

UNIVERSITE DE RENNES 1
FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire : 2008-2009

N°

THESE
EN VUE DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

LE COTTY épouse JOUNO Morgane

Née le 7 octobre 1978 à St Briec (Côtes d'Armor)

Présentée et soutenue publiquement le 23 avril 2009

**Enquête auprès de médecins généralistes
participant à une expérimentation de dépistage
et de prise en charge du risque cardio-vasculaire**

PRESIDENT

Madame le Professeur Gwenola Levasseur

Membres du jury

Monsieur le Professeur Jean-Claude Daubert
Monsieur le Docteur Gérard Hamonic
Madame le Docteur Françoise Riou

Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Hervé Le Néel

Sommaire

INTRODUCTION	2
I. PREVARANCE : CONTEXTE, OBJET ET ORGANISATION	3
1. LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES, UNE PRIORITE DE SANTE PUBLIQUE	3
1.1. <i>Epidémiologie des maladies cardio-vasculaires</i>	3
1.2. <i>Prévention des maladies cardio-vasculaires</i>	5
2. PREVARANCE, UNE EXPERIMENTATION EN MATIERE DE PREVENTION DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE.	7
2.1. <i>Origines de PrévaRance</i>	7
2.2. <i>Organisation</i>	8
2.3. <i>Déroulement</i>	9
2.4. <i>Financement</i>	10
2.5. <i>Rémunération des médecins</i>	10
3. PREVARANCE, UNE INNOVATION ORGANISATIONNELLE	11
3.1. <i>L'éducation thérapeutique</i>	11
3.2. <i>La coopération entre les professionnels de santé libéraux</i>	13
II. METHODE : UNE ETUDE QUALITATIVE	17
1. LES MEDECINS INTERROGES	17
2. UNE TECHNIQUE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIVE	17
3. UNE RETRANSCRIPTION PRECISE DES ENTRETIENS	18
III. PREMIER AXE DE L'ETUDE : LES MOTIVATIONS INITIALES DES MEDECINS	20
1. RESULTATS : LES FACTEURS DE MOTIVATION INVOQUES PAR LES MEDECINS PARTICIPANT A PREVARANCE	20
1.1. <i>La pression des pairs comme « motivation »</i>	20
1.2. <i>L'intérêt médical de la participation à PrévaRance</i>	21
1.3. <i>Le rôle moteur de l'organisateur du projet</i>	23
2. DISCUSSION : COMMENT SUSCITER L'INTERET DES MEDECINS POUR DES EXPERIMENTATIONS DU TYPE DE PREVARANCE ?	24
2.1. <i>La dimension territoriale et « relationnelle » d'un projet comme PrévaRance</i>	24
2.2. <i>La nécessité d'un pilotage fort du projet, dès son commencement</i>	26
2.3. <i>Les éléments non évoqués par les médecins interrogés</i>	26
IV. SECOND AXE DE L'ETUDE : LES CONDITIONS D'IMPLICATION DES MEDECINS DURANT L'EXPERIMENTATION	27
1. LA SATISFACTION DES MEDECINS AYANT PARTICIPE A PREVARANCE ET SES MOTIFS	27
1.1. <i>Une satisfaction globale</i>	27
1.2. <i>Les facteurs de satisfaction</i>	28
1.3. <i>Discussion</i>	30
2. LES OBSTACLES RENCONTRES PAR LES MEDECINS ET LEURS SOLUTIONS EVENTUELLES	31
2.1. <i>Les difficultés d'ordre organisationnel</i>	31
2.2. <i>Le manque d'adhésion supposé des patients</i>	35
2.3. <i>Le manque de relations avec les autres professionnels de santé</i>	38
3. LA QUESTION PARTICULIERE DE LA REMUNERATION DES MEDECINS	40
3.1. <i>L'indifférence apparente de la plupart des médecins par rapport à leur rémunération</i>	40
3.2. <i>Une rémunération finalement jugée insuffisante ou inadaptée</i>	41
3.3. <i>Discussion</i>	42
4. UNE EXPERIMENTATION REPRODUCTIBLE SOUS RESERVE D'ADAPTATIONS	43
4.1. <i>La reproductibilité de PrévaRance, d'après les médecins interrogés</i>	43
4.2. <i>Eléments positifs de PrévaRance à retenir pour une expérimentation future</i>	44
4.3. <i>Propositions d'adaptations à effectuer</i>	44
4.4. <i>Autres domaines d'application possibles</i>	45
CONCLUSION	46
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
ANNEXE I : TABLEAU RECAPITULATIF SUR L'IMPRESSION DES MEDECINS INTERROGES AU SUJET DE LEUR DERNIERE CONSULTATION	I
ANNEXE II : GLOSSAIRE	III

Introduction

De novembre 2006 à décembre 2008 s'est déroulée, dans la région de Dinan (Côtes d'Armor), une expérimentation de dépistage et de prise en charge du risque cardio-vasculaire en ambulatoire, dénommée PrévaRance.

Dans le cadre de cette expérimentation, les médecins généralistes ont, dans un premier temps, déterminé le risque cardio-vasculaire de leurs patients hommes de 50 à 54 ans, et femmes de 60 à 64 ans. Les patients qui étaient à haut risque ont, dans un second temps, pu bénéficier d'une prise en charge spécifique initiée par une consultation dite de prévention réalisée par les médecins généralistes. Cette consultation permettait de mettre en place un projet thérapeutique qui était constitué, d'une part, d'un volet médical et, d'autre part, d'un volet éducatif qui comprenait un programme d'éducation thérapeutique mené par des paramédicaux (infirmières, diététiciennes, éducateur physique).

La présente thèse a pour objet d'étudier le point de vue des médecins généralistes ayant participé à PrévaRance.

Elle rappelle, en premier lieu, le contexte épidémiologique et institutionnel dans lequel s'est insérée l'expérimentation, et souligne que celle-ci a constitué un projet innovant, de nature à soulever plusieurs questions essentielles en matière de santé publique : les maladies cardio-vasculaires et leur prévention, le concept d'éducation thérapeutique, la coopération entre les professionnels de santé, et la mise en place d'un dépistage et d'une prévention à un échelon territorial (partie I).

En deuxième lieu, les caractéristiques de la méthode suivie pour recueillir l'avis des médecins généralistes sont exposées (partie II).

En troisième et dernier lieu, sont étudiées les motivations initiales (partie III) et les conditions d'implication à long terme des médecins généralistes dans une expérimentation telle que PrévaRance (partie IV). La principale finalité de cette analyse est de dégager quelques éléments conditionnant la reproductibilité d'une telle expérimentation.

I. PrévaRance : contexte, objet et organisation

1. Les maladies cardio-vasculaires, une priorité de santé publique

1.1. Epidémiologie des maladies cardio-vasculaires

Les maladies de l'appareil circulatoire occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité¹.

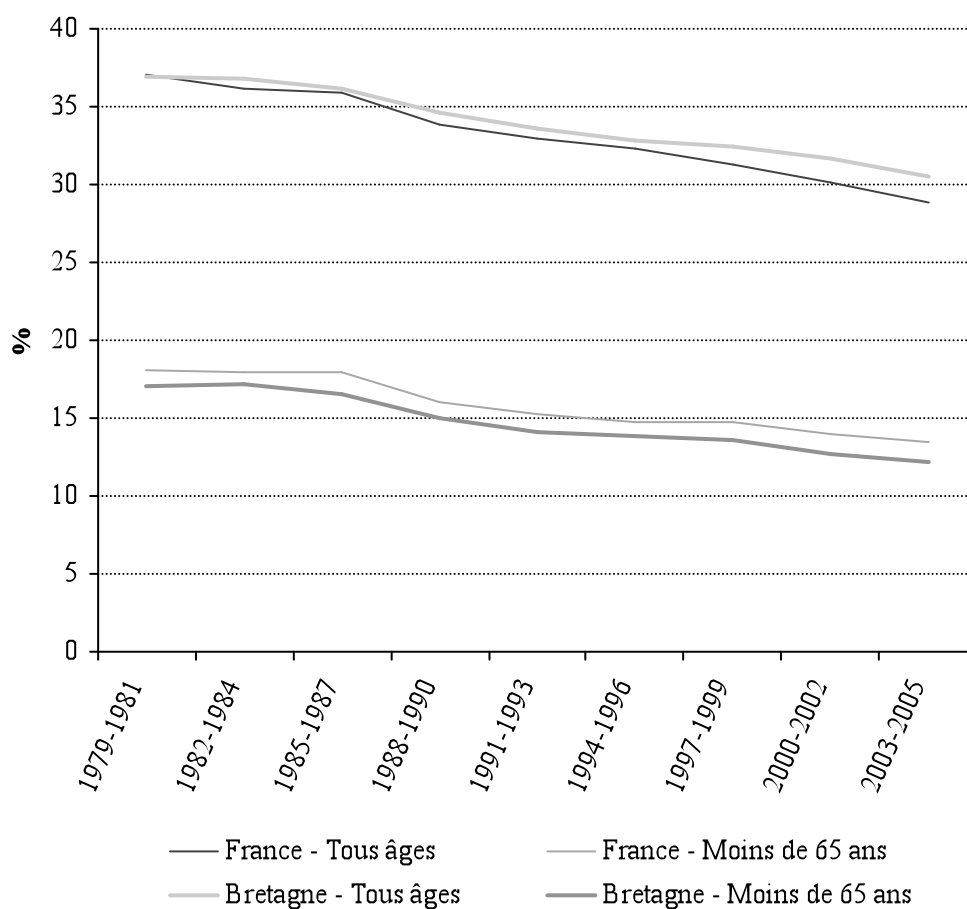
En France, elles ont causé, d'après l'Inserm, 145 456 décès en 2006, constituant le deuxième facteur de mortalité derrière les tumeurs (28,2 % de la mortalité totale contre 30,1 % pour les tumeurs) [1] [2]. En Bretagne, leur place est encore plus significative. Elles ont en effet représenté en 2006 la première source de mortalité, devant les tumeurs (8 759 décès contre 8 645 sur un total de 29 716) [1] [3]. Il convient toutefois de relever que la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire a fortement chuté au cours des dernières décennies, en France comme en Bretagne (cf. graphique n° 1, *infra*).

Par ailleurs, ces maladies forment, selon les chiffres issus du codage PMSI, le troisième motif de séjour dans les établissements de soins de courte durée (1 354 445 séjours en France en 2004²) [4]. Enfin, elles sont, fin 2007, la première cause d'admission en affection de longue durée (ALD) pour les personnes relevant du régime général de l'Assurance maladie (cf. graphique n° 2, *infra*) [5].

¹ La morbidité d'une population se définit comme étant le « nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné » (Allard R, Jammal A., Loslier G. Dictionnaire d'épidémiologie. 1988, Edisem/Maloine).

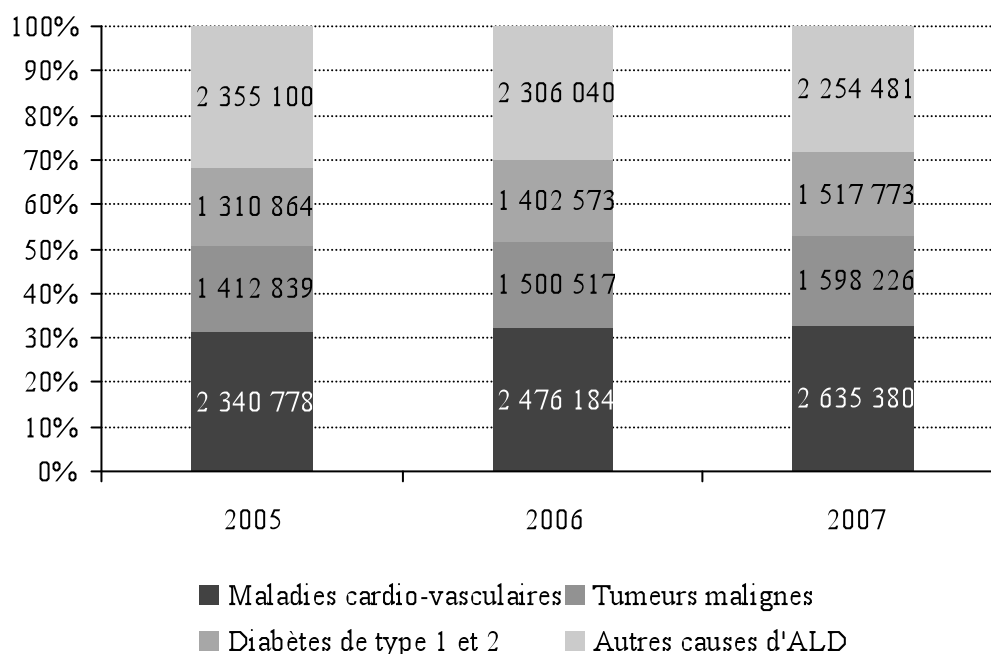
² Derniers chiffres disponibles.

Graphique n° 1 :
Part des décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire par rapport à la mortalité générale



Données : CépiDc – Inserm, 2009 [1]

Graphique n° 2 : Les trois premières causes d'ALD pour les personnes relevant du régime général de l'Assurance maladie



Données : CNAMTS, 2008 [5]

1.2. Prévention des maladies cardio-vasculaires

► *Les objectifs des pouvoirs publics au niveau national*

Il n'est certes pas possible, pour les pouvoirs publics, d'agir sur l'ensemble des éléments qui déterminent la survenue des maladies cardio-vasculaires. En effet, il faut bien, à l'échelle individuelle, accepter les facteurs de risques non modifiables (âge, sexe, antécédents familiaux, etc.). Toutefois, il est du ressort de la politique de santé publique de lutter contre les facteurs de risque potentiellement modifiables tels que décrits en 2004 dans l'étude Interheart : le tabagisme, les dyslipidémies, l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, l'obésité abdominale ou le stress psychosocial [6].

Aussi différents plans nationaux ont-ils été définis autour de ce thème. En février 2002, un programme triennal de réduction des risques cardio-vasculaires a été engagé par le ministère chargé de la santé. Il prévoyait notamment une action sur les facteurs de risque, un renforcement de l'éducation thérapeutique des patients, et une réflexion sur l'organisation des soins [7]. Dans le prolongement de ce programme, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, qui traite de manière générale des politiques de santé publique, a rappelé avec force l'importance de la prévention et a, en particulier, fixé, dans une de ses annexes, des objectifs nationaux de réduction du risque cardio-vasculaire [8].

