistes d'amélioration sont envisageables. Le premier élément évoqué par les médecins, afin de mieux remplir leur mission de prévention serait de disposer de plus de temps. Parallèlement ils se disent favorables à la délégation de tâches dans ce domaine, ce qui pourrait constituer une réponse au manque de temps. Une meilleure reconnaissance en partie sous une forme financière aurait probablement également un impact puisque plus de la moitié des médecins déclarent ne pas percevoir de remboursement adéquat lorsqu'ils conseillent leurs patients.

1. Introduction

Il existe globalement un consensus national et international, des instances de santé publique, des sociétés savantes et de la majorité des praticiens, sur la part substantielle que devrait occuper la prévention dans la pratique quotidienne des médecins de famille. Ainsi, la Société Européenne de médecine générale - médecine de famille, Wonca Europe, définit l'activité professionnelle du médecin de famille comme comprenant « la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative ». De même une de ses missions toujours définies par la Wonca Europe, est de favoriser « la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace »¹. Mener des activités de prévention et de promotion de la santé apparaît de plus comme un rôle naturel pour le médecin de famille. D'une part il représente souvent, dans nos systèmes de santé occidentaux, une porte d'entrée privilégiée du patient dans le système de soins, en tant que professionnel de premier recours ; d'autre part, de par la longévité et la proximité des échanges avec ses patients, il est à même d'établir une relation de confiance avec ces derniers, relation fondamentale pour l'adoption de comportements favorisant une bonne santé. Enfin, et toujours du fait de cette relation de confiance, il a généralement une bonne connaissance du mode de vie de ses patients et de leurs comportements à risques.

Pour autant, la littérature internationale montre que les activités de prévention demeurent souvent limitées durant les consultations au cabinet [1-4]. De plus une récente européenne décrit une diminution des activités de prévention en médecine de famille en Europe dans les 20 dernières années [5] Les principaux obstacles évoqués relèvent de trois domaines [2, 6-11] :

1. les facteurs liés aux médecins, tels que le manque de temps, le manque de connaissances et le doute sur l'efficacité des actions de prévention,
2. les facteurs liés au patient, principalement le manque d'adhésion aux programmes de prévention,
3. les facteurs liées aux politiques publiques dans ce domaine tels que l'absence de valorisation financière ou encore une formation initiale insuffisante durant les études de médecine. .

Par ailleurs, s'il existe de nombreuses études sur les barrières et les facilitateurs de la prévention en médecine de famille, on trouve en revanche moins d'études sur ses liens avec les facteurs organisationnels au sein des cabinets, tels par exemple, que l'exercice en cabinet de groupe, l'implication des praticiens dans des activités multiples, les collaborations avec d'autres praticiens ou encore l'informatisation du cabinet. Les rares études disponibles suggèrent cependant l'existence de liens entre les activités de prévention et certains facteurs organisationnels tels que l'exercice en cabinet de groupe, la taille de la patientèle ou encore l'utilisation de l'informatique.

En Suisse le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies a été inscrit dans de la stratégie globale « santé 2020 » définie par la confédération en 2013. De plus, l'intérêt d'un renforcement de la prévention a été à nouveau souligné au travers de la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles, promulguée en avril 2016 et déclarée prioritaire pour la période 2016-2019. Il y est néanmoins aussi souligné la faiblesse de la part des dépenses de santé accordée à ce domaine (2,2%) et la nécessité d'efforts portés par tous, décideurs, professionnels de santé mais aussi issus d'autres disciplines et population générale.

¹ www.woncaeurope.org/sites/.../WONCA%20definition%20French%20version.pdf

Enfin par ailleurs, dans un domaine plus spécifiquement destiné aux cliniciens, les cinq centres académiques de médecine interne générale (Lausanne, Berne, Genève, Bâle, et Zürich) ont proposé en 2010, le programme national de prévention clinique EviPrev. Ce dernier établit des recommandations pour la prévention primaire et secondaire chez les patients de 20 à 70 ans en Suisse. Celles-ci se basent sur des recommandations suisses et internationales et sont mises à jour régulièrement².

En médecine de famille en Suisse, l'attitude face à la prévention est aujourd'hui peu connue, tant du point de vue des activités de prévention menées au cabinet par le médecin que du point de vue des patients, en termes d'opinions et de pratiques sur la prévention, de comportements à risque et de maladies évitables.

En 2015-2016, une enquête sur la prévention en médecine de famille a été menée dans le cadre du programme SPAM (Swiss Primary care Active Monitoring), piloté par l'Institut universitaire de médecine de famille. Les données de cette enquête servent de base au présent rapport.

L'objectif est ici de présenter un premier état des lieux très descriptif de la prévention en médecine de famille en Suisse du point de vue des médecins, à la fois pour ce qui concerne leurs attitudes mais aussi leurs pratiques.

2. Méthodes

L'enquête a été menée en 2015-2016 sur la Suisse entière auprès d'un échantillon de médecins de famille appartenant au réseau de recherche SPAM [12]. Ce réseau a été constitué aléatoirement en 2012. Il comprenait de 200 praticiens, représentatifs sur l'âge, le sexe et le degré de ruralité des praticiens de famille Suisses. En 2015 dans le cadre de l'enquête sur la prévention, le réseau a été en partie renouvelé suite au départ de certains et à l'arrivée d'autres médecins. La représentativité du réseau sur les critères précédemment évoqués n'a globalement pas été modifiée.

L'enquête comprenait deux parties, la première auprès des médecins de famille du réseau et la seconde auprès de leurs patients. Le présent rapport ne concerne que la partie « médecins de famille ».

Les données des médecins ont été recueillies sur 6 mois *via* le remplissage d'un questionnaire en ligne. Il explorait les domaines suivants : pratiques en matière de dépistage, d'éducation à la santé et de vaccination, opinions sur la prévention en médecine de famille, formation initiale et continue dans le domaine. Ces domaines étaient complétés par le recueil d'éléments organisationnels relatifs au cabinet ainsi que des données socio-démographiques relatives aux médecins.

Dans ce rapport, les résultats sont pour la plupart présentés sous la forme de fréquences de réponses aux différentes questions. Des distributions de ces fréquences selon le sexe, l'âge et la région linguistique des médecins sont aussi proposées.

² http://www.pmu-lausanne.ch/pmu_home/pmu-professionnels-sante/pmu-recommandations-prevention.htm

3. Résultats

3.1. Population d'étude

Cent soixante huit médecins de famille ont rempli leur questionnaire sur Internet. Le tableau 1 décrit ces médecins selon leurs principales caractéristiques socio-démographiques. La majeure partie des médecins (54,2%) exerce en zone linguistique germanophone, ou en zone francophone (37,9%). Les femmes représentent 30% de l'échantillon et l'âge médian est de 54 ans. La médiane de l'ancienneté d'exercice est de 18 ans, avec une médiane de 13 ans pour les femmes et de 20 ans pour les hommes.

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de médecins.

Caractéristiques		Effectif (n =168)	Pourcentage (%)
Sexe	Hommes	117	69,6
	Femmes	51	30,4
Pays de naissance	Suisse	148	90,2
	Autre	16	9,8
Région linguistique	Italophone	13	7,8
	Francophone	63	37,9
	Germanophone	90	54,2
Niveau d'urbanité (selon OFS)	Centre urbain	55	33,1
	Suburbain	66	39,8
	Rural	45	27,1

3.2. Attitudes en matière de prévention

3.2.1. Santé : responsabilité collective ou individuelle ?

De manière globale, les médecins sont partagés quant à la nature de la responsabilité en matière de santé : 44,3% d'entre eux pensent que la santé relève de la responsabilité collective et 55,7% d'entre eux qu'elle est de responsabilité individuelle. S'il n'existe pas de différence selon l'âge et la zone linguistique en Suisse, il existe une différence d'opinion significative selon le sexe du médecin puisque les femmes considèrent qu'il est de la responsabilité de la société de créer des conditions qui contribuent à préserver ou améliorer la santé pour 71,4% d'entre elles alors qu'ils ne sont que 32% des hommes à avoir cette opinion (figure 1).

