

UNIVERSITE DE NICE- SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

**LA DEMARCHE DE PREVENTION DES MEDECINS GENERALISTES AU
CABINET MEDICAL :**

**Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de 13 médecins généralistes de la région
Provence-Alpes-Côte-D'azur**

THESE DE MEDECINE GENERALE
Yasmina BOUZIANE-RAHMANI

NICE 2015

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLICE

FACULTE DE MEDCINE

THESE D'EXERCICE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Yasmina BOUZIANE-RAHMANI

Le Mercredi 29 Avril 2015

**LA DEMARCHE DE PREVENTION DES MEDECINS GENERALISTES AU
CABINET MEDICAL :**

**Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de 13 médecins généralistes de la région
Provence-Alpes-Côte-D'azur**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur DUMOULIN Marc

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Président du jury

Monsieur le Professeur Bertrand CANIVET

Assesseur

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseur

Monsieur le Docteur Marc DUMOULIN

Directeur de thèse

Madame le Docteur Tiphonie BOUCHEZ

Assesseur

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. DOLISI Claude
M. BLAIVE Bruno	M. FRANCO Alain
M. BOQUET Patrice	M. FREYCHET Pierre
M. BOURGEON André	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. GILLET Jean-Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	M. GRELLIER Patrick
Mme BUSSIERE Françoise	M. HARTER Michel
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. INGLESAKIS Jean-André
M. CHATEL Marcel	M. LALANNE Claude-Michel
M. COUSSEMENT Alain	M. LAMBERT Jean-Claude
M. DAR COURT Guy	M. LAZDUNSKI Michel
M. DELLAMONICA Pierre	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. DELMONT Jean	M. LE BAS Pierre
M. DEMARD François	M. LE FICHOUX Yves

M. LOUBIERE Robert 3

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M.C.A. Honoraire

M.C.U. Honoraires

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SCHNEIDER Maurice

M. SERRES Jean-Jacques

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M. ZIEGLER Gérard

Mlle ALLINE Madeleine

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-
Marie

Mme DONZEAU Michèle

M. EMILIOZZI Roméo

M. FRANKEN Philippe

M. GASTAUD Marcel

M. GIRARD-PIPAU Fernand

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal (50.02)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick Reproduction (54.05)	Biologie du Développement et de la
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique (48.01)	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme LEBRETON Élisabeth (50.04)	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole (48.01)	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre métaboliques (54.04)	Endocrinologie, Diabète et Maladies
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques (48.01)	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian (46.01)	Épidémiologie, Économie de la Santé, Prévention
M. ROGER Pierre-Marie Tropicales (45.03)	Maladies Infectieuses ; Maladies

M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI	Sabrina Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis (54.04)	Endocrinologie, Diabète Maladies Métaboliques
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. TROJANI Christophe (50.02)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
--------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI	Pamela Cardiologie (51.02)

Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean Prévention (46.01)	Épidémiologie Économie de la Santé et
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M. PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. DARMON David	Médecine Générale
MI. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christian PRADIER, président du jury,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon jury.

Veillez trouver dans ce travail ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Bertrand CANIVET

Je tenais à vous remercier pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Je vous exprime mon sincère respect.

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Je souhaite vous remercier pour m'avoir guidée dans la construction de ma fiche de projet de thèse.

Je vous adresse mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Marc DUMOULIN, Directeur de thèse

Je te remercie pour ton implication et ta disponibilité dans l'élaboration de ma thèse.

Je te suis grandement reconnaissante pour tes conseils et tes encouragements. En tant que maître de stage, tu m'as conforté dans l'idée de faire de ma profession, Médecin généraliste en milieu semi-rural.

A Madame le Docteur Tiphanie BOUCHEZ

Je te remercie pour m'avoir particulièrement aidé et guidé si efficacement pour l'élaboration de ma fiche de projet de thèse.

Tes conseils m'ont été précieux.

Aux médecins généralistes qui ont participé à mon étude

Merci de m'avoir accordé de votre précieux temps. Je vous remercie également pour votre implication dans vos réponses à mes questionnaires.

A mes parents et beaux-parents, toujours présents, encourageants et bienveillants. Vous avez été d'un soutien de tous les instants et je vous en remercie.

Tout particulièrement Maman, pour ta participation active dans la transcription des données de l'étude, le babysitting. Tu es dévouée et attentionnée.

Également, Brigitte, pour votre aide dans la transcription de certaines données, votre soutien moral et le babysitting.

A mes sœurs, Nora, Sabrina et Louisa

Nora, tu m'as aidé dans l'élaboration de cette thèse et tu as été d'un soutien sans faille. Je t'en remercie grandement.

Sabrina, également d'un soutien sans faille. Je t'adresse ma sincère reconnaissance pour ton aide précieuse.

Louisa, tu es incontournable. Je te remercie pour ton soutien moral et pour le babysitting.

A Loïc, mon compagnon

Je te remercie pour ton soutien, ta patience et ta gentillesse. Toutes tes attentions m'ont beaucoup aidé.

A ma tante Jeannine

Je te remercie pour tes encouragements et ton soutien moral au quotidien. Tu t'es toujours préoccupée de l'avancement de mon travail.

A Géraldine

Merci pour ton aide dans la recherche de mon sujet de thèse.

A Emy, ma fille

Ta naissance a été une motivation supplémentaire dans l'aboutissement de mes études et un véritable moteur pour me surpasser.

A mes amies, Olesea et Caroline

Olesea, amies depuis le début de nos études, tu es d'un soutien moral incontournable. Notre parcours en partie commun nous a rapprochées dans la compréhension mutuelle de nos réussites comme de nos difficultés. Je t'en remercie.

Caroline, amie depuis le collège, nous sommes loin des yeux mais ton soutien moral m'a beaucoup touché.

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	p.15
1. <u>METHODE ET MATERIEL</u>	p.18
1.1. <u>La méthode retenue (méthode qualitative avec entretiens individuels semi dirigés)</u>	p.18
1.1.1. <u>Le choix d'une enquête qualitative</u>	p.18
1.1.2. <u>Le choix des entretiens individuels semi dirigés</u>	p.18
– <u>Principes des entretiens individuels semi dirigés</u>	p.18
– <u>Choix des entretiens individuels semi dirigés</u>	p.19
1.2. <u>Le matériel</u>	p.19
1.2.1. <u>Le recrutement de l'échantillon des médecins généralistes</u>	p.19
1.2.2. <u>La réalisation des entretiens</u>	p.20
1.2.2.1. <u>Le lieu des entretiens</u>	p.20
1.2.2.2. <u>La période durant laquelle les entretiens ont été menés</u>	p.20
1.2.2.3. <u>Le déroulement des entretiens</u>	p.20
2. <u>RESULTATS</u>	p.22
2.1. <u>Les résultats quantitatifs</u>	p.22
2.1.1. <u>L'échantillon (le rapport médecins contactés, médecins retenus)</u>	p.22
2.1.2. <u>La durée moyenne des entretiens</u>	p.22
2.1.3. <u>Le profil des médecins retenus dans l'étude</u>	p.22
2.2. <u>Les résultats qualitatifs</u>	p.23
2.2.1. <u>Une vision similaire de l'activité de prévention par la majorité des médecins généralistes interrogés</u>	p.23
2.2.2. <u>Une place accordée à la prévention soumise à de nombreux facteurs en pratique</u>	p.23

2.2.3.	<u>Une reconnaissance générale de situations nécessitant d'aborder une démarche de prévention.....</u>	p.24
2.2.4.	<u>Des difficultés variables rencontrées pour aborder un thème préventif.....</u>	p.26
2.2.5.	<u>Une méthode de prévention implicite adaptée aux patients.....</u>	p.30
2.2.6.	<u>Des propositions d'amélioration de l'activité de prévention apportées par les médecins généralistes</u>	p.34
2.2.7.	<u>Remarques des médecins généralistes.....</u>	p.39
3.	<u>DISCUSSION.....</u>	p.41
3.1.	<u>Sur la méthode de travail.....</u>	p.41
3.1.1.	<u>La pertinence de l'étude qualitative</u>	p.41
3.1.2.	<u>L'intérêt des entretiens individuels semi dirigés.....</u>	p.41
3.1.3.	<u>La difficulté du recrutement des médecins généralistes.....</u>	p.41
3.1.4.	<u>Les contraintes liées à l'organisation des entretiens.....</u>	p.42
3.2.	<u>Sur les résultats quantitatifs.....</u>	p.43
3.2.1.	<u>La difficulté de rencontrer des médecins de tranches d'âges différentes.....</u>	p.43
3.2.2.	<u>L'homogénéité du sexe des médecins interrogés.....</u>	p.43
3.2.3.	<u>L'influence du nombre d'années d'installation sur la vision de la prévention.....</u>	p.43
3.2.4.	<u>Le facteur relatif de la zone d'exercice sur la prévention.....</u>	p.44
3.2.5.	<u>La difficulté de l'étude de l'impact du mode d'exercice (libéral ou mixte) sur la prévention.....</u>	p.44
3.2.6.	<u>La difficulté de l'étude de l'impact du type de cabinet (activité en groupe ou isolée) sur la prévention.....</u>	p.44
3.2.7.	<u>L'hypothèse d'une influence des formations complémentaires sur la prévention.....</u>	p.45
3.2.8.	<u>Particularités des médecins généralistes.....</u>	p.45

3.2.9. <u>La place de la prévention dans l'activité quotidienne des médecins généralistes.....</u>	p.45
3.3. <u>Sur les résultats qualitatifs.....</u>	p.46
3.3.1. <u>La grande majorité des médecins généralistes n'ont pas de méthode prédéfinie pour aborder la prévention.....</u>	p.46
3.3.2. <u>Les principales difficultés rencontrées sont relatives au patient lui-même.....</u>	p.48
3.3.3. <u>Les médecins généralistes (hommes et femmes confondus) abordent globalement les mêmes thèmes préventifs en consultation.....</u>	p.52
3.3.4. <u>Les « dépistages organisés » (test hemocult, mammographie) constituent un support systématique de prévention utilisé par les médecins.....</u>	p.52
3.3.5. <u>L'implication de l'État est à optimiser pour soutenir davantage les médecins généralistes dans la pratique préventive au cabinet médical.....</u>	p.54
3.3.6. <u>Une consultation annuelle dédiée à la prévention prise en charge par la Sécurité sociale est globalement admise par la majorité des médecins généralistes interrogés.....</u>	p.57
 <u>CONCLUSION.....</u>	 p.60
 <u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	 p.62
 <u>ANNEXES.....</u>	 p.64
<u>Annexe1. La fiche de renseignement du médecin.....</u>	p.65
<u>Annexe2. Le guide d'entretien.....</u>	p.66
<u>Annexe3. Tableau des caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes interrogés et leur mode d'exercice.....</u>	p.67
<u>Annexe4. Le serment d'Hippocrate.....</u>	p.68
 <u>RESUME.....</u>	 p.69

INTRODUCTION

La prévention doit être idéalement une des priorités dans l'activité des médecins généralistes. Un des rôles du médecin généraliste est d'accompagner ses patients dans une démarche préventive concernant leurs facteurs de risques, leur mode de vie, les risques iatrogènes, leurs addictions et les pathologies qui en découlent, notamment cardiovasculaires, néoplasiques... Le médecin généraliste est devenu médecin traitant le plaçant ainsi au centre de la prise en charge globale du patient [1]. Il est également un acteur essentiel de premiers recours dans de nombreux thèmes de santé publique.

La loi de santé publique du 9 août 2004 précise que les consultations médicales périodiques de prévention seront sources d'une remontée d'information sur l'état de santé de la population. Le médecin généraliste serait donc une sentinelle dans l'évaluation de l'état de santé de la population.

Le but de cette étude est de décrire et analyser la gestion de la prévention par les médecins généralistes dans leur cabinet médical.

Ce que l'on sait : Selon le *Baromètre santé médecins généralistes 2009* [2], 60% des médecins généralistes déclarent utiliser des questionnaires préétablis dans leur pratique de prévention. Les thèmes abordés dans l'utilisation des questionnaires suivent l'évolution des mœurs en fonction du temps : entre 2003 et 2009, les thèmes les plus souvent abordés diffèrent, on s'oriente davantage en 2009 sur le tabagisme, les maladies cardio-vasculaires, la nutrition/l'obésité/l'alimentation, la maladie d'Alzheimer/mémoire, l'alcool et la vie sexuelle [3]. La perception du rôle de prévention par le médecin généraliste est plus forte pour les thèmes biomédicaux tels que : risque cardio vasculaire 90.1%, tabagisme 81.7%, consommation d'alcool 75.2%, activité physique 73.3%, alimentation 70.8%, consommation de cannabis 57.1%, vie affective et sexuelle 35.9% [2].

La facilité à aborder certains thèmes préventifs dépend de l'implication et du ressenti du médecin dans son rôle préventif. Les thèmes suivants sont ceux pour lesquels les médecins généralistes se sentent les plus concernés : risque cardiovasculaire 58.8%, dépistage des cancers 50.8%, tabagisme 50.1%, activité physique 46.6%, alimentation 38.7%, surpoids

33.1%, consommation d'alcool 19.3%, usage de drogues 18.9%, vie affective et sexuelle 14.8% [2]. L'Assurance Maladie [4] propose des fiches synthétiques pour guider le médecin généraliste dans sa pratique préventive concernant les domaines suivants : l'hypertension artérielle, le suivi des femmes enceintes, les vaccinations, le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein, la iatrogénie médicamenteuse, les substituts nicotiniques, l'ostéodensitométrie, les antibiotiques.