► *Les objectifs des pouvoirs publics au niveau régional*

Au niveau régional, l'orientation de la politique de santé publique est exposée dans un « plan régional de santé publique » - PRSP - (cf. encadré n° 1, *infra*). L'objet de ce document est de décliner les objectifs nationaux et de définir un ensemble de mesures à l'échelon de la région. Le PRSP établi pour la Bretagne, au titre de la période 2006-2010, comporte plusieurs programmes en lien direct ou indirect avec les pathologies cardio-vasculaires [9]. Il s'adresse ainsi à la situation spécifique de la région en matière de risque cardio-vasculaire.

Par ailleurs, un autre document défini au niveau régional détient une place essentielle dans l'architecture de la politique de santé publique : le « schéma régional d'organisation sanitaire » (SROS). Il s'agit du principal outil de régulation de l'offre de soin. Le « SROS » de dernière génération, dénommé « SROS III », a été adopté en région Bretagne pour la période 2006-2010. En matière de prévention des maladies de l'appareil circulatoire, il constitue

l'approfondissement des démarches engagées dans le cadre de la précédente version du SROS, dite « SROS II » [10]. Il contient notamment une partie entière dédiée à la « prise en charge des personnes à haut risque vasculaire » [11].

Encadré n° 1 : Les acteurs de la santé publique et de l'organisation des soins au niveau régional

Au niveau régional, il existe, à ce jour, trois grands acteurs ayant pour tâche la régulation des politiques de santé publique et de l'offre de soin.

Le premier est l'Etat, représenté par le préfet de région. La loi précitée du 9 août 2004 a en effet confié à ce dernier la définition du PRSP³ (art. L. 1411-11 du code de la santé publique). Notons qu'un « groupement régional de santé publique » (GRSP) a pour mission de mettre en oeuvre le PRSP.

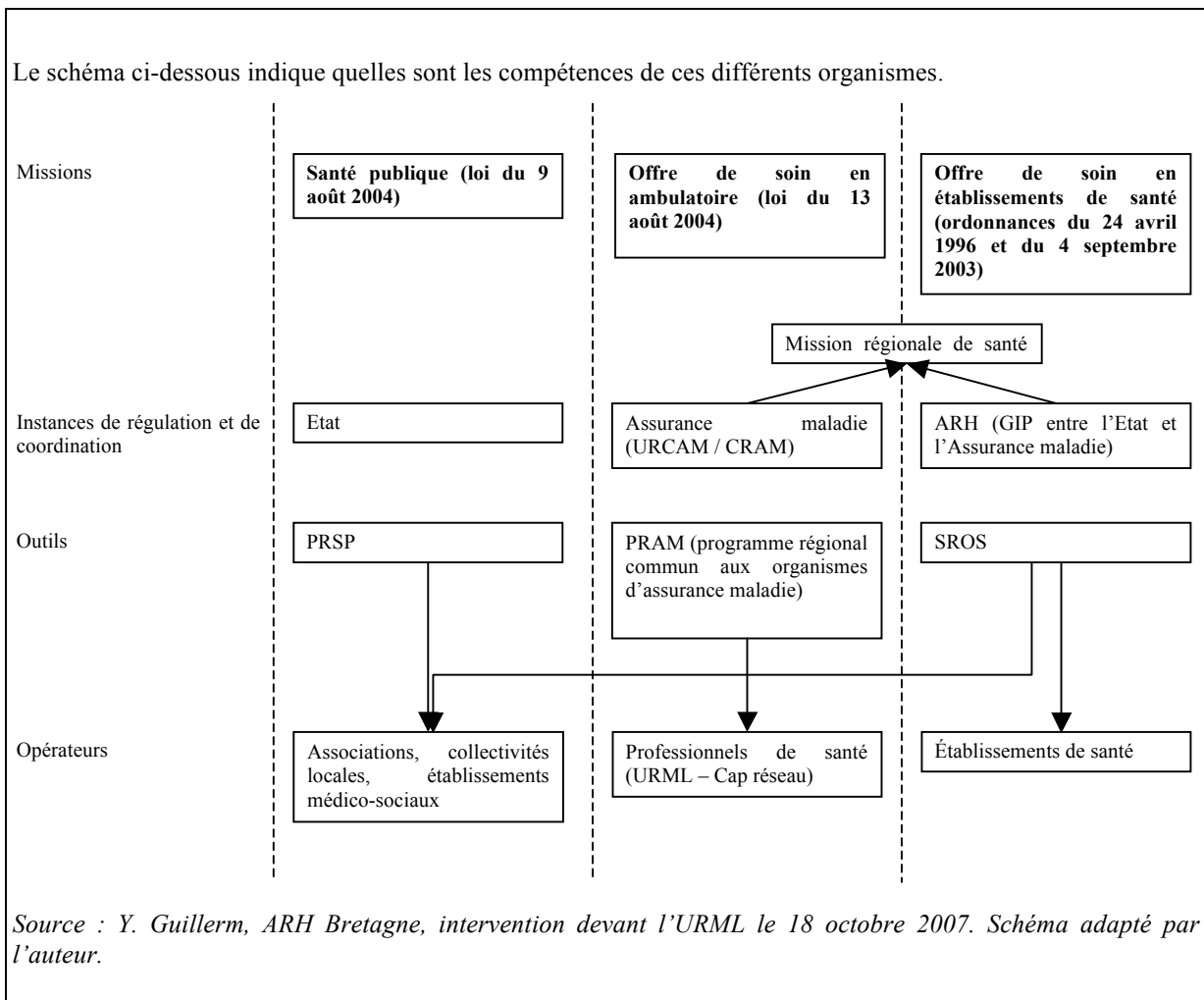
Le deuxième grand acteur est l'Assurance maladie (URCAM / CRAM). Elle mène notamment des actions de prévention et d'amélioration de la qualité du système de soin dans le secteur ambulatoire dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion signée avec l'Etat. En outre, elle gère le « Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires » (FNPEIS) qui contribue au financement des actions régionales de prévention à la condition que ces dernières répondent aux priorités nationales de l'Assurance maladie et à celles du PRSP pour lesquelles l'Assurance maladie a décidé de s'engager.

Dans le secteur des établissements de santé (publics et privés), c'est un troisième acteur qui intervient, à savoir : l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Cet organisme est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) entre l'État et les organismes d'Assurance maladie. Les autorisations d'activités de soins délivrées par l'ARH sont soumises au respect du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) qui est en cohérence avec le PRSP. Ce schéma est élaboré, entre autres, grâce aux propositions formulées par les comités techniques régionaux (COTER).

L'ARH et l'Assurance maladie coopèrent au sein de la « mission régionale de santé » pour les travaux communs à l'ambulatoire et à l'hospitalier, et notamment pour la mise en place des réseaux de santé.

Par ailleurs, il convient de souligner que, dans le secteur ambulatoire, chaque Union régionale des médecins libéraux (URML) joue un rôle important en matière de régulation de l'offre de soin, et plus généralement, de santé publique (conformément à l'article L. 4134-4 du code de la santé publique).

³ On notera que le PRSP est arrêté par le préfet de région après avis de la conférence régionale de santé.



2. PrévaRance, une expérimentation en matière de prévention du risque cardio-vasculaire.

2.1. Origines de PrévaRance

La partie du SROS III breton concernant les pathologies cardio-vasculaires a été élaborée sur la base des orientations définies par le « Comité technique régional maladies cardiovasculaires » (COTER MCV). Ce comité s'est notamment réuni le 3 novembre 2004.

Lors de cette réunion, il a été noté que dans le cadre de la précédente version du SROS, dite « SROS II », la prévention des maladies cardio-vasculaires n'avait pas été suffisamment abordée. Un cardiologue du CHU de Rennes a alors rappelé que cette situation était problématique car la prévention des maladies cardiovasculaires (hypertension et hypercholestérolémie) fait partie des objectifs affichés par la loi de 2004 relative à la politique de santé publique [12].

Conformément aux souhaits émis par la directrice de l'ARH alors en poste, il a donc été décidé de renforcer à l'avenir le volet « prévention » du SROS. Par ailleurs, la décision a été prise d'aborder de façon transversale la question de la prévention dans le cadre d'une commission mixte réunissant, d'une part, des hospitaliers et, d'autre part, des médecins représentant le secteur ambulatoire (un cardiologue et un médecin généraliste). Cette commission devait en outre intégrer d'autres acteurs concernés par le risque cardio-vasculaire : l'ARH, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie - URCAM - (au titre des réseaux de santé), et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales - DRASS - (au titre du PRSP).

Enfin, c'est au cours de ce COTER MCV, en 2004, qu'a émergé l'idée de l'expérimentation PrévaRance. Le but premier de celle-ci était d'entreprendre un dépistage et une prise en charge structurée du risque cardio-vasculaire en ambulatoire, par des libéraux, sur un territoire donné, correspondant à la définition d'un « bassin de vie ». Comme le rappelait l'organisateur du projet, « le but secondaire (...) [était] de vérifier la faisabilité et l'acceptabilité d'un tel programme de dépistage par les professionnels de santé libéraux ».

Cette expérimentation a été conçue pour permettre au plus grand nombre de médecins traitants d'y participer, de manière à prendre en charge l'ensemble de la population du territoire. A cette fin, elle s'est appuyée sur des démarches préexistantes, les « groupes qualité ».

Sa mise en place effective est intervenue en 2006. Elle est due à l'action d'un groupe de professionnels de santé libéraux, sous l'impulsion décisive de l'Union régionale des médecins libéraux de Bretagne (URML), et de « Cap Réseau » (association créée en 2002 en région Bretagne qui a pour objet de « développer la complémentarité entre professionnels de santé sous toutes ses formes (réseaux, coordinations, groupes d'échanges, ateliers, formations...) »⁴).

2.2. Organisation

Quarante-six professionnels de santé libéraux ont participé à la prise en charge des patients dans le cadre de PrévaRance : 18 médecins, 15 infirmiers et infirmières diplômés

⁴ Article II des statuts de l'association « Cap réseau Bretagne ».

d'Etat (IDE), 11 pharmaciens, et 2 diététiciens. Pour assurer la coordination de ces différents intervenants, un « comité de pilotage » a été institué, dont la composition reflétait la diversité des professions associées à l'expérimentation⁵. En outre, des intervenants extérieurs ont participé, en tant qu'experts, à la réalisation du projet. Tel est le cas, par exemple, d'un cardiologue de Dinan, responsable d'un réseau de prévention cardio-vasculaire préexistant sur le territoire, nommé RivaRance.

2.3. Déroulement

PrévaRance s'est déroulée en deux phases.

Au cours de la première phase (début novembre 2006 à fin décembre 2007), une évaluation systématique et structurée du risque cardio-vasculaire a été engagée auprès de la population cible, à savoir : les hommes de 50 à 54 ans inclus et les femmes de 60 à 64 ans inclus, résidant dans le canton de Dinan (environ 25 000 habitants). Cette population correspondait :

- soit à des patients repérés par des pharmaciens ou par des médecins généralistes lors de consultations ou de visites (hors permanence des soins) ;
- soit à des personnes invitées par l'Assurance maladie à se rendre auprès de leur médecin traitant.

La deuxième phase de l'expérimentation, terminée fin 2008, a consisté à prendre en charge les patients à haut risque cardio-vasculaire, en proposant à ceux-ci un projet thérapeutique composé d'un volet médical et d'un volet éducatif. Ce dernier, formalisé par un « contrat thérapeutique », a permis l'instauration par des IDE libéraux d'un programme d'éducation thérapeutique organisé sous la forme d'entretiens individuels. Ces entretiens ont été, le cas échéant, associés à des interventions dans le domaine de la diététique et de l'éducation physique, ainsi qu'à des activités de groupe proposées par le réseau RivaRance.

⁵ Le comité de pilotage comprenait 2 médecins généralistes, 2 IDE, 2 pharmaciens et une diététicienne. On notera qu'une infirmière spécialisée dans la recherche médicale est intervenue secondairement pour aider les médecins dans la mise en œuvre de l'expérimentation.

2.4. Financement

Bien que PrévaRance ne constitue pas au sens strict un « réseau de santé » (cf. *infra*), cette expérimentation a pu bénéficier d'un financement au titre de la « dotation régionale de développement des réseaux »⁶. Ce financement est intervenu par le biais d'une enveloppe spécifique allouée au réseau RivaRance. Une telle décision se justifiait par le fait que PrévaRance constituait un projet novateur répondant pleinement aux priorités du PRSP et aux objectifs de prévention du risque cardio-vasculaire mentionnés dans le SROS III.

Subsidiairement, PrévaRance a justifié d'un financement de l'Etat (Direction générale de la santé).

2.5. Rémunération des médecins

La rémunération des médecins a été conçue en adéquation avec les objectifs de dépistage et de prévention : il s'agissait d'une rémunération appuyée sur la réalisation d'objectifs de santé publique prédéterminés. En cela le projet était aussi innovant (cf. *infra*).

Plus précisément, une rémunération forfaitaire était prévue pour les médecins qui dépistaient au moins 60 % de leur patientèle (la référence étant la liste fournie par l'Assurance maladie). Le forfait était modulé en fonction :

- d'une part, du taux de patients inclus dans la démarche de repérage (majoration de 10 % du forfait par tranche supplémentaire de 10 % de patients inclus),
- d'autre part, du taux de formalisation d'un projet thérapeutique pour les patients à haut risque.

⁶ Depuis 2002 a été définie une « dotation nationale de développement des réseaux » créée à partir des quatre enveloppes déjà existantes (ville, hôpital, cliniques et établissements médico-sociaux). Cette dotation nationale est déclinée régionalement, les montants attribués sont fixés chaque année par arrêté ministériel. C'est ensuite sur décision conjointe du directeur de l'ARH et du directeur de l'URCAM que les financements sont accordés aux promoteurs de réseaux.

3. PrévaRance, une innovation organisationnelle

Comme il vient d'être dit, PrévaRance a tout d'abord attiré l'intérêt des instances en charge de l'organisation de l'offre de soin en raison de son objet : la prévention des maladies cardio-vasculaires.

Le projet s'est également distingué en raison de son mode de fonctionnement innovant : coopération originale entre professionnels de santé ; dépistage systématique et structuré de tous les patients d'une tranche d'âge sur un territoire donné ; rémunération forfaitaire des médecins corrélée à un objectif de santé public (cf. *supra*).

En outre, PrévaRance a accordé une place importante à l'éducation thérapeutique, thème au cœur des préoccupations actuelles des pouvoirs publics.

3.1. L'éducation thérapeutique

► *Les orientations des pouvoirs publics*

L'éducation thérapeutique des patients est une notion intégrée aux objectifs nationaux de santé publique. Elle fait l'objet d'un article spécifique du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », qui a été déposé le 22 octobre 2008 sur le bureau de l'Assemblée nationale et est, à la date de rédaction de la présente thèse, en discussion en première lecture devant le Sénat [13].

