



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2014 N°

**Représentations et pratiques de la prévention et de la
délégation de tâches à travers l'exemple de la vaccination :
perspectives pour une évolution des pratiques
*Étude qualitative réalisée auprès de Médecins Généralistes***

THESE

Présentée

À l'université Claude Bernard Lyon I

et soutenue publiquement le 18 février 2014

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Aurélie Bertheau

née le 01/02/1983 à Sainte-Foy-lès-Lyon

À mon père,

À son courage face à la maladie,

À son courage face à la mort,

À mon père - mon premier Professeur de médecine.

LE SERMENT D' HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président de l'Université François-Noël GILLY

Président du Comité de Coordination François-Noël GILLY des Études Médicales

Secrétaire Général Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST Doyen : Jérôme ETIENNE

UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directrice: Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE Directeur : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur : Yves MATILLON

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES Directeur : Fabien de MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Claude COLLIGNON

POLYTECH LYON Directeur : Pascal FOURNIER

I.U.T. Directeur : Christian COULET

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS

I.U.F.M. Directeur : Régis BERNARD

CPE Directeur : Gérard PIGNAULT

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Liste des enseignants 2013/2014

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Allouachiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bastien	Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Baverel	Gabriel	Physiologie
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ;
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie brûlologie
Calender	Alain	Génétique
Chapet	Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chatelain	Pierre	Pédiatrie (surnombre)
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie clinique ; addictologie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Anatomie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du
Edery	Charles	Génétique et de la reproduction ; gynécologie médicale
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénérologie
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Fouque	Denis	Néphrologie
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Hot	Arnaud	Médecine interne
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Jegaden	Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Jullien	Denis	Dermato-vénérologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Kohler	Rémy	Chirurgie infantile
Krolak	Salmon Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Laville	Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Martin	Xavier	Urologie
Mauguière	François	Neurologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion

Mion	François	Physiologie
Miossec	Pierre	Immunologie
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Perrin	Gilles	Neurochirurgie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; reproduction ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rossetti	Yves	Physiologie
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Scoazec	Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie technologies de communication
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete	Caroline	Physiologie

Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention vieillesse ; médecine générale ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulangier	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Tissot	Etienne	Chirurgie générale
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Bricca	Giampiero	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Bui-Xuan	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Buzluca Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Cellier	Colette	Biochimie et biologie moléculaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charbotel-Coing-Boyat	Barbara	Médecine et santé au travail
Charrière	Sybil	Nutrition
Chevallier-Queyron	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention clinique ; addictologie
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Dubourg	Laurence	Physiologie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Escuret	Poncin	Vanessa Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Franco-Gillioen	Patricia	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Hadj-Aissa	Aoumeur	Physiologie
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lasset	Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lièvre	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Maucort	Boulch	Delphine Biostatistiques, informatique médicale et médecine d'urgence (stag.)
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Peretti	Noel	Nutrition
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et reproduction ; gynécologie médicale
Rheims	Sylvain	Neurologie (stag.)
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ;
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire technologies de communication
Thibault	Hélène	Physiologie

Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Figon	Sophie
Lainé	Xavier

REMERCIEMENTS PROFESSIONNELS

A Monsieur le Professeur émérite Daniel Floret, Président du jury

Merci de me faire l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury et de votre présence aujourd'hui. Merci de votre disponibilité par vos réponses systématiquement rapides à mes interventions. Merci pour votre engagement dans la Médecine et la passion que vous dégagéz pour elle.

A Monsieur le Professeur Laurent Letrilliart

Merci d'avoir accepté d'évaluer ce travail et de faire partie du jury. Merci de m'avoir orientée pour la méthode et de vous être soucié activement de l'avancée de ma thèse.

A Monsieur le Professeur Yves Zerbib

Merci de m'avoir fait connaître la méthode qualitative et de m'avoir accompagnée dans mon premier travail y répondant. Merci d'avoir simplement accepté d'évaluer ce deuxième travail qualitatif et de faire partie du jury.

A Monsieur le Docteur Bertrand Issartel

Merci Bertrand d'avoir accepté de diriger un travail de thèse même indéfini, qui, sans toi n'aurait jamais débuté, ni pris cette forme. Merci de faire partie du jury.

Aux treize médecins ayant participé à l'enquête, condition première de sa réalisation.

A chacun de mes maîtres de stage en médecine générale, pour leur accueil au cœur de leur travail.

Aux nombreux médecins hospitaliers rencontrés tout au long de mes études et qui ont alimenté ma réflexion. Au Docteur Chossegros pour son orientation littéraire et bibliographique précieuse.

A la médecine, art et science, à ses progrès, merci à ceux qui s'y engagent.

Aux sciences sociales, à la philosophie, à la Foi d'enrichir nos vies de questionnements, de réflexions vers une forme de compréhension du monde, soutien à leur traversée, et de nous aider à l'acceptation de la différence, de la maladie et de la mort.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A mes parents,

Merci pour la vie que vous m'avez donnée, la famille que nous étions, la famille que nous sommes.

Merci de m'avoir accompagnée et encouragée durant le chemin tortueux de ces 13 années d'études médicales. 13 années marquées par la douleur de te voir souffrir ainsi papa, et la confusion - de la position de fille à la position de médecin - impuissante face à la maladie. 13 années que je clos par cette thèse d'exercice.

Merci **papa** d'avoir supporté si longtemps tout ce que te faisaient vivre tes maladies, tu m'as appris tellement sur la médecine. Merci de tes nombreux enseignements, de ta force de caractère et de ton courage, de ta générosité et de ton amour éternel.

« l’empreinte médicale est indélébile. Elle est marquée aussi profondément que l’empreinte ecclésiastique. » (G.Duhamel)

Maman, merci pour ta présence douce et bienveillante, ton soutien fort et patient dans les épreuves, ton courage, ton engagement dans la solidarité, ta gentillesse de tout instant et le chemin que tu m'aides à parcourir.

A ma sœur,

Merci Anne de ton courage toi aussi face à la maladie, merci pour ta sensibilité, tes poèmes, ta créativité et pour ce sourire qui ne s'efface jamais, « miss sourire » 1987, « miss sourire » 2011, malgré les horribles difficultés médicales que tu traverses, « miss sourire » de toutes les années, tu auras cette banderole pour le défilé.... Merci ma p'tite sœur chérie.

Merci à mes proches : famille, amis, pour votre présence à mes côtés et votre soutien si précieux.

Aux absents.

Bon après, les remerciements ça fait quand même un peu vieux remake des enfoirés, alors tant pis, par contre après, il faut chanter :

Merci à toi Flora, Ave à toi Marie, merci infiniment Sophie

« App'lez moi l'directeur » : Merci Benjamin

Merci Coralie, Merci Ariane et puis Aurore, merci Maud, merci Maud2, merci Caro, Matthieu, Juliette et Élodie, Erwan, Céline et Fanny., Lucile. Merci Ginsbeg et compagnie, Merci Iris, Mb, Florence, et Emmanuel, Merci Cathy, djidj et leur colonie. Merci Hugues, Pascaline, Maud et Marie. Merci Shoko, Simon, Kyoko et Adrien. Merci Me Alvino. Merci Jean-Marc et Jo. Merci à tous.



C'est là la chanson :

« Aujourd'hui on a plus le droit de conserver ce regard froid,

Je ne promets pas le bonheur,

Peut-être vivre avec moins de douleurs

Un peu d'écoute et de chaleur

Dans la médecine, la médecine du cœur la la la

Merci à ceux qui chantent, merci à ceux qui rêvent.

Merci Pierre Desproges

Et la chanson suivante par le ministre de la démente national « le temps béni des maladie »...

3 ...4 ... zouquez....

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	18
INTRODUCTION	19
PARTIE THEORIQUE.....	21
1 La prévention : vers une nouvelle culture ?.....	21
2 L'évolution de la prévention vaccinale : un problème de santé publique.....	23
2.1 Une conscience subjective du risque dans un univers de défiance social.....	24
3 Délégation de tâches et coopération interprofessionnelle	27
3.1 Regard européen.....	27
3.2 État des lieux des réflexions et expérimentations	28
3.3 Contexte juridique.....	30
3.3.1 Le "monopole médical" (27).....	30
3.3.2 La Loi HPST : enjeux et problématiques.....	31
4 Problématique.....	34
ENQUETE.....	35
5 Méthode	35
5.1 Recherche bibliographique : sources d'informations	35
5.2 Choix du type d'étude	35
5.2.1 Enquête qualitative.....	36
5.2.1.1 Présentation et justification.....	36
5.2.1.2 Quelle scientificité ?.....	36
5.3 L'entretien	37
5.4 Guide d'entretien.....	38
5.5 Protocole de l'enquête.....	38
5.5.1 Population étudiée, terrain choisi.....	38
5.5.2 Lieu d'installation et mode d'exercice	39
5.5.3 Critères d'inclusion.....	40
5.5.4 Critères d'exclusion.....	40
5.5.5 Recrutement.....	40

7.2.1.3 Expériences hospitalières ou descendant de l'hôpital	58
7.2.1.4 Aux sages-femmes	59
7.2.1.5 La délégation de la vaccination : une pratique acquise ?	59
7.2.2 Regard des médecins sur l'adhésion des patients à la délégation de la vaccination antigrippale.	60
7.2.3 Sens perçu à la délégation de tâches.	61
7.2.3.1 Une réponse acceptable à la problématique de l'optimisation de l'offre de soin et de libération de temps médical ?	61
7.2.4 La délégation de tâches : intérêts dégagés.	63
7.2.4.1 Gain de temps au profit du patient et du médecin ?	63
7.2.4.2 Gain dans la qualité des pratiques.	64
7.2.4.3 Valorisation des professions ?	65
7.2.5 Focus sur la délégation de la vaccination	67
7.2.5.1 Une des réponses à l'amélioration de la couverture vaccinale ?	67
7.2.6 Craintes et obstacles exprimés face à la délégation de tâches dans le cadre de la prévention.	67
7.2.6.1 Problématiques de la gestion de l'espace	67
L'exercice isolé de la médecine libérale.	68
Problématiques de la coordination de soins : conserver cohérence et cohésion.	68
7.2.6.2 Problématiques d'ordre relationnel.	69
Problématique de la confiance.	69
Problématique du lien.	69
Considérer les positions, les souhaits et besoins des différents intervenants.	70
7.2.6.3 Problématiques d'ordre comportemental.	70
Le poids des habitudes, des traditions.	70
7.2.6.4 Problématique de la reconnaissance	71
Obstacles économiques.	71
Obstacles législatifs.	72
Manque de lisibilité en terme de responsabilité.	72
7.2.6.5 Problématique de la gestion des connaissances.	73
Loi HPST très peu connue et très peu appliquée.	73
Parcours possibles pour la vaccination peu appliqués et/ou peu connus.	73
7.2.7 Obstacles spécifiques perçus à la délégation de la vaccination	74
7.2.7.1 Le vaccin : acte simple, rapide.	74
7.2.7.2 La réflexion autour du vaccin est perçue comme une compétence médicale.	75
7.2.8 Élargissement de la délégation de la vaccination des adultes à d'autres professionnels de santé ?	76
7.2.8.1 Délégation de la prescription des vaccins ?	76
7.2.8.2 Rôles projetés : les infirmiers.	77
7.2.8.3 Rôles projetés : les pharmaciens	77

7.2.8.4 Rôles projetés : les laboratoires.....	79
7.2.8.5 Rôles projetés : les sages-femmes.....	79
7.2.9 Particularité de la délégation de la vaccination du nourrisson	80
7.3 Coopération interprofessionnelle à propos de la délégation de tâches : besoins ressentis.....	81
8 Discussion conceptuelle.....	85
8.1 Des investissements contrastés	85
8.1.1 Investissement en temps : de "manquer de temps" à "prendre du temps".....	85
8.1.2 Investissement personnel.....	86
8.1.3 Investissement institutionnel.....	87
8.1.4 Investissements financiers et choix politiques.....	89
8.2 Facteurs de complexification aux pratiques et à leur mise en œuvre.....	92
8.2.1 La prévention : des contours et contenus vastes et mouvants.....	92
8.2.2 Des demandes contrastées et difficilement perçues.....	94
8.2.3 Communication et interactions.....	95
8.2.4 Vers une évolution des positions et des rôles du médecin et du patient : de médecin "traitant" à médecin "prévenant" ?.....	98
8.2.5 De la relation "médecin-malade" à la relation "patient-médecin" ?.....	101
8.3 Délégation de tâches : vers une évolution du rôle des professionnels de santé dans la délégation de la vaccination ?	103
8.4 Perspectives pour la pratique : vers une éthique du « care » ?.....	107
CONCLUSION.....	109
BIBLIOGRAPHIE.....	111
ANNEXES	118
9 Grille d'entretien.....	118
.....	120
10 CD-ROM : transcriptions des 13 entretiens.....	120

ABREVIATIONS

ADEMAS : Association pour le dépistage organisé des cancers

ARS : Agence Régionale de Santé

CCR : Cancer Colorectal

CTV : Comité Technique des Vaccinations

CSP : Code de Santé Publique

DMP : Dossier Médical Personnel

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

H1N1 : Hemagglutinine 1 Neuraminidase 1

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé .

PMI : Protection Maternelle Infantile

INTRODUCTION

La France se distingue par un taux de décès prématuré, avant 65 ans, plus élevé que dans les autres pays comparables, et « une grande partie des décès pourraient être évités par une amélioration des pratiques de prévention » (1). L'évolution de la médecine et de la société, ces dernières décennies amène à de nombreuses mutations : du corps malade elles s'intéressent de plus en plus au patient sain. Promouvoir la santé, éviter les risques, réduire les méfaits (2) sont autant de défis que propose la prévention. Le rapport à la vie, à la santé, à la mort en est modifié. Le vieillissement de la population augmente les besoins en santé. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie a des retombées démographiques majeures. La transition épidémiologique en cours demande des adaptations. Les projections déficitaires de la démographie médicale (3), l'inégale répartition des médecins sur le territoire, sont des situations auxquelles nous sommes confrontés. L'organisation du système de soin est alors mise à l'épreuve. Différentes modalités organisationnelles sont théorisées et expérimentées de longue date et de nombreux rapports des autorités de santé tentent de répondre à ces situations. Les « nouvelles coopérations entre professionnels de santé » y sont des pistes importantes à exploiter. La délégation de tâches est très présente dans les solutions envisagées à la libération de temps médical et à l'évolution de l'organisation des soins. Elle est déjà à l'œuvre dans de nombreux pays (4).

En France, une délégation de tâches organisée au niveau national a pris forme dans le secteur libéral en 2008, avec la délégation de la vaccination antigrippale aux infirmiers¹. L'acte vaccinal en France, relève essentiellement du corps médical, en premier lieu du médecin traitant. Il est à la fois le prescripteur et effecteur de l'injection (5), bien que les infirmières puissent réaliser la vaccination sur prescription médicale et que les sages femmes puissent prescrire certains vaccins². Dans certains pays d'Europe, des pharmaciens d'officines expérimentent des actes nouveaux en coordination avec les autres acteurs des soins primaires de leurs systèmes nationaux. Ainsi au Portugal depuis 2007, en Norvège (prescription d'Oseltamivir), et en Suisse l'injection du vaccin peut être réalisée par le pharmacien, en Italie par une infirmière exerçant dans l'officine (5).

A partir d'une étude qualitative, 13 médecins généralistes ont eu la parole sur ces sujets dans des entretiens individuels semi-directifs. Nous nous sommes intéressés à la façon dont ils voient et font de la prévention et de la délégation de tâches, puisque l'une demande du temps et l'autre en libérerait. Pour centrer les discours des médecins nous avons pris l'exemple de la vaccination, qui est à la fois une problématique récurrente de santé publique et pour laquelle une délégation de tâches est déjà organisée nationalement. Ce travail propose d'ouvrir des réflexions sur les perspectives d'évolution des pratiques, et de dégager des hypothèses en vue de leurs améliorations. Une première partie théorique vient cadrer et documenter le contexte médico-sociologique et législatif des réflexions.

¹ R. 4311-5-1 CSP En ligne sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>

² CSP : Arrêté du 10 janvier 2011 modifiant l'arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer: chez les femmes: vaccins contre : DTPCoqac, hépatite B, grippe, HPV, IIM C, ROR.

chez les nouveau-nés: le BCG et le vaccin contre l'hépatite B et les Ig spécifiques anti-HBs si mère porteuse de l'Ag anti-Hbs.

En ligne sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>

PARTIE THEORIQUE

1 La prévention : vers une nouvelle culture ?

Afin d'éclairer les représentations qu'ont les médecins généralistes de la prévention, un regard sur les changements culturels qu'elle propose paraît intéressant.

Pendant environ un siècle, 1880-1980, dans tous les domaines scientifiques : la physique, la chimie, la médecine, il y a eu de très importantes découvertes. La problématique cruciale à résoudre était de transformer en action des connaissances certaines. La grande question était de transformer ces connaissances en progrès sanitaire. L'état de santé des populations en a été admirablement amélioré. Mais aujourd'hui la problématique n'est plus celle-là. Ce ne sont plus des certitudes que nous avons à traduire en action. Il s'agit en médecine générale, en santé publique de savoir gérer de l'incertitude (6). La problématique est de mettre en œuvre des mesures préventives impliquant une gestion du risque en situation d'incertitude. La santé est de plus en plus globale, de plus en plus mondialisée. Le développement des bio-technologies, les nouveaux virus, la mobilité internationale, l'accès à internet pour les patients sont autant d'évolutions qui soulèvent la question du rapport à la mobilité et au mode de gestion des risques, et qui vont dans le sens d'une santé et de risques de plus en plus globaux. Que ce soit les gripes aviaires, le SIDA, les tuberculoses, ces problématiques ne peuvent plus être abordées au niveau local, dans un univers culturel clos. On assiste à un élargissement des pratiques médicales.

La pratique médicale vise aujourd'hui de plus en plus, non seulement à restaurer un état de santé déficient, mais aussi à maintenir voire améliorer le niveau de santé publique, parfois même à réduire les méfaits : les conséquences nuisibles pour la santé d'un comportement délétère, à l'instar des traitements de substitution pour les toxicomanes, des salles d'injections supervisées. L'avènement de la notion de prévention modifie la relation médecin-malade, selon que le patient est la cible de techniques de prévention, plutôt que de mesures strictement thérapeutiques. La relation médecin-malade n'a pas le même impact et demande des compétences

différentes selon qu'elle vise à traiter, à guérir un patient ou à donner aux gens les moyens de changer de comportement, à offrir « davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rendre mieux aptes à faire des choix judicieux » (7). De relation « médecin-malade », elle devient une relation « patient-médecin », où le patient acteur de sa santé est supposé bien-portant dans la prévention primaire, supposé potentiellement malade dans la prévention secondaire et malade dans la prévention tertiaire. Dans chacune des situations il s'agit de s'attacher à réduire un risque.

En 1986, la France, par son engagement à la Charte d'Ottawa (7) affirme la légitimité de la promotion à la santé et affiche des ambitions d'investir dans une nouvelle santé publique vers le développement et l'amélioration des pratiques préventives.

Dans une société où se développent les normes de sécurité, la responsabilité médico-légale, la technicisation des actes, et parallèlement où la population prend de plus en plus de risques (sports extrêmes, tabac, addictions, pratiques sexuelles..) le défi de la prévention est grand : « diminuer la mortalité prématurée de moitié. » Ainsi l'INSERM attribue « un cinquième des décès avant l'âge de 65 ans à des causes qui relèvent d'interventions en amont des soins curatifs ». Toujours selon l'INSERM, les « causes de cette mortalité prématurée relèvent soit de risques liés à des comportements individuels, soit de problèmes d'optimisation de l'organisation du système de soins (dépistage, prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires). Au total, ces deux groupes de cause de mortalité évitable représentent près de 50 % de la mortalité prématurée. » (1) « La comparaison des indicateurs de mortalité prématurée et évitable met également en évidence pour la France, une forte surmortalité masculine et des disparités géographiques marquées.» (8) « Une grande partie des décès pourraient être évité par une amélioration des pratiques de prévention » (1).

Un tel constat corrobore l'importance de la réflexion sur les déterminants des comportements individuels, la nécessité de tenter de les comprendre et de s'outiller en tant que professionnels, afin d'aider les patients à prendre des décisions judicieuses et à motiver des comportements plus favorables à leur santé. Constat également en faveur de la sensibilisation des professionnels de santé à la réflexion sur l'organisation du système de soins et sur les façons d'améliorer les pratiques.

2 L'évolution de la prévention vaccinale : un problème de santé publique

« Mieux vaut prévenir que guérir »

La prévention est une notion populaire communément admise, associée à un comportement vertueux et au bon sens. Et pourtant les nombreuses controverses et comportements contradictoires motivés par la vaccination, chez les patients comme chez les médecins, les résultats médiocres de certaines politiques vaccinales, les leader d'opinions anti-vaccinaux portant haut et fort leurs convictions, sont autant de constats préoccupants.

En effet, malgré la forte adhésion des médecins à la vaccination déclarée dans les enquêtes (9), le faible nombre d'anti-vaccinaux parmi la population, l'intérêt affiché et l'investissement financier massif des pouvoirs publics à la vaccination, la couverture vaccinale est difficile à optimiser. Pourtant, selon l'enquête Nicolle de 2006 (10) la très grande majorité (90 % environ) des personnes interrogées déclare avoir conscience des enjeux de prévention individuelle et collective de la vaccination. Si la couverture vaccinale est, dans la population française, globalement satisfaisante, elle varie dans des proportions importantes, selon l'âge et les vaccins considérés. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple particulièrement frappant : concernant la vaccination contre les Infections Invasives à Méningocoques (IIM) du groupe C, « les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (CnAM/InVs) sont en faveur d'un rattrapage vaccinal au delà de 24 mois très insuffisant (couverture vaccinale inférieure à 10% pour les adolescents nés avant 1998) pour entraîner une immunité de groupe protectrice des jeunes nourrissons de moins de 1 an non ciblés par le programme et chez lesquels l'incidence des IIM C reste la plus élevée » (11). Le taux de vaccination est donc très faible, bien que dans la conscience collective, la méningite soit associée à une maladie grave, soit relativement connue de la population et que le vaccin soit efficace (à 90%) et bien toléré statistiquement.

D'après les travaux de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé « ce constat (de l'évolution problématique des couvertures vaccinales) illustre les réticences croissantes du corps médical et du grand public à l'égard des vaccins.» (12)

Il paraît donc pertinent de s'interroger sur les facteurs d'adhésion à une décision, ainsi que sur les motivations qui sous-tendent les logiques des pratiques. Ce travail tente d'éclairer ces questions complexes, à travers d'abord un cadre théorique, puis par une étude de terrain se basant sur des entretiens réalisés auprès de médecins généralistes.

2.1 Une conscience subjective du risque dans un univers de défiance social.

Au 19^{ème} siècle, la population avait une représentation très concrète des maladies infectieuses. Ainsi tout le monde avait vu de jeunes enfants mourir de la variole. Même si les moyens d'y faire face étaient débattus, entre ceux qui prônaient soit la vaccination, soit d'autres mesures (isolement des malades...), la nécessité de la lutte faisait consensus.

Aujourd'hui la menace est plus abstraite. La vaccination relève de nouveaux défis avec le passage de la prévention des maladies infantiles à la prévention des cancers chez l'adolescent. Bien souvent, il faut faire exister le risque. Les messages de santé publique, portés par les hautes autorités de santé, l'ensemble des soignants, mais aussi les médias, l'industrie, façonnent les constructions populaires du risque, et la situation sociale contemporaine est à la défiance. La faible confiance sociale au regard de la vaccination est alimentée par les discours choisis et romancés de certains médias, certaines affaires polémiques de santé publique: le bisphénol A, l'affaire médiateur etc, l'attribution souvent systématique, précoce et indifférenciées de nombreux effets secondaires aux vaccins (mort subite, vaccin contre hépatite B - VIH puis SEP, vaccin contre ROR-autisme, vaccin antigrippal-syndrome de Guillain-barré/narcolepsie, vaccin anti-HPV/épilepsie..) et souvent, de nombreux questionnements et une confiance variable des professionnels de santé eux-mêmes en la vaccination. En effet un tiers des médecins généralistes se posent des questions sur la sécurité des vaccins. Le facteur fondamental de l'adhésion à la vaccination est la croyance en la menace d'une maladie, puis en l'efficacité du vaccin contre elle, comme le rappelle Didier Torny sociologue chercheur et membre du CTV (13). Faire exister la menace, dans ce contexte de défiance généralisée, est le défi contemporain majeur de la santé publique. Faire ressentir la menace, mobiliser contre un risque futur, sont également des défis de taille pour une meilleure réceptivité de la population aux risques et leur prise en compte.

Ainsi la campagne vaccinale contre la grippe pandémique AH1N1 a fait exister un risque, cependant la prise de conscience par la population et par une partie du corps médical de la gravité potentielle du virus s'est révélée complexe. Chacun ayant ses représentations symboliques personnelles, et des systèmes singuliers de valeurs. On rappellera que Bernard Debré, professeur de médecine, s'était positionné en opposition à beaucoup en clamant publiquement la non dangerosité de la grippe AH1N1 (14).

Ainsi, l'interprétation du risque selon les représentations de chacun amène très souvent à des comportements différents, singuliers, des patients comme des médecins, faisant intervenir

très largement les émotions et ses convictions personnelles. Ils en résultent bien souvent un discours et des comportements paradoxaux. Nous illustrerons les paradoxes de certains comportements à travers une enquête de la DRESS (15) qui a étudié les différents regards et pratiques des médecins généralistes sur la vaccination. Médecins exerçant dans différentes régions avec des disparités d'organisation et de démographie médicale. Le panel est de 1400 médecins dont 300 en Bourgogne. Nous exposerons les résultats de cette enquête sur les pratiques des médecins bourguignons face au vaccin ROR.

Rappelons que la rougeole est, aujourd'hui, toujours très meurtrière dans les pays en voie de développement. Elle y est responsable d'environ 200 000 décès chaque année selon les chiffres de l'OMS. Le seul réservoir du virus est humain, on peut donc espérer éliminer la rougeole d'un pays grâce à la vaccination généralisée, voire à terme éradiquer la maladie à l'échelle mondiale. La place et les espoirs portés par la vaccination sont immenses, et en théorie réalisables.

Cette enquête montre que seuls 55 % des médecins généralistes bourguignons ont répondu être correctement protégés contre la rougeole. Ceci malgré le contexte épidémique évoluant depuis 2008, l'extrême contagiosité du virus, les 168 cas de rougeole déclarés en Bourgogne entre le 1er janvier et le 31 mai 2011, malgré un risque accru par leur profession d'être au contact de la maladie et de contaminer les patients, malgré leur facilité d'accès au vaccin, malgré leur connaissance de la maladie et de ses complications. Toujours selon cette étude, seuls 39% des médecins généralistes au niveau national satisfont aux recommandations vaccinales, en ne considérant que les vaccins contre l'hépatite B, la grippe et la rougeole. (15) Comme beaucoup de gens, ne croient-ils pas à la menace ? Ne voient-ils pas l'intérêt de prendre le risque de la vaccination ? Est-ce par simple négligence ? Par choix ?

Ces exemples invitent, en tous cas, à prendre en compte l'aspect paradoxal de nos comportements, et la particularité de la vaccination qui s'adresse à des personnes non malades. Les probabilités objectives du calcul bénéfice/risque pour la population qui authentifient un rapport en faveur d'un bénéfice collectif à la vaccination ; viennent se heurter aux probabilités subjectives où il s'agit de tenir compte d'un rapport de risques balançant les intérêts collectifs au regard de la perception de l'individu. La vaccination tend donc à inverser le rapport bénéfice-
risque. Elle est, dans nos pays industrialisés, victime de son succès. Ayant réduit si fortement le taux de mortalité infantile, la population n'en voit plus les bénéfices collectifs, toutes attentions portées aux effets secondaires, même si les critiques de fonds sur la vaccination ont existé de

tous temps. Son efficacité, son invalidité théorique, sa dangerosité et un de ses modes d'application (la contrainte) ont toujours été critiqués (16).

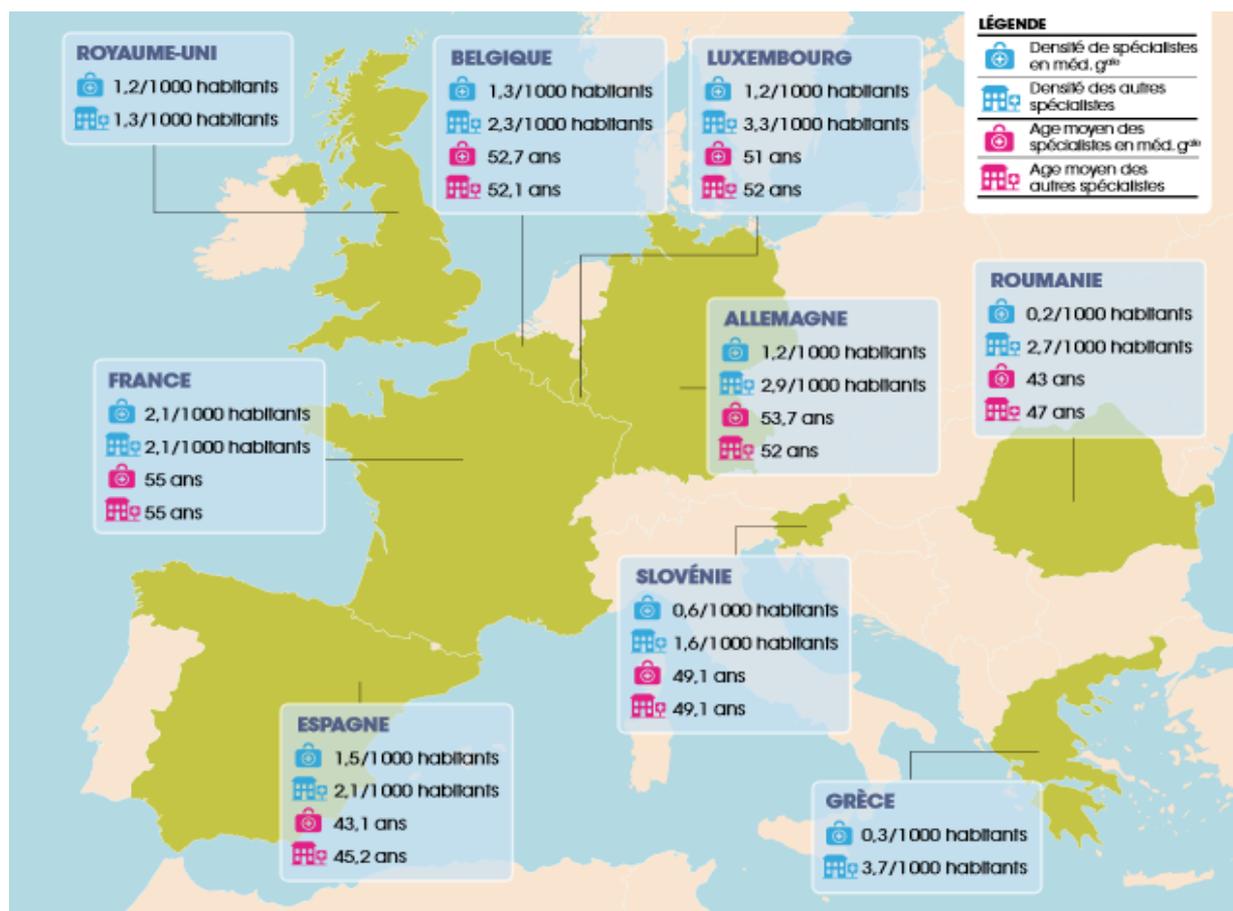
Pour mieux comprendre les raisons de la complexité quant à la sensibilisation de la population à la vaccination et aux risques en santé, il paraît important de s'intéresser aux valeurs qui fondent les actions de santé publique. En effet, la plupart des interventions en santé publique, tout en étant justifiables sur la base de leur pertinence épidémiologique et de leur efficacité, n'en génèrent pas moins des conflits de valeurs. Les valeurs de promotion d'une vie saine, de responsabilité individuelle, de justice sociale, de défense du bien commun, au nom desquelles elles sont légitimées le plus souvent, sont fortement susceptibles d'entrer en conflit avec celles du respect du libre arbitre et de l'autonomie, de l'hédonisme véhiculé par la population.

