HAL
open science

État des lieux de l'attente des patients de médecine générale en matière d'éducation pour la santé : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs en sortie de consultation

Marie Attye

To cite this version:

Marie Attye. État des lieux de l'attente des patients de médecine générale en matière d'éducation pour la santé : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs en sortie de consultation. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01488193

HAL Id: dumas-01488193

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01488193v1

Submitted on 13 Mar 2017

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.

UNIVERSITE AMIENS JULES VERNE

FACULTE MEDECINE AMIENS

Année 2016 **N° 2016 - 180**

ETAT DES LIEUX DE L'ATTENTE DES PATIENTS DE MEDECINE GENERALE EN MATIERE D'EDUCATION POUR LA SANTE

ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRECTIFS EN SORTIE DE CONSULTATION

THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Mention Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 octobre 2016

Par

Marie ATTYE

JURY

Président de jury :

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Les juges :

Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Le directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Christophe CARTON

A Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Nutrition)
Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance pour cela et pour la qualité de votre enseignement.

A Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Cardiologie)
Responsable du service Unité de Soins Intensifs de Cardiologie et Unité de Douleur Thoracique
Pôle "Coeur - Thorax - Vaisseaux"

Vous avez accepté de juger ce travail. C'est pour moi un grand honneur que vous fassiez partie de mon jury, et ce à différents égards, soyez assuré de mon respect le plus profond et de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur Claire ANDREJAK
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

Merci de me faire l'honneur et le plaisir de juger ce travail. Je suis admirative de l'étendue de vos connaissances, de la clarté et la qualité de votre enseignement, et c'est l'occasion pour moi d'exprimer à votre égard ma grande considération.

A Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Médecine interne

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Mr le Docteur Christophe CARTON
Médecin généraliste à Montdidier

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail et ce sans aucune hésitation. Merci pour vos conseils, votre écoute, votre confiance et merci pour votre bienveillance.

Remerciements

A Jérome,

Tu as fait de ma vie le rêve que j'ai toujours voulu vivre. Merci d'être toi au quotidien et de m'apporter un soutien sans faille dans les épreuves de la vie. Notre famille est ma plus belle réussite.

A Jules et Arthur,

Vous me comblez de bonheur au quotidien et vous faites de moi la plus fière des mamans.

A ma mère,

Ton amour inconditionnel me donne des ailes et me permet d'être la femme que je suis aujourd'hui.

A Alex,

Ta détermination et ton optimisme m'ont toujours rendu admirative et font de toi un modèle au quotidien.

A Arnaud,

Merci de nous avoir ouvert la voie de la médecine.

A ma belle-famille, et Hélène qui m'ont toujours accueilli à bras ouvert.

A Aurore, Gaétan, Romain et Agathe,

Mes piliers, votre amitié m'est indispensable.

A mes collègues,

Fanie, Christophe, Bruno, Céline, Sophie, Eléonore, Virginie, Mag et bien d'autres qui sont toujours présents pour une pause-café ou une blague et qui font de moi un médecin heureux !

A mes anciens co-internes, Isabelle, Jean-Baptiste, Céline, Elodie, Perrine, Coralie qui ont rendu mon internat funky !

A tout ceux que je n'ai pu citer mais qui partage mon quotidien de près ou de loin et qui me rendent heureuse...

TABLE DES MATIERES

I/ INTRODUCTION p 11

II/ GENERALITES p13

II. A/ Notion de santé p13

II.A.1/ Définition p13

II.A.2/ Les déterminants de la santé p13

II.A.3/ La promotion de la santé p15

II.B/ L'éducation pour la santé p17

II.B.1/ Définition p17

II.B.2/ L'éducation pour la santé en médecine générale p18

III/ MATERIEL ET METHODE P20

III.A/ Choix de la méthode p20

III.B/ Sélection de la population étudiée p20

III.C/ Recrutement des participants p20

III.D/ Préparation des entretiens p20

III.E/ Déroulement des entretiens p21

III.F/ Transcription des entretiens p21

III.G/ Analyse des entretiens p21

III.H/ Guide d'entretien p22

IV/ RESULTATS p25

IV.A/ Présentation de l'échantillon p25

IV.B/ Relevé des conseils donnés par le médecin généraliste selon les patients p26

IV.B.1/ Les indications sur le traitement p26

IV.B.2/ La prise en charge de la douleur p26

IV.B.3/ Les conseils pour le sport p27

IV.B.4/ Les recommandations environnementales p27

IV.B.5/ Les conseils pour le suivi de pathologies chroniques p28

IV.C/ Manière de donner les conseils p29
IV.C.1/ Les conseils oraux p29
IV.C.2/ Les conseils écrits p29
IV.D/ Relevé des attentes des patients en matière de conseils p30
IV.D.1/ La prise en charge globale p30
IV.D.2/ Les indications sur le traitement p31
IV.D.3/ L'évolution des pathologies p32
IV.D.4/ Conduite à tenir avant de venir en consultation p33
IV.E/ Premier interlocuteur en matière d'éducation à la santé p33
IV.E.1/ Le médecin p33
IV.E.2/ Le proche entourage p34
IV.E.3/ Internet p35
IV.F/ Les conseils marquants p35
IV.G/ Les conseils oubliés p36
IV.H/ La confiance et la reconnaissance p37

V/ DISCUSSION p38

V.A/ Concernant l'échantillon p38
V.B/ Forces et limites de l'étude p38
V.B.1/ Les points forts p38
V.B.2/ Les points faibles p39
V.C/ Concernant les principaux résultats p40
V.C.1/Les types de conseils p40
V.C 1. a/ Horaire et posologie p40
V.C.1.b/ Prescription non médicamenteuse : Physiothérapie p41
V.C.1.c/ Prescription non médicamenteuse : Entretien physique et musculaire p42
V.C.1.d/ Prescription non médicamenteuse : Hygiène de vie p42
V.C.1.e/ Surveillance p43
V.C.1.f/ Explication de la physiopathologie et de la Physiopathogénie p44

V.C.2/ Modes de délivrance des conseils p45
V.C.2.a/ Documents élaborés par les laboratoires ou les organismes de prévention p45
V.C.2.b/ Documents élaborés par le médecin p45
V.C.2.c/ Conseils écrits sur l'ordonnance manuelle p45
V.C.2.d/ Conseils écrits sur l'ordonnance informatisée p45
V.C.3/ Le premier interlocuteur p46
V.C.3.a/ Le médecin p46
V.C.3.b/ Le proche entourage p46
V.C.3.c/ Internet p46
V.C.4/ Les conseils marquants et conseils oubliés p47
V.C.5/La confiance envers le médecin p49

VI/ CONCLUSION p50
VII/ BIBLIOGRAPHIE p52
VIII/ ANNEXE p55

I/ INTRODUCTION

L'éducation pour la santé est un enjeu majeur de santé publique, et les médecins généralistes en sont un des piliers.

Selon la WONCA (world organization of national colleges, academies and academics associations of general practioners/family Physicians), le médecin généraliste doit favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace et cette discipline a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté (1).

Le baromètre de la santé publié en 2009 nous permet de comprendre le point de vue des médecins en matière d'éducation pour la santé.
Cette enquête révèle que plus de 98% des médecins déclarent que la prévention fait « tout à fait » ou « plutôt » partie de leur rôle dans les domaines du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'alimentation, de l'activité physique et du risque cardio-vasculaire. De plus, 95,7% des médecins interrogés estiment que la prévention doit être faite par les médecins généralistes eux-mêmes (2).

A noter que 78 % des médecins généralistes interrogés considèrent les documents d'information-patients comme utiles pour améliorer leurs pratiques préventives (2).

Cependant, les médecins ne sont pas les seuls demandeurs, car les patients eux aussi expriment le besoin de documents d'information. Une étude canadienne s'est intéressée à un échantillon de 88 patients en 2002, et retrouve que 90 % des patients interrogés déclarent désirer recevoir des documents d'information (3).

Nous nous sommes donc intéressés au point de vue des patients en matière d'éducation pour la santé.

Le baromètre d'opinion DREES 2015, nous révèle que plus de 8 français sur 10 sont satisfaits de la qualité des soins prodigués par les médecins généralistes (88%). La satisfaction vis-à-vis de la qualité de ces soins se retrouve dans la confiance accordée par les français à leur médecin. Plus de la moitié d'entre eux déclarent qu'en matière d'information sur la santé, ils n'ont confiance qu'en ce que dit leurs médecins (52%), et que la première chose qu'ils font quand ils sont malades ou inquiets pour leur santé est de le consulter (58%) (4).

La démocratisation et le recours de plus en plus systématiques à internet va probablement faire beaucoup évoluer ces éléments à l'avenir.

Cependant, une étude auprès des médecins généralistes de la Somme a prouvé qu'un quart des médecins interrogés se sentent inefficaces en éducation thérapeutique. Ce sentiment d'inefficacité s'avère renforcé, pour plus de la moitié des médecins, par le sentiment que les patients ne sont pas intéressés par une démarche éducative, ne viennent pas dans ce but, ou que le motif de la consultation ne permet pas de développer une telle démarche (5).

C'est dans ce contexte que notre travail est né, nous nous sommes demandés quelles étaient les attentes d'une patientèle de médecine générale en matière d'éducation à la santé.

Nous avons donc mené une étude qualitative auprès de plusieurs patientèles de médecine générale en sortie de consultation.

L'objectif principal de cette thèse est de connaitre l'attente des patients de médecine générale en matière d'éducation pour la santé.

Dans le cadre des objectifs secondaires, nous souhaitons déterminer quel support d'information est le plus efficace en matière d'éducation à la santé selon les patients, et quels impacts ont les conseils sur les patients.

D'autre part, nous voulons connaître les domaines dans lesquels les médecins généralistes délivrent le plus de conseils, ainsi que les freins qu'ils rencontrent.

