

La prévention cardiovasculaire par les médecins généralistes de ville : Freins et motivations dans l'utilisation de l'échelle SCORE depuis son intégration à la ROSP

Jonathan Benaccoun

▶ **To cite this version:**

Jonathan Benaccoun. La prévention cardiovasculaire par les médecins généralistes de ville : Freins et motivations dans l'utilisation de l'échelle SCORE depuis son intégration à la ROSP. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02384100

HAL Id: dumas-02384100

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02384100

Submitted on 28 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

La prévention cardiovasculaire par les médecins généralistes de ville : Freins et motivations dans l'utilisation de l'échelle SCORE depuis son intégration à la ROSP

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 14 Octobre 2019

Par Monsieur Jonathan BENACCOUN

Né le 18 novembre 1991 à Marseille 06eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	**Président**
Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien	**Assesseur**
Monsieur le Professeur CLAVERIE Jean-Michel	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCA) BONNET Pierre-André	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

La prévention cardiovasculaire par les médecins généralistes de ville : Freins et motivations dans l'utilisation de l'échelle SCORE depuis son intégration à la ROSP

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 14 Octobre 2019

Par Monsieur Jonathan BENACCOUN

Né le 18 novembre 1991 à Marseille 06eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	**Président**
Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien	**Assesseur**
Monsieur le Professeur CLAVERIE Jean-Michel	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCA) BONNET Pierre-André	**Directeur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine :** Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique :** Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation :** Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières :** Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI
Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 01/01/2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain

MM FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom
BOUBLI Léon
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (disponibilité)
AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (dispo oct 2018)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RESSEGUIER Noémie
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité
REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)
BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

À Monsieur le Pr Patrick Gerbeaux, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury ainsi que pour votre sympathie et votre bienveillance qui m'ont permis de passer le meilleur semestre de mon internat aux urgences contre toute attente.

À Monsieur le Pr Sébastien Adnot, je vous exprime mes plus sincères remerciements pour l'honneur que vous me faites de siéger dans le jury de cette thèse.

À Monsieur le Pr Jean-Charles Claverie, je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

À Monsieur le Dr Pierre –André Bonnet, merci infiniment pour votre aide et votre soutien depuis le début de ma recherche, et surtout pour m'avoir permis de réaliser une thèse sur le thème de la prévention qui représente mon attrait principal pour la médecine générale.

Aux 12 médecins qui ont bien voulus passer du temps avec mois pour répondre à mes questions et qui m'ont permis d'obtenir le matériel nécessaire à ce projet.

À mes parents, merci pour votre éternel soutient et votre amour. Merci de m'avoir toujours encouragé à suivre ma voie et ce, peu importe mes choix.

À Papapou, tu es malheureusement parti au début de cette grande aventure et j'espère que tu as pu tout suivre de là-haut et que tu es fier de moi.

À Mamanbou, Mamie Etoile et Papi Maurice, vous n'avez pas pu être là pour toute ces années mais je suis sûr que vous avez bien veillé sur moi de là-haut.

À l'amour de ma vie, merci d'être à mes côtés depuis 12 ans déjà, merci de ton soutient infaillible et de ton inconditionnel amour. Merci d'avoir supporté mes sautes d'humeurs et mes angoisses. Depuis ce jour à la patinoire, tu as donné un sens à ma vie et depuis 4 mois maintenant tu m'a également donné un but. Je t'aime

À toi ma petite Augustine, ma merveille, « maaaaa fiiiiiillllle », merci de m'avoir laissé travailler de longues heures sans « trop » me déranger. Merci pour les milliers de sourire que tu me fais chaque jour et qui me rendent si heureux. Merci d'avoir fait de moi le plus heureux des papas.

À mes beaux-parents, merci pour tout votre amour et votre soutient depuis toute ces années.

À Benjamin mon poussin, merci d'avoir toujours été là. Malgré mon blackout au début de mes études tu m'as jamais lâché et je suis heureux de t'avoir dans ma vie, tu es certainement la plus belle personne que je connaisse et j'en profite pour remercier tes parents par la même occasion ☺.

À mon Fraté, merci pour ces années d'études qui auraient été vraiment mais vraiment moins drôle sans toi #ellemaguiche. J'espère vraiment qu'on pourra réaliser notre projet ensemble et surtout qu'on continuera a toujours autant se marrer.

Au GDLM, à la vie à la mort, merci les gars pour ces moments de folies, pour ces magnifiques vidéos qui auront marquées les « annales » de cette fac. Même si on a pris des chemins différents ont sera toujours le GayDLM.

À mon brow Ston, le pop c'est la vie brow, merci pour tous ces moments de partages et tes multiples relances malgré mes refus répétés, un jour on le fera ce juste debout.

A la Smart Dance, je vous oublie pas les gars, mais comment vous oublier avec ce qu'on a vécu ensemble. Merci pour tous ces moments.

Merci à tous mes co-internes que j'ai eu au cours de ces 3 années et avec qui j'ai passé d'excellents moments.

Table des matières

RÉSUMÉ 3
INTRODUCTION 4
I. Contexte épidémiologique 4
a. Cardiopathie ischémique 4
b. Accident Vasculaire Cérébral 8
c. Artériopathies oblitérants des membres inférieurs (AOMI) 11
II. La maladie cardiovasculaire et ses facteurs de risque 12
III. Historiques de la rémunération sur objectif de santé publiques en France (ROSP) . 15
IV. Échelle SCORE 16
V. La Prévention 19
a. La prévention primaire 19
b. La prévention secondaire 19
c. La prévention tertiaire 19
d. Autres définitions de la prévention 20
VI. Intérêt et objectif de l'étude 20
MATERIEL ET METHODES 21
I. Type d'étude 21
II. Méthodologie de sélection de la population 21
a. Critères d'inclusion 21
b. Critère d'exclusion 21
c. Mode de recrutement 22
d. Nombre de sujets 22
III. Méthodologie des entretiens 22
a. Choix de l'entretien semi-dirigé 22
b. Établissement du guide d'entretien 22
c. Formulaire de consentement 23
IV. Réalisation des entretiens 24
V. Méthodologie d'analyse des données 24
a. Retranscription des données 24
b. Analyse des données 24

RESULTATS 25
I. Données générales 25
a. Caractéristiques des entretiens 25
b. Caractéristiques de la population 26
II. Analyse qualitative des entretiens 29
a. La prévention primaire au cœur de la médecine générale 29
1. Le rôle de tout médecin traitant. 29
2. Une démarche qui implique une charge de travail conséquente. 30
3. Le sentiment de ne pas y être vraiment bien formé. 30
b. L'intégration de La ROSP dans la pratique quotidienne. 31
1. À la fois une aide et un moyen de contrôle des pratiques. 31
2. La ROSP pas vraiment une nécessité 32
c. La prévention cardiovasculaire, une nouvelle ROSP 33
1. L'échelle SCORE un outil méconnu 33
2. Une prise en main facile et une aide à la prévention 34
3. Des recommandations associées ne faisant pas l'unanimité 34
d. Des idées pour l'avenir 36
Discussion 37
I. Synthèse des éléments 37
II. Points forts et limites de l'étude 39
III. Perspectives d'avenirs. 40
Conclusion 41
Références 42
Annexes 44
Liste des abréviations 62

RÉSUMÉ

Introduction

Le médecin généraliste est au centre de la prévention en médecine de ville. Depuis les années 2011, l'UNCAM a introduit la ROSP, qui, depuis 2016 a connu une réévaluation avec l'introduction de la prévention cardiovasculaire et l'utilisation de l'échelle SCORE, provenant des recommandations de l'ESC 2007. Le contexte épidémiologique actuel qui place les maladies cardiovasculaires comme la 1ère cause de mortalité dans le monde et la 2ème en France fait que nous nous sommes intéressés à l'utilisation de cet outil, dans la prévention primaire cardiovasculaire afin de connaître les freins et les motivations liés à son utilisation depuis son intégration à la ROSP.

Matériel et méthode

Étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs réalisées auprès de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

Résultat

La responsabilité du médecin généraliste dans la prévention fait l'unanimité. Seulement, la charge de travail la rend difficile à mettre en place. La ROSP fait débat, elle peut à la fois être perçue comme une aide mais à la fois comme un moyen de contrôler les pratiques, ce qui rend sa nécessité discutable à leurs yeux. L'outil SCORE parait méconnu. Sa prise en main facile est perçue comme pouvant être une aide. Cependant, les recommandations associées ne font pas l'unanimité, tant par leurs caractères jugés trop protocolaire et pas assez soucieuses d'une vision globale du patient, que par leurs associations à la prescription des statines.

Conclusion

Cette étude, croisée avec des études antérieures nous montrent qu'il y a à la fois une problématique liée à la démarche de prévention ainsi qu'une confrontation entre la démarche du patient acteur de sa prise en charge et le caractère protocolaire de la ROSP et du SCORE. La ROSP fait également débat depuis sa création autour de son utilité et de son caractère économique.

Mots Clés : « Prévention », « risque cardiovasculaire », « ROSP », « recommandations », « SCORE », « Évaluation », « soins primaires », « médecine générale »,

INTRODUCTION

I. Contexte épidémiologique

D'après l'OMS, les maladies cardiovasculaires sont la 1ère cause de mortalité dans le monde avec 17,7 millions de décès, soit 31% de la mortalité mondiale totale (1)
En France, les maladies cardiovasculaires sont placées au 2ème rang après la mortalité par cancer.

L'INVS a recensé 921 644 hospitalisations en 2014 en lien avec les maladies cardiovasculaires (Syndrome coronarien aigue, Infarctus du myocarde, AVC, Embolie pulmonaire) avec en 2013 142 175 décès soit environ 30% du taux de décès annuel.(2)

a. Cardiopathie ischémique

Le rapport de la DREES de 2017 définit les cardiopathies ischémiques comme « l'ensemble de troubles dus à l'insuffisance des apports d'oxygène au muscle cardiaque causée par le développement et les complications de l'athérosclérose au niveau d'une (ou plusieurs) artère(s) coronaire(s). »(3) En 2014 en France cela représente 221 108 hospitalisations (tableau 1) et 33923 décès en 2013(tableau 2)

	Cardiopathie ischémique			Syndrome coronaire aigu			Infarctus du myocarde		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés									
Moins de 25 ans	111	34	145	69	23	92	40	12	52
25-44 ans	6460	1644	8104	4652	1096	5748	3097	615	3712
45-64 ans	61143	15542	76685	32774	8440	41214	18494	4183	22677
65-84 ans	79043	34148	113191	36424	18773	55197	17036	9070	26106
85 ans et plus	10481	12502	22983	7119	9645	16764	3847	5857	9704
Total tous âges	**157238**	**63870**	**221108**	**81038**	**37977**	**119015**	**42514**	**19737**	**62251**
Taux brut*									
Moins de 25 ans	1,1	0,4	0,7	0,7	0,2	0,5	0,4	0,1	0,3
25-44 ans	78,3	19,5	48,5	56,4	13,0	34,4	37,5	7,3	22,2
45-64 ans	728,4	175,8	444,9	390,4	95,5	239,1	220,3	47,3	131,6
65-84 ans	1752,6	610,1	1119,9	807,6	335,4	546,1	377,7	162,0	258,3
85 ans et plus	1769,7	940,4	1196,0	1202,0	725,5	872,4	649,6	440,6	505,0
Total tous âges	**491,7**	**187,7**	**335,0**	**253,4**	**111,6**	**180,3**	**132,9**	**58,0**	**94,3**
Taux standardisé**	**558,6**	**175,8**	**350,5**	**286,6**	**101,4**	**186,1**	**148,9**	**51,6**	**96,6**

* Taux pour 100 000 habitants.
** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte), population tous âges.
Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

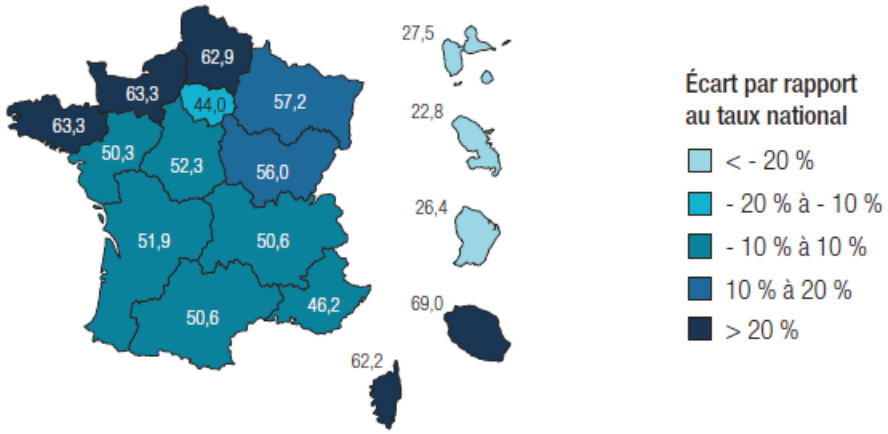
Tableau 1 : Nombre et taux brut de patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge, en 2014

	Cardiopathie ischémique			Syndrome coronaire aigu			Infarctus du myocarde		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès									
Moins de 25 ans	3	1	4	2	0	2	2	0	2
25-44 ans	311	85	396	258	70	328	238	66	304
45-64 ans	3394	690	4084	2463	509	2972	2257	466	2723
65-84 ans	9346	4225	13571	4727	2502	7229	4190	2203	6393
85 ans et plus	6662	9206	15868	2662	4262	6924	2237	3572	5809
Total tous âges	**19716**	**14207**	**33923**	**10112**	**7343**	**17455**	**8924**	**6307**	**15231**
Taux brut de décès									
Moins de 25 ans	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-44 ans	3,8	1,0	2,4	3,1	0,8	2,0	2,9	0,8	1,8
45-64 ans	40,5	7,8	23,7	29,4	5,8	17,3	26,9	5,3	15,8
65-84 ans	214,1	77,3	138,0	108,3	45,8	73,5	96,0	40,3	65,0
85 ans et plus	1176,4	715,0	856,0	470,1	331,0	373,5	395,0	277,4	313,4
Total tous âges	**62,0**	**41,9**	**51,6**	**31,8**	**21,7**	**26,6**	**28,0**	**18,6**	**23,2**
Taux standardisé**	**77,2**	**31,8**	**50,4**	**38,6**	**17,0**	**26,3**	**33,9**	**14,7**	**23,0**

* Taux pour 100 000 habitants.
** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte), population tous âges.
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

Tableau 2 : Nombre de décès et taux de mortalité par cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge, en 2013.

Ce rapport établit également que sur le territoire français, la région Provence Alpes Côte d'Azur présente le 2ème taux standardisé d'hospitalisation le plus élevé de France avec 417.8 hospitalisations pour 100 000 en 2014 (figure 4)



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

Figure 1 : Taux standardisés régionaux de patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique, en 2014.

b. Accident Vasculaire Cérébral

Le rapport de la DREES de 2017 décrit les accidents vasculaires cérébraux comme « l'ensemble des syndromes se manifestant par l'apparition brutale d'un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d'origine vasculaire. On distingue les AVC hémorragiques, dus à une rupture d'un vaisseau sanguin, et les AVC ischémiques, consécutifs à l'obstruction d'une artère cérébrale. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont des accidents vasculaires d'origine ischémique caractérisés par la régression précoce et complète des déficits neurologiques, ainsi que par l'absence d'image d'infarctus cérébral. » (3)

Ces atteintes neuro vasculaires sont regroupées également sous le terme de maladie cérébro-vasculaire.

On dénombre en France 110 438 hospitalisations en 2014 pour AVC et 163 251 hospitalisations pour les maladies neuro-vasculaires dans leur ensemble (tableau 3)

Cela représente 32 424 décès en 2013 (tableau 4)

	AVC ischémiques			AVC hémorragiques			Total AVC		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés									
Moins de 25 ans	164	181	345	300	188	488	494	388	882
25-44 ans	1585	1276	2861	934	839	1773	2567	2193	4760
45-64 ans	10502	4670	15172	3685	2696	6381	14594	7593	22187
65-84 ans	20777	17385	38162	6806	5774	12580	28490	24093	52583
85 ans et plus	6950	15143	22093	2362	3942	6304	9799	20227	30026
Total tous âges	**39978**	**38655**	**78633**	**14087**	**13439**	**27526**	**55944**	**54494**	**110438**
Taux brut*									
Moins de 25 ans	1,6	1,9	1,7	2,9	1,9	2,4	4,8	4,0	4,4
25-44 ans	19,2	15,1	17,1	11,3	9,9	10,6	31,1	26,0	28,5
45-64 ans	125,1	52,8	88,0	43,9	30,5	37,0	173,9	85,9	128,7
65-84 ans	460,7	310,6	377,6	150,9	103,2	124,5	631,7	430,5	520,3
85 ans et plus	1173,5	1139,1	1149,7	398,8	296,5	328,1	1654,5	1521,5	1562,5
Total tous âges	**125,0**	**113,6**	**119,1**	**44,1**	**39,5**	**41,7**	**174,9**	**160,2**	**167,3**
Taux standardisés**	**146,9**	**96,3**	**119,5**	**51,3**	**35,1**	**42,1**	**205,2**	**137,1**	**167,9**

AIT			Maladie cérébro-vasculaire		
Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
116	117	233	695	613	1308
1096	1116	2212	4063	4011	8074
4306	3003	7309	22405	13006	35411
7423	7687	15110	43611	35519	79130
2461	5307	7768	13078	26250	39328
15402	**17230**	**32632**	**83852**	**79399**	**163251**
1,1	1,2	1,2	6,8	6,3	6,5
13,3	13,2	13,2	49,3	47,5	48,4
51,3	34,0	42,4	266,9	147,1	205,4
164,6	137,3	149,5	967,0	634,6	782,9
415,5	399,2	404,2	2208,2	1974,6	2046,6
48,2	**50,6**	**49,4**	**262,2**	**233,3**	**247,3**
56,0	**44,7**	**49,9**	**306,7**	**204,0**	**250,2**

AIT : accidents ischémiques transitoires.
* Taux pour 100 000 personnes.
** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

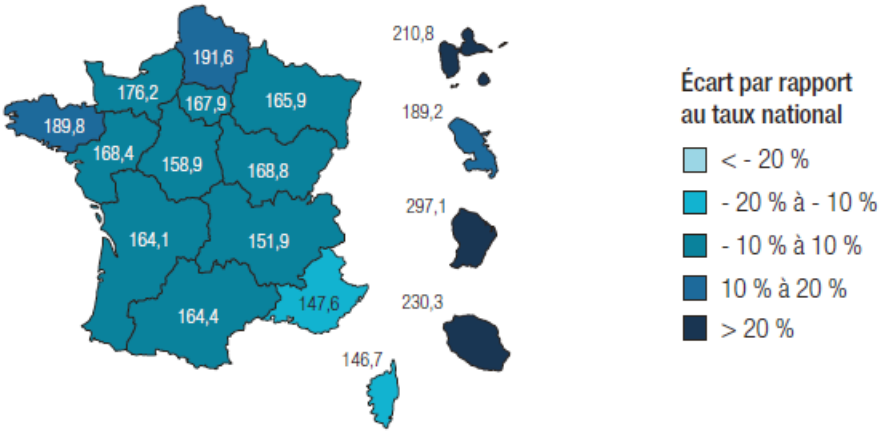
Tableau 3 : Nombre et taux de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (par type et total), accident ischémique transitoire et maladie cérébro-vasculaire, selon le sexe et l'âge, en 2014)

	AVC			Maladie cérébro-vasculaire		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès						
Moins de 25 ans	17	13	30	22	15	37
25-44 ans	153	130	283	160	135	295
45-64 ans	1 428	815	2 243	1 461	841	2 302
65-84 ans	6 206	5 654	11 860	6 427	5 850	12 277
85 ans et plus	5 199	11 731	16 930	5 396	12 117	17 513
Total tous âges	**13 003**	**18 343**	**31 346**	**13 466**	**18 958**	**32 424**
Taux brut*						
Moins de 25 ans	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
25-44 ans	1,8	1,5	1,7	1,9	1,6	1,8
45-64 ans	17,0	9,2	13,0	17,4	9,5	13,4
65-84 ans	142,2	103,4	120,6	147,2	107,0	124,8
85 ans et plus	918,0	911,1	913,2	952,8	941,1	944,7
Total tous âges	**40,9**	**54,1**	**47,7**	**42,3**	**56,0**	**49,3**
Taux standardisés**	**51,8**	**40,9**	**45,7**	**53,7**	**42,3**	**47,3**

* Taux pour 100 000 personnes.
** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

Tableau 4 : Nombre de décès et taux de mortalité par accident vasculaire cérébral et par maladie cérébro-vasculaire, selon le sexe et l'âge, en 2013

Cette fois-ci la région PACA détient le taux d'hospitalisation le plus bas avec 147.6 hospitalisations pour 100 000 habitants en 2014, avec toutefois un taux de mortalité qui reste dans la moyenne française en 2013. (Figure 5)



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

Figure 2 : Taux standardisés régionaux de patients hospitalisés pour AVC en 2014.

c. Artériopathies oblitérants des membres inférieurs (AOMI)

La HAS décrit l'AOMI, dans son guide sur l'ALD 3 « artériopathies oblitérantes des membres inférieurs » de 2007 (4), comme un rétrécissement du calibre des artères qui irriguent les membres inférieurs, se traduisant par une chute de l'index de pression systolique (IPS : rapport pression artérielle systolique à la cheville sur pression systolique humérale, mesurées à l'aide d'une sonde Doppler). Un IPS inférieur à 0,9 permet de faire le diagnostic d'AOMI.