En France, la contrainte réglementaire a d'abord fait la force des vaccins. L'obligation authentifiant alors le bénéfice collectif. La recommandation est alors aujourd'hui trop souvent associée à l'idée d'un vaccin plus facultatif. Le cadre contemporain de la recommandation, tente de s'harmoniser avec le respect de la liberté, des droits des patients. Il amène trop souvent à se concentrer sur un intérêt individuel de protection, plutôt que sur les bénéfices d'une immunité collective. Recommandation qui impose le passage de l'autoritarisme à la discussion, et place la médecine dans le domaine des relations humaines où chaque participant amène sa vérité. Les relations humaines sont parties prenantes de la question de la prévention, des questions de coordinations interprofessionnelles et de délégation de tâches puisqu'il s'agit d'interagir avec tous les acteurs concernés vers une évolution des comportements et de l'organisation des soins. Nous dresserons un bref tableau très incomplet de certaines formes d'organisations des soins au Royaume-Unis, où dans les pays anglo-saxons, le système de santé est différent de celui de la France. Ceci pour mieux saisir comment peuvent être envisagés à l'étranger les rôles de différents professionnels de santé, et ce qui, chez eux, semble permettre et favoriser la délégation de tâches.

3 Délégitation de tâches et coopération interprofessionnelle

3.1 Regard européen

Une cartographie 2012 de la densité médicale en Europe établie par l'observatoire européen de la démographie médicale montre que la France est la mieux dotée en omnipraticiens (17). Cette information cherche simplement à décrire la démographie médicale française et celle de ses voisins européens.



Sources : médecins n° 21 janvier-février 2012

Le rôle des médecins et des professionnels de santé est différent d'un pays à l'autre (18). Au Royaume Uni le cadre d'exercice des infirmiers est beaucoup plus souple. Depuis la fin des années 1980, l'infirmière praticienne exerce en première ligne et constitue une solution à la diminution des services médicaux dans des secteurs isolés (services en régions éloignées, services auprès des sans-abri, etc.). Durant les années 1990, le rôle de l'infirmière en pratique avancée, s'est étendu de plus en plus à des services de soins secondaires et tertiaires, et a pallié au manque de spécialistes. Ces infirmières exercent en tant qu'infirmières praticiennes ou

infirmières cliniciennes, effectuant des actes normalement réservés aux médecins et encadrés par des protocoles. L'infirmière praticienne en première ligne peut accomplir les activités suivantes : diagnostiquer, prescrire et traiter des problèmes de santé courants (19). Ainsi, les systèmes de soins primaires européens et dans le monde sont très contrastés (20).

Même si la France est le pays d'Europe le mieux loti en médecins généralistes, leur répartition est très inégale sur le territoire, et les projections démographiques déficitaires. Certaines pistes de réflexion sont à l'œuvre depuis plus de 10 ans pour pallier ces besoins croissants en santé. Elles s'enrichissent de l'organisation des systèmes de soins étrangers. La délégation de tâches fait partie intégrante de ces réflexions.

3.2 État des lieux des réflexions et expérimentations

La réflexion sur la délégation et le transfert de tâches est à l'œuvre depuis la fin des années 1990. Elle a été relayée par les doyens de facultés de médecine, l'ordre des médecins, la caisse nationale d'assurance maladie, les professeurs Guy Nicolas et Yvon Berland puis l'observatoire de la démographie médicale. Les réflexions et expérimentations issues du rapport d'étape présenté par le Professeur Yvon Berland en octobre 2003 (Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ») reposent sur la nécessité d'une meilleure réponse aux besoins croissants en santé des populations. « L'évolution de la délégation de tâches, et du partage de tâches y constitue un axe de travail central pour l'avenir du système de santé, dans la perspective d'une amélioration de la prise en charge des patients et de l'accès aux soins, ainsi que dans celle d'une valorisation des professions médicales et paramédicales. » (21). En effet, entre autres propositions, le rapport de 2003 sus-cité, soutient l'idée de « redéfinir les missions des médecins avec le souci qu'ils soient utilisés de manière optimale à leur juste niveau de formation. »

Des séries d'expérimentations de délégations de tâches ont été promues de 2004 à 2007, ainsi qu'une réflexion sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération, les conditions de leur mise en place sur le plan juridique, et sur la formation des professionnels de santé impliqués. Les principales expériences de transferts de tâches ont été faites en milieu hospitalier et concernent des prises en charges très spécialisées, à l'instar de la délégation de tâches aux infirmières expertes en hémodialyse, ou des délégations de tâches des ophtalmologistes aux orthoptistes, ou encore de la pratique d'échographies ou

d'échocardiographies par des paramédicaux (22).

Dans le secteur libéral, la délégation de tâches a essentiellement pris forme de façon organisée en 2008. Depuis, les infirmiers peuvent pratiquer sans prescription médicale, pour certains patients adultes, la vaccination contre la grippe, à l'exception de la première injection à ce jour. (décret n° 2008-877 du 29 août 2008). La vaccination est un acte médical, mais il peut être délégué aux infirmiers dans le cadre d'une prescription médicale depuis longtemps. En effet, les infirmiers sont en droit de vacciner sur prescription médicale depuis 1966 (avis du Conseil National du 20.01.1966) (23). Pourtant, comme indiqué plus haut, ce sont les médecins qui vaccinent encore très majoritairement en France, et la couverture vaccinale surtout pour certains vaccins, peut être améliorée et parfois de beaucoup. Alors, se poser la question de l'élargissement de la vaccination à d'autres professionnels de santé que les médecins, paraît pertinente dans la volonté de réfléchir aux perspectives d'amélioration de la couverture vaccinale. Par ailleurs, malgré la délégation organisée de la vaccination antigrippale aux infirmiers, on assiste depuis 2009, à « une décroissance forte et continue de la vaccination antigrippale » selon les données de l'assurance maladie (24). Pourtant « en 2009/2010, plus d'un million de personnes ont été vaccinées directement par du personnel infirmier libéral (soit deux fois plus qu'en 2008) c'est notamment grâce à l'action d'orientation effectuée par les pharmaciens vers ces professionnels » (5). Ainsi, en ce qui concerne le vaccin antigrippal, l'impact de sa délégation dans l'évolution de la couverture vaccinale paraît fortement balancé et très dépendant des représentations et croyances de la population. Et ce d'autant que la vaccination contre la grippe pandémique AH1N1 en 2009 a ré-ouvert et ravivé fortement les polémiques sur la vaccination.

En 2009, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » tente en partie de répondre aux problématiques sous-tendues par la transition épidémiologique due au vieillissement de la population, par l'accroissement du nombre de malades chroniques, par une projection déficitaire de la démographie médicale, par l'inégale répartition des médecins sur le territoire. Les besoins en santé sont alors transcrits en besoin de médecins. La loi HPST est controversée, nombres de syndicats médicaux et infirmiers (25) s'opposent aux réseaux de soins, à la délégation de tâches. Ainsi Martial Olivier-Koehert, président du syndicat Médecin Généraliste France juge que « *la coordination, l'échange entre les professionnels est évidemment à mettre en œuvre, tant dans l'intérêt du patient que dans le nôtre. Par contre, je suis contre la délégation de la vaccination, de la délivrance des certificats médicaux. Ces tâches relèvent de notre compétence et on ne saurait les déléguer à d'autres personnes, infirmiers et autres auxiliaires.* » (26)

Pour mieux saisir les fondements, les enjeux et les finalités des nouvelles formes de coopérations, de la délégation de tâches, introduire le contexte juridique paraît nécessaire.

3.3 Contexte juridique

3.3.1 Le "monopole médical" (27)

Dans le système de droit français, une intervention sur le corps humain, si elle entraîne un dommage, constitue, par principe, une « atteinte à l'intégrité physique des personnes » au sens du Code pénal. Seule la loi peut donc autoriser un professionnel de santé à intervenir sur le corps humain. Les conditions d'une atteinte légitime à l'intégrité corporelle sont mentionnées à l'article 16-3 du Code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. » (27)

Le critère légal de légitimité des interventions sur le corps humain retenu par le législateur est celui de la qualification professionnelle liée à l'obtention d'un diplôme. Cette organisation n'est pas fondée sur la compétence, mais sur l'inscription de l'intervention dans les cadres légaux. La notion de qualification constitue donc la clé de voûte de cette organisation. La profession médicale, qui est au cœur du système d'organisation des professions de santé, est définie sur le principe d'une exonération au principe de protection de l'intégrité corporelle. Cette exonération constitue le « monopole médical ». Les interventions des autres professionnels de santé sont, pour leur part, conçues comme des dérogations à ce monopole. Pour les autres professions médicales (sages-femmes et odontologistes), ces dérogations sont autorisées dans le cadre d'un modèle d'intervention fondé sur les missions qui leurs sont imparties. Pour les « auxiliaires médicaux », elles sont autorisées dans le cadre des décrets d'actes. Ce cadre juridique définit en particulier les règles de la responsabilité des professionnels de santé. Plusieurs pays européens comme le Royaume-Uni, la Suède, la Finlande, les Pays-Bas, l'Italie, l'Allemagne (19), n'ont pas de textes spécifiques aux actes infirmiers. Le cadre légal d'exercice est plus souple et défini par missions encadrées par des champs de compétences et de responsabilités.

En France, le code de santé publique Art L 4011.1 à L 4011.3 définit le « vocabulaire de base de la coopération entre professionnels » (28) ainsi :

Délégué : « Est le professionnel de santé qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégant »

Délégant: « Est le professionnel de santé qui transfère un acte de soin ou une activité à un autre professionnel de santé »

Transfert: « Action de déplacer l'acte de soin, d'un corps de professionnel à un autre, les activités sont confiées dans leur totalité y compris en terme de responsabilité à une profession autre. Le transfert signifie que les professionnels qui réalisent l'activité sont responsables, autonomes dans la décision et la réalisation, compétents et qualifiés »

3.3.2 La Loi HPST : enjeux et problématiques

En 2009, la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) (29) a fait évoluer plusieurs points clés de la législation des coopérations entre professionnels de santé : l'article 51 de cette loi HPST a ainsi introduit au début de la 4^e partie du Code de la santé publique un livre préliminaire de « dispositions communes » relatives aux « coopérations entre professionnels de santé ». Ce texte a également abrogé l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 ci-dessus évoqué et lui a substitué trois articles législatifs dans le CSP (art. 4011-1 à -3) instaurant légalement la possibilité permanente pour les professionnels de santé de déroger aux textes définissant leurs professions, pour « s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre de protocoles de coopération définis » (30). Ce texte institue ainsi un cadre assez ouvert qui permet aux acteurs et aux établissements de santé d'engager, à titre expérimental ou à titre pérenne, de nouvelles coopérations ou de transferts d'activités. Aujourd'hui donc, les transferts de tâches peuvent intervenir de façon beaucoup plus large sur la base de l'article L. 4011-1 CSP.

Les transferts de tâches interviennent sur la base du volontariat et ils sont strictement encadrés par la mise en œuvre de protocoles de coopération. C'est un cadre dont l'objectif énoncé est le « contrôle de la qualité des soins ». En effet, « l'initiative des protocoles de coopération appartient aux professionnels de santé. Ils doivent intervenir dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience et disposer d'une garantie assurantielle portant sur le champ du protocole » (31).

La « fiche pédagogique HPST: coopération entre professionnels de santé » du ministère de la santé résume les modalités pratiques.

Une procédure en 2 temps :

Tout d'abord, les professionnels de santé qui souhaitent s'engager dans ces transferts de tâches doivent soumettre à l'ARS les protocoles de coopération. L'ARS vérifie alors que ces protocoles répondent à un « besoin de santé, constaté à un niveau régional. Si cette condition est satisfaite, l'ARS transmet le protocole à la HAS. Le directeur général de l'ARS autorise leur mise en œuvre, par arrêté, après avis conforme de la HAS » (31).

Dans un second temps, « les professionnels de santé qui souhaitent s'engager dans ces protocoles doivent faire enregistrer (gratuitement) leur demande d'adhésion auprès de l'ARS »(31). L'ARS doit alors vérifier, dans des conditions fixées par arrêté, que « la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole, et qu'il a fourni la preuve de son expérience et de sa formation dans le domaine considéré. L'enregistrement de la demande vaut autorisation. » (31). Le demandeur d'adhésion à un protocole de coopération doit donc fournir à l'ARS « une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole considéré qui ont vocation à être effectuées par le professionnel de santé exerçant à titre libéral ». Nicolas Gombault,(32) directeur général du Sou Médical (compagnie d'assurance), argue qu'« on pourrait croire que les rédacteurs des textes, dans le souci d'éviter au maximum les risques de mise en cause de la responsabilité des ARS, souhaitent que les sociétés d'assurance vérifient, en amont, la compétence et l'expérience des demandeurs, alors qu'en toute logique, la garantie assurantielle ne devrait pouvoir être souscrite qu'après l'autorisation donnée par l'ARS au professionnel de santé souhaitant participer au protocole. Le principe législatif selon lequel un assureur ne peut garantir une activité illicite est bien d'actualité. Or précisément, ce n'est que l'autorisation donnée par l'ARS au professionnel de santé qui permettra à ce dernier de déroger aux conditions légales d'exercice. » (32)

Les problématiques illustrées ci-dessus invitent à s'intéresser à la faisabilité des nouvelles formes de coopérations. D'autant que l'aspect qualitatif des soins de premiers recours est remis en avant avec la loi HPST dans son titre II, qui définit les soins de premiers recours comme l'« accès de tous à des soins de qualité ».(30) Dans son rapport sur les « pratiques actuelles de coopération » de 2007, la HAS note que « les différents témoignages sur les expérimentations de délégations de tâches mettent en évidence les nombreuses difficultés que rencontrent les professionnels du fait d'une réglementation, d'une formation, d'une rémunération et d'une organisation inappropriées » (33). Sont mis à jour des difficultés également dans le fonctionnement des réseaux de santé, qui sont l'un des principaux dispositifs de coordination des

parcours de santé. En effet, en octobre 2012, 10 ans après leur mise en œuvre, le ministère de la santé fait état d'un « bilan des réseaux de soins contrasté » (34)

Rappelant d'abord que « les acquis et l'apport des réseaux de santé pour le système de santé légitiment leur positionnement et leur contribution actuelle à la coordination des soins », que « les plans et programmes de santé publique s'appuient sur les réseaux de santé pour promouvoir la coordination des soins », le principal constat est celui d'« une grande hétérogénéité dans l'activité des 700 réseaux de santé financés par le FIQCS », (34) après 10 années d'expérimentations. Expliquant qu' « en raison de leur spécialisation par pathologie ou par population, le panorama des réseaux de santé est très éclaté. L'activité de certains réseaux de santé ne répond plus à la définition et aux objectifs initiaux : ils proposent une expertise de type hospitalière, réalisent des soins à la place des effecteurs eux-mêmes(...). Ils fonctionnent le plus souvent sans cahier des charges type, sans cadre préalable d'évaluation des résultats, avec des finalités diverses (en dehors des réseaux de santé régionaux, seuls les réseaux de santé gérontologiques et de soins palliatifs disposent d'un référentiel défini par voie de circulaire) » (34). Ce bilan des réseaux de soins reflète l'immense difficulté d'un fonctionnement opératoire et opérant de la coordination interprofessionnelle, qui pourtant paraît l'évolution nécessaire du système de santé. En effet, de nombreuses attentes sont portées par la délégation de tâches et les nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé.

Récemment la volonté de développer ces modes d'organisation a été réaffirmée par la Ministre de la Santé au congrès de MG France du 23-24 novembre 2013, où elle plaide, notamment pour une généralisation des nouveaux modes de rémunération et place le médecin généraliste au cœur du système de santé. Ses mots sont les suivants: « je suis absolument convaincue que l'avenir de notre système de santé c'est la médecine générale ». De nouvelles mesures seront exposées à la fin du mois d'avril 2014 dans une nouvelle loi de Santé où nous assisterons à une « révolution des soins du premier recours » (35).

4 Problématique

À partir de cette documentation, nous venons de relever de nombreux paradoxes et complexités à la mise en œuvre des pratiques. Nous chercherons à avoir et produire une réflexion sur ces pratiques à partir d'une enquête de terrain, en questionnant la façon dont les médecins généralistes se représentent et pratiquent une prévention aux enjeux puissants et aux petits moyens, dans un contexte démographique difficile, où le temps médical semble rare. Nous interrogerons leurs expériences, représentations et connaissances de la délégation de tâches, de la loi HPST, pour réfléchir à l'efficacité et à la pertinence des modèles théoriques et pratiques proposés. Nous questionnerons la place de la délégation de la vaccination antigrippale dans les pratiques des médecins, et la façon dont serait perçue un élargissement de la délégation de la vaccination à d'autres professionnels de santé, ainsi que la place alors envisagée pour le médecin généraliste. Nous nous intéresserons ensuite au rapport au temps qu'a chaque médecin, et à l'apport perçu de la délégation de tâches à la pratique de la prévention. Nous chercherons à dégager sur quels arguments les médecins se basent pour forger leurs opinions, afin de mieux appréhender les déterminants d'acceptabilité et les facteurs d'adhésion à un mode d'organisation, à une décision. Nous tenterons donc d'éclairer à quoi répond la logique des pratiques. Ainsi nous tenterons de mieux comprendre les complexités, les moteurs et les freins à la mise en œuvre des pratiques de prévention et de délégation de tâches, et réfléchirons aux perspectives possibles pour leurs évolutions.

ENQUETE

5 Méthode

5.1 Recherche bibliographique : sources d'informations

Nous avons interrogé les bases de données suivantes :

- en médecine : Cochrane Library, Banque de Données de Santé Publique, PubMed, le site de la HAS, de l'OMS, et du ministère de la santé.

- en sciences humaines : Cairn, Francis

ainsi que des moteurs de recherches non spécifiques tels que Sudoc, Google Scholar.

Nous avons consulté des ouvrages de références concernant les thèmes suivant :

- la vaccination
- la profession médicale, la médecine et la relation médecin-patient (anthropologie, sociologie, psychologie, philosophie)
- la santé publique et ses différentes approches (anthropologie, sociologie)

5.2 Choix du type d'étude

Pour comprendre les complexités et les obstacles de mise en œuvre des pratiques de prévention et de délégation de tâches, ainsi que les perceptions d'un élargissement de la délégation de la vaccination, nous utilisons une méthode qualitative permettant de donner la parole aux médecins généralistes sur ses sujets.

5.2.1 Enquête qualitative

5.2.1.1 Présentation et justification

La recherche qualitative est une méthode issue des sciences humaines et sociales, qui se développe actuellement de plus en plus dans le champ médical. Elle est associée à la notion de "terrain". Elle vise à étudier en profondeur des représentations, des comportements, des discours afin d'émettre des hypothèses conceptuelles permettant de les comprendre. La méthode qualitative prévaut dans le domaine des sciences dites compréhensives, c'est-à-dire les sciences humaines, tandis que la recherche quantitative est traditionnellement attachée aux sciences dites explicatives, les sciences « dures ». Ces deux méthodes sont complémentaires, la seconde permettant de tester les hypothèses élaborées par la première.

Dans notre étude, nous voulons cerner des façons de voir et de faire des médecins afin d'étudier la mise en forme de leurs représentations et d'éclairer les logiques qui sous-tendent les pratiques. Une perception singulière a ici, autant de valeur que des façons de voir numériquement majoritaires. La méthode qualitative ne recherche pas la représentativité statistique. Il s'agit donc d'émettre des hypothèses, des propositions pour comprendre les phénomènes observés, et non de décrire précisément un fait, d'évaluer une pratique, de tester une hypothèse ou encore d'arriver à une définition absolue. La méthode qualitative paraît ainsi adaptée pour cette recherche qui s'attache à comprendre les significations possibles de ce qu'elle met en évidence.

5.2.1.2 Quelle scientificité ?

On peut questionner le caractère scientifique d'une étude fondée sur l'observation, le recueil d'un discours et son interprétation par un même sujet. Effectivement, il n'y a d'une part jamais adéquation exacte entre les données recueillies et le réel ; mais ceci vaut pour tout type d'étude : les données ne constituent que des fragments du monde réel tels qu'il ont été « sollicités, sélectionnés et perçus par le chercheur »(36), tant dans le cas d'une observation ou d'un entretien que dans celui d'un questionnaire ou d'une expérience scientifique. A chaque fois, les informations recueillies « sont structurées et orientées par ce qu'il cherche, son langage, sa problématique, sa formation, sa personnalité »(36). D'autre part, à un second niveau, il peut y avoir un écart entre les données de l'enquête et l'argumentation proposée par le chercheur : les

interprétations et théorisations qu'il élabore à partir des données restent du domaine du plausible, et non de la certitude ou de la vérité, car elles sont le fruit d'un point de vue subjectif. Il s'agit d'hypothèses, d'approximation vulnérables aux biais d'interprétations. Ceci n'invalide pas pour autant une enquête réalisée sérieusement, mais doit être portée à la connaissance du lecteur comme information à prendre en compte pour évaluer ce travail.

Néanmoins, plusieurs exigences permettent de minimiser l'écueil de la subjectivité. Il s'agit tout d'abord de faire preuve de rigueur tout au long du travail : les données de terrain seront produites de façon exhaustive et non arrangeante, sans généralisation hâtive. Les décisions interprétatives devront être explicitées. Ainsi, il nous semble possible de mener un travail sérieux de connaissance raisonnée, proposant des hypothèses pertinentes appuyées sur une part la plus large possible de données factuelles.

5.3 L'entretien

Nous choisissons de mener des entretiens individuels semi-directifs qui présentent l'avantage de laisser une grande liberté de parole aux personnes interviewées, tout en permettant à l'enquêteur de cadrer l'entretien autour des thèmes de son étude. En effet, le principe de l'entretien semi-dirigé est de poser des questions ouvertes sur les sujets à explorer, de façon souple, en s'adaptant au discours de la personne interviewée. Il est en effet important de s'astreindre à une écoute attentive, susceptible de rebondir sur les éléments neufs ou semblant poser problèmes, plutôt que de chercher à aborder absolument et de façon rigide tout les thèmes prédéfinis dans une optique déjà déterminée. Il s'agit ici pour le chercheur, d'être en mesure de découvrir ce à quoi il n'était pas préparé, et de modifier ses propres interprétations. Une telle écoute, à la fois rigoureuse et ouverte, devrait permettre un large recueil de données et limiter le risque de propositions abusives ou idéologiquement influencées.

La méthode de l'entretien semi-dirigé nous semble plus adaptée que celle des entretiens libres, où l'enquêteur ne cible pas ses questions, mais laisse au contraire l'interviewé aller où il le souhaite, dans une optique d'exploration totalement ouverte. De plus, souhaitant étudier les représentations et pratiques dans la singularité de chaque médecin, et mettre en évidence des effets au niveau de l'individu, nous n'avons pas choisi de réaliser des entretiens de groupe (focus group).

5.4 Guide d'entretien

Notre canevas comporte en premier lieu une question très ouverte, invitant les médecins à livrer leurs pratiques de prévention, ce qu'elle signifie pour eux et comment elle prend forme dans leur quotidien. Le guide n'est pas un questionnaire. Il s'agit d'une liste de thèmes, d'interrogations, à partir desquels l'enquêteur conduit son entretien. Il a été élaboré à partir de nos questionnements de départ, de nos recherches initiales issues de la littérature et de notre expérience.

Notre guide d'entretien s'articule autour de quatre grands thèmes :

- ° Expérience du soignant et ses représentations de la prévention et de son rôle dans la prévention.
- ° Représentations du sens et de la place de la délégation de tâches et expériences en la matière.
- ° Représentations de la délégation de la vaccination et perceptions d'une évolution des rôles d'autres professionnels de santé dans la délégation de la vaccination.
- ° Coordination interprofessionnelle en matière de prévention vaccinale : besoins ressentis.

5.5 Protocole de l'enquête

5.5.1 Population étudiée, terrain choisi

Pour des raisons essentiellement pratiques, de disponibilité et de faisabilité, nous enquêtons auprès de médecins généralistes de la région du Rhône et de Saône et Loire.

Dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas préalablement définie de façon précise, puisqu'on ne vise pas une puissance statistique ni une représentation de la population. L'enquête s'achève lorsqu'on observe une redondance au cours des entretiens, les éléments recueillis n'alimentant plus de nouvelles hypothèses. Cette saturation des données a été atteinte dans notre enquête à l'issue de 13 entretiens.

13 médecins généralistes ont été interrogés. L'enquête s'est déroulée au cours des mois d'avril, mai, juin et juillet 2013. Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail principal des praticiens, dans leurs cabinets médicaux. Nous incluons des médecins des deux sexes et de tout âge. Nous ne veillons pas particulièrement à une distribution équilibrée entre hommes et femmes, car l'hypothèse d'une variation des perceptions selon le genre n'est pas retenue initialement. L'échantillon est constitué de 5 femmes et 8 hommes, dont l'âge varie de 36 ans à

66 ans, avec une moyenne de 50 ans.

5.5.2 Lieu d'installation et mode d'exercice

Nous distinguons les médecins généralistes du secteur ambulatoire, par leur lieu d'installation dans différents milieux socio-démographiques, ainsi que par leur mode d'exercice, pour que l'étude soit la plus riche possible. Nous veillons à une distribution relativement équilibrée en nombre, entre ces paramètres, dans l'hypothèse où ils influenceraient leurs perceptions. 3 groupes de médecins sont définis en fonction de la taille et de la localité où ils exercent. Nous qualifions de façon arbitraire de médecins ruraux les praticiens exerçant dans une localité de moins de 2000 habitants, d'urbains s'ils se situent dans des villes de plus de 20 000 habitants. Leur activité est jugée semi-urbaine ou "mixte" s'ils sont installés dans une localité comprenant entre 2000 et 20 000 habitants.

Par ailleurs sont différenciés :

- ° les médecins exerçant en groupe pluridisciplinaire, au sein de structures pouvant être soit des maisons médicales, soit des comités départementaux d'hygiène sociale, soit des cabinets de groupe ;
- ° les médecins exerçant de façon monodisciplinaire : seuls ou en association.

Tableau caractérisant les médecins interrogés selon les critères sus-cités :

Mode d'exercice	Lieu d'installation		
	ville	semi-rural	rural
Seul	MG-11 MG-12	MG-9	MG-8
Groupe monodisciplinaire	MG-4 MG-7	MG-2 MG-10	
Groupe pluridisciplinaire	MG-13	MG-1 MG-3 MG-5	
CDHS	MG-6		

5.5.3 Critères d'inclusion

Les médecins généralistes doivent être installés en libéral ou salariés d'une structure et avoir une activité régulière. C'est la régularité de l'activité qui a été choisie car elle donne accès à l'étude de la dimension longitudinale de la prévention.

5.5.4 Critères d'exclusion

Les médecins remplaçants n'ont pas été inclus, puisqu'ils n'ont, en général, pas accès à la dimension de suivi du patient qui a été privilégiée pour aborder le sujet de la prévention. Nous ne voulions pas intégrer un facteur de variabilité supplémentaire.

5.5.5 Recrutement

Le recrutement des médecins s'est fait sur la base du volontariat, quand les médecins travaillaient dans les régions sus-citées et correspondaient aux critères de mode d'exercice détaillés ci-avant. Il s'est fait soit de façon aléatoire en prenant d'abord contact par téléphone via les pages jaunes, pour convenir d'un entretien; soit, pour des raisons pratiques, en interrogeant des médecins travaillant sur nos lieux de remplacements.

5.6 Méthodologie d'analyse des données

5.6.1 Première phase : transcription exhaustive du discours

Les entretiens ont pu être enregistrés de façon anonyme, à l'aide d'un dictaphone afin de rester fidèle aux propos des enquêtés. Nous avons ensuite intégralement transcrits le discours en gardant au maximum les nuances perceptibles à l'écoute (silences, hésitations...). La transcription a été réalisée par nos soins, de manière manuelle, sans utilisation de logiciel de reconnaissance vocale, ni de dactylographe extérieur. Nous n'avons pas reformulé les propos des enquêtés ni cherché à corriger les fautes de langage. Les propos ont été transcrits « mot à mot ». Chaque entretien a été mis en forme. Nous avons individualisé les propos de l'enquêteur et ceux des enquêtés, en utilisant un caractère italique.

5.6.2 Seconde phase : analyse des données

L'analyse des éléments du discours se déroule en deux phases principales. Nous avons d'abord procédé à de nombreuses relectures, entretien par entretien, puis transversales, pour en dégager différents thèmes. A chaque fois, nous soulignons les passages qui nous semblaient intéressants ou au contraire obscurs, posant question. Nous avons cherché à corréler certaines données entre elles, à mettre en évidence différents liens. Nous sommes donc partis des éléments du discours pour relever les thèmes, sans utiliser de grille thématique a priori, même si les thèmes retrouvés rejoignent les thèmes explorés par la grille d'entretien. Le travail a donc pris sens dans le temps, au fur et à mesure de sa construction, au fur et à mesure de l'étude des discours et de l'évolution des réflexions. Parfois, le réajustement des interprétations s'est poursuivi jusque dans la phase de rédaction, par l'obligation de rigueur et de clarté qu'elle impose et pour une théorisation plus juste.

6 Discussion autour de la méthode

6.1 Une observation in situ incomplète

Il manque à cette étude l'observation directe des pratiques et des interactions que l'on se propose d'étudier ; nous avons ici accès à un discours sur les pratiques et non aux pratiques elles-mêmes. Les déclarations et les opinions exprimées peuvent être biaisées par le phénomène de désirabilité sociale et du politiquement correct. Notre analyse aurait été plus complète si nous avions pu assister aux consultations et observer par l'écoute et le regard leur déroulement. Nous supposons que certaines façons d'être des médecins, de se placer, de se déplacer, de prendre la parole, de la donner sont tout à fait significatives, sans que ceux-ci ne soient en mesure de les décrire. Les comportements, même en situation professionnelle, restent relativement peu intellectualisés. Il faudrait donc ici interpréter la dimension non-verbale de la relation, les comportements et attitudes d'écoute, la manière d'aborder la relation, et de prendre en compte le patient, dont les protagonistes n'ont jamais pleinement conscience. Ainsi, pour être complète, cette étude demanderait une nouvelle phase d'observation des pratiques dans les consultations des médecins, afin de confronter les discours exprimés sur les pratiques de la prévention et de la délégation de tâches et leurs pratiques réelles.

6.2 Limites et biais liés à l'enquêteur

Je n'avais effectué ce type d'enquête qu'une fois dans mon cursus, pour la réalisation de mon mémoire. Le choix de la méthode amenait déjà à la réalisation d'entretiens semi-directifs, mais bien qu'en travaillant la rigueur du qualitatif (36) et la façon de mener un entretien, je n'ai aucune qualification particulière à cette technique. Si l'expérience acquise progressivement sur le terrain a fait évoluer les entretiens, le recueil et l'analyse des données ont les limites de ma faible légitimité à la réalisation de cette enquête. De plus, l'intégration déjà partielle de mon rôle de professionnelle peut constituer un obstacle à ma perception des situations, tout comme elle peut

aussi permettre certaines capacités d'écoute et d'observation. Nous noterons mon degré de connaissance variable des médecins interrogés, de « pas du tout » à « relations professionnelles », ce qui introduit un facteur de variabilité dont il faut tenir compte. En tout cas, l'enquêteur sans aucun doute n'est jamais neutre, et nous avons évoqué lors de la présentation de la méthode qualitative le problème de subjectivité qu'elle pose, et les moyens de limiter cet écueil.

