

Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte- d'Azur

**Bruno Ventelou, Alain Paraponaris, Rémy Sebbah, Marielle Aulagnier, Camelia Protopopescu
, Jean-Claude Gourheux, Pierre Verger**

DANS **REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES 2005/1**, PAGES 127 À 160
ÉDITIONS **DREES MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

ISSN 0035-2985

DOI 10.3917/rfas.051.0127

Date de mise en ligne : 01/03/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-127?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour DREES Ministère de la santé.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Bruno Ventelou, Alain Paraponaris, Rémy Sebbah, Marielle Aulagnier, Camélia Protopopescu, Jean-Claude Gourheux et Pierre Verger*

Quels sont les rôles et les apports du médecin généraliste dans le système de soins français contemporain ? Quelles sont les fonctions qu'il assume, et celles qu'il n'assume pas, faute de temps, de motivations et de formation ? Comment pourrait-on améliorer les pratiques médicales et la prise en charge des missions de service public qui sont de fait, implicitement (nouvelle loi relative à la santé publique) ou explicitement, déléguées au généraliste ?

Un apport essentiel du suivi d'une population par échantillon, tel que le propose le panel¹ de 600 médecins généralistes en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), est de compléter les connaissances objectives – souvent quantitatives – disponibles dans les registres officiels, en l'occurrence pour les médecins les données d'activité disponibles dans le relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP).

L'enrichissement peut consister en l'ajout :

- soit *d'autres données quantitatives ou objectives* : la carrière, la résidence, le revenu du ménage dont le médecin fait partie – qui peut jouer sur ses choix d'activité, par exemple sur sa durée du travail ;
- soit *de données subjectives*, relevant des « représentations » et permettant une compréhension plus fine de certains comportements, qu'ils soient d'ailleurs économiques ou strictement médicaux ;
- soit encore *de données plus détaillées*, portant par exemple sur le contenu précis de consultations (décrites à l'occasion d'une enquête spécifique auprès des médecins du panel).

* Bruno Ventelou : économiste ORS PACA et UMR INSERM 379.

Alain Paraponaris : économiste, maître de conférences à l'université de la Méditerranée, ORS PACA et UMR INSERM 379.

Rémy Sebbah : élu à l'URML PACA.

Marielle Aulagnier : démographe, ORS PACA.

Jean-Claude Gourheux : président de l'URML PACA.

Camélia Protopopescu : statisticienne, ORS PACA.

Pierre Verger : directeur des études à l'ORS PACA et UMR INSERM 379.

¹ Le panel MG PACA est une initiative conjointe URML PACA ORS – PACA INSERM UMR 379 ; il a reçu le soutien financier du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de la région PACA. Remerciements à Aurélie Bocquier (ORS PACA), Jean-Paul Moatti (INSERM 379), Yolande Obadia (ORS PACA).

Parmi les sujets qui occupent les autorités politiques en charge de la régulation des systèmes de santé, une question importante est celle des « motivations » des professions de santé. Le médecin réagit-il « comme en théorie » à un jeu d'incitants économiques, qui déterminerait quasi mécaniquement ses comportements, non seulement économiques¹, mais aussi médicaux, de prise en charge des patients et des pathologies ? Ou bien, peut-on admettre la thèse dite « hippocratique » de comportements uniquement tournés vers les malades et leurs besoins ? La réponse est, bien sûr, quelque part entre ces deux bornes extrêmes, que les littératures d'économie et de médecine auraient pourtant tendance à considérer de façon quasi exclusive. Les comportements ne sont jamais monolithiques, particulièrement dans une profession qui, plus que les autres, ajoute aux déterminations économiques des règles éthiques et un code déontologique susceptibles d'encadrer les comportements les plus excessifs. Cependant une évaluation même partielle et approximative de l'importance des biais économiques dans la prise en charge des malades est un atout pour une bonne définition des institutions et modes de régulation du système de soins. C'est même une nécessité pour qui veut, ensuite, *impulser des changements* en vue d'une amélioration des modalités de prise en charge des populations.

L'ensemble constitué par les différentes vagues de questionnaires auprès de membres du panel permet d'enrichir l'analyse du comportement du médecin. Sont croisées des données relevant de l'activité économique et de l'organisation générale de l'offre de soins (cabinet, réseaux...) avec des données plus fines caractérisant, à l'intérieur des pratiques, les choix de traitement des pathologies (maladie par maladie), les connaissances et attitudes des médecins (les fameuses enquêtes « KAPB »²), éventuellement même la plus ou moins grande proximité personnelle du médecin à l'égard de la maladie. Ce type de « données croisées » permet ainsi – si l'on veut, pour l'instant, s'en tenir à des généralités – de passer d'une conception fermée sur une discipline – l'épidémiologie, la santé publique, l'économie, la théorie de la décision, chacune d'entre elles prise séparément – à un véritable regard interdisciplinaire.

Les questions abordées dans cet article seront donc très diverses :

- *méthodologiques* : représentativité et attrition statistiques caractérisant le panel ;
- *démographiques et socio-économiques* : âge, revenus et conditions de travail des médecins ;
- *médicales* : modalités de prise en charge de certaines pathologies. Une des questions centrales sera de savoir si l'on peut dégager des profils de comportement marqués, permettant une meilleure prévisibilité des pratiques voire une certaine contrôlabilité de celles-ci.

¹ Choix du secteur d'activité, choix du volume d'activité, choix des modes d'exercice en association et en réseau, durée de consultations.

² KAPB : *Knowledge, Attitudes, Behaviors and Practices*.

Enfin, l'ambition d'un tel observatoire serait de constituer *un outil pérenne d'appréhension du métier de médecin généraliste*, puis d'aide à la décision de politique sanitaire ; nous en discutons la faisabilité en guise de conclusion, en revenant également sur les conditions d'extension de l'expérience en dehors de la région PACA que l'on sait éminemment « atypique » du point de vue de l'offre sanitaire.

■ Constitution du panel, un échantillon régional représentatif de la population de médecins généralistes libéraux de la région PACA

Histoire de l'initiative, les motivations au départ et au moment des différentes vagues d'enquête

Le panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (MG-PACA) est né d'une initiative conjointe de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) et de l'Observatoire régional de la santé (ORS) de la région PACA.

L'URML, dans le cadre de ses missions, a considéré qu'il lui était nécessaire de disposer d'un instrument d'observation, mais aussi de dialogue entre « l'autorité » qu'elle représente et ses membres adhérents. L'ORS disposait d'une compétence en matière d'enquête et d'une motivation pour approfondir ses connaissances sur le fonctionnement et le pilotage de la médecine de ville. Les travaux ont également impliqué l'unité mixte de recherche 379 de l'INSERM (UMR-379), dont l'ORS intègre certaines des équipes et qui, en raison de ses ancrages académiques et universitaires, pouvait fournir une aide et des orientations méthodologiques. L'ensemble de ces proximités, géographiques, de compétences et de points de vue sur l'évaluation des besoins, y compris avec les responsables régionaux de l'assurance maladie (URCAM¹), a constitué en PACA un terrain propice à la naissance de l'expérience.

Cinq vagues d'enquête à ce jour

À ce jour, cinq enquêtes ont été menées :

- deux enquêtes traitant de l'activité (volume horaire, actes) ;
- trois enquêtes thématiques traitant de pathologies spécifiques (*cf.* graphique 1).

¹ L'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) au travers du Fonds d'aide de la qualité des soins de ville (FAQSV) a financé une partie de l'effort. Des organisations comme l'Institut national français de recherche médicale (INSERM), la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) ont également soutenu certaines vagues d'enquêtes.

Les thèmes ont été définis :

- soit en réponse à des besoins d’investigation de l’URML, pour une meilleure connaissance de ses adhérents : activité et modes d’exercices particuliers ; prescription en dénomination commune internationale (DCI) ;
- soit en fonction de priorités ressenties par les médecins (obésité, handicap, maladies pour lesquelles les médecins du panel avaient déclaré à la première vague avoir des difficultés de prises en charge et un besoin d’éclairage) ;
- enfin, le thème pouvait apparaître d’autant plus pertinent qu’il venait compléter une enquête déjà réalisée côté patients, offrant ainsi une observation croisée, côté médecins (handicap).

Méthode d’élaboration des questionnaires

Des vues théoriques préalables ont pu guider certaines questions ou enquêtes (enquête activité¹), mais en général les questionnaires des vagues thématiques – prise en charge du handicap, de l’obésité, de la dépression – ont été élaborés de manière relativement neutre, selon la méthodologie KABP développée à l’origine pour analyser, notamment, les comportements des professionnels de santé dans la prise en charge des patients atteints du Sida. L’UMR 379 de l’INSERM a été, avec d’autres équipes et chercheurs, impliquée dans le développement de cette méthodologie (Moatti, 1995 ; Morin, 1995) et l’a largement utilisée ensuite dans d’autres problématiques de santé publique, notamment chez les médecins : soins palliatifs (Peretti-Watel, 2003a ; Peretti-Watel, 2003b), toxicomanie (Moatti, 1998), toxicomanie et substitution (Feroni, Paraponaris *et al.*, 2004), dépistage du VHC (Rotily, 2002).

Dans le cadre du panel, nous avons mis en œuvre cette méthodologie en nous appuyant sur une triple approche afin d’identifier les questions et problèmes posés :

- 1) une revue de la littérature sur les pratiques et opinions des médecins dans chacun des thèmes retenus ;
- 2) des groupes de travail constitués de médecins de l’URML ayant été impliqués dans des groupes de pairs – il s’agit de médecins généralistes qui se réunissent afin de mettre en commun et partager leurs expériences et difficultés dans la prise en charge de telle ou telle maladie ;
- 3) une discussion des questionnaires avec des sociologues et des experts de chacun des champs considérés.

