

**NESCAV : Nutrition, Environnement, Santé cardio-vasculaire**

# **Prévention cardio-vasculaire**

**La pratique des médecins généralistes de la région  
liégeoise**

## **Rapport d'étude**

**Août 2011**

**Ketterer F., Duchesnes C., Massart V. & Giet D.**

Les membres de l'équipe du Département universitaire de Médecine Générale (DUMG) ayant participé à cette étude sont :

Ketterer Frédéric, sociologue

Duchesnes Christiane, médecin généraliste

Massart Valérie, pédagogue

Giet Didier, médecin généraliste

# Table des matières

1. Introduction.....	5
2. Méthodologie de l'étude.....	6
2.1 Méthode choisie.....	6
2.2 Public-cible .....	6
2.3 Analyse .....	7
3. Résultats .....	8
3.1 Approche générale de la prévention.....	8
3.1.1 Définitions formelles des préventions primaire et secondaire au sens des médecins généralistes .....	8
3.1.2 Les populations-cibles des actions préventives .....	9
3.1.3 Les thématiques plus particulièrement abordées en matière de prévention cardiovasculaire.....	11
3.1.4 Les techniques d'approche de la prévention des médecins .....	12
3.2 Les stratégies déployées pour accroître la réussite des entreprises préventives.....	14
3.2.1 Tenir compte des spécificités des patients .....	14
3.2.2 Expliquer les gestes préventifs au patient .....	18
3.2.3 Accompagner le patient dans sa démarche .....	22
3.2.4 Utiliser la relation thérapeutique.....	24
3.2.3 Le cas particulier de l'autocontrôle.....	26
3.3 Connaissances et réactions des patients face à la démarche préventive entreprise .....	28
3.3.1 Les connaissances des patients .....	28
3.3.2 Les réactions négatives.....	30
3.3.2.1 Le déni .....	30
3.3.2.2 Problèmes de compliance .....	31
3.3.3 Les éléments de vie du patient complexifiant la prise en charge par le médecin .....	32

3.3.3.1 Le principe de plaisir.....	32
3.3.3.2 Des discours préventifs perçus comme anxiogènes .....	33
3.3.3.3 Accepter la perspective de prendre un traitement au long cours .....	34
3.3.3.4 Pouvoir se prendre en charge .....	35
3.4 La place des différents professionnels selon les médecins généralistes .....	36
3.4.1 La place des généralistes dans les thématiques de prévention.....	36
3.4.2 Les professionnels avec lesquels travaillent les généralistes.....	37
3.4.3 Les formes de collaboration mises en place .....	39
3.5. Rapport à la démarche préventive des médecins généralistes .....	41
3.5.1 Concernant les études et les recommandations en la matière .....	41
3.5.2 Les questionnements engendrés par la prévention cardio-vasculaire .....	44
3.5.3 Les difficultés rencontrées dans la pratique préventive .....	47
3.6. Besoins et suggestions des médecins généralistes .....	49
4. Discussion .....	52
Annexe : Guide d'entretien .....	56

## 1. Introduction

NESCaV est un projet Interreg IV A financé par la Commission européenne. Il vise la promotion de la santé cardio-vasculaire dans les états de la grande Région ainsi que la prévention des maladies cardio-vasculaires. Les partenaires en sont le Grand Duché du Luxembourg, la Lorraine (France), la Sarre (Allemagne) et la province de Liège (Belgique).

Le projet poursuit divers objectifs. Il s'agit, avant tout, d'évaluer la **situation actuelle** : évaluer la santé cardio-vasculaire de la population, établir les relations entre les facteurs de risque cardio-vasculaires et, d'une part, les apports nutritionnels et, d'autre part, la pollution atmosphérique et étudier les modalités de prise en charge et de contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires. Dans un deuxième temps, des **recommandations** pourront être émises pour améliorer ces divers éléments s'il y a lieu.

Il semble intéressant d'investiguer les habitudes de vie et de gestion de la santé de la population. Quels sont ses **besoins** en termes d'information, d'aide ou de soutien ? Mais, il est également important de savoir quelle est **l'offre**, auprès de la population, en termes de promotion et de prévention cardio-vasculaires.

Le médecin généraliste a, dans ses compétences, les actions de prévention des maladies. Il connaît souvent bien son patient, à titre individuel mais a aussi, par le biais de sa patientèle qui représente une fraction de la population, une approche plus épidémiologique de la situation sanitaire. C'est donc un acteur important au regard de la thématique de ce projet. Révéler sa pratique quotidienne ainsi que les obstacles auxquels il doit faire face devrait apporter des pistes d'action pour améliorer le service rendu à la population dans le futur.

Cette partie du projet vise donc à documenter les actions de prévention cardio-vasculaires des médecins généralistes auprès de leurs patients. Comment perçoivent-ils l'attitude et les connaissances des patients face à cette thématique ? Quelles sont leurs stratégies ? Quelles sont les difficultés perçues et leurs attentes ?

## 2. Méthodologie de l'étude

### 2.1 Méthode choisie

Le focus group est une méthode de recherche qualitative. Il s'agit d'une discussion d'un groupe de professionnels, menée par un animateur sur base d'un guide d'entretien, qui permet l'évocation d'expériences, d'habitudes de pratique, de difficultés rencontrées et d'opportunités à saisir. La dynamique du groupe permet à chacun de mobiliser des souvenirs et de relancer une réflexion de manière bien plus active que l'entretien individuel ne le permet.

Le guide d'entretien, préparé par l'équipe, fournit une trame de questions permettant d'évoquer tous les thèmes souhaités. Des questions de relance sont prévues pour ranimer un débat qui s'enlise ou susciter de nouvelles réactions. Le guide est présenté en annexe

Quatre focus groups ont été organisés en janvier 2011. 39 médecins généralistes praticiens de la province de Liège ont été interrogés. La constitution des groupes est présentée ci-dessous. Les séances ont été animées par le même chercheur accompagné du même observateur. Les discussions ont été enregistrées avec l'accord des participants.

### 2.2 Public-cible

Pour assurer la richesse du propos recueilli, il faut interroger des praticiens ayant des expériences différentes. Nous avons retenu deux caractéristiques pouvant, éventuellement, influencer le type de pratique et de patientèle des médecins. Il s'agit, d'une part, de la pratique en zone rurale ou urbaine et, d'autre part, de la pratique seul ou en association.

Des dates ont été fixées pour les groupes dont les caractéristiques ont été prédéterminées. Sur base d'une liste de médecins généralistes classés par code postal, contact a été pris par téléphone : une brève présentation de l'étude et de la méthode précédait la demande de participation. La date était proposée en fonction du type de pratique. Une quinzaine de participants ont été recrutés pour chaque date. Un courrier de confirmation a été envoyé et un rappel effectué un ou deux jours avant la date de rendez-vous.

### Caractéristiques des focus groups et répartition des participants

Date	Zone	Pratique	Nombre de participants
11/1	Urbaine	Solo	9
18/1	Rurale	Solo	10
19/1	Urbaine	Groupe	9
25/1	Rurale	Groupe	11

## 2.3 Analyse

Les enregistrements ont été intégralement retranscrits. Un classement thématique des verbatim a été effectué par deux chercheurs indépendamment. Une recherche de consensus a ensuite été réalisée pour obtenir une grille d'analyse commune. Les discussions suivantes ont été introduites dans la même grille, éventuellement amendée ou enrichie en fonction des nouveaux apports d'idées.

## 3. Résultats

### 3.1 Approche générale de la prévention

#### 3.1.1 Définitions formelles des préventions primaire et secondaire au sens des médecins généralistes

Les médecins généralistes interrogés ne semblaient guère prêter une attention particulière à la distinction opérée entre préventions primaire et secondaire, dans la mesure où cette séparation théorique ne semblait avoir que peu d'incidence sur leur pratique et sur leur manière de concevoir une prévention individualisée. Toutefois, si l'on s'arrête sur la distinction entre les deux, il apparaît que la prévention primaire correspond davantage à celle pratiquée chez les patients n'ayant pas de problème de santé de ce type.

*Ben, primaire, c'est le tout venant en quelque sorte, hein.*

*La primaire, c'est de la prévention qu'on peut appliquer à toute la population.*

*Surtout que la prévention primaire, c'est que les gens ne sont pas encore malades par définition...*

*Alors que la prévention primaire, moi je la définirais plutôt comme une modification de la qualité et de l'habitude de vie des gens.*

Dans ce dernier extrait, le terme « modification » induit l'idée que les patients seraient, a priori, dans l'erreur, dans la mesure où ils n'adopteraient pas spontanément les habitudes de vie les meilleures à la préservation de leur capital santé.

*Ipsa facto*, la prévention secondaire s'apparente alors à celle dirigée vers les patients ayant déjà eu un problème de santé significatif, avec un risque accru de récurrence. Dans le cas de la prévention cardio-vasculaire, il s'agissait donc de patients ayant connu, par le passé, des complications de santé en lien avec l'organe considéré.

*Et la secondaire, c'est chez quelqu'un qui en a eu...Donc infarctus, que ce soient troubles vasculaires périphériques, cérébral et autre*

*La secondaire c'est en fonction des facteurs de risque.*

Nonobstant ces définitions théoriques, la séparation entre les deux types de prévention semblait admettre comme principe discriminant l'apparition d'une pathologie,



donnant dès lors la sensation que cette séparation – arbitraire – entre les deux types de prévention se faisait sur la base d'un continuum, où l'apparition du phénomène pathologique trace la frontière entre les deux formes de prévention.

*La primaire ; c'est chez quelqu'un qui n'a pas eu d'incident cardiovasculaire et la secondaire ; c'est chez quelqu'un qui en a eu.*

*En prévention secondaire donc pour les patients qui ont déjà déclaré, euh ... la pathologie.*

Outre ce continuum, l'un des médecins interrogés évoqua aussi une dissimilarité de l'implication des patients entre les deux formes de prévention.

*Donc en prévention secondaire, ils viennent pour renouveler leurs médicaments, pour refaire contrôler où ils en sont et ils viennent pour parler de ça aussi. Et ils prennent aussi un peu plus en charge leur suivi. C'est eux qui resonnent pour prendre rendez-vous. Je veux dire, en prévention primaire, c'est un peu nous qui devons dire « ben, j'aimerais bien vous revoir dans x temps pour recontrôler » et la démarche vient au final plus de nous dans le suivi qu'en prévention secondaire, enfin ... ça vient proportionnellement plus d'eux et avec nous qui reciblons les objectifs.*

Néanmoins, la distinction entre les deux types de prévention semblait parfois souffrir de son formalisme théorique puisque la pertinence de cette distinction était parfois questionnée par ses principaux promoteurs.

*Mais c'est discutable, ça... Moi, je vois un peu différemment... Quelqu'un qui n'a pas encore une artérite, qui n'a pas encore d'index, par exemple, pour moi il est déjà dans une phase d'artérite, mais n'est pas encore opérable. Il y a déjà des lésions, mais c'est toujours difficile de distinguer la limite entre primaire et... Pour moi, il est déjà en prévention secondaire. Il y a parfois des lésions qui ne rentrent pas dans les grandes décisions...*

### **3.1.2 Les populations-cibles des actions préventives**

Dans le cadre d'une prévention efficace, les médecins généralistes ciblent plus spécifiquement certaines populations, considérées comme à risque quant à l'apparition de troubles cardio-vasculaires. Dans cette optique, ces professionnels de santé semblaient admettre les facteurs de risque comme base d'une nécessaire prévention, permettant ainsi de sélectionner les patients auprès de qui devait se dérouler ce discours préventif.

*Il y a des patients qui sont plus à risque et d'autres moins.*

*Oui, effectivement il fait cibler les personnes qui sont, même si c'est en primaire, qui sont à risque.*

*En ce sens, les médecins s'appuyaient soit sur des outils standardisés permettant d'évaluer les facteurs de risque, soit sur un ensemble d'indices leur permettant de jauger le risque cardiovasculaire.*

*Enfin, on se base un peu sur les tables, on essaye de faire rentrer les gens, et de les inscrire sur les tables de scores, là. [...] Oui, c'est déjà dans un deuxième temps, on reçoit les gens et puis on essaye de les inscrire et de les situer là sur les tables et puis après, donc, il faut encore voir ce qu'on fait.*

*On sait que les gens qui n'ont pas un bon diplôme ont une qualité de vie moindre, ça c'est ... j'ai les chiffres. Une femme disposant d'un diplôme d'enseignement supérieur peut espérer vivre 18 ans en plus en bonne santé qu'une femme du même âge sans qualification. Donc, ça a une influence sur toutes les maladies, donc forcément aussi sur le cardiovasculaire.*

*Moi, par contre, celui qui a plusieurs facteurs de risque, ben, ça permet aussi de lui montrer un peu que le risque est beaucoup plus grand et donc effectivement, là, on va vraiment lutter activement, quoi...*

*C'est vrai qu'il y a des gens qui n'ont pas spécialement de cholestérol, qui n'ont pas spécialement fumé ... c'est toujours des gens très stressés. Moi je pense que c'est un facteur de risque qu'on ne prend pas en compte.*

*On essaye de les pousser à ce qu'ils fassent un petit bilan parce qu'on trouve que bon, ils sont trop gros, ils fument, ils ne font pas de sport, enfin trente-six choses.*

Dans le même temps, certaines caractéristiques individuelles étaient perçues comme davantage propices au développement de pathologies cardio-vasculaires, comme cela est le cas, respectivement, avec l'atavisme, le surpoids, le tabac, ou bien encore le manque d'activité physique.

*Bon il y a des familles où il y a eu des cas de problèmes cardiovasculaires très jeune, dans la cinquantaine ou quoi, et donc c'est des personnes, c'est des familles où on va peut-être plus, où les personnes qui viendront... On va peut-être plus chercher, disons, des facteurs de risque que dans le tout venant.*

*Il y a les facteurs héréditaires aussi ... il y a des familles où à trente-cinq ans on a déjà un infar.*

*Mais c'est vrai qu'on sera plus attentif, généralement en le disant aux enfants, quand parfois on les voit dans un excès pondéral, surtout quand on va chez eux ... devant la TV avec un sachet de chips et tout le tralala.*

*Il faut peut-être même commencer très tôt, puisqu'il y a pas mal de jeunes qui sont en surpoids, hein, en excès pondéral, donc c'est une prévention qu'on doit commencer de plus en plus tôt dans l'âge de la vie*

*Donc on va faire comme ça une espèce de travail de fond aussi par rapport aux fumeurs.*

*La première mesure ou le premier critère, c'est la sédentarité.*

Pour autant, les généralistes s'accordent aussi à énoncer que d'autres éléments de vie des patients doivent être pris en compte pour évaluer la pertinence de mettre en place des actions préventives, comme l'âge qui apparaît comme un facteur de première importance. Ainsi, l'arrivée dans la cinquantaine semble le détonateur des actions préventives :

*Donc les facteurs de risque, euh, familiaux interviennent surement beaucoup, pour cibler les gens, l'âge, aussi, bien sûr, parce que c'est plus déterminant qu'on y pense.*

*Je ne suis pas systématique des trente-cinq ans. Plutôt à partir de cinquante ans.*

Dans le même temps, pour les patients déjà arrivés à un certain âge, l'étau préventif semble se desserrer quelque peu, notamment car l'intervention du médecin peut alors causer plus de dégâts que de bénéfices – en termes de qualité de vie du patient.

*Les personnes âgées quand on leur baisse la tension, ils deviennent aussi gaga, quoi, ce n'est pas si bon que ça... Parce qu'il faut qu'il ait 16 pour que ça aille au cerveau.*

*Sur un monsieur de quatre-vingts et des ans qui a du diabète, il vit avec trois grammes, il va très bien. Le jour où on a réussi à lui faire baisser son sucre, il perdait la mémoire, il n'avait plus de mémoire. Depuis qu'il est à trois grammes, il va très bien. [...] Jusqu'à quel moment doit-on absolument pousser la prévention, lui donner des médicaments qui vont peut-être l'embêter, lui donner des effets secondaires, alors qu'il va très bien pour une qualité de vie pour son âge ? [...] Moi, je privilégie, ça dépend, là je privilégie aussi la qualité de vie.*

*Un gars de cinquante ans, on va s'appliquer à essayer qu'il applique les règles et qu'il arrive dans les normes. Mais c'est vrai que le patient de quatre vingt cinq ans, euh ... non. Non, on va être plus souple avec lui, hein.*

### **3.1.3 Les thématiques plus particulièrement abordées en matière de prévention cardio-vasculaire**

En lien direct avec les populations visées, certaines thématiques retiennent davantage l'attention des médecins généralistes, thèmes servant alors de support à la mise en place de la prévention cardio-vasculaire. Bien évidemment, ces thèmes sont intrinsèquement liés aux facteurs de risque définis supra. Dans cette mesure, nous y retrouvons le tabac.

