

Quels sont les déterminants dans l'organisation d'un cabinet de médecine générale en Suisse qui influencent la pratique de la prévention du tabagisme ?

Sophie Andrey ; Nicolas Senn ; Jacques Cornuz

Contexte

Les conséquences du tabagisme sur la santé sont nombreuses (notamment cardiovasculaires et respiratoires, mais aussi rhumatismales, ...) et bien connues. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 5 millions de personnes décèdent chaque année de pathologies dont une des causes est liée au tabac. Il est estimé que ce chiffre s'élèvera à plus de 8 millions en 2030 [1]. En Suisse, sur l'ensemble des décès, la proportion de ceux qui sont dus au tabagisme est de 22% pour les hommes, de 16% pour les femmes de moins de 65 ans et de 8% pour les femmes de plus de 65 ans. Les trois causes principales de décès liés à la consommation de tabac sont le cancer du poumon, les maladies coronariennes et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Le tabagisme est responsable d'une part importante des décès évitables [5].

La preuve qu'arrêter de fumer est bénéfique pour la santé n'est plus à faire. Abandonner la cigarette à l'âge de 35 ans permet d'augmenter l'espérance de vie de sept ans en moyenne, en comparaison avec le fait de continuer à fumer. Le faire à 65 ans augmente l'espérance de vie d'environ 2 ans [6]. Selon une autre étude, cesser de fumer à l'âge de 30 ans évite 90% des risques de cancer du poumon imputables au tabagisme. Même à 50 ou 60 ans, arrêter diminue les risques de complications de manière significative [7].

Agir en amont et encourager l'arrêt du tabagisme auprès des patients est donc primordial et permet de diminuer l'impact sur la santé. En termes de santé publique, cela devrait être un intérêt central. Il a été prouvé que la prévention du tabagisme était une mesure efficace, une méta-analyse australienne démontrant qu'il fallait faire de la prévention auprès de 35

patients pour qu'un arrête définitivement la cigarette [14]. De plus, selon diverses études, le taux d'arrêt de la cigarette 6 mois après le début de l'essai était entre 1 et 10% plus élevé parmi les fumeurs qui avaient reçu des conseils de la part de leur médecin de famille, que parmi les fumeurs du groupe contrôle [1-2 ; 11]. Même une intervention minimale au cabinet, composée d'une consultation de moins de vingt minutes consacrée au tabagisme du patient et d'une visite de suivi, a un effet petit, néanmoins significatif sur le taux d'arrêt du tabagisme [8]. Les fumeurs eux-mêmes déclarent qu'un conseil de leur médecin les incitant à arrêter de fumer est un motivateur important [11]. Prescrire un soutien pharmacologique comme les substituts nicotiques ou le bupropion augmente le taux d'arrêt de la cigarette à une année de 4% à 15% par rapport au groupe contrôle [2]. Selon les recommandations de AHCP (Agency for Health Care Policy Research), la prévention contre le tabagisme devrait contenir les éléments suivants : 1) conseiller au fumeur d'arrêter ; 2) définir avec lui une date optimale pour débiter l'essai ; 3) le suivre régulièrement ; 4) lui parler des symptômes du manque ; 5) lui prescrire des substituts nicotiques ; 6) mettre à disposition des brochures à ce sujet. Cette manière de faire est efficiente, surtout si le praticien passe beaucoup de temps avec son patient (jusqu'à 35 minutes pour la première consultation, puis encore une à deux visites de suivi ; N.B. cet article parlait des médecins assistants en médecine de famille aux USA). Le NCI (National Cancer Institute) résume ces recommandations comme ceci: à chaque occasion, s'enquérir du statut tabagique du patient ; conseiller à tous les fumeurs d'arrêter ; soutenir le patient dans son processus de désaccoutumance ; organiser des consultations de suivi [11]. A cela s'ajoute encore un élément : évaluer à quel stade du changement (pré-contemplation ; contemplation ; préparation ; action ; maintenance ; rechute) le fumeur se trouve-t-il, selon le modèle transthéorique de changement de Prochaska et Diclemente. Ainsi, le médecin peut adapter ses conseils au stade du patient, ce qui l'aide à sortir plus rapidement de sa dépendance [2].

