



EHESP

Médecin inspecteur de santé publique

Promotion : **2013 - 2014**

Date du Jury : **septembre 2014**

**Les médecins généralistes dans le système de
veille et d'alerte sanitaires en région Bretagne**

Olivier LORIN DE LA GRANDMAISON

Remerciements

Au docteur Pierre GUILLAUMOT, mon maître de stage.

A toutes les personnes ayant participé aux entretiens et dont la liste figure en annexe n°6, ainsi qu'à tous les médecins qui ont répondu anonymement à l'enquête par questionnaire.

A l'équipe enseignante de l'EHESP.

Sommaire

Introduction	1
1. Problématique	5
1.1. Historique et organisation générale de la surveillance sanitaire en France.....	6
1.1.1 . L'émergence progressive de l'Etat dans le domaine de l'épidémiologie.....	6
1.1.2. Aspects comparatifs : veille sanitaire et médecine générale au Royaume-Uni.....	9
1.1.3. Le dispositif breton.....	10
1.2. Les médecins généralistes et la veille sanitaire	13
1.2.1. Positionnement des médecins généralistes	13
1.2.2. Les limites du système.....	15
2. Méthodologie	19
2.1. Revue de la littérature.....	19
2.2. Enquête par questionnaire.....	21
2.2.1. Schéma d'étude.....	21
2.2.2. Définition de la population cible.....	21
2.2.3. Test du questionnaire et période d'étude.....	22
2.2.4. Définition des modalités pratiques d'envoi	22
2.2.5. Modalités pratiques d'exploitation et d'analyse des données.....	22
2.3. Etude qualitative par entretiens semi-directifs.....	22
2.4.Aspects éthiques.....	23
3. Résultats	25
3.1. Une enquête quantitative montrant une faible participation.....	25
3.2. Une enquête qualitative montrant un dispositif positionnant mal les médecins généralistes	26
3.2.1. Positionnement des médecins généralistes dans le système de veille et d'alerte sanitaires.....	28
3.2.2. Synthèse croisée des recommandations.....	29
3.2.2.1. Préconisations générales pour l'amélioration des échanges.....	29
3.2.2.2. Mesures particulières et recommandations pratiques.....	31

4.Discussion	36
4.1. Discussion sur les objectifs.....	36
4.2. Discussion sur la méthode.....	37
4.3. Discussion sur les résultats.....	37
4.4. Intérêt du mémoire pour le médecin inspecteur de santé publique.....	38
Conclusion	39
Bibliographie	41
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFSSAPS :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (<i>voir ANSM</i>)
AMISP :	Association des médecins inspecteurs de santé publique
ANSES :	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM :	Agence nationale de sécurité du médicament
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ARLIN :	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS :	Agence régionale de santé
ASN :	Autorité de sûreté nucléaire
CATV :	Centre antipoison et de toxicovigilance
C-CLIN :	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CDSZ :	Conseiller de défense et de sécurité de zone
CEIP :	Centre d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances
CIRE :	Cellule de l'institut de veille sanitaire en région
CLAT :	Centre de lutte anti-tuberculeuse
CNR :	Centres nationaux de référence
CORRSi :	Centre opérationnel de réception et de régulation des signaux
CREX :	Comités de retour d'expérience
CRPV :	Centre régional de pharmacovigilance
CSZ :	Conseiller sanitaire de zone
CVAGS :	Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistiques
DGS :	Direction générale de la santé
DPC :	Développement professionnel continu
DRASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
EIAS :	Evènement indésirable associé aux soins
EIG :	Evènement indésirable grave
EOH :	Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
EPRUS :	Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
Euro-TB :	European Tuberculosis Surveillance Network
EWGLI :	European Working Group for Legionella Infections
FSS :	Fiches standardisées de signalement
GROG :	Groupes régionaux d'observation de la grippe

HAS :	Haute autorité de santé
INCa :	Institut national du cancer
INPES :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS :	Institut de veille sanitaire
MDO :	Maladie à déclaration obligatoire
MG :	Médecin généraliste
MISP :	Médecin inspecteur de santé publique
NHS :	National Health Service
OMEDIT :	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ORS :	Observatoire régional de la santé
RAISIN :	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
RNSP :	Réseau national de Santé publique
SDRE :	Soins sur décision d'un représentant de l'Etat
SDJ :	Soins sur décision de justice
SFSP :	Société française de santé publique
SI-VSS :	Système d'information – Veille et Sécurité Sanitaires
SRVA :	Structure régionale de vigilance et d'appui
SNS :	Stratégie nationale de santé
SZDS :	Service zonal de défense et de sécurité
TIAC :	Toxi-infections alimentaires collectives
URPS-MLB :	Union régionale des professionnels de santé, des médecins libéraux de Bretagne
VAS :	Veille et alerte sanitaires

Introduction

Historiquement, les systèmes de Veille et d'Alerte Sanitaires (VAS) se sont constitués à partir de réseaux centrés sur les maladies contagieuses, puis de dispositifs de déclaration obligatoire de maladies transmissibles. Les VAS constituent aujourd'hui une mission régaliennne de l'Etat. Leur organisation en France repose sur deux textes législatifs : la loi de santé publique du 9 août 2004 et la loi dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009¹.

Au niveau territorial, elle est assurée, depuis avril 2010, par les Agences régionales de santé (ARS) regroupant les Cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) ainsi que les Cellules de l'institut de veille sanitaire en région (CIRE). L'activité de ces organismes est centrée sur la surveillance et la réponse sanitaire en rapport avec des signalements et des risques majoritairement infectieux, mais aussi environnementaux.

La promotion de l'implication des professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, faisait partie de la mission confiée au directeur général de la santé par la ministre, Madame Marisol Touraine, en vertu d'une lettre datée du 26 janvier 2013². Le rapport sur la réorganisation des vigilances sanitaires qui suivit, se devait d'en tenir compte dans le sens d'une optimisation des systèmes d'information, en vue d'une meilleure exhaustivité, d'une réorganisation de la chaîne de traitement de signaux et d'une clarification des financements.

Les médecins généralistes, en tant que professionnels de santé de premier recours, sont donc des acteurs tout désignés pour le recueil d'informations de terrain et pour participer à la gestion de d'évènements sanitaires indésirables, notamment dans des contextes épidémiques, mais aussi de maladies à déclaration obligatoire ou de crises sanitaires.

Différents travaux, s'inscrivant dans une démarche d'amélioration du dispositif régional de veille et d'alerte, sont nés d'une réflexion au niveau de l'ARS sur la façon d'atteindre les médecins généralistes en cas d'alerte sanitaire. Ceux-ci représentent en effet une population difficilement accessible malgré les bases de données actualisées des agences. L'enjeu majeur est d'améliorer l'échange entre ces deux grands acteurs du système de santé publique.

¹ Institut de veille sanitaire (2011) – *La veille et l'alerte sanitaires en France*, Saint Maurice, 60 p., p.9
<http://www.invs.sante.fr>

² GRALL J-Y. (2013) - *Réorganisation des vigilances sanitaires - Rapport de mission* – Direction générale de la santé, Ministère des affaires sociales et de la santé, 42 p., p.3

Un groupe technique d'étude réunissant médecins généralistes et acteurs des vigilances sanitaires s'était mis en place en 2012. Ce groupe ne produisit pas d'avancée notable mais il fut suivi par un Groupe technique d'échange sur la Veille sanitaire (GTE1) créé il y a un an en complément du club VSS (Veille sécurité sanitaire). Dans ce cadre, un groupe de travail à l'ARS Bretagne s'est tenu le 27 janvier 2014 pour définir les objectifs d'une étude qui porterait sur les pistes de réflexion en vue de l'amélioration des échanges entre l'ARS et les médecins généralistes³. Lors de cette réunion, les constats ont été les suivants :

- Les professionnels de santé exerçant en ambulatoire représentent des **partenaires spécifiques et pertinents** dans les missions de Veille sanitaire réalisées par les ARS.
- Suite à l'épidémie de grippe A H1N1 en 2009, le climat s'est dégradé entre professionnels de terrains et les administrations du champ sanitaire (ARS et délégations territoriales notamment) ; il faut donc réinstaurer le dialogue, rétablir la confiance et remobiliser les différents acteurs.
- En matière de signalements adressés aux points focaux des ARS, les médecins généralistes représentent, à ce jour, une source faible de déclarations en comparaison avec les établissements de santé et médico-sociaux.
- Pourtant, ils sont amenés à être impliqués dans les réponses apportées aux situations exceptionnelles de crise sanitaire, notamment épidémique infectieuse, avec pour certains d'entre eux, une méconnaissance manifeste des dispositifs existants.
- Enfin, la mobilisation de ces acteurs, en cas d'alerte ou de situation sanitaire exceptionnelle, pouvant impacter leur pratique ou nécessiter de leur part une mobilisation inhabituelle, est complexe.

Dans le prolongement de ce travail, la mission proposée par le Dr Pierre Guillaumot, mon référent de stage à l'ARS Bretagne, était d'explorer la place des médecins généralistes dans le dispositif régional de veille et d'alerte sanitaires et de questionner le partenariat entre ces praticiens et ce dispositif en Bretagne.

L'objectif principal de cette étude est donc d'abord de comprendre comment les médecins généralistes se positionnent au sein de la VAS en Bretagne. L'objectif associé est de présenter des recommandations qui pourraient être faites en vue d'améliorer la participation des médecins à ce système.

³ cf. Annexe N°1 : compte-rendu de la réunion du GTE1 du 27 janvier 2014

Le présent travail part d'une étude menée par l'Observatoire régional de la santé (ORS) de Franche-Comté, publiée en 2007 et intitulée *Rôle des médecins généralistes dans le système de veille sanitaire*⁴. Cette étude, basée sur un questionnaire envoyé à 1106 médecins de la région, avait principalement pour objectif d'évaluer la perception qu'avaient les médecins généralistes du système de veille et d'alerte sanitaires ; cependant, cette étude proposait peu de recommandations.

Dans la première partie, nous poserons la problématique des échanges entre médecins généralistes et le système régional veille et alerte sanitaires breton. Nous aborderons ensuite les objectifs principaux et associés de l'étude.

Dans la deuxième partie, nous développerons la méthodologie employée pour atteindre ces objectifs, à l'aide d'une enquête quantitative de terrain par questionnaire envoyé à un échantillon de médecins, suivie d'une enquête qualitative par entretiens semi-directifs.

Dans la troisième partie, nous analyserons les résultats obtenus à l'issue des enquêtes menées. L'analyse de l'enquête par entretiens se fera selon deux axes : un premier axe portant sur l'identification du positionnement des médecins généralistes au sein de la VAS, suivi d'un second axe portant sur les pistes de réflexion en termes d'amélioration possible de leur participation dans ce dispositif.

La quatrième partie sera consacrée à une révision critique de l'ensemble (objectifs, méthodes, et résultats). Enfin, nous conclurons par une analyse réflexive sur le rôle du médecin inspecteur de santé publique.

⁴ ROY E., WORONOFF A. S., BONNET C., *et al.*, sous la direction d'Agnès HOCHART (2007) - *Le rôle des médecins généralistes dans le système de veille sanitaire* - Etude menée par l'Observatoire régional de la santé de Franche-Comté, Besançon, Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté, 43 p.

1- PROBLEMATIQUE

Le questionnement relatif à l'implication des médecins généralistes dans la veille et l'alerte sanitaire peut se décliner de différentes façons. Notre analyse portera sur l'interaction entre le niveau administratif et le niveau ambulatoire, représenté ici par les praticiens libéraux en médecine générale.

Nous commencerons cette partie par une présentation de l'historique et de l'organisation de la veille et de l'alerte sanitaires. Cette présentation s'étendra ensuite à un modèle extérieur (nous avons choisi le cas du Royaume-Uni). Enfin, nous aborderons plus précisément le dispositif breton.

Avant de poser la problématique, il est nécessaire de définir les termes de veille sanitaire, d'alerte sanitaire et de sécurité sanitaire.

Veille sanitaire

D'après le dictionnaire Larousse, nous obtenons, pour le mot « veille », la définition suivante : « [du latin *Vigilia*] : (1) Action de monter la garde, en particulier de nuit (...). (3) État de quelqu'un qui est éveillé (...) »⁵ Ensuite, si l'on recherche « Veille sanitaire » sur le portail du ministère de la santé, le moteur de recherche fournit 392 articles référencés. Parmi les quatre premiers, apparaissent deux articles sur l'Institut de veille et d'alerte sanitaire (InVS). Dans le premier article, il est indiqué que l'InVS est « *chargé de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ; de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ; d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées*⁶ .»

⁵ LAROUSSE - Dictionnaire de français en ligne – Site internet visité le 21/05/2014 aux adresses :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/veille/81272>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sanitaire/70866?q=sanitaire#70099>

⁶ Ministère des affaires sociales et de la santé – Recherche « Veille sanitaire » - site internet visité le 21/05/2014 à l'adresse :

<http://www.sante.gouv.fr/spip.php?page=recherche&recherche=veille%20sanitaire>

Alerte sanitaire

Etymologiquement, le terme alerte vient de l'italien « All'erta » signifiant « Aux créneaux ». Le terme « alarme » vient lui de « All'arma » signifiant « Aux armes ». Le dictionnaire Larousse définit le terme d'alerte comme un « signal qui prévient d'un danger imminent (...) » Ainsi, « [l'alerte] implique la reconnaissance d'un danger potentiel, mais cela ne justifie pas obligatoirement une intervention⁷. »

Le concept de « veille et l'alerte sanitaire » peut être défini comme une **action continue de surveillance ciblée** de paramètres relatifs à la santé de la population et de **détection de signaux** de survenue d'évènements susceptibles de la menacer. Elle se distingue de la gestion sanitaire qui représente la prise en charge, la réponse, face à ces signaux. En outre, la notion de sécurité sanitaire est plus vaste, en ce qu'elle combine les activités de veille, d'alerte, de gestion des risques ainsi que de défense de la protection sanitaire des populations, en particulier en situation de crise.

1.1. Historique et organisation générale de la surveillance sanitaire en France

1.1.1. L'émergence progressive de l'Etat dans le domaine de l'épidémiologie

La veille sanitaire est reconnue aujourd'hui comme une mission régaliennne de l'Etat. Son organisation repose actuellement sur deux textes législatifs fondateurs : la loi de santé publique du 9 août 2004 et la loi dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009.