6.3 Biais de recueil

Le recueil d'éléments déclaratifs, spontanés, sans réflexion préalable sur des sujets complexes est un exercice difficile tant pour les participants que pour l'enquêteur, et auquel nous n'étions pas habituée. La moyenne des temps d'entretien est de 25 minutes avec un minimum de 15 minutes et un maximum de 41 minutes. Ce sont des temps très hétérogènes qui ne sont peut-être pas suffisants pour les plus courts, pour accéder à des données compréhensives.

6.4 Présentation des résultats

Notre méthode qualitative choisie implique que les résultats bruts de l'enquête sont constitués par les discours recueillis lors des entretiens ; par les données de l'enregistrement. Ainsi, les résultats tels que nous les présentons correspondent déjà à une interprétation, puisque les phrases supposées éclairantes sont mises en relief par un regard singulier, et que nous ne nous contentons pas simplement de les rapporter. En effet, en individualisant certaines phrases des entretiens, des liens se créent de fait entre les différents discours. C'est pourquoi il n'est pas individualisé de partie « résultats » à proprement parler. En revanche, les entretiens et leur transcription étant le cœur de ce travail ils sont disponibles en version informatique et annexés au travail.

7 Résultats et discussion thématiques

7.1 Représentations et pratiques de la prévention

7.1.1 Perceptions et places de la prévention dans l'exercice de la médecine générale

° La prévention est perçue à l'unanimité comme un sujet difficile et de pratique complexe, par l'étendue des champs qu'elle implique et le peu de prise qu'ont les médecins sur les déterminants de santé.

MG-1 : *« la prévention c'est extrêmement difficile parce qu'on est en bout de chaîne »
« les déterminants de l'état de santé des gens il n'est pas dans le champ de la médecine, il est dans le champ de la société » « les conditions de travail, les conditions d'habitation, les conditions familiales, les maltraitements éventuelles, les pollutions, etc, la mal-bouffe, et tout ce qu'on peut imaginer »*

« les gens ils viennent avec un problème de santé qui est lié à ces déterminants de santé, mais sur lesquels on n'a pas de prise »

MG-2 : *« Il y en a sur tous les sujets »*

MG-3 : *« les frottis, les suivis gynécologiques, les hémocult, les mammographies, les vaccinations, essentiellement, le tabagisme, l'alcoolisme »*

MG-8 : *« elle dépasse largement la médecine » « elle doit prendre compte de l'hygiène sanitaire, les conditions économiques et sociales »*

MG-12 : *« c'est difficile » « Il n'y a pas de chapitres très précis prévention »*

MG-13 : *« dans ma pratique solitaire, un peu isolée, la prévention c'est difficile »*

MG-8 : *"une notion d'anticipation" "souci de conséquences des actions pour éviter un certain nombre de pathologies" « je prendrais comme exemple l'accident vasculaire cérébral par exemple, ou l'OAP, et on s'aperçoit qu'au fur et à mesure qu'on traite correctement des tension, qu'on arrive aux objectifs et bien on n'est plus réveillé à 4 heures du matin pour soigner un AVC ou un OAP. Et on voit, alors sans doute grâce aux traitements, aux nouvelles molécules, et puis un suivi un petit plus serré des patients, on s'aperçoit qu'on a une part de la pathologie, qui est beaucoup moins évidente que ce qu'elle était autrefois »*

MG-2 : *« c'est interroger »*

MG-5 : *« c'est suivre la personne dans sa globalité » « j'essaye de, quand tu connais bien les gens(...), tu fais de la prévention »*

MG-13 : *« y'a tout le versant conseils » « comment se protéger » « comment éviter de prendre des risques, en tenant compte du vécu, des conditions de vie, de la réceptivité des gens aux messages préventifs » « j'essaie d'avoir des conseils adaptés »*

MG-11 : *« un médecin traitant (..) on est là pour gérer leur capital santé à priori »*

De façon unanime, la prévention est séparée en 2 types de messages :

1/ Individuels

MG-1 : « en lien avec un problème de santé déjà constitué » « on s'appuie sur une maladie » « dans le cadre de la consultation individuelle » « par exemple un hypertendu à qui on va dire : mangez moins salé, un patient avec une surcharge pondérale à qui on va dire : faites attention à votre alimentation. »

« de façon opportuniste, c'est à dire que les gens viennent pour un autre problème et nous on essaye de faire passer des messages de prévention parce que la situation de la personne nous fait évoquer qu'il y a un risque et on aimerait bien qu'ils réduisent ce risque »

MG-2 : « ça fait parti de la consultation en général » « En général les gens viennent avec un motif, mais si effectivement ça nous laisse un petit peu de temps pour pouvoir parler d'autre chose »

MG - 6: « de façon opportuniste » « au hasard des questions de l'intéressé »

MG-7 : « j'intègre ça dans l'entretien de la consultation » « mais ce n'est pas facile à caser au cours d'une consultation » « ça se fait au fil du temps »

MG-10 : « j'essaie de l'intégrer un peu au quotidien, au fur et à mesure des consultations, en fonction des gens, ce pourquoi ils viennent, ce dont ils me semblent avoir besoin » « des consultations de prévention non, c'est pas vraiment passé dans les mœurs »

MG-12 : « s'intègre dans le cadre du discours avec le patient »

MG-8 : « dans ma pratique isolée » « un peu dans mon coin » « elle se fait dans le cadre de la consultation individuelle » « les dépistages »

MG-9 : « je suis surtout axé maladies cardio-vasculaires, tout ce qui est HTA, diabète et enfin tout les facteurs de risque, j'essaye vraiment d'insister là-dessus »

MG-13 : « Là en ce moment j'ai bien en tête tout ce qui est du registre de la prévention au niveau des MST et des accidents d'exposition au sang, à la fois parce que j'ai une population assez exposée à ce type d'infection » « la semaine dernière j'ai fait une formation sur les hépatites, sur les IST »

2/ Collectifs :

MG-8 : « on n'est pas dans un stade de prévention collective » « peut-être des missions de santé publique s'organiseront par la suite, avec la maison médicale »

MG-1 : « à travers des actions d'éducation à la santé, hors du cadre du soin » « c'est plus rare »

MG-10 : « y'a tout ce qui est animateur de prévention, un certain nombre de structures qui font de la prévention collective, donc ça je pense c'est important, que ce soit en entreprise, en collègue »

MG-5 : « la sécu qui a mis en place un truc : SOPHIA¹ la prévention pour le diabète, avec les risques etc, entretien avec une diététicienne etc, donc ils envoient les papiers aux gens, les gens viennent nous voir, y'a personne qui a signé: c'est un échec complet, j'en ai aucun qui a signé »

¹Service d'accompagnement des patients diabétiques mis en place par l'assurance maladie depuis 2010

° Pour 10 des 13 médecins interrogés la prévention est énoncée comme *"très importante"* voire *"essentielle"* (MG : 1-3-5-6-8-9-1-11-12-13) et intéressante.

MG-3 : *"ça m'intéresse beaucoup "*

MG-9 : *"c'est l'essentiel de notre travail" "je préfère faire de la prévention"*

MG-12 : *"c'est essentiel, ça l'est de plus en plus"*

Un médecin, qui organise des formations, met en doute l'intérêt de ses « collègues » pour la prévention sur des sujets qui sortent un peu du domaine bio-médical.

MG-12 : *« j'avais organisé justement une soirée pour parler d'environnement, euh, mais mes collègues sont relativement peu intéressés, si j'arrive à réunir 10 personnes, je suis content, parce que ça fait pas parti des choses qui branchent »*

° L'approche préventive est vécue comme une évolution dans la dynamique du soin, un passage progressif d'une médecine de « soins aigus » appelant des traitements curatifs, à une médecine plus préventive.

MG-11 : *"la prévention c'est le fondement de notre activité maintenant" "c'est l'évolution de la profession depuis les dernières décennies" "la gestion du capital santé"*

MG-8 : *"elle a de plus en plus de part dans mon activité" "contrairement à l'habitude que j'avais au départ de mon exercice, il y a 35 ans"*

° La prévention est parfois qualifiée d'une préoccupation *"systématique"*

MG-4 : *"c'est un peu systématique à chaque consultation, plus dans les renouvellements d'ordonnance par exemple, pour des patients chroniques ou pour les enfants"*

MG-3 : *"j'essaie de l'intégrer dans ma pratique à chaque fois"*

MG-6 : *"j'y accordai un temps, c'était peut-être la moitié de la consultation"*

° Parfois qualifiée d'une préoccupation plus occasionnelle

MG-2 : *"c'est des choses que je ne fais pas couramment, par exemple demander plus aux ados sur les conduites à risques, leurs demander quelles seraient leurs consommations,"pas forcément systématiquement" "je vais peut-être plus sur les sujets qui m'intéressent"*

MG-7 : *"c'est pas toujours systématique" "par manque de temps"*

° Un médecin démedicalise certains dépistages organisés alors délégués aux secrétaires

MG-5 : *"La prévention, par exemple, dépistage du cancer colorectal, la mammographie, tous ça. En Saône et Loire, c'est les secrétaires qui s'en occupent"*

SYNTHESE

La notion de prévention apparaît comme « *l'évolution de la profession depuis les dernières décennies* ». De façon quasi consensuelle, elle est énoncée comme « *complexe* », « *très importante* » et « *intéressante* ».

Elle est perçue par les dépistages organisés, la réduction de risques bien identifiés : tabac, obésité, alcool .. mais surtout, pour beaucoup, elle correspond à « *une notion d'anticipation* » de « *souci de conséquences des actions* » « *c'est suivre la personne dans sa globalité* »

De façon unanime, la prévention fait partie intégrante de la consultation de soins, et prend souvent place de « *façon opportuniste* ». Aucun des médecins ne pratiquent de consultations de prévention individualisées de façon spécifique, même si certains médecins reconvoquent parfois leurs patients pour prendre le temps d'aborder certains problèmes évoqués dans le cadre d'une consultation et faire de la prévention. Elle prend sens dans le suivi longitudinal du patient.

Malgré toute l'importance et l'intérêt déclaré à faire de la prévention, elle a une place très hétérogène au quotidien du médecin. En pratique, dans les consultations, elle est souvent réduite aux dépistages organisés.

La dimension collective est pensée à travers les actions d'éducatives thérapeutiques, des animateurs de santé. Elle est perçue pour beaucoup comme en cours de développement et souvent peu vécue dans la pratique.

7.1.1.1 Focus sur la vaccination

° La vaccination, quand elle est abordée par son aspect technique, par l'acte vaccinal, est déclarée de préoccupation « *systématique* ». Majoritairement les médecins disent faire preuve d'une grande rigueur en ce qui concerne la vaccination, rigueur souvent permise par l'apparition d'alertes dans les dossiers informatiques. Quelques-uns (MG4-MG7) disent avoir une rigueur systématique pour la réalisation et le contrôle des vaccinations des enfants, et beaucoup moins chez l'adulte.

MG-1: "*ça fait partie de ma consultation systématique*" "*j'ai un tableau de bord dans mes dossiers avec les alertes quand les vaccins ne sont pas faits*"

MG-11: "*le système le rappelle*" "*on regarde systématiquement le carnet de vaccination*"

MG-3 : "*J'essaie de regarder régulièrement les vaccinations, y' a une rubrique dans le logiciel*"

MG-13 : "*j'essaie d'être systématique, en pratique je suis bien sûr que je ne le suis pas à 100%*"
« *il y a des vaccins que je vends moins bien que d'autres, le vaccin contre le méningo par*

exemple, je suis sûr que je ne préconise pas à tous mes patients de moins de 24 ans un rattrapage par exemple » « négocie vaccin par vaccin »

MG-5 : *"Pour moi c'est important, depuis un an j'ai essayé de mettre à jour tous les patients de leurs vaccinations" "Moi je pense surtout que c'est le rôle de la médecine du travail" "Faut pas croire que tous les gens vont chez le médecin,"*

MG-8 : *"on essaye d'être assez carré sur les vaccinations"*

" moi je suis les consignes des hautes autorités, je n'ai pas d'avis personnels sur la vaccination, sauf que je pense qu'elle est efficace et nécessaire, je tiens à appliquer la vaccination telle qu'on doit l'appliquer"

MG-10 : *"j'essaie de bien cadrer, et je note les vaccins, j'essaie d'être assez strict"*

MG-12 : *"c'est difficile, mais je pense que c'est très important"*

MG-7 : *"Chez les enfants, c'est assez systématiquement" "et puis pour les adultes, ben c'est plus rare"*

MG-4 : *"Moi les enfants je leur regarde systématiquement leurs vaccins, si ils sont à jour ou pas, après les adultes , je passe des fois à travers certaines vaccinations"*

° Pour certains, la rigueur dans le suivi vaccinal passe par la remise en question de leurs pratiques en évaluant leurs résultats.

MG-13 : *« on avait un audit sur quelques dizaines de dossiers, et j'ai eu quelques mauvaises surprises, pour des patients pour lesquels je ne m'y attendais pas du tout, en l'occurrence des patients à risques, et il n'étaient pas vaccinés contre l'hépatite B, ou leur statut sérologique n'était pas aussi clair que je m'y attendais, j'essaie d'être systématique, en pratique je suis bien sûr que je ne le suis pas à 100% ».*

7.1.1.2 La vaccination : place centrale dans le suivi chez les enfants

Pour tous la vaccination est dite d'une importance majeure dans la prise en charge d'un enfant et pour beaucoup une place centrale dans son suivi.

MG-2: *"une place importante" "premier motif de suivi des bébés" "rythme les consultations de l'enfant"*

MG-1 : *"j'ai tendance à le faire chez les enfants, à ne pas déléguer chez les enfants, car on les voit pour ça"*

SYNTHESE

A l'unanimité, la vaccination des enfants et des adultes fait l'objet d'une attention particulière.

La vaccination abordée par l'acte vaccinal est une préoccupation très souvent déclarée systématique, surtout dans la prise en charge des enfants mais aussi souvent dans celle des adultes, en revanche *« c'est d'ailleurs étonnant de voir à quel point on en parle aussi peu »* dit MG-2.

7.1.2 Difficultés identifiées à la prévention

7.1.2.1 La gestion du temps

° Le temps est problématique pour 11 médecins sur 13 :

MG-5 : *"ce qui nous manque c'est le temps"*

MG-9 : *"la prévention demande du temps" "le rush quotidien"*

MG-10 : *"on n'a pas le temps nécessaire partout "*

MG-12 : *"on est la tête dans le guidon, on ne va pas plus loin" « Alors on a une aide maintenant, vous avez une aide de détection du diagnostic du cancer colorectal, du sein, mais c'est prévention, mais c'est très rapide. Donc maintenant c'est en fin de consultation, ce qui aurait dû être quelque chose qui vous prenne plus de temps, c'est en fin de consultation : ah, j'ai reçu ça d'ADEMAS, remplissez moi mon papier, donc vous en parlez très peu »*

MG-7 : *"pas assez le temps, pour faire ce genre de choses" °*

MG-12 : *"l'ennui c'est que je pense que c'est extrêmement important, et l'inconvénient c'est que je suis souvent bouffé par autre chose, et puis paf je laisse tomber, alors que personnellement je suis persuadé que c'est essentiel, je suis très pro vaccins. Ça prend du temps"*

MG-1 : *"j'essaye d'en parler quand c'est possible, quand on a le temps autour des consultations"*

MG 9 : *"la vaccination c'est un sujet de plus qu'il faut ajouter quand tu fais une consultation et que parfois tu peux passer à l'as parce qu'on a d'autres choses à penser, donc on essaie d'y penser mais pas toujours."*

MG-2 : *« quand on reçoit une jeune fille pour la pilule on a beaucoup de choses à dire avec la pilule, donc j'ouvre le petit chapitre de la sexualité et des MST, mais sans avoir forcément le temps »*

MG-9 : *« moi en plus en étant sans rdv, je suis tout le temps un peu débordé. C'est pour ça que j'ai arrêté la pédiatrie parce que ça demande beaucoup de temps, rien que de le déshabiller, habiller et après voir tout ce qu'il y a à faire sur un bébé, c'était minimum 20 minutes de consultation et souvent il ne me faut que 10 minutes donc euh. Donc plutôt que d'accélérer une consultation qui demande du temps, je préfère ne pas la faire du tout.»*

MG-13 : *« j'ai peur que les choses n'évoluent pas dans le bon sens avec la démographie médicale qui change, je me dis comment vont faire nos jeunes collègues quand on lit, je lisais encore dans le quotidien que d'ici 5 ans je crois le quart des médecins généralistes partent en retraite, premièrement la médecine générale ne fait pas recette, et puis comment ils vont faire, déjà qu'on est surchargé, donc j'ai une grosse inquiétude pour la prévention plus tard, ou alors il y aura des médecins qui ne feront que de la prévention »*

° Pour certains, malgré des essais d'aménagement et de libération du temps, celui-il apparaît toujours comme insuffisant.

MG-12 : *" je suis en secteur II pour essayer d'avoir plus de temps" "rdv toutes les demi-heures" "on a une pression des patients" "on est submergé par les paperasses" "le temps de prévention est très diminué"*

MG-10 : *« Alors de manière générale, on a jamais assez de temps »*

MG-9 : *« je suis tout le temps un peu débordé »*

° Le temps n'est pas considérée comme un problème pour 2 médecins :

MG-6 : *"chez moi c'était très important la prévention donc j'y accordais du temps" "c'est vraiment très élastique" "je ne regardais pas ma montre"*

MG-11: *"je n'ai pas la sensation d'être débordé" "je prends le temps" "ça fait 35 ans que je suis en retard systématiquement en fin de consultations" "les gens qui sont dans la salle d'attente le savent"*

Utilisation du temps différente selon les médecins :

° 4 médecins (MG2,3,10,12) citent spontanément que les consultations pour les certificats d'aptitudes au sport, pour les colonies, sont aménagés comme des temps de prévention.

° 3 médecins (MG 8, 9 et MG-6) expriment un souhait fort de délégation de ces consultations pour des certificats.

7.1.2.2 La gestion de la demande

"Médecine essentiellement de soins aigus"

Perception retrouvée dans tous les entretiens.

MG-1 : *"Médecine essentiellement de soins aigus" "les gens ils viennent avec un problème de santé (..) déjà constitué"*

MG-2 : *« c'est rare quand les gens prennent un rdv spécialement pour dédier du temps à la prévention, du coup je triche un petit peu, et je consacre par exemple pour les enfants, tout ce qui est la consultation par exemple pour l'aptitude au sport, qui est quand même assez fréquemment demandée au moment de la rentrée, donc je considère que cette consultation là est une consultation de prévention, et du coup je demande à voir le carnet de santé, j'en profite pour voir tout ce dont on a pas le temps de parler quand les enfants sont malades, quand ils ont 40 de fièvre, c'est sûr c'est pas le moment de les mesurer avec la toise, ou de faire des trucs comme ça, donc là je regarde la courbe de croissance, j'ai le temps de poser des questions sur le sommeil, l'alimentation, le mode de vie, les vaccinations »*

« une autre personne qui n'aura pas l'occasion de consacrer du temps pour ça,(...), elle va venir quand elle est malade, et il y a des gens qui vont passer un petit peu au travers des filtres de la prévention. »

MG-3 : *« je me dis que c'est mieux de travailler en amont, qu'une fois que les dégâts sont faits, mais.. (souplesse)»*

MG-9 : *« quand on voit les gens, ils viennent pour un problème aigu, donc encore une fois, parfois on a le temps de leur parler de certaines choses, tabac, etc, mais euh quand on prend 2 minutes pour leur en parler »*

Faire face aux des demandes des patients

MG-10 : « *c'est difficile les gens demandent parfois n'importe quoi, des analyses complètes* »
« *faites tout docteur* » « *juste une ordonnance pour une IRM* »

Responsabiliser la population: « On est tous majeurs et vaccinés » ?

° Certains mettent en relief la grande difficulté d'essayer de responsabiliser les gens sans les culpabiliser.

MG-1 : la prévention « *vise à réduire un risque identifié par le soignant, pris en compte par le soignant* » « *c'est très difficile de faire passer un message de prévention vis à vis de quelqu'un qui ne présente aucun trouble et qui n'a pas conscience qu'il court un risque* » « *trouver la bonne distance pour faire passer le message de prévention* » « *rendre les gens acteurs* » « *c'est les gens qui ont besoin de quelque chose, nous on a besoin de rien à la limite* »

MG-13 : « *je m'efforce de ne pas, euh, culpabiliser les patients* »

MG-12 : « *le tabac, vous parlez de toutes les nuisances, au cours de la consultation* ».

° Certains proposent que les gens soient responsables de leurs vaccinations.

MG-9 : « *je pense que les gens, faut aussi qu'ils se prennent un peu en main, et qu'ils disent docteur je viens vous voir parce que j'arrive à terme de ma vaccination* » « *On est tous majeurs et vaccinés* »

MG-10 : « *le mieux c'est que les gens soient responsables de leurs trucs et qu'ils sachent bien quand ils doivent être vaccinés(..)et puis d'essayer de leur faire prendre conscience de l'intérêt de la vaccination et puis d'être responsable de ses affaires et de sa santé* »

A ce propos, le rapport académique sur le rôle des pharmaciens de février 2011 nous dit que « dans presque la moitié des cas (43,7 %), c'est le sujet qui est à l'initiative de sa dernière vaccination. » (5)

° Certains proposent de déresponsabiliser les gens de la question de la vaccination.

MG-5 : « *Donc c'est aux gens eux-mêmes de se rappeler de se faire vacciner. Si on est jamais malade, si on oublie ? Je trouve ça aberrant, alors que la sécu pourrait, comme les hémocult, envoyer un papier : penser à faire votre vaccination* »

7.1.2.3 La gestion des formations

Manque de formation des médecins ?

Certains médecins (MG 1,2,6,12) questionnent les compétences et la formation des médecins sur les questions de prévention, MG-6 interroge plus spécifiquement un manque de formation sur la vaccination.

MG-12: *"Alors maintenant les choses changent, puisqu'on parle d'environnement, on parle de tas de choses, d'alimentation, les gens vous posent des questions" "je ne suis pas sûr que les médecins soient très bien formés pour répondre à ce genre de questions"*

MG-2: *"je vais peut-être plus sur les sujets connus, qui m'intéressent"*

MG-6: *"peut-être la vaccination est souvent, comment dire, mal connue par les médecins de ville, où voilà, en fait nous ici on est un centre de vaccination public, moi j'ai fait un DU de vaccinologie à Paris, j'ai fait un DU de vaccinologie à Lyon, j'ai fait beaucoup de formations en matière de vaccinologie et en matière de vaccination, c'est vrai qu'on voit certaines personnes qui n'ont pas été vaccinées depuis 30 ans, d'autres personnes qui sont sur-vaccinées parce qu'elles étaient en retard et que tout d'un coup on leur a fait 4 vaccins à la suite, voilà, c'est un petit peu n'importe quoi en fait" « les professionnels qui n'ont pas le temps de bien cerner cette pratique pourraient être délégués à des centres qui en ont plus l'expérience » « parce qu'un médecin libéral n'est pas formé pour ça, voilà ».*

Manque de programmes d'éducation en santé à l'éducation nationale ?

MG-1: *"Quand on parle du tétanos, y'a pleins de gens qui ne comprennent pas toujours, que le tétanos c'est quelque chose qui existera toujours, que c'est dans la terre, "ah ben moi je me blesse souvent et je cicatrise bien, c'est le truc qu'on entend régulièrement ça , donc y' a une carence en éducation, il manque aussi un partenaire très important dans l'histoire c'est l'éducation nationale"*

MG-1: *".Y'a pas d'éducation à la santé dans l'éducation nationale, pratiquement pas. Et rencontrer les enseignants pour arriver à faire passer des messages de prévention, ça ça manque, ça ça manque beaucoup. Alors nous on a pas le temps, rien n'est prévu évidemment pour financer ce genre de chose. "*

"c'est un partenaire très très important les enseignants, surtout qu'un certains nombre d'entre eux paradoxalement sont hostiles à la médecine et y' a beaucoup de tenants de l'homéopathie, y'a beaucoup d' anti-vaccinaux chez les enseignants bizarrement , et je pense qu'on pourrait travailler ensemble sur les vaccins vraiment utiles ça serait bien, ça serait pas mal »

7.1.2.4 Vécu d'une injonction gouvernementale à la prévention au regard des difficultés de mise en œuvre des pratiques

Certains médecins ressentent une pression gouvernementale autour de la prévention avec peu

d'aides en conséquences.

MG-2 : *"le temps accordé à la prévention n'est pas satisfaisant d'autant qu'on nous demande d'en faire de plus en plus sans nous dédier quoi que ce soit d'officiel pour pouvoir se lancer là dedans"*

MG-10 : *"jusqu'à présent, la sécurité sociale ne prenait pas en compte cet aspect prévention"*

Il ressort parfois un sentiment d'instrumentalisation du médecin généraliste.

MG-5 : *"un examen de médecine préventive(...) a été mis en place par notre caisse "c'est unilatéral""aucune communication avec le médecin traitant" "c'est chronophage" "la sécu a mis en place un truc: SOPHIA" "y' a personne qui a signé "*

"le médecin généraliste on l'oublie un petit peu" "mis devant le fait accompli"

7.1.2.5 Remise en question de l'éthique motivant la prévention

Certains perçoivent les politiques de santé publique comme invasives, se heurtant au respect des libertés individuelles.

MG-5: *"les gens ça les embêtes" "pour eux j'ai l'impression que c'est quelqu'un qui rentre dans leur vie privée" "les gens sont réticents"*

MG-12 : *"les gens, d'abord ils ont leur liberté"*

MG-13: *"jusqu'où doit-on faire de la prévention ?"*

" jusqu'où le regard médical doit immiscer dans la vie personnelle des gens ?"

"il y a des choses super importantes à dépister et puis des fois, je me dis, on en fait trop"

"jusqu'où toute la vie doit-elle être médicalisée ?"

SYNTHESE

La prévention soulève de nombreuses des difficultés :

D'ordre organisationnel :

° Au niveau du médecin généraliste lui-même : elles tiennent beaucoup à la problématique de la gestion du temps. Le paradoxe du manque de temps médical et le temps conséquent demandé par la prévention est fortement mis en relief. L'utilisation du temps est très variable d'un médecin à l'autre.

° les examens de prévention organisés à l'échelon national sont parfois vécus très négativement comme un empilement, une juxtaposition de mesures préventives sans lien avec les différents acteurs. Une injonction gouvernementale à la prévention est parfois ressentie. Plusieurs médecins expriment une incohérence entre les cadres théoriques et les réalités pratiques.

D'ordre éthique :

° La prévention génère souvent des conflits de valeurs liés aux différences fréquentes de

perception du risque par la population, par les médecins et par l'expertise en santé publique, qui rendent complexes les définitions du risque, la sensibilisation aux risques et les justifications à les prendre en compte. Elle est parfois perçue comme intrusive.

Les approches de la prévention sont différentes.

De gestion de la demande :

Les demandes en santé sont perçues comme relevant surtout de soins aigus. La difficulté à faire face aux demandes des patients est soulignée, elles sont parfois vécues comme inadaptées.

Certains mettent en relief la grande difficulté d'essayer de responsabiliser les gens sans les culpabiliser.

Certains médecins questionnent la compétence et la formation des médecins en prévention, Un médecin parle d'un manque de compétences des médecins en vaccination.

La formation de l'éducation à la santé par l'éducation nationale est relevée comme manquante et pourtant essentielle

7.1.3 Difficultés perçues : spécificités évoquées face à la prévention vaccinale

7.1.3.1 Controverses et paradoxes de la vaccination

° **La faible confiance de la population** vis à vis de la vaccination est une difficulté majeure.

MG-1 : *"défiance forte des gens vis à vis de la vaccination, majorée depuis l'histoire de la grippe H1N1"*

MG-8 : *"écoutez il y a un truc énorme, par rapport à la vaccination antigrippale, avec le fiasco de la ministre de tutelle.ça a eu un dégât énorme ça"*

11 médecins sur 13 évoquent les difficultés liées aux représentations des gens.

MG-1: *"Alors c'est pas simple la vaccination parce que on est soumis à 2 types de pressions, on a un lobby pro-vaccination à tous crins et on a un lobby anti-vaccination à tous crins"*

MG - 7: *"difficultés tiennent surtout aux représentations des gens"*

MG-11: *"La difficulté c'est les gens qui sont convaincus d'avoir une information, parfois elle est fausse" "le lobbying"*

MG-3 : *"des gens qui refusent, bon non y'en a pas tant que ça,(..) "c'est un gros problème"*

MG-4 : *"Ce sont les réticences des parents qui mettent en difficultés et après , pour la grippe, il y' a beaucoup de réticences." "sur certaines vaccinations, l'hépatite B, voire des fois le ROR"*

MG-13 : *"c'est compliqué devant des réticences massives et généralisées contre tous les vaccins, pour certains jeunes parents", "c'est beaucoup plus dur de rester serein"*

MG-11 : « y' a celui qui ne se fera pas vacciner parce qu'il ne veut pas se faire vacciner, délégation ou pas ils en ont rien à taper. »

Un médecin évoque des réticences fréquentes des gens à la vaccination.

MG-10: "les difficultés, oui, oui, il y' a une grosse grosse réticence à être vacciné, pour un certain nombre de choses. Alors le tétanos, les gens y sont à peu près sensibles mais alors pour tout le reste grosse, grosse peur des effets secondaires de la sclérose en plaque."

° **Il ressort la complexité de la gestion d'un double système : obligation/recommandation**

MG - 8: "il y a le choix des individus quand même qu'il faut respecter(..) je crois que les gens ont leur liberté quand même. On leur explique que si ils se vaccinent c'est autant pour les autres que pour soit mais je pense que les gens ont leur liberté."

MG-12 : "ils ont leur liberté"

MG-6 "bon comme ils ne sont pas obligatoires on ne peut pas les imposer, moi j'explique, après les gens choisissent."

MG - 9: "c'est essentiellement ça quand c'est pas obligatoire, y'a toujours des gens qui ne veulent pas, même d'ailleurs parfois quand ça l'est, mais c'est essentiellement cette difficulté là"

MG - 6: "il n'y a pas de vaccinations obligatoires chez l'adulte"

MG-2 « j'estime que je n'ai pas de pouvoir à exercer sur eux pour les influencer véritablement, mais je leur demande quand même que ce soit écrit quelque part assez nettement que c'est eux qui refusent et non pas moi qui n'ai pas fait les vaccinations recommandées »

Certains médecins semblent favorables à l'obligation vaccinale, qui facilite évidemment son application. Constat allant dans le sens de l'enquête Nicolle de 2006 où les médecins ne sont pas simplement favorables à la vaccination mais aussi à l'obligation vaccinale soit pour certains vaccins soit pour l'ensemble d'entre eux (10).

7.1.3.2 Difficultés de mise en application de la vaccination

Pour les patients :

Complexité du parcours en 3 temps des patients pour se faire vacciner

MG-1 : "prescription du vaccin, retrait en pharmacie, nouveau rendez-vous pour l'injection" "compliqué"

MG-5 : "avant dans nos campagnes, la vaccination c'était pris en charge par les mairies" "Depuis 10-15 ans, la médecine du travail, tout le monde s'en foutait""je me suis aperçu en posant la question à toute ma patientèle, personne n'était à jour" "avant l'ARS nous donnait les vaccins, et maintenant on a pratiquement plus de stock car c'est nous qui devons les payer" « avant on avait les vaccins et on injectait, suffisait d'une fois"

Pour les médecins :

Obstacle technique à la réalisation du BCG

Même si l'acte vaccinal en général, est décrit comme un acte simple, « *sans difficulté technique* » un médecin évoque la difficulté technique de la réalisation du BCG. En effet ce vaccin demande du temps, de bonnes conditions de réalisation (aide au maintien du bébé) conditions premières à la diminution du risque des effets secondaires potentiellement graves

MG- 12 : « les petits gamins bougent, la maman tient pas bien, donc c'est énervant, puis dangereux, maintenant je les envoie systématiquement au dispensaire, pour le BCG» 4

SYNTHESE

Difficultés spécifiques évoquées face à la vaccination :

La vaccination en pratique est souvent réduite à un geste, acte simple, rapide, même si toute l'importance de s'attacher à convaincre de son bien fondé est énoncé et reconnu comme chronophage. 1 médecin cite un obstacle technique à la réalisation du BCG.

