



HAL
open science

**Place de la démarche préventive dans la pratique des
internes de médecine générale d'Aquitaine en
consultation ambulatoire chez le praticien : enquête
qualitative auprès des Internes de Médecine Générale
d'Aquitaine**

Griselda Razafimanantsoa

► **To cite this version:**

Griselda Razafimanantsoa. Place de la démarche préventive dans la pratique des internes de médecine générale d'Aquitaine en consultation ambulatoire chez le praticien : enquête qualitative auprès des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01413478

HAL Id: dumas-01413478

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413478>

Submitted on 9 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R des Sciences Médicales

Année 2016

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par
Griselda RAZAFIMANANTSOA
Née le 18 Mars 1988 à Colombes (92)

Le 10 Novembre 2016

**Place de la démarche préventive dans la pratique des internes de
médecine générale d'Aquitaine en consultation ambulatoire chez le
praticien.**

Enquête qualitative auprès des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine

Directeur de thèse :
Madame le Docteur Mélanie AFONSO

Rapporteur :
Monsieur le Professeur François PETREGNE

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX
Monsieur le Professeur Pierre DUBUS
Monsieur le Professeur François PETREGNE
Monsieur le Docteur Bruno LEGER
Madame le Docteur Mélanie AFONSO

Président du Jury
Juge
Juge et Rapporteur
Juge
Juge et Directeur

REMERCIEMENTS

Au jury de cette thèse,

Au Professeur DEMEAUX Jean-Louis, je vous remercie de me faire l'honneur d'être le Président de ce jury, soyez assuré de ma gratitude et de ma reconnaissance.

Au Professeur DUBUS Pierre, je vous remercie de faire parti du jury de cette thèse, c'est pour moi un immense honneur que de bénéficier de votre expertise. Veuillez croire à l'assurance de ma considération distinguée.

Au Professeur PETREGNE François, je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, par vos conseils et votre attention vous avez permis l'aboutissement de ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Au Docteur LEGER Bruno, vous avez accepté de faire partie de ce jury, votre travail et vos conseils m'ont été précieux. Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements.

Au Docteur AFONSO Mélanie,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse dans des conditions particulières. Tu as été disponible, attentive, rassurante et tu m'as permis de réaliser un travail qui était important pour moi. Tu es une enseignante exceptionnelle et la médecine générale a beaucoup de chance de t'avoir dans ses rangs.

Sois assurée de ma très haute considération et de toute ma gratitude.

A mes parents, merci pour le soutien quotidien, cette thèse est l'aboutissement de 10 longues années d'études non sans difficultés, j'espère que vous êtes fiers de cet accomplissement.

A ma famille, mes oncles et tantes, ma grand mère mais aussi mes parrains, merci pour votre accompagnement, vos bons mots et vos attentions qui m'accompagnent depuis si longtemps.

Chonchon, tu es un refuge, un repère, un bouclier, une épaule sur laquelle je peux m'appuyer, je sais que quoi qu'il arrive où que l'on soit, tu seras là si j'ai besoin. Merci d'avoir croisé mon chemin, merci pour toutes ces moments où l'on s'est comprise sans avoir besoin de plus que ça, merci pour les fous rires et les galères, merci d'être là.

Nabil, tu sais tout ce que je pense de toi, tu es loin, beaucoup trop, merci d'être à l'écoute toujours et encore...

Paulo, Flo, Benoit, vous êtes un peu la raison de cette thèse, vous m'avez vendu du rêve au détour d'un congrès et je vous ai suivi. J'ai gardé le meilleur de cette aventure. Vous êtes mes piliers, mes frangins, mes amours de copains, cette amitié, malgré les kilomètres et nos péripéties, rien n'a changé.

Aux Bordelais,

Romain, merci pour le soutien, pour l'écoute, les conseils, la relecture, et surtout ton amitié, tu es un cardiologue plein d'avenir, je te souhaite de trouver le bonheur.

Fla, merci d'avoir toujours un mot d'attention...

Pam, Steph', j'espère travailler avec vous un jour, je vous kiffe, merci beaucoup pour le soutien, on en finit enfin !!!!

Les veaux: Adri, Steph, Diane, France, Romain... merci pour tous ces moments de folies, votre attention et votre soutien, vous m'avez supportée malgré tout !

Aux Toulousains,

Pierre, Myriam, Farou, Jessica, Sophie, Francisca, Boris, ce n'est qu'une question de temps pour que l'on se retrouve enfin de visu !

Aux manceaux,

Mes co internes manceaux, vous m'avez supportée avec mes références du sud ouest et mon envie de soleil, merci d'avoir été là pendant ces six longs mois, merci pour les fous rires en stage et pour les galères aussi !

Je sais que j'en oublie beaucoup ! Je pense à mes anciens co internes, aux périgourdins et à ceux qui sont présents...

Aux professionnels que j'ai rencontrés tout au long de mon parcours,

A tous les urgentistes que j'ai croisés, à ceux qui m'ont soutenue, et surtout à ceux qui me soutiennent encore, ce métier est devenu une évidence pour moi après avoir appris à vos côtés. Micka, Guillaume, et l'équipe des urgences de Pellegrin, merci d'être toujours là, de suivre mes péripéties et de m'avoir donné la force de continuer à me battre malgré tout, je suis, aujourd'hui, grâce à vous, une interne sereine face à son avenir.

A tous les médecins hospitaliers, dont le service de Cardiologie de l'Hôpital de Périgueux, que j'ai pu croiser durant mon internat, qui ont su me faire confiance et qui m'ont appris plus que je n'espérais.

Aux médecins des Pays de la Loire qui m'ont laissé une seconde chance, vous m'avez permis de poursuivre ma formation dans des conditions exceptionnelles.

Aux associatifs que j'ai rencontrés, au réseau SGS, anciens (Julien, JB, Antoine, Thibaut) et nouveaux qui auront peut être l'occasion de lire ce travail, aux vendeurs de rêves, aux futurs ayatollahs de la SGS, aux believers de l'associatif et de nos actions de prévention et à ceux qui continuent de faire vivre les projets de promotion de la santé, votre travail est essentiel, persévérez!

Enfin, un grand merci aux internes qui ont répondu à ce travail de thèse, sans eux cela n'aurait pas été possible, je ne peux pas vous citer pour des raisons d'anonymat, mais j'espère que vous aurez trouvé ce travail utile, merci encore pour votre participation !

Table des matières

INTRODUCTION	8
I PREMIERE PARTIE	9
A LA SANTE DES FRANCAIS	9
B LA PREVENTION	10
1) Définition	10
2) Les concepts de la prévention	11
3) La législation en France	13
4) Les acteurs principaux de la prévention.....	14
C LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE	15
1) La définition des soins primaires.....	15
2) La définition de la médecine générale	15
3) Les compétences du médecin généraliste	16
4) La pratique actuelle	17
D L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE	18
1) La formation théorique de l'étudiant en médecine en Aquitaine	18
2) La formation théorique de l'interne	19
3) La formation pratique de l'interne	20
E CONCLUSION	21
F LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	21
1) Objectif principal.....	21
2) Objectifs secondaires.....	21
II MATERIELS ET METHODES	22
A LA METHODE	22
1) Définition de la recherche qualitative	22
2) Le choix de l'entretien semi directif.....	22
3) Population de l'étude.....	24
4) Le recueil des données.....	25
5) L'analyse des données	25
III LES RESULTATS	26
A CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	27
B LE CONCEPT DE PREVENTION ET SES DEFINITIONS	28
1) Le concept de prévention	28
2) Les définitions de la prévention primaire, secondaire et tertiaire	29
C LA DEMARCHE PREVENTIVE DES INTERNES	30
1) Les variables de la pratique préventive	30
2) La description de la démarche préventive	33
3) Les différentes stratégies utilisées par les internes	35
4) Les outils	37
D LES FACTEURS INFLUENCANT LA DEMARCHE PREVENTIVE	40
1) Concernant le patient	40
2) Concernant la consultation	42
3) Concernant le médecin	43
E LA RELATION MEDECIN PATIENT	45
1) La relation médecin patient, élément décisif de la démarche préventive pour les internes.....	46
F LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE ET DE LA MEDECINE GENERALE PAR RAPPORT À LA PREVENTION	48
1) Le constat des internes sur le rapport entre médecine générale et prévention	48
2) Les suggestions sur l'organisation de la prévention.....	49
3) La vision idéale de la prévention en France	51

G	LA REMUNERATION	52
H	LA FORMATION DES INTERNES	53
1)	Concernant la formation théorique	53
2)	La formation pratique.....	56
I	L'EDUCATION THERAPEUTIQUE	59
J	LE RESSENTI DES INTERNES	60
IV	DISCUSSION	61
A	LA METHODE	61
1)	Le choix du sujet	61
2)	Le choix de la méthode	61
4)	Le recueil des données	62
B	LES BIAIS	62
1)	Biais de sélection	62
2)	Biais liés à l'organisation	62
3)	Biais liés à l'investigateur	62
4)	Biais d'investigations	63
5)	Biais d'interprétation	63
6)	Les limites	63
C	DISCUSSION DES RESULTATS	63
1)	Concernant la démarche préventive	63
2)	Concernant les facteurs influençant la démarche préventive	65
3)	La place de la prévention en médecine générale et l'organisation du système de santé	68
4)	La formation des internes	69
V	PERSPECTIVES	74
	Améliorer la formation des étudiants en médecine.....	74
	Elargir les données sur les pratiques préventives des internes	74
	Renforcer l'implication des futurs médecins dans l'organisation du système de santé	75
VI	CONCLUSION	76
VII	BIBLIOGRAPHIE	77
VIII	ANNEXES	80
A	LE CODAGE	80
B	GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF FINAL	82
C	LES RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS	84

LISTE DES ABREVIATIONS :

ALD : Affection Longue Durée
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire et Alcoologie
CES : Centre d'Examen de Santé
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales
DGS : Direction Générale de la Santé
DOM-TOM : Départements d'Outre Mer - Territoires d'Outre Mer
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES : Institut National de Prévention, d'Education pour la Santé
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
HAS : Haute Autorité de la Santé
HTA : Hypertension Artérielle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
REPOP : Réseau de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
ROSP : Rémunération des Objectifs de Santé Publique
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SSCP : Santé Sociale, centre de Précarité
VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION:

Force est de constater qu'aujourd'hui, la prévention est au cœur des discours politiques, sanitaires et sociaux.

La loi de modernisation de la santé de janvier 2016 la place au cœur de sa politique de santé¹ Dans le domaine de la médecine générale, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a renforcé il y a une dizaine d'année la position principale du médecin généraliste par la nécessité de maîtriser la compétence de l'action de prévention, d'éducation à la santé. Cependant, aujourd'hui, il existe des lacunes dans les pratiques des médecins généralistes. Pour exemple, seuls $\frac{2}{3}$ des médecins généralistes abordent la notion de tabac au moins une fois avec leur patient au cours de la consultation. Le reste des sujets de prévention est encore moins abordé et, si l'on regarde la notion d'éducation à la santé, celle ci n'est pas pratiquée par la moitié d'entre eux.²

Qu'en est il alors de l'exercice des futurs médecins? Puisque ce sont eux qui exerceront prochainement, sait on aujourd'hui comment les internes se représentent et réalisent cette démarche?

Ce que l'on sait de façon certaine c'est que l'interne de médecine générale reçoit une formation pour la mettre en place, mais il n'existe pas aujourd'hui de référentiel défini pour évaluer cette compétence que l'interne se doit de maîtriser.³

Cette donnée nous amène à nous poser la question de savoir ce que font alors les internes lorsqu'ils entreprennent une démarche préventive et quelle est la place qu'ils lui accordent dans leur pratique quotidienne. Aucun travail ne le décrit à ce jour, raison pour laquelle nous avons décidé de réaliser ce travail.

I PREMIERE PARTIE

Dans cette première partie, nous avons choisi de rappeler les notions essentielles autour de la prévention, les définitions, les concepts actuels, l'évolution de cette notion que ce soit dans la société ou dans la législation française. Ensuite nous reviendrons sur le rôle du médecin généraliste dans le domaine de la prévention, ce qui lui est demandé de faire mais aussi ce qu'il fait. Enfin pour finir, nous reprendrons l'actualité de la formation de l'interne de médecine générale en Aquitaine dans le domaine de la prévention.

A LA SANTE DES FRANCAIS

En introduction à cette première partie, il nous a paru essentiel de faire le point sur l'utilité de la prévention. Même si celle-ci n'est plus à prouver, il est important de poursuivre les progrès dans sa réalisation car son impact est primordial sur la santé des français.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a publié son dernier rapport d'état de santé des français de 2015. ⁴

En synthèse, le rapport définit l'état de santé des français comme « globalement bon » au regard des autres pays de même niveau de vie, si l'on compare les taux de mortalité standardisés ou l'espérance de vie. celle dernière continue d'augmenter, avec en 10 ans, une progression de 2,5 ans chez les hommes et de 1,6 ans chez les femmes.

Cependant, le taux de mortalité prématurée des français, défini par convention comme l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans, correspond à 20% de l'ensemble des décès.

Dans cet ensemble, le taux de mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire, c'est à dire les causes de décès qui pourraient être évitées notamment par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses, est de 36 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes.

En 2010, parmi les 28 pays européens, c'est en France que l'on observe, chez les hommes, le taux de mortalité évitable le plus élevé après les pays d'Europe centrale et les pays baltes, devant la Belgique, la Finlande et le Portugal.

B LA PREVENTION :

1) Définition

i La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini, en 1948, la prévention comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents ou des handicaps.⁵ Elle différencie trois catégories :

- la prévention primaire
 - la prévention secondaire
 - la prévention tertiaire.
- La prévention primaire regroupe l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux.
- La prévention secondaire regroupe les actions qui permettent de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.
- La prévention tertiaire intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

ii La définition selon le Pr. San Marco

Une seconde approche vise à distinguer la prévention en 3 catégories, là aussi complémentaires. Elle a été développée par le Pr San Marco en 2003.⁶

Elle propose :

- Une prévention universelle dirigée vers l'ensemble de la population quel que soit son état de santé ; elle tend à permettre à chacun, par l'instauration d'un environnement culturel favorable, de maintenir, conserver ou améliorer sa santé.
- Une prévention orientée qui porte sur les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés.
- Une prévention ciblée qui est appliquée aux malades, et qui les aide à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat.

2) Les concepts de la prévention :

La notion de prévention a largement évolué au fil des années, elle intègre les notions d'éducation, de déterminants sociaux, et sort du secteur sanitaire pour s'intégrer à tous les aspects de la vie quotidienne.

i La promotion de la santé

En 1986, à l'occasion de la conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, la charte d'Ottawa est adoptée par tous les pays présents dont la France, en vue de la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Le concept de promotion de la santé est préféré à celui trop restreint de prévention, outre passant ainsi les limites du secteur sanitaire. Elle permet de concevoir une prise en charge globale de la personne et de la collectivité, et d'inclure la prévention en une notion de santé dynamique positive, non dictée par la présence d'une maladie ou non, mais par un état de santé que l'Organisation Mondiale de la Santé définit comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »⁸

Ce concept permet d'intégrer, à partir de la notion de prévention, de nouveaux éléments, reconnus comme influents sur l'état de santé d'une population. Elle inclut dans cette démarche l'élaboration de politiques de santé, la gestion des inégalités sociales, la création d'un environnement favorable à l'humain (travail, loisir, communauté), et met au cœur de l'action pour la promotion de la santé l'individu et ses comportements. Elle favorise le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes.

ii La déclaration de Jakarta

En 1997, à l'occasion de la quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé, la déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé propose une vision d'ensemble et place la promotion de la santé dans le siècle prochain. Elle témoigne de l'engagement résolu des participants à la Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé de tirer

parti de toutes les ressources existantes pour agir sur les déterminants de la santé au XXIème siècle.

Elle introduit donc les nouveaux concepts de déterminants de la santé, forte des résultats de la mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé qui implique une prise en charge globale et non uniquement sanitaire.⁹

Les déterminants de la santé :

La déclaration de Jakarta rappelle que les conditions préalables à la santé sont la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme, et l'équité. Par-dessus tout, la pauvreté reste la plus grave menace pour la santé.

Elle définit alors de nouvelles priorités pour réussir cette promotion :

1. Promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé : elle touche la sphère de l'environnement écologique, les conditions de travail mais aussi de commerces (armes, tabac, substances nocives)
2. Accroître les investissements pour développer la santé: dans les différentes politiques et les budgets pour cibler les populations qui sont les plus nécessiteuses d'actions de santé.
3. Renforcer et élargir les partenariats pour la santé
4. Accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir : elle place l'éducation, la formation et la maîtrise des connaissances et des compétences des individus sur la santé.
5. Mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé : elle encourage le leadership au niveau local pour la mise en place d'actions de promotion de la santé.

iii L'éducation pour la santé:

Dans la même dynamique que l'apparition du concept des déterminants de santé, le concept d'éducation pour la santé s'est développé avec la volonté de garantir la santé au-delà du secteur sanitaire.

Elle a pour but que chaque citoyen acquiert tout au long de sa vie les compétences et les moyens pour promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité. Elle agit sur les comportements, et renforce les connaissances et la capacité de chacun à maîtriser sa santé, ainsi que celles des maladies et de l'utilisation du système de santé.¹⁰

iv L'éducation thérapeutique :

Elle reste un des concepts de la prévention le plus récent, la volonté de son apparition est concomitante de la notion de droit des patients mais aussi d'une demande de responsabilisation et de connaissance de la part des malades. Elle va au-delà du simple accompagnement, et place le patient en tant qu'acteur principal de sa maladie.

L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche. Elle se base sur des actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui. ¹¹

3) La législation en France :

Dans les années 1900, les travaux de Louis Pasteur sur la stérilisation, la pasteurisation et la vaccination sont les précurseurs de cette démarche de prévention. Le concept d'hygiène est d'abord mis en avant, avec une démarche basée sur les interdictions de comportement pour éviter les transmissions.

Il faudra attendre 1988, pour que le droit sanitaire intègre le concept de prévention, avec la création d'un fond national de prévention. Ce fond est destiné à financer toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaire visant à améliorer l'état de santé général de la population. Celui-ci suit le développement d'une éducation pour la santé, et les influences internationales sur le concept de promotion en santé.

La prévention est alors une mission confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) puis en 1998 elle est rappelée dans la lutte contre les exclusions avec le renforcement d'une protection sociale et sanitaire pour les personnes en difficulté.

Elle apparaît pour la première fois, directement dans la loi du 4 mars 2002¹², avec une définition précise : « *la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou des accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident* ».

A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de 2009, inclut un ensemble de mesures fortes autour de la prévention et de la santé publique, elle introduit notamment dans la législation la notion d'éducation thérapeutique¹³.

Enfin, la dernière loi de Janvier 2016 ou loi de Modernisation du système de santé français, fait de la prévention, le cœur de sa politique de santé ¹. Pour la première fois, elle choisit de faire de la prévention le socle du système de santé, la ministre de la Santé appuie sa proposition « *dans le but d'offrir à chacun les mêmes droits les mêmes chances pour vivre le plus longtemps possible en bonne santé* ».

Cette dernière loi a pour objectif prioritaire de réduire les inégalités de santé, elle place l'éducation comme outil principal, en intégrant un parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée.

Elle cible aussi la lutte contre le tabagisme, la malnutrition, l'alcool, les infections sexuellement transmissibles et renforce la réduction des risques.

