



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2014

QUELLE PERCEPTION ONT LES MÉDECINS DE FAMILLE EN SUISSE DE LEUR RÔLE DANS LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ?

Comprendre les barrières à l'implémentation.

Cherix Zyska Anja

Cherix Zyska Anja, 2014, QUELLE PERCEPTION ONT LES MÉDECINS DE FAMILLE EN
SUISSE DE LEUR RÔLE DANS LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA
SANTÉ? Comprendre les barrières à l'implémentation.

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB_79898060FFCC9

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.

UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE

**POLICLINIQUE MÉDICALE UNIVERSITAIRE
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE SOCIALE ET PRÉVENTIVE - CHUV**

**QUELLE PERCEPTION ONT LES MÉDECINS DE FAMILLE EN SUISSE
DE LEUR RÔLE DANS LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA
SANTÉ?**

Comprendre les barrières à l'implémentation.

THESE

préparée sous la direction du Docteur Brenda Spencer

(avec la collaboration du Professeur Jacques Cornuz)

et présentée à la Faculté de biologie et de médecine de
l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Anja ZYSKA CHERIX

Médecin diplômé de l'Université de Heidelberg, Allemagne
Originaire de Bex (Vaud)

Lausanne

2014

UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE

**POLICLINIQUE MÉDICALE UNIVERSITAIRE
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE SOCIALE ET PRÉVENTIVE - CHUV**

**QUELLE PERCEPTION ONT LES MÉDECINS DE FAMILLE EN SUISSE
DE LEUR RÔLE DANS LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA
SANTÉ?**

Comprendre les barrières à l'implémentation.

THESE

préparée sous la direction du Docteur Brenda Spencer

(avec la collaboration du Professeur Jacques Cornuz)

et présentée à la Faculté de biologie et de médecine de
l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Anja ZYSKA CHERIX

Médecin diplômé de l'Université de Heidelberg, Allemagne
Originaire de Bex (Vaud)

Lausanne

2014

Imprimatur

Vu le rapport présenté par le jury d'examen, composé de

<i>Directeur de thèse</i>	<i>Madame le Docteur Brenda Spencer</i>
<i>Co-Directeur de thèse</i>	-
<i>Expert</i>	<i>Monsieur le Professeur Francesco Panese</i>
<i>Directrice de l'Ecole doctorale</i>	<i>Madame le Professeur Stephanie Clarke</i>

la Commission MD de l'Ecole doctorale autorise l'impression de la thèse de

Madame Anja Zyska Cherix

intitulée

***Quelle perception ont les médecins de famille en Suisse de leur
rôle dans la prévention et la promotion de la santé?***

Lausanne, le 25 novembre 2014

*pour Le Doyen
de la Faculté de Biologie et de Médecine*



*Madame le Professeur Stephanie Clarke
Directrice de l'Ecole doctorale*

„Gedacht heißt nicht immer gesagt,/
gesagt heißt nicht immer richtig gehört,/
gehört heißt nicht immer richtig verstanden,/
verstanden heißt nicht immer einverstanden,/
einverstanden heißt nicht immer angewendet,/
angewendet heißt noch lange nicht beibehalten.“

Konrad Lorenz (1903-89), östr. Verhaltensforscher, 1973 Nobelpfr.

Remerciements :

A toutes les institutions qui ont participé à la réalisation de ce projet : DUMSC/PMU, IUMSP et IUMG à Lausanne, IHAM à Zurich

À Brenda Spencer, pour son soutien et sa confiance en moi

À Jacques Cornuz, pour m’avoir offert l’opportunité de réaliser ce projet

À Marco Zoller, pour l’impulsion initiale

À Elisabeth Moix, pour sa contribution importante au travail

À Diane Rouge-Wick et Bernard Halter, pour leur attentive lecture de correction

Aux participants, pour leur engagement et authenticité

À ma famille, pour leur présence et soutien

Support financier :

Deux bourses de recherche, obtenues en mars et en septembre 2008, ont été attribuées à ce projet par l’Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) dans le cadre du programme de soutien « Recherches et réalisations en médecine appliquée » (RRMA).

Valorisation :

Les résultats de cette étude ont été présentés sous forme de communications orales à la Swiss Public Health Conference en août 2009 à Zurich et à la WONCA European Conference en septembre 2009 à Bâle, ainsi que sous forme de poster à l’IUHPE en juillet 2010 à Genève.

TABLE DES MATIÈRES

1	Summary	9
2	Résumé	11
2.1	Introduction.....	11
2.2	Objectifs.....	11
2.3	Méthodes.....	12
2.4	Analyse des données	12
2.5	Résultats.....	12
3	Rôle de la thésarde.....	14
4	Introduction.....	15
4.1	Problématique	15
4.2	Collaborations.....	17
4.3	Approche de recherche	17
4.4	Questions de recherche.....	18
4.5	Objectifs.....	18
	Buts généraux	18
5	Méthodes	19
5.1	Recrutement.....	19
5.2	Organisation de la recherche et réalisation des <i>focus groups</i>	20
5.3	Protection des données.....	21
5.4	Echantillonnage (<i>sampling</i>).....	21
	Tableau 1: Purposive Sampling (Echantillonnage raisonné)	22
	Tableau 2 : Facteurs structurants primaires de l'échantillon.....	23
	Tableau 3 : Facteurs structurants secondaires de l'échantillon.....	23
5.5	Grille d'entretien	23
	Tableau 4 : Grille d'entretien.....	24
5.6	Collaboration Suisse romande – Suisse alémanique.....	25
5.7	Calendrier	25
5.8	Approche analytique	26
5.9	Aperçu global des résultats et de l'organisation du rapport	27
	Conceptions et pratiques de la prévention.....	27
	Problèmes identifiés.....	27

	Propositions de solution (incitations)	27
6	Résultats	29
6.1	Conceptions et pratique de la prévention.....	29
	La prévention émerge de la relation médecin-patient.....	29
	La prévention se fait sur mesure	30
	Comment les médecins s’y prennent : pratiques au cabinet.....	31
	Le rôle du médecin dans la prévention.....	33
	Risques et angoisses liés à la prévention	36
	Prévention systématique versus prévention opportuniste.....	37
6.2	Problèmes identifiés.....	38
	Du côté du médecin.....	38
	Du côté du patient.....	42
	Du côté du système de santé	45
	Du côté de la formation	47
	Du côté politique/du contexte socio-économique	48
6.3	Propositions de solution (incitations).....	49
	Médecins.....	49
	Système de santé.....	52
	Formation continue et rôle des instituts.....	53
	Politique / contexte socio-économique	58
7	Synthèse des résultats et conclusions	61
7.1	Conceptions et pratique de la prévention.....	61
7.2	Problèmes identifiés par les médecins	62
	Problèmes identifiés du côté du système de santé :	63
	Problèmes identifiés du côté de la formation :	63
	Problèmes identifiés du côté politique/du contexte socio-économique :	64
7.3	Propositions de solutions citées par les médecins.....	64
	Propositions de solutions du côté du médecin :	64
	Propositions de solutions du côté du système de santé :	64
	Propositions de solutions du côté de la formation continue et rôle des instituts :	65
	Propositions de solutions du côté politique / du contexte socio-économique :	65
8	Conclusions.....	67
8.1	Limites	67
8.2	Mise en perspective	67
9	Appendices.....	72
9.1	Rôle des différents intervenants par <i>focus group</i>	72
9.2	Taux de réponse.....	73
9.3	Plan d’échantillonnage détaillé	74

9.4	Grille d'entretien	75
9.5	Lettre d'invitation, version française	78
9.6	Bibliographie	80

1 SUMMARY

Introduction:

The importance of health promotion and prevention and the potential of general practitioners (GPs) to conduct individual prevention procedures have been demonstrated in several studies. Clinical recommendations for screening and prevention activities, an important condition for success, are published regularly, but their implementation into daily practice does not necessarily follow. Information is lacking about the actual conditions of how prevention is carried out on a daily basis by Swiss GPs, about their perceptions and needs, their attitudes and the present barriers they face. Such information is essential for the development of new tools and programs targeting better implementation of clinical recommendations for prevention in primary care in Switzerland.

Objectives:

The objectives of the study were to analyze how Swiss GPs perceive their role in prevention by obtaining information regarding the following issues: What do disease prevention and health promotion mean to them? What are the current incentives and barriers they face? What are their ideas and suggestions to deal with these barriers? What are their needs and expectations regarding prevention guidelines and tools?

Methods:

We conducted a qualitative research project using focus groups to examine the questions mentioned above. A total of 13 focus groups took place including GPs from eight cantons: five groups in German- speaking Switzerland and eight in French- speaking Switzerland. Each group was composed of 4-11 GPs, making in total 102 participants, who were paid expenses to cover their participation. The sessions were audio-recorded and transcribed verbatim.

Data analysis:

Content analysis of the transcriptions began by classifying the data according to a typology, the first level of which was developed in line with the structure of the interview guide. This typology was extended by successively regrouping similar statements. Synopsis and interpretation was then performed on each category thus obtained. This research report is based on the results from the French-speaking cantons.

Results:

Physicians perceive a change in their role as a consequence of changes in society and the health system. They emphasize the importance of a personalized and long lasting relationship between the family doctor and his/her patient; a privileged position allowing them to perform individualized prevention activities, considered to be more effective, as they are appropriate to the specific situation and needs of the patient. They point out their need for training and for better information concerning prevention and health promotion interventions, and stress difficulties arising from the lack of a clear political signal conferring them with a mandate for prevention.

2 RESUME

2.1 INTRODUCTION

L'importance de la prévention et de la promotion de la santé et le potentiel des médecins de famille^a à mettre en œuvre des mesures individuelles de prévention, de dépistage et de conseils, a été démontrée dans plusieurs études. Régulièrement durant les dernières années, de nombreuses associations médicales ont publié des recommandations cliniques concernant les activités de dépistage et de prévention qui sont une condition essentielle pour le succès, mais ne sont pas forcément appliquées de manière systématique dans la pratique médicale quotidienne. Des contraintes spécifiques contribuent à l'écart entre le désir des médecins de pratiquer une médecine préventive et la réalité d'un cabinet médical. Nous n'avons que peu de données sur les conditions actuelles dans lesquelles la prévention et la promotion de la santé sont réalisées par les médecins de famille suisses dans leur travail quotidien. Des informations précises et représentatives sur leurs perceptions et leurs besoins, leurs attitudes et les contraintes auxquelles ils sont confrontés manquent. Or ces données sont essentielles dans le développement de nouveaux outils et programmes visant une meilleure implémentation des recommandations cliniques dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé dans la médecine de famille en Suisse.

2.2 OBJECTIFS

Le développement de concepts pour une prévention systématique ainsi que d'outils adéquats, tout comme l'amélioration des conditions qui permettent une implémentation à grande échelle, implique, avant tout, l'analyse de la perception que les médecins de famille suisses ont de leur rôle dans la prévention. Par conséquent, cette étude a eu pour objectif d'obtenir des informations concernant les questions suivantes :

- Que signifient la prévention et la promotion de la santé pour les médecins de famille suisses ?
- Quelles sont leurs incitations et les barrières rencontrées ?
- Quelles sont leurs idées et leurs suggestions pour faire face à ces contraintes ?
- Quels sont leurs besoins et leurs attentes concernant les outils pour la prévention ?

^a Terme regroupant les médecins généralistes et internistes pratiquant en médecine de premier recours. Cette désignation aide à distinguer le médecin qui travail en cabinet de l'interniste hospitalier, ceci depuis l'introduction du nouveau titre unique de spécialiste en « médecine interne générale » depuis le 1.1.2012, en remplacement des deux anciennes formations postgraduées en « médecine générale » et « médecine interne ».

2.3 METHODES

Nous avons mené un projet de recherche qualitative en utilisant la technique des *focus groups* pour examiner les questions mentionnées ci-dessus. Une telle technique de collecte de données est particulièrement adaptée à un domaine où l'on connaît mal les perceptions des parties prenantes.

Nous avons mené 13 *focus groups* au total, comprenant des médecins issus de huit cantons: cinq groupes ont eu lieu en Suisse alémanique et huit groupes en Suisse romande. Chaque groupe était composé de 4 à 11 médecins de famille, avec au total 102 participants qui ont été défrayés pour leur participation. Les séances ont été audio-enregistrées et transcrites.

2.4 ANALYSE DES DONNEES

L'analyse du contenu des transcriptions a commencé par la classification des données selon une typologie dont le premier niveau a été développé à partir de la structure de la grille d'entretiens. Cette typologie a été affinée et élargie en regroupant successivement des propos similaires. Une synthèse a été effectuée pour chaque catégorie. Ce rapport est basé sur les résultats de l'analyse des données des cantons francophones.

2.5 RESULTATS

Les médecins perçoivent un changement de leur rôle dans une société et dans un système de santé qui évoluent. Ils soulignent l'importance de la relation personnalisée et durable du médecin de famille avec son patient, atout précieux, qui leur permet de réaliser des activités de prévention individualisées et adaptées à la situation et aux besoins du patient, considérées plus efficaces. Afin de surmonter leur doutes et découragement par rapport aux interventions de prévention, ils pointent la nécessité d'une formation aux nouvelles connaissances en prévention et promotion de la santé et d'une meilleure information aux médecins quant à leur efficacité et importance. Ils montrent le besoin d'un signal clair des politiques par rapport à l'attribution de ce mandat aux médecins de famille et de leur reconnaissance en tant qu'acteur de prévention dans le système de santé.

3 RÔLE DE LA THESARDE

Ce projet a été initié par J. Cornuz et réalisé au sein de sa responsabilité. B. Spencer a assuré la direction de la recherche qualitative. Au cours de ce projet, les tâches suivantes ont été effectuées par Anja Zyska Cherix:

- Elaboration du protocole de recherche
- Recherche de soutien financier
- Définition de la stratégie de recrutement et d'échantillonnage (en collaboration avec le Dr M. Zoller)
- Recrutement et organisation logistique des *focus groups* avec le soutien du secrétariat par Christine Fehr
- Développement de la grille d'entretien
- Participation à tous les *focus groups* : 6x en tant que co-modératrice et 2x en tant que modératrice
- Participation à l'élaboration de l'approche globale de l'analyse
- Analyse des transcriptions (travail partagé avec Elisabeth Moix)
- Présentations des résultats sous formes de communications orales lors de 2 congrès médicaux
- Description détaillée, synthèse et mise en perspective des résultats
- Elaboration du présent rapport de thèse

4 INTRODUCTION

4.1 PROBLEMATIQUE

Dans le monde entier, les acteurs de la santé conviennent de l'importance de la prévention et de la promotion de la santé. Le potentiel des médecins de famille^b à mettre en œuvre des mesures individuelles de prévention, de dépistage et de conseils a été démontré dans plusieurs études. Durant les dernières années, de nombreuses associations médicales ont régulièrement publié des recommandations cliniques concernant les activités de dépistage et de prévention.

De telles recommandations sont une condition essentielle pour le succès, mais ne sont pas forcément appliquées de manière systématique dans la pratique médicale quotidienne. Les contraintes spécifiques liées au médecin, au patient et au système de santé contribuent à l'écart entre le désir des médecins de pratiquer une médecine préventive et la réalité d'un cabinet médical. Nous n'avons que peu de données sur les conditions actuelles dans lesquelles la prévention et la promotion de la santé sont réalisées par les médecins de famille suisses dans leur travail quotidien. Des informations précises et représentatives sur leurs perceptions et leurs besoins, leurs attitudes et les contraintes auxquelles ils sont confrontés manquent. Or ces données sont essentielles dans le développement de nouveaux outils et programmes visant à une meilleure implémentation des recommandations cliniques dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé dans la médecine de famille en Suisse.

Comme le recommandent diverses associations médicales [1-4], la promotion de la santé, la prévention primaire et le dépistage représentent une part importante du travail dispensé par les médecins de famille. En plus du dépistage du cancer (par exemple, la mammographie et le test fécal de sang occulte comme outils de dépistage respectivement du cancer du sein et du cancer colorectal) et de la prévention des maladies cardio-vasculaires, de nouvelles recommandations concernant le style de vie et des guides de conseils en prévention primaire émergent de plus en plus, tels que la recommandation d'une l'activité physique régulière d'intensité modérée. Compte tenu de l'augmentation des preuves scientifiques de l'efficacité de la médecine préventive, les recommandations doivent être régulièrement mises à jour, soulignant par là la nécessité d'adaptation de l'offre de formation médicale continue.

En 1993 déjà, Wender [5] a évalué aux Etats-Unis le pourcentage, très faible, de la population totale à qui sont offertes des possibilités de dépistage et de conseils de prévention. A ce jour, les données n'ont pas fondamentalement changé, comme l'ont montré plusieurs études. Par exemple, en 2004, Broton et al. [6] ont révélé des écarts importants entre les connaissances et les pratiques des médecins de famille dans l'utilisation des recommandations *evidence-based* (basées sur l'évidence) pour la promotion de la santé et de la prévention des maladies en médecine de premier recours dans une étude multinationale, impliquant 11 pays européens. En parallèle, l'intérêt public pour la promotion de la santé est en augmentation, comme en

^b Terme regroupant les médecins généralistes et internistes pratiquant en médecine de premier recours. Cette désignation aide à distinguer le médecin qui travail en cabinet de l'interniste hospitalier depuis l'introduction du nouveau titre unique de spécialiste en « médecine interne générale » depuis le 1.1.2012, en remplacement des deux anciennes formations postgraduées en « médecine générale » et « médecine interne ».

témoigne la forte présence médiatique des débats publics et des interviews d'experts de la santé sur différents thèmes, tels que la nutrition, l'activité physique et l'interdiction de la fumée de tabac dans les lieux publics. Une revue systématique des études concernant le dépistage et la prévention en Suisse a été publiée en 2011 par Eisner et al. [7]. La plupart des 49 études identifiées dans cette revue systématique traitent des thèmes de la vaccination, de la modification du style de vie ou de la prévention des risques cardiovasculaires.

Face à cette quantité croissante de possibles interventions de prévention et de conseil, la question se pose de savoir comment les intégrer dans le fonctionnement quotidien d'une activité médicale déjà saturée. La question de comment mieux implémenter les activités de prévention est apparue dans le début des années 1990 [8]. À l'évidence, pour que le travail de prévention devienne pratique courante, la publication de *guidelines* et la seule motivation des médecins ne suffisent pas [9]. Les barrières à l'implémentation de la prévention ont été mises en évidence par plusieurs études, notamment par Eisner et al. [7], mais aussi par Cornuz et al. en Suisse [10], qui a déterminé l'importance relative des différentes barrières identifiées. Le manque de temps et la charge de travail sont les obstacles les plus importants signalés, ainsi que le remboursement inadéquat des actes de prévention. En outre, le manque de formation a été signalé comme un obstacle particulièrement important aux activités de conseil, surtout dans les domaines de la nutrition et de l'alcool. Comme le montrent Broton et al. [6], les médecins de famille semblent en particulier douter de leur efficacité à susciter l'arrêt ou la réduction du tabac, l'augmentation de l'activité physique ou l'amélioration des habitudes alimentaires.

Les interventions de conseils sont essentielles dans la prévention primaire. Ainsi, une bonne communication médecin-patient constitue l'un des principaux facteurs de succès et un élément crucial de la pratique médicale. L'amélioration des compétences de communication des médecins de famille doit être l'un des objectifs centraux du processus de l'implémentation de la prévention et de la promotion de la santé dans la pratique médicale quotidienne, comme l'a démontré un groupe de recherche ambulatoire néerlandais dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé [11]. Un exemple suisse pour répondre à ce besoin est le projet « Gesundheitscoaching » du Collège de médecine de famille (KHM), qui vise à développer un guide d'entretien et de décision pour l'activité de conseil dans la promotion de la santé lors de la consultation. Il existe aussi des développements dans le domaine des tests de dépistage et d'autres interventions préventives (par exemple, les vaccinations des adultes), tels que le projet « Eviprev » : ce projet vise à développer un outil de prévention systématique et *evidence-based* sous la forme d'un « carnet de prévention » individuel (prévu dans une version papier et une version IT en tant qu'aide à la décision), destiné à améliorer la qualité des conseils de prévention dans le cabinet du praticien et d'un cabinet à l'autre, dans le but d'améliorer la santé des patients et la santé de la communauté au sens plus large.