¹ Parmi les facteurs conduisant à l’hétérogénéité des durées et contenus de consultations, outre les effets liés à la patientèle, on peut suspecter un arbitrage prescription (d’examen, de médicaments) / durée (examen clinique).

Graphique 1 : Les différentes enquêtes menées à ce jour sur le panel MG PACA

Date :	Mars-avril 2002	Novembre-décembre 2002	Mai-juin 2003	Novembre-décembre 2003	En cours 2004
Vague :	Activité (1)	Handicap	Obésité	Activité (2)	Dépression
Échantillon (attrition*) :	600	564 (6 %)	545 (9,2 %)	512 (15,7 %)	503
Nombre cumulé de remplaçants :	--	36	55	--	--
Effectif total :	600	600	600	560	542

* Par rapport à l'échantillon initial.

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

Stratégie d'échantillonnage

Le panel s'attache à évaluer l'importance relative des deux facteurs de variabilité des pratiques médicales :

- la variabilité propre aux individus au cours du temps, ou variabilité intra-individuelle ;
- la variabilité entre individus à un moment donné, ou variabilité interindividuelle.

L'échantillon de 600 médecins généralistes libéraux a été constitué à partir de mars 2002, représentant la population des 5 435 médecins tirant au moins partie de leurs revenus de l'exercice libéral de la médecine en région PACA.

Les noms de médecins formant la base de sondage ont été extraits du fichier CEGEDIM (un annuaire de « prescripteurs » tenu par l'industrie pharmaceutique), augmenté des praticiens inscrits à l'URML et/ou identifiés par l'URCAM ; ceci pour inclure *a priori* la plus grande variété possible de médecins généralistes, y compris ceux qui auraient un exercice particulier de la médecine. L'échantillon initial a été obtenu par sondage aléatoire stratifié, les strates étant définies par le sexe, l'âge (moins de 43 ans, 43 à 52 ans, 53 ans et plus, en 2002) et la taille de l'unité urbaine d'exercice du médecin. Les médecins ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement en dehors de la région, ainsi que ceux présentant un mode *exclusif* d'exercice professionnel du type homéopathie, acupuncture, etc., ont été exclus à l'issue de la première étape. Initialement 1 076 médecins ont été contactés, pour former l'échantillon de 600 médecins (taux de sondage : 1/9,06 ; taux de réponse : 55,8 %). Sur les 600, 409 (68 %) se sont engagés formellement par la signature d'une charte à contribuer au panel. Les autres ont contribué sans être signataires de la charte. L'échantillon peut être considéré comme représentatif de la population régionale de référence (*cf.* tableau 1).

Tableau 1 : Structure de l'échantillon en juin 2003 et structure de la population de référence

	Hommes				Femmes				
	Panel	% total	PACA	% total	Panel	% total	PACA	% total	
Moins de 43 ans	Moins de 20 000 habitants	8	1,33 %	68	1,25 %	3	0,50 %	44	0,81 %
	20 000-200 000 habitants	31	5,17 %	258	4,75 %	11	1,83 %	154	2,83 %
	200 000 habitants et plus	74	12,33 %	721	13,27 %	31	5,17 %	427	7,86 %
	<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>18,83 %</i>	<i>1 047</i>	<i>19,26 %</i>	<i>45</i>	<i>7,50 %</i>	<i>625</i>	<i>11,50 %</i>
43 à 52 ans	Moins de 20 000 habitants	19	3,17 %	132	2,43 %	11	1,83 %	39	0,72 %
	20 000-200 000 habitants	59	9,83 %	534	9,83 %	18	3,00 %	122	2,24 %
	200 000 habitants et plus	153	25,50 %	1 400	25,76 %	45	7,50 %	388	7,14 %
	<i>Total</i>	<i>231</i>	<i>38,50 %</i>	<i>2 066</i>	<i>38,01 %</i>	<i>74</i>	<i>12,33 %</i>	<i>549</i>	<i>10,10 %</i>
Plus de 52 ans	Moins de 20 000 habitants	8	1,33 %	64	1,18 %	3	0,50 %	10	0,18 %
	20 000-200 000 habitants	23	3,83 %	239	4,40 %	8	1,33 %	27	0,50 %
	200 000 habitants et plus	77	12,83 %	724	13,32 %	18	3,00 %	84	1,55 %
	<i>Total</i>	<i>108</i>	<i>18,00 %</i>	<i>1 027</i>	<i>18,90 %</i>	<i>29</i>	<i>4,83 %</i>	<i>121</i>	<i>2,23 %</i>
Total		452	75,33 %	4 140	76,17 %	148	24,67 %	1 295	23,83 %

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379. Aux seuils statistiques usuels, la structure de l'échantillon ne peut être considérée significativement différente de la structure de la population en fonction ni du sexe, ni de l'âge, ni de la taille de la commune où le médecin exerce.

Les taux de réponse enregistrés à l'issue du contact initial ont été sensiblement différents d'une strate à l'autre, mais, au terme de la sélection du panel des 600 médecins, on ne peut conclure à l'existence de différences statistiquement significatives en fonction ni du sexe, ni de l'âge, ni de la taille de l'unité urbaine d'exercice ¹.

Le panel dans la durée, gestion de l'attrition

L'échantillon a été reconstitué au fil des enquêtes qui se sont succédé entre mars 2002 et mai 2004, afin de répondre au phénomène d'attrition classiquement observé dans la construction de panels d'individus. Le « taux d'attrition » exprime le rapport entre le nombre de médecins ayant quitté l'échantillon depuis la première enquête et le nombre de médecins dans l'échantillon lors de la première enquête. En juin 2003, date des derniers remplacements, le taux d'attrition apparent était égal à 9,2 % : sur les 600 médecins ayant accepté de participer à la première enquête, 545 faisaient encore partie du panel après la troisième enquête, et les 55 médecins manquants ont été remplacés par des médecins appartenant aux mêmes strates. On peut noter que le taux de participation des médecins est plus important lorsque ceux-ci ont renvoyé leur « charte » signée en mars 2002, signe d'une adhésion plus forte au dispositif mis en place (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Taux de réponse des médecins aux trois premières vagues d'enquête en fonction de la signature de la convention

	n	Taux de réponse aux trois vagues (%)	p
Médecins n'ayant pas renvoyé la convention en mars 2002	151	79,1 %	0,000
Médecins ayant renvoyé la convention en mars 2002	394	96,3 %	
Total	545	90,8 %	

Note : la « p-value » permet de faire un test de significativité de différence de proportions, plus la « p-value » est faible – proche de 0 –, plus il est légitime d'accepter la différence de proportion.

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

Les raisons de l'attrition peuvent être diverses : cessation d'activité pour départ à la retraite, cessation d'activité pour déménagement et réinstallation dans une autre région, lassitude, et/ou interruption des contacts téléphoniques – faute d'autres informations. Les deux premières raisons (inévitables et avouables) comptent pour un tiers des départs des médecins du panel.

¹ Pour information, à l'entrée dans le panel (au premier contact), ce sont les médecins femmes de moins de 43 ans qui ont présenté un taux de réponse global significativement inférieur aux autres strates. On parle ici des taux de réponse globaux ; il peut y avoir des différences significatives de non-réponses sur certains volets spécifiques des questionnaires – voir suite.

Restent deux tiers des départs, une quarantaine de cas, qui relèvent véritablement d'une défaillance des motivations et pourraient remettre en cause la durabilité à long terme du panel. En général, toute stratégie de construction de panel doit se confronter au dilemme suivant : soit prévenir les risques d'attrition en biaisant l'échantillon à l'inclusion (éviter les personnes âgées sur le départ, celles refusant de signer une charte les engageant – au moins moralement – sur la durée, recruter uniquement les médecins pourvus d'un ordinateur et d'une connexion en ligne facilitant les réponses aux questionnaires) ; soit privilégier la représentativité, au risque d'une attrition plus élevée. Dans le cas présent, le choix de la représentativité a été fait. Pour le moment, on peut dire qu'il n'a pas été trop coûteux : 9 % d'attrition restent raisonnables sur les trois premières enquêtes.

Un autre problème méthodologique tient au fait que l'échantillon constitué en 2002 vise une cible elle-même mouvante. Dans la population générale de médecins, certains médecins s'installent, d'autres partent à la retraite, créant une répartition par âge et par sexe qui change avec le temps. Par ailleurs, la répartition territoriale des médecins pourrait varier elle aussi – avec par exemple la mise en œuvre d'une politique de prime à l'installation en zone de sous-densité médicale (peu vraisemblable en PACA comme en attestent les travaux du comité régional de l'Observatoire national des professions de santé – ONDPS). L'entrée de nouveaux médecins dans le panel est donc nécessaire et le choix de la nouvelle entrée n'a pas uniquement à être assigné au remplacement pur et simple des médecins perdus. Cependant, pour suivre la population cible, il faudrait disposer d'une mise à jour régulière des données la décrivant. Les données de registre manquent parfois de réactivité (elles sont mises à jour avec retard par les URCAM). En outre, elles ne tiennent pas compte de la proportion dans laquelle le médecin enregistré s'investit dans un mode d'exercice particulier (MEP), pas plus que de son volume d'activité (plein temps, mi-temps, cessation progressive d'activité...). Les travaux de l'ONDPS seront sans doute utiles à cet égard.

Outre cette attrition générale, il y a évidemment des non-réponses au cas par cas : lorsque par exemple la question est trop personnelle et déplaît au médecin (revenu de son ménage) ou lorsqu'elle apparaît transgresser son interprétation de l'éthique (des renseignements sur les patients). Cette non-réponse non systématique explique que pour certaines études menées l'échantillon de médecins soit réduit à une taille inférieure aux 600 individus représentatifs. Mais, en ce cas, des corrections des non-réponses sont possibles par des méthodes statistiques appropriées. Par exemple, en ce qui concerne les questions portant spécifiquement sur le RIAP (relevé individuel d'activité et de prescription), 485 médecins seulement sur 600 ont bien voulu renseigner ces informations – un document à reprographier, à partir de celui fourni par l'assurance maladie ; ici, une correction des non-réponses a été faite sur la base des informations disponibles sur les non-répondants (correction de biais de non-réponses par une méthode économétrique en deux étapes à la Heckman (1979), *cf.* également Greene (2002)).