*Bien sûr c'est le tabac qui revient le plus.*

*La cigarette ; tout le temps. La diététique peut-être moins, moins systématique.*

Les thématiques de l'excès de poids et du manque d'activité physique reviennent aussi très souvent dans le discours des généralistes.

*Il faut réfléchir à la collation de dix heures ; pourquoi est-ce qu'on donne la collation à dix heures ?  
Parce que les parents ne donnent pas à déjeuner correctement et que les enfants font des hypoglycémies en fin de matinée et s'endorment. Là il faut travailler aussi, sur l'éducation à bien manger correctement.*

*Faire attention au niveau alimentaire, bouger un peu plus.*

*Obliger les parents à s'arrêter à deux cents mètres de l'école, comme ça les enfants marcheront au moins quatre fois par jour et les parents aussi...*

*Donc c'est d'essayer de les faire bouger plus, soit regarder s'ils avaient le goût du sport à l'adolescence et de les faire reprendre ou alors de faire de la marche familiale ou d'aller dans un club.  
Donc c'est la première promotion en termes d'efficacité.*

Le cholestérol semblait, à son tour, une thématique récurrente dans le discours préventif déployé par les médecins face à leurs patients.

*On parle souvent du cholestérol !*

### **3.1.4 Les techniques d'approche de la prévention des médecins**

Afin de mettre en place une approche axée sur la prévention, les médecins généralistes développent diverses approches pour évaluer la pertinence de cette action préventive. En lien avec ce qui a été énoncé précédemment, les médecins vont donc commencer par s'intéresser aux antécédents familiaux de leurs patients, ainsi qu'à une évaluation des risques encourus pour leur santé, du fait de leur hygiène de vie actuelle.

*Je crois qu'il faut d'abord voir les antécédents un peu familiaux des personnes.*

*Et puis après, on essaie de calculer le risque avec des tables de scores pour voir où le patient en est ... savoir s'il présente des risques. [...] Donc quelqu'un qui a quarante ans, donc si on scrute ces points-là, on peut déjà avoir une idée du risque qu'il présente et ensuite on fait alors la prévention ...*

*Première consultation et puis, quand il y a un facteur de risque qui saute aux yeux, ben, une obésité, euh, quand on a une tension qui pète les plafonds, ben, alors là, je creuse un peu plus, quoi.*

Dans cette optique d'évaluation des risques encourus par le patient, les médecins recouraient souvent, au-delà de l'anamnèse et de l'examen clinique à des examens biologiques, qui leur permettaient d'appréhender au mieux la situation actuelle du patient et donc, partant, la pertinence de mettre en place des actions préventives. Le calcul du taux de cholestérol, la prise de la tension, ou bien encore les prises de sang formaient ainsi l'arsenal des méthodes évaluatives déployées par ces professionnels de santé.

*Il y a quand même une certaine clinique de base, hein. On prend la tension, on les pèse ... on demande s'ils fument, s'ils ne fument pas. On essaye si possible de faire une biologie avec les choses essentielles : cholestérol, glycémie, euh ... et là on a déjà bien ciblé le patient. On a son BMI, on a sa tension et alors là on sait ce qu'on vise, effectivement.*

*Maintenant pour le diabète, j'ai un glucomètre, donc ce n'est pas tellement difficile. Bon on regarde « est-ce que vous avez mangé, où en êtes-vous ? ».*

*Comme on prend presque toujours la tension, ça permet d'entrer dans le sujet.*

*On ne va pas proposer une prise de sang à n'importe quelle personne qui rentre dans le cabinet. [...] Quelqu'un qui a un surpoids et qui est plus âgé, ben, on proposera « de quand date votre dernière prise de sang ? », et donc on ira fouiller un peu plus loin.*

Certains médecins reconnaissaient aussi, encore parfois, programmer certaines consultations entièrement dédiées à une évaluation biologique de l'état de santé du patient, à un *check-up* exhaustif, qui était très en vogue dans le passé.

*Je faisais une consultation de check up, sur rendez-vous, où je prenais une heure et demie par patient. On les regardait de la tête aux pieds. On faisait comme en clinique. [...] On les regardait de la tête aux pieds, en dermato', les yeux, la bouche, les dents. On faisait comme un dossier clinique. On récapitulait son dossier, on reprenait tout. On faisait une prise de sang, une analyse d'urines, un électro' à la limite, ou un doppler pour les fumeurs. Et on avait un dossier un peu de base, de départ, sur lequel on pouvait s'appuyer pour chaque année.*

Néanmoins, si les examens biologiques constituaient un *modus operandi* habituel en matière de prévention, les généralistes insistaient, simultanément, sur la nécessité de tenir compte de la vie du patient, de ses caractéristiques personnelles, afin de mettre en place des éléments *ad hoc* à sa personnalité.

*Moi je suis plutôt pour relativiser un peu [...] les facteurs de risque, et plutôt axer sur le style de vie des patients.*

*On est quand même au coup par coup. Moi, quand j'ai des résultats pour un patient, je discute avec lui, je ne prescris pas nécessairement, même s'il est au-dessus des normes. J'essaie de voir un petit peu ...*

Les médecins généralistes insistent aussi sur la nécessité de procéder par étapes dans une approche préventive, d'atteindre des objectifs les uns après les autres, et non pas tous simultanément.

*On dit toujours une bonne consultation, on peut décider une chose à la fois, hein. On ne peut pas décider de trois choses, par exemple, hein. On décide, par exemple, on va traiter la tension aujourd'hui, on choisit un médicament, hein. Et on ne va pas en mettre tout de suite quatre, cinq, sinon le gars il s'enfuit, hein.*

*On fait une sorte de contrat au départ... On parle du secondaire, hein. Quand ça a l'air d'aller mieux, on a compris...on reprend, le cholestérol, pourquoi, ... on explique, hein, la tension, la même chose. On se donne du mal ...*

## **3.2 Les stratégies déployées pour accroître la réussite des entreprises préventives**

Dans une perspective prométhéenne, les généralistes reconnaissent employer diverses stratégies, afin de maximiser les chances de réussite des actions préventives déployées auprès de leur patientèle.

### **3.2.1 Tenir compte des spécificités des patients**

Une prévention efficace, dans la bouche des généralistes, doit tenir compte de la demande du patient, autrement dit de la raison première qui a amené ce dernier dans le cabinet de consultation. En effet, cet élément s'avère important, car il détermine la disposition des patients, de prime abord, à être réceptifs à un quelconque message préventif. Dans cette optique, les patients dont l'un des membres de l'entourage a connu un épisode valétudinaire constituaient un terrain favorable pour parler de prévention.

*Pour le patient, il y a son vécu. En général tout ce qui est prévention et tout, ça ... départ de tout ce qu'il a eu le patient, de ce qu'il a vécu dans sa vie, dans son entourage ou dans ses proches. C'est ça*

*qui les influence et ils en parlent. Ce qui m'ouvre souvent à moi la brèche pour pouvoir aller un peu plus loin dans la compréhension. [...] Et souvent parfois les gens arrivent et ils ont une idée de prévention, c'est-à-dire « je dois arrêter, j'ai un neveu ou un cousin, il a eu un cancer du poumon, moi je fume Docteur, je m'inquiète ». Donc ça permet d'ouvrir des brèches.*

*Il y en a que c'est par peur qu'ils viennent nous voir parce que ... Il y en a qui viennent quand il y a un événement autour d'eux.*

*Et ça, c'est toujours ... c'est toujours une bonne prise, hein, ça.*

*Il faut qu'on morde ...*

*Ah oui, oui, le père qui est mort qu'un cancer du poumon, par exemple ... c'est des trucs comme ça. Là ça interpelle, hein ... « et moi je voudrais bien faire une radio des poumons », hein !*

*Euh, alors c'est le moment parfois de l'envoyer sur autre chose.*

*Quand ils ont eu quelqu'un dans la famille, quelqu'un de proche qui a eu un petit accroc, alors là, ils viennent. Là, il y a comme un déclic.*

Cette plus grande réceptivité aux messages préventifs était aussi de mise lorsque le patient lui-même connaissait un problème de santé.

*Ou alors, un petit accroc, un petit accroc de la santé peut déjà ... hein, ça nous concerne là. [...] Et surtout voir le patient, où lui il est plus focalisé, ce qu'il retient, comme ça on fait un renforcement positif pour qu'il continue. Et puis une fois qu'on a équilibré un problème, on peut passer au suivant.*

Que le patient s'intéresse à ses paramètres biologiques, s'implique dans la gestion de sa santé semblaient aussi être des facteurs favorables quant à la mise en place d'actions préventives.

*Ben, je pense que le patient qui sait qu'il a une hypertension, le patient qui sait qu'il y a une hypercholestérolémie, c'est déjà celui qui a fait la démarche de le savoir, hein. Oui, qui n'est pas dans le déni.*

*Il le sait. Ce n'est pas un vrai dépistage, il est venu pour ça.*

*Oui mais c'est pour lui expliquer ... Donc ce sera déjà plus facile avec celui-là.*

*C'est un allié quand le patient est quelqu'un d'intelligent par rapport à sa maladie. C'est une aide importante pour le soigner évidemment*

*Parfois ils attendent vraiment ... tu vois ils sont contents qu'on leur pose la question, notamment par rapport au tabac. Moi je pose souvent la question « vous avez déjà arrêté de fumer ? », « vous avez déjà essayé d'arrêter ? ». « Ah, ben non, mais justement je me disais que ce serait peut-être bien l'occasion ». Enfin, le fait effectivement de poser une petite question, souvent ils y ont déjà quelque part songé et puis bon, c'est passé aux oubliettes et puis bon, le fait de revenir un petit peu sur le sujet, on dit « ben oui, tout compte fait, ce serait peut-être bien le moment », quoi.*

*Je pense que celui qui vient spontanément demander son bilan sera plus à l'écoute de ce qu'on va lui proposer que celui qu'il faut déjà supplier pour arriver à avoir une prise de sang parce qu'on se doute*

*qu'il peut y avoir quelque chose. Celui qui fait la démarche, je pense, est déjà plus prêt à passer le cap de faire l'effort nécessaire.*

En ce sens, les généralistes précisaient que s'intéresser à la motivation du patient, connaître son envie de changement, s'avère nécessaire pour adapter la prise en charge, et favoriser sa réussite.

*On doit jouer avec la motivation du patient. Qu'est-ce qu'il prend le plus à cœur. [...] Donc moi je regarde : qu'est-ce que lui il est prêt à faire ? Je l'aide à faire ce qu'il a décidé. Et j'essaie de passer un ou l'autre de mon côté.*

*Si les gens sont demandeurs, notre travail est beaucoup plus simple.*

*C'est vraiment une prise en charge globale et avec le patient on discute : « voilà ce qu'il faudrait changer. Qu'est-ce qui vous semble accessible ? Qu'est-ce qui vous semble insurmontable ? ». Et on y va petit à petit.*

Outre la motivation, appréhender le patient dans sa globalité et sa complexité permettait de s'adapter, de trouver les arguments prompts à le convaincre et à l'amener à procéder à des changements dans ses habitudes de vie. Dans cette mesure, ce qui est évocateur pour l'un ne le sera pas pour l'autre, complexifiant d'autant la réussite potentielle de l'acte préventif entrepris.

*C'est très individuel comme approche, hein.*

*Ça dépend aussi du type de personne à qui on a affaire.*

*Par exemple, le pouvoir de persuasion, ben, on l'aura avec un et pas avec l'autre.*

*Donc ça dépend aussi du niveau social, du niveau d'étude, de ce que tu peux dire en consultation, ce qui est compris ou pas.*

*C'est souvent d'interroger les gens sur ce que ça représente pour eux d'être diabétique ou d'avoir de l'hypertension parce que ça peut représenter des choses catastrophiques ou d'être complètement, ou ils sont complètement à l'ouest, ou pour eux ce n'est pas grave. Donc ça dépend un peu du niveau de connaissance aussi et, euh ... et quand on a cerné ça, ben, je pense que c'est plus facile de dire, ben, voilà, le diabète c'est inscrit dans les facteurs de risque cardiovasculaire.*

*Alors, ce que je fais aussi, c'est écouter les réalités du patient, ce qu'il pense de sa maladie. Oui, parce qu'il y a des croyances : les pieds à couper, par exemple. On est très loin de l'EBM. Ces croyances, ça dépend très fort du patient. Mais il faut le savoir. Il faut être progressif.*

*On sait, on croit savoir en tout cas, comment manœuvrer avec eux, donc on ne va pas agir de la même façon avec deux personnes, donc euh ...*



*Oui, voilà justement en connaissant les patients, s'ils ont plusieurs facteurs de risque, ben, on sait que voilà, pour celui-là on a beau lui dire qu'il faudra arrêter de fumer, avec celui-là, on sait que c'est inutile, il n'arrêtera jamais. On peut au moins se concentrer sur sa tension, son cholestérol et c'est déjà ça. [...] Voilà, il faut cibler en fonction de la personnalité.*

Enfin, la réussite de l'acte préventif était aussi favorisée, aux dires des médecins, par une démarche empathique du soignant envers le patient, approche qui permet notamment de doser le niveau d'exigence à avoir envers le patient sans que cela ne s'avère contre-productif :

*On doit quand même montrer aux gens qu'on a une sollicitude positive. Si on dit aux gens « écoutez, voilà le meilleur traitement, les meilleurs conseils, maintenant que demain vous creviez ou que vous alliez bien, moi personnellement je m'en fous complètement et c'est trente sept euros la visite », c'est clair que c'est foutu, quoi. Donc on doit, tout en restant à notre place de médecin, faire que les gens ont envie d'avancer avec nous dans ce truc*

*Comprendre pourquoi il ne bouge pas, pourquoi il ne change pas. Pourquoi il n'arrête pas de fumer, aussi, hein. Il faut prendre un peu aussi ce qu'il a dans son cœur.*

*Parfois la tâche est trop... L'objectif est trop loin.  
L'objectif est disproportionné, enfin, je veux dire ... alors moi je comprends, moi je serais découragée aussi, hein, nous aussi, hein.*

En dépit de l'insistance des généralistes concernant le fait que chaque patient soit différent, ces soignants évoquent des stratégies rhétoriques communes afin d'accroître les chances de réussite de leur entreprise de prévention. Ces stratégies ne sont pas exclusives ; c'est bien plutôt leur juxtaposition, leur utilisation simultanée, qui rend ces stratégies efficaces.

Néanmoins, dans une perspective explicative à vocation heuristique, il paraissait opportun de distinguer des classes de stratégie, en vue de mieux faire ressortir l'arsenal d'outils à disposition des médecins dans leur pratique. Ainsi, nous étudierons successivement trois groupes de stratégies : la compréhension des gestes préventifs par le patient, l'accompagnement du patient dans sa démarche, et la forme de la relation thérapeutique.

### 3.2.2 Expliquer les gestes préventifs au patient

Dans l'optique d'assurer le succès de la démarche préventive auprès des patients, les médecins généralistes cherchaient, de prime abord, à informer le patient, à lui faire passer un message bien précis, en vue d'obtenir sa compliance :

*Tu leur donnes une information.  
On donne le message.  
Le message à passer...*

*Je pense, par exemple, à des gens, je ne sais pas moi, des gens de cinquante ans qui commence à développer une hypertension asymptomatique, ben, on essaye de leur expliquer que c'est mieux de commencer de se soigner à cinquante que d'attendre 64 ou 66 et le premier infar'.*

*« Ah ! maintenant je comprends, Docteur [...] vous voulez qu'on vive comme notre grand-père qui a quatre-vingt-cinq ans qui fait toujours son jardin avec ses tomates, qui ne va jamais faire ses courses chez Delhaize et qui mange ses tomates et qui, effectivement, n'a pas fait d'infarctus ». Donc à ce moment-là le message est passé.*

*Dans les stratégies, moi, il y a deux choses qui me viennent à l'esprit, il y a, d'une part, adapter le niveau d'information au patient, sa capacité de comprendre et à sa demande. Parce que je pense que si on donne trop peu, et que les gens disent « oui, c'est un médecin, il n'explique rien ou il me prend pour un con », quelque part ça décolle de l'effet d'entraînement qu'on peut avoir. Inversement, si on donne trop de trucs, trop touffus, trop incompréhensibles, ça peut être quelque chose d'angoissant ou qui fait que le patient a envie de laisser tomber.*

Pour arriver à cet objectif, certains des médecins interrogés diversifiaient les supports pour réussir à toucher leurs patients, profitant notamment de la salle d'attente pour les sensibiliser de manière indirecte.