Plusieurs études ont démontré que les médecins généralistes jouaient un rôle clé dans cette perspective [1-3]. Du fait de leur position en première ligne du système de santé, les médecins de premier recours ont un accès direct à une grande partie de la population

(environ 90% de la population Suisse va au moins une fois par an chez un médecin de premier recours [15]) et par conséquent beaucoup d'opportunités pour parler de tabagisme avec leurs patients. De plus, les patients entretiennent de bonnes relations avec leur médecin de famille, ce qui rend ce dernier crédible et motivant pour faire de la prévention du tabagisme.

Plusieurs études ont déjà été réalisées afin de savoir comment les généralistes suivaient les recommandations pour la prévention du tabagisme, ainsi que les facteurs directement liés au médecin qui influençaient leur pratique. Les données récoltées portaient sur leur pratique courante de la prévention du tabagisme et les caractéristiques personnelles du médecin [1-4 ;9 ;11]. Il en ressortait que les médecins étaient souvent conscients de leur rôle primordial dans la prévention du tabagisme et avaient une attitude favorable face à ça. Mais concrètement, ils n'appliquaient pas assez ces recommandations et n'utilisaient pas toutes les occasions présentes pour aborder le tabagisme avec leurs patients. Ils avaient tendance à se concentrer sur les nouveaux patients, ceux qui avaient une pathologie liée au tabac et ceux qui étaient vraiment prêts à arrêter, alors qu'il aurait fallu cibler tous les patients. Au Québec, seuls 10.5% des médecins de famille pratiquaient la prévention du tabagisme de manière approfondie, c'est-à-dire pour tous les fumeurs, à chaque consultation et ce pendant plus de deux minutes [2]. Dans une étude française, seulement 20 % des généralistes demandaient de manière systématique le statut tabagique de leurs patients et abordaient leur intention d'arrêter de fumer [4]. Un autre cas de figure était celui où les praticiens, très souvent, se renseignaient sur le statut tabagique de leurs patients et leur conseillaient d'arrêter, mais ils n'allaient pas au bout de la démarche, ne prescrivant pas de substituts nicotiques et autres aides pharmacologiques et ne suivant pas les patients dans le processus [11]. Pour soutenir leurs patients fumeurs dans le processus de désaccoutumance, la méthode la plus utilisée était le conseil personnalisé. 60% des généralistes prescrivaient des patches nicotiques et 50% d'entre eux du bupropion (un

antidépresseur, inhibiteur sélectif de la recapture neuronale de la noradrénaline et de la dopamine). Le recours à l'acupuncture était mentionné par plus de 40% des praticiens [9].

Les généralistes estimaient que la formation reçue dans ce domaine était assez médiocre. Selon une étude allemande, un quart des praticiens n'avaient reçu aucune formation et moins de 20% avaient suivi plus de dix heures de cours. Leur principale source d'information était la littérature médicale, les conférences et séminaires n'étaient mentionnés que par une minorité d'entre eux. Seuls un tiers de ces généralistes s'estimaient adéquatement formés pour faire de la prévention contre le tabagisme. Investir dans cette formation serait intéressant, car mieux les praticiens étaient formés, plus ils étaient actifs dans la prévention du tabagisme [9]. En ce qui concernait les obstacles rencontrés dans la pratique de la prévention du tabagisme, étaient très souvent mentionnés le manque de temps, le manque de formation adéquate, la perception par le médecin d'un manque d'intérêt du patient pour la prévention ... Par contre, le manque d'intérêt du médecin à ce sujet ou l'impression que cela n'était pas de sa responsabilité étaient peu mentionnés. [1 ; 9 ; 11]. Ces diverses études ont aussi révélé que les médecins généralistes fumeurs faisaient légèrement moins de prévention contre le tabagisme que les médecins non-fumeurs [1 ; 4 ; 9 ; 10]. Ils avaient peur de ne pas être crédibles et d'être qualifiés d'hypocrites. Pourtant, l'efficacité objective des conseils au sujet du tabagisme ne semble pas dépendre du statut tabagique du médecin qui les donne [10]. Cependant, le ressenti d'un manque d'efficacité de ses propres conseils peut être influencé par son statut de fumeur, même si beaucoup de médecins fumeurs pensent que comme ils connaissent le produit, ils peuvent faire preuve d'empathie envers leurs patients. Les médecins non-fumeurs, quant à eux, pensent qu'ils peuvent servir d'exemples à suivre. En conséquence, la moitié des généralistes estimait que leur statut tabagique n'avait pas d'influence sur leurs patients et un tiers pensait qu'il pouvait même favoriser la communication avec les fumeurs, sans différence d'opinion entre les médecins fumeurs ou non-fumeurs [4].