Cette nouvelle orientation politique semble être une des réponses au retard d'intégration de la prévention dans le système de santé français. Par exemple, en 2010, moins de 3% du budget de la santé était destiné aux actions de prévention et le taux de mortalité évitable, comme on l'a vu plus haut, était le plus élevé d'Europe. Ces faits peuvent être les symptômes de l'absence d'une réelle politique de prévention jusqu'à présent et donc d'une prédominance du modèle curatif.

4) Les acteurs principaux de la prévention:

Concernant la mise en application de ce concept, il existe plusieurs niveaux d'actions et donc d'acteurs garantissant le développement et la promotion de la prévention, que ce soit au niveau politique, sociétal ou individuel.

En France, la Direction Générale de la Santé (DGS) veille au niveau national au développement de la promotion de la santé et aux actions de prévention au sein du ministère de la santé. Ces concepts sont aussi intégrés dans les autres ministères, travail, éducation, transport, écologie.

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) exerce une fonction d'expertise, de mise en place et d'aides aux actions de promotion de la santé et accompagne la mise en œuvre de programmes nationaux prioritaires de prévention.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF), évoluant dans la protection sanitaire et sociale, assurent des actions de prévention et de promotion de la santé.

Parmi les acteurs locaux, les professionnels de santé sont au cœur de la prise en charge, mais l'implication des écoles, des collectivités et des politiques reste un objectif prioritaire comme le décrit la nouvelle loi de santé de 2016.

On peut encore citer les centres d'examen de santé qui ont été mis en place par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) dans le but de renforcer la prise en charge des personnes isolées du circuit médical.

Les associations sont aussi une part importante des acteurs, qu'elles soient locales ou nationales, à visée spécialisée ou générale, elles représentent un relais de l'information autour de la santé avec des moyens d'action et de promotion auprès des populations.

C LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE :

Dans cette partie nous préciserons quelle est la place du médecin généraliste par rapport à la prévention, quel est son rôle vis à vis de la prévention, et quelle est sa pratique actuelle.

1) La définition des soins primaires:

En France, la prise en charge en santé est hiérarchisée en secteurs de soins, on distingue les soins primaires accessibles à tous, secondaires dispensés par des infrastructures hospitalières avec un plateau technique, tertiaires nécessitant une expertise, et quaternaires de niveau expérimental.

Les soins primaires (où s'intègre particulièrement le rôle de médecin généraliste), correspondent à des soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins de santé individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté.¹⁴

2) La définition de la médecine générale :

La définition de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) actualisée en 2011, rappelle les différentes caractéristiques de la médecine générale :¹⁵

- a) Mission de premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
- b) Une approche centrée sur la personne, orientée sur l'individu, sa famille et sa communauté.
- c) Un processus de consultation personnalisée qui établit dans le temps une relation médecin/patient à travers une communication adaptée.
- d) La responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.
- e) L'utilisation efficiente des ressources du système de santé à travers la coordination des soins, le travail avec d'autres professionnels dans le cadre des soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités.
- f) Une démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
- g) La prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.
- h) Le développement de la promotion et de l'éducation de la santé par des interventions appropriées et efficaces.

- i) Une mission d'action spécifique en matière de santé publique.
- j) Une réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.
- k) La promotion de l'empowerment du patient.



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE
(Revised 2011)

Figure 1 : L'arbre de la WONCA (révisé en 2011)

3) Les compétences du médecin généraliste:

Le Collège Nationale des Généralistes Enseignants a défini, à partir de la définition de la WONCA, les compétences du médecin généraliste en 6 catégories ¹⁶:

- Le premier recours, l'incertitude, les urgences
- L'approche globale, la complexité, la prise en charge médico-psycho-sociale
- La continuité des soins, le suivi et la coordination des soins
- Les relations, la communication, l'approche centrée sur le patient
- Le professionnalisme
- L'éducation, le dépistage, la prévention, la santé individuelle et communautaire, où il distingue plusieurs objectifs :

- § Être capable d'éduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie.
- § Être capable de participer à des actions ou des réunions d'éducation sanitaire
- § Être capable d'établir un diagnostic éducatif
- § Être capable de proposer un projet de soin
- § Être capable de construire une alliance thérapeutique

Le code de la santé publique rejoint cette définition ¹⁷.

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux.
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social.
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur.
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1.
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

4) La pratique actuelle :

L'INPES a mis en place une enquête permettant d'analyser et d'étudier le comportement des médecins généralistes face à la prévention. Elle livre dans sa quatrième édition « Le Baromètre Santé des Médecins Généralistes 2009 » un état des lieux de leurs pratiques. ²

- 98% des médecins déclarent que la prévention tabac, alcoolisme, activité physique, alimentation, risque cardio vasculaire, fait partie de leur rôle.
- 90% la prévention du cannabis
- 80% dans les domaines de santé sexuelle et vie affective.

De façon générale, ils considèrent avoir un rôle plus important pour les thèmes médicalisés.

Les pratiques de prévention liées aux comportements de santé sont plus variables : 2/3 des médecins indiquent aborder « au moins une fois avec chaque patient » la consommation de tabac au cours de la consultation. La question de la consommation d'alcool ou de cannabis n'est abordée en revanche principalement qu'avec certains patients jugés à risque.

Enfin, l'activité d'éducation thérapeutique est moins systématique, même si elle n'est pas absente de la pratique des médecins généralistes.

Pour les patients atteints de pathologies chroniques, 95% des médecins informent et conseillent « systématiquement ou souvent ».

En revanche, moins de la moitié (45%) orientent vers des intervenants extérieurs pour des activités éducatives.

Un tiers déclare toutefois mettre en œuvre souvent eux même des activités éducatives, et 38 % des répondants parfois.

D L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE

La formation de l'interne de médecine générale se distingue en 3 temps, une formation théorique durant les premier et deuxième cycles des études médicales, une formation théorique pour les internes choisissant la spécialité de médecine générale et une formation pratique lors des stages, de l'externat à l'internat, en distinguant la formation hospitalière et la formation ambulatoire.

1) La formation théorique de l'étudiant en médecine en Aquitaine:

Les concepts de prévention, de promotion de la santé sont abordés en DFGSM 3¹⁸.

Les thématiques abordées concernent 20h de cours autour du module Santé publique :

- Grands programmes de prévention et de dépistage : principes de l'intervention de santé publique
- Organisation du système de santé en France et en Europe
- Evaluation du fardeau des maladies dans les populations: principes d'épidémiologie descriptive, fréquence des principaux groupes de maladies, apport des registres de maladies
- Grands programmes de prévention et de dépistage: vaccinations, dépistage des cancers, radioprotection, dépistages néonataux

A cela, on ajoute 6h de cours sur la relation médecin patient, qui aborde entre autre l'éducation thérapeutique.

Il existe également un module d'enseignement complémentaire, accessible à l'étudiant de DFASM 2, sur le rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective comportant 30h de cours.

Cet enseignement est délivré sous la forme suivante :

18h d'enseignement sous forme de séances de 2h par regroupement thématique, à partir de résolution de problèmes

4h de lecture critique d'articles de prévention

8h d'élaboration, de présentation et d'analyse de projets de prévention

Une recherche bibliographique individuelle

Un travail collectif en petits groupes.

Les objectifs de formation sont les suivants:

Objectifs généraux :

- Déterminer la place de la prévention dans le système de santé
- Identifier la démarche préventive en médecine générale dans une optique individuelle et collective

Objectifs intermédiaires :

- Distinguer les niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire
- Comprendre la complémentarité des secteurs d'intervention individuels, collectifs et médiatiques
- Déterminer les ressources et moyens utilisables dans ces domaines
- Reconnaître les partenaires impliqués dans la prévention et la promotion de la santé
- Intégrer l'action préventive dans le travail de soins en médecine générale
- Analyser les démarches de prévention publiées dans la littérature médicale
- Proposer des actions de prévention adaptées à la prise en charge globale des patients en médecine générale

Le contenu évoque les notions de promotion de la santé, de prévention, les différents modèles de la santé, la notion de représentation de la santé et de la maladie, les aspects éthiques, les institutions, l'organisation et les priorités de santé publique en France, l'éducation pour la santé, la démarche éducative, le dépistage...

Le programme aborde de façon plus spécifique:

- 1- La prévention, une démarche de santé publique (approche populationnelle) et une activité de médecine générale (approche globale du patient)
- 2- L'éducation pour la santé, l'éducation du patient
- 3- Le dépistage en médecine générale
- 4- La prévention chez l'enfant : vaccinations, obésité, accidents domestiques
- 5- La prévention chez l'adolescent
- 6- La prévention des maladies cardio-vasculaires et métaboliques
- 7- La prévention des addictions : alcool, tabac, autres drogues, médicaments
- 8- La prévention chez les femmes
- 9- La prévention chez les personnes âgées

2) La formation théorique de l'interne :

Les objectifs de la formation de l'interne en Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale en Aquitaine se résument en 3 points ¹⁹ :

- Prendre en charge les pathologies courantes en soins primaires
- Acquérir les spécificités de la pratique en milieu ambulatoire
- Maîtriser les éléments biomédicaux, relationnels et professionnels utiles à l'exercice quotidien

Concernant la formation théorique de l'interne de médecine générale en Aquitaine :
Le module 4 qui intervient lors du 4^{ème} semestre de l'internat, comporte 18 heures de cours autour du module « Santé Publique », intégrant :

- L'éducation pour la santé
- La prévention et le dépistage
- L'éducation thérapeutique
- Les conduites à risques et les addictions : toxicomanies
- Les conduites à risques et les addictions : alcool
- Les conduites à risques et les addictions: tabac
- La précarité et l'exclusion
- La maltraitance des enfants et des personnes âgées
- Maladies tropicales et conseil aux voyageurs

Ces thématiques sont abordées lors des séances de groupe, où les internes présentent des situations complexes ayant trait à ces sujets de prévention. Les échanges au sein du groupe ont pour objectif de répondre aux problématiques de l'étudiant, ce dernier ayant au préalable effectué une recherche bibliographique adaptée. L'enseignant a pour mission de faire une synthèse en fin de séance et d'apporter des compléments d'informations relatifs aux soins primaires, si ces derniers n'ont pas spontanément été abordés par les étudiants.

3) La formation pratique de l'interne :

L'interne de médecine générale bénéficie d'un stage obligatoire de 6 mois en ambulatoire chez le praticien, de la possibilité de réaliser 6 mois de plus en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), et de l'accès à des mini stages, 8 demi journées à chaque fois, dont les thèmes sont assez différents (stage en centre d'examen de santé, en EHPAD, en médecine scolaire, dans les réseaux de santé sociale et précarité, en centre de Protection Maternelle et Infantile).²⁰

Les stages hospitaliers peuvent comporter l'accès à des ateliers thérapeutiques ou à la formation sur d'autres thèmes autour de la prévention, mais cela n'est pas systématique. L'évaluation de stage par la faculté et les médecins référents comprend une catégorie « Prise en compte des aspects de santé publique : prévention, éducation du patient ».

E CONCLUSION

Les résultats sur l'état de santé de la population française sont clairs, la prévention a un impact sur la santé. La prise en charge médicale comporte l'accès aux soins primaires, donc le médecin généraliste qui en est l'acteur principal a son propre rôle à jouer dans la gestion de la prévention. Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a demandé à tout nouveau médecin généraliste de maîtriser l'action de prévention. Les futurs médecins généralistes reçoivent une formation en ce sens, afin d'acquérir cette compétence, mais l'étude de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé a montré que celle-ci n'est pas complètement acquise ou appliquée pour une partie des médecins exerçant. La formation des internes serait donc un levier pour améliorer cette démarche, mais il n'existe pas aujourd'hui de référentiel établi pour évaluer cette compétence. Plus encore, nous n'avons pas non plus retrouvé dans la littérature de description, de base de données de ce que font les internes lors de leur consultation, quelle est leur démarche préventive, comment la mettent ils en place, comment la pratiquent ils, et comment la perçoivent ils ? Comprendre les enjeux de prévention se déroulant durant les consultations des internes pourrait à l'avenir nous permettre, si nécessaire, d'adapter la formation en amont et de comprendre la place que les étudiants en fin de cursus accordent à la démarche préventive dans leur activité future.

1) La question de recherche :

Notre question de recherche était donc :

Quelle est la place accordée par les internes de médecine générale d'Aquitaine à la démarche préventive lors des consultations ambulatoires ?

F LES OBJECTIFS DE L'ETUDE :

1) Objectif principal:

Analyser les pratiques et la place de la démarche préventive des internes de médecine générale étudiant en Aquitaine lors d'une consultation ambulatoire.

2) Objectifs secondaires:

Mettre en évidence les facteurs influençant la démarche préventive des internes.

Proposer des pistes pour adapter la formation sur les questions de prévention et de promotion de la santé auprès des internes en médecine générale.

Émettre des pistes d'évolutions possibles pour améliorer la pratique préventive des futurs médecins généralistes.

II MATERIELS ET METHODES :

A LA METHODE :

1) Définition de la recherche qualitative:

La recherche qualitative a pour objectif spécifique d'étudier les représentations et les attitudes. On peut évoquer cette idée que l'analyse qualitative précède et prépare l'analyse quantitative en lui fournissant des phénomènes à étudier et des concepts à tester statistiquement ou économétriquement.²¹

Elle est issue des sciences humaines et sociales et permet d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins. Elle prend en compte les dynamiques, les processus, le but étant de comprendre le sens que les personnes attribuent à leurs actions.

La recherche qualitative est une démarche inductive, interprétative. L'analyse est concomitante du recueil des données et permet d'adapter sa méthodologie de recherche, les hypothèses sont construites à partir de l'observation des données.

L'échantillon est dit " en recherche de variation maximale" pour recueillir la diversité des opinions et des comportements.²²

La validité des résultats est augmentée par des questionnaires standardisés, c'est à dire l'élaboration préalable d'un questionnaire puis adapté au fur et à mesure mais permettant de retrouver des éléments communs entre chaque entretien, la triangulation des données, c'est à dire la recherche de la convergence des résultats en croisant l'analyse entre les chercheurs.

Dans cette étude, il a été choisi en termes de recherche une perspective théorique, la théorisation ancrée. C'est à dire que le chercheur développe une théorie issue des données. Les données sont recueillies puis analysées sans hypothèse de départ, le résultat de la recherche émerge après analyse des données, c'est une théorie interprétative.

La méthode de recherche utilisée est celle de l'analyse de discours.

Dans cette étude, le but n'est pas de quantifier, ni d'émettre des pourcentages sur les actions des internes, mais de comprendre le fonctionnement, leur démarche, de mettre en évidence les disparités, les facteurs qui influencent leur action.

2) Le choix de l'entretien semi directif:

L'entretien semi directif est une technique de recherche qualitative qui s'intéresse aux causes et aux logiques qui guident les comportements des individus. Les entretiens comportent une liste de thèmes à aborder avec des questions de relances. L'entretien semi directif a l'avantage de ne pas être une discussion fermée, il permet l'apparition de nouvelles données, et le développement des idées.²¹

Le guide d'entretien semi directif était composé de 3 thèmes principaux à aborder avec l'interne, le début de l'entretien commençait par une question très large sur la prévention dans le domaine de la santé, puis au fur et à mesure l'entretien était dirigé vers les 3 thèmes, des questions de relances ont été préparées à l'avance.

Nous avons volontairement élargi la première question pour recueillir la place que l'interne donnait à la démarche préventive, et si oui ou non, il considérait qu'il avait un rôle majeur à jouer en tant qu'interne de médecine générale dans ce domaine. Les questions de relances nous ont permis de recentrer quand la discussion sortait du sujet principal de l'étude.

Les entretiens semi directifs nous ont permis de rester souple sans pour autant s'éloigner du sujet principal, nous espérions grâce à ceux-ci voir émerger des idées que nous n'avions pu évoquer auparavant.

Les entretiens ont ensuite été transformés au fur et à mesure, enrichis par les nouvelles hypothèses présentées par les internes, dans une démarche hypothético inductive progressive.

Guide d'entretien semi directif :

Introduction :

Le but de l'entretien semi directif est de vous proposer une discussion autour de la prévention dans le domaine de la santé.

Toute information sera recueillie de façon anonyme et objective.

Les entretiens sont enregistrés pour faciliter le recueil des données.

M'autorisez-vous dans un cadre anonyme à enregistrer les données pour une exploitation secondaire des résultats ?

Guide d'entretien :

En quel semestre êtes-vous ?

Faites-vous des consultations seul(e) ?

Avez-vous réalisé d'autres stages ambulatoires que celui-ci ?

Avez-vous déjà eu des expériences personnelles nécessitant une démarche préventive ?

Recueil qualitatif :

1 - Question principale : Que représente pour vous le concept de prévention en médecine générale ?

Sous thèmes :

- 2 - Pourriez-vous me parler de votre démarche préventive lors de vos consultations en pratique ambulatoire ?
- 3 - Quels sont les éléments qui influencent votre démarche préventive ?
- 4 - Quels sont les éléments qui vous permettraient d'améliorer, si besoin, cette démarche

Questions de relances

- 5 Quelle est la place de cette démarche préventive lors de vos consultations de médecine générale?
- 6 Comment décririez-vous votre démarche préventive, en termes de temps, de sujets abordés et de fréquence lors de vos consultations ?
- 7 Existe-t-il des circonstances ou des raisons particulières qui vous poussent à adopter une démarche préventive ?
- 8 Existe-t-il des circonstances ou des facteurs qui vous empêchent de mettre en place cette démarche ?
- 9 Quelles sont les difficultés dans votre démarche préventive que vous pensez pouvoir rencontrer ou que vous avez déjà rencontrées ?
- 10 Quels sont les outils ou ressources dont vous vous servez dans votre démarche préventive ?
- 11 Quelles sont vos suggestions pour améliorer la démarche préventive en général ?
- 12 Comment décririez-vous votre formation initiale pour maîtriser la démarche préventive ?
13. Les stages de troisième cycle (ambulatoires, hospitaliers) vous ont-ils permis d'appréhender différemment la prévention lors de vos consultations?

Merci pour votre participation.

Les propos recueillis peuvent vous être communiqués par mail si vous le souhaitez.

3) Population de l'étude

Concernant les critères d'inclusion de la population de l'étude:

Nous avons choisi de recruter des internes de médecine générale aquitains ayant déjà effectué au moins 4 mois de stage chez le médecin généraliste. Ils pouvaient être en stage de niveau 1 ou en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) et étaient donc de niveaux d'études différents, soit entre le 2ème et le 6ème semestre de troisième cycle. Étaient exclus, les internes des autres spécialités, ou n'ayant pas réalisés de stage de médecine générale.

Les internes ont été recrutés sur le mode de participation volontaire, après une demande orale ou par téléphone. Pour des raisons pratiques et afin d'améliorer la qualité du recueil, l'enregistrement des données était réalisé dans un endroit choisi par l'interne, calme et adapté

à son confort pour permettre un recueil plus authentique, par un logiciel de communication à distance ou par téléphone avec enregistrement de la conversation quand une rencontre n'était pas possible.

Un échantillonnage en variation maximale selon la méthode d'échantillonnage raisonné a été réalisé, les variables discriminantes ayant été le sexe des participants, leurs nombres d'années d'internat, le nombre de stages ambulatoires réalisés, le type de mini-stages réalisés. Il a également été recherché si l'interne avait eu ou non des expériences personnelles concernant la démarche préventive autre que dans le cadre strict de ses études (expériences associatives, extra professionnelles).

Parmi les variables, nous avons pu créer des classes :

- Variable sexe
- Variable « SASPAS » : étudiant ayant effectué un SASPAS / non
- Variable « autre expérience préventive » : oui / non
- Variable participation aux minis stages

4) Le recueil des données

Les données ont été recueillies au moyen d'un enregistreur après information et obtention de l'accord de la personne interrogée, puis retranscrites informatiquement sur un logiciel de traitement de texte.