*Comme les vaccins contre le tétanos ... il y a une étude qui a montré que c'était intéressant de mettre un écran, un écran plat, et faire passer un message, comme ça, dans la salle d'attente.*

*Il y a des petites brochures dans la salle d'attente, euh, puisque c'est à ce moment là qu'ils devront attendre, donc ... ben, ils lisent un petit peu. Euh, je veux dire pour des affiches un peu plus, euh ... qui tapent un peu plus à l'œil, oui, je vais dire... Ca leur permet aussi, peut-être, de poser une question qu'ils n'auraient peut-être pas posée s'ils n'avaient pas vu ça dans la salle d'attente, euh ... Et puis d'ouvrir le débat sur une chose ou l'autre ...*

Dès lors, faire prendre conscience de la gravité de la situation et l'expliquer sont les deux maîtres-mots de cette information prodiguée aux patients, comprenant, en substrat, l'axiome que les généralistes doivent lutter contre les représentations spontanées de leurs patients, leur mésinformation.

*Pour le tabac, moi j'utilise une méthode qui consiste à expliquer, parce que je crois qu'ils ne le savent pas. Ils parlent toujours, ils pensent au cancer du poumon, mais en leur parlant des différents constituants, euh, la nicotine ... Le CO. Le CO, les hydrocarbures, euh, ... et tout ce qu'on ne sait pas.*

*C'est surtout comment faire comprendre aux gens que c'est grave.*

*J'appelle ça un cocktail Molotov, je lui explique vraiment par A plus B que ça va exploser.*

*Mais euh ... voilà, je veux dire, des patients qui disent « oui, mais avoir le diabète ce n'est pas grave, je ne risque pas grand-chose ». Mais si, les risques, ça peut être ça ... Alors là, il y a une conscientisation.*

*Mais voilà, c'est pesé.*

*Moi je pense qu'ils sont tous à peu près conscients que c'est mauvais pour la santé, mais je ne suis pas sûr qu'ils font toujours le lien avec ce que ça peut entraîner comme conséquence véritable ... infarctus, un décès, enfin ... « ce n'est pas bon pour ma santé, mais, bon, voilà ». Ils ne sont pas nécessairement conscients.*

*Tu sais, la différence d'espérance de vie entre quelqu'un qui fait attention et qui a des facteurs de risque et quelqu'un qui ne fait pas attention avec les mêmes facteurs de risque : c'est quatorze ans.*

*[...] Bon, ça c'est des messages très forts qu'on peut utiliser.*

*C'est à nous de les conscientiser.*

*Donc il faut le convaincre et tout, et ça reste le plus gros combat.*

De surcroît, afin de s'assurer de la bonne compréhension des explications fournies, les médecins généralistes utilisaient parfois des supports, pour illustrer ou appuyer leurs propos.

*Et si quelqu'un s'y intéresse, ben, on peut lui expliquer justement les quatre facteurs de risque principaux et proposer un schéma simple, qui soit facilement compréhensible pour le patient, pour le diabète, pour la tension. Euh, ben, dans mon cabinet, [...] c'est une image avec le système cardiovasculaire avec toutes les artères, le cœur, les vertébrales, les carotides, etc., et le sujet c'est l'hypertension et alors à côté on voit une artère qui est diminuée de volume avec une plaque d'athérome. Je leur montre tout ça et ils comprennent bien.*

*Moi ce que je fais aussi, c'est lui donner beaucoup d'indications par écrit. Je le dis, je le fait par écrit, je le lui donne.*

*J'utilise beaucoup des tables qui leurs montrent les risques, comme ça ils voient la différence et tout, et ça permet à ce qu'ils adhèrent par après au traitement.*

Parallèlement à l'information donnée, la capacité des généralistes à être concrets semble aussi révalorisée par ces derniers, en vue d'accomplir une démarche préventive efficace. Cela passait notamment par le délaissement d'un discours par trop médical, au profit d'explications profanes, d'analogies plus parlantes pour les patients.

*On parle de courbe, de CO et tout ça, si vous leur expliquez comme ça, je ne pense pas que, même pour mémoire, ils vont garder un peu de chose. Par contre, je leur montre l'utilité, par exemple, d'arrêter de fumer, ou l'utilité de maigrir, toujours par des images et par des comparaisons et ça reste bien fixés dans leur cerveau, je vais dire.*

*En fait, c'est parce qu'on est médecin, donc on parle très médical. Moi, j'essaie parfois de ne pas parler médical et à la limite de me considérer parfois comme garagiste. [...] Ce sont des images parfois plus marquantes. Quand quelqu'un n'est pas compliant, je lui dis « Vous avez une voiture ? » « Oui ». « Vous n'allez jamais à l'entretien ? ». « Non ». « Qu'est-ce qui va se passer dans quelques mois, quelques années ? ». Il me dit « Je vais avoir des problèmes ». « Vous avez tout compris ».*

*Les dames qui ont fait une densitométrie et qui ont... C'est l'image de la petite vieille qui est bossue, je crois que ça, ça frappe et elles ne veulent pas devenir comme ça. C'est plus tangible, je crois.*

*Oui, parfois d'essayer de trouver des exemples un peu concrets qui peuvent un petit peu les interpeller, quoi. Tant que ça a l'air trop vague, ils ne prennent pas tellement conscience du ...*

*Moi je fais l'analogie avec une voiture, je leur dis : « quand vous allez au contrôle technique, on vous montre certains points, vous avez des cartes oranges ou des cartes vertes, mais on vous dit il faut surveiller ça. En santé c'est la même chose, on tire des sonnettes d'alarme. Si vous continuez, ben, vous savez que vous prenez des risques.*

Le moyen le plus usité par les généralistes pour avoir un discours ancré dans le concret consistait à recourir à des examens biologiques, jugeant l'état de santé des patients et, *ipso facto*, en fournissant une évaluation pronostique. Ces examens leur paraissaient d'autant plus intéressants que les patients se révélaient régulièrement demandeurs.

*La demande de biologie ou de prise de sang ou d'examen ou d'info'... Ils viennent, ils sont demandeurs.... Au vu des médias, au vu d'internet et tout ça, ils veulent, ils viennent, ils sont demandeurs d'une biologie presque annuelle.*

*Soit ils demandent pour avoir une prévention primaire, pour faire un petit bilan et tout ça.*

*En ce qui me concerne, donc, d'abord la première consultation dépistage s'il y a un facteur de risque, je fais une prise de sang tout de suite.*

*Pour le tabac, une spirométrie, ça les frappe. Ou la mesure du CO. Ceux qui ont le temps sont plus ouverts. Ça dépend.*

*Pour moi le plus simple c'est la tension. Les gens ils aiment bien savoir leur tension.*

*Oui, c'est vrai. Est-ce qu'elle est normale, est-ce qu'elle n'est pas normale... C'est très simple, hein, aussi de la prendre. Il ne faut pas faire de régime, pas d'effort...*

Également, le calcul des scores de risque constituait un autre instrument d'évaluation employé par les médecins généralistes, de même que les graphiques, qui apparaissaient comme autant d'outils à disposition de ces professionnels de santé pour prôner une approche préventive concrète :

*Oui ... les scores, on les score là, hein.*

*Et ça, ça parle, les gens sont assez... C'est assez imagé, en tout cas celle qu'on a et, euh ... On peut faire une simulation et tout ça et ça c'est très parlant. Et puis ça permet de suivre l'évolution aussi.*

*Ce que je fais beaucoup avec eux, si on reprend les anciennes valeurs, on les met sur un graphique, ils les voient à l'écran... Et puis on les suit un petit peu, on explique... Ils prennent conscience comme ça.*

*Je crois que ça les intéresse de voir sur leur écran leurs différentes prises de sang, leur cholestérol. Si c'est un diabétique, l'évolution de son hémoglobine glyquée. [...] Donc en étant très schématique comme ça, on parvient à faire comprendre d'une manière, sous forme d'image comme tu l'as très bien dit.*

Enfin, pour parfaire cette compréhension de la part des patients, les médecins généralistes insistaient également sur la nécessité de conserver une cohérence dans leur discours, tout au long de la prise en charge. Cette cohérence s'avère nécessaire pour éviter la versatilité du discours, possiblement néfaste quant à la compliance des patients. Dès lors, les généralistes veillaient à conserver une certaine continuité dans leur message, à en faire un invariant :

*Bien sûr on ne va pas lui dire ne fume pas et puis après ce n'est pas grave si tu fumes dix cigarettes.*

*Ça ne va pas, c'est ça. Il faut rester cohérent dans son discours et tout, mais il faut leur dire que ça, c'est mauvais.*

Cette continuité s'avère d'autant plus nécessaire que les patients sont sollicités par des messages provenant d'autres acteurs sociaux, messages qui s'écartent de la ligne de conduite des médecins, et qui risquent donc de créer un salmigondis dans l'esprit de ces patients – nous reviendrons sur cet aspect plus en détails dans la suite de notre analyse :

*Mais dans les messages télévisés, par exemple, on a à la fois le harcèlement par Benecol ou par tout ces machins-là et en même temps, dans les quinze secondes qui suivent, on présente la championne de saut... une petite parenthèse, mais comment une championne de saut ... hein, sportive, qui s'est soumise à un entraînement, à une hygiène de vie, etc., accepte d'entrer dans un machin publicitaire ... [...] Mais non, mais, ... alors comment veux-tu que les gens croient à quoi que ce soit ?*

### 3.2.3 Accompagner le patient dans sa démarche

Après avoir sensibilisé leur patient à la prévention, les généralistes poursuivaient leur action par un accompagnement tout au long des efforts entrepris par les patients. Les généralistes mettaient alors l'accent sur les encouragements et la sensibilisation, armes rhétoriques à leur disposition pour maximiser les chances de réussite de l'acte préventif entrepris.

*Il faut encourager les gens ... et c'est là la difficulté justement.*

*On sait bien que c'est un travail au long cours, donc forcément il faut y prêter attention, euh, à chaque fois qu'on est devant.*

*Notre rôle c'est aussi de les motiver et de prendre du temps avec eux à ce momen- là, hein.  
Et de positiver quand il y a eu des petits efforts faits même si ce n'est pas encore...  
Ah, mais de toute façon, effectivement chaque point gagné entre guillemets ... c'est super positif même si l'effort n'est pas ...*

*Vous pouvez les motiver aussi à contrario, hein. « Donc qu'est-ce que je dois faire ? ». « Fumez un peu plus ! ». Voyez la réaction que vous avez, hein, vous avez déjà tous le sourire, le patient il va sourire aussi. « Plus vous fumez, plus le pharmacien il va gagner sa vie, moi, il faut absolument que vous fumiez, j'ai plein de factures à payer ». Je blague, je blague, mais le message il passe.*

Dans cette même optique, ces professionnels de santé procédaient par étapes : ils cherchaient à faire évoluer progressivement les choses, en fixant seulement un objectif à la fois, pour ne pas risquer de tuer dans l'œuf la motivation du patient ; effectivement, à vouloir résoudre en une seule fois tous les facteurs de risques présentés par un patient, c'est la volonté de changement de ce dernier qui risquerait d'être ébranlée au vu de l'ampleur de la tâche.

*Voir tout ce qui est activités physiques mais c'est plutôt pour un peu les reconditionner d'abord parce qu'on se rend bien compte que les gens ne vont pas retourner marcher, euh ... comme ça. Donc on va essayer de leur proposer avec les kinés quelques séances pour essayer de, de ... un petit peu de les remobiliser. Qu'ils reprennent un peu confiance.*

*Puis, prendre un facteur de risque et essayer de travailler sur celui-là : la tension, par exemple. Parce qu'en cas de succès, c'est motivant pour continuer avec les autres. Il faut commencer progressivement et impliquer les gens, les responsabiliser. Il faut être diplomate. Oui, l'idéal, c'est pour plus tard. Commençons toujours.*

*Parfois il faut aussi, je pense pour quelqu'un qui a trop de poids ... ben, effectivement on lui explique que c'est important de réduire un peu le BMI... que même pour une petite perte de poids, on peut déjà avoir un grand bénéfice au niveau médical. Et c'est vrai que parfois si on envoie chez une*

*diététicienne qui va dire il faudrait perdre cinquante kilos et qui vient de... Non, s'il a déjà perdu dix kilos et qu'on est à nonante au lieu de cent, on aura vraiment un bon bénéfice.*

En corollaire, ne pas avoir un discours contre-productif s'avérait aussi important pour faciliter les efforts des patients, d'où l'idée de conserver une tonalité positive face à son patient.

*J'essaye aussi de ne pas leur faire peur.*

*Il faut toujours avoir un discours positif. Moi je ne trouve pas trop l'idéal de les menacer, il faut leur dire ... si on fait ça, on va gagner ça ou ça et ..... et d'être toujours positif, il me semble que c'est mieux d'encourager ... ne pas être trop négatif.*

*Quelqu'un qui a l'habitude de boire son café avec deux ou trois sucres et puis qui n'en met plus, ben, je pense que l'effort il est quand même effectué malgré tout. Donc je pense qu'il faut essayer de positiver.*

Les éléments qui précèdent sous-entendent que la démarche de prévention s'inscrit dans une temporalité longue, que le changement ne peut s'opérer du jour au lendemain. En conséquence de quoi, répéter, insister, bref avoir un discours itératif constituait une nécessité pour mener à bien cette entreprise préventive.

*On doit répéter le message plusieurs fois, et, c'est comme ça qu'on y arrive à la longue et avec le temps.*

*C'est plutôt la répétition, la répétition, la répétition qui va peut-être donner un certain résultat.*

*Donc il suffit de se dire, ben, aujourd'hui même s'il n'a pas ... si le message n'est pas passé au moment du terrain ... en le relançant plus tard. [...] Je crois qu'il faut parler, qu'il faut revenir à chaque fois dessus.*

*A force de répéter quand même les choses ça finit quand même par s'ancrer un petit peu et, à un moment donné, ben les paroles ne sont pas vaines. A mon avis, hein.*

Toutefois, la répétition ne devait pas virer à l'obsession, aux dires des généralistes ; ainsi, l'écueil à éviter était d'avoir un discours harceleur, une insistance trop grande, qui risquait, le cas échéant, de faire fuir le patient.

*Mais il ne faut pas casser le fil de la bonne entente par un harcèlement... Il ne faut pas harceler, non. Voilà, s'ils ont envie de nous... Voilà, on oscille toujours entre le conseil appuyé et la réponse à une demande.*

*Ou alors, voilà, on vire dans le harcèlement.  
Oui. Et alors là s'il est trop embêté, il prend la tangente, hein.*

Enfin, prodiguer des conseils concernant l'hygiène de vie ou la pratique d'une activité physique étaient d'autres stratégies gagnantes à déployer face aux patients, selon les médecins interrogés.

*Pratiquer plus de sport, en donnant des conseils pratiques.*

*Monter les escaliers plutôt que l'ascenseur, des bêtises, hein.*

*On essaye d'adapter, de leur demander d'adapter leur mode de vie pour essayer de réduire le risque.*

### **3.2.4 Utiliser la relation thérapeutique**

Pour clore cette partie sur les stratégies déployées par les médecins généralistes, il paraît opportun de préciser le statut accordé aux patients, par les médecins, dans le cadre de la relation thérapeutique. En effet, le maître-mot consistait ici à responsabiliser le patient, à tenter d'en faire un partenaire actif dans la relation thérapeutique. Cela revenait alors à le placer devant ses responsabilités dans la gestion de sa santé.

*Ce que je fais parfois moi, si j'ai une personne de vingt-huit ans qui fume, je dis « est-ce que vous pourriez par exemple vous dire, ben pour trente cinq ans j'aurai arrêté ». Donc là ... parce que leur faire peur ... Avant, je leur disais « vous savez que c'est mauvais pour la santé », ça ne les aidait pas à arrêter, évidemment ... Donc maintenant je dis « si à un moment donné vous avez envie d'arrêter, ben, vous pouvez m'en parler, si vous le souhaitez, je pourrai vous aider ».*

*Moi j'essaie beaucoup de responsabiliser les gens. De les mettre face à leur vie, quoi. Ce n'est pas à nous à tout faire à leur place... et donc responsabiliser, ce n'est pas à nous justement à crier tout le temps, etc. C'est dire « écoutez, vous êtes responsable de votre santé, quoi ! ».*

*C'est lui faire prendre conscience de ses responsabilités.*

*On essaye d'inciter, donc ... quelqu'un qu'on sait qui fume, quelqu'un qui est obèse ... ben oui, ceux-là, on essaye à chaque fois de les faire bouger, de les faire maigrir, de les faire se prendre en charge.*

*C'est vrai que j'essaie aussi de responsabiliser, donc de faire un partenariat avec le patient pour qu'il se sente concerné aussi par ce suivi-là, euh ... et c'est clair que c'est vraiment une approche globale.*

*Il faut aussi que le patient se prenne un peu en charge, donc, tout à fait d'accord. Il faut lui dire « bon ben, voilà, il faut faire une prise de sang tous les ans » et lui aussi il peut dire « tiens, c'est le moment de ma prise de sang, il faudrait y penser, c'est au début de l'année, chaque année ». Enfin, il faut aussi qu'il se prenne, oui ... C'est pratique l'échéancier, l'ordinateur, etc., mais je trouve qu'il faut aussi que*



*le patient s'assume un peu, se prenne en charge et dise « bon, voilà je voudrais un rendez-vous pour faire ma prise de sang annuelle, c'est le moment ».*

Corollaire de ce phénomène de responsabilisation, les médecins considéraient qu'ils devaient respecter la volonté du patient ; en ce sens, les médecins donnaient les informations importantes, mais les patients seuls décidaient ou non d'en tenir compte, ils conservaient le choix.