De façon consensuelle, les représentations et croyances des gens sont des difficultés. Même si les anti-vaccinaux sont loin d'être la majorité de la population, ils portent des idées fortes de rejet en bloc de toutes les vaccinations. Ces attitudes sont très difficiles à gérer et parfois loin d'être anodines.

Aucun médecin n'évoque de difficultés qui seraient liées aux croyances des médecins.

La faible confiance de la population vis à vis de la vaccination apparaît souvent comme une difficulté majeure.

Faire prendre la mesure du risque, responsabiliser les gens est évoqué par plusieurs comme très complexe.

Plusieurs médecins mettent en avant des difficultés d'ordre pratique pour le patient : le parcours en 3 temps des patients pour se faire vacciner apparaît complexe.

7.1.4 Perception du rôle du médecin généraliste dans la prévention

Pour l'ensemble des médecins interrogés le rôle du médecin généraliste dans la prévention est très important, avec une place privilégiée d'acteur de première ligne. Pour une partie des médecins écoutés, le médecin généraliste seul, a un impact faible sur les représentations et comportements des patients :

MG-3 : "notre rôle est primordial, parfois les gens ne voient personne d'autre que nous"
 MG-6 : "dans le système de santé tout le monde a un rôle important"
 "mais tout le monde n'a pas de raison d'aller vers un autre professionnel de santé"
 MG-7: « je pense qu'on a une place importante là dedans, nous acteurs de premiers recours et de suivi des gens »
 MG-13: « le médecin généraliste a un rôle central à jouer »
 MG-1: "la place du médecin généraliste est très importante mais en impact réel, très limitée "
 " le médecin généraliste tout seul, son action est quasiment nulle"
 MG - 9: "quand on voit les gens, ils viennent pour un problème aigu(..)quand on prend deux minutes pour leur en parler ça rentre par une oreille ça ressort par l'autre"
 MG-1 : « un exemple très clair; ça a été les antibiotiques dans les maladies infectieuses, si tout le monde s'y était pas mis, si y' avait pas eu de pub à la télé, ça faisait des années moi, que je disais qu'il ne fallait pas mettre d'antibiotiques dans toutes les angines, l'influence elle était quasiment nulle, maintenant quand tout le monde s'y est mis là ça a servi à quelque chose »

De façon quasi unanime, le message de prévention est vu comme une information dynamique, dans un espace ouvert. Il se pense en collaboration avec des partenaires multiples.

MG-5 : « Faut pas croire que tout le monde va chez le médecin »
 MG-9 : "je pense que le plus important pour les gens, c'est les campagnes, les médias, la télévision, les pub, ça permet de faire circuler l'information" « le médecin du travail »
 MG-8 : "la prévention ça dépasse largement la médecine, mais le praticien a son rôle à jouer dans le message de prévention basique" "les institutions de santé" "l'éducation nationale"
 MG-1 : "message de prévention renforcé par les réseaux formels ou informels"
 MG-10 : " entreprise" "collège"
 MG-7 : "tous les acteurs de santé peuvent, intervenir, doivent intervenir "
 MG-6:"le pharmacien aussi peut avoir un rôle important dans son discours auprès des patients"

SYNTHESE

Le rôle du médecin traitant dans la prévention est énoncé comme central, par sa place d'interlocuteur de première ligne.

En revanche certains médecins expliquent un impact limité du médecin généraliste seul. Le médecin est perçu comme le maillon d'une chaîne où s'articulent différents partenaires : de l'éducation nationale aux entreprises, des réseaux de soins à la publicité, ayant tous un rôle à des degrés divers, en terme d'impact sur le patient.

7.2 Pratiques et représentations de la délégation de tâches

7.2.1 Expériences et représentations de la délégation de tâches

MG-1: *"c'est balbutiant" " pas très très construit" "c'est au coup par coup"
"maintenant de manière formalisée, ce qu'on aimerait bien faire nous, c'est des réunions autour de dossiers" "l'autre moyen (...) c'est de faire des formations, vis à vis d'autres professionnels de santé, pluriprofessionnelles"*

MG-3 : *"c'est balbutiant"*

MG-5 : *« Ben là on partage les tâches avec les infirmières, des fois quand je suis débordé, je leur demande d'aller jeter un coup d'œil. Quand j'ai un externe, c'est trop cool. »*

MG-13: *"Je pense que ça se fait déjà dans pas mal de cas de façon informelle, on délègue, sans savoir que c'est de la délégation."*

7.2.1.1 Aux infirmiers

MG-1: *"pour un pansement" "un médecin voit une plaie il y a quelque chose qui lui pose problème pour faire le pansement, une technique, un soin, un matériel, il peut appeler l'infirmière"*

MG-3: *" pour les pansements les infirmières ont un rôle important de surveillance "*

MG-4: *"moi je délègue (..) les pansements, y'a des médecins qui savent exactement quoi prescrire, moi généralement je ne sais pas" "j'ai totalement délégué ça aux infirmiers"*

MG-5: *« par exemple les pansements(..) je dis vous irez voir l'infirmière, puis quand le pansement sera défait, je viens jeter un coup d'œil, je regarde comment ça évolue, et puis l'infirmière refait le pansement, ça c'est de la délégation"*

MG-7 : *"Pas d'expérience en dehors des pansements: "les infirmières gèrent beaucoup le suivi de plaies, donc elles prennent beaucoup d'initiatives"*

MG-10 : *"par exemple des infirmières qui vont s'occuper d'un diabétique, qui vont adapter les doses d'insuline c'est déjà de la délégation, ça marche bien"*

MG-13 : *"je délègue assez régulièrement c'est certaines vaccinations,(...) généralement je prescris les vaccins qui sont fait par l'infirmière"*

7.2.1.2 Aux pharmaciens

MG-3 : *"on fait déjà un travail sur les anticoagulants, on le fait avec les pharmaciens aussi, parce que maintenant il font des consultations pour les gens qui sont sous anticoagulants, pour leur expliquer leur traitement"*

MG-13: *"Alors pour certains renouvellements de pilule oui, mais je trouve que les pharmaciens, parfois, jouent le jeu d'une façon un peu bizarre. Il y a un discours un peu culpabilisant des pharmaciens par rapport aux médecins, j'ai l'impression"*

Ils n'appliquent pas forcément la loi aussi sereinement qu'ils pourraient l'appliquer."

MG-11: *"la délégation de certaines activités aux pharmaciens, en particulier la notion récente de consultations pharmacie je sais pas quoi, où le pharmacien ferait un peu le tour: qu'est-ce que vous prenez, qu'est-ce que vous avez, euh, moi ça me fait un peu doucement rigoler"*

7.2.1.3 Expériences hospitalières ou descendant de l'hôpital

MG-10 : *"alors moi j'ai beaucoup travaillé à l'hôpital, dans le libéral c'est beaucoup plus dur"*

MG-13 : *« un autre cas j'ai un patient atteint d' une sclérose latérale amyotrophique qui est tétraplégique trachéotomisé, ventilé 24h/24h et qui est aspiré toutes les 10 minutes et ces aspirations sont faites par les auxiliaires de vie, donc des actes infirmiers qui sont délégués après formation dûment validées par un organisme qui marche en étroite collaboration avec l'hôpital de la Croix-Rousse, et qui met à disposition du matériel de respiration invasif et non invasif à domicile, pour les patients qui en ont besoin, donc ils forment, ils surveillent, ils supervisent »*

7.2.1.4 Aux sages-femmes

MG-12 : *« Je vois maintenant, qu'est ce qu'ils nous disent pour les accouchements, d'essayer de faire travailler beaucoup plus les sages femmes :déléguer plus aux sages femmes, si l'accouchement doit être normal pourquoi ce serait pas la sage femme qui prendrait en charge. On entend des choses comme ça, donc c'est quand même bien de la délégation de tâches. »*

7.2.1.5 La délégation de la vaccination : une pratique acquise ?

Pour certains, la délégation du vaccin antigrippal est une pratique acquise, courante et apparaît évidente. Pour quelques-uns, la vaccination par des infirmiers sur prescription médicale est étendue à d'autres vaccins que le vaccin antigrippal, pour les adultes.

MG-8: *"pour le vaccin antigrippal" « oui, bien sûr, systématiquement"*

MG-3: *Oui, par exemple, les vaccinations, je pense qu'on délègue pas mal aux infirmières, par exemple à partir de 15 ans " oui, le vaccin contre la grippe, je crois que j'ai dû en faire 2 ou 3 cette année, avant on en faisait beaucoup plus que ça "*

MG-5:*"toutes les vaccinations, maintenant tous les rappels tétanos, on délègue vers les infirmières" "je prescris un vaccin , où je marque par infirmière" "Après pour les jeunes ado, 6 ans des fois on les envoie vers l'infirmière, mais pas les bébés."*

MG-12: *ben la délégation pour les vaccins, ça commence déjà, heureusement avec le vaccin de la grippe, heureusement on a plus le défilé qu'on avait avant »*

MG-1 : *parlant du vaccin anti-grippal: "Ben c'est 95 % de mes patients"*

" je délègue aux infirmières dès que ça ne fait plus partie de la consultation, c'est à dire quand les gens ne sont pas à jour de leur vaccination"

MG-12:*"le BCG, j'ai essayé 2, 3 fois de faire des BCG là, mais les petits gamins bougent, la maman tient pas bien, c'est dangereux(...) je les envoie systématiquement au dispensaire, pour le BCG." "pour les vaccins du tétanos, faire un Revaxis, chez les petits nourrissons, je ne le fais pas, j'envoie dans les centres de vaccination."*

Pour d'autres, la délégation du vaccin antigrippal est une pratique beaucoup plus aléatoire, absolument pas systématique.

MG-4:*"Et souvent les patients qui ont recours aux infirmiers c'est ceux qui ont l'habitude de les appeler en fait. Sinon les autres ils se retrouvent ici. "*

MG-10: « Ça dépend, quand ils ont une infirmière qui vient par exemple pour une insuline, ils se le font systématiquement,"

" ceux qui n'ont pas d'infirmière, à l'occasion d'un renouvellement d'ordonnance ils nous l'apportent."

MG-11: "c'est très individuel comme situation" " y' en a qui le font très bien , ils ont l'habitude de la faire, ils sortent le papier et pis voilà, mais peut-être pas beaucoup"

MG-4 : "Moi ils n'ont jamais eu de vaccins fait par l'infirmière mis à part la grippe »

MG-12: "pour le vaccin contre la grippe: j'essaie de les persuader, souvent ils m'apportent le papier parce qu'ils croient que j'ai à le tamponner, je leur dis non, non , j'ai même pas à le tamponner, allez directement chez le pharmacien, chez l'infirmière, moi je suis d'accord,"

"Alors y' a aussi le fait qu'il faut changer tout une mentalité, quand les patients sont un petit peu âgés ils aiment bien avoir l'avis du docteur."

Parfois c'est une pratique très rare.

MG -7: "je délègue très peu à l'infirmière, j'ai l'impression que ça ne se passe plus" "la vaccination contre la grippe. En général c'est moi qui la fait"

MG – 13: le vaccin anti-grippal "dans la plus part des cas je pense que c'est moi qui le fait, mais ça ne me pose aucun problèmes de principe que ce soit fait par l'infirmier."

SYNTHESE

Plusieurs difficultés se dessinent :

De nombreux médecins n'ont pas d'expérience de délégation de tâches en dehors de la vaccination antigrippale (MG 2,6,9,11 ,13). Pour certains c'est une pratique informelle difficile à identifier. Quelques exemples de délégation sont expérimentés ; aux pharmaciens : suivi des AVK pour MG1,2,3 qui travaillent en maison médicale, renouvellement d'ordonnance de contraception (MG-13) ; aux infirmiers : délégation d'adaptation des doses d'insuline (MG 10).

Les pansements sont souvent cités (MG 1,3,4,5,7) comme des actes délégués aux infirmières, alors qu'ils font partie des décrets d'actes infirmiers et relèvent d'une coopération non dérogatoire.

Pour la majorité des médecins la délégation de tâche n'est pas quelque chose de concret.

De tous les entretiens ressort un manque de clarté et de connaissance de la définition de la délégation de tâche et très peu d'applications pratiques.

Les pratiques de la délégation de la vaccination antigrippale sont hétérogènes.

- Pour certains, c'est une pratique acquise, permettant un gain de temps.
- Pour d'autres, la délégation du vaccin antigrippal est une pratique beaucoup plus aléatoire, pas du tout systématique. La pratique est alors déterminée par les habitudes et les situations des patients, ainsi que par celles des médecins.
- Pour d'autres, c'est une pratique très rare.

° Quelques médecins prescrivent parfois très couramment d'autres vaccinations aux infirmières, en particulier le rappel du DTP chez l'adulte.

7.2.2 Regard des médecins sur l'adhésion des patients à la délégation de la vaccination antigrippale

MG-3: "c'est rentré dans les mœurs"

MG - 5: "ils s'en foutent, du moment que tu leur dis que c'est aussi bien, ils le font" "Même, tu leur dis, c'est comme ça et puis c'est tout "

MG-2 "après que la vaccination soit faite par un autre professionnel de santé plus largement, pas seulement antigrippale, j'avoue que je ne sais pas, comment ça peut être perçu, ça dépend comment on leur présente et qui leur présente, si ça vient du médecin qui explique, "dorénavant ça va ce passer comme ça , pour telles et telles raisons" "ça peut être bien compris"

MG-8: "je pense qu'il n'y a pas de souci, à ce niveau, dans ma clientèle il suffit d'ajouter un petit mot en disant n'oubliez pas d'aller voir l'infirmière, mais c'est vite fait ça."

MG-4: "souvent les patients qui ont recours aux infirmiers c'est ceux qui ont l'habitude de les appeler en fait."

MG - 9: "Alors on entend de tout, y' a des gens qui disent je vais aller voir l'infirmière , je leur dis très bien ,et puis y' en a d'autres, non moi je veux que ce soit vous qui me la fassiez"

MG - 6: "il faudrait leur demander"

SYNTHESE

10 des 13 médecins pensent que la délégation de la vaccination antigrippale a été bien acceptée par les patients (MG 1,2,3,5,7,8,9,10,11,13). Ne pas déléguer le vaccin contre la grippe relèverait plus alors de freins venant du corps médical.

Les autres, ou ne se prononcent pas, ou expliquent les réserves de leurs patients à faire appel à un autre professionnel de santé que leur médecin.

Le discours médical est dit très important dans l'adhésion des gens à une nouvelle mesure, même si l'impact sur la population est parfois dit limité.

7.2.3 Sens perçu à la délégation de tâches

7.2.3.1 Une réponse acceptable à la problématique de l'optimisation de l'offre de soin et de libération de temps médical ?

° Pour beaucoup, la délégation de tâches est motivée par des critères de démographie médicale,

la pénurie de médecins et la problématique de gestion du temps médical :

MG-2 : *"effectivement, vu l'inadéquation entre la demande et l'offre de soin, il va peut être falloir déléguer des choses"*

MG-3 : *"je crois que c'est comme ça qu'il faut travailler maintenant, je crois qu'il y a pas beaucoup d'autres solutions dans l'avenir vu qu'il n'y a pas beaucoup de professionnels de santé, il faut essayer de faire des regroupements et un travail d'équipe"*

MG - 8 : *"ce sont des choses qui vont se structurer un peu obligatoirement"*

MG-12 : *"la délégation de tâches est complètement obligatoire" "inévitable"*

° La délégation de tâches médicales a parfois moins de sens que le délégation de tâches administratives au regard de la problématique de la gestion du temps. En effet, pour plusieurs (MG 5,2,4,7,9) le besoin ressenti se tourne plus vers une délégation de tâches administratives, qu'une délégation de tâches médicales.

° Plusieurs médecins (MG 1,2,10,11,13) réorientent la réflexion à cette problématique et priorisent d'autres réponses :

MG-13 : *"Ensuite je pense qu'il ne faut pas que ce soit un alibi à ne pas former plus de médecin, je pense qu'il faut former plus de médecins "*

MG-10 : *"il faut être très vigilant, les médecins sont débordés parce qu'on a réduit le nombre de médecins, et maintenant on va dire parce qu'ils sont débordés, on va déléguer leurs tâches à quelqu'un d'autre, alors peut être qu'il y a un certain nombre de tâches où effectivement c'est pas obligé que ce soit un médecin qui les fasse ? Mais attention à ne pas résoudre un problème qui a été créé par nos politiques, il y a 30 ans, par autre chose. De dire : la délégation des tâches ça va résoudre le nombre de médecin je pense que c'est pas une bonne manière de raisonner" "Maintenant, qu'il y ait un certain nombre de tâches faites par le médecin , qui puissent être faites par d'autres professionnels de santé, oui peut-être mais c'est à y réfléchir, et à ce moment là est-ce que c'est au niveau de la délégation des tâches, ou est-ce que c'est au niveau de ces nouvelles professions?"*

MG-6 : *"mais il y aurait une délégation des tâches entre médecin ce serait déjà bien" "il faudrait que le médecin traitant puisse ou veuille déléguer des tâches de vaccination, de médecine du sport, le médecin scolaire n'a pas une activité très importante actuellement à l'échelon de la société, je pense que toute la médecine sportive du jeune elle pourrait être faite par le médecin scolaire" "il suffirait que tout le monde joue son rôle quoi"*

° Certains médecins, contestent le terme de "délégation" et la perçoivent comme une pratique utilitaire aux fins du médecin. Ils n'adhèrent pas à l'idée de « déléguer » des tâches, mais à celle d'un « partage » de tâches.

MG-1 : *"moi ça me gêne un peu la délégation de soins" "le médecin est le professionnel de santé de référence et les autres sont autour et il consent ou condescend à leur déléguer des tâches" "suppose une hiérarchie entre professionnels, hors en fait y' a pas de hiérarchie" "y'a des domaines de compétences différents avec au centre du dispositif le patient" "je pense qu'il y a plutôt un partage de tâche et une coopération à mettre en place autour du patient plutôt qu'une délégation de tâches" "on est dans une logique : les médecins ne sont pas assez nombreux, sont débordés, donc on va faire appel à des petites mains pour faire le boulot qu'ils ne veulent pas"*

faire" "je ne conçois pas ça comme ça" "c'est plutôt mettre ensemble pour un patient donné , mettre autour d'une table les problèmes de ce patient: qu'est-ce qu'il manque pour s'occuper correctement de ce patient ?""le partage de tâches se réfléchirait plutôt en terme de compétences et de missions"

° Certains émettent des réserves à la délégation de la vaccination, en interrogeant le sens et la pertinence du mode opératoire actuel en place, et remettent en cause son bien fondé.

MG-10: "c'est curieux parce que bon que ce soient les infirmières qui fassent moi ça ne me gêne pas, que la première vaccination antigrippale doivent être une prescription, d'accord et que les suivantes, il n'y ait pas besoin de prescription? J'ai du mal à comprendre quand même parce que euh, voilà, parce que les gens ont été vaccinés une fois, y' a pas de problèmes? Je ne suis pas persuadé que ce soit une très bonne chose, mais bon nous ça nous fait des papiers en moins"

SYNTHESE

Les sens perçus à la délégation de tâches sont contrastés :

° Les médecins expriment une idée plus ou moins précise et juste de la délégation de tâches. Pour 5 médecins les réflexions sur le sujet sont initiées par l'entretien. Pour beaucoup, elle répond à une nécessité de restructuration et à une « incontournable » évolution de l'organisation des soins, face aux besoins croissants en santé. Elle est aussi parfois pensée en terme d'« inadéquation entre l'offre et la demande de soins » (MG-2).

° Plusieurs questionnent la pertinence de s'intéresser à déléguer des tâches de prévention et prioriseraient les réflexions sur la problématique de la démographie médicale et de l'offre de soins ; d'abord sur la formation des médecins (augmenter le numérus clausus), l'ouverture à de nouvelles professions de santé, un réaménagement des missions et des temps de travail déjà entre médecins, plutôt que sur la délégation de tâches.

° Les regards sont plus contrastés, non pas tant sur l'acceptabilité de la délégation de tâches, mais sur les fondements de cette pratique et le sens attaché au mot « délégation ».

° En effet, certains médecins contestent le terme de délégation de tâches, parfois énoncée comme une pratique utilitaire aux fins des médecins. Elle peut être envisagée si le sens du mot délégation est étendu au sens de coopération interprofessionnelle, de partage de tâches. Pour eux, les besoins des patients et les compétences des professionnels devant être au centre de l'organisation.

7.2.4 La délégation de tâches : intérêts dégagés

7.2.4.1 Gain de temps au profit du patient et du médecin ?

° Intérêt partagé par plus de la moitié (9 des médecins sur 13), des médecins interrogés.

MG-7 : « oui bien sûr, enfin les espaces libérés par cette délégation, pourraient être rempli par d'autres choses »

MG-3 : " si par exemple les infirmières pouvaient faire les ECG, nous on les lirait, ça nous ferait gagner du temps sur la consultation "

MG - 5: "oui, sinon on ne finirait pas" "ça me permet de libérer des plages horaires"(la délégation du vaccin antigrippal)

MG - 7: " intéressant parce que c'est du temps gagné pour moi"

MG - 8: "intérêt très concret, c'est le gain de temps" "les gens ont leur vaccin et viennent entre 2 se faire vacciner, ça c'est fréquent aussi, c'est un peu rasoir, y' a une petite perte de temps sur la vaccination, c'est sûr." MG-11: "ça peut être une économie de temps"

MG-12 : "je pense que déléguer un certain nombres d'actes, dans un contexte cadré au niveau légal, avec des garanties sur la compétence des gens qui vont pratiquer les actes délégués c'est quelque chose d'intéressant, entre autre par rapport à cette question qu'on est débordé." "c'est moins de boulot pour moi, c'est très bien"

"moi ça m'arrange (...)" Si y'a quelqu'un d'autre qui s'en occupe, si on m'en décharge moi je suis pour"

MG-6 : "je pense que oui"

MG-9 : "euh, oui "pour être précis par exemple, la délégation du vaccin antigrippal, je pense que c'est une bonne chose, parce que justement en cette période d'avoir des gens qui viennent pour le vaccin, ça surcharge les consultations, à mon avis pour pas grand chose, donc moi c'est plutôt un confort quand les patients vont voir l'infirmière pour le vaccin"

"si on pouvait déléguer un petit peu les certificats médicaux ce serait pas mal"

° MG 2 et 4, envisagent la délégation de tâches comme potentiellement intéressante mais sont sceptiques sur le gain de temps qu'elle apporterait, au regard du travail de coordination, du travail administratif et du changement des pratiques qu'elle demande.

MG-2 : "c'est acceptable " "mais demande un travail de coordination, lui aussi chronophage"

"je ne sais pas si on va vraiment gagner du temps"

"ça pourrait sembler plus facile qu'on continue à faire un petit peu tout, ça nous permet de garder une vision d'ensemble sur le patient"

7.2.4.2 Gain dans la qualité des pratiques

Le temps dégagé est lié pour tous à une potentielle amélioration de la qualité des pratiques.

MG-7 : "plus s'impliquer dans des réseaux," "plus faire de l'éducation thérapeutique de groupe," prendre plus de temps pour les consultations, "pour mieux suivre les gens, mieux les interroger"

MG-3 : *"je crois que ça nous permettrait de mieux surveiller nos patients"*

MG-2 : *"rentre dans l'aspect un peu cocooning du patient" se sentir soutenu" "ça peut donner au patient l'impression d'avoir une équipe autour de lui" "et en même temps, ça peut être enrichissant aussi de partager avec d'autres professionnels parce qu'il y a des choses qu'on ne voit pas tout seul "*

MG-10 : *Euh, ben qui puisse y avoir, en particulier pour des patients chroniques, âgés à domicile, peut-être plus d'acteurs de soins qui passent (..) quelque chose qui permette d'étoffer un peu la prise en charge de certains patients qui sont isolés"*

MG-8 : *"le fait de déléguer sa main mise sur le patient avec d'autres personnes du soin, c'est très bien"*

MG-6: *"la délégation, pour les médecins traitants, ou les professionnels qui n'ont pas le temps de bien cerner cette pratique pourraient être déléguée à des centres qui en ont plus l'expérience" « parce que aussi il n'a pas le temps de pouvoir s'inquiéter de ce qui se fait ailleurs, donc ça l'oblige à s'intégrer dans une structure et c'est très bien "*

° Un médecin n'y voit aucun intérêt s'il s'agit d'avoir une vision médico-centrée et de déléguer
« les tâches les moins nobles de l'exercice médicale »

MG-1 : *« Donc si c'est : le médecin ne fait plus et l'infirmière se débrouille, ça n'a aucun intérêt, mais si c'est: le médecin et l'infirmière échangent pour que les personnes chez qui ça pourrait poser un problème, échappent à des effets indésirables de vaccination oui, là ça vaut le coup. C'est pas je ne fais plus parce que j'ai pas le temps, ça ne m'intéresse plus, je délègue »*

7.2.4.3 Valorisation des professions ?

° Majoritairement perçue comme un enrichissement de l'exercice

Pour 10 médecins sur 13 la multiplicité des intervenants est exprimée de façon positive, malgré certaines craintes.

MG-6: *"c'est très bien, déjà ça permet au médecin libéral d'être en lien avec d'autres professionnels parce que c'est vrai que le médecin libéral est assez isolé dans ses décisions"*

MG-2 : *"c'est plutôt une richesse de travailler en groupe" "la diversité c'est important " "se compléter avec des compétences différentes"*

MG-11: *"c'est toujours important d'être plusieurs pour ne pas avoir le même interlocuteur, un autre mode d'abord peut être enrichissant, ça peut être une ouverture,"*

° Pour beaucoup elle valorise les compétences

De nombreux médecins (MG 1,3,7,9,10,12) voient dans la délégation de tâches une valorisation des professions passant par une redéfinition des tâches selon les compétences.

MG-7 : *"réorienter notre pratique d'une manière intéressante"*

MG-8 : *" les infirmières sont aussi compétentes que nous pour certaines choses"*

"on n'arrête pas de faire des choses un petit peu aberrantes"

MG-9 : *"Après c'est pas une question de diplômes, c'est une question de compétences, si les gens sont compétents pour le faire,(..) voilà qu'ils le fassent"*

MG-7 : *"même des délégations, euh aller plus loin , une rhinite allergique, bon on la traite **mais** d'autres pourraient le faire"*

° Parfois elle est perçue comme une dévalorisation des professions

MG-11: *"ça risque pas à terme d'appauvrir le colloque singulier, le contrat thérapeutique avec le patient"*

MG-2 : *"j'ai pas forcément envie de déléguer grand chose, la diversité fait partie de la richesse de notre métier"*

Certains médecins adhèrent à une délégation de tâches très hiérarchisée. Cette vision ne paraît pas favoriser l'autonomie des professions à qui on délègue des actes, mais plutôt en accuser leur dépendance.

MG-5 : *« Et bien pour moi, ça serait bien par exemple la délégation de tâche par exemple avec les infirmières: c'est que quand les gens arrivent ils aient le poids, mesurés, tension, par exemple quand les bébés arrivent que toutes les mesures soient faites, et nous on s'occupe vraiment que du soin, on n'a plus qu'à faire notre boulot d'examen clinique ça ça nous ferait gagner du temps, c'est ça la délégation de tâches »*

Un médecin évoque la délégation de tâche comme une remise en question de l'efficacité des médecins :

MG-11 : *"Alors cette évolution semble bien montrer que si on a l'intention de déléguer un certain nombre de tâches à des infirmières ou à des para médicaux, c'est bien que aussi, par des actes un petit peu éducatifs chez le pharmacien, mécaniques chez l' infirmière ça veut dire que le médecin il ne remplit pas cette fonction d'éducation, semble-t-il, tel qu'on pourrait le souhaiter "*

SYNTHESE

° Les regards sur la délégation de tâches sont hétérogènes. Beaucoup l'envisagent positivement par le partage de compétences, l'échange interprofessionnel, le gain de temps, l'aspect étayant pour le patient qu'elle peut proposer. Ainsi pour 10 médecins sur 13 la multiplicité des intervenants est exprimée de façon positive, et intéressante malgré certains désintérêts exprimés, comme le caractère chronophage du travail de coordination qu'elle demande.

° Son caractère de « valorisation des professions » est discuté. La question des frontières entre les professions, de la nature des rôles de chacun et des fondements des définitions des actes médicaux est au cœur des réflexions sur la délégations de tâches.

° Un médecin évoque la délégation de tâches comme une remise en question de l'efficacité des médecins. Ce qui va dans le sens de l'importance des enjeux de pouvoir dans la délégation de tâches. Ainsi l'IGAS dans son rapport de 2011 sur « les missions des pharmacies d'officine » rapporte que « toute promotion du rôle du pharmacien est considérée comme une dévalorisation corrélative du rôle du médecin, comme une désacralisation ou banalisation de l'acte médical »(37). L'extension éventuelle du rôle de certaines professions de santé, « n'est pas un simple problème pragmatique d'ajustement des fonctions entre deux professions » (37).

7.2.5 Focus sur la délégation de la vaccination

7.2.5.1 Une des réponses à l'amélioration de la couverture vaccinale ?

° Nombreux sont ceux qui perçoivent ou imaginent un impact positif de la délégation de la vaccination sur la couverture vaccinale, parfois avec certaines réserves. (MG-1, 3,5,6,7,8,13)

MG-1: « *Oui, enfin y'a pas que ça" "si les pharmaciens du coin, les infirmières du coin, les médecins du coin ont un discours cohérent, (..) la couverture vaccinale elle va être améliorée".*

MG-3: « *on pourrait pas voir tous les gens qui auraient besoin de se faire vacciner, nos plannings seraient débordés(..)Donc il y a en a qui passeraient entre les mailles de la vaccination, question de temps » « je pense que oui, en tout cas pour la grippe, pour le reste je sais pas mais pour la grippe oui »*

MG - 5: « *Oui, je pense oui, que les gens depuis que je fais comme ça sont vachement mieux vaccinés. Les infirmières l'ont fait »*

MG - 7: « *oui ça me paraît intéressant que plusieurs personnes posent la question de la vaccination, et s'assurent que les gens soient bien vaccinés »*

MG - 8: « *oui, du moment qu'on simplifie en accès, qu'on simplifie la prise du médicament chez le pharmacien, qu'on va pas tamponner etc, si les choses peuvent se faire directement »*

MG - 7: « *bon je dis, je le fais, je vaccine, mais certainement il y a des oublis, donc pourquoi pas sûrement, si plusieurs personnes sont investis de ça, ben forcément, l'offre est plus grande »*

° D'autres y voient plutôt un frein, où la délégation complexifierait le parcours pour le patient.