La mise en œuvre de ces textes résulte d'une histoire marquée par des crises importantes, en particulier au cours des deux dernières décennies : sang contaminé, vache folle, amiante, canicule de 2003, grippe A H1N1, Médiator, prothèses PIP sont autant de crises et de drames qui ont marqué l'évolution d'un système de surveillance qui reste fragile malgré les transformations institutionnelles, les efforts consentis par la collectivité et le recrutement de très nombreux experts.

Jusqu'en 1984, le dispositif de veille sanitaire en France était centré sur les maladies transmissibles et reposait essentiellement sur la notification des maladies à déclaration

⁷ ASTAGNEAU P., *Introduction à la surveillance épidémiologique*, Support de cours IDEA 2014, 41 p., p. 12

obligatoire (MDO). En 1985, la stratégie de surveillance des maladies transmissibles a été révisée conduisant à la mise en place de réseaux de médecins et de laboratoires ainsi qu'à une meilleure utilisation des informations provenant des laboratoires nationaux de référence⁸. En 1992, le Réseau national de santé publique (RNSP) est créé avec pour mission de coordonner, d'animer et de renforcer les activités de surveillance et d'intervention épidémiologiques des organismes en charge de la politique de santé publique.

Créé par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'Institut de veille sanitaire (InVS) succède au RNSP. Son champ d'action a été complété et renforcé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, afin de répondre aux nouveaux défis révélés par les crises sanitaires récentes et les risques émergents.

A ce jour, plusieurs systèmes de déclaration nationaux d'événements indésirables coexistent en France, avec notamment **8 vigilances** coordonnées par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) : addictovigilance-pharmacodépendance (stupéfiants et psychotropes), biovigilance (organes, tissus, cellules), cosmétovigilance (produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle), hémovigilance (produits sanguins labiles), matériovigilance (dispositifs médicaux), pharmacovigilance (médicaments), réactovigilance (dispositifs médicaux de diagnostic in vitro) et produits de tatouage. Par ailleurs, l'agence de la Biomédecine met en oeuvre un dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation. Il faut enfin mentionner la toxicovigilance dépendant de l'InVS, la nutrivigilance dépendant de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et la radiovigilance dépendant de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN).

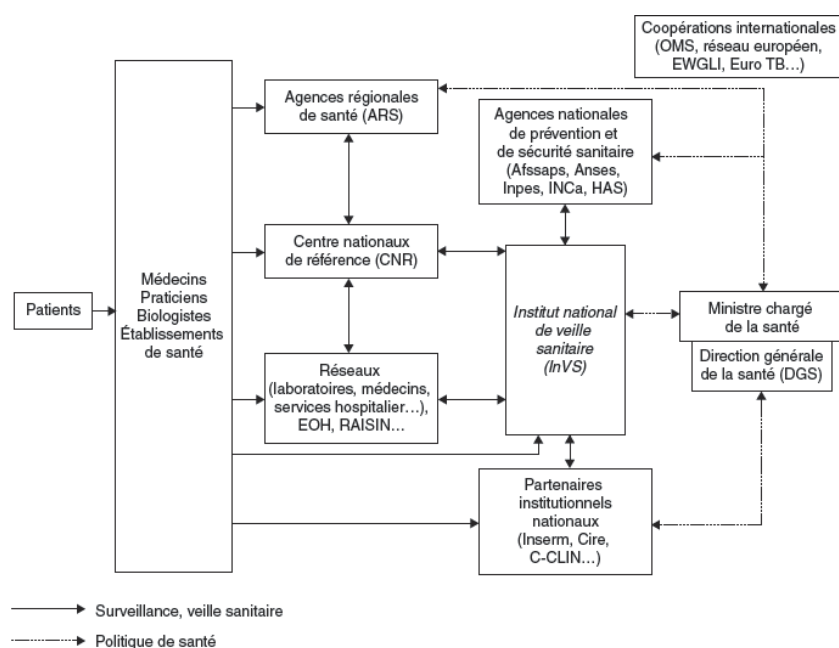
Concernant les infections nosocomiales, le Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) résulte d'un partenariat entre les cinq Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) et l'Institut de veille sanitaire (InVS). Il a pour but de coordonner au niveau national la surveillance et la réponse à l'alerte en matière d'infections nosocomiales. Depuis octobre 2011, un outil de télésignalement des infections nosocomiales a été déployé par l'InVS à tous les établissements de santé français : e-SIN. Il permet l'émission et la gestion des signalements d'infections nosocomiales par l'ensemble des

⁸ Institut de veille sanitaire (2011) – *La veille et l'alerte sanitaires en France*, Saint Maurice, 60 p.
<http://www.invs.sante.fr>

acteurs concernés (établissements de santé, C-CLIN, ARLIN, ARS, InVS)⁹. Suite au rapport remis par Jean-Yves Grall en juillet 2013¹⁰ ainsi qu'aux travaux ayant aboutis à la définition de la Stratégie nationale de santé (SNS) proposée au mois de septembre suivant, la nouvelle mouture de la réorganisation des vigilances sanitaires prévoit la création de Structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA). Ces organismes devraient être inscrits dans la nouvelle loi de santé dont les grandes orientations ont été présentées par la ministre le 19 juin 2014. Le projet de loi sera examinée à l'Assemblée nationale au début de l'année 2015.

En termes de réorganisation des vigilances, cette réforme a quatre objectifs : faciliter et promouvoir le recueil des déclarations d'évènements sanitaires, optimiser et simplifier les dispositifs de vigilances et d'appui en région, donner aux ARS les moyens de coordonner l'action des vigilances dans leur région et améliorer le pilotage globale. Pour illustrer l'organisation de la surveillance sanitaire en France, nous avons reproduit ci-dessous le schéma réalisé par Seringe E. et Astagneau P.¹¹ (Figure N°1).

Figure N°1 : Organisation de la surveillance sanitaire en France
(Seringe E. & Astagneau P. *Surveillance épidémiologique*, 2011)



⁹ InVS – Signalement externe des infections nosocomiales - Site internet visité le 03/07/2014 à l'adresse : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Signalement-et-alertes/Signalement-externe-des-infections-nosocomiales>

¹⁰ GRALL J-Y., (2013) - *Réorganisation des vigilances sanitaires* - Rapport de mission – Direction générale de la santé, Ministère des affaires sociales et de la santé, 42 p.

¹¹ ASTAGNEAU P. (2014) - *Introduction à la surveillance épidémiologique* - Support de cours IDEA, 41 p.,p.10

Ce schéma représente l'organisation de la surveillance sanitaire en France. Il indique l'échelon d'entrée représenté par les professionnels de terrain au contact des patients (à gauche du schéma), jusqu'à l'échelon décisionnel du ministère de la santé (à droite) et son instance essentielle de pilotage, la DGS. Il mentionne la place centrale jouée par l'InVS, en lien avec quasiment tous les réseaux d'acteurs impliqués dans la surveillance.

Il convient de noter que des particularités régionales sont susceptibles de modifier, selon les cas, la place de l'ARS dans ce dispositif et les liens directs que l'ARS entretient avec l'InVS par le biais des CIRE. En cas de crise, il faut y ajouter les instances impliquées dans la défense sanitaire (Préfet de région, Préfet de zone, Ministères de l'intérieur et de la défense).

1.1.2. Aspects comparatifs : la veille sanitaire et la médecine générale au Royaume-Uni.

Nous avons choisi l'exemple de la Grande-Bretagne en raison de son avance historique dans le domaine de la santé publique, par rapport à la France et de nombreux pays. Dans le livre de Didier Tabuteau, *Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé*¹², l'auteur indique que dès le XIXème siècle, les législations dans ce domaine ont rapidement accompagné les ambitions du libéralisme économique. Les *Public Health Acts* de 1848 et 1875 en témoignent parallèlement à une administration de la santé publique puissante naissante¹³. Les vaccinations obligatoires furent instaurées plus tôt, malgré la consécration de la liberté individuelle outre-manche. A titre d'exemple, la vaccination anti-variolique rendue obligatoire en Angleterre en 1865, ne le fut en France qu'en 1902.

La ville de Londres fut régie par l'Act de 1891 contenant des dispositions sanitaires beaucoup plus strictes qu'en France. Cette année-là, le ministre de l'intérieur français estima que les insuffisances de l'organisation sanitaire française, par rapport à celle de l'Angleterre étaient à l'origine de 130 000 décès évitables (Tabuteau, 2013).

Aujourd'hui, les *General Family Practitioners*, médecins généralistes britanniques, sont impliqués dans les programmes de prévention du *National Health Service* (NHS). Ils signent un contrat comprenant des objectifs de santé publique et sont rémunérés à part variable à hauteur de l'atteinte de ces objectifs. Cela suppose bien entendu, une participation active au dispositif national de veille et d'alerte sanitaire.

¹² TABUTEAU D. (2013) - *Démocratie sanitaire – Les nouveaux défis de la politique de santé* - Ed. Odile Jacob – 290 p.

¹³ *Ibid* p. 51

1.1.3. Le dispositif breton

A - La CVAGS Bretagne

Organe de surveillance et de gestion des crises sanitaires, la CVAGS est incluse au sein d'une direction ajointe veille et alerte sanitaire de l'ARS mise en place suite à l'instruction du 20 avril 2010¹⁴. La CVAGS réceptionne, régule et gère les messages par le biais du Centre opérationnel de réception et de régulation des signaux sanitaires (CORRSi) et retransmet aux organismes centraux du ministère les informations pertinentes.

Elle comprend deux sites d'intervention médicaux et paramédicaux : un premier site intervenant dans les départements de l'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor et un second site pour les départements du Finistère et du Morbihan.

Au quotidien, la CVAGS est amenée à réaliser des enquêtes épidémiologiques de terrain pour des cas de maladies ou d'évènements indésirables définis et décrits. Elle rappelle, le cas échéant aux cliniciens concernés l'importance de la mise en route de certaines mesures (exemple : prélèvement, mesures d'hygiène et de prophylaxie (mesures barrières, éviction éventuelle, envoi de souches aux Centres nationaux de Référence (CNR) compétents). A ce niveau, les établissements de santé publics et privés constituent des partenaires importants.

Dans un proche avenir, la CVAGS sera à même de coordonner les actions thématiques menées par différentes structures notamment les Centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT), les Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) et les Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN). Elle intervient aujourd'hui en partenariat avec les Centres antipoison et de toxicovigilance (CATV), les Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV), les Centres d'évaluations et d'information sur les pharmacodépendances (CEIP) et les Observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT). En outre, la CVAGS informe les médecins généralistes et spécialistes compétents dans des zones géographiques définies, afin de permettre l'amélioration des diagnostics et les déclarations. Elle coordonne les investigations avec les cliniciens, techniciens, ingénieurs du service Santé-environnement et informe les structures *ad hoc*. Elle communique sur ses résultats par voie de presse afin d'informer la population (diagnostic précoce, mesures à suivre, etc.).

¹⁴ Instruction SGMAS/HFDS du 20 avril 2010 relative aux principes d'organisation et de fonctionnement de la mission de veille et d'urgence sanitaire dans les ARS

Le recueil et le traitement des signaux, anciennement traités par le système « ORAGE » seront pris en charge par le Système d'Information Veille et Sécurité Sanitaires (SI-VSS) prévu en Bretagne pour le 15 juillet 2014. Ce dernier répond à l'enjeu de disposer d'un outil unique et commun aux 26 ARS pour la gestion des signaux sanitaires. Il vise à améliorer le recueil, la recherche, la traçabilité et le partage des informations, ainsi que l'aide à la décision (particulièrement en situation de crise) et la réactivité face aux besoins émergents. Dans ce nouveau système, la gestion des signaux est réalisée à partir de Fiches standardisées de signalement (FSS) spécialisées en fonction de la nature du signal. Ces FSS regroupent ainsi neuf « listes » correspondant à des classes d'évènements sanitaires : « Liste MDO », « Liste intoxications au monoxyde de carbone », « Liste Infections nosocomiales », « Liste Expositions environnementales », « Liste Evènements exceptionnels et climatiques », « Liste Evènements et incidents dans une structure sauf fugue SDRE/SDJ¹⁵ », « Liste Fugue SDRE/SDJ », « Liste Evènements indésirables associés aux soins », « Liste Vigilances (sauf infection nosocomiale) et « Liste "Autres" ».

Ainsi, la CVAGS Bretagne travaille en réseau avec de très nombreux partenaires. Outre les médecins généralistes et spécialistes, ambulatoires et hospitaliers, des services d'urgences et des SAMU, du secteur médico-social, de la médecine scolaire et universitaire, de la médecine du travail, de la protection maternelle et infantile (PMI), des laboratoires biologiques d'analyses médicales, des services vétérinaires, des pompiers, des nombreux acteurs administratifs impliqués dans les vigilances citées plus haut, elle est en relation avec un partenaire privilégié qui jouxte ses bureaux : la CIRE Ouest.

B - La CIRE Ouest

L'institut de veille sanitaire s'appuie sur des cellules régionales (ou interrégionales), les CIRE, dont les premières ont été créées en 1995. Elles fournissent un appui méthodologique et une expertise indépendante. Au quotidien, la CIRE réalise l'investigation, l'évaluation des expositions et des risques sanitaires, ainsi que l'analyse et la valorisation régionale des données des systèmes nationaux.

¹⁵ SDRE : soins sur décision d'un représentant de l'Etat
SDJ : soins sur décision de justice

C - La zone de défense et sécurité ouest

Bien que silencieuse et invisible en pratique quotidienne pour les médecins généralistes, n'intervenant pas ou peu à leur niveau dans la gestion courante des signaux épidémiologiques, son rôle mérite d'être signalé, d'autant qu'il devient primordial en crise sanitaire, grave ou exceptionnelle, civile et *a fortiori* militaire. Elle regroupe les régions de Bretagne, Pays de la Loire, Basse-Normandie, Haute-Normandie et Centre. Le directeur général de l'ARS Bretagne, en raison de sa position au chef-lieu de la zone de défense et de sécurité de zone (Rennes), est également le correspondant pour son domaine d'actions du ministre en charge de la santé auprès du préfet de zone de défense et de sécurité.