Un rapport intitulé « pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » a par ailleurs été présenté en septembre 2008 à la ministre en charge de la santé, préalablement à la présentation du projet de loi [14]. Dans ce rapport, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie comme « un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins ».

Les auteurs du rapport comptent les pathologies cardio-vasculaires parmi les quatre types d'affections qu'ils estiment être prioritaires pour la mise en place d'une politique nationale d'ETP. Nous estimons que ce choix peut s'appuyer sur les travaux de Ferrières *et al.* (2006), lesquels ont montré que l'éducation thérapeutique est particulièrement adaptée pour la

prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire : elle permet d'induire chez eux des changements comportementaux à long terme [15].

Les auteurs du rapport précisent qu'il est nécessaire d'octroyer aux praticiens une rémunération spécifique pour la mise en œuvre de l'ETP, et ajoutent que les programmes d'actions et de prestations d'éducation thérapeutique pourraient être, dans les secteurs hospitalier et ambulatoire, financés à l'activité par les futures « Agences régionales de santé » (ARS)⁷. L'article 22 du projet de loi précité est sur ce point plus clair. Il dispose notamment que : « L'Agence régionale de santé conclut des conventions avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique du patient afin, notamment, de préciser le financement des programmes. ».

► *L'approche retenue par PrévaRance*

Si l'expérimentation PrévaRance n'a pas pu bénéficier de cette future source de financement dédiée spécifiquement aux programmes d'éducation thérapeutique des patients, il n'en reste pas moins qu'elle a constitué un projet ambitieux dans ce domaine.

Ainsi qu'il a déjà été mentionné, elle comportait en particulier un volet « éducatif ». Celui-ci avait pour but de donner aux patients de nouvelles compétences, afin qu'ils soient capables de gérer leurs pathologies ou, plus exactement, leurs facteurs de risque. Il s'agissait par exemple de leur apprendre à pratiquer l'automesure tensionnelle, à interpréter eux-mêmes des glycémies en cas de diabète, ou bien encore à savoir quand recourir à un médecin. Parallèlement, le volet « éducatif » de PrévaRance visait à modifier les comportements « quotidiens » des patients (arrêter de fumer, adapter leur régime, activité physique...).

⁷ Depuis le début des années quatre-vingt-dix, une réflexion est engagée sur la régionalisation de la politique de santé publique. Certains ont avancé l'idée de la création d'« agences régionales de santé » (ARS) qui exerceraient les fonctions des actuelles ARH et auraient, en sus, des compétences en ce qui concerne le secteur ambulatoire et la mise en œuvre des politiques de santé publique au sens large (comprenant les domaines de la prévention et du médico-social). Une telle idée a été évoquée dès 1993 dans un rapport du Commissariat général du Plan intitulé « Santé 2010 » [16]. Intégrée dans divers projets et propositions de loi, la création des ARS a été annoncée par le gouvernement dès 2002. Elle a été reprise en 2008 dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Telles que prévues par ce projet de loi, les ARS ont vocation à se substituer aux agences, caisses et services suivants : l'ARH, la DRASS et la DDASS, l'URCAM, le GRSP, la MRS et, pour une partie de ses missions, la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM).

3.2. La coopération entre les professionnels de santé libéraux

► *Les orientations des pouvoirs publics*

Tout comme l'éducation thérapeutique des patients, la coopération entre professionnels de santé est de plus en plus encouragée par les pouvoirs publics et fait l'objet de publications officielles nombreuses [17] [18].

A l'heure actuelle, il est possible, selon nous, de distinguer en France quatre grandes catégories de coopérations entre professionnels de santé : 1) les réseaux, 2) les maisons de santé, 3) les nouvelles formes de coopération mises en œuvre dans le cadre d'expérimentations lancées en 2003, et 4) les coopération informelles.

1 - Les réseaux

Une première définition des réseaux a été proposée dès 1999 par l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES)⁸ : « Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. » [19].

Toutefois, il a fallu attendre la loi du 4 mars 2002 relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé » pour que les réseaux bénéficient d'un cadre juridique précis, clarifiant leur rôle, leur composition et leur financement. Depuis lors, l'article L. 6321-1 du code de la santé publique⁹ dispose que : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. (...) ». Cet article ajoute que les réseaux « sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. ».

⁸ La HAS a succédé à l'ANAES en 2005.

⁹ Article inséré dans le code de la santé publique par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et modifié par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

Sur le fondement de ces dispositions, différents réseaux se sont créés, notamment en Bretagne. En 2005, la mission régionale de la santé, dans son « répertoire des réseaux » existant au sein de la région, recensait 38 réseaux dans 9 domaines différents, dont deux réseaux dans le domaine des risques cardio-vasculaires : le réseau Adoptir à Saint-Brieuc (actuellement Vasculaire 22) et le réseau CardioRance à Saint-Malo (actuellement RivaRance) [20].

Pour accompagner le développement des réseaux en Bretagne, l'Union régionale des médecins libéraux (URML) et l'ensemble des professionnels de santé siégeant au comité régional du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), alors financeur des expérimentations de réseaux, ont proposé, dès juin 2002, la création d'une association *ad hoc*, nommée « Cap réseau » (cf. *supra*). A cette époque, Cap Réseau était composée de professionnels de santé libéraux (PSL) autres que médecins. Cap réseau et l'URML ont signé une convention définissant des travaux communs tels que, par exemple, la coordination des réseaux. Puis, en 2004, Cap réseau s'est ouvert à tous les professionnels libéraux : médecins, paramédicaux et auxiliaires médicaux conventionnés, etc.

2 - Les maisons de santé

Les « maisons de santé » constituent un autre lieu de coopération entre professionnels de santé libéraux. Longtemps, leur création n'a pas été encadrée par la loi. Dans un rapport d'information sur l'offre de soins présenté devant la commission des affaires sociales du Sénat en octobre 2007, le sénateur Jean-Marc Juilhard rappelait ainsi la nécessité de l'instauration d'un label spécifique « maison de santé » afin de clarifier le statut juridique de ces structures [21].

Depuis lors, le rôle et la composition des maisons de santé ont été définis par la loi. Ainsi, l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, prévoit que : « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ». Ce même article souligne en outre que : « Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. ».

3 - Les coopérations mises en œuvre dans le cadre d'expérimentations lancées en 2003

En 2003, le ministre chargé de la santé avait demandé au Professeur Berland de dresser un état des lieux de la démographie médicale en France et de formuler des propositions d'orientations nationales permettant d'adapter ou de modifier les dispositifs existants. Suite au rapport du Professeur Berland d'août 2003 [22], ont été mises en œuvre cinq expérimentations de collaboration entre médecins et professionnels de santé paramédicaux. Celles-ci ont été encadrées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et un arrêté pris pour application le 13 décembre 2004. Elles ont, en réalité, consisté en un transfert de compétences en direction des paramédicaux.

Ces cinq premières expérimentations ne concernaient pas la médecine générale [23]. Mais devant leur succès [24], dix nouvelles expérimentations ont été autorisées par un arrêté du 30 mars 2006 [25]. Parmi ces dix expérimentations, une seulement concernait des cabinets de médecine générale : elle se nommait ASALEE (Action Santé Libérale en Equipe) et se déroulait en région Poitou-Charentes (département des Deux-Sèvres) [26].

ASALEE était un projet orienté sur la coopération entre médecins généralistes et infirmières de santé publique. Ces infirmières étaient formées à travailler sur le mode de la délégation de tâches. Elles intervenaient dans les domaines de la prévention et de l'éducation à la santé, ainsi qu'en matière d'éducation thérapeutique et d'accompagnement médico-social. La première expérimentation de cette nature a eu lieu en 2004. Elle avait alors pour objectif, d'une part, l'amélioration des soins dans la prise en charge du diabète, d'autre part, le dépistage de certains cancers. Devant sa réussite, elle a été pérennisée, avec de nouvelles applications (dépistage des troubles cognitifs et prévention cardio-vasculaire). Elle a parallèlement disposé d'un cadre juridique clarifié grâce à l'arrêté du 30 mars 2006 précité.

ASALEE a représenté un succès tant sur le plan de l'amélioration de la prise en charge des patients, que sur le plan économique et sur celui de la satisfaction des professionnels de santé. Un rapport d'évaluation médico-économique de cette expérimentation publié par l'IRDES¹⁰ en janvier 2008 en témoigne [27].

¹⁰ Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

4 - Les pratiques informelles de coopération

Outre les pratiques formelles de coopération entre professionnels de santé, existent des formes de coopération non expressément autorisées. Une enquête sur les pratiques de coopération entre professionnels de santé menée par la HAS en 2007 a ainsi révélé qu'un certain nombre de pratiques informelles ont lieu en France [17]. En effet, sur 334 témoignages recueillis, 183 portaient sur des pratiques non reconnues, dont 95 impliquaient des médecins généralistes : ceux-ci coopéraient avec des ergothérapeutes, des infirmières, ou des pharmaciens. La plupart de ces formes de coopération concernait des actes de prévention, d'éducation thérapeutique ou de traitement dans le cadre de maladies chroniques.

► *L'originalité de PrévaRance*

Une fois dressée la liste des différents modes de coopération entre professionnels de santé, on ne peut que noter l'originalité de PrévaRance.

En effet, cette expérimentation ne constitue pas un réseau de santé au sens de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, car elle ne répond pas à tous les critères posés par les textes pour la constitution d'une telle structure. A titre d'exemple, cette expérimentation n'inclut pas de représentants des usagers (alors qu'une telle représentation doit être prévue par la convention constitutive d'un réseau d'après l'article D. 766-1-5 du code de la santé publique). De plus, comme l'a confié R. Bataillon (directeur de l'URML Bretagne) à la revue « Le généraliste », PrévaRance « n'est pas un réseau qui fonctionne avec les professionnels les plus motivés, mais une coopération professionnelle, qui mobilise tous les acteurs de santé » [28].

Par ailleurs, il est manifeste que PrévaRance se distingue des autres modes de coopération formelle entre professionnels de santé. Elle s'apparente, de par son mode de fonctionnement, à l'expérimentation précitée ASALEE avant qu'elle ne fasse l'objet d'un encadrement « officiel ». Il s'agit en effet d'une initiative venue directement des praticiens (et non, initialement, des pouvoirs publics).

II. Méthode : une étude qualitative

La présente thèse repose sur une étude qualitative de l'expérimentation PrévaRance. Cette étude a été menée sous forme d'entretiens semi-directifs, réalisés entre décembre 2007 et mars 2008 auprès de treize des dix-huit médecins participant à l'expérimentation PrévaRance.

1. Les médecins interrogés

Les dix-huit médecins qui ont participé à PrévaRance ont été contactés. Parmi eux, trois personnes ont clairement refusé de répondre à l'étude. Une autre était prête à accorder son concours mais n'a pu dégager de créneaux horaires permettant à un entretien d'avoir lieu. Enfin, une dernière personne n'a jamais donné suite aux propositions de rendez-vous qui lui ont été faites, et ce, en dépit de plusieurs relances. Les treize médecins interrogés sont donc ceux qui ont accepté de prendre sur leur temps de travail, le temps de l'entretien. C'est l'unique « biais de sélection ». Mais il n'est pas négligeable. En effet, il est possible que les personnes ayant accepté d'être interrogées soient celles qui étaient les plus motivées par PrévaRance.

Les médecins rencontrés étaient, en majorité, des hommes (onze sur treize) ; ils étaient âgés de 36 à 63 ans, et installés au sein des communes de Dinan, Quévert et Pleudihen-sur-Rance. Neuf d'entre eux exerçaient en cabinet de groupe, les autres médecins étant seuls.

2. Une technique d'entretien semi-directive

Lors des entretiens, il a systématiquement été recouru à un guide d'entretien commun élaboré au préalable (cf. encadré n° 2, *infra*). Celui-ci comportait six questions ouvertes. Il a eu notamment pour effet de faciliter le début des entretiens, et a permis, à la fin des entretiens, de s'assurer de la prise en compte de tous les thèmes importants.

Tous les entretiens ont commencé par la première question du guide. Les autres thèmes figurant sur ce dernier ont tous été abordés, mais l'ordre dans lequel ils ont été traités a varié selon la façon dont l'entretien s'orientait.

Encadré n° 2 : Guide d'entretien avec les médecins généralistes

1. Quelles étaient vos motivations initiales pour participer à ce projet ?

(Le thème de la prévention cardio-vasculaire ? Le fait que ce soit un nouveau mode d'exercice ?... en lien avec les autres PSL ? Le fait que ce soit un projet local ? Le fait de connaître les autres participants ?)

2. Un an après le début de cette expérimentation, pouvez-vous me donner votre impression concernant le projet?

(Avez-vous une impression positive ou négative ? Qu'est ce que ce projet a de nouveau pour vous ? Est ce que cela s'est déroulé comme vous l'imaginiez ? Regrettez vous d'y avoir participé ? Trouvez vous que la communication entre les PSL et avec les patients a été bonne ? Quelles difficultés techniques avez-vous rencontrées ?)

3. Ce nouveau mode d'organisation de soins vous paraît-il, d'une part, reproductible à long terme, et d'autre part, applicable à d'autres domaines que le risque cardio-vasculaire ?

4. Que pensez vous du mode de rémunération ?

(Est ce suffisant ? Serait-ce suffisant si une telle pratique de la médecine était menée au long terme ? Auriez vous une idée d'un autre mode de rémunération pour compenser le temps passé avec les patients ?)

5. Pouvez vous me décrire comment cela s'est passé pour le dernier patient que vous avez inclus ?

Le patient a-t-il adhéré d'emblée au projet ?

Si tel n'est pas le cas, quels arguments avez vous utilisés pour le convaincre ?

Le patient est-il satisfait de la prise en charge ?

De cotre côté, êtes vous satisfait de la prise en charge de ce patient ?

Cette consultation vous laisse-t-elle une impression favorable ?

6. Avez-vous des commentaires à ajouter ?

7. Fiche technique concernant le médecin (âge, sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice).

3. Une retranscription précise des entretiens

Dix des treize entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits intégralement et littéralement sur support informatique.

Trois médecins ont refusé l'enregistrement de l'entretien, mais accepté la prise de notes. Les phrases ou parties de phrases les plus pertinentes ont alors été notées durant l'entretien, puis les principales idées évoquées ont été consignées par écrit dans les minutes ou heures qui

ont suivi. Ces informations ont été, enfin, compilées, comme pour les autres médecins, sur support informatique.

Les entretiens enregistrés ont duré entre vingt et quarante minutes. Les retranscriptions écrites occupent entre quatre et sept pages (format A4, police 12).

III. Premier axe de l'étude : les motivations initiales des médecins

1. Résultats : les facteurs de motivation invoqués par les médecins participant à PrévaRance

Tous les entretiens ont débuté par la question suivante : « Quelles étaient vos motivations initiales pour participer à ce projet ? ».