Les propos ont été retranscrits de façon fidèle, laissant la place aux hésitations, au langage non verbal et aux erreurs de grammaire.

Nous avons utilisé le guide d'entretien dont les thèmes n'ont pas été nécessairement abordés dans l'ordre. Il a permis d'effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses.

5) L'analyse des données

Nous avons ensuite utilisé le logiciel NVivo pour l'analyse du verbatim.

Nous avons d'abord retranscrit intégralement les entretiens sur support informatique via le logiciel Word. Toutes les données pouvant nuire à l'anonymat de l'interviewé ont été modifiées ou supprimées. Ce texte, appelé le verbatim, représente les données brutes de l'enquête.

Nous avons ensuite réalisé une analyse du verbatim, selon l'approche hypothético-inductive progressive.

Les propos ont été codés une première fois, de façon à faire ressortir chaque idée, réaction, attitude des internes, ils ont été regroupés sous forme de thème grâce au logiciel.

Ainsi après chaque entretien les verbatim étaient analysés.

Il était prévu que les processus d'analyses commençant dès le premier entretien permettent de générer de nouvelles hypothèses, ce qui nous a permis d'enrichir ensuite les grilles d'analyses après chaque nouvelle interview.

Pour améliorer la validité de l'étude, il a été réalisé une triangulation des données, c'est à dire que les premiers entretiens ont été codés par la directrice de thèse et la thésarde de façon indépendante, puis relus ensemble.

Lorsque tout nouvel entretien n'apporte plus de concepts supplémentaires à ceux recueillis précédemment, on considère que l'étude se trouve en saturation des données. La saturation des données ensuite est vérifiée par un ou deux entretiens supplémentaires puis les entretiens sont arrêtés.

III LES RESULTATS :

Il a été réalisé 15 entretiens de septembre 2015 à Août 2016. La durée des entretiens a varié de 9 min à 28 min. Les entretiens ont été réalisés soit de visu, soit par Skype ® soit par téléphone. La saturation des données a été constatée lors de l'entretien n°12, nous avons ensuite réalisé 3 autres entretiens, 1 pour assurer la diversité de l'échantillon, les deux derniers pour vérifier la saturation des données.

A CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Profil	Sexe	Semestre	Saspas	Mini stages	Expériences personnelles	Particularités
Interne 1	F	6 ^{ème}	NON	/	OUI	
Interne 2	F	5 ^{ème}	NON	CCAA*	OUI	
Interne 3	F	5 ^{ème}	OUI	SSCP* REPOP*	NON	
Interne 4	H	5 ^{ème}	NON	NON	NON	Militaire
Interne 5	F	5 ^{ème}	OUI	PMI	NON	
Interne 6	F	5 ^{ème}	NON	PMI *	NON	
Interne 7	F	5 ^{ème}	NON	CCAA, CES	NON	
Interne 8	F	6 ^{ème}	NON	Médecine scolaire CCAA, PMI	OUI	
Interne 9	F	6 ^{ème}	OUI	SSCP, CES,	NON	
Interne 10	H	6 ^{ème}	NON	médecine scolaire	NON	
Interne 11	H	6 ^{ème}	OUI	PMI		Mayotte
Interne 12	H	6 ^{ème}	OUI	Médecine santé voyage / CCAA	NON	
Interne 13	H	6 ^{ème}	NON	/	OUI	Toulouse
Interne 14	H	6 ^{ème}	NON	SSCP	NON	
Interne 15	F	6 ^{ème}	OUI	PMI, CCAA	NON	

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Légende.

CES : centre d'examen de santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

SSCP : Santé Sociale, Centre Précarité

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire et Alcoologie

REPOP : REseau de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique

B LE CONCEPT DE PREVENTION ET SES DEFINITIONS :

1) Le concept de prévention :

La première question de l'entretien était « Que représente pour vous le concept de prévention en médecine générale ? ».

Interne 2 « *c'est large... »*

Interne 7 « *c'est compliqué à donner comme définition... »*

Interne 9 « *euh, je sais pas comment dire... »*

Deux notions étaient prépondérantes dans leurs réponses :

- Les internes ont d'abord décrit la prévention comme anticiper, prévenir, éduquer :

Interne 4 : « *il faut inculquer au patient, faire de l'éducation au patient, ...pour éviter qu'il soit malade, en fait. Donc le faire en amont de la pathologie. »*

Interne 6 « *Prévenir c'est guérir, (rigole), ben écoute, pour moi c'est prendre en compte certains facteurs de risque qui peuvent aboutir à des maladies, et les traiter avant qu'ils n'engendrent ces maladies là. »*

Interne 11 « *La prévention c'est de l'éducation, qu'on donne au patient, où on leur explique les tenants et les aboutissants de comportement qui peuvent influencer de manière bénéfique ou néfaste leur santé. »*

- La prévention a été définie spontanément comme une mission principale de la médecine générale.

Interne 10 : « *C'est une grosse partie de la consultation avec le médecin. »*

Interne 12 « *une des parties charnières de la médecine générale »*

Interne 15 : « *Qu'est ce que ça représente pour moi...euh...déjà pour moi je pense que c'est notre mission...euh...primordiale, c'est notre rôle, déjà premièrement. »*

- Trois d'entre eux ont abordé spontanément différentes catégories de la prévention.

Les internes 2 et 5 rappelaient les différentes catégories de prévention : « *Y a la prévention primaire, secondaire, tertiaire... »*

L'interne 13 distinguait deux autres versants de la prévention : « *Pour moi y a deux choses, la prévention obligatoire, entre guillemet, par exemple la vaccination (...) Et après pour moi y a aussi une prévention qui sera plus adaptée en fonction du patient »*

2) Les définitions de la prévention primaire, secondaire et tertiaire :

A la suite des 3 premiers entretiens, nous avons décidé d'introduire les notions de définitions de la prévention, c'est à dire les définitions de la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Abordée par une personne sur les trois premiers, nous avons souhaité faire évoluer le guide d'entretien et introduire la question des définitions de la prévention primaire secondaire et tertiaire.

Nous avons mis cette question à la fin de l'entretien, pour éviter de commencer l'entretien par une question jugée scolaire. Il était prévu que cette question ne soit pas abordée si les internes en parlaient spontanément.

Voilà ce que nous proposaient les internes sur cette question :

Interne 4 : « *Du coup, prévention primaire c'est... euh... quand y a pas eu d'actes passés on va dire, et après prévention secondaire, c'est... essayer de... d'améliorer les choses alors que ça c'est déjà passé, je dirais, c'est un peu flou quand même.* »

Interne 9 : « *(Rigole) Alors la prévention primaire, c'est avant qu'il y ait une maladie. Secondaire la maladie est déjà là, c'est éviter les complications, ou une aggravation, et la prévention tertiaire, c'est éviter une aggravation de ce qu'il y a déjà en place.* »

Interne 8 : « *Prévention primaire : je me souviens plus de tout ça, pour moi c'est la même prévention. Prévention primaire, est ce que c'est pas le médecin généraliste, prévention secondaire, c'est euh, oh je sais plus... franchement je sais plus du tout.* »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- La prévention était une démarche principale de la médecine générale pour les internes.- Elle concernait l'éducation du patient, l'anticipation des maladies.- Les notions de prévention primaire secondaire et tertiaire ne faisaient pas partie du vocabulaire spontané des internes. |
|--|

C LA DEMARCHE PREVENTIVE DES INTERNES :

Le deuxième thème abordé était celui de la démarche préventive des internes, les relances ont permis d'aborder spécifiquement les sujets, le temps, la fréquence de cette démarche, mais aussi la population visée. Dans un second temps nous avons souhaité décrire les techniques citées par les internes, leur façon de faire. Nous avons aussi rajouté une question de relance sur l'utilisation d'outils pour faire de la prévention.

1) Les variables de la pratique préventive :

i Les sujets abordés :

Concernant les sujets abordés, les plus fréquemment cités étaient: le tabac, les vaccins, les infections sexuellement transmissibles, les consommations de toxiques surtout l'alcool, les facteurs de risques cardio-vasculaires, l'alimentation et le mode de vie, la contraception et le dépistage des cancers.

Deux internes ont évoqué le problème de l'automédication.

Deux internes ont parlé du travail, et un autre des troubles musculo-squelettiques, du syndrome dépressif et des troubles du sommeil.

Un interne a parlé de la prévention solaire.

Interne 6 : « *c'est diabète et HTA, enfin protection cardiovasculaire quoi !* »

Interne 7 : « *par rapport au médicament, au dosage, par rapport à l'automédication* »

Interne 8 : « *en terme de sujets abordés, vaccinations, prévention voyages, prévention IST, très rare* »

Interne 10 : « *son mode de vie, ses consommations son hygiène de vie, qu'elle soit alimentaire, au niveau des toxiques, au niveau de son métier, au niveau du sport qu'il pratique.* »

Interne 12 : « *prévention des risques cardio vasculaires, des troubles musculo squelettiques dans le travail* »... « *prévention et troubles du sommeil aussi... (...) L'alimentation, (...) comment vous buvez, (...) la mammographie, le dépistage des cancers...* »

ii La population visée :

Les internes ont aussi décrit au cours des entretiens la population visée par la prévention.

Interne 8 : « *ça touche toute la population, sans exception* »

Interne 15 « *auprès de tout le monde, à chaque âge tu peux faire de la prévention* »

Interne 11 « *c'est ce qui est le plus universel* »

Pour certains, la prévention était plus ciblée, au cours des entretiens, certaines populations ont été mises en avant :

Les jeunes et les enfants sont abordés par la majeure partie des internes.

Tous les internes ont abordé les problèmes des fumeurs ainsi que ceux des patients présentant des risques cardiovasculaires

L'interne 1 citait « *les étrangers* », les internes 1 et 7 parlaient des personnes âgées.

iii Les motifs de consultation menant à une démarche préventive :

Nous avons repéré dans le verbatim des motifs de consultation spécifiques amenant à une démarche préventive.

On retrouvait dans les motifs de consultation favorisant la démarche préventive, la demande de certificats médicaux notamment de sport, les consultations pour perte de poids, les vaccinations chez les enfants, la présence de symptômes d'infections sexuellement transmissibles, les consultations spécifiques pour demande d'arrêt du tabac, les renouvellements d'ordonnance, les départs en voyage ou encore la première prescription de pilule.

Interne 1 : « *déclaration du médecin traitant ou remise à jour du calendrier vaccinal, certificat de sport ... tu peux leur demander...* »

Interne 2 : « *Le jeune qui vient pour demande de sérologie VIH, la demande directe du patient ...* »

Interne 7 : « *tout ce qui est IST, quand les gens viennent pour un dépistage...* »

iv Le temps consacré :

La question a aussi permis d'aborder le temps consacré à la consultation.

Les internes, à l'exception de l'interne 1 et 3, nous rapportaient une notion de temps qu'ils jugeaient faible, en termes de temps passé à faire de la prévention dans les consultations. Entre 5% et 20% de la consultation, certains nuançaient, il y a des sujets qui sont plus longuement abordés, comme les infections sexuellement transmissibles.

Les internes 1 et 3 ont exprimé passer du temps mais de façon rare quand ils mettaient en place une démarche préventive.

Interne 1 : « *Le temps consacré je pense qu'il est important, mais la fréquence est rare, voilà c'est ça !* »

Pour les autres :

Interne 5 : « *Euh le temps, honnêtement, entre 2 et 3 minutes, à la fin de la consultation, ou au milieu, en fonction toujours, de ...Ca peut aller jusqu'à 10 minutes, mais bon en même temps comme toute consultation dure 15 min, c'est un peu difficile* »

Interne 12 : « *En terme de temps, c'est assez peu au final, ça serait quand même 1/10ème de la consultation, enfin, peut être un petit peu plus, c'est moins de 20% de la consultation ...* »

v La fréquence de cette démarche :

Nous leur avons aussi demandé ce que cela représentait en termes de fréquence dans leurs consultations.

Interne 10 : « *En terme de fréquence : franchement je pourrais pas dire, mais j'avais l'impression que c'était peu fréquent, moyennement fréquent, et peut être qu'il faudrait que ça soit plus fréquent, mais est ce que c'est réalisable je sais pas.* »

Interne 11 : « *fréquemment j'aborde des messages de prévention et fréquemment ça me prend une partie conséquente de la consultation.* »

Interne 14 : « *mais tu vois en incluant des consultations où j'en fais pas du tout,* »

Interne 2 : « *pas à toutes les consultations, mais...sur la prévention des maladies cardio vasculaires, ben tout ce qui est patient diabétique, cardiaque, obèse, on le glisse dans la conversation, ça je pense à chaque consultation, on en reparle un peu (...) Au niveau du nombre de consultation par jour, pff, je sais pas, je dirai, peut être la moitié..* »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

Les sujets abordés par les internes étaient essentiellement le tabac, les risques cardiovasculaires, le mode de vie, les infections sexuellement transmissibles et la consommation d'alcool, le dépistage des cancers.

Le temps et la fréquence consacrés leur paraissaient être peu importants.

La plupart de la population était concernée par la prévention, mais les personnes âgées, les populations étrangères ont été moins citées que les autres.

Les motifs de consultation « simples » tels que les certificats, la vaccination ou les renouvellements semblaient être un moment propice à aborder le sujet de prévention.

2) La description de la démarche préventive :

En dehors des facteurs influençant la démarche préventive que nous décrirons dans le chapitre suivant, nous avons choisi de distinguer deux notions, la démarche qui est considérée comme la façon de faire des internes, leurs comportements, leurs attitudes, et la notion de techniques c'est à dire les moyens mêmes qu'ils mettaient en place :

i La mise en place de la démarche préventive :

Premièrement la place de cette démarche était secondaire au motif de consultation principal pour tous les internes :

Pour l'interne 13 « *c'est quelque chose auquel tu dois penser à chaque fois, qu'est ce que je peux, quel élément je peux aborder avec lui, mais c'est pas forcément quelque chose que tu mets dans ta consultation...* »

Pour les internes 6, 8, 9 : « *elle est secondaire,* » « *Ça vient après le motif principal de la consultation,* »

Pour l'interne 1, la prévention se faisait sur les patients qui allaient bien « *parce que quand les patients viennent te voir pour une pathologie déjà acquise, tu vas pas t'amuser à faire de la prévention* »

Pour l'interne 4 elle ne devait pas empêcher le médecin de faire le reste du travail : « *s'il fait, c'est bien et tant mieux, mais il peut pas faire que ça, donc faut pas non plus qu'il néglige le reste* »

Dans leur démarche et dans sa mise en place, certains internes étaient systématiques en fonction de points décisifs :

Interne 15 : « *moi y a des trucs que je fais de manière systématique, par exemple tous les nouveaux patients je leur demande s'ils fument ou des trucs comme ça, s'ils fument, hop je mets toujours un petit coup de prévention* »

Interne 12 : « *toute grande maladie, tu te dis que tu vas faire un petit peu de prévention dessus* »

Interne 13 : « *quand on va avoir des enfants et qu'on sait ben les vaccins c'est à telle date, donc ben systématiquement à la consultation on en parle* »

Interne 8 : « *ca passe par des petits trucs sur des consultations quotidiennes mais je le place systématiquement.* »

Interne 2 : « *genre demander déjà, rien que la question s'ils fument, et s'ils ont envie d'arrêter de fumer* »

L'interne 13 a abordé la notion de fil rouge, d'une construction des consultations et d'une démarche préventive pour la mettre en place au fur et à mesure.

Interne 13 : « *je pense que ça se fait pas en une consultation je pense que c'est un fil rouge qui se fait sur plusieurs consultations (...) par contre progressivement à chaque consultation, distiller un peu d'information, rajouter, en plus du motif pour lequel le patient est venu. Pour moi c'est un fil rouge qu'on peut adapter en fonction de la vie du patient, et voilà c'est quelque chose qui se fait sur la durée.* »

L'interne 12 a repris la notion d'au fur et à mesure mais il n'approfondit pas :

« *On essaie de reposer les questions, consultations après consultations, pour voir pour essayer de changer un peu leurs habitudes, du coup après on n'approfondit pas tant que ça la prévention à côté de ça, pour moi en tout cas, ça reste plus des rappels quand même, plus qu'aborder la prévention sur une consultation entière quoi* »

ii Une discussion écourtée :

Concernant la discussion autour de la prévention, on constatait une notion de rapidité chez les internes :

Interne 2 « *glisser toujours qu'il y a des risques* »[. ..] « *en toucher deux mots* » « *au goutte à goutte* »

Interne 4 : « *t'as pas tendance à t'éterniser dessus quoi* »

Interne 14 « *en deux phrases* » «*lui poser la question deux secondes* »

Interne 12 « *on pose rapidement les questions* »...« *on n'approfondit pas tant que ça la prévention à côté de ça* »... « *je préférerais faire des petites piqûres sans trop m'étendre dessus* »

Interne 10 « *on leur explique rapidement* »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

La place de la démarche préventive, dans notre étude, était secondaire lors d'une consultation. Certains facteurs entraînaient une mise en place systématique de celle-ci, comme la présence de symptômes évoquant une infection sexuellement transmissible.

L'exécution de la démarche préventive est exprimée par des termes évoquant une rapidité dans l'acte, un certain empressement.

3) Les différentes stratégies utilisées par les internes :

i L'abord de la prévention par les internes :

Voici quelques exemples de phrases, que nous avons relevé auprès des internes :

Interne 8 « *je leur disais, que voilà, dans tous les cas, il fallait arrêter parce que sinon ce sont des lésions qui sont déjà présentes, elles allaient s'aggraver...* »

Interne 6 « *j'essaie de délivrer des messages, sans...sans porter de jugement* »

Interne 11 : « *c'est pas tant dans l'opposition et les attitudes anxiogènes « si vous continuez de fumer vous allez mourir » mais plus dans une information claire sans juger et sans chercher à modifier le comportement de manière directe.* »

Interne 13 : « *on peut très bien imaginer qu'on en parle une première fois pour comprendre quelle est la prise de tabac, et pourquoi elle se fait, et on va pas tout de suite parler de l'arrêt* »

Interne 4 « *ensuite j'essaye de lui amener à ma façon ma vision des choses et le comportement qu'il est censé avoir.* »

Interne 2 : « *toujours dire que... fumer tue (rigole) non peut être pas mais, ahah* » ... « *il faut s'appuyer sur ce qu'ils connaissent et leur rappeler à chaque fois, surtout si on voit qu'ils n'écoutent pas trop.* »

Interne 5 « *j'essaie à chaque fois de donner un petit conseil, ne serait-ce que perdre du poids, arrêter de fumer, pour ceux qui ont du cholestérol, quel aliment prendre ou ne pas prendre* »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

Les internes cherchaient à savoir ce que le patient savait lors des consultations, puis à leur donner des conseils. La notion de « non jugement » ressortait dans les entretiens, de même que celui de répétition du message.

Les internes ont aussi évoqué ce qu'il ne fallait pas faire :

Interne 12 « *c'est inutile de leur faire un cours dédié pendant 1 heure* » « *je pense que ça sert à rien de faire juste un monologue du médecin* » « *à leur dire comment vivre et tout, ben quand tu leur expliques la façon de vivre au bout de 10 min, ben ça commence déjà un peu à les saouler.* »

Interne 11 « *S'il utilise des arguments anxiogènes je pense que ça fait que ça marche moins bien et que ce n'est pas appliqué.* »

Interne 2 : « *de toute façon jamais forcer, respecter un petit peu ce qu'ils ont envie d'entendre et répondre à leurs questions surtout.* » « *On peut pas les assommer de prévention* ».

ii Les méthodes décrites :

(a) Le conseil minimal :

Le conseil minimal a été évoqué par deux internes.

