



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'examen de prévention en santé (EPS) dans la pratique des
médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 6 juin 2025 à 16h
au Pôle Formation

par Elliot LYS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseur :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Camille OBERT-MARBY

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

AM :	Assurance Maladie
C2S :	Complémentaire Santé Solidaire
CARSAT :	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CES :	Centre d'Examen de Santé
CETAF :	Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé
CNAF :	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAM :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CNAMTS :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV :	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
COG :	Convention d'Objectif de Gestion
CRDMM :	Commission de Recherche des Départements de Médecine et Maïeutique
DMG :	Département de Médecine Générale
DMP :	Dossier Médical Partagé
ECG :	Électrocardiogramme
EPS :	Examen de Prévention en Santé
FCU :	Frottis Cervico-Utérin
FNPEIS :	Fond National de Prévention, d'Éducation et d'Informations Sanitaires
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
SS :	Sécurité Sociale

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	2
LISTE DES ABREVIATIONS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
I. La Prévention	7
II. Les Centres d'Examens de Santé	7
III. L'Examen de Prévention en Santé	8
IV. Contexte et objectif de l'étude	11
MATERIEL ET METHODE	12
I. Type d'étude	12
II. Population étudiée	12
III. Recrutement de l'échantillon	12
IV. Recueil de données	13
V. Analyse des données	14
VI. Cadre réglementaire	15
RESULTATS	16
I. Description de la population étudiée	16
II. La prévention, mission clé du médecin généraliste	17
a. Des praticiens engagés et équipés.....	17
b. Mais ces médecins ont aussi leurs limites.....	18
c. D'autres limites à la prévention, indépendantes du praticien.....	19
d. L'EPS semble donc être une réponse pertinente	20
III. La place de l'EPS dans le parcours de soins	23
a. Un manque de connaissances des médecins généralistes	23
b. Des usagers acteurs dans le processus	24
c. L'impact de l'EPS dans le parcours de soins du patient.....	27
d. Des consultations ambulatoires provoquées suites aux résultats.....	28
e. La poursuite de la prise en charge : le rôle du médecin traitant.....	29
IV. Les résultats du bilan	31
a. Un bilan concis et lisible mais un format inadapté.....	31
b. Un bilan exhaustif et fiable ?.....	33
c. Importance d'une restitution individuelle du bilan par le médecin généraliste	36
d. Un outil d'éducation thérapeutique qui permet de relancer la communication.....	38
V. Perspectives de l'EPS dans la pratique	40
a. Un bilan jugé peu pertinent et coûteux pour les patients suivis.....	40
b. Utilité pour les usagers occasionnels ou écartés du parcours de soins.....	42
DISCUSSION	45

I.	Résultats principaux de l'étude.....	45
II.	Limites et forces de l'étude.....	46
a.	Limites de l'étude.....	46
b.	Forces de l'étude.....	46
III.	Comparaison à la littérature.....	47
a.	Médecine générale et prévention : entre engagement et contraintes	47
b.	Implication du patient dans l'EPS.....	49
c.	L'EPS : un outil controversé.....	50
d.	Coordination entre médecins généralistes et CES : un enjeu majeur	52
	CONCLUSION	55
	LISTE DES TABLES	56
	BIBLIOGRAPHIE.....	57
	ANNEXES	61
	Annexe 1 : Questionnaire Socio-Administratif et Médical de l'EPS	61
	Annexe 2 : Schéma de modulation des examens et tests de l'EPS.....	62
	Annexe 3 : Guide d'entretien initial.....	63
	Annexe 4 : Guide d'entretien final.....	64
	Annexe 5 : Fiche d'information pour participation à une étude médicale.....	65

INTRODUCTION

I. La Prévention

En 1948, l'OMS définit la prévention comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* », en distinguant la prévention primaire, secondaire et tertiaire (1). La prévention primaire tente d'éviter l'apparition de maladies, par exemple par la vaccination ou la promotion d'un mode de vie sain, tandis que la prévention secondaire vise à prendre en charge des maladies à un stade précoce et non compliqué, pouvant s'appuyer sur les dépistages (1). Le dépistage consiste à rechercher de façon présomptive une maladie ou une anomalie en l'absence de symptômes, grâce à des tests simples et performants (2,3). Ainsi, un certain nombre de pathologies peuvent être diagnostiquées et prises en charge précocement voire évitées afin de réduire les conséquences au long terme (1).

La politique de prévention représente un objectif majeur de santé publique en France et constitue un des quatre axes de la stratégie nationale de santé du gouvernement (4). Dans ce cadre, l'Assurance Maladie (AM) recourt à des programmes de santé publique faisant appel au réseau des Centres d'Examens de Santé (CES), acteurs investis dans la prévention et le dépistage.

II. Les Centres d'Examens de Santé

Les CES ont été créés en 1946, sur demande de la Sécurité Sociale (SS) afin de répondre aux priorités sanitaires d'après-guerre, en proposant un bilan de santé gratuit aux assurés du régime général (5). Le premier centre fût inauguré en 1947 et à ce jour le territoire français en compte 85 (6).

Leur financement repose sur le Fond National de Prévention, d'Éducation et d'Informations Sanitaires (FNPEIS). Ils sont gérés dans 75% des cas directement par les caisses d'AM et dans 25% des cas par des structures conventionnées avec la SS (5).

Le Centre Technique d'Appui et de Formation (CETAF), un organisme privé à but non lucratif créé par la CNAMTS en 1994, assure la coordination des CES conformément aux réglementations de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG), signée entre l'État et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et mise à jour tous les 4 ans (5,7).

Les activités des CES se diversifient et évoluent, notamment réformées depuis l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992 (8). Leur mission principale consiste à effectuer des Examens de Prévention en Santé (EPS), représentant 90% de leur activité (5). Ils mènent aussi des actions d'éducatons en santé, effectuent des interventions et des campagnes de prévention en priorisant les personnes vulnérables et éloignées du système de santé (5,7). Ils participent à des études nationales épidémiologiques et à des programmes de recherche sur l'état de santé de la population (8).

III. L'Examen de Prévention en Santé

L'EPS, anciennement appelé « Bilan de santé », est un examen de prévention généraliste réalisé dans les CES, proposé ou pouvant être demandé tous les 5 ans (9).

Historiquement, l'EPS est apparu en 1945 dans un décret du code de la SS (7). Il impose aux caisses d'AM de proposer fréquemment aux assurés et ayants droit un examen de santé gratuit, pour mieux prendre en charge la population suite à la Seconde Guerre Mondiale, exposée à cette époque à de nombreuses maladies carencielles ou infectieuse (5,10). Cet examen a connu plusieurs évolutions majeures notamment entre 1992 et 2016 pour devenir aujourd'hui l'EPS (5,7).

C'est une offre de prévention personnalisable, prenant en compte les besoins et les attentes des assurés, ainsi que leurs facteurs de risques tels que l'âge, le sexe, le mode de vie, les antécédents médicaux personnels et familiaux, et leur suivi médical (8,11). Il réunit une équipe pluriprofessionnelle composée à minima de médecins, infirmiers, dentistes et d'agents administratifs (11,12).

Il s'agit d'un moment privilégié pour faire un point global et individuel sur sa santé, réaliser des actions de dépistage et de prévention, bénéficier de conseils avec, au

besoin, une orientation pour une prise en charge médicale et éducative personnalisée (12,13). L'EPS est également l'occasion pour l'assuré d'être informé des aides de soins proposées par l'AM, voire d'assurer une réinsertion dans un parcours de soin coordonné par le médecin traitant (11).

Ce dispositif est destiné aux plus de 16 ans assurés au régime général, agricole et au régime social des indépendants (12,13).

Il cible préférentiellement les populations précaires, en situation de vulnérabilité sociale et /ou marginalisées du système de santé, telles que ceux bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ou sans complémentaire santé, les demandeurs d'emploi, les retraités, les jeunes en insertion professionnelle, les patients exposés à des risques menaçant leur santé ou sans médecin traitant (8,13,14).

Selon un rapport en 1987 rédigé par J. Wresinski, membre du Conseil économique et social Français, la précarité est définie comme *« l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible »* (15). Les conditions sociales et économiques influencent l'état de santé des populations, ce qui crée des inégalités sociales en santé. Un rapport de Santé publique France de 2017 a énuméré un différentiel d'espérance de vie à 35 ans de 6,4 ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs masculins, et de 3,2 ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs féminins (16). Ainsi, les offres de soins primaires, telles l'EPS, tendent à jouer un rôle primordial dans la réduction de ces inégalités (17).

Les CES recourent à deux modes de recrutement pour l'EPS : le requêtage et le partenariat. Le requêtage, consiste à adresser des invitations aux assurés par mails, courriers ou par appels téléphoniques. Le partenariat, moins fréquent, fait appel à des organismes nationaux et des structures telles que France Travail, les centres de formation, les établissements scolaires et universitaires, les foyers d'hébergement

sociaux, les Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF), ou encore la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) représentée par les Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) (12,14).

Préalablement au bilan lui-même, il est demandé au consultant de remplir un questionnaire de santé (13). Par le biais de questions ouvertes, il permet un recueil d'informations sur son statut sociodémographique, son mode de vie avec ses comportements à risques, son recours aux soins et son état de santé (Annexe 1).

Le jour de l'examen, qui se déroule sur une demi-journée, le consultant se présente à jeun au CES muni de son questionnaire complété et de ses documents médicaux (carte vitale, carnet de santé et de vaccinations voire ses examens complémentaires antérieurs). Il débute par une vérification de ses différents droits en santé, du parcours de soins ou encore des moyens pour recourir à l'obtention d'une complémentaire santé (12,13).

L'examen s'en suit par la prise systématique des paramètres vitaux et biométriques (poids, taille, tension artérielle). En fonction du consultant et de son questionnaire, il peut être réalisé un examen bucco-dentaire de dépistage, une analyse biologique orientée et des examens complémentaires ciblés (ECG, spirométrie, tests auditifs et/ou visuels, FCU...) (12,13) (Annexe 2).

A l'issue de ce bilan, le consultant bénéficie d'un entretien médical où le médecin procède à une anamnèse (antécédents, traitements, facteurs de risques, mise au point des vaccinations), un examen clinique général et à une analyse commentée des résultats avec délivrance de conseils de prévention (12).

L'EPS sénior, s'adressant aux patients de plus de 65 ans, est davantage tourné sur la prévention des pathologies chroniques, du risque de chute, des troubles neurocognitifs, le dépistage organisé des cancers. L'EPS jeune, s'adressant aux patients âgés de 16 à 25 ans, s'intéresse davantage aux problématiques addictives, nutritionnelles, de la vie affective et du bien-être, ainsi que de la santé sexuelle et mentale. Des thématiques communes telles que le tabagisme, ainsi que d'autres facteurs de risque cardiovasculaire comme le surpoids sont abordés quel que soit l'âge (11).

Au décours, et sur accord du consultant, les résultats sont adressés au médecin traitant (11,12).

IV. Contexte et objectif de l'étude

D'après l'équipe du CETAF, 334 000 bilans d'EPS ont été réalisés en France en 2023. Il s'agit d'un examen pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie d'un montant moyen de 251 euros (18).

Bien que l'objectif initial de la pratique des EPS soit d'améliorer l'état de santé de la population, le coût et les compétences médicales mises en jeu à leur réalisation en France ne sont pas négligeables. Ceux-ci sont justifiés s'ils apportent une vraie plus-value dans la prise en charge en soins primaires de la population générale.

Lors d'une rencontre avec l'équipe d'un CES du Nord en février 2024, l'équipe s'interrogeait sur le devenir du bilan EPS et de son utilisation par les médecins généralistes libéraux de la région dans la prise en charge de leurs patients. De nombreuses interrogations subsistent avec un souhait d'avoir un retour actualisé. Cela d'autant plus que l'EPS se veut complémentaire à l'activité du médecin généraliste libéral, acteur essentiel de la prévention et premier recours au soin.

En effet, d'après la définition Européenne de la médecine générale et les missions inscrites dans le Code de la santé publique (art L.4130-1), le médecin généraliste assure de nombreuses actions de préventions et de dépistages (vaccinations, repérage précoce et intervention brève, participations aux dépistages individuels et organisés, prescription de traitements préventifs) et réalise des interventions d'éducation thérapeutiques auprès de ses patients (19,20).

Se pose donc la question : Quel est l'intérêt de l'examen de prévention en santé (EPS) dans la pratique des médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais ?

L'objectif principal de cette étude est de comprendre, d'explorer l'intérêt et l'utilisation de l'EPS par les médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais ainsi que son intégration dans la prise en charge de leurs patients. L'objectif secondaire est d'identifier des axes d'amélioration de ce dispositif.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, inspirée de la phénoménologie interprétative. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, les expériences personnelles et comportements des participants (21). En l'absence d'hypothèse de départ, une démarche de questionnement constante amène à élaborer des hypothèses en fonction de la réalité observée. Le recueil de données sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés a paru le plus pertinent pour essayer de répondre à la question de recherche.