Un facteur lié au médecin qui influençait beaucoup sa pratique de la prévention du tabagisme était la confiance qu'il avait en sa propre capacité à conseiller et soutenir ses patients dans leurs essais pour arrêter de fumer, ainsi que le taux de ces derniers qui avaient réussi. Plus ces deux paramètres étaient élevés, plus le généraliste demandait leur statut tabagique à ses patients et les conseillait d'arrêter. La plupart des médecins s'estimaient un peu à plutôt efficaces dans la prévention du tabagisme [11].

En revanche, nous n'avons pas de données sur les éléments d'organisation d'un cabinet (exemples : âge des médecins ; cabinet en solo ou en groupe ; ressources techniques dont dispose le cabinet ; assistante médicale /infirmière spécialisée ; population visitant le cabinet; vision du cabinet ; horaires ; ressources financières ; ...) qui influencent la pratique de la prévention contre le tabagisme. Néanmoins, quelques études se sont intéressées à un système de financement qui pourrait inciter les médecins généralistes à prendre du temps pour faire de la prévention et de la promotion de la santé auprès de leurs patients. Le Royaume-Uni a introduit en 2004 le QOF (Quality Outcomes Framework), un système de paiement à la performance. Jusqu'à 20% du salaire du généraliste est basé sur ce système, qui consiste à récompenser les médecins qui atteignent le niveau de qualité de soins souhaité, évalué au moyen d'indicateurs clés englobant un certain nombre d'activités cliniques. Le QOF serait peut-être efficace pour améliorer par exemple la prise en charge de l'asthme et du diabète, mais ce n'est pas certain. Par contre, avec ces indicateurs actuels, il n'est pas adéquat pour favoriser une bonne prévention et une promotion de la santé efficiente. En effet, il ne fait qu'inciter le médecin à inscrire dans le dossier du patient que ce dernier a fait des efforts dans son hygiène de vie, ce qui est suffisant pour toucher la récompense financière. Mais en réalité, aucune activité de prévention recommandée n'a été appliquée [12]. Une étude allemande s'est demandé si la mise en pratique de la prévention du tabagisme et les barrières rencontrées ne dépendaient pas de l'organisation du cabinet et de la rémunération des médecins de famille. En Allemagne en effet, le fait d'aider les patients à arrêter de fumer n'est pas couvert par l'assurance-maladie et les généralistes ne

sont donc pas remboursés pour cet acte. Les auteurs suggéraient, si des recherches futures allaient confirmer cette relation, d'augmenter le paiement des médecins pour les actes de prévention du tabagisme, afin d'améliorer cette activité [9].

Certaines études, dont l'objectif principal était d'investiguer la prévention du tabagisme en soi, ont cherché en parallèle à faire quelques liens avec des déterminants organisationnels, mais en restant en superficie. Une étude américaine s'est intéressé aux déterminants organisationnels suivants : la charge de travail du médecin, le type d'établissement dans lequel il exerce, les ressources matérielles à disposition pour faire de la prévention contre le tabagisme (système informatique de suivi ; organigrammes d'un programme national ; notices de rappel pour eux-mêmes et pour les patients ; infirmière qui donne des conseils aux patients et suit les soins ; brochures ; instruments pour évaluer les risques pour la santé du tabagisme). Elle a découvert que ces facteurs étaient la cause de 13% des variations en qualité et en quantité dans la pratique de la prévention du tabagisme entre les médecins. Parmi ces 13%, le type d'établissement avait la plus grande influence. Les praticiens qui exerçaient dans un centre universitaire pratiquaient beaucoup plus de prévention du tabagisme que ceux qui se trouvaient soit affiliés à un centre universitaire localisé dans une autre ville, soit affiliés à des organisations parentes (sociétés médicales locales ou l'hôpital) [11]. Une étude canadienne mentionnait dans ses résultats qu'il n'y avait pas de corrélation entre le cadre du cabinet de médecine générale et la prévention contre le tabagisme qui y était effectuée, sans donner plus de précisions [2].