La définition du conseil minimal ou minimum est donnée par l'interne 11 « *Demander si le patient fume ou pas, en tout cas pour l'exemple du tabac, et si le patient répond oui, expliquer que le tabac est pathogène et que si le patient le souhaite le corps médical peut l'aider à arrêter de fumer.* »

L'interne 11 était incertain quant à l'efficacité du conseil minimal mais l'utilisait quand même :

« *J'ai tendance à me limiter initialement au conseil minimal de l'arrêt du tabac qui est censé ne pas juger, ne pas culpabiliser, ne pas faire peur au patient, et qui à mon sens entraîne l'inverse de ce que l'on souhaite* »

L'interne 13 était du même avis « *moi on m'a toujours dit que ça a fonctionné le conseil minimum...je sais pas, je trouve que des fois tu braques les gens* »

(b) La consultation dédiée :

La consultation dédiée est aussi évoquée par les internes, mais les avis étaient partagés :

L'interne 12 ne faisait pas de consultations à part, dites dédiées :

« *Je ne leur fais pas des consultations à part, je me dis pas, tiens je vais passer 15 min, sur comment on mange, comment on fait etc...* »

L'interne 15 nous rapportait que ce n'est pas à faire de façon systématique :

« *on n'est pas obligé non plus de faire des consultations dédiées à la prévention..* »

Quant à l'interne 13 il expliquait que pour lui c'est un bon moyen :

« *La consultation dédiée je trouve que c'est bien, parce que du coup dans un cadre de « j'ai amené mon patient à arriver à une certaine réflexion » et à un moment donné il se dit, « ok je me lance je voudrais plus d'informations », (...) ben là à ce moment là, on se dit, on se cadre, monsieur, (...) « vous êtes venus parce que vous avez une grippe un machin truc, on va prendre une consultation » ça je trouve ça très bien, parce que en plus ça permet au patient de rentrer dans une démarche d'ouverture d'écoute etc* »

(c) Les autres moyens cités par les internes :

L'entretien motivationnel a été cité par l'interne 14 :

« ...L'entretien motivationnel et je connaissais pas du tout, et je trouve ça franchement génial, c'est une technique qui permet vraiment de trouver comme son nom l'indique la motivation d'un patient quoi. Et vraiment d'analyser correctement, et vraiment de l'impliquer dans sa démarche, et je pense qu'avec ça on peut réussir à faire beaucoup de chose en prévention »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

Les stratégies pour aborder la notion de prévention étaient différentes selon les internes.

Le conseil minimal, la consultation dédiée, l'entretien motivationnel étaient des techniques connues par certains internes, ils étaient partagés sur le conseil minimal et sur la consultation dédiée, et un interne nous a parlé de l'entretien motivationnel.

4) Les outils:

Nous avons posé la question aux internes sur l'utilisation d'outils, certains s'en servaient, d'autres non, et nous avons discuté avec eux de ceux qu'ils souhaiteraient utiliser à l'avenir.

Pour l'interne 1, il a déjà utilisé des papiers de l'assurance maladie, *« l'assurance maladie nous a fait des bons papiers pour ça, pour le patient à visée d'éducation »*.

Pour l'interne 2 *« je fais avec ce qu'il y a dans les cabinets » « des petites plaquettes » « les sites internet, les plateformes »*.

Le test de Fagerström a été cité par plusieurs internes.

Un autre test a été apprécié par l'interne 15 *« il faisait devant eux des tests, je sais plus comment ça s'appelle, un test américain (...) où ça calcule ton facteur de risque de faire un AVC (...) et si t'arrêtes de fumer, le facteur de risque diminuait, et du coup, ça c'était beaucoup plus parlant pour les patients (...) je trouve que les tests c'est quand même bien »*

Les internes ont aussi cité les messages de prévention dans les salles d'attentes, les protocoles distribués dans les services d'urgence pour les gastroentérites par exemple, les fiches de prévention validées par la CNAM ou encore le site amelipro.fr.

Les outils de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, les *« machines pour mesurer le CO »*, les tests de dépistage envoyés à domicile, les sites de recommandations Haute Autorité de Santé (HAS) ont également été abordés par les internes.

i Les plaquettes des laboratoires :

Un élément est apparu lors des entretiens 7 et 8, l'utilisation des plaquettes de laboratoires.

Interne 7 : *« quand t'as les labos qui passent, ça peut être intéressant, selon ce qu'ils te présentent justement, par rapport à tous les traitements, la prévention »*

Interne 8 : *« les laboratoires pharmaceutiques, même eux pourraient s'y mettre »*

Nous avons alors décidé de poser la question directement auprès des autres internes lors des entretiens suivants quand la notion de participation des laboratoires n'était pas évoquée.

L'interne 12 nous répondait : *« je n'ai quasiment jamais vu ça, donc je ne sais pas trop, je pense que ça peut être une bonne chose, mais que les patients doivent aborder la plaquette avec le médecin du coup, (...), ça ne me choque pas qu'il y ait des labos qui proposent des plaquettes au patient. Parce que souvent, on manque de supports documentaires ».*

L'interne 13 surpris par la question, a répondu:

« (Rigole) Je pense que y a pas de généralités à faire (...) c'est à toi de maîtriser le dépliant que tu vas donner, je pense que si toi tu le feuilletes en étant le plus objectif possible et que si tu le trouves plus pédagogique que ce qui existe, pour moi c'est pas un problème... »

L'interne 14 restait sceptique :

« je suis toujours un peu mitigé pour les laboratoires, un coup je suis pour un coup je suis contre, je trouve que les laboratoires (...) je pense, que je dirais que je suis plutôt contre globalement, que les laboratoires interviennent dans autre chose que faire des profits (...) parce que je trouve que finalement y a toujours une influence sur les patients, sur les médecins (...) je pense que c'est pas le rôle du laboratoire que d'aller faire de la prévention »

ii Les autres outils en dehors du cabinet :

Concernant les outils utilisés en dehors du cabinet de médecine générale, mais en lien avec le médecin, l'interne 9 abordait la notion des ateliers thérapeutiques.

Interne 9 : *« au cours d'un stage j'ai vu les ateliers thérapeutiques notamment dans le cadre du diabète, je sais que je peux en parler au patient »*

L'interne 10 confierait ses patients à d'autres professionnels de santé *« pendant mon stage je prescris souvent des consultations avec des diététiciennes, et je pense que ça peut être pas mal ça. C'est un outil entre guillemet. »*

iii L'intérêt des outils :

Certains internes n'utilisaient pas du tout d'outils comme l'interne 9, l'interne 4, l'interne 10, l'interne 11 hormis le carnet de santé.

Mais tous ont été unanimes sur l'intérêt d'en disposer lors de leur démarche préventive :

Comme l'interne 12 « *un support écrit, enfin, un support concret c'est largement mieux que du coup, une information orale quoi, ça passera beaucoup mieux.* »

Ou comme l'interne 11 qui souhaitait que son message soit pérenne : « *c'est un élément de pérennisation du discours que je vais faire, qui à mon avis est complexe et va être oublié en partie, le fait qu'il y ait une trace écrite permet à ceux qui sont intéressés, qui veulent lire l'information standardisée et validée.* »

L'Interne 10 se servirait des outils pour écourter le temps d'explication :

« *ça nous prend moins de temps, on leur explique rapidement et on leur dit de le feuilleter tranquillement à la maison et que eux, ils peuvent y revenir régulièrement dessus, et que ça permet de pas oublier grand chose quoi, et d'avoir une base.* »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

Les outils étaient peu utilisés par les internes pour le moment, mais tous souhaitaient en disposer dans leur exercice futur.

Les outils cités étaient les plaquettes, les affiches de salles d'attente, les sites internet, les tests à réaliser avec le patient, les dépliants, les recommandations HAS, les sites comme amelipro.fr à destination aussi du médecin, les fiches de support avec rappel.

L'outil et notamment le support papier était considéré comme un relais écrit de la conversation au cabinet, et permettait selon eux, de pérenniser le discours de prévention.

Les outils issus des laboratoires pharmaceutiques étaient utilisés mais les internes restaient pour certains critiques quant au message véhiculé.

D LES FACTEURS INFLUENCANT LA DEMARCHE PREVENTIVE :

Parmi les 3 thèmes du guide d'entretien semi directifs, nous avons posé la question directement aux internes, "*quels sont les facteurs qui influencent votre démarche?*". Les entretiens ont permis d'élaborer de nouvelles hypothèses à partir de cette question, notamment la notion de trois catégories à différencier parmi les facteurs influençant cette démarche: les facteurs inhérents au patient lui-même, ceux liés à la consultation et ceux liés au médecin.

Interne 14 : « *Ca dépend aussi du patient en question... »*

Interne 12 : « *Donc oui y a le patient (...) et y a aussi le médecin en lui-même des fois »*

Interne 13 : « *Ca dépend du motif de consultation... »*

1) Concernant le patient :

i La personnalité du patient :

Les internes étaient influencés par la personnalité du patient et sa demande, pour eux les personnalités des patients favorisant la démarche étaient des patients qui demandaient, qui étaient ouverts.

Interne 13 : « *si tu sens le patient plus ouvert... »*

Interne 6 : « *Il y a des gens qui sont curieux et qui posent des questions... »*

Interne 3 : « *Si je vois que le patient est en demande »*

Tous les internes ont évoqué à plusieurs reprises ceux qui n'écoutaient pas, qui n'entendaient pas, qui n'avaient pas envie. Ont aussi été évoqués ceux qui étaient , « *agressifs, opposants* » et qui représentaient un frein à la démarche préventive :

Interne 2 : « *quand on est mal reçu, je pense qu'on abandonne. »*

Interne 10 : « *j'ai pas envie de parler avec lui encore 5 min sur l'hygiène de vie qu'il pourrait avoir, sachant qu'il va pas m'écouter qu'il en a rien à foutre et qu'il va pas l'appliquer ».*

Interne 12 : « *je me suis déjà retrouvé avec des patients qui étaient opposants à la prévention, c'est rare mais ça existe quand même, des patients qui veulent pas du tout en parler, qui vont d'ailleurs être presque agressifs »*

Interne 4 : « *c'est plus l'opposition du patient qui fait qu'on n'a pas envie de creuser. »*

Parfois même, le patient était perçu comme défiant :

Interne 5 « *ceux qui sont complètement opposés, ceux qui disent « écoute cocotte, tu es jeune tu vas pas m'apprendre la vie » ... »*

ii Les facteurs « médicaux » liés au patient

Il y a aussi les facteurs liés au patient tel que l'âge, le sexe, la présence de facteurs de risque dépistés par l'interne :

Interne 3 « *son niveau de compréhension, je dirai son niveau socio-économique* »

Interne 11 « *Déjà il y a le patient, selon l'âge et le sexe, je vais avoir des idées préfaites de thématiques de prévention à aborder* »

Interne 5 « *de leurs pathologies, de leurs antécédents..* »

Interne 14 « *ben déjà quand je vois qu'il y a clairement un comportement une situation à risque* »

Au contraire, si l'interne ne les voyait pas :

Interne 15 « *mais s'il fume pas, si je remarque pas de facteurs de risque j'en fais un peu moins c'est sûr.* »

iii L'environnement du patient :

L'interne 13 a évoqué la présence des accompagnants :

«*Moi je pense aux accompagnants, je pense que parfois les accompagnants peuvent (...) être moteurs d'une démarche parce que c'est eux qui vont faire la demande à la place du patient...* »

La présence des parents lors de la consultation avec les adolescents était présentée comme un frein :

Interne 2 : « *l'ado qui vient avec ses parents pour un certif rapidement, et ben faudrait faire sortir les parents, mais c'est compliqué de glisser ça dans la conversation...* »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

La personnalité du patient semblait jouer un rôle essentiel pour les internes dans la mise en place de leur démarche préventive.

Les facteurs « médicaux » tels que la présence de facteurs de risques, l'âge, le sexe étaient présentés comme des moyens de repères pour adapter la démarche préventive.

L'environnement du patient influençait aussi la mise en place de cette démarche.

2) Concernant la consultation :

i Les motifs de consultation

Les éléments de la consultation favorisant la mise en place d'une démarche préventive étaient essentiellement lorsque les motifs de consultation étaient considérés comme «*bénins*», et qu'il restait du temps dans la consultation, ou lorsque le motif de la consultation se rapportait à un élément de prévention évident.

Interne 10 : « *c'était surtout quand les patients venaient pour un motif (...) optionnel ou secondaire (...) et à la fin de la consultation essayer d'aborder un sujet du patient, en fonction de ses demandes ou de sa manière d'aborder les choses* »

Interne 11 : « *il est rare que je l'aborde systématiquement, sauf si y a des circonstances (...) comme fumer une clope devant le cabinet...* »

Interne 11 : « *...les IST, on en voit beaucoup, spontanément chez des jeunes qui viennent pour d'autres raisons (...) mais dès que ça attrait à ça je réaborde le sujet...*»

A contrario, lorsque le patient présentait plusieurs motifs de consultation, qu'il y avait plusieurs personnes ou une situation compliquée, les internes se restreignaient :

Interne 10 : « *Quand ils viennent pour plusieurs motifs, quand ils viennent à plusieurs, quand c'est une situation qui est compliqué,* »

Interne 11 « *on finit par être concentré sur certains sujets qui prennent de l'attention*»

ii Le temps :

Le temps de consultation est évoqué à plusieurs reprises, comme étant un facteur limitant pour les internes, les internes décrivaient un manque de temps au sein de la consultation pour réaliser une démarche préventive.

Interne 1 « *Je pense que 20 min par patient, c'est pas assez pour de la prévention, en plus d'un autre motif X d'une pathologie, s'il vient te consulter pour une pathologie..* »

Interne 2 « *on n'a pas assez de temps par rapport à toutes les autres sollicitations qu'on a des autres patients pour faire de la prévention dans les bonnes conditions* »

Interne 12 « *qu'on a peu le temps d'appliquer, c'est un truc assez long à faire, c'est...du coup les consultations peuvent être rapidement trop longues* »

Interne 11 « *je suis donc souvent à cours de temps, et je dois régulièrement abréger ce type de passage* »

iii L'organisation des consultations

L'organisation des consultations pouvait être considérée comme un frein :

Interne 13 : « *Ca va dépendre de ta journée, ça va dépendre si ta consultation est blindée, si t'es en pleine saison hivernale et que t'as 25 patients qui viennent pour un syndrome grippal, c'est compliqué je pense d'aborder la prévention à ce moment là.* »

L'Interne 4 évoquait la notion du moment de la journée « *le matin, t'es plus à même d'aborder certaines choses...* »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

Le motif de consultation déterminait la possibilité de réaliser une démarche préventive. Les motifs nombreux, l'urgence étaient des freins à sa mise en place.

Le temps en consultation était considéré comme court par les internes.

L'organisation du cabinet de médecine générale était aussi un facteur décisif, la présence de monde en salle d'attente, ou la consultation en fin de journée étaient des facteurs peu engageants sur une démarche préventive.

3) Concernant le médecin :

i La connaissance de ses patients:

Les internes abordaient le sujet de la connaissance des patients et de la bonne tenue des dossiers médicaux, il était plus facile pour eux de faire de la prévention dans ces conditions :

Interne 12 : « *Une bonne connaissance du patient, je pense que c'est important pour aborder la prévention quand même...* »

Interne 2 : « *il faut que ce soit personnalisé, avec le médecin généraliste, qui peut faire ça parce qu'il est censé connaître ses patients...*»

Interne 12 : « *j'aborde les habitudes de vie, (...), je trouve que c'est assez intéressant d'avoir des bons dossiers médicaux bien tenus, (...) tu ne connais pas ses antécédents, tu fais peu de prévention (...) moi c'est souvent en feuilletant le dossier que j'aborde la prévention* »

L'interne 7 évoquait la notion d'habitude et d'oubli de faire de la prévention par trop bonne connaissance des patients.

Interne 7 : « *Je pense que tu peux mettre au bout d'un moment, de côté la prévention, peut être à tort aussi. Par habitude. Si y a pas de nouvel événement. C'est plus facile de faire avec des nouveaux patients je pense, des plus jeunes tout ça.* »

ii La personnalité et la disponibilité du médecin :

Il y a aussi la personnalité du médecin généraliste qui allait influencer la mise en place d'une démarche préventive, les médecins plus à même d'en faire étaient décrits comme plus ouverts, plus disponibles.

Interne 14 : « *y a des médecins qui recherchent un peu l'échange avec le patient, qui sont intéressés par le fait de savoir ce que pense le patient, (...) je pense qu'il y a des médecins qui sont plus naturellement intéressés par la prévention...* »

Interne 9 : « *Un médecin qui prend le temps avec ses patients qu'il prend dans sa globalité, ben va forcément être plus à même de faire de la prévention qu'un médecin qui est un peu plus pressé sur ses consultations ou qui n'est intéressé que par une partie très médicale...* »

Parfois, les internes se jugeaient moins disponibles :

Interne 9 « *ma disponibilité moi et ma motivation moi pour en parler, si je suis fatiguée, si je sens qu'il y a déjà suffisamment de choses dans la consultation, j'en parlerai une autre fois* »

Interne 13 : « *Y a des jours où on est pas dedans pour des raisons personnelles, ou professionnelles, donc forcément on va pas forcément le faire parce qu'on a pas envie d'aller sur ce terrain là* »

Interne 12 : « *alors qu'on a plein d'autres truc à faire...* »

iii Les connaissances de l'interne

Enfin les internes abordaient la notion des connaissances, un sujet maîtrisé était un sujet abordé plus facilement selon eux.

Interne 7 : « *je trouve que quand t'initie toi-même la prévention que tu sais de quoi tu parles, et quand tu vas parler de n'importe quel sujet que toi t'abordes, je trouve que c'est plus facile...* »

Interne 1 « *pour faire de la prévention il faut bien maîtriser son sujet* »

Parfois la place en tant qu'interne limitait la démarche, c'est ce que l'interne 12 nous a expliqué :

« en tant que SASPAS, ça peut être un peu plus compliqué parce que la du coup, les patients on les connaît pas, (...) franchement, on a l'impression qu'on débarque après la guerre, et on leur dit « tiens au fait, il faut faire ci, il faut faire ça »... »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

Le fait d'avoir sa propre patientèle permettait de mettre en place une démarche préventive plus régulière, selon la plupart des internes. Pour d'autres, être un nouveau médecin, ou avoir un nouveau patient permettait d'initier une nouvelle démarche préventive et de ne pas perdre ce point de vue.

La personnalité du médecin influençait nettement la réalisation de la démarche préventive, de même que sa disponibilité, il existe des médecins plus ouverts, plus enclins à la mettre en place.

Les connaissances des internes étaient parfois un facteur limitant de cette démarche.

E LA RELATION MEDECIN PATIENT :

Cette notion a été abordée spontanément par tous les internes. Elle intervenait dans les facteurs influençant la démarche préventive.

Selon eux, elle était le garant d'une bonne communication, elle facilitait les échanges, et pouvait aussi dans le cas contraire empêcher la réussite d'une prise en charge adaptée. Les internes précisait que la relation médecin patient intervenait dans la démarche préventive au même titre que pour la prise en charge curative.

Elle a d'abord été abordée sous le terme de confiance, de crédibilité plutôt de façon négative puis les internes 9 et 10 ont abordé les notions de transfert et contre-transfert.