En plus d'une formation appropriée, les médecins de famille expriment le besoin de plus de preuves scientifiques d'interventions de prévention efficaces et reproductibles, comme le montre Bowler (1995) en Angleterre [12], et confirmée par McKinlay (2004) en Nouvelle-Zélande [13]. Le manque de confiance dans l'évidence et la mauvaise compliance des patients [14] retiennent les médecins de famille de faire de la promotion de la santé en cabinet ; ils se sentent incertains, voire ambivalents, concernant la promotion de la santé en tant que part de leur travail.

La gamme des barrières auxquelles les médecins peuvent être confrontés est complétée par des barrières spécifiques au système de santé : une rémunération insuffisante, un mandat peu clair des autorités de santé publique et l'absence de stratégies de santé publique plus larges impliquant tous les acteurs de santé de la communauté (tel que conclu par une étude qualitative suédoise par *focus groups* qui explorait les décisions des médecins de famille suédois en matière de dépistage d'une consommation élevée d'alcool [15]).

Afin d'améliorer la promotion de la santé et la prévention primaire et secondaire dans le cabinet des médecins de famille, des solutions doivent être trouvées et adaptées au système de santé national et local pour améliorer leur acceptation et implémentation. En outre, les acteurs, à savoir les médecins de famille, doivent non seulement être entendus, mais également impliqués dans ce développement. Des informations précises et représentatives du point de vue des médecins en Suisse font défaut et ont donc été recueillies dans ce projet de recherche.

4.2 COLLABORATIONS

Ce projet est le fruit d'une collaboration entre deux institutions de l'Hôpital Universitaire de Lausanne, la PMU^c et l'IUMSP^d, qui font partie de la Faculté de biologie et de médecine, ainsi que l'IHAM^e de l'Université de Zurich.

Deux bourses de recherche, obtenues en mars et septembre 2008, ont été allouées à ce projet par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), qui soutient des projets de recherche en médecine appliquée (RRMA) ; requérant principal: Prof. J. Cornuz.

4.3 APPROCHE DE RECHERCHE

Nous avons utilisé des méthodes qualitatives pour étudier les questions de recherche de cette étude. Une telle technique de collecte de données est particulièrement adaptée à un domaine où la perception des parties prenantes est très méconnue. Afin d'élucider les raisons d'un manque d'application dans la pratique médicale quotidienne de nouvelles connaissances acquises par la recherche [16], il est nécessaire d'utiliser des techniques de recherche exploratrices qui peuvent rendre explicites les perceptions, les croyances et les conceptions des médecins. L'importance des méthodologies qualitatives en recherche dans les services de santé peut s'expliquer par leur pouvoir « d'atteindre les parties que les autres méthodes ne peuvent pas atteindre » [17]. La méthodologie qualitative permet d'obtenir des aperçus dans des domaines où l'on en manque, d'une façon ouverte et sans préjuger par hypothèses des thèmes qui préoccupent les participants.

La méthode des *focus groups* (ou « focus groups ») a été considérée comme la plus appropriée pour examiner les questions de recherche. Les *focus groups* consistent en des entretiens semi-structurés menés avec un groupe restreint de personnes. La discussion suit une grille d'entretien afin de générer des données relatives aux questions de recherche d'une manière

^c Policlinique Médicale Universitaire

^d Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive

^e Institut für Hausarztmedizin

ouverte, mais structurée. L'un des objectifs de la méthode des *focus groups* est de collecter des informations explicitement issues de l'interaction entre les participants du groupe. L'homogénéité des groupes, dont les participants partagent des expériences et un contexte communs, facilite la communication et l'échange d'idées, tandis que l'hétérogénéité des caractéristiques des participants et de leurs visions permet d'animer la discussion [18].

4.4 QUESTIONS DE RECHERCHE

Développer des concepts systématiques et des outils adéquats et améliorer les conditions pour la mise en œuvre à large échelle de la médecine préventive dans la médecine de premier recours, implique d'abord l'analyse de la façon dont les médecins de famille suisses perçoivent leur rôle en matière de prévention: Que signifient pour eux la prévention des maladies et la promotion de la santé? Quelles sont les mesures incitatives efficaces et quels obstacles rencontrent-ils? Quelles sont leurs idées et suggestions pour faire face à ces barrières? Quels sont leurs besoins et leurs attentes à l'égard de *guidelines* et d'outils de prévention? Nous avons également étudié leurs suggestions pour l'élaboration de stratégies de prévention et d'outils utiles.

4.5 OBJECTIFS

Buts généraux

- I. Explorer les conceptions et les perceptions des médecins de famille suisses concernant la prévention et la promotion de la santé
- II. Evaluer les barrières qui empêchent actuellement les médecins de famille suisses d'entreprendre des activités de prévention
- III. Obtenir un aperçu de la façon dont ces barrières peuvent être surmontées

Les données ainsi obtenues fourniront des pistes pour une meilleure implémentation de la prévention des maladies et de la promotion de la santé par les médecins de famille en Suisse.

Nous postulons que l'implication des médecins de famille dans le développement de programmes et d'outils est essentielle à l'acceptation de ces outils et à leur mise en œuvre généralisée dans la pratique médicale.

5 METHODES

5.1 RECRUTEMENT

Le recrutement des participants s'est déroulé comme suit:

Dans une première étape, quatre fois le nombre prévu de participants (4x 120) a été contacté par courrier postal, en utilisant les listes d'adresses de la base de données de la FMH. Dans chaque région linguistique, 120 médecins de famille venant d'une région géographique rurale et 120 venant d'une région géographique urbaine ont été sélectionnés, en choisissant un médecin sur quatre à partir de la liste d'adresse complète, ce qui correspond à un échantillonnage d'un quart des médecins de la liste. Les régions rurales et urbaines ont été déterminées comme suit, sur la base des définitions de l'Office fédéral de statistique (OFS) de régions urbaines, rurales et d'agglomérations^f:

- Lieux avec > 20 000 habitants: toujours considérés comme région urbaine
- Lieux avec 10 000 à 20 000 habitants: Les agglomérations et villes isolées (communes non rattachées à une agglomération et comptant au moins 10'000 habitants) font également partie de l'espace urbain
- Lieux avec < 10 000 habitants: considérés comme région rurale, sauf s'ils sont agglomérés avec une ville

Une lettre d'une page a été envoyée aux médecins de famille sélectionnés, en expliquant les principaux objectifs de l'étude et des *focus groups*. Un choix de 2 ou 3 dates différentes pour les séances de *focus groups* leur a été proposé:

Lausanne:	groupes « urbains » :	29 mai, 19 juin, 1 juin 2008
	groupes « ruraux » :	03 juin, 26 juin, 10 juillet 2008
Zurich:	groupes « urbains » :	5 juin, 23 juin 2008
	groupes « ruraux » :	26 mai, 16 juin, 30 juin 2008

Les médecins intéressés à participer étaient invités à retourner un coupon-réponse par fax, contenant des informations sur leurs différentes caractéristiques selon les facteurs structurants secondaires prédéfinis, à savoir le type de cabinet (groupe/individuel), l'horaire de travail (temps plein/temps partiel), l'adhésion à un modèle de responsabilité budgétaire (*managed care*), le sexe et le groupe d'âge (appendice 8.6 : lettre d'invitation, version française). Nous avons choisi de ne pas envoyer de lettre de rappel en cas de non réponse. Pour trois des six dates à Lausanne, un deuxième lot de lettres d'invitation a été envoyé à un nouvel échantillon de 120 médecins de famille des régions urbaines et de 60 médecins des régions rurales, en raison du nombre insuffisant de participants recrutés pour ces dates. A Zurich, un deuxième lot de 100 lettres pour chacune des régions urbaine et rurale a été envoyé pour compléter le recrutement pour les cinq dates.

^fhttp://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/regionen/11/geo/analyse_regionen/04.parsys.0004.downloadList.00041.DownloadFile.tmp/agglodeffr.pdf

A Lausanne, le taux de réponse global (positives et négatives) aux lettres d'invitation a été de 29% et le taux de réponses positives de 17%, ce qui est considéré comme relativement élevé dans un tel contexte, sans lettre de relance ni rappel téléphonique (pour les résultats détaillés voir appendice 8.3). Une lettre de confirmation a été adressée à tous les participants, avec des informations plus détaillées concernant le contexte et le contenu des *focus groups*. Le *drop out* suite à une réponse initialement positive a été très faible; peu de personnes inscrites ne se sont pas présentées le jour même: 8 personnes (12,7%) à Lausanne (3 excusées et 5 non excusées), et une seule personne (3%) à Zurich.

5.2 ORGANISATION DE LA RECHERCHE ET REALISATION DES *FOCUS GROUPS*

8 à 12 groupes au total ont été prévus, chacun composé de 6 à 10 médecins de famille, dans le but de recueillir autant d'informations que possible d'une façon dynamique, spontanée et synergique. Au final, nous avons réalisé 8 *focus groups* dans la partie francophone de la Suisse et 5 en Suisse alémanique, arrivant à un total de 13 groupes constitués, pour une durée de 2,5 à 3 heures chacun. Chaque groupe était composé de 5 à 11 médecins provenant de 8 cantons différents (VD, VS, NE, FR, ZH, TG, AG, ZG), soit 102 participants au total, qui ont été rétribués pour couvrir les frais de leur participation (350 CHF).

Les discussions ont été animées par deux modérateurs, l'un (le modérateur) ayant les compétences nécessaires de la modération du groupe selon les concepts des *focus groups*, l'autre (le co-modérateur) prenant des notes d'observation et de communication non verbale et contrôlant les thèmes abordés et ceux manquants selon la grille d'entretien. Les discussions ont tous été audio-enregistrés et transcrits verbatim (mot à mot).

En Suisse romande, 6 des *focus groups* ont été menés par la directrice de ce travail de thèse, Dr Brenda Spencer^g (PD, MER), experte de l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP / IUMSP), et 2 des *focus groups* par la thésarde, Anja Zyska Cherix^h, médecin assistant à la Policlinique médicale universitaire, qui a également assurée la co-modération de 6 groupes. Le Prof. Jacques Cornuz, directeur de la PMU, a encadré le projet, assuré la supervision médicale et a participé à l'un des groupes en tant que co-modérateur. Les Drs Raphaël Bize (MPH, PMU), Nicole Jaunin (médecin installé/PMU) et Myriam Kohler Serra (médecin assistant, PMU) ont également co-modéré un groupe chacun. Le Dr François Pilet (médecin installé, maître en enseignement à l'IUMG) et le Dr Pierre-Yves Rodondi (médecin installé, affilié à l'IUMG) ont fourni une expertise supplémentaire, en assistant à 1 ou 2 *focus groups* chacun en qualité d'observateur. Elisabeth Moixⁱ, psychologue, a assistée à plusieurs groupes en tant qu'observatrice, a transcrit 5 groupes et a participé à l'analyse des données. Deux étudiants ont été engagés pour les transcriptions des 3 groupes restants. Un tableau spécifiant le rôle des différents intervenants par groupe est annexé (appendice 8.1)

Les groupes en Suisses alémanique ont été dirigés par le Dr Marco Zoller, responsable de la section de recherche de l'IHAM, et par le Dr Stefan Neuner, collaborateur indépendant à l'IHAM et responsable du groupe de travail «prévention» du Collège de médecine générale (KHM), en collaboration avec deux collègues installés, les Dr Martin Meili et René Jaccard. Ils étaient accompagnés par l'expertise en recherche qualitative de la Prof. Dr Barbara Buddeberg, Zurich, Institut universitaire de médecine psychosociale.

^g BS

^h AZC

ⁱ EM

Les groupes se sont caractérisés par la grande motivation des participants, qui ont exprimé un intérêt considérable pour les thèmes proposés. Les médecins de famille invités se sont montrés très intéressés au domaine de la prévention et de la promotion de la santé, conduisant ce faisant à un riche débat et des échanges d'idées au cours des séances de groupe, et favorisant ainsi la collecte de données précieuses.

A la fin de chaque *focus group*, nous avons demandé aux participants d'annoncer leur intérêt à être éventuellement inscrits dans d'autres ateliers. Presque la totalité des médecins participants ont exprimé leur disposition à participer à ces ateliers supplémentaires, ce qui démontre leur volonté d'être impliqués dans l'élaboration de stratégies menant à des activités de prévention améliorées ou au développement d'outils de dépistage.

5.3 PROTECTION DES DONNEES

Les enregistrements numériques des *focus groups* restent à disposition des chercheurs et seront détruits une fois les résultats publiés. La participation aux groupes était nominative puisque les membres étaient invités en qualité d'experts. Bien que, pour cette raison, l'anonymat ne soit pas essentiel, les opinions publiées et les citations textuelles resteront anonymes, correspondant ainsi au concept des *focus groups* qui s'intéresse au participant en tant que représentant d'opinion de pairs.

5.4 ECHANTILLONNAGE (*SAMPLING*)

Comme indiqué dans le tableau 1, le recrutement des groupes a été organisé selon une procédure d'échantillonnage raisonnée (*purposive structuring procedure*). Nous avons postulé que les principales caractéristiques susceptibles d'influencer les opinions étaient la région linguistique et le type de situation géographique, qui ont dès lors constitué les facteurs structurants principaux. Afin de favoriser la communication et d'assurer l'esprit d'appartenance propice à l'instauration d'un échange à la fois détendu et dynamique, nous avons donc réparti les participants dans des groupes séparés. Par conséquent, 5 groupes ont été mis sur pied dans les régions germanophones et 8 en Suisse romande, couvrant des régions rurales ou urbaines, telles que décrites dans le tableau 2 : composition des groupes en fonction des facteurs structurants primaires.

De plus, afin d'assurer un large éventail d'opinions et d'assurer l'échange d'idées venant de divers horizons, nous avons pris soin d'inclure des médecins de famille présentant des caractéristiques différentes, en fonction des facteurs structurants secondaires prédéfinis décrits ci-dessous. Nous avons cherché à inclure idéalement au moins une personne par caractéristique dans chaque groupe, selon une grille d'échantillonnage théorique (voir appendice 8.2). Ceci s'est avéré difficile, en particulier pour les groupes « ruraux », où les médecins femmes étaient plus rares, tout comme les cabinets de groupes et les temps partiels. Nous avons également dû constater que les modèles de responsabilité budgétaire ne sont pas (encore) très répandus en Suisse romande : seulement dans 4 des 8 groupes un participant qui adhérerait à un tel réseau était représenté. Une vue d'ensemble de la constitution des groupes selon les facteurs structurants secondaires est fournie dans le tableau 3, la composition détaillée de chaque groupe de discussion étant également jointe en annexe (appendice 8.4).

Tableau 1: Purposive Sampling (Echantillonnage raisonné)

Facteurs structurants primaires :
• 2 régions linguistiques (Suisse romande et Suisse alémanique) • 2 situations géographiques du cabinet médical : urbaine/rurale
Facteurs structurants secondaires :
• Type de cabinet : cabinet de groupe versus cabinet individuel • Sexe : féminin/masculin • Horaire de travail : temps plein versus temps partiel • Avec ou sans modèle de responsabilité budgétaire (par exemple medix or Réseau Delta versus FFS-assurances) • 2 différents groupes d'âge (<20 and >20 ans depuis l'obtention du diplôme)

Tableau 2 : Facteurs structurants primaires de l'échantillonComposition des *focus groups* selon les facteurs structurants primaires :

Date	Type du groupe:			
	Urbain (nombre de groupes)	Rural (nombre de groupes)	Francophone	Germanophone
26.05.2008		1		X
29.05.2008	1		X	
03.06.2008		1	X	
05.06.2008	1			X
16.06.2008		1		X
19.06.2008	1		X	
23.06.2008	1			X
26.06.2008		1	X	
30.06.2008		1		X
01.07.2008	2		X	
10.07.2008		2	X	

Tableau 3 : Facteurs structurants secondaires de l'échantillonComposition des *focus groups* selon les facteurs structurants secondaires :

	Tous	Type de cabinet				Sexe				Horaire de travail				Modèle de Responsabilité budgétaire				Groupe d'âge			
		Indiv.		Groupe		Masc.		Fém.		Temps plein		Temps partiel		Avec		Sans		<20 ans dp le dipl.		>20 ans dp le dipl.	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Franco-phone	63	38	60	25	40	48	76	15	24	47	75	16	25	6	10	57	90	17	27	46	73
Germano-phone	39	16	41	23	59	33	85	6	15	27	*	10	*	28	72	11	28	6	*	32	*

*données non transmises

5.5 GRILLE D'ENTRETIEN

La grille d'entretien a été élaborée lors de la phase de préparation des *focus groups*, selon les objectifs définis précédemment (cf. « Buts généraux », 3.5). La grille finalement utilisée pendant les séances de groupe figure à l'appendice 8.5.

Les attitudes des médecins de famille à l'égard de la prévention et la promotion de la santé sont déterminées par des facteurs et des caractéristiques multiples. L'objectif des *focus groups* était de permettre aux chercheurs non seulement de recueillir les opinions des médecins de famille, mais aussi de comprendre les représentations qui les sous-tendaient. La première partie des *focus groups* a donc été consacrée à l'examen de ces questions (« Contexte »). La

deuxième partie traite des questions plus spécifiques concernant les obstacles à la mise en œuvre d'actes de prévention (« Barrières »). La troisième et dernière partie a porté sur la collecte d'idées pour trouver des solutions (« Solutions ») (voir tableau 5).

Pour chaque chapitre, des questions ouvertes ont été préparées pour lancer le thème (correspondant à la première colonne de la grille d'entretien, appendice 8.5). Des questions plus spécifiques ont été formulées afin d'animer et de relancer la discussion au cas où certains thèmes n'auraient pas encore été abordés spontanément au cours de la discussion (colonne 2 dans la grille d'entretien, appendice 8.5).

L'analyse des données a suivi cette même structure: contexte, barrières, solutions. Une fois le plan d'analyse défini, l'analyse des transcriptions a été conduite séparément pour les groupes francophones et alémaniques.

Tableau 4 : Grille d'entretien

Partie 1: Contexte

1. Que représentent la prévention et la promotion de la santé pour les médecins de famille en Suisse ?
2. Quelle est la position du médecin de famille dans la prévention ?
3. De quelle manière la prévention et la promotion de la santé sont-elles réalisées dans le système (de manière opportuniste ? de manière systématique ?)
4. Quelles sont les priorités des médecins de famille en matière de prévention ?
5. Quel impact attribuent-ils à leurs interventions ?
6. Comment est-ce que la prévention et la promotion de la santé sont pratiquées en cabinet ?

Partie 2: Barrières

1. Quels sont les problèmes des médecins de famille face à la prévention et à la promotion de la santé ?
2. Barrières du côté du médecin
3. Barrières du côté du patient
4. Barrières du côté du système de santé
5. Quelle est l'importance relative de ces problèmes par rapport aux différentes interventions de prévention ?

Partie 3: Solutions

1. Quelles sont les incitations des médecins de famille face à la prévention et la promotion de la santé ?
2. Quelles sont leurs idées et propositions pour faire face aux obstacles ?
3. Quel genre de soutien (outils, programmes de prévention) existe-il déjà ?
4. Qu'est-ce qui est appliqué ? Qu'est-ce qui semble utile ?
5. Qu'est-ce qui fait défaut ?
6. Quels sont les besoins et attentes des médecins de famille concernant des outils de prévention ou guidelines ?
7. Quelle serait l'utilité d'une collaboration avec d'autres professionnels de la santé (par exemple des pharmacologues, infirmières etc.) ?
8. Quelle est la place d'une collaboration des politiques et des médecins dans l'élaboration de stratégies et recommandations ?

5.6 COLLABORATION SUISSE ROMANDE – SUISSE ALEMANIQUE

Trois réunions de collaboration ont été menées avec l'équipe de Zurich, dont les objectifs étaient les suivants:

Réunion du 8 mai 2008 à Zurich :

- développement de la grille d'entretien définitive
- clarification des règles destinées au modérateur et co-modérateur
- définition du temps consacré aux différentes parties de l'entretien
- établissement des détails techniques concernant l'enregistrement et la transcription

Réunion du 17 juin 2008 à Zurich :

- partage d'impressions après avoir menés les premiers *focus groups*
- adaptations mineures de la grille d'entretien
- gestion des difficultés rencontrées lors la modération des groupes
- gestion des problèmes avec l'enregistrement
- affinement du déroulement et du temps consacré aux différentes parties de l'entretien durant les groupes

Réunion du 26 août 2008 à Lausanne :

- définition du contenu d'un nouveau protocole pour une demande de financement complémentaire
- gestion de la transcription
- préparation de l'analyse
- uniformisation des techniques d'analyse avant l'analyse séparée des données francophones et germanophones par les deux équipes

5.7 CALENDRIER

Recrutement ^j :	pendant 2 mois
<i>Focus groups</i> ^k :	3 ^{ème} - 5 ^{ème} mois
Transcription :	4 ^{ème} - 7 ^{ème} mois
Analyse et séances de coordination :	7 ^{ème} - 13 ^{ème} mois
Présentation orale des résultats (2 congrès) ^l :	17 ^{ème} et 18 ^{ème} mois
Synthèse des résultats, conclusions et Réalisation du rapport finale :	14 ^{ème} – 48 ^{ème} mois

^j depuis mars 2008

^k mai-juillet 2008

^l août et septembre 2009

5.8 APPROCHE ANALYTIQUE

L'approche globale pour l'analyse des transcriptions, structurée selon les objectifs de recherche, a été mise en place conjointement par les équipes de Lausanne et de Zurich; quant à l'analyse spécifique des transcriptions, elle a été conduite séparément par région linguistique.