Récemment a été lancé le programme SPAM (Swiss Primary Health Care Active Monitoring) par la Policlinique Médicale Universitaire, qui vise à développer un outil de monitoring afin d'obtenir une meilleure compréhension du fonctionnement de la médecine de premier recours en Suisse. Ce programme peut notamment s'appuyer sur un réseau de 200 médecins dans toute la Suisse pour la collecte des données. Cet échantillon de médecins, considéré comme représentatif au niveau national, est une excellente opportunité pour

investiguer les éléments organisationnels de la médecine générale qui influencent potentiellement les activités de prévention.

En 2010, a débuté une grande étude appelée QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe), financée par la Commission Européenne pour le “Seventh Framework Programme“. Elle vise à évaluer les performances de la médecine de premier recours au niveau de la qualité, des coûts et de l'équité en Europe. La Suisse participe en intégrant cette étude dans le cadre de ce programme SPAM. Les soins de premier recours y sont définis comme étant des soins généraux, premier niveau d'accès au système de santé professionnel. Ils offrent également des prestations de prévention et d'éducation à la santé. Selon l'OMS, il est très important d'obtenir un système de soins de premier recours solide, car c'est lui le lien entre tous les autres systèmes de santé. Actuellement, il est appelé à être renforcé, afin de devenir une solution adéquate contre les effets de la crise économique sur la santé des populations et le système de soins. Par exemple, il a été prouvé qu'une bonne disponibilité des médecins de famille permettait de diminuer le nombre de soins non nécessaires, dont les hospitalisations évitables. De plus, la population générale est en meilleure santé et les inégalités sociales voient leurs effets négatifs réduits dans les endroits où la densité de médecins généralistes est élevée.

QUALICOPC définit la qualité de la médecine de premier recours en termes de structure de soins (ressources humaines et matérielles), du processus de soin et de ses résultats (les conséquences sur l'état de santé du patient ou l'évaluation du soin reçu qu'il doit remplir pour l'étude). La qualité dépend, en outre, d'éléments tels que l'équité, l'accessibilité, l'efficacité, la continuité des soins, la coordination et l'intégration avec les autres professions ou niveaux de soin.

Pour mesurer les performances de la médecine de premier recours, QUALICOPC investigate les champs suivants: la qualité des soins fournis ; la qualité des soins perçue par les

patients ; les coûts ; l'équité ; les bons procédés. Une des hypothèses de QUALICOPC est qu'intégrer la prévention dans la médecine de premier recours serait associé à des coûts bas et une qualité élevée. Un questionnaire a été soumis à 220 généralistes, contenant des questions sur leur implication dans les soins curatifs et préventifs, sur le type et l'organisation de leur cabinet (services fournis ; charge de travail ; utilisation du temps). Le questionnaire destiné aux patients portait sur leurs expériences avec le milieu des soins, leur satisfaction et leurs attentes. Cette étude a permis de mettre en relation les informations sur les cabinets de médecine de famille et celles sur leurs propres patients [13]. En résumé, QUALICOPC fournit les données sur le fonctionnement des cabinets nécessaires à notre étude.

Objectifs

Objectif primaire : Investiguer les déterminants organisationnels des cabinets de médecine générale en Suisse qui influencent la pratique de la prévention du tabagisme.

Objectifs secondaires :

Explorer l'attitude des médecins face à la prévention.

Explorer les déterminants organisationnels des cabinets de médecine générale pour les activités de prévention et les types d'organisations de cabinet .

Méthode

Revue de littérature

Pour atteindre cet objectif, nous avons dans un premier temps parcouru la littérature existante, afin de savoir ce qui a été étudié jusqu'à présent en matière de prévention contre le tabagisme, et aussi de déterminants organisationnels. Quantité d'études ont été réalisées sur la prévention du tabagisme, très peu sur l'organisation des cabinets de médecine générale et nous n'avons trouvé aucune étude qui faisait le lien entre les deux.