MG-4: « *je suis pas sûre que ça l'améliorera," le fait que les gens doivent aller voir quelqu'un d'autre en plus je pense que ce sera un frein, alors que quand on les a au cabinet on leur dit allé c'est bon, on vous fait le vaccin aujourd'hui et hop on les vaccine,"*

MG - 9: « *je ne sais pas"*

MG - 8: « *c'est vite compliqué"*

7.2.6 Craintes et obstacles exprimés face à la délégation de tâches dans le cadre de la prévention

7.2.6.1 Problématiques de la gestion de l'espace

L'exercice isolé de la médecine libérale

À l'unanimité la délégation de tâche est perçue comme difficile à mettre en place dès lors que l'on exerce la médecine générale « en libéral »

MG-6: *"dans un lieux comme ici, un centre de santé c'est facile"*

"après en médecine libérale, c'est tout à fait différent," puisque les médecins qui travaillent dans leur cabinet," "la délégation des tâches est un peu plus difficile"

"l'exercice isolée des médecins libéraux complique la délégation de tâches"

MG - 8: *"dans ma pratique isolée, rurale, la délégation de tâche c'est pas évident, ça n'existe pas trop"*

MG-10: *" dans le libéral c'est beaucoup plus dur,(..) c'est clair qu'on ne se connaît pas assez au niveau des professionnels"*

MG-12: *" mon exercice solitaire est vouée à la disparition"*

MG-2 : *« Ce qui est difficile pour les patients c'est pas forcément de changer d'interlocuteur c'est de multiplier les interlocuteurs dans des lieux différents parce que ça oblige à des transports et ça, ça peut poser des problèmes pour certaines personnes »*

Problématiques de la coordination de soins : conserver cohérence et cohésion

De façon consensuelle, la coordination interprofessionnelle que demande la délégation de tâches est problématique et peut faire craindre un impact négatif sur qualité de la prise en charge.

° Complexifier et éclater la prise en charge, est citée plusieurs fois.

MG-2 : *"que ça morcelle un petit peu la prise en charge"*

MG-10 : *"quand il y a plusieurs personnes qui s'occupent d'un même problème le risque c'est que ça se dilue et plus personne n'y pense"*

MG-12 : *"je pense que la limite : il ne faut pas compter là dessus pour résoudre totalement la question du manque de médecins, pour que la spécificité du médecin ne se dilue pas ."*

° La crainte d'un manque de retour d'informations est retrouvée fréquemment (MG-2-3-4-6-7-8-9-10) MG-4: *« on va plus savoir qui le fait »*

MG - 7: *« si c'est pas centralisé quelque part, ça peut peut-être poser problème »*

° Crainte de voir se multiplier les discours paradoxaux. Dans plusieurs entretiens (MG-1, 2, 3,4,8,9,10), la multiplication des acteurs de première ligne dans la vaccination fait craindre de «voir des conseils contradictoires, des pratiques différentes et les gens vont être perdus» comme le dit MG-1.

° La crainte d'une augmentation du risque d'erreurs.

MG - 8: "on risque de se tromper" "le risque c'est dans la dispersion"

MG-2: "perte d'information "ça nous prive, quelle consultation il va y avoir autour de cet acte de vaccination? » « le morcellement de la personne" "le risque d'oubli, d'erreurs et de consultations incomplètes""il y a assez peu de professionnels qui arrivent à faire la synthèse à part nous et c'est là qu'on a vraiment une grande richesse dans notre métier »

MG-10 : "quand il y a plusieurs personnes qui s'occupent d'un même problème, le risque c'est aussi que ça se dilue, puis que plus personne y pense"

MG-9 "il faut se méfier de trop de dispersion, des choses compliquées,(..) je crois qu'en médecine il faut faire attention aux usines à gaz."

° Certains se posent la question de l'intérêt des patients à la délégation de la vaccination, sans y voir une simplification pour le patient.

MG-2: " est-ce qu'on va plus facilement consulter une infirmière, qu'on irait voir un médecin, je sais pas, le tout c'est de sortir de chez soi pour consulter un professionnel de santé. Après, je sais pas"

7.2.6.2 Problématiques d'ordre relationnel

Problématique de la confiance

° Le degré de confiance est parfois un facteur limitant.

MG-7: "Peur que l'autre professionnel ne sache pas passer la main, fasse la prise en charge lui même alors qu'il n'est pas compétent"

MG-10 : "il faut être sûr de la personne avec qui on travaille, parce que ça me paraît quand même très compliqué à mettre en place"

MG-12 : "est-ce que j'ai la possibilité après de vérifier que ça a été fait ou pas(..) que c'est bien fait. Je ne sais pas comment je vais faire pour vérifier, et puis d'abord est-ce que j'ai à vérifier ?"

° Certains médecins envisagent de façon plus confiante une délégation de tâche.

MG-12 : Pas de craintes spécifiques "si c'est bien encadré" "j'veux dire y'a pas un monopole de la compétence du côté des médecins et inversement pas un monopole de l'incompétence chez les autres professionnels de santé

MG-6 : "à partir du moment où il y a un retour, y'a pas de crainte à avoir"

MG-2 : "ça dépend comment on leur présente et qui leur présente, si ça vient du médecin qui

explique, "dorénavant ça va ce passer comme ça, pour telles et telles raisons" ça peut être bien compris: "

Problématique du lien

MG-10 : "il doit y avoir une coordination, ce dont on souffre en libéral parce qu'on ne se connaît pas assez"

MG-2 : " ce qui est difficile c'est le lien entre les professionnels"

Considérer les positions, les souhaits et besoins des différents intervenants

° Les disponibilités des autres professionnels de santé apparaissent comme des limites.

Un médecin parle d'une « pénurie globale de tissu soignant », les problèmes de démographie médicales et surtout de répartition des professionnels de santé ne touchant pas uniquement les médecins (38).

MG-10 : "enfin de ces professions de santé on augmente aussi leur charge de travail" "mais c'est pareil, des kinés il en manque, des infirmiers il en manque, donc je veux bien, mais on les trouve où tous ces gens ? Il faut qu'ils soient formés et on est quand même en pénurie globale de tissu soignant."

° Plusieurs médecins interrogent les éventuelles réticences voire refus des infirmiers à vacciner.

MG-4: "alors il y a des années où ils n'ont pas voulu le faire, alors je ne sais plus pourquoi, je parle des infirmiers."

MG-4: " je ne suis même pas sûre que nos infirmiers ils accepteraient de le faire"

MG - 5: Pour les enfants, parfois il y a des infirmières qui n'aiment pas vacciner des bébés "

MG-12: "mais moi ce que j'ai eu souvent , c'est " faire faire pratiquer par une infirmière", et puis le patient revient en disant non, non elle n'a pas voulu. Alors ça je ne sais pas pourquoi,"

MG-11 les infirmières(...) est-ce qu'elles ont le goût, ou l'envie ?.. Je crois que non

.MG-5 : "les infirmiers n'aiment pas" "quand c'est le rôle du médecin, c'est le rôle du médecin, quand c'est le rôle de l'infirmière c'est le rôle de l'infirmière." ' problème de responsabilité "

"ça leur pose problème (aux infirmières) cette délégation de responsabilité, ça les angoisse énormément"

° D'autres se questionnent sur les intérêts des infirmières dans cette pratique.

MG - 6: "je ne sais pas du tout si c'est intéressant pour une infirmière de faire ces actes là , je ne sais pas comment elles sont rémunérées"

° Adhésion des pharmaciens à la délégation de tâches est parfois remise en question.

MG-13 :« Alors pour certains renouvellements de pilule oui, mais je trouve que les pharmaciens, parfois, jouent le jeu d'une façon un peu bizarre. Il y a un discours un peu culpabilisant des pharmaciens, j'ai l'impression, des fois. Alors que ça pourrait être peut-être plus souple dans le discours, dire ok, on peut dépanner mais il ne faut pas perdre de vue le suivi. Y'a une espèce de truc un peu dans le chantage parfois, j'ai l'impression, du côté des pharmaciens, je sais pas.»

« Ils n'appliquent pas forcément la loi aussi sereinement qu'ils pourraient l'appliquer. Là où moi, ça ne me gêne pas qu'un pharmacien renouvelle 1 mois ou 3 mois de pilule, je crois qu'ils ont le

droit de renouveler 6 mois. »

7.2.6.3 Problématiques d'ordre comportemental

Le poids des habitudes, des traditions

MG-5 : *« par tradition en France, c'est le médecin qui vaccine et ça on a du mal à changer »*

MG-12 : *« Alors y'a aussi le fait qu'il faut changer toute une mentalité, quand les patients sont un petit peu âgés ils aiment bien avoir l'avis du docteur. »*

MG-11 : *« le para médical ne fait pas partie intégrante de leur vie médicale, le médecin oui, mais pas les para médicaux »*

MG-2 : *« ça pourrait sembler plus simple qu'on reste comme ça, comme on a l'habitude »*

parfois un manque d'habitude et de connaissance de la population.

MG-11 : *"souvent quand on prescrit des soins par une infirmière, les gens ont du mal à en trouver, ils savent pas trop » "ça me paraît toujours un peu choquant que des gens soient vaccinés parce que l'infirmière est passée, sans savoir si c'était le moment, pas le moment, des contre indications, pas de contre indication " "la vaccination c'est pas juste faire une piqûre, je suis pas certain que cette tâche globale puisse être assurée par un tiers" «les infirmières, elles n'ont pas le temps, et puis est-ce qu'elles ont le goût, ou l'envie, ou la compétence pour le faire, je crois que non" "quand beaucoup de patients ont leurs rappels de tétanos gérés par le médecin du travail, dans l'entreprise, c'est pratiquement un rapt de tâche"*

MG-4 : *"si on nous enlève ça, c'est pas grave, mais c'est que je ne vois pas les gens aller à la pharmacie, au laboratoire se faire vacciner. Mais après c'est juste un état d'esprit il faut que ça change"*

7.2.6.4 Problématique de la reconnaissance

Obstacles économiques

La délégation impose de repenser le système de rémunération des professionnels de santé. Non seulement de reconnaître une valeur financière au temps de travail, et non seulement à l'acte. Pour tous, les tarifications actuelles sont incompatibles avec les pratiques de délégations de tâches. Le système de financement de la vaccination est parfois dit mal adapté.

MG-7 : *"actuellement c'est peu valorisé la coordination des soins"*

MG-1 : *"pas de reconnaissance de l'interformation, on nous dit allez faire de l'éducation thérapeutique aux gens : donc, on peut réunir 50 patients ici et leur parler de la vaccination une soirée, sur le papier ça va faire très bien, mais dans les faits ça va rien changer du tout"*

"pas de reconnaissance du travail qui n'est pas purement dans l'acte"

MG-5 : *"le gros problème c'est la rémunération" "donc on aimerait bien déléguer un peu plus" "mais le problème c'est que la personne qui est déléguée n'est pas payée », on en avait parlé avec la CPAM, y'a rien de prévu »*

MG-7 : *"il faut faire tant de consultations dans la journée pour gagner tant à la fin du mois, ça tourne autour de ça"*

MG-12 : *"je suis tout à fait pour la délégation de tâches, jusqu'où, comment, bon, c'est peu être"*

pas si évident que ça. La théorie est facile, oui, quand on a trop de boulot on est content que les autres en fassent, mais pour un jeune qui s'installe peut-être qu'il aura pas trop envie de déléguer, parce que bon faut bien qu'il vive aussi" "y'a les nouveaux modes de rémunération de la médecine qui peuvent aussi changer peut être ça. Qu'on soit payé forfaitairement, maintenant c'est ce qu'on essaie de faire, mais comment vont être les nouveaux modes, je ne sais pas."

MG-3 : "si par exemple les infirmières pouvaient faire les ECG, nous on les lirait, ça se fait à l'hôpital dans un cadre salarial, mais en libéral on ne peut pas." "il n'y a pas de cotation."

MG-7 : "il faut qu'on soit rémunéré pour s'investir dans autre chose" "faut que ce soient des actes de médecine générale qui soient connus et rémunérés"

MG-1: "si les financeurs ne mettent pas un peu de sous dans la machine pour valoriser les actes de vaccination mais surtout le process général de coordination entre les professionnels ça ne marchera pas non plus »

MG-1: "le paiement à l'acte est une hérésie dans la vaccination"

MG-5: "Je pense que tout travail doit être rémunéré, et puis on a un problème avec ça en France. Ça c'est mon avis, c'est pas normal que si c'est moi qui fait un vaccin je prends 23 euros et l'infirmière elle prend 2 euros"

° Parfois perçue comme un manque à gagner pour le médecin

MG – 2: «avantage économique pour la sécu à la délégation du vaccin antigrippal»

MG-11: «en France y'a pas assez de médecins et y'a pas assez de sous , j'imagine que nos décideurs pensent qu'un vaccin, fait par une infirmière coûtera moins cher, qu'un vaccin fait par un médecin "

MG-4: «désavantage économique pour le médecin»

Obstacles législatifs

Certaines complexités législatives sont relevées. Notamment l'ordre interdirait la création d'outils de rappels pour les patients.

MG-1: "Les vétérinaires font ça, les médecins ne peuvent pas faire ça, parce que quand on fait ça, si on fait appel aux gens en disant : vous devriez avoir votre vaccination à telle date et ben y' a eu des problèmes avec le conseil de l'ordre qui estime que c'est une façon de recruter"

MG - 5: "y' a un truc qui est surprenant en France pour la vaccination, on n'a pas le droit au racolage. c'est à dire que quand t'as un chien, ils t'envoient un truc en disant il faut faire votre rappel, en France non car c'est du racolage "

Je trouve ça aberrant, alors que la sécu pourrait, comme les hémocults, envoyer un papier : penser à faire votre vaccination"

MG-4 : « avant c'était la médecine scolaire qui vaccinait, ils ne le font plus(..) il faut la présence des parents pour pouvoir vacciner maintenant».

MG – 6: " un médecin du travail, et on lui demande toujours si il est assuré pour faire les vaccins, parce qu'il faut une assurance supplémentaire au médecin du travail pour pouvoir faire les vaccins, donc voilà en termes juridiques, c'est vraiment très très compliqué, et voilà il faut justifier de tout alors qu'un médecin c'est un médecin et que tout médecin devrait pouvoir vacciner , c'est pas très logique"

Manque de lisibilité en terme de responsabilité

Le flou autour de la responsabilité des actes délégués pose problème à de nombreux médecins (MG-5,7,10, 11,12).

MG-10 : " *Moi ce qui me ferait peur peut-être ce serait plus un problème de responsabilité , parce que voilà, une personne qui fait la tâche, mais nous est-ce qu'il faut qu'on soit responsable de ce qu'elle fait ? Est-ce qu'il faut qu'on supervise? Voilà ça ça me paraît très compliqué*"

MG-12 : "*comment ça se fait au niveau des responsabilités, on ne sait pas bien.*" "*je ne sais pas comment je vais faire pour vérifier; et puis d'abord est-ce que j'ai à vérifier, parce si j'ai à vérifier c'est que je ne fais pas confiance, "Délégation de tâches d'accord, mais(...) jusqu'où, comment, bon, c'est peut-être pas si évident que ça*

MG-11 : "*La délégation de tâches, c'est à dire ce qui est fait classiquement par le médecin qui est du ressort médical dans les textes, dans tout ça, déléguer à une autre profession, je serais beaucoup plus réticente, parce que il y a un problème de responsabilité »*

7.2.6.5 Problématique de la gestion des connaissances

Loi HPST très peu connue et très peu appliquée

5 des médecins (MG,4,5,7,9,12) disent ne pas connaître la loi HPST. Pour quelques autres elle est floue et peu connue. En revanche, plusieurs ont un regard positif sur cette loi.

MG-4: "*pas du tout*" « *je ne savais pas*" "*y' a aucune application dans ma pratique*"

MG-5: "*ah non*" "*c'est tout nouveau ça.*"

MG-7: "*non, je n'étais pas au courant*" "*à priori j'y suis favorable, oui*"

MG-9: "*Non non je n'étais pas au courant,*" "*mais moi ça ne me dérange absolument pas, encore une fois si les gens sont capables de le faire, ben voilà.*"

MG-12 : "*je n'ai pas senti d'application pratique*" "*non, je sais pas*"

MG-13: "*c'est un peu flou mais ça me parle*"

Parcours possibles pour la vaccination peu appliqués et/ou peu connus

Il ressort parfois que ni les gens, ni même certains médecins, ne connaissent les parcours possibles pour la vaccination.

MG-7: "*j'ai l'impression qu'ils ne le font pas beaucoup (le vaccin antigrippal par l'infirmier),mais peut-être c'est par manque d'information*" "*il faudrait une grosse campagne d'information, dire qu'on peut aller là, que ce soit facile*

MG-12: "*moi j'ai appris la semaine dernière, que justement, les infirmières ont tout à fait le droit de vacciner. Je ne savais pas*"

MG- 5 : «*Les gens découvrent, quand on leur dit, l'hépatite A vous pouvez la faire chez une infirmière les gens ne le savent pas* »

SYNTHESE

Crainces et obstacles perçus à la délégation de tâches :

Des obstacles de tous ordres sont identifiés, relevant à la fois du domaine économique, personnel, des compétences, historique, situationnel (situation démographique, situation du système de soin) :

° À l'unanimité la délégation de tâches n'a de sens qu'en exercice de groupe. Il semblerait que l'organisation actuelle des libéraux ne favorise pas la délégation de tâches, y compris pour les médecins travaillant en maison de santé (à qui on a refusé des protocoles de délégation notamment). De façon consensuelle, la coordination interprofessionnelle que demande la délégation de tâches est problématique. La crainte de complexifier et d'éclater la prise en charge est très présente, ainsi que la crainte du manque de retour d'informations. La difficulté de créer du lien est soulevée. Le degré de confiance est un facteur limitant à la délégation, qui semble impliquer l'acceptation d'une relative perte de contrôle des situations. Les habitudes, le poids des traditions sont relevés comme des obstacles.

° Un manque de valorisation de la coordination professionnelle est fortement exprimé. Pour tous, le système de rémunération actuel, à l'acte est inadapté à la délégation de tâches, qui impose de reconnaître une valeur au temps de travail et de repenser les nomenclatures. Les actes infirmiers étant définis par décrets ils font l'objet d'une codification précise qui brident les possibilités de délégation.

° Un manque de lisibilité des responsabilités des différents participants à une délégation de tâches est relevé.

° Un manque de connaissances et d'application pratique la loi HPST est déclaré, même si plusieurs médecins ont un regard positif sur cette loi.

° Un manque de connaissance des médecins et du public sur les parcours possibles pour la vaccination est parfois évoqué.

° Certains mettent en doute l'adhésion des professionnels de santé à qui seraient déléguées ces tâches. Ils relèvent l'importance de s'enquérir des positions des professionnels de santé concernés.

° D'autres se posent la question de la faisabilité, en parlant d'une « pénurie globale de tissu soignant » puisque les problèmes de démographies et surtout de répartition des professionnels de santé ne touchent pas uniquement les médecins.

7.2.7 Obstacles spécifiques perçus à la délégation de la vaccination

7.2.7.1 Le vaccin : acte simple, rapide

MG-4: c'est pas quelque chose qui m'embête foncièrement, c'est pas quelque chose qui prend du temps."

MG-6: "ce sont peut être des consultations faciles pour le médecin traitant donc il ne veut peut-être pas obligatoirement s'en défaire " " ce serait bien sûr le décharger de certaines tâches importantes"

MG-2 : « la délégation.(..)ça nous prive»

MG-7: "et puis de fait les gens viennent en consultation, ils apportent leur vaccin contre la grippe, ils ne viennent pas que pour ça,"

MG-11: "souvent ça se synchronise avec un renouvellement, avec une consultation"

MG-10: "la vaccination c'est quand même à l'occasion d'une consultation, c'est quand même comme ça que ça ce fait "

MG- 8 « si la vaccination se fait au cabinet, elle se fait au cours d'une consultation, les gens ont leur vaccin, on les vaccine point barre »

7.2.7.2 La réflexion autour du vaccin est perçue comme une compétence médicale

Certains questionnent la formation actuelle d'autres professionnels de santé que les médecins sur la vaccination et leur légitimité à être délégué à la vaccination, sans y voir, pour beaucoup, voir d'obstacle inamovible à une délégation plus large à venir.

MG-13 : « si c'est bien encadré, je veux dire, il y a malheureusement aussi des médecins incompetents » « Donc, si on dit au niveau sociétal que tel corps de métier peut être formé à pratiquer tel acte de prévention, tel acte technique, que la formation est faite, je ne vois pas pourquoi ça n'arriverai pas à s'intégrer harmonieusement au système »

MG-6: "la vaccination c'est toujours une réflexion" "en l'état actuel des choses, je ne sais pas quels sont les professionnels de santé autre qu'un médecin formés à la vaccination." "je pense que l'infirmière n'est pas pour l'instant prête à pouvoir discuter d'un autre vaccin, par manque de formation uniquement" "il faudrait qu'il y ait une formation adaptée et pour l'instant ça n'est pas encore le cas"

MG-2: "c'est question d'avoir tous le même discours , c'est ça qui est difficile."

MG-11 : les infirmières(...) est-ce qu'elles ont (...)la compétence pour le faire, je crois que non"

MG-2 : « un moment donné, les patients avaient l'habitude d'aller à la pharmacie acheter un vaccin, éventuellement en montrant leur carnet de vaccination à la pharmacie, mais comme elles n'étaient pas à jour des dernières recommandations vaccinales, elles proposaient un vaccin qui n'était pas le plus adapté »

SYNTHESE

Obstacles spécifiques perçus à la délégation de la vaccination

- ° La vaccination apparaît en pratique souvent comme un acte simple et rapide, majoritairement synchrone d'une consultation, qui ne dérange pas les médecins, et parfois les arrange. « *Ce sont peut-être des consultations faciles* » (MG-6)
- ° La vaccination (comprise au sens de réflexion) est assimilée à une compétence médicale, en l'état actuel des formations.

7.2.8 Élargissement de la délégation de la vaccination des adultes à d'autres professionnels de santé ?

7.2.8.1 Délégation de la prescription des vaccins ?

- ° Pour beaucoup (entretiens 6,7,2,13,9,8,12) une place de prescripteur pour d'autres professionnels de santé est envisageable, sans même qu'ils ne précisent forcément une profession particulière à qui déléguer, sous réserve d'une formation ad hoc. La place de chacun ne serait alors plus définie par le statut professionnel, mais par les compétences.

MG-7 : "Oh, je veux bien imaginer déléguer la prescription parce que le vaccin il suffit d'avoir un tableau de suivi pour voir quel vaccin, après il faut pouvoir expliquer aux gens le bien fondé d'une vaccination, repérer les contre-indications, voilà ça ça demande un minimum de formation, formation qui est facile à avoir; après, oui, oui c'est possible."

MG – 13: "Si il y a la formation ad hoc derrière pourquoi pas imaginer déléguer la prescription des vaccins" "si on arrive à trouver des bons moyens d'échanges pourquoi pas"

MG-9 : "je pourrais imaginer déléguer même la prescription, après l'important c'est que les gens soient vaccinés que ce soit par moi, ou par Tartempion""le biologiste, le pharmacien, moi, franchement, je n'ai pas de réticences, ce qui est important c'est que les gens le fassent, après, peu importe l'opérateur"

MG - 8: "c'est vrai que nous médecins, on a tendance à s'accaparer la prescription, c'est quand même, notre truc, après imaginer(déléguer la prescription), oui"

MG -12 : "on est toujours obligé de faire des ordonnances et ça c'est des fois contraignant"

"Oui, bien sûr; à partir du moment où la prévention est faite, pourquoi elle ne serait pas faite complètement par le pharmacien"

° A l'inverse, pour d'autres (MG-3,4,5,10,11) il est important que la prescription des vaccinations reste au médecin.

MG-3: "prescrire est plus le rôle du médecin"

MG-4 : "Que ce soit un médecin qui prescrive, ça me paraît quand même encore important, car ça permet quand même de voir le patient au moins à cette occasion là" "sinon, c'est encore des enfants qui vont rester des années sans voir un médecin dans certains âges où ils ne viennent plus en consultation par exemple"

MG-5: "C'est pas dans notre culture actuellement. Je vois mal, les médecins dire, je laisse l'infirmière prescrire." "Je vois déjà les pharmaciens donnent des vaccins, et ça me fait suer parce que c'est pas les vaccins que je voulais, par exemple ils ne donnent que le tétanos, alors que je voulais faire le Repevax. Donc je préfère garder la main là dessus."

MG-10: "il y a certaines contre-indications et ça je pense qu'il faut que ça reste médical, quand même." "La prescription, moi je pense il faut quand même qu'elle reste médicale"

7.2.8.2 Rôles projetés : les infirmiers

° Le geste :

Les infirmiers apparaissent souvent les plus légitimes aujourd'hui, à la délégation du geste vaccinal par leur expérience des injections, l'absence d'obstacle technique perçu et par leur place clinique (entretiens1,2,3,8,13).

MG-8: "les infirmières sont là, ce sont des personnes qui ont l'expérience des aiguilles" "Tout le monde peut la faire la vaccination, mais je pense que la cohérence voudrait que la délégation se fasse aux infirmières"

MG-3: "vacciner, je pense que l'infirmière est très bien placée pour ça" "l'infirmière est tout aussi capable que le médecin de faire une vaccination" "je pense que ce n'est pas forcément le rôle du médecin de faire des injections, c'est peut être les infirmières, elles ont l'habitude"

MG-1: "ça me paraît cohérent que ce soient les infirmiers qui fassent au maximum ce genre de choses" "c'est un geste technique, les infirmiers savent piquer largement aussi bien que les médecins, donc y'a pas d'obstacles technique, y' a pas d'obstacle légal réglementaire, donc ça me paraît cohérent que ce soit les infirmiers qui fassent au maximum ce genre de geste , moi je n'y vois aucun obstacle."

MG-10 : "l'injection, les infirmiers, oui,oui, quand même les infirmiers, c'est vrai que c'est un geste médical, mais ils font bien la vaccination antigrippale, à l'hôpital c'est ce qu'ils font, ça me paraît acceptable "

MG-2 : "une infirmière bien formée et compétente va tout à fait ,aussi pouvoir s'apercevoir des même choses et diriger l'enfant vers le médecin ou le pédiatre après donc finalement." "elle est quand même assez logique dans le mesure ou la première vaccination a été faite par un médecin, que les suivantes, a priori devraient pas poser de problèmes allergiques ou autres," " c'est très bien que les infirmières puissent vacciner"

MG-5 : "c'est très bien"

° La prescription :

MG-8: "oui, si elles sont d'accord pour le faire, il faut savoir si elles sont d'accord pour le faire,

c'est pas évident du tout, quand il faut prescrire, écrire et signer, je crois que les choses changent un peu"

MG - 7: "les infirmiers, pourquoi pas, quand ils suivent les gens , quand ils ont un cabinet pourquoi pas" "oui, je veux bien imaginer déléguer la prescription"

MG-2: "oui, oui"

MG-13 : "Moi sur le fait que le geste technique vaccinal soit pratiqué par l'infirmière, ça ne pose aucun problème," "et ensuite développer la compétence des infirmiers pour qu'ils puissent aborder la question de la vaccination avec les gens, et à terme la prescrire pourquoi pas"

7.2.8.3 Rôles projetés : les pharmaciens

Beaucoup attribuent aux pharmaciens un rôle important dans le conseil et la transmission du message de prévention vaccinale (MG 1,3,5,6, 7,10)

MG-1: "Oui, que les pharmaciens aient un rôle à jouer c'est évident ,en terme de message de prévention" "imaginez qu'à chaque fois qu'un patient va chez un pharmacien on lui pose la question sur ses vaccinations""rien que ça et que le pharmacien ait un stock de cartes de vaccination qu'il pourrait donner aux gens en disant retournez voir votre médecin pour qu'il note là où vous en êtes et qu'il vous complète votre calendrier vaccinal, oui bien sûr "

MG-3: " si le pharmacien voit une plaie qu'est pas jolie elle peut dire est-ce que vous êtes à jour sur vos rappels anti-tétanique"

MG-10:"que le pharmacien puisse dire à des gens chroniques : "ah vous avez peut-être un rappel à faire" ça ça pourrait faire partie du rôle"

° Le geste :

Les avis sont très contrastés sur la possibilité de voir le pharmacien comme effecteur de la vaccination.

* Certains ne lui imaginent pas ce rôle. Parfois l'association d'un rôle à la fois commercial et soignant est source de crainte. D'autres fois ce sont les conditions de réalisation pratique qui paraissent un obstacle. D'autres fois encore il s'agit de l'ordre : la vaccination n'apparaît pas comme une mission des pharmaciens.

MG-1 : "en terme d'effecteurs de vaccination, je ne vois pas les pharmaciens faire ça"

MG-13: "je pense que le rôle du pharmacien ce n'est pas de vacciner; ils ont déjà un rôle super large, en plus ils vendent le vaccin, donc ça me semble compliqué de vendre le vaccin et de vacciner"

MG-2: "si le pharmacien se met à vacciner dans son arrière boutique est-ce qu'il a toutes le conditions de garanties pour que tout ce qui devrait être fait autour de la vaccination soit bien fait, je sais pas."

* Quelques-uns peuvent envisager le pharmacien comme effecteur de la vaccination d'autant que l'accessibilité des pharmacies offre la possibilité de toucher tout public.

MG-6 : *"c'est très facile en pharmacie, dans leur discours, ils sont le premier maillon, ils sont très accessibles, à tous, c'est eux qui vont conseiller aux gens de faire la vaccination ou d'autres actes de prévention, ils sont très importants" " alors pourquoi pas vacciner, ça pourrait être faisable(..), sous réserve qu'ils aient un local, par exemple"*

MG-7: *"pharmacien, oui, admettons (..), ça pourrait faire parti de leurs tâches mais je crois que ça va demander une réorganisation de leur travail peut-être aussi"*

* Un médecin adhère de façon enthousiaste à l'idée de vacciner dans les pharmacies par le pharmacien, mettant en avant surtout l'aspect pratique de l'unicité de lieux de délivrance et d'injection pour les patients, et le gain de sécurité dans la conservation de ce médicament fragile.

MG-12: *"ça ne me choque pas du tout, au contraire, ils sont sur place, comme ça on est sûr que le vaccin sera bien conservé, qu'il sera à la bonne température. Ça ne me gêne pas du tout. Comme ça on dira moins que le pharmacien, c'est un commerçant. ça peut être bien dans l'évolution des choses pour les pharmaciens"*.

7.2.8.4 Rôles projetés : les laboratoires

* Pour les uns, le rôle des laboratoires dans la prévention vaccinale s'arrête à la transmission d'un message de prévention.

MG-5 : *"et au laboratoire c'est pareil, toutes les personnes qui arrivent à eux, au moins dans la première étape pour l'initiation des soins, ou dans la prévention, ils sont très importants"*

MG-1: *"Le labo, oui c'est un lieu de passage, il peut y avoir des affichages, il peut y avoir. " maintenant je ne vois pas bien le labo se lancer ni dans le conseil à se faire vacciner auprès des gens, ni dans le fait d'effectuer la vaccination"*

MG-3: *"non je pense que c'est pas leur rôle le laboratoire ils font les prises de sang "*

° Le geste :

* Plusieurs disent être ouverts à la réalisation de la vaccination dans les laboratoires (MG-4,2,7,10,13). Parfois en mettant en avant leur expérience avec les aiguilles (prises de sang/vaccins)

MG-4: *"pourquoi pas le laboratoire, il fait des prises de sang, donc il pourrait bien faire les vaccins aussi, c'est plus qu'on n'a pas l'habitude, je pense."*

MG-2: *"laboratoire: pourquoi pas ça arrive d'avoir un contact avec le labo"*

MG-7: *"labo, ça fait pas partie des habitudes, donc c'est difficile de s'imaginer si les gens acceptent de faire ça, après pourquoi pas "*

MG-10: *"si c'est le médecin du labo oui, pourquoi pas oui, si il veut, mais est-ce que c'est le rôle du biologiste? Pourquoi pas"*

MG-13: *"Les biologistes ça ne me pose pas de problème" qu'ils vaccinent.*

* Certains patients peuvent être initiateurs de la demande de se faire vacciner dans des

laboratoires.