Les réponses à cette question nous ont permis de procéder à un classement (schématique) des personnes interrogées en deux groupes. L'un comprend celles qui ne reconnaissaient pour seule « motivation » que la pression des pairs, l'autre regroupe celles dont les motivations affichées étaient d'ordre médical.

Il convient de noter qu'un certain nombre de participants appartenant à ces deux groupes a évoqué, complémentirement, le rôle décisif joué par l'organisateur du projet.

1.1. La pression des pairs comme « motivation »

Un groupe minoritaire de médecins a répondu n'avoir eu, initialement, aucune motivation pour participer au projet. Ces praticiens estimaient ne pas avoir besoin de PrévaRance pour prendre en charge convenablement leurs patients. Autrement dit, ils considéraient qu'il n'y avait pas lieu d'améliorer leurs pratiques dans le domaine de la prévention des maladies cardio-vasculaires, celles-ci n'étant, selon eux, pas perfectibles.

Cette position se justifiait, d'après l'un d'entre eux, par le fait que « tous les malades ont été déjà dépistés avant (...) et tout était bien intégré ». Un autre médecin faisait valoir que « la médecine qui anticipe coûte cher mais est payante sur le plan humain », et estimait que la prévention des pathologies cardio-vasculaires était parfaitement prise en compte dans son exercice.

A défaut de réelles motivations médicales, ces médecins mettaient en avant un mobile, d'ordre « social ». Lors des entretiens, ils ont en effet justifié leur participation à PrévaRance, après différentes questions de relance, en se référant à leurs confrères. Selon eux, c'était « uniquement pour faire plaisir aux autres », « uniquement pour ne pas [se] démarquer [des]

confrères », « pour faire la cohésion du groupe », ou bien encore pour répondre à « la pression des collègues ».

1.2. L'intérêt médical de la participation à PrévaRance

Un groupe majoritaire de médecins s'est déclaré avoir été intéressé, dès l'origine, par le contenu ou la méthode de l'expérimentation PrévaRance. Les personnes que nous classons dans ce groupe ont évoqué les motivations suivantes (de manière soit cumulative soit alternative) :

- l'impact attendu en matière de dépistage et de prise en charge du risque cardio-vasculaire ;
- l'intégration de PrévaRance dans une « démarche qualité » ;
- la coopération avec d'autres professionnels de santé libéraux ;
- ou encore les aspects innovants du projet.

► *Le dépistage et la prise en charge du risque cardio-vasculaire*

Seuls quelques médecins ont dit avoir été, initialement, motivés à titre principal par l'objet de l'expérimentation : le risque cardio-vasculaire.

Certains ont axé leur réponse sur le dépistage, précisant que leur objectif était de « mieux appréhender les facteurs de risque », de « dépister les patients à haut risque », ou bien de « mieux cibler une population à risque ». Un professionnel interrogé s'est révélé plus motivé par les aspects statistiques, et notamment par le fait « d'avoir une idée du risque cardio-vasculaire sur une population ». Enfin, un médecin a spontanément évoqué, de manière spécifique, l'amélioration de la prise en charge des patients à haut risque. Ce médecin a précisé qu'il souhaitait « mieux cadrer la prise en charge des patients à haut risque, avoir une démarche plus soutenue avec les infirmières et les diététiciennes ».

► *La « démarche qualité »*

D'autres médecins ont souligné le fait que le projet les intéressait puisqu'il s'inscrivait dans la continuité de démarches préexistantes telles que celles des « groupes qualité »¹¹. Un médecin qui n'avait pas évoqué ces « groupes qualité » a cependant précisé que l'expérimentation PrévaRance lui permettrait de « travailler mieux ». Enfin, un dernier médecin a insisté sur son engagement dans la formation continue, rappelant que l'expérimentation s'inscrivait dans une logique d'amélioration des pratiques.

► *L'attrait de la coopération avec d'autres professionnels de santé libéraux*

Le fait que l'expérimentation permette de collaborer avec d'autres professionnels de santé a également joué un rôle significatif. De nombreux médecins ont, d'eux-mêmes, souligné qu'une telle collaboration était une des principales raisons de leur intérêt pour PrévaRance.

Tel médecin a affirmé être plus particulièrement intéressé par « l'accréditation de tâches au niveau des paramédicaux » et le transfert de « responsabilité à des pharmaciens », afin de « voir s'ils sont capables de la tenir ». Tels autres ont insisté sur le « fait de travailler en équipe avec différents professionnels de santé, que ce soit les infirmières, les diététiciennes, les pharmaciens (...) », ou bien encore « d'intégrer les paramédicaux » et « d'avoir accès à une démarche un peu plus soutenue à travers les infirmières et les diététiciennes ».

Toutefois, certains médecins interrogés ont clairement signifié qu'ils n'étaient pas attirés par cette dimension du projet. Ainsi, l'un d'entre eux a rappelé qu'il travaillait « déjà avec les paramédicaux (...), les infirmières (...), et les diététiciennes (...) », et que PrévaRance a laissé inchangées ses pratiques.

¹¹ Il existait préalablement à l'expérimentation trois groupes qualité dans la région de Dinan. Les groupes qualité sont des groupes d'échange de pratiques réunissant au moins 2/3 des médecins d'un territoire donné. Ces médecins se réunissent mensuellement pour partager et analyser leurs pratiques sur un thème particulier, afin d'améliorer la qualité de leurs prescriptions au regard d'objectifs négociés avec l'Assurance maladie. Les évaluations ont montré la pertinence du concept qui est en train de se répandre en France : les « groupes qualité » fonctionnent dans cinq régions et bientôt dans sept autres. Ils ont débuté, en Bretagne, en 2001.

► *Les aspects innovants de PrévaRance*

Enfin, différents médecins se sont dits séduits par l'originalité de PrévaRance. Mais, parmi ces médecins, chacun a justifié une telle position par des considérations différentes (et souvent d'ordre très général).

Un premier médecin a fait valoir que ce projet est « innovant au niveau de l'organisation professionnelle ». Un deuxième a affirmé que « c'est un projet innovant », car il « fait intervenir des médecins généralistes ». Un troisième médecin a jugé que « c'est quelque chose de nouveau puisque la prévention fait partie de nos tâches, mais [qu'] en France, c'est très mal fait ».

En réalité, seule une personne interrogée a développé une argumentation précise, affirmant que le projet PrévaRance constituait une innovation car il avait pour objectif de renforcer l'éducation thérapeutique des patients.

1.3. Le rôle moteur de l'organisateur du projet

Au sein des deux groupes de médecins précités, certaines personnes interrogées ont dit spontanément que l'organisateur du projet avait joué un rôle décisif pour les inciter à participer à PrévaRance.

Un médecin que nous avons classé dans le premier groupe (« pression des pairs ») a indiqué ne pas avoir voulu déplaire à l'organisateur.

D'autres médecins, que nous avons classés dans le second groupe (« motivations médicales »), ont fait part de leur proximité avec l'organisateur de PrévaRance. Ainsi, l'un d'entre eux a souligné qu'il était intéressé par l'expérimentation « parce qu'un des promoteurs de l'étude était celui qui organise le groupe qualité » et « a su (...) présenter l'étude » de manière à susciter la motivation. Un autre médecin, installé en association avec l'organisateur, a insisté sur le fait qu'il était « surtout motivé par [son] associé ». Un troisième médecin, impliqué initialement dans l'organisation du projet, a fait état de la réflexion qu'il a eue avec l'organisateur et le cardiologue qui a participé au projet.

Plus généralement, il semble, si l'on se fie à une personne interrogée, que « l'énergie » de l'organisateur ait « servi beaucoup, car au départ il y avait (...) [de nombreux] médecins qui étaient réticents ».

2. Discussion : comment susciter l'intérêt des médecins pour des expérimentations du type de PrévaRance ?

Il ressort des entretiens que l'attrait pour le thème de la prévention cardio-vasculaire n'a pas été le seul facteur ayant conditionné la participation des médecins interrogés à l'expérimentation PrévaRance. Deux autres éléments ont eu un rôle prépondérant. Il s'agit, d'une part, de la dimension territoriale et « relationnelle » du projet, d'autre part, de la qualité de son pilotage.

Il importe par ailleurs de noter que certains éléments, qui, *a priori*, auraient pu paraître déterminants ne semblent, d'après les propos tenus par les médecins rencontrés, avoir joué aucun rôle.

2.1. La dimension territoriale et « relationnelle » d'un projet comme PrévaRance

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'expérimentation PrévaRance s'est réalisée sur un territoire délimité, au sein duquel les médecins se connaissaient et avaient, pour certains d'entre eux, préalablement engagé des démarches d'amélioration des pratiques. Cette caractéristique s'est certainement avérée décisive. Elle a eu des conséquences de deux ordres.

1 - Si la majorité des médecins interrogés fait part de motivations strictement « médicales » pour participer à PrévaRance, il n'en reste pas moins que le fait que ce projet ait eu une dimension locale a revêtu une grande importance. En effet, c'est bien parce qu'il y avait une dynamique déjà engagée à l'échelon de la région de Dinan (au travers des « groupes qualité » notamment) que l'expérimentation PrévaRance a reçu un accueil si favorable auprès des médecins généralistes.

Afin de reproduire, sur un autre territoire, une démarche de prévention cardio-vasculaire telle que celle de PrévaRance, il paraît donc souhaitable que les médecins généralistes soient

préalablement impliqués dans des démarches de perfectionnement des pratiques et que le territoire sur lequel se déroule le projet soit à taille humaine.

2 - Par ailleurs, nous avons vu que certains médecins n'ont participé à PrévaRance que par souci de ne pas déplaire ou de ne pas être déconsidérés par leurs confrères de la région. Cette « pression des pairs », comme nous l'avons appelée, a donc pu, à elle seule, pousser des praticiens à s'engager dans un projet structuré de prévention cardio-vasculaire.

Si l'on souhaite reproduire, dans d'autres domaines médicaux et/ou dans d'autres régions, des projets tels que PrévaRance, il est vraisemblable que la « pression des pairs » jouera encore un rôle clé pour certains médecins.

Ce constat rejoint celui dressé par G. Rose dans un article de 1981 consacré à la prévention cardio-vasculaire [29]. Cet auteur soulignait en effet que ce qu'il nommait la « pression sociale » avait une fonction déterminante dans le succès des démarches de prévention auprès des médecins comme des patients. Il rappelait, à titre d'illustration, que les médecins généralistes britanniques avaient significativement réduit leur consommation de tabac au cours des années soixante et soixante-dix pour la simple raison que la consommation de ce produit par un praticien était mal perçue par ses confrères. C'était donc, selon lui, la peur du regard désapprobateur des confrères qui avait incité ces médecins à ne plus fumer, ce qui constituait, dans ce domaine, la première étape vers la mise en place d'actions de prévention efficaces auprès des patients.

On doit cependant noter que la seule « pression des pairs » ne peut, à long terme, pas palier le défaut de motivation des médecins. D'ailleurs, en ce qui concerne PrévaRance, un des médecins les moins enthousiastes n'a pas hésité à affirmer : « Je pense que ce serait intéressant de (...) pérenniser [l'expérimentation PrévaRance] si ça intéresse mes collègues mais moi je ne le referai pas ».

Si l'on souhaite inscrire dans la durée des projets de prévention systématisée du risque cardio-vasculaire tels que PrévaRance, il serait vraisemblablement nécessaire de convaincre les médecins les plus réticents du bien-fondé de la démarche. Une solution pour emporter la conviction de tels médecins ne serait-elle pas, tout simplement, de leur montrer qu'il y a dans leur patientèle, comme dans la patientèle de tout médecin généraliste, des patients à risque non encore dépistés ou non pris en charge ? A cette fin, il serait sans doute possible que

l'Assurance maladie (ou la future ARS) organise des rencontres leur permettant de prendre conscience de la nécessaire imperfection de leurs actions de prévention du risque cardiovasculaire.

2.2. La nécessité d'un pilotage fort du projet, dès son commencement

D'après les personnes interrogées, l'organisateur du projet a joué un rôle essentiel. Son engagement a conditionné la participation à PrévaRance de nombre de médecins.

Pour mettre en place sur un autre territoire et/ou sur une autre thématique une expérimentation comme PrévaRance, il semble donc nécessaire que cette expérimentation ne soit pas pilotée, de manière centralisée, par telle ou telle instance publique mais, de manière décentralisée, par un ou plusieurs médecins fortement impliqués. Autrement dit, il faut probablement que les médecins généralistes susceptibles de participer à l'expérimentation voient en celle-ci un projet porté par un de leurs pairs.

Cette remarque se rapproche de celle que nous avons déjà faite au sujet du caractère « territorial » de l'expérimentation.

2.3. Les éléments non évoqués par les médecins interrogés

Enfin, certains éléments, qui auraient pu être *a priori* considérés comme des facteurs-clés de motivation, ne paraissent pas avoir contribué à inciter les médecins interrogés à participer à PrévaRance.

Ainsi, vu l'intérêt que semble revêtir, comme nous l'avons vu (cf. partie I, *supra*), l'« éducation thérapeutique du patient », on aurait pu penser que la place accordée à ce concept dans l'expérimentation PrévaRance aurait intéressé de nombreux médecins généralistes, ce qui n'a pas été le cas (d'après les entretiens).

En outre, il aurait été logique que la rémunération des actions de prévention ait pu inciter certains médecins à participer au projet. Mais force est de constater que, d'après les dires des médecins interrogés, la question de la rémunération ne constituait pas un des déterminants de la participation à PrévaRance.

IV. Second axe de l'étude : les conditions d'implication des médecins durant l'expérimentation

1. La satisfaction des médecins ayant participé à PrévaRance et ses motifs

1.1. Une satisfaction globale

En moyenne, les médecins généralistes se sont fortement impliqués dans l'expérimentation PrévaRance. Deux éléments sont là pour en témoigner. D'une part, 100 % des médecins ont atteint leurs objectifs en matière de dépistage. D'autre part, le « taux d'inclusion »¹² s'élève environ à 73 % (686 patients sur 945 incluables).

Dans ce contexte, il n'est guère surprenant que la plupart des médecins ayant participé à l'expérimentation se disent satisfaits par celle-ci. D'ailleurs, les propos tenus par ces derniers l'illustrent. Nombreux sont en effet ceux qui ont fait part d'un contentement global et sans nuances (« C'est une expérience intéressante » ; « Très intéressant ! » ; « Vous êtes satisfait ? / Ah oui, complètement ! » ; « Le projet est très intéressant. » ; « Je suis content. » ; « Ca nous a apporté beaucoup (...) » ; etc.). Certaines personnes ont aussi témoigné d'une satisfaction réelle mais plus modérée (« Au bout d'un an, je suis plutôt contente. » ; « Je suis plutôt satisfait de cette expérimentation » ; etc.). Enfin, d'autres personnes n'ont pas hésité à mettre en lumière certaines difficultés rencontrées durant la mise en œuvre du projet, tout en expliquant que « (...) quand même, c'est une satisfaction » ou qu'elles sont « finalement satisfait[es] ».