Questionnaire

Dans un deuxième temps, nous allons créer un questionnaire électronique destiné aux médecins généralistes. Ce questionnaire comportera trois parties. La première série de questions portera sur l'organisation du cabinet du médecin généraliste et elle visera à compléter les données déjà récoltées au travers du programme SPAM (l'étude QUALICOPC). Ces données déjà disponibles actuellement grâce à QUALICOPC portent sur :

1. L'identification des répondants au questionnaire (sexe, âge, origine).
2. L'identification de leur lieu de pratique (urbain/rural).
3. Le point de vue du praticien sur ses propres responsabilités (par exemple : rapporter aux autorités des problèmes de santé récurrents, survenant dans une population vivant près d'une usine).
4. Les ressources humaines du cabinet.
5. Les structures organisationnelles de gestion et d'administration.
6. Les mécanismes de financement (indépendant/salarié ; type de paiements ; incitations financières).
7. Les processus cliniques (données récoltées dans le dossier du patient ; enregistrement des consultations).
8. Les structures assurant une amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients (feedback par une autorité sanitaire, une assurance-maladie, des collègues, investigations sur le niveau de satisfaction de ses propres patients)
9. La planification et les horaires d'ouverture (durée des consultations, fréquence des gardes).
10. L'éventail des services offerts (laboratoire, imagerie et matériel à disposition, tâches confiées à l'infirmière du cabinet ou à l'assistante médicale, soins effectués par le généraliste mais qui pourraient aussi être adressés à un spécialiste, implication dans le suivi prénatal, suivi des enfants jusqu'à l'âge de quatre ans, programme de vaccination, soins palliatifs).
11. La gestion de maladies spécifiques (insuffisance cardiaque chronique, asthme, BPCO, diabète, ulcère gastrique, hernie discale, pneumonie, maladie de Parkinson, polyarthrite rhumatoïde, dépression, infarctus du myocarde, mesure de la pression artérielle, dosage du cholestérol, promotion de la santé).
12. Le degré d'intégration du généraliste (références des patients aux spécialistes, demander le dossier du patient chez son médecin

précédent, contacts avec les autres professionnels de la santé, demander des conseils aux spécialistes, lettres de sortie reçues de l'hôpital, coordination des soins pour les patients complexes). 13. L'accessibilité du généraliste (fréquence des contacts avec les patients, aide apportée pour surmonter leurs obstacles financiers, problèmes de santé pour lesquels ses patients le consultent en premier). 14. Le fonctionnement et le climat au sein du cabinet (intérêt du médecin pour son métier, stress) 15. La durabilité et l'efficacité (nombre de patients fréquentant le cabinet, renouvellement des patients, fréquence des visites du généraliste à domicile, à l'hôpital, à l'EMS, critères d'acceptation des nouveaux patients, absences). 16. Le contexte organisationnel (caractéristiques démographiques des patients du cabinet, environnement et intégration du cabinet).

Nous allons donc poser des questions supplémentaires sur l'organisation du cabinet du médecin généraliste. Celles-ci seront reprises de l'étude canadienne ICIS (Lévesque et al, 2012) dont les auteurs travaillent en collaboration avec les responsables du programme SPAM. ICIS ressemble beaucoup à QUALICOPC mais elle est plus axée sur la vision de l'orientation et de la mission du cabinet, sur la structure, sur la satisfaction quant au climat du cabinet et sur la collaboration interdisciplinaire. QUALICOPC, au contraire, se concentre plutôt sur les services offerts par le généraliste et sur ses pratiques cliniques.

La deuxième partie sera consacrée à la prévention pratiquée au cabinet de manière générale : à quelle fréquence les médecins généralistes font de la prévention (conseils donnés, dépistage, surveillance de certaines valeurs) au sujet des maladies cardiovasculaires, maladies infectieuses (vaccins, infections sexuellement transmissibles (IST)), dépistage de cancers (sein, col de l'utérus, cancer colorectal), consommation d'alcool et promotion de la santé (conseils en cas d'obésité, de sédentarité). La prévention pratiquée de manière générale est très probablement aussi influencée par les déterminants organisationnels et il existe certainement une corrélation entre elle et la prévention contre le tabagisme.