■ Caractéristiques des médecins du panel

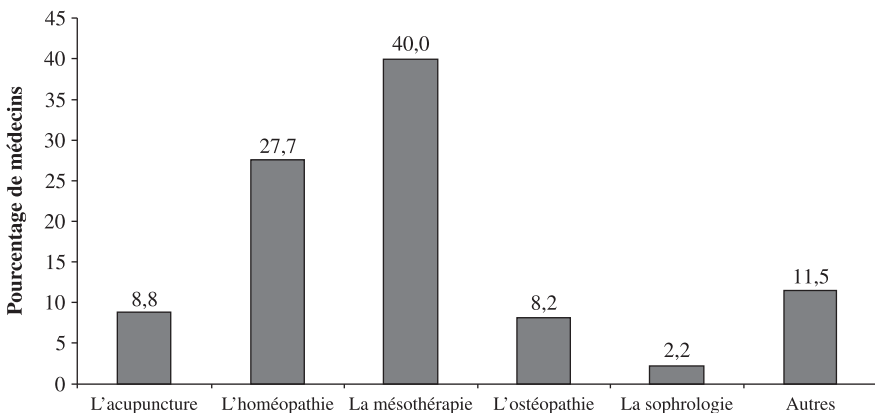
Avant même de s'intéresser à la profession médicale en interaction avec son environnement de patients – ce pour quoi les médecins travaillent et ce qui est l'objectif final des enquêtes –, le panel MG PACA est directement un instrument d'observation de la population enquêtée. Le panel offre donc une meilleure connaissance de la population des médecins elle-même, concernant, bien sûr, les dimensions sociodémographiques classiques, mais aussi leurs caractéristiques sociopsychologiques.

Caractéristiques sociodémographiques, organisation de l'activité

L'âge moyen des médecins généralistes du panel est de 48,6 ans chez les hommes et 47,6 ans chez les femmes (*cf.* tableau 1). Parmi les médecins du panel, 67,3 % travaillent dans des villes de plus de 200 000 habitants et principalement dans l'un des trois départements du littoral : Bouches-du-Rhône (38,8 %), Alpes-Maritimes (23 %) et Var (22,3 %). Pour l'essentiel, ils ont obtenu leur thèse à la faculté de médecine de Marseille (52,7 %) ou de Nice (15 %), à un âge moyen de 28,8 ans. Pour la moitié d'entre eux, la thèse a été soutenue entre 1979 et 1988.

57,5 % des médecins du panel exercent, de façon non exclusive, au moins un mode d'exercice particulier (*cf.* graphique 2). Les modes d'exercice particuliers (MEP) les plus fréquemment déclarés par les médecins du panel sont la mésothérapie et l'homéopathie. Ces observations confirment les chiffres déjà disponibles (52,5 % des médecins généralistes pratiquaient un MEP occasionnel en 1999 selon le baromètre santé CFES).

Graphique 2 : Modes d'exercice particulier (en % du total)



Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

Le plus souvent, les médecins du panel ne se sont installés qu'une seule fois (76 %) et ils sont locataires du lieu d'exercice ; 82 % d'entre eux exercent en secteur 1, avec des différences significatives selon le sexe (87,7 % des femmes contre 80,2 % des hommes) et l'âge (95,2 % des moins de 42 ans contre 75,4 % des plus de 52 ans). 57 % des médecins de l'échantillon exercent en cabinet de groupe. 86 % disposent d'un ordinateur à leur cabinet.

Caractéristiques personnelles, stress, satisfaction au travail

Parmi les médecins généralistes du panel, 23 % ont déclaré en 2002 avoir consommé des antidépresseurs ou des anxiolytiques au cours des douze derniers mois (28,5 % chez les femmes vs 21,1 % chez les hommes, $p = 0,07$). La prévalence de la consommation de psychotropes chez les médecins était en 2002 significativement supérieure à celle de la population générale (Verger, Aulagnier *et al.*, 2004).

Cette surconsommation de psychotropes par rapport à la population générale peut révéler un niveau de stress plus important lié à la profession – outre, bien sûr, la surconsommation qui peut résulter d'une plus grande familiarité et facilité d'accès aux produits. Une régression logistique, contrôlée par l'âge et le sexe, montre que la consommation d'anxiolytique est positivement corrélée (p -value < 0,01) à l'évaluation par les médecins eux-mêmes de leur situation sur une échelle de stress allant de 0 à 5 ; échelle pour laquelle, d'ailleurs, près de deux tiers des médecins ont déclaré un niveau supérieur ou égal à 3. Le manque de temps, les tâches administratives, la charge de travail excessive et les responsabilités importantes constituent les principales causes du stress évoquées par les médecins (*cf.* tableau 3) :

Tableau 3 : Causes de stress déclarées par les médecins (n = 506) (plusieurs réponses possibles)

	Oui (%)
Le manque de temps	80,8
Les tâches administratives	79,8
La charge de travail excessive	72,5
Les responsabilités importantes	71,5
Les demandes des patients	69,0
Le sentiment d'impuissance dans certaines situations	67,4
Les charges financières	55,9
Le manque de coordination avec d'autres acteurs de santé	45,5
Les relations tendues avec les patients	44,3
La nécessité d'une mise à jour continue des connaissances	39,7
Les gardes ou astreintes	38,1
Un conflit entre vie professionnelle et vie familiale	36,2
La remise en cause de l'autorité du médecin	35,4
Une formation initiale inadaptée	24,9

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

■ Choix d'activités

À ce jour, deux vagues ont porté explicitement sur les conditions d'activité des médecins. La première cherchait à documenter les choix et contraintes concernant les conditions de travail des médecins : les horaires hebdomadaires de travail, les modes et lieux d'exercice, les locaux, l'organisation en réseau, etc. Ces données de base pouvaient être rapportées à des renseignements complémentaires portant sur la satisfaction au travail, l'accès à l'information médicale, l'équipement, les formations continues et les diplômes. La seconde vague d'enquête est intervenue un an après, fin 2003, reposant des questions sensiblement identiques touchant à l'activité, mais cherchant également à mieux connaître les comportements de prescription et l'organisation du travail (durée des consultations).

Volume d'activité, intensité, course contre le temps

Des premiers traitements des questionnaires, il ressort un véritable portrait économique du médecin généraliste (*cf.* tableau 4).

En général, on peut dire que les médecins travaillent beaucoup. Le temps de travail hebdomadaire déclaré (temps de garde inclus) par les médecins du panel est de 54 heures en moyenne, un chiffre légèrement supérieur à la durée calculée sur la base des enregistrements administratifs de l'activité des médecins (les RIAP de l'assurance maladie). Ces données déclaratives ont un inconvénient, elles sont quelque peu subjectives, mais aussi un intérêt : celui d'informer sur les durées de travail *totales*, y compris « hors exercice médical proprement dit », avec par exemple le travail administratif, les temps morts entre patients, les temps de lecture et de recherche d'information, l'autoformation, etc. Le médecin « homme » travaille plus que le médecin « femme », et ce, tout au long du cycle de vie professionnelle (*cf.* graphique 3) : 56,4 % des hommes déclarent travailler plus de 59 heures par semaine contre seulement 19,2 % des femmes. Le travail en cabinet (groupé) et le travail aidé d'une secrétaire sont des éléments permettant d'enchaîner des consultations plus nombreuses (+15 à 20 %), pour une charge hebdomadaire de travail de très peu supérieure (1 à 4 %).

Tableau 4 : L'activité des médecins, selon quelques caractéristiques personnelles ($n = 448^*$)

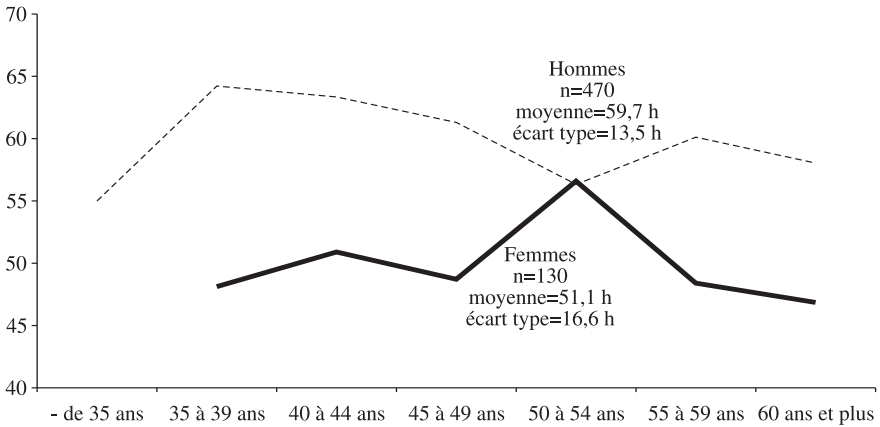
	Durée hebdomadaire de travail (heures)	Nombre d'actes	Prescription par acte	Observations
Sexe				
Hommes	56,23	96,73	59,07	354
Femmes	45,51**	64,77**	58,47	94
Statut marital				
Vivant seul	49,95	70,05	57,80	87
En couple	54,95**	94,83**	59,22	361
Enfant				
Non	52,93	84,79	59,13	176
Oui	54,66	93,41*	58,82	272
Secteur d'exercice				
Secteur 2	52,52	78,93	60,02	72
Secteur 1	54,26	92,15**	58,73	376
Secrétaire, réception d'appel				
Non	52,50	82,17	56,69	220
Oui	55,41*	97,59**	61,11*	228
Cabinet de groupe				
Non	54,15	84,02	56,88	193
Oui	53,85	94,56**	60,50+	255
Participation à un réseau				
Non	54,32	90,95	59,53	316
Oui	53,17	87,80	57,52	132
Consultation de référentiels et guides de « bonne pratique »				
Non	55,22	92,11	57,25	129
Oui	53,48	89,17	59,62	319
Ordinateur au cabinet				
Non	54,61	88,62	65,14	56
Oui	53,89	90,22	58,05*	392
Propriétaire des locaux d'exercice				
Non	54,05	89,57	58,31	303
Oui	53,83	90,96	60,26	145
Région rurale				
Non	53,72	90,46	58,53	412
Oui	56,93	85,00	63,66+	36

+ significatif à 10 % ; * significatif à 5 % ; ** significatif à 1 % (test bilatéral).