Notre dernier objectif secondaire est de déterminer quel est le premier interlocuteur des patients en matière de santé.

Ce travail permettra donc de faire un état des lieux des informations remises aux patients en consultation en plus de l'ordonnance habituelle, et peut-être de faire des propositions afin d'améliorer l'éducation pour la santé.

II/ GENERALITES

Pour réellement comprendre le concept d'éducation pour la santé, il est nécessaire de s'intéresser à la notion de santé.

II.A/ Notion de santé

II.A.1/ Définition

En 1946, l'OMS propose une définition de la santé, considérée comme un « état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (6).

Cette définition est en constante évolution, et a notamment été remise en question en 1986 lors de la conférence d'Ottawa (7), où le concept de santé n'est plus un état stable et rigide mais un processus dynamique, évoluant en fonction des événements de la vie du sujet. On passe de la santé en tant qu'« idéal » à atteindre à la santé en tant que ressource de la vie quotidienne, un moyen de réaliser ses ambitions et besoins.

Cette évolution du concept de santé fait passer d'un modèle d'éducation tridimensionnel (bio-psycho-social) à un système multidimensionnel, où les dimensions sont celles définies par le sujet lui-même, prenant ainsi en compte le sens qu'il désire donner à sa vie.

L'état de santé d'une personne se caractérise donc par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques appelés déterminants de la santé.

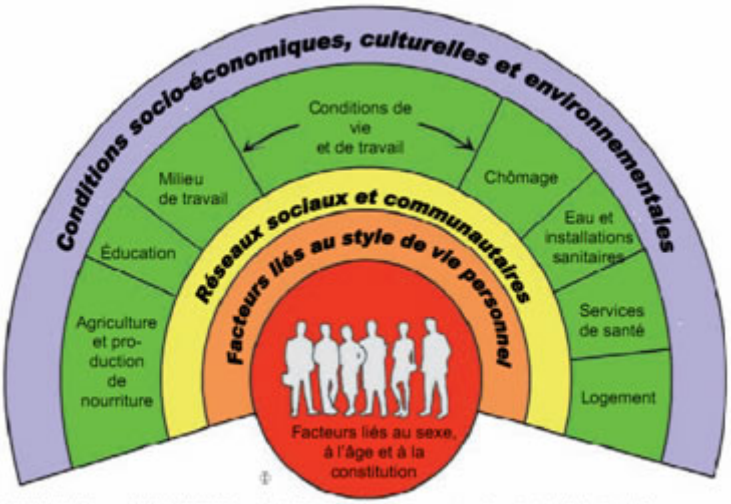
II.A.2/ Les déterminants de la santé

De nombreux scientifiques ont étudié les interactions entre les déterminants de la santé.

Ces études sont complémentaires, certaines privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les

fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et inter-agissant au cours de la vie.
Nous avons décidé d'illustrer le concept de déterminants de la santé grâce au Modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) (8):

Ce modèle présente les déterminants de la santé en 4 niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils inter-agissent entre eux.



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. Stockholm (traduction)

Figure 1 : Les déterminants de la santé selon le Modèle de Dahlgren et Whitehead (1991)

- Le premier niveau « Facteurs liés au style de vie personnel » concerne les comportements et styles de vie personnels, influencés par les modèles qui régissent les relations entre amis et dans l'ensemble de la collectivité. Ces rapports peuvent être favorables ou défavorables à la santé. Les personnes désavantagées ont tendance à montrer une prévalence plus élevée des facteurs comportementaux comme le tabagisme et une alimentation médiocre et feront également face à des contraintes financières plus importantes pour choisir un style de vie plus sain.

- Le second niveau « Réseaux sociaux et communautaires » comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs. Ces interactions sociales et ces pressions des pairs influencent les comportements individuels de façon favorable ou défavorable.

- Le troisième niveau « Facteurs liés aux conditions de vie et de travail » se rapporte à l'accès au travail, l'accès aux services et aux équipements essentiels : eau, habitat, services de santé, nourriture, l'éducation mais aussi les conditions de travail. Dans ce niveau, les conditions d'habitat plus précaires, l'exposition aux conditions de travail plus dangereuses et stressantes et un accès médiocre aux services créent des risques différentiels pour les personnes socialement désavantagées.

- Le quatrième niveau « Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales » englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble. Ces conditions, comme la situation économique du pays et les conditions du marché du travail ont une incidence sur toutes les autres strates. Le niveau de vie atteint dans une société, peut par exemple influer sur les possibilités d'un logement, d'un emploi et d'interactions sociales, ainsi que sur des habitudes en matière d'alimentation et de consommation des boissons. De même, les croyances culturelles sur la place des femmes dans la société ou les attitudes profondes par rapport aux communautés ethniques minoritaires peuvent influer sur leur niveau de vie et position socio-économique.

Ce modèle nous permet de comprendre la complexité des déterminants de la santé.

On s'orientera donc vers la notion de promotion de la santé qui a « pour but de donner aux individus davantage de maitrises de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. » (7)

II.A.3/ La promotion de la santé

Le développement des pratiques en faveur de la promotion de la santé devient vite un enjeu de santé publique.

Les principes de la promotion de la santé ont été posés en 1986 lors de la conférence internationale de la promotion de la santé à Ottawa qui a abouti à la charte d'Ottawa (7).

Cette charte reste encore aujourd'hui un texte de référence pour les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Elle présente plusieurs axes majeurs, dont un axe concernant la réorientation des services de santé : « Par-delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé(…) doit se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé , en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composants de caractère social, politique, économique et environnemental. ». Cet axe permet de comprendre l'importance majeure de la connaissance et maitrise des déterminants de la santé pour tous les acteurs de la prévention.

De surcroit, un autre axe détaille l'importance de l'acquisition d'aptitudes individuelles : « La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. »

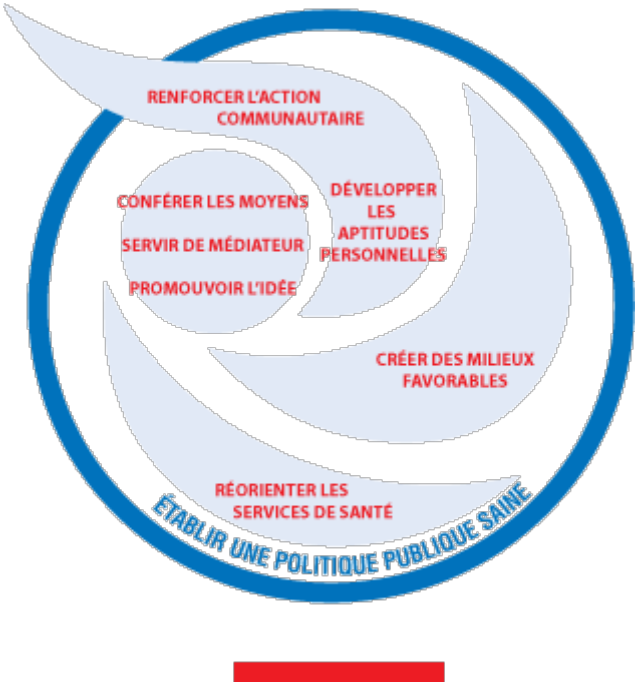


Figure 2 : Les principes de la promotion de la santé selon la charte d'Ottawa

II.B/ L'Education pour la santé

Comme nous venons de le voir précédemment, la charte d'Ottawa reste un des textes maîtres en matière de prévention. Les participants de cette charte étaient convaincus qu'en suivant ces stratégies de promotion de la santé, la santé pour tous en l'an 2000 deviendrait une réalité.

Même si cette réalité est un peu atténuée, ces piliers de la promotion de la santé notamment le développement d'aptitudes nouvelles, est le but de l'éducation pour la santé à l'heure actuelle (9).

II.B.1/ Définition

L'éducation pour la santé fut décrite pour la première fois à partir de la décennie 1970-1980 par des hémato-cancérologues français suivant un de leur jeune patient atteint d'une leucémie aiguë (10). Ce patient fut traité au Texas dans le centre anti cancéreux MD Anderson de Huston grâce à des relations personnelles. Là tandis que l'on commence à soigner leur enfant, les deux parents sont invités à suivre une formation d'une semaine à temps plein. Elle doit les aider à suivre et à participer le mieux possible à la prise en charge de leur fils.

Trente ans plus tard, on retrouve ces principes dans la définition de l'éducation pour la santé proposée par le glossaire de la base de données en santé publique (11) : « L'éducation pour la santé comprend des situations consciemment construites pour apprendre, (…) y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé ».

En 2001, le ministère de la santé avec Bernard Kouchner met donc en place un plan national d'éducation pour la santé (12, 13) avec pour « but que chaque citoyen acquière, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité ».

II.B.2/ L'éducation pour la santé en médecine générale

L'éducation pour la santé en médecine générale est définie de la même manière que pour tous les autres acteurs de la prévention. Elle présente néanmoins la spécificité d'être très dépendante de l'implication du médecin pour les thématiques de prévention.

Cette implication est corrélée à de multiples facteurs que nous allons détailler succinctement.

Le premier facteur majeur en matière d'éducation est la capacité du médecin à transmettre ses connaissances en bouleversant la relation médecin-malade. Le médecin présente souvent une attitude paternaliste, avec une transmission verticale du savoir. Cependant l'éducation pour la santé implique le développement d'un partenariat médecin-patient, dans lequel le patient devient expert de sa maladie grâce à un professionnel qui reconnaît ses compétences (14).

Le médecin doit donc être prêt à modifier la relation médecin-malade pour s'orienter vers une relation équilibrée.