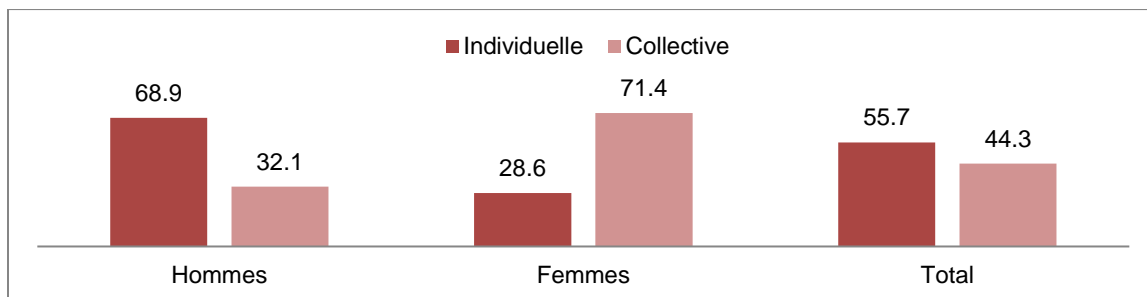


Figure 1 : Origine de la responsabilité vis-à-vis de la santé selon le sexe (différence statistiquement significative)

3.2.2. Importance accordée aux activités de prévention

Sur une échelle de 1 à 10, les médecins de l'échantillon accordent une note d'importance de 7,6 en moyenne aux activités de prévention et promotion de la santé (médiane=8). A titre de comparaison ils accordent des notes d'importance de 8,1 et de 8,7 respectivement pour l'accessibilité au cabinet et la continuité des soins. Aucune différence selon le sexe, l'âge et la zone linguistique d'exercice n'est observée.

3.2.3. Obstacles à la réalisation d'activités de prévention

Globalement les médecins sont 20% à déclarer ne pas avoir assez de temps pour faire de la prévention. Même si les résultats ne sont pas statistiquement significatifs, les femmes (28%), les médecins francophones (25,8%) et les plus jeunes médecins (29,3%) ont généralement plus tendance à déclarer qu'ils manquent de temps (figure 2).

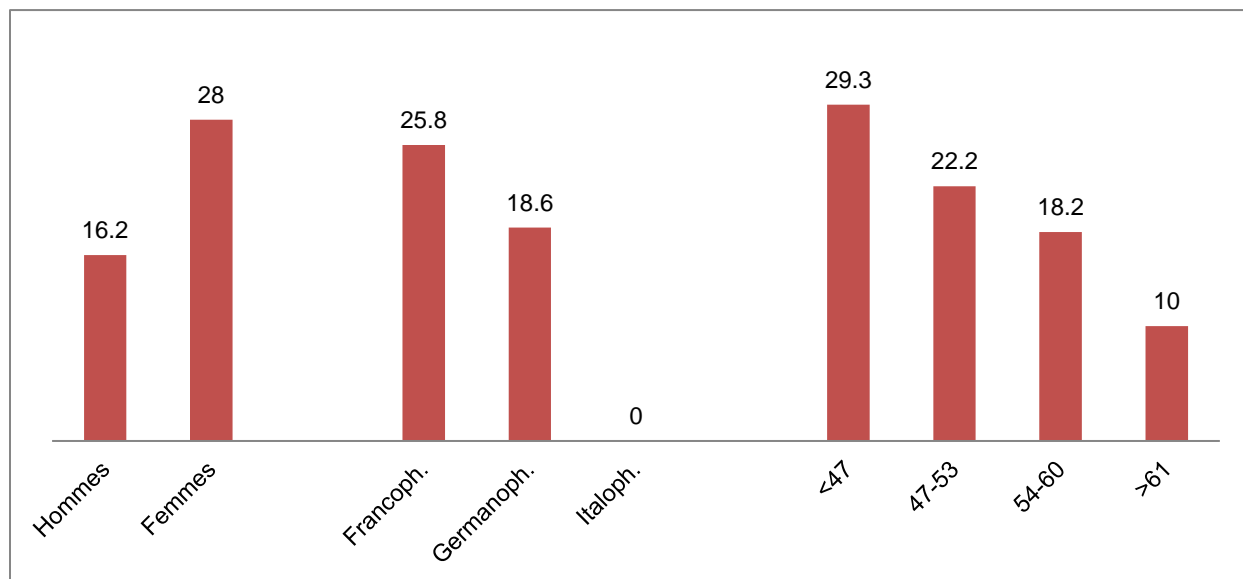


Figure 2 : Manque de temps comme obstacle aux activités de prévention selon le sexe, la zone linguistique et l'âge (% réponses « totalement vrai » et « plutôt vrai »)

Par ailleurs, plus de la moitié des médecins, 53%, estiment qu'ils sont insuffisamment remboursés lorsqu'ils font de la prévention ou de l'éducation à la santé, sans différence statistiquement significative selon le sexe, la zone linguistique et l'âge.

Lorsque l'on aborde cette même question mais sous la forme d'une liste d'éléments permettant de mieux remplir leur mission de prévention, disposer de davantage de temps apparaît à comme un élément majeur. L'importance d'un rôle mieux reconnu est également mise en avant ainsi que la possibilité de déléguer certaines activités à d'autres professionnels. L'existence de supports

adaptés et la mise en place de campagnes « grand public » semblent aussi deux outils supplémentaires à considérer. (Figure 3)

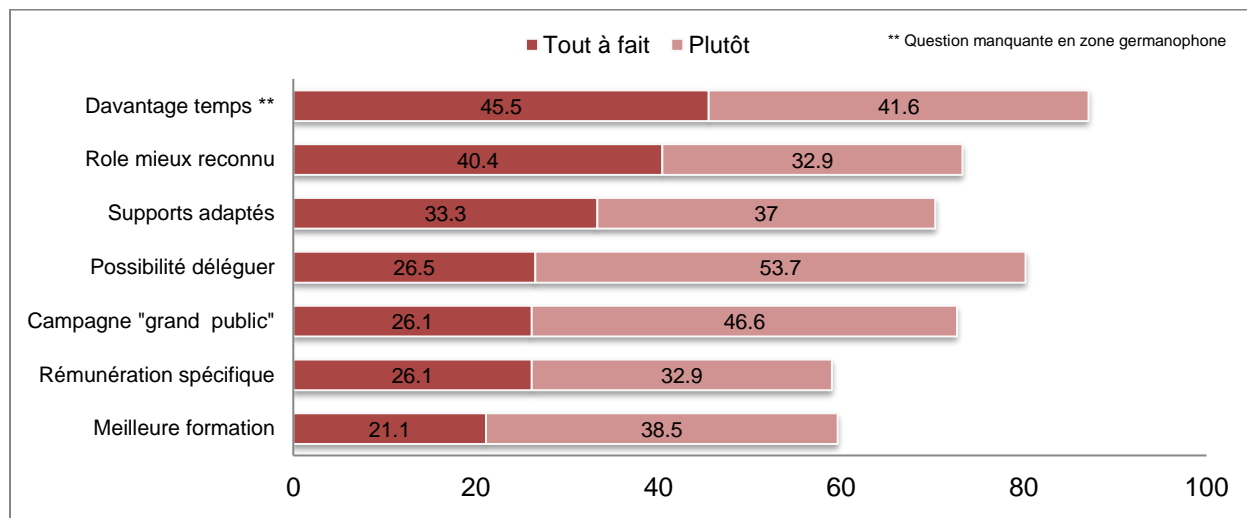


Figure 3 : Facteurs qui permettraient de mieux remplir la mission de prévention

On notera que des différences sociodémographiques existent quant à l'importance de ces facteurs. Ainsi la nécessité de supports écrits adaptés est nettement plus soulignée par les femmes (86%) et les jeunes médecins (plus de 80% parmi les moins de 54 ans). La nécessité de plus de campagnes « grand public », d'une meilleure formation ainsi qu'une meilleure reconnaissance dans ce rôle de préventeur est préférentiellement exprimée par les médecins francophones (respectivement 84%, 73% et 82 %) (tableau 2).