Selon les médecins généralistes interrogés, les facteurs favorisant la pratique préventive sont les suivants [3] [2] : Plus de temps par consultation 68.4%, des campagnes grand public 42%, rôle de prévention mieux reconnu 47.6%, des supports d'information écrits adaptés 32%, une formation en prévention et d'éducation 32.4%, la possibilité de déléguer certaines de ces activités 33.3% et une rémunération spécifique 36.3%.

Différents groupes d'assurances pratiquent déjà des bilans de santé [1] : Le régime général de l'assurance maladie avec ses « Centres d'Examen de Santé », la MSA (Mutualité Sociale Agricole) et le RSI (Régime Social des Indépendants). Le généraliste qui connaît bien ses patients aborde le patient dans sa globalité sociale, culturelle et sanitaire dans un dialogue de confiance où des sujets habituellement non abordés en consultation classique sont mis en évidence. Des programmes plus vastes et impersonnels ne peuvent pas aborder le patient sous cet aspect convivial et confidentiel de la relation médecin malade, d'où l'intérêt d'optimiser la prévention au cabinet médical du généraliste.

Les problèmes rencontrés:

Par les médecins : manque de bases de données et d'informations efficaces pour une méthode de prévention prédéfinie. Il n'existe pas en France de référentiel global concernant la prévention, les données sont éparpillées et non regroupées [1]. Manque de temps, de motivation si le patient n'est pas demandeur de soins et il n'existe pas de règle absolue de quantification de risque, il est à évaluer au cas par cas [1]. De plus, les valeurs culturelles du médecin ne correspondent pas forcément à sa patientèle : au cours d'une même journée, un cadre en informatique peut côtoyer un jeune sans emploi, une personne défavorisée ou un étranger. D'où la nécessité de s'adapter à la personne que l'on a en face de soi [5].

Ce que l'on ne sait pas : Quelles sont les démarches des médecins généralistes concernant leur activité personnelle préventive au cabinet médical?

Comment envisagent-ils idéalement la prévention à leur cabinet médical? Quels sont leurs besoins? Sont-ils satisfaits de leur activité préventive ?

La question à laquelle cette étude s'efforcera de répondre est la suivante : comment les médecins généralistes perçoivent-ils la prévention dans leur activité au sein de leur cabinet médical?

L'objectif principal est de décrire la façon dont les médecins généralistes perçoivent leur activité de prévention au cabinet médical.

Les objectifs secondaires sont les suivants:

Analyser les éléments descriptifs évoqués par les médecins généralistes concernant leur activité de prévention au cabinet médical.

Proposer des améliorations à la pratique préventive des médecins généralistes au sein de leur cabinet.

Les **résultats attendus** sont :

La perception par les médecins généralistes de leur travail de prévention au cabinet médical.

Propositions d'amélioration de la pratique préventive au vu de l'analyse du questionnaire semi structuré.

1. METHODE ET MATERIEL

1.1. La méthode retenue (méthode qualitative avec entretiens individuels semi dirigés)

1.1.1. Le choix d'une enquête qualitative

Une étude qualitative est une étude qui vise à donner du sens et à comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes [6].

Il s'agit de reformuler, expliquer des témoignages d'expériences ou de pratiques, le but étant de comprendre des attitudes ou des comportements [6].

Une enquête qualitative peut s'effectuer sous forme d'entretiens collectifs (focus groupe) ou individuels.

Dans mon étude, il s'agissait de comprendre la perception qu'avaient les médecins généralistes de leur démarche de prévention au quotidien.

C'est un phénomène non chiffrable car le but était d'analyser leurs pensées, leur expérience. Faire émerger des idées de cette étude.

1.1.2. Le choix des entretiens individuels semi dirigés

– Principes des entretiens individuels semi dirigés

Les entretiens individuels ont consisté à interroger chacun des médecins individuellement dans leur cabinet médical (lieu de leur pratique).

Les entretiens étaient semi dirigés car les médecins répondaient aux questions ouvertes de mon guide d'entretien.

Les réponses étaient libres.

Je reformulais mes questions si nécessaire et écoutais le médecin afin de faire émerger le maximum d'idées sur le sujet.

– **Choix des entretiens individuels semi dirigés**

J'ai préféré le choix des entretiens individuels à ceux en « focus groupe » car je souhaitais un entretien exclusif avec le médecin sur son lieu de pratique habituel.

La conversation y était plus aisée pour le médecin (en territoire conquis) et il ne pouvait pas être influencé par le discours d'un autre médecin si celui-ci faisait partie d'un focus groupe.

J'ai préféré me rendre sur place car par téléphone c'est plus impersonnel et le médecin peut être occupé en même temps à autre chose.

Je voulais instaurer un véritable échange dans notre entretien, autant sur le fond que sur la forme (ce qui semble difficile par téléphone).

Au sein du cabinet du médecin, je pouvais également me rendre compte de l'importance de la prévention : dans certains cabinets, il y avait des affiches de prévention, dans d'autres non, le type de patients en salle d'attente, le type du cabinet (groupe ou individuel).

De plus, les entretiens individuels ont permis une organisation de travail plus aisée pour moi car je contactais les médecins généralistes et fixais un rendez-vous rapidement. Il n'y avait pas plusieurs médecins à contacter pour organiser une séance en groupe.

1.2. Le matériel

1.2.1. Le recrutement de l'échantillon des médecins généralistes

Ma démarche de recrutement de l'échantillon des médecins généralistes a débuté en contactant par téléphone les médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur afin de fixer un rendez-vous en fonction de leurs disponibilités.

Je me suis servie de l'annuaire téléphonique pour contacter les médecins généralistes.

Ils ont été choisis au hasard en suivant l'ordre alphabétique et en fonction de leur lieu d'exercice (rural, semi rural et ville).

Selon le lieu d'exercice sélectionné à différents moments pour les besoins de l'étude, je tirais au sort les médecins.

Étaient exclus les médecins généralistes ayant un mode d'exercice exclusif tel que l'acupuncture, l'ostéopathie, l'homéopathie...

1.2.2. La réalisation des entretiens

1.2.2.1. Le lieu des entretiens

Les entretiens avaient lieu au cabinet médical des médecins généralistes.

1.2.2.2. La période durant laquelle les entretiens ont été menés

Les entretiens ont été menés pendant 2 mois en août et septembre 2014.

1.2.2.3. Le déroulement des entretiens

Brève exposition de l'étude

Je me présentais de nouveau (la première fois étant effectuée par téléphone).

J'exposais l'objet de mon étude en expliquant le sujet et les objectifs.

Je précisais que l'entretien allait se dérouler en deux parties sous forme de questionnaires : une première partie pour situer l'activité du médecin et mieux le connaître (Annexe 1) et la deuxième partie consacrée au sujet de la thèse, la démarche de prévention au cabinet médical, (Annexe 2).

J'informais les médecins que les informations recueillies resteraient confidentielles, anonymes et uniquement utilisées dans le cadre de ma thèse.

Il ne s'agissait pas d'une évaluation de leurs connaissances mais de recueillir leur point de vue, il n'y avait pas de « bonnes ou de mauvaises réponses ».

Consentement des médecins généralistes

Je demandais le consentement des médecins oralement une première fois par téléphone puis une deuxième fois le jour de l'entretien.

Mode de recueil des données

Les données étaient recueillies sur support audio à l'aide d'un dictaphone après obtention du consentement des médecins.

Les questions posées suivaient un fil conducteur adapté au discours du médecin selon mon guide d'entretien (Annexe 2).

Il n'y avait pas d'ordre systématique dans les questions posées afin de suivre les pensées du médecin.

Retranscription

La retranscription des données audio a été réalisée par une secrétaire.

Je relisais les entretiens tapés et si des informations avaient été difficiles à comprendre sur les données audio, je réécoutais l'enregistrement et corrigeais l'entretien tapé.

Codage de l'analyse qualitative

Le codage correspondait à l'analyse des entretiens tapés.

La pensée du médecin était codée selon une idée principale ressortant de son discours.

Dans un premier temps, je décontextualisais le discours du médecin pour faire ressortir toutes les idées exprimées.

Dans un deuxième temps, j'effectuais une analyse transversale en regroupant les idées pour en tirer une interprétation thématique globale.

2. RESULTATS

2.1. Les résultats quantitatifs

2.1.1. L'échantillon (le rapport médecins contactés, médecins retenus)

J'ai contacté par téléphone 24 médecins généralistes sur la région Provence - Alpes - Côte d'Azur. Finalement, j'ai retenu et interrogé 13 médecins généralistes (54% des médecins contactés) pour arriver à saturation des données.

Les raisons pour lesquelles les médecins contactés n'ont pas toujours répondu favorablement étaient les suivantes : médecin absent du cabinet au moment de l'appel, en congés, retraité, message laissé sur répondeur ou au secrétariat mais absence de réponse.

Seuls les médecins généralistes étaient contactés.

2.1.2. La durée moyenne des entretiens

La durée des entretiens était variable en fonction du temps que le médecin pouvait y consacrer et de ce qu'il avait à exprimer concernant le sujet de la prévention. Les entretiens ont duré en moyenne vingt minutes pour la plupart (incluant les deux questionnaires de l'étude), d'autres dix minutes.

2.1.3. Le profil des médecins retenus dans l'étude (Annexe 3)

Le nombre de médecins généralistes interrogés entre hommes et femmes était globalement homogène : six hommes et sept femmes.

La moyenne d'âge, hommes et femmes confondues, se situait à : 46% entre 50 et 60 ans; 24% pour les plus de 60 ans ; 15% entre 40 et 50 ans et 15% entre 30 et 40 ans.

La zone d'exercice sélectionnée se répartissait comme suit : plus importante en ville avec six médecins interrogés, en semi rural cinq et en rural deux médecins interrogés.

Le mode d'exercice était uniquement libéral dans 85% des cas.

Le type de cabinet était à 92% en groupe.

2.2. Les résultats qualitatifs

2.2.1. Une vision similaire de l'activité de prévention par la majorité des médecins généralistes interrogés

La prévention était une préoccupation d'ensemble pour chaque généraliste. « *La prévention, c'est anticiper* ». « *C'est une approche pluridimensionnelle* ».

Les médecins généralistes abordaient un ou plusieurs thèmes préventifs adaptés aux patients et aux circonstances de la consultation. Il n'y avait « *pas de cadre prédéfini* » à l'avance, la prévention était réalisée « *au feeling* » la plupart du temps. « *Facilité par la connaissance qu'on a des patients* », [...] *permet de solliciter le patient sur des aspects préventifs [...] ça vient rarement du patient* ».

Elle incluait les dépistages organisés (« *mammographie, test Hemocult¹*»), « *le dépistage des pathologies chroniques (diabète par exemple) [...] les vaccinations* » et d'autres thèmes comme « *la sexualité, les addictions (alcool, tabac, cannabis), l'activité physique, l'alimentation et les problèmes de poids* ».

Elle était réalisée en fonction du temps restant lors d'une consultation initiale pour un autre motif. « *Les patients ne viennent pas pour Une consultation liée à la prévention (par exemple, le test Hemocult) mais le plus souvent pour un motif aigu ou chronique comme un renouvellement d'ordonnance et en profitent pour montrer leur test Hemocult au médecin* ». En fonction du temps restant, le médecin reconvoquait le patient ou lui en parlait rapidement.

2.2.2. Une place accordée à la prévention soumise à de nombreux facteurs en pratique

Les médecins généralistes accordaient une place permanente et « *opportuniste* » concernant la prévention au cabinet médical. « *C'est un peu baigné dans notre exercice au jour le jour [...] La prévention on en fait chaque jour ! Et presque à chaque consult quoi !* ». Les médecins généralistes m'expliquaient qu'ils s'adaptaient aux patients et aux thèmes préventifs qui étaient « *abordés en fonction des circonstances de la*

1 La Haute Autorité de Santé a émis un avis favorable en 2008 concernant le principe de remplacement du test *Hemocult* au gaïac. Il doit être progressivement remplacé par un test immunologique, plus performant, de recherche de sang occulte dans les selles à partir de l'année 2013. Cependant, le cahier des charges concernant les modalités de mise en place reste à rédiger. Ce test n'est pas encore effectif sur le territoire français [12].

consultation » : « *quelqu'un qui vient avec un problème d'hypertension, on va faire de la prévention au niveau de l'alimentation* ».

Afin d'obtenir un résultat positif concernant un thème préventif, ils me précisait qu'il était souvent nécessaire de « *répéter les informations précédemment données* » en veillant à « *ne pas culpabiliser les patients* » mais plutôt à « *les responsabiliser* ».

Cependant, le « *manque de temps* » était difficile à gérer, les médecins m'expliquaient qu'ils s'attachaient surtout à « *faire passer certains messages* » sans aller au bout des choses par manque de temps essentiellement. Certains reconvoquaient les patients.

Un des médecins interrogés essayait de réaliser un bilan une fois par an : « *Une fois par an, j'essaie de faire le point et puis de voir un petit peu ce qu'il est possible de faire et ce qu'on a oublié* ».