Le second facteur intimement lié au premier, est la volonté du médecin de se former en matière d'éducation. En effet, la formation médicale initiale est plus centrée sur l'apprentissage des maladies que sur le malade dans sa globalité. Or, nous savons maintenant qu'une démarche éducative efficace tient compte de la totalité des déterminants de la santé qu'il parait difficile d'appréhender sans formation complémentaire.

Le dernier facteur est la volonté du médecin à libérer du temps en consultation. En effet, les actions éducatives individuelles requièrent un temps spécifique, actuellement non reconnu et donc non rémunéré. Cette éducation informelle se trouve ainsi dévalorisée par rapport aux programmes d'éducation thérapeutique du patient en groupe, codifiés par l'agence régionale de la santé et faisant l'objet d'une rémunération spécifique. Toutefois, les notions de forfait Affection Longue Durée et autres rémunérations non liées à l'acte tendent peut-être à négliger ce déficit.

L'éducation pour la santé est une manière d'apporter des informations au patient sous une forme appropriable, sans le culpabiliser, le stigmatiser, l'infantiliser ni l'effrayer.

Le principe même de l'éducation pour la santé est de ne jamais juger les personnes ne suivant pas les informations transmises.

Les comportements qui en découlent doivent être le fruit du libre choix de chacun. En effet, si le médecin doit se poser la question de savoir s'il a bien mobilisé tous les moyens qu'il a à sa disposition, il ne doit pas poursuivre l'objectif d'atteindre un résultat que le patient ne désire pas, une fois qu'il est bien informé des conséquences.

Depuis quelques décennies, le métier évoluant, les médecins généralistes ont dû modifier leurs pratiques au fur et à mesure des politiques de santé publique pour prendre enfin une place majeure en tant qu'éducateur pour la santé.

Nous sommes face à des populations en médecine générale comprenant des patients présentant divers degrés de motivations. L'éducation pour la santé se doit donc d'être une éducation pour tous.

Ce rôle d'éducateur en santé va être affirmé de nouveau en 2009 avec la publication de la loi Hôpital patient santé territoire (15) où il est dit que « Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées, avec les établissements et services de santé, sociaux et médico sociaux (…). Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux(..)
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- L'éducation pour la santé ».

Cette notion est ensuite affirmée par le haut conseil de la santé publique qui explique que « A côté des programmes qui évoquent un processus limité dans le temps, dont le contenu et le déroulement sont précisés à l'avance, il existe une éducation thérapeutique intégrée à la pratique des professionnels de premier recours, en particulier à celle du médecin traitant » (16).

III/ MATERIEL ET METHODE

III.A/ Choix de la méthode

Afin de répondre à la question posée, une étude qualitative a été menée par réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients en sortie de consultation de médecine générale.

III.B/ Sélection de la population étudiée

Un courrier expliquant le but de ce travail de thèse ainsi qu'un exemplaire du guide d'entretien a été remis à différents médecins généralistes de cabinets de groupe.

Ces entretiens étaient réalisés uniquement après signature d'un consentement de la part des médecins.

Le choix des cabinets s'est effectué en fonction de critères pratiques :

- Les entretiens nécessitaient de pouvoir mettre à disposition un lieu neutre et clos afin d'assurer l'enregistrement et la confidentialité.

- Les cabinets de groupe permettaient de réaliser un recrutement plus large

III.C/ Recrutement des participants

Nous interpellions les patients à la fin de leur consultation, de manière aléatoire.

Nous nous positionnions en sortie du cabinet, sans avoir prévenu préalablement le médecin, afin d'exposer au patient le travail de thèse réalisé et de proposer un entretien de quelques minutes en lieu clos et en toute confidentialité.

III.D/ Préparation des entretiens

Un script servant de guide d'entretien a été rédigé au préalable. Ce guide d'entretien n'était pas un questionnaire. Il s'agissait d'une liste de thèmes que le chercheur souhaitait aborder et, restait modulable en fonction du déroulement de la rencontre.

Il se composait d'une première partie contenant une explication du travail de recherche puis énonçait les modalités du déroulé de l'entretien. La seconde partie débutait par une

présentation des patients suivie de huit questions ouvertes permettant d'aborder les thèmes suivants :

- Informations et conseils (Type et support) remis par le médecin traitant lors de la consultation
- Attente des patients en matière de conseils de la part de leur médecin traitant
- Freins aux conseils selon les patients
- Information retenue au long cours par les patients

Deux questions concernant leur âge, sexe ont été formulées dans le but d'analyser la population étudiée.

III.E/ Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés au premier semestre 2016 dans 4 cabinets de groupe différents.

Chaque entretien a été enregistré intégralement au moyen d'un dictaphone numérique et, ce, avec l'accord du patient.

Les questions étaient traitées selon la progression établie dans le script d'entretien. Les interventions de l'intervieweur consistaient en des relances pour clarifier et approfondir le point de vue des patients interrogés ou pour repréciser la question quand elle n'était pas comprise.

III.F/ Transcription des entretiens

La transcription des entretiens a été effectuée mot pour mot à partir des enregistrements via le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Afin de garantir l'anonymat, chaque patient a été désigné par la première lettre de son nom de famille ou prénom (selon la présentation faite par la personne), et les entretiens ont été numérotés de 1 à 60 selon l'ordre d'enregistrement.

III.G/ Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a été effectuée avec l'aide du logiciel Nvivo® 11 qui apportait une aide technique mais n'effectuait aucune interprétation des données. Ce logiciel a permis de faire une analyse de tous les entretiens phrase par phrase, encore appelée « Grounded Theory».

Pour chaque entretien, un « codage » a été réalisé. Cela consistait à extraire des mots ou phrases permettant de regrouper des idées semblables présentes dans tous les entretiens sous forme de catégories encore appelées « nœuds ». L'objectif était de les mettre en lien, d'en ressortir des arguments et des réponses en rapport avec les questions posées initialement.

Ces « nœuds » correspondaient donc aux résultats. Le nombre de rencontres a été déterminé par la saturation des données. Cette saturation était atteinte lorsque le compte-rendu ne révélait plus de thème nouveau supplémentaire qui enrichirait la théorie. Ce principe nécessitait un examen évolutif et continu qui débutait dès les premiers entretiens.

III.H/ Guide d'entretien

Bonjour,
Je me présente, Marie ATTYE, je suis remplaçante en médecine générale et j'effectue mon travail de thèse sur l'éducation pour la santé.
Je vais vous poser quelques petites questions afin de recueillir des données pour ce travail de thèse.
Sachez que vos réponses resteront **ANONYMES**, et que je vais enregistrer notre entretien au seul but de pouvoir retranscrire vos réponses à l'écrit par la suite.

1) **Pouvez-vous vous présenter ?**

- *Questions de relance :*

  - *Quel est votre âge ?*
  - *Quel est votre sexe ?*
  - *Habitez-vous en ville ou à la campagne ?*
  - *Qui était concerné par la consultation d'aujourd'hui ?*

2) Quelles informations en plus de l'ordonnance de médicaments classique votre médecin vous a-t–il données lors de la consultation d'aujourd'hui ?

- *Questions de relance :*

  - *Parlez-moi des conseils que vous a donnés votre médecin aujourd'hui ?*

- *Quelles précisions en matière de posologie le médecin a apporté sur l'ordonnance ?*

3) **<u>Comment votre médecin vous a-t-il prodigué les conseils que vous avez reçus aujourd'hui ? Qu'en pensez-vous ?</u>**

- *<u>Questions de relance :</u>*

  - *Parlez-moi des documents que vous a donnés votre médecin ?*
  - *Parlez-moi de ce qui est écrit sur votre ordonnance ?*
  - *Racontez-moi ce que vous a dit votre médecin ?*
  - *Auriez-vous préféré d'autres moyens pour recevoir les conseils ?*

4) **<u>Qu'attendez-vous du rôle de conseil de votre médecin traitant ?</u>**

- *<u>Questions de relance :</u>*

  - *Que cherchez-vous comme conseils quand vous venez chez le médecin ?*
  - *Dans quels domaines aimeriez-vous que votre médecin vous conseille ?*

5) **<u>Quand vous avez une question concernant votre état de santé ou vos habitudes de vie (alimentation, activités sportives, prise médicamenteuse, conduite à tenir face à un problème médical), comment vous renseignez-vous ? A qui demandez-vous des conseils ?</u>**

6) **<u>Qu'auriez-vous aimé avoir comme informations ce jour que votre médecin ne vous a pas données ?</u>**

- *<u>Questions de relance :</u>*

  - *Quelles sont les questions que vous vous posiez et qui sont restées sans réponse ?*

7) **<u>Pourquoi ne vous a-t-il pas donné ces informations selon vous ?</u>**

8) **Citez-moi un conseil que vous avez reçu de votre médecin traitant il y a longtemps et que vous n'oublierez jamais.**

9) **Souhaitez-vous m'en dire plus ?**

IV/ RESULTATS

IV.A/ Présentation de l'échantillon

Nous avons interrogé des patients en sortie de consultations de médecine générale de 4 cabinets de groupe :

- 1 cabinet pluridisciplinaire, composé entre autres de 4 médecins généralistes, situé dans un milieu rural
- 2 cabinets pluridisciplinaires situé dans un milieu urbain : Le premier était composé de 5 médecins généralistes et le deuxième en compte 9.
- 1 cabinet composé uniquement de 4 médecins généralistes en milieu urbain.

La saturation des données a été atteinte au bout de 60 entretiens.

Notre échantillon se composait de 36 femmes pour 24 hommes.