1) La relation médecin patient, élément décisif de la démarche préventive pour les internes:

Les internes 1 et 11 ont résumé la place importante de la relation médecin patient, qui a été citée par la plupart des internes.

Interne 1 : « *Je pense que c'est la relation que t'as avec ton patient, si la relation se passe bien, t'auras plutôt envie de t'étaler sur la prévention (...) si la relation médecin malade se passe bien, je pense que c'est là que tu peux faire de la prévention.* »

Interne 11 : « *Si y a une relation de confiance, de principe, si le contact ne passe pas, je n'en parle pas.* »

i La confiance et la crédibilité, éléments clés de la relation :

Interne 5 : « *c'est pas forcément facile quand on est une fille, ou quand on est jeune et qu'ils sont beaucoup plus âgés, comment dire des choses la dessus* »

Interne 7 : « *J'ai l'impression que les gens te font pas confiance. Là c'est difficile d'être crédible si tu veux faire de la prévention* »

Interne 11 : « *le message de prévention va être vain et discrédité parce que si y a pas de confiance sur le motif de consultation pour lequel le patient vient, ça me paraît évident qu'il y en aura encore moins* »

L'interne 9 et 10 ont abordé la notion de transfert et de contre-transfert, pour eux, cela déterminait une bonne mise en place de la démarche :

Interne 9 : « *je pense que si y a un bon contact et une bonne relation, il va y avoir un bon transfert et que ça va favoriser tous les messages qu'on peut faire passer. A contrario, dans l'autre sens, ça va bloquer et déjà si y a une relation qui est pas favorable, j'aurais pas envie de le faire.* »

Interne 10 : « *Ben si, le patient il n'a pas un contact, j'ai pas un contact avec lui qui est satisfaisant, ou que ça passe pas bien, et que le transfert ou contre transfert passe pas excellemment bien, j'ai pas envie de parler avec lui encore 5 min* »

ii La communication, l'outil essentiel pour une bonne relation :

Les internes ont beaucoup utilisé des termes se rapportant à la communication, leurs difficultés avec les patients dans la relation ou la démarche préventive, étaient souvent liées à des notions de communication.

Interne 11 : « *ca a aussi été des problèmes de formulation, de quiproquo, qui me mettez mal à l'aise face au patient* »

Interne 13 : « on a du mal à discuter de façon claire avec les gens voilà (...) tu peux essayer d'arriver à les comprendre à les cerner, mais du coup c'est quand même difficile de trouver des voies de dialogues ».

Interne 9 : « parce que je pense que je suis limitée parce que je sais pas comment en parler ».

iii La culture et les représentations :

L'interne 13 a évoqué les différences de cultures et de représentations qui intervenaient dans la relation médecin malade et qui pouvaient entraver celle-ci.

Interne 13 : « après ça peut m'être arrivé aussi de me sentir pas forcément à l'aise avec une personne en particulier, parce qu'il avait une façon d'aborder les choses, qui était tellement en décalage avec moi » ... « Y a les représentations qui peuvent faciliter ou pas (...) quand (...) on comprend bien les gens, déjà on a un bon relationnel avec les gens, ben forcément c'est plus simple, moins bon relationnel c'est plus compliqué parce qu'on a du mal à discuter de façon claire avec les gens voilà... » « C'est plus facile de se comprendre quand on a la même culture, même origine, même vision des choses, c'est plus facile de comprendre les représentations des gens »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

La relation médecin patient était un atout clé dans la démarche préventive pour les internes interviewés.

Elle était décisive et si elle n'était pas de qualité, la démarche préventive ne pouvait pas être mise en place.

Les éléments clés qui ont été cités par les internes sont la notion de confiance et de crédibilité sans lesquels, pour eux, il était impossible de parler de prévention.

Pour la mise en place de la démarche préventive, les internes évoquaient leur difficulté en termes de communication

La différence de culture et de représentations jouaient un rôle dans la relation et donc dans la mise en place de cette démarche.

F LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE ET DE LA MEDECINE GENERALE PAR RAPPORT À LA PREVENTION :

Le troisième thème abordé était celui des besoins permettant d'améliorer la démarche préventive en médecine générale. Les questions de relance prévues abordaient les suggestions des internes pour l'améliorer ainsi que la formation.

Nous avons également abordé l'organisation du système de santé et la place de la médecine générale dans l'organisation de la prévention en France.

Un élément est arrivé lors du 11^{ème} entretien, la question de la rémunération.

1) Le constat des internes sur le rapport entre médecine générale et prévention :

i La prévention est une mission principale du médecin généraliste pour certains internes :

Quelques internes nous ont rapporté que la prévention était une des missions principales du médecin généraliste.

Interne 7 : « *c'est une mission principale du médecin généraliste* »

Interne 14 : « *chez un médecin généraliste la prévention c'est quand même et ça va être quelque chose de très très important.* »

L'interne 13 l'opposait à la prise en charge curative : « *je pense que du coup, ce qu'il reste et qui est plus essentiel justement sur la médecine générale qui en plus a cet avantage là de voir les gens pendant 20 ans 30 ans toute leur vie, c'est justement ce domaine de prévention, pour moi c'est le premier élément de la médecine générale, pour moi c'est central.* »

Pour deux autres internes :

Interne 10 : « *c'est que le rôle du médecin généraliste pourrait être plus axé sur la prévention.* »

Interne 9 : « *en médecine générale elle devrait avoir une place bien plus importante qu'elle ne l'a, je pense.* »

Certains internes restaient plus nuancés :

Interne 4 : « *C'est une mission du médecin généraliste, mais euh...C'est pas l'unique...* »

Interne 2 : « *de manière santé publique, c'est pas forcément chez le médecin généraliste, qu'on a le temps, qu'on peut faire ça, et qu'ils viennent pas pour ça en plus, donc ils sont pas ouverts à ça...* »

Interne 11 : « ... *l'acteur principal ce sont les pouvoirs publics, ce sont les médias. Parce que c'est ce qui est le plus universel. Ca ne touche pas que les gens qui vont voir leur médecin, ça touche tout le monde, et que de toute façon j'ai conscience que les médecins, il va falloir du temps avant qu'ils intègrent une démarche préventive systématique...* »

ii Le médecin généraliste, le lien entre les acteurs de la prévention :

Certains le plaçaient comme un lien entre les acteurs que ce soit les personnels paramédicaux ou les autres acteurs du système de santé, car même si ce n'était pas le seul acteur, son rôle était jugé important :

Interne 5 : « *Elle est centrale la place du médecin généraliste, c'est le point entre tout le monde, de ralliement entre tout le monde, mais c'est pas le seul moyen de prévention, y a pleins d'autres choses...* »

Interne 6 : « *Je pense que la prévention devrait être faite par tout le monde, enfin, on est les seuls j'ai l'impression, les médecins généralistes, à se casser les dents la dessus, enfin après t'as les spécialistes...ouais on est en première ligne en fait, les spécialistes viennent qu'après, puisque c'est nous qui empêchons justement les gens d'aller voir les spécialistes...* »

Interne 12 : « *je pense que, si le patient a un petit peu de la prévention de bonne qualité un peu partout et que quand il va voir le médecin il en discute avec, et le médecin il fait juste des réajustements, oui je pense que, enfin, bon, pour moi ça serait le rôle du médecin* » ...« *je pense que ça peut être un complément plus qu'un initiateur véritable d'une action de prévention.* » ... « *je pense que ça ne suffit pas que ça soit que les médecins qui fassent ça.* »

2) Les suggestions sur l'organisation de la prévention

i L'implication d'autres acteurs :

Les internes ont nommé les différents acteurs qu'ils souhaitaient impliquer dans cette démarche.

(a) Les personnels paramédicaux :

Les personnels paramédicaux ont été cités, comme une aide pour le médecin généraliste,

Interne 13 : « *la prévention est inhérente à n'importe quel acte de santé, une infirmière peut faire de la prévention, je pense qu'à l'hôpital on peut faire de la prévention, je pense qu'un kiné peut faire de la prévention, pour moi oui c'est partout tout le temps.* »

Interne 10 : « *La prévention doit être partagée entre tous les soignants, faut qu'il y ait un discours cohérents entre tous les soignants, moi je pense que les .. .que ce soient les kinés, les infirmières, les diététiciens ou tous les autres soignants ont un rôle au moins aussi important que le médecin généraliste.* »

Interne 6 : « *Donc si tout le monde pouvait en faire ça serait bien. Tout le monde c'est les spécialistes et les partenaires de soins, les paramédicaux tous les paramédicaux.* »

(b) Les centres d'examens de santé :

Deux internes ont abordé les centres d'examens de santé :

Interne 4 : « *y a quand même pas mal de choses déjà faites entre les différents médecins (...) et puis ouais les centres de prévention* »

Interne 9 : « *Par des informations effectivement, des plaquettes, des sites internet ou en tout cas, il faut que ça soit accessible, (...). Et c'est vrai que les centres d'examens de santé peuvent être intéressants pour ça.* »

(c) L'école :

L'école a été citée par plusieurs internes, pour eux, l'apprentissage de la prévention dès le plus jeune âge permettrait d'améliorer la prise en charge des patients.

L'interne 1 introduisait la notion spontanément :

« *plus travailler sur la médecine scolaire, plus en parler, plus banaliser la chose, même que ce soit quasiment obligatoire, qu'il y ait une consultation médecine scolaire par mois plus que par an* »

Interne 2 : « *à l'école...* », Interne 11 « *par les écoles...* » Interne 12 « *ou même à l'école* », de même que pour les internes 5, 6, 13, 14.

(d) Les médias :

Les médias ont été cités de nombreuses fois, les internes prônaient l'éducation de masse, l'éducation universelle, « *pour toucher tout le monde à la fois* ». A la télé par les campagnes publicitaires, par les affiches, sur internet, la prévention devait être présente partout.

Interne 11 : « *Continuer l'éducation en masse par les médias, ça me paraît important* »

Interne 12 : « *je pense que dans les actions de santé publique, oui n'importe où, que ce soit, même à la télé, ou dans les journaux, ou même à l'école ou dans les lieux de travail, c'est vachement important, de multiplier du coup des interlocuteurs, et de façon d'appréhender la prévention.* »

3) La vision idéale de la prévention en France :

Ainsi certains internes ont proposé leur vision de la prévention en général que ce soit dans et en dehors du cabinet, quel était leur souhait, ce qui pourrait être fait en plus... Les réponses étaient très diverses, nous avons choisi de laisser des verbatim longs pour mieux comprendre leur réflexion :

Pour l'interne 13, c'était une prise en charge globale : *« c'est tout le temps, à tous les moments de la vie, je pense que justement plus on sera dans une démarche globale, plus les gens seront habitués à recevoir cette information et donc ça forcément ça facilitera les choses par la suite »*

Pour l'interne 10, il fallait renforcer les médias, comme pour l'interne 11.

Interne 10 : *« après par des campagnes peut être plus larges, que ça soit pas seulement manger bouger et manger 5 fruits et légumes par jour. (...) Par exemple des flyers qu'on dispose dans les boîtes aux lettres (...) sur des activités qui peuvent se pratiquer juste à côté de chez soi, ou des meetings plus ou moins gratos dans les salles de fitness, (...), et je sais pas une fois par mois, un rendez-vous avec comment pratiquer le sport chez soi avec peu de matos, un rendez-vous Mc do, comment bien bouffer (rigole) ».*

Pour l'interne 15, il fallait de l'aide pour améliorer la prévention :

« Je pense que ça pourrait être amélioré ça c'est sûr. Après la prévention on en fait quand même mais je pense qu'on se donne pas tous les moyens non plus (...) donc faut lui donner les moyens aussi, que ce soit financier, ou autre chose je sais pas mais je pense que c'est notre rôle mais faut aussi nous aider à pouvoir faire ça. »

L'interne 8 intégrait la santé publique dont les épidémiologistes et nous proposait un cheminement de l'organisation de la prévention :

« enfin moi pour moi il y a plusieurs acteurs, mais ça commence par la santé, que les professionnels de santé, (...) maintenant quand j'y réfléchis, je me dis que peut être que tous les gens qui font de l'épidémiologie, euh voilà ils se rendent compte que ce genre de population (...) est plus apte à faire des mélanomes, (...) ça part de là, ensuite les professionnels de santé, ils font plein de recherches et de, d'études sur ça (...), ça part des professionnels de santé après ça va s'élargir parce qu'il faut que ça touche toute la population, sans exception, pas que nos patients, je pense que ça peut aller jusqu'à la pub, jusqu'à l'économie, ça peut aller vraiment loin, ça touche tout le monde quoi. (...) Par exemple quand ils mettent des publicités d'alcool, et « l'alcool peut nuire à la santé » à la fin des pubs, ça peut être sur des brochures chez le médecin traitant, par je sais pas, les laboratoires pharmaceutiques, même eux pourraient s'y mettre, même si c'est pas forcément dans un intérêt financier particulier, ça serait aussi par des pancartes dans les rues euh, enfin juste voilà, pour se rappeler, « l'été n'oubliez pas de vous crêmer », qui peuvent rappeler que voilà il faut faire attention à soi. »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

Pour les internes le médecin généraliste était l'acteur principal de la prévention dans le système de santé, mais il était aussi et surtout le lien entre tous les acteurs.

La prévention était l'affaire de tous. Elle était universelle selon eux, et pouvait donc être relayée par tous : les médias, l'école, les paramédicaux, tout le monde devait être impliqué.

G LA REMUNERATION

Lors de l'entretien n° 11, l'interne a introduit la notion de la rémunération dans les améliorations pour l'organisation de la prévention, et , nous avons donc rajouté une question de relance sur ce sujet.

Interne 11 : « *La démarche préventive (...) c'est quelque chose qui est assez peu compatible avec une rémunération à l'acte comme on l'a actuellement (...) moi j'envisage ça dans ma pratique future, pas forcément être rémunéré qu'à l'acte.* »

Interne 12 : « *c'est vrai que...elle est salariée, vis à vis du temps, ça pose déjà moins de problème* »

L'interne 13 fut surpris par la question, et replaça la problématique de la rémunération dans la réalisation de l'activité de médecine générale de façon globale : « *Spécifiquement pour la prévention, moi j'avoue j'y avais pas forcément réfléchi, moi je pense que y a une problématique de rémunération et du coup de consultation qui est bloquée à ces 15 min ou 10 ou 20(...) Forcément si on a des consultations plus longues, la rémunération à l'acte c'est un souci. Je pense qu'il y a des forfaits qui sont faits pour les maladies chroniques, les ALD tout ça, je pense qu'on pourrait très bien envisager, peut être un forfait pour une consultation, ou alors un acte plus long pour une consultation dédiée, (...) ou alors par exemple une matinée de consultations justement dédiées, avec un forfait sur la matinée, mais j'avoue j'avais pas trop réfléchi à ça en partie sur la prévention, je pense que c'est plus global la problématique de rémunération.* »

L'interne 14 était lui aussi gêné par la rémunération dans l'exercice global de la médecine : « *Ca ne me paraît pas trop adapté, (...) mais certains ont facilement, coupés un peu dans leur consultation, écourté un peu dans leur consultation et du coup, ils perdent en qualité notamment, en prévention par exemple (...) ça porte probablement, préjudice au patient et puis même au plaisir d'exercer des médecins et je pense que c'est pas bien...* »

Pour l'interne 15, , une meilleure rémunération permettrait de prendre plus de temps, comme pour l'interne 13 qui proposait un forfait pour les consultations dédiées.

« il faudrait des consultations mieux payées, du coup (...), mais on prendrait plus de temps, je pense qu'on manque de temps ouais. Ou alors faire des consultations dédiées, mais remboursées par la sécu, de prévention. »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

La rémunération à l'acte n'était pas adaptée à l'exercice de la prévention, car elle entraînait des consultations trop courtes, pour lesquels le problème principal était réglé, et il ne restait pas de temps pour mettre en place une démarche préventive.

Le problème de la rémunération était considéré comme un problème global de la médecine libérale et pas seulement de la démarche préventive par les internes.

H LA FORMATION DES INTERNES

Nous avons prévu une question de relance pour la formation des internes. Savoir si la formation leur paraissait adaptée, ce qu'ils en pensaient et ce qu'ils en attendaient nous paraissait important.

Pour quelques-uns d'entre eux, la question de la formation a été abordée bien avant l'apparition de la question de relance, elle est intervenue lors de la question sur les outils, lors des difficultés rencontrées, ou des éléments influençant la démarche (comme le manque de connaissances pour aborder certains sujets de prévention).

Nous avons souhaité faire préciser aux internes l'apport des différentes formations, la formation théorique de l'externat et de l'internat, la formation pratique en stage et l'influence des autres médecins.

1) Concernant la formation théorique :

i la formation théorique sur « le savoir »

Il y a ceux qui trouvaient que la formation théorique sur les connaissances, le savoir, était suffisante, adaptée, qu'entre l'externat et l'internat, les connaissances théoriques pour aborder la notion de prévention en médecine générale étaient vues et expliquées :

Interne 13 : *« le théorique du savoir, c'est à dire le calendrier vaccinal c'est telle date, telle date, je pense qu'on est très bien formé, c'est pas un souci. Pareil l'alimentation, (...) pour moi en tout cas elle est très bonne, je pense qu'on a beaucoup rabâché sur ces éléments là, les facteurs de risques cardio vasculaires, on les connaît, on sait comment les gérer, le diabète c'est pareil... »*

Interne 14 : « *Quand même on nous apprend un peu à faire de la prévention, probablement pas assez je veux dire, mais dans nos items de l'internat, on nous explique, voilà y a des choses qui sont recommandés en terme de prévention, vérifier la tension, euh, demander, je sais pas, la question minimum pour le tabac, tout ça on l'apprend à la fac, dans nos items ECN donc oui, y a déjà la formation théorique qui est là* »

Interne 2 : « *beh on a les bases...* »

Interne 5 : « *Moi je pense qu'on a déjà une bonne formation sur ce qui est prévention. On est très sensibilisé, que ce soit 1 par les médias, 2 par la fac, et 3 par les maitres de stages, (...) C'est un peu dans chaque item, sans que ça soit vraiment une matière à part entière ...* »

Et il y a ceux qui pensaient le contraire :

Interne 1 : « *C'est pas forcément, ce qu'on nous a appris. C'est pas la partie, J'ai pas senti nos profs particulièrement concernés dessus (...) on n'a pas de cours sur la prévention* ».

Interne 15 : « *Ah ben nulle. (...) En tant qu'externe on a eu aucune formation, déjà, niveau prévention, enfin moi j'ai pas le souvenir. En tant qu'interne, dans nos cours vite faits, , non je trouve qu'on est pas du tout formé* »

Interne 3 : « *Je pense qu'on a pas eu grand chose sur le plan théorique dans la formation des internes et que effectivement, on pourrait améliorer ça.* »

Interne 4 : « *Boh, c'est proche du néant, y a quasiment rien qui est fait, je pense qu'on est un peu livré à nous même, on nous touche deux mots la dessus* »

Interne 6 : « *Ah mais c'est zéro, c'est zéro, (rigole), on ne nous apprend pas du tout* »

Interne 7 : « *Ben je trouve qu'on n'est pas trop formé à ça. On est formé sur le diagnostic, la prise en charge tout ça, on n'est pas formé bien dessus.* »

Interne 8 « *Je ne vais pas dire qu'elle est nulle, parce que c'est faux quand même mais en fait, j'ai plus appris sur le tas que je n'aie reçu de formation* »

ii La formation théorique sur le savoir faire et le savoir être:

Tous les internes se sont rejoints sur la même notion et étaient unanimes. La formation théorique sur le savoir faire et le savoir être, c'est à dire comment la mettre en pratique et comment se positionner par rapport au patient, leur semblait insuffisante. Les internes ont spontanément proposé des pistes d'améliorations.