II. Population étudiée

Il a été décidé d'inclure des docteurs spécialistes en médecine générale, installés en libéral dans le Nord ou le Pas-de-Calais, exerçant à titre principal en médecine générale et ayant reçu au moins un bilan d'EPS d'un de leurs patients.

Aucun critère de non-inclusion n'a été retenu pour cette étude.

III. Recrutement de l'échantillon

Le choix de la méthodologie avec analyse phénoménologique nécessitait de constituer un échantillonnage raisonné homogène de praticiens. Le recrutement était réalisé en variation maximale, afin de recueillir l'échantillon le plus diversifié possible et d'avoir des réponses très variées. Les caractéristiques des participants recueillies étaient l'âge, le sexe, l'année, le mode et la zone d'installation.

Le recrutement initial a été effectué auprès de médecins connus de l'investigateur puis, par bouche à oreille, selon les caractéristiques recherchées, afin d'obtenir une grande diversité de réponses, jusqu'à suffisance des données.

Nous supposons devoir inclure entre 10 et 15 participants, nombre de sujets habituels dans ce type d'étude.

L'investigateur devait contacter les participants par mail ou par téléphone, et leur demander s'ils avaient déjà reçu un résultat de bilan d'EPS chez l'un de leurs patients, afin de valider les critères d'inclusion. Les numéros de téléphone étaient disponibles sur internet ou communiqués par certains confrères. En cas de réponse positive, ceux-

ci étaient invités à prendre part à l'enquête, sans être informés au préalable du contenu des questions.

IV. Recueil de données

Les entretiens étaient effectués en présentiel dans un lieu neutre, calme, confidentiel et non intime du participant. Ils pouvaient être effectués au cabinet du praticien, en dehors des horaires de consultations. Toutefois, en raison du large territoire couvert, des contraintes logistiques ainsi que des disponibilités des participants, il était exceptionnellement possible d'organiser un entretien dans un lieu privé (domicile) ou par visioconférence (via un lien Zoom), afin de limiter les refus de participation.

Il s'agissait d'entretiens individuels semi-dirigés réalisés et menés par l'investigateur, cadrés à partir d'un guide d'entretien. Les questions se voulaient ouvertes avec des questions de relance modulables, afin d'approfondir l'entretien, si nécessaire. Elles pouvaient être posées dans n'importe quel ordre, en fonction du déroulement de l'entretien. Une première version du guide (Annexe 3) a été testée au préalable auprès d'un médecin généraliste non inclus dans l'échantillon final, permettant d'apporter certaines modifications aux questions et aux relances. A partir de cet entretien, des modifications minimales ont été nécessaires, aboutissant à la version finale (Annexe 4).

Avant chaque entretien, l'accord oral des participants étaient recueillis, après explication de la fiche d'information (Annexe 5), dont l'anonymisation des données. Après un consentement écrit à l'enregistrement audio, l'entretien était doublement enregistré, à l'aide d'un dictaphone Philips voice tracer® et d'un iPhone®, afin d'éviter tout problème technique. Dans le cadre d'une visioconférence, aucun enregistrement vidéo n'était réalisé et la fiche d'information était transmise par mail, signée par le participant avant le début de l'entretien puis retournée à l'investigateur.

En dehors des réponses aux questions du guide d'entretien, les données personnelles recueillies étaient l'âge, le sexe, le mode d'activité (cabinet seul ou de groupe), le lieu d'exercice (rural, urbain, ou semi-rural) et l'année d'installation, ainsi que les coordonnées permettant de contacter les participants pour planifier les entretiens.

Les données de communication non verbale étaient recueillies dans le journal de bord de l'investigateur principal.

Par la suite, chacun des entretiens était retranscrit intégralement à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word et Open office). La retranscription était réalisée mot à mot afin d'obtenir un « verbatim » le plus fidèle possible, comprenant la communication non verbale du participant et le ressenti de l'investigateur. Elle devait être réalisée dans la semaine suivant l'entretien. Chaque participant était renommé à l'aide d'un pseudonyme (MG1, MG2...) avec un tableau de concordance conservé exclusivement par l'investigateur. Les données recueillies étaient stockées sur une base de données (Microsoft® Excel) sécurisée par un mot de passe.

Le recueil a été poursuivi jusqu'à suffisance de données, c'est-à-dire lorsque tout nouvel entretien n'apportait plus de nouvelles propriétés au moment du codage.

Toutes les données nécessaires, à savoir le tableau de concordance, le journal de bord de l'étude, les transcriptions et l'analyse des verbatims étaient conservées sur un ordinateur sécurisé par un mot de passe, avec une double sauvegarde sur une clé USB externe. Celles-ci seront conservées jusqu'à 2 ans après signature du rapport final de recherche puis détruites par effacement informatique.

V. Analyse des données

Après retranscription, les entretiens étaient codés manuellement et analysés au fur et à mesure par méthode d'étiquetage suivie d'une catégorisation des données.

Une triangulation du codage des données était indispensable et effectuée par une autre étudiante de 3e cycle en DES de médecine générale, également formée à la méthodologie de recherche qualitative.

Cette étude a été confrontée aux 32 critères de scientificité de la grille COREQ.

VI. Cadre réglementaire

La Commission de Recherche des Départements de Médecine et Maïeutique (CRDMM) de la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille ont validé la méthodologie de l'étude ainsi que le guide d'entretien.

L'avis d'un Comité d'éthique n'était pas nécessaire, cette étude n'impliquant pas des patients mais des professionnels de santé interrogés sur leurs pratiques professionnelles.

Aucun risque n'était identifié pour les participants à cette étude.

L'investigateur principal et la directrice de thèse n'avaient pas de conflit d'intérêt dans ce travail.

RESULTATS

I. Description de la population étudiée

Dans cette étude, 14 participants ont accepté de participer sur 46 personnes sollicitées. Parmi elles, 7 ont refusé de participer et 25 n'ont pas donné de réponse malgré une relance par téléphone et/ou par courriel.

Les entretiens ont été réalisés entre le 7 août et le 20 décembre 2024. Parmi les interrogés, il y avait huit hommes et six femmes, âgés de 33 à 63 ans. La majorité avait un exercice en milieu urbain (9 sur 14) et en groupe (11 sur 14).

La suffisance des données fut obtenue au bout du douzième entretien, confirmée après la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes et 30 secondes.

Les caractéristiques des participants figurent dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Caractéristiques des participants

Participant	Sexe	Age (années)	Département	Année d'installation	Mode d'exercice	Lieu d'installation
MG1	Masculin	33	62	2020	Groupe	Urbain
MG2	Masculin	63	59	1987	Groupe	Semi-rural
MG3	Féminin	52	59	2011	Groupe	Urbain
MG4	Féminin	54	62	1998	Groupe	Urbain
MG5	Féminin	38	62	2016	Groupe	Urbain
MG6	Féminin	59	62	2000	Groupe	Urbain
MG7	Féminin	35	59	2019	Groupe	Semi-rural
MG8	Masculin	36	59	2020	Seul	Urbain
MG9	Masculin	61	62	1994	Groupe	Rural
MG10	Masculin	34	59	2023	Seul	Rural
MG11	Féminin	33	62	2024	Groupe	Urbain
MG12	Masculin	47	59	2010	Seul	Urbain
MG13	Masculin	41	59	2014	Groupe	Urbain
MG14	Masculin	41	62	2012	Groupe	Semi-rural

II. La prévention, mission clé du médecin généraliste

a. Des praticiens engagés et équipés

La majorité des praticiens interrogés ont tenu à démontrer l'importance qu'ils accordent à la prévention et au dépistage dans leur exercice quotidien.

MG6 : « Je demande régulièrement s'ils font leur dépistage du cancer colorectal, où ils en sont de leurs frottis cervico-vaginaux, ou les dépistages du syndrome métabolique... »

MG9 : « On sait bien que notre rôle principal, c'est le dépistage, c'est la prévention »

MG13 : « Globalement, la prévention en médecine générale on l'a fait, on l'a toujours fait, on continue de le faire, on le fera toujours »

Pour quelques-uns, cet engagement débute à la première rencontre avec le patient.

MG1 : « Quand je vois un nouveau patient, quel que soit son âge, je me fais une petite fiche de suivi avec.... la dernière prise de sang complète qu'on a... et les dépistages, Est-ce que les vaccins sont à jour ? Enfin, voilà un truc assez carré ! »

MG5 : « Le dépistage, je l'aborde dès la première consultation et après je ne les lâche plus ! »

Certains praticiens se forment et disposent d'équipements spécifiques au sein de leur cabinet afin de proposer une prise en charge préventive optimale.

MG2 : « On a fait une formation, on a acheté un dermatoscope »

MG6 : « Je suis équipé pour faire ECG, spirométrie et IPS, index de pression systolique »

D'ailleurs, un des participants promeut activement les programmes de prévention déjà existants, réalisables par eux-mêmes, tels que « Mon Bilan Prévention ».

MG1 : « On a informé les gens qu'ils avaient une consultation, qu'ils avaient plusieurs consultations prises en charge par la Sécu avec les nouveaux critères d'âge (...) Voilà « si vous avez entre 18 et 25, si vous avez entre 45 et 50, sachez que vous pouvez venir faire un bilan de santé chez votre médecin ! »

Plusieurs d'entre eux ont aussi souligné l'importance d'adopter une démarche préventive proactive, notamment en fonction de l'âge ou des facteurs de risques des patients.

MG6 : « Ça serait peut-être intelligent qu'il y ait des dépistages organisés un petit peu plus tôt pour des patients à risque vers des âges un peu plus tôt autour de la quarantaine pour améliorer, peut-être, la santé cardiovasculaire de la population française » ; « Faire de la prévention le plus tôt possible pour certains patients tabagiques, en surpoids, obésité »

Au-delà de leur cabinet, les médecins interrogés estiment que toute action préventive, quelle qu'elle soit, est bénéfique pour le patient.

MG1 : « Dans tous les cas, tout dépistage, surveillance, prise de tension...si on arrive à faire prendre conscience aux gens qu'il y a un souci et qu'en changeant deux, trois petits trucs, ça les aide....Oui, ce sera tout bénéf pour tout le monde. »

b. Mais ces médecins ont aussi leurs limites

L'une des principales limites à la prévention décrite était la charge de travail importante, réduisant le temps dédié.

MG2 : « On est toujours pressé ! »

MG6 : « On a beaucoup de sollicitations. Une consultation de médecine générale, c'est déjà bien, bien bien riche quoi »

MG9 : « Maintenant on surveille beaucoup de choses. On suit les rénaux, des diabétiques, on demande beaucoup aux médecins généralistes »

Cela pouvait parfois être frustrant, d'autant que cette démarche est parfois peu rentable et chronophage.

MG2 : « Dans le système de santé tel qu'il est, c'est quand même très compliqué, je trouve, de pouvoir gérer, au cours de la consultation, un temps nécessaire pour dire aux gens « vous devriez faire de la prévention ! » »

MG13 : « Si on faisait des examens de prévention de santé toute la journée, on aurait bien du mal à se payer à la fin du mois, parce que ça prend quand même énormément de temps »

Deux médecins interrogés reconnaissent, assez mal à l'aise, parfois omettre d'aborder certaines thématiques préventives, soit par oubli, soit par choix en attendant que le patient exprime une plainte.

MG2 : « Quelle honte pour moi ! Et ça arrive quand j'ai quelqu'un qui se blesse avec un clou rouillé, que je vois tous les trimestres ou même tous les six mois, ou même régulièrement pour son hypertension, je regarde le dossier je dis « mais merde ! vous êtes vacciné contre le tétanos ? » ; « Oh, ça fait des années je ne l'ai pas fait docteur ! ». Et je me dis, le gars je le vois tout le temps, et au cours de la consultation je n'ai pas pensé à vérifier ces trucs-là »

MG14 : « Bah c'est vrai que moi, j'attends que les gens euh se plaignent ou que l'entourage se plaigne voilà (rire). »

Certains praticiens admettaient éprouver des doutes et des hésitations, en matière de prévention et de dépistage, dans le choix des examens à prescrire ou dans l'interprétation de leur examen clinique.

MG5 : « Disons qu'il y a des examens pour lesquels nous, on hésite toujours »

MG7 : « Je peux ne pas dépister un souffle parce que je ne l'entends pas »

c. D'autres limites à la prévention, indépendantes du praticien

La plupart des participants rapportent se heurter régulièrement à une adhésion insuffisante des patients aux démarches de prévention en santé.

MG6 : « C'est comme le dépistage du cancer colorectal, ils reçoivent l'invitation ! Si on n'en parle pas, nous, au cabinet, il y en a qui ne vont pas le faire ! »

MG7 : « Je pense à tous ceux à qui je dis d'aller voir le cardiologue, à qui j'ai déjà fait quatre courriers mais qui n'y sont jamais allés »

MG12 : « On a des patients qui ne veulent pas, qui ne veulent pas faire le bilan, qui ne veulent pas voir de spécialiste »

MG9 : « Quelqu'un qui consomme de l'alcool, par exemple, ne va pas faire le bilan de santé parce qu'il va se dire « bah non, ils vont le voir après » »

Outre le manque d'adhésion, certains usagers sont simplement trop peu exposés au discours préventif de leur médecin traitant pour en tenir compte.