*Alors on leur dit « écoute, voilà ce qu'il faudrait faire, tu as envie, tu n'as pas envie ; si tu as envie, je peux t'aider ». « Si tu n'as pas envie c'est ton problème, hein ».*

*Enfin, moi je dis toujours « voilà je vous donne ça parce que c'est votre santé, enfin c'est votre vie, moi ça ne me regarde pas, mais au moins vous avez toutes les cartes en mains. Vous pourrez prendre une décision peut-être plus juste ou » ... euh, mais ... En connaissance de cause.*

*Mais si le patient, je vois à son mode de vie qu'il a difficile à le changer, du coup ça ne sert à rien que je ... Je dis « choisis ! ... Qu'est-ce que tu penses faire pour que tu sois bien ». Comme pour sa voiture, même s'il doit l'entretenir, parfois aussi je pense qu'il n'a que cent euros. Il ne peut pas mettre des pneus et des freins. Il choisit les freins parce que c'est plus intéressant que les pneus. Donc c'est des choses comme ça.*

*Moi, je fais des plans de tabac de façon régulière, mais j'en parle à mes patients sans les pourchasser et s'il y a des gens intéressés, je leur dis toujours « ben, vous réfléchissez, vous me téléphonez ». Donc je ne vais pas leur en parler et dire « je vais prendre mon agenda ; quand est-ce que je vous mets ? ».*

*Jamais je ne suis directif. Alors on discute des bilans sanguins, mais c'est lui qui gère, hein. Enfin je lui donne plein de conseils, mais je ne suis pas derrière lui vingt-quatre heures sur vingt-quatre, hein.*

*C'est les gens eux-mêmes, c'est la prise de conscience des gens eux-mêmes.*

*On n'y va pas non plus dans l'esprit du missionnaire, hein. On leur propose, hein. Ça les intéresse ou ça ne les intéresse pas. Si ça ne les intéresse pas, ben, vous savez...*

*Mais je pense aussi qu'il faut que le patient soit prêt à se prendre en charge pour certaines choses. Pour moi, pour le poids, je dis toujours « si vous voulez, on peut encore en discuter quand vous voulez, vous revenez pour une petite consultation », que de plutôt essayer absolument de délivrer mon message et que de toute façon, à ce moment-là, ils n'en ont strictement rien à faire et ne vont rien écouter, quoi et ça va. Donc, je pense que c'est pareil aussi pour le tabac, souvent ils reviennent, parce qu'on leur a lancé une petite phrase en disant « il n'y a pas de problème, on peut en discuter » et puis à la limite, ils vont repousser la porte pour ça, quoi.*

*Il faut le bon moment pour le patient. Il faut qu'il soit vraiment ouvert à ça à ce moment là et il faut que nous ayons trouvé les bons mots. Mais, je vais dire, un jour, on peut vraiment se planter et une autre fois vraiment dire ce qu'il fallait, mais on ne sait pas pourquoi on a dit ce qu'il fallait à ce*

*moment-là chez tel patient. Puis il y en a qui nous ressortent « ah, vous m'avez dit cette fois-là, vous m'avez dit ça, et ça m'a fait réfléchir » et voilà, ils ont pris leur décision.*

Enfin, responsabiliser les patients, dans l'esprit des généralistes, ne signifiait pas pour autant les tenir pour coupables s'ils n'appliquaient pas les conseils émis. Ainsi, c'est donc un dosage particulier qui devait s'opérer dans le cadre de la relation thérapeutique.

*On y peut ou on n'y peut pas, ce n'est pas la faute du médecin et je n'incrimine pas la faute du patient non plus. Ça aussi il ne faut pas qu'on culpabilise tout le temps le patient. On est là pour veiller à ce qu'il ait le moins de problèmes possible.*

*Je crois qu'il faut parler, qu'il faut revenir à chaque fois dessus, sans jeter la pierre en disant « vous savez, c'est quand même ... »*

*Mais les gens sont prêts aussi à entendre parce qu'ils savent bien, quand ils viennent au cabinet, qu'on ne va pas leur dire « bravo »... Je crois qu'ils sont prêts, mais c'est important de ne pas les culpabiliser*

*J'insiste : « il ne faut pas fumer, il faut bouger... ». Maintenant, moi je l'ai dit. Les patients, ils ne me voient que dix minutes, ils auront d'autres sons de cloche ; je ne crois pas que cela les culpabilise. Mais moi, je suis sûre d'avoir fait mon boulot.*

### **3.2.3 Le cas particulier de l'autocontrôle**

Il est une dernière stratégie de réussite dont il n'a pas été question jusqu'à présent. Elle renvoie aux appareils médicaux à l'usage des patients, permettant de faire des mesures biologiques pour des paramètres simples tels que la tension ou le niveau de glycémie. Ces techniques d'autocontrôle avaient les faveurs d'une partie des généralistes interrogés, qui considéraient ces outils comme une certaine forme de prosélytisme, permettant *in fine* de mieux sensibiliser leurs patients à la prévention des risques.

*Moi je suis pour.*

*Moi aussi.*

*Parce que plus ils le font, plus on travaille.*

*C'est-à-dire ils viennent chez nous quand c'est un peu ... assez avancé dans leur maladie et euh ... et c'est pour cela aussi le seul outil qui vraiment sensibilise un diabétique. Il n'y en a pas d'autre.*

*Pour moi, le glucomètre devient intéressant quand il y a une indication de traitement autre que le Glucophage.*

*Au niveau de la tension artérielle, pour certains, c'est impeccable. Moi je trouve, c'est impeccable, ils le font bien, c'est très bien. Et pour d'autre c'est vraiment une plaie, hein. Ils ne se rendent pas compte.*

*A condition d'avoir un bon appareil.*

*Il faut avoir un bon appareil.*

*Moi je trouve que ce n'est pas mal, hein. Parce que le nombre de fois où on a... Nous, on prend des tensions qui sont très élevées à domicile, euh, chez nous au cabinet et qu'à domicile les tensions sont tout à fait normales. Moi j'ai un patient qui avait une tension artérielle tout à fait normale à domicile et pourtant qui avait chez moi une tension élevée.*

*Moi, je trouve cela pertinent : pour le diagnostic et pour le suivi. Surtout si la tension n'est pas stable. Et cela évite de surtraiter parce qu'on se rend compte qu'à la maison, ils ont toujours moins qu'au cabinet. Moi je leur donne une feuille pour suivre pendant une semaine de temps en temps, pour éviter qu'ils n'en fassent une obsession et que cela monte progressivement. Les appareils au poignet sont moins précis. Ce que je fais, c'est qu'ils viennent et on vérifie avec mon appareil en même temps. Et là, souvent, c'est correct. Mais ils disent, j'ai 15. Tiens, à la maison je n'ai que 12 ! Donc on évite ainsi de traiter à tort, en effet.*

Mais ces appareils ne remportent pas l'adhésion de tous, loin s'en faut. Une part non négligeable des personnes interrogées dénonçaient des appareils à la validité parfois branlante, avec des mesures imprécises, notamment concernant certains tensiomètres.

*Le nombre de gens qui ont des appareils au poignet qui ne servent pas à grand-chose. Moi je fais contrôler ; je dis « la première fois que vous venez à la maison, on contrôle. Je prends à droite, vous prenez à gauche, je prends à gauche, vous prenez à droite » et alors on voit : « ah, c'est fiable ! ». J'ai rarement une discordance.*

*La fiabilité des appareils est importante, hein.*

*Oui, bien sûr.*

*Moi je prête aussi un appareil validé, parce que quand ils le prennent eux-mêmes avec leur appareil, généralement c'est des appareils qui ne sont pas validés, ils les prennent au moment où ça va mal évidemment alors automatiquement la tension est élevée et ça n'a pas tellement d'intérêt pour nous. Je pense que c'est important quand même peut-être de prêter un tensiomètre qui vaut quelque chose et de leur expliquer surtout comment prendre la tension.*

*Cet appareil de poignet, j'en ai déjà eu un et je constate quand même qu'on a six fois des bons chiffres et puis un fois « pouf ! », on a quinze ou seize chez quelqu'un qui avait onze normalement, quoi et ce n'était pas une erreur parce que si je reprends la tension quinze secondes après avec mon tensiomètre, et bien on retombe sur une tension tout à fait normale. J'ai l'exemple de jeunes types d'une vingtaine d'années, pas celui de tout à l'heure, des gens qui n'ont pas d'hypertension au départ, chez qui j'avais testé mon appareil au poignet, au tout début quand ils sont sortis, et puis j'arrivais avec un dix-sept, ou... vingt de tension ce n'est pas possible, je reprends la tension avec mon*

*tensiomètre classique et je me rend compte, avec celui au mercure, je me rends compte que la tension était à onze ou douze quinze secondes après, donc là c'est l'appareil qui déconne de temps en temps.*

Également, un autre faisceau de critiques se concentrait autour du caractère potentiellement anxiogène de telles mesures pour les patients, qui ne disposent pas nécessairement des connaissances nécessaires pour interpréter correctement les résultats obtenus par le biais de ces appareils.

*Plus il y a de tensiomètres, plus ils ont des valeurs qui varient tellement comme ça... « Docteur ... »  
« Docteur, j'ai 16, 17, venez vite voir ! ».  
« Non vous avez 12 ». « Et après j'ai 10, c'est peut-être la tension ». Moi je travaille plus depuis qu'il y a les électroniques.*

*Mais je crois que là il faut vraiment, pour moi en tout cas, dédramatiser les à-coups tensionnels. Expliquer aux gens que ce qui est mauvais ce n'est pas parfois d'avoir beaucoup, c'est de ne jamais avoir peu.*

*Pour la tension, je suis contre. Ils finissent par en faire une obsession.*

*Il faut savoir à qui on a affaire aussi, hein. Parce qu'il y en a qui vont devenir dingues, hein, avec leur tensiomètre.*

*Ils vont la prendre quinze fois et puis, ils vont s'étonner qu'ils seront à quinze ... parce qu'ils seront stressés.*

*Il y a aussi des choses enfouies ... je me dis non, celui-là il n'aurait pas dû acheter un tensiomètre parce qu'ils sont encore plus stressés, donc voilà...*

*Oui, mais ce n'est pas la plupart, hein.*

### **3.3 Connaissances et réactions des patients face à la démarche préventive entreprise**

#### **3.3.1 Les connaissances des patients**

Les médecins généralistes se trouvent face à des patients possédant certaines connaissances en matière de santé et de risques. Toutefois, ce niveau de connaissances varie fortement d'un individu à l'autre, comme le concédaient les généralistes interrogés.

*Vous avez des gens qui ne comprennent rien et à qui un discours médical ne servirait à rien du tout. [...] Et vous avez des gens qui comprennent bien le discours médical et qui sont prêts à faire quelque chose.*

*Quand on questionne un peu, parce que vous disiez tout à l'heure que théoriquement ils connaissent ce qu'il faut faire d'un point de vue alimentaire, quand vous creusez un peu, il y en a qui ne connaissent rien. Ils ne savent pas ce que c'est qu'une protéine, des sucres, des graisses. Vous leur*

*demandez ce qu'il y a dans un petit pain au chocolat, ils ne sont pas capables de vous le dire, ou dans un croissant, est-ce qu'il y a de la graisse, est-ce qu'il y a du sucre ? Pas de réponse. Donc il y a beaucoup de choses qu'ils ne connaissent pas.*

De surcroît, si le niveau de connaissances varie d'un individu à l'autre, cela est aussi le cas quant aux domaines évoqués, où des disparités s'expriment de nouveau.

*Tout ce qui est pour arrêter de fumer, tout ce qui est pour maigrir, tout ce qui est pour faire du sport, manger, bouger, manger cinq fruits par jour. Ça commence à rentrer un peu, c'est un message qui rentre.*

*Je pense que la plupart des gens savent que le cholestérol, ce n'est pas très bon, sans qu'ils comprennent bien, mais du cholestérol...*

*Oui, ils font une fixation souvent...*

*Une hypertension souvent, ils savent aussi.*

*Et curieusement c'est le diabète qu'ils cernent moins bien. Pour les quatre facteurs principaux, je trouve que le diabète est souvent mal connu.*

Si l'on creuse à présent l'origine des connaissances profanes de ces patients, télévision et Internet semblaient être les deux *medium* utilisés principalement pour accroître leur niveau de connaissances.

*Vous avez des gens intellectuels qui vont sur internet maintenant et qui viennent avec ce qu'ils ont vu sur internet.*

*C'est énorme ce que tu trouves sur internet maintenant... [...] Ou à la télévision.*

*Il y a un battage médiatique, euh ... vous voyez du cholestérol ... Bénécol, Becel, euh ... par l'industrie pharmaceutique ... Ben oui. Même le champion de Belgique ou du monde ou je ne sais plus quoi, là, de natation, qui fait la pub pour le cholestérol.*

*Ce qui marche très bien ce sont les pubs à la TV, enfin je ne vais pas dire, mais là c'est vraiment du martèlement. Et là, ils croient plus les pubs que nous presque...*

Néanmoins, ces connaissances accrues des patients n'étaient pas toujours du goût des médecins interrogés, qui soulevaient le risque de n'avoir que des informations tronquées, fallacieuses ou à la compréhension ardue, compliquant d'autant la mise en place d'une prévention efficace, selon eux :

*Du point de vue prévention cardiovasculaire, je n'ai jamais eu un patient jusqu'à présent qui est venu me trouver une donnée correcte.*

*Je crois que c'est tellement complexe que ce n'est pas accessible.*

*Je doute qu'en allant sur internet un non-médecin puisse trouver des indications suffisamment claires pour dire « ah ! C'est comme ça qu'il faut faire ; le régime méditerranéen, ne pas fumer » ... gnagnani, gnagnana, je doute.*

*Mais enfin le sens clinique ils ne l'auront pas même avec un site bien fait, donc pour faire une espèce de tout harmonieux avec ce qu'ils vont trouver...*

### **3.3.2 Les réactions négatives**

#### **3.3.2.1 Le déni**

Face au médecin généraliste qui se fait en quelque sorte le héraut de complications cardio-vasculaires futures, les patients font preuve de diverses attitudes. L'une d'entre elles consiste à nier la situation, à « se voiler la face » face à la gravité de la situation – au sens du moins où ces médecins l'entendent.

*Les gros fumeurs, ils se voilent tellement bien la face, c'est comme les diabétiques, aussi, c'est pareil, hein.*

*Maintenant aussi, quand on explique les pourcentages, cinq pourcents de risque, ben, ça veut dire que vous avez nonante-cinq pourcents de chance de ne pas le faire.... Et donc il y en a qui prennent les nonante-cinq pourcents de chance.*

*Tout le monde sait, tous ceux qui fument savent que c'est néfaste, m'enfin bon. Ils ne l'ont pas toujours intégré sur un plus long terme quand même, hein. Ils le savent et, en même temps, ça reste un peu subconscient. Oui, ils se disent que ce sera pour un autre, et qu'eux... Ça, je pense que c'est quand même un peu se voiler la face, car tout le monde sait bien que la cigarette est très mauvaise au niveau cardiovasculaire.*

*Un patient qui a trente-neuf ans qui déjà fait des infarctus, il ne se rend pas bien compte que ... « J'ai un peu bouché mes artères, mais ... » ; il recommence à fumer, etc., quoi. Parce qu'il a eu un peu mal dans la poitrine, « oui, mais bon, je suis monté au CHU, deux jours après j'étais dehors ». [...] Ils ont toujours l'impression qu'il y a une solution possible de toute façon à leur problème.*

*Et on se trouve parfois aussi avec des dénis, je trouve qui sont difficiles à démonter. Enfin moi, j'ai parfois un peu du mal.*

Pour tenter d'apporter une lueur explicative à ce déni qui leur paraît irrationnel, les généralistes puisent leur explication dans un sentiment d'immortalité concernant les plus jeunes, d'une part, et par l'absence de symptômes physiques, d'autre part, qui rend beaucoup plus flou, dans l'esprit du patient, l'idée du préjudice à la santé avancée par le médecin.