2.2.3. Une reconnaissance générale de situations nécessitant d'aborder une démarche de prévention

La prévention était une « *partie intégrante de l'activité du généraliste* ». C'était un « *automatisme* » acquis : « *Je pense qu'on le fait tellement de façon habituelle [...] ça fait partie des conseils qu'on a à donner, de ce qu'on doit faire* ». « *Je ne me verrai pas prescrire une statine à quelqu'un sans lui donner des conseils nutritifs ou d'activité physique !* ».

Il était important de « *saisir les opportunités* » pour parler de prévention en fonction du type de patients reçu à la consultation. Il y a ceux qui consultent pour un « *motif aigu, on en profitera pour aborder le tabac chez un patient fumeur présentant une bronchite* », « *ceux qui viennent rarement où on s'efforcera plus à parler de prévention car on sait qu'on ne les reverra pas avant longtemps* » et les patients « *chroniques* » qui viennent régulièrement où on aura toujours une consultation dans l'année pour aborder un sujet préventif tranquillement.

La prévention était adaptée à chaque personne et une subtilité du métier était, lors d'une consultation classique, de « *savoir décoder les informations cachées dans une phrase* » et en saisir « *les perches tendues* » par le patient, occasions qu'il nous donnait d'aborder un thème particulier. Par exemple, « *Ba en fait, je bois pas mal, je bois tous les soirs euh*

parce que j'ai du mal à dormir... est ce que vous pouvez me donner quelque chose pour dormir ? ». Le patient vient en fait d'avouer à son médecin qu'il boit et qu'il a peut-être un problème avec l'alcool mais il n'ose pas trop en parler alors il prétexte l'insomnie. C'était un moment privilégié pour aborder le thème de l'alcoolisme.

Les médecins généralistes abordaient plus volontiers certains sujets en fonction de l'âge et des facteurs de risque des patients. Par exemple : « *en pédiatrie avec un nourrisson, on vérifie le carnet de santé avec les vaccinations* ». Pour un « *ado, on va insister sur les différents risques de toxicomanie ou de gynécologie. Une personne plus âgée, on va parler de problème cardiaque, diabétique...* ». « *Quand on a à faire à la famille, on est un peu orienté parfois vers certains facteurs de risque qui peuvent se reproduire ... Ya le mode de vie, le tabac, l'alcool, les risques professionnels...* ». Un des médecins interrogés précisait qu'il essayait de réaliser un bilan annuel chez les adultes à partir de 50 ans type « *contrôle prévention* » : « *j'essaie autant que faire ce peu de faire le point une fois par an ! [...] j'essaie de mettre des petites annotations [...] pour une fois par an, faire le point au niveau préventif [...] La plupart du temps la prévention elle se fait quand même entre guillemets : plutôt après 50 ans* ». Il demandait « *un bilan sanguin avec le cholestérol, le diabète [...] l'ostéoporose chez les femmes ou la prostate chez les hommes, enfin après on fait ça fonction* ».

D'autres médecins privilégiaient certains thèmes préventifs en fonction de l'intérêt particulier qu'ils y portaient. Par exemple : « *je me pose toujours la question du tabac, cholestérol, antécédents intestinaux, pathologie du sein. En pédiatrie, l'environnement familial, chez la nourrice, les modes de garde* ». Concernant d'autres médecins, « *pour les jeunes* », qui sont aussi la patientèle la plus fréquente du cabinet, les thèmes privilégiés étaient « *la sexualité, la prévention contre les MST, la grossesse avec la pilule, le tabac, le régime* ».

La prévention était également adaptée en fonction du temps impartie pour chaque consultation et donc du monde présent en salle d'attente. « *En théorie, la prévention devrait avoir sa place à chaque consultation* ». Cependant, le patient vient pour un motif auquel il faut répondre et « *si le temps de la consultation le permet, on peut s'attarder sur un sujet de prévention* ». Parfois on précise donc au patient de « *revenir pour reparler* » tranquillement « *d'un sujet précis* ».

Certains événements de vie personnels ou dans l'entourage du patient permettaient d'aborder plus facilement un thème préventif car « *le patient se sent vraiment concerné* » et ça l'inquiète. « *Par exemple : le patient fumeur à qui l'on répète souvent qu'il devrait diminuer, arrêter le tabac mais qui finit par être insuffisant respiratoire. En général, il prend conscience de son erreur et il arrête de lui-même* ». Autre exemple, « *l'oncle fumeur dont un patient est très proche est atteint d'un cancer du poumon. Le patient à 25 ans et fume aussi mais sans penser aux conséquences. Il est brutalement choqué par cette annonce* » et en parle à son généraliste. La « *situation est donc privilégiée pour amener une discussion* » sur ce sujet. Il est plus réceptif à une prévention sur le tabac.

2.2.4. Des difficultés variables rencontrées pour aborder un thème préventif

Il y avait principalement certains thèmes préventifs plus difficiles à aborder tant pour le généraliste que pour le patient (qui bien souvent n'est pas vraiment fier de lui ou ne considère pas avoir de problème) comme dans « *l'alcoolisme ou la toxicomanie* ». Les « *vaccinations également, avec le vaccin anti grippal qui peut poser problème avec certains patients [...] : La seule fois où j'ai fait la vaccination contre la grippe, j'ai eu la grippe et je suis resté une semaine au lit, je ne me ferai plus jamais vacciné !* ». Il n'était pas évident de prouver l'intérêt du vaccin dans ce cas-là, il fallait nécessairement s'adapter au patient et lui expliquer les effets secondaires de certains vaccins.

« *Les adolescents* » et certains thèmes préventifs comme « *la vaccination contre l'hépatite B ou le papillomavirus qui nécessitent parfois de longues explications auprès des parents. La grossesse avec la prescription de pilule : dès fois quand les parents ne sont pas d'accord ou pas au courant [...] ça peut poser un peu de soucis* ».

Le manque de temps représentait également une difficulté à palier. En effet, il n'y avait pas de temps dédié à la consultation de prévention. Le médecin généraliste devait le prendre pour aborder un sujet alors que le patient venait pour un tout autre motif au départ (voir plusieurs motifs différents). « *La prévention arrive avec le temps qui reste* ».

Certains médecins généralistes adoptaient une technique pour « déclencher » une consultation de prévention grâce à une prescription d'examen paramédical comme une prise de sang (par exemple) : « *On arrive toujours [...] quelqu'un que je n'ai pas vu depuis longtemps, j'arrive toujours à lui caser soit une prise de sang [...] pour qu'il*

puisse revenir avec des résultats et qu'on puisse se voir en dehors d'une pathologie ». Le patient prend alors conscience qu'il y a un suivi : « *Si on arrive à faire une ostéodensitométrie pour une dame [...] on peut dire voilà vous revenez avec les résultats, on va peut-être pas parler que de ça, on va certainement faire le point de manière plus générale mais ça permet de lui faire prendre conscience qu'il y a un suivi !* ».

Concernant l'activité de généraliste en milieu rural, une difficulté apparaissait concernant l'éloignement des structures pour certains types de prévention : « *Nous on est un petit peu ennuyé pour [...] les mammo et les frottis* ». Le généraliste pouvait faire des frottis mais « *les femmes elles vont venir plus volontiers chez le gynéco ! La proximité, la connaissance rebute un peu pour ce genre d'examen donc elles préféreront voire le gynéco qu'elles verront que pour ça !* ». Il y avait, depuis peu, un gynécologue qui venait faire quelques consultations par mois. Auparavant il n'y en avait pas et le suivi par frottis s'en ressentait. Concernant la prévention du cancer du sein (mammographie), « *C'est l'éloignement ! [...] il y a l'APREMAS maintenant donc théoriquement la prise en charge est totale* » sauf que la ville la plus proche disposant du matériel et du personnel était très éloignée (plus de 50 km).

Le patient est libre de choisir de suivre ou pas les conseils de son médecin. Ainsi, dans la stratégie d'aborder un sujet, il semblait primordial pour beaucoup de médecins généralistes de « *ne pas culpabiliser ou être coercitif* » dans leur discours auprès du patient. Il fallait essayer de lui « *faire prendre conscience* » de ses éventuels problèmes. « *Le patient fait ce qu'il veut* » et son degré d'implication était différent en fonction de son contexte de vie. Il était donc indispensable de s'adapter à chaque patient.

Ainsi, le médecin généraliste devait être persévérant dans le temps et « *répéter, revoir les patients* » plusieurs fois pour « *faire passer un message* ». C'était un travail de longue haleine qui pouvait être décourageant voir « *épuisant* » pour le généraliste. Une des difficultés pour le médecin généraliste était donc de rester « *motivé* » et poursuivre ses conseils. En effet, le patient ne suit « *jamais ce que vous lui conseillez !* ». « *Souvent, on a l'impression d'avoir parlé dans le vide* ». Le patient acquiesce ce que vous dites, il précise que « *le médecin a raison mais c'est comme si vous jetez un caillou dans l'eau, ça fait plouf... et puis il n'y a pas les ondes... vous voyez plouf une fois, deux fois... mais il faut continuer parce qu'un jour cela fera des vagues* ».

Les patients n'étaient pas toujours rigoureux: « *ben ya des gens qui sont récalcitrants [...] qui ne font pas leur mammo, on a beau leur demander de la faire ils ne la font pas ! Qui ne vont pas chez leur gynéco pour faire leur frottis !* ». Le médecin généraliste pouvait également se heurter à un refus des patients : « *On se heurte aujourd'hui même avec toute la bonne volonté du monde à un refus des patients* ».

Selon certains endroits (semi rural et rural), les patients n'étaient pas forcément réceptifs à la démarche de prévention : « *ici les gens ont presque l'impression d'inquisition, ils veulent aller au plus pressé, ils sont en attente d'une prescription et pas forcément [...] d'une ligne de conduite* ». Cette non réceptivité à la prévention semblait être « *patient dépendante* », il n'avait pas le temps, c'était « *difficilement modifiable* ».

Un des médecins interrogés précisait « *la prévention c'est difficile* » par rapport aux mentalités actuelles des patients qui ne se sentent pas concernés. « *Les gens quand on est dans la prévention ils sont pas malades, donc ça les touchent pas. Ils commencent à être intéressés par le problème quand ils ont déclaré la maladie [...] pour eux, la prévention ça sert pas à grand-chose ! Ça n'arrive qu'aux autres !* ».

« *J'ai plein de patients qui me disent : Ah ben c'est sûre qu'à force de chercher on va finir par trouver quelque chose !* ».

« *Y'a des gens qui sont pas soignables [...] on peut difficilement soigner quelqu'un qui ne veut pas qu'on le soigne ! C'est un peu toujours notre problème !* ».

Par ailleurs, beaucoup de patients pouvaient considérer que la prévention était inutile et ne servait pas vraiment puisqu'il existe des médicaments pour traiter les maladies : « *pour le diabète, toute façon je prends des médicaments donc je fais pas attention !* ».

« *Des fois je récupère des diabétiques, je leur dis, bon alors qu'est-ce que vous faites comme régime ?* « *Mais mon docteur ne m'a jamais parlé de régime, il me donne des médicaments !* ». Le patient pouvait se sentir contraint par une idée de maladie et donc préférer la facilité qui était représentée par la prise d'un médicament plutôt qu'un régime bien mené, « *la réalité c'est pas les patients observants [...] Combien de fois j'entends, j'ai du cholestérol ben donnez-moi un médicament parce que je veux pas faire de régime !* ». *C'est difficile de lutter contre ça ! Et ya beaucoup de gens qui sont comme ça !* ».

Certains patients pouvaient appréhender une potentielle mauvaise nouvelle « *Qui font un petit peu la politique de l'autruche et qui ne veulent pas savoir quelque part* ». « *Je leur prescris deux années de suite une prise de sang, ils reviennent la troisième année en ne l'ayant pas fait !!* ». D'autres patients pouvaient également appréhender d'éventuelles contraintes représentées par une pathologie même minime « *Ils essaient toujours de retarder... si on me trouve du cholestérol on va m'empêcher de manger... Alors j'ai pas envie !* »

La démarche de prévention semblait être difficile à appréhender, on a « *rarement l'impression d'avoir fait son boulot* ». « *On se félicite rarement d'un patient qui a suivi un conseil, à qui on a appris quelque chose d'utile pour sa santé. Lorsque c'est le cas, on se félicite d'avoir fait son métier, mais c'est trop rare* ».

Par ailleurs, le médecin généraliste devait savoir rester informé et parfois savoir remettre en cause les « *dogmes* ». « *Ne pas rester dans des certitudes trop figées* ». S'informer. Il existe des informations scientifiques déroutantes, le médecin doit être capable d'analyser ce qui était juste pour sa pratique quotidienne.

Actuellement, certains tests de dépistage, déjà bien installés dans la routine des médecins, sont remis en cause. Par exemple, le dépistage organisé du cancer du sein : « *La mammographie* » est actuellement remise en question par certains « *Des détracteurs qui disent que les dépistages mammos tout ça faut plus les faire !! [...] Du coup ya des gens qui veulent plus faire de mammo !* », « *le dosage du PSA* » et « *la vaccination anti grippale, peut-être en fait-on trop ?* ». Il faut s'adapter au patient, « *des fois il y a des femmes qui évoquent des douleurs au moment de la mammographie* ». Argumenter et « *raisonner avec* » les données actuelles de la science pour convaincre les patients de la nécessité d'un examen n'est vraiment pas évident.

