

AUTEURS

I. CLERC^(1,2,3), A. PARAPONARIS^(1,2,3), B. VENTELOU^(1,2,4), P. VERGER^(1,2,3)

et le Comité de pilotage du Panel de médecins généralistes de ville⁽⁵⁾

1 ORS PACA, Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur, Marseille, France.

2 Université Aix Marseille, IRD, UMR-S912, Marseille, France

3 INSERM, U1912 (SE4S), Marseille, France

4 CNRS GREQAM, Marseille, France

5 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), Unions régionales des médecins libéraux et Observatoires régionaux de la santé des régions Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays-de-la-Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Mots-clés : Médecins généralistes ; recommandations de bonnes pratiques ; attitudes ; connaissance ; utilisation.

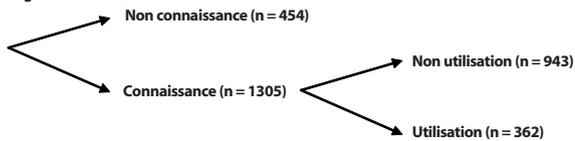
Introduction/objectifs

Les recommandations de bonnes pratiques (RBP) sont des outils développés de façon systématique pour aider le médecin à prendre des décisions médicales dans la prise en charge de maladies et problèmes de santé spécifiques¹⁻³. Elles sont en constante évolution. Les effets de leur diffusion sur la qualité des pratiques médicales sont jusqu'ici restés incertains⁴. Les médecins généralistes (MG) ont à connaître et utiliser un nombre croissant de RBP, mais rencontrent des difficultés pour ce faire⁵⁻⁸. Les objectifs de cette étude étaient 1- d'étudier les profils d'adhésion a priori des MG aux RBP, leur connaissance et utilisation de RBP spécifiques et leurs variations selon les régions ; 2- de vérifier si ces profils jouent plutôt sur la prise de connaissance des RBP ou sur leur utilisation quotidienne.

Matériels/méthodes

Une enquête transversale a été réalisée dans un panel de 1759 MG de ville représentatif de 5 régions françaises (Basse-Normandie, Bourgogne, Pays de la Loire, Bretagne et Provence-Alpes-Côte d'Azur) en mars 2007. En plus des données individuelles relatives aux médecins (caractéristiques sociodémographiques et professionnelles), la connaissance et l'utilisation de RBP ont été documentées pour 6 pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale de ville : l'asthme, la migraine, la dépression, les dyslipidémies, l'hypertension artérielle et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Pour chacune de ces maladies, la question de l'utilisation de RBP n'était posée que si le MG déclarait en connaître. Deux scores (de connaissance et d'utilisation) ont été calculés puis dichotomisés par rapport à leur valeur médiane. Une classification ascendante hiérarchique de treize questions portant sur les opinions générales des MG sur les RBP –tableau 1– a permis d'identifier trois clusters/profils d'adhésion vis-à-vis des RBP. Les critères Cubic Clustering Criterion, Semi Partial R² ainsi que la distance de Ward ont été utilisés pour distinguer les clusters⁹. Les liens entre ces clusters/profils et la connaissance/utilisation des RBP ont été analysés par l'intermédiaire de régressions probit simples puis d'une régression probit multiple bivariée avec sélection d'échantillon ; ceci, en raison de la structure des données¹⁰⁻¹² (Figure 1), et dans le but de tester séparément l'influence des profils d'adhésion, d'abord sur la prise de connaissance des guides, puis sur leur utilisation.

Figure 1 : Structure des données

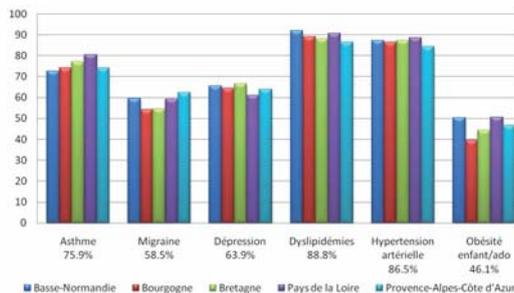


Résultats

L'analyse des opinions a priori des médecins relatives aux RBP fait apparaître trois clusters de MG : 1- La première classe, majoritaire (58,0 % de MG), semblait avoir un niveau d'adhésion élevé aux recommandations sans trop soulever leurs inconvénients ; 2- La seconde classe (32,9 % des MG) adhérait plus modérément aux RBP ; elle est nettement plus critique que la première avec par exemple neuf médecins sur dix considérant que les RBP sont trop nombreuses et que les consulter prend trop de temps ; 3- La troisième classe (9,1 % des MG) adhérait encore plus faiblement aux RBP : la moitié des MG de cette classe ne pense pas que les recommandations présentent les connaissances de façon fiable, pratiquement aucun n'était d'accord avec leur contenu et 60 % n'avaient pas confiance dans la façon dont elles sont établies. Le poids respectif de ces classes différait significativement selon les régions (p=0,045) ainsi que la fréquence d'utilisation des RBP (p=0,037). Quelle que soit la région, plus le niveau d'adhésion aux RBP était élevé, plus les scores de connaissance et d'utilisation étaient importants. Les modélisations probit simples confirmaient ces relations alors que la régression probit bivariée avec sélection d'échantillon ne montrait plus une association qu'entre les profils d'adhésion aux RBP et la connaissance des RBP spécifiques, non leur utilisation.