*Mais, vient chez moi une majorité de gens, et c'est peut-être heureux, qui sont, enfin je parle de gens qui sont encore en bonne santé, qui sont dans cet espèce de sentiment primitif qu'on a la vie éternelle, qu'il ne nous arrivera jamais rien. Et c'est très agréable évidemment, les gens disent « oui, je n'aime pas prendre des médicaments ». « Vous préférez de l'hypertension que des médicaments ? » Enfin on est parti dans des trucs à la con parce qu'on butte sur cette espèce de refus, quelque part, d'envisager qu'on est mortel.*

*Moi j'ai en tête quelques patients dont l'hypertension a été découverte en médecine du travail. Il a fallu, quoi ? six ans pour qu'ils viennent à mon cabinet.*

*Oui mais ça c'est les trente-cinq, quarante qui ...*

*Et bien, ils ne sont pas anxieux, hein, ceux-là !*

*Oui, tout à fait.*

*Mais ils sont encore dans ce déni eux-mêmes. [...] A trente ans, on n'est pas anxieux.*

*Mais même quand un facteur de risque est présent, on ne se sent pas spécialement malade. Quelqu'un qui a un excès de poids ne se sent pas spécialement pré-diabétique, il a quelques petits malaises après les repas mais ça en reste là. Quelqu'un qui a trop de cholestérol, euh ... Encore moins. Encore beaucoup moins. L'hypertension si elle est modérée, ben, ça passe. Ce sont des facteurs très insidieux même quand ils sont présents.*

*Surtout que la prévention primaire c'est que les gens ne sont pas encore malades par définition, donc ce n'est pas toujours évident de leur faire comprendre qu'il y a des choses à surveiller et à traiter, ou à améliorer en tout cas.*

*Parce que pour eux ... Moi j'ai souvent la réflexion « mais ça ne me fait rien ». Ils ne le sentent pas, la tension.*

*Non, ils ne le sentent pas.*

*Tant qu'ils ne sentent pas et comme ils ne sentent rien, ils ne sentent pas leur tension, ils ne sentent pas leur cholestérol. La sédentarité, ça ne les tracasse pas. Les antécédents familiaux, ils ne savent même pas ce qu'il en est dans la famille. Et finalement, à part le tabac, ben ...*

*Mais même le tabac, ça ne fait pas des effets tout de suite, hein. Ils ont d'abord le plaisir du tabac avant d'en avoir les inconvénients.*

### **3.3.2 Problèmes de compliance**

Outre le déni, les médecins interrogés évoquaient la difficulté, pour les patients, de respecter les conseils et autres avertissements concernant leur hygiène de vie. Ici, ces problèmes renvoyaient principalement à deux phénomènes. Le premier d'entre eux est constitué de l'âpreté de procéder à des changements de vie, aux difficultés que cela occasionne.

*C'est souvent difficile de faire changer les habitudes des gens, hein. Oui, bien sûr. Tant qu'ils sont coachés ça va, mais une fois qu'ils sont laissés un peu livrés à eux-mêmes, ben, les bonnes vieilles habitudes reprennent le dessus.*

*Quand vous voulez aller agir sur le tabac, c'est beaucoup, beaucoup, beaucoup plus difficile. Sur la biologie, leur régime, c'est beaucoup, beaucoup plus difficile. Sur les antécédents, impossible. Sur leur sexe, impossible, et sur leur poids, un drame !*

*Il y a aussi l'obésité là derrière qui favorise ça. Et ce n'est pas évident de changer. On arrive déjà avec le régime à la base, ils n'aiment pas trop. Mais quand ça devient vraiment une obligation et...en tout cas, un conseil fort avisé. Ce n'est pas toujours facile.*

Quant au second aspect, il concerne une frange des patients, que les généralistes pourraient qualifier de désespérés, tant ils semblent rétifs au discours du médecin et à l'idée d'un quelconque changement dans leurs habitudes de vie.

*Il y a d'abord tous les gens qui sont, dans le fin fond d'eux même, je vais dire, désespérés. Bon il y a des gens qui me disent « moi docteur, je fumerai jusqu'à ma mort ». « Si j'ai un cancer, je ne me soignerai pas ». Qui sont comme ça, c'est une minorité, mais c'est vrai que ces gens-là, c'est très difficile de ...*

*On a du mal à ce qu'il y ait un suivi, quoi, à ce qu'ils s'engagent à assurer le suivi. C'est la compliance des gens. C'est le fait qu'ils doivent faire des efforts et qu'ils y en a beaucoup qui ne veulent pas le faire.*

### **3.3.3 Les éléments de vie du patient complexifiant la prise en charge par le médecin**

#### **3.3.3.1 Le principe de plaisir**

Les médecins généralistes se centrent sur la dimension médicale de la vie de leurs patients. Toutefois, ces derniers ne peuvent se réduire à cet aspect, et d'autres facteurs viennent ainsi influencer sur la propension des patients à tenir compte de la démarche préventive de leur médecin. Cela concernait notamment la fibre hédoniste des patients, les conduisant à vouloir conserver certains plaisirs, même si ceux-ci sont perçus comme néfastes d'un point de vue médical *stricto sensu*.

*L'homme est un être de désir, donc quand on commence à toucher à son mode de vie, vouloir qu'il arrête de fumer, qu'il ne mange plus comme ceci mais comme ça euh... Quelque part, il a envie de dire*



*« moi j'adore le beurre, tu me feras pas mettre autre chose sur ma tartine que du beurre, évidemment ».*

*Mais s'ils sont devenus gros, c'est qu'ils aimaient manger. Donc si on leur dit de maigrir, c'est les priver du plaisir qui les a amenés là...*

*« On va arrêter de fumer », ils ne prendront pas, parce que c'est d'abord un plaisir. C'est quelque chose qu'ils s'offrent et on les prive de leur sucette.*

*Ils préfèrent prendre dix médicaments et continuer à manger, boire et fumer, ça c'est un peu le problème aussi. Donc, c'est ça qui est difficile, en fait. Quand on leur dit qu'il suffit simplement de faire attention à la limite à ce qu'ils mangent et un peu bouger, ben, c'est de trop. Et ils le demandent souvent, ils disent « ben, il n'y a pas un médicament ? ». « Ben, non ». Et là, ils ne sont pas contents en général. [...] Et puis alors se priver d'un plaisir, je pense que c'est plus compliqué que de prendre un cachet.*

Cet aspect semblait plutôt bien perçu et compris par ces médecins, qui évoquaient à la fois les contraintes engendrées par un changement des habitudes de vie, mais aussi les diverses tentations à l'œuvre chaque jour, qui agissent comme autant de sirènes cherchant à détourner les patients de leurs objectifs.

*Ce sont des contraintes, hein.*

*Ce sont des contraintes, ah oui.*

*Oui, pour quelqu'un qui a un surpoids, on demande de faire un régime...*

*Ben, c'est mal accepté.*

*Ils ne voient pas toujours l'intérêt de ce qu'on fait et ils se trouvent bien dans l'état dans lequel ils sont,... donc à la limite c'est plus dérangeant pour eux de faire la démarche proactive que de rester dans ...*

*Le problème est fort social, hein. Les gens, il suffit de les voir à une certaine période de l'année, on le voit très bien et alors ils disent « oui, mais alors je ne vis plus, moi, je reste chez moi alors ! ». « Je n'ai plus rien, je ne peux plus boire de verre ou je ne peux plus sortir ! ». Je dis « mais vous ne sortez quand même pas tous les jours, en semaine ce n'est pas toujours ... », enfin on essaye, mais socialement c'est difficile. Ils ont toujours des excuses.*

### **3.3.3.2 Des discours préventifs perçus comme anxiogènes**

Face au discours préventif – et plus particulièrement à sa multiplication –, certains patients semblaient développer une appréhension mâtinée de peur. Effectivement, la répétition des mêmes discours, ainsi que l'injonction à la prise en main de leur santé,

conduisent une partie d'entre eux à développer une anxiété lorsque leurs actions ne rentrent pas en adéquation avec ces recommandations.

*On leur a bassiné les risques, ils ont peur. Ils ont peur.*

*Donc ils deviennent névrosés de leur santé et commencent à ne plus vouloir manger une tarte, etc. Et je trouve qu'on tombe dans un truc pervers qui n'est pas plus sain. Hein, pour, soi-disant une prévention primaire, on commence à être névrosé, anxieux « et ma tension tous les jours »... On tombe dans un truc un peu névrotique qui n'est pas plus sain, et quelque part, on programme presque le problème.*

*Moi je trouve que les patients sont plutôt anxieux.*

### **3.3.3.3 Accepter la perspective de prendre un traitement au long cours**

La première difficulté de la démarche préventive évoquée renvoyait à l'implication nécessaire du patient dans la gestion de sa santé et de ses habitudes de vie. Mais ce n'est là qu'un écueil parmi d'autres. Une autre pierre d'achoppement était la compliance face à la perspective de devoir prendre un traitement tout au long de sa vie (notamment pour les plus jeunes), particulièrement pour une maladie chronique telle que le diabète.

*Parce que ce sont des traitements qui ont une particularité, de cette difficulté, on va mettre un traitement à de longues années à des gens bien portants.*

*Moi j'appelle ça la lune de miel. Dans le diabète ça tombe sous le sens. Ils prennent tout en mains, et ils reviennent, les tensions sont magnifiques, ils ont perdu des kilos... Et puis, on ne les voit plus. Et c'est à ce moment-là que les choses se gâtent. Ils en ont ras le bol. On mange trois fois par jour minimum et trois fois par jour, il faut remettre ça sur le carreau, hein... Six mois on tient, on a perdu des kilos, on se sent... On fait un peu de sport, on se sent un surhomme et puis « allez, ce n'est pas pour ça, ce n'est pas pour ça » et c'est reparti... Et ça fait tout le temps comme ça. Et après ils ont, ils reviennent parce qu'ils ont un ennui ou l'autre au bout d'un moment et puis ... communiquer l'état catastrophique et puis hop ! On est reparti.*

*Souvent, ils sont plus réceptifs à court terme. Moi je remarque, on a plus de résultats, c'est le long terme qui est difficile parce que les habitudes comme prendre du sucre ... et qu'on ne peut pas, non plus, remettre ça tous les quinze jours ; il y a un problème de temps et ça demande un suivi régulier*

*Et puis il y a un ras le bol aussi des gens. C'est, c'est ... Ils sont jeunes et après autant de temps, ils ont des phases comme ça avec des creux et ils en ont un peu marre et puis, ils reprennent un peu conscience.*

De surcroît, la durée pouvait également se coupler à l'intensité ; un traitement lourd, multipliant les prises de médicaments, constituait dès lors un assombrissement supplémentaire dans le ciel de la prévention.

*Pour moi, le diabète c'est la maladie la plus difficile à soigner pour le patient comme pour nous médecins. Parce que le patient, ça va changer toute sa vie et ce n'est pas évident de comprendre les messages et le nombre de médicaments qu'ils doivent avaler.*

*Hypothyroïdien. J'ai envie de vous dire combien de comprimés il doit prendre pour arriver à des valeurs cibles ? Si on y arrive, vous imaginez le calvaire de cette personne-là, s'il a cinquante, soixante ans, à avaler tous les jours cinq, six, sept, huit pilules, dix par jour, matin, midi et soir.*

*Ils prennent des médicaments.*

*Il me semble aussi, hein, moi, on dit que la compliance n'est pas terrible pour ça ...*

### **3.3.3.4 Pouvoir se prendre en charge**

Connaître des changements dans ses habitudes de vie nécessite, pour le patient, d'être en mesure de se prendre en main, d'être en capacité de tenir compte des conseils et remarques du médecin pour produire une réponse adéquate. Or cette capacité n'est pas unanimement partagée au sein de la patientèle, et certains savent donc mieux y répondre que d'autres.

*C'est sa motivation, ce sont ses facultés de se prendre en charge, de par son métier, de par le temps qu'il a pour pouvoir se consacrer une cuisine de qualité, forcément il faut savoir faire des courses, il faut savoir cuisiner. C'est facile à dire un régime méditerranéen, mais en pratique, dans sa cuisine, il faut aller dans le bon magasin et acheter les bons ingrédients.*

*C'est extrêmement difficile. Si, tu peux avoir des résultats à long terme si la personne se prend vraiment en charge et qu'elle veuille bien changer d'hygiène de vie, de mode de vie, etc. Là, tu n'as même pas besoin d'un régime, hein.*

*Si elle décide, tu y arriveras, hein. Mais si elle n'est pas motivée pour tenir le coup dans la distance, tu n'arriveras à rien du tout avec n'importe qui, hein. Tu peux faire ce que tu veux, hein, tu sais comment ça va.*

*Il faut presque vraiment presque changer de vue sur la vie. Et pour manger, et pour vivre, et pour se distraire et tout et tout, sinon ça ne sert à rien.*

*En prévention secondaire, ils sont quand même plus impliqués, hein. Ils savent déjà ce qu'ils risquent et il me semble qu'ils se prennent plus en mains, ce n'est pas la majorité, il y en a évidemment qui se fichent de tout, mais ils se prennent déjà plus en mains pour redemander une prise de sang de contrôle, pour voir si leur tension est améliorée, si leur cholestérol est amélioré, je pense.*

*Ben, il y a ceux qui disent « oui, oui », et qui passent outre. Il y a ceux qui disent « oui, oui » et qui pendant, comme on disait, quinze jours, trois semaines après la consultation font attention et puis ça repart comme c'était avant, quoi. Et puis il y en a quelques-uns oui, qui vont suivre ça vraiment de façon longue*

Mais les médecins interrogés convoquaient régulièrement l'exemple du tabac et des interdictions successives qui l'ont frappé pour illustrer l'idée qu'une évolution est possible, que des habitudes de vie peuvent progressivement se transformer, à partir de l'instant où elles sont dans l'air du temps.

*On ne peut plus fumer là, on ne peut plus fumer ici ; les gens ne rouspètent pas du tout.*

*Non.*

*C'est étonnant.*

*C'est étonnant, hein*

*J'en vois beaucoup qui vont fumer dehors moi maintenant.*

*Oui, c'est ça. Enfin, moi je suis quand même assez bien saisi de voir avec quelle facilité cette obligation-là s'est imposée.*

*Oui. Oui c'est vrai. On n'y croyait pas trop et finalement ça a marché, hein.*

### **3.4 La place des différents professionnels selon les médecins généralistes**

#### **3.4.1 La place des généralistes dans les thématiques de prévention**

Interroger les généralistes sur leur rôle dans la démarche préventive a conduit ces derniers à affirmer une place de premier ordre dans ces actions. Effectivement, selon eux, leur spécificité renvoyait notamment à la relation particulière nouée avec leurs patients, relation marquée du sceau de la confiance et de la proximité.

*On est finalement un individu assez familier, contrairement à, je ne sais pas moi, les gens vont aller voir un prof' d'univ'...*

*L'avantage de la médecine générale, c'est de connaître ses patients.*

*Et le reste, c'est tout le relationnel entre un patient et le généraliste, qu'on ne trouve nulle part. Il n'y a que la médecine générale qui l'offre, il faut le savoir aussi. Ni son diabétologue, euh, ce sont des hyperspécialisés de plus en plus, ou son cardiologue, ou son endocrinologue, peu importe. Donc nous, notre place, elle est là : veiller à ce qu'il reste en bonne santé, en ayant une bonne qualité de vie. On doit jouer sur les deux facteurs.*

*On n'est pas mal placé, parce qu'on connaît la famille, on connaît les antécédents, on connaît leur mode de vie.*

*Ben, d'abord nous ce qu'on a, par rapport à un spécialiste, c'est que pour la plupart de nos patients, c'est qu'on les connaît quand même un tout petit peu. [...] On sait peut-être appuyer sur des points qui vont faire mouche, qu'un spécialiste, ben, non. Il va dire ce qu'il a à dire et c'est tout.*

De même, cette qualité relationnelle revendiquée va de pair avec un suivi au long cours, avec des patients appréhendés de manière globale et peu ou prou régulière par un médecin. Cette continuité dans la prise en charge était, dès lors, présentée comme un atout supplémentaire en matière de prévention.

*Vous savez, dans le temps et dans la répétition, et on va accompagner la personne dans sa globalité.*

*Je crois qu'on a la chance en médecine générale de suivre les gens de façon très longitudinale, dans le temps, et donc de suivre aussi des gens jeunes qu'on voit peu la plupart du temps, mais qu'on voit quand même, et donc de les sensibiliser.*

*Ça ne va pas marcher en une fois ; mais donc on a cette possibilité de répéter, d'être, moi je dis, on est comme une espèce de conseiller en santé, on accompagne les gens dans la durée.*

*On n'a pas qu'un objectif comme parfois le cardiologue a juste son objectif cardiovasculaire. [...] L'objectif cardiovasculaire, il est quand même pris dans un contexte d'autres types de prévention et enfin ... je pense qu'il n'y pas de raison de se focaliser là-dessus, mais enfin le patient dans sa globalité il n'a quand même pas que ça.*

*On traite une personne pas une maladie, un organe.*

### **3.4.2 Les professionnels avec lesquels travaillent les généralistes**

Parmi les autres professionnels de santé avec qui travaillent les généralistes en matière de prévention et de prise en charge cardio-vasculaire, se trouvent, au premier plan, et de manière assez logique, les cardiologues.