MG-12 : *"les gens le proposent des fois, ils disent, ben attendez, je vais faire ma prise de sang, il me le feront ou le pharmacien; il me la fera ma piqûre"" Non, moi je ne suis pas du tout choqué, je ne suis pas du tout à vouloir tout garder pour moi, à être rétionnel, absolument pas."*

7.2.8.5 Rôles projetés : les sages-femmes

* Un médecin évoque spontanément les sages femmes, et pose la question du vaccin anti-HPV. pour lui déléguer ce vaccin pour lequel l'adhésion des professionnels est particulièrement variable est délicat.

MG-13: *"Les sages femmes ça pose la question du vaccin contre l'HPV"*

"Pour moi, L'HPV la grosse limite c'est : attention, ça ne protégera jamais vraisemblablement de tous les cancers du col de l'utérus et du coup ça ne dispense pas d'un suivi" "je ne sais pas comment d'autres professionnels le vendront"

"Je pense qu'on ne maîtrise pas tout " "ce qui est important c'est que les gens soient bien formés"

SYNTHESE

Élargissement de la délégation de la vaccination des adultes à d'autres professionnels de santé ?

Même si certaines positions (MG 6,7,2,13,9,3,8,12) très ouvertes sur la délégation de la vaccination font primer les compétences sur le statut professionnel et permettent ainsi de voir, de façon indifférenciée, un professionnel de santé formé comme prescripteur et effecteur du vaccin ; certaines professions ressortent tout de même plus légitimes, aujourd'hui, à la délégation de la vaccination, que d'autres.

Certains ont un regard plus rigide sur la délégation de la prescription : pour eux (MG - 3,4,5,10,11), il est important que la prescription des vaccinations reste au médecin. Cette position est déterminée soit par une question d'ordre et de rôle établi, soit par la place centrale attribuée à la vaccination dans le suivi des gens, soit par la perception d'un manque de compétences des autres professionnels de santé, perceptions souvent forgées par des expériences négatives comme la délivrance en pharmacie du mauvais vaccin par exemple.

- ° Les infirmiers apparaissent souvent les plus légitimes aujourd'hui
- ° Les rôles potentiels du pharmacien sont envisagés de façons très différentes
- ° Plusieurs disent être ouverts à la réalisation de la vaccination dans les laboratoires
- ° Très peu de médecins évoquent spontanément les sages-femmes.

7.2.9 Particularité de la délégation de la vaccination du nourrisson

La délégation de la vaccination du nourrisson soulève beaucoup de réserves, par sa place centrale dans le suivi des petits.

MG-2: *"si on perd le suivi des enfants ?"*

MG-4: *"pour les tout petits ces vaccinations, je ne suis pas sûre que les parents nous amènent leurs enfants tous les mois. J'aurai peur qu'il y ait des enfants qui partent comme ça dans la nature avec moins de suivi médical du coup"*

MG-13: *"pour la vaccination des jeunes enfants..., peut être que les parents préfèrent que ce soit le médecin"*

MG-3: *"je délègue pas mal, à partir de 15 ans, en dessous, je pense que je préfère voir les enfants pour le suivi"*

Elle peut être envisagée comme déléguée éventuellement aux infirmiers.(MG-8,5)

MG-8: *"je pense qu'on peut déléguer la vaccination mais celle des nourrissons par exemple je pense que c'est plus délicat, je crois qu'il faudrait un petit changement. Je pense aux nourrissons tout ça, il y a des professionnels qui sont spécialisées, j' veux dire les infirmières"*

MG-5: *« je serai prêt à déléguer la vaccination des nourrissons aux infirmières "Oui parce que ça fait mal , on les voit pleurer"*

Pour certains, (MG-5 et MG-12) la vaccination chez les enfants est très importante mais le suivi peut s'axer sur d'autres sujets.

MG-12: *« les petits gamins bougent, la maman tient pas bien, c'est énervant, puis dangereux, maintenant je les envoie systématiquement au dispensaire, pour le BCG » « d'autant que je pense que c'est essentiel »*

SYNTHESE

° Pour beaucoup : crainte forte de perdre le suivi des enfants dans l'hypothèse d'une délégation de leurs vaccinations.

° Parfois la douleur liée à l'acte vaccinal est évoquée comme un motif potentiel de délégation des vaccins du nourrisson.

° Un médecin appuie toute l'importance de la vaccination chez les enfants en la « déléguant » ; dans l'idée d'une amélioration de la prise en charge vaccinale. Le suivi des nourrissons et enfants peut alors s'axer sur d'autres sujets. Par son importance, elle justifie à l'inverse d'être pratiquée dans des centres de vaccination ou déléguée.

7.3 Coopération interprofessionnelle à propos de la délégation de tâches : besoins ressentis

° Pour beaucoup des médecins interrogés, la délégation de tâches prend sens d'abord dans une exercice de groupe, et souvent une unité de lieu

MG-2: *"que ça se passe au même endroit »*

MG-3 : *"je pense qu'au niveau de la maison de santé on a un grand rôle, il faut qu'on arrive à trouver une continuité dans les soins au niveau des professionnels de santé"*

MG-6 : *"dans un lieu comme ici, un centre de santé c'est facile"*

MG-8 : *"justement dans le projet de maison médicale qui va être mis en route, on aura par la proximité, des possibilité de délégation des soins aux infirmières" « la délégation prend son sens par les réseaux"*

MG-11: *"ça va avec l'évolution de la pratique médicale dans des pôles de santé, ou surtout des maisons médicales de santé, où là, il y a une proximité des décideurs, effecteurs, qui est un travail en équipe qui peut le faire"*

MG-12: *"Les maisons médicales, ça serait intéressant, c'est que je pense que la délégation de tâches, si vous êtes un peu dans un mini hôpital, que vous avez juste à côté le collègue, c'est plus facile "*

MG-13: *"c'est un peu la question des maisons de santé où on délègue en toute confiance, où il y a une continuité d'un partenaire à l'autre. "*

MG-11: *"demande un esprit de groupe" "et pas un groupement d'intérêts individuels" "une synergie dans un groupe de collaboration" "être bien structuré"*

° Pour l'ensemble des médecins entendus, le lien entre les acteurs est primordial, il passe par différentes choses: la connaissance des autres acteurs, la proximité géographique, la coordination, la cohérence du discours.

MG-4 : *"quelque chose en lien avec tout le monde, qu'il y ait un suivi" "si on veut que ça marche il faut que les gens soient en lien."*

MG-10 : *"Qu'il y ait un bon lien entre les acteurs. Je pense vraiment qu'il faut que les acteurs se connaissent qu'ils puissent se passer un coup de fil facile"*

MG-8 : *"il faut que ce soit bien coordonné, et pas trop dispersé quand même" il faut que ce soit coordonné et cohérent"*

MG-2 : *"un discours cohérent, synchrone"*

MG-1 : *"tous convergents" «dans le même sens"*

MG-3: *"Qu'il y ait une confiance mutuelle et des échanges entre les différents professionnels de santé "*

MG-5: *"Il ne faut pas négliger les professionnels, quand tu connais quelqu'un ben c'est plus facile" "Qu'on s'entende" " qu'il y ait une bonne ambiance" "qu'on travaille tous dans la même direction, et qu'on sache partager . "retour de l'information"*

MG-8: *"déjà que les gens s'entendent, déjà, un objectif et une affinité, c'est important" " le bon vouloir de chacun, c'est peut-être ce qu'il faut mettre en premier".*

MG-3: *"Requiert l'aval et la participation en amont des décisions de tous les acteurs concernés"*

"Des conditions de formation et idéalement qu'on connaisse les interlocuteurs." " Voilà connaître suffisamment les partenaires" "des maisons de santé où on délègue en toute confiance, où il y a une continuité d'un partenaire à l'autre"

° L'importance de la circulation de l'information est soulignée quasi systématiquement, et même parfois vue comme condition première à sa réalisation.

MG-9 : *"à partir du moment où l'information circule, tiens j'ai un tel qui m'a fait ça, si ça peut être ancré dans le suivi du patient , ça c'est important oui, le retour d'information, après peu importe qui le fait."*

MG-6 : *"à partir du moment où il y a un retour, y' a pas de crainte à avoir "*

MG-2 : *"retour de l'information" "est-ce que ce serait intéressant au moins d'avoir un dossier commun?" "dossier médical partagé"*

MG-8 : *"ce DMP est quelque chose qui peut donner une cohérence à une structure médicale" "la personne de coordination, parce que dans les maisons de santé y' a une personne de coordination et je pense qu'une bonne personne de coordination peut dynamiser une structure"*

MG-9 : *"si on veut travailler correctement c'est la disponibilité des gens avec qui on travaille (...)c'est essentiellement là .La communication facile et pratique d'accès."*

MG-10 : *"il faut que les gens se connaissent, puissent se parler facilement, ça c'est vraiment primordial, après c'est que chacun reste un peu à sa place et n'essaie pas de faire le travail du voisin, débordé, ça il peut y avoir des effets pas très positif "*

° Dans beaucoup d'entretiens, sont mises en avant des conditions de formations et de compétences :

MG-10 : *la délégation"ça marche bien, ça marche bien quand elles sont bien formées, quand euh voilà, ça marche bien effectivement."*

MG-1 : *"il faut que les professionnels partagent d'abord des connaissances sur ce qu'ils veulent travailler en coordination, en réseau, par exemple la vaccination " il faut que le patient soit au centre du dispositif et pas les professionnels , c'est pas le médecin chef d'orchestre, c'est pas en terme de professionnels que le système doit être pensé mais en terme de patients » « communication, formation ensemble, partage de compétences, auto formations inter-formations." "Mais la fiabilité des données qu'ils partagent ça me paraît essentiel"*

MG-3 : *"il faudrait qu'il y ait une adaptation de la nomenclature pour les infirmières (...) pour vraiment les intégrer dans le plan de soins" « qu'il y ait peut être des protocoles mis en route"*

MG-2 : *"une formation adéquate"*

° Certains médecins soulignent l'importance d'informer la population.

MG-12 : *"si on dit au niveau sociétal que tel corps de métier peut être formé à pratiquer tel acte de prévention, tel acte technique, que la formation est faite, je ne vois pas pourquoi ça n'arriverait pas à s'intégrer harmonieusement au système"*

SYNTHESE

° Une projection assez positive d'autres formes d'organisations est possible malgré les nombreux obstacles et craintes décrits plus haut. Si les déterminants de la poursuite d'un fonctionnement mis en évidence sont « l'habitude », et l'« état d'esprit », et que pour certains en changer paraît insurmontable ; d'autres sont beaucoup plus souples. « *Mais après c'est juste un état d'esprit , il faut que ça change* »

° La coopération entre professionnels, la délégation de tâches paraissent souvent très intéressantes mais très théoriques, avec des idéaux de fonctionnement bien identifiés, mais bien loin des conditions de terrain.

Ainsi, tous décrivent des impératifs de moyens, les outils nécessaires prenant différentes formes :

Des moyens matériels :

- Parfois encore le carnet de santé, très souvent l'informatique qui porte de grandes attentes : le Dossier Médical Personnel.

- Des centres de santé ou des maisons de santé, des protocoles pour les réseaux de soins

Des moyens financiers : les nouveaux modes de rémunérations, forfaitisation

Des moyens humains : les postes de « personnes de coordinations », les postes en réflexion des « nouvelles professions de santé » (39)

Mais de façon consensuelle, les besoins premiers sont d'ordres personnels et relationnels, s'attachant à la qualité des liens. Des liens constructifs et pertinents apparaissent permis par la « confiance mutuelle », « bon vouloir de chacun », la connaissance des acteurs, leur investissement personnel. « *qu'on sache partager* », « *communiquer* », « *s'investir* » autant de compétences qui sont dites nécessaire au fonctionnement harmonieux de la coordination professionnelle.

MG-5 : « *Y'a des médecins qui ne pourront jamais travailler en collaboration, y'a qu'eux qui ont raison.* »

MG-1 « *ça ne peut pas se décréter la coopération entre professionnels* »

8 Discussion conceptuelle

Après s'être attachés à dégager des résultats de notre enquête de terrain, nous allons ici la discuter, en rapprochant ces résultats de la littérature existante, et des modèles théoriques et pratiques déjà proposés sur les thématiques abordées. Nous essayerons d'en tirer des réflexions et de soulever des hypothèses pour éclairer les complexités soulevées.

8.1 Des investissements contrastés

8.1.1 Investissement en temps : de "manquer de temps" à "prendre du temps"

Intéressons-nous à la notion de temps, puisqu'elle est commune aux thématiques abordées dans notre étude, et que sa représentation influence notre rapport aux situations et nos pratiques. La réalité perçue est que la prévention demande du temps au médecin et que le temps médical est rare. La vaccination en soi, a une double dimension : c'est un geste rapide et qui relève d'une « obligation de moyens chronophages »(5) et la délégation de tâches est souvent perçue comme une solution pour libérer du temps, mais reste peu pratiquée à ce jour alors que de nombreuses formes de délégations de tâches sont permises. Notre travail a mis en relief une asymétrie de temps très marquée à l'avantage des pratiques de soins aigus. Ainsi, malgré l'importance déclarée et objectivée de la prévention, elle peine à trouver sa place au quotidien du médecin. Notre étude a permis de dégager 3 rapports au temps très hétérogènes.

1/ AVOIR du temps : il s'agit alors d'ajouter du temps

C'est une représentation très majoritaire du temps dans notre enquête. Le temps est un problème. C'est surtout par manque de temps que la prévention est trop souvent laissée pour compte, et c'est notamment pour ajouter que la délégation de tâches est perçue comme intéressante. Le problème a alors une seule dimension d'ordre quantitative répondant à une logique linéaire : plus/moins, la réponse à la situation est alors plus simple que dans les situations ci-après.

2/ GAGNER du temps : un combat, une course permanente contre le temps

Pour certains médecins, le temps est toujours dit et vécu comme insuffisant, malgré des essais d'aménagement et de libération de temps. « *Alors de manière générale, on n'a jamais assez de temps* » « *je suis tout le temps un peu débordé* ». La solution est alors moins simple que dans la première situation puisqu'il s'agit certes d'ajouter du temps, mais aussi de l'utiliser différemment. Le problème présente alors 2 dimensions. Ainsi, le temps potentiel dégagé avec la délégation de tâches apporte une solution, mais à une seule dimension du problème. Il faut également chercher à solutionner l'autre dimension si l'on entend approcher la question dans sa globalité.

3/ PRENDRE du temps : le temps abordé sous un angle volontariste

Ce que l'on fait du temps répond plus à un choix, guidé par les priorités accordées aux choses, aux situations, qu'à un élément qui nous échappe et auquel nous serions soumis. « *Chez moi c'était très important la prévention, donc j'y accordai du temps* ». (MG-6) « *Oui, il me semble que je prends le temps, il y a des bénéfices, rappeler le cadre un peu, du calendrier vaccinal* » (MG-13) Dans cette perspective, la délégation de tâches est abordée sous un autre angle. Elle est bien sûr reconnue comme pouvant libérer du temps - qu'il n'est jamais inintéressant de gagner - mais elle n'apparaît pas comme un impératif, comme une fatalité à l'évolution des pratiques de la prévention dans le secteur ambulatoire. Elle est perçue comme une éventualité potentiellement intéressante.

Il est intéressant de mettre en avant cette notion de « prendre du temps ». Ainsi, l'abord du temps sous un angle volontariste semble permettre une vision plus positive, moins conflictuelle et moins anxieuse de la question du temps médical. Même si les choix sont évidemment soumis à toutes sortes de pressions complexes et souvent indépendantes de notre volonté : économiques, sociétales... Ce travail montre que chaque médecin y répond de façon singulière et que selon son rapport au temps il s'implique différemment dans les pratiques de prévention.

8.1.2 Investissement personnel

Si l'on a fortement souligné la contrainte du temps, l'investissement personnel variable des médecins dans la prévention et dans la coopération inter-professionnelle est relevé par certains comme participant, et parfois de manière forte, à la situation : écart entre l'importance

déclarée, la volonté affichée et la réalité des pratiques. En effet, dans notre étude, les motivations personnelles sont dites être un facteur, et souvent le premier facteur de la construction et de l'engagement dans des pratiques de délégation de tâches et de prévention. Par ailleurs, ce travail montre à quel point la motivation personnelle semble dépendre de la confiance que l'on accorde aux pratiques et aux personnes avec qui l'on travaille. C'est ainsi la confiance qui primerait dans l'adhésion à une proposition et dans la poursuite d'une pratique. La vaccination demande, pour son application, que la population ait confiance à la fois dans les vaccins et en ceux qui les propose. L'adhésion des médecins généralistes à un mode d'organisation demande d'avoir confiance, et l'on a vu que certains médecins n'avaient pas confiance dans certaines politiques nationales de prévention. C'est le sens perçu aux pratiques qui permet la confiance. Et à travers cette étude, il ressort que contradictions et incohérences diminuent la confiance.

Nous formulons l'hypothèse que s'attacher à harmoniser les situations et les pratiques contribuerait à leurs évolutions, pour que la délégation de tâches soit effective et non plus seulement souhaitée. Si la prévention et la délégation de tâches sont importantes alors elles mériteraient d'être traitées à la hauteur de leurs importances déclarées. Mais, les réalités sont différentes. Elles semblent demander l'accompagnement d'une transformation des pratiques, et donc d'un changement de comportement. Il s'agirait de favoriser l'accès à un autre « savoir faire » et à un autre « savoir être », aussi bien pour les patients que pour les médecins, ainsi que pour les décideurs politiques. La psychologie comportementale est riche d'outils et d'approches pour favoriser les motivations et soutenir les changements de comportements. Le travail motivationnel en est une technique. « La motivation au changement survient lorsque les gens perçoivent une contradiction entre ce qu'ils sont et ce qu'ils aimeraient être. Le travail motivationnel consiste à révéler ces contradictions et à être le partenaire extérieur du dialogue intérieur que cette contradiction génère » (51). Ainsi, ce travail propose une réflexion sur les nombreuses contradictions dans les pratiques qui y sont mises en relief.

8.1.3 Investissement institutionnel

Nous poursuivrons à mettre en relief certains aspects contradictoires des représentations et des pratiques des médecins, en abordant leurs représentations de la formation médicale à la prévention. Elle est parfois perçue comme très incomplète. La formation en matière de

vaccination, si certains ne la remettent pas en question dans cette enquête, d'autres la déclarent très insuffisante. Pour autant, la vaccination est perçue comme relevant d'une compétence médicale, par la réflexion et la discussion qu'elle peut demander, bien que cette discussion trouve en général peu de place dans la pratique quotidienne. En revanche, l'acte vaccinal lui, dans le discours des médecins, est quasiment toujours associé à un « *geste simple qui ne demande pas de compétences particulières* », qui a de rares contre-indications et de rares effets secondaires immédiats. Au quotidien, l'acte vaccinal est donc banalisé à une simple piqûre. Ceci porte à réfléchir, à la fois, à ce qui lui vaut la qualification d'acte médical - puisque dans la pratique il paraît plus vécu comme un acte infirmier - et au fait que l'acte vaccinal, en France, soit à 90% réalisé par le médecin et ce, bien que les infirmiers puissent vacciner sur prescription depuis longtemps. En effet, beaucoup de médecins, comme MG-3, « *pense(nt) que ce n'est pas forcément le rôle du médecin de faire des injections, c'est peut-être les infirmières, elles ont l'habitude* ».

Les particularités du médicament « vaccin », semblent peu présentes à l'esprit des médecins généralistes interrogés. Nous ne discuterons ici que de l'injection, qui, même si le résultat est une simple piqûre, demande des compétences pour choisir la voie d'injection et réaliser le bon geste recommandé. Par exemple, « la voie sous-cutanée est recommandée pour les vaccins viraux et optionnelle pour les vaccins polysidiques non conjugués, méningococciques et pneumococciques. Elle se fait dans la région du deltoïde en pinçant la peau entre le pouce et l'index et en piquant avec l'aiguille à 45° la base du pli cutané ainsi formé »(9). Prendre la mesure des nombreux enjeux et spécificités du vaccin sont parfois perçues comme liées à des compétences en vaccinologie, dont la qualification de médecin n'est pas forcément le garant.

A ce propos, il est intéressant de noter que « les formations initiales en vaccinologie des médecins et pharmaciens sont analogues ». Environ cinq heures pour les médecins; une durée moyenne de quatre heures pour les pharmaciens (5). De plus, les médecins ne voient en général aucun obstacle, à ce que les infirmiers réalisent l'acte vaccinal. Pourtant, si certains médecins le délèguent depuis longtemps (très peu dans cette étude), d'autres méconnaissaient le droit des infirmiers à réaliser l'acte vaccinal. Suite à ces constats, nous proposons que la vaccination pourrait reposer aussi sur d'autres acteurs du soin que les médecins. Nous formulons l'hypothèse que communiquer ces constats aux médecins ouvrirait la réflexion et favoriserait peut-être une délégation élargie de la vaccination. Et nous proposons que renforcer les compétences des médecins en vaccinologie et de tout autre professionnel de santé qui souhaiterait s'engager dans la vaccination, participerait à l'amélioration des pratiques, et de la couverture vaccinale.

D'autre part, la loi HPST est en général également méconnue et majoritairement sans application pratique, et même si la méconnaissance paraît entretenue par un manque de clarté des termes et de leur contenu, nous proposons qu'elle participe de son peu d'application pratique, entre autres obstacles. Nous soulevons l'hypothèse que faire connaître ou/et rappeler les possibilités de délégation de tâches aux médecins et aux pharmaciens en favoriserait l'acceptation et la mise en œuvre. La délégation de tâches demande une interaction, une communication entre les différents partis impliqués.

A travers notre étude, la formation en communication et en sciences humaines et sociales apparaît également trop manquante au regard de son importance déclarée. Nous soulevons l'hypothèse qu'ajouter au début et tout au long du cursus universitaire médical une formation plus conséquente et plus solide à la communication, et non seulement aux sciences humaines et sociales, mais aussi à la dimension humaine qui prend place de fait dans la médecine, contribuerait à l'amélioration des pratiques de prévention et de délégation de tâches. Si les formations des professionnels nous semblent pouvoir être améliorées, les pratiques de prévention apparaissent également fortement soumises aux moyens financiers nationaux qui leur sont imparties. Nous développerons dans le chapitre suivant certains aspects de la situation de la prévention au niveau national.

8.1.4 Investissements financiers et choix politiques

Tous les médecins perçoivent un manque de moyens financiers attribués à la prévention et à la coordination des soins, et la plupart le vivent au quotidien. Les résultats de notre enquête appuient l'importance de l'impact de ce manque de valorisation financière du temps médical, sur la qualité de leurs pratiques et la rareté de leurs mises en œuvre. Quant aux nouveaux modes de rémunérations, si quelques-uns les citent, ils sont perçus comme non significatifs à ce jour. En effet, les politiques de santé publique semblent souvent favoriser l'investissement dans la technique, plutôt que dans l'humain. Ainsi, elles soutiendraient plus, par leurs choix d'investissements, l'amélioration de la technique, des soins curatifs, la mise au défi de la science, plutôt que l'amélioration des pratiques de prévention. Nous prendrons l'exemple de la récente et impressionnante première greffe de cœur artificiel, réalisée le 18 décembre 2013 sur un patient français de 75 ans. Nous rappellerons que la première greffe cardiaque date de 1967 (40). Cette

prothèse cardiaque suscite émerveillement et félicitations devant cette technicité appliquée au corps humain. En effet, son enjeu est puissant, « redonner un cœur à des patients alors que les listes d'attente de greffons s'allongent de façon dramatique, partout dans le monde. Ce défi médical se double d'un pari industriel : si le cœur développé par la société Carmat confirme ses capacités, c'est un marché potentiel de plusieurs milliards d'euros qui s'ouvrira à lui (100 000 malades en Europe et aux États-Unis, pour un coût de la prothèse de 160 000 euros). Les investisseurs qui ont misé sur cette société cotée verront leur audace récompensée. » (40) Ainsi, cette exemplarité en termes de progrès techniques peut porter d'immenses espoirs médicaux et industriels, ainsi que pour les rares malades qui en bénéficieront peut-être. Mais le jour où cette technique sera accessible à tous les malades cardiaques et popularisée n'est pas venu. Alors, les bénéfices collectifs de cette prouesse sont maigres, au regard de ceux qu'apporteraient par exemple la diminution du tabagisme, ou encore une meilleure couverture vaccinale française et mondiale du ROR.

Ajoutons un autre exemple pour étayer ces propos, où l'investissement dans la prévention et les politiques nationales de mise en œuvre des pratiques de prévention paraissent laissés pour compte : la non mise en pratique, encore à ce jour, du dépistage du cancer colorectal par test immunologique. Rappelons le contexte épidémiologique du cancer colorectal qui, avec près de 40 000 nouveaux cas et 17 000 décès en 2010 en France, se situe au 3ème rang des cancers et au 2ème rang des décès par cancer (41). Le test immunologique de dépistage est recommandé depuis 2008 par la HAS (42). De plus, « les études en population à risque moyen montrent que les tests immunologiques permettent de détecter 2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés que le test Hemocult II® pour un nombre de coloscopies 2 à 4 fois plus important. » (41). Il est donc plus performant que le test Hemocult II®, à la fois sur la détection des cancers à un stade précoce mais aussi sur la détection des lésions pré-cancéreuses. Il diminuerait non seulement l'incidence du cancer colorectal, mais aussi sa mortalité. En 2011, un rapport de l'institut national du cancer propose les modalités de migration vers leur utilisation. Les tests immunologiques sont à l'œuvre, en 2012, dans le cadre du programme de dépistage du CCR à l'échelon national en Écosse, en Slovénie et à l'échelon régional en Toscane, aux Pays-Bas, en Catalogne (41). Selon le professeur Jean Faivre, président honoraire de la Société nationale française de gastro-entérologie, la mise en place du test permettrait de doubler le nombre de vies sauvées, avec 5 400 vies gagnées par an, contre 2 700 avec Hemocult® (43). Ce test de dépistage est concret, acté, bien plus simple à effectuer que « la prévention du suicide » par exemple et les études montrent une meilleure acceptation par la population que le test toujours en place, en raison d'un plus petit nombre de prélèvements de selles à effectuer qu'avec

le test Hemocult II® (41). Ce test de dépistage, à l'efficacité prouvée depuis plusieurs années pourrait donc prendre forme, mais ni les années précédentes, ni 2013 n'ont vu sa mise en place et l'année 2014 est commencée. Il semble que le bénéfice collectif potentiel apporté par l'amélioration des pratiques de prévention mérite d'être reconnu et pris en compte à la hauteur de ses enjeux.

Nous développerons également un exemple de budgets particulièrement disparates, attribués à deux domaines différents de la prévention. D'un côté la prévention vaccinale, qui prend acte de façon très concrète et rapide par le biais du vaccin, et de l'autre la prévention contre le suicide, qui prend acte à travers une relation, dans la compréhension et l'attention portée à la situation de l'autre. Nous comparerons tour à tour leur coût humain et financier et nous prendrons l'exemple de la vaccination contre la grippe saisonnière puisque cette année, la cour des comptes remet en question « l'opportunité de (sa) prise en charge à 100% » (44). La politique de vaccination contre la grippe saisonnière est en place depuis plusieurs décennies. Le vaccin antigrippal coûte environ 20 millions d'euros par an à la sécurité sociale (44). En revanche, « la promotion de la vaccination et des vaccins (qui) relève essentiellement de l'INPES [...] ne représente cependant qu'une faible partie des dépenses. En 2011, un peu plus de 2,2 M€ concernaient la vaccination » (44). En France, la stratégie vaccinale contre la grippe est de protéger les personnes à risque : les plus de 65 ans et quelques autres groupes de personnes définis à risque, pour éviter environ 1 500 à 2 000 morts par an. Ce nombre de morts est établi statistiquement, par la différence entre le nombre de décès attendus dans la tranche d'âge des plus de 65 ans et les décès observés pendant les périodes épidémiques. Les décès étant alors attribués à la grippe sans avoir nécessairement de confirmation virologique (45). Le vaccin antigrippal est un vaccin à faible immunogénicité, s'adressant le plus souvent à des patients immunosénescents, dont le taux d'efficacité est de 50 à 80 % selon les sources. Pour éventuellement se protéger de la grippe, il faut renouveler l'injection tous les ans car son efficacité dure moins d'un an, et le virus ayant un haut potentiel mutagène, il faut alors s'adapter à la situation épidémiologique. Le bénéfice réel du vaccin sur les personnes à risque est difficile à quantifier (45). Le Québec (46) et l'Angleterre (47) ont adopté la stratégie vaccinale de faire barrage à l'épidémie en vaccinant les réservoirs de virus que sont les enfants. La grippe est une maladie potentiellement grave dont il faut se protéger et la vaccination « demeure l'un des moyens les plus efficaces de protection »(48) : là n'est pas la remise en question, ni l'objet de la réflexion. Il s'agit en revanche de s'intéresser au sens des actions pour élargir l'horizon de leurs simples applications, et s'associer aux réflexions qui les portent. Ainsi nous comparerons d'abord le coût humain annuel lié au suicide avec le nombre annuel de décès attribués à la grippe. Ensuite nous mettrons en

parallèle les moyens financiers investis par les pouvoirs publics dans la vaccination antigrippale puis dans la prévention du suicide.

En ce qui concerne le suicide, il tue environ 3 000 personnes par an chez les plus de 65 ans, dans la même tranche d'âge que la majorité de la population cible pour le vaccin antigrippal ; et toutes classes d'âges confondues, il tue environ 11 000 personnes par an (Source:INSERM)(49). « Près de 1,5 millions d'euros ont été consacrés à cette cause (au suicide) au niveau national entre 2000 et 2005 et près de 20 millions d'euros par les régions sur la période 2000-2004, grâce aux ressources de l'assurance maladie associées aux crédits des services déconcentrés de l'État »(50). Cela représente un total de 21,5 millions d'euros en 6 ans avec un financement mixte pour lutter contre le suicide, qui de 2000 à 2005 a tué 65 132 personnes toujours selon les chiffres de l'INSERM. En ce qui concerne les moyens financiers attribués à la vaccination antigrippale, ce sont 120 millions d'euros financés entièrement par l'assurance maladie pour éviter 12 000 morts théoriques, potentiellement tués par la grippe, sur cette même période.

Ces constats pourraient mettre à nouveau en relief l'intérêt de considérer le bénéfice collectif global des pratiques et leurs sens. Ils viennent étayer notre questionnement de la place de la dimension humaine dans les pratiques médicales et alimenter les réflexions. Les nombreux paradoxes mis en relief sont souvent liés à la complexité de prendre en compte et de prendre en charge la dimension humaine dans les pratiques et dans leurs mises en œuvre. La médecine qui a affaire à l'homme demande non seulement un "savoir", mais aussi un "savoir faire" et un "savoir être". Nous nous efforcerons ci-après de dégager des entretiens certains facteurs de complexification de la mise en œuvre des pratiques, en commençant déjà par étudier les différentes approches de la prévention pratiquées par les médecins.

8.2 Facteurs de complexification aux pratiques et à leur mise en œuvre

8.2.1 La prévention : des contours et contenus vastes et mouvants

De façon consensuelle dans ce travail, la complexité de la prévention tient d'abord au fait qu'elle se propose de considérer le patient dans sa globalité - dans sa situation de vie singulière,

avec les interactions multiples qui influent sur sa santé - et dans son humanité. En dehors des préventions actées et organisées (vaccins, frottis, statines, hémocults...), en dehors des approches par monopathologies (HTA, diabète, alcoolisme..) qui correspondent à des entités bien limitées, et même si elle s'y réduit très souvent dans les faits, la prévention et le sens des pratiques de prévention ne sont pas envisagés, sur le terrain, comme des actes explicites, comme quelque chose de concret, de saisissable. Ils apparaissent d'abord, comme une sorte de philosophie du soin : c'est par la dimension humaine de la médecine, qui demande à prendre en compte la situation de vie du patient, qu'elle prend sens au quotidien dans les consultations médicales : « *prévenir c'est suivre le patient dans sa globalité* ». « *Quand on connaît bien les gens,(..)tu fais de la prévention* ».