L'analyse des résultats en français exposés dans ce rapport a été réalisée comme suit: dans un premier temps, des citations pertinentes (verbatim) ont été classés selon la typologie, dont le premier niveau a été développé selon les principaux chapitres de la grille d'entretien (voir tableau 4). Les verbatims ont été classés successivement à travers un processus itératif qui a permis de définir ou de redéfinir les sous-catégories en les affinant en fonction du discours émergeant: les déclarations similaires ont été regroupées; les sous-catégories semblant trop hétérogènes ont encore été divisées en sous-catégories, pour obtenir un concept plus détaillé.

L'analyse a été faite selon un processus de triangulation entre les trois chercheurs (AZC, EM, BS). Dans un premier temps, chaque chercheur a analysé le même texte et une séance de concertation a ensuite eu lieu afin de convenir de la catégorisation des verbatims. Ensuite, les transcriptions des focus groups ont été partagées entre deux chercheurs pour l'analyse (AZC, EM). Chaque analyse a ensuite été discutée et validée par les trois chercheurs ensemble. Dans une deuxième étape, une fois les verbatims attribués définitivement aux sous-catégories, une synthèse des données a été établie pour chaque sous-catégorie.

Ainsi la catégorisation finale diffère en partie de la catégorisation initiale. A titre d'exemple, les chapitres "problèmes" et "solutions" qui comportaient initialement les trois catégories de la grille d'entretien (du côté du médecin, du côté du patient et du côté du système de santé) ont été adaptée par l'ajout deux catégories supplémentaires avec deux nouveaux thèmes apparus durant les groupes, à savoir la formation continue et le contexte politique.

Les *focus groups* ayant eu lieu dans deux régions linguistiques différentes, les transcriptions – et, de ce fait, également les données à analyser – se sont présentées dans deux langues, ce qui posait un problème pour l'analyse. Plutôt que de traduire les verbatims, nous avons dès lors choisi d'analyser les données séparément, après uniformisation des techniques d'analyse et sur la base d'une même table des typologies. L'analyse qui suit, ainsi que sa synthèse, réalisée par Anja Zyska Cherix, sont donc basées uniquement sur les données recueillies au cours des 8 *focus groups* menés dans les régions francophones. L'analyse des données germanophones reste du ressort de l'équipe des chercheurs zurichois.

5.9 APERÇU GLOBAL DES RESULTATS ET DE L'ORGANISATION DU RAPPORT

Les chapitres suivants exposent les résultats obtenus selon l'approche analytique décrite plus haut.

Le chapitre 6 présente un résumé descriptif correspondant au premier stade de l'analyse. Les résultats y sont décrits de manière détaillée et illustrés par des verbatims cités littéralement, qui sont tirés des transcriptions des *focus groups*. Une synthèse très fidèle aux mots utilisés par les médecins est proposée pour chaque ensemble de citations. Par ailleurs, les thèmes qui émergent du discours sont signalés comme mot-clé en marge du texte.

De cette analyse ressortent les catégories et sous-catégories suivantes:

CONCEPTIONS ET PRATIQUES DE LA PREVENTION

- La prévention émerge de la relation médecin-patient
- La prévention se fait sur mesure
- Comment ils s'y prennent : pratiques au cabinet
- Le rôle du médecin dans la prévention
- Risques et angoisses liés à la prévention
- Prévention systématique versus prévention opportuniste

PROBLEMES IDENTIFIES

- Du côté du médecin
- Du côté du patient
- Du côté du système de santé
- Du côté de la formation
- Du côté politique/du contexte socio-économique

PROPOSITIONS DE SOLUTION (INCITATIONS)

- Médecins
- Système de santé
- Formation continue et rôle des instituts
- Politique/contexte socio-économique

Le chapitre 7, « Synthèse des résultats », correspond au deuxième stade de l'analyse. Il reprend l'ensemble des résultats en proposant un résumé plus synthétique et plus détaché du discours des médecins pour chaque sous-chapitre, avec des propos moins axés sur les verbatims. Cette synthèse ne fournit toutefois pas encore d'interprétation de ce qui est rapporté.

Le chapitre 8.2 constitue la troisième partie de l'analyse et conclut la partie des résultats. Ici, les résultats sont davantage mis en perspective par une interprétation critique des propos des médecins.

Conformément à la méthodologie qualitative, les participants des *focus groups* étaient encouragés à parler en tant que représentants de leur profession et non en tant qu'individus. Selon la méthode des *focus groups*, l'unité d'analyse est en effet le groupe dans sa globalité. La méthode cherche à mettre en évidence la gamme la plus large possible de réponses. La quantification et la hiérarchisation des réponses, contraires à la méthodologie, doivent également être évitées dans la restitution des résultats. L'intérêt de cette forme de collecte de données étant d'obtenir le plus d'aperçus possible d'un domaine peu connu, chaque nouvel aspect qui apparaît constitue une nouvelle donnée sensible à retenir. Ainsi, les éléments contradictoires sont admis et posés sans chercher à obtenir leur résolution.

L'analyse du discours des médecins qui émerge du corpus étudié des *focus groups* (des transcriptions) forme la base des résultats. Dans les chapitres suivants, le terme « les médecins » a été choisi pour décrire les réponses des médecins en tant que représentants du collectif, évitant ainsi une quantification des réponses par des expressions telles « certains médecins », « la plupart des médecins », etc. et ce malgré un certain nombre d'avis contrastés.

6 RESULTATS

6.1 CONCEPTIONS ET PRATIQUE DE LA PREVENTION

La prévention émerge de la relation médecin-patient

La prévention en cabinet s'inscrit dans le contexte d'une relation médecin-patient de qualité caractérisée par un lien de confiance et de respect. Il y a trois éléments clés à retenir :

Travailler en cabinet permet de fidéliser sa clientèle, parfois sur plusieurs générations. Cela permet de bien connaître le patient. Une bonne connaissance du patient aide à créer un lien de confiance, ce qui facilite le travail de prévention.

➤ **Bien connaître le patient**

« Une bonne connaissance de nos patients à long terme - c'est vrai que dans les cabinets on a cette espèce de fidélisation des patients pendant très longtemps, souvent une, deux, trois générations de famille. Et là, c'est plus facile de travailler parce qu'il y a un lien de confiance, un lien de mémoire. »

Grâce à une relation de confiance, le médecin est écouté par son patient et peut ainsi devenir un interlocuteur privilégié. Cette confiance s'instaure progressivement, tranquillement, elle permet d'entrer dans l'intimité de vie du patient. Le patient et son médecin s'approprient mutuellement. De ce fait, la prévention personnalisée et basée sur la confiance est plus efficace que celle véhiculée par des affiches ou par d'autres moyens plus impersonnels.

➤ **Relation de confiance**

« C'est une histoire d'appropriation entre le patient et son médecin, et puis, petit à petit, il nous écoutera si le rapport de confiance est établi. »

La prévention se fait sur la durée. Les effets d'un travail relatif à la motivation au changement ne se voient qu'à long terme. Le facteur temps fait partie de la prévention, il sert le médecin. Le suivi du patient en cabinet permet de revoir la personne pour reprendre et recentrer les choses au fil du temps, contrairement à la consultation ambulatoire en urgence lors de laquelle le patient n'est souvent pas prédisposé d'emblée à orienter ses pensées vers autre chose que sa demande première.

➤ **Relation de longue durée**

« Avec la prévention on a le temps. Le temps parle pour nous, y a rien qui presse. Parce qu'entre le moment où ils ont entendu notre message et le moment où ils changent quelque chose, ça peut mettre des mois et des années. On a le temps, je pense. »

La prévention se fait sur mesure

La prévention est plus efficace si elle est centrée sur le patient, avec un discours individualisé, personnalisé, qui répond aux questions et à la situation spécifique de chacun. Il n'est pas possible de destiner une seule et même prévention à tous les patients. C'est pourquoi la prévention destinée aux groupes est beaucoup moins efficace.

- Il s'agit d'une intervention centrée sur le patient (personnalisation).
- Chaque personne est différente, si bien qu'il faut trouver le bon moyen permettant de l'aider (individualisation).

« C'est encore une fois le truc personnalisé et, je crois, ça, c'est peut-être le mot le plus central, c'est personnalisé. On donne un conseil personnel. »

« Je crois qu'il faut être parfaitement ciblé sur chaque patient. C'est-à-dire qu'on ne peut pas avoir le même discours pour un patient et un autre. »

Certains patients viennent faire un check-up et se montrent ouverts à la prévention. Ils demandent quelles améliorations ils peuvent apporter à leur comportement, comment changer, adapter leur style de vie. Le médecin répond en priorité à leurs attentes. La prévention est alors orientée vers les questions et les motivations du patient. Avant d'aborder la prévention, le médecin répond à la demande précise qui amène le patient à consulter. Après avoir répondu à ses préoccupations, il essaie d'introduire des thèmes de prévention. Il s'agit d'opérer une rencontre avec le patient, de le situer par rapport à ses demandes, avec, comme point de départ, ses priorités, selon le contexte.

« Quand les gens viennent faire un check-up c'est différent, parce que c'est pas moi qui vais leur dire, vous devez ! C'est eux qui me disent. Je leur dis : voilà, c'est un peu limite [votre valeur]. C'est eux qui me disent : qu'est-ce que je peux faire ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? »

Pour faire de la prévention, le médecin doit s'adapter à chaque patient et à chaque problématique. Il doit utiliser le meilleur moyen (outil) pour trouver un accès à la motivation de son patient afin de l'inciter à changer de comportement. Faire de la prévention, c'est trouver parfois un moyen pour aborder des thèmes dont les patients ne veulent pas forcément parler. Le moyen utilisé est propre à chaque médecin et même à chaque relation médecin-patient, avec la notion de « boîte à outils personnelle » qui contient des « clés de solution ».

« Ce que j'aimerais transmettre de mon point de vue là-dedans, c'est vraiment cette notion de clé et de serrure et de boîte à outils personnelle pour ouvrir cette serrure. J'ai mes outils pour cette

➤ **Au cas par cas**

➤ **Répondre aux préoccupations et attentes du patient**

➤ **Trouver « le truc »**

serrure, puis mes outils ne sont probablement pas ceux des autres. »

Il s'agit de trouver le moment charnière, par exemple lorsque le patient exprime sa sensibilité par rapport à des événements survenus dans son entourage. Cela peut être une période de crise ou de deuil (décès, maladie d'un proche). Le médecin doit également sentir que c'est le moment adéquat pour le dire, il suit son intuition afin de trouver ce qu'on pourrait appeler le *teachable moment* (moment propice au changement).

➤ **Trouver le bon moment, moment de sensibilité**

« Y a un moment précis pour faire un acte de prévention qui aura une portée. Parler de ces moments d'extrême sensibilité que les gens ont quand ils ont un traumatisme, quand ils ont un voisin qui a eu quelque chose, quand y a eu un décès. »

« La chose délicate, c'est d'arriver à sentir le point d'accrochage. »

Comment les médecins s'y prennent : pratiques au cabinet

Un aspect important de la prévention est d'expliquer les facteurs de risque et d'en discuter avec le patient. Il s'agit principalement de donner de l'information, de rendre le patient compétent en matière de santé.

➤ **Expliquer - informer**

« Je tiens beaucoup à informer de façon la plus complète possible. Un transfert de savoir, en particulier sur les risques éventuels. »

Le médecin implique le patient dans un processus de changement en lui demandant par exemple de noter ses habitudes comportementales (journal alimentaire). Le médecin rend le patient acteur. Il ne lui donne pas de conseils tout faits. Le médecin ne prend pas la responsabilité du changement, car celle-ci incombe au patient. Il aide le patient à définir ses propres objectifs et à les atteindre, il l'accompagne. Il y a des médecins qui utilisent des techniques d'entretien spécifiques, telles que l'entretien motivationnel ou l'entretien bref.

➤ **Approche lors de l'entretien**

« Une solution pour passer outre cette barrière potentielle, c'est de demander au patient : qu'est-ce que vous pouvez faire ? Parce que lui, il connaît ça, lui. Il sait ce qu'il peut, ce qu'il peut pas, ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas. Si on lui pose la question à lui, ça lui permet à lui de réfléchir qu'est-ce qui est possible pour lui. Et puis, si la solution vient de lui, il sera forcément plus convaincu que si c'est nous qui lui disons : y a qu'à faire ça. »

Poser la question au patient permet à celui-ci de mener une réflexion, d'être sensibilisé à certains aspects auxquels il n'a peut-être jamais songé. Cela constitue un premier pas vers la prévention. La documentation est également un moyen de faire de la prévention, de sensibiliser le patient qui y a accès à la salle d'attente, demeurant libre de la prendre ou non. Les

➤ **Les outils pratiques**

médecins peuvent aussi donner des recettes ou des conseils à coller sur le frigo.

« Je me souviens d'une étude qui montre que si on pose simplement une fois la question dans un groupe comme ça à des gens, il y a déjà quelque chose qui se passe, il y a déjà un petit succès. »

Le fait d'induire le changement sans jugement, sans faire la morale, donne de meilleurs résultats de prévention, sans que le patient encoure le risque de perdre l'attention de son médecin ni ne la sente conditionnée par le succès de ses efforts. Trouver des approches positives et porteuses ainsi que des compromis, en respectant la façon de fonctionner du patient, amène ce dernier à se poser davantage de questions et lui offre l'opportunité d'envisager les avantages qu'il pourrait retirer d'un nouveau comportement. Le modèle de relation médecin-patient a évolué au cours des dernières décennies. Aujourd'hui, la prévention se base sur le partenariat entre le patient et son médecin plutôt que sur un modèle paternaliste, où le médecin pense savoir ce qui est bon pour le patient, ou encore sur un modèle « *guidelines* », qui impose des cibles.

➤ **La manière positive, pas moralisatrice**

« Je pense qu'il y a un défi comme ça d'arriver à faire changer les choses pour un patient, sans qu'il soit l'objet de coercition, de menaces ou de risque de perdre, ne serait-ce que l'attention de son médecin. »

« Mon vieux, je sais ce qui est bon pour toi, tu dois faire ça! C'est un peu le modèle guideline, aussi. Pour faire un bon médecin, il faut obtenir telle cible, vous devez faire tel type de prévention, et tac tac tac tac. Ça reste paternaliste. Le côté paternaliste, il marche moyennement. On adopte plus un modèle partenarial. »

Il s'agit de placer la prévention dans le contexte et les circonstances de vie du patient. Ainsi, les dépistages ne se pratiquent pas de la même manière lorsque le patient réside en EMS (Etablissement médico-social) avec une espérance et une qualité de vie diminuées. Le niveau socio-éducatif, la pauvreté et les problèmes linguistiques constituent d'autres réalités contextuelles auxquelles le médecin se retrouve confronté : par exemple, une personne de condition modeste ne pourra pas accéder à une alimentation ou pratiquer des activités sportives comparables à celles d'une personne dotée de ressources financières plus substantielles.

➤ **Composer avec les réalités du terrain, tenir compte des besoins prioritaires et des intérêts du patient**

« On est quatre médecins à se partager 80 malades [en EMS], on a à peu près tous la même attitude, on attend qu'il y ait quelque chose qui vienne. Les gens vont là pour finir leur vie tranquillement, on va pas les embêter avec des examens ou des coloscopies. Mais ça c'est une attitude de village j'imagine. »

Il faut revenir continuellement sur les mêmes thèmes, tout en cheminant pas à pas. Le message préventif ne peut pas être transmis et reçu par le patient en une seule fois. Il n'aura un impact qu'en étant répété. Pour faire de la prévention, le médecin doit se montrer déterminé, car il faut du temps pour parvenir à des résultats. Il doit donc répéter et reprendre régulièrement les mêmes thèmes. Certains thèmes de prévention touchent tous les âges et peuvent être abordés à tout moment tandis que d'autres se révèlent plus difficiles s'il n'existe pas de lien avec la situation ou la pathologie du patient.

➤ **Persévérance – de manière répétée et à petites doses**

« Je trouve qu'il faut vraiment y aller par petits pas. Je reviens un peu sur le sujet, et surtout je ne brandis pas de grands spectres comme "qu'est-ce qui va vous arriver si vous continuez à fumer". Mais je reviens quand même assez souvent, et je trouve que ça paye beaucoup plus que d'envoyer un message important d'un coup. »

En général, la qualité des interventions d'un médecin n'est pas égale dans tous les domaines de prévention. Il s'établit donc une sélection qui se base sur différents facteurs, parmi lesquels on trouve les centres d'intérêt du médecin, le type et les thèmes de prévention qu'il préfère, ainsi que son propre vécu. Le médecin fait davantage de prévention dans les domaines pour lesquels il se sent compétent, pour lesquels il estime être suffisamment formé et détenir de bons outils. Le choix des thèmes est également influencé par les modes du moment, les thèmes qui prédominent dans les médias ou encore les formations suivies par le médecin. Enfin, l'état d'esprit, l'humeur, la conviction et la motivation du médecin caractérisent le choix du type de prévention qu'il est susceptible de pratiquer chaque jour.

➤ **Selon la personnalité, les intérêts du médecin**

« Je crois aussi qu'on ne fait bien que la prévention qu'on aime faire. On ne peut pas bien faire la prévention dans tous les domaines. Il faut vraiment la faire là où on se sent formé et où on a du plaisir à le faire. »

« Ça dépend aussi finalement de mon état d'esprit du moment, du temps que j'ai, etc. Donc c'est foncièrement inégalitaire. »

« On a tous un message. Et mon message 2008, c'est pas le message 2007, c'est pas le message 2006, on est absolument modelé par nos informations, notre personnalité, nos vécus, la mode et puis l'air du temps. »

Le rôle du médecin dans la prévention

Le rôle du médecin est perçu comme un double rôle: d'une part, le médecin réagit comme un soignant qui pose un diagnostic et propose un traitement, d'autre part, il agit de manière proactive en investiguant afin de mettre en évidence des facteurs de risque et en incitant le patient à réfléchir et à prendre en charge sa santé. Il est de la responsabilité du

➤ **Être meneur, jouer un rôle proactif**

médecin de poser les questions, d'identifier les problèmes et de dispenser les conseils adéquats qui dépassent la simple transmission d'informations.

« Un rôle actif dans l'approche de la santé, c'est un rôle actif par rapport à nos patients. Pas forcément en répondant à leurs attentes, mais en réponse aux besoins et aux demandes des patients. C'est un rôle où on est, nous, meneurs, c'est nous qui proposons, c'est nous qui informons. »

L'évolution du contexte de la prévention entraîne une évolution du rôle du médecin :

La place actuelle de la prévention résulte de l'évolution de différents domaines : de meilleures connaissances scientifiques (exemple : tabagisme, activité physique), des pathologies différentes (augmentation de l'obésité, du diabète), une autre approche du patient. Les aspects de la prévention commencent à trouver leur place au sein de l'enseignement et de la formation continue.

Les attentes des patients ont également changé : ces derniers posent plus de questions, ont des attentes plus précises et remettent davantage en doute la médecine. Depuis que les médias véhiculent des informations de prévention, le médecin n'est plus un interlocuteur privilégié. Il est relégué au second plan. Les patients lui accordent moins de crédit. La relation médecin-patient a changé et par conséquent le rôle du médecin aussi. Le médecin a perdu la prééminence de certains de ses rôles au profit de représentants d'autres corps de métier.

Certaines fonctions du médecin, comme par exemple dans la médecine scolaire, ont changé. Le médecin ne réalise plus d'examens physiques, mais fait plutôt de l'éducation à la santé. Le médecin n'intervient que dans un deuxième temps, lorsque des élèves lui sont signalés par l'infirmière scolaire ou le personnel de santé publique.