3.2.4. Rôle du médecin de famille dans la prévention

La prévention doit être faite par les médecins de famille, pour 97,5% d'entre eux. Par comparaison ils déclarent que la prévention devrait être faite par les médecins spécialistes ou hospitaliers à 67,3%, par les infirmiers et professionnels paramédicaux à 81,2%, par les professionnels de l'enseignement ou du social à 83,2%, par les médias à 75,5% et par les organisations associatives à 83,1% (figure 4).

Bien qu'elles ne soient pas statistiquement significatives on observe certaines différences sociodémographiques. Ainsi, par exemple, les médecins plus âgés pensent généralement moins que leurs confrères plus jeunes que la prévention devrait être faite par les médias et les professionnels de l'enseignement et du social (tableau 3).

Tableau 2 : Facteurs qui permettaient de mieux remplir la mission de prévention selon les critères socio-démographiques des médecins

	Sexe		Classe d'âge				Zone linguistique		
	Hommes	Femmes	<47	47-53	54-60	>60	Fr.	Germ.	It.**
Davantage de temps	88.2	84.6	84.0	94.1	84.6	86.4	85.5	-	91.7
Rôle mieux reconnu	69.4	82.0	80.5	72.2	61.4	80.0	82.3	66.3	75.0
Supports écrits adaptés	63.4	86.0*	80.5	83.3	59.1	61.0	72.6	67.8	75.0
Possibilité de déléguer	76.8	88.0	85.4	86.1	72.7	78.1	80.6	81.6	75.0
Campagne grand public	69.4	80.0	82.9	66.7	67.4	73.2	83.6	67.8	58.3
Rémunération spécifique	55.4	67.4	62.5	63.9	54.5	56.1	57.4	62.1	50.0
Meilleure formation	56.8	66.0	73.2	58.3	43.2	65.0	72.6	51.2	58.3

% modalités de réponses « tout à fait » et « plutôt » / * différence statistiquement significative à 5% sur modèle ajusté / ** les données concernant les médecins italo-phones sont à considérer avec extrême précaution en raison du faible effectif

Tableau 3 : Acteurs à qui il incombe de faire de la prévention selon les critères socio-démographiques des médecins

	Sexe		Classe d'âge				Zone linguistique		
	Hommes	Femmes	<47	47-53	54-60	>60	Fr.	Germ.	It.**
Spécialistes	71.6	58.0	73.2	73.5	56.8	67.5	67.2	65.1	81.8
Prof. paramédicales	80.0	84.0	87.8	88.6	70.4	80.0	90.3	74.4	81.8
Associations patients	85.6	77.1	87.8	77.1	76.7	90.0	90.3	77.7	81.8
Medias	73.4	80.0	90.2	68.6	70.5	71.2	75.8	75.3	72.7
Prof. enseignement	80.2	90.0	92.7	82.9	86.4	70.7	82.3	83.7	83.3
Généralistes	97.3	98.0	97.6	100.0	95.4	97.6	95.2	98.8	100.0

% modalités de réponses « tout à fait » et « plutôt » / ** les données concernant les médecins italo-phones sont à considérer avec extrême précaution en raison du faible effectif

Tableau 4 : Sentiment d'efficacité dans les actions de prévention selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins

	Sexe		Classe d'âge				Zone linguistique		
	Hommes	Femmes	<47	47-53	54-60	>60	Fr.	Germ.	It.**
Efficacité (très et assez)	65.4	62.5	61.0	74.3	67.5	56.4	52.4	72.3*	66.7

% modalités de réponses « très efficace » et « assez efficace » * différence statistiquement significative à 5% sur modèle ajusté / ** les données concernant les médecins italophones sont à considérer avec extrême précaution en raison du faible effectif

Tableau 5 : Pourcentage de médecins jugeant leur formation insuffisante en matière de prévention selon les caractéristiques sociodémographiques

	Sexe		Classe d'âge				Zone linguistique		
	Hommes	Femmes	<47	47-53	54-60	>60	Fr.	Germ.	It.**
Formation pré-graduée	30.5	42.5	43.9	32.3	27.5	32.4	61.8*	16.5	36.4
Formation post-graduée	21.3	30.6	29.3	17.1	23.8	25.6	40.7*	15.3	8.3

* différence statistiquement significative à 5% sur modèle ajusté / ** les données concernant les médecins italophones sont à considérer avec extrême précaution en raison du faible effectif

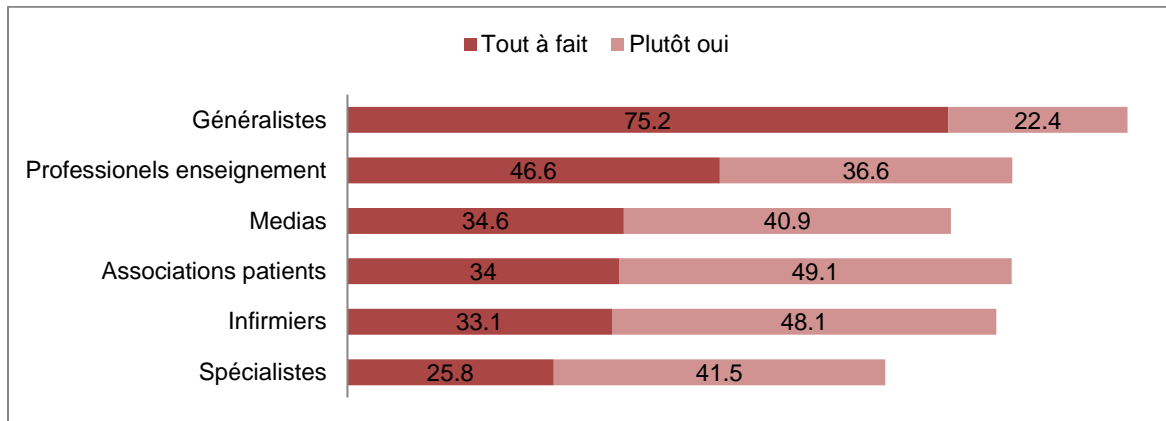


Figure 4 : Acteurs à qui il incombe de faire de la prévention selon les médecins de famille

Considérant les différentes thématiques, les médecins estiment qu'il leur incombe de faire de la prévention préférentiellement sur les thématiques suivantes : risque cardiovasculaire (99,4%), addictions (respectivement 98,8 pour le tabac et 98,7 pour l'alcool) puis viennent l'alimentation et l'activité physique et enfin le surpoids et la consommation de cannabis (93,8%). La prévention des risques professionnels et des problèmes liés à la vie affective et sexuelle sont moins considérées comme des missions qui leur incombent par les médecins (respectivement 82,8% et 80,2%) (Figure 5).