Enfin le troisième volet se concentrera sur la prévention du tabagisme : organisation générale de la prévention du tabagisme au cabinet , attitude des médecins face au tabagisme , niveau de formation des médecins et les obstacles rencontrés. Ces questions seront basées sur la littérature existante. La pratique d'activités de prévention du tabagisme au cabinet sera également investiguée en fonction du type de consultation réalisée : première consultation avec un nouveau patient ; consultation en urgence avec un patient suivi dans ce cabinet et lors d'une consultation de suivi médical. Pour certaines questions, le médecin devra répondre séparément pour chacun de ces trois scénarii de consultation.

Ce questionnaire électronique sera envoyé aux 200 médecins généralistes du réseau Suisse SPAM. Le questionnaire sera disponible en français, allemand et italien. Environ 30 minutes devraient suffire pour le remplir. Après un laps de temps de deux semaines, un rappel sera envoyé aux médecins n'ayant pas encore répondu à notre questionnaire. Ce premier rappel sera suivi d'un deuxième à nouveau deux semaines après.

Analyses

Après avoir récolté les réponses des médecins généralistes, nous les enregistrerons dans une base de données en ligne et ferons diverses analyses. En premier lieu nous ferons une analyse descriptive de la prévention générale faite en Suisse, et plus spécifiquement de la prévention contre le tabagisme. Puis nous identifierons les prédicteurs de la pratique de la prévention.

Résultats escomptés: Nous comptons sur un taux de participation de 60-75. Les résultats attendus sont de pouvoir identifier quels sont les éléments dans l'organisation du cabinet de médecine générale, le contexte de consultation (urgences, nouveau patient, ...) et les attributs des médecins susceptibles d'influencer la prévention du tabagisme.

Plus value escomptée: Beaucoup d'études ont été menées dans le domaine de la prévention du tabagisme, mais en général dans des milieux spécialisés ou dans des populations sectionnées. De plus, notre étude apporte un angle d'approche novateur en cherchant à faire un lien entre le contexte de la pratique en médecine générale (l'organisation d'un cabinet, ...) et la prévention du tabagisme qui y est pratiquée. En Suisse, elle pourrait permettre d'identifier des éléments susceptibles d'améliorer la prévention du tabagisme en médecine générale.

Références :

1. Munire Gokirmak, Onder Ozturk, Ahmet Bircan, Ahmet Akkaya. The attitude toward tobacco dependence and barriers to discussing smoking cessation: a survey among Turkish general practitioners. *International Journal of Public Health* International Journal of Public Health 2009
2. O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Déry V, et al. Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Prev Med.* déc 2001;33(6):627-638.
3. Awad MA, O'Loughlin J. Physician delivery of smoking prevention counseling to young patients in the United Arab Emirates. *Patient Education and Counseling.* juill 2007;67(1-2):151-156.
4. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Revue des Maladies Respiratoires.* mai 2010;27(5):431- 440.
5. OFS. Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007. *Actualités OFS,* mars 2009.
6. Taylor DH, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA. Benefits of Smoking Cessation for Longevity. *Am J Public Health.* juin 2002;92(6):990- 996.
7. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ.* 5 août 2000;321(7257):323- 329.
8. Silagy C, Stead LF. Physicians advice for smoking cessation (Cochrane Review). In *The Cochrane Library, Issue 4 2002.* Oxford: Update Software in
9. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health.* 4 janv 2005;15(2):140- 145.

10. Ulbricht S, Baumeister SE, Meyer C, Schmidt CO, Schumann A, Rumpf H-J, et al. Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counselling? *Patient Education and Counseling*. janv 2009;74(1):23- 28.
11. Gottlieb NH, Guo JL, Blozis SA, Huang PP. Individual and contextual factors related to family practice residents' assessment and counseling for tobacco cessation. *J Am Board Fam Pract*. 9 janv 2001;14(5):343- 351.
12. Coleman T. Do financial incentives for delivering health promotion counselling work? Analysis of smoking cessation activities stimulated by the quality and outcomes framework. *BMC Public Health*. 26 mars 2010;10:167.
13. Schäfer WLA, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract*. 2011;12:115.
14. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract*. avr 1997;14(2):160- 176.
15. Enquête suisse sur la santé