Cette pathologie conduit dans un premier temps à une limitation de capacité due à une difficulté à la marche et peut aller jusqu'à l'amputation avec un risque potentiel de décès.
D'après la CPAM, l'ALD 3 représente 557 650 patients en 2017 (5) , la région Provence Alpes Côte d'Azur présente le 3ème taux le plus élevé avec 55 330 patients en ALD pour une artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

La fédération française de cardiologie déclare elle, 800 000 cas/ an entrainant 5000 amputations par an (6).

II. La maladie cardiovasculaire et ses facteurs de risque

La HAS décompose les facteurs de risque en « non modifiable » et « modifiable ».(7)

La première catégorie dite « non modifiable » comprend :

- L'âge
    - Homme à partir de 60 ans
    - Femme à partir de 50 ans
- Infarctus du myocarde (IDM) ou mort subite :
    - < 55 ans chez le père ou un parent du 1er degré de sexe masculin
    - < 65 ans chez la mère ou un parent du 1er degré de sexe féminin
- AVC précoce, < 45 ans

La deuxième catégorie dite « modifiable » est celle ou la prévention sera la plus importante :

- Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans.
- Diabète traité ou non traité : Glycémie supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises
- Hypertension artérielle permanente traitée ou non traitée : PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg, mesurées au cabinet médical. Cette mesure doit être confirmée au minimum par 2 mesures par consultation, le chiffre de PA retenu étant la moyenne des mesures effectuées, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois.
- Dyslipidémie : LDL cholestérol ≥ 1,60 g/l (4,1 mmol/l) et/ou HDL cholestérol ≤ 0,40 g/l (1 mmol/l)

Il existe également d'autre facteurs de risque à prendre en compte comme :

- L'obésité abdominale ou obésité : elle se définit par un périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et > 88 cm chez la femme et/ ou un IMC > 30 kg/m2
- La sédentarité
- La consommation excessive d'alcool
    - Homme > 3 verres de vin/jour
    - Femme > 2 verres de vin/jour

La HAS classe alors les patients en population de faible à très haut risque en fonction des facteurs de risque qu'ils présentent (8) :

Niveau de risque cardio-vasculaire	
Faible	SCORE < 1 %
Modéré	1 % ≤ SCORE < 5 %
	Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible
Élevé	5 % ≤ SCORE < 10 %
	Diabète de type 1 ou 2 : < 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible ; ≥ 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique modérée
	TA ≥ 180/110 mmHg
Très élevé	SCORE ≥ 10 %
	Diabète de type 1 ou 2 ≥ 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique sévère
	Maladie cardio-vasculaire documentée (**prévention secondaire**)

Tableau 5 : Niveau de risque cardiovasculaire.

La fédération française de cardiologie résume les atteintes possibles et les facteurs de risque dans ce diagramme présent dans une brochure destinée au grand public et qui fait partie de leur campagne de prévention. On remarque que l'issue de chaque cible des maladies cardiovasculaires est le décès.

Une notion importante est également présente, celle du ressentit symptomatique du patient à chaque étape par le biais d'un code couleur.

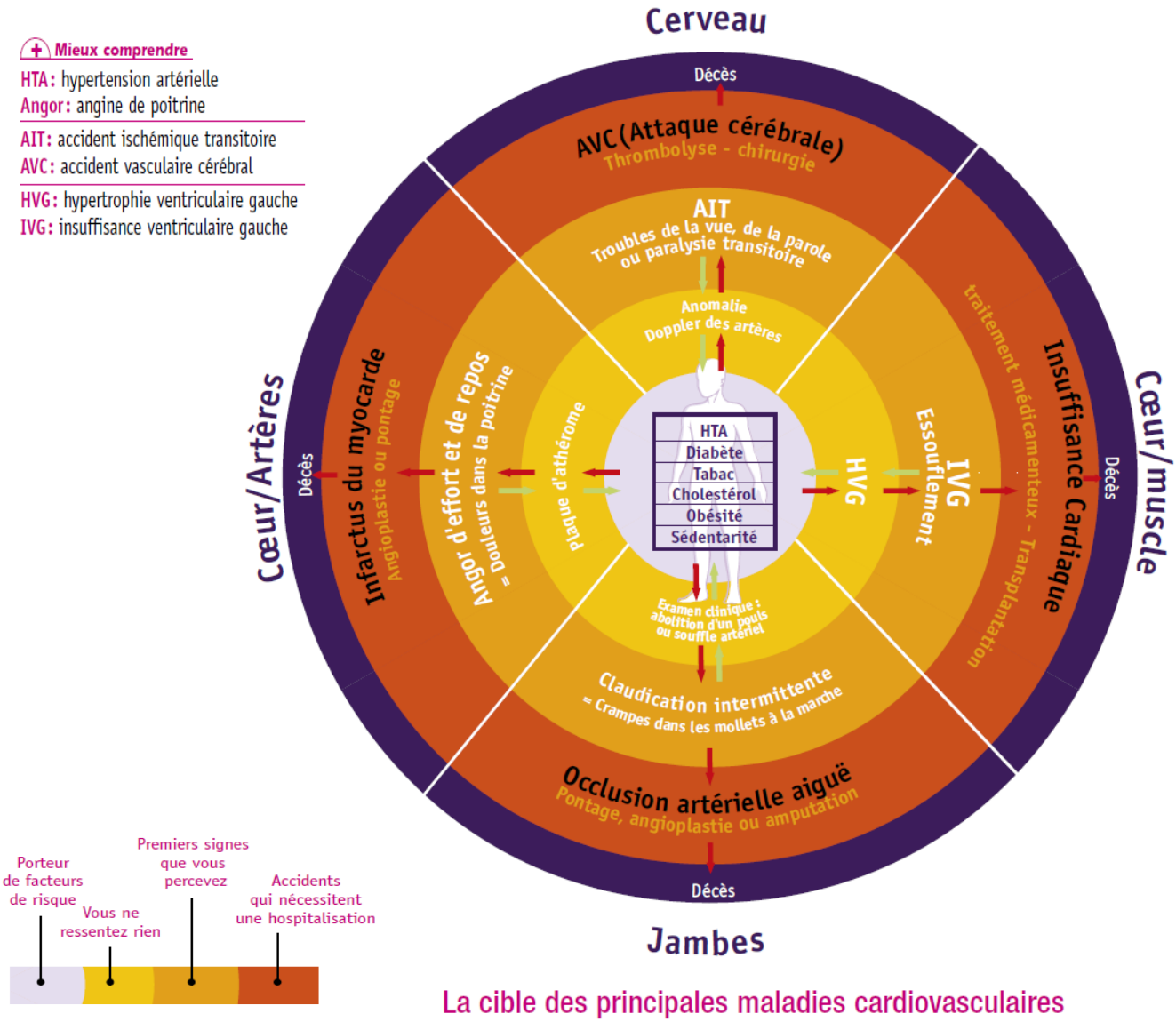


Figure 3 : La cible des principales maladies cardiovasculaires (9)

III. Historiques de la rémunération sur objectif de santé publiques en France (ROSP)

Depuis 1997 en France, le système de capitation existe sous la forme de forfait.

Dans les années 2000, un certain nombre de pays de l'OCDE ont adhéré à ce type de rémunération de façon majoritaire voire exclusive (10).

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), par le biais de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, a créé le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles(11)(12) afin de renforcer ce système de capitation.

Ce contrat, permettait aux médecins généralistes qui l'avaient signé, de percevoir une rémunération basée sur des objectifs de santé publique, versé par l'Assurance maladie. Le but était d'améliorer la prise en charge des patients avec des objectifs de prévention collectifs et individuels permettant de diminuer les coûts liés à la santé.

Le CAPI comportait initialement 16 indicateurs, répartis-en 2 chapitres : le dépistage et le suivi des pathologies chroniques, le 2ème concernant l'optimisation des prescriptions.

L'évaluation du dispositif, jugée positive, a fait qu'il a été étendue en 2011 par négociation conventionnelle à la condition qu'il n'y est aucune mesure coercitive envers les médecins qui l'a refuseraient (13).

C'est ainsi qu'est née la ROSP. Elle comportait 19 indicateurs cliniques qui s'organisaient autour de 3 axes : 1/ faire progresser la qualité des soins aux patients chroniques et la prévention ; 2/ renforcer l'efficience des prescriptions ; 3/ moderniser et simplifier les conditions d'exercice (14).

Après un bilan à 5 ans jugé positif par l'assurance maladie , une refonte a été entreprise avec, en 2016 une nouvelle convention modifiant la ROSP en la recentrant « sur la seule pratique clinique et intégrant de nouveaux indicateurs »(15)

Cette nouvelle formule comporte 29 indicateurs (16) toujours répartis en Prévention, Suivie des pathologies chroniques et Efficience.

Dans la partie prévention, un nouvel indicateur a été introduit concernant la prévention cardiovasculaire et nous allons nous intéresser à celle-ci.

IV. Échelle SCORE

Durant l'année 2012, la société européenne de cardiologie a établie des lignes directrices concernant la prévention des maladies cardiovasculaires (17).
Les différents chapitres de ces recommandations traitent tout d'abord de la population cible de cette prévention en évoquant les facteurs de risques cardiovasculaires puis comment cette prévention peut être utilisé et par qui.
Ces recommandations expliquent que les « médecins généralistes sont essentiels à la mise en œuvre et au succès des programmes de prévention des MCV en Europe. Dans la plupart des pays, ils fournissent 90% des consultations et fournissent la plupart des médicaments de santé publique (soins préventifs, dépistage des maladies, surveillance des maladies chroniques et suivi). Dans le cas de la prévention des MCV, ils jouent un rôle unique en identifiant les personnes à risques, mais non établies, et évaluent leur admissibilité à une intervention sur la base de leur profil de risques » (17)

Pour ce faire ces recommandations proposent, non pas d'utiliser un outil qui définit le risque par une réponse binaire, mais plutôt par une stratification du risque.

Cette échelle apparait dans les recommandations de l'ESC en 2007, comme un outil qui se « base sur les données provenant de 12 études de cohortes Européennes »(17). Il propose alors de l'utiliser dans la prévention cardiovasculaire et notamment dans la gestion des dyslipidémies afin d'aider à la décision d'instauration d'une statine.(18)

Table de SCORE
Risque à 10 ans de décès cardio-vasculaire (CV) en fonction du sexe, de l'âge (de 40 à 65 ans), du statut tabagique, de la pression artérielle systolique et des concentrations de cholestérol total

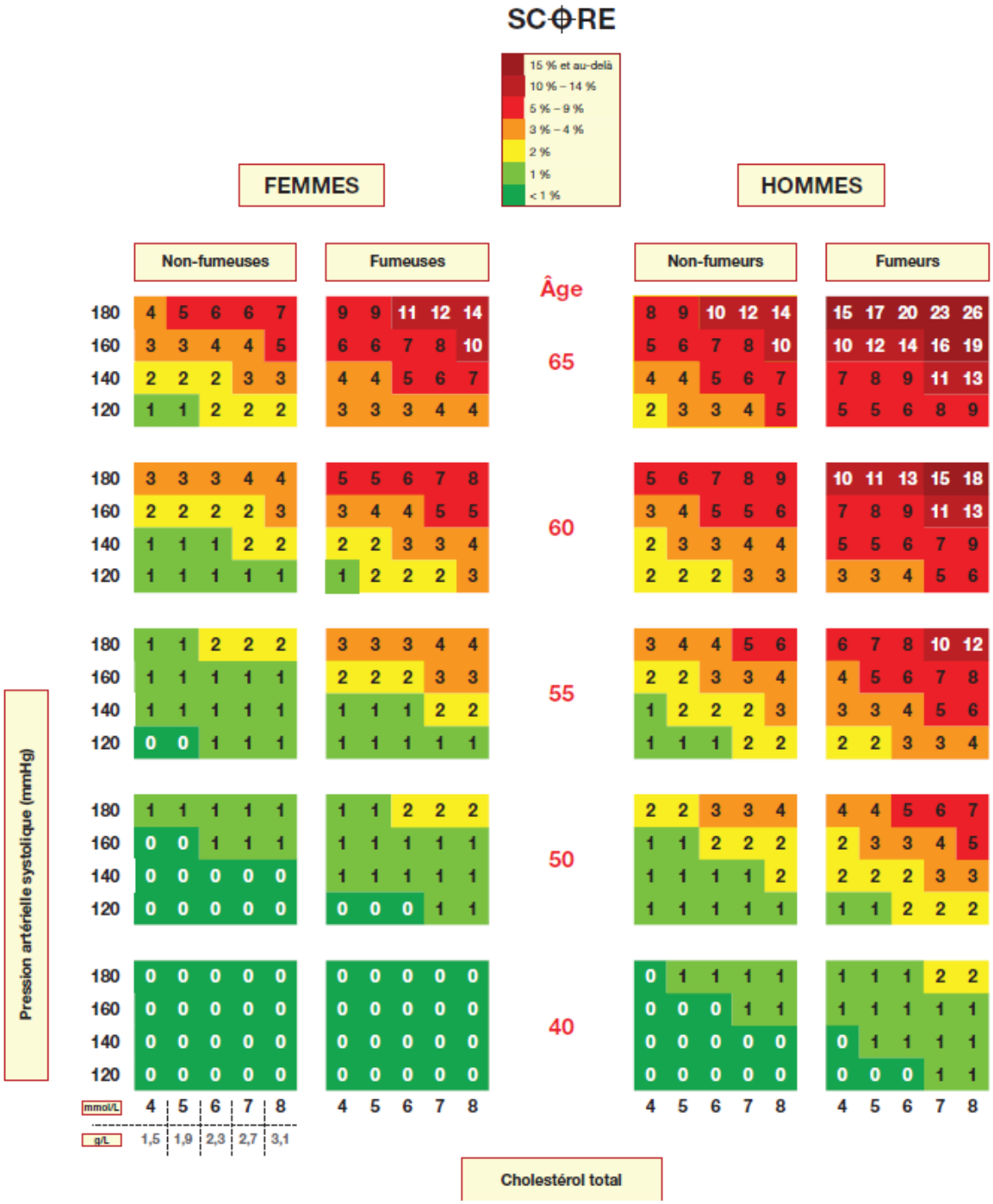


Figure 4 : Échelle SCORE (8)

L’ESC a également mis en place une version dématérialisée du SCORE sur un site internet disponible en version française : https://heartscore.escardio.org/2016/Login.aspx?ReturnUrl=%2f2016%2fdefault.aspx%3fmodel%3dfrance&model=france.

Ce site permet, après une inscription en ligne, de créer un profil patient avec les mêmes données que sur la version papier.

V. La Prévention

Selon l'OMS dans un rapport datant de 1948 repris dans le rapport Flajolet(19) la Prévention est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Elle est divisée en 3 types, primaire, secondaire et tertiaire qui correspondent à des étapes successives de la maladie

a. La prévention primaire

L'OMS la définit comme « l'ensemble des actes visant à diminuer **l'incidence** d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition ; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risques comme les risques en terme environnementaux et sociétaux »

b. La prévention secondaire

Son but sera quant à elle de « diminuer la **prévalence** d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette optique, le dépistage – dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteurs de risque – trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. À côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire. »

c. La prévention tertiaire

Elle intervient à un stade où « il importe de diminuer la prévalence des **incapacités chroniques** ou des **récidives** dans une population et de réduire les **complications**, **invalidités** ou **rechutes** consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique »

d. Autres définitions de la prévention

Ce rapport émis par le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative nous mentionne également d'autres types de préventions, décrites initialement par R.S Gordon en 1982, qui sont la prévention **universelle** s'adressant à l'ensemble de la population notamment avec l'éducation à la santé , **sélective** qui s'adresse à des sous-groupes de population qui présentent certaines caractéristiques et enfin **ciblé** qui s'exerce sur les sous-groupes qui présentent certains facteurs de risque.

VI. Intérêt et objectif de l'étude

La Haute autorité de santé, propose depuis septembre 2004 dans son rapport sur les « méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global »(20) de calculer le risque cardiovasculaire des hommes à partir de 40 ans et des femmes à partir de 50 grâce à l'échelle SCORE.

L'ESC a ensuite proposée en 2012 d'utiliser l'échelle SCORE afin de déterminer la nécessité d'introduire une statine en prévention primaire.

À partir du rapport de la HAS et des études américaines et européennes, la sécurité sociale, a décidé d'intégrer en 2016 dans la ROSP l'utilisation de l'échelle SCORE dans la prévention primaire avant la prescription de statine avec l'indicateur « Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines (déclaratif) »

Le médecin généraliste est quant à lui le principal acteur de la prévention et c'est à lui que s'adresse la ROSP et les objectifs de prévention.

L'objectif principal de ce travail et d'essayer de mettre en avant les freins et les motivations qui influencent l'utilisation de l'échelle SCORE dans la prévention primaire des maladies cardiovasculaires depuis son intégration à la ROSP.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Nous avons réalisé ces entretiens auprès de médecins généralistes de ville installés dans les Bouches-du-Rhône.
Nous avons opté pour une méthode qualitative car le but était d'explorer les freins et motivations. Les entretiens réalisés auprès d'une population hétérogène de médecins permettent de maximiser les variétés de réponses et ainsi de recueillir l'ensemble des représentations à propos de l'utilisation de l'outil SCORE en pratique courante.

II. Méthodologie de sélection de la population

a. Critères d'inclusion

Le but de l'échantillonnage était d'avoir une population la plus hétérogène possible en essayant d'avoir une parité homme femme, et des nombres d'années d'exercice ainsi que des modes d'installation (en remplacement, en cabinet seul ou en groupe ; en ville proche d'un CHU ou à plus de 20 km) variés.

b. Critère d'exclusion

Les médecins qui connaissaient le sujet de notre recherche avant la réalisation de celle-ci ont été exclus.

c. Mode de recrutement

Le recrutement a été fait sur la base du volontariat. Certains médecins ont été sélectionnés au hasard et démarchés par téléphone après une recherche sur des plateformes de rendez-vous en ligne. Le sujet était présenté comme étant « la prévention primaire en général » afin de ne pas faire anticiper les réponses concernant la prévention cardiovasculaire.
D'autres médecins généralistes ont été recrutés par effet boule de neige à partir de médecins interrogés.
Environ 50 médecins ont été contactés, 12 ont accepté de participer. Les causes principales de refus étaient le manque de temps et les départs en congés.

d. Nombre de sujets

L'inclusion a été arrêtée lorsque la saturation des données a été atteinte.