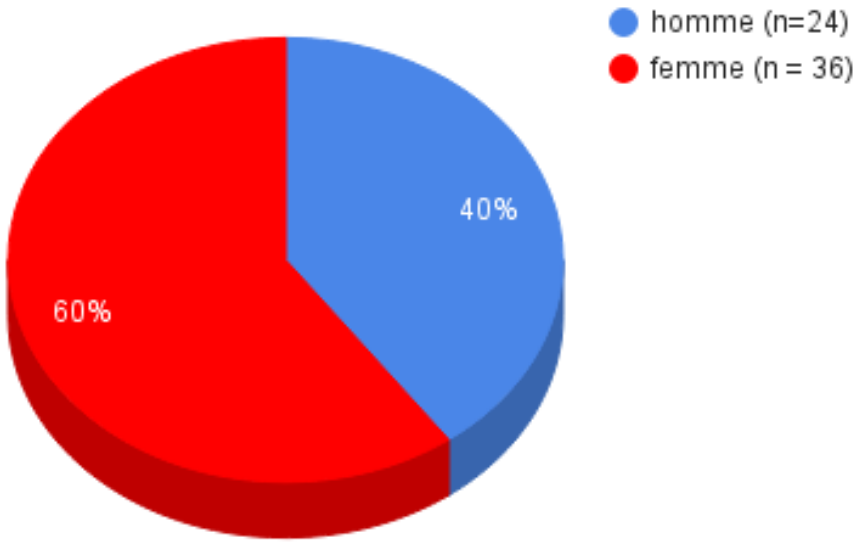


Figure 3 : Caractéristiques de l'échantillon

L'âge des patients interrogés variait de 13 mois (par le biais des parents) à 82 ans, avec une moyenne d'âge se situant à 56,7 ans.

IV.B/ Relevé des conseils donnés par le médecin généraliste selon les patients

Nous avons regroupé les différents conseils reçus en consultation par domaine. Nous allons développer ces domaines selon l'ordre de fréquence avec laquelle ils ont été cités lors des entretiens.

Le seul domaine qui n'a pas été étudié regroupe les conseils en matière d'arrêt de la consommation d'alcool car cela a été cité uniquement à deux reprises chez des patients qui n'ont pas souhaité détailler ces conseils donc ces données n'étaient pas exploitable.

IV.B.1/ Les indications sur les traitements

La plupart des patients interrogés ont évoqué en premier lieu les indications qu'ils avaient reçues vis à vis de la prise de leur traitement.

Entretien 35
« J'ai eu des conseils pour l'application des pommades, comment les utiliser. Comment prendre les médicaments, et le temps entre chaque prise. »

Entretien 46
« On m'a donné des conseils pour bien suivre mon traitement »

Entretien 12
« Je le consulte pour une algodystrophie donc on va voir les médicaments et les doses que je dois prendre »

Entretien 23
« J'ai eu des conseils pour l'estomac. Je dois prendre un anti inflammatoire. La dernière fois, il m'a donné des cachets que je n'ai pas pris car j'avais pas mal, mais il m'a dit de les prendre quand même car je vais prendre les anti-inflammatoires pendant 1 mois »

IV.B.2/ La prise en charge de la douleur

En plus des recommandations pour la prise des traitements, les patients ont exprimé beaucoup de conseils pour la prise en charge de la douleur.

Entretien 12

« Il me conseille de faire des bains écossais pour soulager la douleur. »

Entretien 17

« Les conseils c'est de mettre de la glace et du froid le soir pour diminuer la douleur »

Entretien 50

« Là c'est pour mon dos donc j'ai eu de mettre du chaud pour la zone qui est un peu crispée. »

Entretien 55

« De faire des décoctions de thym pour ma gorge. »

IV.B.3/ Les conseils pour le sport

Nous avons regroupé les conseils en faveur de la pratique du sport dans la même catégorie. Cependant, les patients avaient conscience que la pratique du sport s'intégrait autant dans la prise en charge de la douleur, de la perte de poids et des réductions de facteurs de risques cardio-vasculaires.

Entretien 16

« Etant donné mes problèmes de dos, il m'a demandé de refaire de la marche et de voir, même, faire du sport, de la réadaptation. »

Entretien 48

« J'ai pris du poids dernièrement et j'ai des soucis au niveau de mon dos donc il faut que je me muscle un peu plus en faisant du sport. »

Entretien 38

« Il m'a conseillé de faire du vélo et d'aller à la piscine par rapport à mon dos et mes genoux. »

IV.B.4/ Les recommandations environnementales

Notre étude se déroulant pendant les mois d'été, plusieurs patients ont relaté des conseils de saison.

Entretien 20

« J'ai eu des conseils pour la chaleur : Pas se mettre au soleil, boire beaucoup.

J'ai été piquée par des aoutats donc si je vais à la mer, justement me baigner, ça fera du bien pour les piqures. »

Entretien 55

« Il m'a dit de boire beaucoup. »

« Il m'a dit de faire attention au soleil, il a fait de la prévention au niveau du temps actuel. »

Entretien 22

« J'ai eu une piqure de tique, je suis venue la voir pour avoir un complément d'information. Elle m'a rassurée en me disant de surveiller. »

IV.B.5/ Les conseils pour le suivi de pathologies chroniques

Quelques patients suivis régulièrement dans le cadre de pathologies chroniques, ont rapporté des conseils lors des entretiens.

Entretien 2

« Moi, c'est par rapport à ma chimiothérapie que je vais effectuer vendredi. Elle m'a sortie beaucoup de papiers pour lutter contre les effets indésirables que je vais avoir bientôt. »

Entretien 15

« J'étais venu pour de la tension, et elle me dit qu'en fait aujourd'hui comme je suis très fatigué, la tension, il n'y a pas de pic. Par contre, je vais surveiller pendant 1 mois. Elle m'a dit de prendre la tension minimum 3 fois et compter que les 2 fois suivantes »

Dans un second temps, nos entretiens se sont intéressés à la manière dont ont été donnés ces conseils aux patients pour essayer de connaître le moyen le plus adapté et le plus efficace pour avoir un impact au long cours sur les comportements de santé des patients.

IV.C/ Manière de donner les conseils

IV.C.1/ Les conseils oraux

La grande majorité des patients nous ont rapportés uniquement des conseils oraux.

Entretien 31
« De manière orale, sauf si c'est un petit peu plus compliqué ou s'il y a quelque chose. Mais non, non, non c'est toujours oral. »

Entretien 15
« Elle m'a dit tout ça à l'oral »

IV.C.2/ Les conseils écrits

Certains patients nous ont exprimés la grande satisfaction d'avoir eu des documents écrits, tant manuels qu'informatisés, qui bien souvent étaient conservés au domicile. Au contraire des conseils oraux, ceux ayant été reçus à l'écrit ne dataient pas de la consultation du jour mais de consultations précédentes et continuaient à être appliqués par les patients. En effet, aucun des patients n'a parlé des conseils écrits qu'il venait de recevoir, ce qui soulevait la problématique de la nécessité d'éducation des patients pour la lecture des ordonnances.

Entretien 7
« Elle a tout bien noté, c'est ça que j'apprécie aussi »

Entretien 12
« Le bain écossais je l'avais déjà eu sur une feuille que je garde. Comme ça, je respecte les temps eau chaude et eau froide. »

Entretien 2
« Elle m'a sorti beaucoup de papiers pour lutter contre les effets indésirables que je vais avoir bientôt. »

Entretien 6

« Des brochures j'en ai à foison »

Entretien 3

« Moi j'ai déjà eu des dépliants aussi, c'est déjà arrivé »

Après cet état des lieux en matière d'éducation pour la santé, pour répondre à notre objectif principal, l'entretien s'est orienté vers les attentes des patients en matière de conseils et donc d'éducation à la santé.

Comme prouvé au sein d'autres études (17), notre travail révélait plutôt une forte demande en matière de conseils, quoiqu'il était difficile de comparer des études quantitatives et qualitatives.

IV.D/ Relevé des attentes des patients en matière de conseils

IV.D.1/ La prise en charge globale

La grande majorité des patients avait du mal à exprimer une demande précise mais restait pourtant en attente d'aide de la part de leur médecin traitant pour être autonome vis à vis de leur santé.

Entretien 22

« Pour moi le rôle d'un médecin traitant c'est d'avoir un suivi d'un bout à l'autre, qu'il me conseille suivant mon âge et tout et d'avoir des dépistages pour essayer de rester en bonne santé. »

Nous avons retrouvé ici de la part d'un patient, la définition même des objectifs de l'éducation pour la santé.

Entretien 26

« Quelques fois quand on a vécu des choses difficiles, on aime bien être épaulé et qu'on nous dise, savoir comment on doit se comporter et savoir ce qu'on doit faire. »

Entretien 30

« J'attends des conseils sur tout. »

Entretien 31

« Qu'il me renseigne sur les symptômes que j'ai. La vieillesse comment ça se passe tout ça. »

Entretien 36

« Ben j'attends qu'on me dise tout et conseille sur tout »

Entretien 55

« Des conseils sur quand j'ai des questions qui n'ont pas forcément de rapport avec la raison pour laquelle je viens consulter. J'aime bien quand il peut y répondre.

Entretien 8

« Comme type de conseils c'est ce qui va m'aider à prendre ma maladie le mieux possible au quotidien »

Le patient se rapportait ici au rôle que possédait le médecin traitant dans l'adaptation du patient à sa pathologie.

IV.D.2/ Les indications sur le traitement

De multiples entretiens révélaient le souhait majeur des patients de connaître les thérapeutiques prescrites, ainsi que leurs effets indésirables.

Entretien 51

« La posologie des comprimés car il ne faut pas prendre ça à la légère »

Entretien 15

« C'est pas tellement une histoire de domaine, c'est comprendre la prise des médicaments ou ce qui se passe. »

Entretien 20

« Le conseil sur la prise de médicaments car on entend des fois beaucoup de choses et quand on rentre à la maison on ne sait plus donc c'est bien que ça soit noté sur l'ordonnance. »

Cette citation nous rappelait que l'accumulation des informations en consultation ne permettait pas au patient de tout intégrer instantanément, d'où la nécessité de conseils écrits.