En effet, au cours des entretiens, la nature de la prévention, primaire, secondaire ou tertiaire n'est jamais évoquée. Elle ne semble pas faire partie des systèmes de références utilisés pour penser et pratiquer la prévention. La prévention correspondrait en pratique à une approche globale du patient, prenant place par et dans la relation médecin-malade. Sur le terrain donc, la dichotomie curatif/préventif est dépassée à travers la notion du « prendre soin » où il s'agit de s'attacher à prendre en compte le patient dans sa dimension humaine. Cette représentation de la prévention éclaire pourquoi aucun des médecins généralistes entendus ne met en œuvre de consultations de prévention spécifiques ; de consultations « à part », non basées sur un échange préalable, en dehors du cadre du soin. Des consultations de prévention sont en revanche proposées par les assurances maladies, et préconisées par certaines politiques de santé : bilans de santé gratuits proposés tous les 5 ans par la sécurité sociale à ses assurés, bilans de santé proposés par la MSA. MG-5 rapporte à ce propos que « *tous les gens qui font partie de la MSA, ont tous été convoqués il y a un mois, on leur a fait plein d'examens et nous on nous a balancé tous les résultats et on demande aux gens de venir nous voir et que nous on leur fasse les commentaires et qu'on remplisse des papiers sans que nous, on ait été mis au courant, c'est génial !* » Le HCSP dans son travail de 2009 sur les « consultations de prévention » rapporte qu'« à travers une revue de la littérature, les expériences analysées (fiches) et les auditions réalisées, il apparaît que l'approche par tranche d'âge est considérée comme peu adaptée » (52) et que nous avons de « très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée » (52). Dans notre enquête, l'adhésion des médecins serait également plus grande à une prévention rentrant dans une « logique s'inscrivant dans un continuum organisé, à savoir utiliser plutôt les temps de contact existants qu'une consultation dédiée, en s'appuyant sur des recommandations validées » (52). La cohérence des pratiques de terrain avec les propos du rapport du HCSP, permettent de proposer l'hypothèse que des

consultations de prévention spécifiques, inclineraient la pratique de la prévention à devenir une spécialité médicale à part entière, et à retomber dans une logique de morcellement de la personne et de standardisation, qui ne serait pas souhaitable si l'on entend s'attacher à conserver la vision globale du patient et donc à faire de la prévention.

Pourtant, malgré le grand intérêt des médecins et leur attachement perçu et déclaré à faire de la prévention en considérant la dimension humaine dans le soin, les pratiques sur le terrain laissent trop peu de place à l'expression de cette dimension. En effet, la prévention prend souvent forme de façon très restrictive au quotidien. Ce sont d'abord les pratiques pouvant être authentifiées par des actes qui trouvent place au quotidien et la prévention est alors réduite à une série d'actes préventifs réalisés dans le cadre de programmes nationaux. Ainsi, dans le quotidien du médecin la vaccination est très souvent réduite à la seule injection, ce malgré leur volonté affichée de s'investir dans la prévention vaccinale, et malgré la place de la discussion reconnue importante pour aborder la vaccination.

Nous venons de mettre en relief plusieurs paradoxes de la prévention dont un, tenant à la nature même de la prévention, qui ne semble pas répondre aux mêmes représentations pour certains organismes qui proposent des « consultations de prévention spécifique », et pour les médecins de terrain, pour qui, elle est souvent indissociable du soin et de la pratique d'une médecine globale. Devant ce paradoxe, il serait pertinent de s'intéresser à la manière dont la population perçoit la notion de prévention et les consultations de prévention, afin de mieux cerner la demande et les besoins en matière de prévention. Nous exposerons ci-après, les perceptions qu'ont les médecins de la demande des patients en matière de prévention.

8.2.2 Des demandes contrastées et difficilement perçues

Une autre complexité de la prévention est que la plupart du temps, d'une part elle n'est souvent pas perçue par les médecins comme être une demande des patients, et d'autre part elle est aussi parfois perçue comme intrusive et subie par les patients. En effet, la plupart **des soins** prodigués sont dits relever du soin aigu pour la grande majorité des médecins interrogés, quels que soient leurs modes d'exercice et d'installation. Les patients sont-ils eux aussi pressés par le temps ? Ne prennent-ils pas le temps de s'occuper de leur santé ? Est-ce un choix ? Qu'attendent-ils de la prévention médicale ? Il serait enrichissant donc, d'étudier les représentations et pratiques qu'ont les malades et les bien-portants, de la prévention médicale. Nous dégagerons certains modes de choix des sujets de prévention abordés dans les

consultations par les médecins.

Le choix peut se baser soit sur une maladie déjà existante et la prévention prend alors souvent acte via les consultations de « *renouvellement d'ordonnance par exemple* » ; soit les médecins tentent de repérer le besoin pour telle ou telle personne de diminuer tel ou tel risque « *la situation de la personne nous fait évoquer qu'il y a un risque et on aimerait bien qu'ils réduisent ce risque* » « *Elle vise à réduire un risque identifié par le soignant, pris en compte par le soignant* »(MG-1). Ou encore, les choix peuvent être subordonnés non pas aux besoins des patients, mais à ce que le médecin a « bien en tête », selon ses dernières formations, ses intérêts particuliers pour tel ou tel sujet : « *je suis surtout axé maladies cardio-vasculaires(..), j'essaye vraiment d'insister là-dessus*»(MG-9). Ainsi, le choix des risques à réduire passe souvent par le regard du médecin, avant celui du patient. En effet, les patients ne formulent pas toujours une demande explicite, ce qui n'exclut pas une demande implicite, au-delà des mots. Dans notre enquête, la pratique médicale est souvent contrainte par le temps et semble laisser peu de place à l'expression de cette éventuelle demande implicite, plus difficile d'accès, cachée derrière les plaintes et les douleurs formulées et affichées directement auprès du médecin.

En plus de la difficulté de percevoir et de gérer la demande, plusieurs médecins perçoivent la prévention parfois comme subie par les gens : ce sentiment de soumission, que pourrait ressentir le patient, ne paraît pas faciliter son adhésion à la prévention. Si la notion même de prévention paraît intrusive aux yeux de certains médecins, alors s'attacher à réduire également le caractère intrusif de certaines pratiques médicales pourrait peut-être aider les patients à adopter des comportements plus judicieux en faveur de leur santé. Ce caractère intrusif de la pratique médicale pourrait être identifié dans les discours moralisateurs du type : « *par exemple un hypertendu à qui l'on va dire : mangez moins salé, un patient avec une surcharge pondérale à qui l'on va dire : faites attention à votre alimentation.* »(MG-1). Étudions alors la place du discours, la place des mots et de la communication dans la relation médecin-malade et dans les relations interprofessionnelles demandées par la prévention et la délégation de tâches.

8.2.3 Communication et interactions

Dans notre étude, le discours politique, le discours des médias, le discours de l'école et le discours médical sont perçus comme ayant un impact important tant sur le comportement de la population vis à vis de sa santé que sur les choix des professionnels vis à vis de leurs pratiques. À l'unanimité, savoir communiquer et avoir des moyens de communication efficaces sont

considérés comme essentiels au fonctionnement opérant d'une coopération professionnelle et de la délégation de tâches. Pourtant, la communication à tous niveaux semble souvent difficile et problématique. Les interactions des professionnels de santé avec les ministres de tutelle sont parfois perçues comme non satisfaisantes. Les mesures préventives organisées au niveau national sont parfois vécues comme « *un empilement, une juxtaposition de mesures préventives sans lien avec les différents acteurs* », « *Aucune communication, voilà. Est-ce que c'est de la prévention ?* » (MG-5). Il ressort toute la complexité de la communication, la difficulté parfois d'en percevoir la cohérence et de maintenir des liens.

En effet, les liens entre les professionnels et les différents secteurs de santé sont parfois dits très lâches. Si, dans notre enquête, beaucoup accordent un rôle important à la santé scolaire et universitaire, à la PMI ou à la médecine du travail dans la prévention en général et dans la vaccination en particulier, « il n'y a pas aujourd'hui de vision claire de la complémentarité entre ces différents services et activités à orientation préventive et le médecin traitant, comme le rappelle le HCSP dans son rapport de 2009 sur les « consultations de prévention »(52). Dans notre étude, la coopération et la coordination paraissent peu effectives. Nous relevons ici un autre paradoxe : l'écart entre l'importance déclarée de la communication et la réalité des pratiques.

Tout au long de ce travail, nous avons mis en relief de nombreuses contradictions dans les pratiques, et combien nos comportements et actions étaient parfois éloignés des opinions déclarées. Ainsi, la communication, dite primordiale pour l'efficacité des pratiques, n'est pas favorisée pour autant ; l'importance déclarée de et à la prévention, ne lui garantit pas une grande place dans les pratiques ; s'attacher à convaincre des bénéficiaires individuels et collectifs de la vaccination est reconnu par tous comme important, mais n'interdit pas pour autant, dans la pratique, de la réduire au geste, simple et rapide. Ainsi, Robert-Vincent Joule et Jean-Léon Beauvois soutiennent que nos actions ne dépendent peut-être même que très rarement de nos opinions (53). Prendre en compte les interactions qui se jouent dans les réactions des patients comme des médecins, face à une proposition, face au risque est complexe mais essentiel. Ces interactions apportent une complexité supplémentaire à la communication et aux discours tenus face au risque, alors qu'il s'agit déjà de faire face à de l'incertitude. La prévention qui propose de réduire un risque demande au patient comme au médecin de prendre des décisions en situation d'incertitude. Les réactions face au risque, face au danger potentiel font intervenir la subjectivité du sujet, et des émotions qui influent les comportements.

Discutant dans ce chapitre de la place centrale déclarée à la communication, nous cherchons alors, à prendre la mesure de son importance dans les réactions des médecins comme de la population face au risque. Pour ceci, nous développerons certains aspects de la mise en

œuvre au Québec, de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique AH1N1, et réfléchiront sur l'importante disparité des résultats des couvertures vaccinales en France, comparés à ceux de la couverture vaccinale du Québec en ce qui concerne la vaccination contre la grippe pandémique AH1N1 de 2009.

Ainsi, la France a vacciné 9% de sa population contre la grippe pandémique AH1N1. Le Québec a vacciné 60% de sa population.(54) Ce taux élevé de vaccination a été atteint, entre autre, par une attention particulière à la communication et à l'anticipation de la façon dont la campagne de vaccination serait reçue dans les milieux défavorisés. C'est ainsi que le Dr Richard Lessard, directeur de santé publique de l'agence de santé et des services sociaux de Montréal, explique lors d'une conférence au congrès de santé publique de Lille en 2011 : « On savait que si on ne prêtait pas une attention particulière aux milieux les plus défavorisés de la ville (Montréal) on créerait des inégalités par la vaccination, c'est à dire que les plus riches et plus éduqués accepteraient la vaccination, et les gens des milieux plus pauvres ne l'accepteraient pas. Et donc on allait augmenter la vulnérabilité des communautés locales à l'infection. Alors on a été capable par le système d'information qu'on avait, de monitorer les taux de vaccination, par 104 voisinages, à Montréal, avec les codes postaux. Et quand on s'est aperçu au 8 décembre que les inégalités qu'on avait prévues existaient, on a été capable d'enregistrer les codes postaux, et avec une entreprise de télémarketing, on a pu trouver les numéros de téléphone des personnes vivant dans les quartiers où les taux de vaccination étaient les plus bas et on a rejoint 300 000 personnes par téléphone et on a pu réduire l'écart, un tant soit peu, mais quand même, dans les taux de vaccination entre les quartiers les plus riches et les plus pauvres. C'est une autre façon de travailler sur les inégalités sociales en essayant au moins de ne pas en créer lorsqu'on fait des interventions de santé publique » (54).

Cet exemple renforce l'intérêt de se soucier des différents facteurs socio-culturels et des nombreuses interactions influençant la perception du risque et la perception de la vaccination. En effet, la façon dont communiquer et dont mettre en œuvre les pratiques, semblent avoir un rôle très important quant à leur efficacité. A nouveau, l'efficacité des pratiques et l'efficacité de leur mise en œuvre, en plus de reposer sur des obligations de moyens, semblent reposer sur le souci de prévoir et prévenir les réactions des populations. Nous avons vu que la prévention peinait souvent à trouver sa place dans la pratique quotidienne du médecin, nous tenterons dans le chapitre suivant d'en dégager certaines raisons à la lumière des paroles des médecins, et ainsi, d'éclairer les positions et rôles du médecin et du patient dans le soin, dans la prévention.

8.2.4 Vers une évolution des positions et des rôles du médecin et du patient : de médecin "traitant" à médecin "prévenant" ?

Ainsi, la position centrale du médecin traitant dans la prévention est fortement relevée, par les entretiens mais aussi par les constats et statistiques de l'IRDES qui qualifie de « régulier » le contact qu'a la population avec lui, et qui chiffre à 90% le taux de la population ayant consulté son médecin traitant au cours de l'année 2012 (55). Cette situation lui donne un pouvoir d'action potentiellement grand. Au regard de cette position puissante du médecin traitant, de l'enjeu de la prévention - éviter 35 000 morts prématurées par an (56) - et des nombreux paradoxes soulevés sur les pratiques de prévention et de délégation de tâches, nous proposerons une réflexion en discutant les positions du médecin et du patient, qui ressortent des discours de certains médecins interrogés. Ainsi MG-11 déclare : *« Euh, toujours dans le cadre du partage du pouvoir médical, je ne...j'ai mis très longtemps à imaginer, à me demander ce que pensent les gens, ou alors juste pour me faire plaisir, parce que les gens par contre eux n'ont pas encore bien abandonné, la renonciation à avoir un pouvoir médical au dessus d'eux qui peut les aider, les protéger etc. Et donc ils se conduisent d'une manière avec leur médecin et ils en pensent peut-être différemment, et ça, ça n'a pas de place dans le soin, sinon là on rentre dans la psychothérapie. »*

Dans le discours de ce médecin, nous percevons mal le patient dans sa dimension d'Homme, d'alter ego. Il est un corps dé-personnifié, alors objet du médecin et soumis au regard médical qui y cherche la maladie qu'il connaît, sans considérer ni une possible forme d'expression singulière de la maladie, ni le malade comme un sujet pensant. En effet, son ressenti et ce qu'il pense, sont considérés comme étant de l'ordre de la « psychothérapie » et à ce titre, n'ayant pas leur place dans le soin. Cette forme de soin accordée au malade est alors une prise en charge selon la vérité médicale où celle du patient est exclue. Dans l'exemple choisi, ce médecin énonce que les gens entretiennent cette forme de soin. Nous avons déjà considéré dans ce travail, l'intérêt d'une étude de la demande et des attentes des patients en matière de prévention, en matière de soins médicaux. En tout cas, cette forme de soin paraît loin des idéaux de globalité reconnus par les définitions affichées de la médecine contemporaine. Elle se rapprocherait plutôt des paroles de Georges Canghulem : *« La maladie, en acquérant un statut scientifique, se sépare de plus en plus de ce que l'intéressé en éprouve »* (57). Nous ajouterons un autre exemple de regard médical où le patient est perçu comme étant au service du médecin. En effet, à la question « Qu'est-ce qui vous paraît intéressant dans la délégation des vaccinations ? » MG-11 répond : *« Ah ben c'est pas pareil, alors la vaccination s'adresse à des gens âgés, qui ont le temps de venir dans une salle d'attente, mais est-ce que c'est utile de faire patienter les gens*

dans une salle d'attente où ils risquent d'attraper d'autres trucs, pour se faire juste vacciner(...) » Cette perception encore d'actualité, paraît très éloignée du sens commun attribué à la médecine.

Nous poursuivons la discussion par l'illustration d'une position médicale où l'idéologie personnelle du médecin est au centre des propositions faites au patient. Ainsi, MG-12 explique que *« Ça prend du temps, d'abord, que les gens acceptent, l'hépatite B, encore aujourd'hui, punaise, il faut user de la salive, et je ne suis pas sûr que les gens vont être d'accord pour l'hépatite B. Donc c'est très bien maintenant qu'on le fasse à 2 mois, parce que soit on est un petit peu malhonnête, on n'explique pas très bien qu'il y a l'hépatite B, encore que moi souvent je le dis, mais c'est pas intégré par les gens. Là c'était pour une petite jeune fille qui avait 13 ans, j'ai dit, mais attendez, hépatite B c'est pas fait, alors cancer du col de l'utérus ça passait un peu, hépatite B ça passait pas du tout, faut que j'en parle à mon mari, je lui ai dit, si elle veut faire des études médicales elle ne pourra pas, pis la mère m'a dit non non, elle ne veut pas faire ça. C'est difficile »*. Il semble que vacciner soit le but en soi. Il ne semble pas s'agir ici, pour le médecin, de considérer le refus et de prendre le temps d'évaluer la situation et les pratiques sexuelles éventuelles de l'adolescente, de la tenir au courant des modes de transmission des IST, des risques encourus, et de la façon de les limiter. Il semble s'agir de faire accepter le vaccin, moyen de protection. Adhésion qu'il recherche sans se décentrer de ses propres références, puisqu'il prend comme argument pour faire accepter la vaccination contre l'hépatite B à la jeune patiente, l'impossibilité future de faire des études médicales. D'autre part, l'adhésion à la vaccination étant parfois difficile à obtenir, la réalisation pratique de la vaccination peut alors reposer sur une forme de désinformation volontaire des patients, en utilisant les vaccins combinés. *« Donc c'est très bien maintenant qu'on le fasse à 2 mois, parce que soit on est un petit peu malhonnête, on n'explique pas très bien qu'il y a l'hépatite B, encore que moi souvent je le dis, mais c'est pas intégré par les gens »*. Cette forme de soin médical est, là encore, loin des définitions de la pratique médicale contemporaine, où l'on reconnaît de plus en plus de droits au patient (loi n°2002-303 du 4 mars 2002) (58).

Notons que l'obligation vaccinale persiste à ce jour en France, uniquement pour les injections de primo-vaccination et le premier rappel par le DTP. Les rappels jusqu'à l'âge de 13 ans sont obligatoires pour la vaccination contre la poliomyélite (9). Par ailleurs, l'obligation vaccinale n'existe plus dans de nombreux pays européens. Ainsi, convaincre du bien-fondé d'une vaccination n'est supposé ni passer par la force, ni passer par la malhonnêteté ; mais peut-être plutôt par le dialogue, la discussion, la réflexion, l'attention portée aux représentations des patients, pour une amélioration de la couverture vaccinale.

Avec ces exemples, nous avons mis en évidence une contradiction entre certaines formes de pratiques de terrain, et les vertus et fonctions attribuées à la médecine et à la prévention. A partir de ces contradictions issues de nos résultats, nous souhaiterions proposer une réflexion sur le sens de la prévention et la position du médecin dans le soin. Et ce, toujours dans le cadre de notre réflexion sur les perspectives d'évolution pour les pratiques de prévention et de délégation de tâches. Car, dans cette enquête, la grande majorité des médecins interrogés perçoit la prévention comme étant une forme de pratique du soin, s'attachant à considérer la dimension globale du patient, à prendre soin du patient, en le considérant dans son humanité. Prévenir et traiter s'unissent et fusionnent alors pour laisser place à une pratique médicale globale. D'ailleurs, la globalité est sur le devant de la scène contemporaine de l'exercice médical. Pourtant, dans notre enquête, la caractéristique souvent relevée concernant les pratiques de prévention, la délégation de tâches et la coordination interprofessionnelle, est le manque. Aussi bien dans le temps qu'on leur accorde, que dans les investissements financiers qui leurs sont impartis. Et la caractéristique souvent dégagée du discours des médecins lorsqu'il s'agit d'engager une discussion avec le patient, est l'absence, souvent par manque de temps. Le patient, pour devenir "acteur" principal de sa maladie, doit donc entrer en scène dans ce contexte, où le pouvoir des médecins s'accuse à la fois par les mots et par le savoir scientifique, et où le temps de parole des acteurs est souvent passé sous silence.

Dans ce travail, c'est la dimension humaine des pratiques, qui demande de savoir écouter et donner la parole au patient, qui a du mal à trouver sa place au quotidien. Et c'est la dimension humaine de la délégation de tâches et de la coordination interprofessionnelle qui pose souvent problème : savoir communiquer, savoir tolérer, avoir souci de l'autre, avoir conscience de l'interdépendance des différents acteurs. En effet, avoir le souci de l'autre, le souci d'agir avec humanité relève d'un savoir tout à fait différent du savoir requis pour observer, interroger, prescrire, ordonner, conseiller, éduquer, prendre en charge, gérer, recueillir un consentement. Le vocabulaire de la discipline médicale, utilisé au quotidien par le médecin, marque l'histoire d'une profession et est le reflet d'une position naturelle du médecin comme "traitant", et l'inscrit en soi, dans une position dominante. Car si l'on propose tant ces dernières années d'ajouter des enseignements de sciences humaines aux étudiants en médecine et de considérer le patient comme "acteur de sa maladie" ; si on insiste sur l'importance pour le médecin contemporain de s'occuper du "malade dans sa globalité" et de soigner la maladie du malade et non la maladie du médecin, c'est que la position du malade - en tant que sujet de droit sur sa maladie et sur sa santé, en tant qu'être de douleurs et de peines - demande à être réhabilitée.

Alors, nous formulons l'hypothèse que, si le patient doit être acteur de sa maladie et de sa santé, le médecin doit également s'attacher à lui donner une place. Nous proposons que, de médecin « traitant » - position qui connote l'action et suppose une certaine passivité de celui qui reçoit le traitement - le médecin devienne « prévenant » - position qui serait alors, d'abord passive, d'écoute, puis de co-construction des décisions - et que cette nouvelle approche de médecin « prévenant », favorise la position du patient comme acteur dans le soin, et contribue à l'amélioration des pratiques de prévention. Alors, de « pris en charge », les patients deviendraient « pris en compte ». L'évolution du rôle et de la position du médecin reposerait alors sur le développement de ses capacités à redonner une place à la vérité du bien-portant sur sa santé, à la vérité du malade, à la vérité du vécu de la maladie ; vérités masquées par l'objectivité de la science et encore aujourd'hui parfois fortement dédaignées, comme le montrent les exemples sus-cités.

La notion de médecin prévenant propose donc aux médecins une réflexion sur leur position dans le soin ; une réflexion sur l'évolution du rôle du médecin qu'appelle la prévention et sur leurs comportements au regard de leurs pratiques de prévention. Car, si la médecine dépossède parfois le malade de sa maladie, elle n'en dépossède pas moins le médecin de lui-même et de ses émotions, où reclus derrière l'institution, il exerce avec « neutralité » sa profession. Mais le médecin ne peut s'extraire de sa condition humaine. Nous formulons alors l'hypothèse que réfléchir aux frontières artificielles du médecin et de la personne qu'il cache, aux interactions entre le professionnel qu'il est et sa personnalité, réfléchir à l'impact de ces interactions sur son « savoir être » et son « savoir faire », à l'impact de ses comportements et attitudes envers les patients, améliorerait les pratiques de prévention. Ainsi la relation « institution-maladie » ou la « relation médecin-malade » laisserait place à la relation « patient-médecin ». C'est cette relation que nous allons étudier dans le chapitre qui suit.

8.2.5 De la relation "médecin-malade" à la relation "patient-médecin" ?

Intéressons-nous maintenant à la relation à travers laquelle se joue la prévention médicale, puisque pour les médecins interrogés, c'est par elle qu'ils font de la prévention, c'est par elle qu'elle prend place, au cœur de la consultation individuelle de soins. Ainsi, le médecin

généraliste semble trouver sa spécificité dans la proximité à la population, dans sa dimension relationnelle toute particulière au patient. La relation médecin-patient est d'ailleurs souvent définie par ces deux caractéristiques : soins de premiers recours d'une part, et relation globale et continue au patient d'autre part.

Dans la littérature scientifique médicale, plusieurs études mettent en évidence l'impact de la relation patient-médecin sur la qualité des soins. Par exemple, une synthèse méthodique Cochrane récente met en évidence que la décision médicale partagée augmente les connaissances des patients, leur permet d'avoir des attentes plus réalistes, diminue les conflits décisionnels relatifs à la sous information, diminue le recours à certains soins controversés sans augmenter l'anxiété des patients (59). Elle ne permet cependant pas de conclure quant à l'effet sur la satisfaction des patients, l'observance ou l'amélioration de la santé par exemple. Certaines études suggèrent pourtant que, plus la relation malade-médecin est ressentie comme harmonieuse et satisfaisante pour le patient, plus ce dernier adhère et observe correctement les prescriptions médicamenteuses ou les conseils de son médecin (60). Une relation patient-médecin harmonieuse paraît alors être un défi quotidien pour une pratique de qualité. Harmonie ou « juste milieu » doivent trouver une expression dans des situations instables et en évolution permanente. La « juste » communication est un élément de cette harmonie. Le concept de décision médicale partagée est perçu comme un moyen puissant d'accompagnement et de soin des populations.

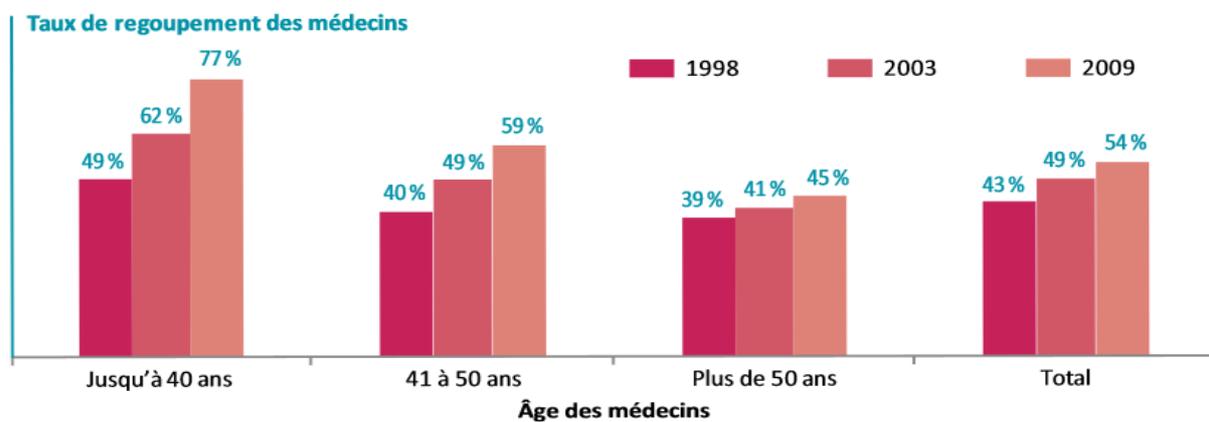
Depuis les années 70, avec notamment Balint (61) et Rogers (62), les modèles d'interactions impliquant le patient dans la dynamique de soin, partageant et participant aux délibérations et aux décisions, avec le médecin, sont souvent présentés comme un idéal relationnel, et répondent à une volonté de centrer la médecine non plus sur la maladie, mais avant tout sur le patient. Si cette forme de relation patient-médecin est identifiée depuis plus de 40 ans comme un idéal relationnel, avoir la possibilité d'en développer sa réalité pratique demande au médecin de prendre du temps, certes, mais aussi d'avoir du temps. À l'unanimité, la prévention demande un temps que beaucoup des médecins n'ont pas, et la délégation de tâches peut à la fois apporter du temps médical potentiellement utile à l'amélioration des pratiques, et proposer une réorganisation des missions des professionnels de santé. Nous discuterons ci-après les représentations de la délégation de tâches exprimées par les médecins interrogés. Et ce, au travers l'exemple de la délégation de la vaccination, afin de proposer des perspectives pour l'évolution des pratiques.

8.3 Délégation de tâches : vers une évolution du rôle des professionnels de santé dans la délégation de la vaccination ?

Si, dans notre enquête, la délégation de tâches n'est pas toujours perçue comme une réflexion pertinente à la question de l'accroissement des besoins en santé, elle est souvent évoquée comme une fatalité pour y faire face. Et si certains des médecins interviewés se perçoivent très peu concernés par la délégation de tâches et la coordination de soins, c'est aussi car elles sont souvent perçues comme ne répondant pas à leurs conditions actuelles d'exercice, même si certains d'entre eux travaillent en groupe monodisciplinaire. Généralement, la délégation de tâches n'est pas pratiquée, et les médecins ne paraissent pas mesurer les possibilités proposées par la loi HPST et déclarent souvent mal la connaître ou ne pas la connaître du tout.

Ce constat est ici fait indifféremment du mode d'exercice et du lieu d'installation des médecins. Dans notre étude, quand les médecins généralistes travaillent en maison médicale pluridisciplinaire, ce sont les complexités législatives, le manque de temps et sa non reconnaissance financière, qui sont dits brider les possibilités de délégation. En revanche, la délégation de vaccinations aux infirmiers (surtout le rappel DTP chez l'adulte), paraît plus fréquente pour ces médecins que pour les médecins exerçant en groupe de façon monodisciplinaire. Ainsi, c'est la pluridisciplinarité qui semble favoriser les pratiques de délégation de tâches et pas seulement le travail en groupe, même si l'exercice de groupe est souvent perçu comme un impératif de moyens à la délégation de tâches. Il est alors intéressant de noter que les ambitions des jeunes médecins sont différentes : ils préfèrent une pratique collective, et souhaitent plus travailler en groupe. L'exercice en groupe tel que défini par l'IRDES, est aujourd'hui majoritaire (63). Il est donc définie par l'IRDES comme la pratique dans un même lieu d'au moins deux praticiens (63). Notons alors l'évolution du taux de regroupement des médecins généralistes libéraux de secteur 1 entre 1998 et 2009. Selon les chiffres de l'INPES, en 2009, 77% des moins de 40 ans déclarent travailler en groupe.

Évolution du taux de regroupement des médecins généralistes libéraux de secteur 1 entre 1998 et 2009



Source: Questions d'économie de la santé n° 157

Ainsi, ce changement de dynamique sociologique important, porte des espoirs prometteurs comme vecteur d'une nouvelle articulation des soins. Alors, la métamorphose de la démographie médicale serait une aubaine pour développer et valoriser la délégation de tâches et la coordination des soins. Elle serait un levier important à la transformation du système de soins ambulatoires. La perspective proposée ici est très différente des perspectives plus courantes et plus alarmistes, où le changement de démographie médicale est perçu comme un problème. Cependant, il est à noter que « les généralistes de moins de 40 ans installés en cabinet de groupe continuent comme leurs aînés à privilégier l'exercice en cabinets composés exclusivement de médecins » (63). Par ailleurs, tous les médecins s'accordent à dire que le travail d'équipe est d'abord un état d'esprit avant d'être une question de moyens.

Ainsi MG-11 nous fait part de son expérience infructueuse d'une installation en groupe, où « l'association était plus le reflet d'une somme d'intérêts individuels que d'un réel esprit de groupe ». « Ça ne pouvait pas fonctionner » explique t-il. « Des intérêts financiers, plus de facilités de se libérer du temps pour sa vie privée, c'était conflictuel. Je m'y retrouve mieux seul ». Ces paroles, et plus généralement les discours de tous les médecins interrogés, appuient encore une fois, l'importance des motivations personnelles dans le fonctionnement efficace d'une coopération inter-professionnelle, ainsi que l'importance de la communication et de la tolérance. Si tous ces idéaux de fonctionnement sont bien identifiés, ils doivent trouver une expression dans

une réalité de terrain perçue et vécue comme peu favorable à l'évolution des pratiques.