III. Méthodologie des entretiens

a. Choix de l'entretien semi-dirigé

Le choix de la méthodologie du recueil des données a été orienté vers la technique des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de ville. Ces entretiens s'appuient sur un guide d'entretien comprenant en majorité des questions ouvertes permettant de recueillir des données libres et originales en lien avec le thème abordé.

b. Établissement du guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été conçu après avoir pris une décision concernant l'angle avec lequel nous voulions aborder les thèmes de ce travail. Ce guide a évolué tout au long du recueil des données en fonction des témoignages et des idées qui sont ressortis afin d'éviter une saturation des données trop rapide.

La première partie comportait l'explication du déroulé de l'entretien et la réalisation de la fiche anonymisée du praticien permettant de recueillir les caractéristiques socio-démographiques suivantes : sexe, nombre d'année d'exercice, mode d'exercice (sur la plus grande période d'exercice, en remplacement, seul ou en groupe) ainsi que la zone d'installation (zone urbaine ou éloignée de plus de 20km d'un Centre Hospitalier).

La deuxième partie comprenait la question de départ : que pensez-vous de la prévention primaire en médecine de ville ? Puis, était abordés les objectifs de santé publique, la ROSP, les outils d'aides à la décision diagnostique et thérapeutique et enfin la prévention du risque cardiovasculaire de la manière la plus ouverte possible.

La troisième partie plus directive, concernait l'outil SCORE en lui-même
Si le médecin ne connaissait pas ou n'utilisait pas l'échelle, une échelle lui était remise afin d'explorer la perception de l'outil. Ensuite nous proposions au médecin de tester l'échelle à partir d'un exemple fictif afin de recueillir le discours lors de l'utilisation.
Si le médecin connaissait l'échelle et l'utilisait, le guide d'entretien prévoyait d'explorer cette pratique ainsi que les motivations et réticences sur son utilisation. Nous avons également abordé le sujet de la décision médicale partagée.

Une quatrième partie a été progressivement introduite avec le format dématérialisé de l'échelle SCORE sur le site « HeartSCORE » afin de recueillir également le ressenti sur ce type d'outil.

c. Formulaire de consentement

Nous avons demandé à chaque médecin interrogé de signer un formulaire de consentement (Annexe 2) contenant les notions suivantes : - Le refus et l'interruption possibles de la participation à l'étude - Le droit d'accès et de rectification des données personnelles - La confidentialité de l'étude et l'anonymisation des données avant écriture des résultats - L'enregistrement audio des données - L'acceptation du traitement informatisé des données.

IV. Réalisation des entretiens

Durand le contact par téléphone, un rendez-vous a été fixé avec chaque médecin généraliste à la date et au lieu désiré par celui-ci.
L'entretien a été enregistré grâce à un téléphone portable, puis sauvegardé au format mp3 avec le numéro d'anonymat (Annexe 3) Une fois l'enregistrement réalisé et la fiche de renseignements complétée, aucune réidentification n'était possible.
Ces enregistrements ont ensuite été transférés sur un ordinateur.

V. Méthodologie d'analyse des données

a. Retranscription des données

Tous les entretiens ont été retranscrits sous la forme de verbatim sur le logiciel Microsoft Word à partir de l'enregistrement correspondant à chaque médecin généraliste. Le langage parlé, le jargon, les interjections et les hésitations ont été respectées. Les rires, les pauses réflexives, les reprises spontanées ont également été retranscrites.

b. Analyse des données

Dans un premier temps les entretiens ont été relus plusieurs fois, puis un premier codage a été réalisé avec la réécoute simultanée de l'entretien phrase par phrase afin de détecter tous ce qui n'a pas pu être retranscrit et ainsi interpréter au mieux les pensées de l'interviewé.

Un premier codage ouvert a été effectué afin de relever toutes les notions, idées et pensées des médecins généralistes. Les premiers entretiens ont été codés par 2 personnes.

Ensuite ses codes ont été regroupés sur un tableur Excel (Annexe 4) par codage axial afin de faire ressortir des groupes d'idées et de thèmes.

Enfin un codage sélectif a été réalisé pour faire ressortir les catégories principales permettant de répondre au mieux à, avec, à titre d'exemple, un verbatim prélevé dans le corpus de l'ensemble des entretiens qui correspondait le mieux à ces catégories principales.

RESULTATS

I. Données générales

a. Caractéristiques des entretiens

Sur le période du 21 Avril 2019 au 10 Aout 2019, 12 entretiens individuels ont été réalisés.

La durée variait de 15 à 37 min avec une moyenne d'environ 23 min soit une durée compilée de 4 heures et 40 minutes.

La saturation des données a été obtenue à l'issue du 11ème entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour la confirmer.

L'ensemble des entretiens a été réalisé directement au cabinet des médecins.

b. Caractéristiques de la population

Médecin	**Sexe**	**Année d'exercice**	**Mode d'exercice**	**Zone d'installation**	**Activités**
A	H	11-30	Association	Urbaine	Médecine générale
B	H	11-30	Association	Urbaine	Médecine générale, Médecin expert
C	H	11-30	Association	Urbaine	Médecine générale
D	F	11-30	Association	Semi-rurale	Médecine générale, Gynécologie
E	H	3-8	Association	Semi-rurale	Médecine générale
F	H	8-11	Remplaçant	Urbaine	Médecine générale
G	F	3-8	Association	Urbaine	Médecine générale
H	H	3-8	Seul	Urbaine	Médecine générale
I	F	8-11	Association	Mixte	Médecine générale
J	F	< 3	Remplaçant	Urbaine	Médecine générale, SOS médecin
K	F	30-45	Seul	Urbaine	Médecine générale, Homéopathe
L	H	3-8	Association	Semi-rurale	Médecine générale, SOS médecin

Tableau 6 : Tableau récapitulatif des médecins interrogés

- Sexe

Parmi les 12 médecins interrogés, 7 étaient des hommes (58%) et 5 étaient des femmes (42%)



Figure 5 : Graphique de la répartition des sexes.

- Années d'exercice

Plutôt que l'âge du médecin, nous avons préféré utiliser le nombre d'année d'exercice afin de se faire une idée sur son expérience et surtout d'avoir une correspondance en fonction de l'historique des rémunérations forfaitaires en France.

- < 3 ans = Depuis l'apparition de la ROSP sur le SCORE
- 3- 8 ans = Du début des ROSP jusqu'aux dernières modifications de 2016
- 8 -11 ans : Période d'apparition du CAPI jusqu'à la création des ROSP
- 11 - 30 ans : Période des premières rémunérations forfaitaires
- 30 et plus : avant les rémunérations forfaitaires

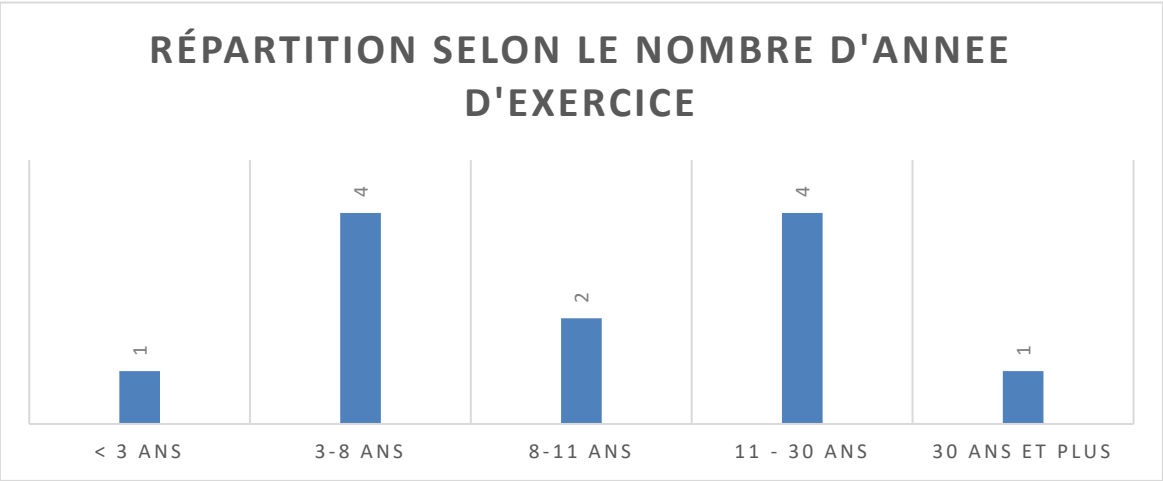


Figure 6 : Graphique de répartition selon le nombre d'année d'exercice

- Mode d’exercice et Activité

Parmi les médecins interrogés il y avait une majorité (8/12) exerçant en cabinet de groupe, deux avaient une activité principale de remplacement et deux autres avaient toujours exercé seul.

Pour ce qui est de l’activité, l’ensemble des médecins avait une formation initiale de médecine générale. Ils exerçaient leur activité de médecin généraliste à laquelle s’ajoutait diverses activités comme : Médecin expert (B), Gynécologie (D), Homéopathe (K), SOS médecin (J, L).

- Zone d’installation

Les médecins exerçaient tous dans les Bouches du Rhône (13). La zone semi-rurale à été définit comme une zone à plus de 20 km d’un CHU. La zone d’installation a été définie en fonction du plus grand nombre d’années d’exercice dans cette zone.

8 médecins étaient donc considérés en zone urbaine, 3 en zone semi-rurale et 1 considéré comme mixte car avait autant travaillé en zone urbaine que semi-rurale.

II. Analyse qualitative des entretiens

a. *La prévention primaire au cœur de la médecine générale*

1. *Le rôle de tout médecin traitant.*

« C'est l'essentiel du travail de médecin générale » (médecin B). Le médecin C le définit comme la « pierre angulaire de ce qu'est le généraliste ». L'ensemble des médecins interrogés étaient attachés au sentiment d'être en « *première ligne* » pour pratiquer la prévention primaire. Le but étant d'arriver à diminuer la morbidité de leur patientèle « la prévention avant de traiter » (médecin I).

Dans cette démarche de prévention les médecins ont recours aux systèmes de dépistage organisé « *notamment ARCADE qui nous demande de procéder par le biais de Kit ou de convocation pour le cancer du sein, du colon…* » (Médecin B). Mais également par le biais de messages de prévention universelle comme « *l'activité physique, l'alimentation* » ou encore « *les règles hygiéno-diététiques* » (Médecin J) permettant de fournir à leur patient une certaine éducation et leur apporter des connaissances permettant d'améliorer leurs connaissances notamment sur des sujets médiatiques voire « tabou » (médecin J) comme « *la vaccination* » ou « *l'alcool et le tabac* ».

Certains voient également leur métier de médecin généraliste comme la 1ère ligne de soins qui s'intègre dans un parcours permettant au patient d'accéder à toutes les ressources dont il a besoin *« orienter les gens pour qu'ils puissent voir peut-être des spécialistes »* (Médecin A).

2. *Une démarche qui implique une charge de travail conséquente.*

La plupart des médecins se sentent débordés dans leur activité quotidienne (Médecins A, C, E, F, H, L). « *J'ai la tête dans le guidon* » (médecin A), « *je n'ai pas beaucoup le temps pour le développer ici* » (médecin F), ce qui est résumé par le médecin L « *elle est indispensable et que c'est surement très mal fait* ». Cela représentait pour eux la cause principale de leur sentiment de ne pas être optimal dans leur démarche de prévention.

Se rajoute à cela le fait que la prévention est vue plus comme une action opportuniste qu'il faut intégrer dans une consultation dont le motif est souvent varié et éloigné des messages de prévention que les médecins veulent communiquer à leurs patients « *c'est très compliqué de faire intégrer à un patient qui n'est pas forcément venu pour ça* » (Médecin B) et que bien souvent, les consultations n'étant pas formalisées, la prévention passe au second plan « *on y pense pas forcément quand les patients viennent nous voir pour plein d'autres choses* » (Médecin L).

3. Le sentiment de ne pas y être vraiment bien formé.

Pour réaliser cette prévention certains médecins pensent avec honnêteté, qu'ils n'ont pas assez de « *connaissance* » notamment pour le cas du tabac ou le médecin L déclare qu'une fois avoir délivré le message qu'il est nécessaire d'arrêter une consommation tabagique « *est-ce qu'on a les connaissances en addicto derrière pour assurer le sevrage ?* ».

Ce problème viendrait de la formation initiale des médecins « *je pense qu'on n'est pas hyper bien formé durant l'internat pour ça* » et « *qu'il faut se former soi-même pour pouvoir accéder à la prévention primaire* » (médecin J). Mais le fait d'avoir accès à des médecins ayant des années de pratiques différentes permet de montrer que les années de pratique permettraient d'améliorer ses capacités en matière de prévention « *on le fait par instinct, par habitude de travail* » (médecin C)

b. L'intégration de La ROSP dans la pratique quotidienne.

1. À la fois une aide et un moyen de contrôle des pratiques.

Au vu des différents témoignages, la ROSP fait débat. Les médecins B, C, D et E voyaient la ROSP comme un pense-bête *« Maintenant on a des conduites à tenir », « Nous ça nous permet aussi d'y penser »* (Médecin C).

Et également comme une aide au suivi *« Je prends l'exemple du dépistage, enfin du frottis, en matière de proposition on était dans les clous, en matière de réalisation, pas forcément. Ça c'est ce qu'il nous a permis de voir, qu'effectivement, il y avait une partie de notre patientèle qui n'était pas vraiment… qui coopérait pas spécialement ».* (Médecin B)

Au sein de la prévention primaire, qu'il faut arriver à placer durant des consultations déjà bien fournies, la ROSP est également perçu comme une aide dans le domaine de la **décision médicale partagée** permettant ainsi de faire accepter et de justifier certaines prises en charge « *maintenant que je leur montre les ROSP et bien cela permet de montrer qu'ils sont d'accord avec moi ».* (Médecin D)

Ce terme de ROSP était associé pour la plupart à la CPAM comme l'évoquent les médecins H I et K « *Oui j'ai régulièrement […] la visite d'un conseiller de la sécurité sociale, qui vous donne des objectifs en ce qui concerne la prévention primaire* » (Médecin K).

Ce dernier point faisait ressortir un sentiment de gêne et renvoyait la ROSP plutôt à une contrainte **«** *je n'arrive pas à suivre »* (Médecin A) « moi ça m'énerve qu'on me donne des trucs à faire » (médecin G), souvent éloigné de la pratique « C'est complètement à côté de la plaque par rapport à la pratique » (Médecin F) avec une impression de « contrôle », *« on est obligé de les remplir chaque année », « ils nous disent que c'est pour vérifier qu'on rentre, qu'on fasse bien les choses et qu'on rentre bien dans les objectifs »* (Médecin G). « *Ça permet, on va dire… aux hautes autorités de santé d'avoir un certain contrôle sur la pratique d'aujourd'hui* » (Médecin E).

La ROSP a évolué depuis sa création et les recommandations changent au fil des ans, qui d'ailleurs n'ont pas vraiment était perçus par la majorité des médecins, et cela implique une mise à jour perpétuelle de sa pratique et une modification de ses habitudes de travail *« on me rajoute des objectifs sur un temps que je n'ai déjà plus depuis longtemps », « on me demande en fait des objectifs qui changent d'ailleurs tous les trois ans et je n'arrive pas à suivre »* (Médecin A).

Pour, in fine, avoir un sentiment de frustration en observant que leurs résultats sont différents de leurs ressentis « *ils mettent des pourcentages qui sont à mon avis peut-être un petit peu trop optimistes* » (médecin E)

2. La ROSP pas vraiment une nécessité.

Que ce soit une bonne idée ou non, la majorité des médecins interrogés sont convaincus que la ROSP n'est pas nécessaire et qu'ils avaient déjà une pratique orientée vers la prévention *« Avec 40 ans de recul je commence à savoir un peu »* (médecin K). Ils préfèrent faire en fonction de leur « expérience » et de leur « instinct » et avoir une approche plus personnelle *« mon métier c'est d'être à côté des gens et de voir avec eux, comment ils vivent, comment …. Euh, les risques qu'ils prennent, en discuter avec eux, et ça, ça me prend déjà beaucoup de temps »* (médecin A).

Le principe de rémunération de la ROSP a également été abordé car elle représente tout de même « des rémunérations qui sont conséquentes » (médecin H) qui peuvent être perçues comme une « *carotte* » de manière non péjorative, tout comme le médecin C qui dit *« c'est notre rôle (la prévention) mais aussi il y a une rémunération donc tout le monde y trouve son compte »*.

Mais cette rémunération n'a pas les faveurs de l'ensemble des médecins interrogés, qui au contraire, pensent que de ce fait, la ROSP *« c'est plus financier qu'autre chose »* (médecin L) ce qui n'incite pas forcément à développer une « stimulation intellectuelle » et qu'il s'agit *« d'une prime comme une autre, ça tombe c'est bien, ça tombe pas je m'en fou », « ils payent à la performance »* (médecin H).

De façon plus radicale les médecins J K parlent tout simplement de *« rémunérations cachées »* (médecin K) et que ce n'est pas compatible avec le rôle du médecin *« je ne suis plus dans mon rôle de médecin… je vous récompense parce que vous avez fait ça… NON ! »*

Ce qui importe le plus aux yeux des médecins interrogés et la satisfaction de leur patientèle « *Moi je suis à 2800 je suis peut-être dans les mauvais médecins… peut-être je suis très nul mais les gens sont contents j'ai l'impression de bien les suivre… J'ai diagnostiqué plein de pathologies que je prends en charge moi, des maladies auto-immunes… tout le monde à l'air plutôt content sauf la sécu donc je m'en fous… »* (Médecin H).

c. La prévention cardiovasculaire, une nouvelle ROSP

1. L'échelle SCORE un outil méconnu

Parmi les 12 médecins interrogées 6 avaient connaissance de l'échelle SCORE et seulement 3 l'avaient vraiment appliquée en consultation, « *je l'entends mais je ne l'utilise pas* » (Médecin J), « *Ah non et pourtant je fais pas mal de formation* » (médecin D)

Cette échelle, apparut dans les recommandations de l'ESC de 2007 (21), nécessite de connaitre l'âge, le sexe, la tension artérielle, le statut tabagique du patient et d'avoir un bilan lipidique. Ces données représentent « *les bases* » (médecin K) de la prévention cardiovasculaire et sont recueillies la plupart du temps de manière systématique « *Oui moi je pose toujours ces questions sur les facteurs de risques cardiovasculaires* » (médecin G).

Malgré cela la prise en main initiale n'est pas forcément facile « *ça m'a l'air un peu compliqué cette histoire* » (Médecin D) et peut-être rebutante « *il y a trop de choses »* (médecin G).

2. Une prise en main facile et une aide à la prévention

Pour les médecins qui ne connaissaient pas l'échelle ou qui ne l'utilisaient pas, un exemple était proposé afin de s'essayer à son utilisation. Le but étant simplement d'évaluer si l'utilisation de l'échelle pouvait être un frein en soi à son utilisation. Il s'avère que sa pratique, même pour un non initié, est tout à fait « *facile à utiliser* » (Médecin B) et que « *ça donne envie de la réutiliser* » (Médecin C).

Cette échelle, qui paraît initialement complexe, possède un code couleur permettant une lecture facilitée du résultat et de se rendre compte d'une caractéristique de cette échelle, c'est qu'elle permet d'avoir un continuum dans la prise en charge du patient *« on se rend compte que le risque après il fait un bon, et que rapidement pour une même tension on va vite dans le rouge* » (médecin C). Cette possibilité de visualiser le risque sur 10 ans permet également de mieux informer le patient « *Je lui explique que s'il continue il va être dans le rouge là »* (médecin D) , de lui expliquer les raisons de l'instauration d'un traitement *« un patient qui comprend mieux son traitement c'est un patient qui va mieux adhérer et qui aura une meilleure observance* » (médecin J) et ainsi instaurer une réelle décision médicale partagée « *je mets plus facilement une statine car j'ai un argument pour dire aux gens qu'il faut le prendre* » (médecin I).