Interne 1 : « *le cours sur la prévention je pense que t'as une partie psychologie, Enfin tu vois, il faut savoir aborder le patient sur la prévention, sur des choses (...), qui vont pas forcément plaire au patient, et pour lequel il n'est pas encore atteint, ou il n'est pas concerné, ca c'est pas facile, ça on ne sait pas forcément le faire je pense.* »

Interne 2 : « en pratique ça dépend de la personne qu'on a en face, (...) c'est l'adaptation à la personne que ça on peut pas apprendre...qu'on a jamais appris »

Interne 4 : « on ne sait pas trop faire finalement, qu'on agit un peu de la même manière avec tous les patients, alors que selon les caractéristiques des patients, faudrait changer sa manière de faire, Presque un problème de psychologie, de communication, parce qu'on a aucun (...) Ateliers, ouais jeux de rôles...»

Interne 5 : « comment faire quand on est une fille parce que c'est pas forcément facile, ou quand on est jeune et qu'ils sont beaucoup plus âgés »

Interne 6 : « Déjà on nous apprend pas à communiquer en médecine, on nous apprend que des... que des choses...des choses cliniques, diagnostics, quel examen demander, mais en communication, c'est zéro ! (...)Ce qui serait bien, c'est de faire des jeux de rôles en fait, des trucs hyper pratiques (...). Qu'on nous apprenne des techniques de communication, parce que je trouve que c'est primordial la communication en santé »

Interne 7 : « Ce serait de faire des situations, enfin...pratique, de les mettre en place, d'en parler ensemble, et savoir comment chacun ferait pour expliquer la prévention au patient. Quelque chose de plus interactif en fait. »

Interne 8 : « Mais je pense qu'un truc tout fait avec un photocopié, un truc à lire, avec un examen dessus ça rentre pas dans les moeurs, il faut voir sur le tas. Plus de l'apprentissage au quotidien. »

Interne 9 : « Qu'on me donne des outils, des outils pratiques, comment on peut faire en partie sur une consultation qui est pas hyper longue parce que je sais que les ateliers thérapeutiques c'est sur des consultations plus longues, euh, qu'est ce que...) Assister à des ateliers thérapeutiques, qu'on y ait plus facilement accès »

Interne 10 : « qu'on ait plus de cours accès sur la prévention en elle même en tout cas je les ai pas bien assimilés, même les cours quand on est interne ça aborde pas trop ce sujet la non plus. Et après ouais peut être des ABAC (...) Formation jeux de rôles c'est pas mal, ou il y a quelqu'un qui joue le médecin, l'autre le patient, l'autre le soignant diététicienne etc...»

Interne 12 : « C'est quelque chose pour lesquelles on n'est pas assez formé globalement. On est formé à la prévention mais à la façon d'aborder avec le patient, on n'est pas du tout formé. (...)une approche documentaire qui nous manque, on sait pas trop quels documents remettre aux patients. Je trouve quand même que la prévention ça reste quand même plus superficiel »

Interne 13 : « Après la formation théorique sur les techniques, c'est...euh...le néant (...) une journée de cours à 50 où on fait 10 min d'ateliers paroles (...)c'est quasiment le néant quoi(...), je pense que pendant l'externat même en P2 D1, on peut le faire plus tôt, (...) une espèce de module, d'une vingtaine d'heure, enfin un truc qui soit sur l'année, (...) de communication, de technique (...) de relationnel...je pense que ça c'est essentiel...après le problème c'est qu'on a aucun prof qui est capable de faire ça, puisque aucun prof n'est formé à ça, mais je pense que c'est essentiel... »

Interne 15 : « *Je pense que par exemple si on pouvait me donner des outils, (...) que je puisse faire en consultation, par exemple, les sites internet (...), ça me plairait de pouvoir le faire, mais c'est vrai que je connais pas.* »

L'interne 13, a replacé ce problème dans la prise en charge médicale générale et nous a interpellé sur le format d'apprentissage qui lui a été proposé :

« *C'est un peu pareil pour le diagnostic d'annonce difficile...alors en théorie, ça sur le savoir on sait comment ça se passe, (...) mais concrètement (...) on a aucune idée de comment le faire, (...) tout le monde t'explique que c'est en apprenant sur le tas que tu progresses, je suis pas certain (rigole) que faire des erreurs surtout dans une manière de communication, soit une manière d'apprendre.* »

L'interne 14 abordait spécifiquement l'entretien motivationnel, pour exemple d'apprentissage de l'interne :

« *Je pense que c'est important que l'entretien motivationnel soit appris, et de façon théorique et pratique à la fac, pendant l'internat* »

L'interne 11 a proposé que les cours soient dispensés à toutes les spécialités :

Interne 11 : « *même ceux qui ne font pas la médecine générale, sont habilités à faire de la prévention, dans leurs spécialités, avec...ça serait bien qu'on ait tous à peu près la même attitude, qui soit une attitude validée et qui ait fait ses preuves.* »

2) La formation pratique

i Concernant les stages hospitaliers :

Deux internes ont été sensibilisés sur la prévention pendant leurs stages hospitaliers :

Interne 3 : « *Personnellement, j'ai fait des stages en tant qu'externe (.), j'en ai fait énormément, et ils nous ont beaucoup formé par rapport à ça, donc je pense que ça m'a plutôt aidé...* »

Interne 4 : « *Ben les stages hospitaliers oui, parce que tu vois, par exemple quand tu passes en médecine interne après tu n'appréhendes pas de la même manière...* »

ii Concernant les stages ambulatoires :

Il y a ceux qui ont eu peu l'occasion de faire des consultations seuls pendant leur stage 1 ambulatoire :

Interne 7 : « *Ben le truc c'est que j'ai pas trop géré moi, j'ai fait une après-midi seule...* »

Interne 14 : « *j'ai assez peu fait de consultations de médecine générale, parce que j'étais dans un stage où j'étais pas du tout autonomisé* »

Et il y a les internes qui ont beaucoup appris avec le médecin généraliste :

Interne 11 : « oui ça m'a aidé bien sûr, beaucoup plus les stages ambulatoires (...) l'expérience du terrain, les choses que je n'aurais pas retenus avec des cours, ça m'a donné l'impression que c'était utile. »

Interne 6 : « y a que chez le médecin généraliste que j'ai vraiment appris à faire de la prévention. »

Globalement, l'attitude des maitres de stage a influencé l'exercice des internes :

Interne 15 : « Stage prat, pas trop, parce que si j'ai eu voilà, ils en faisaient un petit peu, mais pas de consultations dédiées, un petit peu en fin de consultation comme ça vite fait mais voilà, j'ai essayé de choper deux trois idées, comme le test là. Mais pas tant, ils n'en faisaient pas tant. »

Interne 11 : « les maitres de stage je pense le pratiquaient pas plus que moi sans doute moins et du coup par mimétisme j'ai aussi moins appris ça. »

Interne 6 : « Ouais ils en faisaient pas mal ! Ouais du coup ça m'a donné envie de le faire »

L'interne 7 a proposé de rajouter un stage ambulatoire obligatoire :

« peut être que dans l'internat de médecine générale du coup avoir un stage de plus chez le praticien »

iii Les mini stages :

Après l'entretien 9, nous avons souhaité faire préciser l'apport des mini stages aux internes, en fonction des différences de parcours.

L'interne 9 qui a réalisé un mini stage au centre d'examen de santé, l'interne 14 qui a participé au centre d'accueil et de santé (CASE) et l'interne 15 qui a fait un mini stage en PMI, ont apprécié les bénéfiques formateurs de ces stages :

Interne 9 : « Mon stage à la sécu (NB : centre d'examens de santé) (...) j'ai participé à un atelier d'éducation thérapeutique, (...) donc ça m'a permis de savoir ce qu'attendaient les gens, qu'est ce qu'ils pouvaient savoir (...) , de savoir comment ils faisaient passer les messages, qu'est ce qui était compris qu'est ce qui ne l'était pas et du coup de pouvoir adapter mon discours derrière. »

Interne 14 : « surtout, le centre de prévention de risque, la CASE, vraiment ça a commencé à m'ouvrir sur le fait, de réussir à ne pas être moralisateur et essayer de comprendre la relation qu'ont les gens, essayer de comprendre les mécanismes de fonctionnement des gens, pour pouvoir les amener à trouver un truc bien pour la prévention. »

Interne 15 : « Et dans mes mini stages, ouais si, mais la PMI c'est une organisation un petit peu différente, tu peux pas coller la PMI à une activité libérale donc euh...enfin si, c'est intéressant mais c'est compliqué après de le transposer dans ton activité à toi quoi. »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

La formation théorique sur le savoir faire et le savoir être étaient pour les interviewés insuffisante et elle manquait de jeux de rôles, de mises en situation, et de sensibilisation aux outils et aux techniques nécessaires pour mettre en place une démarche préventive. La formation était essentiellement tournée vers le diagnostic.

La formation pratique lors des stages était dépendante des maitres de stages et le bénéfice tiré de ces stages était variable selon les internes.

Les mini stages, pour ceux qui ont choisi des mini stages en rapport avec le domaine de la prévention, ont été considérés comme bénéfiques.

I L'EDUCATION THERAPEUTIQUE :

Au 5^{ème} entretien, la notion d'éducation thérapeutique est arrivée dans la discussion,

Interne 5 : « *Plus de l'éducation thérapeutique que de la prévention. Vu qu'une fois qu'ils sont hospitalisés, c'est vrai que c'est un peu compliqué.*

« *Et pour vous l'éducation thérapeutique c'est pas de la prévention ?* »

Si c'est une sorte de prévention...C'est euh... A la limite c'est de la tertiaire...C'est pas de la primaire ni de la secondaire clairement. »

Etant donné que le baromètre de l'INPES ² montre que l'activité d'éducation thérapeutique est moins systématique chez les médecins généralistes, nous avons alors voulu savoir ce que les internes savaient sur ce domaine, et nous avons systématiquement abordé la question en fin d'entretien :

Pour l'interne 12 : « *C'est l'apprentissage de ... de règles de vie...qui puissent avoir...une action thérapeutique, ... sur, à distance pour le patient... Je pourrais mettre la case, je ne me souviens plus non plus, (rigole)...* »

Pour l'interne 15 : « *je sais pas trop comment dire, en gros former ton patient, apprendre à ton patient à gérer, à prendre en main, sa maladie, et à gérer sa maladie, à gérer sa santé quoi.* »

Pour l'interne 9 qui avait assisté à des ateliers thérapeutiques et qui a mentionné l'éducation thérapeutique spontanément dans la discussion, c'est « *Apprendre au patient sa maladie, ce sur quoi il peut intervenir, connaître son traitement, connaître la démarche à suivre, s'il y a quoi que ce soit, le suivi.* »

Pour l'interne 11, c'était d'une importance capitale « *c'est vraiment nécessaire dans toutes les situations, enfin toute personne qui a une maladie chronique doit avoir de l'éducation thérapeutique, au niveau des différents niveaux de sa maladie, et en fonction du patient et la complexité de la gestion de la maladie et du traitement (...) un monde idéal je pense qu'il devrait y avoir des éducations thérapeutiques de groupe, avec retour d'expériences etc* »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

L'éducation thérapeutique était une discipline difficilement maîtrisée et peu citée spontanément par les internes mais qui les intéressait.

J LE RESSENTI DES INTERNES

Le fil rouge de ces entretiens se trouve dans le ressenti des internes. Nous avons abordé leurs difficultés dans une question spécifique qui ont été essentiellement traitées dans la partie sur les facteurs influençant la démarche préventive, mais nous avons aussi choisi de rechercher dans la discussion, tout ce qui pouvait nous permettre de mettre en évidence ce que les internes ressentaient par rapport à la réalisation de cette démarche préventive.

Il y a eu beaucoup d'hésitation dans leurs réponses, et beaucoup de relances nécessaires pour discuter sur ces entretiens.

Un interne nous a dit que pour lui la démarche préventive était naturelle :

« Je crois que ça vient tout seul, enfin c'est. ...un peu comme tu es, c'est naturel... »

Les autres internes se sont montrés plus en difficultés :

Interne 12 : *« ce n'est pas forcément si facile que ça (...) on patauge un petit peu »*

Interne 15 : *« Après tu peux toujours tenter, c'est sur qu'après parfois tu te fais rembarrer. »*

Interne 5 : *« c'est facile de parler dans le vide, (rigole), mais par contre qu'on nous entende c'est un peu plus compliqué, enfin, se sentir entendu, c'est ça qui est difficile en médecine générale. »*

Interne 7 : *« c'est un peu dur de parler de prévention en général (...) faire de la prévention c'est compliqué, ça rentre dans une oreille ça sort de l'autre. »*

Mais ce n'est pas pour autant qu'ils se décourageaient, les internes ont insisté, ils souhaitaient persévérer:

Interne 6 : *« Mais je ne me décourage pas !! »*

Comme l'interne 15 quand il se confronte à un patient qui ne veut pas parler de prévention:
« je pense que c'est pas mort, je pense qu'on peut...ouais il doit forcément exister des solutions pour essayer de réaborder le sujet »

L'ensemble des entretiens reflétait que :

<p>La démarche préventive n'est pas sans difficulté pour les internes et la réponse à cet entretien a suscité beaucoup d'hésitations, mais ils ne se décourageaient pas.</p>
--

IV DISCUSSION :

A LA METHODE :

1) Le choix du sujet :

Le thème de ce travail était une évidence pour moi depuis plusieurs années. Mon expérience personnelle associative durant mon externat m'a permis de me poser des questions quant à l'exercice et à la formation des futurs médecins sur le domaine de la prévention. La question de recherche est le fruit d'une discussion avec ma directrice de thèse, qui a permis de recentrer le sujet autour du travail des internes en fin de cursus. Il existe peu de travaux dans la littérature qui mettent en exergue les représentations des internes dans la démarche préventive. Ce domaine reste difficile à évaluer et l'absence de données nous paraissait une première pierre à apporter à ce domaine de recherche. Nous espérions que les résultats proposeraient des hypothèses sur l'amélioration de la démarche des internes et notamment sur leur formation.

2) Le choix de la méthode :

L'analyse qualitative est l'étude la plus adaptée à l'étude des comportements, des attitudes et des représentations. Dans ce travail, le but était d'explorer les représentations des internes vis-à-vis de la prévention en médecine générale, de comprendre la démarche employée lors de leurs consultations et d'identifier les enjeux attribués à cette démarche préventive. L'analyse qualitative, par le biais d'entretiens semi directifs, semblait donc être la méthode la plus appropriée.

3) L'échantillon :

La première étape de la constitution de l'échantillon était de choisir des internes qui avaient déjà réalisé des consultations seuls donc un stage chez le praticien voire un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). En effet, nous avons besoin d'avoir des internes avec de l'expérience dans les consultations ambulatoires pour qu'ils puissent avoir un regard sur leur pratique. Nous avons choisi aussi de faire varier l'échantillon en terme d'internes ayant fait des SASPAS et d'internes n'ayant fait qu'un seul stage. Le recrutement a aussi permis d'interroger des profils différents, permettant de diversifier l'échantillon. Ainsi, un interne était en SASPAS à Mayotte lors des interviews, un autre a été interrogé malgré la réalisation de son internat à Toulouse pour son expérience associative importante qu'il nous semblait essentielle d'étudier. Un interne réalisait son internat au sein du service de santé des armées. Les volontés et devenirs professionnels étaient aussi différents entre les internes mais ils n'apparaissaient pas dans les critères de sélection. La parité a été respectée. La saturation des données est arrivée au 11ème entretien, nous avons poursuivi pour confirmer cette saturation mais aussi pour maintenir une diversité.

4) Le recueil des données :

Les temps d'entretiens se sont allongés au fur et à mesure car nous ajoutions les hypothèses des premiers aux suivants.

Nous avons pensé réinterroger les internes après l'analyse des derniers entretiens pour renforcer les dernières hypothèses proposées, malgré la présence d'une saturation des données. Cependant nous n'avons pas retrouvé de littérature en rapport avec cette méthode et cela aurait modifié notre méthode et notre recrutement. En effet, nous devions reprendre les interviews auprès des premiers internes qui avaient été interrogés plus de 6 mois avant, certains étaient en train de réaliser un SASPAS, cela aurait donc changé les données de l'échantillon et crée un biais entre la première partie du questionnaire et la deuxième.

Nous aurions pu introduire un focus group ou groupe d'expression, qui permet de tester les hypothèses avancées lors des entretiens semi directif et de faire émerger d'autres idées au sein d'un groupe interactif, cela nous aurait aussi permis de renforcer la variété des opinions et des sentiments des internes.

B LES BIAIS :

1) Biais de sélection :

Les interviewés recrutés connaissaient personnellement le chercheur pour 14 d'entre eux. Ce biais de sélection n'a pu être évité car l'échantillon d'internes reste limité et la plupart des internes d'une même promotion se connaissent au moins de nom et de visu.

2) Biais liés à l'organisation :

La méthode par entretiens semi directif était adaptée, mais la notion d'entretiens de visu dans un endroit calme et approprié n'a pas pu être réalisée pour les derniers entretiens, car certains ont été faits par téléphone, pour des raisons géographiques. Cela a pu entraîner une absence d'interprétation du langage non verbal. Les derniers entretiens sont plus longs, même par conversation téléphonique, les hypothèses peuvent être l'amélioration du chercheur quant à la tenue des entretiens, une distance sécurisante par téléphone, et le sexe masculin puisque c'est une majorité d'homme qui ont été interrogés à la fin.

3) Biais liés à l'investigateur :

L'interview par un interne de même semestre et de même spécialité a pu permettre aux interviewés de considérer le chercheur comme un pair, et donc d'être en confiance dans la discussion. Cependant le chercheur a souvent été interpellé pour confirmer leurs dires, il a fallu préciser à plusieurs reprises que le chercheur n'était pas là pour approuver leur réponse et qu'ils étaient libres de parler. Les réponses étaient certainement plus spontanées du fait du statut du chercheur.

4) Biais d'investigations :

L'inexpérience du chercheur dans la conduite d'un entretien semi directif a entraîné un biais d'investigations, notamment lors des relances, où certaines questions ont pu être moins ouvertes que prévues.

La formulation a été adaptée avec les internes en fonction des propos tenus et l'ordre n'a pas été respecté pour permettre une discussion plus fluide et pour rebondir sur les idées données mais cela a pu entraîner parfois une désorganisation de l'entretien et donc une discussion moins structurée.

5) Biais d'interprétation :

L'interprétation des résultats est obligatoirement influencée par le chercheur, d'autant plus lorsque celui-ci a pu s'identifier facilement aux interviewés. Cependant, la triangulation des entretiens a permis de limiter cet effet. Les hypothèses ont été recherchées sur la plupart des entretiens par la directrice de thèse et le chercheur, ce qui a permis de ne pas en omettre. Un double encodage a été mené afin de limiter ce biais.

6) Les limites :

Un des écueils de cette thèse est l'absence de focus group. En effet celui-ci aurait permis de créer un débat et de renforcer la diversité des avis.

Les autres limites se situent dans les biais décrits plus hauts, on peut retenir le biais d'interprétation important au vu de la position de pair et de l'attachement du chercheur au sujet.

C DISCUSSION DES RESULTATS:

1) Concernant la démarche préventive:

La première question de l'entretien était volontairement ouverte et large, nous voulions permettre aux internes de s'étendre sur le sujet en intervenant le moins possible. Cependant nous avons constaté une gêne, une difficulté à rebondir sur cette question avec des demandes de précisions, ou d'orientation pour la plupart des internes. Cette première intervention renforçait l'ambiance générale des entretiens et la mise en évidence d'une part de difficulté liée à ce sujet.