Les connaissances et la formation ont changé :

« La médecine préventive était relativement peu présente dans ma pratique il y a 20 ans. Et elle le devient beaucoup plus actuellement. Alors, je pense que les raisons sont multiples ; d'abord on en parlait moins il y a une vingtaine d'années. Les evidence based médecines sont probablement un peu plus pointues dans certains domaines, et on est un tout petit peu meilleur et on a des éléments un peu plus fondés pour faire une médecine préventive. »

Les attentes des patients et l'approche ont changé :

« Ce qui a changé au cours des 20 ans de mon cabinet, c'est ça : au début, le patient ne demandait rien. Il arrivait, il prenait tout. Et maintenant il arrive en posant une question. C'est lui qui va dire "à propos docteur, qu'est-ce que vous pensez de ça ?" et là, on

➤ **Les médecins s'interrogent sur l'évolution de leur rôle**

peut répondre. Mais il faut que le patient soit demandeur, sinon ça marche pas. »

« Mais il y a quand même un élément qui est nouveau par rapport à il y a 25 ans quand on s'est installé. Il y a 25 ans en arrière, on était quand même un relais dans la connaissance. Le patient venait vers nous et nous prenait comme l'interlocuteur privilégié. Maintenant plus. La connaissance, maintenant, il l'a sur Internet, à travers (...) des exposés. Il vient vers vous et vous dit : "mais vous, est-ce que vous en avez déjà entendu parler ?". »

Le système a changé :

« On est contrôlés, on nous dit qu'on coûte cher, etc. C'est sûr, en vingt ans il y a une différence folle. »

Les médias véhiculent beaucoup d'informations médicales et de prévention, que ce soit par les émissions de télévision, dans la publicité, sur Internet ou dans les journaux. Par conséquent, le médecin perd son rôle d'informateur privilégié. Il devient alors un intermédiaire. Dans ce nouveau rôle, il est parfois amené à rassurer le patient ou à réexpliquer ou corriger les informations mal comprises. Ce rôle d'intermédiaire lui offre cependant la possibilité de sensibiliser davantage le patient et de personnaliser l'information générale. Le médecin, en avalisant un message préventif diffusé par les médias, joue un rôle de « caisse de résonance » qui renforce l'impact de ce message auprès du patient de manière significative. Le médecin devient un maillon de la chaîne de prévention.

➤ **Être intermédiaire – faire le lien avec les médias**

« Finalement, le plus important, c'est d'être une espèce d'intermédiaire entre l'information qui est donnée et ensuite la transcription individuelle. Parce que, beaucoup de gens en fait ne se sentent pas nécessairement sensibilisés à ça, ils ont juste entendu, et puis finalement quand ils discutent avec nous ils se rendent compte que c'est important pour eux. »

Les médecins considèrent que leur travail consiste avant tout à soigner. La prévention au cabinet ne se fait que ponctuellement, sur demande.

➤ **Rôle de soigner**

« On est dans un système plutôt, je dirais, curatif, et la prévention, c'est quelque chose que chacun devrait un peu faire pour soi, s'y intéresser par la lecture ou d'autres choses. Le médecin traitant n'intervient que très ponctuellement, à mon avis. On peut toujours faire un dépistage, s'il y a un intérêt particulier comme arrêter de fumer ou essayer de maigrir etc. Mais pour la prévention en soi, pour moi, le cabinet n'a jamais été l'endroit précis s'il n'y a pas de demande. »

Pour donner un message de prévention cohérent, il faut montrer soi-même le bon exemple. Il ne faut pas fumer si l'on souhaite inciter le

➤ **Être exemplaire**

patient à arrêter de fumer. Donner l'exemple pour l'alimentation, l'activité physique et la fumée est considéré comme utile, mais il convient de garder l'idée du médecin qui est, lui aussi, aux prises avec des défauts humains, un médecin qui échange l'information plutôt que de chercher à enseigner ses connaissances.

« Si vous fumez vous-même et que vous avez un cendrier sur le bureau, c'est difficile de lui dire d'arrêter de fumer. (...) on vit dans un village, on nous connaît. Si vous prenez la voiture pour aller acheter du pain à 200 m, vous ne pouvez pas leur dire de bouger et que le sport leur fera du bien. »

Les médecins ont une définition floue de la prévention primaire ou secondaire. Certains considèrent le dépistage comme de la prévention, d'autres pas. Dans la pratique courante, la majorité des médecins font de la prévention secondaire: ils détectent les problèmes afin de pouvoir intervenir à un stade précoce de la maladie, ils pistent les facteurs de risque et font des prises de sang. La place de la prévention primaire en cabinet est plus controversée, hormis pour les vaccinations.

➤ **Prévention
primaire versus
prévention
secondaire**

La prévention « par les actes » est finalement celle qui paraît la plus simple à mettre en pratique. C'est celle qui est enseignée pendant les études. Elle consiste à prendre la tension artérielle, à faire une anamnèse avec status clinique et à effectuer des examens complémentaires. Cependant, la réalisation régulière de l'examen clinique est facilement négligée au cours d'une longue relation médecin-patient, au profit de la discussion. Il ressort du discours que les médecins sont plus à l'aise avec la prévention secondaire, notamment lorsqu'elle est liée à des actes.

« Il faudrait peut-être différencier ce qui est une prévention primaire et une prévention secondaire. J'ai l'impression qu'à part la vaccination, chez les enfants notamment, qui est à peu près ce que je fais le plus en prévention primaire, j'ai souvent l'impression de ne faire que de la prévention secondaire, c'est-à-dire quand on a découvert quelque chose, qu'est-ce qu'il faudrait faire pour essayer de ne pas péjorer la situation du patient. »

Les médecins ont aussi un rôle en dehors du cabinet: ils interviennent dans les écoles, font des conférences et, surtout dans les villages, rencontrent leurs patients tous les jours en dehors du contexte professionnel.

➤ **Rôle hors
du cabinet**

« Dans un village, on vit quand même avec les gens. On les voit en allant à la poste, on les voit au bistrot, on les voit dans des fêtes, on les voit quand on sort, là c'est certainement un avantage de vivre dans une petite communauté. »

Risques et angoisses liés à la prévention

Les médecins perçoivent des risques liés la prévention à plusieurs niveaux. Elle peut être angoissante pour le patient si le message met en évidence

des facteurs de risque pour sa santé ou des comportements à risque qui peuvent diminuer sa qualité de vie et surtout la durée de celle-ci. En ce sens, la prévention peut paradoxalement rendre les gens malades.

« La prévention (...) est anxiogène. Presque. On dit aux gens, si vous n'arrivez pas à ça, si vous êtes pas comme ci, si vous êtes pas comme ça, vous allez mourir, au fond. »

« Il y a effectivement toute une série de sujets en médecine préventive où là, la certitude de ce qu'on fait est loin d'être prouvée. Et sur lesquels il faut faire très attention de pas transformer les gens en bonne santé en des malades, ça je suis tout à fait d'accord. »

La prévention peut également être culpabilisante pour le médecin, qui aimerait ou devrait faire plus, mais ne le peut guère pour différentes raisons (temps, problématique complexe, etc.). Elle est également perçue comme contraignante et pesante. Le médecin se sent chargé de lourdes responsabilités et s'interroge sur la morale médicale.

« Quand on lit les articles sur la prévention, "c'est les généralistes qui doivent faire ceci", etc. Le poids, l'exercice, les relations sexuelles, la fumée, la drogue, l'hygiène mentale, l'alcool... On a de grosses responsabilités. »

« Où est la frontière entre la prévention et la morale médicale ? Est-ce que c'est le médecin qui serait censé dire tout ce qui est juste et être porteur de la bonne parole et du dogme ? »

Prévention systématique versus prévention opportuniste

Pour les médecins, la prévention se fait de manière autant systématique qu'opportuniste. Il est parfois difficile de déterminer si l'intervention est systématique ou opportuniste.

➤ Prévention systématique

Les médecins font de la prévention « par les actes » de manière systématique (auscultation, mesure de la tension artérielle etc.). La première consultation est réalisée de façon relativement schématisée par les médecins : ils réalisent une anamnèse familiale, interrogent sur les facteurs de risque familiaux et les facteurs de risque personnels. Il y a des médecins qui font systématiquement les examens de dépistage en fonction des recommandations et de l'âge du patient.

« Je trouve que c'est un peu un autre discours si on fait vraiment de la promotion de la santé ou du dépistage. (...) le dépistage, je le ferai systématiquement en fonction du moment où l'examen est recommandé »

« Quand je vois les gens la première fois que j'ouvre un dossier, j'essaie d'avoir une approche systématique. Et comme ça a été

évoqué, je parle de facteurs de risque, je parle anamnèse familiale, vaccins, etc. »

Certaines occasions, comme un check-up ou un certificat de bonne santé, sont saisies pour aborder plus facilement des thèmes de prévention.

➤ **Prévention opportuniste**

Les médecins semblent d'accord sur le fait qu'ils font de la prévention tous les jours en fonction des opportunités qui se présentent. L'objectif est de saisir les occasions durant la consultation pour aborder le thème de prévention que la situation soulève.

« Et puis y a la prévention de tous les jours, c'est-à-dire si quelqu'un vient pour un bras cassé, on peut lui prendre la pression, c'est pas difficile. Si quelqu'un, ben justement, a une sinusite, qu'on disait : parlez du tabac. Et je crois... elle est en fait dans tous nos actes. Et puis je crois qu'il faut prendre celle qu'on peut avoir, au moment où on l'a. »

« Je pense qu'on a des opportunités, faut sauter dedans. Y en a peu qui vont demander. »

6.2 PROBLEMES IDENTIFIES

Les problèmes identifiés par les médecins sont classés dans les 5 catégories suivantes :

- Du côté du médecin
- Du côté du patient
- Du côté du système de santé
- Du côté de la formation
- Du côté de la politique/du contexte socio-économique

Du côté du médecin

Les médecins se plaignent du manque de temps, qui les incite à sacrifier la prévention primaire au profit du problème spécifique qui amène le patient. Ils ont des créneaux relativement formatés, ce qui explique que le temps à consacrer à la prévention manque. En raison du manque de temps, le médecin va répondre à la demande du patient avant tout – soigner étant considéré comme le réel travail du médecin – et, le cas échéant, intégrer un peu de prévention dans la consultation. Il est difficile de faire vraiment de la prévention primaire.

➤ **Manque de temps ?**

Par manque de temps, le médecin risque de dire ce qu'il faudra faire au patient, sans pouvoir aborder avec lui la manière de le faire. Le manque de temps peut aussi empêcher les médecins de lire les brochures d'information avant de les distribuer. Si les médecins voulaient vraiment suivre les recommandations, ils devraient consacrer beaucoup plus de temps à chacun de leurs patients, ce qui n'est pas envisageable.

Les médecins peuvent toutefois remettre cela en question: ils pensent qu'il faut prendre le temps. Sous cet angle, la notion de temps fait appel à celle de priorité. Dans les citations retenues dans ce chapitre, le manque de temps apparaît aussi presque comme une sorte de justification. Les médecins disent par ailleurs que c'est peut-être par manque de savoir qu'ils ne font pas de la prévention ou parce que cela leur paraît trop compliqué.

« Si on n'a pas le temps et qu'il faut [s'occuper d'] un problème précis, la prévention ne va pas intervenir. Probablement qu'on va se fixer sur le problème précis du cas. Donc il me semble que la prévention est plutôt intégrée, il est difficile pour nous de faire vraiment de la prévention. »

« C'est vrai que si on devait aborder tous les sujets dont tu parlais, je crois qu'un patient nous remplirait une journée largement. »

« Toute la question c'est le temps qu'on peut consacrer aux extras, en plus de notre travail. Ça, c'est le facteur limitant. »

Faire de la prévention est vécu comme quelque chose de pénible, difficile et frustrant, qui demande de la persévérance si l'on veut continuer d'en faire. Le fait de répéter toujours la même chose sans obtenir de résultats, sans savoir si le message est reçu ou non, s'il sera efficient, occasionne de la frustration. Il y a parfois des moments gratifiants, par exemple si le patient a changé de comportement suite à l'intervention du médecin, mais il s'agit d'une satisfaction ponctuelle, rare. La notion de non-reconnaissance est également mentionnée: le médecin n'est pas valorisé pour ses efforts de prévention. Il en a pourtant besoin pour entretenir sa motivation.

➤ **Pénibilité /
lassitude**

« Le fait que ce qu'on fait ne soit pas valorisé etc., on a encore plus envie de baisser les bras et de se dire "de toute façon à quoi ça sert ?", puisqu'en plus on ne nous reconnaît pas. »

« Quand je discute avec des collègues qui sont installés depuis longtemps, je perçois parfois une certaine lassitude. Ils disent "mais de toute façon, ça fait 20 ans qu'on le répète, puis les gens ne changent pas". Et je pense que, si on a cette lassitude, on est moins motivé pour le faire. »

Les médecins trouvent que la prévention peut transformer une personne en bonne santé en « patient malade », dans le sens où l'on traite par une médication quotidienne des maladies qui ne se manifesteront peut-être que vingt ou trente ans plus tard. Les doutes concernant la médication préventive qui traite des maladies qui ne se déclareront peut-être jamais posent un problème aux médecins. Il y a des médecins qui réfutent cet argument et trouvent que, au contraire, la prévention médicamenteuse diminue la prévalence, notamment des maladies cardiovasculaires. Par contre, cela pose des questions philosophiques, par exemple au sujet de

➤ **Scepticisme
envers la
prévention
médicamenteuse**

l'augmentation de la durée de vie en lien avec une mauvaise santé en raison d'autres maladies, par exemple de type Alzheimer.

« Je suis pas toujours très à l'aise avec la médecine préventive, notamment celle qui rend les gens malades. C'est vrai que si c'est au fond parler du mode de vie, là y a pas de problème – par contre à commencer à prescrire des statines, de l'aspirine, du metfin et je ne sais quoi encore... Moi, je le fais parce que c'est ce que j'ai appris et puis, j'ai pas de raison de penser que c'est faux, mais ça me met quand même un peu mal à l'aise. »

« On doit traiter les maladies que vous aurez dans 20 ans, vous aurez l'ostéoporose dans 20 ans. Donc, je dois pas seulement me préoccuper de l'actuel, mais de ce qu'il y a dans l'avenir avec une pression de consommation qui est complètement contre mon naturel. Moi j'ai aussi beaucoup de doutes là autour. »

Dans certains domaines, les médecins doutent de l'efficacité de la prévention ou plus exactement de ce qu'ils font. Bien qu'ils répètent certains messages, le patient ne change pas, ce qui fait douter le médecin de son efficacité et remet en question le sens de la prévention. Les médecins peuvent être sceptiques, même s'ils ont la confirmation scientifique de l'efficacité des mesures, comme c'est le cas par exemple pour les interventions brèves. Il est difficile pour le médecin de savoir s'il est efficace puisque les patients qui vont bien ne reviennent pas et iraient peut-être bien même sans l'intervention du médecin. Le médecin suit surtout les patients dont l'état ne s'améliore pas. Autrement dit, au sein de son cabinet, considérant les mesures liées à la prévention qu'il met en œuvre, il est plus souvent confronté aux échecs qu'aux réussites.

➤ **Doutes concernant l'efficacité**

« ...y a quand même des études qui montrent que des interventions brèves, par exemple pour le tabac, pour l'alcool, en quelques mots, il semblerait, très étonnamment, moi j'ai de la peine à y croire, mais paraît que ça a un effet. »

« Pas très facile à identifier. Parce que ceux qui vont bien, on pourra pas dire c'est parce qu'ils ont écouté ce qu'on a dit ou bien parce que de toute façon ils auraient bien évolué quand même. (...)

Je sais pas si on peut dire qu'on est efficace. »

L'attitude du médecin envers la prévention peut être une barrière en soi. Il est important que le médecin croie en ce qu'il fait, qu'il croie que cela a un sens. Ses convictions personnelles au sujet d'une intervention de prévention constituent un facteur de succès en cas d'accord mais peuvent, dans le cas contraire, l'empêcher d'être convaincant. Il semble important que le médecin puisse se positionner à titre personnel, qu'il se sente à l'aise de faire de la prévention en accord avec sa propre personnalité et ses

➤ **Personnalité/ attitude du médecin**

convictions, parfois en se remettant en question. L'attitude du médecin envers le patient joue un rôle important. Si le médecin ne croit pas en son patient, cela peut empêcher un changement.

« Si le patient sent qu'on est concerné et de façon authentique, pas de façon théâtrale, on est beaucoup plus efficace que si on fait les choses comme si on faisait une check-list. »

« Les médecins qui pensaient que ce patient pourrait bien normaliser ses chiffres avaient des meilleurs chiffres que celui où il pensait que de toute façon ça irait pas. Donc, y a des sortes, comme ça, d'intuitions ou de prédictions positives ou négatives. »

Il est difficile pour le médecin de faire de la prévention sans savoir s'il a un impact ou non, sans pouvoir évaluer. On constate une certaine mise en question de la part du médecin: il doit faire le deuil de sa toute-puissance et accepter l'existence de limites qui ne dépendent pas de lui. Il en résulte que le médecin ne veut ni ne peut tout porter lui-même. Le médecin se trouve aussi chargé de nouvelles missions dans le domaine de la prévention, mais sans savoir où mettre les priorités. Il se trouve alors « déboussolé ».

➤ **Trop sentir ses limites/doutes concernant l'impact**

« Quand il s'agit d'induire un processus de changement de vie, là on rentre dans un domaine plus difficile à évaluer, à juger de l'impact. »

« Oui, on a un rôle à jouer, mais pas forcément tout porter sur nos épaules, parce qu'il y a les croyances des gens, y a la façon de cuire le beefsteak, y a plein de choses qui influencent. Et je crois qu'on doit des fois oser se décharger et puis dire je fais ce que je peux à ce moment-là. »

« Dans le fond, nous on est là au milieu, on nous assène de charges de missions, alors vous devez faire ci, vous devez faire ça. Et puis dans le fond, on est un petit peu déboussolé par tout ça, parce que on sait pas très bien lesquelles sont les missions les plus importantes. »

Certaines brochures sont trop compliquées pour le patient, ce qui peut l'angoisser et rendre l'information contre-productive. Il y a trop de propositions de brochures de sources et de qualités variables. D'une part, les médecins n'ont pas toujours le temps de les lire avant de les mettre à la disposition des patients et, d'autre part, ils ne savent pas très bien dans quelle mesure les patients les lisent. De plus, certaines brochures possèdent une orientation clairement commerciale (comme celles de l'industrie pharmaceutique).

➤ **Qualité des brochures**

« Par exemple, certaines brochures de la Société Suisse de Cardiologie sur les lipides, ça c'est trop compliqué, les gens ne peuvent pas comprendre. On agite le spectre de l'infarctus et les

gens sont encore plus angoissés qu'avant, c'est un peu contre-productif. »

Il n'est confortable ni pour le médecin ni pour le patient d'entrer dans l'intimité de vie du patient pour évaluer son mode de vie ou des comportements à risque. Le médecin ne se sent pas à l'aise avec cette démarche. C'est ressenti comme une prise de risque pour la relation thérapeutique. Il est donc plus facile de se baser uniquement sur des éléments objectifs comme des examens ou des dosages. Les chiffres permettent également de pouvoir mesurer les résultats et l'évolution du patient. Le contrôle de ces éléments objectifs permet d'éviter de se poser certaines questions plus fondamentales sur la façon de fonctionner du patient et la qualité de l'intervention préventive du médecin qui doit éventuellement se confronter à lui-même.

« La question, c'est quand on ne reste pas juste sur des éléments objectifs, quand on regarde la vie des gens, on entre aussi dans l'intimité des gens. Et ça c'est pas forcément confortable, ni pour soi-même, et je pense c'est l'obstacle principal, et pas toujours non plus pour le patient. Donc on prend un risque. »

« Y a un besoin comme ça, d'objectivation, qui est... nous pousse dans une fausse direction. Ça nous évite toute la subjectivation de pourquoi on fait ça, pourquoi on est comme ça, qu'est-ce qu'on cherche. »

Il arrive que les médecins fassent de la prévention, comme des contrôles du cholestérol, pour des raisons financières : les contrôles réguliers assurent la viabilité du cabinet, mais leur indication n'est pas toujours adéquate.