Entretien 44

« Qu'elle me conseille pour ma pilule, par exemple quand je l'oublie ».

La patiente faisait référence à la prévention en matière de situation à venir. Si ces conseils sont souvent délivrés en matière de contraception, ce type de prévention paraissait difficilement réalisable dans bien des domaines.

Entretien 27

« Etre conseillé sur les médicaments que je prends et les effets secondaires. »

Entretien 46

« Etre bien renseignée sur ce qu'on a vraiment comme problème de santé et sur le traitement approprié. Aussi tout ce qui peut être les effets néfastes »

IV.D.3/ L'évolution des pathologies

On retrouvait quelques patients soucieux de l'évolution des symptômes qu'ils présentaient.

Entretien 21

« J'attends qu'on me soigne et qu'on m'explique ce que j'ai et comment je vais guérir. »

Entretien 54

« Ce que je peux faire pour mon suivi. Et l'aide que je peux me donner grâce aux conseils qu'il me donnera et l'aide qu'il peut me donner. »

IV.D.4/ Conduite à tenir avant de venir en consultation

Pour terminer, les mères de famille interrogées dans cette étude se sont démarquées car elles exprimaient le besoin de conduite à tenir vis à vis de leurs enfants avant de consulter le médecin.

Entretien 14

« En plus de l'ordonnance, on a parlé des vaccins, car la dernière fois on a fait un vaccin et elle m'avait prévenue qu'une semaine après, ça pouvait donner de la fièvre. Et effectivement, une semaine après il a fait de la fièvre. C'était très bien de me l'avoir précisé comme ça je ne me suis pas alarmée. »

Entretien 3

« Pour les enfants c'est génial, car elle m'a dit tout ce qui fallait faire au préalable. Donc j'attends toujours 3 jours de fièvre parce que des fois ça se calme, on ne vient plus pour rien. »

La suite de nos entretiens était orientée sur les premiers interlocuteurs en matière de santé selon les patients. Cette partie de l'étude permettait d'étayer les résultats présentés par le baromètre d'opinion DREES 2015, où 58 % des patients déclaraient consulter leur médecin généraliste en premier recours (4).

Notre thèse étant à vocation qualitative, nous n'avions pas pour but de confirmer ce chiffre mais bien de le comprendre.

IV.E/ Premier interlocuteur en matière d'éducation à la santé

Nous allons détailler les trois principaux interlocuteurs retrouvés lors des entretiens. Une minorité de patients s'orientent vers d'autres référents que nous ne détaillerons pas ici : médecins à exercice particulier (homéopathe et acupuncteur), et kinésithérapeute.

IV.E.1/ Le médecin

La très grande majorité des entretiens nous permettaient de conforter le baromètre DREES 2015 (4).

En effet, selon les réponses le premier et seul recours était le médecin traitant.

Entretien 11

« Si j'ai un problème médical, je vais voir mon médecin »

Entretien 34

« Je ne regarde surtout pas sur internet, je viens voir mon médecin »

Entretien 48

« Le médecin est la personne la plus qualifiée »

Cependant, nous avions conscience que ce résultat était fortement biaisé, notamment par la présence des médecins généralistes au sein même du cabinet où se déroulaient les entretiens. Nous avons détaillé ces biais dans la suite de notre travail.

Les réponses des autres patients se divisaient en plusieurs moyens d'information.

IV.E.2/ Le proche entourage

Le proche entourage était aussi fortement cité lors de nos entretiens. Nous noterons que souvent le patient citait tout de même le médecin en second lieu.

Entretien 60

« Je parle beaucoup avec mes enfants »

Entretien 44

« Je demande autour de moi et après je vais chez le médecin. »

Entretien 36

« On parle avec les gens et on dit moi j'ai ça ou ça. »

IV.E.3/ Internet

Etonnamment, peu de gens ont évoqué internet et quasiment tous ont stipulé consulter leur médecin traitant dans un second temps. Ce résultat était probablement aussi à interpréter avec nuances, au vu du nombre de recours fréquents à internet dans la société actuelle.

Entretien 2
« Je vais voir sur internet, et après le médecin traitant. »

Entretien 4
« En premier, je regarde sur internet et après je demande à mon médecin. »

Entretien 38
« Je me renseigne beaucoup sur internet »

L'expérience montrait qu'internet entrainait les patients vers beaucoup de faux diagnostics et générait de l'inquiétude. Il était donc nécessaire de prendre en compte dès maintenant cette notion dans la pratique de la médecine générale.

Le dernier point qui était détaillé au sein de notre guide d'entretien avait pour but que les patients citent un conseil qu'ils avaient reçu il y a longtemps et qu'ils n'oublieraient jamais.

IV.F/ Les conseils marquants

Malheureusement, malgré le nombre d'entretiens, peu de conseils clairs et précis ont été retrouvés. Quelques patients nous ont évoqué l'arrêt de l'alcool et du tabac, d'autres ont plutôt orienté leurs réponses vers des conseils qu'ils ont reçus pour une prise en charge globale de leur vie.

Entretien 8
« Prendre un jour après l'autre et que ce que l'on ne peut pas faire le jour même, il faut le remettre au lendemain. »

Entretien 26
« Prendre soin de moi. »

Entretien 2
« D'avoir beaucoup de courage »

Cependant, le codage des entretiens nous a permis de créer une autre catégorie de réponse, confluant toute vers la notion d'oubli des conseils qui ont été donnés.

IV.G/ Les conseils oubliés

Beaucoup de patients ont reconnu avoir reçu des conseils en consultation mais n'ont pas été capables de les citer lors de nos entretiens. Ce constat était majeur car il nous prouvait que même si les médecins essayaient de prodiguer des conseils, l'information n'était pas forcément assimilée. Il sera donc intéressant d'essayer de comprendre ce point dans la suite de notre travail.

Entretien 26
« Comme je ne suis pas bien, j'ai eu des conseils mais je ne serais pas capable de vous dire quoi. »

Cette notion était essentielle car elle nous prouvait que le patient devait être apte à entendre les messages de prévention. Il s'agissait donc au médecin de s'adapter à la capacité d'écoute du patient et de ne pas hésiter à différer certaines informations, si nécessaire, et probablement de les réitérer régulièrement.

Entretien 34
« Qu'est-ce que vous appelez un conseil ? Parce que le jour où on a reçu les analyses et on a vu que j'avais du diabète, il m'a donné tout un tas de conseils. Je ne les applique pas toujours et je ne m'en souviens plus. »

Entretien 41
« J'en ai eu tellement au niveau du dos donc j'ai tout oublié »

Entretien 59
« Après on parle tellement que j'oublie les choses (…)
Alors franchement, on parle tellement que je ne retiens rien ! »

Un dernier point s'est détaché lors du codage des entretiens, le besoin des patients d'exprimer une reconnaissance et confiance envers leur médecin traitant.

IV.H/ La confiance et la reconnaissance

Notre guide d'entretien avait aussi pour but de connaître les freins qui existaient selon les patients à une éducation pour la santé efficace en consultation de médecine générale. Nos hypothèses de départ s'orientaient principalement vers un manque de temps en consultation. Néanmoins, aucun patient n'a relevé de freins mais la notion de gratitude et confiance envers le médecin s'est nettement dégagée alors qu'aucune relance n'orientait vers ce sujet.

Entretien 26
« J'ai confiance entièrement en mon médecin et j'ai reçu les informations dont j'avais besoin »

Entretien 29
« J'ai énormément confiance en mon médecin.
J'ai une confiance aveugle. »

Entretien 35
« Moi je suis bien tombé car j'ai un médecin compétent donc quand j'ai quelque chose il fait le nécessaire. »

Entretien 51
« Mon médecin est toujours d'excellent conseil. »

A noter que cette patiente, n'a pas retrouvé de conseil marquant à citer lors de l'entretien.

V/ DISCUSSION

V.A/ Concernant l'échantillon

Dans une étude qualitative, l'échantillon n'a pas vocation à être représentatif de la population (18). Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Ainsi, une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires (19).

V.B/ Forces et limites de l'étude

V.B.1/ Les points forts

- Le choix de la méthode

La méthode qualitative par entretiens individuels semi dirigés a été choisie concernant ce sujet. Cette méthode permettait de mettre en lumière les comportements, les attentes et les représentations des individus sondés. Elle ouvrait aussi à la création de théories et d'hypothèses concernant le sujet étudié. Elle déployait un espace de discours libre, porteur d'idées inédites et lié aux acteurs interrogés.

En médecine, les études qualitatives sont encore minoritaires et souvent mal comprises de la communauté scientifique, compte tenu du nombre, souvent restreint, de personnes interrogées et de l'absence de statistique. La méthode qualitative n'a pas vocation à mesurer une puissance ou des fréquences, l'échantillon interrogé n'a aucune valeur de représentativité. Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité. Les résultats n'ont pas vocation à être généralisé, le but étant la génération d'hypothèses et de théories.

La recherche en soins primaires peut combiner les méthodes qualitatives et quantitatives. Celles-ci s'enrichissent mutuellement, et par exemple une recherche qualitative peut précéder une recherche quantitative en générant des hypothèses pour produire les items d'un questionnaire quantitatif.

- Le choix du sujet

Beaucoup d'études récentes s'intéressaient aux programmes d'éducation thérapeutique du patient coordonnés par l'agence régionale de la santé, mais peu s'orientaient vers l'éducation pour la santé réalisée en consultation de médecine générale. En effet, cette éducation informelle était difficilement chiffrable et d'apparition récente dans la pratique du médecin généraliste.

L'évolution des comportements de santé, et les politiques de santé publique, nous orienterons probablement de plus en plus vers une pratique éducative.