MG5 : « Il y a des gens que tu vois une fois parce qu'ils ont besoin d'avoir un médecin traitant déclaré pour être dans le parcours de soins et à qui je fais tout ce truc là, mais que finalement, je ne revois pas pendant deux ans...La prise de sang et le dépistage cancer colorectal n'ont pas été effectués... »

MG5 : « Quand ils ne viennent pas, tu ne peux pas leur prescrire de prise de sang ! »

Mais parfois, le non-recours aux soins de prévention n'est pas du fait du patient. Les participants ont souligné les difficultés récurrentes d'accès aux soins en France, avec un système de santé sous tension, rendant l'obtention de consultations complexe, notamment en dermatologie ou odontologie.

MG6 : « Il y a des bassins de population où c'est bien plus compliqué ou des bassins de population où il n'y a pas beaucoup d'accès aux soins. »

MG5 : « Il y a tellement un problème d'accès aux soins dentaires... »

MG10 : « Pour voir un dentiste, il faut quasiment 4 à 6 mois pour avoir un rendez-vous »

MG7 : « Chez le dermatologue c'est méga compliqué d'avoir des rendez-vous »

MG2 : « Effectivement, on n'a plus de dermatos »

d. L'EPS semble donc être une réponse pertinente

Les médecins perçoivent l'EPS comme une offre de dépistage structurée et balayant de nombreux champs de la prévention, avec une logistique efficace et un plateau technique bien équipé, permettant d'optimiser le temps médical.

MG6 : « Il y a un peu de prévention sur l'addiction, l'addiction à l'alcool, l'addiction au tabac, par exemple. »

MG13 : « on n'a globalement jamais de quoi faire de la biologie et, assez rarement, les moyens d'embaucher facilement du personnel pour accueillir, installer, flécher le parcours etc » ; « C'est un avantage, notamment (...) qu'il y ait des centres comme ceux-là notamment, je l'ai dit, avec le plateau technique, le personnel et le matériel dédié »

MG5 : « Ils ont accès à tout sur une seule journée et moi, j'avais trouvé à l'époque que c'était quand même plutôt bien organisé ! »

Ce regroupement d'examens en un lieu et temps unique constitue un gain de temps pour le patient, facilitant ainsi l'accès au dépistage et à la prévention pour ceux qui ne consulteraient pas spontanément leur généraliste à cette fin.

MG5 : « Ce type de dépistage-là, il correspond bien à une part de la population qui va plutôt se dire « Allez, je prends une journée pour tout faire ! » mais prendre un rendez-vous chez le médecin quand ils pensent qu'ils vont bien, ça, c'est plus compliqué quoi.. »

L'EPS offrait également la possibilité d'accès facilité à des examens de dépistage non réalisables au cabinet, par manque d'équipement, et d'offrir une complémentarité à la prise en charge du médecin traitant, notamment pour les dépistages cardiopulmonaires et des troubles auditifs.

MG3 : « Je ne fais pas d'EFR, je ne fais pas d'ECG »

MG13 : « Dans les cabinets de médecine libérale, on n'a pas tous des ECG »

MG8 : « Ça permet de dépister certains troubles de l'audition, par exemple, pour le bilan auditif, que nous, on ne fait jamais en médecine générale »

MG14 : « Ce qui n'est pas mal, c'est l'audiogramme. Je crois qu'il y avait un audiogramme donc, ça, c'est des choses qu'on ne fait pas donc, ça c'était pas mal »

Un médecin reconnaissait que les bilans réalisés en ville pouvaient parfois être moins exhaustifs que ceux effectués dans le cadre de l'EPS.

MG1 : « Je pense qu'ils sont plus complets que nous dans leur bilan aussi »

En regroupant plusieurs investigations au sein d'un même bilan, l'EPS leur évitait d'organiser un suivi échelonné avec la nécessité de consultations et de prescriptions successives. Cela permettait également d'accélérer certaines prises en charge.

MG5 : « Ils ont fait sur une journée des trucs qu'on met six mois à leur faire faire »

Les participants reconnaissaient aussi que le bilan EPS permettait d'offrir davantage de temps médical au patient.

MG1 : « Dans tous les cas, après, ils ont plus le temps »

MG11 : « Il y a le temps aussi, je pense, passé aussi avec le professionnel de santé. Ils restent longtemps globalement quand même lors de ce bilan de dépistage »

Enfin, les médecins interrogés considéraient l'EPS pertinent en cas de difficulté d'accès aux soins, en tant que première réponse permettant d'évaluer l'état de santé des patients en attendant une prise en charge ultérieure.

MG2 : « Je trouve que c'est des dispositifs qui sont super utiles pour des patients qui se retrouvent, et on sait qu'il y en a de plus en plus nombreux, sans médecin traitant »

MG7 : « Je pense que c'est très bien aussi dans les secteurs où il y a peu de médecins parce que ça permet aux patients d'avoir un suivi médical »

MG10 : « C'est vrai que dans un désert médical comme c'est compliqué de trouver des médecins, des spécialistes, si le patient peut être convoqué pour faire des examens en amont et que nous on n'a plus qu'à les interpréter c'est sûr que ce serait plus bénéfique »

L'un des médecins interrogés considérait même que les CES constituaient une véritable solution de secours pour certains patients.

MG2 : « Je trouve que ce centre de prévention, c'est une « bouée de sauvetage » pour les gens qui, voulant prendre soin de leur santé, se retrouvent dans l'impossibilité matérielle de prendre soin de leur santé correctement parce qu'ils n'ont plus de contrat de médecin traitant, parce qu'ils n'ont plus de généralistes, parce que c'est compliqué »

L'EPS constitue une offre de soins gratuite pour les patients, un avantage non négligeable, en particulier pour ceux en situation de précarité qui, par faute de moyens, renoncent parfois aux soins.

MG8 : « Là-bas, c'est gratuit »

MG6 : « Ils se disent ça on a le droit de le faire, pourquoi pas ! » »

MG11 : « Quand les patients n'ont pas de médecin ou euh en situation de précarité, donc difficulté d'accès aux soins, je pense que ces dépistages sont très bien et bien sûrs »

III. La place de l'EPS dans le parcours de soins

a. Un manque de connaissances des médecins généralistes

Lors des entretiens, certains médecins exprimaient ne pas connaître le déroulement ni le contenu de l'EPS.

MG7 : « Je ne sais même pas ce qu'ils font pour les femmes en examen de prévention. »

MG8 : « Je ne sais pas exactement ce qu'ils y font et ce que c'est (...) Je ne suis jamais allé là-bas, donc je sais pas comment ça se passe concrètement. »

D'autres ignoraient les modalités de recrutement des usagers.

MG1 : « Je ne sais pas comment les gens sont informés pour faire ce... Enfin, j'imagine que c'est par courrier »

MG8 : « Qui est convoqué ? Quels sont les critères ? Je ne sais pas trop je vous avoue. »

Cette méconnaissance semblait découler d'un manque de communication et d'information des CES concernant le bilan en lui-même, et non pas d'un manque d'intérêt de la part du praticien.

MG3 : « J'aimerais bien savoir, en fait (...) justement les critères précis, comment ils sont convoqués et, si jamais nous on se dit que ça serait bien qu'ils le fassent, comment on peut leurs proposer ? (...) je ne crois jamais avoir reçu de quoi que ce soit des centres de prévention. »

MG12 : « Il n'y a pas de communication vraiment autour de ce bilan. »

La majorité des interrogés affirmaient aussi n'être que peu fréquemment confrontée à un compte-rendu d'EPS dans sa pratique quotidienne.

MG2 : « Mais je n'en reçois pas tant que ça (...) Ce n'est pas une situation à laquelle je suis confronté toutes les semaines. »

MG3 : « Ça fait longtemps que je n'en ai pas eu ! »

MG12 : « Je n'en ai pas tant que ça. En moyenne, je dirais peut-être à la louche, j'en ai 3 à 5 par an. »

Manquant d'informations, les participants reconnaissent ne pas recommander spontanément le bilan en consultation. L'un d'eux le justifiait aussi par le manque d'intuitivité à aborder le sujet, tandis qu'un autre soulignait l'éloignement géographiques de certains CES, pouvant être un frein supplémentaire.

MG1 : « Nous, on ne les informe pas de ça, nous, de notre côté, pour ce bilan-là particulièrement. »

MG6 : « Je ne l'aborde pas, honnêtement »

MG11 : « Ce n'est pas intuitif pour moi de les envoyer dans les centres de santé euh parce que ça ne me vient pas à l'idée de les envoyer et que j'assure le suivi et que s'ils ont une plainte ou autre euh je vais la traiter moi au cabinet. »

MG14 : « Je n'ai pas un truc près de mon cabinet où ça se passe (...) Du coup, ce n'est pas quelque chose que je vais utiliser dans mes ressources parce que je pense que le bilan il se fait assez loin. »

Néanmoins, un des participants, ayant personnellement expérimenté l'EPS, pouvait se permettre d'en parler à ses patients, afin de mieux les conseiller ou les rassurer si nécessaire.

MG5 : « Moi, je l'ai fait quand j'étais interne ! (...) Donc, je sais comment c'est organisé (...) Je défends le truc en disant « Non, mais c'est hyper bien organisé ! Je l'ai fait ! » et le fait de dire « moi je l'ai fait aussi ! » ça les rassure ! »

b. Des usagers acteurs dans le processus

En général, le bilan est réalisé après réception d'une invitation écrite de la Sécurité Sociale.

MG5 : « Ils le reçoivent par la poste. Ils reçoivent des invitations »

MG13 : « Les patients vont faire leurs examens de prévention santé dans les centres de santé quand ils en reçoivent l'invitation de la part de la Sécurité Sociale »

Parfois, certains sollicitaient l'avis de leur médecin traitant, après avoir reçu ou non cette invitation.

MG5 : « Alors, moi, on m'a déjà posé la question « Est-ce que vous pensez qu'il faut que je le fasse ? »

MG7 : « J'ai récemment eu un patient qui m'a demandé « ah ben, j'aimerais bien faire un bilan de santé ! Parfois on recevait dans la boîte aux lettres un courrier qu'il nous proposait, là, je ne le reçois plus »... »

MG8 : « Bah il y en a, par exemple, qui viennent me demander « J'ai eu un de mes collègues ou Untel qui a fait un dépistage, un bilan de prévention. Est-ce que moi aussi, je peux le faire ? Je ne sais pas trop comment ça se passe »... »

Mais en général les médecins constatent qu'ils n'étaient pas impliqués ni informés dans l'orientation vers l'EPS de leurs patients, pouvant les amener à se sentir écartés.

MG3 : « La majorité du temps, les gens font ça sans nous le demander »

MG4 : « C'est plutôt eux qui ont fait cette démarche »

MG14 : « C'est proposé, on ne nous a jamais demandé notre avis non plus »

Un des participants a même évoqué une suppression de leur rôle dans le parcours de l'EPS au fil des années.

MG9 : « Au début, les gens venaient avec leur questionnaire, c'est nous qui remplissions toutes les questions, après ça c'était abandonné, c'était fait directement par le patient et après nous on les recevait quand tout avait été fait sur place. »

L'implication du patient dans le bilan EPS occupe une place prépondérante. À ce titre, certains y participent activement, motivés et engagés dans leur santé, tandis que d'autres expriment plus de réserves et de réticences à s'engager dans cette démarche.

MG4 : « Il faut qu'ils fassent la démarche, il faut qu'ils soient volontaires, il faut qu'ils y aillent (...) mais en général, ceux qui fument beaucoup, ils n'y vont pas à ces bilans-là, parce qu'ils savent qu'on va leur dire d'arrêter »

MG12 : « Les patients éventuellement les plus à risque, ils n'ont pas envie de le faire. »

MG5 : « Et puis, il y a des gens qui font l'autruche ou qui n'ont pas envie. Ils disent « Oui, je sais ! »...« J'ai pas envie ! ».

Cette réticence pouvait découler d'une appréhension, certains médecins soulignant que réaliser l'EPS pouvait susciter du stress ou de l'anxiété chez certains patients.

MG1 : « On se rend compte que des fois, c'est le bilan lui-même qui, qui fait stresser »
MG7 : « Souvent, il y a un petit contexte de stress d'un institut, où ils ne connaissent pas ce genre de choses »

Les médecins ont évoqué plusieurs raisons motivant les patients à réaliser ce bilan. Certains y participaient car étant attachés à leur santé, ou pour recueillir un avis médical différent de celui de leur médecin traitant.