3. Des recommandations associées ne faisant pas l'unanimité

L'échelle SCORE est au centre des recommandations de prévention du risque cardiovasculaire de la HAS 2017. Ces recommandations préconisent de dépister les patients à partir de 40 ans afin d'établir leur risque d'incident fatal à 10 ans, ce qui soulève une nouvelle fois le problème de la charge de travail qui serait incompatible avec une prévention systématique « *il faudrait l'avoir tout le temps sous la main et avoir le temps de l'expliquer* » (médecin F). Et qu'il est difficile de l'intégrer dans une consultation pour un problème autre « *Parce qu'encore une fois, moi j'ai un patient en face de moi, il vient me voir pour une angine, je vais soigner son angine, après il est obèse, il put le tabac, je vais essayer d'en discuter avec lui mais il a pas forcément envie de m'en parler* » (médecin A) et cela pourrait entrainer une situation anxiogène pour le patient *« déjà je ne le dirais pas aux patients (le résultat du score) parce que dès qu'on leur sort un truc comme ça, ils flippent grave »* (médecin H).

Le fait d'utiliser une échelle telle que le SCORE qui comporte uniquement 5 facteurs a été perçu comme réducteur et trop simplifié « *ah pour moi il faut rajouter plusieurs facteurs de risque* » (médecin E) et qu'ils préféraient avoir une « *approche globale* » (médecin L), surtout lorsqu'il s'agit de la recommandation sur l'éventuelle prescription de statine en cas de SCORE supérieur à 5% (recommandations HAS abrogés mais pas les recommandations européennes ni américaine). En effet les statines sont sujettes à *« controverse* » (médecin B) et que « *maintenant vraiment les gens ne veulent pas de statine* » (médecin D) ce qui est analysé comme étant causé par une mauvaise information que les patients reçoivent même si certains changements commencent à apparaître « *ça évolue au niveau des statines. Avant systématiquement, vous mangiez un hamburger on vous donnait une statine en même temps*. » (Médecin K).

Cette difficulté est renforcée par le fait que la majorité des médecins envisage, sauf cas extrême, une prise en charge se basant initialement sur des « règles hygiéno-diététiques », « Peut-être pas de suite avec contrôle dans un premier temps, je laisse une période de latence avec les règles hygiéno-diététiques » (médecin G) et que d'éviter le traitement serait une source de motivation pour le patient « *on a pas mal de patients qui commencent à se renseigner sur ça et qui sont pas forcément demandeur de statine et qui préfèrent essayer de tout faire pour changer* » (médecin L). Ce qui est pour la plupart contradictoire avec cette échelle « *je pense que je ne l'utiliserais pas sinon je mettrais tout le monde sous statines* » (médecin E), « *chaque patient de plus de 60 ans avait une statine de prescrite avec cette échelle du coup je trouvais que c'était un peu agressif* » (médecin L) et qui préfère donner cette responsabilité au cardiologue « *je les envoie chez le cardiologue et c'est lui qui dit qu'il faut le prendre* » (médecin I)

d. Des idées pour l'avenir

La réflexion autour de l'échelle SCORE et de son utilisation a fait remonter des idées afin d'améliorer son utilisation en prenant en compte les problématiques évoquées.

Par rapport à la faisabilité et la charge de travail la majorité des médecins était pour une informatisation des données et des outils de prévention disponibles directement sur leur logiciel patient « *faut que ça soit dans notre informatique* » (médecin D) même si cela provoque chez certains médecins le sentiment de déshumanisation de la relation médecin - malade « *on sort un peu de… de se travaille de la médecine générale, je trouve qui est un peu … (hésitation), qui est pas humain, qui est machine c'est dommage.* » (Médecin C).

Pour ce qui est de la prise en charge après avoir calculé le SCORE et sur la prévention de manière générale beaucoup ont évoqué le fait d'avoir une stratégie compatible avec le fait de prendre en charge une pathologie qui n'est pas encore ressentie par le patient. Pour cela certains ont évoqué des consultations de « *bonne santé* » afin de faire un point sur d'éventuel besoin en matière de prévention « *faire des bilans de santé et enfin inciter les gens à venir voir le médecin une fois par an même quand tout va bien* » (médecin H). Et une fois le SCORE calculé, ne pas hésiter à multiplier les consultations afin de faire adhérer au mieux le patient à sa stratégie de soin « *je les fais revenir dans un mois pour essayer de mettre une deuxième couche avec des explications* » (médecin F) tout cela dans le but d'avoir une meilleure compliance « *donner des bonnes informations au patient, c'est toujours bien de faire des entretiens positifs* ». (Médecin L).

Discussion

I. Synthèse des éléments

D'après les définitions européennes des caractéristiques et des compétences du médecin généraliste publiées dans le rapport de la WONCA, la prévention occupe une place prépondérante en médecine générale (21). Cependant celle-ci, et en particulier cardiovasculaire, n'est à priori pas si évidents que ça à mettre en place dans l'exercice quotidien du médecin généraliste.

Parmi les freins à l'utilisation de l'échelle SCORE qui ont été mis en évidence on retrouve la charge de travail. Cette charge de travail est imputée au nombre de patient qu'il faut voir chaque jour en consultation et au temps que l'on peut leurs accorder. Le dernier rapport de la DREES (22) montre que la durée moyenne de consultation en France est de 16 minutes notamment lors de consultations concernant la prévention, qui est donc l'une des plus longues d'Europe. En comparaison à ce chiffre, un rapport de l'European Heart Network (23) montre que la France fait partie des pays qui ont les meilleurs résultats en matière de prévention cardiovasculaire en Europe malgré un nombre important d'hospitalisations et de décès. Cela pourrait correspondre au ressenti des médecins interrogés sur le fait d'avoir déjà une pratique de prévention adaptée et que l'intégration du SCORE dans la ROSP n'allait pas changer leurs habitudes de prévention.

On peut se poser la question, d'après ces témoignages si le frein principal ne serait pas la ROSP en elle-même. En effet plusieurs études, notamment une thèse réalisée en France auprès de 60 médecins généralistes dans le Maine-et-Loire, Mayenne et la Sarthe en 2016 retrouvent des résultats qui font écho à de nombreuses notions évoquées au cours de ces entretiens (24). Nous retrouvons notamment la sensation de contrôle des pratiques avec un principal aspect économique, ainsi qu'un sentiment d'infantilisation ne poussant pas vers une démarche intellectuelle. De plus cette réflexion mène la plupart des médecins interrogés à douter du bienfondé scientifique des indicateurs proposés dans la ROSP et de leur nécessité pour harmoniser les pratiques.

Il ressort également que les revenues que propose la ROSP ne sont ni vraiment une motivation ni un frein à son utilisation, on retrouve de façon opposée des médecins qui trouvent ce mode de rémunération à la performance inadapté à la médecine générale et d'autres qui trouvent en cela une sorte de compensation financière à la charge de travail et à la « lourdeur administrative » à laquelle ils doivent faire face, comme le montre la progression de la consommation des soins en ville notamment des consultations médecins généralistes qui ont encore augmentées de 3.2% cette année d'après le dernier rapport de 2019 sur les dépenses de la sécurité sociale (25) .

Cependant d'après les chiffres de la CNAM de 2019 sur l'année 2018, la ROSP progresse de 7.8% et représente un revenu supplémentaire de 4 915 euros en moyenne par médecins généralistes (26), ce qui peut représenter tout de même un attrait particulier.

Mais le mode de calcul de la ROSP, l'aspect déclaratif et les objectifs à atteindre qui paraissent inadaptées font qu'il est difficile de suivre la ROSP sans s'éloigner de sa pratique. D'ailleurs le dernier rapport (26) de l'assurance maladie sur la ROSP datant d'avril 2019 évoque une baisse des objectifs sur certains indicateurs.

Une autre problématique fut l'interrogation autour de ce que pouvait apporter l'utilisation de cette échelle à la prévention cardiovasculaire par rapport à la pratique des médecins interrogés. Bien que cette échelle permette d'avoir une idée du risque d'accident cardiovasculaire à 10 ans, les répercussions immédiates sont perçues comme difficilement quantifiable, d'autant plus qu'elle « protocolise » une démarche qui doit s'adapter à une population aux profils très variés. Une étude qualitative anglaise auprès de 20 généralistes (27) sur leur model d'échelle d'évaluation du risque cardiovasculaire qui prend également en compte un risque sur 10 ans, montre également qu'il existe une difficulté de calculer un risque à un instant T et d'en connaitre réellement les répercussions dans 10 ans étant donné que le patient va très certainement entre temps recevoir un traitement ou modifier son mode de vie. Cela rend donc le résultat de l'estimation peu fiable.

En comparaison, les doutes et les inquiétudes sur l'utilisation de ces échelles étaient en partie les mêmes bien que l'échelle anglaise (QRISK) prenne en considération des facteurs de risques plus nombreux.

Une autre étude néerlandaise(28) a voulu étudier auprès de 13 médecins généralistes les barrières à l'utilisation d'une table de risque cardiovasculaire légèrement différente sur les facteurs car elle prend en compte la présence de diabète et la présence ou non d'une hypertension artérielle. Cependant l'idée de donner un risque sur 10 ans en prenant en compte 6 facteurs de risque semblait également réducteur et non adapté à la prise en charge globale d'un patient notamment par rapport à l'influence importante du taux de cholestérol sur le résultat obtenu avec l'échelle et la décision de prescription d'une statine jugée trop rapide.

II. Points forts et limites de l'étude

Cette étude qualitative a été réalisé à l'aide d'un guide d'entretien qui n'a cessé d'évoluer afin d'éviter les questions pouvant provoquer un biais de désirabilité sociale et de ne pas mettre mal à l'aise les médecins interrogés.

Les médecins interviewés n'étaient jamais interrompus durant leurs réponses afin d'obtenir le discours le plus original possible et d'instaurer une relation de confiance avec le chercheur. Ils étaient simplement redirigés par des relances une fois leurs idées évoquées, afin d'avancer dans l'entretien en prenant en compte leurs réponses.

Cette étude présente également des limites.
L'échantillonnage fut basé sur le volontariat ce qui a pu constituer un manque d'hétérogénéité des répondants.
De plus, le codage a été doublé uniquement pour les premiers entretiens, ce qui peut induire un biais d'interprétation.
Également, nous pouvons relever que certaines réponses ont pu tout de même être induites par rapport aux réactions non verbales du chercheur.
Il s'agit d'une population source locale et ces résultats ne sont peut-être pas transposables à l'ensemble du territoire français.

III. Perspectives d'avenirs.

Au vu de ces résultats, plusieurs pistes seraient à évoquer.

La majorité des médecins interrogés ont parlé de formation supplémentaire dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu) et de contact régulier avec des intervenants de la CPAM. Cependant les items de la ROSP qui concernent la prévention cardio-vasculaire semblent peu connus. Il serait peut-être utile d'instaurer une campagne de promotion auprès des médecins ayant pour but, non pas de lister les nouveaux indicateurs mais de les expliquer et les justifier scientifiquement afin d'obtenir une meilleure adhésion.

On peut également se questionner sur l'avenir de l'utilisation de l'échelle SCORE étant donné la récente abrogation de la recommandation dans son utilisation pour l'instauration des statines qui fait partie des justificatifs de l'indicateur maladie cardiovasculaire présent dans la refonte de 2016.

De plus il semble nécessaire d'avoir une formation initiale plus centrée sur la prévention. En effet sur l'ensemble des 362 items de l'examen national classant, la mention de « prévention » n'est présente que dans 35 items dont 1 item sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Cela représente un nombre d'heure d'enseignement assez faible comparé à la place prépondérante qu'occupe la prévention dans la pratique des futurs médecins.

Une autre idée évoquée par les médecins interrogés est celle d'une consultation dédiée à la prévention qui serait une consultation de bonne santé réalisée chaque année afin de faire le point avec les patients sur leurs facteurs de risque, leur conduite à risque, leur environnement social et professionnel afin de prévenir au mieux toutes situations qui nuiraient à la santé des patients.

Conclusion

La réflexion autour de l'utilisation de l'échelle SCORE depuis son intégration aux ROSP montre qu'il y a à la fois une problématique liée à la démarche de prévention elle-même, dans une société qui consomme de plus en plus la médecine de ville et dans laquelle la décision médicale partagée prend une place de plus en plus importante. Cette démarche du patient acteur de sa prise en charge entre en confrontation avec le caractère protocolaire de certaines préventions et en particulier avec l'utilisation de l'échelle SCORE. La ROSP fait également débat depuis sa création autour de son utilité et de son caractère économique.

Malgré cela, ce débat et cette réflexion ont pour but légitime d'améliorer les pratiques afin d'avoir une population saine et en bonne santé.

Références

1. OMS | À propos des maladies cardiovasculaires. WHO.[internet] OMS.fr
2. Santé Publique France. Maladie cardio neuro vasculaire - Introduction. Santé Publique France.
3. Fourcade N, Von Lennep Y, Grémy I, Bourdillon F. L'état de santé de la population en France - rapport 2017. DREES, Santé Publique France; 2017.
4. HAS. Guide - Affection de longue durée : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs Mars. 2007 mars
5. Prévalence des ALD en 2017 [Internet]. Ameli.fr.
6. FEDECARDIO | L'artériopathie oblitérante [Internet]. https://www.fedecardio.org. 2016
7. Assurance Maladie. Risque Cardiovasculaire [Internet]. Ameli.fr. 2019
8. HAS. Fiche Memo - Evaluation du risque cardio-vasculaire. 2017 Fevrier
9. Thomas D. Maladies des artères Changer leur évolution. Fédération française de Cardiologie; 2018.
10. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Les Tribunes de la sante. 29 oct 2013;n° 40(3):45‑52.
11. Lepage C. Le CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles). CPAM de l'Aube. :4.
12. Gudin de Vallerin P. Mode de rémunération des médecins. Direction Générale du Trésor et dela Politique Economique; 2008 sept . (Trésor-Eco). Report No.: 42.
13. UNCAM. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signee le 26 juillet 2011. 2011
14. Hacquin L, Robert-Tissot C. Contacts presse Caisse nationale d'Assurance Maladie : 2015;38.
15. Reynaud C, Goffe D, Robert-Tissot C. La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif. 2017 avr p. 29.
16. Convention 2016 - Nouvelle ROSP [Internet].Convention2016.ameli.fr

17. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) * Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). European Heart Journal. 1 juill 2012;33(13):1635‑701.

18. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen M-R, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal. 2 juill 2011;32(14):1769‑818.

19. Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2008

20. Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. ANAES; 2004

21. Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Ram P, Crebolder H. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe. 2002;52.

22. Elbaum M. La durée des séances des médecins généralistes. 2006 avr. Report No.: 481.

23. European Heart Network (EHN). Prévention des maladies cardiovasculaires en Europe – le programme en cours. 2009

24. Loic Coissac, Nicolas Merviel, Antoine Picard. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : Quelle perception en ont les médecins généralistes ? Etude qualitative réalisée auprès de soixante médecins généralistes de Maine et Loire, Mayenne et Sarthe. Anger; 2016.

25. Charpy C. Les Comptes de la Sécurité Sociale. 2019 juin p. 195.

26. Carriau P, Fize C. La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018. CNAM. 25 avr 2019;21.

27. Liew SM, Blacklock C, Hislop J, Glasziou P, Mant D. Cardiovascular risk scores: qualitative study of how primary care practitioners understand and use them. British Journal of General Practice. juin 2013;63(611):e401‑7.

28. Steenkiste B van, Weijden T van der, Stoffers HEJH, Grol R. Barriers to implementing cardiovascular risk tables in routine general practice. Scandinavian Journal of Primary Health Care. mars 2004;22(1):32‑7.

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

Introduction :

- Présentation personnelle
- Présentation de l'objet de l'entretien : on va parler de prévention primaire pour essayer d'en comprendre certains aspects notamment dans le contexte des consultations de médecine -générale.
- Explication sur le déroulé de l'entretient

Amorçage :

- Question de départ : Que pensez-vous de la prévention primaire dans votre exercice quotidien ?
- 1ère précision : que vous évoque le terme « objectif de santé publique » ? (Soit ROSP soit non évoqué (bis))
- 2ème précision : Que pensez-vous des ROSP ?
- 2ème précision bis : Avez-vous déjà utilisé des outils d'aides à la décision ? (Soit thème cardiovasculaire, soit non évoqué)
- 3ème précision : Que pensez-vous de l'échelle SCORE ?
- 3ème précision bis : Dans la nouvelle réforme sur les ROSP que pensez-vous de la prévention du risque cardiovasculaire ?

Corps d'entretien :

- Déterminer les habitudes du praticien :
    - Comment ces outils interviennent dans votre pratique ?
    - Répercussions habituelles, évoquer la décision médicale partagée
- Évaluation de la bonne compréhension de l'échelle SCORE : sans préjugé, ni attendre de réponse parfaite, le but étant de faire ressortir justement s'il y a des incompréhensions.

Réflexion :

- 2 cas de figure :
    - Le praticien utilise déjà cet outil (multimédia ou papier) : critique de l'outil et de son utilisation.
    - Le praticien ne l'utilise pas : réflexion autour d'un cas simple et opinion du praticien sur l'utilisation de l'échelle dans ce cas.
- Utilisation de l'outil en version informatisée

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement

N° d'identification du participant :

Projet de thèse : Prévention du risque cardio vasculaire en médecine général

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de *médecins généralistes*

Introduction : *Modification récente (2016) des objectifs de santé public via les ROSP, avec mise en place du calcul du risque cardio vasculaire à 10 ans via l'échelle SCORE pour l'instauration d'une statine.*

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :
Énumérer les objectifs : Explorer les limites via les témoignages des médecins généralistes. Mettre en évidence des pistes afin d'optimiser ces outils de prévention

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Benaccoun Jonathan interne en médecine générale suivant vos disponibilités, dans les locaux du médecin généraliste acceptant l'entretien.
Il durera de 25 à 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre vécu/expérience*
Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.
Comment sera traitée l'information recueillie ?
Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Benaccoun Jonathan *en collaboration avec* Dr Pierre-André Bonnet (Directeur de thèse)

Les résultats seront utilisés dans le cadre de cette thèse auprès des membres du jury de thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)_____

Date_____

Nom_____

Signature (investigateur)_____

Date_____

Nom_____

Annexe 3 : Fiche renseignement praticiens

Identification anonyme : 0001/sexe/an/lieu/type

Homme = H

Femme = F

Années d'exercice :

- < 3 ans = Depuis l'apparition de la ROSP sur le SCORE a
- 3- 8 ans = Du début des ROSP jusqu'aux dernières modifications de 2016 b
- 8 -11 ans : Période d'apparition du CAPI jusqu'à la création des ROSP c
- 11 - 30 ans : Période des premières rémunérations forfaitaires d
- 30 et plus : avant les rémunérations forfaitaires e

Lieu d'exercice :

- Ville : V
- Excentré (20km d'un CHU) : C

Type d'exercice (pendant la plus grande période d'exercice) :