* La taille de l'échantillon est réduite, en raison de non-réponses.

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

Graphique 3 : Durée hebdomadaire de travail déclarée selon le sexe et l'âge



p-value associée au test d'égalité des durées moyennes selon le sexe < 0,001 (sous l'hypothèse d'inégalité des variances).

En moyenne, les médecins prennent quatre semaines et demie de vacances par an. Une majorité des médecins interrogés (73 %) souhaiterait pouvoir réduire son temps de travail de quinze heures par semaine – toujours en moyenne. En général, les médecins généralistes se déclarent surchargés, cet aspect apparaissant soit dans le questionnaire « activité » proprement dit (souhait de réduire), soit dans les questionnaires thématiques où le temps de travail était abordé dans l'un des items de la question « obstacles à la prise en charge de la pathologie ».

Les revenus

Les revenus nets annuels moyens du ménage déclarés par les médecins du panel sont de 66 130 euros (*cf.* tableau 5).

Tableau 5 : Revenu net annuel moyen déclaré du ménage du médecin généraliste en 2002

	N	Revenus nets annuels moyens en euros	Écart type	T_test
Ensemble des médecins	566	66 130	29364	
Sexe				
Hommes	443	68 222	28 106	
Femmes	123	58 592	32 530	0,001
Secteur d'exercice				
Secteur 1	389	67 148	28 358	
Autres	121	62 610	29 602	0,13
Cabinet de groupe				
Oui	272	68 397	26 411	
Non	220	62 553	30 569	0,02

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

Le questionnaire ne demandait pas au médecin de déclarer les revenus nets liés à sa propre activité. Néanmoins la question « Quelle est la part des revenus de votre activité médicale dans le revenu total de votre ménage » permettait de reconstruire celui-ci (*cf.* tableau 5 *bis* ¹).

Tableau 5 *bis* : **Revenu net annuel moyen lié à l'activité médicale du médecin généraliste (hors charges professionnelles)**

	N	Revenus nets annuels moyens en euros	Écart type	T_test
Ensemble des médecins	382	49 892	23 265	
Sexe				
Hommes	299	53 616	22 771	
Femmes	83	36 479	19 943	0,000
Secteur d'exercice				
Secteur 1	321	50 191	23 372	
Autres	61	48 321	22 813	0,560
Cabinet de groupe				
Oui	210	52 160	22 579	
Non	172	47 124	23 850	0,035

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

Les hommes déclarent un revenu net annuel moyen significativement supérieur à celui des femmes. Outre cette donnée sur le revenu moyen et sa dispersion – que l'on note forte –, il ressort que l'activité médicale du médecin représente en moyenne 78 % des revenus du ménage (81,3 % lorsque le médecin est de sexe masculin ; 68 % lorsqu'il est de sexe féminin). Une étude de la DREES (Audric, 2001) situait le revenu d'activité libérale des médecins généralistes autour de 50 000 euros net pour l'année 2000 en moyenne avec un « taux de charges » de 45 % ². Dans le panel MG PACA, les charges professionnelles correspondent en moyenne d'après les médecins à 46,4 % des revenus de l'activité, ce qui est très concordant. L'URML d'Ile-de-France dans une étude réalisée en 1999 sur son territoire confirme ces chiffres, également sur des données des caisses d'assurance maladie ³.

¹ Du tableau 5 au tableau 5 *bis*, la taille de l'échantillon est différente. La première question (tableau 5) a été posée à plusieurs reprises aux médecins du panel, ce qui permet en agrégeant les différentes vagues d'enquêtes de reconstituer l'information sur la quasi-totalité des médecins du panel. En revanche, la seconde question – peut-être également plus inquisitrice – n'a été posée qu'une seule fois.

² France entière, données de déclarations aux caisses d'assurance maladie croisées avec des données de déclaration fiscale. À noter que le panel PACA présente sans doute un léger biais de sous-déclaration du revenu par rapport à ces données fiscales, puisque nous trouvons une moyenne similaire alors que le champ est plus grand : revenu d'activité libérale d'un côté, revenu d'activité médicale totale de l'autre (y compris vacances et gardes).

³ <http://www.urml-idf.org>

L'apport de notre propre enquête est de compléter (et parfois de corrélérer) ces données économiques avec des renseignements fins sur les pratiques médicales et leur variabilité.

On note que si l'exercice en groupe a bien un impact statistique positif sur le niveau de revenu, le secteur d'exercice, contrairement à une idée reçue, ne semble pas beaucoup compter dans le différentiel de revenus. Le passage en secteur 2 et les dépassements d'honoraire qu'il autorise, sont donc vraisemblablement compensés par une réduction d'activité : moins de patients et/ou des consultations plus longues (voir *infra*) ; ce résultat semble confirmé par les portraits types de médecins présentés plus loin, autant que par une étude économétrique *ad hoc* dans laquelle nous ne trouvons pas de corrélation entre les revenus et le « secteur d'exercice », une fois que la variable « revenu » a été contrôlée par l'âge, le sexe et quelques grandes caractéristiques de la patientèle.

Prescription, DCI, bonnes pratiques, réseaux, information et autoformation

Le tableau 6 donne les caractéristiques des médecins du panel en lien avec leur propension à prescrire en DCI (dénomination commune internationale). Mais les fréquences marginales peuvent aussi informer le lecteur sur les caractéristiques et pratiques de l'ensemble des médecins de l'échantillon (dernière colonne, « total »).

Comme on l'a vu, le manque de temps, la surcharge de travail, le stress sont caractéristiques de beaucoup de médecins du panel ; et ces caractéristiques ont des conséquences sur les pratiques d'exercice de la médecine générale : 81,8 % ne pratiquent pas ou peu la prescription en DCI (entre 0 et 25 % de prescription), *signe d'une faible adhésion* à cet élément – pourtant important – de la politique publique du médicament ; 29 % avouent ne pas consulter les guides de bonnes pratiques. Sur les 70 % qui consultent les guides, cette part est significativement plus élevée chez les plus jeunes médecins (79 % des médecins âgés de moins de 42 ans utilisent des référentiels), chez les médecins déclarant travailler avec d'autres professionnels de santé (72,4 % contre 58,2 %), ou encore chez ceux participant à des réseaux de soins (82,6 % contre 65,5 %).

Parmi les médecins du panel, 31 % ont déclaré participer à un ou plusieurs réseaux de soins ou d'information. Mais seuls 17 % participent à un réseau officiellement reconnu. Cette surdéclaration est sans doute à analyser : elle montre l'importance qu'a, aux yeux des généralistes, le travail en réseau (c'est une valeur dont on peut, on doit, se prévaloir). Peut-être aussi, y a-t-il un trop grand flou dans la définition du « réseau de soins », qui laisse la place à des interprétations erronées de la question posée. En tout état de cause, la conception que les médecins ont des réseaux ne coïncide pas exactement avec la définition que les régulateurs et les financeurs du système de santé en donnent.

Tableau 6 : Part de prescriptions en DCI dans le mois précédant l'enquête en fonction des caractéristiques des médecins

	Part de prescriptions en DCI dans le mois précédant l'enquête (%)			p	Total N (%)
	0	≤ 25	> 25		
	n (%)	n (%)	n (%)		
	78 (13,2)	406 (68,6)	108 (18,2)		592 N (%)
Âge					
≤ 50 ans	38 (48,7)	216 (53,2)	64 (59,3)	0,15	318 (53,7)
> 50 ans	40 (51,3)	190 (46,8)	44 (40,7)		274 (46,3)
Sexe					
Femme	22 (28,2)	99 (24,4)	20 (18,5)	0,11	141 (23,8)
Homme	56 (71,8)	307 (75,6)	88 (81,5)		451 (76,2)
Secteur d'exercice					
Secteur 1	54 (69,2)	338 (83,3)	96 (88,9)	0,001	488 (82,4)
Secteur 2	24 (30,8)	68 (16,7)	12 (11,1)		104 (17,6)
Consulte des référentiels ou des guides de bonne pratique					
Rarement ou jamais	28 (36,4)	119 (29,4)	23 (21,3)	0,02	170 (28,8)
Oui	49 (63,6)	286 (70,6)	85 (78,7)		420 (71,2)
Nombre de sessions de formation médicale continue au cours de l'année écoulée					
≤ 5	30 (39,0)	169 (41,6)	54 (50,0)	0,11	253 (42,8)
> 5	47 (61,0)	237 (58,4)	54 (50,0)		338 (57,2)
Nombre de visiteurs médicaux reçus par semaine					
≤ 10	60 (76,9)	301 (74,1)	95 (88,0)	0,04	456 (77,0)
> 10	18 (23,1)	105 (25,9)	13 (12,0)		136 (23,0)
Abonné à des revues médicales payantes					
Oui	26 (36,1)	179 (45,4)	52 (50,5)	0,07	257 (45,2)
Non	46 (63,9)	215 (54,6)	51 (49,5)		312 (54,8)
Dispose d'un ordinateur					
Oui	63 (80,8)	340 (88,2)	84 (87,3)	0,27	504 (87,0)
Non	15 (19,2)	47 (11,8)	13 (12,7)		75 (13,0)
Nombre d'heures de travail par semaine					
≤ 55 heures	46 (59,0)	216 (53,2)	47 (43,5)	0,03	309 (52,2)
> 55 heures	32 (41,0)	190 (46,8)	61 (56,5)		283 (47,8)

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379. On peut également consulter : Verger, Gourheux *et al.*, 2003 ; Paraponaris, Verger *et al.*, 2004.