Cette étude paraissait nécessaire pour réaliser un état des lieux des pratiques actuelles et ouvrir vers de nouvelles perspectives de pratique quotidienne.

- Guide des entretiens et déroulement des entretiens

Les entretiens se déroulaient de façon semi-directive avec des questions ouvertes et des relances initialement ouvertes afin de laisser aux patients la plus grande liberté d'expression possible. Des questions plus spécifiques précisaient ensuite les points non abordés. Tout a été conçu pour que les patients soient à l'aise pour s'exprimer. Le fait de réaliser les entretiens en lieu clos permettait aux patients de pouvoir s'exprimer sans appréhension des réactions de leurs médecins traitants. La plupart des patients ont émis un avis plutôt favorable sur le déroulement de l'entretien.

V.B.2/ Les points faibles

- L'investigateur

La méthode qualitative nécessitait de l'investigateur une capacité d'écoute stratégique afin de composer au fur et à mesure la structure de l'entretien selon les réponses obtenues. Elle nécessitait aussi une capacité d'adaptation aux personnalités de chaque interlocuteur. L'enquêteur devait également maîtriser quelques techniques de dialogue pour fluidifier l'échange en utilisant les relances appropriées. Toutefois, ce n'était pas des interventions neutres car elles influençaient le discours en traduisant une certaine intention de l'intervieweur (18). Il s'agissait pour l'investigateur, d'une première participation à un travail de recherche. Le manque d'expérience a pu conduire à un biais d'investigation.

L'investigateur était connu de la plupart des patients en tant que remplaçante de médecine générale au sein même des cabinets. Malgré la volonté d'une parfaite neutralité de la part du chercheur, ce biais d'influence était inhérent à la méthode et devait être souligné.

- La méthode d'analyse

Dans une étude qualitative, le risque majeur était la déperdition d'informations. Les phases de retranscription des entretiens et d'encodage pouvaient être source d'erreurs. La transcription des entretiens avec les patients a été réalisée le plus fidèlement possible.

Lors de l'encodage, un maximum de données a été sélectionné afin d'avoir le plus d'éléments possibles pour ne pas oublier de notions.

Enfin l'analyse des données n'a pu être effectuée de manière optimale. En effet, la crédibilité de l'étude aurait pu être améliorée si les données avaient été analysées par plusieurs chercheurs (triangulation de chercheurs).

V.C/ Concernant les principaux résultats

V.C.1/Les types de conseils

V.C.1.a/ Horaire et posologie

Il est apparu flagrant dans cette étude que les conseils sur les prises médicamenteuses étaient très présents autant dans les conseils donnés par le médecin que dans ceux attendus par le patient.

En effet, une consultation se conclut souvent par la délivrance d'une ordonnance qui doit contenir impérativement des indications sur la prise des traitements.

Cette nécessité a notamment été relatée lors d'une étude en 2009 sur l'optimisation des ordonnances de poly prescriptions en médecine générale (20). Un groupe d'experts a réalisé une analyse détaillée d'ordonnances de médecine générale afin d'optimiser celles-ci (16 ordonnances choisies pour être représentatives des problèmes rencontrés en médecine générale, au sein de la base de donnée polychrome construite à partir des données de l'observatoire de médecine générale). Les experts ont modifié en moyenne 80% du contenu des ordonnances et l'absence de précision de la répartition médicamenteuse sur 24h était le second motif de modification à hauteur de 20 % des causes. Pour information, le premier motif de modification

des ordonnances était l'indication thérapeutique, le second est cité précédemment, le troisième motif était la remise en cause de l'efficacité du traitement, et le dernier était le dosage inadapté.

On notera ainsi qu'une patiente (entretien 20) a clairement mentionné le fait que même si on lui expliquait les conditions de prise de traitement en consultation, elle se sentait perdue dès le retour au domicile avec la nécessité de se référer à l'ordonnance. Une deuxième patiente (entretien 23) a déclaré spontanément ne pas avoir suivi une prescription par incompréhension.

Un ouvrage de 2006 (21) a examiné les rapports entre patients et doses prescrites de médicaments. On s'est aperçu que le choix de respecter ou non les doses prescrites se fondait sur la socialisation et l'éducation du patient : Pour adapter et personnaliser les soins d'une part et pour augmenter les chances de guérir par l'augmentation de la substance curative d'autre part. Ainsi la diminution des doses pouvait être liée au fait de reconnaître une relation entre soi et le produit, le patient désirant adapter à ce qu'il était (jeune, maigre...). En revanche l'augmentation des doses est focalisée sur la vertu du médicament, où les patients faisaient preuve d'une logique du cumul pour augmenter les chances de guérison.

Le médecin se devait donc en tant que prescripteur d'accompagner toute thérapeutique par un mode de prise claire et pouvant favoriser l'observance, la bonne efficacité et l'absence de toxicité.

Une ordonnance claire permettrait aussi que le pharmacien renforce le message éducatif lors de la délivrance des médicaments. En effet, cette part de l'éducation serait avant tout un travail de coopération entre médecin et pharmacien qui conforterait le patient dans la nécessité de respect des indications de l'ordonnance. L'information répétée par deux professionnels de santé différents, à deux moments et lieux distincts permettrait d'optimiser la prise en charge.

V.C.1.b/ Prescription non médicamenteuse : Physiothérapie

Nous avons constaté que les ordonnances contenaient en plus des médicaments, des prescriptions non médicamenteuses notamment dans le cadre de la prise en charge de la douleur.

Cette notion était essentielle car il est prouvé que la douleur est multifactorielle. Ainsi les prescriptions de « bains écossais » (entretien 17), ou de prise de « décoction de thym » (entretien 55) reposaient sur le savoir empirique du médecin et différaient selon les habitudes de pratiques. L'adhésion à ces traitements de physiothérapie relevait de deux principaux facteurs, la confiance des patients envers leur médecin et les croyances personnelles du patient

qui devaient être prise en charge en tant que déterminant de la santé.

A noter que dans l'ouvrage précédemment cité (21), le remplacement d'un médicament par un traitement non médicamenteux concernait un tiers des procédures d'arrêt de médicaments. Il s'agissait essentiellement de traiter la plainte douloureuse par une prise en charge dynamique, qu'elle ait nécessité une adaptation du patient (marche, canne) ou le recours à un tiers (kinésithérapeute, ergothérapeute).

V.C.1.c/ Prescription non médicamenteuse : Entretien physique et musculaire

Beaucoup de patients ont intégré le message de la nécessité de faire de l'activité physique, notamment grâce aux campagnes de prévention de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Lancé à la rentrée 2004, le site « Manger-Bouger » avait pour objectif de mettre les recommandations du Programme national nutrition-santé à la portée de tous (22).

Ces entretiens nous ont permis de comprendre que la pratique du sport était un choix du patient que le médecin devait respecter et auquel il devait s'adapter. Ce choix s'intégrait dans la version la plus récente du concept d'éducation pour la santé. En effet, nous avons rappelé que la santé n'était plus perçue comme un idéal mais comme une ressource pour réaliser ses ambitions et ses besoins.

Ainsi, trois patients (entretien 16, 38 et 48) nous ont rapporté la nécessité du sport uniquement en tant que prise en charge des lombalgies et gonalgies et jamais en tant que vecteurs de réduction de facteurs de risques cardio-vasculaires comme on pourrait l'interpréter en tant que médecin, ou même en tant que pratique volontaire de détente.

V.C.1.d/ Prescriptions non médicamenteuses : Hygiène de vie

La prévention se devait aussi de s'adapter selon le contexte environnemental. Notre étude étant réalisée en période d'été, nous avons recueilli des conseils adaptés à la prévention en cas de chaleur et piqure de moustique. On notera que le médecin se doit d'être « omnipotent » car une fois de plus, les conseils rapportés ne sont pas d'ordre thérapeutique mais pratique. Le patient était donc en attente de conduites à tenir au quotidien telles que la nécessité d'hydratation, de baignade ou de protection solaire.

V.C.1.e/ Surveillance

- Effets indésirables :

Une part importante des conseils recueillis se rapportait à la connaissance des effets indésirables. Cependant, cette demande n'était que partiellement réalisable. En effet, s'il était nécessaire de prévenir les patients de certains effets tels que la photosensibilisation de certains traitements nécessitant protection, il paraissait déraisonnable voire impossible ou encore non souhaitable de pouvoir citer l'ensemble des effets indésirables. De plus, pour une certaine part des patients réticents au traitement médicamenteux, citer ces effets indésirables, aurait comporté le risque d'enclencher des manifestations psychosomatiques ou de ne pas obtenir une bonne compliance au traitement.

La prévention et l'information du patient présentaient donc des limites non négligeables.

La seule référence opposable en matière d'effets indésirables était le code de la santé publique, où il était dit que l'information devait être complète, loyale et entièrement délivrée au patient (23).

- **Evolution de la maladie :**

L'entretien 21 relatait une attente de la part du patient de connaître l'évolution des pathologies. Il était bien évident qu'il était du devoir du médecin d'informer le patient sur sa pathologie et son éventuelle évolution. Cependant, le patient était souvent en attente de délai précis et de critères clairs auquels se référer notamment pour se rassurer. Les réponses du médecin seront souvent insatisfaisantes aux yeux du patient en matière de précision, celui-ci n'étant pas dans la capacité de prévoir l'évolution de la pathologie de manière individuelle, mais plutôt dans une globalité.

Le domaine de la réassurance était fortement présent au sein des entretiens 53 et 17 où les patients exprimaient clairement le fait qu'ils ne souhaitaient pas être conseillés mais rassurés. Cette même notion était reprise dans l'entretien 17 où la patiente ajoutait le souhait de connaître l'avis personnel du médecin qui était alors impliqué de part son expérience d'humain et non de professionnel de santé.