Graph 1 : Proportion de médecins déclarant connaître les Recommandations de Bonnes Pratiques

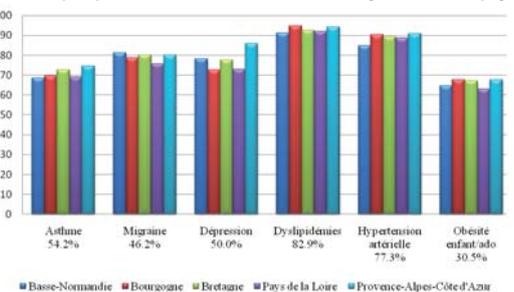
Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, dans cinq régions métropolitaines



La connaissance des RBP relatives à l'obésité de l'enfant et de l'adolescent et, dans une moindre mesure, à l'asthme et variait significativement selon la région (respectivement p=0.035 ; p=0.064). Ceci n'était pas observé pour les 4 autres pathologies.

Graph 2 : Proportion de médecins déclarant utiliser les Recommandations de Bonnes Pratiques

Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, dans cinq régions métropolitaines



Seule l'utilisation de RBP relatives à prise en charge de la dépression variait significativement selon les régions (p=0.001).

Tableau 1 : Profils de médecins selon leur degré d'adhésion vis-à-vis des recommandations de bonnes pratiques (résultats de la Classification Ascendante Hiérarchique)

Pourcentage de médecins en accord	Total Effectif %	Adhésion forte	Adhésion moyenne	Adhésion faible	p
1 Vous pensez qu'elles présentent les connaissances de façon fiable	100,0	58,0	32,9	9,1	
2 Vous êtes fréquemment d'accord avec elles	88,5	98,0	81,7	52,8	<10 ⁻³
3 Vous avez confiance dans la façon dont elles sont établies	90,7	99,6	100,0	0,6	<10 ⁻³
4 Elles sont le plus souvent compatibles avec les préférences des patients	82,0	95,2	70,1	41,6	<10 ⁻³
5 Les appliquer permet d'améliorer les pratiques de prise en charge	32,8	38,5	26,6	18,0	<10 ⁻³
6 Elles sont bien trop nombreuses	89,4	97,8	83,7	56,5	<10 ⁻³
7 Cela prend trop de temps de les consulter	66,1	49,3	91,2	82,6	<10 ⁻³
8 Il est difficile de se les procurer	64,9	50,6	87,9	73,3	<10 ⁻³
9 Leur contenu évolue trop rapidement pour qu'elles soient utilisables	13,8	4,5	27,9	22,4	<10 ⁻³
10 Leur application ne permet pas, à coût constant pour la collectivité, d'améliorer l'efficacité des soins	37,4	17,2	67,5	57,8	<10 ⁻³
11 Elles sont parfois contradictoires	39,0	24,5	58,8	59,6	<10 ⁻³
12 Elles sont le plus souvent bien adaptées à la pratique de médecine générale de ville	46,6	26,8	72,8	77,6	<10 ⁻³
13 Vous privilégiez d'autres sources d'information	67,0	87,4	40,3	34,2	<10 ⁻³
	60,0	47,5	76,6	80,1	<10 ⁻³

p-valeurs calculées à partir des tests d'égalité des proportions sous Intercooled Stata 10.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins généralistes selon leur degré d'adhésion aux RBP^{a,b}

Pourcentage de médecins en accord	Total Effectif %	Adhésion forte	Adhésion moyenne	Adhésion faible	p
Région	100,0	58,0	32,9	9,1	
Basse-Normandie	14,2	15,7	11,3	15,5	
Bourgogne	10,0	9,8	10,7	8,1	
Bretagne	20,9	21,9	19,4	20,5	0,045
Pays de la Loire	23,6	23,2	25,4	19,3	
Provence Alpes Côte d'Azur	31,3	29,4	33,2	36,7	
Sexe masculin	74,5	75,3	75,1	67,1	0,078
Age	51,7	51,1	52,3	52,6	0,002
	(7,6)	(7,8)	(7,3)	(7,4)	
Zone d'exercice : rural	23,3	23,9	23,5	18,0	0,252
Secteur d'exercice : secteur 1	92,6	93,4	92,0	89,4	0,162
Exerce en cabinet de groupe	52,7	55,4	51,7	39,1	0,001
Participation à l'EPP ^c	62,4	63,4	61,3	57,1	0,268
Participation aux FMC d au cours des 12 derniers mois	83,4	83,5	81,7	88,8	0,096
Apport de son concours aux FMC ^d	34,9	35,0	34,8	34,8	0,995
Satisfaction professionnelle	66,5	72,1	60,9	50,9	<10 ⁻³
Temps de travail hebdomadaire global (en H)	55,7	55,5	56,1	55,2	0,568
	(12,4)	(12,4)	(12,6)	(11,8)	
Nombre moyen de guides connus sur les 6 présentés	4,3	4,4	4,2	3,6	<10 ⁻³
	(1,5)	(1,3)	(1,6)	(1,8)	
Nombre moyen de guides utilisés sur les 6 présentés	3,5	3,8	3,3	2,6	<10 ⁻³
	(1,6)	(1,5)	(1,7)	(1,8)	

p-valeurs calculées à partir des tests d'égalité (des proportions ou des moyennes) sous Intercooled STATA 10.