Le tableau peut se lire dans ses marges : sur les 592 médecins, 318 – soit 53,7 % – ont moins de 50 ans (colonne « total », à droite). Mais il peut aussi se lire en *différenciant les médecins par leur propension à prescrire en DCI* : par exemple, sur les 108 médecins prescrivant à plus de 25 % en DCI, 64 – soit 59,3 % – avaient moins de 50 ans (les cases des trois colonnes de prescription en DCI).

Sur le plan de la formation et de l'autoformation, environ 45 % des médecins du panel sont abonnés à une revue payante. Le volume horaire moyen de formation déclaré par les médecins est de plus de 45 heures dans l'année, avec cependant une très forte hétérogénéité interindividuelle : par exemple, 42 % des médecins participent à moins de cinq sessions de formation médicale continue par an, contre en moyenne onze sessions pour l'ensemble.

C'est sur ces critères de l'accès à l'information, de la formation continue et de l'autoformation que peut se dessiner, si l'on veut, une sorte de portrait type des médecins généralistes de la région PACA.

Portraits types des médecins généralistes du panel (ACM)

L'objectif poursuivi ici est de faire émerger un regroupement des variables caractérisant la pratique des médecins généralistes du panel, sur la base des liens statistiques existants entre ces variables (analyse des correspondances multiples – ACM (Lebart, 1995)). Les variables qui, sur les plans factoriels, ont la coordonnée la plus distante de l'origine, sont les plus significatives pour une caractérisation des axes et – donc – pour l'interprétation des liens entre comportements (la liste des variables actives et passives de l'ACM et les plans d'interprétation sont fournis en annexe).

Facteur 1 : « Médecine intensive, tributaire des laboratoires pharmaceutiques »

Les modalités actives qui caractérisent le premier axe (partie positive du graphique 1 en annexe) sont ¹ : une durée de consultation plutôt courte, les deux modalités – très liées – sur l'exercice en cabinet de groupe et le fait de disposer d'un secrétariat, des revenus importants, les modalités indiquant la proximité de l'industrie pharmaceutique (participe à des essais thérapeutiques de ville et reçoit plus de sept visiteurs médicaux par semaine), ainsi que la participation fréquente à des formations (à l'initiative des laboratoires pharmaceutiques, en général), travail dans des institutions ou maisons de retraite, durée du travail de plus de 53 heures en libéral par semaine et montants importants de prescription par acte.

Les modalités « femme » et « ne vit pas en couple » se projettent du côté négatif du premier axe, signe d'une opposition statistique à ce modèle de comportement. Toutes ces modalités sont relativement distantes de l'origine dans le graphique 1 (premier plan factoriel). Ce premier facteur apparaît « par contraste » des variables ressortissant du second facteur, où l'on constaterait à l'inverse un certain volontarisme dans la prise de distance à l'égard de l'industrie pharmaceutique.

¹ Les variables sont classées par ordre d'intérêt décroissant selon le critère des valeurs tests (Morineau, 1984).

Facteur 2 : « Médecine intensive, volontairement distante des laboratoires »

Le deuxième axe est caractérisé, du côté positif, par les médecins qui assurent des gardes, travaillent beaucoup (plus de 53 heures en libéral par semaine), travaillent dans des institutions ou maisons de retraite, ont des revenus importants issus de l'activité médicale, sont abonnés à des revues médicales, reçoivent peu de visiteurs médicaux, exercent dans le secteur 1, font partie des réseaux de soins et consultent souvent des référentiels. La durée de consultation (faible ou forte) n'est pas statistiquement associée à cet axe, pas plus que des montants élevés de prescription. Cette démarche active de recherche d'information et de formation nous paraît caractériser une prise de distance « délibérée » à l'égard de l'industrie pharmaceutique, comparée à la solution plus passive consistant à bénéficier de l'information fournie par les visiteurs médicaux ; c'est la raison de notre intitulé.

Parmi les modalités « passives », « jeune » (moins de 43 ans) et « vit en couple » se projettent du même côté positif de l'axe, signe d'un lien statistique entre les deux modalités.

Les deux facteurs suivants sont plus difficiles à interpréter, sachant qu'ils sont aussi construits par opposition aux deux premiers (graphique 2 de l'annexe).

Facteur 3 : « Médecine peu intensive, isolée mais dépendante »

Les modalités qui contribuent à la formation du troisième axe sont : ne pas disposer d'un secrétariat, ne pas faire partie d'un cabinet de groupe, ne pas être abonné à des revues médicales, ne pas consulter (souvent) des référentiels ou des guides de bonne pratique, exercer en secteur 1, recevoir beaucoup de visiteurs médicaux, participer à des essais thérapeutiques de ville, ne pas avoir un mode d'exercice particulier, effectuer des gardes et ne pas faire partie d'un réseau de soins. Contrairement au modèle de comportement vu au facteur 2, la dépendance en matière d'information à l'égard des laboratoires semble importante. Statistiquement, les médecins plus âgés sont prévalents dans ce regroupement.

Facteur 4 : « Médecine plus qualitative ? »

Le quatrième axe (graphique 2) se caractérise par les modalités suivantes : un exercice en secteur 2, des durées de consultation plutôt longues, un mode d'exercice particulier de la médecine, participation à des essais thérapeutiques, ne pas faire partie d'un cabinet de groupe, travailler dans des institutions ou des maisons de retraite, et des montants de prescription importants par acte. Cet axe nous paraît caractériser une médecine qui « prend le temps » ; et il semblerait bien que, pour une part statistiquement représentative des médecins du panel, l'exercice en secteur 2 soit réellement l'occasion

de pratiquer une médecine plus « qualitative que quantitative ». Mais des informations complémentaires sur les caractéristiques de la patientèle seraient cependant nécessaires pour arrêter cette impression ; on peut, en effet, soupçonner un biais de recrutement de patients âgés, facteur caché de ces proximités apparentes entre variables.

Un travail plus poussé serait nécessaire pour consolider ces « comportements types », sans doute grossiers ¹ et pas forcément valables pour tous les patients et toutes les prises en charges de maladies. Il faudrait notamment, en s'appuyant sur une économétrie raisonnée ², révéler *toute chose égale par ailleurs* le jeu de motivations professionnelles, médico-sociales, économiques ou éthiques, qui conduisent les médecins au choix concret de telles ou telles pratiques. Un travail est en cours pour établir à partir des mêmes données une typologie des médecins généralistes par une classification hiérarchique ascendante (CHA). Celle-ci pourrait confirmer par une « vraie typologie », portant explicitement sur les individus, les relations trouvées pour le moment entre variables.

■ Prise en charge de certaines pathologies

Au-delà des caractéristiques internes liées aux médecins et à leurs éventuels « calculs » économiques, certains facteurs expliquant l'hétérogénéité des pratiques sont à trouver, aussi, du côté des malades (leur détresse, leur isolement, leur contexte social), et, bien sûr, du côté des pathologies rencontrées (type et gravité). De ce point de vue, il est utile d'aller repérer non plus les comportements *en général*, mais les pratiques plus fines de prise en charge maladie par maladie. Les préoccupations de santé publique sont ici prédominantes : évaluer et définir les bonnes pratiques. Mais ce regard affiné peut également permettre d'isoler, dans la variabilité observée des pratiques, les effets liés exclusivement aux différentiels de morbidité caractérisant un bassin d'exercice (des maladies différentes), pour ne garder que la variabilité liée, à nouveau, aux caractéristiques des médecins, aux caractéristiques des patients ou encore aux interactions entre les deux. Pour ce faire, trois précautions ont été prises en analysant les différences de prises en charges :

– des variables socio-économiques caractéristiques du bassin d'exercice ont généralement été introduites pour compléter les analyses « toutes

¹ Les femmes prescrivent peu en DCI et/mais sont plutôt jeunes et travaillent moins. Elles échappent en partie aux modèles types qui viennent d'être décrits. La contrainte de temps disponible semblerait du coup dominer : ce qui compte c'est moins le temps total passé au cabinet que la pression ressentie face au temps disponible.

² Par « raisonnée », on entend ici une économétrie pas nécessairement orientée vers les seuls déterminants économiques et utilisant des modèles qualitatifs.

choses égales par ailleurs » (économétrie contrôlée avec tests de significativité des variables) ;

- les techniques du « questionnaire dernier patient », où l'on demande au médecin une description sommaire de la dernière consultation pertinente, et celle, prospective, des « questionnaires consultations », où on lui a demandé un recueil longitudinal des différentes consultations suivies (thème dépression), ont permis d'enregistrer quelques renseignements complémentaires sur les patients atteints par la pathologie étudiée ;

- enfin, dans l'enquête « dépression », un second questionnaire est proposé aux patients par les médecins, les invitant à renseigner quelques variables les décrivant. Le recueil d'information est cette fois réalisé par le patient lui-même. Cette technique de collecte est plus lourde (plus coûteuse), plus hasardeuse (les taux de réponse sont faibles), et elle introduit un risque de biais importants, notamment parce que le médecin « sélectionne » son patient (sans d'ailleurs qu'il soit réellement possible de dire quel est le sens des biais).