Selon quelques médecins généralistes qui avaient entre 30 et 40 ans d'expérience, la prévention ne représentait pas de difficulté particulière au quotidien. « *On DOIT l'information au patient* ». Le médecin était là pour parler des problèmes du patient et proposer des examens si besoin. « *C'est notre travail essentiel [...] ça a toujours été [...] On est obligé par le fait de la déontologie et par le travail qu'on fait* ». S'adapter au patient, respecter sa volonté.

2.2.5. Une méthode de prévention implicite adaptée aux patients

La plupart des médecins interrogés répondaient « *NON, pas de méthode particulière* » mais dans leur discours et en répondant aux différentes questions durant l'entretien, j'ai remarqué que chacun évoquaient une méthode sans s'en rendre vraiment compte car ce n'était pas systématisé dans leur tête. Ils avaient des moyens personnels pour parler et aborder simplement la prévention lors de leurs consultations.

a. Adopter un discours adapté au patient et manière d'aborder la prévention

En premier lieu, s'adapter au patient était indispensable : « *c'est le secret de la médecine générale* ». Le discours du médecin généraliste ne pouvait pas être le même pour aborder un sujet identique chez deux patients différents. D'ailleurs dans leur discours, tous les médecins s'adaptaient spontanément au patient en fonction de son âge et du thème à aborder.

Exemple d'un « *patient de 50 ans fumeur à qui on a rabâché plusieurs fois (venant de médecins différents) qu'il était nécessaire pour sa santé d'arrêter de fumer* :

Il faut être prudent dans notre discours pour que le patient accepte notre énième information ». Idem pour un patient de 50 ans obèse, sujet parfois « *vexant* » : être « *délicat* » dans notre discours.

« *Concernant les adolescents, s'entretenir respectivement avec l'adolescent et les parents seuls en consultation* » était indispensable pour que certains thèmes relativement intimes ou gênants puissent être abordés facilement. Par exemple, poser la question à l'adolescent « *est-ce que tu fumes ?* ». « *Demander aux parents s'ils ont mis des préservatifs dans un tiroir, en libre accès car c'est difficile pour un adolescent d'aller en acheter* ».

Concernant « *les nouveaux patients* » de certains médecins, « *systématiquement* » pour les adultes le médecin parlait de « *tous les problèmes de santé publique* », des vaccins.

Un « *bilan biologique* » était demandé à la « *recherche de dyslipidémie, d'hyperglycémie...* »

Pour les personnes âgées, les domaines de prévention concernaient surtout la nutrition et les médicaments : « *c'est difficile [...] Essayer d'arrêter certains médicaments qui ne servent à rien* ». « *Evaluer leur capacité à se déplacer, leur marche ; faire une*

visite à domicile pour évaluer le quotidien de la personne âgée, c'est là qu'on se rend compte de tous les problèmes ! [...] Je vais voir dans la pharmacie ! » : Parfois les gens accumulent beaucoup de médicaments, à réévaluer. Effectuer un bilan biologique avec « *créatininémie et clairance adaptée à leur âge systématique* ».

« *Susciter la demande* » et ne pas s'imposer aux patients était intéressant pour tester leur réceptivité à un sujet, y aller « *doucement* », s'adapter « *à ce qu'ils sont [...] à ce qu'ils peuvent faire* ».

« *Interroger les patients sur ce qu'ils savent déjà* ». Les informations détenues par les patients étaient importantes à connaître car ils avaient parfois des « *idées reçues* ». Ainsi, le médecin pouvait rectifier et informer précisément et justement le patient.

Créer un « *climat de confiance avec le patient* » et prise de décision ensemble.

Le patient pouvait se sentir davantage impliqué lorsque le médecin savait définir avec lui une limite à ne pas dépasser à partir de laquelle il risquait d'avoir des problèmes de santé. Un des médecins évoquait une situation personnelle pour convaincre et rassurer son patient : « *Je parle de ma famille [...] je donne mon exemple personnel : tu serais ma fille je dirais [...] ; mes filles je les ai vaccinées* ».

« *Ne pas dramatiser ou affoler les patients avec des informations anxiogènes* ». En effet, « *avec un certain stress, l'information donnée aura l'effet inverse de ce que l'on souhaite* ». L'information pouvait alors être dommageable et n'était plus favorable. « *Ne pas les culpabiliser* », exemple du tabac et de l'éducation sexuelle chez les jeunes. En fait, ne pas faire angoisser le patient mais « *parler vrai* ». Savoir parler de « *cancer* » quand un patient est fumeur. « *Être ferme parfois pour que le patient comprenne les dangers de sa conduite en parlant de ce qu'il risque* ». Exemple du tabac et du risque d'impuissance.

D'autres médecins utilisaient une certaine familiarité avec des patients bien connus pour faire passer un message : « *J'essaie de banaliser un petit peu ! Surtout avec les patients qu'on connaît bien. Bah tu bois bien allez trois verres de vin par repas ! Comme tout le monde !* ». Le fait de « *rajouter : comme tout le monde* » ça passe mieux ! ». Ou « *Tu sais que maintenant les études qu'on a fait, on sait que la*

souplesse qu'on avait avant elle est un peu moins de mise et on sait que c'est quand même beaucoup plus nocif à ce taux là... Enfin voilà ».

La « *méthode de la perche tendue* » ou saisir les occasions que le patient pouvait donner au médecin d'aborder un sujet (délicat) était également une des compétences à acquérir dans la pratique de médecin généraliste. « *Ne pas passer à côté d'une phrase qui cache un problème* » que le patient avouait à demi-mot.

En d'autres termes, « *utiliser la psychologie pour parler au patient* » et savoir être ferme ou empathique quand il le fallait.

b. Selon les recommandations actuelles, scientifiques

En fonction du terrain personnel du patient :

« *En fonction de l'âge* » : Schéma en tête des différentes préventions à proposer (Hemocult, mammographie). « *On a un schéma type qui nous oblige à faire un minimum d'exams à tel âge* ».

« *Des facteurs de risque individuels* » : « *Pousser un interrogatoire sur un patient déjà ciblé par rapport à une pathologie* ».

Selon le terrain familial : Par exemple, « *réaliser des exams (Hemocult, coloscopie) avant l'âge de 50 ans si antécédents familiaux proches de cancer du côlon* ».

« *Un patient qui a ses deux parents diabétiques, je vais lui demander de faire un contrôle diabète très régulièrement* ».

Il était nécessaire que le suivi des recommandations scientifiques soit adapté au patient, par exemple : « *Quelqu'un qui est obèse on va pas forcément avoir la même démarche que quelqu'un qui a 50 ans qui est en pleine forme qui fait du sport tous les jours [...] on est pas devant les mêmes risques* ».

Un des médecins interrogés précisait : « *J'ai un schéma type de choses obligatoires et après je rajoute ou j'enlève en fonction de l'âge et en fonction du terrain* » [...] *c'est pas du feeling* ».

c. Aide matériel

Fiches explicatives des laboratoires laissées au patient « *des fois c'est pas mal fait* ».

Certain médecins aimaient bien laisser une information écrite également : « *j'aime bien écrire les choses [...] qu'ils partent avec quoi* ».

« *Se servir de l'outil informatique* » était un élément important pour effectuer une prévention plus ordonnée « *plus carrée* ». Un logiciel adapté pouvait permettre un suivi régulier. Des informations importantes apparaissent au premier plan de l'ordinateur du médecin facilitent la recherche d'information « *il suffit de cliquer* ». Utiliser un « *filtre de recherche* » pour visualiser toute la mise à jour d'un thème (par exemple dépistage des tumeurs).

L'informatique était utile pour « *s'informer personnellement sur un sujet* ». Mais « *pas pour sortir des fiches à imprimer et à donner au patient* ».

d. Connaître ses limites personnelles dans la prise en charge de certains

patients et trouver une aide externe, « *je ne me sens pas chargé de sauver le monde !* »

Déléguer certaines informations d'éducation quand le patient n'est pas réceptif aux informations « *minimales* » (exemple du « *patient diabétique adressé chez la diététicienne* »).

Etablir un « *suivi systématique pour les psychotiques avec le support d'un psychiatre* ».

« *Adresser les alcooliques en centres spécialisés* ».

e. Certains médecins utilisent déjà une consultation de synthèse ou « CA »

Pour le suivi des malades chroniques mais pas de date précise définie.

2.2.6. Des propositions d'amélioration de l'activité de prévention apportées par les médecins généralistes

La plupart des médecins interrogés pendant mes entretiens hésitaient avant de trouver des moyens d'améliorer leur pratique mais ils trouvaient toujours une méthode qui n'était pas encore mise en place pour faciliter la démarche de prévention.

D'autres n'hésitaient pas et parlaient d'emblée de consultation annuelle dédiée uniquement à la prévention.

Certains considéraient qu'il n'y avait pas de difficulté dans la démarche de prévention et donc pas d'amélioration à apporter.

Voici les suggestions des différents médecins interrogés pour améliorer la pratique préventive au cabinet médical :

a. « Document récapitulant les principaux antécédents et traitement « exact » du patient ».

A fournir par le patient. A créer par le patient ou s'il n'en était pas capable, par son médecin généraliste. Il était intéressant que le patient puisse conserver ce document avec lui. « *Fournir les derniers bilans et compte rendus quand la personne n'est pas connue du médecin* ».

b. Créer un « onglet sur l'ordinateur « examen de prévention » »

A remplir mais rarement réalisé car manque de temps.

c. Créer un système « d'alertes » sur l'ordinateur (déjà effectué dans certains cabinets)

Grâce aux antécédents et item importants intégrés dans le logiciel de l'ordinateur, alertes automatiques concernant certains domaines de prévention. Par exemple, dans la mise à jour régulière de la vaccination.

d. Questionnaire ou « répertoire » sous forme de trace écrite

Items différents proposés sur papier avec cases à cocher

e. Créer une « consultation dédiée à la prévention »

Item revenu de nombreuses fois au cours de mes entretiens. « *Une fois par an* ». Par exemple, autour de « *votre date anniversaire* », pour le « *suivi des malades chroniques* ».

« *Prise en charge par la Sécurité sociale* » avec une demande de consultation stipulant de consulter le médecin traitant à « *titre de prévention* » envoyée aux patients à certains âges de la vie par exemple, ce qui permettrait de « *consacrer un temps de prévention au patient en dehors de tout problème intercurrent* ».

« *Rémunérée honorablement [...] plus qu'un C* ». Symboliquement se serait un temps dédié à la consultation de prévention. « *Quelque chose qui soit attractif financièrement* » pour le médecin « *un peu marre de bosser pour la gloire* ». Cela permettrait une meilleure rigueur dans le travail et la mise à jour du dossier médical.

Donnerait également une indication sur l'implication du patient qui vient ou pas à la consultation dédiée à la prévention. Si le patient ne vient pas au rendez-vous fixé, « *le rendez-vous de prévention ne l'intéresse pas* », c'est une indication pour le médecin : il faut aborder différemment la prévention avec ce genre de personnes « *qui n'ont aucune envie de parler de prévention en tout cas de venir consulter pour ça !* ».

Pour d'autres patients sensibles à leur santé mais venant rarement consulter au cabinet, cette consultation serait intéressante pour établir un bilan de santé minimum : « *des gens qu'on voit pas forcément parce qu'ils sont pas mal [...] qui débarquent parce qu'ils ont du sang dans les selles et « il est trop tard » entre guillemets. Ils ont reçu un truc d'Hemocult ils l'on pas fait, ils ont reçu le deuxième pas fait non plus...* ». Le médecin ne les voyant quasiment jamais ne pouvait pas revenir sur ce type d'examen dont le patient n'avait que faire seul chez lui.

f. « Supports et aides provenant de l'Etat pour pousser les gens à consulter spécifiquement sur des thèmes préventifs ».

Il existe déjà le test Hemocult envoyé par la Sécurité sociale. D'autres informations de ce type envoyées aux patients les inciteraient davantage à consulter à titre préventif.

g. « Optimiser les formations provenant de la Sécurité sociale concernant la prévention »

Contenu plus important et « pragmatique » pour les médecins généralistes.

h. « Campagnes publicitaires à encourager pour soutenir l'activité de prévention » du médecin

Intégrer les médias. Par exemple, « en période d'épidémie de grippe, concernant le vaccin de l'HPV » (spots tv déjà présents), « prévention télévisuelle sur le cholestérol ».

i. « Actualités directement accessibles sur les différents thèmes préventifs en médecine générale »

« Informations récentes et nouveautés, mise à jour régulières adressées au médecin généralistes ».

j. Mener des « actions préventives de notions élémentaires à l'école »

Exemple du « lavage des mains ».

k. « S'inspirer de modèle comme la MSA (Mutuelle santé des Agriculteurs) » ou certains Centres de Sécurité sociale pour la prise en charge préventive

Ils réalisent des « consultations avec un bilan global du patient ». Occasion pour parler de problèmes récurrents pas forcément abordés en consultation classique. Le patient doit ensuite en reparler à son médecin traitant si un problème émerge.

l. Se coordonner avec des « laboratoires et utiliser leurs fiches récapitulatives »

A vérifier car « *pas toujours à jour mais parfois utiles et attention aux orientations commerciales* ».

m. « Supports écrits » à remettre aux patients concernant des « éléments de diététiques »

« *Autrefois, les labos nous donnaient des tables de calories, d'indices glycémiques, des aliments à éviter...* »

n. « Créer un site internet unique regroupant des conduites à tenir sur les différentes préventions abordées en médecine générale ».