- Remplaçant : R
- Cabinet Seul : S
- Cabinet de groupe : G

Annexe 4 : Codage des entretiens

Entretien 0001 HdGVo		Thèmes principaux :
même une partie importante je pense de mon métier	Rôle du MT	Rôle propre du médecin traitant
pas certain de bien la pratiquer	Doute sur ses capacités à la réaliser	
je suis en première ligne pour ce genre de choses je pense	1ère ligne	Rôle propre du médecin traitant
pour l'organiser en fait	Organisation de la prévention	Organisation et parcours de soins
orienter les gens pour qu'ils puissent voir peut-être des spécialiste	Parcours de soins	Organisation et parcours de soins
traitements antiagrégants plaquettaires peut être des trucs comme ça ,	Doute sur prévention primaire et secondaire	
Pour l'instant là j'ai rien d'autre qui me vient là comme ça je sais pas.	Pas de thème évident	Terme d'objectif de santé publique confus
Non ça ne me parle en fait	Pas d'écho sur les objectifs de santé publiques	Terme d'objectif de santé publique confus
je les gère pas ces ROSP	Non gestion des ROSP	
j'ai la tête dans le guidon	Charge de travail	Charge de travail
changent d'ailleurs tous les trois ans	Labilité des recommandations	Modification fréquente, difficulté à suivre les recommandations
je n'arrive pas à suivre	Difficulté à se mettre à jour	Modification fréquente, difficulté à suivre les recommandations
Je ne réponds plus à ces ROSP déclaratifs	Refus de participer	Avis général négatif et refus de participation
c'est vraiment du n'importe quoi .	Avis négatif	Avis général négatif et refus de participation
c'est impossible pour moi de savoir exactement le pourcentage de patients qui répondent à de tels critères	Suivi de patientèle difficile	Difficilement réalisable
Donc ma réponse est forcément fausse .	Données difficiles à avoir	Difficilement réalisable
mon logiciel se met à jour	Outil informatique	Outil informatique est une aide
apparemment il est en train de se mettre à jour.	Mise à jour via l'informatique	Outil informatique est une aide
J'ai du mal à suivre tous ces objectifs	Objectifs nombreux	Modification fréquente, difficulté à suivre les recommandations
je ne vois pas ma pratique face à des objectifs comme ça	Non compatible avec sa pratique	Difficilement réalisable
que je bosse malheureusement de plus en plus	Charge de travail importante	Charge de travail
on me rajoute des objectifs sur un temps que je n'ai déjà plus depuis longtemps voilà .	Charge de travail importante	Charge de travail
sont hyper chargées	Charge de travail importante	Charge de travail
où l'informatique, c'est juste un outil et c'est pas... j'ai pas la tête dans mon ordinateur à dire il faut que je réponde « alors le ROSP il est sur le tabac, donc il faut que j'arrête... »	Informatique pas au centre de la pratique	Difficilement réalisable
un patient et je discute avec lui et il me parle de tabagisme ben on va parler de tabagisme	Consultation personnalisée	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
Ces critères qui sont pour moi liés à l'informatique en fait uniquement, ce sont des objectifs de chiffre, ça ne m'intéresse pas	Simplement des chiffres	Difficilement réalisable
j'estime que mon métier c'est pas ça voilà .	Objectifs loin de la pratique	Difficilement réalisable
. Mon métier c'est d'être à côté des gens et de voir avec eux, comment ils vivent, comment... euh, les risques qu'ils prennent, en discuter avec eux, et ça, ça me prend déjà beaucoup de temps	Charge de travail importante	Charge de travail Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
après mon ordinateur ou un ROSP est-ce qu'il faut si ou ça, ça me gonfle en fait .	ROSP Contraignant	Contrainte
, la sécu vient m'en parler	source d'information : CPAM	Lien avec la CPAM
Donc les ROSP actuels je sais même plus lesquels c'est	Indicateurs inconnus	Modification fréquente, difficulté à suivre les recommandations
que finalement j'ai l'impression que mes chiffres sont pas si mauvais que ça en fait	Prévention habituelle efficace	Pratique déjà adapté à la prévention
, je l'entends et après c'est dans mon inconscient presque en fait	Pratiques adaptés aux indicateurs	Pratique déjà adapté à la prévention
moi la carotte du ROSP ou on va me donner tant d'argent pour... en fait je m'en fiche complètement	Rémunération non motivationnelle	Rémunération
. On me la donnerait pas ça ne changerait rien en fait	Rémunération non motivationnelle	Rémunération
j'estime être là pour aider des gens, bon c'est mon travail forcément, je travaille pour vivre aussi bien évidemment, mais après, cette carotte en fait je l'ai vu arriver	Pas besoin des ROSP pour faire de la prévention	Pratique déjà adapté à la prévention
« oh pétard on peut gagner un peu d'argent, on va essayer d'y répondre » et j'ai arrêté, parce que cette carotte là je n'en veux pas en fait. Elle ne m'intéresse pas.	Rémunération non motivationnelle	Rémunération
SCORE je dois même l'avoir quelque part là	SCORE connu	
ça m'est arrivé des fois de la regarder, d'essayer d'évaluer l'échelle SCORE, oui ça m'arrive, je la connais oui. Mais c'est vrai que c'est pas quelque chose que je connais parfaitement par cœur voilà	Échelle mal maitrisée	Utilisation difficile
pas toujours évident .	SCORE pas évident	Utilisation difficile

je pense que ça peut être une aide, je pense ça peut être bien .	Outil d'aide	Utile
notamment à l'instauration, j'en parlé tout à l'heure, d'antiagrégant plaquettaire par exemple	Décision médical partagé	Utile
bon j'adresse assez facilement chez le cardiologue	Aide d'un spécialiste	Organisation et parcours de soins
c'est au-delà de 5, le risque CV commence à devenir sérieux quand même .	Notion de valeur seuil	
- Pas assez .	Utilisation modeste	
, par manque de temps en fait, je pense par manque de temps parce que c'est vrai qu'on a beaucoup de choses à gérer en fait. Vous me parlez de prévention primaire, mais bon sur une consultation on a beaucoup de choses à gérer et, donc du coup, c'est vrai que je pense que c'est le temps qui nous manque toujours, c'est malheureusement, c'est ce qui manque le plus c'est le temps en fait.	Manque de temps durant la consultation	Durée de consultation
Donc c'est toujours bien d'avoir un petit rappel .	Mise à jour de connaissance	Mise à jour de connaissance
l'intérêt d'une échelle en fait que ce soit pas trop compliqué parce qu'en plus si c'est trop compliqué	Facilité d'utilisation nécessaire	Doit être facile
Non plutôt papier .	Préférence papier	
Moi de toute façon je les suis régulièrement au niveau cholestérol notamment, ou même je les questionne régulièrement sur la consommation de tabac, et donc après je les suis vraiment ,	Suivi rapproché des patients porteurs de FDRCV	Pratique déjà adapté à la prévention
, enfin ceux qui viennent me voir en tout cas	Suivi difficile de toute la patientièle	Difficilement réalisable
au niveau informatique moi je trouve ça très très bien, moi les prises de sang elles sont dans l'ordinateur donc j'ai accès en fait à tous les bilans sanguins en tout cas ceux qu'ils m'ont montrés parce que je les rentre tous et donc j'arrive à voir comment évolue en fait par exemple le LDL cholestérol ou.…	Aide informatique utilie	Outil informatique est une aide
Parce qu'il y a des gens qui ont une statine par exemple, mais vous allez pas comprendre pourquoi d'un seul coup il y a un décrochage du LDL par exemple, je vais le voir je vais voir qu'avant ça allait mieux	Aide informatique dans le suivi	Outil informatique est une aide
en discutant avec eux encore une fois on discute avec le patient	Décision médicale partagée, échange	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout, Décision médical partagé
que finalement il a arrêté le traitement, parce qu'il a entendu à la radio si et là	Mauvaise littératie	Mauvaise littératie
la consultation va pas durer une heure donc, on va pas parler d'autre chose mais l'autre chose on n'en parlera la fois d'après. Moi j'essaye de travailler comme ça en fait, c'est comme ça que je bosse.	Manque de temps pendant la consultation	Durée de consultation
exemple j'ignorais que le ROSP peut demander en fait d'établir cette échelle à partir de 40 ans	Mise à jour de sa pratique	Modification fréquente, difficulté à suivre les recommandations
Parce qu'encore une fois, moi j'ai un patient en face de moi il vient me voir pour une angine, je vais soigner son angine, après il est obèse, il pue le tabac, je vais essayer d'en discuter avec lui mais il a pas forcément envie de m'en parler	Prévention opportuniste	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
et puis il y a quand même une masse importante de patients que je vois que pour ça	Patientèle à risque cardiovasculaire	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
mais ils veulent pas le reconnaître donc moi j'essaie d'en discuter avec eux et de voir que quand même clairement ils ont un facteur de risque qui est élevé mais ils veulent pas forcément le reconnaître et se faire soigner pour ça donc moi j'essaie de les aiguiller	Refus du patient à être évalué sur le plan CV	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
échelle ou pas échelle je sais qu'il a un risque	Expérience de la pratique	Pratique déjà adapté à la prévention
. Donc je vais pas calculer l'échelle score parce que je m'en fiche du score là en fait. Je vois bien qu'il est à risque. Alors après s'il se fait suivre et qu'on arrive finalement à instaurer un suivi, on va en parler plus sérieusement peut-être, mais SCORE arrive après pour moi.	SCORE pas en 1ère intention	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
Alors moi je le fais pas, ça c'est sûr, je le fais pas	Échelle non utilisée pour illustrer le risque	SCORE non utilisé courament
quelqu'un qui finalement au départ ne veut pas se faire suivre, ne veut pas reconnaître qu'il est obèse, qu'il est probablement diabétique, je pense que lui montrer ça sur un tableau, il s'en fiche .	Peu de répercussion sur le patient	Impact faible sur le patient
je préfère lui parler d'autre patient que j'ai suivi, que j'ai connu, et du risque qu'il encourt, mais moi je préfère utiliser plus… « vous risquez de vous retrouver paralysé », d'utiliser peut-être des mots un peu plus… essayé de lui montrer un peu plus visuellement, peut-être qu'il a un cousin, un ami à qui c'est arrivé, et qu'il ne va donc pas m'en parler du coût mais qu'il peut risquer la même chose et je pense que pour lui c'est plus parlant en fait qu'un tableau, une échelle, peut-être je me trompe mais je fais pas ça.	Exemple de patient pour alerter sur les FDRCV	
j'ai des aides justement pour calculer le risque cardio-vasculaire qui est en train de se mettre en place ce que je n'avais pas encore il y a quelques semaines même quelques jours puisqu'il y a une grosse mise à jour qui a était faite là cette semaine et je vois que maintenant je vais pouvoir calculer le risque cardio-vasculaire de manière beaucoup plus simple, en fonction du tabagisme de l'âge du sexe et donc je pense que du fait que ça se simplifie je vais l'utiliser beaucoup plus	Outil informatique rend plus accessible l'utilisation du SCORE	Outil informatique est une aide
l'informatique ça c'est bien .	Outil informatique utile	Outil informatique est une aide
quand j'ai débuté c'était une angoisse en fait, c'était « oula, quel logiciel ? comment ? », bon rapidement je me suis rendu compte qu'en fait que l'outil informatique était une aide précieuse	Outil informatique aie précieuse	Outil informatique est une aide
, à le visionner en un clin d'œ	Rapidité d'exécution	Outil informatique est une aide
Et je vois qu'en fin de consultation il me propose de calculer directement mais ça date de 3 jours. Alors je sais pas encore bien l'utiliser, notamment, il me met tout le monde fumeur, je pense qu'il y a une correction à faire mais ça je trouve ça très intéressant.	Outil informatique rapide	Outil informatique est une aide
Donc son score est à 2 % donc là je vais pas lui mettre de statine normalement. Je sais pas (rire).	Seuil de risque maitrisé	
On a du temps devant nous quand même	Continuum	Continuité dans la prise en charge
. Donc ben je vais essayer que dans 10 ans ils soit pas à 6 justement (rire). Je vais essayer encore une fois notamment qu'il limite son surpoids qu'il arrête de fumer pour que son score soit plus bas.	Continuum dans la prise en charge	Continuité dans la prise en charge
Alors je préfère la version informatique clairement ça c'est sûr, c'est beaucoup plus simple	Version informatique plus aisée	Outil informatique est une aide
le tableau je l'ai quelque part mais faudrait que je le cherche .	Version papier moins disponible rapidement	Outil informatique est une aide
l'outil informatique c'est génial	Outil informatique utile	Outil informatique est une aide
Moi ça je trouve ça génial comme je vais voir tous ses antécédents en un clin d'œil même je me dis, « mais comment il travaillait avant ? » parce que pour se souvenir de tous les antécédents comme ça. Bon sa date chaque fois son époque, mais là je trouve que travailler sans informatique pour moi c'est dangereux quand même .	Outil informatique indispensable	Outil informatique est une aide
de l'échelle SCORE évolue donc est-ce que moi là il va me calculer à l'instant T donc une échelle SCORE, est-ce qu'il va s'adapter après dans le temps... je l'espère	Interrogation sur l'évolution dans les années à venir	Modification fréquente, difficulté à suivre les recommandations
on voit les patients normalement quand même assez régulièrement et moi le terme de médecin de famille moi pour moi j'arrive pas à le mettre en pratique parce qu'on a de plus en plus de patients et que c'est difficile mais quand même	Charge de travail importante	
le côté médecin de famille là on est au cœur je pense de ça c'est-à-dire que les gens en les soignes ... on connaît leur famille on connaît leur environnement on les voit même un peu sur le long terme	Proximité avec les patients, Médecin de famille	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
malheureusement c'est de moins en moins vrai parce que les gens ils consomment la médecine comme ils consomment un autre produit de consommation courante .	Consommation de la médecine	Consommation de la médecine

Entretien 0002HdVGn		Thèmes principaux
C'est l'essentiel du travail de médecine générale, quasiment, c'est notre rôle je pense, au-delà de la bobologie, je pense que notre objectif en médecine c'est de faire de la prévention primaire.	Objectif et rôle du MG	Rôle propre du médecin traitant
s'engager	Contrat patient-soignant	Rôle propre du médecin traitant
pas simplement faire du curatif, soigner les angines ou autres	Médecine symptomatologique	
dépistant pas mal de pathologie	Dépistage	Prévention primaire = dépistage
dispositif, notamment ARCADE	Dispositif national de dépistage	Prévention primaire = dépistage
de Kit ou de convocation pour le cancer du sein, du colon	Dispositif national de dépistage	Prévention primaire = dépistage
le dépistage du cancer de la prostate	Prévention sélective	Prévention primaire = dépistage
Dans toute tranches de population	Prévention ciblée	Prévention primaire = dépistage
ça va des nourrissons qu'on vaccine aux personnes âgées lorsqu'on intègre le fait que lorsqu'il vive seul ou qu'il y a une perte d'autonomie, il faut s'organiser avant qu'il y est une chute, avant un AVC	Prévention universelle	Prévention primaire = dépistage
On est un petit peu en 1ère ligne .	MG en 1ère ligne	Rôle propre du médecin traitant
on a pas à ce jour d'objectif à atteindre	Absence d'objectif	Terme d'objectif de santé publique confus
intérêt à ce que notre patientèle se porte bien	Diminution des morbidités	Maintenir sa patientèle en bonne santé
objectifs personnels .	Objectifs personnels	Maintenir sa patientèle en bonne santé
directive je sais pas si ça changerait beaucoup les chose car théoriquement si on fait correctement son travail, on devrait faire du dépistage sans forcément avec objectifs, mais après je suis ouvert à toute proposition.	Pas besoin d'objectif pour faire de la prévention	Pratique déjà adapté à la prévention
qu'on n'était pas mal dans les clous	Objectif atteint	Pratique déjà adapté à la prévention
on le faisait déjà	Pratique adapté aux ROSP	Pratique déjà adapté à la prévention
, en matière de propositions on était dans les clous, en matière de réalisation, pas forcément.	Facteur patient	Compliance du patient
qui coopérait pas spécialement .	Manque de compliance	Compliance du patient
dire "tiens ? moi j'ai l'impression de prescrire beaucoup, mais les chiffres montrent que c'est pas beaucoup réalisé »	Suivi du dépistage	Utilité des ROSP
je suis devenu un peu plus insistant	Mise à jour de la pratique	Utilité des ROSP
on peut pas les obliger	Décision médical partagé	Décision médical partagé
j'ai pas forcément plus proposé mais j'ai beaucoup plus insisté pour avoir les résultats.	Incitation au suivi	Utilité des ROSP
peut-être des référentiels	Consultation de référentiels	
l'homme de plus de 50 ans je fais systématiquement une PSA sauf s'il y a des symptômes avant	Prévention sélective	Pratique déjà adapté à la prévention
Chez la femme de plus de 50 ans, si elle n'a pas reçu sa convocation arcade je lui je lui fais comme faire sa mammographie, je fais faire, dès que possible, dès que c'est acceptable entre guillemets à une jeune femme sont frottis	Prévention sélective	Pratique déjà adapté à la prévention
Les patients qui sont en surpoids, je fais en sorte de les sensibiliser aux risques que ce soit mécanique ou complications cardio-vasculaires ou autre	Prévention ciblée	Pratique déjà adapté à la prévention
je me sers de ce que j'ai après, des recommandations	Suivi de recommandation	Pratique déjà adapté à la prévention
Déjà ça se passe très fréquemment	Prévention cardiovasculaire régulière	Pratique déjà adapté à la prévention
, souvent avec un autre motif de consultation	Prévention opportuniste	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
Mais c'est rarement, par exemple concernant l'obésité, le motif principal de consultation. Mais il faut avoir une vue globale du patient	Prise en charge globale	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
pas forcément que médicamenteuses et qu'une grosse partie de la thérapeutique passe par la perte de poids	RHD	RHD avant traitement
monsieur je viens me faire dépister, c'est nous qui devons faire le travail	action de prévention	Prévention primaire = dépistage
On doit apprécier l'état général du patient	Prise en charge globale	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
Essayer de pas trop faire peur aux patients non plus, parce que quelqu'un qui vient pour une douleur de la cheville, vous lui dites il faut faire une colo…	Adapter son discours	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
Après il revient plus	Compliance	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
savoir les ménagers c'est-à-dire qu'il faut essayer de glisser doucement du motif de consultation vers le dépistage de quelque chose d'autre .	Prise en charge personnalisé	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
vu qu'on va à la radio on va faire un cliché du thorax	Dépistage opportuniste	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
Un phénomène de déni, il ne veut pas savoir	Volonté du patient	Décision médical partagé
Mais c'est souvent ça, il faut faire preuve de pédagogie, faut faire preuve d'un peu de finesse, la médecine générale c'est ça.	Adapter son discours pour arriver à ses fins	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
Il y en a qui vont venir vous voir tous les quarts d'heure et y en a quand vous les attraper vous savez qu'il ne faut pas les lâcher ,	Prévention opportuniste	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
il ne faut pas leur faire peur	Adapter son discours	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
après ils peuvent recevoir un courrier d'arcade et il débarque en voulant l'hémocult...	Prévention collective	Lien avec la CPAM
Non pas vraiment	SCORE inconnue	SCORE inconnue
c'est que c'est très compliqué de faire intégrer à un patient qui n'est pas forcément venu pour ça	Prévention opportuniste difficile	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
en médecine général c'est pas évident.	Décision médicale partagé	Décision médical partagé
controverses sur les statines des choses comme ça	Idée reçu sur les traitements	Décision médical partagé

qu'il a un risque de faire un problème CV dans 10 ans donc je vous mets sous statine pendant 10 ans, c'est difficilement audible .	Traiter au long cours	Continuité dans la prise en charge
il a vue le cardiologue, le cardiologue	Aide d'un spécialiste	Organisation et parcours de soins
car quand même 10 ans c'est quand même du long terme, c'est compliqué de faire intégrer à un patient qu'il va prendre une statine, au moins pendant 10 ans en attendant que ce potentiel risque diminue, ca me parait compliqué en mettre en œuvre en médecine générale	Trop sur le long terme	Continuité dans la prise en charge
si c'est le cardiologue qui dit « Mr je vous ai vu, vous avez consulté pour une hypertension sévère, sur le bilan bio vous avez une dyslipidémie, votre papa est décédé d'un infarctus, il me semble licite de vous mettre une statine » ça pourrait plus coller	Légitimité du spécialiste	Impact faible sur le patient
même si ça s'appuie uniquement sur un sentiment.	Ressentit du patient	Impact faible sur le patient
« bonjour docteur, je me sens fatigué et j'aimerais faire un bilan »	Opportunité	
ils ne sont pas mécontent, plutôt favorable et parfois je vous dis c'est les motifs de consultation.	Bilan lipidique demandé	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
C'est facile à utiliser, ah oui oui largement.	Facilité d'emploie	Motivation à l'utilsisation
avec une petite réserve. On connait tous l'effet blouse blanche quand les gens viennent au cabinet	Effet blouse blanche pour l'HTA	Freins utilisation
Ce qui nous posait problèmes avant puisque des fois ils attendaient entre 3 et 4heures, ils arrivaient ici avec 20 de tension, c'était à bloc	Impatience des patients	Freins utilisation
, je leur fais faire une automesure sur 3 jours chez eux, ils reviennent avec un petit tableau et je me fais une idée sur leur tension.	Auto-mesure	
Oui effectivement, si ça prendre en compte le bilan sanguin et la tension, c'est largement réalisable.	Données facilement récupérables	Motivation à l'utilsisation
C'est assez simple, mais encore heureusement	Facilité d'utilisation	Motivation à l'utilsisation
QU'on va lui prodiguer surtout des conseils	RHD	RHD avant traitement
Par contre lui dire qu'il à 2 % de faire un AVC dans 10 ans, ça va pas le convaincre. Honnêtement.	Chiffre peu convaincant	Impact faible sur le patient
Oui, quand il vieillit, ouais effectivement... donc là c'est tout 50 ans c'est ça ? c'est par tranche ?	Intégration de la présentation	
On va pas être trop directif avec lui parce que, tout dépend du motif de consultation mais sil il est pas venu pour ça, il va un peu râler, on va lui dire qu'il faut maigrir, arrêter de fumer, qu'il faut mieux manger, moins salé, il va se dire qu'il a pas gagner grand-chose à venir me voir	Adapter son discours	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
on va peut-être lui montrer l'échelle. Quand il va voir ça il va se dire « bon c'est pas la catastrophe », c'est ça le risque, c'est que si on lui dit 2%, il va dire « bon le risque n'est pas excessivement élevé »	Pourcentage de risque faussement rassurant	Impact faible sur le patient
, moi ça me parle, mais lui ça ne lui parlera pas du tout	Littératie	Littératie, Impact faible sur le patient
niveau socio-économique, c'est-à-dire que quelqu'un qui a les capacités de comprendre que se risque va augmenter avec l'âge, qui arrive à se projeter, on peut lui expliquer et lui dire les choses	Adapter son discours	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
pas forcement la capacité à se projeter dans 10 ans ou 15 ans	Projection dans le temps	Impact faible sur le patient
... ils mangent tous mal ici, il ne faut pas se leurrer	Démographie à risque	
, je pense pas que ça lui parle. Je ne pense pas le convaincre en lui disant ça	Décision médicale partagé	Impact faible sur le patient
Alors c'est pas très compliqué de la faire manuellement .	Facilité d'utilisation	Motivation à l'utilsisation
si elle est dans le rouge c'est bien de lui montrer	Couleur identifiable	Motivation à l'utilsisation
Si moi j'ai juste marqué 15% ça lui parle pas	% insuffisant	Impact faible sur le patient
Malheureusement les gens ils ont besoin de visuel, et encore plus ici dans le quartier est important.	Adapter son discours	Impact faible sur le patient
Je pense effectivement que le code couleur c'est pas mal ça simplifie la compréhension	Code couleur simplifie la compréhension	Motivation à l'utilsisation