*L'avis d'un cardiologue, moi pour quelqu'un qui est hypertendu, je fais au moins un petit bilan, une espèce de check-up en fait.*

*On ne va pas envoyer tout et tout le monde chez le cardiologue, il faudrait qu'il y ait une hypertension qui est déjà depuis belle lurette...*

*Dès lors qu'on voit que quelqu'un est en syndrome métabolique et qu'il est suspect d'avoir développé une pathologie, ben il y a le cardiologue, qui permet alors d'entrer dans la prévention éventuellement secondaire, où là alors on est parti pour le suivi.*

*Les cardiologues. Oui, s'il y a des antécédents, de l'hypertension.*

Les diététiciens et nutritionnistes constituent une deuxième forme de collaboration régulière pour les généralistes.

*Il y a une diététicienne et là, je trouve que c'est quand on voit que les parents pataugent avec des enfants de huit à dix ans avec un excès ... alors c'est une équipe pluridisciplinaire, ça je trouve que ce n'est pas mal, parce qu'ils assurent un suivi régulier, une motivation ...*

*Il m'arrive d'adresser plutôt à un médecin nutritionniste, parce que la diététicienne, je ne sais pas ...  
Et bien moi je fais l'inverse.*

*Je n'ai pas un très bon retour du point de vue diététique. Par contre, en ciblant et en orientant la personne chez un nutritionniste, mais avec une lettre d'accompagnement, je trouve ça plus intéressant.*

*Chez le diabétique normalement, on l'envoie chez un diététicien.*

Une partie des médecins interrogés évoquaient aussi le recours à un tabacologue, pour faciliter l'arrêt du tabac chez leurs patients.

*Moi ça m'est arrivé d'envoyer quelques patients chez un tabacologue dans les cas où manifestement je sentais que je serais incapable de... Je lui donne une chance supplémentaire. Je lui dis « voilà, il y a un spécialiste, allez voir et peut-être que ce confrère ... », qui est tout simplement généraliste comme moi, mais qui a peut-être suivi une petite formation complémentaire, aura peut-être un pouvoir de persuasion supplémentaire, et je me dis que si le patient fait l'effort du déplacement, c'est qu'il y a quand même quelque part une motivation.*

Dans le même temps, lorsque les propos des médecins portaient sur les campagnes de prévention mises en place par les pouvoirs publics, et notamment les camions de prévention, une certaine distanciation critique se faisait alors jour.

*Alors il y a une stratégie qu'il faut oublier c'est les prosta-mobile et les autocars qui viennent dans nos communes faire chier tout le monde ...*

*C'est grave !*

*Qui viennent soigner nos patients qui sont déjà soignés, qui vont vérifier si leur cholestérol est bon et puis ceux qui devraient y aller et qui n'y vont pas.*

*Ils n'y vont pas, non.*

*Ca fait double emploi.*

### 3.4.3 Les formes de collaboration mises en place

Après avoir précisé les professionnels avec lesquels il leur arrive de collaborer, les généralistes évoquaient la nature de leurs relations. Celles-ci variaient selon le type de professionnels avec lequel ils travaillent :

*Ah, elle est très bonne. On est attentif à ce qu'il ne garde pas le patient et qu'il ne... hein parce que...*

*Les infirmières, beaucoup. Spécialement pour le diabète. On fait une consultation partagée. Et puis, ils continuent avec l'infirmière : pour l'électro, la prise de sang. Et puis elles expliquent autrement, ça permet de renforcer la compréhension.*

*L'investissement pour avoir des éducateurs de santé, pour avoir des infirmières, etc., est nettement, nettement moins dense qu'en ville, ce n'est pas rentable. Bon, par exemple, je demande qu'ils viennent pour une insuline et ils ne viennent pas. Et ça ne change pas. C'est dû à un manque de personnel. Et c'est quelque chose qu'on constate partout. On a aussi très peu de paramédicaux. C'est un gros, gros problème, ça.*

Si la qualité de la collaboration semble varier selon le type de professionnels, les médecins avouaient préférer travailler avec des spécialistes qu'ils connaissent déjà, avec qui ils ont déjà travaillé par le passé.

*On choisit ceux qui nous renvoient des informations ; on n'envoie pas chez n'importe qui ! Souvent on a un rapport.*

*C'est toujours les mêmes avec qui on travaille, on choisit les spécialités, sinon on ne voit pas de rapport, il n'y a pas de retour avec certains donc... A peu près tous la même chose, avec le cardiologue etc., on travaille avec celui avec qui on a un bon contact, quoi. Ça c'est clair.*

La raison principale qui conduit les généralistes à sélectionner les professionnels avec lesquels entamer un partenariat est liée au peu de retours qu'ils ont parfois avec certains autres professionnels.

*Pas de contact.  
Pas tellement...  
Très peu de retour.*

*Par rapport à l'information qui passe très mal, on va prendre le cas des ophtalmologues : ben l'état du fond d'œil, pour moi, c'est important. La plupart « on n'a pas le temps », il faut que je resonance*

*Moi aussi, j'ai un ophtalmo...*

*Il y en a peu aussi.*

*Il faut demander au patient...*

*Ici au CHU, par exemple, ils ont commencé à informatiser et ils envoient le rapport.*

Toutefois, malgré des collaborations effectives avec les spécialistes, les médecins interrogés ne manquaient pas de souligner les limites de ce partenariat. Celles-ci pouvaient concerner la pertinence même de recourir à une collaboration avec un professionnel, qui ne leur semble pas toujours nécessaire quant à une bonne prise en charge du patient, puisque les connaissances des généralistes peuvent s'avérer suffisantes.

*On peut se poser la question de savoir à partir de quel moment est-ce qu'il faut l'envoyer chez un endocrinologue, ben à partir du moment, je trouve où on parvient à un équilibre, où ce n'est pas un diabète trop important, on y parvient, euh, très facilement. Euh, notamment avec le glucomètre et avec l'hémoglobine glyquée qui est pour moi un reflet du bon équilibre du diabète.*

*Il n'y avait pas de diabétologue avant, hein.*

*Ben non.*

*Ça fait des années qu'on soigne des diabétiques et qu'ils sont toujours là et qu'on sait toujours les soigner.*

*Passer endocrinologue, neurologue, polyneuropathie, physiothérapie et tout ça et... Je vais résumer par un petit mot humoristique, hein j'aime encore bien : c'est que, dans Astérix, on disait toujours « les médecins, plus ils sont nombreux, plus ils sont dangereux ».*

*Depuis qu'il y a des conventions diabétiques, moi je suis un peu malheureux de ça parce que... Donc on perd un peu le patient, on perd un peu le suivi du patient parce qu'il doit aller là-bas pour ses tigarettes etc., que le diabétologue s'en occupe, donne des conseils et puis alors, on ne revoit plus le patient.*

*C'est vrai que de temps en temps il faut rappeler au patient que ça n'apporte rien. Moi, j'ai eu, il n'y a pas longtemps, un patient qui me dit « j'aimerais bien voir le diabétologue », je dis « oui et ça va, pour faire quoi ? Parce que votre diabète ici ... », je réexplique ce qu'il faut faire. « Ben moi, je dis, vous pouvez y aller. Mais vous allez arriver, il va vous dire c'est bon et vous allez payer », et puis voilà. « Oui, tout compte fait, c'est vrai ». Parce que les gens, ils ont envie quelque part comme si c'était un plus... sans se rendre compte que, s'ils sont bien équilibrés, c'est bon. Bon voilà, que le diabétologue n'a rien à apporter dans ce cas précis, là-bas.*

Les généralistes reprochaient parfois aussi aux spécialistes de prescrire des traitements trop lourds, voire superfétatoires, ou encore d'être trop rigides quant à l'application des mesures de prévention, quitte à manquer fortement de tact et à risquer d'avoir un message contre-productif.

*S'il n'y a pas une demande très claire, je ne l'envoie pas chez le spécialiste parce que je trouve qu'ils surmultiplient les examens, et puis, ils les envoient chez d'autres confrères, et il y a une surconsommation médicale, je trouve, dans les hôpitaux qui fait qu'on ne contrôle plus rien. Enfin, c'est un petit peu l'impression que j'ai. Quand on l'envoie chez un endocrinologue pour une thyroïde, il s'en sort systématiquement avec un médicament, je dis bien systématiquement, alors même que le TSH est normal.*



*Un prof' d'univ' qui va leur lancer un « ah si vous ne faites pas ceci, il va vous arriver ça ». Poum, ils ont reçu un message violent !*

*Je trouve que, comme tu disais, hein, parfois les spécialistes ont des messages très violents, qui ont un impact très fort chez les patients.*

*Et quand ils vont chez le cardiologue, c'est encore pire. Parce qu'ils sont encore un peu plus drastiques. Ben, ils sont encore plus drastiques au niveau cholestérol, ils veulent des LDL à quatre vingt cinq alors qu'ils sont à... Enfin, ils se font taper sur les doigts. Donc ils rajoutent une couche supplémentaire aux exigences que...*

*Le cardiologue est plus strict pour ça que le généraliste, hein.*

### **3.5. Rapport à la démarche préventive des médecins généralistes**

#### **3.5.1 Concernant les études et les recommandations en la matière**

Au moment d'évoquer les études et recommandations qui existent en matière de prévention cardio-vasculaire, deux types d'attitudes se distinguaient chez les médecins interrogés. D'un côté, se trouvaient ceux qui considéraient ces études comme une aide dans leur pratique, un guide par rapport auquel se construit l'intervention :

*Personnellement je pense que ça peut être intéressant pour situer des objectifs.*

*C'est une directrice que vous pouvez suivre, plus ou moins en fonction de vos capacités et de vos besoins, du patient... [...] La recommandation, ce n'est pas qu'une étude. Une recommandation, c'est une analyse, c'est une EBM ; c'est-à-dire qu'on est allé au-delà d'une, deux, trois ou quatre études, on a utilisé toute la littérature.*

*Elles sont fort différentes selon les pays. Mais c'est une aide. Elles fixent des objectifs idéaux. C'est bien pour prendre des décisions : traiter ou pas.*

*Je pense que les recommandations, c'est là pour nous aider quand on se pose une question quant à l'utilité d'avoir une action préventive sur le patient.*

De l'autre côté, des généralistes s'interrogeaient à voix haute sur la probité de ces études, et notamment de l'implication des laboratoires pharmaceutiques. Le spectre de l'intérêt mercantile planait au-dessus de ces discussions et la prudence était recommandée.

*Ce n'est pas si clair quand même, les infarctus et tout ça. Ce n'est pas si clair. Ce n'est pas parce qu'il y a du cholestérol, parce qu'il y a de l'hypertension. Les études ne sont pas réellement claires quand on*

*les fait réellement avec beaucoup de sérieux, sans que les laboratoires les financent. On se rend compte que les chiffres ne sont pas si éloquentes que ça.*

*Quatre-vingt pourcents des études sont payées par les labos, donc on ne sait pas...*

*Il y a d'abord, je pense, les informations biaisées que nous avons. Par exemple, le scandale des bénéfices des traitements de substitution de la ménopause, on en est quand même vachement revenu. Donc, l'industrie pharmaceutique est là, qui pousse avec des moyens terribles, et nous informe parfois de manière tout à fait tronquée.*

*Il faut choisir sa source...*

*Le Minerva...*

*sa documentation et on a cité la revue Prescrire...il y a les années d'études aussi.*

*Les recommandations, la première chose c'est voir sa source. Il y a des bonnes recommandations, que tout le monde les admet, qu'on soit au Nord au Sud, à gauche, à droite, pauvre ou riche, qui sont des facteurs louables.*

*Je crois que les firmes pharmaceutiques nous mènent quand même parfois par le bout du nez, hein. Si c'est un bon restaurant...*

Enfin, la question de l'impact financier des actes préventifs ne saurait non plus être éludée concernant le fondement de ces études, aux dires des généralistes. Ainsi, ces études auraient été pensées en partie pour permettre des économies financières en termes de dépenses du système de santé.

*Ben, je crois que personnellement, on nous oblige pratiquement, vu le fait qu'on doit épargner de l'argent, je vais peut-être encore revenir à ça, je veux dire, euh, les patients élisent des politiciens qui veulent raboter toujours le budget de la santé, donc ils recommandent l'EBM, donc, ben, on va faire de l'EBM, hein. C'est peut-être un peu à contre-sens, un petit peu comme il disait tout à l'heure ... ben, je crois qu'il faut en faire, il n'y a rien à faire, oui puisque les soins ça coûte de plus en cher.*

*L'EBM se base beaucoup aussi sur le prix. Donc il y a le prix qui intervient quand même pour pas mal de choses, donc... Donc c'est plus financier que l'intérêt du patient, donc parfois, ils ne regardent pas nécessairement l'intérêt du patient.*

*Tu vois dans l'organisation d'une société, le critère économique intervient mais ça ce n'est pas exclusif.*

*Mais c'est l'outil. L'économie, c'est l'outil de la santé publique.*

*Règlementation de bonne pratique, il y a toujours l'aspect économique, hein...*

*Quand même, oui, mais pas exclusif.*

Au vu de l'ensemble de ces éléments, ces professionnels de première ligne concluaient sur la nécessité d'avoir une réflexion, de ne pas appliquer mécaniquement les

recommandations, mais de les adapter en fonction du patient qu'ils ont en face d'eux, notamment dans le cas des personnes âgées, mais aussi de leur expérience. En somme, une part d'arbitraire ne saurait disparaître dans la valeur des mesures prônées par ces études et recommandations, ainsi que concernant la nécessité de les appliquer.

*Il faut te baser sur ton expérience personnelle.*

*Même une recommandation de l'EBM n'est pas... Ce n'est pas les tablettes que Dieu nous a données du haut du Sinaï, on doit de nouveau l'adapter au cas par cas.*

*Quand on a une recommandation, on l'analyse. Si c'est une bonne recommandation, ça reste des objectifs nobles à atteindre.*

*Entre les recommandations d'il y a trente ans et maintenant... [...] On n'avait pas les mêmes connaissances et des choses qu'on faisait il y a trente ans et qu'on ferait maintenant on serait tout de suite traduit en justice.*

*Le problème des études et de l'EBM, qui concernent une toute petite tranche de population à haut risque, bien déterminée, dans lesquelles un traitement est mis et on a ce résultat. Et puis on extrapole à l'ensemble de la population, ce n'est pas correct.*

*Moi je pense aussi que l'EBM c'est à relativiser aussi, parce qu'on ne fait pas la même médecine qu'un cardiologue. Bon nous, quand on va voir les gens, ben on va peut-être les laisser avec une tension à quatorze, neuf, alors que les recommandations sont peut-être en dessous, je ne sais plus, à douze ou treize. Mais bon on suit la personne, qui est peut-être tombée trois fois, qui a trois fractures et on n'a pas tellement envie qu'elle fasse une chute de tension et puis qu'elle... voilà, c'est ça. Donc nous on va se baser sur d'autres critères aussi, sur l'ensemble.*

*C'est effectivement dans le cas de la tension de la personne âgée, ben elle monte vite, comme elle peut descendre très vite aussi, donc ce n'est pas parce qu'elle est un jour à dix-huit qu'elle ne sera pas le lendemain, euh ... au moment de faire sa toilette à l'évier, que ça ne va pas redescendre à neuf et... Enfin, normalement où est le mieux ? Est-ce que c'est compte tenu de son espérance de vie et de se dire qu'elle va, qu'on va à tout prix vouloir prévenir l'éventuel infarctus ou de se dire, ben, pourvu qu'elle ne tombe pas et bon... Enfin, il faut aussi à ce moment-là réfléchir, jusqu'où est-ce que je veux suivre les recommandations ?*

*Mais j'ai été étonnée, quand on a eu une conférence il n'y a pas tellement longtemps, avec un endocrinologue, ben lui, il était vraiment beaucoup plus souple aussi avec les personnes de quatre vingt ans, quoi. Ah, oui ! Et j'ai vraiment été étonnée.*

### 3.5.2 Les questionnements engendrés par la prévention cardio-vasculaire

Le principal questionnement des médecins, l'interrogation itérative commune aux quatre focus groupes, concernait l'efficacité des actes préventifs entrepris en termes de prévalence ; plus précisément, la question était de savoir si ces actions permettaient réellement de préserver la santé d'une partie importante de leur patientèle, et non d'une toute petite fraction.