A vrai dire, seul un groupe minoritaire de participants a émis un avis négatif sur PrévaRance. Il regroupe les médecins dépourvus de véritable motivation initiale pour participer à cette expérimentation (cf. *supra*). Notons simplement que les jugements émis par les médecins de ce groupe étaient très tranchés (« Ca m'a pris la tête » ; « Je pense que c'était une étude inutile pour moi et ça aurait dû être inutile pour les autres (...). Ca m'a apporté absolument rien. »). Néanmoins, assez paradoxalement, ces médecins ont admis que PrévaRance avait contribué à l'amélioration de leurs pratiques (cf. *infra*).

¹² Ce taux est le rapport entre le nombre de patients ayant accepté une démarche de repérage et le nombre de personnes concernées par l'expérimentation.

1.2. Les facteurs de satisfaction

► L'amélioration du dépistage et de la prise en charge des patients à haut risque

Selon les médecins interrogés, PrévaRance a permis une amélioration du *dépistage* et de la *prise en charge* des patients à haut risque. Pour eux, cela a été le principal facteur de satisfaction.

Même les médecins qui se sont déclarés non satisfaits par PrévaRance ont eu conscience de l'utilité de l'expérimentation dans ces domaines. L'un de ces médecins a ainsi reconnu avoir dépisté un patient qu'il ne voyait pas d'habitude, et avoir, parmi les patients dépistés, trois patients à haut risque. Un autre a concédé que l'expérimentation lui « a permis de mieux cibler les personnes à risque », admettant, alors même qu'il venait de faire valoir que sa pratique était « parfaite », qu'il y avait « des gens qu'[il] croyai[t] à risque et qui ne [l'étaient] pas et inversement ». Enfin, un dernier a convenu qu'« un patient (...) [qui] ne [venait] jamais [avait pu être dépisté et voir] le cardiologue » et que « ne serait ce que pour ce patient, c'[était] pas mal ». En somme, ces médecins ont pu détecter que leurs pratiques n'étaient pas idéales. Toutefois, aucun d'eux ne l'a fait remarquer.

Les entretiens ont permis de mettre en évidence que l'amélioration du *dépistage* était tout d'abord due à la création de contacts avec des patients « déserteurs » des cabinets médicaux¹³. En outre, différents médecins ont souligné qu'ils étaient, à l'origine, insuffisamment stricts en matière de dépistage des facteurs de risque et que PrévaRance les a aidés à lutter contre ce travers¹⁴. Tel médecin a, par exemple, expliqué qu'il a acquis l'habitude de mesurer systématiquement le périmètre ombilical¹⁵. Tel autre a souligné qu'il prenait désormais en compte de manière plus « rigoureuse » les chiffres tensionnels¹⁶. Enfin,

¹³ Ainsi, l'un des médecins interrogés a affirmé que : « Ça a permis quand même de repérer pas mal de patients et notamment des patients que l'on ne voit pas habituellement ».

¹⁴ Ainsi, un médecin a exposé que : « Le projet est très intéressant dans la mesure où pour nous, médecins généralistes, c'est vraiment un apprentissage des mécanismes de prévention et des réflexes de travail dans la prévention. C'est un creuset d'apprentissage pour intégrer les facteurs de risque cardio-vasculaires d'une façon presque automatique dans une consultation (...) des automatismes importants, à savoir le repérage rapide des facteurs de risque cardio-vasculaires ».

¹⁵ Ce médecin précisait : « C'est vrai que, moi, le périmètre ombilical je ne le mesurais pas systématiquement, maintenant j'ai pris l'habitude de le faire ».

¹⁶ Ce médecin expliquait : « Il y a des patients que je trouvais juste "limites" donc je faisais une démarche personnelle, mais je ne me serais pas embarquée dans ce genre de choses, or si on fait ça de façon très cadrée comme là, et bien effectivement ils rentrent dans un cadre considéré à haut risque.... Moi, je suis sûre que je n'étais pas assez rigoureuse pour la tension. J'ai toujours tendance à essayer de dédramatiser ».

différents médecins ont précisé que, grâce à PrévaRance, ils étaient incités à mieux mettre à jour les antécédents familiaux dans le dossier médical¹⁷.

Les entretiens ont par ailleurs permis de mettre en lumière la façon dont PrévaRance a amélioré la *prise en charge* des patients à haut risque. En premier lieu, un médecin a évoqué le rôle de l'éducation thérapeutique, thème qui l'avait intéressé dès le début de l'expérimentation¹⁸. D'autres médecins ont souligné l'importance de l'accompagnement avec les infirmières et les diététiciennes¹⁹ ou bien encore l'apport de PrévaRance s'agissant de la rigueur de la prise en charge des patients à haut risque²⁰. Enfin, certains médecins ont fait valoir que l'expérimentation avait permis de faire prendre conscience aux patients de l'existence du risque cardio-vasculaire²¹.

► *Autres sources de satisfaction*

Outre le dépistage et la prise en charge du haut risque cardio-vasculaire, certains médecins ont évoqué, comme source de satisfaction, le fait d'avoir atteint l'objectif des 60 % de patients inclus dans l'étude²².

¹⁷ Un médecin a dit : « Ca m'a permis de repérer un facteur familial pour lequel la mise à jour n'avait pas été faite. Parce que les facteurs familiaux, on les repère bien quand on voit les patients pour la première fois, et puis après, on oublie de faire les mises à jour. Les antécédents familiaux devraient être mis à jour tous les ans ou 2 ans. Cette campagne de PrévaRance est utile pour cela (...). C'était une bonne mise au point (...). ». Un autre médecin a affirmé : « Moi ça m'a aidé je pense, c'est surtout par rapport aux antécédents familiaux des choses comme ça. Parce que, quand on prend en charge les gens dès le départ on leur pose des questions, mais après, ils ne nous informent pas forcément de ce qui se passe dans leur famille (...). ».

¹⁸ Ce médecin a affirmé : « Ca m'a permis de mieux structurer la prise en charge des patients à haut risque, de sensibiliser par la formation à l'éducation thérapeutique, de pouvoir apporter des éléments de persuasion. Ca a amélioré la prise en charge du patient à haut risque même si ce n'est pas parfait (...). Mais je suis content par rapport à mon action sur les patients, j'ai eu les arguments nécessaires, ça a été une sorte de relais, une aide pour être plus persuasif et mieux compris. ».

¹⁹ Une première personne a dit : « J'en ai eu cinq [patients] qui ont été reconnus à haut facteur de risque et j'en ai deux pour lesquels j'ai des bons résultats, c'est-à-dire qu'ils sont allés voir la diététicienne, l'infirmière et c'est vrai qu'ils ont perdu du poids et ils sont très contents, donc ça c'est déjà un bon résultat. ». Une autre a affirmé : « J'ai une patiente, elle a été bien prise en charge par l'infirmière, elle a vraiment fait ça très, très bien. Et elle s'est sentie bien accompagnée ».

²⁰ Un premier médecin a dit : « Au niveau professionnel, ça m'a apporté une plus grande rigueur au niveau de la démarche de prise en charge (...). Ca nous a apporté beaucoup au niveau de la rigueur. ». Un deuxième médecin a précisé : « C'est une expérience intéressante, c'est une démarche que l'on ne faisait pas. Ca a un intérêt personnel dans notre façon d'être plus rigoureux dans la prise en charge (...) pour ceux qui étaient partants pour qu'on les aide. ». Une troisième personne a affirmé : « Mais quand même, c'est une satisfaction (...) et que l'on peut appliquer à d'autres patients qui ne sont pas dans l'étude (...). Je ne vais pas faire de traitements inutiles ni passer à côté de traitements nécessaires. ».

²¹ Un médecin a notamment déclaré : « Il y a quand même beaucoup de gens pour qui le dépistage leur a fait prendre conscience qu'ils étaient à risque et donc qu'il fallait peut être modifier leur façon de vivre (...). ».

²² Un médecin a ainsi affirmé : « J'ai pu (...) satisfaire à la demande donc ça c'est aussi satisfaisant. L'objectif a été atteint. ». Un autre a déclaré : « C'est vrai qu'au départ, ça paraissait difficile de pouvoir inclure tout le monde, et finalement ça s'est fait relativement bien pour la majorité parce que la majorité des gens ont répondu à l'appel. ».

Notons enfin qu'un médecin a fait état de l'intérêt de PrévaRance « en terme d'économie de santé et de satisfaction intellectuelle ».

1.3. Discussion

Initialement, peu de médecins participant à PrévaRance se disaient motivés par la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires. En effet, ils insistaient, au départ, plus sur l'aspect relationnel (lien avec les paramédicaux, influence des autres médecins de la région, rôle de l'organisateur), ou bien sur l'amélioration de leurs pratiques en général (cf. *supra*).

En revanche, la majorité d'entre eux a souligné l'aspect bénéfique de l'expérimentation, au bout d'un an, en matière de dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaires. Ils ont ainsi reconnu, explicitement ou non, que leur prise en charge n'était pas optimale et montraient, par leur satisfaction, l'envie de l'améliorer.

L'analyse des entretiens met donc en évidence le fait que l'amélioration de la prévention des pathologies cardio-vasculaires est un domaine qui préoccupe spécialement les médecins généralistes. Ce constat est concordant avec celui auquel sont parvenues des enquêtes réalisées en 2003 et 2005 par l'URML auprès de médecins bretons. Ces dernières ont montré que la majorité d'entre eux était intéressée par la prévention [30].

Par ailleurs, en ce qui concerne plus précisément la prévention des pathologies cardio-vasculaires, certains chiffres montrent qu'elle représente (en dehors d'une expérimentation comme PrévaRance) une part importante de l'activité des généralistes : selon une enquête de la Société française de médecine générale (SFMG), l'hypertension artérielle constitue 13,68% des motifs de consultation et les dyslipidémies 6,13% [31]. Ces données confirment, une nouvelle fois, la forte sensibilisation des médecins généralistes pour la prévention cardio-vasculaire.

Au total, ceci conduit à penser qu'une expérimentation de prévention ne peut remporter l'adhésion des médecins généralistes que si elle porte sur une thématique (telle que le risque cardio-vasculaire) à laquelle ceux-ci accordent, dans leur pratique quotidienne, de l'importance.

Il convient enfin de noter – dans un tout autre registre – que, dans une expérimentation du type de PrévaRance, l'aspect médical n'est pas le seul à intéresser les médecins. Le fait, par exemple, d'avoir un objectif à atteindre (outre l'obtention de la rémunération qu'il implique) a un effet motivant pour les médecins, dont il faut probablement tenir compte pour des projets futurs.

2. Les obstacles rencontrés par les médecins et leurs solutions éventuelles

Bien qu'ils aient été, comme il vient d'être dit, globalement satisfaits par PrévaRance, les médecins interrogés ont fait état de divers obstacles, susceptibles de s'opposer à la reproductibilité d'une telle expérimentation : 1) difficultés d'ordre organisationnel ; 2) adhésion insuffisante des patients ; 3) coopération trop limitée avec les autres professionnels de santé libéraux.

2.1. Les difficultés d'ordre organisationnel

On observe que trois éléments de nature « organisationnelle » ont posé problème au cours de l'expérimentation PrévaRance : le temps nécessité par l'expérimentation, la qualité de la formation de départ et celle du support. Ces trois facteurs sont d'ailleurs liés : en effet, un support plus adapté et une formation plus pratique permettraient aux médecins de gagner du temps par la suite. Ces constats fournissent des éléments de réflexion et de discussion concernant la reproductibilité d'une telle expérimentation.

► *Le manque de temps*

Le surcroît de travail engendré par PrévaRance a été vécu comme une contrainte par beaucoup de médecins (qu'ils aient été satisfaits par l'expérimentation ou non), comme en témoignent les expressions récurrentes telles que : « problème de temps » ou « manque de temps », « c'est une astreinte, du travail en plus », « beaucoup trop de temps », « chronophage », etc.

Cette sensation de « perte de temps liée à PrévaRance » s'est fait ressentir à plusieurs niveaux : 1) l'allongement du temps de consultation²³ ; 2) la mise à jour des dossiers ; 3) le temps consacré aux réunions²⁴. Elle nourrit les réticences de certains concernant la reproductibilité d'une telle étude.

De tels résultats concordent avec ceux de différentes études menées sur le thème de la prévention par les médecins généralistes, où, bien souvent, le temps est considéré par les praticiens comme le principal frein au dépistage [32] ou simplement comme un facteur négatif [33].

Dans le même ordre d'idées, il semblerait, selon l'étude menée dans le cadre du projet européen PESCE²⁵, que les médecins généralistes français acceptent de prendre en charge la prévention du tabagisme à condition qu'on leur donne du temps à cet effet [34].

Peut également être évoquée une étude sur les « non adhérents aux réseaux de santé » publiée en 2005 [35]. Celle-ci met en évidence plusieurs éléments susceptibles de justifier la non participation des médecins généralistes aux réseaux (dont l'un des rôles est de prendre en charge la prévention et l'éducation thérapeutique). Parmi ceux-ci se trouve le « manque de temps ».

Afin de pallier le manque de temps, certains médecins ont émis l'idée d'avoir à disposition un logiciel adapté à l'expérimentation. Il s'agit d'une solution déjà évoquée par certaines études pour accompagner le renforcement de la prévention organisée [32]. Mais, en aucun cas, il ne s'agit d'un « remède miracle ». En effet, l'informatisation peut aussi être vécue comme un obstacle, d'où la nécessité de prévoir des formations adaptées à son utilisation [30]. Il n'en reste pas moins qu'un outil informatique dédié serait un élément utile à la pérennisation d'une expérimentation comme PrévaRance.

D'autres médecins ont constaté que l'intervention de l'assistante de recherche clinique²⁶ (ARC) a été essentielle. Celle-ci a permis de limiter les contraintes liées au manque de temps.

²³ Tel médecin a dit : « Les deuxièmes consultations, c'est au moins 3/4 d'heure ». Tel autre a ajouté : « J'ai encore passé 3/4 d'heure avec un patient. On n'en finit plus. ».

²⁴ L'un des médecins interrogés a affirmé : « les réunions : (...) beaucoup de temps pour bénéfice faible ». Un autre a dit : « lors de la première réunion, (...) j'ai eu l'impression de perdre mon temps ».