Après précision, les internes interrogés ont répondu de façon assez homogène quant à la description de leurs pratiques préventives. Pour eux la prévention était essentielle et faisait partie de leur mission.

Cependant, la démarche préventive restait secondaire dans la consultation et largement influencée par plusieurs facteurs. Le temps passé à faire de la prévention lors d'une consultation était court pour presque tous les internes ; ou long mais rare. La notion de

rapidité ressortait dans la majorité des entretiens. Nous n'avons pas retrouvé d'études évoquant la notion de rapidité ou calculant le temps de prévention accordé lors des consultations.

Leur pratique préventive semblait donc être reléguée à une seconde place bien que jugée importante.

Dans le baromètre Santé des médecins généralistes de 2009 ², on retrouve la perception de ce rôle indispensable de prévention, mais celui-ci met en évidence une importance dépendante des sujets abordés. Dans cette enquête, les médecins se désignent à 90% un rôle de prévention dans les thèmes biomédicaux comme la prévention cardio vasculaire mais à 35% en ce qui concerne la vie sexuelle ou affective. On ne retrouve pas cette importante différence dans le discours des internes interrogés. Pour exemple, les infections sexuellement transmissibles faisaient parties des thèmes les plus cités. La discordance de ces résultats pourrait être expliquée par la différence générationnelle. L'âge moyen des généralistes interrogés dans le baromètre santé est de 50 ans ². On peut penser pour cet exemple que cette évolution est liée à la découverte du VIH au début des années 1980. Les questions de prévention sur la vie sexuelle et affective seraient peut-être plus souvent abordées par les jeunes médecins du fait d'une plus grande sensibilisation dans la vie quotidienne et dans les études médicales. La démarche préventive semble donc être dynamique et ses thèmes évoluent avec les générations de médecins.

Concernant les stratégies adoptées, l'apport préventif se faisait essentiellement sous forme de discours informatifs ou de conseils donnés. Cette donnée est retrouvée dans le baromètre santé ², laissant peu de place pour la mise en place de démarches spécifiques comme l'utilisation de support ou le développement de pratiques d'éducation thérapeutiques.

Ainsi l'utilisation d'outils pédagogiques ou de supports d'information semblait être peu répandue bien que les internes déclaraient en vouloir plus et émettaient même des idées sur la forme de ces outils. On retrouve dans le baromètre santé INPES, que 78% des médecins interrogés pensaient que l'utilisation de supports écrits permettrait d'améliorer leur mission d'éducation et de prévention, ce qui renforce le propos des internes et leur demande. ²

Nous avons été surpris que l'idée d'utilisation des plaquettes rédigées par les laboratoires pharmaceutiques, ait été acceptée par tous les internes interrogés. Cependant ceux-ci restaient critiques et prenaient du recul vis-à-vis de cet outil : on note surtout une utilisation par défaut, c'est à dire plus par manque d'outil alternatif que par volonté d'utiliser ceux des laboratoires en particulier. L'empreinte de l'industrie pharmaceutique est donc bien présente dans la pratique des internes.

2) Concernant les facteurs influençant la démarche préventive :

Le principal facteur, la singularité du patient :

La présence de facteurs de risque évidents chez le patient ou de points d'appel aigus en rapport avec une démarche de prévention lors d'une consultation était un des facteurs facilitant la mise en place d'une démarche préventive. Un autre travail retrouve cet élément, la pratique préventive variait en fonction des points d'appels constatés lors de la consultation.²³

La personnalité du patient et son environnement sont aussi ressortis comme un facteur influant la démarche préventive chez tous les internes. Pour certains, ce fut même l'unique raison de l'échec de sa mise en place. Les internes ont semblé se heurter à beaucoup de refus, ils décrivaient parfois de l'agressivité, ce qui les a poussés à identifier le patient comme un facteur limitant.

Les internes interrogés semblaient également considérer que leurs patients étaient surtout en demande d'une prise en charge curative, et avaient du mal à intégrer la démarche préventive dans le temps imparti de la consultation. On retrouve cette notion dans un travail réalisé au Québec, qui met en évidence une difficulté de mise en place d'une démarche préventive, lorsque les patients consultaient pour une prise en charge curative.²⁴

Concernant les réponses à apporter à leurs difficultés, certains internes proposaient de réessayer lors des consultations suivantes, ou de passer la main à un autre acteur quand les représentations étaient trop éloignées des leurs. Ils évoquaient aussi la nécessité d'une sensibilisation par des acteurs extérieurs au milieu strictement médical (l'école, les médias), ce qui permettrait d'aborder plus facilement certains sujets de prévention avec les patients.

Les thèses (Fereday Bowring, Chaillou-Pean et Al.) réalisées dans la région Grand Ouest dans le contexte de l'évaluation des compétences des internes sur la prévention ont retrouvé comme facteur limitant les représentations du patient et son niveau de compréhension. Cependant, il n'est pas mentionné dans leurs études la notion d'agressivité que nous avons mise en évidence dans notre travail.^{3, 25, 26}

Les limites soulevées par les internes interrogés posent les questions de la gestion de la personnalité du patient et de ses représentations. Si la dimension médicale, le repérage des facteurs de risque semblent être des éléments maîtrisés par les internes, la prise en charge personnelle, adaptée reste encore difficile.

Le médecin :

Nous avons volontairement introduit une question de relance après les premiers entretiens sur l'influence du médecin. Nous trouvons que les internes interviewés étaient restés très centrés sur le patient, et n'avaient pas évoqué spontanément la position du médecin. En posant la question, la discussion a amené les internes à évoquer des traits de caractère ou des attitudes

qui pouvaient influencer leur démarche préventive. Pour les internes interrogés, favoriser une attitude de démarche préventive par le médecin était essentiellement lié à l'acquisition d'un savoir-faire et d'un savoir être, ainsi qu'à l'expérience.

Certains internes ont aussi évoqué la notion de confiance, avec l'impression que ceux-ci ne se sentaient pas toujours considérés par les patients. Il en a été de même pour les connaissances, certains internes ont exprimé le fait de ne pas être à l'aise ou même de ne pas aborder certains thèmes de prévention par manque de connaissance sur le sujet.

L'influence de la personnalité du médecin généraliste n'est pas évoquée comme facteur par les sujets interviewés², alors qu'on la retrouve comme étant un facteur important dans les thèses du Grand ouest^{3, 25, 26}.

On peut souligner ici la différence générationnelle entre les populations des différentes études que sont celles auprès des internes en formation et celle menée auprès des médecins en exercice. La future génération de médecins s'interrogera peut être plus sur ses propres représentations dans son exercice. Sans imposer une façon d'être, la mise en évidence d'attitudes facilitant la réalisation d'une démarche préventive et la proposition de solutions permettant de gérer les influences personnelles semblent représenter des pistes à renforcer dans la formation des étudiants, à l'instar des groupes Balint par exemple.

La relation médecin patient :

Dépendante des deux facteurs cités au dessus, la relation médecin-patient a été introduite de façon implicite au début des premiers entretiens, mais peu exprimée.

Elle a ensuite été mise en avant, avec la question de relance qui nommait spécifiquement cette relation. Les internes sont unanimes, elle est le garant d'une bonne démarche préventive, mais était cependant décrite comme peu évidente à mettre en place. On voit apparaître dans un entretien la notion que la démarche préventive est dépendante d'une bonne relation médecin-patient, ce qui n'est pas obligatoirement le cas dans la prise en charge curative aiguë. Seul un interne nous a précisé que celle ci s'appliquait à toute la prise en charge médicale, et pas seulement à la démarche préventive.

L'importance de la relation médecin-patient est abordée par les thèses de Fereday Bowring, Chaillou-Pean et Al.^{3,25,26} et le baromètre santé de l'INPES². Elle est un des outils considérés comme les plus importants pour réussir une démarche préventive.

La relation médecin patient englobe la gestion des facteurs patient et médecin. Ces données confortent l'évolution des mentalités dans la prise en charge médicale, avec la nécessité d'inclure le patient dans une démarche relationnelle et de laisser de côté l'attitude paternaliste. Cependant la maîtrise de cette relation semblait poser encore des difficultés aux internes interrogés, elle représente donc une des pistes d'amélioration de la formation.

L'organisation de la consultation :

Parmi les facteurs prépondérants, le manque de temps est ressorti de façon systématique dans les facteurs empêchant les internes de réaliser une démarche préventive.

La disponibilité du médecin, l'organisation du cabinet, les motifs de consultation font aussi parti des facteurs évoqués. On retrouve dans le Baromètre de santé Médecins Pharmaciens de 2003 et 2009, par exemple, que 91% des médecins interrogés souhaiteraient disposer de plus de temps. ^(2,27)

Il n'y a pas eu de solution spontanément proposée par les internes concernant ces facteurs.

Le Haut Conseil de la Santé Publique s'était penché sur la problématique de l'intégration de la pratique préventive dans la consultation en 2009, notamment avec l'apport des consultations dédiées.

Le rapport avait émis 10 recommandations sur les pratiques préventives en consultation de médecine ambulatoire, qui peuvent rejoindre les avis des internes interrogés.

Parmi elles, on retrouvait la problématique des consultations dédiées longues, nécessitant une organisation différente du temps médical, évoquée aussi par certains de nos internes et l'importance d'un continuum entre les consultations habituelles et une démarche préventive intégrée à celle-ci.

Les solutions apportées à ces problématiques étaient notamment l'établissement d'un référentiel de pratiques préventives cliniques de l'adulte pour guider les professionnels. ²⁸

La rémunération :

La question de la rémunération est apparue à la fin des entretiens, et n'a pas été abordée de façon positive.

Pour les internes, celle-ci est inadaptée à la démarche préventive, mais l'activité salariée n'est pas spontanément évoquée comme une solution. Les propositions sont différentes, mais tous rejoignent la nécessité d'augmenter la rémunération pour augmenter le temps de consultation par patient.

Les internes proposaient par exemple la mise en place d'une rémunération forfaitaire. Seulement deux des internes exprimaient la difficulté d'être rémunérés à l'acte dans l'exercice général de la médecine ambulatoire.

Cette notion apparaît aussi dans le baromètre santé mais n'est pas considérée comme le principal facteur limitant. Les médecins généralistes proposent pour 64% d'entre eux une rémunération spécifique ². Dans les thèses du grand ouest, la rémunération est aussi évoquée comme un facteur limitant ^{3, 25,26}.

La nouvelle convention médicale votée en août 2016 propose la majoration du prix de la consultation et l'intégration de nouveaux critères de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) notamment dans le domaine de la prévention (part d'intervention auprès des

patients tabagiques, alcooliques etc..). L'impact de la mise en place de ces nouvelles mesures sera à étudier à posteriori.²⁹

3) La place de la prévention en médecine générale et l'organisation du système de santé :

Les internes interrogés ont émis l'idée que, bien que la démarche préventive soit pour eux une mission principale du médecin généraliste, celui-ci n'en était pas l'unique acteur et parfois même qu'il n'en était pas le principal acteur. On perçoit dans leurs discours que le médecin généraliste est considéré comme un lien et non forcément comme l'initiateur de la démarche préventive.

Cependant les internes ont peu cité le rôle des autres professionnels de santé comme les paramédicaux.

On retrouve dans le rapport sur la coopération des professionnels de santé (Génisson, Milon et Al.) la proposition d'intégrer les personnels paramédicaux à la prise en charge pour libérer du temps médical avec une meilleur répartition des compétences. L'implication des infirmières, par exemple, dans la prise en charge préventive du patient, dans le suivi des maladies chroniques était une des pistes évoquées pour permettre un gain de temps médical, qu'il soit dédié à un autre axe de prévention ou à une prise en charge curative. Elle renforcerait l'impact des soins primaires dans la prise en charge du patient.³⁰

De leurs côtés, les propositions émises par les internes interrogés se rejoignent sur la nécessité de faire de la prévention en dehors du cabinet de médecine générale. Le médecin généraliste ne pouvant pas travailler seul, l'école et les médias représentaient des acteurs importants, voire incontournables.

On retrouve un point de vue différent parmi les médecins généralistes interrogés en 2009 qui considéraient les médias et l'école à moindre mesure².

Il y a ici une différence importante de vision de la médecine préventive, notamment sur la place de la prévention dans le système scolaire et l'éducation à la santé, pouvant peut être expliquer le retard de progression de la démocratisation de la prévention en dehors du domaine médical en France.

On remarque que les centres d'exams de santé sont peu connus des internes interviewés, cités seulement à deux reprises, leur mission est pourtant en soutien du travail des médecins généralistes. Un autre exemple, l'utilisation de SOPHIA, site dédié à l'accompagnement des patients diabétiques ou asthmatiques, géré par l'assurance maladie, n'est pas non plus cité. L'absence de mention par les internes de ces organismes pose le problème de la connaissance de ces structures et de l'intégration de celle ci dans leur pratique. Il pourrait être intéressant de savoir si ces structures ne sont pas connues par manque d'information lors des études, par manque d'intégration et de communication lors de la pratique ambulatoire ou bien encore par un manque d'intérêt ou de pertinence perçu par les praticiens.

Ces différents éléments rejoignent les données du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales publié en 2003, qui avait comparé les différents systèmes de santé organisés autour de la prévention parmi les pays européens, canadiens et américains.³¹

L'organisation française était alors peu tournée vers la prévention, et il existait déjà dans des pays comme le Canada ou la Finlande, le renforcement de la promotion de santé à l'école ou dans la pratique de la médecine générale. Tenant compte du peu de temps disposé par le médecin traitant, la mise en place de programmes comme « Osez la santé pour la vie » par exemple, renforçait le rôle des autres acteurs de la prévention en partenariat avec le médecin généraliste.³²

On retrouve aussi dans le modèle québécois la promotion des pratiques cliniques préventives. Bien que les médecins aient peu de temps à accorder à cette démarche, une des autres pistes d'évolution est le changement de comportement clinique des praticiens. Ce changement s'opère grâce à l'intégration de la prévention dans tout acte de consultation et grâce à la publication de référentiels et d'outils de formation des médecins autour de ce concept.³³

Autre exemple, encore outre atlantique, l'existence de communautés de pratiques, permet aux québécois de bénéficier d'un bilan d'habitudes de vie par une infirmière dans un centre d'examen communautaire, cette action permet de renforcer l'intervention pluri professionnelle mais est aussi un gain de temps pour le médecin.³⁴

En France, les recommandations du Haut Conseil de Santé Publique préconisent l'intervention des autres acteurs de la prévention, pour organiser la médecine de premier recours comme la Protection Maternelle Infantile (PMI) ou la médecine scolaire qui étaient aussi citées.²⁹

Ainsi, l'organisation du système de santé doit encore évoluer mais les directions à prendre ne sont pas tout à fait unanimes.

L'évolution politique par la nouvelle loi de santé 2016 avec la notion de démocratisation de la prévention, l'intégration de la santé dans le parcours scolaire, l'intégration du médecin généraliste au cœur d'un réseau et la diffusion large et en dehors de la prise en charge médicale des messages de prévention semblent représenter une première étape.¹

Les politiques actuelles semblent donner une place de plus en plus importante, et de ce fait légitime, à la prévention dans la prise en charge de la population. Les années à venir nous permettront d'évaluer l'impact de cette législation sur la santé globale des français.

4) La formation des internes :

La formation théorique :

Nous avons constaté, de façon assez générale, que les internes interrogés ne maîtrisaient pas les différentes notions de prévention, d'éducation thérapeutique, et ne connaissaient pas suffisamment les ressources à leur disposition pour les accompagner dans cette démarche. Nous avons aussi relevé la difficulté exprimée à faire de la prévention dans leur discours. La

question sur les définitions de prévention a gêné beaucoup d'internes, et nous avons senti lors des entretiens qu'elle avait pu en braquer certains.

Cela a aussi été constaté lors des thèses sur les compétences des internes ^{3,25,26}, leur conclusion était que la connaissance des définitions autour de la prévention n'était pas un critère d'évaluation de leur compétence. On peut se poser la question de la maîtrise d'une discipline si l'on n'en connaît pas les bases.

Le manque de formation était aussi décrit par les internes interrogés dans les thèses de Fereday Bowring, Chaillou-Pean et Al. ^{3,25,26}, et ce quelque soit le niveau de compétences. Pour exemple, le manque de formation autour de la communication semblait faire autant défaut dans leur travail que dans notre étude.

La manque de formation est aussi évoqué par les médecins interrogés dans le baromètre INPES de 2009, il est perçu comme un frein par ces derniers, notamment à propos de l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique²

Pour autant, les internes semblaient impliqués, la preuve en est par les suggestions de formation proposées par la plupart des internes. Nous avons ressenti une demande forte, importante d'une modification de l'apprentissage autour du savoir-faire et du savoir-être et d'un renforcement pour certains du savoir.

Le savoir sur la prévention est surtout abordé durant l'externat, les verbatims disparates entre ceux qui avaient l'impression d'avoir les bases et les autres ont pu être liés, entre autres, aux différences de provenances des facultés de médecine.

Concernant le savoir-faire, tous les internes se rejoignaient : la formation leur semblait insuffisante, et les propositions d'améliorations étaient nombreuses : cours de pratique en petits groupes, mises en situation, jeux de rôles, cours de communication, renforcement de la connaissance des outils, participation à des ateliers d'éducation thérapeutique. Certains internes ont aussi souligné le problème de l'apprentissage tourné vers la prise en charge curative essentiellement.

Les internes interviewés étant tous en fin de parcours, des actualisations de programmes ont été faites entre-temps, auxquels ceux ci n'ont pu assister.

Pour exemple, l'introduction de la formation des étudiants à l'éducation thérapeutique est quelque chose de récent.

L'enseignement du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale prévoit également, à partir de la rentrée 2017 de dédier une journée complète à la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique (lors du module 3). Les modalités de mise en place de cette journée devraient favoriser l'évocation de situations et les échanges entre internes autour de la pratique préventive. Par ailleurs, les internes devront attester du suivi d'un optionnel en rapport avec la relation médecin patient dans le but de développer cette compétence. Comme

ils décrivaient la relation médecin-patient comme un facteur prépondérant dans la mise en place d'une démarche préventive, cette formation devrait leur apporter des bases solides pour la construction de la relation avec leurs patients.

Concernant l'utilisation des outils distribués par les laboratoires pharmaceutiques, le Département de Médecine Générale a mis en place en 2015, un optionnel sur la « Formation à l'analyse critique de la promotion du médicament ». Il permet d'aborder et de former les internes sur la promotion faites par les laboratoires. Cet optionnel est actuellement accessible aux internes sur la base du volontariat et n'est pas encore intégré à la formation destinée à l'ensemble des internes de médecine générale. Des thèses sont en cours sur ce sujet, il sera intéressant de voir si les travaux mettent en évidence un besoin des internes d'être formés pour revoir la disponibilité de cette formation.

Concernant les stages pratiques :

L'apport des mini stages est apparu comme important pour les internes ayant participé à des formations en rapport avec une démarche préventive spécifique. Celle-ci pourrait représenter une piste dans la formation future autour de leur organisation et des thèmes proposés.

La place des praticiens est importante, et outre l'absence d'autonomisation pour deux internes, qui relève d'une problématique de formation plus générale, les autres internes ont été formés de façon disparate. Tous semblaient influencés par la pratique de leur senior, mais les pratiques étant différentes, leur impact semblait l'être aussi.