Entretien 0003HdVGn		Thèmes principaux
essentielle au quotidien en médecine générale et c'est quelque chose… c'est un peu le rôle du généraliste	Rôle du MG	Rôle propre du médecin traitant
parmi les rôles clé du généraliste	Marguerite des compétences	Rôle propre du médecin traitant
pierre angulaire de ce que le généraliste… Je pense que s'il y avait un mot qui résumerait le rôle du médecin généraliste c'est bien la prévention.	Rôle essentiel	Rôle propre du médecin traitant
préventions qui sont mises en place, (j'espère que c'est le bon sujet), qu'ils ont mis en place par la sécurité sociale	Prévention collective	Prévention primaire = dépistage
est dépistage colorectal chez l'homme et la femme, les mammographies chez la femme	prévention sélective	Prévention primaire = dépistage
les dépistages c'est pour moi la prévention primaire	Dépistage = prévention	Prévention primaire = dépistage
je parlerais de facteurs de risques	facteur de risque	
récompensé le médecin généraliste qui dans ses objectifs, qui remplit un peu son rôle dans la prévention	Récompense	Utilité des ROSP
maintenant on a des conduites à tenir	Cadre à suivre	Utilité des ROSP
nous ça nous permet aussi de, d'y penser	Pense bête	Utilité des ROSP
notre rôle mais aussi il y a une rémunération donc, tout le monde y trouve son compte	Rémunération incitative	Utilité des ROSP
et ça permet d'être exhaustif.	Amélioration des pratiques	Utilité des ROSP
ça me parle ! mais bon heu mais bon peut être que je l'utilise sans me rendre compte ,	Connaissance vague	
un gros problème de temps en consultation	Temps de consultation	Durée des consultations
aussi alourdir une charge de travail qui est déjà pas mal conséquente	Charge de travail importante	Charge de travail
je pense qu'on a quand même acquis des automatismes	Pratique adapté à la prévention	Pratique déjà adapté à la prévention
à apprendre, et il faut prendre beaucoup de modestie dans notre métier de petit médecin généraliste	Formation continue	Modification fréquente, difficulté à suivre les recommandations
Mais, je pense qu'on a quand même acquis des automatismes, cette échelle SCORE c'est quand même reconnaitre un patient qui est plus à risque qu'un autre, je sais pas l'utilité je… me pose des questions…	Expérience suffit	Pratique déjà adapté à la prévention
On le fait, par instinct par habitudes de travaille	Expérience acquise	Pratique déjà adapté à la prévention
Moi je suis d'accord si on part des études de morbidité, comorbidité qui ont été faites sur un nombre important de patients… oui.	Grade de recommandation	Jusitifcation de l'utilisation de l'outil
, sans connaitre ce SCORE, ben c'est ce que l'on fait dans la pratiqu	Pratique adaptée	Pratique déjà adapté à la prévention
petit bémol c'est que le ratio, moi je ne l'applique pas	Utilisation du ratio CT/HDL	Frein utilisation
D'accord. Donc ça vous, parle moins que de voir un patient qui a des LDL trop élevé ? -Tout à fait !	Données moins intuitives	Frein utilisation
je n'utilise jamais, enfin ce tableau je n'en ai pas l'habitude donc	SCORE non utilisé papier	Jamais utilisé
Franchement c'est très facile d'utilisation .	Facilité d'utilisation	Motivation d'utilisation
franchement c'est vrai que, c'est ça donne envie de le réutilisé.	Motivation	Motivation d'utilisation
Et bien c'est là le problème (rire)… c'est que je ne sais pas… et oua	Répercussion non évidente	Frein utilisation
l'avis cardiologique	Aide d'un spécialiste	Organisation et parcours de soins
, je pense pas qu'elle soit différente que si j'avais appliqué le SCORE avec un pourcentage.	Expérience VS échelle	Pratique déjà adapté à la prévention
de risques pour améliorer le risque qui est quand même petit à son âge, mais qui peut croitre s'il ne corrige pas	Continuum	Motivation d'utilisation
ça pourrait m'aider si j'en comprends mieux le sens	Mieux comprendre pour l'expliquer	Motivation à l'utilsisation
Parce que la en parlant je me dis pourquoi connaitre le risque d'évènement cardio vasculaire à 10 ans… c'est sur ça que je m'interroge…	Pourquoi le calculer .	Intérêt de calculer cette échelle ?
oui je trouve… finalement je trouve intéressant de connaitre l'évaluation du risque à 10 ans…	Ambivalence	
… on se rend compte que le risque après il fait un bon.Et que rapidement pour une même tension on va vite dans le rouge .	Vision simple de la progression du risque	Motivation d'utilisation
c'est pourquoi ?	Utilité de l'échelle	Intérêt de calculer cette échelle ?
C'est une relation entre ce SCORE, et les prescriptions donc ça vient en aide à la prescription je comprends mieux maintenant (rire)… oui oui…	Aide à la prescription utile	Motivation d'utilisation
avec le temps qui nous ai compté etc…	Temps de consultation	Durée des consultations
choses faciles à utiliser moi je dis oui… qui serait comme ca dans l'ordinateur …	Aide informatique	Outil informatique utile
Ben l'avis c'est qu'on sort un peu de… de se travaille de la médecine généraliste je trouve qui est un peu… (hésitation), qui est pas humain qui est machine c'est dommage …	Barrière avec le patient	Difficilement réalisable
à Ameli	CPAM	Lien avec la CPAM
on se substitue on doit plus penser par nous même alors que c'est…trop codifié alors que quand même à la base on fait de la médecine générale on palpe les gens on… on… c'est l'humain que l'on traite et pas…il y a trop un agent comptable…ça nous enfin moi je suis réticent !	Codification trop importante des pratiques	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
Comme ça ne plus réfléchir mettre deux chiffres et on nous dit statines pas statines c'est… arbre décisionnel moi me gêne un peu .	Absence de réflexion	Consultation non formalisé et écoute du patient avant tout
cette informatisation qu'on a du mal à… encore une fois je pense que l'exemple… je me répète un peu avec les arrêts maladie voila pourquoi une angine vaudrait trois jours il y a des angines qui vous clous 15 jours !	Inadapté à la vraie vie	

Entretien 0004FdCGn		Thèmes principaux
important et que cela fait partie de notre travail	Rôle du mèdecin traitant	Rôle propre du médecin traitant
examens supplémentaires que nous demande la CPAM	Examen complémentaire demandé	Lien avec la CPAM
la CPAM	CPAM	Lien avec la CPAM
en fonction des pathologies qu'on chaque personne	prise en charge personnalisé	Consultation non formalisé
les frottis	Prévention cancérologique	Prévention = dépistage
Moi j'ai toujours réalisé des frottis en tant que médecins généralistes	Habitude de travail	Pratique déjà adaptée
ça me semble normal	Rôle du mèdecin traitant	Rôle propre du médecin traitant
demandé aussi par la CPAM	Examen complémentaire demandé	Lien avec la CPAM
la CPAM	CPAM	Lien avec la CPAM
risque de cancer s	Prévention cancérologique	Prévention = dépistage
Les gens parfois ne nous demande pas	Prévention opportuniste	Prévention opportuniste
Nous on a des alarmes ou on marque chaque fois depuis quand cela a été fait pour savoir justement l'ancienneté pour refaire les frottis sur notre outil informatique.	Utilisation de l'outil informatique dans le suivi	Aide informatique
surtout pour avoir moins de malades trop malades	Baisser la morbidité	Prévention = diminution des morbidité
Objectifs de santé publique et bien l'intérêt c'est surtout pour avoir moins de malades trop malades je pense et moins payer (rire) des malades s'ils sont trop malades. Plus la personne va être malade plus il va falloir payer des soins alors que si on fait en préventif on aura moins de soins à payer à la sortie. Pour cette même personne.	Baisser les dépenses de santé	Prévention = baisse des dépenses
je pense qu'ils sont adaptés	Objectifs adaptées	Objectifs de santé publique adpaté à la population rencontrée
mammographies	Prévention cancérologie	Prévention = dépistage
régulièrement je limite les mammographies pour des gens qui sont demandeurs pour faire des mammographies à partir de 30/35 ans, sans antécédent particulier, et quand on leur explique que c'est à partir de 50 ans, s'il y a que moi qui dit , ben ils ont du mal à me croire parce qu'avant c'était pas le cas	Patient demandeur d'examen	Consultation non formalisé
et quand on leur explique	Informer	Décision médicale partagé
s'il y a que moi qui dit	Harmoniser les pratiques	Utilité des ROSP
leur montre les ROSP	Visibilité des ROSP	Utilité des ROSP
de montrer qu'ils sont d'accord avec moi .	Aide à la décision médical partagé	Décision médicale partagé
bon il y a pleins de gens qui font le forcing pour faire des mammographies avant.	Négocier les prescriptions, aide décision médical partagé	Décision médicale partagé
Outils d'aide à la décision c'est quoi ?	Terme non compris	Utilité des ROSP
je m'appuie sur les ROSP	ROSP outil d'aide	Utilité des ROSP
rapport au fond de l'œil	Prévention secondaire du diabète	
je tiens compte de ce qu'on dit	Appliquer une recommandation	Pratique déjà adaptée
suis adapter par rapport a ce que l'on nous demandé de faire	mettre à jour sa pratique	Pratique déjà adaptée
après pas toutes les 5 minutes parce que si on écoute les gens il y en a qui voudraient des prises de sang toutes les 3 mois et puis d'autres qui n'en font jamais . Par rapport aux patients que l'on voit on essaye de faire par rapport a ce qu'on nous demande et de pas faire ni trop souvent ni pas assez souvent.	Prescriptions raisonnés	Décision médicale partagé
par rapport a ce qu'on nous demande	mettre à jour sa pratique	mettre à jour sa pratique
on propose et après les gens disposent ,	Décision médicale partagée	Décision médicale partagé
on s'adapte par rapport aux modifications de ce qui est demandé, oui.	mettre à jour sa pratique	mettre à jour sa pratique
élevé s'il y a besoin de mettre en place un traitement	Introduction d'un traitement médicamenteux	
hypertenseurs en fonction de l'âge et en fonction des facteurs de risques	Prévention personnalisée	Consultation non formalisé
Non ! ça je ne sais pas !	Pas connaissance de l'échelle SCORE	Echelle non connu
une personne de la CPAM	Source d'information : DAM	Lien avec la CPAM
Pourquoi ils nous envoie pas	Désire d'être informé	manque de lien avec la CPAM
sur l'informatique	Outil informatique	Aide informatique
Ça m'a l'air un peu compliqué cette histoire…	1er contact « compliqué »	Frein utilisation
fumeur non-fumeurs ça ne me perturbe pas… Ça montre que le tabac ça aggrave la situation, bon ça on s'en doutait… donc ils tiennent compte du bon et du mauvais cholestérol donc du ratio comme on l'habitude de faire et en fonction de la poussée de tension, les chiffres tensionnels plus haut en rapport s'ils sont	Indicateurs plutôt habituels	Motivation d'utilisation
un peu compliqué quand même !	Difficulté d'appropriation de l'outil	Frein utilisation
Sur informatique moi en systématique	Recueil structuré de données, Outil informatique utilisé	Aide informatique
j'ai son âge, son poids, j'ai l'IMC qui va être notifié, j'ai la tension aussi le ratio on l'aura aussi…fumeur ou non-fumeur je sais qu'il faut le demander, mais on demande pas tout le monde parce que qql un qui vient pour un mal de gorge on va pas lui demander si il est fumeur ou pas mais c'est sûr que qql un qui a eu un problème CV on lui demandera , ça c'est autre chose, alors plus ou moins les éléments on les retrouvera dans le dossier.	Éléments faciles à rassembler et à garder	Motivation d'utilisation
demande pas tout le monde parce que qql un qui vient pour un mal de	Pas de dépistage opportuniste	Consultation non formalisé
c'est sûr que qql un qui a eu un problème CV on lui demandera	Prévention secondaire	Prévention opportuniste
on met la taille poids et j'ai IMC qui sort, si j'ai pareil que je mets tous les éléments et que j'appuie sur le point et que le point apparait au bon endroit ça va si c'est à moi de chercher le point où il est… ça va	A intégrer au logiciel métier, Rapidité de l'utilisation de l'outil	Aide informatique
Je ne suis pas débile … (rires)… Non ! mais en fin de compte on trouve. C'est pas si complique il faut le mettre dans le visuel mais je n'ai jamais vu ça quoi…	Utilisation réelle simple	Motivation d'utilisation
Ah non et pourtant je fais pas mal de formation…	Outil inconnu	Lien avec CPAM non efficace
fais quoi après une fois que j'ai 2 ?	Intégrer dans la décision, Intérêt de l'outil ?	Frein utilisation
Parce que qu'on est dans le rouge, d'accord…	Couleur en fonction du risque	Motivation d'utilisation
donner des RHD au début, et si ça ne marche pas on réévalue à trois mois	Prise en charge du patient même si pas besoin de statine	
Manger moins salé, éviter de prendre de l'eau pétillante…leurs expliquer les RHD pour tous ce qui est cholestérol ,	Traitements non médicamenteux	RHD en 1ère intention
surveiller qu'il n'y a pas de décompensation	Détecter des complications	Continuum
continue à fumer à manger	FdR modifiables	Continuum
S'il continue à fumer à manger et à faire pas attention il risque dans 10 ans de faire un infarctus.	Continuum	Continuum
Je lui explique que s'il continue il va être dans le rouge là	Expliquer au patient son risque, code couleur	Motivation d'utilisation
les aliments c'est un peu comme ça ils ont mis un code vert, orange rouge	Améliorer la litératie	Motivation d'utilisation
faut que ça soit dans notre informatique .	Intégrer au logiciel métier , Dématérialisation utile	Aide informatique
C'est toujours bien les deux, par exemple pour les prises de tension moi j'ai imprimé un semainier que je donne aux gens après moi je le scan et je le met dans l'ordinateur ça c'est bien… mais c'est sur que si c'est comme IMC on met tous les trucs on appuie sur un bouton et ça sort on a une échelle avec un diagramme on leur montre et ça saute aux yeux du patient aussi et ca reste dans le dossier…donc je pense que c'est plus reproductif si on l'a dans l'ordinateur et qu'on peut le mettre a jour comme un Mini mental test si je revois le patient à 6 mois je le refais … et j'ai l'ancien et le nouveau, pour le suivi..	Chronicité, - Sauvegarder l'information pour le suivi, - Reproductibilité de l'échelle Réévaluation dans le temps	Aide informatique
Eh oui ! après si à la main je peux le scanner et le mettre comme je fais pour d'autre examen mais bon…	Sauvegarde des données	Aide informatique
Oui. Dans la prise de conscience du patient de la gravité de sa pathologie.	Outil visuel, utile litératie du patient.	Motivation d'utilisation
Oui parce que maintenant vraiment les gens ne veulent pas de statine	Statine mal vue, idée reçu	Décision médicale partagé
tellement entendus parler	Pensée collective entrave la prescription	Décision médicale partagé
quand on explique aux gens qui ont des risq ues CV	Améliorer l'observance	Décision médicale partagé
mais en prévention primaire, c'est compliqué de leur faire comprendre qu'il faut mettre en place une statine s'ils n'ont pas des éléments .	Améliorer la litératie, Difficulté de traiter quand le patient ne se sent pas malade	Décision médicale partagé