²⁵ General practitioners and the economics of smoking cessation in Europe

²⁶ Cette assistante a pour mission de : coordonner le travail de recueil, de saisie et de codage des données, de repérer les cas difficiles et de les traiter avec les responsables du programme, de veiller à la sécurité des données, de détecter et de corriger les incohérences dans les données recueillies, d'aider à la gestion de la base

Elle contribuait non seulement à la résolution des problèmes techniques, mais avait aussi un important rôle motivationnel²⁷.

Ces remarques recourent les résultats dégagés par la littérature. En effet, il a été mis en lumière que le recours à un ou une auxiliaire de santé (infirmier/ière, secrétaire spécialement formée, etc.) lors de la mise en place d'une politique de prévention peut favoriser l'adhésion des médecins [15] [32].

► *Les obstacles connexes au manque de temps*

Si les personnes interrogées ont été aussi sensibles au « temps » que nécessitait PrévaRance, c'est, selon elles, parce que leur pratique habituelle de la médecine générale était déjà « chronophage »²⁸. Certains ont également ressenti cette expérimentation comme une contrainte car elle entraine en balance avec leur vie personnelle²⁹. En outre, un médecin a souligné que le temps passé dans le cadre de PrévaRance avait eu un retentissement sur le nombre d'actes réalisés, et, par voie de conséquence, sur le chiffre d'affaires.

Quelles que soient les explications avancées, il est possible de penser que l'invocation par les médecins du manque de temps est, peut être aussi en partie, une façon détournée de mettre en avant la rétribution financière considérée comme insuffisante par rapport au temps passé à la prévention (cf. *infra*). Aussi une bonne adéquation entre le temps nécessaire par les démarches de prévention et la rémunération de celles-ci semble-t-elle importante pour la reproductibilité à long terme d'un projet tel que PrévaRance.

informatisée des données du programme, et d'assurer la liaison entre les différents acteurs de la recherche clinique ou épidémiologique.

²⁷ Un premier médecin a en effet affirmé : « Je ne vous cache pas que si Mme M. n'avait pas re-fédéré en cornaquant, en chaperonnant un peu les médecins, je sortais de l'étude (...). C'était ma mauvaise conscience, c'était le petit diable, pour m'aiguillonner. ». Un deuxième médecin a précisé : « Si Mme M. n'avait pas été là, le truc, il serait resté comme il était. ». Un troisième médecin a ajouté : « Mme M., elle nous aide quand elle prend nos dossiers. C'est vrai que c'est bien. ».

²⁸ Un premier médecin a dit : « Quand on a déjà des journées bien chargées, c'est un peu difficile d'arriver à caser ça. ». Un deuxième médecin a fait valoir : « (...) On a des consultations de 8 h le matin jusqu'à 20 heures le soir ou 21 heures. On a des gardes et c'est du travail. C'est beaucoup de travail pour quelque chose qu'on a pas mal intégré dans notre pratique. ». Un troisième médecin a affirmé : « Comme vous voyez, je déborde. Je suis installée depuis longtemps (1979) et mes patients ont vieilli avec moi, et donc j'ai beaucoup de pathologies de personnes âgées, donc je ne suis pas loin du "burn-out" et je ne pensais pas que ça allait me demander autant de temps. ».

²⁹ Un premier médecin a précisé : « C'est le problème de la surcharge de travail et en tant que femme c'est bien d'avoir des réunions mais pas trop parce que on a autre chose à faire après. ». Un second médecin a dit : « Je n'acceptais pas de sacrifier mon mercredi de repos à reprendre des dossiers pour faire cette étude, il fallait que ça se fasse sur mon temps de travail, or ça devenait tellement "chronophage" que ça allait déborder sur mon temps de loisir, et ça c'était impensable. ». Un troisième a confirmé : « J'ai rempli les dossiers sur mes week-ends et jours de repos ».

► *L'inadéquation de la formation*

Outre le manque de temps, beaucoup de médecins se sont plaints des formations qui leur étaient adressées. Le reproche le plus fréquemment avancé à leur encontre a trait à leur manque d'intérêt. Plusieurs ont précisé que ces formations, et surtout la formation initiale, n'étaient pas assez concrètes, ce qui a suscité, initialement, un certain « blocage » vis-à-vis de PrévaRance³⁰. Selon eux, il aurait, par exemple, fallu parler plus du « classeur », qui était le support pour le suivi des patients et qui paraissait complexe d'utilisation pour certains médecins (cf. *infra*).

Ces constats se rapprochent de ceux de la littérature : en effet, lorsque l'on interroge les médecins généralistes sur les obstacles à la prévention, nombreux sont ceux qui citent le manque d'enseignement et de formation [34] et qui réclament des formations pratiques.

► *L'inadéquation du support (le classeur)*

Comme dernier obstacle d'ordre organisationnel, les médecins ont mentionné de manière directe ou indirecte les difficultés qu'ils ont rencontrées avec l'utilisation du « classeur ». Ce document était essentiel puisqu'il constituait le support du « dossier de prévention » qui comprenait plusieurs items, dont la consultation de dépistage, la consultation approfondie de prévention, et le contrat thérapeutique. Il était remis au patient dès qu'il était détecté comme étant à haut risque.

Certains médecins ont, très spécifiquement, mis en avant la complexité de ce classeur³¹. D'autres médecins n'ont pas critiqué ce document en lui-même, mais ont fait part de leur

³⁰ Un médecin a ainsi précisé : « Tout au départ, il y avait une formation qui avait duré 2 jours que j'avais trouvée inintéressante. (...) Il s'agissait d'apprendre à convaincre les gens, c'était de la pédagogie mais c'était très, très éloigné de notre pratique de généraliste (...). J'ai été très déçu comme beaucoup de collègues, car ça n'apportait strictement rien. Je crois qu'il faut rester vraiment très pratique (...). On attendait un discours scientifique sur les facteurs de risque. C'était beaucoup de "blabla" qui ne nous a rien apporté et je pense même que ça a fait partir du mauvais pied l'expérience (...). J'étais à une table avec des pharmaciens et ils disaient : "je ne sais pas dans quoi on a mis les pieds". ». Un autre médecin a dit : « Il aurait fallu discuter plus du classeur avant en réunion, plus travailler sur la motivation des patients en réunion (...). Enfin, je pense que ça nous a demandé plus de temps car moi j'estime qu'on était mal formé. Ce n'était pas assez pour la pratique. Je pense que c'est ce qui nous a bloqué au départ. ».

³¹ Un premier médecin a dit : « Dans le questionnaire, il y a des questions qui ne sont peut être pas si évidentes que ça ». Un deuxième a précisé que : « Reprendre les dossiers tout simplement parce que ce n'était pas assez clair, c'était agaçant. ». Enfin, un troisième médecin a ajouté : « Je trouve que le système des classeurs n'est pas tout à fait adapté. Les classeurs sont à refaire, ils sont beaucoup trop complexes et pas assez spontanés, il aurait fallu quelque chose de plus simple ».

aversion pour le support « papier », d'une manière générale, qu'ils qualifiaient de « trop lourd »³². Il semble que ces médecins aient, en partie, amalgamé le dossier « papier » et les tâches administratives qui pèsent habituellement sur leur pratique. Or, les médecins généralistes ont généralement une perception négative des tâches administratives, ou encore de la « paperasse ». Cette perception est parfois due à l'image qu'ils se font de leur métier, et n'est pas toujours le reflet réel du travail dit administratif [36]. Néanmoins, même si leur sentiment peut être entaché de subjectivité, il apparaît comme une variable à prendre en compte pour des expérimentations futures.

2.2. Le manque d'adhésion supposé des patients

► *La perception des médecins*

Beaucoup de médecins se sont dits confrontés à un manque de motivation des patients. Ceci a été vécu par les médecins à la fois comme une source de déception et comme une difficulté dans la mise en œuvre du projet.

Le défaut d'adhésion des patients a été mis en évidence à différents stades de la prise en charge : 1) défaut d'inclusion³³ ; 2) refus de prise en charge des patients à haut risque³⁴ ; 3) acceptation de la prise en charge initiale mais défaut de suivi³⁵.

³² Par exemple, un médecin a affirmé : « je trouve que c'était quand même assez lourd administrativement. Je n'ai pas envie que la médecine générale devienne une médecine où on passe notre temps à remplir des cases. Ça demande beaucoup de travail d'écriture, c'est un peu fastidieux ». Un autre médecin, en répondant à une question sur la reproductibilité du projet, a dit : « pas sous cette forme là, pas sous cette masse de travail là, pas avec tous ces classeurs, pas avec ces fiches etc. ». Un dernier médecin, répondant à la même question, a développé la même thématique : « Ça fait encore des papiers en plus. Déjà qu'on a plein de paperasse à faire. On n'en finit plus. Si on veut le refaire à long terme il faut le faire sans les papiers. ».

³³ Un médecin a, par exemple, affirmé : « 4 ou 5 patients que je n'ai pas réussi à inclure alors que ce sont ceux pour qui ça aurait été intéressant. C'est dommage. ».

³⁴ Les témoignages sont nombreux (« Problème de motivation : les patients qui sont à haut risque refusent la prise en charge » ; « [On a des] difficultés pour (...) faire rentrer [les patients à haut risque] dans un protocole de suivi avec les infirmiers, les diététiciens, ou autres. Et ça, on a beau négocier avec eux, c'est difficile de faire changer. Et il faut reconnaître que les gens qui sont à risque, ce sont les gens qui sont difficiles dès le départ. » ; « Et finalement, les gens que l'on a repérés et que l'on n'arrive pas à envoyer en éducation thérapeutique, ce sont les mêmes qui fuyaient la prise en charge. Sur ce point, on pêche encore » ; « Mais ce que je pense, c'est que les 2/3 patients qui sont à haut risque vont refuser d'aller plus loin dans la prise en charge. »).

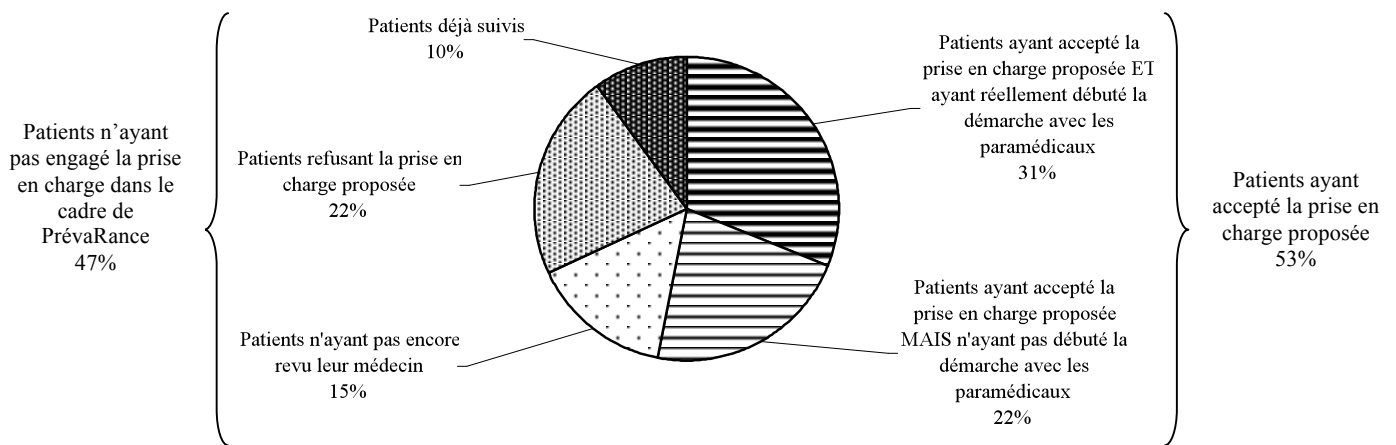
³⁵ Là encore, les témoignages sont conséquents (« Pour l'instant moi j'ai beaucoup de patients qui arrêtent, ils vont voir une infirmière une fois ou deux et puis ils arrêtent le suivi chez l'infirmière car ils ne comprennent pas l'importance psychologique du contact avec l'infirmière qui est une véritable coach de prise en charge des facteurs de risque, elle est là pour redynamiser à chaque consultation le patient, et ça les patients ne le comprennent pas toujours. » ; « Le travail de négociation avec le patient, c'est très intéressant. Moi ça ne m'a pas dérouté du fait d'autres expériences, mais je pense que pour beaucoup de médecins ce n'est pas évident. On n'a peut être pas assez travaillé sur la négociation avec les patients. Les patients à risque, ceux que j'ai pu voir, ont tous accepté de rentrer dans la démarche ; par contre après, à part une ou deux exceptions, le fait d'aller voir

Par ailleurs certains médecins interrogés ont estimé qu'ils n'avaient pas été formés à créer la motivation chez les patients³⁶.

Ces constatations ont d'autant plus de valeur qu'il s'agissait de réflexions spontanées de la part des personnes interrogées³⁷. En effet, il n'y avait pas, dans le guide d'entretien, de question prévue à ce sujet (cf. encadré n° 2, *supra*).

Cependant, il faut noter que le discours relativement pessimiste des médecins est loin de refléter les chiffres de participation des patients au programme (cf. graphique n° 3, ci-dessous), qui, quant à eux, sont encourageants : 53 % des patients ont accepté la prise en charge, et 31 % ont réellement débuté la démarche avec les paramédicaux. Ce discours n'est pas non plus corrélé à l'impression qui a été laissée aux médecins par le dernier patient inclus dans PrévaRance (cf. tableau porté en annexe 1, *infra*). En effet, nombreux sont les médecins qui déclarent que le dernier patient inclus était satisfait par sa prise en charge.

**Graphique n°3 :
Répartition des patients de PrévaRance à haut risque,
Bilan en décembre 2008**



Source : Hamonic G, Camberlein B, Denolle T. 2009. [37].

l'infirmière, de la revoir éventuellement, ou de voir une diététicienne, pour l'instant c'est loin d'être probant en ce qui me concerne. »).

³⁶ Un médecin a expliqué : « Toutes les réunions préparatoires que l'on avait eues, je trouve que l'on n'a pas assez travaillé sur la façon de créer la motivation. C'est ça qui nous gêne dans notre exercice quotidien. ».

³⁷ Ces constatations sont, en outre, appuyées par celles des paramédicaux qui soulignent la difficulté à maintenir les patients dans le programme (source : travail de thèse en cours sur la participation des paramédicaux à PrévaRance).

Que le sentiment des médecins soit totalement fondé ou non, il importe de retenir que la motivation des patients est considérée comme un obstacle à la prise en charge. Dans l'optique de la reproductibilité d'expérimentations semblables à PrévaRance, il est donc utile de réfléchir aux moyens pour aider les médecins à susciter la motivation.