« *Les imprimer pour les donner aux patients* » afin qu'ils aient un support écrit : par exemple, des « *feuilles de régime* », « *des petits conseils tout bêtes* ».

o. « Ateliers avec groupes de paroles sur la prévention » où certains thèmes y seraient abordés avec des patients « *participatifs* »

p. S'aider de « spécialistes »

Par exemple de « *médecins spécialistes en addictologie* » avec la gestion du sevrage tabagique.

« *Psychologues* »

q. « Prise en charge pluridisciplinaire » concernant la prévention, notamment des « personnes âgées » :

Concernant la « *prévention médicamenteuse* » principalement:

- « *Travail avec les pharmaciens concernant la polymédication* »: par exemple, « *donner toujours les mêmes génériques pour les personnes âgées qui s'y perdent* »

sinon ». « *Eviter l'automédication* ». Œuvrer pour un meilleur contrôle des dépenses. Envisager de ne pas donner des boîtes à chaque prescription mais « *le nombre juste de médicaments afin d'éviter l'accumulation au domicile* ». Un des médecins interrogés écrit souvent « *ne pas délivrer* » concernant le *Previscan*.

- « *Travail avec les infirmières* » : par exemple, aller « *en visite en binôme (médecin-infirmière) au domicile des patients* » : faire le point sur le quotidien, les médicaments.

r. « *Créer un annuaire téléphonique à jour des différents hôpitaux* » et autres structures médicales du département

Améliorerait la rapidité de prise en charge des patients en évitant de perdre du temps à chercher un numéro. D'autant que les patients au « *moindre petit obstacle [...] risquent de prendre la tangente* ».

s. « *Réévaluation de l'action de prévention menée pour juger de son efficacité* »

- « *A petite échelle, au cabinet* »

Via les logiciels actuels, intégrer un suivi de prévention pour évaluer l'efficacité de l'information donnée sur le tabac par exemple pendant un nombre d'années prédéfini et juger si la méthode utilisée est à modifier ou pas : « *Analyser les résultats pour adapter la méthode* » [...] *les techniques et l'attitude de prévention* ».

« *Importance de considérer la prévention comme un acte en soi !* ».

Le patient doit au final se sentir impliqué dans cette optique préventive, cela ne doit « *pas se faire entre 2 portes* ».

- « *A grande échelle, en impliquant un nombre important de médecins généralistes* »
« *Place privilégiée du médecin généraliste* » qui est « *médecin traitant* » pour évaluer l'impact d'une information donnée il y a 5 ans par exemple à un patient et de savoir où il en est aujourd'hui avec les informations données à cette époque et redonnées par la suite.

Il serait donc intéressant pour améliorer la pratique au cabinet de « *mener une étude en interrogeant les médecins généralistes sur l'évaluation d'un acte de prévention particulier mené dans le temps (exemple du tabac)* ».

t. Actuellement, un des médecins interrogés en milieu rural est en cours de modification de sa pratique préventive

Le statut de maison médicale était en cours de modification pour passer en SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) avec création d'une maison de santé pluridisciplinaire. Il existait déjà dans les locaux « *un cabinet d'infirmières où elles sont trois, de kiné où ils sont trois et également un dentiste* ».

Une activité de prévention à part entière était prévue en collaboration avec le réseau AZALE pour organiser des consultations de prévention avec une infirmière de la maison de santé courant 2015. Projet qui devait être validé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) qui financerait et superviserait ce projet.

« *Avec les infirmières, on a quand même des relations importantes [...] Dans le cadre d'une maison médicale, on a la possibilité d'élargir notre champ d'action à de la prévention et à faire des actions de prévention qui seront réalisées par une des trois infirmières qui est partie prenante* ».

« *Cette infirmière est volontaire, ça l'intéresse [...] Petite rémunération à la clé* ».

En premier lieu, il s'agissait de « *cibler les pathologies chroniques [...] sur l'observance thérapeutique [...] prévention au niveau des pieds du diabète, du suivi des traitements, des facteurs de risques [...] ça pourrait être élargi à de la prévention primaire !* »

2.2.7. Remarques des médecins généralistes

« *On fait souvent de la prévention sans mettre le doigt dessus* ». Au cours de la consultation va se développer un moment où on parlera sûrement de prévention sans l'avoir prévu initialement.

Remarques de quelques médecins marginaux par rapport aux autres interrogés :

« *On ne peut pas avoir de consultation dédiée* », il ne peut « *pas y avoir de cases prédéfinies* », la prévention faisant partie intégrante de la consultation. L'action de prévention devait prendre différentes formes selon le patient et le motif de la consultation. Différents thèmes en découlaient qui n'étaient pas forcément ceux auxquels on pensait au départ. Un autre médecin précisait qu'il avait un temps particulièrement consacré et dédié au patient lors de chaque consultation avec un thème préventif abordé si nécessaire : « *Je prends le temps, j'ai vraiment la place de caser la prévention* ».

« *Actuellement, il existe des moyens de faire de la prévention* ». Exemple de « *l'Hemoccult* » (envoyé au patient), « *du PSA* » qui aide à la prise en charge médicale. Des progrès étaient à réaliser dans la démarche de prévention par les autorités de santé : « *Dépistage du cancer du côlon, au niveau des mammos avec l'APREMAS [...] Ya quand même de gros efforts de fait pour nous aider et nous accompagner !* »

« *La prévention prend une place particulière depuis quelques années dans la pratique du généraliste* ». « *La prévention fait partie de la médecine générale* » avec l'implication des acteurs publics (exemple de l'*Hemoccult* envoyé au patient).

« *La prévention représente un coût élevé* ».

Certaines difficultés évoquées avec l'exemple de la « *campagne de prévention sur la grippe H1N1 : drame majeur mais si les moyens et si la campagne n'avaient pas eu lieu avec survenue de problèmes ça aurait été pire [...] on est critiqué et critiquable* ».

« *On est beaucoup dépendant des gens dans la prévention !* »

« *Pas de solution miracle [...] de toute façon chacun fait ce qu'il peut [...] on a un métier où on est complètement débordé* »

3. DISCUSSION

3.1. Sur la méthode de travail

3.1.1. La pertinence de l'étude qualitative

Le choix d'une étude qualitative s'est imposé de lui-même, compte-tenu de l'angle d'étude de mon sujet de thèse. Mon objectif était de rechercher les perceptions globales des médecins généralistes concernant la démarche de prévention au cabinet médical. Pour cela, je souhaitais analyser leur sentiment, leur expérience et leur vécu. Ces éléments ne pouvaient pas s'exprimer de manière pertinente dans le cadre d'une étude chiffrée (étude quantitative).

Une telle démarche ne pouvait s'inscrire que dans le cadre d'une étude qualitative.

3.1.2. L'intérêt des entretiens individuels semi dirigés

J'ai tout d'abord fait le choix de mener des entretiens individuels plutôt que des entretiens en groupes. Je souhaitais recueillir le sentiment personnel du médecin et éviter une éventuelle interférence de l'influence d'autres confrères. Le but de ces entretiens individuels était de rencontrer le médecin dans son environnement de travail habituel, c'est-à-dire son cabinet médical de consultations.

J'ai ensuite opté pour des entretiens semi dirigés, afin d'établir un véritable dialogue avec les médecins, tout en les guidant à l'aide d'un questionnaire composé de questions dites « ouvertes ». Le déroulement de ces entretiens consistait à soumettre des questions préparées, en les reformulant si nécessaire, puis à laisser le médecin exprimer librement sa réponse. Pour cela, je tentais d'instaurer un climat favorable, en précisant qu'il n'y avait pas de « bonnes ou mauvaises réponses » et que j'attendais uniquement qu'ils me parlent de son expérience personnelle.

3.1.3. La difficulté du recrutement des médecins généralistes

Le recrutement des médecins par téléphone n'est pas aisé.

Je me suis tout d'abord heurtée à des contraintes d'organisations personnelles. En effet, mon emploi du temps d'interne en stage a parfois limité mes possibilités de contacter ou recontacter des médecins.

J'ai ensuite pu constater que ma démarche de contact téléphonique présentait une contrainte de temps pour les médecins.

Certains ne m'ont jamais recontacté malgré des messages laissés sur leur répondeur ou directement à la secrétaire d'un cabinet (ville et rural).

D'autres hésitaient au téléphone, s'assurant avant tout que mon entretien n'allait pas durer « trop longtemps ». Tenant compte de cet élément, j'ai ensuite modifié mon approche en précisant d'emblée que l'entretien durait 15 minutes.

En tout état de cause, les médecins avec lesquels j'ai pu m'entretenir ont toujours répondu favorablement pour un entretien concernant ma thèse, ce qui m'a encouragé.

3.1.4. Les contraintes liées à l'organisation des entretiens

Lieu

Dans cette étude, il a été nécessaire de se déplacer en voiture d'une ville à l'autre et de milieux semi ruraux à ruraux.

Les distances en semi rural et ville étaient correctes dans un rayon de 20km mais le rayon pour les milieux ruraux étaient plutôt dans un rayon de 100km.

Une organisation précise était nécessaire.

Durée

La durée des entretiens était à anticiper par téléphone le jour où je contactais les médecins. Je leur précisais que cela durerait 15 minutes. C'est une donnée importante pour les médecins qui sont souvent débordés par leur patientèle et ont peu de temps à consacrer à un entretien durant plus de 15 minutes.

Animation

J'ai interrogé les médecins en tant qu'enquêtrice, rôle que je n'avais jamais endossé.

Les premiers entretiens ont pu être moins pertinents pour l'étude car je devais gérer la dynamique de l'entretien et le contenu des réponses, ce qui n'est pas aisé lorsque l'on débute.

Cependant, rapidement, les entretiens à partir du 3^{ème} se sont améliorés et les réponses ont pu être plus approfondies.

En reformulant les questions et en instaurant un climat de confiance avec le médecin, le contenu de l'entretien s'en est nettement amélioré.

Bien entendu, une donnée non modifiable était que certains médecins n'étaient pas forcément inspirés le jour de l'entretien qui a donc duré peu de temps et où le contenu était plutôt faible (mais présent).

3.2. Sur les résultats quantitatifs

3.2.1. La difficulté de rencontrer des médecins de tranches d'âges différentes

Je ne pouvais pas savoir à l'avance quelle était la tranche d'âge des médecins avant de les rencontrer.

Cette donnée n'a donc pas été anticipée.

Elle représente la population de médecins généralistes que j'ai interrogés, non maîtrisée.

3.2.2. L'homogénéité du sexe des médecins interrogés

Cette donnée a volontairement été recherchée afin d'affiner la représentativité de mon échantillon de médecins généralistes. Je n'ai pas remarqué de différence dans la pratique de la prévention entre hommes et femmes.

3.2.3. L'influence du nombre d'années d'installation sur la vision de la prévention

Il semble que le nombre d'années d'installation ait peu d'influence sur la façon de mener une démarche de prévention.

Globalement, les médecins quel que soit leur âge adoptaient le même discours.

J'ai cependant remarqué que certains des plus expérimentés (deux médecins de plus de 60 ans installés depuis 30 ou 40 ans) n'éprouvaient pas de difficulté particulière à réaliser leur prévention, c'était un acte confondu avec leur consultation habituelle.

3.2.4. Le facteur relatif de la zone d'exercice sur la prévention

En milieu rural, les médecins interrogés appartenait à des maisons médicales.

L'un des médecins a précisé que cet aspect de l'organisation médicale permettait d'accorder plus de temps pour la prévention réalisée en collaboration avec un acteur paramédical (infirmière volontaire).

D'ailleurs, l'activité de cette maison médicale s'est modifiée pour passer en maison de santé regroupant différents médecins spécialistes et paramédicaux au sein d'un même bâtiment.

L'éloignement des structures médicales inciterait donc davantage les médecins à investir des moyens pour réaliser une prévention à part entière.

Cette entreprise de maison de santé ne s'est pas retrouvée en milieu semi rural ou en ville. Une des hypothèses est peut-être la proximité avec les hôpitaux qui ne pousse pas les médecins à modifier leur activité ou le nombre de patients important laissant peu de place à la réflexion sur l'amélioration de la pratique préventive.

Par ailleurs, la dynamique de la ville et l'activité des paramédicaux (infirmiers surtout) débordés par leur activité de soins ne laissent que peu de place à la prévention.

3.2.5. La difficulté de l'étude de l'impact du mode d'exercice (libéral ou mixte) sur la prévention

Je n'ai pas été mise en mesure de savoir si le mode d'exercice avait une influence sur la façon d'appréhender la prévention car je n'ai rencontré que des médecins libéraux dans la grande majorité des cas.

3.2.6. La difficulté de l'étude de l'impact du type de cabinet (activité en groupe ou isolée) sur la prévention

Il n'est pas ressorti de mes constatations que l'activité de prévention ait été modifiée par l'effet de groupe.

J'ai interrogé dans la grande majorité des cas des médecins appartenant à des groupes mais sans en percevoir une influence sur la dynamique de prévention.

Cette activité faisant généralement partie intégrante d'une consultation médicale et réalisée si le temps le permet, il me semble que les médecins n'ont pas nécessairement abordé ce sujet entre eux afin de mettre en place une activité « prévention » particulière.

L'un des médecins interrogés appartenant à un groupe a cependant émis l'hypothèse d'en parler à ses confrères afin de mener des ateliers sur la prévention avec des patients motivés.