MG9 : « Je pense qu'il y en a beaucoup, c'est parce qu'ils s'intéressent à leur santé qu'ils le font parce qu'ils pensent que ça va leur apporter quelque chose de supplémentaire. »

MG4 : « C'est peut-être pour ça, d'ailleurs, qu'elle l'a fait. Voilà, je pense que c'est dans le fait de dire « Bah tiens, peut-être qu'on va lui dire pourquoi je suis essoufflée quoi » »

MG1 : « Ceux qui finalement vont faire ces examens de santé là sont quand même des gens qui sont assez attachés à leur santé »

MG2 : « Les gens qui acceptent d'aller à ces examens de prévention Pasteur, c'est des gens qui s'occupent déjà de leur santé correctement. Ils sont préoccupés par leur santé »

MG7 : « Les patients qui vont faire des examens comme ça de prévention c'est souvent des patients qui sont assez soucieux de leur santé »

Enfin, certains participants sont des usagers peu réguliers du parcours de soins.

MG3 : « C'est assez fréquent aussi que ça soit des gens qu'on ne voit pas souvent »

c. L'impact de l'EPS dans le parcours de soins du patient

Pour l'usager sans médecin traitant, l'EPS peut être une porte d'entrée dans le parcours de soins et l'encourage à rechercher un médecin traitant. Un des participants soulignait que le compte-rendu facilite la prise de contact avec les nouveaux patients. En offrant une base d'échange, il permettait plus facilement d'instaurer le dialogue et de recueillir des informations médicales.

MG11 : « C'était un tout nouveau patient sur le secteur qui ne trouvait pas de médecin et qui du coup a fait un examen de santé par l'intermédiaire de ces structures et qui du coup euh a su que je m'installais et est venu me présenter son dossier. » « ça m'a vraiment permis aussi d'apprendre à connaître le patient »

Pour les patients peu connus, l'EPS offrait une optimisation du temps médical et un gain de temps sur la prise en charge, que ce soit dans l'organisation d'une seule consultation ou du suivi ultérieur.

MG9 : « Ça me paraît avoir un petit gain de temps, par exemple c'est vrai que si la personne que j'ai vu qu'une fois, elle arrive déjà avec la prise de sang faite sur place, bah ça gagne déjà le fait que je la vois, que je prescrive la prise de sang, qu'elle la fasse et qu'on se revoit dans un second temps pour l'interpréter »

MG13 : « Ce qui nous permet, effectivement, de gagner énormément de temps sur les temps d'interrogatoire, anamnèse, remplir le dossier, etc. »

MG1 : « Ça nous mâche quand même une bonne partie de boulot qu'on n'a pas besoin de refaire en consultation »

Pour les patients perdus de vue ou peu observants au suivi, l'EPS pouvait provoquer une prise de conscience de leur état de santé s'accompagnant d'une motivation à reprendre un suivi. Il représentait pour leur médecin l'opportunité de reprendre contact et de les réintégrer dans le parcours de soins.

MG1 : « Ça leur remet un peu, je trouve, le « pied à l'étrier » de la consultation pour ceux qui sont vraiment perdus de vue » ; « Ça leur permet deeuh, reprendre contact quand je ne les ai pas vus depuis 2-3 ans, effectivement »

MG3 : « Un peu un électrochoc sur justement un suivi qui n'est pas fait correctement, et où ils se disent, « Ouh là là ! Oui, il y a plein de choses, regardez tout ce qui est écrit, il va falloir que je me soigne ! ». »

MG5 : « Il y a des gens qui vont avoir comme un déclic »

Enfin, pour les usagers déjà réguliers du parcours de soins, le bilan pouvait apporter une réassurance au patient, en confirmant l'absence de pathologie préoccupante, ou enrichir la pratique du médecin en apportant un regard extérieur.

MG5 : « Deux avis valent mieux qu'un ! »

MG7 : « C'est toujours bien d'avoir un deuxième avis »

MG1 : « Ça permet aussi eux d'y aller, de les rassurer avec une tierce personne sur leur état de santé. »

MG11 : « Les patients quand ils font ce bilan de santé ils sont quand même rassurés aussi des fois parce que tout a été fait et que ça leur a fait un check-up global. »

d. Des consultations ambulatoires provoquées suites aux résultats

Les médecins affirmaient prendre en compte le rapport de l'EPS. En cas de résultat préoccupant, ils se montraient réactifs.

MG2 : « Souvent, je me dis... Je relève une anomalie qui me pose un peu problème, là je me dis « Il ne faut pas que je passe à côté ! »

MG13 : « Si, effectivement dans les centres de prévention « ils lèvent un lièvre », c'est à nous de « tirer » ! »

Lorsque le bilan révélait des résultats préoccupants, certains médecins l'ayant reçu reconvoquaient leurs patients, une pratique d'autant plus courante lorsque ce dernier ne consultait pas spontanément.

MG1 : « Ça peut m'arriver de reconvoquer le patient s'il y a vraiment un gros souci »

MG2 : « S'il y a des choses importantes à régler, je vais prendre mon téléphone et je vais contacter le patient »

MG5 : « Si le patient a pensé qu'il n'avait rien à en faire, moi, je le reçois, je le lis et je le convoque ! »

En revanche, en l'absence d'anomalies importantes, la reconvoction restait exceptionnelle.

MG6 : « Alors moi je ne reconvoque pas le patient »

MG8 : « Non, je ne les reconvoque pas »

Les résultats anormaux nécessitant un suivi pouvaient aussi être apportés par le patient, souvent sur orientation du médecin du CES :

MG11 : « C'est souvent le patient qui vient me voir et qui me dit « Voilà, on a détecté ça, ça, ça » donc tel ou tel problème... »

MG3 : « Ils viennent souvent parce que, dans la conclusion, il y a des choses particulières, on leur a dit « il faut voir le médecin traitant ! » »

MG10 : « Ils disent « voilà j'ai fait un bilan on m'a fait tels et tels examens, on a découvert telles choses, on m'a dit de venir vous voir pour aller plus loin » »

Exceptionnellement, un seul des praticiens interrogés a été contacté par téléphone par le CES concernant les résultats d'un de ses patients. Cette expérience fut particulièrement appréciée, certains exprimant le souhait de pouvoir être contacté par les CES en cas de besoin.

MG5 : « Une fois, j'ai été contactée par la médecin de Pasteur, en direct, et ça, j'ai apprécié ! (...) Elle voulait être sûre que le patient vienne me voir (...) j'avais apprécié cette communication de médecin à médecin, en direct, en fait »

MG8 : « Je suppose que si un jour il y avait un truc urgent ou grave, l'Institut Pasteur m'appellerait, il me dirait de voir le patient, il le dirait plus rapidement »

e. La poursuite de la prise en charge : le rôle du médecin traitant

Selon la nature des anomalies et les conclusions rapportées, ils s'assuraient de poursuivre les investigations initiées dans ce cadre dans la mesure où elles restaient dans le champ de compétence du médecin généraliste.

MG8 : « Selon « l'anomalie » qu'il peut y avoir je prends le relais sur ce qu'il y a. »

MG11 : « Si ça ne relève pas du spécialiste et que ça dépend de moi, c'est moi qui gère effectivement le problème. Par exemple, c'était des mises à jour de vaccination bah c'est moi qui l'assure »

A ce titre, certains médecins réalisaient de nouveaux examens complémentaires, voire vérifiaient des résultats à l'aide de leur propre matériel.

MG3 : « On essaie de voir s'il faut creuser, s'il y a des examens complémentaires à faire »

MG5 : « La prise de tension, tout ce qui est examen clinique, je le refais ! Je vais les repeser, etc. Parce qu'en fait, tu sais, il faut toujours prendre la même référence ! »

Enfin, dans leur rôle central de coordinateur de soins, certains médecins sollicitaient une expertise supplémentaire auprès de confrères spécialistes.

MG3 : « Si c'est une anomalie à l'ECG, on vérifie s'ils ont déjà vu un cardio sinon, on écrit un courrier pour le cardio. »

MG11 : « Dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas, j'adresse en fonction aux spécialistes compétents si ça relève du spécialiste »

Parfois au contraire, certains participants ont souligné que la réalisation d'examens comme l'ECG ou l'EFR, habituellement effectués par des spécialistes, leur permettait de mieux cibler les patients nécessitant un avis spécialisé et d'optimiser les demandes d'avis.

MG3 : « Je ne vais pas envoyer facilement les gens voir un pneumo, voir un cardio (...) Donc du coup, comme là, c'est fait c'est intéressant » « On priorise nos envois aux spécialistes »

MG10 : « J'ai vu quelqu'un qui avait un ECG ça évite d'aller aussi voir un spécialiste juste pour faire un ECG. »

Les médecins interrogés considéraient que le retour au cabinet de ville en cas d'anomalie était indispensable pour la coordination des soins, l'EPS risquant d'interférer avec le suivi médical et la coordination des soins de de leurs patients, d'autant plus que les CES ne semblent pas assurer de suivi après le bilan.

MG7 : « Je pense que c'est important que le patient revienne vers nous parce que c'est nous qui faisons quand même le lien du suivi et que s'il y a un souci et qu'il serait, par exemple, adressé directement chez des spécialistes par le biais du bilan de prévention bah c'est dommage parce qu'on perd un peu de vue le patient et que dans tous les cas, après, ce ne sont pas les médecins de prévention qui vont le suivre derrière. Donc, il faut quand même faire le lien avec le médecin traitant »

MG10 : « Le patient il fait un examen, mais est-ce qu'il y a un suivi à 5 à 10 ans ? »

MG13 : « Quand l'examen de prévention de santé découvre un diabète, ce n'est pas eux qui vont prescrire ni le bilan, ni le traitement, ni assurer le suivi »

IV. Les résultats du bilan

a. Un bilan concis et lisible mais un format inadapté

Au cours de sa lecture, beaucoup de praticiens ont trouvé le bilan bien organisé, avec une clarté appréciable dans la présentation des résultats et des conclusions. La standardisation de l'EPS garantit à priori une intelligibilité pour tous les médecins, quel que soit le lieu où l'examen est réalisé.

MG10 : « C'est souvent par catégorie : états buccodentaires, cardiovasculaires, pulmonaires, c'est détaillé, tabac, etc »

MG7 : « Dans mon souvenir c'est quand même assez clair »

MG13 : « C'est tout à fait lisible, intelligible et compréhensible » , « un examen de prévention santé d'une part, ils sont toujours faits dans le même sens, ils sont standardisés. »

Cette facilité de lecture permettait d'intégrer facilement l'EPS dans leur pratique quotidienne au cabinet. La plupart des médecins y étaient confrontés lors d'une consultation qui relevait initialement d'un autre motif.

MG8 : « J'ai géré au cours d'une consultation qui était à la base pour un autre motif »

MG14 : « L'examen de prévention santé, il arrive parfois dans une consultation où les patients venaient pour un autre motif. »

Beaucoup de participants déclaraient lire le bilan de manière succincte, en se concentrant principalement sur les résultats finaux et les conclusions. D'autres ont avoué ne pas toujours prioriser la lecture du compte-rendu dans leur pratique quotidienne.

MG2 : « Je les lis assez rapidement »

MG6 : « Quand on le reçoit au cabinet on le lit honnêtement de façon assez en diagonale (rire) »

MG11 : « J'avoue que je vais facilement à la conclusion et à la synthèse à la fin.»

MG14 : « C'est vrai que je n'ai pas focalisé énormément dessus (sourire). »

A l'exception de résultat préoccupant, où le patient était orienté vers le médecin généraliste par le CES ou reconvoqué par son médecin après réception du bilan, l'absence de priorisation, contrastant avec la mission de prévention prioritaires des médecins généralistes, pourrait en partie résulter du format papier des résultats. Envoyé par courrier postal au médecin généraliste ou au patient, ce format entraîne un délai dans la réception des informations.

MG6, MG12 : « On le reçoit par courrier »

MG13 : « J'ai l'impression que constamment, ils sont version papier ! »

MG14 : « Généralement, c'est le patient qui le ramène »

MG7 : « C'est souvent le patient qui me l'apporte (..) parfois très longtemps après et il me le donne pour information »

Souvent les résultats n'étaient pas jugés alarmants et ne semblaient pas nécessiter de prise en charge en urgence.

MG1 : « Ça reste quand même souvent des examens qui nous apprennent plus que c'est des résultats relativement normaux » « C'est sûr que peut-être que le bilan de prévention, de savoir si M. Truc a bien fait son vaccin, des fois, ça n'est peut-être pas l'urgence que nous on considère... »

MG2 : « Ce n'est pas des anomalies qui nous font dire « Ouh là là ! il y a un problème qu'il faut régler urgemment ! » »

MG4 : « La plupart du temps, c'est pas non plus des choses graves »

Aucun des médecins interrogés n'a mentionné avoir reçu le compte-rendu accompagné d'une lettre d'adressage du CES, ni sous forme dématérialisée.

MG10 : « Je n'avais pas de courrier du médecin ou du personnel paramédical qui a fait les examens »

La majorité des participants ont insisté sur la densité du compte-rendu.

MG1 : « On a énormément de paperasses parce que c'est quand même assez dense comme examen »

MG4 : « On reçoit leur bilan qui est assez exhaustif, pas mal de pages »

Beaucoup d'interrogés reprochaient l'envoi sous forme papier du compte-rendu des résultats, un format jugé encombrant, contraignant et inadapté du fait de l'informatisation des cabinets médicaux, entraînant une perte de temps significative due à la retranscription manuelle, avec un risque de perte des données. Il était recommandé une transmission dématérialisée du compte-rendu de l'EPS afin de faciliter son intégration dans les dossiers médicaux.