► *Créer la motivation chez les patients*

Le manque de motivation des patients correspond à un problème déjà décrit, auquel un grand nombre de médecins généralistes est quotidiennement confronté s'agissant de la prise en charge des maladies chroniques [31]. C'est un élément qui peut susciter une baisse de l'implication des médecins généralistes.

Pour y faire face, il est envisageable de se tourner vers des méthodes innovantes destinées à obtenir un changement comportemental de la part des patients. Une idée pourrait notamment être de proposer une consultation fondée sur le modèle de « l'entretien motivationnel », concept décrit par des auteurs suisses Gache P *et al.* en 2006. [38]. Deux psychologues américains ont en effet montré que l'attitude du médecin est déterminante dans la décision du patient à changer ou non son comportement vis-à-vis des facteurs de risque. Chez le patient, il existe une « ambivalence ». L'entretien motivationnel est décrit comme « l'attitude qui consiste à aider le patient à résoudre lui-même cette ambivalence ». Les outils donnés au médecin sont l'empathie, le soutien au sentiment d'efficacité personnelle, le développement des « divergences » et la diminution de la résistance au changement. Une formation correcte et la pratique sont indispensables à l'apprentissage de cette approche.

Le fait de combiner les entretiens motivationnels à de courtes interventions psychologiques a montré son efficacité en terme de changement comportemental de certains patients à risque cardio-vasculaire. Cet effet est renforcé par des contacts téléphoniques réguliers [39].

En sus des entretiens motivationnels, d'autres méthodes peuvent être évoquées, telles que celles mentionnées par le « Royal Australian College of General Practitioners ». Cette instance australienne a publié des lignes de conduite pour la pratique de la prévention par les médecins généralistes. Ces dernières, dans leur sixième édition, mettent en évidence des facteurs permettant d'augmenter l'efficacité de l'éducation du patient par le médecin généraliste. Il s'agit notamment de : l'implication des patients dans la prise de décision

thérapeutique ; l'explication claire des avantages et des inconvénients ; les stratégies de rappel aux patients de ce qui a été dit en consultation ; les explications en face à face ; et le travail de pédagogie auprès des patients au sujet des recommandations nationales concernant la prévention [40].

Enfin, il existe une dernière méthode utile, mais non suffisante, pour renforcer l'adhésion des patients. Elle consiste à relancer les patients par l'envoi de lettres nominatives.

En ce qui concerne PrévaRance, une lettre de relance a été adressée, début novembre 2007, par l'URML, au nom de chaque médecin, aux patients concernés par PrévaRance et qui n'étaient encore venus consulter. Cette lettre a été, d'après beaucoup de médecins, déterminante pour que l'objectif du nombre de patients inclus soit atteint³⁸. En particulier, nombreux sont les médecins ayant fait remarquer, en réponse à la question concernant le dernier patient inclus dans PrévaRance, que le patient dont ils parlaient était venu consulter suite à cette lettre de relance de l'URML (cf. tableau porté en annexe I, *infra*).

2.3. Le manque de relations avec les autres professionnels de santé

Comme il a été vu précédemment, un certain nombre de médecins exprimaient initialement le souhait de développer des liens plus étroits avec les autres professionnels de santé libéraux (PSL).

Les entretiens ont mis en évidence que cette attente n'a pas été satisfaite. En effet, la coopération entre médecins et autres PSL semble avoir été insuffisante aux yeux des médecins.

³⁸ Un premier médecin a ainsi affirmé : « La lettre a été très décisive ; beaucoup de patients sont arrivés avec la lettre ». Un deuxième médecin a déclaré : « Un truc qui a marché, c'est la lettre de relance de l'URML ». Puis ce même médecin a précisé que c'est suite à cette lettre qu'il a fait la majorité des dossiers. Un troisième médecin a tenu des propos similaires : « Ce qui a été efficace, c'est la lettre de relance adressée avec mon nom qui a fait que les gens sont venus : "Je viens vous voir parce que vous m'avez convoqué" ». Un quatrième médecin a encore abondé dans le même sens : « C'est les courriers de relance qu'on a eus à la fin qui ont été plus efficaces ». Un cinquième médecin, en réponse à une question relative au dernier patient qu'il avait vu en consultation, a dit : « Une des dernières patientes, c'est une dame aux alentours de 61-62 ans, que je n'avais pas vue depuis 3 ans, qui a été avertie grâce au courrier qui a été envoyé par l'intermédiaire de l'URML (...). On parlait des pharmaciens tout à l'heure, je pense que leur recrutement a été nettement inférieur à celui obtenu par le courrier envoyé par l'URML : là j'ai vu tout de suite une dizaine de patients qui sont venus grâce à ça (...). Les gens ont eu l'impression d'avoir été interpellés d'une manière nominative. La réaction, c'était ça : "Docteur, vous m'avez envoyé un courrier pour la prévention". ».

Ces derniers ont souvent imputé cette faible coopération à un manque de retour de la part des paramédicaux, et surtout des infirmières³⁹. A ce sujet, les médecins n'ont, pour la plupart, pas semblé se remettre en question. Seule l'un d'entre eux a concédé que « les médecins ne prennent pas assez le téléphone », ce qui pourrait expliquer la situation.

D'un point de vue objectif, les paramédicaux n'ont sans doute pas donné de « retour » suffisant concernant les patients pris en charge, mais les médecins ne semblent pas non plus avoir établi de lien avec ces PSL lorsqu'ils adressaient un patient. C'est d'ailleurs un point qui a été relevé lors d'une réunion qui s'est déroulée en janvier 2008.

En outre, certains médecins ont jugé que les relations avec les pharmaciens constituaient un « échec », car le nombre de patients adressés par ceux-ci était faible⁴⁰. En effet, en mars 2008, seuls 9 patients (sur 943 incluables) avaient été dépistés par des pharmaciens⁴¹.

Au total, qu'il s'agisse ou non d'une source de déception, beaucoup de médecins ont constaté qu'ils avaient eu très peu de liens avec les autres professionnels de santé. Néanmoins, deux remarques viennent nuancer ce constat négatif.

D'une part, il ne faut pas négliger le fait que certains médecins étaient tout de même relativement satisfaits des liens qu'ils avaient eus avec les PSL⁴². D'autre part, il peut être noté que les entretiens ont été effectués seulement un an après le début de l'expérimentation, soit quelques semaines après la fin de la phase d'inclusion. Or, une grande partie des inclusions se sont faites à la fin de la période, soit très peu de temps avant que les médecins ne soient interrogés. Ainsi, à la date des entretiens, peu de patients avaient pu engager une prise en charge avec les paramédicaux. On peut espérer que la collaboration médecins / PSL a été plus importante lors de la deuxième phase de l'étude, postérieure aux entretiens⁴³.

³⁹ Les témoignages en ce sens sont nombreux (« Je n'ai pas eu plus de relations que j'avais avant parce que je pense que, eux, n'ont pas cherché à en avoir plus (...). On n'a pas le retour d'information » ; « C'est vrai que je suis un peu déçu sur le point du travail en équipe et en collaboration notamment avec les infirmières. On n'a pas de retour des infirmières et des diététiciennes. » ; « Les contacts avec les infirmières sont insuffisants »).

⁴⁰ Un médecin a, par exemple, affirmé : « Je suis plutôt déçu par le côté collaboration parce j'ai l'impression que ça n'a pas du tout pris sur le plan des pharmaciens ».

⁴¹ Source : document remis le 13 mars 2008 par l'organisateur du projet lors d'une réunion.

⁴² Certains médecins ont en effet émis des appréciations relativement positives (« Ca a permis quand même de travailler un peu plus avec les infirmières, ne serait-ce que les voir, discuter avec elles, c'est déjà une bonne chose. » ; « C'était mieux avec les diététiciens qui ont fait un retour correct, par contre pas beaucoup avec les infirmières »).

⁴³ Notons à cet égard qu'un travail de thèse est en cours concernant le point de vue des paramédicaux ayant participé à PrévaRance. Il sera intéressant d'en connaître les résultats définitifs afin de voir quelles idées ces professionnels se font de la collaboration qu'ils ont eue avec les médecins.

Quoi qu'il en soit, la déception exprimée par certains médecins au sujet du manque de collaboration avec les autres PSL souligne qu'il s'agissait d'une réelle attente. Cela conforte l'idée selon laquelle les médecins généralistes sont prêts à développer de nouvelles formes de coopération avec les autres professionnels de santé. Cela montre également que cette coopération doit être encadrée car la coopération spontanée n'est pas prépondérante.

3. La question particulière de la rémunération des médecins

La question de la rémunération des médecins participant à PrévaRance mérite un traitement spécifique. En effet, elle n'a été ni un facteur de satisfaction indubitable pour les personnes interrogées, ni un réel obstacle à la mise en œuvre de l'expérimentation.

3.1. L'indifférence apparente de la plupart des médecins par rapport à leur rémunération

En France, le système actuel de rémunération à l'acte ne prévoit pas de cotation spécifique pour les actes de prévention. Comme nous l'avons vu (cf. *supra*), les médecins de PrévaRance ont donc expérimenté une nouvelle forme de rémunération.

Certes, certains médecins ont fait part de leur intérêt pour une telle innovation⁴⁴. Mais cela ne doit pas occulter le fait que de nombreuses personnes interrogées ont dit ne pas se préoccuper de leur rétribution financière. D'ailleurs, certaines d'entre elles ont témoigné d'une méconnaissance partielle ou totale de la rémunération à percevoir⁴⁵. D'autres ont clairement déclaré ne pas avoir participé à l'expérimentation pour la rémunération⁴⁶.

⁴⁴ Un premier médecin a par exemple affirmé avec enthousiasme : « Etre rémunéré pour une étude comme celle-là, c'est plus valorisant que d'être payé à l'acte. ». Un deuxième médecin a simplement fait valoir : « Je pense que de toute façon, c'est une question qui va se poser dans l'avenir, on voit bien comment la sécurité sociale évolue, je pense qu'il y a une partie de la rémunération des médecins qui sera de la prévention. On voit bien où ils veulent aller, il y aura une partie de la rémunération des médecins qui sera à l'acte et une partie qui sera sous forme forfaitaire et moi ça ne me choque pas. ». Un troisième a déclaré : « Moi, je suis pour un paiement à l'acte plus forfaitisation à sa juste valeur pour des patients à haut risque et le dépistage ».

⁴⁵ Un premier médecin a affirmé : « Je ne sais même pas le montant. ». Un deuxième est allé dans le même sens : « Je ne sais pas. Je ne sais pas trop ce qu'on va avoir ». Un troisième a, quant à lui, précisé : « Je ne sais même pas si je vais avoir de l'argent et quand. ». Un quatrième a ajouté : « Je ne sais même pas combien je vais avoir (...). Je n'ai pas besoin de ça. ». Un cinquième a dit, en réponse à la question sur la rémunération : « Je ne sais pas (...). Ça fait beaucoup d'argent tout ça, pour des choses que l'on faisait déjà ». Un sixième a simplement constaté : « Pour l'instant, on n'a rien touché donc je n'en sais rien. ». Enfin, un septième a déclaré : « Je ne me suis absolument pas posé la question [de la rémunération]. ».

⁴⁶ Un premier médecin a déclaré : « Ca, il n'y a pas de souci particulier, je pense que je l'aurais fait même sans être rémunéré. ». Un deuxième médecin a affirmé : « Je ne l'ai pas fait pour ça, je l'ai fait pour faire plaisir. Ça m'est complètement égal ». Ce médecin avait dit précédemment au cours de l'entretien, lors de la réponse à la première question : « C'est de l'argent gaspillé pour l'état. ». Un troisième médecin a dit : « (...) Je ne l'ai pas

Ce constat paraît toutefois surprenant dans la mesure où il semble, au premier abord, ne pas refléter les résultats de la littérature. En effet, différentes études sur la prévention montrent que le défaut de rémunération spécifique est un frein à la pratique de la prévention [30] [32].

De même, plusieurs travaux académiques, menés sur le fondement de questionnaires adressés aux médecins, ont mis en évidence que la rémunération était un des facteurs déterminant la participation des médecins à des actions de prévention (concernant, en l'espèce, le cancer colorectal) [41] [42]. Il a, en particulier, été remarqué que ce facteur était plus important chez les médecins qui effectuaient beaucoup de consultations de dépistage.

3.2. Une rémunération finalement jugée insuffisante ou inadaptée

L'indifférence des médecins à l'égard de leur rémunération n'est toutefois qu'apparente. En effet, lorsqu'on leur demande de donner leur avis sur la rémunération, les médecins avouent finalement que celle-ci est, selon eux, « insuffisante », voire « symbolique » car elle ne valorise pas suffisamment le temps passé⁴⁷.

En d'autres termes, la rémunération est jugée par quelques médecins comme non incitative. D'ailleurs, certains précisent qu'il aurait été plus logique d'adapter la rémunération au nombre de patients et non pas au pourcentage de patients inclus⁴⁸.

fait pour ça, mais globalement, je pense que ça peut être intéressant. ». Un quatrième a précisé : « Ce n'était pas pour moi un critère d'entrée dans l'étude (...). [Je n'étais] pas vraiment tracassé par ça. ».

⁴⁷ Un premier médecin a par exemple affirmé : « (...) la rémunération n'est pas à hauteur du temps passé J'allais presque dire : c'est rajouter du bénévolat, mais non puisqu'on est rémunéré. Mais la rémunération, on ne l'a pas ressentie. Le projet est intéressant sur le plan médical, il n'est pas du tout intéressant pour moi sur le plan de la rémunération. Et si la rémunération avait été uniquement le motif, je ne l'aurais pas fait, j'aurais préféré de loin ne pas le faire, tellement ça ne me paraissait pas attractif par rapport à l'effort demandé, au surcroît de travail, parce que pour moi ça correspond à des heures supplémentaires, et ce n'est pas payé comme des heures supplémentaires. ». Un deuxième médecin a même précisé que, selon lui : « La rémunération n'est pas négligeable mais elle reste symbolique ». Un troisième médecin a dit : « Je pense que pour que les gens se lancent dans ce genre d'histoire, ce ne sera certainement pas assez. ».

⁴⁸ Un médecin a, par exemple, déclaré : « (...) le principe du pourcentage, c'est ridicule. Car en fonction du nombre de patients, un médecin peut en avoir 10 à dépister et un autre 60. Ça devrait être adapté au nombre de patients ». Un autre a dit : « Peut être que l'on aurait dû tenir compte du nombre de patients pour le forfait parce qu'entre ceux qui n'ont pas grand-chose et ceux qui ont beaucoup, c'est démesuré. Et moi, je ne suis pas dans ceux qui ont beaucoup, je crois ».

3.3. Discussion

Une rémunération spécifique semble être une condition *sine qua non* à la mise en place d'expérimentations telles que PrévaRance.

