

Mots clés :

Prévention
Attentes
des patients

Prévention : quelles sont les croyances et attentes des patients ?

Le concept de prévention occupe aujourd'hui une place centrale dans le « discours » officiel, qu'il soit celui des décideurs politiques, de l'assurance maladie, ou des associations de patients. Il renvoie chacun des « usagers de santé » à ses propres responsabilités et choix en matière de mode de vie ou de comportements lorsqu'ils interfèrent avec la santé, parfois à une démarche médicalisée lorsqu'il s'agit de dépistages de maladies « silencieuses » ou à venir. Mais qu'attendent, pensent, ou craignent nos patients dans ce domaine, au-delà des problèmes d'organisation qui font l'objet de débats actuels dans tous les systèmes de soins ? Quelques études ont tenté d'analyser cet aspect du problème¹⁻³.

USA : consultation de prévention annuelle

Sur 1203 personnes interrogées sur l'intérêt d'un examen médical annuel, 63% l'estimaient nécessaire, mais 33% seulement s'il devait être payé par le demandeur¹. Plus de 90% pensaient que le médecin devait alors discuter des problèmes d'alimentation, d'exercice physique, de tabac et d'alcool ; 90% en attendaient un examen clinique (cœur, poumons, réflexes, prostate), une prise de TA, moins de 80% un examen de la vue et de l'audition. Divers examens complémentaires étaient demandés : frottis cervical (75%), mammographie (71%), PSA (65%), cholestérol (65%), glycémie (41%), analyse d'urines (40%), recherche du sang occulte dans les selles (39%), radiographie thoracique (36%). Les demandes concernant le cholestérol et le PSA résistaient le mieux en cas de charge financière directe.

France : prévention au cas par cas

Selon une étude de l'INSEE², 84% des français se préoccupent de leur alimentation qu'ils considèrent équilibrée (mais seulement 70% des 18-24 ans et 60% de ceux qui sont en situation de précarité). 40% déclarent exercer une activité « sportive » régulière, les autres s'abstenant par manque de temps (40%), d'envie (37%) ou de santé (23%). Les trois dépistages du cancer sont plus ou moins effectués de manière « opportuniste » au cours d'une consultation ordinaire : sein (69%), col (85%), colorectal (24%). La question d'une consultation spécifique est posée⁴.

Que conclure pour notre pratique ?

Les objectifs de la prévention sont largement admis : influence du mode de vie et des comportements à risque, utilité du dépistage des cancers. Il est intéressant de constater que cet « accord » faiblit si on demande une participation financière, de noter les réticences des jeunes et des personnes en situation précaire, de constater que cholestérol et PSA restent très demandés même s'ils entraînent un surcoût (influence des médias ?).

Les opinions des réfractaires, mêmes si elles sont sans doute marginales, mettent l'accent sur des principes éthiques et de mise en œuvre de la prévention : respect de l'autonomie du patient, nécessité de l'informer clairement sur les risques, plutôt que de « prescrire » en ignorant la difficulté de l'observance et de tout changement comportemental.

Les études américaines et danoises ont été réalisées en médecine générale. Les bilans de santé sont réalisés par des généralistes dans ces pays. Le rôle du médecin généraliste semble donc évident, même s'il n'est pas réellement prévu dans le système français. Nous y reviendrons.

Que pensent les « réfractaires » ?

Une équipe danoise a interrogé 118 personnes qui avaient refusé de participer à une étude sur le bilan de santé en soins primaires (sur 2 000 contactées) mais acceptaient d'en discuter⁴. Ils refusaient par manque de temps, parce que le bilan avait déjà été fait, ou qu'ils doutaient de son utilité. Tous insistaient sur les limites du bilan avec les arguments suivants :

« **On ne peut pas tout prévenir** » : beaucoup tombent malades malgré l'arrêt de l'alcool, du tabac, d'excès alimentaires, d'autres vivent jusqu'à un âge avancé malgré de nombreux excès...

« **On ne peut jamais savoir tout ce qui peut arriver** » : crainte des suites du dépistage, du risque de tests anormaux, crainte que ces risques ne soient toujours à l'esprit, avec un sentiment de culpabilité et des effets négatifs sur la qualité de vie...

« **Il n'y a pas que les médecins qui peuvent faire quelque chose** » : C'est à chacun d'être autonome, de déterminer son style de vie, même de choisir ses propres risques. Il est pourtant utile que le médecin informe sur ces risques, mais la décision ne lui appartient pas...

« **Je vais voir mon médecin quand j'en ai besoin** » : il ne sert à rien de consulter pour des problèmes mineurs, « écouter son corps » est un concept discuté... Mais ces « réfractaires » appelleraient leur médecin sans hésitation en cas de symptômes.

Références :

- 1- Oboler SK et al. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. *Ann Int Med.* 2002; 136:652-9.
- 2- Markessi-Rainaud Y. La prévention : perceptions et comportements. *DREES, Etudes et Résultats.* 2005; 385:8p
- 3- Nielsen K-DB et al. A qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice. *Fam Pract.* 2004; 21:28-32.
- 4- Ménard J. Consultations de prévention : quel contenu ? quelle périodicité ? L'histoire de santé familiale : nouvel outil de prévention personnalisée. *Conc Med.* 2006; 128(21-22):885-98.