Trois grands problèmes de santé publique sont ou ont été observés : le handicap, l'obésité et la dépression. La prise en charge de ces trois pathologies peut être décrite dans une structure commune : rôle perçu, attitude et opinions à l'égard de la maladie, obstacles à la prise en charge ; et besoins à satisfaire prioritairement pour améliorer les pratiques. Cette structure en trois points permet de fournir quelques exemples des résultats obtenus lors des vagues d'enquêtes thématiques.

Rôle perçu, attitude et opinions à l'égard de la maladie

Parmi les enrichissements possibles autorisés par le panel, les dimensions « satisfaction professionnelle » et « sentiment d'efficacité » dans la prise en charge de certaines populations ou pathologies sont des thèmes particulièrement intéressants pour qui veut, à la fois, identifier les *bonnes* pratiques (données probantes), et, s'assurer de la réceptivité des médecins à des messages de santé publique visant à modifier les pratiques inadéquates.

Le sentiment d'efficacité des médecins dans la prise en charge des maladies a été étudié dans le cas de l'obésité et dans celui de la dépression majeure (cf. tableau 7). Bien qu'apparemment très différents, ces deux problèmes de santé publique ont en commun la nécessité d'une adhésion et d'une observance des patients sur le moyen et long terme. Dans le premier cas (obésité), la majorité des médecins ne se percevait pas efficace dans la prise en charge (57,4 et 66 % pour l'adulte et l'enfant respectivement) ; alors que dans le second cas (dépression), la majorité des médecins se percevait efficace (78,4 %).

Tableau 7 : Satisfaction professionnelle – Sentiments d'efficacité – Formation

La prise en charge de ces patients m'apporte une satisfaction professionnelle	Patients en surpoids ou obésité	Patient présentant un épisode de dépression majeure
Pas du tout d'accord	7,6	5,8
Plutôt pas d'accord	23,8	23,4
Plutôt d'accord	48,4	55,5
Tout à fait d'accord	20,2	15,3
	100,0	100,0
Je me sens efficace dans la prise en charge...	des adultes en surpoids ou obèses	de l'état dépressif majeur
D'accord et tout à fait d'accord	42,6 %	78,4 %
Je me sens professionnellement bien préparé à la prise en charge	des adultes en surpoids ou obèses	de l'état dépressif majeur
D'accord et tout à fait d'accord	67,6 %	75,7 %

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

Deux « schèmes » de perception des maladies semblent ainsi se dégager, dans la comparaison de ces réponses :

– celui de la dépression dont la prise en charge en médecine générale de ville s'appuie principalement sur *une prescription médicamenteuse* et pour lequel les médecins développent *un fort sentiment d'efficacité* ; les nouveaux antidépresseurs (ISRS) utilisés dans le traitement de l'épisode dépressif majeur étant beaucoup mieux tolérés que les précédents antidépresseurs, ils sont majoritairement prescrits en médecine générale de ville (71,8 % – CNAMTS 2002) ; ce sentiment d'efficacité peut cependant être contredit par la réalité de la pratique en médecine de ville, dont les nombreuses inadéquations par rapport aux recommandations sont connues (Bouvenot 1998) ;

– le « schème de l'obésité », dont la prise en charge passe par *une action principalement éducative* et pour lequel les médecins se sentent *plutôt inefficaces*, semble traduire une certaine réserve des médecins à s'engager pleinement sur ce type d'action de prévention ; ce sentiment peut aussi, il est vrai, refléter les difficultés ressenties par les médecins à induire un changement de comportement chez le patient ; l'un et l'autre s'entretenant, au bout du compte. Quoi qu'il en soit, même si les médecins d'après leurs déclarations se sentent majoritairement bien préparés (*cf.* tableau 7), les médecins ne sont guère formés à la méthodologie de la conduite d'action d'éducation auprès de leurs patients. Et *in fine* l'obésité apparaît comme un problème de santé publique mal pris en charge par les généralistes, d'après les généralistes eux-mêmes.

Ces résultats sont intéressants à double titre : d'une part, ils donnent des éléments concrets sur les contenus de formation et d'information à délivrer aux médecins pour améliorer la prise en charge des patients ; d'autre part, ils fournissent une indication indirecte, *a priori* plutôt décevante, sur la faisabilité d'une implication des médecins généralistes dans une politique de santé publique qui mettrait la priorité sur la prévention et notamment l'éducation à la santé.

Obstacles à la prise en charge

Les médecins rencontrent des problèmes différents selon la pathologie prise en charge (cf. tableau 8) ; comme on l'a déjà évoqué, ces obstacles peuvent être liés aux patients, à la nature du système de soins ou à leurs propres attitudes, comportements et pratiques. Dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité, les obstacles les plus fréquents déclarés par les médecins sont le manque de motivation des patients et le manque de soutien de leur entourage, suivis du manque de temps et de l'absence de tarification spéciale pour les consultations de longue durée. Les obstacles ressentis dans la prise en charge du patient présentant un état dépressif sont en premier lieu liés au patient lui-même : manque de soutien, refus du patient d'aborder ces problèmes, de consulter un psychologue ou un psychiatre. Les difficultés rencontrées dans la prise en charge du handicap seraient davantage liées au système de soins et aux pratiques de ville : manque de temps, manque de coordination entre professionnels et besoins d'informations ; ceci toujours d'après les réponses des médecins.

Cependant, les enquêtes réalisées révèlent aussi que les obstacles à la prise en charge peuvent être liés aux médecins eux-mêmes, soit en raison de leur pratique soit du fait de leur opinion. Dans la prise en charge de l'obésité, la majorité des médecins (64 %) fixe à leurs patients des objectifs de perte de poids trop sévères, par rapport aux recommandations : il a été clairement montré que ceci était contre-productif car décourageant pour les patients. Dans la prise en charge des personnes handicapées, une proportion non négligeable de médecins se déclare mal à l'aise ; nos résultats révèlent que ce sentiment de malaise est associé à des pratiques inadéquates : moindre évaluation du niveau de dépendance des patients et, chez les patientes handicapées, pratiques de prévention moins fréquentes (dépistage du cancer du sein (Vergier, 2004)).

Tableau 8 : **Obstacles rencontrés*** par les médecins selon la pathologie prise en charge

Obstacles	Prise en charge du handicap N = 600	Prise en charge des problèmes de poids chez l'adulte N = 600	Prise en charge de l'état dépressif majeur N = 542
Liés aux patients			
Manque de motivation des patients		60,0	
Manque de soutien de leur entourage		56,7	46,1
Refus du patient de consulter un « psy »			60,2
Absence de détresse psychologique exprimée par le patient			15,6
Problème d'observance au traitement			30,1
Refus du patient de parler de ces problèmes		19,5	39,8
Connaissances des patients		39,2	
Sentiment de malaise (handicap mental)	21,6		
Liés à la nature du système de soins			
Absence de remboursement des consultations de diététicienne		51,1	
Manque de coordination entre professionnels	48,7		44,2
Liés aux médecins			
Manque de temps	50,2	53,3	
Manque de confiance (besoins d'informations, absence de stratégie claire de traitement...)	62,8	12,5	20,2
Crainte d'aborder les problèmes en l'absence de demande du patient		8,8	7,1
Manque de communication patient/MG	20,7		
Difficultés à distinguer la détresse psychologique			14,6

* Obstacles rencontrés « souvent » à « presque toujours ».

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

Besoins à satisfaire prioritairement pour améliorer les pratiques

Un des éléments frappants, quel que soit le problème de santé publique abordé, est le fait que les médecins sont majoritairement en demande de formations complémentaires, la formation initiale se révélant insuffisante, ou inadaptée, et la formation continue ne semblant pas couvrir tous les besoins. Les domaines sur lesquels les médecins demandent à être formés varient selon les thématiques. On peut d'abord faire le constat assez net d'un manque de formation et d'un désir général de formation quelles que

soient les pathologies (cf. tableau 9) puis, par pathologie, relever l'ordre de priorité des besoins de formation exprimés par les médecins généralistes (cf. tableau 9 bis). Le tableau 9 ter décrit pour les trois enquêtes thématiques, les principales sources d'information utilisées. On constate que « l'expérience auprès des patients » apparaît soit en première position, soit en deuxième ou troisième position ; ce qui pourrait caractériser un exercice trop solitaire de la médecine, avec un risque d'enfermement sur des pratiques inadéquates.

Tableau 9 : Formations des médecins généralistes selon les domaines

Domaine de formation	n	MG souhaitant une formation (%)	MG ayant reçu une formation (%)
Handicap	600	66,2	16,6
Obésité	600	-	54,1
Dépression	542	70,6	67,1

Tableau 9 bis : Domaines de formation prioritaires souhaités par les médecins selon la pathologie prise en charge, parmi les médecins souhaitant une formation

	Pourcentage
Prise en charge du handicap*	(n = 397)
Prise en charge de pathologies spécifiques	48,4
Prévention des handicaps	33,5
Certificats médicaux	43,1
Les droits sociaux des personnes handicapées	74,8
Les institutions médico-sociales	68,8
Prise en charge de l'obésité*	(n = 472)
La prescription diététique	50,6
La prescription d'activité physique	1,3
La prise en charge psychologique	10,3
La thérapie comportementale	30,3
Les traitements médicamenteux	5,7
La chirurgie de l'obésité	1,7
Prise en charge de l'EDM*	(n = 379)
Le diagnostic des troubles psychologiques	25,1
Les traitements médicamenteux	11,3
La psychothérapie	60,2
Autres	3,4

* Taille de l'échantillon : seulement les médecins ayant exprimé un besoin de formation. Pour les formations sur le handicap plusieurs réponses pouvaient être apportées alors que pour l'obésité et l'EDM une seule réponse était demandée.