Entretien 0005HbCGo		Thèmes principaux
un des axes quand même les plus important de notre pratique.	Rôle du MG	Rôle propre du médecin traitant
l'information à faire également .	Informer	Améliorer la littératie
À chaque consultation ,	Tout le temps	Rôle propre du médecin traitant
dépister	dépistage	Prévention = dépistage
les indications, hésitation…de différents traitements	Efficience des traitements	Efficience des traitements
à jour des vaccins	Prévention collective	Prévention collective
que l'informatisation, on le verra peut-être plus tard, permet et à permit, à mon avis aussi d'améliorer beaucoup ce suivi ce contrôle…	Informatique utile	Aide informatique
les objectifs créer par les hautes autorités de santé	HAS	Lien avec HAS
diminuer la présence de certaines pathologies	Diminution des morbidités	Diminution des morbidités
très bon dans le curatif, on est mauvais dans le préventif …	Prévention primaire moins présent en France	Mauvaise prévention en France
de diminuer les coûts	Diminution des coûts en santé	Diminution des coûts en santé
les nécessités de curatif	Agir avant la maladie	Diminution des morbidités
pas mal de boulot à faire à ce niveau-là	Démarche en progression	Mauvaise prévention en France
Pas grand-chose… RIRES	Gêne	Objectifs de santé publique pas claires
ça permet on va dire… aux hautes autorités de santé d'avoir un certains contrôle sur la pratique d'aujourd'hui	Contrôle sur les MG	Utilité des ROSP
pas forcément à mon avis mal attentionné	Avis non péjoratif	Utilité des ROSP
une petite carotte	Appât pour les MG	Utilité des ROSP
ils sont choisis par des gens qui ne pratique pas à mon avis …	Non adapté à la vraie vie	Eloigné de la pratique
dire que moi en tous cas ca ne change pas forcément ma pratique.	Pas d'influence	Pratique déjà adaptée
c'est que chaque patient ne rentre pas dans les cases classiques et des fois on doit faire différemment et voilà	Diversité des profils de patient	Consultation non formalisé
ils mettent des pourcentages qui sont à mon avis peut être un petit peu trop optimiste	Objectif difficile à atteindre	Eloigné de la pratique
avec toutes les démarches administratives qu'on a à faire en plus de passer la carte vitale, de facturer… derrière il faut penser à déclarer le médecin traitant	Charge de travail importante	Charge de travail
part administrative à mon avis, c'est pas vraiment de la santé quoi	Surcharge administrative	Charge de travail
pousse à la modernisation, c'est bien, l'informatisation. Ça c'est mieux .	Informatisation utile	Aide informatique
je vais voir la littérature nécessaire, sur internet	Mise à jour des connaissances	Mise à jour des connaissances
, le CRAT	Aide à la décision thérapeutique	Aide informatique
Hésiation… euh…si ouai…oui peut être	Modifications 2016 non perçus	
Ouai il ont rajouté les statines je sais pas quoi… les machins…	Nouvel item du ROSP	Mauvaise visibilité des modifications
ben de toute façon ça ne change pas ma pratique ! moi	N'influence pas sa pratique	Pratique déjà adaptée
je me cale sur les recommandations médicales et pas sur les ROSP en fait…	Suivi des recommandations	Pratique déjà adaptée
je regarde régulièrement je me met à jour	Mise à jour des connaissances	Mise à jour des connaissances
après il va à la pharmacie il veut pas le générique il prend l'autre… dans le ROSP, il y a des petits détails comme ça	Efficience de la prescription	Efficience des traitements
Je suis pro statine… on se bat tous les jours contre ça	Doit convaincre	Décision médicale partagée
Le truc infaisable en pratique…strictement infaisable !	Échelle infaisable	Freins SCORE
j'ai des créneaux de 15 minutes	Consultation trop courte	Charge de travail
les nouvelles recommandations justement sur les statines, avec 1.3, 1 moins de 1 tout ça,… diabétique moins de 1 moins de 1, 3, avec facteurs de risques en plus, moins de 1 tout ça, coronarien moins de 1	Recommandation sur la cible LDL	
Ah si c'était informatiser oui ça serait plus pratique	Informatisation utile	Aide informatique
Mais voila oui s'il y avait un truc pratique comme ça oui mais si ça me prend 10 minutes à faire non.	Doit être rapide	Motivation SCORE
Ah pour moi il faut rajouter plusieurs facteurs de risques…	Échelle incomplète	Freins SCORE
moi je les rajoutes quand même parce que justement dans les statines on est justement censé, en fonction des facteurs de risques cardiovasculaires on a des scores , …	Confusion avec la cible LDL et l'échelle SCORE	
Pas franchement évident	Première vue pas évident	Freins SCORE
Ah oui ça oui ! mais en revanche il m'aide pas !	Échelle pas évidente à utiliser	Freins SCORE
Bon sinon après on traite tous les gens qui ont …	Échelle non adaptée	Freins SCORE
instaurer la statine par rapport à ce tableau-là c'est assez discutable	Rapport avec instauration d'une statine si taux déjà bas	Freins SCORE
tu as 60 ans tu as ta statine quoi… je sais pas je sais pas et comme on a eu des médicaments sur lesquels on est revenus plusieurs fois en arrière au niveau…notamment le diabète ou les recommandations sont un petit peu revenus à la baisse …	Revoir les recommandations	Freins SCORE
Et je pense que je ne l'utiliserais pas sinon je mettrais tout le monde sous statines…	N'aide pas à la décision	Freins SCORE
il me manque les facteurs de risques et les antécédents familiaux…	Manque de données prises en compte	Freins SCORE
Oui c'est rapide mais c'est ce qu'on fait en voyant les facteurs de risques sur le dossier du patient en fait.	Rapide d'utilisation	Motivation SCORE
il me manque l'hérédité coronarienne, et puis le rapport je sais pas ce que ca veut dire le taux de LDL moi…	Manque de donnée	Freins SCORE
Finalement je traiterais même peut être plus que ce tableau la…finalement	Expérience différente	Eloigné de la pratique
Ben ça c'est notre guerre de tous les jours	Convaincre	Décision médicale partagée
Oui un truc concret quoi	Utilisation du pourcentage	Motivation SCORE
ça c'est un peu trop simple mais pas toujours adapté	Trop simplifié	Freins SCORE
Donc si on réduit les facteurs de risques dans les 10 ans à venir c'est sûr que c'est bien de traiter	Prévention au long cours	Continuum
les patients sont encore beaucoup réfractaires et sont beaucoup plus sensible aux résultats biologiques, qu'au fait qu'on leur disent que dans le tableau ils doivent prendre le traitement	Adapter son discours	Consultation non formalisé
problème d'observance beaucoup arrête leurs traitements	observance	Décision médicale partagée

Entretien 0006HcVRn		Thèmes principaux
très important	Importance de la prévention	Rôle propre du MT
pas trop le temps	Charge de travail	Charge de travail
dépistage des cancers	Prévention sélective	Prévention = dépistage
, se moucher dans un mouchoir, se laver les mains	Prévention universelle	Prévention universelle
j'essaye de faire beaucoup	Volonté de faire de la prévention	
maladies infectieuses type viroses ou quoi pour que les gens	Prévention universelle	Prévention universelle
définit par notre gouvernement …	Santé régit par le gouvernement	lien avec le gourvernement
je n'ai pas beaucoup de temps pour le développer ici.	Manque de temps	Charge de travail
l'idée est globalement très bonne	Bonne idée	Utilité des ROSP
c'est complètement à côté de la plaque par rapport à la pratique.	Inadapté à la pratique	Eloigné de la pratique
Sur des chiffres personnels que j'ai un peu du mal à comprendre… après c'est peut-être ce que je fais vraiment mais j'ai un peu de mal à les comprendre. Après,,,	Chiffre différent du ressentit	Eloigné de la pratique
sais combien de temps que nous avons plus de kit	Problème de réapprovisionnement	difficilement réalisable
j'ai un niveau de comment dire de, des patients qui les font qui est très bas donc je suis un peu étonné.	Manque de corrélation avec le vécu	Eloigné de la pratique
à aller voir le gynécologue	Aide du spécialiste	aide d'un spécialiste
un problème ici pour le cancer du côlon c'est que la poste a un gros problème de distribution	Problème logistique	difficilement réalisable
« non non j'ai le papier de la sécurité sociale parce que je vais peut-être payer quelque chose…	Peur que ce soit payant	
j'utilise pour l'angine	Aide diagnostique	
c'est un peu trop long	Trop long à faire	Temps de consultation
spirométries j'avais essayé de le faire un petit peu, aussi mais pareil pour une raison de temps et d'affluence j'ai laissé tomber aussi malheureusement .	Manque de temps de consultation	Temps de consultation
Les échelles, ben non franchement je les utilise plus !	Non utilisé	pas d'utilisation d'échelle
Je les ai connus pendant mes études après il y a celle pour le cholestérol les trucs comme ça …	Formation initial	connue en formation initial
les trucs compliqués pour l'asthme je sais qu'il y en avait plein, pour la dépression, il y en avait plein aussi. Non je ne les utilise pas.	Trop compliqué	difficilement réalisable
Franchement non. Je l'ai vu passer dans les revus mais je ne l'ai pas…	Non connue	SCORE non connue
Elle est assez claire	Claire	Motivation SCORE
c'est en rapport au traitement pour le cholestérol je suppose…	Avis intuitif	
c'est facile à utiliser	facilité d'utilisation	Motivation SCORE
Et voilà c'est ce qui me fait un peu	Risque de donnée manquante	Freins SCORE
c'est intuitif.	Intuitif	Motivation SCORE
en place un traitement	Traitement médicamenteux	Motivation SCORE
fait les règles hygiéno-diététiques sel sport	RHD	RHD 1ère intention
Je l'aurais un peu sermonné tout le long	Continuum de prise en charge	Continuum
Oui ça peut aider .	Aide de couleurs	Motivation SCORE
il faudrait l'avoir tout le temps sous la main et avoir le temps de leur expliquer.	Prendre le temps	Temps de consultation
il y a vraiment trop de monde	Charge de travail	Charge de travail
Charge de travail		Charge de travail
même moi j'ai des petites fiches pour expliquer le cholestérol de faire attention à manger à quoi à quoi…	Support de prévention	Besoin d'un support
moi ce que je fais souvent je leur fait un peu peur	Avertissement	décision médical partagé
je les fait revenir dans un mois pour essayer de mettre une deuxième couche avec des explications	Consultation en 2 fois	Consultation non formalisé
Alors dans le quartier certaines personnes, il y en a beaucoup qui n'adhérerai pas à ça …	Consultation dédié difficile à mettre en place	Consultation non formalisé
Ah oui bien sûr c'est plus réalisable	Informatique plus facile	aide informatique
… je pourrais l'avoir le temps mais je ne le prends pas… j'en suis conscient…	Ne prend pas le temps	Charge de travail
Mais ça fait partie…c'est bien de se poser des questions sur sa pratique c'est une bonne chose aussi.	Remise en cause de sa pratique	Se remettre en question
La compréhension c'est plutôt faisable	Faisabilité de l'échelle	Motivation SCORE
Après dans la population il y a un peu de tout nous après on a énormément d'hypertendus avec les maghrébins et population à peau noire	Population à risque élevé	

Entretien 0007FbVGn		Thèmes principaux
cela m'évoque tout ce qui est pathologies cardiovasculaires	Prévention cardiovasculaire	Prévention cardiovasculaire
les bilans sanguins avec les glycémies et le cholestérol, dépistage de l'hypertension artérielle, cancérologie avec le dépistage par les mammographies les frottis et hémocultures .	Prévention collective	Prévention = dépistage
des normes à respecter notamment dans les bilans biologiques .	Normalisation des données biologiques	
Rires. Non je n'ai pas d'avis particuliers dessus	Rire sans avis	
obligé	Sentiment d'obligation	Contrainte
le tabac bien sûr, l'alcool le poids l'obésité	Prévention primaire universelle	Prévention universelle
après je n'ai pas d'avis sur ça	Pas d'avis particulier	
qu'on fasse bien les choses et qu'on rentre bien dans les objectifs	Contrôle des pratiques	Contrôle des pratiques
Oui oui plutôt oui c'est un contrôle	Contrôle des pratiques	Contrôle des pratiques
Non rires non je n'en utilise pas.	Pas d'outil d'aide à la décision	
Mais oui il nous l'on présenter.	Echelle présenté par CPAM	lien avec la CPAM
Non.	Non utilisé	SCORE non utilisé
Par mauvaise habitudes, je pense des mauvaises habitudes de travail	Mauvaise habitude de travail	Remise en question
Moi déjà je travaille en grammes....	Norme différent de celle utilisée	Freins SCORE
Oui moi je pose toujours ses questions sur les facteurs	Données recueillis habituellement	Motivations SCORE
je ne comprends pas trop en fait cette échelle...	Difficile à 1ère vue	Freins SCORE
Il y a trop de choses...	Complexité	Freins SCORE
je préfère les trucs d'avant ou il y avait : « quand il y a deux ou trois facteurs de risques doit être inferieur ... » « doit être inférieur à tant... » parce que la je vois pleins de chiffres...	Manque de visibilité et de clarté	Freins SCORE
Non c'est pas compliqué en fait	Finalement simple d'utilisation	Motivations SCORE
Plus d'homme que de femmes à qui on instaure les statines	Dichotomie homme- femme	Freins SCORE
... les fumeurs plus que chez les non-fumeurs ce qui est logique, et...	Logique dans le visuel	Motivations SCORE
A oui les couleurs, ça nous fait voir le nombre et c'est mieux d'avoir les couleurs...	Couleur plus parlante	Motivations SCORE
Moi prescrire des statines je n'ai pas de difficultés	Pas de réticence aux statines	Motivations SCORE
Je dirais qu'en moyenne oui, après c'est sûr que c'est hyper mal toléré j'ai environ 2/3 des patients qui ont des effets secondaires aux statines on essaye de faire un jour sur deux ou un jour sur trois. La plupart des patients ne supportent pas bien leurs statines.	Effet secondaire statine	Problématique statine
Tous mes patients qui ont plus de 50 ans ont droit à un bilan sanguin annuel avec notamment cholestérol voir plus qu'une fois par an	Prévention sélective	Prévention sélective
pas traité de suite	Pas d'instauration immédiate	RHD 1ère intention
un régime et tout ça	RHD en 1ère intention	RHD 1ère intention
Peut-être pas de suite avec contrôle dans un premier temps, je laisse une période de latence avec les règles HD	RHD en 1ère intention	RHD 1ère intention
moi ça m'énerve qu'on me donne des trucs à faire	Vue comme des devoirs	Contrainte
j'aime plus faire en fonction de mon instinct	Faire avec expérience	Pratique déjà adapté
ces trucs de la sécu... ça m'ennuie	Vécu comme une corvée	contrainte
Non ! Pas du tout je suis plutôt vieux jeu x	Pas d'informatique au quotidien	pas d'informatique
ça peut être un argument en plus ...	Argument supplémentaire	Motivations SCORE
une grille avec des couleurs pas sure que ça change grand-chose mais... oui ça peut être quelque chose en plus .	Difficile à évaluer	Freins SCORE

Entretien 0008FbVG		Thèmes principaux
le rôle du médecin généraliste	Rôle du MG	Rôle propre du MT
éviter que les gens développe des pathologies	Agir avant la maladie	diminution des comorbidités
dépistages organisés les mammo hémocult et le PSA	Prévention collective	Prévention = dépistage
les sevrer le tabac l'alcool les drogues	Conduite à risque	Prévention universelle
faire des bilans de santé et enfin incité les gens a venir voir le médecin une fois par an même quand tout va bien	Contrôle de bonne santé	Bilan de bonne santé
bilans de santé et enfin incité les gens a venir voir le médecin une fois par an même quand tout va bien	Contrôle de bonne santé	Bilan de bonne santé
Mais c'est compliqué à faire en médecine générale je pense c'est que les gens viennent quand tout va bien.	Pathologie non ressentit	Prevenir quand tout va bien
Non en France on a du mal pour les vaccinations	Vaccination difficile	Litteratie
à la télé sur l'alcool le tabac les journées de stop tabac…	Aide médiatique	Litteratie
. On rembourse les patchs, les dispositifs ça marche vraiment bien en tout cas beaucoup essaye après je sais pas s'ils réussissent	Prise en charge dispositif de sevrage	Amélioration des outils de prévention
Le suivi par la sécu	Suivi CPAM	Lien avec CPAM
fait un espace Sophia pour suivre les patients diabétiques et asthmatiques pour suivre s'ils font bien leurs examens voire ou ils en sont leurs traitements et leurs éducations thérapeutiques ça c'est bien aussi.	Dispositif de suivi de pathologie	Lien avec CPAM
Et il faudrait élargir petit à petit à d'autres pathologies	Avoir plus de support	Amélioration des outils de prévention
ils peuvent pas bien calculer tout ça il faut des années pleines	Plusieurs années avant d'être efficient	
ce sont quand même des rémunérations qui sont conséquentes l	Rémunération importante	Rémunération motivationnelle
c'est une prime comme une autre ca tombe c'est bien ça tombe pas je m'en fou …	Pas de motivation par l'argent	
Moi je suis à 2800 je suis peut-être dans les mauvais médecins… peut-être je suis très nul mais les gens sont contents j'ai l'impression de bien les suivre… j'ai diagnostiqué plein de pathologies que je prends en charge moi, des maladies auto immunes tout le monde à l'air plutôt content sauf la sécu donc je m'en fou…	Satisfaction personnelle	Pas de modification de la pratique
… ils payent à la performance. Ils donnent des primes…	Paiement à la performance	Rémunération motivationnelle
J'avoue que je sais qu'il y en a pour quelques facteurs de risques cardiaques individuel est ce qu'on met en place un traitement ou pas… je ne les utilise pas…	Échelle cardiovasc non utilisé	Ehcelle non utilisé
les échelles pour la psychiatrie parce qu'on est un peu obligé à Marseille, par rapport au soins psychothérapeutiques qui sont remboursés on nous fait remplir un questionnaire	Projet pilote remboursement psychologue	contrainte sur dispositif psy
. Je leur demande combien ils fument de cigarettes par jour pour savoir quels dosages je leur met de patchs mais je n'ai pas besoin de ça pour savoir quel dosage je lui met à peu prêt	Pratique à l'expérience	utilisation de son expérience
C'est faisable, toutes ces données je les ai dans mes éléments en rapport au patient	Données faciles d'accès	Motivation SCORE
. Il y a deux ans je l'utilisais elle faisait partie de la ROSP… J'avais télécharger un truc que j'avais sur mon PC que je n'ai plus car j'ai changé de PC .	Utilisation antérieure d'une version informatique	aide informatique
ça je ne l'utilisais pas trop donc… là je l'utilise encore moins don	Peu d'utilisation	
Ah pardon tu es a 4.	Explication supplémentaire pour lire l'échelle	
Et 4 c'est quoi ?	Signification du pourcentage	Frein SCORE
- Déjà je ne le dirais pas aux patients parce que dès qu'on leur sort un truc comme ça, ils flippent grave…	Anxiogène pour le patient	Frein SCORE
… je leurs faisait faire un doppler des artères pour voir un peu l'état de leurs artères	Examens complémentaires	Pratique déjà adapté
les statines ont été remise en question peut être ça ne vaut pas le coup on va surveiller et basta	Remise en cause des statines	Décision médical partagé
… et si on estime qu'il faut lui mettre une statine à partir de tant…peut être que je ferais juste ce score sans le lui dire….	Aide personnelle à la prescription	Motivation SCORE
et je lui expliquerai qu'on a un score qui nous permet de dire qu'a aujourd'hui il faut faire quelque chose ou qu'il faut mettre un truc en place au vue de son état de santé actuel.	Aide à l'acceptation	Motivation SCORE
pas mal pour le suivi pour l'évolution	Suivi du patient	Continuum
mais il faut pouvoir l'intégrer au sein de la consultation …	Temps de la consultation	Temps de consultation
c'est le nerf de la guerre de la médecine générale.	Temps de consultation	Temps de consultation
… après c'est qu'on nous rajoute des scores, des scores, des scores… et nous on s'en sort plus…	Trop de choses à faire	Charge de travail
un bel outil et il faudrait que je le fasse ca pourrait m'aider pour l'instauration des statines ou pas…	Outil utile	Motivation SCORE
- Oui ça me parait logique après ce patient est jeune et sa tension est é levé il faut voir si ce n'est pas une HTA blouse blanche…	Parait adapté à l'expérience	Motivation SCORE
Mais c'est pas parce qu'ils ont 16 que je leur met un traitement de suite, je fais de la prévention primaire dans un premier temps.	RHD en 1er	RHD en 1ère intention
C'est une bonne échelle je pense. J'avais pas pris le temps de pencher dessus mais c'est pas mal.	Bonne impression sur l'échelle	Motivation SCORE