L'ARS de zone (ARSZ) participe, dans son domaine d'attribution, à la préparation des mesures concourant à la défense et à la sécurité nationale et contribue à la gestion des crises majeures, notamment sanitaires. L'ARS de zone coordonne l'action des autres ARS, services et organismes relevant du ministère chargé de la santé, implantés dans la zone Ouest. Il dispose sous son autorité directe du **service zonal de défense et de sécurité (SZDS)** qui constitue un outil destiné à lui donner, en permanence, les moyens d'assister le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Ce service s'articule autour du conseiller de défense et de sécurité de zone (CDSZ) et du conseiller sanitaire de zone (CSZ).

Depuis l'instruction N°DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014, les contours de la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) sont construits autour de l'organisation de l'offre de soins à partir des orientations que le préfet peut émettre à l'ARS sous forme d'effets à obtenir. Elle fait suite à l'instruction du 2 novembre 2011 relative à l'organisation territoriale de la gestion des SSE. Dans cette démarche, le nouveau dispositif intégré, dit « ORSAN », a vocation à préparer la montée en charge coordonnée du système de santé et à définir des parcours de soins des patients adaptés à tous types de situations exceptionnelles. Le dispositif ORSAN prévoit la préparation du système de santé en trois axes : organiser l'offre de soins pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles ; acquérir et répartir des moyens sanitaires mobilisables pour faire face aux menaces identifiées ; enfin, former et entraîner les professionnels à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles¹⁶.

Les éléments méthodologiques transmis pour développer cette planification se décline, au

¹⁶ Instruction N°DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

niveau du médecin généraliste sur la préparation de campagne de vaccination exceptionnelle et de distribution exceptionnelle de produits de santé.

Cette présentation de la veille et de l'alerte sanitaires nous permet maintenant d'aborder la place des médecins généralistes dans ce système au niveau régional.

1.2. Les médecins généralistes et la veille sanitaire

1.2.1. Positionnement des médecins généralistes

Éléments de démographie

3 482 médecins généralistes libéraux et mixtes étaient en activité dans la région Bretagne au 1^{er} janvier 2013¹⁷. La proportion de médecins âgés de plus de 60 ans ou plus représentait le quart et celle des moins de 40 ans, représentait environ 10%. Ces chiffres incluent les médecins à mode d'exercice particulier exclusifs (allergologue, angiologue, homéopathe, acupuncteur...), en plus des médecins généralistes exerçant leur activité principale en ville.

La densité médicale régionale représente donc **107 médecins généralistes pour 100 000 habitants**. L'évolution de 2008 à 2012 est estimée à **-3,4%**. Cette tendance à la baisse est variable selon les départements : les Côtes-d'Armor et l'Ille-et-Vilaine étant les départements les plus touchés. Ceci ne peut que renforcer, à l'avenir, les difficultés de l'ARS à atteindre les médecins généralistes. Moins ceux-ci seront nombreux, moins ils disposeront de temps à consacrer à la veille sanitaire.

Qui est le médecin généraliste ?

Quel est son rôle ? De quoi s'agit-il ? « D'accueillir un patient, homme, femme, enfant ou vieillard, qui sont ou se sentent malades, de les écouter, les interroger, les regarder, les examiner, analyser leurs symptômes, leur vie, leurs difficultés affectives, familiales, professionnelles. [...] Il faut savoir capter leur confiance, leur montrer de l'empathie, de la compassion, même quand ils ne les suscitent pas et cela, c'est déjà de la thérapeutique.¹⁸ » Le patient est en effet au cœur de l'action du médecin ; la relation qu'il a avec celui-ci est

¹⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistiques (DRESS) - (2013) – *Les médecins au 1^{er} janvier 2013* – Document de travail – Série Statistiques N°179, 150 p., p.36

¹⁸ EVEN P., DEBRE B. (2011) – *Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments*, Ed. Présidence de la République - Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p. 58

primordiale. C'est le « colloque singulier », relation de confiance, protégée par le secret, permettant la libre rencontre d'une « confiance [...] et [d'] une conscience », selon l'expression de Louis Portes¹⁹. Le médecin posera ensuite un diagnostic et proposera un traitement qui se matérialisera traditionnellement par une ordonnance rendue en fin de consultation, selon un rituel culturellement bien ancré.

La dimension collective n'est pas pour autant absente de son action. Le médecin prend en compte l'environnement, le tissu relationnel et les interactions sociales auxquelles participent ces patients. « Ces hommes et ces femmes sont non seulement des individus uniques, mais des individus dans la société. Cette approche globale n'est pas toujours naturelle. Il faut l'apprendre et l'apprendre tôt. Là est l'essentiel de la formation initiale des médecins, celle des premières années²⁰. »

Avec les progrès scientifiques et techniques, l'émergence de l'hygiénisme, le souci de la santé des populations s'est ajouté à celui des individus. La médecine n'est plus seulement clinique, elle est devenue aussi statistique. « Elle a pris une posture normative et s'est insensiblement fixé pour objectif de " régenter les rapports physiques et moraux de l'individu et de la société dans laquelle il vit²¹ " selon l'expression de Michel Foucault²². »

Comment cela se matérialise-t-il, en pratique ?

Les obligations règlementaires des médecins concernant la déclaration obligatoire

L'article L.3113.1 du Code de santé publique prévoit l'obligation pour les médecins de transmettre à l'autorité sanitaire les données individuelles en lien avec « les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale [et] les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique²³ ». Les articles D. 3113-1 à D.3113-5 du Code de santé publique prévoient la procédure de transmission et les articles et R.3113-6 à R.3113-7 indiquent la liste des maladies à déclaration

¹⁹ PORTES L. (1955) – *Du consentement à l'acte médical* - Communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950 in *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson et Presses universitaires de France, p.163.
Citation exacte : « Je dirai donc que l'acte médicale normal n'étant essentiellement qu'une confiance [celle du patient] qui rejoint librement une conscience [celle du médecin], le consentement éclairé du malade [...] n'est en fait en fait qu'une notion mythique que nous avons vainement dégagé des faits. »

²⁰ EVEN P., DEBRE B. (2011) – *Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments*, Ed. Présidence de la République - Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p. 58

²¹ FOUCAULT M. (1963) – *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, 212 p.

²² TABUTEAU D. (2013) - *Démocratie sanitaire – Les nouveaux défis de la politique de santé* - Ed. Odile Jacob – p.83

²³ Article L. 3113-1 du Code de santé publique

obligatoire²⁴. Les obligations en cas de menace sanitaire grave sont prévues à l'article L 1413-15 et en cas d'infections nosocomiales par les articles L.1413-14 et R.6111-13 à 17²⁵. D'autres signalements peuvent être recommandés, notamment lors de la survenue de cas groupés de certaines pathologies ou en cas de situation à risque pour la collectivité (exemple : gale, piqûres de tiques, chenilles processionnaires, *et cetera*).

La VAS et le médecin généraliste

Les médecins généralistes ont l'obligation de déclarer les MDO et certains événements indésirables à portée collective, mais est-ce en cela qu'ils perçoivent l'intérêt de leur démarche dans le domaine de la veille et de l'alerte sanitaires ? Nous verrons plus loin que non. Cependant, la position particulière d'observateur du médecin généraliste, lui permettant une identification précoce des événements à déclarer, est susceptible d'apporter un grand nombre d'informations utiles aux structures impliquées dans la gestion des risques, de l'évaluation de la veille et de l'alerte sanitaires. Les MG constituent un premier cercle de professionnels pouvant favoriser le recueil de données de terrain utiles dans le contexte de l'urgence sanitaire et des situations de menaces collectives.

Mais en en quoi la déclaration d'évènements sanitaires par les médecins généralistes améliore-t-elle la sécurité sanitaire de la population ? Pour le médecin, en quoi cela pourrait-il contribuer à améliorer ses prises en charge ? Comment peut-on espérer que les relations entre l'Etat (avec ses services déconcentrés) et les médecins libéraux, historiquement houleuses, puissent s'améliorer en demandant à ces derniers un effort qu'ils jugent souvent pesant, chronophage et parfois même inutile, d'autant qu'ils estiment déjà apporter une participation collective à la santé de la population, en s'occupant, non pas de toute la population, mais de leurs propres patients.

1.2.2. Les limites du système

L'insuffisance de déclaration des événements sanitaires par les médecins apparaît dans différentes études menées au niveau national. L'enquête « TNS Sofres » publiée en avril 2013 a montré que seulement 24% des médecins libéraux et hospitaliers déclarent systématiquement les événements pourtant à déclaration obligatoire²⁶. Cette enquête indique que la méconnaissance des circuits par les acteurs, la complexité et la lourdeur administrative en sont

²⁴ Articles D. 3113-1 à D.3113-5 et R.3113-6 à R.3113-7 du Code de santé publique

²⁵ Articles L 1413-15 et L.1413-14 et R.6111-13 à 17 du Code de santé publique

²⁶ GRALL J-Y., (2013)- *Réorganisation des vigilances sanitaires - Rapport de mission* – Direction générale de la santé, Ministère des affaires sociales et de la santé, 42 p.

les principales causes. D'autres études, plus focalisées sur des pathologies ou des événements particuliers ont permis de révéler des sous-déclarations à partir d'une méthode de « capture-recapture ». Ces études ont utilisé des taux d'exhaustivité permettant de corriger la sous-notification pour différentes MDO afin d'en estimer les taux d'incidence à partir des taux de notification. C'est le cas par exemple de l'enquête sur le méningocoque en 2005²⁷. D'autres enquêtes ont été réalisées comme celle portant sur la détection des épidémies de grippe en 2009, par analyse de données recueillies à partir d'un moteur de recherche²⁸. Sur le plan de la pharmacovigilance et du rôle des médecins généralistes, le rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments publié en 2011 indique : « les études faites, y compris en France et publiées dans les grands journaux internationaux, tels le *Journal of American Medical Association*, montrent que les médecins ne déclarent que 5% des accidents qu'ils suspectent, bien qu'ils en aient l'obligation légale, [ce qui est] évidemment impossible à vérifier²⁹. » Enfin le rôle des médecins généralistes dans les autres domaines de vigilance (hémovigilance, vigilance sur les dispositifs médicaux, les produits biologiques, les produits diagnostiques, les cosmétiques, et cetera), nécessiterait d'être étudié.

Par ailleurs, bien qu'il existe des études sur la façon dont les médecins perçoivent la VAS, peu d'entre elles offrent des recommandations spécifiques et adaptées aux MG et susceptibles d'améliorer leur participation. Enfin, l'absence de données concernant plus particulièrement la région Bretagne nous a conduit à définir les objectifs de ce travail.

Principalement, il s'agit de comprendre le positionnement des médecins généralistes dans le dispositif régional de veille et d'alerte sanitaires. Cette question peut se décomposer en différents questionnements : comment les médecins généralistes perçoivent-ils ce système ? Quelle perception ont-ils de leur propre rôle dans ce dispositif ? Qu'en attendent-ils ? Souhaitent-ils y participer davantage ? Quels seraient les moyens, selon eux, d'améliorer le partenariat avec l'autorité sanitaire ?

L'objectif associé de l'étude consiste à présenter des recommandations spécifiques en vue d'améliorer la participation des médecins généralistes au système de veille, d'alerte et de sécurité sanitaires.

²⁷ BERGE F., PARENT du CHATELET I., BERNILLON P. *et al.* (2010) - *Surveillance des infections invasives à méningocoques en France métropolitaine en 2005 : évaluation quantitative par la méthode capture-recapture à trois sources*. Saint-Maurice. Institut de Veille sanitaire ; 46 p.

²⁸ GINSBERG J., MOHEBBI M.H., PATEL R.S *et al.* (2009) - *Detecting influenza epidemics using search engine query data* – Nature 457, p. 1012-1014

²⁹ EVEN P., DEBRE B. (2011) – *Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments*, Ed. Présidence de la République : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p. 45

Pour atteindre ces objectifs, la méthodologie choisie a tenu compte des ressources dont nous disposions en termes de temps, de bases de données et de possibilité de rencontrer les acteurs concernés par cette problématique. Elle se décline en trois volets : une revue de la littérature, suivie d'une enquête quantitative (questionnaire) adressé à un échantillon représentatif de médecins généralistes, et enfin une enquête qualitative par entretiens semi-directifs avec des professionnels concernés par notre propos.

2 – METHODOLOGIE

2.1. Revue de la littérature

L'enquête sur le rôle des médecins généralistes en 2007 en Franche-Comté fut le point de départ de notre étude³⁰. Nous avons ensuite mené une recherche documentaire bibliographique sur la base de données en santé publique de l'EHESP et les bases documentaires habituelles (Medline, CAIRN Info) qui nous a permis de prendre connaissance des études relatives à notre sujet.

Nous avons ainsi consulté une enquête réalisée au Québec en 2006, auprès de médecins urgentistes, qui concluait à une sous-déclaration des maladies à déclaration obligatoire dans les services d'urgences au Canada³¹. Par ailleurs, concernant la perception, auprès des médecins généralistes, du niveau de gestion et de maîtrise des maladies infectieuses en France, une enquête présentée en 2008 montrait que 83.3% de ces praticiens évaluaient comme « très » ou « plutôt » satisfaisante leur prise en charge par le système de santé³².

Ensuite, l'enquête IDEA « Merveille » de 2008³³ portant sur les déterminants de la participation des médecins généralistes à la surveillance sanitaire, fut utile. Il s'agissait d'une enquête descriptive, sur quatre régions (Auvergne, Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes), ayant pour objectif d'identifier les motivations et les freins à la participation des MG aux réseaux de surveillance sanitaire, de type GROG ou Sentinelles. En termes de freins à la participation des MG non-participants à ce type d'organisation, figuraient le manque de temps, le manque de connaissance des réseaux et l'absence de rémunération.

Puis, le rapport Jean-Yves Grall, cité plus haut, fut le point de départ des pistes de réflexion en

³⁰ ROY E., WORONOFF A. S., BONNET C. et al. (2007), sous la direction d'Agnès HOCHART, *Rôle du médecin généraliste dans le système de veille sanitaire* - Etude menée par l'Observatoire régional de la santé de Franche-Comté, Besançon, Agence régionale de santé (ARS) de Franche – Comté, 43 p.