*Moi, quand on me dit que le cholestérol il enlève, même chez un infar', un incident sur quarante pendant cinq ans, du point de vue éthique, je vais soigner trente neuf personnes pour rien pendant cinq ans en donnant des médicaments qui font des effets secondaires. Il y a un infar', mais trente neuf pour sauver un ! Donc j'estime qu'au niveau éthique, parfois je me demande si je dois les soigner.*

*Je pense qu'il faut peut-être faire la distinction entre le regard des études épidémiologiques sur une prévention primaire qui concernerait toute la population d'une certaine tranche d'âge ou à partir d'une certaine tranche d'âge et puis le regard, je dirais presque individuel du médecin sur sa patientèle, sur laquelle il va appliquer une prévention primaire. Mais ce sont des données qui sont différentes, quoi...*

*Il y a deux regards : il y a un regard épidémiologique qui porte sur la population, et puis il y a le regard que nous portons sur un individu, notre patient qui a un problème et ceux qui n'en ont pas, etc., etc., ce n'est pas la même prévention.*

*L'autre prévention de type épidémiologique c'est les statistiques, c'est les chiffres...*

*Et nous, on ne traite pas les statistiques.*

*Ce n'est pas ça qui m'intéresse enfin... Les statistiques, on est obligé de se référer aux statistiques ...*

*C'est combien le NTT avec le Fosamax ? Tu dois en soigner combien pour éviter une fracture ?*

*Quarante...*

*Le Fosamax, ben voilà, une quarantaine, une sur quarante en plus.*

*Donc il y en a trente-neuf qui prennent du Fosamax régulièrement toute les semaines, qui vont quand même se casser, qui se seraient quand même cassé quelque chose. Parce que tout le monde ne se casse pas quelque chose, hein.*

*Il y a autre une chose aussi, c'est que, on parle de cholestérol, on parle de tension : très bien. On va faire un régime, ça ne marche pas ; on va mettre un médicament. Et je crois que l'impact qu'on a, c'est qu'on va traiter la personne pendant dix ans pour en sauver un sur quinze, hein, ce n'est pas mal, c'est déjà..., on est content. Mais si on pouvait maintenant avoir des actions plus larges, on serait nettement plus rentable. Et donc, quelque part, on a une activité qui est très onéreuse, peu rentable par rapport à ce qu'on pourrait faire si vraiment il y avait une prise en charge qui était instaurée au sein de la famille et de la société. Il y a trop d'autres critères sur lesquels on ne sait pas agir et alors on est un peu mal à l'aise. Fatalement, on sait très bien que ce qu'on va faire ce n'est qu'une petite partie de ce qui pourrait être fait. Là, ça ne dépend pas beaucoup de nous.*

Ce type de questionnement semblait aussi motivé par l'existence d'une certaine iniquité inhérente à l'existence, où l'application d'une hygiène de vie satisfaisante n'était pas nécessairement synonyme d'absence de problèmes cardio-vasculaires.

*Mais on est aussi témoin de coup de tonnerre dans un ciel serein des personnes qui n'ont absolument rien et qui font un AVC, et inversement, des gens qui sont énormes, qui fument comme des pompiers et qui vont vivre jusqu'à nonante ans, et qui vont mourir d'autre chose.*

De surcroît, la question de la préservation de la qualité de vie des patients résonne aussi dans ces questionnements, et ce quel que soit l'intervalle de temps considéré, aussi bien pour les patients les plus jeunes que pour ceux ayant amorcé le vieillissement en tant que phénomène biologique. Ainsi, la formulation du problème s'exprime ici sous le prisme des conséquences futures, pour le patient, de son hygiène de vie :

*Quand on voit quelqu'un qui a quarante ans et qui a 14 de tension, dans quatre-vingt ans il sera vieux. C'est comme ça, chaque fois que je vois un patient, c'est ça l'image que j'ai. Quand il aura quatre-vingt ans, comment il va être ?*

*Et pour les garder actifs et en bonne santé, on n'a qu'une seule carte qu'on peut jouer, nous, en tout cas pour moi, c'est la prévention à long terme. D'où préparer le discours comme tout ce que nous faisons chacun tous les jours et tout, mais vraiment dans ma tête c'est aussi que je veux mon patient à quatre-vingt ans encore actif et qui n'est pas dépendant, c'est là où je sens que j'ai gagné quelque chose.*

En corollaire, une partie de ces médecins considéraient aussi que l'acharnement thérapeutique ne devait pas être de mise, et que, une fois arrivés à un certain âge, il était inopportun de prescrire des traitements lourds à ces patients. Également, la question de l'allongement de la durée de vie amenait la question du sens, de l'intérêt, de tels progrès.

*Tout à l'heure, un monsieur de quatre-vingt-cinq ans, un petit peu dément, sort de l'hôpital où il a été hospitalisé pour une petite hémorragie cérébrale, il est un peu diabétique, il est sorti avec du Lipitor®!*

*À quatre-vingt-cinq ans !  
Ben qu'ils le laissent mourir gentiment, hein.*

*L'autre aspect des choses qu'il faudra quand même aborder un jour, c'est l'éthique par rapport à ce qu'on fait. On prolonge des gens, on crée des vieillards Alzheimer, nous les médecins généralistes, avec cette prévention. On les empêche de mourir brutalement d'une belle mort, en pleine... [...] Un jour, on sera amené à se poser cette question-là, quand nous aurons des centaines et qu'on ne saura plus qu'en faire...*

Mais les médecins évoquaient aussi des aspects davantage macro-sociaux, des paramètres qui ne sauraient se limiter au cadre de leur cabinet de consultation, mais qui ont néanmoins une incidence sur leur pratique quotidienne. Cela concernait ainsi le contexte global, sociétal, dans lequel ils exercent, et la place dévolue à la prévention dans cet ensemble. S'exprimait ainsi l'idée d'une prévention qui pourrait être mieux traitée socialement, davantage insérée dans les préoccupations socio-politiques contemporaines, se donnant les moyens de ses objectifs, et cherchant davantage à agir sur les habitudes de vie des individus.

*C'est un petit peu un message général, hein, donc c'est un climat culturel, hein, qui fait que les gens se soignent plutôt mieux que... Et globalement, on voit quand même que la population se porte mieux, hein. Et la durée de vie est plus longue. Globalement, le système de santé fonctionne.*

*C'est vrai que la prévention chez les plus jeunes passe d'abord par une éducation pour moi, des parents : chez les parents, si les bons réflexes passent, enfin les bons réflexes entre guillemets, inévitablement, ben ce sera déjà plus simple au niveau des plus petits. Parce que, je pense qu'effectivement c'est difficile ... Quand on se rend compte de ce qu'ils mangent, même de ce qu'ils boivent ...*

*C'est vrai qu'on ne joue pas du tout sur l'environnement et que les effets sont beaucoup plus grands.*

*Et quelle est la volonté ? A quoi veut-t-on arriver ? Est-ce qu'on va effectivement supprimer le tabac ? Est-ce qu'on va supprimer l'alcool ? Est-ce qu'on va favoriser les entreprises où il faut tous les jours une heure de sport ou je ne sais pas quoi ? Qu'est-ce qu'on fera pour qu'il y ait moins de stress dans les entreprises ? Est-ce qu'on va ... est-ce qu'on va vraiment faire un ... Est-ce qu'il y a une volonté politique et de l'ensemble d'une communauté européenne, d'un pays, d'arriver à enrayer ce fléau-là ? Si oui, ça marchera. Si non, ce qu'on peut faire nous par rapport à ce qui est possible, c'est une petite partie. Alors on accuse le patient...*

*On est vraiment confronté à cette contradiction entre les préoccupations qui sont parfois de logement, de se chauffer, de manger, oui, oui, et là le discours de prévention primaire à long terme peut presque être ressenti comme ... Mal, mal-être ... J'allais dire insultant, mal placé en tout cas. En tout cas mal placé. Déplacé, oui.*

Les généralistes évoquaient aussi les progrès réalisés en termes d'efficacité médicamenteuse, avec une pharmacopée dont les évolutions ont permis un gain indéniable concernant l'espérance et la qualité de vie des individus.

*La prévention est très importante mais que les avancées, je vais dire, médicamenteuses le sont aussi. Moi, il y a trente-deux ans que je bosse, au début des gens de septante-cinq ans avec des souffles sur leurs artères de tous les côtés, on en avait tout le temps, des gens qui avaient une décompensation cardiaque terminale étaient des vieux hypertendus sans maladie coronarienne, sans infar', des gens de septante-cinq ans qui n'en pouvaient plus, on n'en voit, c'est des trucs, je vais presque dire pratiquement, qu'on ne voit plus.*

Pour autant, l'efficacité des médicaments semblait parfois le disputer à la question de l'hygiène de vie, où celle-ci s'avère parfois plus efficace que celle-là.

*Puisqu'on est dans la prise en charge du diabète comme étant un facteur de risque cardiovasculaire bien sûr, est-ce que tout le monde a entendu parler d'une certaine étude, dans les années deux mille, américaine, sur quelques milliers de personnes ? Deux groupes : un groupe qui scrupuleusement prenait ses antidiabétiques oraux mais ne bougeait pas beaucoup, et l'autre groupe qui bougeait, qui ne prenait ses médicaments que d'une façon fantaisiste, j'imagine aussi la prise de sang plus fantaisiste, mais c'est tout de même le groupe fantaisiste qui marchait beaucoup, qui a eu le meilleur résultat en termes de complications, d'absence de complication cardiovasculaire.*

### **3.5.3 Les difficultés rencontrées dans la pratique préventive**

Parmi les difficultés rencontrées par les généralistes dans leur pratique, l'une des premières concernait la sensation d'inutilité qui les étreint parfois, face à l'absence de modifications dans les habitudes de vie des patients.

*Le message passe très peu.*

*Ce n'est pas si évident que ça ... promouvoir le bonheur des gens.*

*Ah ! Le problème c'est qu'on est consulté par des gens qui nous demandent, et donc on ne soigne pas toute la population, ce sont des gens qui viennent nous trouver pour nous le demander.*

*Il faut des années avant d'avoir un résultat et encore chez certains uniquement.*

*Ah oui, c'est vrai qu'il y a parfois une certaine lassitude aussi.*

*Ben, regardons nous-mêmes, hein, changer quelque chose à sa vie c'est extrêmement difficile, hein ; il faut un bulldozer pour une virgule, hein.*

*À part tout ce qu'on peut dire en cabinet, il y a quelque chose qui manque justement pour les gens précarisés. On se rend compte qu'on n'a pas toujours un discours adéquat.*

*Mais il y a quand même un souci pour les gens précarisés ou qui ne parlent pas le français... C'est vrai que ces gens-là, on a vraiment du mal à les stimuler aussi*

*Il reste encore la problématique chez le patient. Quand on parle de prévention, il y a le patient. Je vous ai parlé sur la problématique publicitaire mais ça ne suffit pas. Vous pouvez ajouter la sociologie. Parce que quand on voit pourquoi les gens ne le font pas... Regardez, on a le programme de dépistage de mammomobile, qui sont là depuis quelques années et dont le bénéfice est très contestable.*

*Comme quoi on n'arrive pas à toucher les personnes concernées ...*

Les généralistes confessaient manquer parfois de temps pour vraiment mener des actions préventives conséquentes.

*Un certain problème, on n'a pas beaucoup de temps matériel pour faire vraiment de prévention, puisqu'on a beaucoup de papiers à remplir et on n'a pas ... Si, ça va être prévu cette année, on n'a pas de rémunération pour faire ça. Bon, si un patient, il vient souvent pour une raison ou l'autre, et puis alors, si on voit que c'est quelqu'un qui est obèse, on va lui prendre sa tension, on va commencer à faire de la prévention mais ça prend du temps... Et, et finalement pour motiver les personnes c'est très difficile, parce qu'on manque un peu de temps et il n'y a pas de rétribution financière suffisamment prévue pour les généralistes.*

*Suivant notre état aussi, ce qu'on a eu comme consultations avant, si on est pressé, pas pressé... Si on a eu un échec ou un succès, euh, on est aussi inconstant, c'est ça que je veux dire.*

D'un point de vue institutionnel ensuite, les médecins considéraient qu'il n'existait pas de vraie structuration nationale (ou régionale) sur laquelle s'appuyer pour mettre en place une prévention réellement efficace.

*Il n'y a pas de structure nationale, hein, ici, de prévention. Par rapport à certaine médecine, moi je vais prendre le Brésil, parce que quand j'ai eu mon diplôme, on a passé à un moment donné tous les pays en revue, là, hein ; et je trouvais qu'au Brésil, par exemple, ils avaient des structures de prévention beaucoup, beaucoup plus avancées que les nôtres. Avec des centres médicaux qui prenaient vraiment en charge et qui obligeaient presque les gens à suivre un petit peu un canevas.*

*Il y a des gens qui disent « bon, qu'est-ce que je dois faire pour avoir un cholestérol bas, comme ça tout est réglé, donc prescrivez-moi un médicament ». Ca c'est quand même déjà la rançon de ce, de ce matraquage. Voilà de ce matraquage, donc en termes de santé populaire, on ne va pas nécessairement attaquer là où il faut. De manière plus passive, quoi. Enfin il rend le patient plus passif.*

*Ce qu'il y a, c'est qu'il a la contradiction entre la politique de santé communautaire et l'individu.*

Enfin, les généralistes doivent aussi composer avec d'autres logiques à l'œuvre simultanément, qui parasitent leur démarche préventive, à l'instar des publicités commerciales ou bien encore des autres facteurs explicatifs de l'hygiène de vie actuelle d'un patient.

*En termes je crois de santé publique, un truc qui serait très bien aussi, c'est de voir, on n'en a pas parlé aujourd'hui, mais c'est le niveau de stress dans lequel les gens vivent. C'est vrai que le stress fait monter la glycémie, le cholestérol, la tension. Les gens qui ont des vies de dingue, ils sont dans le rouge pour beaucoup de facteurs.*



*Quelque part on a ... mannequin mince, jolie, tout ce que tu veux et puis, après ça la publicité pour Benecol qui te laisse croire que tu vas faire baisser ton cholestérol, ton poids, sans faire d'effort.*

*On entre là dans toute une...*

*Buvez, éliminez, hein.*

*Buvez, éliminez, ça va aller tout seul. Ce n'est plus un discours...*

*Quelque part que tu vas pouvoir éliminer tout seul, rien qu'à boire de l'eau...*

*Oui, voilà, c'est ça, exactement.*

*Souvent, c'est les parents qui donnent un certain modèle, ou qui mangent d'une certaine manière et même parfois les enfants ont des problèmes de santé, qu'on leur demande ... ben alors, ils répondent*

*« Mais je ne vois pas pourquoi je ne mangerais pas mon boulet frites parce que mon enfant est malade ». Ca, j'ai déjà eu aussi. C'est difficile d'expliquer au plus jeune alors que les parents ne font rien de bon, je vais dire. A la limite, ils fument, ils mangent, ils boivent, ils ne font pas d'effort, ils sont devant leur Playstation. Alors les petits, ils suivent.*

### **3.6. Besoins et suggestions des médecins généralistes**

Pour finir cette étude, évoquons à présent les besoins et suggestions formulés par les généralistes, concernant la prévention des risques cardio-vasculaires. L'élément principal ici renvoyait à la nécessité d'accroître les moyens, de fournir davantage d'armes aux médecins pour réaliser une prévention efficace. Cela pouvait ainsi passer par une évolution des modes de remboursement des dépenses de soins de santé, où la prévention en ferait partie intégrante.

*On pourrait imaginer, tu parlais tantôt d'un système positif, on pourrait imaginer, puisqu'en faisant de la prévention cardiovasculaire, on fait gagner de l'argent aux mutuelles, les mutuelles pourraient peut-être donner, enfin, je ne sais pas, on pourrait imaginer que les patients, ben, ils font leur examen de prévention cardiovasculaire une fois par an, ben, ils auraient, je ne sais pas moi, un remboursement.*

*Est-ce qu'on peut rembourser un Holter pour mettre en route un traitement antihypertenseur ? Un patient, vous mettez en route un traitement antihypertenseur c'est pour sa vie... qu'on rembourse le holter, ça le généraliste devrait l'avoir. On voit qu'il rentre dans les critères, on les traite ...*

Même, alléger le travail des généralistes de certaines tâches, à l'instar des formalités administratives, permettrait, selon les principaux intéressés, d'accorder plus de temps et d'énergie à la prévention.