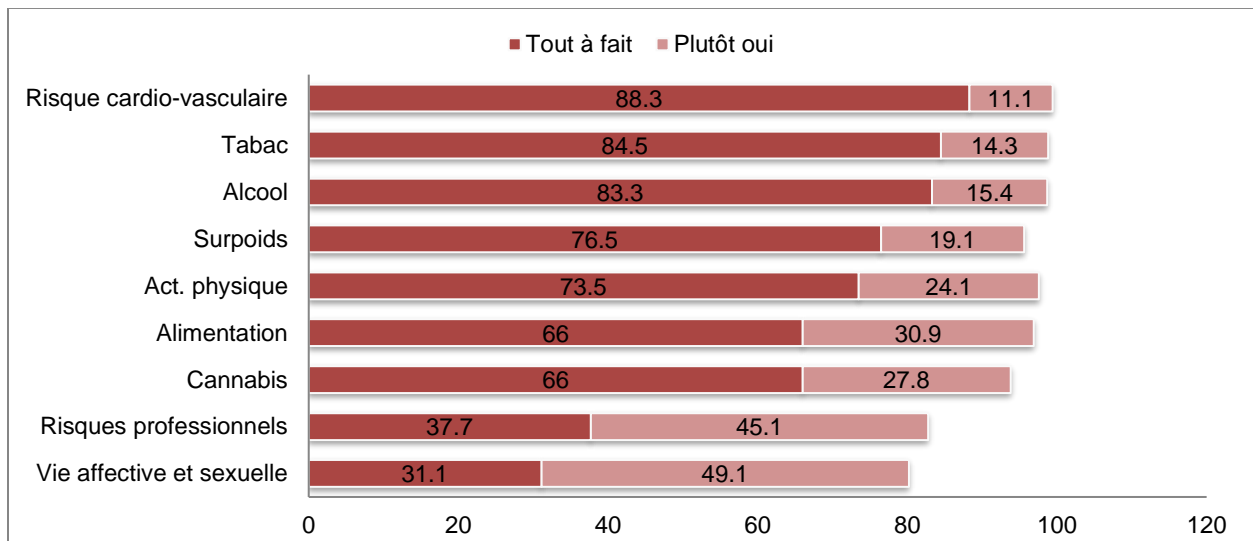


Figure 5 : Implication du médecin de famille dans les activités de prévention selon le thème

Aucune différence sociodémographique n'est observée pour la prévention des problèmes de vie affective et sexuelle. Dans le domaine des risques professionnels, les femmes et les médecins de la zone germanophone estiment significativement moins fréquemment que la prévention leur incombe.

3.2.5. Facilités et efficacité des démarches de prévention

Les domaines faciles à aborder en termes de prévention comprennent en premier lieu les maladies cardiovasculaires et le cancer puis le tabagisme, l'activité physique et l'alimentation. En fin de classement les consommations d'alcool et de cannabis ainsi que les problèmes de la vie affective et sexuelle sont perçus comme plus difficiles à aborder (figure 6).

Pour le cannabis et l'alcool, la perception varie selon la zone linguistique d'exercice avec une plus grande facilité déclarée en zone francophone.

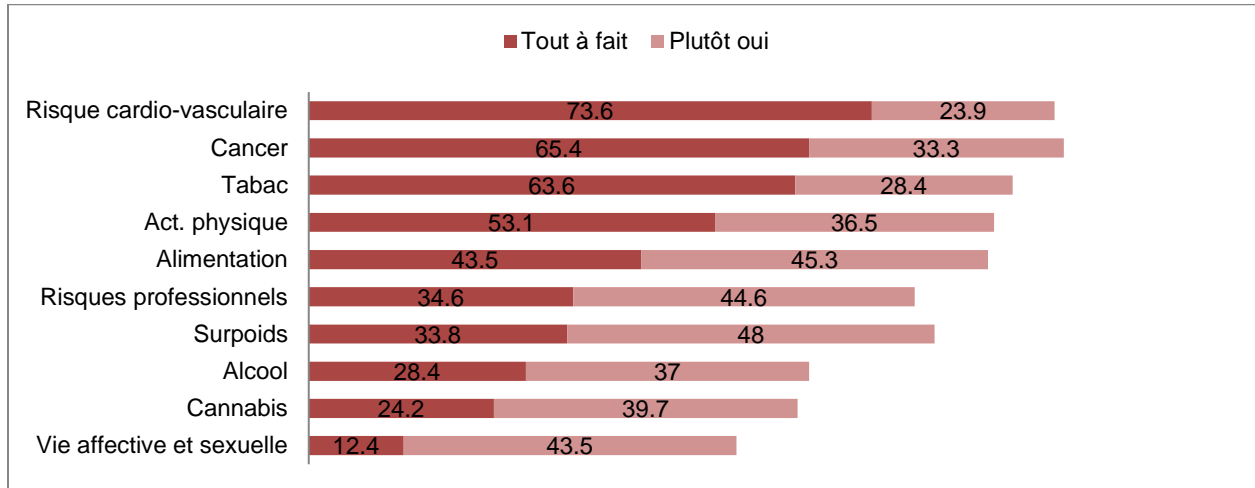


Figure 6 : Facilité à aborder les thèmes de prévention

Par ailleurs les médecins s'estiment très ou assez efficaces dans leurs démarches de prévention pour 64,5% d'entre eux et peu efficace pour 34,8% (figure 7). Les médecins de la zone germanophone se considèrent significativement plus efficaces que ceux de la région francophone (tableau 4).

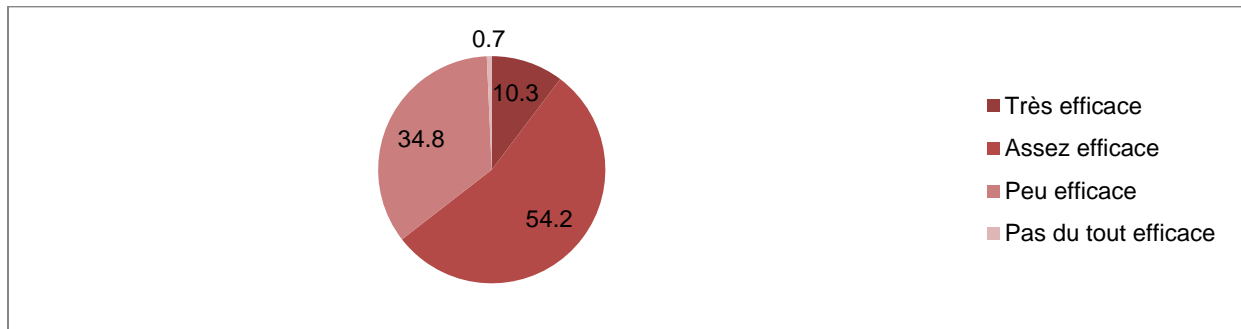


Figure 7 : Sentiment d'efficacité dans les actions de prévention

3.2.6. Attitude vis-à-vis de la formation en prévention

Les médecins de famille sont peu critiques au regard de la formation qu'ils ont eue dans le domaine de la prévention. La formation pré-graduée est cependant jugée insuffisante par environ un médecin sur trois (figure 8).

L'analyse en fonction des données socio-démographiques des médecins montre une insatisfaction plus importante des médecins de la zone francophone par rapport aux germanophones, aussi bien pour ce qui est de la formation pré-graduée que pour la formation post-graduée (tableau 5)

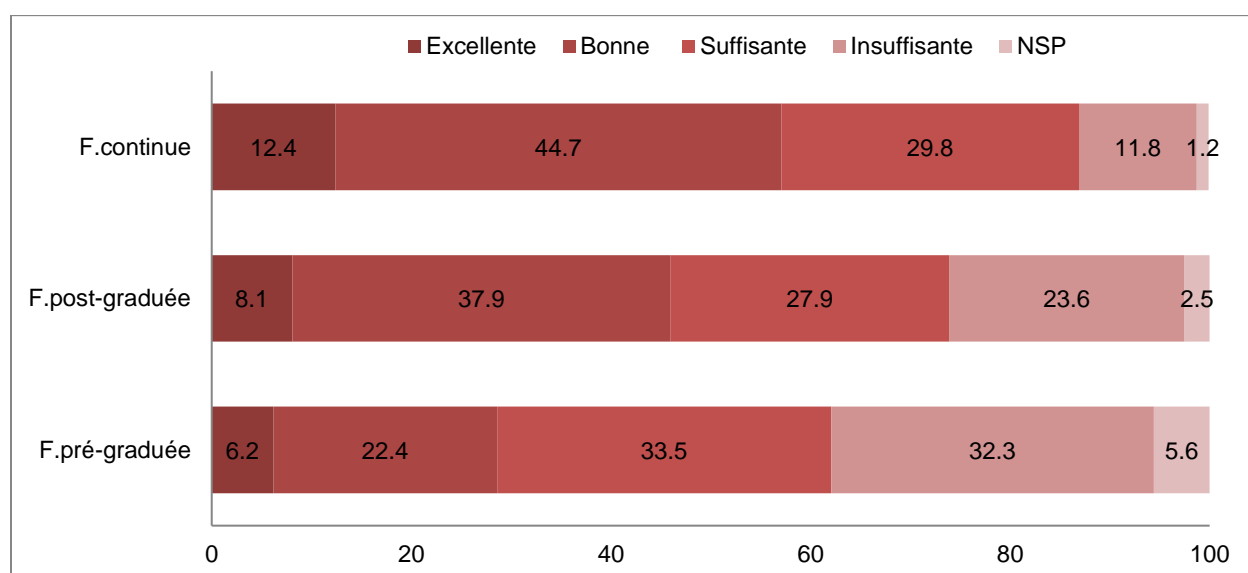


Figure 8 : Attitude des médecins de famille vis-à-vis de la formation en prévention