³¹ FRIEDMAN S. M., SOMMERSALL L. A., GARDAM M. et al. (2006) - *Déclaration sous-optimale des maladies à déclaration obligatoire dans les services des urgences au Canada : enquête sur les connaissances, les pratiques et les obstacles perçus chez les médecins d'urgence*, Agence de la santé publique du Canada – Public Health Agency of Canada - RMTCC, Volume 32, N° 17, 14

³² GAUTIER A., JAUFFRET-ROUSTIDE M., JESTIN C. (2008) – *Enquête Nicolle 2006. Connaissance, attitudes et comportements face au risque infectieux*, Saint-Denis, INPES, Colle. Etudes santé, 252 p., p.72

³³ VAN CAUTEREN D., LOURY P., MOREL B. et al. (2010), *Déterminants de la participation des médecins généralistes à la surveillance sanitaire, enquête Merveille 2008*, BEH n°1, 12 janvier 2010 pp. 6-9

termes de recommandations. Ce rapport fait deux propositions : le développement d'un portail national multicanal de signalement et la création de groupements régionaux d'appui à la veille et à l'évaluation sanitaires. Il ne propose cependant que des recommandations générales valables pour l'ensemble des professionnels et acteurs de terrain (ainsi qu'aux citoyens eux-mêmes) alors que notre sujet se concentre spécifiquement sur les médecins généralistes.

Une enquête récente et pertinente, proche de notre propos, est l'étude ESPRIT³⁴. Cette étude épidémiologique transversale avait pour objectif d'estimer, au niveau national, l'incidence des événements indésirables associés aux soins (EIAS) en médecine générale et d'en décrire la typologie. Elle a permis d'identifier les situations à risque (défaut de communication avec les patients, mode de rédaction des prescriptions, organisation du cabinet médical, défaut de mobilisation des connaissances et des compétences). L'intérêt pour notre étude est qu'elle avait aussi pour but d'étudier la perception des médecins généralistes en rapport avec des activités en lien avec la culture de la sécurité. En outre, elle proposait de tester la faisabilité et l'acceptabilité de la collecte des données en proposant une méthodologie de détection simple et pragmatique. La limite de cette étude est qu'elle ne propose pas de recommandation.

Les documents de l'Association des médecins inspecteurs de santé publique (AMISP) qui fournissent des liens Internet en rapport avec la veille et l'alerte sanitaires, nous ont donné l'accès à différents articles présentés et nous ont permis d'apporter des éléments concernant les pistes de réflexion. Des sources juridiques relatives à l'organisation de la veille sanitaire et les obligations déclaratives des médecins ont également été mobilisées pour notre revue. Les travaux de la Société française de santé publique (SFSP) portant sur l'évolution de la place du médecin généraliste au sein du système de santé furent aussi utiles, en particulier un article sur les *Missions de santé publique des médecins généralistes*, qui présente notamment des réflexions sur les modes de rémunération³⁵ (cf. 3.2.2.2.).

Enfin, les orientations de la future réforme de la santé, prévue en 2015, sont à prendre en compte. Présentées par la ministre des Affaires sociales et de la Santé le 19 juin 2014, elles

³⁴ KERIEL-GASCOU M., BRAMI J., CHANELIERE M. *et al.* (2013) - *Etude nationale en soins primaires sur les événements indésirables* (ESPRIT). Rapport final –Décembre 2013, CCECQA, 149 p.

³⁵ BOURDILLON F., MOSNIER A., GODARD J. (2008) - *Des missions de santé publique pour les médecins généralistes*, Santé Publique 5/ 2008 (Vol. 20), p. 489-500
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-5-page-489.htm> ou
http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2008/5/489_500.pdf

s'inscrivent dans la continuité de la Stratégie nationale de santé, qui a fait l'objet de débats en régions au cours de l'hiver 2013-2014. Ces orientations se sont appuyées sur le rapport de Bernadette Devictor³⁶, présidente de la Conférence nationale de santé, sur le service public territorial de santé. Ces derniers travaux visaient à préciser les contours du service territorial de santé et du service public hospitalier : deux notions clés de la future loi de santé dont l'objectif est de réorganiser le système de santé autour de l'usager et de son parcours de santé au sein des territoires³⁷.

2.2. Enquête par questionnaire

2.2.1. Schéma d'étude

Il s'agit ici d'une **étude descriptive transversale** avec recueil de données concernant les médecins généralistes. La synthèse de la revue de la littérature nous a amené à élaborer un questionnaire comprenant onze questions à choix multiples (à réponses uniques ou multiples). Il est présenté en annexe N°4. Les questions relatives à la perception de la VAS sont suivies par des questions portant sur des données démographiques. Un cadre blanc a été laissé pour recueillir d'éventuels commentaires.

2.2.2. Définition de la population cible

Notre étude porte sur la région Bretagne, notre stage s'étant déroulé principalement au siège de l'ARS. La population cible regroupe l'ensemble des médecins généralistes de la région, plus précisément ceux qui exercent leur activité principale en ambulatoire, en excluant les médecins à mode d'exercice particulier exclusif (allergologue, angiologue, homéopathe, acupuncteur...). Une étude concluante permettrait d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins généralistes de France.

Compte tenu des études similaires menées antérieurement dans d'autres régions, notamment en Franche-Comté (2007) et au Québec (2006), nous avons fixé la taille de l'échantillon à **1000 médecins généralistes**, répartis de manière aléatoire sur tout le territoire breton. Le taux de réponse attendu était inférieur ou égal à celui de l'étude Franche-Comté.

³⁶ DEVICTOR B. (2014) – *Le service territorial de santé – Service public hospitalier – Développer l'approche populationnelle de l'offre en santé* – Rapport, Ministère des affaires sociales et de la santé, 209 p.

³⁷ Ministère des affaires sociales et de la santé (2014) - Revue connexion Affaires sociales Santé – N° 169, 10 juin 2014, p. 1

2.2.3. Test du questionnaire et période d'étude

Le questionnaire, une fois construit, a été testé auprès de 4 médecins généralistes en vue de s'assurer de sa lisibilité et de sa validité. La période d'étude correspondait au printemps 2014. L'envoi massif des questionnaires avait été initialement prévu à la mi-mars 2014, soit au cours de notre deuxième période de stage à l'ARS.

2.2.4. Définition des modalités pratiques d'envoi

Le recueil de données par voie postale avait été privilégié au départ, afin que la population de l'échantillon soit la plus représentative possible de la population cible ; ce mode de sélection avait en effet l'avantage de ne pas se limiter à des médecins ayant fourni une adresse Internet. En raison des contraintes matérielles et temporelles, nous y avons renoncé. Un courriel comprenant un lien vers le questionnaire a été adressé aux médecins (cf. annexe N°2).

Nous avons besoin d'une liste actualisée de praticiens en exercice, tirés au sort et répartis également sur les quatre départements bretons. Cette base de données a été obtenue auprès de l'Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux de Bretagne (URPS MLB). L'URPS est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, ayant pour objet de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre.

.

2.2.5. Modalités pratiques d'exploitation et d'analyse des données

La collecte automatisée des données à partir d'une plateforme de saisie en ligne avait été prévue dans les deux semaines à compter de la date d'envoi des questionnaires. Nous avons utilisé la plateforme *Wepi*®.

L'analyse des résultats était prévue avec le logiciel Microsoft Excel® 12.0. La significativité statistique correspondait à un $p < 0.05$.

2. 3. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs

Elle avait pour objectif de recueillir des éléments de réponses auprès des acteurs de terrain (professionnels de santé, représentants associatifs et syndicaux, élus, personnels d'administrations territoriales et centrales). Une série de dix entretiens semi-directifs fut prévue.

Le guide d'entretien a été réalisé à partir des objectifs définis précédemment. Il est présenté en annexe N° 4.

Ces entretiens concernent deux types d'acteurs : d'une part, des acteurs impliqués au niveau des agences de l'Etat (administrations centrales ou territoriales) et d'autre part, des acteurs du secteur médical libéral (médecins généralistes, autres praticiens de premier recours, représentants associatifs et syndicaux).

Les entretiens se sont déroulés soit en face-à-face, soit par téléphone. Il a été précisé que les propos resteraient anonymes. En revanche, les répondants ont été informés que leur nom figurerait sur la liste des personnes interrogées, en annexe du mémoire (cf. annexe N°6), sauf si désaccord. La durée moyenne des entretiens fut de 45 minutes.

Les entretiens ont donné lieu à des prises de notes ainsi qu'à l'enregistrement pour les entretiens en face-à-face, avec l'assurance que l'enregistrement serait détruit à l'issue de la phase d'exploitation et de synthèse.

L'analyse des entretiens a ensuite été réalisée de manière transversale, en reprenant les éléments sur une grille d'analyse définie selon deux axes : la question du positionnement des médecins généralistes dans le dispositif de VAS d'une part, et les mesures proposées en vue d'améliorer la participation de ces derniers dans ce système, d'autre part. La synthèse de ces entretiens est incluse dans la troisième partie « Résultats ».

2.4. Aspects éthiques

Concernant les aspects éthiques de l'étude, nous nous étions engagés à respecter les règles déontologiques liées à la recherche (anonymisation, recueil des accords pour la publication). Concernant le questionnaire adressé aux médecins, la participation de ceux-ci ne nécessitait aucune intervention spécifique, ni la communication de leur part d'informations relatives aux patients.

Comme indiqué plus haut, la base de médecins généralistes utilisée pour l'envoi du questionnaire fut celle de l'URPS. Nous n'avons pas accès aux données nominatives de cette base. L'identité des médecins répondants au questionnaire nous étaient donc inconnues. L'URPS n'avait pas, de son côté, accès aux réponses données par les médecins.

Pour ces raisons, nous n'avons pas estimé qu'il était nécessaire d'informer le Conseil de l'Ordre des médecins, ni une autre instance consultative compétente en termes d'éthique, du déroulement de cette étude.

3 - RESULTATS

3.1. Une enquête quantitative montrant une faible participation

Le questionnaire a été envoyé à **1350** médecins adhérents de l'URPS de la région Bretagne. L'envoi, unique et simultané, a été réalisé par courriel le 2 juin 2014. Le délai de retour était laissé à la convenance des répondants et n'était pas précisé. Parmi les destinataires, **678** ont ouvert le questionnaire, soit **50.2%**. Le nombre de questionnaires remplis et enregistrés s'élevait à **47** à la date du 15 juin 2014, représentant **10.9%** des questionnaires ouverts.

La proportion des répondants sur le total des médecins destinataires du questionnaire représente un taux de participation de **3.48%**. Le nombre de répondants se situant en dessous du seuil de représentativité, ce volet de l'étude n'est donc pas concluant. En revanche, le taux de participation peut être interprété et les **commentaires** laissés par les répondants, au nombre de **11** (soit **23.4%** des questionnaires validés), seront exploités et intégrés à notre synthèse croisées des recommandations (cf. 3.2.2., p.29).

Le faible nombre de répondants, inférieur à celui qui avait été attendu, ne signifie pas, pour autant, le désintérêt des médecins pour la VAS, puisqu'un médecin sur deux a ouvert le questionnaire. Il traduit cependant, sans ambiguïté, **le désinvestissement** des médecins généralistes concernant ces questionnements.

Bien que les réponses obtenues ne puissent pas être considérées comme représentatives, nous avons néanmoins procédé à leur analyse (les résultats détaillés sont fournis en annexe N°5). Les résultats montrent que **44 répondants sur 47** estiment avoir une connaissance insuffisante du système de VAS (« tout à fait insuffisante » ou « plutôt mauvaise »). En ce qui concerne l'auto-appréciation de la connaissance des MDO, elle est considérée comme mauvaise pour **43** d'entre eux (sur 47) : « plutôt mauvaise » : **30** ; « tout à fait insuffisante » : **13**. Ils déclarent ignorer majoritairement où est noté le numéro de téléphone de l'autorité sanitaire à contacter (**40** réponses négatives) et **35** déclarent ne pas avoir de fiches de notification de MDO dans leur cabinet. D'ailleurs, **20** d'entre eux estiment qu'il ne leur appartient pas de déclarer eux-mêmes ces MDO. Pourtant, dans la perception de leur propre rôle en cas de crise sanitaire grave, **37** d'entre eux considèrent qu'il s'agit d'un rôle majeur (rôle primordial de soutien aux populations pour **17** qui s'ajoutent aux **20** qui estiment qu'il s'agit d'un rôle important en partenariat avec les autorités).

Concernant les moyens susceptibles d'améliorer les liens entre autorités sanitaires et praticiens de ville (question N°11 à choix multiples), 34 sont favorables à des déclarations obligatoires qui se feraient en ligne, en deux ou trois « clics » maximum. En revanche, seulement 9 se déclarent favorables à une compensation financière à leur participation. Il est à noter que pour 25 des répondants, le retour d'information de la part des autorités représente aussi un moyen d'amélioration des relations ARS-MG.

Le **tableau N°1** (page 27) présente les résultats comparatifs avec l'étude en Franche-Comté de 2007, pour les questions qui se recoupent. Dans les deux cas, le tableau montre que la connaissance du système de VAS et des MDO est perçue majoritairement comme (plutôt) insuffisante. Dans les deux régions, une majorité de médecins n'a pas de fiche de déclaration MDO dans leur cabinet ou ne sait pas où se les procurer. Pour les deux régions, une majorité de répondants est en faveur d'une simplification ou d'une réduction de temps de déclaration. Toujours dans les deux cas, les médecins perçoivent leur rôle en cas de crise sanitaire grave comme important ou déterminant dans la réduction de son impact. Un tableau comparatif plus complet, reprenant les données démographiques des deux études, est présenté à la fin de l'annexe N°5 (tableau N°2).

Nous reviendrons sur l'analyse des résultats de cette enquête quantitative dans la quatrième partie « discussion ». Abordons maintenant le volet qualitatif de l'étude.

3.2. Une enquête qualitative montrant un dispositif positionnant mal les médecins généralistes

Pour ce volet qualitatif de notre étude, **10 entretiens semi-directifs** ont été réalisés. La liste des personnes rencontrées est fournie en annexe N°6 du mémoire. Ce sont des médecins généralistes, des Médecins inspecteurs de santé publique (MISP), un médecin pédiatre de premiers recours, des acteurs du monde associatif et administratif de la région Bretagne.

La restitution de l'analyse des entretiens comprend deux axes. Le premier axe correspond à un état des lieux du positionnement des médecins généralistes dans le système de VAS. Nous l'aborderons sous deux points de vue : celui des médecins et celui de l'autorité sanitaire. Le second axe développe les recommandations en vue de favoriser l'échange entre ARS et MG. Ce dernier axe sera abordé, de manière croisée avec les éléments de la revue de la littérature et les commentaires laissés par les médecins généralistes lors du questionnaire.