Tableau 9 *ter* : Principales sources d'informations selon la pathologie prise en charge

Sources	Prise en charge du handicap	Prise en charge des problèmes de poids chez l'adulte	Prise en charge de l'état dépressif majeur
	% (n = 600)	% (n = 600)	% (n = 542)
Revue médicale	35,2	50,1	17,8
Enseignements universitaires et/ou formation continue	11,0	25,2	31,1
Expérience avec les patients	47,2	10,4	23,6
Contacts avec d'autres professionnels (spécialistes, associations, services spécialisés...)	3,9	8,1	12,9
Guide de bonne pratique	-	0,3	11,5
Autres (média, presse...)	2,6	5,9	3,0

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

Ce besoin de formation est à mettre en parallèle avec les résultats de l'ACM, présentée plus haut, où l'on pouvait percevoir une (très/trop...) grande dépendance de certains médecins à l'égard de la seule information diffusée par les laboratoires pharmaceutiques. Il appelle sans doute une intervention étatique visant à proposer plus largement de l'information et des formations d'origine publique.

■ Discussion et perspectives

Le panel est un moyen d'observation des pratiques des médecins généralistes libéraux, en coupe instantanée et dans leurs dynamiques. La pérennisation d'un observatoire des pratiques des médecins de « première ligne »¹ serait en soi un objectif de santé publique pour mieux connaître le métier et pour mieux le voir évoluer. Ces deux premières années de fonctionnement en région PACA ont permis de tester la viabilité du panel et montré l'intérêt de celui-ci par rapport aux autres sources de données existantes : l'apport d'informations économiques, d'informations professionnelles (formations, etc.) ou d'informations subjectives concernant le médecin permet de mieux comprendre les déterminants des pratiques, les écarts à la norme, et les « conditions d'adhésion » aux changements considérés comme les plus nécessaires par l'autorité politique. C'est cependant dans la durée que la

¹ Depuis que la réforme de l'assurance maladie (juillet 2004) autorise les médecins spécialistes à devenir « médecin traitant », cette terminologie est préférable.

nature longitudinale de panel pourra être exploitée, et que l'effort consenti sera véritablement appréciable ¹.

L'expérience en PACA montre la nécessité de trouver un dosage assez fin (obtenu sur ces deux ans, mais sans garantie pour l'avenir) entre l'envie de l'observateur de multiplier les questionnaires, et les questions, et une certaine lassitude venant des enquêtés, dont les motivations peuvent être parfois fort éloignées de préoccupations de santé publique. La poursuite de ce panel passe donc à la fois par la prise en compte de certains points méthodologiques ainsi que par son redéploiement.

Méthode de collecte des informations

Les questionnaires réalisés auprès des médecins sur tel ou tel problème de santé publique sont précieux pour documenter leurs opinions ; il semble que le téléphone soit une méthode qui permet d'obtenir un bon compromis entre les taux de réponse et la fiabilité des données recueillies (problème des biais de désirabilité sociale). Cependant, cette méthode de recueil comporte des limites lorsque l'on souhaite documenter les pratiques plus en profondeur, en particulier avec des données médicales concernant le patient. De ce point de vue, le recueil d'information sur des « consultations typiques », même s'il ne supprime pas tous les inconvénients, notamment celui d'une possible subjectivité dans la sélection des patients par le médecin, apparaît plus approprié. Mais cela constitue une contrainte importante pour les médecins et conduit à effectuer des recueils sur des périodes de temps restreintes ce qui peut du coup compromettre la représentativité des échantillons de consultations constitués. C'est pourquoi le recours à des vignettes (mini-cas cliniques sur lesquels on demande au médecin de se prononcer) peut, sur certaines questions, permettre un recueil plus « objectif » et précis d'informations sur les pratiques ².

L'autre stratégie de diversification du recueil de l'information, le recueil parallèle par *deux* questionnaires différents auprès du médecin *et des patients*, reste une méthodologie lourde et risquée : il n'y a pas d'autre solution que de demander au médecin de s'impliquer dans le recrutement des patients ; la réussite de ce type d'approche est donc tributaire de la motivation

¹ Par exemple, une étude précise de l'ampleur par laquelle la hausse du tarif de consultation de 2002 a pu être « transformée » en amélioration des pratiques (durée de consultation) exige un recul que pour le moment nous n'avons pas. Jusqu'à maintenant, seule la prescription en DCI a été testée par une enquête avant/après (avant/après une mesure de politique publique).

² De même, sur le plan méthodologique, le recueil des données du RIAP directement auprès des médecins ne s'est pas heurté à un refus de leur part (sauf dans quelques cas, peu nombreux), mais au fait que les médecins ne gardent pas ce document de façon systématique. Il serait donc préférable, en suivant les précautions d'usage du point de vue du respect de la confidentialité, d'effectuer ce recueil directement auprès de l'assurance maladie, ce qui permettrait, pour tous les médecins ayant donné leur accord, de fiabiliser ce recueil, de standardiser la période de recueil et de l'effectuer de façon régulière, tout en minimisant les efforts de collecte auprès des médecins.

des médecins et expose, du coup, à des taux de réponse faibles de la part des médecins et de celle des patients ; nous avons constaté, dans le cas de la prise en charge de la dépression, que les taux de réponse des patients dépendaient de la motivation des médecins et que seule une partie d'entre eux acceptait de participer à une telle démarche, ce qui expose là aussi à des biais de sélection importants (qu'il reste possible de corriger, compte tenu des informations recueillies dans le cadre du panel auprès de l'ensemble des médecins).

Malgré sa difficulté, ce projet de diversification de sources d'information est selon nous une nécessité si l'on veut *enrichir les modèles de comportement des soignants par une véritable prise en compte des caractéristiques des patients* : y a-t-il une différenciation des pratiques et des prises en charges liée au gradient démographique et socio-économique des patients ? Et cette différenciation se fait-elle au détriment ou, au contraire, au profit des patients ? Voilà des questions auxquelles nous souhaiterions, à terme, pouvoir mieux répondre.

Redéploiement, nouvelles thématiques, nouveaux usages

Sur le plan du redéploiement du panel, deux directions peuvent être envisagées :

- d'une part, l'élargissement du panel à des spécialistes, ce qui permettrait à la fois d'avoir une image plus représentative des opinions et pratiques du corps médical en médecine de ville et d'effectuer des comparaisons entre spécialistes et généralistes, en particulier pour ceux des médecins spécialistes qui deviendraient « médecins traitants » conformément au cadre donné par la dernière réforme en cours (juillet 2004) ;
- d'autre part, son élargissement à d'autres régions en France afin là encore de documenter d'éventuelles variations des comportements (régionales, cette fois) et avec l'objectif de fournir une description plus représentative des médecins de ville et de leurs pratiques au niveau national.

Il est vraisemblable que ce dernier aspect susciterait particulièrement de l'intérêt chez les économistes de la santé, autour de la thèse de la *demande induite*, selon laquelle la densité médicale, particulièrement forte en PACA, peut affecter certains choix d'activité et de pratiques, créant notamment un glissement à la hausse du nombre global de consultations. Les premiers résultats d'exploitation d'une autre base de données¹ montrent qu'en PACA le nombre de consultations de spécialistes par habitants (standardisé par l'âge et le sexe) enregistre un écart positif d'environ 20 %, mais sans que le nombre des consultations de généralistes ne soit pour autant affecté ; ce qui tendrait à prouver que la prise en charge d'un patient est bien modifiée par la surdensité médicale, mais plutôt du point de vue *qualitatif*

¹ Enquête décennale « Santé 2003 », résultats provisoires.

(renvoi ou non vers le médecin spécialiste) que d'un point de vue strictement quantitatif (inflation des actes). Plus finement, on pourrait grâce à des panels régionaux tenter de départager dans la variabilité interrégionale des pratiques ce qui est vraiment lié à des effets de concurrence ou de complémentarité entre soignants (généralistes vs spécialistes ; mais aussi, généralistes vs autres professions présentes localement), de ce qui est lié à des « effets d'école » (l'appartenance aux mêmes facultés ou à des formations communes crée des modèles de pratiques ¹) ou, tout simplement, ce qui est lié aux particularités des populations suivies par les généralistes de ville.

Enfin, si l'on veut dessiner les projets par leurs contenus, la thématique de la « participation des médecins libéraux à la politique de santé publique » mériterait selon nous d'être approfondie de manière prioritaire. Dans l'esprit de la *loi relative à la politique de santé publique* promulguée en août 2004, les médecins libéraux vont être sollicités pour prendre à leur charge un certain nombre de nouvelles missions : prévention organisée, dépistage, éducation à la santé et bon usage des médicaments, accompagnement des malades chroniques, prise en charge des problèmes de santé publique (alcool, tabac, nutrition, épidémies), veille sanitaire ; toutes sortes de « missions » qui pour le moment, et au regard des résultats obtenus sur les enquêtes thématiques du panel, ne sont pas majoritairement prises en considération par les généralistes libéraux. Dans ce cadre – désormais normatif – se pose la question suivante : peut-on instaurer une « *dynamique du changement* » dans les pratiques des médecins généralistes libéraux ? (Par exemple, « *faire passer* » les médecins des régularités comportementales décrites aux facteurs 1 et 3 de l'analyse des correspondances présentée plus haut, aux comportements caractéristiques des facteurs 2 et 4, nettement préférables). Les motivations individuelles seront bien évidemment fondamentales, mais on peut s'interroger aussi sur les adaptations nécessaires du système actuel de santé pour susciter et entretenir une implication forte de la médecine générale dans les missions *princeps* de santé publique. Le « panel » permettrait d'interroger aussi les principaux intéressés, les médecins eux-mêmes, et de tester leurs « représentations » en la matière ².

1 ... Comme cela a été repéré dans le panel MG PACA pour ce qui concerne la prescription en DCI – très peu enseignée jusqu'à une date récente dans les facultés de médecine de Marseille.