MG2 : « Ça prend de la place » ; « Je mets un petit bémol parce qu'on a quand même de plus en plus de gens qui correspondent avec les deux boîtes sécurisées qu'on a »
MG12 : « Ce n'est pas encore des documents qu'on reçoit par messagerie sécurisée (...) Ce qui est dommage d'ailleurs ! » ; « Les documents en papier c'est une catastrophe dans la gestion d'un cabinet quand on est informatisé. Parce que finalement, ce document-là, on va perdre de l'information. Euh donc, je perds du temps à renoter dans des éléments qui intègrent dans mes dossiers pour que ce soit noté dans ma biométrie » ; « Ce qui me pose un gros problème technique, c'est que je ne les reçois pas par messagerie sécurisée. Pourquoi ? Parce que je ne peux pas les intégrer dans mes éléments de biométrie. » ; « Si j'avais ça en messagerie sécurisée, ça serait déjà très important (sourire). Ça permettrait de l'intégrer, d'en tenir plus compte, forcément »

Après réception du bilan, les médecins interrogés intégraient généralement le compte-rendu dans leur logiciel médical, mais n'avaient pas pour habitude de le consulter à distance.

MG11 : « Ce document, souvent, je n'y retourne pas »
MG13 : « On ne va pas sans cesse reprendre le bilan de santé qui s'est passé à un instant T »

b. Un bilan exhaustif et fiable ?

Les participants s'accordaient à souligner l'exhaustivité de l'EPS, en raison de la grande variété d'informations, incluant le questionnaire préalable abordant des thématiques de santé variées et de nombreux examens médicaux et complémentaires réalisés par différents professionnels de santé.

MG1 : « L'examen en lui-même, il est assez complet »

MG5 : « Il y a une prise de sang, un ECG, gynéco, dentiste, diète ou nutritionniste », « ils ont vu tous les intervenants » « C'était intéressant de le faire ! Typiquement, je me souviens d'une... Papilloma, positif à son frottis... »

MG11 : « Souvent c'est quand même très bien fait. Il y a l'examen cardio-pulmonaire, il y a les vaccinations, il y a l'ORL, le machin », « Pour avoir vu le compte-rendu sous les yeux il y a trois jours, je trouve que c'est très bien fait, très bien détaillé »

MG8 : « Il y a un bilan dentaire, je crois, et puis il y a un ECG. Et il y a le bilan audio, il y a la prise de tension, il y a la prise de sang »

MG9 : « Il y avait un but à chaque fois, dans chacun des questionnaires, les jeunes c'était la drogue le tabac l'alcool, les sujets de 45 ans c'était... l'état de santé, les personnes âgées c'est sur la dépression. »

Certains patients déclaraient être satisfaits de l'EPS, en y voyant l'opportunité d'une expertise médicale complète, parfois perçue comme innovante.

MG11 : « La plupart du temps, ils me disent qu'ils sont satisfaits »

MG12 : « Ils sont contents de faire un bilan de plus en fait finalement »

MG14 : « Le patient avait l'impression que c'était novateur »

Cependant, d'autres faisaient part de leur déception, estimant que le contenu du bilan était en-dessous de leurs attentes initiales.

MG5 : « Les gens, parfois, sont un peu surpris parce qu'eux ils se disent « Ok, je vais faire un bilan », mais (...) Il y en a qui l'ont mal vécu comme ça, en se disant « En fait, c'est purement un dépistage » »

Bien que présenté comme un bilan complet, certains interrogés demeuraient dubitatifs quant à l'exhaustivité des investigations proposées et questionnaient sa réelle capacité de dépistage.

MG4 : « Il paraît bien mais en fait, il n'est pas très fin dans tous les domaines »

MG5 : « Je trouve que la prise de sang (...) elle n'est pas assez complète ! »

MG6 : « Ça leur est vendu pour un check-up complet...c'est rarement le cas qu'il soit fait complètement ! (Rire) »

Selon plusieurs médecins, le bilan EPS ne couvrait pas l'ensemble des examens nécessaires et ne disposait pas de tous les équipements requis pour garantir un dépistage optimal, en fonction de la symptomatologie et du contexte clinique.

MG4 : « Par exemple, l'examen gynéco n'avait pas été fait »

MG7 : « Ils ont tous ces examens à disposition sur un seul centre, bien qu'après ils font l'électrocardiogramme on est rassuré, mais il n'y a pas d'écho, il n'y a pas d'épreuve d'effort »

MG11 : « Par exemple, un patient qui... qui a des... je ne sais pas, qui se sent un peu essoufflé, qui, de temps en temps, a des douleurs dans la poitrine ou je n'en sais rien, qui va faire un bilan de santé. Il va faire un électro, l'électro peut être normal, l'auscultation est normale. Je ne pense pas qu'ils font plus de choses... »

Au-delà des limites perçues en termes d'exhaustivité, certains participants émettaient des réserves quant à la fiabilité des résultats obtenus, notamment en raison des conditions de réalisation et d'interprétation des examens.

MG7 : « La tension oui parce que ça, pour le coup, elle peut quand même être biaisée là-bas »

MG8 : « Souvent, c'est prise de sang et la tension, comme vous dites, de temps en temps, qui peut déconner un peu là-bas »

MG11 : « J'ai peur que du coup, des fois, ça aille un petit peu... ça sous-estime si je puis dire, des fois, certains symptômes des patients. »

Face à ces incertitudes, certains médecins refaisaient des examens ou sollicitaient un avis spécialisé.

MG5 : « Pour le bilan lipidique... euh moi, j'en refais un quand même parce qu'est-ce qu'ils étaient à jeun 12h ?...Je refais tout ! »

MG11 : « J'aime bien qu'ils aient une consultation cardio supplémentaire pour euh le dépistage globalement aussi de tous les autres facteurs de risque et qu'ils aient une écho cardiaque par exemple, ou une épreuve d'effort complémentaire s'il y avait besoin dans le cadre de la reprise du sport par exemple pour ces patients qui sont à risque »

MG14 : « Et puis euh l'électro alors c'est toujours une interprétation, j'avais l'impression par euh une machine du coup, ça fait toujours peur aux gens. Les deux que j'ai en tête, ils avaient peur du résultat « Attention, il fallait voir un cardiologue dans l'urgence ».

Donc, pour moi, il n'y avait rien de particulier sur l'électro (...) Du coup, il y a le cardiologue ensuite. Et le cardiologue a bien confirmé qu'il n'y avait rien de particulier par rapport à ce qui avait été noté sur le bilan. »

Par ailleurs, en raison des limites d'exhaustivité et de fiabilité de l'EPS, plusieurs médecins soulevaient le risque que les patients ressortent faussement rassurés.

MG2 : « C'est qu'il faut être sûr, en fait, quand tu fais ce type d'examen de prévention, qu'on ait screené à peu près tout ce qui est facilement dépistable au cours de l'examen de prévention. Parce que le patient peut sortir faussement rassuré »

MG11 : « Les patients pourraient être faussement rassurés parce qu'ils ont eu l'impression d'avoir fait beaucoup d'examens et qu'au final, il faut peut-être aller un petit peu plus loin »

c. Importance d'une restitution individuelle du bilan par le médecin généraliste

De nombreux médecins interrogés ont observé une variabilité dans la compréhension des résultats par les patients. Certains semblaient parfaitement au clair et comprenaient l'ensemble des conclusions de l'EPS.

MG5 : « Je trouve que globalement, ils ont quand même bien compris ! »

MG11 : « Ils ressortent de leur bilan de santé en ayant compris ce qui s'était passé »

A l'inverse, d'autres patients avaient des interrogations malgré la rencontre avec les différents intervenants.

MG1 : « J'ai plus souvent des gens qui vont me demander, avec un bilan de santé, « Qu'est-ce qu'il y a au final ? ». »

MG12 : « Ils viennent avec « Au fait, il y avait un petit quelque chose, là je ne comprends pas bien ! ». »

Selon les praticiens, ce manque de compréhension résultait d'un manque d'explications claires et détaillées des résultats de la part des CES.

MG2 : « Je crois qu'ils ne sont pas suffisamment informés, oui »

MG14 : « J'ai l'impression qu'ils ont eu une synthèse comme ça et euh sans trop d'explications derrière »

Ce manque d'informations et de clarté pouvait conduire à une mauvaise interprétation des résultats par le patient, générant à certains une anxiété parfois disproportionnée.

MG3 : « Des résultats pas suffisamment bien expliqués aux gens où ils arrivent un peu paniqués où ils ne comprennent pas »

MG8 : « Des fois, ça stresse un peu les patients qui ne comprennent pas, qui sortent avec ça » ; « Quand ils voient eux « anomalies » ils imaginent le pire quoi. Surtout que je sais pas s'ils ont dit « il faut voir le cardio », enfin si le bilan là-bas, c'est prendre un avis, enfin, faire un bilan cardio, ils voient ça, ils vont s'imaginer tout de suite qu'ils ont un truc grave (...) parce qu'ils n'ont pas eu les explications. »

Dans ce contexte, de nombreux praticiens devaient prendre le temps de revoir les résultats du compte-rendu avec leurs patients afin d'en améliorer la compréhension.

MG4 : « Ça c'est un petit peu chronophage en fait »

MG1 : « Je me sens un peu obligé de leur dire « venez, je vais vous dire pourquoi, mais il y aura une consultation qui suivra après avec un autre spécialiste »

D'autres part, quelques participants rappelaient leur rôle essentiel dans la vulgarisation des résultats médicaux, rappelant que l'interprétation des examens pouvait rester complexe pour les patients.

MG2 : « Je pense que le problème des patients, c'est que nous on est médecin, on connaît. Ils n'ont pas forcément l'appréciation juste des résultats »

MG13 : « C'est à nous d'adapter notre vocabulaire pour faire en sorte que ce soit totalement compréhensible par le patient. Et c'est aussi à nous d'éclairer, de vérifier la compréhension du patient. »

MG4 : « En général, je reprends le petit résumé qu'ils en ont fait (...) je leur demande s'ils sont OK. Oui, enfin, s'ils sont au courant »

MG13 : « On le relit pour s'assurer que le patient ait bien compris ce qui était d'une part normale, et ça on passera rapidement dessus, mais surtout quelles sont les anomalies, là où les anomalies qui ont été relevées pendant l'examen de prévention santé, euh pour qu'il comprenne par la suite ce qu'on va proposer »

Au final, la relecture conjointe, entre l'utilisateur et son médecin, des résultats est un moment privilégié de dialogue, apprécié également par les praticiens.

MG6 : « Je relance un petit peu le patient sur ce qui a pu être fait ou pas s'il peut me dire des choses en supplément »

MG11 : « Donc voilà en fait, on refait le point ensemble »

MG5 : « Et puis après, on s'adapte, on reprend ensemble. J'aime bien relire ensemble. »

MG9 : « Ensuite ils devaient revenir ici et moi faire le point avec eux aussi. »

d. Un outil d'éducation thérapeutique qui permet de relancer la communication

Les médecins interrogés ont évoqué à plusieurs reprises l'utilisation du compte-rendu de l'EPS comme un outil d'aide à la consultation, servant de point de départ ou de support.

MG2 : « Ça va nous servir de base de travail »

MG5 : « C'est vraiment un bon appui pédagogique pour reprendre ensemble ! »

MG11 : « Donc en fait, ça me permet d'avoir une conduite à tenir on va dire »

MG13 : « On s'en sert souvent comme point de départ »

Ce bilan peut être complémentaire à la prise en charge du médecin dans le renforcement de la prévention, en permettant de réaborder avec leurs patients certaines thématiques préventives.

MG7 : « C'est vrai que dans le bilan par rapport à la consommation d'alcool ou par rapport au tabac, c'est parfois des questions qu'on va poser chez un nouveau patient qu'on revoit et qu'après je ne vais peut-être plus reposer ou un patient que ça fait longtemps que je connais j'oublie des fois « Oui c'est vrai, il a quand même une petite consommation de tabac » et c'est vrai que là dans les examens de santé, c'est vrai bah il faut qu'on reparle de son tabac, et que j'insiste un peu plus pour l'arrêt par exemple. »

Parfois, en cas de communication infructueuse sur la prévention, des médecins utilisaient même l'EPS comme moyen de motiver leurs patients.

MG3 : « Après, si au contraire, c'est quelqu'un que je sais qui va justement avoir un petit peu du mal à faire les choses que je leur demande, genre on les voit pour la énième fois « Ah, vous n'avez toujours pas fait votre prise de sang ? » Bah oui j'en

profite pour leur dire « Allez-y, vous allez avoir tout fait dans une journée, vous allez voir, c'est génial ! » et voilà ça m'est déjà arrivé aussi. »

MG4 : « Parce que s'il ne vient pas me voir, c'est peut-être qu'il a une raison. Donc du coup, peut-être que... Voilà ça serait une autre façon de le remettre, de l'approcher et de le remettre un peu dans la prévention. »

Un des médecins interrogés soulignait l'intérêt du compte-rendu de l'EPS comme un outil facilitant la prise de contact.