3.3. Pratiques en matière de prévention

3.3.1. Education et promotion de la santé

Lors d'une première consultation, très peu de domaines de prévention sont abordés de manière systématique. Le comportement à risque abordé en premier lieu est celui du tabagisme par 34% des médecins puis celui de l'activité physique par 26% des médecins. Moins d'un médecin sur cinq aborde systématiquement d'autres risques lors d'une première consultation. Ainsi, les risques professionnels ne sont systématiquement abordés lors d'une première consultation que par 2,4% des médecins, l'hygiène dentaire par 1,2% des médecins (figure 9).

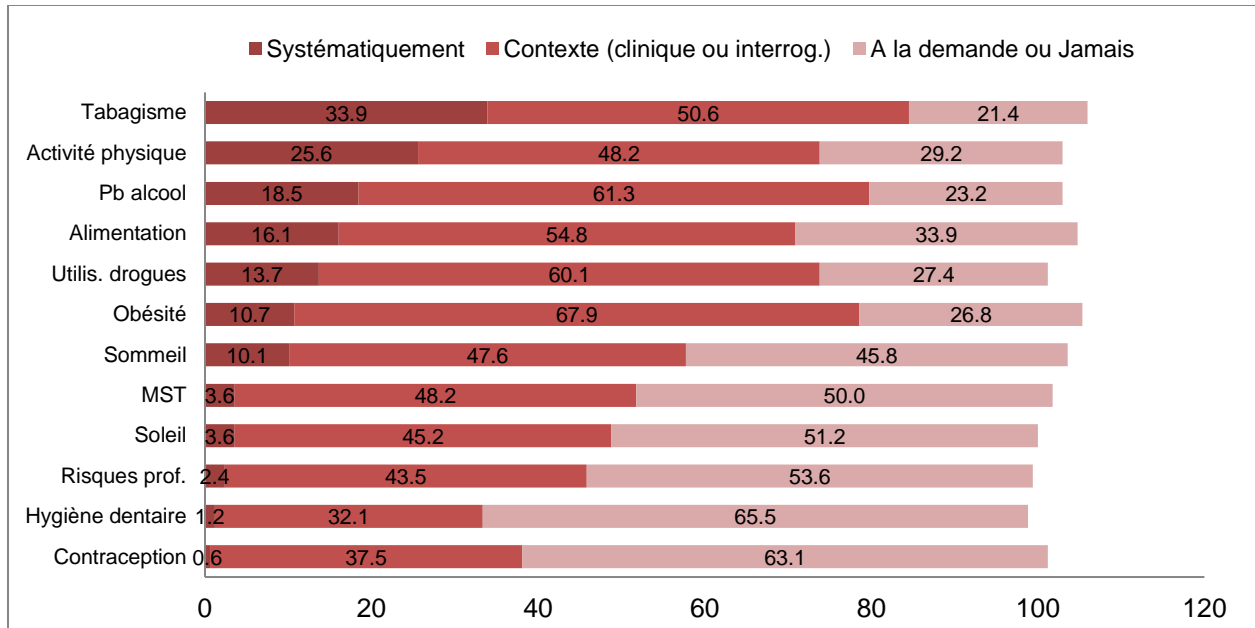


Figure 9 : Conseils de prévention délivrés lors d'une première consultation

Le tableau 6 décrit le fait de délivrer systématiquement des conseils lors d'une première consultation en fonction des caractéristiques sociodémographiques des médecins pour les quatre premiers domaines : tabagisme, activité physique, problème d'alcool et alimentation. Il montre essentiellement des différences de pratiques en fonction de la zone géographique, avec une tendance des médecins germanophones à moins délivrer systématiquement des conseils de prévention par rapport aux médecins francophones lors d'une première consultation.

En dehors d'une première consultation, les conseils en matière de prévention sont généralement avant tout délivrés par les médecins en fonction du contexte clinique ou uniquement à la demande du patient (voire jamais). Cependant, on notera que la thématique « activité physique » est évoquée par 43% des médecins au moins une fois avec chacun de leurs patients. La grande majorité des autres risques sont évoqués en fonction du contexte. Enfin, la contraception et l'hygiène dentaire sont plutôt des domaines abordés à la demande du patient (figure 10).

La délivrance systématique de conseils selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins est décrite dans le tableau 7 pour les quatre premières thématiques. Comme observé pour la première consultation, les médecins germanophones déclarent généralement moins fréquemment proposer systématiquement des conseils par rapport aux médecins francophones.

Tableau 6 : Délivrance systématique de conseils lors d'une première consultation selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins

	Sexe		Classe d'âge				Zone linguistique		
	Hommes	Femmes	<47	47-53	54-60	>60	Fr.	Germ.	It.**
Tabagisme	34.2	33.3	29.3	37.5	36.4	32.6	38.1	27.8	61.5
Activité physique	25.6	25.5	29.3	30.0	20.5	23.7	39.7	14.4*	38.5
Problème d'alcool	17.1	21.6	26.8	20.0	13.6	14.0	25.4	13.3	23.1
Alimentation	17.1	13.7	19.5	17.5	11.4	16.3	22.2	11.1	23.1

* différence statistiquement significative à 5% sur modèle ajusté / ** les données concernant les médecins italophones sont à considérer avec extrême précaution en raison du faible effectif

Tableau 7 : Thématiques systématiquement abordées avec les patients selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins

	Sexe		Classe d'âge				Zone linguistique		
	Hommes	Femmes	<47	47-53	54-60	>60	Fr.	Germ.	It.**
Tabagisme	35.9	29.4	21.9	40.0	38.6	34.9	36.5	27.8	69.2
Activité physique	44.4	41.2	41.5	42.5	47.7	41.9	55.6	32.2*	61.5
Problème d'alcool	19.7	21.6	19.5	25.0	22.7	14.0	25.4	15.6	30.8
Alimentation	20.5	15.7	21.9	15.0	13.6	25.6	27.0	11.1*	38.5

* différence statistiquement significative à 5% sur modèle ajusté / ** les données concernant les médecins italophones sont à considérer avec extrême précaution en raison du faible effectif

Tableau 8 : Pratiques du dépistage systématique du VIH selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins et le scénario

	Sexe		Classe d'âge				Zone linguistique		
	Hommes	Femmes	<47	47-53	54-60	>60	Fr.	Germ.	It.**
A tout patient	21.5	32.0	46.1*	23.1	11.9	18.9	42.4	13.1*	23.1
Patient originaire de zone endémique	62.7	81.4	75.7	70.6	66.7	60.0	78.2	60.5*	76.9
Si comportement à risque	88.6	93.9	97.6*	89.5	90.7	82.9	88.7	89.7	100.0
Si autre IST	85.2	90.0	95.0	82.1	88.6	80.9	88.9	82.9	100.0

* différence statistiquement significative à 5% sur modèle ajusté / ** les données concernant les médecins italophones sont à considérer avec extrême précaution en raison du faible effectif / % modalités de réponses « systématiquement » et « souvent »

Tableau 9 : Pratiques de dépistage systématique de trois cancers (colon, sein et l’utérus) selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins

	Sexe		Classe d’âge				Zone linguistique		
	Hommes	Femmes	<47	47-53	54-60	>60	Fr.	Germ.	It.**
Cancer colon	91.1	87.8	92.5	88.9	90.7	88.1	90.5	88.1	100.0
Cancer sein	50.9	68.0	72.5	51.4	47.7	53.7	81.0	34.1*	76.9
Cancer utérus	49.5	81.3*	75.0	62.9	48.8	51.2	73.3	43.4*	92.3

* différence statistiquement significative à 5% sur modèle ajusté / ** les données concernant les médecins italophones sont à considérer avec extrême précaution en raison du faible effectif / % modalités de réponses « systématiquement » et « souvent »

Tableau 10 : Pratiques de dépistage périodique d’autres symptômes selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins

	Sexe		Classe d’âge				Zone linguistique		
	Hommes	Femmes	<47	47-53	54-60	>60	Fr.	Germ.	It.**
Tr. cognitifs pers. âgées	16.2	23.5	24.4	15.0	20.5	14.0	17.5	17.8	30.8
Tr. dépressifs	21.4	11.8*	22.0	22.5	18.2	11.6	22.2	14.4	30.8
Tr. Du sommeil	16.2	21.6	22.0	15.0	20.5	14.0	27.0	12.2*	15.4

* différence statistiquement significative à 5% sur modèle ajusté / ** les données concernant les médecins italophones sont à considérer avec extrême précaution en raison du faible effectif

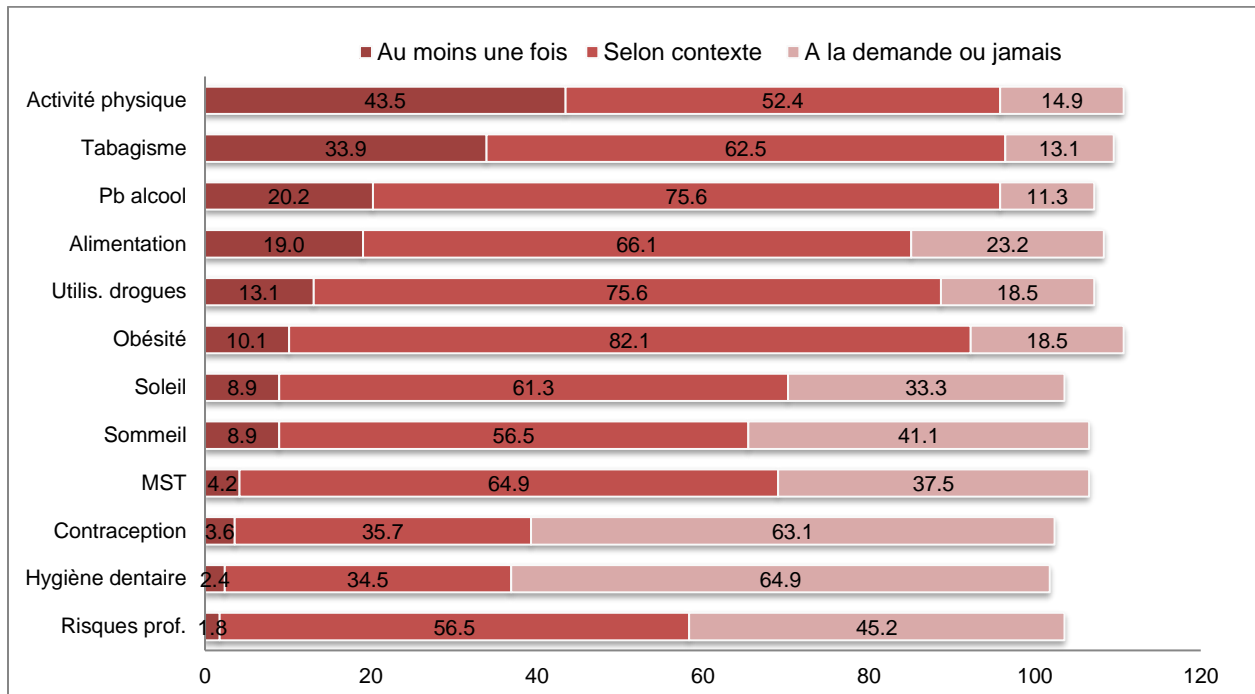


Figure 10 : Conseils de prévention délivrés lors des consultations (en dehors d'une première consultation)

3.3.2. Vaccination contre la grippe

La vaccination annuelle contre la grippe pour les personnes à risque est proposée systématiquement par 86,4% des médecins ou souvent par 11,7% d'entre eux (figure 11). Les médecins germanophones le font moins systématiquement (80% versus 92% et 100 % respectivement pour les francophones et italophones) mais aucune différence selon l'âge et le sexe du médecin n'est observée.

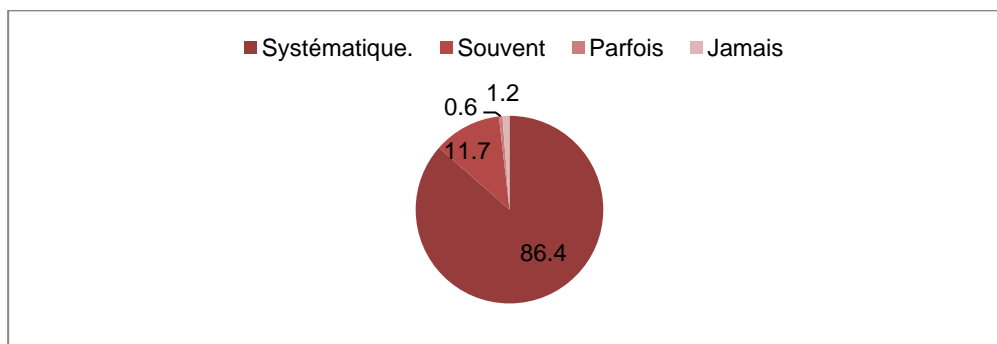


Figure 11 : Vaccination contre la grippe saisonnière pratiquée chez les personnes à risque

3.3.3. Dépistages

➤ Dépistage du VIH

Le dépistage du VIH est rarement fait de manière systématique au moins une fois pour chaque patient (4,9%). Cette fréquence s'élève à 21% si le patient est originaire d'un pays endémique, à 60% lorsque le patient adopte des comportements à risque et 71% en cas d'autre infection sexuellement transmissible (IST) (figure 12).

La pratique du dépistage du VIH, systématiquement (ou souvent), au moins une fois pour tout patient diffère selon la zone linguistique et l'âge du médecin : ainsi les médecins germanophones et les plus âgés déclarent moins adopter ce comportement. Ces tendances se retrouvent également pour les patients en situation « à risque » (résultats non systématiquement significatifs) (tableau 8).