« Celle des maladies cardiovasculaires, qui est en fait notre gagne-pain en milieu en tout cas citadin ou demi-citadin, c'est ce qui nous fait vivre : le contrôle du cholestérol, les encouragements à l'activité sportive. Donc on fait aussi pour des raisons de viabilité du cabinet, j'en suis convaincu, je m'excuse d'être provocateur, on fait beaucoup de prévention. »

Du côté du patient

Le médecin est confronté aux réticences du patient, qui n'est pas intéressé à discuter de la prévention, notamment parce qu'il va bien, ou n'est simplement pas prêt à aborder ce type de questions. Par conséquent, le patient n'est souvent pas demandeur de prévention. En parlant de prévention, le médecin prend alors le risque que le patient ne revienne plus, puisque cela ne correspond pas à sa demande, voire l'offusque. Du point de vue du médecin, son rôle de prestataire de mesures de prévention n'est pas légitimé par le patient, lequel attend du médecin qu'il le soigne. Il ne lui accorde donc pas forcément ce rôle. Certains patients se tournent plutôt vers les médecines alternatives pour chercher des conseils et des

➤ **Risques de la prévention :**
besoin de rester dans « l'objectivité »

➤ **Risques de la prévention :**
pressions financières

➤ **Conseils prévention pas légitimes – pas conformes à la demande du patient**

traitements qui améliorent leur bien-être. Selon les médecins, certains patients peuvent penser que le médecin utilise les conseils de prévention dans le seul but de pouvoir facturer des consultations et se sentent abusés.

« ...même en prévention secondaire, après un infarctus - combien on a de patients qui recommencent à fumer au bout de trois mois malgré tous nos messages ? Donc, la prévention de la part du médecin c'est bien, mais le message n'est pas forcément désiré par le patient. Ça c'est une limite que nous avons souvent dans notre consultation. »

« La grosse majorité du temps, ils viennent avec un problème qu'il faut régler, on donne une réponse à ce problème. Mais ça n'appelle pas forcément toujours à aller parler d'un domaine de prévention primaire après, qui n'aurait pas grand sens avec le motif de la consultation. »

« J'ai l'impression que les patients sont pas toujours (...) convaincus que le médecin a un rôle de prévention primaire. Le médecin, en premier, il soigne. »

La peur liée à un incident dans leur entourage ou au visionnement d'une émission de télévision peut amener le patient à consulter. Quand il se sent concerné, il est plus à l'écoute des messages de prévention et plus ouvert à la discussion avec le médecin. Cependant, l'effet motivationnel induit par la peur ou la menace n'est souvent que de courte durée.

➤ **Peur**

« C'est une campagne ou une émission à la télévision qui va susciter des craintes pendant un très court temps, des questions et puis après on oublie. »

Les personnes aisées financièrement viennent plus souvent avec des demandes de bilans de santé et adhèrent plus facilement à l'idée d'un suivi préventif. Par contre, ces patients dotés d'un statut socio-économique plus élevé ont souvent une éducation en santé plus développée et détiennent plus de connaissances en matière de prévention. Ils considèrent savoir quoi faire et n'écourent plus le médecin. Le médecin perd alors son autorité sur le sujet.

➤ **Impact des contraintes socio-économiques**

« ...faire une meilleure prévention, quand les gens ont un peu plus de temps et un peu plus de sous, c'est évident, c'est beaucoup plus facile à Prangins qu'à Lausanne, pour faire revenir les gens, pour les faire adhérer. Je pense qu'il y a beaucoup plus de demandes aussi de bilans de santé et de choses comme ça. »

Pour les personnes n'ayant que peu de moyens financiers, la prévention n'est pas une priorité. Ainsi, s'alimenter sainement ou avoir une activité physique régulière sont des choses parfois coûteuses auxquelles elles

n'accèdent pas toujours. Une consultation prolongée pour parler d'un sujet de prévention ne se justifie pas forcément médicalement à leurs yeux.

« La pauvreté : comment manger sainement quand on est chômeur et puis qu'on va aux cartons du cœur aussi? »

« Les gens sont souvent quand même contents quand on parle avec eux. Mais ils sont nettement moins contents quand ils voient que la consultation était plus longue et coûtait plus chère. Là, c'est quand même un retour qu'on a régulièrement. »

Le manque de motivation du patient est une barrière importante pour le médecin et très difficile à surmonter. La motivation demeure pourtant un élément essentiel pour l'impact de la prévention.

➤ **Motivation**

Selon les médecins, les patients se désintéressent ou résistent aux messages de prévention. S'ils s'engagent dans une activité de bien-être, ils ne persévèrent pas par manque de motivation. Les raisons souvent invoquées sont le manque de temps, l'absence de résultats rapides ou le fait de ne pas se sentir suffisamment concerné en raison de leur jeunesse ou de leur bon état de santé.

« Mon rêve, (...) c'est des injections ! Des injections de motivation pour les gens. Parce que tu peux offrir des fitness gratos, tout ce que tu veux, ils vont aller deux, trois fois. Puis, j'ai plus le temps, les gamins, l'école, les trucs. Ils vont pas y aller, même si c'est gratuit. »

« La stimulation du patient dans notre consultation reste très, très difficile. Si le patient ne vient pas avec une question et une motivation à la consultation, pour moi de le réveiller en lui ça fera naufrage. C'est énorme, c'est épuisant. Par contre, s'il vient avec cette motivation, le résultat est toujours beaucoup meilleur. »

Les différentes caractéristiques des patients font qu'il n'est pas possible de faire la même prévention auprès de tous. En effet, certains patients ont une méconnaissance totale des maladies ou des principes d'alimentation. Le médecin devra commencer par leur expliquer les éléments de bases. Les médecins estiment que les croyances culturelles véhiculées par des groupes sociaux (par exemple chez les migrants) sont fortes, relativement rigides et donc difficiles à modifier, à l'instar des vaccins contre la polio qui, en Turquie, sont réputés rendre impuissant.

➤ **Hétérogénéité des connaissances et compétences**

« Y a des fois où c'est tout à fait impossible, parce que les gens ont des problèmes psychologiques ou autres. Ou chez les requérants d'asile, où je pense que la place pour la prévention est beaucoup plus petite, parce que ça sonne faux, parce que ça répond pas à leurs préoccupations, à leurs croyances. »

Du côté du système de santé

Les médecins estiment que les fonds de prévention des caisses-maladie ne sont pas suffisamment utilisés et que les assureurs ne promeuvent pas assez la santé. Ils ne se sentent ni aidés, ni soutenus par les caisses-maladie pour faire de la prévention. On constate une absence de partenariat. Les médecins pensent que les assureurs auraient un intérêt à s'engager financièrement dès aujourd'hui afin de prévenir des maladies et diminuer les coûts futurs. L'un des arguments avancés est que les caisses-maladie ne veulent pas payer pour des assurés qui risquent de changer de caisse à la fin de l'année. Les médecins regrettent que la prévention soit une prestation hors LAMal^m.

➤ **Système d'assurance**

« Nous, on est evidence based medicine. Eux, ils sont suspicion based insurance. »

« Si l'assureur paie les mesures de prévention et que le patient change d'assureur, il a payé pour rien au fond, c'est ça la philosophie. On voit tout de suite leur philosophie, c'est de ne pas payer maintenant. »

« ...dans la LAMal, pour prendre un exemple, la notion de prévention, j'entends, elle n'existe pas. »

Le médecin qui fait de la prévention en suivant les recommandations des sociétés médicales (exemple : colonoscopie) court le risque d'être considéré comme trop cher par les caisses-maladie et pourrait alors rencontrer des problèmes avec santésuisseⁿ. Lorsque le médecin facture certaines prestations dans l'unique but de prévention, le patient risque de ne pas être remboursé. Celui-ci ne le comprend pas et n'est pas d'accord. La prévention n'a pas de position dans la LAMal. Les actes préventifs ne sont donc pas forcément pris en charge par la caisse. Certaines prestations de prévention doivent être justifiées par d'autres raisons pour être prises en charge par la caisse, comme le vaccin contre l'hépatite B chez le toxicomane.

➤ **Remboursement non garantie**

« En dépistage, si l'assurance tout d'un coup voit que depuis Prangins tous les cinquantenaires ont une coloscopie et que c'est le même docteur qui les prescrit, ben moi j'ai des petits pépins je pense vis-à-vis du remboursement. Donc on n'est pas tellement aidé de ce point de vue-là. Je trouve que la coloscopie est un très bon exemple parce qu'en lecture on sait ce qu'on devrait faire, et puis pratiquement et assécurologiquement on sait qu'on ne peut pas tellement le faire. »

^m Loi fédérale sur l'assurance maladie

ⁿ association faîtière de la branche de l'assurance-maladie sociale

« ...c'est vrai que le check-up comme on le fait à partir de quarante ou cinquante ans, c'est de la prévention pure et les assurances ne doivent pas forcément entrer en matière. Mais on les fait quand-même parce qu'on estime que ça fait partie de notre travail de base. Donc on passe dessus et on le facture ; les assurances savent très bien que c'est des check-up. »

Les médecins voient la franchise comme un obstacle qui dissuade certains patients de consulter alors qu'ils en auraient besoin. Les patients avec une franchise élevée, surtout les plus jeunes, ne veulent pas d'intervention de prévention lors d'une consultation motivée par d'autres raisons.

➤ **Prévention hors franchise**

« C'est une question d'assurance. Parce que souvent les gens qui ont des grosses franchises, ils veulent pas faire de prévention. »

« Les personnes moins âgées, elles viennent pour des choses comme la grippe, des douleurs. [Elles] consacrent moins de temps à nous écouter. Parce que [elles] ont une franchise élevée, donc [elles] n'aiment pas qu'on fait le bilan de santé, ou bien qu'on discute trop avec [elles]. »

Les médecins se sentent isolés dans le système de santé. Cet isolement est en partie attribué à la personnalité du médecin de famille, qui a tendance à être individualiste et indépendant. Mais les médecins se sentent également marginalisés par d'autres instances qui ne les considèrent pas comme des acteurs dans le domaine de la prévention.

➤ **Isolement des médecins de famille**

« L'un des problèmes des médecins de famille, c'est l'individualisme. C'est des gens qui veulent tenir un peu tout ça, qui ont beaucoup de peine à travailler avec plusieurs. »

« ...Y a un biais idéologique. On nous a pas assimilé de manière nette à un concept de vraie prévention. C'est intervention avant. On est encore... d'ailleurs quand il y a des campagnes, etc., y a l'image médicale est pas du tout associée à cette notion. »

Les médecins rencontrent des difficultés à collaborer avec certains corps de métiers, notamment avec les pharmaciens, qui ont prioritairement une approche commerciale. Des partenariats qui nécessitent des réunions ou colloques formels supplémentaires sont difficilement envisageables compte tenu du manque de temps.

➤ **Partenariats difficile**

« Organiser des tas de colloques, ça va pas jouer, on n'a pas le temps. Surtout si c'est un peu formel. »

« Si on délègue aux pharmaciens ce qu'ils font déjà, c'est-à-dire doser le cholestérol, les batteries complètes, les tests cardiovasculaires maintenant. On n'est pas dans le même

domaine ! Nous on ne vend pas de la santé. C'est une histoire de business. Et je crois que là il faut vraiment savoir avec qui on travaille. Moi je suis pas favorable à cette collaboration. »

Du côté de la formation

Les médecins trouvent que le domaine de la prévention n'a pas été suffisamment abordé durant les études malgré leur longueur et les cours en médecine sociale et préventive. Les médecins, notamment les plus âgés, n'ont pas appris les techniques appropriées pour faire de la prévention et ont le sentiment de ne pas savoir comment s'y prendre. Il y a des médecins qui trouvent difficile de se former : rester à jour demande des efforts. Ils questionnent la rentabilité de la formation en termes d'investissement financier et de temps.

➤ **Formation non pertinente/ inadéquate**

« Mais c'est vrai que moi, je constate avec le recul que j'ai aucune formation pour ça. C'est juste le bon sens et la prise en charge globale du patient, puis, en discutant avec le patient, qu'on arrive au fur et à mesure à faire de la prévention. »

La formation pré- et postgraduée, surtout hospitalière, ne semble pas adaptée à l'installation en cabinet. Il y a une trop grande différence entre ce que les médecins ont appris durant leur formation prégraduée, puis postgraduée en médecine hospitalière, et la réalité du cabinet. Les médecins ont l'impression qu'ils ont dû beaucoup apprendre « sur le tas ».

➤ **Formation inadaptée pour l'installation en cabinet**

« Alors ma formation en milieu hospitalier est récente, mais je trouve que cette formation en milieu hospitalier ne prépare pas complètement à la pratique en cabinet. »

Les *guidelines* sont généralement jugés utiles, mais ils posent certains problèmes. Le médecin ne sait pas toujours où trouver le *guideline* adéquat. Il en existe trop et les recommandations sont parfois contradictoires.

➤ **Guidelines peu pertinents**

« On est en fait dans le problème de savoir où se trouvent les guidelines, où se trouvent les recommandations thérapeutiques. Dans la prévention ils doivent aussi exister. Notre problème, à nous, c'est comment faire avec les guidelines des spécialistes ? »

Certains *guidelines* n'ont pas de sens en cabinet, car ils sont difficiles à mettre en pratique et ne correspondent pas à la réalité d'une prise en charge complexe qui intègre le patient dans son contexte. Parfois les *guidelines* sont très clairs, les directives précises, mais se révèlent inapplicables car irréalistes, ou parce qu'en cas d'application systématique, le système de santé n'en supporterait pas les coûts.

« Et si on appliquait vraiment, si on faisait des coloscopies à tout le monde, le système exploserait. »

« On a des tas de guidelines fantastiques qui apparaissent les uns après les autres, dont on nous torpille, qui n'ont pas de sens dans notre pratique, qu'on est tous d'accord. Mais les mettre en pratique, c'est une chose bien plus complexe. »

« Moi, je vais vous donner un exemple. On a eu une formation, à Neuchâtel, il y a une année, sur l'hypertension, sur justement toutes les choses de la prévention (...). Quand il a fini son exposé, j'ai levé la main et je lui ai dit, "on a à peu près le même âge, je pense que vous devez prendre en tout cas quatre comprimés tous les jours". Il a rigolé, on a tous rigolé. Parce que dans toute l'équipe, si on avait écouté ce qu'il nous avait dit, on prendrait tous quatre comprimés en prévention tous les jours (...). C'est un peu ça l'idée, si vous voulez, l'idée de ces guides, de ces indications, qui sont extrêmement précises, qui sont scientifiquement parfaites mais très souvent inappliquées et inapplicables. »

Du côté politique/du contexte socio-économique

Les médecins constatent un climat d'incitation au rationnement qui n'encourage pas à faire de la prévention, notamment dans le contexte de l'introduction des DRG (Diagnosis Related Group). Ils souhaiteraient une meilleure information en santé publique au niveau national, avec des actions plus dynamiques, qui serait à leurs yeux nécessaire pour contrebalancer la publicité de l'industrie du tabac, qui met des moyens financiers considérables dans ses campagnes publicitaires. Les médecins déplorent à ce propos un manque de volonté politique, qu'ils mettent en relation avec l'existence d'un puissant lobby économique de l'industrie du tabac, entre autres. Les médecins regrettent un manque de cohérence entre les différents cantons, notamment en raison de l'absence d'un programme national de prévention.

➤ **Prévention structurelle inadéquate**

« On pourrait avoir au niveau national une information santé publique qui soit meilleure, qui soit plus dynamique. Ce sera assez difficile de contrebalancer les moyens publicitaires des cigarettiers. »

« On ne peut plus consulter librement en Suisse aujourd'hui parce qu'on est mis dans une statistique qui nous compare aux coûts par patient, et non pas par cas, pas par but thérapeutique. D'un point de vue de la politique de la santé, cette situation fait qu'on est tous incités à en faire le moins, on est tous incités au rationnement, on fait tous du rationnement. »

On constate une méfiance chez les médecins à l'encontre de la promotion des médicaments pour la prévention émanant de l'industrie pharmaceutique : les messages publicitaires induisent un sentiment d'urgence pour l'introduction de médicaments préventifs tandis que les brochures sont suspectées de faire plus la promotion des médicaments que de la santé. L'objectivité des *guidelines* soutenus par l'industrie pharmaceutique est remise en question.

➤ **Puissances industrielles**

« Il faut garder un esprit très critique (...) sur la manière dont les boîtes pharmaceutiques utilisent, se sont engouffrées dans la prévention. Dans un domaine qui est aussi un domaine de pilule. »

6.3 PROPOSITIONS DE SOLUTION (INCITATIONS)

Médecins

S'intéresser à son patient dans sa globalité permet au médecin de créer une relation de confiance avec lui et de bien le connaître. Ce lien aide à intégrer des thèmes de prévention dans la discussion avec le patient, en l'accompagnant selon son rythme et avec une attitude ouverte, authentique et empathique.

➤ **Soigner le relationnel/
favoriser le dialogue**

« Une des choses que les étudiants disent à la fin souvent, mais c'est incroyable comme vous avez l'air de bien les connaître vos patients. Et puis les discussions, elles sont souvent souples, des fois on rit, des fois on... ça s'est une des remarques qui ressort quand même assez souvent. Comme ils sont surpris au fond qu'on se connaît bien. Que c'est pas juste un symptôme et une réponse. »

« On garde le lien tout le temps, puis quand le patient vient, ben vous moulinez un petit peu. Puis après il s'en va, vous lâchez un peu. Petit à petit, il y a quelque chose qui nous rapproche, puis peut-être à la fin (...) on obtient ce qu'on cherchait, mais avec un peu de patience et du relationnel. »

Les médecins constatent un décalage entre les objectifs des *guidelines* et les résultats réellement obtenus chez leurs patients, ce qui les culpabilise. En relativisant ces objectifs et en les inscrivant dans un aspect temporel, leur motivation se trouverait améliorée. La valorisation du processus de changement peut encourager le médecin plutôt que l'obtention d'une certaine valeur recommandée. Une information réaliste et le partage des difficultés rencontrées avec les médecins spécialistes des instituts universitaires peuvent rassurer les médecins quant à l'utilité des interventions, même si le résultat n'est pas visible rapidement.

➤ **Relativisation
des objectifs**

« Si on peut dire, voilà une sorte de but lointain, allez dans cette direction, essayez de vous en rapprocher. Faites ce que vous pouvez de mieux. Ça encourage beaucoup plus les gens, que de les décourager parce qu'on y arrive pas. »

« ...instaurer une sorte de culture de la prévention. Mais une culture qui est en même temps précise, puis en même temps pas, disons, qui fixe pas un but absolu. J'ai entendu pour la première fois un diabétologue (...) dire, mais bien sûr on vous donne des chiffres, des valeurs à essayer d'atteindre, mais vous comme nous, on y arrive pas toujours. Mais c'est ça. Avant je parlais de

culpabilisation. Mais si quelqu'un qui est très compétent, peut nous dire ça, alors moi je travaille autrement, je pense. Je travaille, j'essaie, je vais me donner de la peine. Mais si j'arrive pas, je vais pas me dire que je suis un imbécile. »

Le médecin peut utiliser des questionnaires de dépistage pour avoir un aperçu global quand il voit un patient pour la première fois, ou encore pour gagner du temps, faire réfléchir et élargir la prise en charge d'un patient. Cependant, il doit toujours rester conscient de l'importance que revêtent le dialogue et l'écoute. Les questionnaires peuvent également être utilisés dans le but d'examiner une situation précise, tel un comportement alimentaire.

➤ **Questionnaires**

« ...c'est ça le défi, c'est d'arriver à faire un questionnaire ou, en fait, la question, elle est pas simplement pour renseigner le médecin, mais elle est aussi pour faire réfléchir le patient. Parce que sinon, c'est déjà 5 minutes qu'on lui prend sur sa consultation (...), sur sa possibilité de dire quelque chose qu'il ressent. »

« Je leur donne le questionnaire (...) et ainsi j'ai déjà beaucoup d'informations sur lesquelles se base la consultation par la suite. Donc moi je suis très convaincu de cet outil et je vois aussi que les patients eux-mêmes sont contents aussi qu'on aborde une fois davantage que le problème pour lequel ils viennent sur le moment. Ils se sentent pris en charge. »

« J'ai gardé ce système par exemple pour la prévention de l'ostéoporose, où les gens remplissent un questionnaire qui me permet d'emblée de signaler un certain nombre de choses. J'ai aussi gardé un questionnaire pour le dépistage de la boulimie, les troubles du comportement. »

Les avis concernant la documentation et les brochures destinées aux patients divergent. Certains médecins les lisent et les utilisent, d'autres les jettent. Certains en reçoivent beaucoup, d'autres trouvent qu'il en manquent. Ils émettent des réserves à l'encontre des brochures des industries pharmaceutiques. Les médecins souhaitent avoir une documentation claire à donner à leurs patients, avec un langage simple et accessible. Il serait utile d'envisager des traductions. Les médecins utilisent les brochures comme moyen pour sensibiliser les patients au thème de la prévention, mais ce qui ne remplace pas la consultation. Il y a des médecins qui réalisent eux-mêmes un document sous forme de fiches ou de dessins résumés et adaptés à leurs patients.