En effet, le constat des médecins de terrain est souvent sévère : un cadre des pratiques dit inadapté et très souvent vécu comme externe, un manque de temps, une rémunération inappropriée, un manque de valorisation financière du temps et de la coordination de soins, un manque de formation universitaire, parfois des doutes quant au bénéfice des interventions de santé publique, ou encore la perception d'un manque de disponibilité des autres professionnels de santé.

Cet état des lieux perçu et vécu par les médecins complexifie la délégation de tâches. Nous avons donc identifié plusieurs freins et moteurs à ces pratiques. Nous nous sommes efforcés de dégager des discours, différentes sensibilités des médecins et certains modes de réaction face à la question de l'élargissement des pratiques de vaccination chez l'adulte. Nous avons cherché à repérer sur quels arguments les médecins s'appuient pour forger leurs opinions. Ceci, afin de pouvoir adapter les arguments de promotion de la délégation de la vaccination selon les sensibilités de chacun. Ainsi, nous avons pu relever des résultats de cette étude : des réticences parfois motivées par un sentiment altruiste envers les délégués ; des réticences souvent motivées par un sentiment altruiste envers les patients, et dominées par la peur et le manque de confiance ; plus rarement des réticences motivées par des raisons économiques ; d'autres fois encore, des réticences motivées par des arguments d'autorité.

Ainsi, différentes perceptions de la délégation de la vaccination ressortent à travers ce travail. Si l'idée de déléguer la vaccination est controversée, sa justification trouve sa place auprès de plusieurs médecins à la fois dans le gain de temps qu'elle lui apporte, dans la simplification du parcours vaccinal proposé au patient - parcours vaccinal aujourd'hui en 3 temps - dans l'élargissement de l'accès au vaccin, ou encore dans l'amélioration de la qualité des pratiques de vaccination qu'elle pourrait alors proposer. Ainsi, nous formulons l'hypothèse qu'inviter médecins et patients à une réflexion sur cette pratique, et leur proposer cette représentation positive de la délégation de la vaccination - en mettant en lumière ses bénéfices individuels et collectifs supposés - permettrait aux médecins ayant une perception négative de la délégation de la vaccination, peut-être de prendre conscience, en tous cas de réfléchir aux bénéfices potentiels qu'elle apporterait, et favoriserait alors son développement.

Ainsi, malgré les multiples freins relevés, de nombreux médecins pensent que les obstacles peuvent être dépassés. En effet, dans ce travail, beaucoup des médecins interrogés sont ouverts à d'éventuels changements, à d'autres formes d'organisations en matière de prévention vaccinale. Dans de nombreux entretiens, la place des intervenants dans la délégation de la vaccination serait donc plus définie par des conditions de formation, des possibilités pratiques et

que par le statut professionnel. Cette perception permet à certains d'envisager une redéfinition des missions des infirmières, voire des biologistes et des pharmaciens pour, à terme, les autonomiser dans la prescription.

Nous avons dégagé trois types de critères intervenant dans la construction des représentations de l'acceptabilité de la délégation de la vaccination.

Tantôt, c'est la compétence technique, « l'expérience des injections » qui prime pour asseoir la légitimité de tel ou tel professionnel à être délégué à la vaccination, alors que l'acte est parallèlement reconnu comme « simple » et « sans obstacle technique ». Les acteurs privilégiés pour envisager de déléguer la vaccination sont alors d'abord les infirmiers, puis les laboratoires biologiques et ensuite les pharmaciens.

Tantôt, ce sont des critères plus centrés sur le médecin qui priment : gain de temps, décharge de travail. La pharmacie, le laboratoire, les infirmiers sont alors envisageables de façon assez indifférenciée comme pouvant être délégué à la vaccination.

Tantôt ce sont des critères centrés sur le patient : augmentation de l'accès au vaccin, unicité de lieu, sécurité du médicament par le respect de la chaîne du froid. Ce sont alors les pharmacies qui sont perçues en premier comme lieu de vaccination possible. Il est intéressant d'ajouter que ce sont « les personnes n'étant habituellement pas ou peu malades, et ne voyant pas l'intérêt d'une consultation médicale en vue de se faire vacciner, qui échappent à la vaccination médicale » (5). Élargir la possibilité de se faire vacciner ailleurs que chez un médecin et par un médecin semble alors être une perspective intéressante pour favoriser l'accès à la vaccination d'une part - via un espace de vaccination agrandi - et d'autre part, pour favoriser la possibilité de rencontrer les « quatre millions de personnes, non nécessairement malades, (qui) poussent chaque jour la porte de leur pharmacie pour un produit ou des conseils » (5). Le continuum de ces idées serait de vacciner là où cela paraît simple pour le patient. D'ailleurs, vacciner sur les lieux de vies - travail, écoles,... - sont des pistes identifiées par le CTV dans le plan d'amélioration de la couverture vaccinale (axe stratégique n°2, action n°3)(64).

Après avoir discuté la perception de l'élargissement de la délégation de la vaccination principalement chez les adultes, intéressons-nous aux résultats dans lesquels la vaccination du nourrisson, par son importance, justifierait d'être déléguée et/ou pratiquée dans des centres de vaccination. En effet pour certains médecins, le suivi des nourrissons peut s'axer sur d'autres sujets. Un médecin cite l'exemple du BCG et des conditions d'exercice solitaire qui ne correspondent pas aux exigences que demande la bonne réalisation d'un BCG. La voix du

médecin paraît alors intéressante à dégager en la rapprochant d'études montrant que les résultats de la mise en œuvre de la vaccination par le BCG sont très discutables. En effet d'après l'InVs, « non seulement les enfants sont insuffisamment vaccinés, mais ils sont vaccinés avec du retard par rapport aux recommandations et parfois vaccinés en dehors des recommandations » (65). Et il paraît aussi intéressant de noter qu'à l'abandon du vaccin Monovax par multipuncture en janvier 2006, les difficultés techniques en ce qui concerne l'injection intra-dermique, ont été relevées par l'InVs (65) comme des réticences à la vaccination. Ces réticences, combinées au « faible risque de tuberculose dans une majorité de la population et au risque plus élevé d'effets indésirables avec le nouveau vaccin, se traduisaient par une chute de la couverture vaccinale BCG de plus de 50%, même avant la suspension de l'obligation vaccinale en 2007. » (65) Dans l'immense majorité des cas le BCG n'est pas délégué puisqu'il est à 90% effectué par des médecins. Devant ce constat, et devant l'ouverture, parfois même enthousiaste, de certains médecins à la délégation de la vaccination, mise en relief dans cette étude, imaginer développer la délégation de la vaccination par le BCG dans des lieux comme «la maternité ou la crèche », et ce d'autant qu'ils « ne représentent qu'un très faible pourcentage des lieux de vaccination » (65) paraîtrait intéressant à considérer dans une perspective d'amélioration des pratiques de vaccination et de leurs résultats.

8.4 Perspectives pour la pratique : vers une éthique du « care » ?

A travers cet exemple de résultats discutables des pratiques actuelles de la vaccination par le BCG, tout comme à travers les résultats discutables des pratiques actuelles de prévention, nous avons proposé de considérer combien il est important de favoriser la motivation pour une évolution des pratiques, et à quel point renforcer et s'attacher à améliorer les interactions entre les différents secteurs de santé, et plus largement les interactions multidimensionnelles, pourrait avoir un impact potentiellement puissant sur les pratiques.

Dans ce travail, la prévention médicale est perçue en interdépendance avec les interventions de tous les acteurs de la santé. En effet, tous les médecins ont certes, souligné le rôle central du médecin généraliste dans la prévention, mais également celui de l'éducation nationale, de la médecine du travail, des travailleurs sociaux, de l'entourage, des politiques, des médias et de l'ensemble de la société. L'importance de leurs influences réciproques est nettement soulignée et perçue dans tous les discours des médecins interrogés. Et nous avons largement évoqué à quel point il paraît complexe certes, mais crucial d'en prendre acte, et de favoriser la

communication et les changements de comportements en vue d'une amélioration des pratiques. Nous formulons l'hypothèse que les relations interprofessionnelles, la relation malade-médecin, les relations humaines pourraient s'enrichir des pratiques proposées par l'éthique du «care ».

L'éthique du « care » - du « prendre soin » - est une sorte d'éthique relationnelle structurée par l'attention à l'autre, et paraîtrait assez proche des besoins des médecins dégagés dans notre travail, où c'est la dimension humaine de la médecine qui demande à être reconsidérée. L'éthique du « care » s'attache à montrer qu'il existe « une façon de renouveler le problème du lien social par l'attention aux autres, le « prendre soin », le « soin mutuel», la sollicitude ou le souci des autres» (66). Elle est fondée non sur des principes, mais sur une question : comment faire, dans une situation donnée, pour préserver et entretenir les relations humaines qui y sont en jeu ? Ainsi « la morale ne se fonde pas sur des principes universels mais part d'expériences rattachées au quotidien, et des problèmes moraux de personnes réelles, dans leur vie ordinaire »(67). Pour illustrer cette éthique pratique, nous prendrons l'exemple du port du masque dans un contexte de maladie infectieuse contagieuse, qui relève d'une application de l'éthique du « care ». Si les occidentaux n'y sont pas habitués, il est d'autres cultures où les représentations du port du masque sont différentes et où il est bien accepté. L'acceptation du port du masque repose alors sur le souci de l'autre, le souci de sa protection. Pour les occidentaux le port du masque paraît bien étrange, et semble souvent renvoyer à une lubie ou une mode plus qu'à un comportement altruiste et efficace contre la propagation des agents infectieux : « On a souvent moqué la dérive hygiéniste nipponne ou le look « mask-grip », qui n'est pas ce que la mode japonaise a produit de plus glamour. » (68). Il s'agirait alors pour le faire accepter, de favoriser un changement des représentations de la population française du port de masque et de développer le souci de l'autre. Pour les médecins, ce souci de l'autre, d'attention et de respect à son discours, permettrait de mieux repérer à quels types d'arguments les différentes personnes sont sensibles et ainsi, d'adapter le discours médical à la personne singulière rencontrée. Au regard de la vaccination, l'éthique du « care » proposerait par exemple, de développer l'aspect protecteur pour les autres, que propose l'immunité collective par la vaccination. La protection des autres, ces autres de l'entourage proche - les nourrissons, les personnes fragiles et malades - mais également ces autres, tout venant, qui ne sont pas vaccinés.

Ainsi, notre étude propose que travailler sur les représentations des pratiques et les pratiques, qu'ont à la fois la population et les médecins, favoriserait leur mise en œuvre et contribuerait à leur amélioration. Malgré ses limites, notre étude invite à de nombreuses remises en questions et à des travaux quantitatifs complémentaires pour tester les hypothèses soulevées.

CONCLUSION

Partie des constats d'un nombre élevé de décès prématurés (décès avant 65ans) « évitables par l'amélioration des pratiques de prévention », et d'une mortalité prématurée plus élevée en France que dans les pays comparables, nous avons souhaité nous intéresser aux perspectives éventuelles d'évolution pour les pratiques de prévention et de délégation de tâches. Pour aborder ces questions, nous nous sommes intéressée à la façon dont les médecins généralistes voient et font de la "prévention", de la "délégation de tâches", puisqu'elle est souvent présentée comme une solution à la libération du temps médical manquant à la prévention. Pour centrer les discours des médecins nous avons pris l'exemple de la vaccination, qui est à la fois une problématique récurrente de santé publique et pour laquelle une délégation de tâches est déjà organisée.

Pour ce faire nous avons réalisé une étude qualitative sous la forme d'entretiens semi-directifs auprès de 13 médecins généralistes du Rhône et de Saône et Loire, ayant différents lieux et modes d'installation.

Notre étude met en relief les paradoxes latents de la prévention. Si à l'unanimité elle est perçue comme avoir une importance cruciale à la fois à l'exercice de la médecine et pour le patient, l'investissement temporel, financier, institutionnel, universitaire et personnel qui lui est imparti, est très largement perçu comme manquant. La prévention paraît trop souvent optionnelle et se réduire aux dépistages organisés plus simples à insérer dans le quotidien du médecin.

De notre travail se dégage également des paradoxes à la délégation de tâches. Pourtant très fréquemment perçue comme une des solutions offrant une libération de temps, elle n'est pas pour autant souvent mise en pratique, alors que la loi HPST lui a ouvert des possibilités. D'autre part, déléguer la vaccination antigrippale paraît loin d'être une pratique acquise. Le paradoxe paraît d'autant plus grand que les patients sont perçus comme adhérents à cette délégation, et que le regard des médecins est souvent très ouvert à un élargissement potentiel des pratiques de délégation de vaccination. Ainsi dans cette étude, la pharmacie, le laboratoire, les infirmiers, les médecins scolaires et du travail, tous peuvent être perçus comme des lieux, des personnes potentiellement acteurs de la vaccination. Souvent les médecins disent faire primer les compétences et la formation des professionnels de santé sur leurs statuts pour pouvoir envisager une délégation de la vaccination. Alors, une délégation de la prescription des vaccins est perçue comme possible à condition que le professionnel de santé soit formé et que l'information circule. Certains médecins ont un regard très ouvert sur la délégation de la vaccination du nourrisson, ce

d'autant que les conditions du cabinet médical ne paraissent pas toujours correspondre à la rigueur demandée par certains vaccins (BCG). La délégation et le partage de tâches paraîtraient alors des pratiques trop rares. D'autre part, l'exercice de groupe apparaît comme une condition importante mais non suffisante à la délégation de tâches, c'est plutôt la pluridisciplinarité qui serait un facteur nécessaire à sa mise en œuvre.

Ces situations complexes sont généralement dites entretenues par le manque de temps et un cadre des pratiques inadapté, mais l'investissement variable des professionnels de santé, un manque de formation à la communication, à la prévention et à la vaccination sont également reconnus comme pouvant participer, et parfois de manière forte, à ces situations.

Ainsi, nous proposons de considérer qu'un renforcement des motivations, compétences et formations des médecins en communication et vaccinologie, une sensibilisation à une approche anthropologique et sociologique de la Médecine, permettrait de mieux prendre la mesure de l'interdépendance des interactions multi-dimensionnelles au cœur desquelles elle se place, et de mieux intégrer sa grandeur et sa puissance au service de l'amélioration des pratiques de prévention. Vers une éthique du « care » ?

Le Président de la thèse,
Professeur Daniel Floret



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 21 Janvier 2014

27 JAN. 2014

VU : Le Doyen de la Faculté de
Médecine Lyon- Est

Professeur Jérôme ETIENNE



Vu : Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de
Coordination des Etudes Médicales

Professeur François-Noël GILLY



BIBLIOGRAPHIE

1. Jougl E. Numéro thématique. La mortalité prématurée en France. 2003.
2. Massé R, Mondou I, Bastien R, Bolduc C, Brisson P, Bouthillier ME et al., Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques. PUL, 2013.
3. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. États généraux de l'organisation de la santé [Internet]. 2008. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/constats_ondps.pdf (consulté le 12/10/2013)
3. Midy F, Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires, revue de la littérature (1970-2002), CREDES, février 2003.
5. Floret D, Torny D, Lepage H, Megerlin F, Tellier JC, Pelletier N, et al., Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie. Le rôle des pharmaciens dans la prise en charge de la vaccination. [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.acadpharm.org> (consulté le 7/12/2013)
6. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sciences sociales et Santé. 2008;26(1)
7. Charte d'Ottawa, première conférence internationale pour la promotion de la santé. [Internet]. 1986; 6 (4). Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf
8. Haut Conseil de la Santé Publique, "Indicateurs de la mortalité "prématurée" et "évitable" [Internet]. 2013 Avril; 33 (14). Disponible sur : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130206_indicmortpremaetevit.pdf (consulté le 7/09/2013)
9. Direction générale de la Santé, Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Édition 2012. Saint-Denis: Inpes, coll. Varia, 2012: 488p
10. Gautier, A., Jauffret-Roustide, M., & Jestin, C. 2008. Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face aux risques infectieux. Saint-Denis: INPES, Collection Études santé.

11. Parent du Chatelet I, Taha MK, Lepoutre A, Maine C, Deghmane AE, Lévy-Bruhl D. [Les infections invasives à méningocoques en France en 2010](#). Bull Epidémiol Hebd 2011;45-46:475-80.
12. Office Parlementaire d'évaluation des politiques de Santé, Rapport sur la politique vaccinale de la France. [Internet]. Sept 2009. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r06-476/r06-476_mono.html (consulté le 30/10/2013)
13. Torny D. Entretien par Cannasse S. De la foi vaccinale à la mise en discussion de la vaccination. [Internet].2011. Disponible sur : <http://www.carnetsdesante.fr/Torny-Didier> (consulté le 31/05/2013)
14. Debré B. « cette grippe n'est pas dangereuse ». journal du dimanche 25/07/2009. [Internet] Disponible sur : <http://www.lejdd.fr/Societe/Sante/Actualite/Debre-Cette-grippe-n-est-pas-dangereuse-38257> (consulté le 30/01/2014)
15. Bonnet C, Lemery L, Aubry C, Colin C; DREES, URPS médecins libéraux, ORS.Vaccination: regards et pratiques des médecins généralistes ; Panel II de médecins généralistes en Bourgogne. [Internet]. 2010. Disponible sur : http://www.urps-med-bourgogne.org/uploaded-files/actions/21urpsm2-le-panel5_hd_111026.pdf (consulté le 28/11/2013)
16. Torny D. CIF vaccinologie 2011- Aspects sociétaux en vaccinologie. [Vidéo].2011. Disponible sur : <http://www.canal-u.tv/video> (écoutée le 11/01/2014)
17. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins: tour d'horizon de la démographie médicale en Europe. N°21 (32) 2012
18. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cité 23 févr 2013]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub2/abstract> (consulté le 06/06/2013)
19. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au canada. [Internet]. 2005. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er406.pdf> (consulté le 08/04/2013)
20. Bourgueil Y, Mark A, Mousquès J, (IRDES). Trois modèles types d'organisation des soins en Europe, au Canada, en Australie et an Nouvelle -Zélande.[Internet]. 2009. N° 141 Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf> (consulté le 21/03/2013)

21. Berland Y. Mission. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. [Internet]. 2003. Disponible sur : http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/textes/rapport_berland.pdf (consulté le 05/05/2013)

22. Berland Y. et Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. [Internet]. 2006. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf (consulté le 06/05/2013)

23. Code de la santé publique - Article R4311-7 Modifié par [**Décret 2005-840 2005-07-20 art. 11 4° JORF 26 juillet 2005**](#)

24. Assurance Maladie. Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière. une priorité de santé publique . [Internet]. 2013. Disponible sur : www.invs.sante.fr/content/download/77409/.../3/.../DP_grippe_2013.pdf (consulté le 14/12/2013)

25. Site de la communauté infirmière. Les organisations d'infirmiers hostiles à la vaccination dans les pharmacies. [Internet]. 2013. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/les-organisations-infirmiers-hostiles-vaccination-dans-les-pharmacies.html> (consulté le 01/01/2014)

26. IFOP. Les Français et leur système de santé. Déléguer vaccinations et certificats médicaux. [Internet]. 2008. Disponible sur : <http://sante.journaldesfemmes.com/magazine/enquete/les-francais-jugent-leur-systeme-de-sante/deleguer-vaccinations-et-certificats-medicaux.shtml> (consulté le 12/05/2013)

27. HAS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? [Internet]. 2008. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf (consulté le 23/02/2013)

28. Code de la Santé Publique art L-4011-1 à L4011-3. [Internet]. 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.pdf

29. Pôle de documentation de l'IRDES. Loi HPST. [Internet]. 2012. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf> (consulté le 20/12/2013)

30. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Article 51. JO du 22/07/09

31. Ministère de la Santé et des Sports. Fiches pédagogiques HPST. Coopération entre professionnels de santé. [Internet]. 2009. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation_entre_professionnels_de_sante_4.pdf
32. Gombault N., loi HPST: transfert de tâches: vers de nouvelles responsabilités ? [Internet]. 2011. Disponible sur : <http://www.macsf.fr/vous-informer/actes-de-soins-professionnel-sante/competence-professionnel-sante/loi-hpst-reforme-hopital-responsabilites.html> (consulté le 13/05/2013)
33. Berland Y, Les pratiques actuelles de coopération [Internet]. 2007. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
34. Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins :comment faire évoluer les réseaux de santé? [Internet]. 2012. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
35. Touraine MS., fréquence M l'actualité médicale du 25/11/2013. [radio].2013.
36. Olivier de Sardan J-P. La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Academia-Bruylant; 2008.
37. Bras PL, Kiour A, Maquart B, Morin A, IGAS. Pharmacie d'officines: rémunération, missions, réseau [Internet].2011. Disponible sur : <http://pharmacies.ma/pharmacie/rapports/igas.pdf>
38. Barlet M et Cavillon M. DRESS. La profession d'infirmière: situation démographique et trajectoires professionnelles [Internet].2011. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-d-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires-professionnelles.8653.html>
39. Berland Y, Henart L, Cadet C. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers: des pistes pour avancer. [Internet].2011. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>
40. Le monde.fr. Coeur artificiel: une prouesse made in France. [Internet].Disponible sur : http://www.lemonde.fr/a-la-une/article/2013/12/23/c-ur-artificiel-une-prouesse-made-in-france_4339050_3208.html (consulté le 15/01/2014)
41. Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal. Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage, INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2011.
42. Haute autorité de santé. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les

selles dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. [Internet].2008. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/rapport_-_place_des_tests_immunologiques_de_recherche_de_sang_occulte_dans_les_selles_ifobt.pdf

43. Le point.fr. Cancer colorectal : on attend toujours les test les plus performants. [Internet].Disponible sur : http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/cancer-colorectal-on-attend-toujours-les-tests-les-plus-performants-15-01-2014-1780521_57.php (consulté le 30/01/2014)
44. Cour des Comptes. Article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières. Rapport"La politique vaccinale de la France"[Internet]. 2012.Disponible sur : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-politique-vaccinale-de-la-France>
45. France 5. Enquête de santé. Faut-il avoir peur de la grippe ? Débat télévisé du 26/11/2013, participants Floret D. [video].2013
46. Santé et services sociaux Québec. Calendrier régulier de vaccination 2013. [Internet]. Disponible sur: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?calendrier_de_vaccination
47. The National Health Service (NHS) Vaccination schedule [Internet]. 2013. Disponible sur : <http://www.nhs.uk/Conditions/vaccinations/Pages/vaccination-schedule-age-checklist.aspx>
48. Institut national de santé publique. Québec. Promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière: stratégies efficaces pour rejoindre les travailleurs de la santé. [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1702_PromoVaccGrippeSaison_StratEfficRejoinTravSante.pdf
49. INSERM. Évolution des morts par suicide par tranche d'âge en France métropolitaine (2010-1970) [Internet]. Disponible sur : <http://www.infosuicide.eu/pointdevue/statistique/index.htm> (consulté le 16/12/2013)
50. Site santé du ministère des Affaires sociales et de la Santé. La politique publique de prévention du suicide. 4 juillet 2013. [Internet]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/la-politique-publique-de-prevention-du-suicide.html> (consulté le 3/01/2014)
51. Rollnick, Stephen, and William R. Miller. What is motivational interviewing?. Behavioural and cognitive Psychotherapy 23 (1995): 325-334.
52. Haut Conseil de la Santé publique. Rapport: Consultation de prévention. [Internet]. 2009.

Disponible sur : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325_ConstultPrev.pdf

53. Joule RV., Beauvois JL, Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. Saint-Martin-d'Hère: PUG,2002
54. Lessard R. Société Française de Santé Publique Lille 2001. Les acteurs régionaux de santé publique : expertises et rôle d'influence auprès des décideurs et de la population. [video].2011. Disponible sur : http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medicine/sfsp_lille_2011_les_acteurs_regionaux_de_sante_publique.7662
55. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H,. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé? Revue de la littérature. [Internet]. 2012. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>
56. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011[Internet]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr>
57. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. PUF.1972
58. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
59. Stacey D,Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes Rovner M, et al. Decision aids for people facing healthbtreatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev.2009; (3):CD0011431
60. Kerse N, Bueton S, Mainous AG, Youg G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance : primaryn care investigation. Ann Fam Med. 2004 oct;2(5):455-61
61. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Éditions Payot et Rivages ; 1996
62. Rogers CR. La relation d'aide et la psychothérapie. Éditions Sociales Françaises (ESF)
63. Baudier F, Bourgueil Y, Evrad I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Question d'économie de la santé.n°157.[Internet]. 2010. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
64. Haut Conseil de la Santé publique. Rapport relatif au programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017- 25 mai 2012-[Internet]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20120525_ameriopolvaccinale.pdf

- 65.** Institut de Veille sanitaire. Vaccination par le BCG chez les enfants nés après la suspension de l'obligation vaccinale et suivis dans les PMI de France. [Internet]. 2010. Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=463
- 66.** Brugère F, L'éthique du "care", P.U.F. Que sais-je ?, 2011
- 67.** Gilligan, C., & Laugier, S. Une voix différente: pour une éthique du "care". Flammarion. 2008
- 68.** Agora Vox, Bargisant E. Les masques anti-microbiens vont-ils envahir le métro parisien ? [Internet]. 2008 Disponible sur: <http://www.agoravox.fr/actualites/sante/article/les-masques-anti-microbiens-vont-49084> (consulté le 13/12/2013)

Non cités :

- 69.** Massé R, Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique. 2005;vol7(No2):107-124
- 70.** Laplantine, F., & Thomas, L. V. (1986). Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine.
- 71.** Freidson E. La profession médicale. Paris: Payot; 1984
- 72.** Jodelet D. Les représentations sociales. Paris : Presses universitaires de France, 1989
- 73.** Clavreul J. L'ordre médical. Seuil, Paris. 1978

9 Grille d'entretien

Les entretiens sont enregistrés, puis retranscrits et anonymes. Je vais vous poser une série de questions ouvertes pour vous donner la parole sur vos représentations et pratiques de la prévention et de la délégation de tâches, des tâches de prévention, et plus spécifiquement de vaccination, pour réfléchir à leurs évolutions possibles. Commençons par des questions générales sur votre expérience de soignant.

I - Expérience du médecin généraliste, représentations de la prévention et de son rôle dans la prévention

- Quelle forme prend pour vous la prévention ? Comment l'intégrez-vous dans votre pratique ?
- Quel temps y accordez-vous ? Souhaiteriez-vous en consacrer plus ?
- Avez-vous le sentiment d'être débordé ?
- Avez-vous des consultations dédiées à la prévention ?
- Pouvez-vous me citer un exemple de ce qui vous semble refléter la façon de faire de la prévention ?
- Quel discours mettez-vous en œuvre pour sensibiliser les gens à la prévention ?
- Quelle place a le médecin traitant dans la prévention ? Pensez-vous qu'il ait un rôle important ? Y voyez-vous d'autres acteurs à impliquer ?

II - Représentations et expériences de la délégation de tâches

- Que signifie pour vous : déléguer des tâches et/ou des soins médicaux ?
- On entend beaucoup dire que les médecins sont débordés. Pensez-vous que la délégation de tâches puisse être une des réponses à ce problème ou pas ?
- Comment vous êtes-vous forgé cette opinion ?
- Avez-vous des expériences de délégation de tâches ? Quels souvenirs positifs en gardez-vous ? Quels souvenirs négatifs en gardez-vous ?
- En avez-vous entendu parlé ailleurs ? Par exemple du fonctionnement de la délégation de tâches dans d'autres pays ?
- Comment envisageriez-vous ce type de prise en charge ? Qu'est-ce qui vous paraîtrait important et nécessaire à son fonctionnement ?
- Si on considère la délégation de tâches dans le cadre de la prévention, de quoi auriez-vous peur ?

- Qu'est-ce qui vous semble intéressant ?
- La loi HPST de 2009 a assoupli le cadre d'exercice de certains professionnels de santé, est-ce quelque chose qui vous est familier ? Qu'en pensez-vous ? Avez-vous ressenti des applications pratiques ?

Elle instaure légalement la possibilité permanente pour les professionnels de santé de déroger aux textes définissant leurs professions, pour « s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient. Il interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre de protocoles de coopération définis »

III – Représentations et pratiques de la délégation de la vaccination

- Quelle place accordez-vous à la vaccination dans vos consultations ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous face à la vaccination ?
- Que pensez-vous de la délégation de la vaccination antigrippale ? Est-ce une pratique dont bénéficient vos patients ?
- Quelle place accordez-vous ou pouvez-vous imaginer accorder à d'autres professionnels de santé dans la prévention vaccinale et l'acte vaccinal (infirmiers, pharmaciens, sages femmes, laboratoires...) ?
- Qu'est-ce qui vous paraît intéressant dans la délégation de la vaccination ? Vous semble-t-elle acceptable ? En terme de qualité des soins, de bénéfices pour le patient, de conditions de travail, d'amélioration d'accès au soins ?
- Quelles conditions seraient nécessaires à sa réalisation ? (*conditions économiques/de compétences/définitions juridiques..*)
- Pouvez-vous imaginer un élargissement de la délégation de la vaccination comme une des réponses à l'amélioration de la couverture vaccinale en France ?
- Selon vous, quelles idées ont les patients de la délégation de la vaccination : antigrippale et des autres vaccinations ?

IV - Coopération interprofessionnelle : idéal de fonctionnement ?

Comment serait perçu un autre mode organisationnel en matière de prévention vaccinale ? Quel serait le rôle du médecin généraliste ?

- Selon vous, quelles sont les conditions importantes au fonctionnement optimal d'une coopération interprofessionnelle ?
- Quelle serait votre rôle dans une délégation de la vaccination plus large ? Pouvez-vous imaginer déléguer la prescription des vaccins ?
- Quelle serait la place d'autres professionnels de santé (pharmaciens, biologistes, sages femmes, infirmiers....) dans la délégation de la vaccination ?

-

- Les questions sont terminées, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Merci de votre participation

Genre/année de naissance /lieu d'exercice/mode d'exercice/ durée d'installation

10 CD-ROM : transcriptions des 13 entretiens

BERTHEAU Aurélie - Représentations et pratiques de la prévention et de la délégation de tâches à travers l'exemple de la vaccination : perspectives pour une évolution des pratiques

Th Méd : Lyon, 2014 n°

p

RESUME : C'est devant le constat d'une mortalité prématurée élevée dite « évitable par l'amélioration des pratiques de prévention » que notre volonté de réflexion sur les perspectives pour une évolution des pratiques a été motivée. A partir d'une étude qualitative, nous nous sommes intéressée à la façon dont les médecins généralistes voient et font de la prévention et de la délégation de tâches, puisque l'une demande du temps et l'autre est souvent présentée comme une solution pour libérer du temps médical. La vaccination est le mode de prévention servant de base à notre étude car elle est à la fois une problématique récurrente de santé publique, et a une délégation de tâches déjà organisée au niveau national.

13 médecins généralistes ont eu la parole au travers d'entretiens individuels semi-directifs.

Les entretiens ont mis en évidence de nombreux paradoxes entre l'intérêt déclaré de la prévention et des pratiques de délégations de tâches, et leurs places effectives souvent optionnelles dans les pratiques de terrain.

L'analyse des discours visait à mieux comprendre les complexités et obstacles de mise en œuvre des pratiques de prévention et de délégation de tâches qui sont nombreux, et à en dégager certaines perspectives d'évolution pour les pratiques.

Prises entre la contrainte du temps, le manque d'investissement financier, institutionnel, universitaire, parfois aussi personnel et la complexité des relations humaines, les pratiques de prévention et de délégation de tâches pourraient s'enrichir des perspectives ouvertes par l'éthique du care.

MOTS CLES : prévention - vaccination - délégation de tâches - coopération inter-professionnelle - médecine générale - communication - interdépendance

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Émérite Daniel Floret

Membres : Monsieur le Professeur Laurent Lettriliart

Monsieur le Professeur Yves Zerbib

Monsieur le Docteur Bertrand Issartel

DATE DE SOUTENANCE : 18/02/2014

Adresse de l'auteur : bertheauaurelie@yahoo.fr