Dans un article publié en 2005 concernant la mise en œuvre de la politique de santé publique par les médecins généraliste, R. Bouton a ainsi rappelé qu'il sera difficile d'impliquer davantage les médecins généralistes dans une politique de santé publique tant que les éléments de leur statut professionnel n'auront pas été adaptés, ce qui inclut notamment la rémunération [43]. Mais il est difficile de définir ce qu'est une rémunération adaptée.

Comme il vient d'être dit, une majorité de médecins a estimé que la « perte de temps » liée à PrévaRance n'avait pas été compensée par la rémunération. Ces médecins ont donc mis l'accent sur le *montant* qui leur paraissait insuffisant.

Dans ce contexte, on peut imaginer qu'il faudrait, pour les satisfaire, une rémunération calculée sur la base du nombre d'actes « perdus » pendant la période consacrée à l'expérimentation. Mais cette notion de « perte de temps » est d'autant plus difficile à estimer qu'elle n'est pas la même pour chaque médecin.

Certains auteurs mentionnent la possibilité de proposer aux médecins une rémunération plus simple à calculer, et correspondant à un forfait versé en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique [30]. C'est précisément la solution retenue par PrévaRance. Si quelques médecins ayant participé à cette expérimentation se sont dits intéressés par la forfaitisation, les autres ne se sont pas prononcés à ce sujet. Aussi peut-on penser que leur mécontentement est lié non seulement au montant de leur rémunération mais également à son *mode*. On connaît en effet l'attachement des médecins libéraux à la rémunération à l'acte [30] [44]. Notons à cet égard que le salariat est une solution qui semble, d'après une étude, plus adaptée que la forfaitisation à certains médecins [44].

En définitive, on peut, au minimum, constater qu'il est difficile de mettre en place une rémunération qui soit à la fois :

- attractive pour les médecins s'engageant dans une démarche de prévention ;
- et raisonnable pour les finances publiques.

Comme certains médecins semblaient ne pas avoir compris le mode de rémunération, il semble aussi pertinent de souligner qu'il convient de leur apporter à ce sujet une information claire (qui peut être communiquée sous forme écrite).

4. Une expérimentation reproductible sous réserve d'adaptations

Finalement, malgré les réticences initiales de certains médecins, la plupart d'entre eux se sont montrés, ainsi qu'il a été dit, optimistes quant à ce type d'expérimentation. Ils ont estimé que la démarche suivie dans le cadre de PrévaRance était reproductible mais sous certaines conditions. D'ailleurs, ils n'ont pas manqué d'idées quant aux autres champs d'application possibles.

4.1. La reproductibilité de PrévaRance, d'après les médecins interrogés

La majorité des médecins a déclaré que ce type de projet était reproductible à long terme⁴⁹. D'ailleurs, même les médecins qui se disaient non satisfaits par PrévaRance ont émis un jugement positif sur la reproductibilité d'une telle expérimentation.

Mais les réponses ont souvent été nuancées : les personnes interrogées ont rappelé que des adaptations étaient nécessaires pour qu'un tel projet soit viable au long cours. Tel médecin a, par exemple, fait valoir que l'expérimentation n'était reproductible que sous réserve de « beaucoup de modifications », insistant sur le fait qu'on « ne peut pas vendre le concept tel qu'il est actuellement ». Selon ce médecin, les aspects perfectibles sont : « la motivation, les outils (...), [et] les objectifs pour les infirmières ». Tel autre médecin a précisé que des conditions à la reproduction d'une expérimentation comme PrévaRance étaient « une augmentation de compétence des infirmières » et une réduction de la « masse de travail ». Ce médecin a, en particulier, incriminé « tous ces classeurs, (...) ces fiches, etc. ». Enfin, un dernier médecin a dit : « Si on veut (...) refaire à long terme [une expérimentation telle que PrévaRance], il faut le faire sans les papiers. ».

⁴⁹ Un premier médecin a affirmé : « Je pense que c'est reproductible à long terme, je pense que c'est un projet innovant, et c'est ça qui est très important. ». Un deuxième médecin a déclaré : « Oui, je pense que ça pourrait être bien (...). Moi, ça m'intéresserait en tout cas de continuer à travailler sur des projets comme ça (...). En tant que médecin généraliste, ça valoriserait notre travail. ». Un troisième a répondu à la question relative à la reproductibilité de l'expérimentation : « Oui, dans tous les actes de la prévention à mon avis, dans plusieurs domaines (...). Et puis, je pense qu'il faudrait aller vers une médecine où il y aurait beaucoup plus d'interactions entre les infirmières, les kinés, les pharmaciens (...). Et pour ça il faut sûrement que l'on apprenne à mieux travailler ensemble (...). De toute façon, c'est l'avenir de la médecine. ».

Ces suggestions d'adaptations, qui correspondent pour certaines d'entre elles à des récriminations professionnelles « classiques », sont corrélées aux obstacles rencontrés par les médecins dans le déroulement de l'étude (cf. *supra*).

4.2. *Eléments positifs de PrévaRance à retenir pour une expérimentation future*

Si l'on souhaite reproduire une expérimentation de prévention du type de PrévaRance sur un autre territoire et/ou dans un autre domaine, il importe certainement de conserver certains éléments qui, d'après la présente étude, ont montré leur importance dans le cadre de PrévaRance. Il s'agit notamment des points suivants :

- Choix d'un sujet qui attire les médecins, comme la prévention cardio-vasculaire ;
- Mise en place d'un objectif quantitatif de santé publique à atteindre (ici, les « 60 % ») ;
- Intervention de professionnels déjà connus des participants ;
- Pilotage fort ;
- Insertion du projet sur un territoire où il existe des actions de prévention et/ou d'amélioration des pratiques préalablement mises en place ;
- Intervention d'un ou une auxiliaire de santé pour aider les médecins ;
- Relance des patients par des courriers personnalisés.

4.3. *Propositions d'adaptations à effectuer*

Par ailleurs, il importe de tenir compte des récriminations des médecins, même si, parfois, elles peuvent, comme nous l'avons vu, sembler non entièrement fondées. Aussi conviendrait-il probablement, pour renouveler un projet similaire à PrévaRance, de mettre en place :

- De nouveaux outils pour gagner du temps (outils informatiques, en particulier) ;
- Des formations plus adaptées et plus orientées sur la pratique ;
- Un travail sur la motivation des patients, notamment par le biais d'entretiens motivationnels ou de stratégies de rappel aux patients de ce qui a été dit en consultation ;
- Un meilleur encadrement de la coopération entre PSL ;
- Une rémunération plus incitative.

4.4. Autres domaines d'application possibles

► *L'obésité infantile, un thème récurrent*

Lors des entretiens, nombreux sont les médecins qui ont évoqué la question de l'obésité infantile en réponse à la question relative aux domaines d'application possibles d'une telle expérimentation.

Tel médecin a par exemple expliqué que : « l'obésité infantile est un vrai problème d'avenir, de société. ». Tel autre a affirmé : « la surcharge pondérale, (...) la prévention, c'est là qu'il faut la faire (...) chez l'enfant. ». D'autres ont mis en exergue « le problème de l'excès de poids au niveau des enfants », ou ont suggéré qu'une expérimentation de prévention pourrait « peut être [porter sur] la prise en charge de l'obésité, notamment chez les enfants, puisque maintenant il n'y a plus trop de médecins scolaires ».

Il semble donc que ce domaine puisse donner lieu à une expérimentation de même nature que PrévaRance.

► *Autres thèmes abordés*

D'autres domaines ont cependant été cités. Il s'agit notamment des thématiques suivantes :

- La « prévention du suicide (...) chez les adolescents » ;
- Les « pathologies professionnelles » ;
- Le « suivi de l'artériopathie » ;
- La « prévention (...) par rapport aux médicaments (...) ».

Conclusion

Deux constats se dégagent de la présente thèse.

En premier lieu, il apparaît que la dimension territoriale du projet et la contribution forte de son organisateur ont joué un rôle crucial pour inciter les médecins à participer à l'expérimentation PrévaRance.

En second lieu, il semble que les bons résultats obtenus en matière de dépistage et de prise en charge du haut risque cardio-vasculaire ont constitué des facteurs de satisfaction indéniables pour les médecins généralistes. Il n'en reste pas moins que ces derniers n'ont pas hésité à mettre en évidence, d'une part, des difficultés d'ordre organisationnel (manque de temps, en particulier), d'autre part, une insuffisante implication des patients et, enfin, des lacunes en matière de coopération avec les autres PSL. Ces éléments comptent parmi les obstacles qu'il convient de surmonter si l'on souhaite reproduire une expérimentation telle que PrévaRance. Quant au rôle joué par la rémunération de médecins, il apparaît clairement qu'il n'est pas neutre.

Références bibliographiques

- 1 - CépiDc - Inserm. Base de donnée du CépiDc. <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>. 2009.
- 2 - Aouba A, Péquignot F, Laurent F, Bovet M, Le Toullec A, Jouglu E. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire - Situation en 2005 et évolution depuis 1980. *Actualité et dossier en santé publique* 2008, 63 : 25-34.
- 3 – Observatoire régional de santé de Bretagne (ORSB). La santé de la population en Bretagne : État des lieux préparatoire à la mise en place du Programme régional de santé publique. 2004.
- 4 - Ministère chargé de la santé (France), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Base nationale PMSI. <http://sasweb.sante.gouv.fr>. 2008.
- 5 - Païta M, Weill A. Points de Repère n° 20 : les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Novembre 2008.
- 6 – Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) : case-control study. *Lancet* 2004; 364 (9438) : 937-52.
- 7 - Ministère délégué à la santé. Programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005. 2002.
- 8 – Rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- 9 – Préfecture de région Bretagne, La Bretagne en santé, Plan régional de santé publique 2006-2010. 2005.
- 10 – Chaperon D. Bilan de la mise en œuvre du SROS 1999-2004 – Prise en charge des pathologies cardiovasculaires. Agence régionale d'hospitalisation de Bretagne. 2004 (non publié).
- 11 – Agence régionale d'hospitalisation de Bretagne (ARH). Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010. p. 185 et suivantes.
- 12 – Chaperon D. Compte rendu du Comité technique régional maladies cardiovasculaire du 3 novembre 2004, 2004 (non publié).
- 13 – Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2008.
- 14 - Saout C, Charbonnel B, Bertrand D, Cecchi-Tenerini R, Geffroy L, Mallet J-C. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 2008.

- 15 - Ferrières J, Durack-Bown I, Giral P, Chadarevian R, Benkritly A, Bruckert E. Education thérapeutique et patient à haut risque : une nouvelle approche en cardiologie. *Annales de cardiologie et d'angéiologie*. 2006. 55 : 27-31.
- 16 – Soubie R, Lagardère ML, Meyer C. Santé 2010. Commissariat général du Plan – Centre d'analyse stratégique. 1993.
- 17 – Haute autorité de santé (HAS). Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé. 2007.
- 18 - Haute autorité de santé (HAS). Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation. 2008.
- 19 - Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES). Principes d'évaluation des réseaux de santé. 1999.
- 20 – Mission régionale de santé. Répertoire des réseaux bretons 2005. 2005.
- 21 - Juilhard JM. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale. Rapport d'information n° 14 (2007-2008), fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 4 octobre 2007.
- 22 - Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences. Rapport d'étape. 2003.
- 23 - Tableau annexé à l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé.
- 24 – Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. 2006.
- 25 – Tableau annexé à l'arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé.
- 26 - Réseau ASALEE. Rapport d'étape. 31 décembre 2006 (non publié).
- 27 - Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. IRDES. 2008.
- 28 – Paillard J. Le défi sanitaire des médecins de Dinan. *Le généraliste*. 2007. 2420 : 14-16.
- 29 - Rose G. Strategy of prevention : lessons from cardiovascular disease. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981 Jun 6 ; 282(6279) :1847-51.
- 30 - Bataillon R, Samzun JL, Levasseur G. Comment améliorer la prévention en médecine générale ? *Le Revue du Praticien Médecine Générale* 2006 ; 20 (750/751) : 1313-6.
- 31 - Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y, Société française de documentation et de recherche en médecine générale. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. *Médecine* 2007; 3 (2), 74-8.

- 32 - Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Le Trung T, Decorre Y, Rousseau M, et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal en envisager les moyens de les surmonter. *Hémobstacle : une étude qualitative*. *Exercer* 2008 ; 80 : 4-7.
- 33 - Attali C, Médioni M, Dubois C, Renard C, Renard V, Compagnon L, et al. Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne. *Exercer* 2008 ; 83 : 98-103.
- 34 - Projet PESCE (General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe). L'implication des médecins généralistes français dans l'aide au sevrage tabagique : éléments d'analyse économique. 2007.
- 35 - Gardin G, Levasseur G, Schweyer FX. Les non adhérents aux réseaux de santé. Rapport de recherche LAPSS. Université de Rennes 1. 2005.
- 36 - Cogneau J, R. Warck R, Tichet J, Royer B, Cailleau M, Balkau B. Le groupe de recherche DESIR. Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique. *Santé Publique* 2002 ; 14 : 191-199.
- 37 - Hamonic G, Camberlein B, Denolle T. Dépistage et prise en charge des patients à haut risqué cardio-vasculaire en Bretagne (poster à présenter lors du 3^{ème} congrès de médecine générale à Nice, en juin 2009).
- 38 - Gache P, Fortini C, Meynard A, Reiner Meylan M, Sommer J. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Revue médicale suisse* 2006 ; 80 : article 31657.
- 39 - Lakerveld J, Bot SD, Chinapaw MJ, Van Tulder MW, Van Oppen P, Dekker JM, et al. Primary prevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive behavior program aimed at lifestyle changes in people at risk: Design of a randomized controlled trial. *BMC Endocrine Disorders* 2008, 8 : 6.
- 40 - The Royal Australian college of national practitioners. <http://www.racgp.org.au>. Guidelines for preventive activities in general practice 6th edition. 2009.
- 41 - Rameau H, Facteurs déterminant la participation des patients et des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal dans les Alpes-Maritimes. Thèse. Université de Nice - Sophia Antipolis. 2008.
- 42 - Berchi C, Dupuis JM, Launoy G. The reasons of general practitioners for promoting colorectal cancer mass screening in France. *The European Journal of Health Economics*. 2006 June ; 7(2): 91-98.
- 43 - Bouton R. Les médecins généralistes et la mise en œuvre de la politique de santé publique. *ADSP* 2005 ; 50 : 60-63.
- 44 - Videau Y, Ventelou B, Combes JB, Verger P, Paraponaris A. Les médecins généralistes face aux réformes. Les réactions du panel de médecins libéraux de la région PACA. *Médecine/Sciences* 2007 ; 23 : 538-44.