Tableau 1 : Résultats quantitatifs comparatifs des études menées en Franche-Comté et en Bretagne.

(Les chiffres sont exprimés en pourcentages, y compris pour la Bretagne, dans le but de faciliter la lecture comparative).

Région étudiée	Franche-Comté	Bretagne
Année de l'enquête	2007	2014
Données générales		
Nombre de médecins enquêtés	1106	1350
Nombre de réponses	409	47
Taux de participation	37%	3.48%
Mode d'exercice		
Seul	42%	42.55%
En association	51%	57.45%
Autre	6%	0%
Analyse des réponses sur VAS et MDO		
<u>Connaissance du système de VAS</u>		
Tout à fait satisfaisante (tout à fait)*	1%	0%
Bonne (à peu près)	24%	4.25%
Mauvaise (pas vraiment)	56%	53.19%
Tout à fait insuffisante (pas du tout)	18%	40.25%
<u>Connaissance des MDO (Êtes-vous suffisamment informé sur les MDO ?)</u>		
Tout à fait satisfaisante (Oui)	40%	0%
Bonne (Oui)		8.51%
Mauvaise (Non)	59%	63.83%
Tout à fait insuffisante (Non)		27.66%
Fiches de notification des MDO : en avez-vous dans votre cabinet ?		
Oui	42%	22.53%
Non	58%	74.47%
Si non, où pouvez-vous les procurer ?		
InVS	6%	23.33%
ARS		46.57%
Assurance Maladie		30%
DRASS		30%
DDASS	87%	
MISP	0%	
Autre	1%	
Rôle perçu en cas de crise sanitaire grave (Pensez-vous qu'il [vous] serait possible d'en diminuer l'impact ?)		
Rôle primordial de soutien aux populations (Oui)	80%	37.78%
Rôle important en partenariat avec les autorités (Oui)		44.44%
Rôle secondaire en retrait vis-à-vis des autorités (Non)	20%	13.33%
Rôle négligeable (Non)		4.44%
Moyens d'amélioration des liens entre autorité et praticiens (conditions de faisabilité de la participation)		
Que cela prenne peu de temps	79%	36.17%
Que cela puisse se faire en ligne en 2/3 clics maximum		72.34%
Qu'il y ait une compensation financière	37%	19.15%
Que le processus de déclaration puisse se faire par une plateforme informatique unique		57.45%
Qu'il y ait un retour de la part des autorités		53.19%
Autre	4%	6.38%
Que cela permette une valorisation professionnelle	40%	

*Entre parenthèses la version de l'étude menée en Franche-Comté.

3.2.1. Positionnement des médecins généralistes dans le système de veille et d'alerte sanitaires

Les entretiens confirment le désinvestissement majoritaire des médecins généralistes du système de VAS, accru depuis 2007. Cet état des lieux avait été fait avant nous, comme nous l'a montré la revue de la littérature.

Du côté de l'autorité sanitaire, les entretiens menés avec des professionnels des ARS indiquent que les médecins généralistes sont considérés comme des acteurs pertinents du dispositif de veille et d'alerte sanitaires. Ils montrent leur **volonté d'aider les MG et non de les pénaliser**. C'est une des vocations de la VAS et de ces agents du service public vis-à-vis de leurs collègues libéraux. La CVAGS fournit en effet un appui aux médecins généralistes en les informant sur les spécificités des conduites à tenir, des prescriptions, des mesures prophylactiques ou des mesures barrières à mettre en œuvre en cas d'épidémies, en cas de toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) ou d'infections invasives à méningocoques ; elle transmet des renseignements aux médecins sur la contagiosité, les modes de contamination, les temps d'incubation des agents pathogènes en cause, éléments parfois méconnus des médecins généralistes en ville.

A contrario, les avis de ces professionnels des ARS sur la pertinence des sanctions en cas de non-déclaration obligatoire sont assez univoques : certes, elles ont leur place dans les textes mais leur application serait contre-productive. Elles ne sont d'ailleurs quasiment jamais appliquées.

Du côté des médecins généralistes, il ressort des entretiens que leur faible participation est avant tout liée à **leur incertitude face aux événements à déclarer**, qu'il s'agisse de leur méconnaissance des MDO, de l'organisation de la surveillance sanitaire (en pratique très complexe) ou des partenaires référents au sein de l'autorité sanitaire. Un deuxième aspect concerne **la lourdeur et la complexité des procédures** de déclaration. Il en résulte un désinvestissement voire une démotivation.

En revanche, **le manque de reconnaissance** et de **valorisation** semblent être secondaires à la fois du côté des médecins et du côté des pouvoirs publics. Nous défendrons par la suite que remédier à ces deux aspects, apparemment accessoires, peut au contraire constituer un mécanisme d'appoint très efficace d'incitation à la participation des médecins, voire même une condition nécessaire, bien qu'insuffisante.

3.2.2. Synthèse croisée des recommandations

Les pistes de réflexion que nous dégageons ici incluent les recommandations issues des entretiens semi-directifs, les éléments de la revue de la littérature, les commentaires déposés par les répondants au questionnaire et les conclusions du groupe de travail qui s'est réuni sur la question. Ces recommandations peuvent être classées en deux catégories : les recommandations générales et les mesures pratiques particulières à mettre en œuvre.

3.2.2.1. Préconisations générales pour l'amélioration des échanges entre MG et CVAGS

Il semble acquis que la lourdeur et la complexité des procédures administratives de déclaration auprès de l'autorité sanitaire constituent un frein majeur à la participation des médecins au système de veille et d'alerte sanitaires. Il n'est pas surprenant de constater que la plus récurrente des recommandations concerne **la nécessité de simplifier au maximum** ces procédures. Cette simplification peut se décliner de différentes façons sur lesquelles nous reviendrons plus loin (cf. 3.2.2.2 - *Mesures particulières et recommandations pratiques*, p.31).

Ensuite, l'usage des **nouvelles technologies de l'information et des télécommunications** est incontournable. Le recours à une plateforme informatique en ligne serait, pour la majeure partie d'entre eux, le meilleur moyen de déclarer de manière efficiente et de proposer un retour d'information rapide et personnalisé. Mais il importe de rappeler ici que les médecins libéraux ont leurs habitudes de travail et le choix de leurs méthodes ; il s'agit d'en tenir compte. Dans certains cas, un médecin préférera un avis téléphonique obtenu auprès d'un collègue compétent, qu'il connaît pour être fiable dans un domaine relatif à certaines pathologies. D'autres préféreront un courrier sur support papier, si la cinétique de l'évènement le permet. D'autres encore un courriel sur leur tablette ou bien un message écrit transmis par leur téléphone mobile, sous forme de télé-alerte, comme c'est le cas en région des Pays de la Loire. Les mesures incitatives n'empêcheront pas certains de rester attachés à des modes de communication plus anciens mais toujours utilisés. Tous les médecins doivent pouvoir être inclus et reconnus dans les échanges avec les CVAGS, y compris ceux qui sont le plus réfractaires à ces nouvelles technologies de communication.

Puis, une **clarification des éléments de déclaration et une entente sur la définition des termes** doivent être instaurées. Il ne doit pas y avoir d'hésitation sur « qui fait quoi et pourquoi ». Pour un médecin généraliste, un évènement qui doit être déclaré peut être simplement un évènement qui l'inquiète, sans pour autant qu'il y ait une justification scientifique immédiate ; « le

sentiment subjectif d'un médecin expérimenté » correspond le plus souvent à une « menace réelle qui peut être confirmée secondairement par une enquête épidémiologique de terrain », rappelle un des responsables de CVAGS interrogé.

Un **changement d'image des agences de l'Etat auprès des médecins** est également indispensable. Le rôle des ARS est ici important par le biais des référents thématiques chargés de favoriser cette dynamique. Cela implique de développer des contacts, des réseaux, « d'aller à la rencontre des médecins » via leurs lieux de réunion ou de formation (DPC et groupes de pairs notamment). Cela implique un positionnement des médecins de l'ARS reconnus comme des collègues de travail compétents et fiables dans leur domaine d'intervention. Cela passe aussi par un changement dans le champ de la représentation symbolique.

Un **changement de culture** est nécessaire en appui de ce changement d'image. Cette culture des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou salariés du secteur public est certes celle de l'excellence, mais elle est aussi celle de la peur de la faute. Or « la culpabilité et la crainte de sanctions seraient peu efficaces » pour obtenir la participation des médecins à la VAS, d'après certaines réponses obtenues lors des entretiens. Pour certains professionnels des ARS interrogés, il s'agirait donc de la remplacer par une « culture de l'apprentissage par l'erreur ». Certains acteurs prônent même un changement de culture passant par l'insufflation d'une véritable culture du « signalement sanitaire », à l'instar de ce qu'il est convenu d'appeler en anglais les *Whistleblowers*, les lanceurs d'alerte.

La **valorisation de la déclaration** des Evènements indésirables graves (EIG) est aussi un élément important. Elle peut se décliner de manière matérielle ou symbolique, en termes d'amélioration des pratiques ou de reconnaissance académique. Nous y reviendrons dans les « mesures particulières et recommandations pratiques » (pages 34 et 35). Cette valorisation se décline aussi dans le **partenariat ARS-médecins** qui doit être pérennisé. Qu'il s'agisse de les faire participer à un recueil de données de terrain, ou de les joindre lors de mesures urgentes à mettre en place, un partenariat doit s'établir en reconnaissant leur place et en respectant leurs intérêts. Cette démarche doit s'appuyer sur le **respect du volontariat**.

De plus, une **approche par travail de groupe** est à privilégier par rapport aux approches individuelles. Cela suppose le ciblage préférentiel des médecins exerçant en association. Ceux-ci sont considérés comme plus réceptifs, plus accessibles à une dynamique de groupe, et « semblent plus sensibles à cette dimension de santé publique dans leur exercice ». Ceci ressort d'un de nos entretiens avec un responsable de CVAGS en région, aussi bien que de notre

enquête et de l'étude menée en Franche-Comté, où la majorité des répondants sont des MG exerçant en association (voir tableau 1).

Enfin, le **respect de la confidentialité** est un élément capital ; sa violation ne peut que constituer un frein à la coopération. Pourtant, à l'heure où beaucoup se répandent sur les réseaux sociaux, une déclaration sécurisée devrait être accessible, à l'instar d'une déclaration fiscale en ligne. Les procédures de cryptage numérique peuvent être considérées comme suffisamment solides.

L'Etat garantit la confidentialité et la discrétion des déclarations d'évènements sanitaires qui lui sont fournies. Ce souci de confidentialité par les autorités doit être régulièrement rappelé aux médecins généralistes. Ceux-ci doivent en être convaincus sur la base du respect effectif de ce principe. Les données médicales sont traitées anonymement, et si des précisions doivent être demandées au médecin déclarant, elles doivent l'être par des médecins soumis au secret professionnel, comme c'est le cas au sein de l'assurance maladie. En pratique quotidienne, nous avons constaté que les données nominatives étaient cryptées avant d'être transmis à l'InVS. Bien entendu, le médecin ne déclarera **qu'avec l'accord de son patient**.

3.2.2.2. Mesures particulières et recommandations pratiques

I - Améliorer la **formation médicale initiale et continue** au fonctionnement du dispositif de veille et d'alerte sanitaire, permettant l'appropriation par le médecin de ses enjeux. Il s'agit d'obtenir des étudiants qu'ils sachent, à la fin de leur troisième cycle de médecine générale, identifier les professionnels compétents dans ce domaine de l'alerte sanitaire, et s'y référer le cas échéant. Force est de constater d'après les entretiens et les réponses au questionnaire (bien que non concluantes) que beaucoup perdent du temps à rechercher ces professionnels et leurs structures, voire ne s'en donnent finalement pas la peine, considérant les enjeux comme assez limités. En outre, les médecins devraient être mieux formés à l'épidémiologie et acquérir cette culture des enquêtes de terrain. Dans la mesure où l'approche globale du malade, dans sa dimension **à la fois unique et collective**, constitue un fondement des études médicales, l'enseignement de la statistique et de la santé publique ne devrait pas se limiter au premier cycle ou à des cycles facultatifs, mais être poursuivi **tout au long du cursus médical** et s'intégrer au troisième cycle de médecine générale. Cette proposition ressort des entretiens.

II – Promouvoir une procédure de **déclaration en ligne sécurisée, anonyme et simplifiée** : deux ou trois clics maximum sur un **«portail unique interactif»** devraient être nécessaires pour

déclarer une MDO ou un EIG à partir de n'importe quel ordinateur, tablette, téléphone cellulaire connecté à l'Internet, **après accord du patient**. Ceci ressort nettement de la revue de la littérature et de nos entretiens. Ce portail représenterait une interface accessible en ligne associé à un accueil téléphonique, voire présentiel sur rendez-vous au siège de l'ARS ou des délégations territoriales. Nous rappelons que cette modalité n'exclut nullement d'autres formes de communication (tels les courriers ou notes sur support papier) auxquels certains médecins sont plus attachés. Cette plateforme devrait devenir un pilier de l'échange avec l'autorité sanitaire en région. Toute déclaration pourrait ainsi se faire 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Ce portail donnerait accès à un véritable espace d'échange entre les médecins des CVAGS et les MG pour la veille et la sécurité sanitaires, à l'instar des rapports entre médecins hospitaliers et médecins ambulatoires sur d'autres problématiques. Sur cette plateforme, les renseignements et des informations sur les maladies et les évènements y seraient accessibles, sollicitant leur intérêt, augmentant leur champ de connaissances et améliorant leur technicité dans le domaine de la VAS. En effet, nombreux sont ceux qui se plaignent de ne pas connaître les évènements à déclarer. Comment pourraient-ils alors reconnaître ce qu'ils ne connaissent pas ? Bien entendu, la discussion sur le cas d'un patient ne doit se faire qu'avec un médecin, soumis strictement aux mêmes règles déontologiques que son collègue du privé.

Nous insistons sur le **caractère unique** de cette plateforme en région, afin d'éviter des problèmes de compatibilité informatique entre fabricants, ainsi que les mises à jour onéreuses auprès des éditeurs de logiciels, dont certains médecins estiment être « la proie ». Cette plateforme devrait aussi permettre aux médecins de recevoir des informations locales concernant leur secteur géographique (évènements indésirables, épidémies).