MG11 : « En fait, ça permet aussi d'avoir un dialogue avec le patient » ; « C'est l'occasion pour le médecin de parler avec le patient »

Pour certains médecins, le compte-rendu de l'EPS permettait de mieux connaître son patient et de détecter des pathologies ou anomalies susceptibles de passer inaperçues lors d'une consultation classique, mettant en évidence des éléments que le médecin n'aurait pas exploré spontanément.

MG9 : « Ça nous permettait d'aborder, grâce au questionnaire de santé, un interrogatoire qui était justement ciblé sur ce que nous on ne savait pas déjà ».

MG3 : « Ça met en exergue des petites choses justement parce que c'est souvent des choses qui passent inaperçues »

MG6 : « Quelquefois, ça peut mettre le point sur des pathologies qu'on ne soupçonnait pas »

MG1 : « Ça rajoute un truc sur ce que des fois, on n'a pas forcément le temps de faire ou de voir avec eux »

Au-delà du dépistage, l'EPS offrait également la possibilité d'aborder des thématiques rarement évoquées en consultation, aussi bien difficile à aborder par le patient que par le médecin.

MG9 « Mais les choses qu'on apprenait c'était bien parce que c'est des choses qu'on n'avait jamais abordées ensemble » ; « Ca nous permettait d'aborder, parfois, des sujets que personne n'osait aborder, que ce soit le patient ou le médecin, d'ailleurs. C'est pas facile pour le patient de nous dire parfois des choses qui sont intimes, des choses qu'il n'ose pas dire au docteur, mais nous, parfois, on n'ose pas le demander non plus parce qu'on ne s'en rend pas compte »

Par ailleurs, ce même médecin reconnaissait que le format papier du questionnaire facilitait la confiance des patients, qui pouvait plus facilement se livrer à l'écrit qu'à l'oral.

MG9 : « Il disait dans le questionnaire, par exemple « Combien consommez-vous de verres d'alcool par semaine ? » ça nous apprenait parfois un petit peu mieux, parce que c'est plus facile à écrire sur papier quand on donne un papier à quelqu'un, devant le médecin parfois ça ça nous servait » ; « Je pense que les gens qui répondaient à ce questionnaire, répondaient plus facilement sur le papier »

A ce titre, cet outil s'avérait utile en mettant en évidence des problématiques non explorées, ce qui permettait d'optimiser la prise en charge. Devant ce constat, il était suggéré d'axer davantage les dépistages du bilan sur des problématiques de santé rarement traitées en médecine générale de ville.

MG9 « Et sur les trucs qui, justement, dont j'étais surpris qu'ils marquaient sur le papier, ça permettait d'aborder le sujet et parfois, ça a permis de faire avancer les choses » ; « J'aimerais bien des bilans de santé qui soient plus ciblés sur des pathologies qu'on aurait mis en évidence sur le plan national » ; « J'aimerais bien que les bilans de santé soient faits sur seulement ce qu'on n'aborde pas habituellement dans une consultation de médecine générale habituelle »

V. Perspectives de l'EPS dans la pratique

a. Un bilan jugé peu pertinent et coûteux pour les patients suivis

Après analyse du compte-rendu, la majorité des médecins ont constaté que les résultats étaient souvent normaux ou ne montraient pas d'anomalie nécessitant une modification de prise en charge. En effet, certaines pouvaient être déjà connues ou relevaient d'un suivi habituel par le médecin généraliste.

MG13 : « Parfois, il n'y a rien »

MG1 : « S'il y a des soucis particuliers, généralement les gens ou nous, on le sait déjà »

MG2 : « On part du bilan de santé pour faire le boulot qu'on fait de toute façon habituellement »

MG6 : « Ça n'apporte rien, puisque nous on fait déjà le travail qui est fait ! »

MG12 : « La plus-value de ces examens-là, je n'en ai pas encore eu vraiment de pertinent »

MG14 : « J'avais l'impression que c'est des choses qu'on avait déjà fait quand même pas mal ensemble »

Ce point de vue leur semblait être partagés par leur patients.

MG2 : « Les gens vont dire « pour aller à Pasteur ? Qu'est-ce que je vais aller faire là-bas docteur ? De toute façon, vous avez fait les prises de sang, vous avez fait le boulot, vous avez fait le travail ! »

L'EPS était parfois critiqué pour son caractère trop standardisé, perçu comme insuffisamment personnalisé et ne tenant pas compte du profil médical des patients qui le réalisaient.

MG6 : « Ce n'est pas orienté en fonction du patient qu'on a en face de soi ! Ils ont tous la même chose, en gros »

MG12 : « J'ai l'impression que c'est un bilan général qu'on fait à tout le monde »

Certains médecins questionnaient la rentabilité du dispositif, parfois jugé coûteux pour l'Assurance Maladie dans un contexte actuel de restrictions budgétaires.

MG6 : « On nous dit de faire des économies, là, on n'en fait pas vraiment ! (rire) »

MG12 : « Il faut se poser la question de la rentabilité euh de cet examen »

D'autres ont également constaté que l'EPS ne prenait pas en compte le suivi médical antérieur des patients, entraînant une répétition inutile d'examens.

MG6 : « Ceux qui y vont ont de nouveau toute une batterie d'examens, et ça ne tient pas compte du tout de ce qui a déjà été fait ! »

MG12 : « Les patients ont des ECG, par exemple, ce sont des patients qui ont été identifiés comme ayant besoin d'un ECG mais ça va être des patients qui ont déjà un suivi »

A ce titre, plusieurs médecins ne trouvaient pas d'intérêt dans l'EPS pour les patients ayant déjà un suivi médical.

MG8 : « Pour les gens suivis, j'estime que c'est pas hyper utile »

MG11 : « Les patients qui sont vraiment suivis et qui ont un médecin traitant qui est disponible et tout ça, je ne vois pas l'intérêt d'aller faire ces bilans de santé »

MG12 : « En règle générale, ils sont faits à des patients que je suis et qui n'ont pas besoin de ce bilan »

b. Utilité pour les usagers occasionnels ou écartés du parcours de soins

De nombreux praticiens interrogés reconnaissent l'intérêt de l'EPS pour les patients consultant peu les médecins généralistes de ville.

MG1 : « Pour ceux qui ne vont pas trop chez le médecin et qui le font, non, il n'y aura pas de redondance »

MG4 : « Moi, je trouve que c'est utile, justement pour sensibiliser une partie de la population qui ne va pas souvent voir son médecin »

MG14 : « Ça peut être intéressant pour des gens qui ne consulteraient pas »

La majorité des participants s'accordaient sur la nécessité d'améliorer le ciblage des patients bénéficiant de l'EPS. En raison d'une participation majoritaire de patients impliqués dans leur suivi médical, certains praticiens remettaient en question les critères de sélection des patients.

MG4 : « Essayer de cibler peut-être un peu mieux. » ; « Je me dis toujours comment ils choisissent leurs patients »

MG12 : « Je n'ai vraiment pas l'impression qu'il y a un ciblage de fait » ; « Ça n'a pas, à mon avis, ciblé des patients qui en auraient le plus besoin »

Un des participants a aussi suggéré d'optimiser le recrutement des patients et la communication autour de l'EPS, particulièrement en repensant l'envoi d'invitations par courrier postal, parfois ignorées à leur réception.

MG6 : « Alors de toute façon, effectivement, les bassins de population plus compliqués qui ne consultent pas forcément ou qui consultent tardivement ne sont pas... fin ils vont recevoir le courrier de la sécurité sociale et le mettre à la poubelle parce que ce n'est pas dans leur manière de faire, etc. Mais euh....il faudrait faire différemment. »

Les populations précaires ou vivant en désert médical, n'ayant pas accès aux médecins de ville, seraient une cible à privilégier pour l'EPS.

MG8 : « Peut-être des gens en difficulté économique et sociale, ça pourrait être intéressant ou des gens à la rue, des migrants »

MG2 : « J'ai l'impression que les bilans de santé, ça va être vachement utile dans ...mais je peux me tromper... pour des populations déshéritées qui n'ont plus vraiment de médecins ou n'importe quoi. »

Les participants évoquent spontanément un profil d'usagers ayant accès aux soins mais peu ou pas consommateurs, à qui ces bilans pourraient être particulièrement profitables : jeunes adultes, en particulier les femmes, mais aussi les patients approchant des âges où sont proposés rappels vaccinaux et dépistages organisés.

MG1 : « Des jeunes qui rentrent dans la vie active sortis des écoles...on va dire 20-25 ans, parce que ça peut être un bon moyen de refaire tout un bilan avant de se lancer dans tout ce qui va être travail, vie de famille, enfant.... Euh... sur des choses qui pourraient avoir été des fois un peu mises de côté, parce qu'on sait que les ados ce n'est pas forcément les plus gros consommateurs de soins. » ; « Ça pourrait être aussi un bon âge de le faire par exemple sur l'adulte d'âge moyen, par exemple 45-50 ans (Hochement tête intervenant) où on sait que c'est le début des...des dépistages, l'information sur le suivi pour lequel on peut être un peu plus rigoureux à partir de 50 ans »

MG7 : « C'est que des hommes, c'est ce que je suis en train de me dire » (qui ont fait l'EPS)

MG5 : « Les mamans, quoi. C'est-à-dire les dames qu'on voit... Qu'on voit beaucoup dans notre cabinet, mais jamais pour elles ! (...) Elles nous amènent toujours leurs enfants et elles n'ont jamais pris de créneau pour elles et en fait, on ne les voit pas ! Elles sont débordées, elles courent partout, et on ne les voit pas ! »

Ce dispositif semblait avantageux pour les patients, notamment ceux qui consultent peu, en leur permettant d'accéder en une seule fois à l'ensemble des examens nécessaires.

MG13 : « Pour les patients qui n'ont pas besoin de consulter régulièrement, c'est très intéressant qu'eux aient des centres dédiés et qu'ils n'aient pas à avoir un parcours de soins complexe qui s'étalerait sur plusieurs jours, plusieurs semaines pour pouvoir mettre bout à bout une biologie, un ECG, un examen, une prise de tension. Là, au moins, tout est fait, ça prend deux heures et c'est terminé »

Gain de temps pour l'utilisateur, mais aussi gain de temps médical : les médecins généralistes, surchargés, semblent prêts à déléguer leur mission de prévention qui leur tient pourtant à cœur. L'EPS permettait aux médecins de se concentrer davantage sur des consultations plus urgentes ou prioritaires.

MG13 : « Ça nous décharge d'une mission de prévention systématique » ; « Ça nous autorise à s'occuper en priorité de ceux qui ont un motif de recours parce qu'ils sont malades et euh d'adresser et de flécher le parcours pour ceux qui sont en bonne santé apparente vers les centres d'examen de prévention de santé. »

DISCUSSION

I. Résultats principaux de l'étude

Les médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-De-Calais, ont des perceptions et des avis partagés sur l'intégration et l'utilité de l'EPS dans leur pratique.

Bien que leur rôle et leur engagement dans une démarche préventive est primordial, des limites organisationnelles et structurelles subsistent : manque de temps et de ressources, charge de travail, difficulté d'adhésion des patients et inégalités d'accès aux soins. Certains s'approprient alors l'EPS comme opportunité d'accès facile à des dépistages, parfois plus complets que ceux réalisables en cabinet. Peu de médecins connaissent son contenu et son déroulement, faute de communication suffisante avec les CES. La participation du patient, principal acteur dans cette démarche, dépend de sa motivation. Pour ceux sans suivi régulier, l'EPS incite à reprendre un suivi médical et fait gagner du temps dans la prise en charge. L'EPS semble avoir un intérêt limité pour les patients bénéficiant d'un suivi médical régulier, du fait de son caractère générique et parfois redondant. A ce titre, les participants suggèrent un meilleur ciblage des patients, en privilégiant ceux ayant un suivi occasionnel ou en rupture de soins.

Le compte-rendu du bilan de prévention est globalement jugé concis, lisible, exhaustif et les praticiens en tiennent compte, d'autant plus quand les résultats révèlent des anomalies ou pathologies encore inconnues. Toutefois, sa lecture est brève devant des résultats souvent normaux, déjà connus ou non urgents. Certains le voient aussi comme un outil de communication et d'éducation thérapeutique, notamment pour des patients ayant un suivi irrégulier. La compréhension par le patient des résultats reste variable et des doutes persistent sur l'exhaustivité et la fiabilité des dépistages.

La réception papier est jugée inadaptée, encombrante et tardive. Une transmission dématérialisée et une meilleure personnalisation des bilans sont également recommandées. Afin d'optimiser son efficacité, il semblerait intéressant d'instaurer une coordination entre les médecins généralistes et ceux des CES, peut être via l'utilisation du DMP.

II. Limites et forces de l'étude

a. Limites de l'étude

La principale limite de cette étude réside dans un biais déclaratif. En effet, les résultats se fondent sur les déclarations des médecins interrogés, avec un potentiel défaut de mémorisation, notamment concernant la question 2 de l'entretien qui s'intéressent au retour d'expérience vis-à-vis de l'EPS.