➤ **Documentation à disposition des patients**

« Il faut des messages simples, mais très simples et très clairs. Et ça exclut une littérature touffue. »

« On avait les traductions, on avait des explications de maladies. Ça par exemple, c'est des choses très simples qui pourraient être

faites dans la prévention. Et on a de plus en plus de populations, justement, d'Albanais ou de Kosovars qui justement pourraient bénéficier de supports dans leur langue. »

« Souvent je fais comme toi, je prépare un petit spécimen maison. Ou je fais une photocopie et j'enlève la publicité, je rajoute un autre petit bout que je trouve intéressant. »

Les médecins peuvent s'imaginer la création d'un outil d'aide pour les prestations de prévention, tel un carnet.

➤ **Carnet de santé**

« ...un carnet de prévention, ça pourrait être une colonne vertébrale, quelque chose qui tient ensemble des organes différents. Un carnet que le patient a, que le médecin consulte, que le patient remplit, que le médecin remplit, que l'infirmière reconnaît. Ça pourrait nous rassembler autour d'un document qui est aussi dans la durée. Qui passe d'un médecin à l'autre. »

La pénurie de médecins de famille fait que ces derniers doivent apprendre à mieux travailler en réseau avec d'autres corps de métier, notamment dans le domaine de la prévention. Bien qu'individualiste, il est important que le médecin ne reste pas tout seul, car il ne peut pas être performant dans tous les domaines. Actuellement, la prévention ne peut plus être confinée au seul domaine médical ; il serait alors important d'apprendre à en déléguer des parties aux autres corps de métier puisque ces derniers s'inscrivent dans une certaine complémentarité. Les médecins se posent la question de savoir s'ils ne devraient pas être plus actifs envers le réseau lui-même afin de provoquer des échanges, mais également pour connaître les différentes structures déjà existantes. Les contacts devraient être personnalisés et mieux structurés afin de favoriser la collaboration avec les infirmières (scolaire, EMS), pharmaciens, diététiciennes, psychologues, physiothérapeutes, etc. Une autre option est d'inciter les centres d'animation de quartier à inviter les médecins, les pharmaciens, les diététiciennes à aborder le thème de la santé lors de soirées à thème, ou encore la collaboration avec les ligues de la santé, par exemple lorsqu'elles passent avec leur camion dans un village.

➤ **S'appuyer sur d'autres corps de métier pour la prévention/travail de réseau**

« Ça serait pas à nous à apprendre à travailler un peu plus en réseau, à prendre le téléphone et puis appeler la ligue contre le cancer, le groupe de maintenance ? »

« ... peut-être que si on se connaissait personnellement, si on favorisait des interactions entre les différents intervenants de la prévention, on apprendrait à mieux se connaître et peut-être à mieux collaborer. »

« Peut-être qu'il faudrait aussi plus s'impliquer, plus travailler en réseau avec d'autres professionnels de la santé. Parce qu'on n'est

peut-être pas tout seul. (...) donc ça serait bien de mettre en place des concepts et puis de les appliquer. »

« ...il y a un rôle essentiel de collaboration avec un autre professionnel et puis une complémentarité qui s'installe. On envoie bien nos patients faire de la physio quand ils ont mal au dos. Pourquoi on les enverrait pas faire de l'entretien motivationnel avec une psychologue bien entraînée à la technique? »

Système de santé

L'introduction des conseils de prévention dans le système Tarmed^o valoriserait le travail des médecins et leur assignerait ainsi explicitement cette tâche. La clarification des questions de remboursement avec les caisses-maladie pourrait déboucher sur une meilleure collaboration.

➤ **Possibilité d'intégrer le conseil dans le système Tarmed ?**

« ...il faudrait proposer qu'on ait une position Tarmed dédiée à la prévention comme mesure concrète. »

Les caisses-maladie pourraient s'engager plus activement dans la promotion de la santé, par exemple en proposant des bons pour l'activité sportive ou une participation financière à l'arrêt de la cigarette. Les médecins proposent de rembourser les conseils de prévention hors franchise ou de favoriser la prévention en offrant un certain nombre de consultations annuelles.

➤ **Remboursement de la prévention hors franchise**

« Je pense qu'on serait plus efficace si les caisses-maladie [faisaient] une sorte de promotion de la santé, une ou deux consultations par année. »

« On devrait réorienter la prévention aussi vers des gens qui ont moins facilement accès aux médecins. Et puis peut-être libérer justement les prestations de prévention de franchises, de quotes-parts. »

Les réseaux de Managed Care peuvent favoriser l'accès à la prévention par des offres spéciales et la disponibilité d'un réseau qui facilite la prise en charge, mais ceci ne justifie pas en soi d'adhérer à un tel réseau.

➤ **Réseaux de santé**

« ... des systèmes d'organisation qui permettent de dégager des ressources pour la prévention plus structurée pour faire bénéficier les patients d'un réseau, comme ça se fait à Genève par exemple, le réseau Delta. Mais pour ça, il faut adhérer un peu à cette

^o tarif médical qui sert à la facturation des prestations ambulatoires ; projet réalisé par la Fédération des médecins suisses (FMH), les assureurs-maladie suisses (santésuisse), les Hôpitaux de Suisse (H+) et les assureurs sociaux (AA, AM, AI) représentés au sein de la Commission des tarifs médicaux (CTM) de la SUVA

philosophie, être d'accord de créer ces structures quand même assez complexes. »

Formation continue et rôle des instituts

D'une manière générale, les médecins sont séduits par l'acquisition de nouvelles connaissances, ce qui peut être utilisé pour augmenter l'attrait d'une formation.

➤ Rôle des instituts

Les médecins proposent une implication des instituts universitaires et des sociétés médicales dans la formation postgraduée sur le thème de la prévention. Un module de formation autour de la relation médecin-patient, spécialement adapté au début de l'installation, pourrait combler les déficits d'une formation postgraduée ne préparant pas assez à l'installation. Ils soulignent l'importance d'un enseignement dispensé par des médecins qui connaissent la réalité du terrain en se basant sur leur propre expérience. L'implication des médecins dans des études sur la prévention, comme l'étude CoLaus, peut également se révéler motivant et sensibiliser à ce thème.

« C'est impensable d'avoir quelqu'un (...) dans l'université qui veut enseigner la médecine générale, vous pouvez pas. Vous ne pouvez pas, parce que vous n'avez simplement pas l'expérience. Vous savez pas comment parler aux confrères et vous avez aucune expérience en médecine générale libre. »

« J'imaginai moi, un département universitaire de prévention, ou un département de prévention périphérique qui organise la formation continue. Et puis on y va et puis on va suivre des séminaires où on nous apprend des techniques d'entretiens motivationnels. »

« Je pense qu'il faut faire impliquer plus les médecins de premier recours pour la prévention, les valoriser. Puis les impliquer dans des études de prévention de la santé. »

Les médecins demandent à être mieux formés aux techniques de communication. Il y a notamment une demande de formation en intervention brève et entretien motivationnel. Le but est d'améliorer la relation avec le patient, d'être plus rapidement à l'aise, plus efficace dans la transmission du message préventif, et d'être libéré du poids de la culpabilité qui découle de l'éventuel manque de motivation des patients. Il y a des médecins qui connaissent des méthodes d'entretiens mais ne les appliquent pas. Il semble important de continuer de former les jeunes médecins avant leur installation, mais également d'offrir des compléments de formation continue à ceux qui sont déjà installés, parfois depuis longtemps, et d'encourager les supervisions par petits groupes afin que la technique soit acquise et utilisée (savoir-faire).

➤ Formation à l'entretien

« L'art de la communication est très important, c'est là où on a notre impact je pense. Je ne sais pas si c'est mieux aujourd'hui qu'à l'époque de nos études, mais à notre époque ce n'était pas très mis en valeur, l'aspect communicationnel. »

« Il faut mettre l'accent sur la communication. Comment est-ce qu'on communique ? Ça, je pense, il faut demander à des pros de la communication. »

« Pour moi, le plus important pour la prévention, ça a été d'apprendre les techniques d'intervention brève par exemple. Parce que ça nous libère du poids de la culpabilisation par rapport au patient, son manque de volonté ou de motivation. »

« Mais probablement que si on veut que ça marche, il faudrait presque avoir une supervision. C'est-à-dire qu'une fois qu'on a sa formation de base, on se lance, on en fait trois, et puis on va discuter avec le superviseur de ce qui se passe. Je pense que c'est comme ça que ça se passe pour les plus jeunes dans les polycliniques etc. »

Les médecins proposent de travailler en petits groupes pour mieux acquérir les nouvelles connaissances. Ils proposent par exemple des jeux de rôle à la faveur desquels ils apprennent « comment faire », notamment pour tout ce qui touche à l'entretien motivationnel et aux autres techniques de communication.

➤ **Formation – de quelle manière ?**

Formation en petits groupes

« Il faut faire par petits groupes. Comme ça c'est plus interactif. On discute beaucoup mieux que dans des grands auditoires comme ça. Y a beaucoup qui n'osent pas s'exprimer devant tout l'auditoire. »

Les médecins estiment important de rafraîchir les connaissances régulièrement par des rappels.

➤ **Formation par la répétition**

« La répétition est indispensable pour que ça reste vraiment au premier plan. (...) Comme disait une politicienne, coca-cola c'est très connu, mais ils continuent de faire de la publicité. »

Pour assurer la qualité des formations spécifiques, il est pertinent de faire appel à des professionnels du domaine enseigné, par exemple des psychologues spécialisés en entretien motivationnel.

➤ **Formation par des non-médecins**

« C'est peut-être une question à se poser, si ces formateurs externes à la médecine pourraient être utiles. Une autre fois dans le domaine du diabète, une formation à l'entretien motivationnel. »

Il serait utile d'avoir un site Internet où le médecin pourrait trouver des recommandations, informations et documents à donner ou montrer à son patient directement, de même qu'un site Internet pour les patients, où ceux-ci pourraient trouver les informations de prévention. Les médecins proposent la création d'une sorte de base de données locale qui soit simple d'accès et d'utilisation et en lien avec les recommandations et pratiques de leurs hôpitaux universitaires de référence. Ils suggèrent également des alertes par courrier électronique, par exemple à la suite d'une formation continue.

➤ **Formation par internet**

« C'est vrai que ce serait utile d'avoir quelque part une base de données. (...) Mais quelque chose qui soit identifiable chez nous facilement, où on peut aller repêcher des liens, des documents, etc., très rapidement, en face du patient pour lui montrer. »

« ...un site de patients par exemple (...) où les patients peuvent s'adresser. C'est pas mal d'avoir au fond un site Internet qui réunirait les informations de prévention par exemple, où les patients pourraient aller. »

« ...on pourrait régulièrement envoyer un mail. Parce qu'on dit toujours "allez sur le site, allez chercher". Mais personnellement, je vais pas chercher et puis je suis pas le seul. Tandis que quand je reçois (...) un truc et que tout à coup, il y a quelque chose qui m'intéresse, je vais lire. (...) Et je trouve que c'est très efficace. Plus ce sera court et plus ce sera efficace. »

L'organisation d'une formation sur un ou deux jours permet au médecin d'être plus disponible en demeurant hors de la routine et des préoccupations de son cabinet. Un module de formation spécialement adapté aux premières années suivant l'installation en cabinet pourrait être envisagé. Des congrès organisés avec le soutien de firmes pharmaceutiques peuvent s'avérer pertinents et utiles.

➤ **Formation lors de congrès**

« Un autre type de formation, c'est la formation sur un ou deux jours. On se dit "je vais consacrer du temps", et ce n'est pas comme maintenant où je me dis "dans 30 minutes, je dois téléphoner au cabinet pour savoir si je dois aller consulter ou pas". (...) On est en dehors de la routine, des préoccupations de la journée, de la soirée, et là c'est beaucoup plus profitable. »

La prévention doit être attractive autant pour les médecins que pour les patients. Les programmes de prévention et la formation continue doivent en premier lieu être motivants pour les médecins afin qu'ils puissent transmettre ensuite cette motivation au patient.

➤ **Astuces**

**(voir aussi :
Comment s'y
prendre)**

« Les programmes de prévention devraient d'abord effectivement appuyer sur la commande 'motiver les médecins'. Et inciter les

médecins à s'investir dans ces tâches-là. On est relativement peu incités... »

Certains symposiums et formations sont soutenus, voire offerts par des entreprises pharmaceutiques.

Une autre proposition serait le financement par les assurances-maladie d'un ou deux jours de formation destinés chaque année aux médecins afin de les sensibiliser au thème de la prévention.

« Peut-être les assurances pourraient payer chaque année à tous les médecins deux jours où ils vont faire de la formation, de la prévention. Et après, chacun décide s'il va faire marcher ses patients... »

Le cercle de qualité permet d'organiser des rencontres autour de thèmes choisis, de sujets intéressants, centrés sur la pratique. C'est un lieu où les médecins peuvent partager leurs expériences, parler de leur pratique, échanger des informations, des conseils. Les médecins estiment ces rencontres comme indispensable. Ces échanges leur permettent de se sentir moins seuls, de moins douter et de trouver un lieu de soutien. Ils y puisent de nouvelles idées et de nouvelles choses à essayer dans la pratique, et améliorent ainsi leur façon de faire. C'est l'occasion aussi de développer des projets locaux.

« Je crois que ça, c'est une manière assez efficace de modifier les comportements, d'inciter les médecins à agir d'une certaine manière ou d'une autre. Et puis, c'est peut-être là qu'il faudrait amener l'information, puisqu'on l'a dit tout à l'heure. D'une certaine manière on manque d'informations concernant les mesures préventives, qu'est-ce qui est utile, qu'est-ce qui est moins utile, sur quoi est-ce qu'il faut plutôt se concentrer. »

« C'est un partage de cas difficile, en effet, c'est souvent ça. Et en même temps, c'est aussi un échange d'expériences (...). Je crois que le partage de cas concrets est hyper important. »

Une proposition serait d'aller dans le cabinet d'un collègue et d'observer sa façon de faire dans le but d'améliorer et de faire évoluer son propre savoir-faire.

« On a notre cercle de groupe de qualité. Et là dedans, le Dr X et moi, je lui ai fait la proposition suivante : tu viens un jour, t'assistes à ma consultation du matin au soir, tout à fait passif, tu regardes ce que je fais, tu interroges mes patients à la salle d'attente, tu les questionnes, tu leur demandes (...) qu'est-ce qu'il pourrait faire de mieux, qu'est-ce qu'il fait de bien ? »

➤ **Formation subventionnée, par exemple par les firmes pharmaceutiques**

➤ **Formation par les pairs :
Cercles de qualité pour la prévention**

➤ **Formation par les pairs :
Expérience en binôme**

Une information adéquate dans un format pratique et avec des textes courts et précis augmenterait la lecture et l'utilisation de ladite information. Un moyen de transmission pourrait être le courrier électronique. L'identification du meilleur moyen de transmission pourra augmenter l'accès à l'information.

➤ **Mise à disposition des informations adéquates**

« Une chose qui m'intéresserait beaucoup, ce serait (...) des directives, sur les PSA [Prostate specific antigen] par exemple, qu'elles aient le même format, qu'on puisse les mettre dans un classeur, qu'on puisse les retrouver etc., pour éviter le phénomène (...) de l'empilement. »

« ...faudrait étudier les moyens de communication qui font (...) un certain consensus, une certaine façon de faire, ici par exemple en Romandie. Est-ce que c'est par email ? Est-ce que c'est par courrier ? »

Il serait bien d'avoir des *guidelines* par consensus, qui unifient et clarifient les multiples *guidelines* existants. Il faudrait une autorité neutre qui puisse les valider de sorte que les médecins puissent avoir confiance dans leur contenu. Des médecins installés en tant qu'utilisateurs « cibles » doivent être impliqués dans ce processus autant que les spécialistes universitaires.

➤ **Assurer l'efficacité de la prévention par des supports valides non intéressés, evidence-based**

Il existe une demande de *guidelines* locaux, en garantissant néanmoins un consensus suffisamment large pour être valides et en évitant d'entretenir de trop nombreuses différences entre les cantons, notamment sur le plan romand.

Les médecins trouveraient utile d'avoir une check-list pour ne pas oublier certains points de prévention, en guise de pense-bête.

« Il existe des guidelines. Mais ce qui serait utile c'est d'unifier ces guidelines, de façon plus générale. Et puis pas avoir des guidelines ici, des guidelines là, et puis on ne sait plus quoi choisir. D'unifier et de clarifier. »

« Moi je pense que c'est par région linguistique, en Suisse on devrait avoir des guidelines par consensus. Je pense qu'il doit y avoir des universitaires, et il doit y avoir des médecins qui utilisent ces guidelines, de premier recours ou spécialistes, qui voient des patients, qui participent au consensus. »

« Je pense que ce serait quand même pas mal qu'on ait une espèce de check-list de ce qui est validé. Ça peut être des guidelines... mais enfin une petite check-list toute bête. "Ne pas oublier, en face de votre patient, tel ou tel truc préventif..." »

Politique / contexte socio-économique

Les médecins attendent des décisions politiques en matière de prévention et promotion de la santé qui définissent plus clairement leur mandat dans ce domaine, par exemple par rapport aux programmes de prévention.

« Moi j'attends ça des politiques, quelque part : je pense que ce n'est pas au médecin de définir le prix d'une vie. Dans les programmes de prévention des mammographies, ça a été quantifié, ça. Mais c'est aux politiques de prendre cette décision. Ou à la population. On pourrait faire voter ici en Suisse, ce serait intéressant. »

Un programme national officiel permettrait d'unir les forces des différents partenaires. Une campagne planifiée et réfléchie, avec des recommandations claires, aurait un plus grand impact si tout le monde va dans le même sens. L'offre de formation pré- et postgraduée pourrait être renforcée en conséquence et orientée au thème de prévention actuel.

➤ Action collective

« ...avoir un programme officiel (...), pour les 50 prochaines années, tout le monde se bat, un peu plus « tabac », un peu plus « obésité ». Et puis que la santé publique joue le jeu. Peut-être l'industrie alimentaire. Peut-être les médecins. D'avoir des recommandations un peu plus claires. »

Les articles de presse et les émissions de télévision sur le thème de la prévention et de la promotion de la santé, tout comme certaines campagnes, sont utiles au médecin car ils opèrent une première sensibilisation à ces thèmes chez leurs patients et lui permettent de reprendre certains aspects en les personnalisant ou en complétant l'information.

« Il faut que le terrain soit préparé. Et ça, je trouve justement, que le terrain soit préparé au niveau politique, message sur affiche, et après on peut revenir dessus. »

Les médecins attendent plus d'implication des politiques et de la société dans l'amélioration de la prévention structurelle, et ce également à un niveau urbanistique. Un plan d'action ciblé pour la promotion d'une nutrition saine dans les écoles doit par exemple être soutenu par l'adaptation du contenu des distributeurs.

➤ Améliorer la prévention structurelle

Des directives concrètes peuvent également soutenir les efforts des médecins, comme l'appel aux parents à ne pas amener leurs enfants en voiture à l'école afin de promouvoir l'activité physique.

« Moi, je suis moins motivé pour faire de la promotion de l'activité physique ou bien la promotion à une nourriture sans boisson sucrée pour les enfants, tout ça, quand l'Etat laisse des distributeurs de boissons sucrées dans les écoles, quand on met des escaliers roulants

dans tous les coins. Y a quand même des tas de mesures de promotion de la santé qui sont des mesures purement structurelles et sociales.»

7 SYNTHÈSE DES RESULTATS ET CONCLUSIONS

Rappel (cf. page 28) :

Le terme «les médecins» a été choisi pour décrire les réponses des médecins en tant que représentants du collectif, afin d'éviter une quantification et hiérarchisation des réponses.

7.1 CONCEPTIONS ET PRATIQUE DE LA PREVENTION

Une des premières constatations qui émerge du discours des médecins est l'importance qu'ils accordent à la relation médecin-patient. Un grand avantage du médecin de famille consiste en un suivi de longue durée de son patient, souvent même de toute la famille sur plusieurs générations, ce qui crée un lien de confiance dans lequel des activités de prévention personnalisées peuvent être intégrées et suivies sur la durée.