La synthèse des recommandations au cours des entretiens montre que l'Etat devrait ici faire acte d'autorité et légiférer, afin d'éviter des logiciels multiples, peu compatibles et permettre l'adoption par la loi de ce type de plateforme. Son choix et sa mise en place pourraient faire l'objet d'un appel d'offres. L'Etat serait amené à trancher parmi les dispositifs proposés par les éditeurs sur des critères préétablis d'efficience et de sécurité, de fiabilité et de simplicité.

De plus, la promotion d'un numéro de téléphone unique, mis en place dans certaines ARS et réservé aux professionnels de santé serait à relancer. Ce numéro qui existe pour les professionnels en Bretagne depuis avril 2010 ou en région Rhône-Alpes depuis 2012, pourrait même être accessible à tous, en raison des difficultés mêmes à définir cette population étendue des « professionnels de santé ».

Dans le domaine du DGS-Urgent, une **harmonisation des dispositifs nationaux et régionaux** est nécessaire. En cas d'alerte, l'ARS peut faire appel à la Direction générale de la santé (DGS) afin que celle-ci puisse, selon une procédure « redescendante », alerter les médecins de la région concernée d'un évènement nécessitant une réponse urgente et mobilisant une population de médecins conséquente. Les procédures « DGS–urgent » par abonnement doivent pouvoir s'étendre aux ARS qui devraient aussi avoir la possibilité de prévenir directement les médecins abonnés d'un territoire concerné par une alerte, sans être obligés de passer par la DGS sauf à l'informer. Aujourd'hui, cette possibilité n'existe pas en pratique. Les bases de données de médecins sont difficilement tenues à jour.

La liste de diffusion " DGS-urgent " comportent cependant des limites dans la mesure où il n'est pas le seul outil d'information du ministère concernant les urgences. Différents moyens de communication peuvent être employés suivant la nature des problèmes. Les messages adressés par courriel peuvent être également communiqués par téléphone, fax, courrier, communiqués de presse, relais par des ARS ou Internet. La liste de diffusion " DGS-urgent " ne prétend pas non plus rassembler toutes les questions d'urgences de santé publique survenant en France. D'autres institutions, telles l'ANSM ou l'InVS sont également susceptibles de diffuser des informations urgentes relevant de leurs compétences³⁸.

Un recentrage à l'échelon régional des outils d'information, associant un regroupement de toutes les sources d'alertes d'urgence provenant de ces différentes structures nationales, voire supranationales, mais ici destinées aux territoires de l'ARS, devrait pouvoir être envisagé au niveau de l'ARS. Cette approche territoriale pourrait prendre ainsi la forme d'une **liste de diffusion de type « ARS-Urgent »**, basé sur le volontariat, à l'instar du DGS-urgent, comme évoqué par l'un des acteurs interrogés. Le subventionnement de ce dispositif serait aussi une piste à explorer. L'utilisation de système de **télé-alerte** comme c'est le cas notamment dans le département voisin de Loire-Atlantique serait aussi à développer.

III - L'amélioration du **retour d'information** à l'issue des procédures de déclaration, doit se faire via ces plateformes, toujours dans le cadre de cet échange entre médecin et CVAGS (ou SRVA). De plus, le développement du **retour d'expérience** en employant des méthodologies comme celles qui sont proposées par les Comités de retour d'expérience (CREX) serait à favoriser. Ces méthodes peuvent s'appliquer dans les maisons de santé mais aussi au niveau des groupes de pairs et d'autres associations impliquées dans le Développement professionnel continu (DPC).

³⁸ DGS-Urgent – Liste de diffusion – Site internet visité le 25/06/2014 à l'adresse : https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgs-urgent/inter/plan_site.html

IV- Les **incitations économiques** représentent aussi des éléments importants concrétisant la valorisation des médecins. La **rémunération** du temps passé à déclarer, à l'instar des vétérinaires, est nécessaire. En effet, la rémunération en médecine libérale est basée sur le soin et non les actions de prévention. Or si celles-ci ne sont pas (ou peu), le plus souvent, rémunérées ; ainsi, le médecin peut avoir tendance à être dissuadé d'y participer.

L'indemnisation du temps consacré aux démarches de déclaration peut prendre deux formes : une rémunération en fonction d'objectifs de santé publique (ROSP) ou une rémunération à l'acte de déclaration. Cette dernière aurait le mérite, au moins transitoirement, d'enclencher le processus d'incitation de manière immédiate et semble plus cohérente au moins, avec le système actuel. Il n'empêche pas son évolution vers un système de rémunération de type ROSP. Parmi ces objectifs, figurent la participation au processus de déclaration de veille et d'alerte sanitaire. Des travaux abordent ces questionnements relatifs aux rémunérations. C'est le cas notamment de l'étude sur les *missions de santé publique pour les médecins généralistes*³⁹.

Enfin, une **valorisation scientifique** représente un autre volet de la valorisation des médecins. Certes, les motivations d'un médecin ne sont pas forcément celles d'un chercheur ou d'un universitaire. Mais à partir du moment où la médecine s'appuie essentiellement sur des méthodes et des connaissances scientifiquement établies, l'implication des médecins généralistes dans des travaux de recherches universitaires (dans les domaines cliniques et éventuellement épidémiologiques) permettant une meilleure reconnaissance académique, devrait être favorisée.

En conclusion de cette synthèse des recommandations, il apparaît qu'une volonté politique forte et des outils appropriés pourraient remédier à ce défaut de participation des médecins généralistes au dispositif de veille et d'alerte sanitaires en région. Certains de ces éléments mêmes apparaissent déjà dans les grandes orientations de la future loi de santé qui sera examinée en 2015. En outre, certains chantiers de réorganisations de la vigilance seront d'ores et déjà mis en place dès cet été 2014. Néanmoins, les mesures concrètes prévues pour l'amélioration du partenariat des médecins généralistes avec l'autorité sanitaire restent peu explicites. Les médecins n'attendent pas de voir leur charge de travail inutilement alourdie par de nouvelles procédures sans de solides contreparties. Une politique de vigilance sanitaire

³⁹BOURDILLON F., MOSNIER A., GODARD J. (2008) - *Des missions de santé publique pour les médecins généralistes*, Santé Publique 5/ 2008 (Vol. 20), p. 489-500
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-5-page-489.htm> ou
http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2008/5/489_500.pdf

ambitieuse se prévalant de donner une place à ces acteurs de terrain essentiels, doit se doter des moyens susceptibles de les valoriser de manière incitative. C'est ce qui ressort de nos entretiens avec différents acteurs de la santé en Bretagne.

4 - DISCUSSION

4.1. *Discussion sur les objectifs*

La pertinence de cette étude se pose dès lors que d'autres enquêtes avaient déjà été réalisées sur le même sujet. Cependant, nous avons souhaité aller plus loin dans les questionnements, et axer davantage notre travail sur les recommandations et les pistes de réflexion en termes d'amélioration des relations entre l'administration et les praticiens généralistes. Bien que certaines études présentent des recommandations détaillées, ces dernières ne sont pas axées spécifiquement sur ces professionnels.

Le présent travail n'a pas la prétention d'éviter la reproduction des crises sanitaires, souvent complexes et imprévisibles. Mais il souhaite faire intervenir des acteurs qui pourraient contribuer à les reconnaître et à en limiter les effets négatifs.

Les médecins généralistes ne sont d'ailleurs pas les seuls professionnels de santé ambulatoire à intervenir dans ce domaine. Notre étude aurait pu s'étendre à **l'ensemble des professionnels du premier recours** : médecins spécialistes (dermatologues, pédiatres, etc.), mais aussi infirmiers, professionnels des services des urgences (urgentistes, infirmiers), ainsi que les **pharmaciens**, pouvant jouer un rôle dans la pharmacovigilance et la déclaration des accidents médicamenteux.

Cependant, les médecins généralistes, grâce à leur position particulière d'observateur, leur permettant une identification précoce des événements à déclarer, peuvent apporter un grand nombre d'informations utiles aux structures impliquées dans la gestion des risques, de l'évaluation de la qualité et de la surveillance sanitaire. En ce sens, ils représentent des **interlocuteurs** pertinents pour les pouvoirs publics soucieux d'améliorer le recueil des données de terrain et d'affiner, par la même, leurs outils de diagnostic territorial, notamment dans le domaine de l'urgence sanitaire.

Une raison supplémentaire de se focaliser sur les médecins généralistes plutôt que d'étendre l'étude à d'autres acteurs ambulatoires libéraux de premier recours est un souci de simplification. Sur le plan méthodologique, un questionnaire à l'intention d'autres professionnels nous aurait amené à extraire un échantillon à tester suivant des méthodes statistiques plus complexes. Cette raison reste néanmoins marginale.

4.2. Discussion sur la méthode

4.2.1. Discussion sur la méthodologie quantitative.

Pour les questionnaires, un **biais de sélection** peut être mis en évidence. La liste extraite est celle de l'URPS qui ne représente pas la totalité des médecins généralistes bretons. Cependant, en termes de **représentativité de l'échantillon testé**, la base de données correspond à environ **45%** des médecins exerçant en Bretagne. Il est possible de supposer qu'un échantillon plus grand n'aurait pas permis d'obtenir un meilleur taux de participation.

De plus, un **biais d'information** est à prendre en compte. Les médecins répondants auront tendance à être davantage impliqués dans la veille et l'alerte sanitaire ; alors que d'autres moins concernés par le sujet ne répondront pas. Ceci est susceptible d'entraîner une augmentation des perceptions positives de la veille et de l'alerte sanitaire dans les réponses fournies par les médecins répondants. En pratique, nous constatons que c'est le cas pour la perception de leur rôle en cas de crise sanitaire grave.

4.3. Discussion sur les résultats

Si l'absence de représentativité empêche de commenter les résultats sur le fond, il est néanmoins possible d'indiquer que ces résultats vont dans le sens des entretiens et des réponses obtenues en Franche-Comté en 2007.

Concernant le taux de participation, le désintérêt pour le questionnaire en rapport avec la VAS peut être mis en parallèle avec la diminution du nombre de médecins vigies des GROG qui a été indiquée par un responsable régional lors des entretiens. Elle confirme le défaut de communication entre autorités sanitaires et médecins généralistes.

Les autres hypothèses qui expliqueraient cette faible mobilisation restent marginales. Néanmoins, nous en retiendrons trois.

La première concerne la **lourdeur du questionnaire**. Nous nous étions pourtant limités à onze questions, mais certaines d'entre elles présentaient des sous-questions ou nécessitaient plus de temps qu'indiqué pour y répondre. Des questions relatives à la connaissance des maladies à déclaration obligatoire ont pu être perçues comme étant trop « scolaires ».

La deuxième concerne l'**absence de relance**. Notre demande auprès de l'URPS a été refusée. D'après un responsable de cette association, une relance n'aurait pas permis d'améliorer significativement le taux de participation. Nous notons que lors de l'enquête menée en Franche-Comté en 2007, il n'y avait pas eu, non plus, de relance.

La troisième concerne la **perception même, par les médecins, du respect de l'anonymat de leurs réponses**. Une enquête par voie postale anonyme aurait pu être considérée comme garantissant davantage de confidentialité. Un envoi du questionnaire par courrier, comprenant une enveloppe préalablement affranchie, aurait pu inciter les médecins à répondre en plus grand nombre. *A contrario*, une enquête par Internet peut supposer un niveau de discrétion plus faible.

Enfin, la **date d'envoi des questionnaires** ne constitue pas une limite. Un envoi effectué plus tôt, en comparaison avec la période des fins de semaines prolongées du début du mois de juin, n'aurait pas permis d'améliorer significativement le taux de participation, d'après plusieurs responsables de l'ARS. Enfin, la date d'envoi des questionnaires ne dépendait pas de nous.

4.4. Intérêt du mémoire pour le médecin inspecteur de santé publique

Cette étude nous a permis, à travers l'enquête à réaliser, de mobiliser des compétences en termes d'épidémiologie de terrain et de nous familiariser avec des outils qui permettent de reproduire ce type d'enquête de manière aisée et efficace. Nous avons également eu l'opportunité de réaliser des recherches documentaires, juridiques et réglementaires.

Le recueil d'informations auprès des personnes ressources, que ce soit au niveau des ARS ou des associations de médecins ou encore d'autres institutions, nous ont permis d'identifier les acteurs de façon satisfaisante.

Les entretiens ont été l'occasion de mobiliser des capacités d'écoute et de synthèse et aussi de mieux comprendre la place et le rôle de chacun, voire de modifier certains points de vue, notamment en ce qui concerne le positionnement des acteurs. Pour un médecin généraliste de formation, elle a été l'occasion de se retrouver « de l'autre côté de la barrière ».

Pour ce faire, il a fallu se placer non plus, face à un patient, dans la singularité de la relation médecin-malade, mais face à une population de patients, ici celle des Bretons.

Conclusion

Au terme de cette étude, le désinvestissement des médecins généralistes en Bretagne face au dispositif de veille sanitaire est fortement majoritaire. Même si les résultats du questionnaire sont partiels, la faible mobilisation interroge leur volonté même de participer à la résolution des problèmes abordés.

Pourtant, il ressort de nos entretiens que les médecins occupent une place particulière d'observateur de terrain et qu'ils ont conscience de l'importance de cette mission de veille et de sécurité sanitaires. Des mesures simples pourraient être mises en route afin d'améliorer leur participation à ce système.

Ces mesures sont centrées autour de trois points : la simplification des procédures, la valorisation, notamment matérielle et l'amélioration de la communication entre l'autorité sanitaire et les médecins généralistes. Cette dernière implique un changement d'image de l'ARS, un changement de culture et la pérennisation du partenariat ARS-MG.

L'amélioration nécessaire de l'efficacité clinique et organisationnelle du système de santé breton, implique que les responsables institutionnels centraux (et de plus en plus régionaux) redonnent à ces professionnels de terrain, à la fois cliniciens et relais de premier recours, cette place d'acteur de l'intelligence épidémiologique. Le patient, qui est au cœur de ce système, doit pouvoir s'appuyer sur eux.

Bibliographie

Ouvrages, articles et rapports

BAILLY Ch., RAIMONDEAU J. (2013) - *Note d'alerte à Madame la ministre des affaires sociales et de la santé au sujet du rapport sur la réorganisation des vigilances sanitaires daté de juillet 2013* - SMISP, UCMSF, Paris, 5 p.