D'autres part, il existe un biais de sélection. Bien que le recrutement ait ciblé des médecins ayant été confronté à un bilan d'EPS dans leur pratique, la participation reposait sur la base du volontariat. A ce titre, il est probable que les médecins davantage sensibilisés à la prévention et à l'EPS aient été plus motivés à y participer. Le refus de certains praticiens pourrait s'expliquer par un manque de disponibilité ou d'intérêt au sujet de l'étude.

Il s'agissait du premier travail de recherche qualitative mené par l'investigateur, méthode la plus adaptée à l'objectif de notre étude. Une préparation en amont des entretiens, avec un support pédagogique mis à disposition par le département de Médecine Générale (DMG) de la faculté, et réalisation d'un entretien test, a permis de limiter au mieux les difficultés méthodologiques.

Enfin, nous avons choisi l'entretien semi-dirigé pour collecter les données, sans avoir recours à une triangulation des méthodes de recueil. Dans l'objectif d'augmenter la validité interne, une diversification des approches, telle que l'utilisation de focus groupes, aurait pu être envisagée, mais n'a pas été retenue pour cette étude car complexe à mettre en œuvre en raison de contraintes géographiques.

b. Forces de l'étude

La principale force de l'étude réside dans l'originalité du sujet. En effet, la thématique de la prévention, véritable enjeu de santé publique, occupe une place majeure à ce jour. Le sujet que nous avons choisi d'étudier, reste encore peu exploré, comme le montrent les questionnements persistants, notamment ceux du CES rencontré dans la région en amont de notre travail.

Une autre force de l'étude repose sur son approche qualitative, par le déroulement d'entretiens semi-structurés ayant permis une grande liberté d'expression aux participants, dans un climat de confiance favorisé par des échanges en face à face. Cela a permis de faire émerger l'opinion, le ressenti et l'expérience des médecins généralistes sur l'EPS, avec le recueil de données parfois inattendues.

De plus, dans le but d'une variabilité maximale de l'échantillon, celui-ci présente une diversité démographique avec des médecins aux profils variés en termes d'âge, d'ancienneté d'installation et de milieu d'exercice, permettant de recueillir des retours d'expérience divers et multiples.

Enfin, une triangulation du codage, réalisée sur environ deux tiers des entretiens avec une autre interne de médecine générale actuellement en travail de recherche qualitative, a permis de limiter le biais d'interprétation.

III. Comparaison à la littérature

a. Médecine générale et prévention : entre engagement et contraintes

Selon notre enquête, la majorité des médecins interrogés se perçoivent comme investis et responsables d'une mission de prévention. Ils cherchent à la promouvoir activement au sein de leur pratique, allant jusqu'à organiser et équiper leur cabinet en fonction.

Cette perception rejoint celle observée dans l'étude Gautier et al., s'appuyant sur l'enquête de la sixième édition du Baromètre santé médecins généralistes de 2009, où 96% des praticiens estimaient que la prévention relevait de leurs rôles et de leurs compétences (22).

L'étude ECOGEN, publiée en 2014, illustre également la place accordée à la prévention dans la pratique des généralistes. Ainsi, les consultations de prévention représentent 11% des motifs de consultation en médecine générale, suivies par la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires et des infections respiratoires aiguës (23). De même, l'observatoire de médecine générale répertorie la prévention comme l'un des motifs de consultation les plus fréquents (24).

Pour autant, des limites subsistent et viennent freiner l'exercice optimal de cette mission, comme fréquemment souligné dans notre étude, notamment en raison d'un manque de temps et d'une charge de travail importante. En effet, dans l'étude ECOGEN, la durée moyenne des consultations est estimée à 16,7min, avec en moyenne 2,6 motifs à traiter par consultation (23), limitant la possibilité d'aborder certains sujets préventifs. L'étude Gautier et al. confirme cette observation, puisque 91,4% des généralistes déclaraient qu'avoir plus de temps en consultation les aideraient à mieux remplir leur mission de prévention (22).

Enfin, il existe des disparités quant à la mise en œuvre de cette démarche préventive. Tous les praticiens ne sont pas égaux dans leur approche et certains sujets de prévention et de dépistage restent difficilement abordés tels que la consommation de drogues et d'alcool, la santé sexuelle ou encore le dépistage des IST (22). Ces résultats vont dans le sens de notre enquête, où les participants évoquaient des difficultés, voir un certain tabou, à aborder certaines thématiques préventives, aussi bien pour eux-mêmes que pour leurs patients.

A ce titre, la revalorisation du temps et de l'activité consacrée à la prévention dans la pratique des médecins généralistes nous semble essentielle, d'autant que nombre d'entre eux considèrent cette mission comme faisant pleinement partie de leur rôle (22). Cette perspective s'inscrit dans le nouveau dispositif « Mon bilan prévention » destiné aux médecins généralistes libéraux, cité par l'un des participants de notre étude. Cette offre de l'AM propose aux assurés de faire le point sur leur état santé à différents âges clés de leur vie (18-25 ans, 45-50ans, 60-65 ans, 70-75 ans). Le questionnaire à remplir au préalable aborde de nombreuses thématiques de santé, y compris certaines peu explorées comme celles évoquées précédemment. Ce programme garantit le dépistage de facteurs de risque de maladies chroniques, la mise à jour des dépistages et des vaccinations, et de bénéficier d'un accompagnement avec des conseils personnalisés (25). Toutefois, bien qu'entièrement prise en charge, cette consultation d'une durée de 30 et 45 minutes est rémunérée à hauteur de 30 euros, soit le prix d'une consultation standard chez le généraliste depuis la revalorisation de décembre 2024, pouvant représenter un frein. Il conviendrait de revaloriser la rémunération du dispositif au vue du temps investi comparativement à une consultation classique, ou d'encourager les médecins généralistes à déléguer cette

mission à d'autres professionnels afin de leur faire gagner du temps de soin : CES, mais aussi assistants, pharmaciens, infirmiers notamment en pratique avancée. La relation de soin côté usager doit également évoluer, en étant prêt à consulter un professionnel médical ou paramédical en dehors de tout contexte pathologique.

b. Implication du patient dans l'EPS

Notre étude a mis en évidence le rôle central du patient dans l'EPS, principal décisionnaire et responsable de sa participation. Les médecins interrogés ont cité plusieurs raisons, comme l'opportunité d'avoir un second avis médical, la curiosité d'en apprendre davantage ou de se rassurer sur leur propre état de santé. Bien que l'invitation provienne généralement de l'AM, d'autres facteurs extérieurs, tels que l'entourage personnel ou professionnel, voir le médecin traitant, peuvent influencer la décision du patient de participer.

Ces constatations rejoignent celles d'une étude qualitative autrichienne de 2018, explorant les motivations des patients à réaliser des bilans de santé périodiques. Les participants y exprimaient un moyen de se rassurer, de confirmer leur bon état de santé et les influences externes, notamment professionnelles, jouaient un rôle dans leur participation. Pour autant, comme dans notre étude, le manque de temps représentait l'un des principaux obstacles à leur réalisation et les patients déploraient un manque de communication, de clarté ainsi qu'une durée insuffisante à expliquer les résultats (26). Il est vrai que l'écoute et un temps suffisant passé avec un professionnel de santé figurent comme l'une des principales qualités attendues par les patients lors d'une consultation (27).

Cette problématique d'une compréhension limitée des résultats de l'EPS a également été mise en évidence dans notre enquête. D'ailleurs, elle semble directement liée à l'éducation en santé et plus particulièrement au concept de littératie en santé, défini comme « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie » (28). Selon un rapport de Santé publique France de 2024, environ 4 français sur 10 présenteraient un niveau insuffisant de littératie en santé entraînant

des difficultés à comprendre et s'approprier les informations en santé avec des répercussions sur leurs comportements et leur état de santé. Cela semble davantage affecter les patients en situation de précarité ou souffrant de pathologies chroniques (29). Ainsi, une communication efficace entre soignants et patients est primordiale pour améliorer la compréhension de la santé des patients (30). Face à ces difficultés, certains médecins de notre étude déclaraient revoir certains de leurs patients au décours de l'EPS, afin de reprendre avec eux les résultats du bilan et de s'assurer de leur bonne compréhension, jugée parfois insuffisante. Outre la bonne compréhension des résultats, les consultations où l'EPS était abordé avec le médecin traitant apportaient de nouvelles informations (thématiques préventives taboues ou non abordées, dépistages, vaccinations) complémentaires de la prise en charge déjà effectuée, et participaient au plaisir et au bon fonctionnement de la relation médecin-patient.

Dans ce contexte, il semblerait pertinent de favoriser une mise en relation systématique entre le patient et son généraliste dans un délai rapproché, afin de répondre à ces difficultés. Auparavant, il existait un dispositif appelé « Suites d'Examens de Santé ». Sur recommandation du médecin du CES, le patient était invité à consulter son médecin traitant dans un délai de 2 mois suivant l'EPS. Cette consultation, intégralement pris en charge, était rémunérée 1,5 fois le tarif d'une consultation standard. En contrepartie, le médecin destinataire du compte-rendu devait compléter un formulaire ainsi qu'un questionnaire médical sur les suites de la prise en charge, à renvoyer au CES (5). A ce jour, cette consultation de « suivi » n'est plus couverte intégralement par l'AM. Le questionnement de la réinstauration de ce dispositif se pose donc, afin d'optimiser l'efficacité et l'impact de l'EPS.

c. L'EPS : un outil controversé

Comme le suggère notre étude, les avis restent partagés quant à l'utilité de l'EPS et nombre de médecins remettent en question sa pertinence et son intérêt dans leur pratique quotidienne. Ces interrogations concernant les bilans de santé généraux existent déjà depuis plusieurs années et s'étendent au-delà des frontières. En 2014, des pays comme le Royaume Uni et l'Allemagne ont promu les bilans de santé pour

les adultes de 40 à 75 ans, tandis que le Canada tend à réduire voire supprimer ces dispositifs (31).

Nos résultats suggèrent que l'EPS ne modifie pas ou peu la prise en charge médicale des patients. Une méta-analyse de 2012, actualisée en 2019, corrobore cette idée en révélant que ces bilans de santé augmentaient le nombre de nouveaux diagnostics, sans pour autant démontrer une réduction de la morbidité et la mortalité, qu'il s'agisse de maladies cardiovasculaires, de la mortalité totale, par cancer ou cardiovasculaire (32). D'autres revues de la littérature confirment ces affirmations, allant jusqu'à déconseiller leur utilisation systématique en raison des risques de surdiagnostic et surmédicalisation. Celles-ci soulignent également que la pratique de ces bilans expose les patients à des effets indésirables et des risques liés aux investigations, tout en engendrant des coûts de santé inutiles (31, 33, 34). Le surdiagnostic induit par ces bilans de santé augmenterait l'anxiété des patients vis-à-vis de leur état de santé (33). Holland W. avance que la popularité des bilans de santé s'expliquerait par des enjeux économiques liés à la consommation de soins, par une pression sociale, des incitations financières destinées aux médecins, ainsi que par une influence médiatique, voire politique (33).

Cependant, les conclusions de ces revues doivent être interprétés avec précaution, puisque la majorité des études analysées sont antérieures à 2016, année durant laquelle les EPS ont été repensés pour être davantage personnalisés et mieux adaptés aux problématiques des consultants selon leur âge (7).

Bien que l'EPS semble faciliter l'accès à certains examens, tels que l'audiogramme, l'électrocardiogramme ou le bilan dentaire, appréciation déjà relevée dans l'étude de Ceysson et al. en 2019 dans la région de la Loire (35), son intérêt semble d'autant plus limité par redondance avec le suivi médical déjà assuré par le médecin généraliste, déjà investi de cette mission de prévention et de dépistage (22). Une revue de la littérature publiée en 2007 a mise en évidence que l'EPS pouvait améliorer la prestation de services préventifs, notamment pour le dépistage du cancer colorectal et de la dyslipidémie. Néanmoins, la définition de l'EPS et les résultats varient considérablement selon les études citées, rendant l'évaluation difficiles avec la

nécessité de recherches complémentaires pour clarifier les bénéfices à long terme à l'échelle populationnelle (36).

Enfin, le questionnement autour l'intérêt de l'EPS semble principalement lié à un défaut de ciblage des patients invités à y participer. Dans notre étude, la majorité des participants rapportaient être principalement confrontés à des comptes-rendus de patients déjà soucieux de leur santé et régulièrement suivis, limitant la pertinence de la démarche.

Ces réflexions soulignent les importantes inégalités d'accès aux soins en France, où au contraire certains patients défavorisés renoncent aux actions de prévention, parfois pour des raisons financières (37). L'étude de Ceysson et al. en 2019, confirmait également l'intérêt de cibler plus spécifiquement ces populations (35). Une enquête prospective menée par le CETAF entre 2007 et 2008 dans 11 CES, a d'ailleurs évalué l'observance des conseils de prévention délivrés aux populations jugées vulnérables à l'issue d'un EPS. Les résultats ont montré un impact positif, avec l'adoption de comportements de santé appropriés et une bonne observance des recommandations en matière de suivi médical, dentaire, de mise à jour vaccinale et de participation aux dépistages (38). Dans ce contexte, l'EPS représenterait un réel bénéfice dans la prise en charge de ces populations.