3.2.7. L'hypothèse d'une influence des formations complémentaires sur la prévention

L'un des médecins interrogé a évoqué une formation concernant l'addiction lui ayant servi dans sa pratique quotidienne pour aborder le sujet avec ses patients.

Un autre m'a précisé que certaines formations de la sécurité sociale étaient incomplètes et donc peu efficaces pour améliorer l'activité du médecin.

On peut donc se poser la question de l'influence des formations actuelles concernant la prévention au cabinet médical qui visiblement nécessiteraient d'être améliorées pour avoir un impact réel et efficace dans la pratique quotidienne du médecin généraliste.

3.2.8. Particularités des médecins généralistes

Certains médecins généralistes ayant des diplômes spécialisés comme la capacité de gériatrie orientaient davantage leur patientèle dans ce sens. Ils pratiquaient une prévention ciblée et bien caractérisée sur ses personnes là.

Une autre donnée intéressante était qu'il existait une influence de la fréquence de certaines patientèles (enfants, adolescents ou personnes âgées) qui incite les médecins à pratiquer une prévention ciblée. Ils adoptaient d'ailleurs une méthode avec des questions et préoccupations systématiques envers ces personnes-là.

3.2.9. La place de la prévention dans l'activité quotidienne des médecins généralistes

J'ai pu observer que la place de la prévention était globalement opportuniste.

Il n'y avait pas de règle établie, c'est en fonction du contexte et du patient qu'un élément de prévention était ou pas abordé.

Il n'existait pas de systématisation de l'activité de prévention.

C'est un domaine qui reste à faire évoluer.

3.3. Sur les résultats qualitatifs

3.3.1. La grande majorité des médecins généralistes n'ont pas de méthode prédéfinie pour aborder la prévention

La plupart des médecins interrogés répondaient qu'ils n'avaient pas de méthode prédéfinie systématisée mais j'ai souvent remarqué qu'en réfléchissant, ils trouvaient des subtilités dans leur manière d'aborder certains thèmes préventifs, adaptés aux patients.

Certains médecins utilisaient une aide matériel pour aborder plus facilement des thèmes préventifs avec leurs patients. L'étude de l'ORS PACA INSERM U379 menée en 2006 concernant les pratiques des médecins généralistes en matière de prévention [7] précisait que l'utilisation de *questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risques ou au dépistage d'une pathologie* est réalisée par 12.9% des médecins interrogés. L'étude du Baromètre santé médecins généralistes 2009 [2] a démontré que leur utilisation avait tendance à augmenter entre 2003 et 2009 et précise que cette évolution pouvait s'expliquer par la meilleure maîtrise de cet outil de prévention et *l'incitation des autorités de santé publique*. Pour autant ni ces résultats, ni cette tendance ne se sont reflétés dans mon étude puisque aucun des médecins interrogés n'a précisé utiliser un questionnaire. Finalement, à la lumière de ces études, mes résultats démontraient que le questionnaire pouvait être un outil complémentaire et secondaire de prévention.

Ainsi, d'après mon étude certains utilisaient des fiches proposées par les laboratoires comme support informatif ou leur ordinateur en cherchant des informations sur leur logiciel informatique. D'autres laissaient une information écrite sur simple ordonnance

au patient. D'autres encore affichaient en salle d'attente les campagnes de prévention notamment sur l'équilibre alimentaire, la prévention sur le HPV, ou sur le cancer colorectal. Mes résultats ont confirmé les données mises en avant selon l'étude Baromètre santé médecins généralistes 2009 qui précisait notamment que les médecins généralistes favorisaient les *conseils oraux* ou encore les *brochures d'informations* [2] plutôt que d'autres méthodes.

Une *consultation annuelle de prévention* était effectuée par 18.1% des médecins [2]. Dans l'étude ORS PACA INSERM U379 « *moins de 2 sur 10 proposent une consultation annuelle de prévention* » [7]. Il n'y était pourtant pas précisé le type de patients visés par cette consultation annuelle (patients chroniques ? présentant des facteurs de risques particuliers ?). Cependant, ce faible résultat a coïncidé avec mon étude où seuls 2 médecins s'efforçaient de réaliser un bilan préventif annuel, un concernant des patients présentant des maladies chroniques et l'autre concernant ses patients à risques à partir de 50 ans. Toutefois, dans mon étude, cette consultation annuelle préventive était une idée admise par la très grande majorité des médecins interrogés qui précisaient vouloir la réaliser avec le soutien (financier) de la Sécurité sociale.

Un autre élément tendant à démontrer l'absence de méthode prédéfinie pour aborder la prévention était le journal de bord d'un médecin à la ville [8]. Dans ce journal, le médecin précisait qu'il était « perplexe » concernant la prévention en médecine générale. Il « *repère les moments où il insuffle des informations de prévention [...] il a l'impression que tout est intriqué [...] la première prévention est de donner de bons soins* ». Il recherchait différentes sources afin d'améliorer sa conduite préventive en cabinet, notamment, il a rassemblé sur un mois des coupures de journaux parlant de prévention. Il s'interrogeait également sur l'origine de l'obésité sur des enfants d'âge scolaire et remarquait que cela était souvent lié à une certaine précarité socio affective. Il se demandait comment aborder les parents de patients en surpoids, voire en obésité, comment leur faire admettre leurs erreurs alimentaires, de quelle façon les aborder pour qu'ils puissent changer leur comportement. Il pensait que des techniques de communication pouvaient être utiles mais il n'avait pas pu bénéficier de formation à ce sujet à la faculté, à son regret. Concernant les adolescents, il s'interrogeait sur le tabagisme et se demandait si la contrainte pouvait avoir des effets bénéfiques. Il est

ainsi ressorti de ce journal de bord, qu'une bonne prévention reposait sur la capacité du médecin généraliste à s'auto-informer régulièrement mais plus que tout, sur sa capacité à adapter la prévention aux patients. La prévention s'exerçait principalement à travers le discours du médecin à son patient. Son rôle était alors de capter l'attention de son malade et lui « insuffler » un comportement sain, quelque soit le milieu social dont il était issu, son âge et sa capacité de compréhension. J'ai pu retrouver ce raisonnement dans mon étude.

Dans le rapport rédigé par le Haut Conseil de la Santé Publique en 2009 au sujet des consultations de prévention [1], s'y retrouvait l'idée que la prévention était un dispositif peu organisé. En France, il n'existe pas de référentiel couvrant l'ensemble des pratiques cliniques préventives de l'adulte. Ce rapport précisait qu'il était urgent que l'HAS (Haute Autorité de Santé) en lien avec l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) ainsi que des spécialistes et sociétés savantes concernées réalisent ce travail à actualiser régulièrement.

En somme, il n'y avait pas de méthode prédéfinie pour aborder la prévention. Celle-ci se faisait à l'aide de nombreux outils que les médecins généralistes utilisaient différemment selon les patients. L'enjeu de la prévention pour un médecin généraliste était donc de dispenser la prévention la plus adaptée à ses patients, autrement dit, une prévention différenciée et individuelle.

3.3.2 Les principales difficultés rencontrées sont relatives au patient lui-même

Les principales difficultés rencontrées relatives au patient lui-même se sont exprimées dans la perception de la prévention et dans certains thèmes abordés :

Concernant la perception de la prévention :

En France, le médecin est essentiellement consulté pour un problème de pathologie installée. Concernant la démarche de prévention, les patients semblaient régulièrement difficiles à atteindre. En effet, il y avait ceux qui ne voulaient pas découvrir une pathologie, ceux qui pensaient que les médicaments aller résoudre leur problème et ceux qui n'avait pas le temps, par un métier trop prenant, par exemple, ne

les autorisant pas à prendre un moment pour leur santé. J'ai également remarqué que les patients les plus observants qui revenaient régulièrement en consultation et attentifs aux conseils de prévention étaient aussi ceux qui n'avaient pas forcément besoin de conseils supplémentaires contrairement à ceux qui venaient rarement au cabinet. Il y avait aussi les patients qui réalisaient une « fausse prévention » en demandant sans arrêt des examens complémentaires pour finalement ne pas suivre les conseils du médecin en la matière (par exemple, une hypercholestérolémie retrouvée au bilan lipidique d'un patient qui n'a pas changé pas ses habitudes alimentaires).

L'aspect préventif était encore difficile à intégrer malgré les efforts réalisés par les médecins et l'État (campagne d'information notamment). En France, il persiste un problème de perception de la prévention en elle-même : c'est un phénomène culturel qui n'est pas encore établi. Mais on peut espérer que cela s'ancre à terme grâce à la répétition et l'insistance de la politique de santé à ce sujet.

En d'autres termes, le patient représentait la limite du système : le médecin pouvait s'évertuer à prodiguer des conseils préventifs, si le patient n'était pas prêt à les entendre, il fallait être patient et répéter ses conseils pour qu'un jour, peut-être, ces conseils soient entendus. Il fallait donc axer les informations sous forme attrayante pour capter l'attention du patient « récalcitrant ».

Cette idée était illustrée dans le Baromètre santé médecins généralistes 2009 [2] où il était précisé que l'alliance avec le patient pour un projet thérapeutique était primordiale. Une simple délivrance de conseils ne permettait pas au patient de modifier son comportement.

De même, dans l'étude de l'ORS PACA ISERM U379 [7], les médecins déclaraient à 33.8% que la résistance des patients représentait un obstacle à la prévention.

Dans le modèle présenté par la MSA (Mutualité Sociale Agricole), le taux de participation à la consultation de prévention différait d'un département à l'autre [1]. Plus particulièrement, il apparaissait que les 16-24 ans étaient peu concernés par la prévention. La MSA envisageait d'intégrer une évaluation audiovisuelle des adhérents à la consultation de prévention pour la rendre plus attractive. Cette approche ne m'a semblé que peu pertinente dans la mesure où la difficulté de cette consultation ne

résidait pas dans la teneur des examens mais plutôt dans la perception de la prévention et de son importance par les patients. A ce titre, la Société Mutualiste des Etudiants de la Région Parisienne (SMEREP), dans une enquête publiée en 2002, en partenariat avec l'ORS d'île-de-France, avait mis en place des consultations de prévention annuelle à l'attention des étudiants adhérents à cette complémentaire. L'étudiant choisissait le médecin généraliste auprès duquel il souhaitait effectuer cette consultation. Divers sujets étaient abordés ; il s'agissait d'évaluer l'étudiant dans sa globalité (conditions de vie, habitudes, risques pris par l'étudiant concernant sa santé comme les addictions, alcool et drogue), réaliser certains dépistages comme les infections sexuellement transmissibles, l'orienter vers un professionnel de santé (psychologue, spécialistes). Cette consultation, rémunérée à hauteur de 2,5€, consistait pour le médecin, à remplir un questionnaire exhaustif de 42 questions sur l'état de l'étudiant. Le bilan qui a été dressé par l'Union Régional des Médecins Libéraux d'Île-de-France et de la SMEREP a révélé que la mise en place de cette consultation était positive : 62% des praticiens et 80% des étudiants se déclaraient satisfaits tant en terme de rémunération pour les uns que de temps de consultation pour les autres.

Pourtant, malgré une communication ciblée et un succès avéré, le taux de fréquentation a régulièrement diminué. Cela pouvait s'expliquer par l'implication du patient en la matière.

Ainsi, même dans un système satisfaisant pour les différents protagonistes, le médecin et le système de santé en général se sont heurtés à l'obstacle du patient lui-même. L'idée pourrait être d'espacer ces consultations dédiées non d'un an mais de deux ou trois ans afin d'espérer une fréquentation plus régulière.

Concernant les thèmes abordés :

Les thèmes concernant les conduites addictives, alcool et toxicomanie ainsi que le thème de l'obésité ont été régulièrement difficiles à aborder tant par le médecin lui-même que par le patient.

Concernant plus précisément la toxicomanie, dans le journal de bord du médecin de ville dans *Regards croisés sur la prévention en médecine (aspects éthiques et déontologiques)* [8], la prévention principale était de voir les toxicomanes consommer

« moins de toxiques nuisibles ». L'idée principale étant d'être là « en assistance, sans chercher à vouloir un résultat d'abstinence complète », savoir être patient, et les accompagner sans se précipiter sur des idées trop brutales, comme arrêter le tabac et arrêter la consommation de drogue illicite. Il fallait pouvoir s'adapter au rythme du patient. Dans mon étude, l'un des médecins préférait orienter les patients toxicomanes vers un spécialiste plus habitué à communiquer avec ce type de personne.

Concernant l'addiction à l'alcool, mon étude a révélé que plusieurs médecins estimaient qu'il y avait un temps pour aborder ce sujet. Ce sujet devait être amené avec subtilité, surtout si le patient n'avait pas conscience de son problème. En effet, s'il n'admettait pas être malade, il ne pouvait pas se traiter.

La prévention représentait une activité redondante dans la mesure où elle était nécessairement répétitive. Le médecin pouvait, dans ces circonstances, se sentir lasse et parfois découragé devant l'absence de résultat immédiat. De la perception d'un message de prévention par le patient en découlait un sentiment d'efficacité ou pas du médecin généraliste. L'étude de l'ORS PACA INSERM U379 [7] menée en 2006 concernant les pratiques des médecins généralistes en matière de prévention précisait que le sentiment d'inefficacité des médecins représentait 17.7% des médecins interrogés. Cet obstacle a régulièrement été rapporté par les médecins dans mon étude. De même dans le journal de bord du médecin de ville [8], il précisait « *qu'il y a des périodes de la vie des gens où ils sont réfractaires à tout* ». Pour autant il fallait persister dans un message de prévention répétitif, même s'il n'était « *pas entendu sur le moment* ». A un moment donné, le patient en aurait peut-être conscience.