2 Le concept de « référentiel de politique publique » serait sans doute un outil précieux à intégrer dans la démarche. Cette approche *cognitive* des politiques publiques développée par B. Jobert et P. Muller a notamment pu montrer en quoi l'affaiblissement du paradigme keynésien et la remise en cause du rôle de l'État traduisent un changement de référentiel global : du référentiel public au référentiel de marché (Muller, 2000). C'est *l'inverse* que l'on voudrait aujourd'hui obtenir dans le domaine de la santé, avec une réactivation du référentiel public ; ceci à contre-courant, il faut bien se l'avouer, d'une tendance spontanée qui serait plutôt à la *marchandisation*. On peut à ce propos voir l'article (Batifoulier, Ventelou, 2003) pour une tentative d'évaluation de la perte du « référentiel public » en médecine libérale.

Conclusion : dynamiques professionnelles

À plus long terme et en cette période active de réforme des systèmes de santé, disposer *dans la durée* d'un véritable observatoire des comportements en médecine générale serait l'occasion de mieux définir les programmes, de vérifier en quoi les mesures ont été suivies d'effets (comparaisons « avant/après ») et, enfin, de valider une démarche qui tiendrait compte à la fois des objectifs de santé publique, des objectifs de finances publiques, *et*, des acteurs professionnels du secteur en charge de l'opérationnalisation de ces objectifs. Mais il faudra pour cela transformer le panel, d'un outil d'abord conçu comme un moyen d'observation, *en un outil de dialogue et de coordination*. Ce qui, il est vrai, altérerait sans doute beaucoup la représentativité globale du panel...

Annexe : Matériaux pour l'analyse des correspondances multiples

Tableau 1

	Modalités	Libellés	Effectifs	%
Variables actives				
Secteur d'activité	Secteur 1	s1	292	85,1
	Secteur 2	s2	51	14,9
Cabinet de groupe	Oui	O cb	194	56,6
	Non	N cb	149	43,4
Secrétariat	Oui	O sc	167	48,7
	Non	N sc	176	51,3
Durée moyenne de consultation ¹	> 30 minutes	O d	144	42,0
	≤ 30 minutes	N d	199	58,0
Durée de travail en libéral par semaine	> 53 heures	O h	194	56,6
	≤ 53 heures	N h	149	43,4
Gardes	Oui	O g	195	56,9
	Non	N g	148	43,1
Montant de prescription par acte	> 60 euros	O pr	173	50,4
	≤ 60 euros	N pr	170	49,6
Mode d'exercice particulier	Oui	O m	177	51,6
	Non	N m	166	48,4
Participe à des réseaux de soins	Oui	O rs	75	21,9
	Non	N rs	268	78,1
Consulte souvent des référentiels	Oui	O rf	141	41,1
	Non	N rf	202	58,9
Abonné à des revues médicales	Oui	O rv	166	48,4
	Non	N rv	177	51,6
Nombre de demi-journées de formation par an	> 10	O f	149	43,4
	≤ 10	N f	194	56,6
Nombre de visiteurs médicaux par semaine	> 7	O vm	186	54,2
	≤ 7	N vm	157	45,8

¹ Il s'agit là de la division du temps de travail hebdomadaire par le nombre de consultations (en tenant compte du pourcentage de visites à domicile et d'un temps de trajet) ; ce calcul tend à surestimer le temps véritablement passé auprès du patient. L'hétérogénéité des durées est cependant préservée par le calcul ; elle est significative des différences réelles de comportement.

	Modalités	Libellés	Effectifs	%
Participe à des essais thérapeutiques	Oui	O es	188	54,8
	Non	N es	155	45,2
Travaille dans institutions/maisons retraite	Oui	O i	137	39,9
	Non	N i	206	60,1
Revenu de l'activité médicale (hors charges par an)	> 50 000 euros	O re	168	49,0
	≤ 50 000 euros	N re	175	51,0
Variables supplémentaires				
Sexe	Homme	h	271	79,0
	Femme	f	72	21,0
Âge	Moins de 43 ans	j	88	25,7
	Entre 43 et 52 ans	m	180	52,5
	Plus de 52 ans	v	75	21,9
Vie maritale	En couple	O cp	305	88,9
	Seul	N cp	38	11,1
Enfants	Oui	O e	180	52,5
	Non	N e	163	47,5
PC au cabinet	Oui	O pc	302	88,0
	Non	N pc	41	12,0

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SPAD version 3.21. L'ensemble étudié est constitué des 343 médecins du panel pour lesquels nous disposons de toutes les variables (y compris le revenu, le nombre d'heures de travail en libéral par semaine et la durée moyenne de consultation – calculée en divisant la durée de travail par le nombre d'actes par semaine). Les variables liées à la pratique des médecins, notamment les habitudes de prescription, ont été considérées comme actives (elles participent au calcul des distances et des axes) ; les caractéristiques individuelles des médecins ont été considérées comme illustratives ; elles servent à interpréter *a posteriori* les axes et les proximités. Selon le critère basé sur les paliers entre les différences secondes ou troisièmes des valeurs propres, nous avons choisi de garder les quatre premiers facteurs ¹. Les libellés abrégés de la troisième colonne sont utilisés pour les deux représentations suivantes (graphiques 1 et 2).

¹ Pour les quatre premiers facteurs retenus le taux d'inertie cumulé est de 38,1 %. Ensuite, l'ajout de facteurs (cinq et au-delà) n'aurait amené à faire augmenter ce chiffre que de manière peu sensible. L'inertie liée à un facteur est égale à la valeur propre et correspond à la variance des coordonnées des individus sur l'axe correspondant. On peut constater que les taux d'inertie correspondant à chaque valeur propre sont relativement faibles ; cette propriété est spécifique à l'analyse des correspondances multiples (données qualitatives, en coupe).

Bibliographie

- AUDRIC S., (2001), « Les disparités de revenus et de charges des médecins libéraux », *Études et Résultats*, 146.
- BATIFOULIER P., VENTELOU B., (2003), « L'érosion de la "part gratuite" en médecine libérale », *Revue du MAUSS*, 21 : 313-329.
- BOUVENOT A., BÉRAUD C., CABANE F. *et al.*, (1998), *Étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire*, Agence du médicament, Direction des études et de l'information pharmaco-économiques, juillet.
- CNAMTS, (2002), *Medic'Am. Les médicaments remboursés par le régime général d'assurance maladie au cours des années 2000 et 2001*, Paris, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés : 134.
- FERONI I., PARAPONARIS A. *et al.*, (2004), « Caractéristiques des médecins généralistes prenant en charge des toxicomanes à l'aide de la Buprénorphine haut dosage : résultats d'une enquête dans un département français », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 6, à paraître.
- GREENE W. H., (2002), *Econometric Analysis*, Prentice Hall.
- HECKMAN J. J., (1979), « Sample Selection Bias as a Specification Error », *Econometrica*, 47 (1) : 153-161.
- LEBART L., MORINEAU A., PIRON M., (1995), *Statistique exploratoire multidimensionnelle*, Paris, Dunod.
- MOATTI J.-P., SOUVILLE M., ESCAFFRE N., OBADIA Y., (1998), « French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine », *Addiction*, 93 (10) : 1567-1575.
- MOATTI J.-P., SOUVILLE M., OBADIA Y., MORIN M., SEBBAH R., GAMBY T., GALLAIS H., GASTAUT JA., (1995), « Ethical dilemmas in care for HIV infection among french general practitioners », *Health Policy*, 31 : 197-210.
- MORIN M., OBADIA Y., MOATTI J.-P., SOUVILLE M., (1995), « Commitment, value conflicts and role strains among French GPs in care for HIV positive patients », *Aids Care*, 7 (1) : S79-S84.
- MORINEAU A., (1984), « Note sur la caractérisation statistique d'une classe et les valeurs tests », *Bulletin technique, Centre statistique informatique appliquées*, 2 (n° 1-2) : p. 20-27.
- MULLER P., (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de Science Politique*, 50 (2) : 189-208.
- PARAPONARIS A., VERGER P. *et al.*, (2004), « Delivering generics without regulatory incentives ? Empirical evidence from French general practitioners about willingness to prescribe International Non-proprietary Names », *Health Policy*, 70 : 23-32.
- PERETTI-WATEL P., BENDIANE MK., GALINIER A., FAVRE R., LAPIANA JM., PEGLIASCO H., MOATTI J.-P., (2003b), « French physicians' attitudes toward legalisation of euthanasia and the ambiguous relationship between euthanasia and palliative care », *J Palliat Care*, 19 (4) : 271-7.
- PERETTI-WATEL P., BENDIANE MK., PEGLIASCO H., LAPIANA JM., FAVRE R., GALINIER A., MOATTI J.-P., (2003a), « Doctors' opinions on euthanasia, end of life care, and doctor-patient communication : telephone survey in France », *BMJ*, 327 : 595-6.

ROTILY M., LOUBIERE S., PRUDHOMME J., PORTAL I., TRAN A., HOFLIGER P., VALLA D., MOATTI J.-P., (2002), « Factors related to screening of hepatitis C virus in general medicine », *Gastroenterol Clin Biol*, 26 (3) : 261-9.

VERGER P., AULAGNIER M. *et al.*, (2004), « Hypnotic and tranquillizer use among general practitioners in south-eastern France and its relation to occupational characteristics and prescribing habits », *Fundam Clin Pharmacol*, 18 (3) : 379-85.

VERGER P., GOURHEUX J.-C. *et al.*, (2003), « Disposition à prescrire en dénomination commune internationale », *Presse Med*, 32 (22) : 1022-5.

VERGER P., AULAGNIER. M., SOUVILLE M. *et al.*, (2005), « Breast cancer screening of disabled women : general practitioners' attitudes and practices », *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 28, Issue 2, February, p. 215-220.