Entretien 0009FcVCRG		
Mon métier en général.	Essentiel du métier de MG.	Rôle propre du MG
les motiver pour faire des examens de prévention	Motivation à la prévention	Decision médicale partagée
en fonction de leurs facteurs de risques .	Prévention sélective	Consultation non formalisé
les cardiopathies	Prévention cardio vasculaire	
pas rentrer dans trop de traitements	Limiter les prescriptions	Diminution des morbidités et des coûts
la prévention avant de traiter	Agir avant de devoir traiter	Diminution des morbidités et des coûts
Je pense que c'est ce qu'on fait en gros	Comparable à la pratique	Adapté à la pratique
j'ai la sécu qui est venu me voir pour en parler	Visite de la CPAM	Lien aves la CPAM
c'était trop haut comme objectif car ça ne tiens pas compte du patient	Inadapté aux patients	Diffcile à réaliser
motiver des gens à rentrer dans les clous pas pour la sécu, mais pour eux	Motiver les patients	Décision médicale partagée
ne suivent pas leurs traitements qui continue à manger comme ils veulent ...	Manque de compliance	compliance
Donc les objectifs sécu sont bien jolies mais ils ne sont pas réalisables ...	Non réalisable	Diffcile à réaliser
je ne pense que ce soit terrible de faire ça	Avis péjoratif sur la rémunération	rémunération péjoratif
C'est mon métier de faire ...	Rôle du MG	Rôle propre du MG
je l'utilise surtout pour savoir si je suis bien dans les clous	Rétrocontrôle	autocontrôle
ça me fait une petite rémunération sur laquelle je ne crache pas	Rémunération attractive	rémunération motivationelle
... c'est pas ça qui me motive à travailler dans mon quotidien !	Rémunération non motivationnelle	Pas de modification de la pratique
Oui et bien, je l'utilise.	Echelle utilisée	Echelle utilisé
je mets plus facilement une statine car j'ai un argument pour dire aux gens qu'il faut le prendre ,	Permet d'argumentation l'introduction du trt.	Décision médicale partagée
en fait me rendre compte que j'étais loin des recommandations des fois.	Rétrocontrôle de la pratique	autocontrôle
elle est lisible quand même...	Bonne lisibilité	motivations Score
Ah ben oui.	Donnée simple à recueillir	motivations Score
Ça dépend du niveau d'éducation du patient ...	Adapter son discours	Consultation non formalisé
c'est peut être le code couleur qui va permettre de voir où ils en sont eux...	Code couleur pour expliquer	motivations Score
Oui on fait des formations.	Formation continue	Formation conitnue
que j'étais trop laxiste sur le taux de cholestérol et qu'il fallait traiter avant ca...	Mise à jour de la pratique	Formation conitnue
Non.	Outil informatique non utilisé	aide informatique non utilisé
Oui c'est celui-ci.	Tableau des correspondances des facteurs de risque et SCORE, fiche mémo 2017	
C'est pratique. Oui après il faut se créer un compte.	Pratique mais prend du temps	Temps de consultation
Des échelles il y en a pour la dépression, on en a pour les troubles neuropsychiatries de la personne âgée, et en fait, on des recommandations qui sont certes à suivre, mais on ne peut pas tout le temps suivre dans notre quotidien	Beaucoup de recommandations	Modification fréquente, difficulté à suivre les recommandations
a beaucoup de choses à faire et à savoir	Charge de travail	charge de travail
je les envoie chez le cardiologue et c'est lui qui dit qu'il faut le prendre .	Aide d'un spécialiste	aide d'un spécialiste

Entretien 0010FaVRo		Thèmes principaux
Prévention primaire pour moi c'est avant que la pathologie apparaisse	Avant les symptômes	diminution des morbidités
, le médecin traitant est en première ligne pour ça .	Rôle du MG	Rôle propore du MT
les mieux placer pour toucher les	1ère ligne	Rôle propore du MT
je pense qu'on est pas hyper bien formés durant l'internat pour ça .	Formation initiale peu efficace	Formation initiale
qu'il faut se former soit même pour pouvoir accéder à la prévention primaire.	Formation continue	formation continue
pas beaucoup de stage en libéral et plutôt des stages en milieu hospitalier	Formation hospitalière.	formation initiale
n'est pas adapté si on veut vraiment s'installer en libéral pour plus tard.	Pas adapté à l'exercice libéral	formation initiale
l'activité physique, l'alimentation	Prévention universelle	Prévention universelle
vaccination, on parle pas assez de la vaccination c'est un sujet tabou	Sujet difficile à aborder	Littératie
sur les règles hygiéno-diététiques essentiellement…	Prévention universelle	Prévention universelle
dépistage et frottis ça va être du secondaire	Prévention sélective	Prévention = dépistage
Oser parler des ses maladies qui sont compliqués à aborder et les médecins abordent peu ce sujet. C'est plus la dessus que moi je joue.	Parler de tous les sujets	littératie
Pas grand-chose.	Terme peu évocateur	Obj santé publique flous
je pense plus au Fagerstrom pour le tabac par	Outil d'aide au diagnostique	Outil d'aide diag
oui et pas forcément bon cet avis parce que je pense que c'est une rémunération cachée	Rémunération cachée	Rémunération péjorative
ne pas assumer une augmentation des consultations privées ,	Paiement détournée de la consultation	Rémunération péjorative
c'est une manière d'augmenter le revenu des médecins sans le montrer à la population générale	Rémunération cachée	Rémunération péjorative
ferait une levée de bouclier parce qu'on est des nantis …	Idées reçus sur la profession	Rémunération péjorative
mais pour moi ça ne devrait pas exister …	Pas nécessaire	Rémunération péjorative
… parce que c'est inutile d'ailleurs de contrôler nos prescriptions et tous ce que l'on fait	Sentiment de contrôle	Contôle par CPAM
en disant si vous voulez de l'argent vous devez faire telle ou telle chose…je ne pense pas que ce soit un système qui soit bien fait.	Rémunération non motivationnelle	Rémunération péjorative
Je l'entends mais je ne l'utilise pas.	Connue mais non utilisé	Echelle connue
Parce que je n'ai pas été formé à cette échelle …	Manque de formation	Freins Score
quand vous m'en parler je me dis que dans ma pratique, je l'utilise sans mettre le mots forcement d'échelle dessus et de calculer le score	Déjà dans la pratique	Pratique déjà adapté
Mais du coup cette échelle je ne la connait pas particulièrement et je ne l'ai jamais appliqué durant mes études	Jamais utilisé	
Exactement et moi je n'ai pas fait la démarche derrière pour aller me former…	Pas de formation à cet outil	Freins Score
Je pense qu'il faudrait la regarder à tête reposée	1ère vision complexe	Freins Score
C'est très accessible très facile à recueillir pas de soucis.	Données faciles à recueillir	motivation Score
Du coup statines !	Compréhension de l'utilisation	motivation Score
Ah ben hyper simple du coups… ben je vais l'utiliser rires…	Simple d'utilisation	motivation Score
si dans un premier temps j'aurais eu tendance à jouer sur les règles hygiéno-diététiques pendant trois mois …	RHD en 1ère intention	RHD en 1ère intention
pas la mettre d'emblée la statine	Traitement médicamenteux non prioritaire	RHD en 1ère intention
je laisse la possibilité aux patients d'arranger les choses par lui-même	Décision partagée	Décision médicale partagée
Du coup je vais plutôt l'évaluer pour savoir, ce qu'il est prêt à faire comme concessions .	S'adapter au patient	Consultation non formalisé
Je vais donner des objectifs en fonction du patient que j'ai en face de moi…	S'adapter au patient	Consultation non formalisé
C'est très simple hyper lisible	Lisibilité de l'échelle	motivation Score
pas de doute à avoir on a une zone rouge	Code couleur informatif	motivation Score
après c'est pas l'indication première j'attendrais qu'il soit dans le rouge	Suivi avec l'échelle	Continuum
je vois qu'il va commencer par le jaune je vais lui poser les bases du tabac de l'alimentation et je mettrais plus la pression sur le sport l'activité physique ce genre de choses.	Poser les bases de la prévention	motivation Score
Ce patient ayant un risque de 5% à 10 ans, ca veut dire que ça va être pire… donc je vais le prendre en charge maintenant avant que ça ne s'aggrave	Continuum du risque	Continuum
C'est très pratique on a de suite ce que l'on veut par exemple pour le FRAX, c'est accessible c'est simple…	Informatisation utile	aide informatique
Je vais moi souvent chercher sur internet.	Utilisation d'internet	aide informatique
c'est rapide .	Rapidité d'utilisation	motivation Score
Les informations ont les a chaque consultation.	Informations disponibles	motivation Score
20 minutes donc je fais exprès, car j'aime faire de la prévention, j'aime parler aux patients et prendre le temps	Besoin de prendre le temps en consultation	Temps de consultation
Un patient qui comprend son traitement c'est un patient qui va mieux adhérer et qui aura une meilleure observance du coup le temps je n'en manque pas	Décision médicale partagé par la discussion	Décision médicale partagée
hyper bien lisible sur la version papier	Lisibilité optimale	motivation Score
le papier est plus un inconvénient car il faut toujours le chercher pour savoir où est ce qu'on l'a mis…	Version papier moins accessible	Freins Score
on a toujours internet et si on a plus de connexion, On a le téléphone ou le pc.	Support multimédia toujours accessible	motivation Score
Pour moi non. Pour moi c'est la santé du patient avant tout	Pas de motivation aux ROSP	Pas de modifcation des pratiques

Entretien 0011FeVS		Thèmes principaux
homéopathie	Médecin homéopathe	
la prévention primaire est quand même essentielle	Prévention essentielle	Rôle propre du MG
tout ce qui est épidémique et tous ce qui est infectieux	Prévention collective	Prévention universelle
stimuler un petit peu les défenses pour que ce soit efficace au moment venu	Stimulation de défense immunitaire	Prévention universelle
Moi mon but c'est que mes patients ne soit pas malade.	Patient en bonne santé	Diminution des comorbidités
la visite d'un conseiller de la sécurité sociale, qui vous donne des objectifs en ce qui concerne la prévention primaire, le diabète, le cholestérol, les problèmes cardiaques	Visite de la CPAM	lien avec CPAM
on est suivi régulièrement	Suivi régulier	lien avec CPAM
la sécurité sociale qui va venir avec l'objectif pour cette période de l'année	Objectif du moment	lien avec CPAM
on est pas guidé par surveiller mais il y a quand même de grandes orientations au niveau de la santé publique	Pas le sentiment d'être surveillé	lien avec CPAM
se sentent impliqué dans la prévention primaire	Guide pour se sentir impliqué	lien avec CPAM
Non pas du tout.	ROSP non connus	
Non	Pas d'outil d'aide	
La clinique et l'expérience.	Expérience et examen	Pratique déjà adapté
Avec 40 ans de recul je commence à savoir un peu	Se fie à son expérience et son apprentissage initial	Pratique déjà adapté
Alors non, ça je n'ai pas.	Échelle SCORE non connue	échelle non connue
Ca évolue au niveau des statines. Avant systématiquement, vous manger un hamburger on vous donnez une statine en même temps…	Évolution des pratiques	Adapter sa pratique
j'en pense du bien !	Une bonne chose	Motivation Score
J'en pense du mal !	Mauvais avis sur les statines	Statine
Je suis assez rigoureuse sur les régimes alimentaires de mes patients	RHD	RHD en 1ère intention
chez les hommes ne pas fumer, chez les femmes aussi parce qu'elles fument beaucoup	Fdr CV	Prévention universelle
cette hystérie collective sur le cholestérol	Hystérie collective	Cholestérol facteur de risque numéro 1
m'a appris à l'époque , le	Acquis d'apprentissage	Pratique déjà adapté
on regarde que vous ayez 15 ans ou 95 ans il faut que vous ayez 2 grammes de cholestérol dans le sang…. Chercher l'erreur… il y a un souci la… !	Traitement par excès	freins score
11 doses vaccinales dans quelques années on dira, mais qu'est ce qu'on a fait…	Prévention vaccinale	
Alors femme fumeurs, non-fumeurs…. Ce n'est pas très clair pour moi ça ne m'évoque rien. Après je ne voit plus… il faut travailler dans quel sens…	Échelle pas claire	freins score
C'est intéressant bien sûr. Ce sont les bases.	Données de base pour le dépistage	Motivation Score
Donc vous êtes bien.Vous êtes à 5 % de risque.	Échelle non comprise après 2 explications	freins score
Ça peut être très intéressant. Une fois qu'on prend le coup. Bien savoir utiliser les lignes ça peut être très intéressant	Outil intéressant une fois compris	Motivation Score
Non je ne le ferais pas.	Pas en accords avec la résultante	freins score
c'est très bien pour donner un ensemble mais c'est pas comme ca que je procéderais…	Vision d'ensemble du risque	Motivation Score
morphologie du patient	Donnée morphologique absente	freins score
Ca c'est bien mais, ça ne m'intéresse pas !	Refus de l'outil	freins score
C'est incomplet	Échelle incomplète	freins score
, je veux bien qui faille des chiffres mais ça reste déshumaniser	Déshumanisation du patient	freins score
Oui je vais lui conseiller d'y aller	Aide d'un spécialiste	aide d'un specialiste
Ca ne me servirait pas en gros.	Échelle inutile	freins score
Oui oui !!	Données manquantes	freins score
Non pas du tout.	Pas d'outil informatique	aide informatique absente
Ça ne changerai rien à ma pratique…	Outil informatique pas plus intéressant	aide informatique absente
Non ! non ! ca ne m'intéresse pas… c'est honteux	Rémunération honteuse	Rémunération honteuse
… je vais à la poste chercher mes cartons des fois j'ai des patients qui me disent que c'était périmé	Problème logistique	diffcile à réaliser
… c'est nous prendre pour des débiles… c'est honteux ce trucs…	Infantilisation des médecins	avis péjoratif ROSP
Non non non !!!Pas signé de la même façon que pour le cancer du côlon, avec l'Hémocult et compagnie voilà, si vous voulez être rémunérée…	Jamais adhéré aux différents programmes	avis péjoratif ROSP
je ne suis plus dans mon rôle de médecin… je vous récompense parce que vous avez fait ça… non !	Système de récompense non compatible avec le rôle du médecin	avis péjoratif ROSP
Je veux que mes patients soient contents de mon boulot	Satisfaction des patients	satisfaction patients

Entretien 00012HbCG0	
indispensable	Rôle du MT
surement très mal fait .	Prévention mal faite
Manque de temps ,	Temps de consultation
manque de connaissance	Manque de connaissance
et d'une vision globale de la médecine.	Vision globale
est-ce qu'on a les connaissances en addicto derrière pour assurer le sevrage	Compétence dans tous les domaines
…. Le dépistage je dirais que c'est plus par rapport à un manque de visibilité, de logistique, de rappel, de truc automatique que l'on devrait faire	Manque d'aide à l'automatisation du dépistage
qu'on y pense pas forcement quand les patients viennent nous voir pour plein d'autres choses	Consultations non formalisées
Je pense que c'est déclaratif du coup	Données non fiables
de stimuler les médecins pour faire cette prévention	Stimulation des médecins
pas sur qu'elle soit faite en vrai	Données non fiables
c'est plus financier qu'autre chose pour un médecin	Motivation financière
Ca va pas entrainer une stimulation intellectuelle	N'entraine pas à la réflexion
Mais ça c'est parce-que je pense que maintenant la médecine est commerciale.	Consommation de la médecine
Oui	Échelle connue
Que c'est une connerie (rire).	Mauvais avis
Il y a eu des études contres il me semble	Discutable
DPC	Formation continue
chaque patient de plus de 60 ans avait une statine de prescrite avec cette échelle et du coup je trouvais que c'était un peu agressif	Éloigné de son avis
on revient plutôt aux objectifs des LDL par rapport aux nombres de facteurs qu'initialement on avait avant	Recommandations ultérieures
c'est très bien, ce sont les facteurs de risque cardiovasculaire , après	Données simples
). Sinon c'est bien mais si on l'analyse à partir de 60 ans on est tous dans le rouge, pour les hommes en tout cas.	Trop généralisé
je trouve que c'est un peu trop….	Trop généralisé
ça donne une image globale du patient ,	Vision globale du patient
après le cholestérol je suis pas forcément pour en prévention primaire mais ça c'est parce que je suis sur des théories alternative s	Cholestérol cible de la prévention
sur la forme c'est bien ,	Bon outil
, j'utilisais directement cardiorisk (site internet) qui est bien en soi	Outil informatique
qu'un facteur de risque cardiovasculaire et qui est discutable, le cholestérol .	Cholestérol cible de la prévention
moi je prend plus une approche globale	Approche globale non formalisé
Pas forcements réducteurs car ce prend en compte les antécédents du patients, âge, tabac, hypertension mais je pense que le mode de vie, la sédentarité, le	Manque de données
c'est bien pour la population générale, après on peu aller beaucoup plus loin.	Pas suffisant
… c'est une aide après ca ne parle pas énormément …	Peu informatif
Non plutôt aux patients leur dire qu'ils ont 3 % de risque de faire un accident mortel dans 10 ans je ne pense pas que ça leur parle vraiment.	Peu informatif pour le patient
Après encore une fois c'est une prévention globale qu'il faut pour moi. Que juste de dire un chiffre…	Qu'un chiffre
, initialement a tout le monde pourquoi pas .	Le calculer pour tout le monde
Faire une consultation dans l'année ou on calcul le score, ou au moins le faire dès qu'on a un peu de temps.	Consultation dédiée à la prévention
La 1 c'est très agressif, ça revient à quasiment prescrire une statine dès que le SCORE est supérieur à 5	Prise en charge agressive
je l'ai peut-être pas assez utilisé .	Peu utilisé
pas mal de patient qui commencent à se renseigner sur ça et qui sont pas forcément demandeur de statine et qui préfère essayer de tout faire pour changer	Statines mal perçues
je pense qu'on doit prendre du temps avant pour essayer de changer comme je disais tout à l'heure	RHD en 1ère intention
on prend pas assez de temps en cabinet pour faire du vrai préventif	Manque de temps
place il y a d'abords beaucoup d'autre chose à faire et quand ces mesures sont inefficace car le sur le patient ca ne marche pas ou il ne le fait pas, dans ce cas là oui, on peut recalculer le SCORE	RHD en 1ère intention
je pense pas que l'on donne les bons conseils pendant ces 3 mois ni un bon suivi avant de décider si on met une statine.	Suivi difficile
- Oui c'est une bonne aide, mais généralement si on leur dit que c'est trop tard et qu'il faut la mettre, il l'accepte	Décision médicale partagé
après est-ce qu'ils vont la prendre, la c'est différent mais ils acceptent qu'on leur dise .	Compliance
Non c'était bien, j'aimais bien	Bon outil
qu'on prescrivait beaucoup trop de statine avec.	Éloigné de sa pratique
Non ça dépend de l'ensemble des FDR mais j'aimerais qu'on aille chercher vachement plus tôt les RHD sans avoir forcément de bilan d'ailleurs.	Prévention universelle
de la version internet et en plus il y a les informations du type « si vous baissez votre tabac, ou votre tension on réduirait le risque de tant de % »	Outil informatique pratique
donner des bonnes informations au patient c'est toujours bien de faire des entretiens positifs.	Améliorer la littérarie

Liste des abréviations

CNAM	**Caisse nationale d'assurance maladie**
CPAM	**Caisse primaire d'assurance maladie**
DREES	**Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques**
ESC	**European Society of Cardiology**
HAS	**Haute Autorité de Santé**
INVS	**Institut National de Veille Sanitaire**
MCV	**Maladie Cardio-Vasculaire**
OCDE	**Organisation de coopération et de développement économiques**
OMS	**Organisation Mondiale de la Santé**
ROSP	**Rémunération sur Objectifs de Santé Publique**
SCORE	**Systematic Coronary Risk Estimation**
UNCAM	**Union National des Caisse d'Assurance Maladie**

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RÉSUMÉ

Introduction

Le médecin généraliste est au centre de la prévention en médecine de ville. Depuis les années 2011, l'UNCAM a introduit la ROSP, qui, depuis 2016 a connu une réévaluation avec l'introduction de la prévention cardiovasculaire et l'utilisation de l'échelle SCORE, provenant des recommandations de l'ESC 2007. Le contexte épidémiologique actuel qui place les maladies cardiovasculaires comme la 1ère cause de mortalité dans le monde et la 2ème en France fait que nous nous sommes intéressés à l'utilisation de cet outil, dans la prévention primaire cardiovasculaire afin de connaître les freins et les motivations liés à son utilisation depuis son intégration à la ROSP.

Matériel et méthode

Étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs réalisées auprès de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

Résultat

La responsabilité du médecin généraliste dans la prévention fait l'unanimité. Seulement, la charge de travail la rend difficile à mettre en place. La ROSP fait débat, elle peut à la fois être perçue comme une aide mais à la fois comme un moyen de contrôler les pratiques, ce qui rend sa nécessité discutable à leurs yeux. L'outil SCORE parait méconnu. Sa prise en main facile est perçue comme pouvant être une aide. Cependant, les recommandations associées ne font pas l'unanimité, tant par leurs caractères jugés trop protocolaire et pas assez soucieuses d'une vision globale du patient, que par leurs associations à la prescription des statines.

Conclusion

Cette étude, croisée avec des études antérieures nous montrent qu'il y a à la fois une problématique liée à la démarche de prévention ainsi qu'une confrontation entre la démarche du patient acteur de sa prise en charge et le caractère protocolaire de la ROSP et du SCORE. La ROSP fait également débat depuis sa création autour de son utilité et de son caractère économique.

Mots Clés : « Prévention », « risque cardiovasculaire », « ROSP », « recommandations », « SCORE », « Évaluation », « soins primaires », « médecine générale »,