- **Constante :**

La surveillance des constantes était un recours régulier en médecine générale, ce que nous avons retrouvé au sein des entretiens.

Ainsi dans l'entretien 15, un patient nous expliquait les principes de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) qu'il allait devoir pratiquer au domicile. Cette part de l'éducation était non négligeable car elle permettait au médecin, dans ce cas précis, de suivre les recommandations officielles de bonne pratique pour la prise en charge et le traitement de l'hypertension artérielle (24). L'éducation pour la santé était dans ce cas présent, la base nécessaire à la mise en place d'un traitement médicamenteux, et permettra par la suite le suivi de la pathologie.

V.C.1.f / Explication de la physiopathologie et de la physiopathogénie

Un patient dans l'entretien 46 exprimait le souhait de connaître la physiopathologie des maladies. Ces explications sont une part importante de notre travail car pour que le patient prenne en charge sa maladie, il doit la comprendre.

Une patiente (entretien 3) nous expliquait qu'elle savait désormais qu'il fallait attendre trois jours de fièvre avant de consulter en cas d'hyperthermie chez son fils. Cette réflexion soulevait la problématique actuelle du test de diagnostic rapide dans l'angine (25). En effet, ce test réalisé en consultation, permet d'éviter les antibiothérapies en cas de maladies virales et de prescrire un traitement uniquement symptomatique. Cependant, les patients ont tendance à ne plus consulter en cas de symptômes similaires pensant pouvoir gérer seul leur pathologie. Il est donc nécessaire de leur rappeler que l'ordonnance ne peut être élaborée qu'après un diagnostic précis.

En effet, l'examen médical permet au médecin de réaliser une démarche diagnostique qui est essentielle à toute prise en charge. Le patient n'ayant pas la capacité de réaliser cette démarche fait appel à ses capacités interprétatives souvent sources d'erreurs et pouvant entrainer des retards diagnostiques et une conduite inadaptée.

V.C.2/ Modes de délivrance des conseils

V.C.2.a/ Documents élaborés par les laboratoires ou les organismes de prévention

Ces documentations présentent souvent une iconographie et un discours adapté au patient. Cependant, elles doivent être données de manière raisonnée et avec les explications nécessaires à leur compréhension. Le processus d'éducation perd tout son sens lorsque ces brochures sont remises sans impliquer le patient dans leur lecture. Une patiente (Entretien 6) relatait d'ailleurs négligemment que des « brochures, elle en a à foison ». Cependant, cette même patiente n'a pas été capable pour autant de citer quelque conseil que ce soit lors de nos entretiens, ce qui nous prouvait la limite de ces documents.

V.C.2.b/ Documents élaborés par le médecin

Dans les conseils remis à l'écrit, certains patients ont cité des documents élaborés par le médecin lui-même. Ces documents étaient souvent appréciés, conservés et appliqués. Ainsi un patient nous a expliqué « le bain écossais je l'avais déjà eu sur une feuille que je garde collée sur le frigo ». Les limites de ces documents étaient bien évidemment l'implication du médecin à la réalisation de ceux-ci. Ce processus nécessitait la réalisation de documents sur le temps personnel du médecin qui était bien souvent déjà très limité.

La réalisation de formation pour les médecins généralistes sur l'éducation pour la santé pourrait permettre de facilité la réalisation de ces documents, et pourquoi pas fournir une base de donnée, utilisable en consultation, aux médecins participants.

De plus, l'informatisation du cabinet paraissait nécessaire pour la pratique de ce type d'éducation.

V.C.2.c/ Conseils écrits sur l'ordonnance manuelle

Aucun patient n'a parlé de conseils écrits manuellement, probablement car ce processus était chronophage et le patient se confrontait à des difficultés de lecture. On pouvait donc se poser la question de la portée de l'information écrite dans les cabinets non informatisés.

V.C.2.d / Conseils écrits sur l'ordonnance informatisée

L'informatisation permet l'ajout de conseils préenregistrés au sein du logiciel

informatique, à inclure dans les ordonnances, ou même d'annexer des conseils à des ordonnances types.

Ces conseils très souvent retrouvés lors de notre étude, nous prouvaient l'intérêt de l'informatisation. Même si ce processus nécessitait initialement la création d'une base de données personnelles, il permet par la suite de délivrer un message clair, lisible et de répéter dans le temps sans pour autant allonger le temps des consultations, ce qui reste un frein en matière d'éducation (2).

La limite de ces conseils restait la nécessité d'éduquer le patient à la lecture de l'ordonnance. En effet, nos entretiens étaient réalisés en sortie de consultation et pourtant aucun patient n'a parlé des conseils écrits reçus le jour même (alors que présents sur les ordonnances).

V.C.3 / Le premier interlocuteur

V.C.3.a/ Le médecin

La plupart des patients ont exprimé le fait de consulter leur médecin en priorité en matière de question de santé. Cette tendance confirmait les résultats du baromètre d'opinion DREES 2015 (4) sur la confiance accordée par les patients à leur médecin.

Cependant, ce résultat était probablement biaisé par le fait que les entretiens étaient réalisés au sein de cabinets de médecine générale et par un médecin généraliste.

V.C.3.b / Le proche entourage

Quelques patients se renseignaient en priorité auprès de leur entourage. Ce mode de renseignement nous prouvait bien que l'important pour le patient était avant tout la confiance en la personne et non sa compétence. De plus, ce mode de renseignement nécessitait le recours à l'auto diagnostic et était très dépendant de la propre expérience de la maladie faite par l'entourage, mais aussi de sa personnalité, de son profil psychologique, de son éducation et de bien d'autres facteurs.

V.C.3.c / Internet

Contrairement à notre hypothèse de départ, peu de patients ont déclaré se renseigner sur internet. Nous ne pouvons pas négliger un probable biais d'influence par le fait que l'investigateur soit lui-même médecin.

Nous savons que ce recours à internet est de plus en plus systématique et pose la question de l'évolution de la médecine à l'avenir. En effet, certains médecins eux-mêmes prônent le développement de l'intelligence artificielle pour abolir la maladie et la mort dans un futur proche. Ce courant s'appelle le Trans-humanisme, l'un de ses défenseurs, le docteur Laurent Alexandre est d'ailleurs le co-fondateur de Doctissimo, principal site de vulgarisation médicale en ligne.

V.C.4 / Les conseils marquants et conseils oubliés

Notre travail avait pour but, entre autres, de détailler les types de conseils retenus par les patients au long cours. Cependant, très peu de données étaient exploitables car aucun conseil n'a été cité.

A l'opposé, dans l'entretien 26, la patiente reconnaissait avoir oublié les conseils qu'elle avait reçus. Il faut donc se rappeler que l'éducation ne fonctionne que si la personne est apte à écouter au moment de la consultation. De surcroit, un patient dans l'entretien 34 expliquait avoir reçu un « tas de conseils » qu'il n'appliquait pas toujours. Le médecin est donc dépendant de la volonté du patient à se prendre en charge.

Le travail éducatif nécessite la répétition des messages clés dans la durée. Une autre patiente nous expliquait « qu'elle parle tellement avec son médecin, qu'elle ne retient rien », d'où l'importance de fractionner les informations et d'effectuer un travail au long cours, gradué.

Pour illustrer nos propos, nous proposons trois exemples d'éducation graduée, acquis au fur et à mesure de nos pratiques de médecine générale.

L'éducation graduée est une expression que nous avons choisie pour expliquer comment nous espérons délivrer l'information en plusieurs niveaux. Il nous semble qu'il serait souhaitable que cette méthode d'éducation soit exprimée sous la forme informatique pour être facilement reproductible.

- **Conseils diététiques pour les patients diabétiques**

Niveau 1 : Une alimentation équilibrée est nécessaire. Cette alimentation comprend un petit déjeuner composé d'un fruit frais ou d'un jus de fruit, d'un produit laitier (yaourt ou fromage) et d'un féculent (tartine). Le déjeuner et le diner doivent contenir une portion de « légumes

cuits » (à volonté) et une portion de féculents (si possible en faible quantité), une portion de viande ou poisson ou œufs, un fruit ou une crudité et un produit laitier (fromage ou yaourt).

Niveau 2 : Il faut diminuer la consommation de produits gras (beurre, huile et crème fraiche), de graisse cuite et diminuer la quantité de féculents pour atteindre 50 à 100g de pates ou de riz (soit 3 à 6 cuillères à soupe de pates ou riz cuit) ou 3 pommes de terre de la taille d'un œuf ou 1/6 de baguette.

Niveau 3 : Il faut éliminer les graisses cachées (notamment dans l'alimentation industrielle) en faisant à manger soit même et pratiquer une activité physique régulière.

- **Conseils pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque**

Niveau 1 : Il serait souhaitable de vous peser environ une fois par semaine. En cas de prise de poids, il faut consulter votre médecin. Si cette prise de poids est rapide, il faut consulter dans la journée, en particulier si vos jambes sont plus gonflées que d'habitude et/ou que vous êtes essoufflé.

Niveau 2 : Il est souhaitable que vous mangiez peu salé (ne pas resaler dans l'assiette un plat déjà salé lors de la cuisson) et il est nécessaire de limiter votre consommation d'alcool.

Niveau 3 : Il est recommandé de pratiquer une activité physique régulière, par exemple la marche, cela améliore la fonction cardiaque.

- **Conseils pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive**

Niveau 1 : L'arrêt du tabac est impératif

Niveau 2 : Il est recommandé que vous pratiquiez un exercice physique régulier, par exemple la marche, cela améliore la fonction respiratoire.

Niveau 3 : En cas d'augmentation de la quantité de crachats et/ou la modification de la couleur de vos crachats (crachats blancs devenant jaunes, verts ou marrons), et/ou si vous vous sentez plus essoufflé que d'habitude, il est souhaitable que vous consultiez votre médecin.