BERGE F., PARENT du CHATELET I., BERNILLON P. *et al.* (2010) - Surveillance des infections invasives à méningocoques en France métropolitaine en 2005 : évaluation quantitative par la méthode capture-recapture à trois sources. Saint-Maurice. Institut de Veille sanitaire ; 46 p.
http://www.invs.sante.fr/publications/2010/infections_invasives_meningocoque/index.html

BOURDILLON F., MOSNIER A., GODARD J. (2008) - *Des missions de santé publique pour les médecins généralistes*, Santé Publique 5/ 2008 (Vol. 20), p. 489-500
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-5-page-489.htm> ou
http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2008/5/489_500.pdf

DEVICTOR B. (2014) – *Le service territorial de santé – Service public hospitalier - Développer l'approche populationnelle de l'offre en santé (Rapport)* – Ministère des affaires sociales et de la santé, 209 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistiques (DRESS) - (2013) – *Les médecins au 1^{er} janvier 2013* – Document de travail – Série Statistiques N°179, 150 p., p.36

EVEN P., DEBRE B. (2011) - *Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments*, Ed. Présidence de la République, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 83 p.

FOUCAULT M. (1963) – *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, 212 p.

FRIEDMAN S. M., SOMMERSALL L. A., GARDAM M. *et al.* (2006) - *Déclaration sous-optimale des maladies à déclaration obligatoire dans les services des urgences au Canada : enquête sur les connaissances, les pratiques et les obstacles perçus chez les médecins d'urgence*, Agence de la santé publique du Canada – Public Health Agency of Canada -, RMTTC, Volume 32, Numéro 17, 14

GAUTIER A., JAUFFRET-ROUSTIDE M., JESTIN C. (2008) – *Enquête Nicolle 2006. Connaissance, attitudes et comportements face au risque infectieux*, Saint-Denis, INPES, Colle. Etudes santé, 252 p., p.72

GRALL J-Y. (2013) - *Réorganisation des vigilances sanitaires* - Rapport de mission – Direction générale de la santé, Ministère des affaires sociales et de la santé, 42 p.

Institut de veille sanitaire (2011) – *La veille et l'alerte sanitaires en France*, Saint Maurice, disponible à partir de l'adresse URL : <http://www.invs.sante.fr>, 60 p., p.9

KERIEL-GASCOU M., BRAMI J., CHANELIERE M. *et al.* (2013) - *Etude nationale en soins primaires sur les événements indésirables (ESPRIT)*. Rapport final – Décembre 2013, CCECQA, 149 p.

Ministère des affaires sociales et de la santé (2014) - *Revue connexion Affaires sociales Santé* – N° 169, 10 juin 2014, p. 1

ROY E., WORONOFF A. S., BONNET C. *et al.* (2007) - *Rôle du médecin généraliste dans le système de veille sanitaire* - Etude menée sous la direction d'Agnès HOCHART par l'Observatoire régional de la santé de Franche-Comté, Besançon, Agence régionale de santé (ARS) de Franche – Comté, 43 p.

TABUTEAU D. (2013) - *Démocratie sanitaire – Les nouveaux défis de la politique de santé* - Ed. Odile Jacob, Paris – 290 p.

THACKER SB., BERKELMAN RL. (1998) - *Public health surveillance in the United States*. *Epidemiol. Rev.*;10:164-90

VAN CAUTEREN D., LOURY P., MOREL B. *et al.* (2010) - *Déterminants de la participation des médecins généralistes à la surveillance sanitaire, enquête Merveille 2008*, BEH n°1, 12 janvier 2010 pp. 6-9

Supports de cours

ASTAGNEAU P. (2014) - *Introduction à la surveillance épidémiologique*, Support de cours IDEA (version numérique), 41 p., p. 12

EHESP (2013) - *Cahier des charges de la formation initiale des M.I.S.P*, Direction des études, Filière MISP, EHESP, 19 p.

Sites internet :

ARS Bretagne – Cellule de l'Institut de veille sanitaire Ouest - Site internet visité le 19/05/2014, disponible à l'adresse :

<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Cellule-de-l-Institut-de-veill.79206.0.html>

DGS-Urgent – Liste de diffusion – Site internet visité le 25/06/2014 à l'adresse :

https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgs-urgent/inter/plan_site.html

HAS (Haute autorité de santé) – Déclaration des évènements indésirables - site internet visité le 19/05/2014, disponible à l'adresse :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1098577/fr/declaration-des-evenements-indesirables

InVS (Institut de veille sanitaire) – Signalement externe des infections nosocomiales - site internet visité le 03/07/2014 à l'adresse :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Signalement-et-alertes/Signalement-externe-des-infections-nosocomiales>

LAROUSSE - Dictionnaire de français en ligne – Site internet visité le 21/05/2014 aux adresses :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/veille/81272>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sanitaire/70866?q=sanitaire#70099>

Ministère des affaires sociales et de la santé – Recherche « Veille sanitaire » - site internet visité le 21/05/2014 :

<http://www.sante.gouv.fr/spip.php?page=recherche&recherche=veille%20sanitaire>

<http://www.sante.gouv.fr/l-institut-de-veille-sanitaire-invs,8300.html>

Textes législatifs (lois, décrets, circulaires):

- Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, version consolidée au 24 mars 2012 ;
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069570&dateTexte=20090506>

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1) parue au JORF n°179 du 2 août 1991 page 10255 ;
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SPSX9000155L>

- Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme - Article 2 ;
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000573437>

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0100092L>

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, parue au JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277 ;
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires parue au JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 ;
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

- Article L. 3113-1-7 du Code de santé publique ;

- Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée parue le JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324 ;
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=TASX9600043R>

- Arrêté du 28 avril 2005 relatif aux bonnes pratiques de pharmacovigilance paru au JORF n°121 du 26 mai 2005 page 9087 ; texte n° 14 ;

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000812853&dateTexte=&categorieLien=id>

- Instruction N°DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15/05/2014 relative à la préparation des situations exceptionnelles ;
- Instruction du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé ;
- Instruction N° DGS/DUS/CORRUSS 2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Instruction SGMAS/HFDS du 20 avril 2010 relative aux principes d'organisation et de fonctionnement de la mission de veille et d'urgence sanitaire dans les ARS.

Liste des annexes

Annexe N°1 : Compte–rendu de la réunion de travail du GTE1 du 27/01/2014

Annexe N°2 : Lettre envoyée aux médecins généralistes pour l'enquête par questionnaire

Annexe N°3 : Questionnaire adressé aux médecins

Annexe N°4 : Guide d'entretien semi-directif

Annexe N°5 : Résultats chiffrés de l'enquête par questionnaire

Annexe N°6 : Liste des personnes ayant participé aux entretiens

ANNEXE N°1 : Groupe de travail GTE1 : Compte-rendu de la réunion des parties prenantes du 27/01/2014

Participants au groupe de travail

Dr GUILLAUMOT Pierre	Médecin inspecteur de santé publique
Dr ARANDA GRAU Hector José	Médecin inspecteur de santé publique
Dr LORIN de la GRANDMAISON Olivier	Médecin généraliste, élève à l'EHESP
Dr VIVIER – DARRIGOL Martine	Médecin inspecteur de santé publique
Mme SOMARRIBA Cécile	Ingénieur du génie sanitaire

Compte-rendu de la réunion des parties prenantes du 27/01/2014

Lors de cette réunion, la question : « comment les médecins généralistes libéraux interviennent-ils dans le système de veille et sécurité sanitaires ? », a été posée. Il a été proposé de définir les objectifs d'une étude qui serait menée en Bretagne au printemps 2014.

Les observations émises ont été les suivantes :

- Les professionnels de santé exerçant en ambulatoire représentent des **partenaires spécifiques et pertinents** dans les missions de Veille sanitaire réalisées par les ARS.
- Suite à l'épidémie de grippe A H1N1, le dialogue altéré entre professionnels de terrains et les administrations du champ sanitaire (ARS et délégations territoriales notamment); il faut donc le réinstaurer et la question est de savoir comment redonner confiance et les remobiliser.
- En matière de signalements adressés aux points focaux des ARS, ils représentent à ce jour une source faible de déclarations en comparaison avec les établissements de santé et médico-sociaux.
- Pourtant, ils sont amenés à être impliqués dans les réponses aux situations exceptionnelles de crise sanitaire, notamment épidémique infectieuse, avec pour certains d'entre eux, une méconnaissance manifeste des dispositifs existants.
- Enfin, la mobilisation de ces acteurs, en cas d'alerte ou de situation sanitaire exceptionnelle, pouvant impacter leur pratique ou nécessiter de leur part une mobilisation inhabituelle, est complexe.

ANNEXE N°2 : Courrier d'accompagnement adressé à l'URPS Bretagne en vue à destination des médecins généralistes.

Rennes, le 23 mai 2014

Cher Confrère,

Dans le cadre d'un mémoire en santé publique en lien avec l'ARS Bretagne, portant sur le rôle que jouent les médecins généralistes dans le système régional de veille et alerte sanitaire, je suis chargé de réaliser une enquête auprès d'une population de praticiens libéraux exerçant en région Bretagne.

Cette étude a un double objectif : réaliser un état des lieux de la perception par les médecins généralistes de leur connaissance du système de veille et d'alerte sanitaire et élaborer des recommandations visant à améliorer leur participation à ce dispositif régional.

Pour y parvenir, un questionnaire est envoyé à un large échantillon de médecins. Si vous souhaitez y répondre, vous pouvez le faire à partir de la pièce jointe à ce courriel. Cela ne vous prendra que quelques minutes, mais les données que vous fournirez seront précieuses pour l'enquête.

L'enquête est rigoureusement anonyme et les données ne sont pas conservées, une fois exploitées statistiquement. Bien entendu, vous serez tenu au courant des résultats de cette enquête.

En vous remerciant de votre participation, je vous prie de croire, Cher Confrère, en l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr Olivier LORIN DE LA GRANDMAISON

MISP – Stagiaire ARS Bretagne

Direction Ajointe Veille et Sécurité Sanitaires

6 Place des Colombes
35 042 Rennes

ANNEXE 3 : guide d'entretien semi-directif

Le rôle des médecins généralistes dans le système de veille et alerte sanitaire

Question 1 : Quelle est votre fonction ? Quel est l'historique du dispositif que vous pilotez ?

Question 2 : Avez-vous déjà participé (travaillé) à (dans) un dispositif de veille et d'alerte sanitaire ?

Question 3 : Quelle est votre vision du rôle des médecins généralistes dans la VAS ?

Question 4 : Quels événements sanitaires devraient, selon vous, être déclarés par les médecins généralistes à la VAS ?

Question 5 : Pensez-vous que les médecins généralistes aient tendance à sous-déclarer les événements sanitaires à déclaration obligatoire (ex. : MDO) ?

Question 6 : Si oui, quels en seraient les raisons ?

Question 7 : Quels autres problèmes identifieriez-vous entre médecins généralistes et autorités de veille et d'alerte sanitaires ?

Question 8 : Quelles solutions proposeriez-vous ?

Question 9 : Parmi les solutions possibles, pensez-vous que cela devrait passer par une revalorisation du rôle des médecins généralistes ? (Par exemple, par une compensation financière aux médecins pour qu'ils déclarent plus et mieux?) Ou par une réduction du temps de déclaration ? Ou encore par une simplification du processus de déclaration ?

Question 10 : Pensez-vous que le rôle des médecins généralistes dans le dispositif de VAS devrait être amené à évoluer ?

ANNEXE 4 : questionnaire

La place des médecins généralistes dans le dispositif régional de veille et d'alerte sanitaire

1. Comment évaluez-vous votre connaissance du dispositif régional de veille et d'alerte sanitaire ?

- Tout à fait satisfaisante Plutôt mauvaise
 Plutôt bonne Tout à fait insuffisante

2. Comment évaluez-vous votre connaissance des maladies à déclaration obligatoire ?

- Tout à fait satisfaisante Plutôt mauvaise
 Plutôt bonne Tout à fait insuffisante

3. Parmi les maladies suivantes, lesquelles sont à déclarer aux autorités sanitaires, selon les exigences du ministère français des Affaires sociales et de la santé ?

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Brucellose | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| Rougeole | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| Peste | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| Lupus | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| Hépatite A aiguë | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| Hépatite B (tout type d'infection) | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| Saturnisme (quel que soit l'âge) | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| Tularémie (quel que soit le stade) | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| Chlamydie génitale | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| Chikungunya | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

4. Savez-vous où est noté le numéro de téléphone de l'autorité sanitaire à contacter directement en cas d'évènement indésirable à déclarer.

- OUI NON

Tournez SVP ↩

5. Quand avez-vous consulté la dernière fois la liste des maladies à déclaration obligatoire (que ce soit sur internet ou sur un autre support) ?

- Moins d'une semaine Moins d'un mois Moins de six mois
 Moins d'un an Plus d'un an Pas de souvenir

6. Avez-vous des fiches de notification de cas de maladie obligatoire dans votre cabinet ?

- OUI NON

7. Si non, savez-vous où vous les procurez ?

- Auprès de l'institut de veille sanitaire Auprès de l'agence régionale de santé
 Auprès de l'assurance maladie Auprès de la DRASS

8. Pensez-vous que c'est à vous de déclarer une maladie obligatoire plutôt qu'à la structure qui fait le diagnostic de certitude (par exemple, le laboratoire qui analyse un échantillon) ?