De façon plus générale, les patients acceptaient d'écouter un message de prévention mais éprouvaient parfois des difficultés à réaliser les conseils donnés, tels que 30 minutes de marche par jour. Soit leur emploi du temps ne leur permettait pas d'être disponible pour de la marche (horaire de travail, fatigue de la journée...) soit même s'ils comprenaient l'enjeu d'un exercice régulier pour leur bonne santé, ne se sentaient pas de le faire. Ils restaient passifs et remettaient leur marche à un autre jour (qui ne se réalisait pas en fait).

3.3.3 Les médecins généralistes (hommes et femmes confondus) abordent globalement les mêmes thèmes préventifs en consultation

Selon l'étude de l'ORS PACA INSERM U379 concernant les pratiques des médecins généralistes en matière de prévention menée en 2006 [7], « *plus de 9 médecins sur 10 interrogent les patients sur le tabagisme* » (femmes 99%, hommes 96%). La majorité des médecins (*plus de 80%*) proposaient une mammographie (femmes 99%, hommes 95%), repéraient des éventuels effets iatrogènes des poly prescriptions chez les personnes âgées (hommes 89%, femmes 82%), repéraient les problèmes de poids chez l'enfant (femmes 90%, hommes 83%) et informaient les jeunes sur la contraception (femmes 87%, hommes 71%). Ces données mettaient en évidence que ces thèmes étaient abordés quasiment indifféremment par les médecins hommes et femmes, ce que j'ai également pu remarquer dans mon étude où par exemple, la majorité des médecins interrogés, hommes et femmes, précisaient aborder le tabagisme à l'occasion d'une bronchite chez un patient fumeur.

Concernant la problématique du temps à dédier à la prévention, dans une étude sur l'évaluation des médecins libéraux dans le bon usage des médicaments [9], il était indiqué que les femmes passaient plus de temps par consultation, en moyenne 15% de plus que les hommes. J'ai retrouvé cette idée dans mon étude mais pour autant, j'ai retrouvé quasiment autant d'hommes que de femmes qui mettaient en évidence le manque de temps à consacrer à la prévention.

3.3.4 Les « dépistages organisés » (test *Hemocult*, mammographie) constituent un support systématique de prévention utilisé par les médecins

Dans mon étude, plusieurs médecins ont évoqué ces dépistages organisés comme moyen d'aborder la prévention au cabinet. C'était l'occasion de revoir les antécédents des patients et de parler de cancer du sein et colo rectal. Le Baromètre santé Médecins généralistes 2009 [2], a confirmé cette idée puisqu'il apparaissait que les médecins abordaient dès lors plus aisément- à 95,5%- le dépistage des cancers en consultation. Plus précisément, 50,8% estimaient que traiter de ce sujet était « tout à fait » facile et 44,7% estimaient que cela tait « plutôt » facile.

Ces deux dépistages, test *Hemoccult* et mammographie, sont adressés par courrier au patient qui doit en parler à son médecin généraliste. L'intérêt de ces tests adressés par courrier est que le patient s'interroge en amont de la consultation sur ce qu'est ce test, son but, ses conséquences. Ainsi, lorsqu'il en parle à son médecin, ses questions sont précises ou au moins relativement ciblées. Cela participe à sa sensibilisation.

Toutefois, le patient, selon mon étude venait rarement uniquement pour ce motif. La plupart du temps, il venait pour un problème aigu et c'était l'occasion de parler du test en question. Cela pouvait signifier qu'en l'absence de consultation prévue après réception du courrier, il se pouvait que la patient oublie, ou tout simplement qu'il ne se déplaçait pas pour une consultation uniquement au sujet du test. Cela démontrait qu'une fois de plus, la prévention apparaissait comme une préoccupation secondaire chez nombre de patients. Cet aspect a été déploré par la plupart des médecins qui n'avait alors pas assez de temps pour en parler.

Néanmoins le bénéfice de ces tests reste important. Actuellement, la recherche avance au sujet d'autres dépistages de cancer. Par exemple, concernant le cancer du poumon, la revue *PlosOne* a publié en Octobre 2014, une étude dirigée par le Professeur HOFMAN, au Centre Hospitalier Universitaire de Nice [11]. A partir d'une simple prise de sang, il pouvait être possible de détecter très précocement des cellules tumorales circulantes provenant de cancer du poumon, non encore détectable par imagerie. Cette étude portait essentiellement sur des patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), ce qui constituait un biais pour généraliser ce test à des patients sains. C'est pourquoi, une étude complémentaire était prévue prochainement. Cette avancée médicale spectaculaire concernant ce cancer, bien souvent détecté trop tard, laissait une ouverture intéressante pour réaliser ce test chez les patients BPCO à l'avenir. Ainsi, le médecin traitant pourrait prescrire cette prise de sang au même titre que la mammographie pour le cancer du sein.

3.3.5 L'implication de l'État est à optimiser pour soutenir davantage les médecins généralistes dans la pratique préventive au cabinet médical

Dans mon étude, les médecins généralistes ont proposé plusieurs pistes d'amélioration pour leur pratique préventive.

Il a ainsi été mis en avant qu'une prise en charge dès l'enfance, en milieu scolaire, était judicieuse. En effet, les enfants sont très réceptifs à une éducation ludique dans laquelle la prévention peut facilement s'inscrire. Par exemple, d'après mon expérience personnelle, dans les années 1990, des intervenants extérieurs participaient à des actions de préventions, notamment lors de kermesses dédiées à certains thèmes comme les consignes pour bien se brosser les dents, ou encore sur l'alimentation équilibrée (quiz, jeux de rôle, dessin, carnet de jeux illustrés, cadeaux). Sous une autre forme, certaines écoles avaient inscrit le brossage systématique des dents après le repas de midi dans le déroulement de la journée. Plus actuellement, la prévention contre l'obésité est particulièrement développée dans les milieux scolaires, notamment dans les lycées avec le retrait des distributeurs automatiques de nourritures grasses, sucrées et de boissons gazeuses.

Les plus jeunes acquièrent durablement des réflexes et des habitudes à travers l'enseignement du milieu scolaire dans la promotion de la santé. Il serait intéressant et pertinent de développer davantage cet aspect de la prévention à titre systématique. Par exemple, l'un des médecins interrogé lors de mon étude évoquait l'importance d'informer les enfants de se laver les mains régulièrement : avant/ après le repas, après être allé au toilette, et pas seulement en période d'épidémie infectieuse (grippale).

Selon l'un des médecins de mon étude, le support internet était particulièrement utile. Néanmoins, il était indispensable de l'améliorer en termes d'accès et de lisibilité de l'information. Ainsi, il suggérait la création d'un site internet unique fiable concernant la prévention, sur le modèle de celui dédié au service public (Service-public.fr), qui regrouperait l'ensemble des actualités, documentations et recommandations à l'attention des médecins généralistes. A ce jour, j'ai pu constater qu'un site internet existait- le site de la Sécurité sociale, « ameli.fr », rubrique prévention - mais

qu'effectivement certains points devaient être améliorés, notamment le manque d'actualisation concernant certaines rubriques (concernant les antibiotiques, la fiche d'information a été actualisée pour la dernière fois en 2010). Le médecin reste toutefois dans l'obligation de s'informer régulièrement et d'effectuer une démarche de recherche pour maintenir ses connaissances à jour. Il serait utile que chaque médecin puisse se créer sa propre base de ressources à consulter lorsqu'il en a besoin.

Par ailleurs, il existe plusieurs outils informatiques de prévention qui ont été expérimentés [1]. Le système informatique *Estimation Personnalisée du Risque (EsPeR)*, relatif à une consultation de prévention structurée. Il a pour but de déterminer le profil de risque du patient et dure en moyenne 35 minutes. La longueur de cette consultation m'a semblé peu compatible avec une activité en cabinet au regard de la disponibilité des médecins généralistes. Ces derniers ne m'ont d'ailleurs pas évoqués cet outil. Un autre logiciel, Plan de Prévention Personnalisé (PPP) est disponible gratuitement et téléchargeable sur internet depuis 2005. Il met à disposition une dizaine de fiches conseil et permet d'évaluer un profil de risque avec les actions à mettre en place. Il y a également un calendrier de suivi. Bien qu'intéressant, il n'existe pas de données permettant de démontrer son efficacité. La création de ces logiciels semble intéressante, pour autant, j'ai remarqué que les médecins interrogés ne m'ont pas dit utiliser ce genre de logiciel.

Aussi, une approche centrée sur le patient pourrait être imaginée : il s'agirait de créer un site internet avec un accès réglementé (code confidentiel) afin d'établir le profil de risque du patient. Ce dernier pourrait remplir de chez lui un questionnaire auquel le médecin aurait accès à tout moment, constituant une base pour les consultations à venir. La question du temps passé par consultation au sujet de la prévention serait mieux maîtrisée.

Au sujet des campagnes publicitaires (télévisuelle, Radio, affiches), mon étude a révélé que ce volet était bien développé. Les médecins interrogés estimaient que cette action était un soutien dans leur pratique de prévention et qu'elle devait être

maintenue. Ces campagnes sensibilisent les patients de façon à faciliter et faire perdurer le discours du médecin dans le temps, comme le démontre la campagne de prévention « manger-bouger ». Débutée en 2004, elle continue d'être effective encore à ce jour et a même été renforcée en Octobre 2012 afin d'améliorer la notoriété du site et mieux expliquer la mise en pratique des conseils délivrés [10].

Toutefois, l'évaluation de l'efficacité de ces campagnes demeure floue. J'ai pu déduire de mon étude que le soutien apporté par ces campagnes était réel mais qu'il pouvait être plus abouti de façon à motiver et encourager les médecins généralistes. En effet, si la prévention par le biais de campagne publicitaire était très active, la communication des résultats en termes d'efficacité était quasi inexistante. Le médecin devait chercher particulièrement les résultats voulus. Par exemple, au sujet de la campagne « manger-bouger », les spots télévisuels étaient visibles par des millions de français chaque jour tandis que les conséquences de ce message sur la diminution de l'obésité, par exemple, n'étaient que peu communiqués. Ces résultats pourraient faire l'objet d'une diffusion plus importante sur le modèle des campagnes de prévention routière dont l'efficacité s'est évaluée au regard du nombre de décès par rapport à l'année précédente, et aux résultats des contrôles routiers (alcoolémie, excès de vitesse). La communication des résultats permettant au médecin de « visualiser l'avant et l'après campagne » le guiderait pour réajuster et adapter sa propre pratique de la prévention.

J'ai noté dans mon étude que les dépistages organisés étaient particulièrement appréciés et utilisés par les médecins. Aussi, il serait intéressant de pouvoir étendre cette méthode à d'autres dépistages. En effet, la méthode du dépistage organisé répond à certains critères : le test doit être reproductible, accepté par la population, peu coûteux et peu invasif. La mise en œuvre de ces dépistages dépend, entre autres, de la recherche scientifique, qui elle-même dépend de son financement. C'est pourquoi, le soutien financier des recherches sous forme de subvention accordée par l'Etat permettrait à terme de bénéficier à l'exercice de la médecine générale. Pour illustration, l'équipe du Professeur Paul HOFMAN au Centre Hospitalier Universitaire de Nice [11] a envisagé d'accepter une proposition de financement d'un Hôpital Nord-

Américain pour poursuivre sa recherche concernant le dépistage du cancer du poumon par prise de sang à défaut de financements français suffisants.

La majorité des médecins interrogés dans mon étude avaient également estimé que l'implication de l'État pouvait être améliorée concernant la mise en place d'une consultation annuelle dédiée systématique (Cf point suivant- *Une consultation annuelle dédiée à la prévention prise en charge par la Sécurité sociale globalement admise par la majorité des médecins généralistes interrogés*).

3.3.6 Une consultation annuelle dédiée à la prévention prise en charge par la Sécurité sociale est globalement admise par la majorité des médecins généralistes interrogés

Dans mon étude, les médecins admettaient globalement, qu'une aide de l'Etat pour une consultation dédiée pouvait être intéressante mais j'ai pensé que la faisabilité d'une telle consultation restait à démontrer.

Tout d'abord, la question financière de la faisabilité de la consultation annuelle de prévention pouvait trouver des exemples de réponses dans le Rapport du Haut Conseil de la Santé publique de 2009 [1] concernant différents régimes de santé. La Mutualité Sociale Agricole (MSA) chargeait les médecins généralistes de réaliser des consultations de prévention pour ses adhérents et les rémunérait en conséquence (1,5 C). Le Régime Social des Indépendants (RSI) rémunérait, quant à lui, deux fois la consultation au médecin traitant. Cette approche pouvait donc répondre à la problématique financière d'une telle consultation avancée par les médecins interrogés lors de mon étude. Toutefois, il convenait de préciser que ces deux régimes étaient particuliers. Aussi, cela n'était pas forcément applicable au Régime Général en termes de coût pour l'organisme. D'ailleurs, concernant ce régime, il a été mis en place des Centres d'Examens de Santé ciblant essentiellement les personnes en marge du système de soins, même si tous les assurés du système général et bénéficiaires d'autres

régimes (MSA) étaient concernés. La consultation de prévention était donc réalisée dans ces centres. Ce n'était que s'il y avait un problème, que les patients étaient adressés à leur médecin traitant pour une suite de prise en charge, rémunérée 1,5 fois la consultation.