Une intervention de prévention personnalisée et individualisée est plus efficace dans la mesure où elle permet au médecin de répondre à la situation spécifique de son patient et de s'orienter vers les préoccupations et les motivations préexistantes. Le médecin s'adapte à chaque patient et sa problématique propre à lui pour accéder à la motivation de ce dernier. En ce faisant, le médecin puise dans son expérience de médecin, sa « boîte à outils » personnelle, afin de trouver le meilleur moyen et le meilleur moment pour inciter son patient à un changement en faveur de la prévention et de la promotion de la santé.

La façon dont les médecins pratiquent la prévention en cabinet est caractérisée par la responsabilisation et l'implication du patient dans le processus de changement, souvent en utilisant des techniques d'entretien bref ou motivationnel. En mettant l'accent sur les ressources du patient, celui-ci se trouve renforcé dans ses compétences permettant le changement. L'éducation à la santé, c'est-à-dire l'explication et l'information destinées au patient, est un aspect important du travail du médecin afin de rendre le patient compétent en matière de santé. Un premier pas vers la prévention peut être une simple question qui enclenche une réflexion ou encore la distribution d'une documentation appropriée.

Le message préventif a besoin d'être dosé et répété. Cette répétition du même message pour un même patient sur plusieurs mois et années demande de la persévérance ce qui est parfois décourageant. Le médecin doit être déterminé pour faire de la prévention et doit reprendre régulièrement les mêmes thèmes avec une approche positive, sans jugement et sans faire la morale. Le médecin crée un partenariat avec le patient plutôt que de fonctionner sur le modèle paternaliste, devenu désuet, ou encore sur un modèle réducteur qui impose des cibles objectives, sortie du contexte du patient (facteur limitant l'approche « *guidelines* »). Le choix et la qualité des interventions de prévention sont influencés par des facteurs inhérents au médecin : ses compétences, centres d'intérêts, son vécu et ses convictions ; ils sont également influencés par des facteurs extérieurs : la mode, les médias, le temps et les outils à disposition. Enfin, la prévention est à placer dans le contexte et les circonstances de vie des patients, ainsi qu'en fonction de leur niveau socio-éducatif.

Le rôle du médecin a changé avec l'évolution de différents domaines tels que les connaissances scientifiques, la prévalence des pathologies, les attentes des patients et

l'approche de ces derniers par le médecin, d'où l'exigence d'une nouvelle place pour la prévention dans l'enseignement et la formation continue. Le système a également changé avec l'attribution d'un rôle de garant de l'économicité du système de santé au médecin, que ce dernier ne se voit pas remplir. Les médias diffusent beaucoup d'informations médicales et, en conséquence, le médecin a perdu son rôle d'informateur privilégié et est devenu un intermédiaire entre les médias et le patient. Le rôle « d'exemple à suivre » du médecin concernant son style de vie est considéré comme utile, notamment lorsque le médecin vit et pratique à la campagne, toutefois en respectant les limites et les défauts humains de chacun. Dans son travail quotidien, le médecin assume une multitude de rôles : il réagit non seulement en tant que soignant, mais agit également en tant que promoteur de la santé de manière proactive afin de mettre en évidence des facteurs de risque qui nécessitent une prise en charge et des conseils adéquats dépassant la simple transmission d'informations. Les actes médicaux, comme la mesure de la tension artérielle, les bilans sanguins et d'autres examens complémentaires, sont pratique courante du médecin dans la détection des facteurs de risque et correspondent ainsi à une partie de la prévention secondaire. Autant le dépistage et la prévention secondaire semblent être perçus comme partie intégrante du travail du médecin, autant on note une ambiguïté quant à son rôle dans la « pure » promotion de la santé.

Certaines interventions de prévention sont réalisées de manière systématique, en fonction des recommandations de dépistage, de l'âge et des comorbidités du patient, ou encore à l'occasion d'une première consultation pour un nouveau cas. D'autres sont saisies à l'occasion des opportunités qui se présentent, telles la présence d'un symptôme particulier ou la demande d'un check-up.

Une des critiques des médecins se porte sur le paradoxe d'une médecine préventive qui, en fin de compte, médicalise des patients en bonne santé, les « rend malade » en quelque sorte. Par extension, elle implique pour le patient une culpabilité voire angoisse, et même une potentielle menace de conséquences mortelles, au cas où il ignorerait les conseils. La prévention peut également être perçue comme culpabilisante et pesante par le médecin qui se sent contraint d'endosser la responsabilité de l'enseignement et du contrôle des facteurs de risques et des bonnes, voire des mauvaises habitudes des patients.

7.2 PROBLEMES IDENTIFIES PAR LES MEDECINS

Les médecins trouvent difficile de savoir si leurs interventions sont efficaces et si celles-ci ont un impact, ce qui se ressent sur leur motivation. Faire de la prévention est vécu comme une chose pénible et frustrante pour laquelle ils ne sont pas assez reconnus. Les médecins ont exprimé des doutes concernant l'innocuité de la prévention et se montrent sceptiques face à l'augmentation de la prescription médicamenteuse à but préventif, s'inscrivant dans le contexte d'une importante promotion, voire d'une pression pharmaceutique. Ils se plaignent du manque de temps, raison pour laquelle la prévention n'est souvent pas jugée prioritaire.

L'attitude du médecin à l'égard de la prévention et du patient peut être une barrière en soi : si le médecin n'est pas convaincu de son intervention et ne croit pas en son patient, cela peut constituer un facteur d'échec, tout comme l'inconfort d'aborder des thèmes intimes et personnels sur certains comportements. Le risque de céder au besoin de rester dans l'objectivité de dosages, mesures et examens cliniques peut alors empêcher la prévention.

Les médecins attribuent à leurs patients les barrières suivantes:

Le patient recherche un traitement et n'est pas demandeur de prévention. Le rôle du médecin en tant que prestataire de mesures de prévention et de promotion de la santé n'est pas toujours légitimé par le patient qui a d'autres ressources et s'oriente également vers les médecines alternatives et d'autres prestataires de bien-être. Les contraintes socio-économiques peuvent, d'un côté, limiter la demande, par exemple d'un bilan de santé ou d'un suivi préventif, en raison d'une franchise élevée et, de l'autre, compliquer l'accès à un style de vie sain (alimentation saine, activité physique/sportive parfois coûteuse). Le message préventif doit être adapté au niveau des connaissances et des compétences de chacun.

Le manque de motivation du patient est une barrière difficile à surmonter. Pourtant, c'est une barrière d'autant plus importante à surmonter que la motivation du patient est essentielle à l'impact d'une intervention de prévention. De plus, même en cas d'intérêt initial du patient pour le thème de prévention, il s'en lasserait ensuite rapidement, par manque de temps ou absence de résultats rapides ou évidents.

Problèmes identifiés du côté du système de santé :

Les médecins constatent l'absence d'un partenariat avec les assureurs, qui ne s'engagent pas assez dans la prévention et qui ne soutiennent pas leurs efforts, au contraire : les problèmes d'assurance, en l'absence d'une position dans la LAMal pour la prévention, découragent le médecin de suivre les recommandations (par exemple colonoscopie, ostéoporose) au vu du risque d'être considéré comme trop cher et de rencontrer des problèmes avec SantéSuisse ou d'engendrer des problèmes de remboursement par les caisses-maladie pour le patient. Une franchise élevée dissuade certains patients de consulter pour des conseils ou interventions de prévention alors qu'ils en auraient besoin.

Les médecins se sentent isolés dans le système de santé et connaissent des difficultés à collaborer avec d'autres corps de métiers, notamment avec ceux qui ont prioritairement une approche commerciale, comme les pharmaciens.

Le fait de faire de la prévention peut porter préjudice tant au médecin qu'au patient, dans la mesure où le patient risque par exemple de devoir payer un examen de prévention lui-même en cas d'absence de symptômes qui le justifieraient aux yeux de la LAMal. Le médecin a alors tendance à ne pas facturer des interventions de prévention en tant que telles, mais à les insérer sous d'autres prestations afin d'éviter des problèmes de remboursement.

Problèmes identifiés du côté de la formation :

Le thème de la prévention n'est pas suffisamment abordé durant les études de manière générale. Les médecins plus âgés en particulier se sentent démunis par rapport aux techniques d'entretiens prônées actuellement. La formation pré- et postgraduée n'est pas adaptée car elle est trop orientée vers l'hospitalier et ne prépare pas suffisamment au travail en cabinet. Les médecins ont l'impression de devoir apprendre « sur le tas ». Les *guidelines* peuvent être perçus comme trop rigides voire inapplicables ou non réalistes (Hypertension artérielle, colonoscopie), et ne correspondent pas à la réalité d'une prise en charge complexe qui intègre le patient dans son contexte.

Problèmes identifiés du côté politique/du contexte socio-économique :

Un manque d'engagement et de soutien de la politique pour la prévention est déploré. Les médecins ressentent une incitation au « rationnement » du soin, notamment dans le contexte de l'introduction des DRG. Ils regrettent le manque d'une meilleure information en santé publique au niveau national et un manque de cohérence entre les différents cantons du fait de l'absence d'un programme national de prévention.

Les médecins se méfient de l'industrie pharmaceutique, qui fait de la promotion agressive des médicaments pour la prévention, et de l'objectivité des *guidelines* soutenus par leurs entreprises.

7.3 PROPOSITIONS DE SOLUTIONS CITEES PAR LES MEDECINS

Propositions de solutions du côté du médecin :

Pour améliorer la situation, les médecins proposent de favoriser le dialogue et de soigner la relation médecin-patient : s'intéresser au patient dans sa globalité crée un lien qui permet d'intégrer des thèmes de prévention en l'accompagnant selon son rythme et avec une attitude ouverte, authentique et concernée. Ils imaginent viser des buts réalistes avec leur patient plutôt que de rester en échec devant un objectif recommandé mais inatteignable afin d'éviter une sensation de culpabilité démotivante. Une information réaliste par les médecins spécialistes des instituts universitaires, un partage des difficultés rencontrées et la valorisation du processus de changement plutôt que l'obtention d'une certaine valeur objective et universelle recommandée pourrait améliorer la motivation des médecins.

Les questionnaires, brochures d'information destinées aux patients et autres outils de documentation, tels qu'un carnet de santé, peuvent avoir une certaine utilité à condition d'être clairs, précis et indépendants de tout intérêt commercial (industrie), mais ne remplacent pas la consultation, qui offre écoute et dialogue.

Les médecins estiment important de renforcer la collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Ils devraient apprendre à déléguer et être plus actifs vis-à-vis du réseau complémentaire (infirmières du CMS, pharmaciens, diététiciennes, psychologues, physiothérapeutes, etc.).

Propositions de solutions du côté du système de santé :

Les médecins proposent d'intégrer le conseil de prévention dans le système Tarmed, ce qui leur assignerait explicitement cette tâche et améliorerait la collaboration avec les caisses-maladie en clarifiant la question du remboursement. Une autre proposition est celle du remboursement des prestations de prévention hors franchise ou l'offre gratuite d'un certain nombre de consultations annuelles dédiées à la prévention. Un engagement actif de la part des caisses-maladie à travers des actions ciblées pourrait être utile. Enfin, les médecins estiment que les réseaux de Managed Care peuvent favoriser l'accès à la prévention, sans pour autant que cela justifie en soi l'adhésion à un tel réseau.

Propositions de solutions du côté de la formation continue et rôle des instituts :

D'une manière générale, les médecins sont séduits par l'acquisition de nouvelles connaissances, ce qui peut être utilisé pour augmenter l'attrait d'une formation. Les médecins proposent l'implication des instituts universitaires dans la formation sur le thème de la prévention et souhaitent des modules de formation autour de la relation médecins-patient ainsi qu'en technique d'entretiens, adaptés à la pratique en cabinet. L'amélioration des techniques de communication mettrait le médecin et le patient plus à l'aise et augmenterait l'efficacité dans la transmission de leur message préventif. Ces formations devraient être proposées aux jeunes médecins avant leur installation ainsi que sous forme de complément de formation continue destiné à ceux qui sont déjà installés depuis longtemps, avec un rafraîchissement des connaissances par des rappels réguliers, des supervisions, des travaux en petits groupes.

Les médecins estiment utile d'avoir accès à un site Internet, où ils peuvent trouver des informations et des documents à remettre ou à montrer aux patients, comme une sorte de base de données locale, simple d'accès et d'utilisation, en lien avec les recommandations et pratiques de leurs hôpitaux universitaires de référence.

La clarification des multiples recommandations et l'établissement de recommandations locales, adaptées à la situation suisse et au travail en cabinet, est souhaitée par les médecins installés qui veulent être impliqués dans ce processus en tant qu'utilisateurs « cibles ».

Les médecins proposent d'augmenter l'offre de formation par les pairs, notamment sous forme de cercles de qualité, qui apportent un échange précieux entre collègues et peuvent même être indispensables, dans la mesure où les médecins y trouvent un lieu de soutien, des conseils, de nouvelles idées leur permettant d'améliorer leur façon de faire. Cela leur offre aussi l'occasion de développer des projets locaux. Ils se montrent très ouverts aux critiques faites par leurs pairs.

Propositions de solutions du côté politique / du contexte socio-économique :

Au niveau du système politique et socio-économique, les médecins attendent des décisions politiques pour l'implémentation de programmes de prévention officiels qui définissent plus clairement le mandat des médecins dans ce domaine.

Des actions collectives, en premier lieu un programme national officiel, permettraient d'unir les forces des différents partenaires. Cela permettrait de réaliser des campagnes planifiées et réfléchies avec une approche intégrée où les médecins de famille agiraient comme un relais officiel, mandaté. L'offre de formation continue des médecins pourrait être adaptée au thème de la campagne.

Les articles de presse et les émissions de télévision en lien avec le thème de prévention sont également utiles, car ils apportent une première sensibilisation au thème, que le médecin peut ensuite reprendre, compléter, personnaliser et adapter à la situation de son patient.

Les médecins attendent plus d'implication des politiques et de la société dans l'amélioration de la prévention structurelle, et ce également à un niveau urbanistique.

8 CONCLUSIONS

8.1 LIMITES

Le recrutement des participants comporte un biais inévitable, inhérent à la méthode des *focus groups*, puisque la participation se fait sur la base du volontariat. Ainsi, les focus groups ont donc probablement réunis des médecins manifestant un intérêt particulièrement marqué pour le thème de la promotion et prévention en cabinet et/ou pour une démarche de recherche.

Une approche méthodologique rigoureuse, la définition d'un échantillon raisonné et un très bon taux de réponses aux invitations ont permis de limiter l'effet du biais de sélection. De plus, les médecins ont explicitement été encouragés à parler en tant que représentants de leurs confrères et non en tant qu'individus.

Ce travail présente les résultats d'analyse limitée aux données francophones. Pour rappel, les *focus groups* ayant eu lieu dans deux régions linguistiques différentes, les transcriptions – et, de ce fait, également les données à analyser – se sont présentées dans deux langues. Cela posait un problème pour l'analyse, qui devait être effectuée séparément pour les deux langues par les deux équipes de recherche (Zurich et Lausanne).

8.2 MISE EN PERSPECTIVE

L'importance que les médecins accordent à une relation de confiance avec leurs patients suggère une plus grande motivation du médecin à faire de la prévention chez un patient qu'il connaît bien. Orienter les thèmes de prévention essentiellement aux questions et à la demande du patient peut paraître comme une attitude de « facilité ». Or, il y pourrait s'agir du seul moyen envisageable de faire de la prévention, puisque sans l'implication active du patient il n'y a pas de démarche de prévention possible, notamment en ce qui concerne les interventions autour de l'hygiène de vie.

Le recours large aux examens complémentaires tel des prises de sang (y.c. ceux qui ne sont pas forcément indispensables d'un point de vue médical) pourrait s'expliquer par le fait que la « prévention par les actes » rassure le médecin - et le patient - dans la mesure où elle est plus concrète, avec des résultats qu'on peut observer et mesurer. Elle paraît aussi plus légitime, car elle s'inscrit dans le rôle traditionnel du médecin, qui est celui de soigner.

Le questionnement autour de la morale médicale dans le domaine de la prévention indique un certain flou de la part des médecins, non seulement quant à leur rôle mais également quant à la pertinence et à l'évidence médicale des interventions de prévention.

Le concept de prévention systématique opposé à celui de prévention opportuniste semble être vécu comme un continuum plutôt que comme une dichotomie. Les médecins semblent partagés de savoir comment faire au mieux, que faire avec quels types de patients et à quel moment, mais saisissent néanmoins régulièrement les occasions pour faire de la prévention durant la consultation - ceci probablement conditionné par leurs habitudes et leurs centres d'intérêt, sans être systématiques ni exhaustifs.

La barrière du manque de temps semble être vécue comme une fatalité ; en effet, les médecins ne donnent pas de solutions pour y faire face, comme la possibilité de choisir une gestion de l'agenda un peu différente, avec des plages plus longues.

La prévention est considérée comme un « extra » en plus du travail réel du médecin soignant, et le temps y consacré est donc limité. Cette constatation pourrait signifier que d'un point de vue des médecins de famille, la prévention ne constitue pas une partie inhérente de leur travail, mais bien (seulement) un « plus ». La notion de temps fait alors appel à celle de priorité, d'alibi ou d'excuse. Par extrapolation, la prévention paraît être abordée selon un mode de fonctionnement hasardeux ce qui permet de se poser la question de la place de la prévention en cas d'absence d'opportunité.

Les médecins tiennent beaucoup à leur individualité et s'appuient probablement trop peu sur le réseau qui constituerait un précieux soutien non seulement pour le patient mais également pour le médecin.

La sensation de lassitude des médecins concernant la prévention pourrait s'expliquer par un manque de conséquences positives à court et même à long terme. Selon la théorie de l'apprentissage béhavioriste^P, ce conditionnement – ici, celui au manque de conséquences positives – entraînerait une augmentation du comportement, c'est-à-dire dans ce cas une sensation de lassitude qui entraîne l'affaiblissement ou l'arrêt des activités de prévention. Il serait donc important de trouver des moyens d'entretenir la motivation du médecin, notamment par la reconnaissance et la valorisation de ses efforts (modèle de la balance entre effort et récompenses selon Siegrist [19]). Une meilleure information sur l'efficacité de la prévention et un retour sur l'importance de la contribution des médecins de famille seraient un pas dans cette direction.

Le médecin, contributaire du système, se voit contraint de faire des choix pragmatiques : le système de santé avec ses problématiques lié à la facturation et aux assurances incite le médecin à ne pas facturer des interventions de prévention en tant que telles, mais à les insérer sous d'autres prestations afin d'éviter des problèmes de remboursement. Cette pratique n'est que partiellement admise par les caisses et ouvre la voie aux malentendus et conflits. Selon les médecins, les assureurs auraient comme devise de ne pas investir dans un patient qui pourrait changer de caisse à la fin de l'année – une vision qui soulève la question de l'avantage d'une caisse unique. On constate que le discours des médecins est assez méfiant : un réel partenariat entre ces derniers et les assureurs paraît peu imaginable dans ces conditions.

Outre l'expression d'un besoin clair de restructuration de la formation qui intègre la prévention et les besoins de la médecine ambulatoire, on observe une certaine ambivalence des médecins quant aux *guidelines*. D'un côté, la médecine *evidence-based* avec ses outils – par exemple les échelles d'évaluation ou *guidelines* – semble être reconnue, établie et utile jusqu'à un certain point, sous réserve de disposer de *guidelines* validé et adapté au contexte des médecins de famille en Suisse; d'un autre côté, cette manière de faire reste très controversée. Elle semble en effet créer un décalage entre les médecins hospitaliers universitaires, qui enseignent une pratique médicale idéale et quelque peu décontextualisée, et les praticiens en cabinet, qui doivent jongler avec leur but thérapeutique et celui du patient avec sa propre vision et ses priorités.

^P selon I. Pavlov (conditionnement classique) et B.F. Skinner (conditionnement opérant)

Le manque de cohérence entre les possibilités restreintes du remboursement des activités et examens de prévention et leurs recommandations indiscutable d'un point de vue médical (selon *guidelines*, études scientifiques, bonne pratique etc.) fait preuve d'un manque de mandat politique et de santé publique. Il n'incombe pas au médecin, au-delà de sa responsabilité de poser l'indication correcte d'un examen de dépistage d'un point de vue médical, d'également juger de l'intérêt de ce dernier d'un point de vue de rapport coût-efficacité en termes de santé publique. Le conflit d'intérêt d'être le garant de la meilleure pratique médicale possible pour son patient et en même temps de devoir garantir l'économicité du système de santé, comporte un conflit éthique pour le médecin. Un positionnement clair des autorités pourrait donc clarifier le rôle des uns et empêcher les contestations des autres, notamment celles de la part des caisses-maladie.