- OUI NON

9. Quels sont selon vous les principaux obstacles à une meilleure déclaration des MDO ? (Plusieurs réponses sont possibles)

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| a. Processus de déclaration nécessitant trop de temps | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| b. Absence de compensation financière | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| c. Mauvaise connaissance des autorités à prévenir | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| d. Mauvaise connaissance des maladies à déclarer | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| e. Intérêt limité en termes de santé publique | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| f. Préoccupations éthiques (ex. confidentialité) | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| g. Déclaration peu pertinente par le médecin généraliste | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| h. Pas d'obstacle | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

10. Comment percevez-vous votre rôle en cas de crise sanitaire grave ?

- Un rôle primordial de soutien aux populations
 Un rôle important en partenariat avec les autorités
 Un rôle secondaire, en retrait vis-à-vis des autorités
 Un rôle négligeable

11. Par quels moyens pensez-vous qu'il soit possible d'améliorer les liens entre autorités sanitaires et praticiens de ville ? (plusieurs réponses possibles)

- Que cela prenne peu de temps
- Que cela puisse se faire en ligne en 2 ou 3 clics maximum
- Qu'il y ait une compensation financière
- Que le processus de déclaration puisse se faire par une plateforme informatique unique
- Qu'il y ait un retour d'informations de la part des autorités
- Autre :

Si vous avez des commentaires :

Questions générales portant sur les caractéristiques démographiques de votre exercice

12. Vous êtes :

- a. Un homme
- b. Une femme

13. Vous avez ans

14. Vous exercez en milieu :

- a. Urbain
- b. Rural
- c. Semi-rural

15. Vous exercez :

- a. Seul
- b. En association
- c. Autre :

16. Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 5 ans | <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans mais moins de 10 ans mais |
| <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans mais moins de 15 ans | <input type="checkbox"/> Plus de 15 ans |

17. Et enfin, dans lequel des 8 territoires de santé de Bretagne exercez-vous (facultatif):

- a. Territoire 1 : Brest – Carhaix - Morlaix
- b. Territoire 2 : Quimper – Douarnenez – Pont l’Abbé
- c. Territoire 3 : Lorient - Hennebont
- d. Territoire 4 : Vannes – Ploërmel - Malestroit
- e. Territoire 5 : Rennes - Redon - Fougère - Vitré
- f. Territoire 6 : Dinan – Saint-Malo
- g. Territoire 7 : Saint-Brieuc – Lannion - Guingamp
- h. Territoire 8 : Loudéac - Pontivy

Merci du temps que vous avez pris pour répondre à ces questions.

ANNEXE 5 : résultats de l'enquête par questionnaire

Nombre de questionnaires envoyés le **02/06/2014** : **1350** (45% de la population-cible)

Nombre de questionnaires ouverts : **678** (50.2%)

Nombre de questionnaires renseignés au 15/06/2014 : **47** (10,88% des questionnaires ouverts ; 3,48% des questionnaires envoyés)

Données démographiques

Age moyen des répondants : **52.6 ans**

Sex ratio (H/F) : **1.6** (18 femmes, 29 hommes)

Mode d'exercice :

- Urbain : **14** (29,79%)
- Rural : **9** (19,15%)
- Semi-rural : **24** (51,06%)

Modalité d'exercice :

- Seul : **20** (42,55%)
- En association : **27** (57,45%)
- Autre : **0** (0%)

Ancienneté d'exercice :

- moins de 5 ans : **2** (4,25%)
- plus de 5 ans mais moins de 10 ans : **5** (10,64%)
- plus de 10 ans mais moins de 15 ans : **5** (10,64%)
- plus de 15 ans : **35** (74,47%)

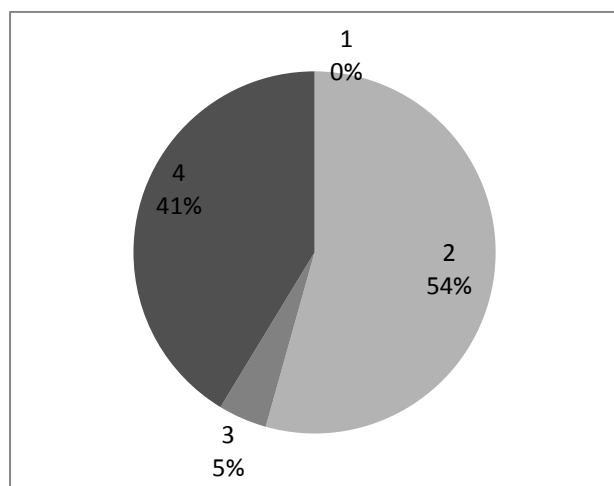
Territoire d'exercice :

Territoire 1 : Brest – Carhaix – Morlaix	6 (12,76%)
Territoire 2 : Quimper – Douarnenez – Pont l'Abbé :	5 (10,64%)
Territoire 3 : Lorient – Hennebont :	2 (4,25%)
Territoire 4 : Vannes – Ploërmel – Malestroit	6 (12,76%)
Territoire 5 : Rennes - Redon - Fougère – Vitré :	12 (25,53%)
Territoire 6 : Dinan – Saint-Malo :	4 (8,51%)
Territoire 7 : Saint-Brieuc – Lannion - Guingamp :	10 (21,28%)
Territoire 8 : Loudéac – Pontivy	2 (4,25%)

Réponses au questionnaire

1) Comment évaluez-vous votre connaissance du dispositif régional de veille et d'alerte sanitaire ?

- 1. Tout à fait satisfaisante : **0**
- 2. Plutôt mauvaise : **25** (53,19%)
- 3. Plutôt bonne : **2** (4,25%)
- 4. Tout à fait insuffisante : **19** (40,25%)



2) Comment évaluez-vous votre connaissance des maladies à déclaration obligatoire ?

- Tout à fait satisfaisante : **0**
- Plutôt bonne : **4** (8,51%)
- Plutôt mauvaise : **30** (63,83 %)
- Tout à fait insuffisante : **13** (27,66%)

3) Parmi les maladies suivantes, lesquelles sont à déclarer aux autorités sanitaires, selon les exigences du ministère français des Affaires sociales et de la santé ?

- Brucellose : **35** (74,47%)
- Rougeole : **43** (91,49%)
- Peste : **38** (80,85%)
- Lupus : **2** (4,25%)
- Hépatite A aigüe : **7** (14,89%)
- Hépatite B (tout type d'infection) : **11** (23,40%)
- Saturnisme (quel que soit l'âge) : **33** (70,21%)

Tularémie (quel que soit le stade) : **12** (25,53%)
Chlamydiae génitale : **1** (2,13%)
Chikungunya : **31** (65,96%)

4) Savez-vous où est noté le numéro de téléphone de l'autorité sanitaire à contacter directement en cas d'évènement indésirable à déclarer.

OUI : **7** (14,89%)
NON : **40** (85,11%)

5) Quand avez-vous consulté la dernière fois la liste des maladies à déclaration obligatoire (que ce soit sur internet ou sur un autre support) ?

Moins d'une semaine : **0**
Moins d'un mois : **3** (6,38%)
Moins de six mois : **8** (17,02%)
Moins d'un an : **2** (4,25)
Plus d'un an : **14** (29,79%)
Pas de souvenir : **20** (42,55%)

6) Avez-vous des fiches de notification de cas de maladie obligatoire dans votre cabinet ?

OUI : **12** (25,53%)
NON : **35** (74,47%)

7) Si non, savez-vous où vous les procurez ?

Après de l'institut de veille sanitaire : **7** (23,33%)
Après de l'agence régionale de santé : **14** (46,67%)
Après de l'assurance maladie : **9** (30%)
Après de la DRASS : **9** (30%)

8) Pensez-vous que c'est à vous de déclarer une maladie obligatoire plutôt qu'à la structure qui fait le diagnostic de certitude (par exemple, le laboratoire qui analyse un échantillon) ?

OUI : **27** (57,45%)
NON : **20** (42,55%)

9) Quels sont selon vous les principaux obstacles à une meilleure déclaration des MDO ?

(Plusieurs réponses sont possibles)

i. Processus de déclaration nécessitant trop de temps :	21 (44,68%)
j. Absence de compensation financière :	4 (8,51%)
k. Mauvaise connaissance des autorités à prévenir :	32 (68,08%)
l. Mauvaise connaissance des maladies à déclarer :	38 (80,85%)
m. Intérêt limité en termes de santé publique :	5 (10,64%)
n. Préoccupations éthiques (ex. confidentialité) :	4 (8,51%)
o. Déclaration peu pertinente par le médecin généraliste :	5 (10,64%)
p. Pas d'obstacle :	3 (6,38%)

10) Comment percevez-vous votre rôle en cas de crise sanitaire grave ?

Un rôle primordial de soutien aux populations :	17 (37,78%)
Un rôle important en partenariat avec les autorités :	20 (44,44%)
Un rôle secondaire, en retrait vis-à-vis des autorités :	6 (13,33%)
Un rôle négligeable :	2 (4,44%)

11) Par quels moyens pensez-vous qu'il soit possible d'améliorer les liens entre autorités sanitaires et praticiens de ville ? (plusieurs réponses possibles)

Que cela prenne peu de temps :	17 (36,17%)
Que cela puisse se faire en ligne en 2 ou 3 clics maximum :	34 (72,34%)
Qu'il y ait une compensation financière :	9 (19,15%)
Que le processus de déclaration puisse se faire par une plateforme informatique unique :	27 (57,45%)
Qu'il y ait un retour d'informations de la part des autorités :	25 (53,19%)
Autre :	3 (6,38%)

Commentaires : 11 (23%)

Annexe N°5 (suite) : Tableau N°2 : Comparaison des études menées en Franche-Comté en 2007 et en Bretagne en 2014.

	Etude Franche-Comté 2007	Etude Bretagne 2014
I Données générales		
Nombre de médecins enquêtés	1106	1350
Nombre de réponse	409	47
Taux de participation	37%	3.5%
II Données démographiques		
Hommes	74%	61.7%
Intervalle d'âge	29-69 ans	29-64ans
Moyenne d'âge	45.5 ans	52.6 ans
Moyenne d'âge hommes	49 ans	54.55 ans
Moyenne d'âge femmes	42 ans	49.55 ans
Mode d'exercice		
Seul	42%	42.55%
En association	51%	57.45%
Autre	6%	0%
Milieu d'exercice		
Rural	48%	19.15%
Urbain	45%	29.79%
Semi-rural	5%	51.06%
III Analyse des réponses sur VAS et MDO		
Connaissance du système de VAS		
Tout à fait satisfaisante (tout à fait)*	1%	0%
Bonne (à peu près)	24%	4.25%
Mauvaise (pas vraiment)	56%	53.19%
Tout à fait insuffisante (pas du tout)	18%	40.25%
Connaissance des MDO (Êtes-vous suffisamment informé sur les MDO ?)		
Tout à fait satisfaisante (Oui)	40%	0%
Bonne (Oui)		8.51%
Mauvaise (Non)	59%	63.83%

Tout à fait insuffisante (Non)		27.66%
Fiches de notification des MDO		
Les avez-vous dans votre cabinet ?		
Oui	42%	22.53%
Non	58%	74.47%
Si non, où pouvez-vous les procurer ?		
InVS	6%	23.33%
ARS		46.57%
Assurance Maladie		30%
DRASS		30%
DDASS	87%	
MISP	0%	
Autre	1%	
Rôle perçu en cas de crise sanitaire grave (Pensez-vous qu'il (vous) serait possible d'en diminuer l'impact ?)		
Rôle primordiale de soutien aux populations (Oui)	80%	37.78%
Rôle important en partenariat avec les autorités (Oui)		44.44%
Rôle secondaire en retrait vis-à-vis des autorités (Non)	20%	13.33%
Rôle négligeable (Non)		4.44%
Moyens d'amélioration des liens entre autorités sanitaires et praticiens (conditions de la faisabilité de la participation des praticiens à la VAS)		
Que cela prenne peu de temps	79%	36.17%
Que cela puisse se faire en ligne en 2/3 clics maximum		72.34%
Qu'il y ait une compensation financière	37%	19.15%
Que le processus de déclaration puisse se faire par une plateforme informatique unique		57.45%
Qu'il y ait un retour de la part des autorités		53.19%
Autre	4%	6.38%
Que cela permette une valorisation professionnelle	40%	

**Entre parenthèses la version de l'étude menée en Franche-Comté.*

ANNEXE 6 : Liste des personnes ayant participé aux entretiens

- **Dr Christian BAILLY**, Conseiller zonal de défense, zone de défense et de sécurité Ouest
- **Dr Thierry BLANCHON**, INSERM U707, Responsable-adjoint du réseau Médecins Sentinelles
- **Dr Pierre GUILLAUMOT**, Directeur adjoint – Veille et Sécurité sanitaires, ARS Bretagne
- **Dr Anouk HAERINGER-CHOLET**, Médecin de santé publique, chargée de mission au REQUA
- **Dr Dominique LE GOFF**, MISP, ARS Bretagne, délégation territoriale du Finistère
- **Dr Erik Van MELKEBEKE**, pédiatre, responsable associatif à l'URPS Bretagne
- **Dr Bruno MOREL**, MISP, CVAGS Rhône-Alpes
- **Dr Isabelle TRON**, Directrice de l'ORS Bretagne
- **Mr Christophe VAN DER LINDE**, Conseiller zonal de défense, zone de défense et de sécurité Ouest
- **Dr Martine VIVIER-DARRIGOL**, MISP, CVAGS ARS Aquitaine

LORIN DE LA GRANDMAISON

Olivier

24 septembre 2014

Médecin inspecteur de santé publique

Promotion : **2013 – 2014**

Les médecins généralistes dans le système de veille et d'alerte sanitaires en région Bretagne

EHESP

Résumé :

Quel est le rôle joué par les médecins généralistes dans le système de veille et alerte sanitaires ? A ce jour, les enquêtes qui ont été produites ne permettent pas de faire des recommandations destinées spécifiquement aux médecins généralistes en termes d'actions territorialisées qui pourraient améliorer leur rôle dans le système de veille et d'alerte sanitaires. Pour y répondre, à l'issue d'une synthèse de la littérature, deux enquêtes ont été menées : une première par questionnaire auprès de médecins généralistes libéraux en région Bretagne au printemps 2014 ; une deuxième par entretiens semi-directifs auprès de médecins et de professionnels des autorités sanitaires (ARS, ORS, etc.).

Les résultats montrent que les médecins généralistes sont désinvestis de cette mission de santé publique à laquelle ils sont pourtant naturellement appelés à participer.

Les recommandations portent, d'une part, sur la formation nécessaire des médecins et des personnels intervenant en ARS, sur la consolidation des réseaux auxquels participent personnels médicaux, paramédicaux et administratifs dans une logique de décroisement et de transversalité, sur l'amélioration de la communication, sur la simplification des procédures de déclaration (notamment en ligne et sécurisée), et enfin sur des mesures incitatives (rémunérations). En revanche, les professionnels interrogés se montrent hostiles à des mesures répressives.

Mots clés :

VEILLE ET ALERTE SANITAIRES, MEDECINE GENERALE LIBERALE, MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE, EVENEMENTS SANITAIRES, QUESTIONNAIRE, ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS, ENQUETE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.