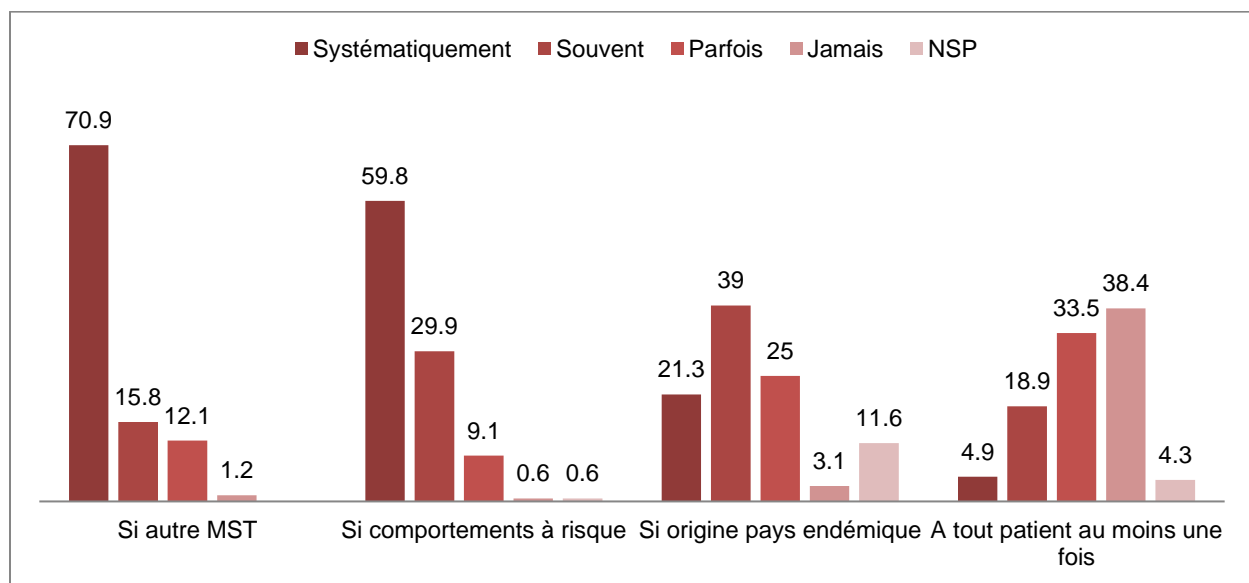


Figure 12 : Pratique en matière de dépistage du VIH

➤ Dépistage des cancers

Les recommandations du programme Epiprev sur le dépistage des cancers concernent le colon, l'utérus et le sein pour lesquels les preuves de l'intérêt d'un dépistage sont considérées comme de bon niveau ou acceptable (pour le sein). Dans la pratique, environ un médecin de famille sur deux effectue (ou s'assure que ce soit fait en vérifiant les résultats) un dépistage du cancer du colon de manière systématique. Cette fréquence est de 37% pour le cancer de l'utérus et de 35% pour le cancer du sein (figure 13).

Il est néanmoins possible pour cette question, qu'il y ait eu parfois un problème dans la compréhension du libellé, avec la possibilité de penser qu'il s'agissait d'un dépistage effectué par le médecin lui-même.

Aucune différence significative selon les caractéristiques socio-démographiques des médecins n'est observée pour le dépistage du cancer du colon (systématiquement ou souvent *versus* parfois ou jamais). En revanche, les médecins germanophones déclarent moins pratiquer (ou

s'assurer que cela soit fait) le dépistage du cancer du sein. De même, pour le cancer du col de l'utérus, les médecins femmes s'en préoccupent plus que les hommes et les médecins germanophones moins que les francophones (tableau 9).

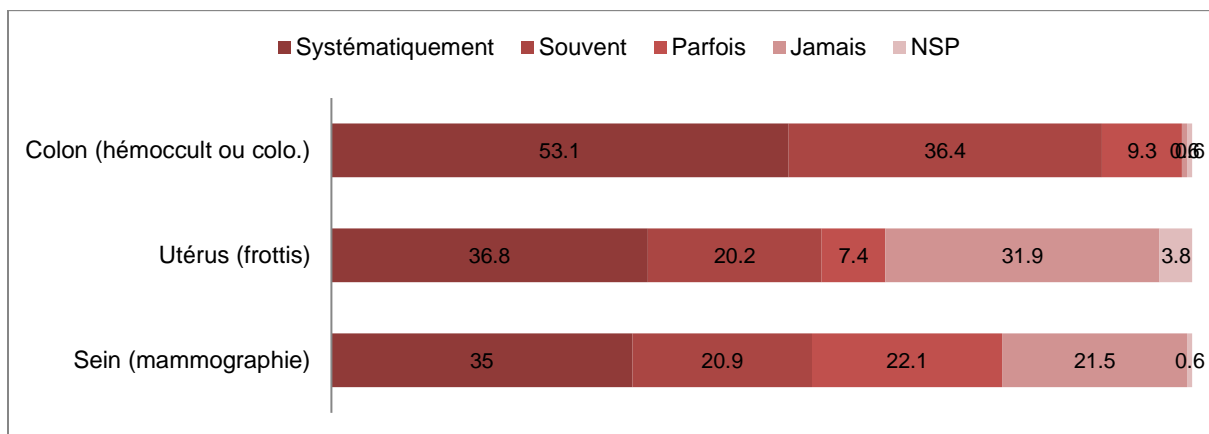


Figure 13 : Pratiques de dépistage de trois cancers selon les recommandations en vigueur (fait par le médecin de famille ou fait en externe avec suivi du résultat par le médecin de famille)

➤ Autres dépistages

Les dépistages d'autres pathologies telles que les symptômes dépressifs, les problèmes de sommeil, les risques professionnels et les troubles cognitifs sont généralement faits selon le contexte. Moins d'un médecin du cinq effectue des dépistages systématiques périodiques pour ces problèmes. Les risques professionnels sont très peu dépistés spontanément (figure 14).

Les analyses selon les caractéristiques socio-démographiques montrent certaines différences en particulier une fréquence moindre de dépistage systématique périodique des troubles dépressifs chez les femmes et des troubles du sommeil chez les médecins germanophones par rapport aux francophones (tableau 10).

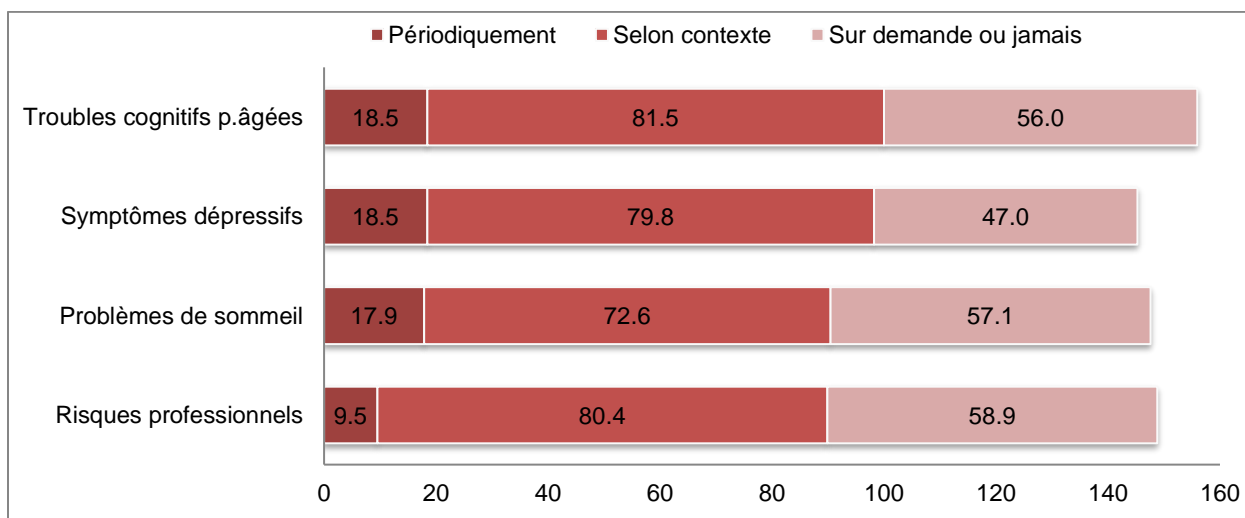


Figure 14 : Autres dépistages effectués par le médecin de famille.

4. Discussion

Le rôle du médecin de famille dans la conduite d'activités de prévention au sein du cabinet est généralement reconnu par les médecins de famille de notre échantillon, et ce, avec une place primordiale par rapport à d'autres professionnels de soins ou d'autres domaines. Pour autant, tous les thèmes de sont pas considérés de manière équivalente, aussi bien pour ce qui concerne l'importance accordée que pour la facilité d'y mener des actions. Ainsi les « grands thèmes classiques » de prévention tels que les risques cardiovasculaires et les consommations de tabac et d'alcool sont généralement abordés. En revanche, d'autres thématiques de prévention telles que les risques professionnels, les consommations de cannabis, l'hygiène dentaire, les risques liés à la vie affective et sexuelle, l'exposition au soleil demeurent peu évoquées. Ainsi la thématique des risques professionnels par exemple est peu abordée par les médecins de famille alors que les populations au travail, bien qu'elles présentent classiquement de meilleurs indicateurs sanitaires que les inactifs, sont exposées à de multiples facteurs de risques à l'origine de troubles de santé multiples et fréquents (troubles musculo-squelettiques, symptômes psychiques pour ne citer que les plus fréquents).