Niveau 4 : Evitez les lieux enfumés, évitez de sortir en cas de pic de pollution, et limitez vos sorties en cas de brouillard ou de fortes chaleurs.

Niveau 5 (selon IMC du patient) : Le surpoids gêne les mouvements de la respiration et complique la maladie, il est donc important de faire attention à votre alimentation et de surveiller régulièrement votre poids.

Ceci nous ramène à l'essence même de la médecine générale qui a pour vocation le suivi au long cours du patient.

V.C.5/La confiance envers le médecin

Alors qu'aucun item de notre entretien ne faisait référence au rapport médecin-malade, une grande partie de l'échantillon s'est exprimée sur l'entière confiance qu'ils témoignaient envers leur médecin.

Ceci s'explique probablement par le fait que dans le système de santé français, le patient choisit le médecin généraliste qui lui convient. Ce choix pouvant être modifié à tout moment, explique le fait que peu de patients soient insatisfaits. Ce libre choix du médecin traitant s'oppose considérablement au mode de recours au spécialiste (choix du patient ? Proposition du médecin traitant ? obligation à cause d'une urgence ?)

Ceci nous rapporte au fait que le patient choisit aussi son médecin en fonction de ses pratiques professionnelles. Ainsi, un patient peu réceptif aux démarches éducatives aura tout le loisir de s'orienter vers un médecin adapté à sa demande, soit parce que lui-même s'adapte à son patient, ou parce que ce médecin n'a pas l'habitude de délivrer de conseils. Une certaine partie de la population reste donc difficilement accessible aux pratiques éducatives en médecine générale, car le patient reste avant tout acteur de sa propre santé.

VI/ CONCLUSION

La politique de santé publique actuelle est fortement axée sur l'éducation pour la santé et le médecin généraliste est un des piliers de ce processus éducatif. Afin de comprendre les failles de l'éducation pour la santé, il paraissait nécessaire de s'adresser aux patients pour établir un état des lieux de leurs attentes en matière d'éducation pour la santé.

A l'issue de ce travail, il nous est apparu que les patients sont demandeurs de conseils mais y sont peu réceptifs et ils les appliquent peu au quotidien.

Notre étude nous a montré l'importance de la confiance que les patients accordent à leur médecin généraliste. Cette confiance a pour effet pervers de perturber le sens critique du patient, ne remettant aucunement en question la pratique du médecin généraliste.

Cette confiance s'intègre dans une relation médecin-malade principalement paternaliste. Ce type de relation s'épanouit dans une transmission verticale du savoir et laisse peu de place à la démarche éducative qui nécessite un patient acteur de sa santé.

Nous avons aussi mis en lumière une part de risque dans l'éducation pour la santé, se retrouvant dans les capacités interprétatives de certains patients s'orientant à tort par exemple vers l'autodiagnostic.

Il est très clairement apparu que l'informatisation et la remise de documents écrits étaient des vecteurs majeurs de la réussite de la démarche éducative. Celle-ci doit être graduée au fil des consultations.

Le message principal de cette étude est la nécessité de poursuivre dans le temps la démarche éducative, et de s'adapter aux capacités d'écoute du patient, ce qui permettra peut-être d'optimiser l'éducation pour la santé **pour tous**.

Plusieurs suggestions ont été formulées pour remédier à ces difficultés, comme l'organisation de formations à l'éducation pour la santé pour les médecins généralistes ou la création d'une base de données de conseils, personnelle ou non, intégrée au logiciel informatique.

Ce travail laisse la porte ouverte à d'autres champs d'investigations notamment une évaluation quantitative de la pratique de conseils gradués informatisés. En effet, l'intégration de la démarche éducative au sein de la pratique quotidienne et l'orientation vers une relation médecin-patient équilibrée est un enjeu majeur de la médecine générale du futur.

VII/ BIBLIOGRAPHIE

1. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coordination rédactionnelle de la traduction en français: Prof D Pestaiux, Centre Universitaire de Médecine Générale, UCL, Bruxelles, Belgique [Internet]. 2002 [cité 8 sept 2016]; Disponible à: http://dmgp13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_wonca_2002.pdf

2. Gautier A., et al. Baromètre de santé médecins généralistes 2009- Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Saint denis : Ed :INPES ; 2009. 83 p.

3. Anctil H, Jobin L, Pigeon M. La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir. Montréal : ministère de la santé et des services sociaux ; 2012. 26 p.

4. Les Français sont satisfaits du système de soins, mais restent inquiets de la montée de la pauvreté et de l'exclusion. Baromètre d'opinion Drees 2015. Février 2016. Enquête réalisée par l'institut BVA pour la DREES.

5. Turban F. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme. Amiens: Université de Picardie-Jules-Vernes; 2008.

6. la définition de la santé de l'OMS [Internet]. [cité 14 août 2016]. Disponible à: http://www.who.int/about/definition/fr/print.html

7. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [Internet].Nov 21, 1986.Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

8. INPES - ISS: Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? [Internet]. [cité 14 août 2016].Disponible à : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp

9. Fischer G-N, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Paris: Dunod; 2014.

10. Hoerni B. La relation médecin-malade: l'évolution des échanges patient-soignant. Paris: Imothep; 2008

11. BDSP. Education pour la santé-Glossaire européen en santé publique. [Internet]. Disponible à: http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire

12. Plan national d'éducation pour la santé- Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secretariat d'Etat à la santé et aux handicapés. Janvier 2001

13. L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique - dp010228.pdf [Internet]. [cité 16 août 2016]. Disponible à: http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf

14. Tessier S. Les éducations en santé: éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours. Paris: Maloine; 2012.

15. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.

16. HCSP. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 nov [cité 20 août 2016]. Disponible à: http://hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=91

17. Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale ? D. DOUMONT F. LIBION. Décembre 2008 Réf. : 08- 51. UCL - RESO Unité d'Education pour la Santé . Ecole de santé Publique – Centre « Recherche en systèmes de santé »

18. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé pour les travaux de recherche en médecine générale. Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes. 2 exemples. Mémoire de DES : Médecine Générale, Lyon Nord, 2004.

19. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Paris : Nathan ;1992.125p. glione C-A.

20. P Clerc [1], J Le Breton [2], J Mousques [3], G Hebbrecht [4], G de Pouvourville [5]. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. mars 2009;96.

21. Marcelo Otero, Johanne Collin, Laurence Monnais. Le Médicament Au Coeur de la Socialité Contemporaine: Regards Croisés Sur un Objet Complexe. 2006. 284 p.

22. Le programme national nutrition santé - Manger Bouger PRO. Disponible sur : « mangerbouger.fr »

23. Code de la santé publique - Article L1111-2.

24. CHAMONTIN B. 130-HYPERTENSION ARTERIELLE DE L'ADULTE: EPIDEMIOLOGIE, ETIOLOGIE, PHYSIOPATHOLOGIE, DIAGNOSTIC, EVOLUTION, PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE ESSENTIELLE. [cité 8 sept 2016]; Disponible à: http://medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/MODULE%209/item%20130/poly/130_1_poly_HTA.pdf

25. Novembre 2011 1 Recommandation de bonnes pratiques : Antibiothérapie par voir générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant.

VIII/ ANNEXE

CD-rom contenant la retranscription des entretiens

Etat des lieux de l'attente des patients de médecine générale en matière d'éducation pour la santé

Etude qualitative par entretiens individuels semi-directifs en sortie de consultation

Introduction : L'éducation pour la santé est un enjeu majeur de santé publique et les médecins généralistes en sont un des piliers. L'objectif principal de ce travail était d'avoir plus de renseignements sur les informations remises aux patients en consultation en plus de l'ordonnance habituelle.

Matériel et méthodes : Une enquête qualitative a été réalisée, par entretiens semi-dirigés, auprès de patients de médecine générale jusqu'à saturation des données (soixante entretiens). L'analyse des résultats a été effectuée selon la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Les patients étaient demandeurs de conseils mais y étaient peu réceptifs et les appliquaient peu au quotidien. L'informatisation et la remise de documents écrits étaient un vecteur majeur de la réussite de la démarche éducative. Notre étude a montré l'importance de la confiance que les patients accordaient à leur médecin généraliste. Le médecin était d'ailleurs le premier interlocuteur en matière de santé.

Conclusion : Il paraît indispensable de délivrer des conseils écrits aux patients, afin qu'ils puissent disposer de moyens d'informations au quotidien, en tant qu'acteur de leur santé. Le support informatique est un bon moyen pour le médecin de gagner du temps tout en étant efficace. L'éducation pour la santé, pour être efficiente, nécessite d'être permanente, progressive et adaptée à la capacité d'écoute du patient.

Mots clés : Education pour la santé, médecine générale, étude qualitative, conseils écrits, conseils informatisés.

Overview of primary care patients' expectation with regard to health education – Qualitative study based on individual interviews just after medical consultation

Introduction: Health education represents a significant public health burden with high socio-economic impact. General practitioners (GP) first provide preventive care and health education to patients. Our study tried outlining healthcare information currently provides by GP besides to usual drug prescription.

Materials and Methods: A qualitative survey was conducted through semi-structured interviews, with 60 GP patients data collection. Analysis of the results was performed according to the grounded theory method.

Results: Patients didn't or poorly pay attention to GP advices. By contrast, they reported that these advices were appreciated and important for the global management, especially with regards to written information with computer. In addition, our study showed strong patients confidence in GP that remain in first line for health education.

Conclusion: Written advices are an efficient method to better manage patients in the daily life. Computer-based instructions are a good technique for the GP to save time while being operational. Effective health education needs to be permanent, progressive and adapted to the patient's ability to listen.

Keywords: Health education, general medicine, qualitative study, written advice, computer advice.