^a RBP : Recommandations de Bonnes Pratiques

^b Le tableau présente les pourcentages ou moyenne avec leur écart-type entre parenthèses

^c EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

^d FMC : Formation Médicale Continue

Tableau 3 : Caractéristiques associées à la connaissance et à l'utilisation des RBP^{a,b}

	Probit simple ^c		Probit bivarié avec sélection d'échantillon ^{c,d}	
	Connaissance N=1759	Utilisation N=1305	Connaissance N=1759	Utilisation N=1305
Attitudes des médecins				
- 'adhésion forte' (ref.)				
- 'adhésion moyenne'	-0,27 (0,07)***	-0,03 (0,08)	-0,27 (0,07)***	0,06 (0,11)
- 'adhésion faible'	-0,62 (0,11)***	-0,38 (0,16)**	-0,62 (0,11)***	-0,09 (0,32)

Modèle ajusté sur la région, la zone et le secteur d'exercice, le sexe, l'âge, le temps de travail hebdomadaire, la participation à la FMC et à l'EPP, ainsi que la satisfaction professionnelle des médecins

^a RBP : Recommandations de Bonnes Pratiques

^b Le tableau présente les coefficients avec leur écart-type entre parenthèses

^c Significatif à 10% (*), à 5% (***) et à 1% (****)

^d Le test du rapport de vraisemblance (p=0,320) dans la présente étude indiquait l'absence de corrélation entre les termes d'erreur entre les deux équations du modèle probit bivarié avec sélection d'échantillon ; mais la question sur l'utilisation des RBP étant conditionnée par celle sur la connaissance, l'emploi de cette modélisation s'imposait.

Discussion/conclusion

Notre étude indique trois profils de MG avec une adhésion décroissante aux RBP et totalisant respectivement 58,0%, 32,9% et 9,1% des participants. La variation, selon les régions, des parts respectives de ces profils et de l'utilisation de RBP spécifiques pourrait s'expliquer, en partie, par des « effets d'école » dans la formation des médecins. Notre étude suggère aussi que lorsque les attitudes générales ou a priori des MG à l'égard des RBP sont négatives elles peuvent faire obstacle à la prise de connaissance de ces RBP et, par contrepartie, à leur utilisation¹³. C'est ce que montre le modèle avec sélection d'échantillon. Pour améliorer l'utilisation des RBP et les bénéfices pour les patients, plusieurs auteurs ont souligné la nécessité d'améliorer les méthodes de développement des RBP et de proposer des interventions pour aider les médecins à les mettre en œuvre^{6,8,14}. Nos résultats suggèrent qu'en complément de ces activités, des programmes d'éducation sont nécessaires pour aider les médecins, dès leur formation initiale, à se familiariser avec la démarche des RBP, notamment en expliquant comment les RBP sont développées, comment les choisir, les utiliser et gérer les éventuelles contradictions avec les préférences des patients^{3,15}.

Références

- Field M, Lohr K. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program, Institute of Medicine. Washington: DC: National Academy Press; 1990.
- HAS, Rapport d'activité de l'ANAES : développer la qualité en santé. (Activity report of the ANAES: developing quality in health). 2003. HAS, p. 28.
- Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, et al. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999;318:527-30.
- Hayward RS, Guyatt GH, Moore KA, et al. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. CMAJ 1997;156:1715-23.
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999;282:158-65.
- Feder G, Eccles M, Grol R, et al. Clinical guidelines: using clinical guidelines. BMJ 1999;318:728-30.
- Grol R, Buchan H. Clinical guidelines: what can we do to increase their use? Med J Aust 2006;185:301-2.
- Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, et al. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. Implement Sci 2009;4:54.
- Mandara J. The typological approach in child and family psychology: a review of theory, methods, and research. Clin Child Fam Psychol Rev 2003;6:129-46.
- Greene W. Econometric analysis. New York: Mac Publishing Company; 1993.
- Griffith AL, Rothstein DS. Can't get there from here: The decision to apply to a selective college. Economics of Education Review 2009;28:620-628.
- Montmarquette C, Mahseredjian S, Houle R. The determinants of university dropouts: a bivariate probability model with sample selection. Economics of Education Review 2001;20:475-484.
- Weisz G, Cambrosio A, Keating P, et al. The emergence of clinical practice guidelines. Milbank Q 2007;85:691-727.
- Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. Med Care 2001;39:46-54.
- Conroy M, Shannon W. Clinical guidelines: their implementation in general practice. Br J Gen Pract 1995;45:371-5.