*La prévention serait plus efficace si on avait des infrastructures qui prennent en charge une partie de travail d'information, de diffusion, de prise de rendez-vous, etc. [...]*

*Mais par contre, qu'on soit allégé d'un paquet de tâches administratives et de ... parce que ça nous bouffe du temps et que ce temps-là, on ne l'a pas deux fois, hein. Dans ce qu'on nous oblige à faire*

*comme trucs administratifs, on ne l'a pas pour faire de la prévention fine et réfléchie, enfin, pas réfléchie mais redondante, hein euh, ben voilà ! C'est vrai qu'on devrait avoir, c'est un peu plus global, une réflexion à avoir sur le recentrage, pas de la fonction, mais du travail que le médecin doit assumer.*

*Ah ça, c'est un débat plus vaste, mais sur les douze heures qu'on passe dans notre métier par jour, dix heures ou huit heures, quel est le temps réel où on fait de l'anamnèse, du diagnostic ou de la thérapeutique. Oui, c'est vrai. Mais c'est vrai, mais on pourrait peut-être voir plus de choses si on avait moins d'autres choses à faire qui sont peut-être déléguées à d'autres.*

*Si on raisonne en matière de prévention cardiovasculaire de la population, moi je pense qu'il faut...Ce qu'on fait avec les cars, là, qu'on a critiqué tout à l'heure, et bien il faut aussi le critiquer chez le médecin généraliste et pourquoi pas proposer que le médecin généraliste, pour sa clientèle, un jour par mois ou un jour toutes les trois semaines propose, fasse une journée de prévention et les gens s'inscriraient...*

*Une consultation de dépistage, par exemple, l'examen de santé dont je vous ai parlé tout à l'heure, si on parvenait à avoir une fois ça par an bien remboursé, euh, une bonne pub pour motiver les gens, voir un peu où on en est, ben, moi je trouverais ça super. Et je pense que cela ça peut marcher. Il faudrait compter sur la mutuelle aussi pour envoyer aux gens des messages, leur rappeler le DMG... Cette consultation-là au DMG, qu'on devrait obligatoirement le faire à ce moment-là. Ça les inciterait peut-être, hein.*

Dans cette même optique, diversifier les moyens de faire de la prévention apparaissait comme une autre solution envisageable, notamment en passant par un travail plus important de prosélytisme, aussi bien dans le cabinet du généraliste que par le biais des grands *medium* de communication.

*Mettre des écrans dans une salle d'attente...*

*Mais oui, ça automatiquement ils regarderaient au lieu de lire une bête revue, ils regarderaient ça. Oui.*

*Tu penses que ça va marcher, ça ?*

*Ben oui parce qu'ils l'auront vu à la télévision.*

*Il faut une conscientisation nationale pour s'opposer aux intérêts financiers des firmes. En Belgique, c'est trop peu important. Ça a bien fonctionné pour le cancer colorectal par exemple. Il faut des campagnes grand public, des campagnes neutres, non sponsorisées. Et puis, parfois les mesures contraignantes comme pour le tabac : en Belgique, c'est mieux qu'en France. En Irlande, ils sont encore plus stricts. Et puis penser à l'éducation, très tôt. Surtout par rapport à l'alimentation et à la marche. C'est prouvé que les habitudes s'acquièrent tôt.*

*Si vous voulez réussir dans une prévention de masse et bien qu'ils demandent nos politiciens l'avis d'un publicitaire, pas des médecins. On n'est pas là pour ça. Pourquoi je dis ça ; parce que si on n'a pas un éveil de conscience général, le travail individuel est, je ne veux pas dire voué à l'échec, il est non rentable du point de vue santé publique.*

Ce travail de prévention pourrait aussi être réalisé par l'organisation d'événements spécifiques, permettant de sensibiliser à l'envi les patients quant aux risques cardio-vasculaires.

*Dans certains quartiers plus volontaristes, il y a des actions collectives, des groupes existent qui entraînent les autres. En province de Limbourg, ils ont fait la journée de 10000 pas. A Liège, il y avait des rassemblements et si les gens rejoignaient le groupe, ils promettaient de pouvoir faire un semi-marathon, c'était progressif. On voyait les gens dans les rues. Le Ravel pour cela a bien amélioré les choses. Ce serait bien d'engager les gens de plus de 50 ans par une lettre nationale personnalisée : il faut toucher les patients. Comme pour le cancer colorectal, cela a amené des patients qu'on ne voyait jamais. Cela pourrait être fait pour les facteurs de risque ; ils arriveraient avec un questionnaire déjà partiellement rempli. On doit viser la systématisation.*

Enfin, dans la bouche de plusieurs interlocuteurs, la mise en place de soirées spécifiques d'information était aussi présentée comme une solution envisageable pour améliorer la prévention des risques cardio-vasculaires.

*On ferait des soirées d'information à destination des patients, ce serait un truc qui renforcerait beaucoup les messages qu'on fait passer comme ça dans la vie de tous les jours. Parce que là il y a un évènement qui aide à une prise de conscience. C'est d'ailleurs ce qu'ils font parfois dans les maisons médicales au forfait.*

## 4. Discussion

« Mieux vaut prévenir que guérir » : cet apophtegme populaire, connu de tous, s'applique aussi au domaine médical. Il existe une kyrielle d'études et d'expériences attestant de la véracité de cette maxime. Pour autant, lorsqu'est abordé le thème de la prévention des risques cardio-vasculaires, il semble en être autrement, comme semblent le suggérer les lignes de ce rapport.

Mais, pour commencer par le début, intéressons-nous à la façon dont ces médecins généralistes perçoivent la prévention. En premier lieu, la distinction habituellement opérée entre prévention primaire et prévention secondaire ne semble guère pertinente dans la pratique de ces médecins. Effectivement, ce qu'il se lit au travers de leurs propos, c'est bien plus l'idée d'une démarche d'ensemble. Ainsi, plutôt que de savoir si l'individu se situe dans tel ou tel type de prévention, le médecin semble principalement raisonner en termes de complications futures potentielles. Dès lors, il considère le patient en son état actuel, avec ses facteurs de risque, ses habitudes de vie, ses représentations et connaissances. En somme, il adopte la même démarche de prévention, quel que soit le moment où il intervient, que cela serve à protéger le patient d'un infarctus ou bien à éviter une rechute, par exemple.

Néanmoins, en vue de construire son intervention, le médecin généraliste identifie les variables qui lui seront utiles pour mener à bien son entreprise. Ces variables sont constituées de facteurs biologiques, mais aussi de paramètres concernant l'hygiène de vie de leurs patients. Ce sont ces éléments qui justifient à leurs yeux la nécessité d'une démarche préventive. A cela s'ajoutent la subjectivité des patients (leur rapport à la prévention, leur volonté de faire des efforts en vue de changer d'habitudes de vie), de même que la raison de leur visite chez le généraliste (avec une démarche qui aura d'autant plus de chances d'être efficace qu'elle sera sollicitée par le patient lui-même).

Ce sont donc l'ensemble de ces éléments qui constituent la matrice, le prisme, au travers duquel le médecin juge l'intérêt de la prévention et jauge la compliance de son patient. Comme il est ici question de risques cardio-vasculaires, ce sont principalement les thématiques du tabagisme, de l'excès de poids, de la carence d'activité physique et de l'excès de cholestérol qui apparaissent signifiantes.

Le tabac ou le changement des habitudes alimentaires apparaissent comme des thématiques complexes, où le changement est ardu. Toutefois, les généralistes déploient alors différentes stratégies leur permettant d'accroître les chances de réussite. Ces stratégies doivent alors épouser la subjectivité des patients, comprendre la manière dont il raisonne pour s'y adapter et agir en conséquence. De même, la rhétorique ne saurait être absente de la relation thérapeutique, et les médecins l'utilisent pour convaincre les patients du bien-fondé de leurs actions.

C'est d'ailleurs l'utilisation de cette stratégie qui fait dire à ces généralistes qu'ils sont les plus aptes à adopter une démarche préventive, comparativement à leurs collègues spécialistes. En effet, leur légitimité à s'exprimer est mise en étroite correspondance avec ce qui constitue les spécificités même de leur pratique professionnelle : globalité et suivi au long cours sont alors les maîtres-mots, ceux qui les rendent pertinents. C'est d'ailleurs la comparaison avec la prévention telle qu'elle est réalisée par les médecins spécialistes qui leur fait énoncer que ce sont eux les plus aptes à la réaliser – le spécialiste est présenté comme un médecin qui aura invariablement le même discours, dans l'absolu et indépendamment du patient qui se trouve en face de lui, alors que le généraliste possèdera quasiment autant de discours que de patients, attendu que chaque patient est différent. Cette représentation des spécialistes conduit alors les généralistes à vouloir conserver l'essentiel de la prévention, avec des spécialistes qui ne sont convoqués que ponctuellement, pour des examens bien déterminés, demandés par lui-même. De plus, les difficultés de collaboration (notamment en termes de retour) conduisent les généralistes à ne recourir que sporadiquement à d'autres acteurs dans le cadre d'une entreprise de prévention.

Néanmoins, malgré leur revendication à occuper une place prépondérante en matière de prévention, les médecins généralistes avouent dans le même temps n'avoir qu'une efficacité toute relative, puisque leurs discours ne sont pas toujours suivis d'actes chez les patients. Plusieurs explications sont alors avancées pour expliquer ce phénomène. Toutefois, l'explication la plus plausible nous semble renvoyer à une différence d'appréhension du fait pathologique. Ainsi le médecin, fort de ses connaissances médicales, entrevoit le futur des patients au travers des facteurs de risque actuels, qui sont comme autant d'indices de l'évolution probable de l'état de santé du patient. A l'inverse, le patient conçoit davantage son état de santé à travers la perception qu'il en a *hic et nunc*. Ainsi, ce « sentiment d'immortalité » de certains patients, évoqué par plusieurs généralistes, n'est, en réalité, qu'apparent ; il témoigne surtout de deux conceptions différentes, où le marqueur temporel n'est pas le même. Là où le médecin voit la maladie au travers des facteurs de risque, le patient, lui, la conçoit surtout lorsqu'il la ressent dans sa chair, soit donc une

dichotomie, avec une réflexion à court terme pour le patient et à long terme pour le médecin (sur la base des indices et des facteurs de risque dont il dispose dès maintenant).

Dans cette optique, le médecin cherche à faire évoluer le patient, à le faire entrer davantage en concordance avec des règles d'hygiène strictes, avant que ne retentisse l'hallali de la discontinuité valétudinaire, l'irruption de la maladie.

Pour autant, comprendre les risques ne signifie pas nécessairement s'en protéger, et la difficulté à mettre en place, de façon pérenne, de nouvelles habitudes de vie, traduit l'ampleur de la démarche préventive. Le tout se fait, de surcroît, sur fond de responsabilisation des individus, où chacun est convoqué en vue de devenir « l'entrepreneur de lui-même », son propre chef, indépendamment des ressources ou de la position sociale de tel ou tel individu. Or, ce type de discours se révèle parfois plus destructeur qu'autre chose, ce dont témoignent les généralistes interrogés, en évoquant le stress ou bien encore la culpabilisation, qui serait la deuxième face de ce Janus de la responsabilisation. Ce sont là autant d'obstacles à la mise en place de nouvelles habitudes de vie.

Quant à la diffusion de connaissances médicales auprès de la population générale, pour accroître la concordance entre recommandations et pratiques effectives, elle se heurte à une certaine réticence des généralistes, ne faisant que refléter un phénomène bien connu dans l'Histoire, avec un corps médical hostile à une diffusion de son savoir hors de la sphère des initiés. C'est là un mécanisme servant à protéger l'identité d'une profession, le tout mélangé à l'idée que ces connaissances sont trop complexes pour pouvoir être assimilées par de simples profanes, des béotiens.

Mais cette réticence à la diffusion de leur savoir, les médecins la puisent probablement aussi dans leur propre circonspection à l'égard des études ou recommandations existant en matière de prévention cardio-vasculaire, avec la question de la probité de ces études qui reste souvent en suspens, tapie derrière les soupçons de mercantilisme orchestré par les firmes pharmaceutiques. Nonobstant cette méfiance, ces études ne sont pas rejetées. Elles sont considérées davantage comme des points de repère, une aide à la pratique pour ces médecins, qui revendiquent le cas par cas comme outil de réflexion.

De plus, la question des prévalences et de l'efficacité liée uniquement à la prévention sont autant de questionnements qui accompagnent ces médecins dans leur pratique. Prévenir oui, mais pour quels effets : c'est là le questionnement philosophique qui se place en substrat de la pratique. Au vu des difficultés rencontrées quant à une prévention réussie, suivie d'actes, les généralistes ne semblent pouvoir éviter de se poser la question de leur

efficacité. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les suggestions formulées consistent majoritairement à diversifier les moyens pour convaincre les patients du bien-fondé de leur démarche.

## Annexe : Guide d'entretien

Puisque ce seront les thèmes abordés aujourd'hui, nous aurions aimé savoir ce que vous entendez par « préventions cardio-vasculaires primaire et secondaire » ?

Pouvez-vous expliquer ce que vous faites dans votre pratique en termes de prévention cardio-vasculaire **primaire**?

*Ciblez-vous un public particulier pour la prévention CV ou tout le monde ?*

*Ressentez-vous des difficultés à mettre en œuvre cette démarche ?*

*Comment vous y prenez-vous ? Avez-vous des interventions répétées dans le temps, des moments privilégiés pour en parler ? Utilisez-vous des rappels, un échéancier ?*

*Quel est le contenu de votre message ? Comment faites-vous passer votre message ?*

Comment les patients réagissent-ils à ces messages de prévention primaire ? Et pourquoi à votre avis les patients réagissent-ils ainsi ? Que faites-vous ?

*Comprennent-ils votre message ?*

*Mentionnent-ils d'autres sources de connaissances ?*

*Ont-ils des questions particulières, des peurs, des demandes ?*

*A votre avis, suscitez-vous leur intérêt ? Pourquoi ?*

A votre avis, quelle est la place du MG dans la diffusion des messages de prévention ?

*Est-ce important pour un MG de devancer la demande des patients dans le domaine de la prévention ?*

*Que pensez-vous des messages qui sont véhiculés dans la société sur ce thème ?*

Chez les patients présentant soit un diabète, une hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie, comment faites-vous pour évaluer et prendre en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires ?

*Par rapport à l'annonce d'une de ces pathologies, quand se situe la prise en charge des facteurs de risque CV ?*

*Quel est le contenu de votre message ?*

*Comment faites-vous passer votre message ?*

Comment les patients réagissent-ils à ces messages de prévention secondaire ? Et pourquoi à votre avis les patients réagissent-ils ainsi ? Que faites-vous ?

*Comprennent-ils votre message ?*

*Mentionnent-ils d'autres sources de connaissances ?*

*Ont-ils des questions particulières, des reculs ?*

*A votre avis, suscitez-vous leur intérêt ? Pourquoi ?*



Chez les patients présentant soit un diabète, une hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie, avez-vous des stratégies particulières pour le suivi des pathologies et le contrôle des facteurs de risque ?

*Utilisez-vous un échéancier, des rappels ?*

*Que pensez-vous de l'auto-contrôle de la glycémie et de la tension artérielle par le patient ?*

Avez-vous recours à d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes et autres professionnels) dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires ?

*Comment se déroulent ces collaborations ?*

*Comment se fait le partage des rôles ? En êtes-vous satisfaits ?*

*Quelles difficultés avez-vous eues ?*

*Les patients sont-ils demandeurs ? Quelle est leur réaction ?*

Comment voyez-vous le partage des rôles entre les différents professionnels de la santé ? Quand vous proposez des collaborations avec d'autres professionnels, comment interviennent-ils ?

Que pensez-vous des recommandations concernant la prévention cardiovasculaire ?

*Utilisez-vous les recommandations de prévention CV ?*

*Où trouvez-vous ces recommandations ? Comment choisissez-vous celles que vous allez utiliser ?*

*Pourquoi ?*

*Qu'en faites-vous ? Les adaptez-vous au cas par cas, selon le profil du patient, votre disponibilité ou d'autres paramètres ?*

*Qui jugez-vous pertinent pour proposer des recommandations à votre profession ?*

A votre avis, quelles sont (seraient) les conditions de succès de la prévention cardiovasculaire ?

*Avez-vous observé des stratégies gagnantes auprès des patients ?*

*Y a-t-il des conditions favorisant cette prévention ?*

Quels sont les difficultés, les obstacles à la prévention cardiovasculaire que vous avez déjà rencontrés ?

*Quelles **difficultés observez-vous chez le patient** ? (au niveau de la connaissance que le patient a de ces maladies, au niveau de ses croyances, de ses habitudes de vie, ...)*

*Quelles sont vos propres difficultés pour une prévention optimale des risques CV ?*

*De votre côté, faites-vous appel à des aides ? Avez-vous déjà ressenti le besoin d'un relais, d'un appui à votre action auprès du patient ? Pensez-vous que les patients connaissent leur taux de cholestérol, leur tension, leur..., .. (cf questionnaires patients)*

Quels sont vos besoins et vos demandes afin de vous aider à améliorer la prévention cardio-vasculaire chez vos patients ?

Avez-vous d'autres commentaires concernant la prévention des maladies cardio-vasculaires ?