Comme rapporté dans la littérature internationale, le premier facteur qui permettrait de mieux remplir cette mission de prévention en médecine de famille serait de disposer de plus de temps. Une récente étude européenne sur l'évolution des pratiques en médecine de famille sur les vingt dernières années rapporte globalement une diminution des activités de prévention au sein des cabinets parallèlement à un élargissement du socle des maladies chroniques prises en charge par le médecin de famille [5]. Ces deux composantes pourraient être liées *via* le facteur temps. Un autre élément intéressant à relever dans les propositions pour pouvoir mieux remplir la mission de prévention concerne la délégation de tâches qui est plébiscitée par plus de 80% des médecins. Cette démarche pourrait constituer une piste d'amélioration en envisageant une autre organisation des soins au sein des cabinets et donc une délégation de certaines activités de prévention auprès des assistantes médicales par exemple ou des infirmières de pratique avancée, ce qui est encore peu le cas dans les cabinets suisses (environ 18%)³.

Si les médecins de famille sont largement favorables à la prévention et essaient de mettre en pratique des démarches de conseil et de dépistage vis-à-vis de certains risques, on notera un avis très partagé quant à la notion de responsabilité en matière de santé. Ils sont 44%, et seulement 32% chez les hommes, à considérer que la santé relève d'une responsabilité collective. De plus, les démarches de prévention au cabinet sont généralement avant tout individuelles et menées dans le cadre du colloque singulier médecin-patient. D'après les données de l'enquête européenne QUALICOPC, on sait qu'ils sont en effet peu nombreux à organiser des sessions de groupe sur des thématiques de prévention³ ou par exemple peu enclins à mettre en place des campagnes de vaccination au sein de leur patientèle. Une conception plus collective de la prévention en médecine de famille pourrait donc aussi constituer un levier pour améliorer les pratiques dans ce domaine.

³ <http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-medecine-de-famille-en-suisse>

Il est par ailleurs intéressant de constater l'existence de certaines différences d'opinions et de pratiques selon le genre, l'âge ou encore l'appartenance à une zone linguistique suisse. Certaines différences liées à l'âge traduisent manifestement une évolution générationnelle. Les différences de genre pourraient aussi refléter des différences de sensibilité à la thématique, comme pour le dépistage des cancers de l'utérus et du sein par exemple plus fréquent chez les femmes médecins. Il semble aussi, et même si les différences ne sont pas toujours significatives, que les médecins germanophones intègrent systématiquement moins souvent la prévention dans leurs pratiques, que ce soit en prévention primaire (conseils, vaccinations) ou secondaire (dépistage). Il est possible que ces différences de pratique soit liés à un fonctionnement des cabinets sensiblement différents entre le zone linguistiques avec des médecins germanophones travaillant plus souvent en réseau générant ainsi une répartition des activités potentiellement plus importante entre les différents professionnels de soins. On n'observe en revanche pas de différence majeure en matière d'opinion vis-à-vis de la prévention en dehors d'opinions plus favorables sur la formation chez ces derniers.

Quelques limites de cette étude doivent être signalées et en premier lieu la taille de l'échantillon qui pourrait impacter la stabilité des résultats. Le problème se pose particulièrement pour les médecins de la région italophone dont les résultats doivent être interprétés avec la plus grande prudence. Par ailleurs, la participation étant basée sur le volontariat, l'intérêt des médecins pour la prévention pourrait avoir constitué un élément moteur pour participer à l'enquête. Dans ce cas, certains résultats pourraient être surestimés. Néanmoins, il est à noter que la représentativité de l'échantillon de médecins, en termes de sexe, d'âge et de répartition en zones rurales et urbaines est considérée comme bonne [12].

Ce rapport constitue une première étape de description de ces données. Celle-ci permet d'avoir un reflet de la situation et du rapport à la prévention des médecins de famille suisses. Une étude plus approfondie (en particulier des analyses multivariées incluant plus de facteurs potentiellement prédictifs) est cependant nécessaire pour aller plus loin dans les interprétations et envisager des pistes d'amélioration plus précises. L'étude des liens potentiels avec des facteurs organisationnels mettra éventuellement en lumière d'autres éléments intéressants. Enfin l'analyse des données recueillies auprès des patients viendra compléter ce panorama pour donner une vision globale de la prévention en médecine de famille en Suisse.

5. Conclusion et recommandations

Il est rassurant de constater que les médecins de famille considèrent la prévention comme une de leur mission. Ils considèrent même qu'ils doivent en être les premiers acteurs ! Cependant des efforts pourraient être faits en faveur de certains thèmes moins classiques que les facteurs de risques cardio-vasculaires ou les conduites addictives. Certains domaines tels que l'hygiène bucco-dentaire, l'exposition au soleil ou les risques professionnels sont insuffisamment abordés. La sensibilisation à ces thèmes passe probablement par une formation initiale, voire aussi continue, plus développée dans ces domaines. De plus, quelques différences socio-démographiques existent quant aux pratiques, ce qui laisse aussi entrevoir des possibilités d'amélioration *via* la formation, initiale ou continue, par exemple.

Afin de mieux remplir leur mission de prévention, les médecins souhaiteraient plus de temps mais ils sont aussi favorables à la délégation de tâches et ceci constitue donc une piste à privilégier. Une meilleure reconnaissance des activités de prévention menées au cabinet *via* une valorisation dans le système TARMEED actuellement insuffisante pourrait également inciter à plus de démarches de prévention. Par ailleurs, d'autres pratiques de prévention, plus collectives au cabinet et non simplement individuelles pourraient être encouragées. Enfin, une orientation des politiques de santé publique toujours plus soutenue en faveur de la prévention, et incluant également une réflexion sur de nouveaux modes de financement, est une condition indispensable pour développer une plus grande culture de prévention parmi les professionnels de soins.

Références

1. Brotons, C., et al., *Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe*. *Prev Med*, 2005. **40**(5): p. 595-601.
2. Bucher, S., et al., *Time and feasibility of prevention in primary care*. *Fam Pract*, 2017. **34**(1): p. 49-56.
3. Grunfeld, E., et al., *Improving chronic disease prevention and screening in primary care: results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial*. *BMC Fam Pract*, 2013. **14**: p. 175.
4. Litaker, D., et al., *Physicians' attitudes and preventive care delivery: insights from the DOPC study*. *Prev Med*, 2005. **40**(5): p. 556-63.
5. Schafer, W.L., et al., *Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012*. *Scand J Prim Health Care*, 2016. **34**(1): p. 97-110.
6. Ampt, A.J., et al., *Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice*. *BMC Fam Pract*, 2009. **10**: p. 59.
7. Cornuz, J., et al., *Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits*. *Fam Pract*, 2000. **17**(6): p. 535-40.
8. Dahrouge, S., et al., *Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices*. *Cmaj*, 2012. **184**(2): p. E135-43.
9. Geense, W.W., et al., *Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study*. *BMC Fam Pract*, 2013. **14**: p. 20.
10. Rubio-Valera, M., et al., *Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography*. *PLoS One*, 2014. **9**(2): p. e89554.
11. Vos, H.M., et al., *Prevention in primary care: facilitators and barriers to transform prevention from a random coincidence to a systematic approach*. *J Eval Clin Pract*, 2014. **20**(3): p. 208-15.
12. Selby, K., J. Cornuz, and N. Senn, *Establishment of a Representative Practice-based Research Network (PBRN) for the Monitoring of Primary Care in Switzerland*. *J Am Board Fam Med*, 2015. **28**(5): p. 673-5.