Les maîtres de stages universitaires, en tant qu'enseignants cliniciens sont des modèles de rôles. Ce terme exprime la notion qu'un médecin, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des externes et des internes avec qui il est en contact. Les caractéristiques des bons modèles de rôle sont celles qui permettent un apprentissage avec une influence à la fois significative et conforme aux compétences finales visées³⁵.

On peut supposer que l'apport de plusieurs modèles de rôles tels qu'il est proposé lors des stages ambulatoires permet de présenter un panel d'exercices différents. Ceci devrait permettre à l'interne de s'approprier une pratique personnelle issue de différentes visions d'exercice.

Cependant le fait que certains internes n'aient peu ou pas eu accès à une démarche préventive pendant leur stage, nécessite peut-être de renforcer la formation des maîtres de stages universitaires. Plus elle sera harmonieuse et dirigée vers la prévention, plus elle pourra être enseignée aux étudiants.

La place du SASPAS :

Les internes de SASPAS n'ont pas répondu différemment aux questions, cependant nous constatons que ce sont les internes qui sont passés en stage de SASPAS qui ont eu le plus de difficultés avec la question de crédibilité et de confiance, un interne nous rappelant qu'il s'agissait peut être même d'un frein que l'interne s'inflige seul dans cette position.

En phase d'autonomisation et de consultation seul, certains internes se retrouvaient en difficulté avec le fait de ne pas connaître les patients et de se sentir comme étant en situation de remplacement. On note une difficulté pour les internes à se projeter sur une patientèle à long terme. Seuls quelques internes ont exprimé cette notion de construction d'un discours de prévention sur du long terme.

Cette difficulté peut être expliquée par l'absence d'implication avec des patients sur une longue période lors des stages et la difficulté de suivre ces patients. En effet, l'organisation du stage chez le praticien, avec plusieurs praticiens et des jours différents de consultation ne permet pas toujours de revoir les mêmes patients et donc de construire une relation.

Dans l'étude de la revue *Exercer* portant sur les compétences de l'interne en SASPAS, est évoqué le fait que l'interne en SASPAS gagnait en confiance par rapport à l'interne n'ayant fait qu'un seul stage chez le praticien, et il en est de même pour les compétences en communication³⁶. Dans notre étude, ceci n'a pas été complètement vérifié chez les internes interrogés ayant réalisé un SASPAS. Les modalités des deux études sont différentes et les interrogations soulevées par les internes peuvent aussi évoquer un regard plus critique sur leur pratique grâce à l'autonomisation du SASPAS, suscitant plus d'hésitation dans leurs réponses lors de l'entretien.

L'éducation thérapeutique :

Concernant l'éducation thérapeutique, nous avons vu que les notions étaient peu maîtrisées par les internes interrogés.

Cependant, en 2009, le Haut conseil de la Santé Publique s'est penché sur les questions d'éducation thérapeutique, et a mis en avant dans ses recommandations la nécessité d'« intégrer au deuxième cycle des études médicales un enseignement obligatoire permettant de pratiquer l'éducation thérapeutique (formation à l'écoute, à la relation d'aide, à l'approche centrée sur le patient) ». On y retrouve aussi les notions de communication et de relation que les internes interrogés soulignaient dans les interviews : « Évaluer, notamment par des mises en situation, les compétences acquises par les étudiants, dans les domaines de l'écoute, de la relation avec le patient, de la prise en charge de la maladie chronique, de l'éducation thérapeutique. »³⁷

La prévention quaternaire :

Depuis quelques années, le terme de prévention quaternaire est de plus en plus utilisé dans la pratique du médecin généraliste³⁸. Elle correspond à l'action menée auprès du patient pour éviter la surmédicalisation, avec pour but de proposer des soins éthiquement et médicalement acceptables. Elle rejoint les concepts de soins palliatifs, elle anticipe l'évolution thérapeutique et prévient les risques d'acharnement par exemple. C'est aujourd'hui une mission importante, que les internes interrogés n'ont pourtant pas évoquée comme une démarche de prévention, nous n'avons donc pas relancé les internes à ce sujet. On peut se poser la question de l'intégration de cette dimension dans la notion de prévention ainsi que dans les pratiques des internes.

L'apport d'expériences personnelles :

L'apport expérientiel par des pratiques personnelles telle qu'associatives n'est pas retrouvé comme un facteur principal dans notre étude mais il permet une plus grande sensibilisation aux outils et aux techniques. L'apport d'un étudiant en SASPAS (réalisé dans les DOM TOM) a permis d'ouvrir à des problématiques de prévention concernant des populations différentes du cadre d'exercice des internes en Aquitaine. Ces différentes sources d'enrichissement des pratiques sont importantes à conserver et à valoriser auprès des internes, elles permettent de compléter la formation médicale délivrée.

Enfin, on peut se poser la question de la compétence ressentie par l'interne. Ceux ayant été interrogés dans notre travail ne se sentaient pas compétents en matière de prévention. Cette question est également posée dans les travaux cités précédemment.^{3,25,26} En effet, les internes interrogés dans ces travaux étaient en fin de cursus, ils sont donc désignés compétents sans se considérer compétents eux-mêmes, comme les internes interrogés dans notre travail. La prévention fait peut être état d'une dimension particulière pour laquelle la formation initiale ne serait pas suffisante et pour lequel il faudrait réfléchir à une formation continue adaptée.

V PERSPECTIVES:

Améliorer la formation des étudiants en médecine:

La formation représente le levier principal mis en évidence dans ce travail. La demande des internes et la logique de réflexion quant à l'amélioration des pratiques nous obligent à nous poser la question des améliorations à apporter concrètement à cette formation.

La formation du médecin commence dès son entrée dans les études médicales, elles devraient donc être mises en place sur l'ensemble de la formation médicale.

Plusieurs propositions semblent réalisables :

- Mettre en place des cours de communication par des intervenants extérieurs ou spécialisés à destination des étudiants en médecine.
- Mettre en place des jeux de rôles, des mises en situation pratique lors des formations dédiées à la prévention à tous les niveaux de formation.
- Renforcer le savoir sur la prévention en donnant accès aux différentes définitions et problématiques mais aussi ressources autour de la prévention aux étudiants en médecine.
- Former tous les internes de médecine générale, de façon systématique, aux techniques de prévention comme l'entretien motivationnel, la consultation dédiée, l'éducation thérapeutique, et ce par une formation théorique et pratique.
- Favoriser l'appropriation des outils et supports pédagogiques, leurs utilisations et leurs critiques, lors de la formation des internes de médecine générale.
- Renforcer l'harmonisation des stages pratiques ambulatoires en collaboration avec les maîtres de stages universitaires, en veillant à ce que l'approche préventive soit abordée comme une compétence à acquérir en fin de stage et de ce fait valorisée dans la consultation.
- Apporter une formation pratique plus diversifiée notamment par les minis stages en permettant d'accéder à des stages en rapport avec la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Elargir les données sur les pratiques préventives des internes :

La réalisation d'une thèse qualitative auprès de 15 internes n'a pas vocation à être représentative de cette population mais à proposer, à partir d'un échantillon diversifié, des pistes de réflexion pour d'éventuels travaux complémentaires.

La réalisation d'une étude complémentaire à notre travail pourrait se baser sur une enquête quantitative sur les démarches préventives des internes, semblable à celle réalisée par le Baromètre Santé des Médecins Généralistes de l'INPES. Le questionnaire standardisé auprès des internes de médecine générale pourrait être élaboré à partir des hypothèses évoquées dans notre étude et du questionnaire utilisé pour le baromètre.

Les hypothèses évoquées feraient alors l'objet d'une mise en place d'interventions permettant d'agir sur ces hypothèses dès le début de l'internat. Les nouveaux internes bénéficiant de cette intervention seraient alors interrogés par le même questionnaire à la fin de leur cursus pour voir si les modifications engendrées apporteraient un résultat.

Renforcer l'implication des futurs médecins dans l'organisation du système de santé :

Les futurs médecins ont des avis à donner sur l'organisation du système de santé, en rapport avec la prévention mais aussi dans le domaine de la médecine en générale. La preuve en est par les propositions apportées et les améliorations souhaitées.

Certaines questions ne leur ont pas été posées car elles concernaient une vision plus générale de la médecine, mais elles rejoignent les problématiques de prévention et sont importantes à souligner.

Les internes se sentent-ils impliqués dans l'organisation du système de santé ?

Malgré une volonté d'améliorer le système, cela ne pourra pas se faire si les jeunes médecins n'ont pas la place nécessaire pour modifier les pratiques actuelles.

L'autre question à soulever est celle de la connaissance de l'organisation du système de santé. En effet, pour être impliqué, il faut en connaître les rouages. Or, l'ignorance de l'existence des centres d'exams de santé, l'absence de connaissance des forfaits liés à la rémunération ou l'absence de connaissance de ressources pédagogiques disponibles sont des exemples qui posent le problème de la maîtrise de l'organisation de la santé en France et donc de l'implication en son sein.

Les internes ont-ils bien connaissance de l'organisation de la santé en France ? Si oui, quels sont ceux qui s'impliquent dans son évolution et à quelle mesure ? Si non, pourquoi n'en ont-ils pas connaissance, quels sont les obstacles à cette information ?

VI CONCLUSION :

Ce travail a permis d'étudier auprès de 15 internes de Médecine Générale, la place de la démarche préventive dans leur pratique lors des consultations ambulatoires chez le praticien. Nous avons pu mettre en évidence que la démarche préventive en consultation ambulatoire n'était pas une démarche facile et évidente pour les internes interrogés. Dans l'ensemble, celle-ci était faite sur un temps court, de façon peu fréquente et abordait surtout les facteurs de risques cardiovasculaires, les règles hygiéno-diététiques mais aussi les infections sexuellement transmissibles. Les outils utilisés pour aider l'interne dans sa démarche étaient peu nombreux et peu connus.

Les représentations des internes interrogés plaçaient la démarche préventive comme une démarche essentielle mais secondaire. Sa réalisation était liée à des facteurs favorisant ou limitant provenant du patient, du médecin, mais aussi de l'organisation même de la consultation.

Parmi ces facteurs, le manque de temps, la communication ou encore le manque de formation semblaient corroborer avec le rapport de l'INPES sur l'exercice des médecins généralistes. Il existe des propositions émises par les internes interrogés pour améliorer certains facteurs, et il paraît pertinent de les étudier afin de pouvoir peut-être en mettre certaines en place à l'avenir.

D'autres problématiques soulevées rejoignent celles des débats actuels législatifs ou ordinaires s'intéressant à l'organisation de la médecine préventive en France. Elles nécessitent d'impliquer les futurs médecins généralistes dans ces réflexions. Leurs propositions sur l'organisation du système de santé français sont nombreuses et elles partagent la volonté d'une prise en charge universelle, généralisée de la prévention, ne se limitant pas seulement au cabinet de médecine générale.

Ainsi, d'autres travaux devront s'attacher à étudier la démarche préventive des internes dans un travail représentatif, quantitatif, intéressant un plus grand échantillon d'internes pour vérifier les éléments constatés et/ou émettre de nouvelles hypothèses. Ce travail pourrait permettre de justifier un changement de l'apprentissage et des pratiques.

VII BIBLIOGRAPHIE :

1. Légifrance. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 Jan 26, 2016.[Internet]. 2016. [cited 2016 Aug 27]. Available from : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
2. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Baromètre santé médecins généralistes. INPES, 2009.
3. Federay-Bowring A. Les niveaux de compétence des internes en médecine générale de Poitiers en matière d'éducation, de prévention et de dépistage: une enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2012.
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. DRESS, 2015.
5. Flajolet A. Peut on réduire les disparités de santé ? – rapport Flajolet [Internet]. IGAS, 2007 [cited 2015 Jun 22]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf
6. San Marco JL, Jean-Louis. Définitions. In : Bourdillon, François ; Tubiana, Maurice. Traité de prévention. Paris : Flammarion, 2009, 421 p .
7. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 [Internet]. OMS, 2016 [cited 2016 Sep 1]. Available from: <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
8. Organisation Mondiale de la Santé. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century [Internet]. OMS, 2016 [cited 2016 Sep 1]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
9. Organisation Mondiale de la Santé. Déterminants sociaux de la santé. OMS 2016.
10. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique. INPES, 2016.
11. Haut Conseil de Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. Synthèse. HCSP, 2009.
12. Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.[Internet]. 2016. [cited 2016 Aug 27]. Available from : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

13. Légifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
14. Organisation Mondiale de la Santé | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. OMS, 2016.
15. Société Européenne de Médecine Générale. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE/ FAMILY MEDECINE. WONCA EUROPE ; 2011
16. Laurence Compagnon et Al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108:148-55
17. Légifrance. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique, 2016.
18. Université de Bordeaux. Du DFGSM2 au DFASM3 (diplômes de formation générale ou approfondie) [Internet]. [cited 2016 Aug 27]. Available from: <http://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Premier-et-second-cycle-de-medecine/Du-DFGSM2-au-DFASM3-diplomes-de-formation-generale-ou-approfondie>
19. Université Bordeaux. Enseignements - Collège sciences de la santé [Internet]. [cited 2016 Aug 27]. Available from: <https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Troisieme-cycle-de-medecine-generale/Enseignements>
20. Université de Bordeaux. Formation pratique - Collège sciences de la santé [Internet]. [cited 2016 Aug 27]. Available from: <https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Troisieme-cycle-de-medecine-generale/Formation-pratique>
21. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris]: GM Santé ; CNGE; 2011.
22. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;(84):142–5.
23. Turban F. Education thérapeutique du patient en médecine générale: représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2008.
24. Chevalier S., Renaud L., Hubert F. L'intégration de pratiques cliniques préventives. L'expérience d' « Au cœur de la vie. Québec » Institut national de santé publique du Québec, 2005:36 p.
25. Chaillou-Pean E. Les niveaux de compétence des internes en médecine générale de Nantes en matière d'éducation prévention et dépistage [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.

26. Dussart M, Jacquet Renoux C. Niveaux de compétence des internes en médecine générale de Tours en matière d'éducation, de prévention et de dépistage: une enquête qualitative. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2012.
27. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé - Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 [Internet] [Consulté le 14/10/2016]. INPES, 2003.
28. Haut Conseil de Santé Publique. Consultations de prévention [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique, 2009.
29. Fédération des Médecins de France. Analyse du projet de Convention Médicale 2016 - Fédération des Médecins de France. FMF, 2016.
30. Génisson C., Milon A. Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers [Internet]. [consulté le 14/10/2016] Sénat, 2014.
31. Inspection Générale des Affaires Sociales. Santé, pour une politique de prévention durable : rapport annuel 2003 de l'IGAS [Internet]. [Consulté le 14/10/2016] IGAS, 2003.
32. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Le système de prévention clinique: règles d'utilisation et normes graphiques de la signature Osez la santé pour la vie! Montréal. [Internet] [Consulté le 14/10/2016] . Santé publique, 2007.
33. Groulx S. Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives, 2007. 72 p.
34. Loa A., Fournier C., Vincent I. dir. Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux. 5e Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009. Saint-Denis. Inpes, coll. Séminaires. 2010. 169 p.
35. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. 2005 May; 6(2):98-111
36. Secret J, Schuers M. Impact du SASPAS sur les performances des internes aux ECOS. Exercer. 2013;106 (suppl 2):58S- 9S.
37. Haut Conseil de Santé Publique. Consultations de prévention. HCSP; 2009.
38. Jamouille M, La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste, 136-7. Prescrire, 32 (2012), 552-554

VIII ANNEXES :

A LE CODAGE

Name	Sources	Références
Améliorations	7	14
Consultation amenant à la prévention	9	41
Définition prévention	15	57
Education thérapeutique	9	26
Formations	13	69
Fréquence	15	42
Facteurs favorisants	3	4
La relation médecin malade	8	34
Le conseil minimal (comme technique)	2	9
Le rapport entre médecine générale et prévention	13	59
Leur démarche	12	151
Obstacles	1	10
Outils	15	124
Prévention Primaire	12	19
Ressenti des internes	13	77
Rémunération	8	46
Les sujets abordés	15	139
Système de sante	4	21
Le Temps	15	86

Techniques mode de réalisation	15	186
besoin et attentes de formation	14	102
communication	6	13
Difficultés dans la démarche	12	63
La place de la prévention	8	28
le système de sante	7	24
Les autres médecins	15	18
Lieux où faire de la prévention	9	37
Organisation de la prévention	15	75
Personnalité du médecin	4	11
Place des stages dans l'approche préventive	12	31
La population visée	12	47
Prévention secondaire	12	18
Prévention tertiaire	11	18
Eléments consultation favorisant	11	42
Eléments consultation limitant	13	62
Eléments médecins favorisant	8	35
Eléments médecins limitant	12	63
Eléments patients favorisant	15	107
Eléments patients limitant	14	112

B GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF FINAL :

Guide d'entretien semi directif :

Introduction :

Le but de l'entretien semi directif est de vous proposer une discussion autour de la prévention dans le domaine de la santé.

Toute information sera recueillie de façon anonyme et objective.

Les entretiens sont enregistrés pour faciliter le recueil des données.

M'autorisez-vous dans un cadre anonyme à enregistrer les données pour une exploitation secondaire des résultats ?

Guide d'entretien :

En quel semestre êtes-vous?

Faites-vous des consultations seul(e) ?

Avez-vous réalisé d'autres stages ambulatoires que celui-ci ?

Avez-vous déjà eu des expériences personnelles nécessitant une démarche préventive ?

Recueil qualitatif :

1 - Question principale : Que représente pour vous le concept de prévention en médecine générale ?

Sous thèmes :

2 - Pourriez-vous me parler de votre démarche préventive lors de vos consultations en pratique ambulatoire ?

3 - Quels sont les éléments qui influencent votre démarche préventive ?

4 - Quels sont les éléments qui vous permettraient d'améliorer, si besoin, cette démarche

Questions de relances

5 Quelle est la place de cette démarche préventive lors de vos consultations de médecine générale?

6 Comment décririez-vous votre démarche préventive, en termes de temps, de sujets abordés et de fréquence lors de vos consultations ?

7 Existe-t-il des circonstances ou des raisons particulières qui vous poussent à adopter une démarche préventive ?

8 Existe-t-il des circonstances ou des facteurs qui vous empêchent de mettre en place cette démarche ?

9 Quelles sont les difficultés dans votre démarche préventive que vous pensez pouvoir rencontrer ou que vous avez déjà rencontrées ?

10 Quels sont les outils ou ressources dont vous vous servez dans votre démarche préventive ?

- 11 Quelles sont vos suggestions pour améliorer la démarche préventive en général ?
- 12 Comment décririez-vous votre formation initiale pour maîtriser la démarche préventive ?
13. Les stages de troisième cycle (ambulatoires, hospitaliers) vous ont-ils permis d'appréhender différemment la prévention lors de vos consultations?

Questions ajoutées au fur et à mesure :

14. Quelle est l'influence de la rémunération sur votre démarche préventive ?
15. Quelle serait pour vous l'organisation idéale de la prévention en France ?
16. Que pensez vous de l'utilisation de plaquettes distribuées par les laboratoires comme en tant qu'outils pour votre pratique préventive ?
17. Que pensez vous de l'influence de l'attitude ou de la personnalité du médecin dans la démarche préventive ?
18. Pourriez vous me donner une définition de la prévention primaire, secondaire et tertiaire ?
19. Pourriez vous me donner une définition de l'éducation thérapeutique ?

Merci pour votre participation.

Les propos recueillis peuvent vous être communiqués par mail si vous le souhaitez.

C LES RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS

Les verbatims seront disponibles sur papier à la Bibliothèque de l'UFR de Santé de Bordeaux Segalen.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;
que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.