Dans ces trois modèles, la consultation ne faisait pas l'objet d'avance de frais de la part du patient.

L'aspect financier de cette consultation, bien qu'important, n'était pas la seule problématique.

Ainsi, il convenait de se questionner sur l'organisation de la consultation annuelle préventive en termes de patients à atteindre et de temps dédié par rapport aux autres consultations.

En effet, il semblait indispensable de viser un public de patients le plus précis possible selon certains critères comme l'âge, le type de pathologie, notamment chronique ou les antécédents familiaux pour rendre réalisable une prévention annuelle.

Dans mon étude, certains médecins proposaient que soit adressée par courrier provenant de l'Assurance maladie, une lettre invitant le patient en consultation de prévention. L'une des solutions envisagées pouvait être de cibler les patients en affection longue durée (ALD) toutes confondues. Toutefois, la question de la tranche d'âge se serait posée car les courriers auraient pu être envoyés à un enfant de 6 ans diabétique régulièrement suivi en pédiatrie, ou à une femme diabétique de 80 ans. La cible de l'ALD n'était donc pas un critère suffisant à lui seul. Par ailleurs l'ALD concernait des patients régulièrement suivis et déjà sensibilisés à la prévention.

L'âge choisi comme seul critère pouvait être intéressant. En effet, certaines tranches d'âges correspondent à certaines pathologies et donc à une prévention ciblée. A titre d'exemple, la CPAM envoie déjà des courriers de rappel concernant la prévention contre le papillomavirus, les cancers du sein et colorectal à l'occasion des remboursements transmis par écrits.

Enfin, la question du temps consacré à cette consultation annuelle était importante. Les médecins généralistes, déjà surchargés par leur patientèle, pouvaient-ils réellement intégrer ce type de consultation supplémentaire ? Le Rapport du Haut Conseil de la Santé publique de 2009 [1] a révélé ainsi que l'expérimentation d'une consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de 70 ans, prévue par la Direction Générale de la Santé, avait échoué : les médecins généralistes participants avaient estimé que la durée de consultation était trop longue et que les modalités de consultation trop complexes. De plus, une formation complémentaire concernant le vieillissement était indispensable pour atteindre les objectifs de prévention liés à la personne âgée.

Le manque de temps a été évoqué de nombreuses fois dans mon étude. Cet aspect représentait un obstacle à la prévention dans 66.4% des cas selon l'étude ORS PACA INSERM U379 de 2006 [7] et de 57.4% jusqu'à 78.7% pour les médecins réalisant plus de 30 actes par jour selon le Baromètre santé médecin généralistes de 2009. Cependant, la plupart des médecins que j'ai pu interroger m'expliquait qu'ils abordaient la prévention de façon opportuniste et reconvoquaient certains patients si un temps dédié était particulièrement nécessaire. Ils s'adaptaient au patient, si bien qu'une personne venant rarement au cabinet, prenait plus de temps sachant qu'on ne la reverrait pas avant longtemps. Le médecin prenait alors le temps suffisant pour des conseils préventifs avec son patient. Avec d'autres, venant plus régulièrement au cabinet, le temps dédié à la prévention était étalé dans le temps est donc plus court par consultation.

Finalement, c'était de la responsabilité personnelle de chaque médecin généraliste d'effectuer ce travail préventif ou non en s'adaptant à ses patients. De plus, le médecin traitant connaissait son patient et un temps de prévention n'était pas nécessairement long.

Un questionnaire rapide et pertinent, ciblant la globalité du patient (organe par organe) pouvait donc être envisageable.

CONCLUSION

Je me suis aperçue que les médecins généralistes ont tous été impliqués dans la prévention. Chacun à sa manière, abordait un sujet en fonction de son ressenti et de son expérience personnelle. Ils s'adaptaient au patient. Ils n'avaient pas vraiment de méthode particulière et pratiquaient la prévention à l'aide d'outils mis à leur disposition. Certains outils de dépistage étaient très appréciés car facilitant la prise en charge préventive. Par exemple, le dépistage du cancer du sein avec la mammographie gérée par l'APREMAS (Association de Prévention pour les Maladies du Sein) dans les Alpes-Maritimes et le test *Hemoccult* dans le dépistage du cancer colo rectal. Ces tests provenant d'institutions validées par notre système de soins représentaient un soutien dans l'activité de prévention du généraliste. Plus globalement, l'État manifestait un soutien diversifié, également à travers les campagnes de prévention ciblées.

Il semble toutefois ressortir de mon étude la volonté de voir leur pratique de prévention clarifiée : encadrée et unifiée. Il semble y avoir un tâtonnement quant à la façon de pratiquer la prévention : continuer de l'intégrer à la consultation classique en fonction du temps restant et/ou mettre en place une consultation annuelle dédiée. Les attentes des médecins reposaient également sur la valorisation de cet acte de prévention.

A cette difficulté, s'ajoutait celle liée au patient. Il constituait l'élément central mais pourtant aléatoire dans la pratique de la prévention. En France, il persiste un problème de perception de la prévention en elle-même : c'est un phénomène culturel qui n'est pas encore établi. Mais on peut espérer que cela s'ancre à terme grâce à la répétition et l'insistance de la politique de santé à ce sujet et de l'effort conjoint des médecins.

L'amélioration de la pratique préventive représente un enjeu majeur en termes de santé publique en prévenant certaines maladies particulièrement coûteuses pour la société (cancers, obésité et ses complications notamment le diabète). Malgré cet enjeu, l'impression de manque de moyens et les difficultés évoquées par les médecins généralistes pour leur démarche préventive étaient éloquentes.

L'idée qui a été soulevée dans mon étude sur le partage des tâches et la collaboration entre professionnels de santé dans la pratique de la prévention pourrait satisfaire à la fois les médecins et les patients. Ce projet, qui serait financé par l'Agence Régional de Santé (ARS), consistera à créer une maison de santé pluridisciplinaire. Une activité de prévention tertiaire, avec une infirmière de la maison de santé, est prévue en collaboration avec le réseau AZALE. Ce projet restant à valider par l'ARS ouvre une perspective sur le développement de la prévention primaire.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Baudier F, Berthelot N, Michaud C, Clément M-C, Jeanmaire T. Consultations de prévention, constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. *Haut conseil de la santé publique*, 2009 ; 1-138

- 2- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Baromètre santé médecins généralistes 2009. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/index.asp>. Visualisé le 20/02/2014

- 3- Saugeron B. La prévention en soins de premier recours et le dialogue avec le patient. FMC, Comité régional d'éducation pour la santé. Provence-Alpes- Côte d'Azur, 2012

- 4- L'Assurance Maladie. Prévention prise en charge par l'Assurance Maladie. Ameli.fr pour les médecins. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/index.php>. Visualisé le 02/03/2014

- 5- Abramovici F. Prévention et soins primaires : une « évidence » pas si simple... *Médecine Editorial*, 2007, vol.3 ; 52-53

- 6- Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 2006 ; 26 : 110-138.

- 7- Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côtes d'Azur, National de la Santé et de la Recherche Médicale, Médecins libéraux de Provence Alpes Côte d'Azur.

Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Regard Santé*, 2006, n°16 ; 1-6

- 8- Gautier I, Delga ME, Cacault JA, Cerruti FR, Dezetter A, Leriche B, Mozar A, Rault JF, Stefani F. Regards croisés sur la prévention en médecine (aspects éthiques et déontologiques). *Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre*, 2012-2013 ; 1-119

- 9- Ventelou B, Rolland S. Évaluation de l'implication des médecins généralistes libéraux dans le bon usage des médicaments. *Santé publique*, 2009, vol.21, n° 2 ; 129-138

- 10- «*Découvrez enfin ce que « manger-bouger » veut dire !*», Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé, 18 Octobre 2012. <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/036-manger-bouger.asp>, Visualisé le 04/03/2015.

- 11- Ilie M, Hofman V, Long-Mira E, Selva E, Vignaud J-M, Padovani B, Mouroux J, Marquette C-H, Hofman P. « Sentinel » Circulating Tumor Cells Allow Early Diagnosis Of Lung Cancer in Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *PlosOne*, 31 Oct. 2014. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0111597>, Visualisé le 04/03/2015

- 12- Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS), Haute Autorité de Santé, juin 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf. Visualisé le 05/03/2015

ANNEXES

ANNEXE 1. Fiche de renseignement du médecin

Age : *30-40 / 40-50 / 50-60 / >60 ans*

Sexe : *Femme/ Homme*

Année d'installation du médecin :

Lieu d'installation : *Rural, semi rural, ville (zone défavorisée ?)*

Cabinet de groupe : *Oui / Non*

Mode d'exercice :

Libéral / mixte hospitalier / structure spécialisée : personnes âgées, crèches, autres...

Participez-vous à l'une de ses formations ?

Groupes de pairs / maîtres de stages / FMC / autres...

La démarche de prévention envers vos patients est-elle pour vous une réelle préoccupation importante et quotidienne dans votre activité ?

Oui complètement

Oui assez fréquente

Oui mais partiellement

Non car je n'ai pas vraiment le temps

Non très peu ou pas du tout

ANNEXE 2. Le guide d'entretien

- 1- D'après votre expérience personnelle, comment pourriez-vous **définir** l'activité de prévention au cabinet médical ?

- 2- Quelle **place** accordez-vous à la prévention de façon générale au cabinet médical ?

- 3- Quelles sont les **situations** pour lesquelles vous jugez important d'aborder un thème préventif ?

- 4- Quelles sont les **difficultés** rencontrées personnellement lorsque vous voulez aborder un sujet de prévention au cabinet ?

- 5- Quelles seraient vos **suggestions** pour réaliser une **prévention optimale** au cabinet médical ?

- 6- Avez-vous une **méthode** préventive particulière ?

- 7- **Remarques du médecin** : avez-vous des questions sur cet entretien ou des commentaires ?

Conclusion : Les informations recueillies lors de cet entretien resteront confidentielles et anonymes. Un document de synthèse avec les conclusions de l'étude peut vous être adressé si vous le souhaitez. Je vous remercie d'avoir participé à mon étude et pour le temps que vous y avez accordé.

ANNEXE 3.

Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes interrogés et leur mode d'exercice					
Docteurs	Sexe	Tranche d'âge	Année d'installation	Zone d'exercice	Particularités
N°1	F	30-40	2010	Semi rural (Grasse)	
N°2	H	50-60	1992	Semi rural (Fayence)	Vacataire dans un centre de rééducation (Draguignan)
N°3	H	50-60	1992	Ville (Grasse)	
N°4	H	50-60	1992	Ville (Grasse)	
N°5	H	>60 ans	1972	Ville (Cannes)	Attaché au CHCannes en gériatrie, médecin salarié de la SNCF
N°6	F	40-50	1999	Semi rural (Plascassier)	
N°7	H	40-50	2008	Rural (Valderoure)	
N°8	F	50-60	1983	Ville (Grasse)	
N°9	F	50-60	1988	Ville (Pegomas)	
N°10	F	>60	1982	Semi rural (Grasse)	
N°11	F	50-60	2008	Ville (Grasse)	gériatrie
N°12	H	30-40	2003	Semi rural (Le Tignet)	
N°13	F	>60	1993	Rural (Castellane)	Médecin pompier

Semi rural = 5

Rural = 2

Ville = 6

Hommes = 6

Femmes = 7

ANNEXE 4. Le serment d'Hippocrate (tel qu'il est prêté à l'Université de Montpellier 1)

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

CONTEXTE : Actuellement, la prévention est une des préoccupations principales des médecins et concerne un volet important de la politique de santé publique. Dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, la prévention joue un rôle primordial puisqu'elle constitue l'élément premier permettant de réduire le coût d'une prise en charge de maladies effectives pouvant être évitées comme la BPCO ou le cancer des poumons liés au tabagisme.

OBJECTIFS : Il s'agissait de décrire et analyser la perception des médecins généralistes concernant la prévention à leur cabinet médical et proposer des améliorations à leur pratique.

MATERIEL ET METHODE : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de 13 médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur. Les médecins généralistes ont été tirés au sort dans l'annuaire téléphonique de 2014, et sélectionnés en fonction du lieu de leur pratique (rural, semi-rural, urbain).

RESULTATS : Les médecins généralistes percevaient leur prévention à leur cabinet comme un acte inclus dans une consultation classique. Il n'y a que très peu de médecins qui pratiquent une consultation dédiée. Il ressortait également qu'ils n'avaient pas de méthode prédéfinie pour aborder la prévention. Elle se fait selon le motif de consultation. Les principales difficultés rencontrées concernaient certains thèmes, le patient lui-même, l'éloignement géographique (centre d'examen à 50km ou plus pour les zones rurales) et le temps réservé à la prévention.

Une majorité de médecins souhaitaient une prise en charge par la sécurité sociale d'une consultation annuelle dédiée. Les dépistages organisés par la Sécurité sociale étaient une base pour parler de prévention avec leurs patients.

CONCLUSION : La démarche de prévention des médecins généralistes est une préoccupation quotidienne qui s'intègre dans les consultations. Cette étude met en avant plusieurs possibilités d'amélioration, en particulier la mise en place d'une consultation dédiée et développer le soutien aux médecins généralistes à travers un panel de supports (écrit, informatique, pédagogique, financier).