Il faudrait probablement améliorer le ciblage des publics auxquels l'EPS est proposé. Ainsi, le mode de recrutement devrait privilégier le partenariat avec des structures médico-sociales (Protection Maternelle et Infantile, Centres communaux d'Actions Sociale etc) par rapport au requêtage, voire peut-être supprimer le requêtage actuellement majoritaire. Cela permettrait de la recentrer prioritairement aux populations marginalisées du système de santé, qui en tireraient le plus grand bénéfice.

d. Coordination entre médecins généralistes et CES : un enjeu majeur

Une méconnaissance du contenu et du déroulement de l'EPS persiste chez les médecins. Dans notre étude, plusieurs participants se sont forgés leur avis sur la base du rapport reçu par leur patient, sans avoir une connaissance précise du

fonctionnement des CES. Cette observation était déjà rapportée dans l'étude de Ceysson et al, où moins de la moitié des généralistes déclaraient connaître les missions et le déroulement de l'EPS (35). De même, une thèse qualitative menée en 2022, explorant les points de vue des médecins généralistes et des médecins du CES de Saint-Etienne, rapportait également une méconnaissance du bilan et des actions menées au sein des CES (39).

D'après les médecins interrogés, cette méconnaissance résulterait d'un manque d'information et de communication avec les CES, mais aussi d'une faible exposition aux bilans de santé dans leur pratique quotidienne. D'ailleurs, l'un des participants, ayant personnellement expérimenté un EPS au cours de sa carrière, était tout à fait en mesure de conseiller et de renseigner correctement ses patients. Il serait ainsi pertinent d'envisager une information systématique et régulière des praticiens, par exemple par mail et par l'organisation de rencontres. Une messagerie sécurisée entre médecins libéraux et ceux des CES permettrait aussi de mieux se connaître et d'améliorer la coordination des actions de chacun.

De plus, une transmission dématérialisée des résultats semblerait aussi être une solution pertinente, ceux-ci étant actuellement transmis au format papier à ce jour. De même, l'accès pour le médecin du CES aux informations médicales du consultant, notamment grâce au dossier médical partagé (DMP), permettrait d'éviter une redondance dans le suivi déjà réalisé par le médecin traitant. En effet, le DMP est un outil conçu pour centraliser les informations médicales dans le but d'améliorer la coordination des soins et de renforcer la collaboration entre professionnels de santé (40). Ces suggestions, rejoignent les recommandations exprimées dans le travail de Ceysson et al. ainsi que dans la thèse qualitative menée à Saint-Etienne, afin de pallier cette problématique de coordination (35,39).

Dans l'étude de Chapron et al. en 2017, analysant les facteurs permettant de développer une démarche éducative en médecine générale, les médecins interrogés citent en second facteur le développement d'une coopération inter- et intra-professionnelle (41). Ceci rejoint les principes même de la définition européenne de la médecine générale, attestant de la capacité du médecin généraliste à recourir à des relations interprofessionnelles dans l'intérêt du patient (19). Par ailleurs, selon l'étude

de Gautier et al., bien que la majorité des médecins se considèrent comme les principaux responsables de la prévention, près de trois quarts des interrogés seraient prêt à déléguer certaines actions à d'autres professionnels de santé, afin d'en améliorer l'efficacité (22), résultats qui concordent avec notre enquête. Ainsi, renforcer la coordination et la complémentarité de la mission préventive entre médecins traitants et CES devrait passer par le recours à des outils efficaces dématérialisés : messagerie sécurisée, DMP ou par plateforme dédiée. Cela optimiserait la transmission des informations, pour un bilan plus pertinent et un suivi assuré, et favoriserait probablement la délégation de la mission préventive des médecins généralistes vers les CES, pour une optimisation de leur temps médical.

CONCLUSION

Dans un contexte actuel de tension du système de santé et d'inégalités d'accès aux soins en France, la démarche préventive individuelle et communautaire devra faire évoluer la relation de soin et moderniser les outils de communication et d'information en santé.

L'utilisateur, acteur de sa santé, pourrait consulter en dehors de tout contexte pathologique, et spontanément être prêt à se rendre auprès d'autres professionnels que son médecin traitant, tels les CES, afin de bénéficier d'un temps dédié à la prévention individuelle. Le médecin généraliste, prêt à déléguer cette mission pour se recentrer sur des missions de soins prioritaires, pourrait le faire en toute confiance dans les autres professionnels, par l'assurance d'un retour et d'un temps systématique avec son patient après le bilan.

L'optimisation du temps médical des médecins généralistes et des ressources de dépistage, tant humaines que matérielles, est primordiale. Celle-ci passera par une bonne coordination interprofessionnelle au moyen d'outils informatiques comme le DMP, les messageries sécurisées, et d'autres peut-être à venir, ainsi qu'une politique préventive nationale ciblant les populations précaires et/ou éloignées du système de soins, avec par exemple un recrutement pour les EPS basé majoritairement sur le partenariat.

Malgré tout, des études restent à mener afin de juger l'impact actuel des bilans de prévention en santé systématiques sur la morbi-mortalité dans notre pays.

LISTE DES TABLES

Tableau 1: Caractéristiques des participants	16
--	----

BIBLIOGRAPHIE

1. Article 1.1.1 - Accord du 7 février 2022 relatif à la santé, la sécurité, la qualité de vie et aux conditions de travail - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/article/KALIARTI000046478350
2. guide_programme_depistage_rap.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. Dépistage : objectif et conditions. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
4. dossier_sns_2017_vdef.pdf [Internet]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
5. Chap9-centres-examens-de-sante.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Chap9-centres-examens-de-sante.pdf>
6. Qu'est-ce que l'examen de prévention en santé (EPS)? [Internet]. Sante-pratique-paris. 2022. Disponible sur: <https://sante-pratique-paris.fr/acces-aux-soins-acces-aux-droits-dossier/inscription-bilan-de-sante/>
7. Cetaf » Qui sommes-nous [Internet]. Disponible sur: <https://www.cetaf.fr/qui-sommes-nous/>
8. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006079995>
9. Réfugiés.info [Internet]. Faire un bilan de santé. Disponible sur: <https://refugies.info/fr/demarche/6058a9904765060014c5f134>
10. Article L321-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006742475/2005-02-12
11. Cetaf » Améliorer l'examen de prévention en santé et l'adapter aux populations [Internet]. Disponible sur: <https://www.cetaf.fr/blog/ameliorer-lexamen-periodique-de-sante-et-ladapter-a-ses-populations/>
12. Un examen de prévention en santé personnalisé près de chez vous [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/cote-d-opale/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>
13. Bilan de santé - Examen de prévention en santé (EPS) [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F170>

14. Moreigne M, Vivies L, Uguen S, Frénet F, Deville N. Les Centres d'Examens de Santé et l'accès aux soins des publics vulnérables: Regards. 1 sept 2014;N° 46(2):173-83.
15. Rapport-WRESINSKI.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
16. Nathalie Fourcade, Franck von Lennep (DREES), Isabelle Grémy et François Bourdillon (Santé publique France) (dir.) Lorenza Luciano et Sylvie Rey (DREES), Emmanuelle Bauchet, Isabelle Grémy et Michel Vernay (Santé publique France) (coord.) et al. (2021, janvier). L'état de santé de la population en France - Rapport 2017. Rapports.
17. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. 2012;
18. Votre espace partenaires > Examens de prévention en santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.cpmam17.fr/espacepartenaires/eps.php>
19. WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
20. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483
21. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. Psychol Fr. 1 déc 2017;62(4):373-85.
22. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. Actualité et dossier en santé publique 2011;12(77):6-10
23. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin M, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. exercer 2014;114:148-57.
24. Duhot D, Kandel O, Boissault P, Hebbrecht G, Arnould M. L'observatoire de la médecine générale. (2).
25. Mon bilan prévention, un temps d'échange dédié à la prévention [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/bilan-prevention-ages-cles>
26. Sommer I, Titscher V, Gartlehner G. Participants' expectations and experiences with periodic health examinations in Austria - a qualitative study. BMC Health Serv Res. 30 oct 2018;18(1):823.

27. Mazalovic K, Villedary M, Beis J, Faure R, Charra C, Zabawa C. Les attentes des patients en situation de précarité vis-à-vis des professionnels de santé. *exercer* 2017;137:388-94.
28. SPF. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>
29. Information en santé : quelles sont les difficultés des Français ? | Santé publique France [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/information-en-sante-quelles-sont-les-difficultes-des-francais>
30. Lukoschek P, Fazzari M, Marantz P. Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information. *Patient Educ Couns.* juin 2003;50(2):201-10.
31. Ponka D. The periodic health examination in adults. *CMAJ Can Med Assoc J.* 4 nov 2014;186(16):1245.
32. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 31 janv 2019;2019(1):CD009009.
33. Holland W. Periodic Health Examination: A brief history and critical assessment. *Eurohealth* 2009;15(4):16-20.
34. Birtwhistle R, Bell NR, Thombs BD, Grad R, Dickinson JA. Periodic preventive health visits: a more appropriate approach to delivering preventive services: From the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Can Fam Physician Med Fam Can.* nov 2017;63(11):824-6.
35. Ceysson L, Trombert-Paviot B, Vallée J. Examens Périodiques de Santé proposés par la sécurité sociale : point de vue des médecins généralistes. *Médecine.* 1 janv 2019;15(1):24-7.
36. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, Hwang CW, Maynor K, Merenstein D, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med.* 20 févr 2007;146(4):289-300.
37. Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon, Jean-Baptiste Hazo, Diane Naouri, Elise Pesonel, Annick Vilain (DREES) (2022, septembre). L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. Les dossiers de la DREES, 102.
38. Sass C, Chatain C, Rohmer JF, Barbier Y, Bongue B, Celle C de L, et al. Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. *Prat Organ Soins.* 1 déc 2011;42(2):79-87.

39. Creusot P, Mousson M, Gocko XPA. L'examen de prévention en santé : Regards croisés : médecins généralistes – médecins de centre d'examens de santé. 2022.
40. Le Dossier Médical Partagé (DMP) en pratique [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/cote-d-opale/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
41. Chapron A, Fiquet L, Allory E, Brinchault G, Hugé S, Pommier J. Quels sont les facteurs prioritaires à mettre en œuvre pour développer une démarche éducative en médecine générale ? Santé Publique. 14 mars 2017;29(1):21-9.

AUTEUR : Nom : LYS

Prénom : Elliot

Date de soutenance : 6 juin 2025

Titre de la thèse : L'examen de prévention en santé (EPS) dans la pratique des médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : DES Médecine Générale

Mots-clés : prévention ; médecin généraliste ; médecine préventive

Résumé :

Contexte : En France, la prévention représente un objectif majeur de santé publique. Parmi les dispositifs existants, l'examen de prévention en santé (EPS) est une offre de prévention généraliste personnalisable, réalisé au sein des centres d'examens de santé (CES) et proposé aux assurés du régime général, priorisant ceux éloignés du parcours de soins. A l'issue de l'examen, un compte-rendu peut être adressé au médecin traitant. Entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie, l'EPS met en jeu un coût et des compétences médicales non négligeables, faisant interroger sa place en soins primaires, avec des retours limités des médecins libéraux. L'objectif de cette étude est de déterminer l'intérêt de l'EPS et son intégration dans la pratique des médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-Calais.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menée auprès de médecins généralistes libéraux ayant été confrontés au moins une fois à un bilan d'EPS. Un enregistrement audio pseudonymisé des entretiens suivi d'une retranscription intégrale a permis de recueillir les verbatims, analysés au fur et à mesure selon la phénoménologie jusque suffisance des données, avec une triangulation du codage.

Résultats : Quatorze médecins ont participé entre août et décembre 2024, exprimant des avis partagés sur l'EPS. Certains le perçoivent comme un outil pertinent de dépistage et de réintégration des patients dans parcours de soins, notamment pour ceux sans suivi régulier. Toutefois, bien que le compte-rendu soit jugé clair, il reste peu exploité en l'absence d'anomalie et d'un intérêt réduit chez les patients déjà suivis, en raison de son caractère redondant. Sa méconnaissance, la transmission au format papier et une communication insuffisante avec les CES limitent son appropriation. Il était suggéré un meilleur recrutement, une coordination renforcée et une transmission dématérialisée des résultats.

Conclusion : L'EPS semble intéressant mais encore mal intégré, suscitant intérêt et questionnement chez les médecins généralistes. Cette étude explore l'expérience de médecins aux profils variés mais présente des limites liées aux biais déclaratifs et de sélection. Devant un système de santé sous tension, l'EPS encourage à une meilleure coopération interprofessionnelle et à une évolution de la relation médecin-patient afin d'optimiser la prévention.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseur : Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Camille OBERT-MARBY