Une part des doutes que nourrissent les médecins quant à leur rôle et à leur efficacité dans la prévention semble donc tenir au manque d'un mandat officiel, d'une part, et aux impératifs contradictoires concernant les recommandations médicales d'autre part, qui généreraient des coûts trop importants pour le système de santé en cas d'une application systématique.

On retient donc que les médecins ont besoin d'un soutien politique de façon plus directe et transparente des mesures de prévention à tous les niveaux, à commencer par la définition d'un mandat clair comme celui dont disposent les pédiatres, à savoir un catalogue de prestations de prévention avec un tarif défini. Cette reconnaissance morale autant que financière valoriserait les efforts des médecins de faire de la prévention, légitimerait le mandat vis-à-vis du patient et justifierait ainsi le temps consacré à la prévention comme part entière de l'activité médicale. La FHM a pris position dans ce sens en mars 2011 par rapport à la nouvelle loi sur la prévention : Le cabinet médical est aussi un lieu de promotion de la santé et de prévention. Une conception globale de la promotion de la santé et de la prévention doit non seulement inclure la prévention structurelle, mais également reconnaître l'importance de la promotion de la santé et de la prévention individuelles, qui font aujourd'hui partie intégrante de la prise en charge des patients par les médecins. Or, les fournisseurs de prestations n'ont pas la possibilité de facturer ces activités. Si le corps médical doit lui aussi participer – ce qui serait judicieux – à une large mise en œuvre de la promotion de la santé et de la prévention, il est alors nécessaire de compléter l'art. 26 LAMal avec les mesures de promotion de la santé.

Des mesures pour contrer la lassitude, encourager le médecin à persévérer et ainsi renforcer la prévention devraient se concentrer sur le manque de ressources des médecins et leur besoin en formation continue supplémentaire, notamment en technique d'entretiens et de communication. Un aspect important est alors l'adaptation de la formation non seulement aux nouvelles exigences en médecine préventive mais aussi et surtout au contexte du travail en cabinet médical (par opposition au contexte hospitalier).

Cette dernière constatation concorde avec les résultats d'une étude sur les « profils de compétence en médecine humaine » mandaté par l'OFSP afin d'examiner l'évolution des exigences professionnelles que doivent remplir les médecins et leurs conséquences sur la formation postgradué (et de base) en médecine humaine. Les récents résultats de cette étude, publiés en 2012 sous forme de monographie [21], montrent l'incontestable besoin de l'amélioration des compétences-clés, notamment en ce qui concerne les exigences demandées dans les champs d'activité proches des patients en médecine de famille, telle la notion de « capacité de communication ».

A ce propos, force est de constater que le catalogue des objectifs de formation destiné au « cursus des médecins de famille » défini par l'ISFM^q en 2010 [20] contient dorénavant, parmi les connaissances que les candidats doivent impérativement acquérir pour exercer leur profession dans le cadre de la médecine de famille, une liste d'interventions de « prévention de la santé et médecine préventive ». Par contre, la continuité entre ces exigences en termes de compétences médicales impératives dans le domaine de la prévention et leur reconnaissance financière fait défaut, vu l'absence de possibilité de leur facturation explicite dans le système TARMed : l'interrogation sur la légitimité de la prévention demeure actuel et reste un thème sensible, faisant appel à un urgent besoin d'obtention de consensus entre les aspects médicaux, asséculo-logiques et politiques en terme de prévention.

Comme l'a également dit Barbara Weil, responsable du département « Promotion de la santé et prévention » de la FMH, dans son éditorial paru dans le « Bulletin des médecins suisses » de septembre 2011 [22], « la profession de médecin a évolué au cours des 30 dernières années – du guérisseur paternaliste au partenaire qui accompagne et conseille ses patients. Les médecins connaissent parfaitement l'importance de l'environnement, du travail et de la sécurité sociale pour la santé de leurs patients. L'avenir ne se bâtira pas sur des solutions isolées pour le cœur, le cerveau ou les poumons, mais sur une approche interdisciplinaire centrée sur la personne. Tempora mutantur nos et mutamur in illis. ».

Un regard neuf doit donc non seulement être posé sur l'évolution et la manière de la formation continue médicale en terme de prévention, mais également sur la position du médecin de famille au sein du système de santé. Le soutien politique des médecins de famille doit reconnaître leurs efforts par l'attribution d'un mandat clair qui les confirme et récompense officiellement en tant que promoteur de la santé de la société par leur force d'action collective dans le suivi individuel et personnalisé des patients.

^q Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue

9 APPENDICES

9.1 ROLE DES DIFFERENTS INTERVENANTS PAR *FOCUS GROUP*

Code	Date	Modérateur	Comodérateur	Observation	Transcription
G1UF	29.05.08	BS	AZC	EM, (JC)	EM
G2RF	03.06.08	BS	AZC	FP, RB	EM
G3UF	19.06.08	BS	AZC		DW
G4RF	26.06.08	BS	AZC	PYR	EM
G5UF	01.07.08	AZC	RB	MKS	EM
G6UF	01.07.08	BS	JC	FP, (NJ)	RM
G7RF	10.07.08	AZC	MKS		EM
G8RF	10.07.08	BS	NJ		RM

BS	Brenda Spencer
AZC	Anja Zyska Cherix
EM	Elisabeth Moix
JC	Jacques Cornuz
FP	François Pilet
RB	Raphaël Bize
MKS	Myriam Kohler Serra
NJ	Nicole Jaunin
PYR	Pierre-Yves Rodondi
RM	Renzo Monti

9.2 TAUX DE REPONSE

	Positive responses						Negative responses						Total response					
	urban			rural			together			urban			rural			together		
	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%	
LS	Batch 1	18/120	15	21/120	17,5		39/240	16,3		7/120	5,8		12/120	10		19/240	7,9	
	Batch 2	20/120	16,7	12/60	20		32/180	17,8		25/120	20,8		8/60	13,3		33/180	18,3	
	Both	38/240	15,8	33/180	18,3		71/420	16,9		32/240	13,3		20/180	11,1		52/420	12,4	
ZH	Batch 1	12/120	10	13/120	10,8		25/240	10,4		4/120	3,3		3/120	2,5		7/240	2,9	
	Batch 2	11/100	11	8/100	8		19/200	9,5		3/100	3		8/100	8		11/200	5,5	
	Both	23/220	11,5	21/220	9,5		44/440	10		7/220	3,2		11/220	5		18/440	4,1	
LS+ZH	All	61/460	13,3	54/400	13,5		115/860	13,4		39/460	8,5		31/400	7,8		70/860	8,1	

- Annotations Lausanne (LS):
- 1st batch: urban (120 letters) and rural regions (120 letters): 3 dates each suggested
 - 2nd batch:
 - urban regions (120 letters): 1 date suggested (1.07)
 - rural regions (60 letters): 2 dates suggested (03.06 et 10.07)
 - excused: 3
 - no show: 0
- Annotations Zurich (ZH):
- 1st batch: urban (120 letters) and rural regions (120 letters):
 - 2nd batch: urban (100 letters) and rural regions (100 letters):
- Annotations Lausanne (LS):
- 2 dates (5.6.08, 23.6.08) for urban region, 3 dates (26.5.08, 16.6.08, 30.6.08) for rural region
 - 5 positive responses for whom participation was not required
 - no show: 1

9.3 PLAN D’ECHANTILLONNAGE DETAILLE

Facteurs structurants secondaires															
FSP ^r				n. participants	Type de cabinet			Sexe		Horaire de travail		Modèle responsabilité budgétaire		Groupe d'âge	
Code ^s	Date	Modé- rateur ^t	Co- Modé- rateur ^u		Indé- pendant	Cabinet de groupe	Masc.	Fém.	Temps plein	Temps partiel	avec	sans		<20 ans depuis diplôme	>20 ans depuis diplôme
				total n: 102	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
G1UF	29.05.08	BS	AZC	5	3	2	4	1	4	1	-	5	1	4	4
G2RF	03.06.08	BS	AZC	7	4	3	7	-	6	1	-	7	1	6	6
G3UF	19.06.08	BS	AZC	10	6	4	5	5	4	6	1	9	3	7	7
G4RF	26.06.08	BS	AZC	8	5	3	7	1	7	1	1	7	3	5	5
G5UF	01.07.08	AZC	RB	9	3	6	6	3	7	2	1	8	2	7	7
G6UF	01.07.08	BS	JC	11	7	4	8	3	8	3	1	10	2	9	9
G7RF	10.07.08	AZC	MKS	5	5	-	5	-	5	-	-	5	2	3	3
G8RF	10.07.08	BS	NJ	8	5	3	6	2	6	2	2	6	3	5	5
G9RA	26.05.06	MZ	RJ	4	2	2	4	-	4	-	4	-	3	1	1
G10UA	05.06.08	RJ	MZ	8	3	5	8	-	6	2	7	1	1	7	7
G11RA	16.06.08	SN	MM	10	3	7	8	2	8	2	7	3	1	9	9
G12UA	23.06.08	MZ	RJ	11	5	6	8	3	7	4	6	5	-	11	11
G13RA	30.06.08	SN	MM	6	3	3	4	2	3	3	4	2	1	5	5

^r FSP : Facteurs structurants primaires

^s Code : Gx= numéro de groupe, U= urbain, R= rural, F= français, A= allemand

^t BS: Brenda Spencer, AZC: Anja Zyska Cherix, MZ: Marco Zoller, RJ: René Jaccard, SN: Stefan Neuner

^u RB: Raphaël Bize, JC: Jacques Cornuz, NJ: Nicole Jaunin, MKS: Myriam Kohler Serra, RJ: René Jaccard, MM: Martin Meili

9.4 GRILLE D'ENTRETIEN

10 min	Introduction brève, présentation brève des participants	
	Question ouverte	Thèmes de relance possibles
30 min C O N T E X T E	A votre avis, que <u>représentent la prévention et la promotion de la santé</u> pour le médecin de premier recours en Suisse ?	<u>De quelle manière</u> est-ce que la prévention et la promotion de la santé sont <u>réalisées</u> dans le système ? • De manière systématique ? • De manière opportuniste ? A votre avis, quelle est la <u>position du médecin</u> de premier recours dans la prévention ? Quelles sont les <u>priorités des médecins</u> de premier recours en Suisse dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé ? <u>Liste des priorités :</u> • Hypertension • Facteurs de risque et maladies cardiovasculaires (hypercholestérolémie, anévrisme de l'aorte, sténose carotidienne, maladie coronarienne, maladie artérielle périphérique) • Diabètes • Dépistage de cancer (intestins, peau, thyroïde, prostate, poumon, sphère oral) • Dysfonction thyroïdienne • Ostéoporose • Déficit en fer • Hémochromatose • Vaccination et dépistage de maladies infectieuses • Maladies sexuellement transmissibles, comportement sexuel à risque • Conseil : alcool, tabac, nutrition, activité physique • Dépression, risque suicidaire • Consommation/abus de drogues • Démence • Glaucome • Troubles de la vue et de l'audition • Risque d'accident (casque à vélo, siège-auto pour enfants, chute chez la personne âgée) • Violence à domicile/chez les jeunes <u>Comment</u> est-ce que la prévention et la promotion

	de la santé sont pratiquées en cabinet ?	• Hygiène dentaire et buccale Quelle est la place de la prévention ciblée sur un groupe spécifique de patients ? (<u>Mesure préventive adaptée au profil du patient</u> : quelle intervention pour qui ?) A votre avis, quel <u>impact</u> est-ce que les médecins de premier recours attribuent aux interventions préventives? A quel moment est-ce que les interventions de prévention sont pratiquées de <u>manière explicite</u>, à quel moment de <u>manière intégrée dans la consultation courante</u> ?
40 min P R O B L È M E S	A votre avis, quels sont les <u>problèmes des médecins de premier recours</u> face à la prévention et à la promotion de la santé ?	<u>Problèmes :</u> <u>Barrières du médecin :</u> • Manque de temps • Trop de demandes dans un temps de consultation limité • Manque de pratique/d'expertise (quel domaine ?) • Manque de confiance dans l'évidence de la recommandation • Doutes sur l'efficacité de l'intervention (concerne le patient individuel) • Doutes sur l'impact de l'intervention (au niveau de la santé publique) • Doutes quant aux capacités personnelles • Manque de reconnaissance • Manque de connaissances • Manque d'outils/de programmes (dans quel domaine ?) • Style de vie du médecin <u>Barrières du patient :</u> • Demande pas claire • Manque d'intérêt • Manque de conscience • Age du patient • Intrusion dans la sphère personnelle <u>Barrières du système :</u> • Manque de remboursement • Absence de marché public • Problèmes éthiques (protection des données par rapport aux assureurs, employeurs, etc.) <u>Quelle est l'importance de ces problèmes par rapport aux</u>

		différentes interventions de préventions ?
20-30 min	<u>Avant la pause</u> : annonce de la 3^e partie : INCITATIONS ET SOLUTIONS Pause	
40 min I N C I T A T I O N S E T S O L U T I O N S	A votre avis, quelles sont les <u>incitations</u> des médecins de premier recours face à la prévention et à la promotion de la santé ? Quelles sont vos idées et propositions de <u>solutions</u> ?	<u>Incitations</u> : • Les programmes de dépistage/prévention remplissent le cabinet (programme de vaccinations, programme de dépistage du cancer, etc.) • Demande du marché public • Demande du patient (par exemple interdiction de fumer dans les lieux publics -> besoin de programmes de désaccoutumance au tabac) • Tarmed : possibilité de facturation sous « conseil » • Motivation personnelle et implication du médecin • Style de vie du médecin Quels <u>outils et programmes</u> de prévention existent-ils déjà ? Qu'est-ce qui est utilisé et qu'est-ce qui est <u>utile</u> ? Quels sont les <u>besoins et attentes des médecins</u> de premier recours concernant les <u>guides et outils</u> de prévention et de promotion de la santé ? Selon vous, qu'est-ce qui est <u>faisable/réalisable</u> ? Où est-ce que vous voyez des <u>opportunités</u> ? Quelle est l'utilité d'une <u>collaboration avec d'autres professionnels de la santé</u> ? • Pharmaciens • Rôle des diététiciennes • Infirmières, triage • Centre de santé communal <u>Collaboration des politiques et des médecins</u> dans l'élaboration de stratégies et recommandations ?

9.5 LETTRE D'INVITATION, VERSION FRANÇAISE

Quelle place pour la prévention et la promotion de la santé en médecine de premier recours ?

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Le rôle du médecin de premier recours (généraliste, interniste) est essentiel pour la prévention et la promotion de la santé. Cependant, nous avons très peu de connaissances sur les conditions actuelles du travail de prévention dans le quotidien d'un cabinet médical. Nous manquons également d'informations sur les opinions, les besoins et les barrières que peuvent rencontrer les médecins praticiens suisses. Ces données sont importantes pour le développement de nouveaux outils et programmes qui visent à faciliter le travail de prévention en médecine de premier recours.

Dans ce contexte, **nous souhaitons vous inviter à une réunion de discussion en groupe d'une durée de 3 heures pour connaître:**

- vos opinions concernant la prévention et la promotion de la santé au cabinet médical,
- les barrières auxquelles vous êtes éventuellement confronté-e-s,
- vos besoins et attentes relatifs à des outils ou guides de prévention,
- vos idées et propositions pour favoriser la prévention au cabinet.

Les réunions font partie d'un projet de recherche qui consiste en la réalisation d'interviews semi-structurées en groupes de 8-10 médecins de premier recours («*focus groups*») en Suisse romande et en Suisse allemande. Cette recherche est soutenue par la commission RRMA (Recherche et Réalisation en Médecine Appliquée) de l'Académie Suisse des Sciences Médicales.

Votre participation nous serait très utile pour la réalisation de ce projet et vous êtes invité-e-s à participer à l'un de ces groupes qui aura lieu, pour la Suisse romande, à la Policlinique Médicale Universitaire, rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne (dédommagement de 350.-- CHF.) Une demande auprès de la SSMG et de la SSMI est en cours pour la reconnaissance des heures comme crédits pour la formation continue.

Nous vous remercions d'avoir pris connaissance de ce courrier ainsi que de nous retourner votre réponse.

Nous vous prions de recevoir, chères Consœurs, chers Confrères, nos cordiales salutations.

A. Zyska Cherix

J. Cornuz

F. Pilet

B. Spencer

Réponse à envoyer jusqu'au vendredi 30 mai 2008
au FAX n° 021 314 72 44

☐ **Oui**, je participe volontiers à l'un des « *focus groups* ».

Je suis disponible : (cocher les dates qui vous conviennent)

☐ **mardi 3 juin 2008**

☐ **jeudi 10 juillet 2008**

de 14h00 à 17h00 à la Polyclinique Médicale Universitaire à Lausanne

☐ **Non**, je n'ai pas la possibilité de participer.

En cas de participation, veuillez s'il vous plaît répondre aux questions suivantes, dont nous avons besoin, pour la composition des groupes :

☐ Je travaille en cabinet de groupe ☐ Je travaille seul

☐ Je travaille à plein temps

☐ Je travaille à temps partiel (____%)

☐ Je fais partie d'un réseau « managed care » (p.ex. Réseau Delta, Réseau Vernayaz-Conthey, Réseau Neuchâtel, autre : _____)

☐ J'ai obtenu mon diplôme de médecin en _____

Nom, _____ prénom, _____
.....

sceau :

Vous recevrez un courrier de confirmation avec la date et le lieu du groupe et des explications plus détaillées sur le sujet et le déroulement des interviews. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions.

9.6 BIBLIOGRAPHIE

1. *Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III)*. JAMA, 2001. **285**(19): p. 2486-97.
2. *Standards of medical care for patients with diabetes mellitus*. Diabetes Care, 2002. **25**(1): p. 213-29.
3. Smith, S.C., Jr., et al., *AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute*. Circulation, 2006. **113**(19): p. 2363-72.
4. USPSTF. <http://www.abrq.gov/clinic/uspstfix.htm>.
5. Wender, R.C., *Cancer screening and prevention in primary care. Obstacles for physicians*. Cancer, 1993. **72**(3 Suppl): p. 1093-9.
6. Brotons, C., et al., *Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe*. Prev Med, 2005. **40**(5): p. 595-601.
7. Eisner D, Zoller M, Rosemann T, Huber CA, Badertscher N, Tandjung R., *Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review*. Int J Gen Med. 2011; 4:853-70. Epub 2011 Dec 16.
8. Grol, R., *Implementing guidelines in general practice care*. Qual Health Care, 1992. **1**(3): p. 184-91.
9. Drenthen, T., *Challenges to prevention in Dutch general practice*. Am J Clin Nutr, 1997. **65**(6 Suppl): p. 1943S-1945S.
10. Cornuz, J., et al., *Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits*. Fam Pract, 2000. **17**(6): p. 535-40.
11. Hobma, S., et al., *Effective improvement of doctor-patient communication: a randomised controlled trial*. Br J Gen Pract, 2006. **56**(529): p. 580-6.
12. Bowler, I. and S. Gooding, *Health promotion in primary health care: the situation in England*. Patient Educ Couns, 1995. **25**(3): p. 293-9.
13. McKinlay, A.W., *Nutritional support in patients with advanced cancer: permission to fall out?* Proc Nutr Soc, 2004. **63**(3): p. 431-5.
14. Ganry, O. and T. Boche, *Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy, France*. Public Health, 2005. **119**(11): p. 1023-30.
15. Johansson, K., P. Bendtsen, and I. Akerlind, *Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care*. Public Health, 2005. **119**(9): p. 781-8.
16. Haines, A. and R. Jones, *Implementing findings of research*. BMJ, 1994. **308**(6942): p. 1488-92.
17. Pope, C. and N. Mays, *Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research*. BMJ, 1995. **311**(6996): p. 42-5.
18. Crabtree/Miller, *Doing Qualitative Research*. Second Edition ed1999, Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, Inc.

19. Siegrist J., *Effort-Reward Imbalance Model*. In G. Fink (ed.): *Encyclopedia of Stress*. Second Edition, Vol. 3. Academic Press, Oxford, pp. 893-896.
20. www.fmh.ch/files/pdf4/aim_anhang_2_f.pdf : *objectifs de formation pour les médecins de famille*
21. Heyse, V., Schirks, A., *Kompetenzprofile in der Humanmedizin - Konzepte und Instrumente für die Ausrichtung von Aus- und Weiterbildung auf Schlüsselkompetenzen*. Münster: Waxmann Verlag; 2012
22. Weil, B., *éditorial*, « Bulletin des médecins suisses », FMH, septembre 2011