UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE
ANNEE 2017

THESE

Pour l'obtention
du **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice le:

08 Juin 2017

Par
LE GUAY Faustine
Née le 08 avril 1988, à Cannes (06)

LA DEMARCHE PREVENTIVE AUPRÈS DES JEUNES ADULTES REALISEE PAR UN ECHANTILLON DE MEDECINS GENERALISTES DES ALPES MARITIMES

JURY

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER	Président
Monsieur le Professeur Gilles GARDON	Assesseur
Monsieur le Professeur Pascal STACCINI	Assesseur
Madame le Docteur Martine LANGLOIS	Directeur

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen : M. BAQUÉ Patrick

Vice-Doyen : M. BOILEAU Pascal

Assesseurs : M. ESNAULT Vincent,
M. CARLES Michel,
Mme BREUIL Véronique,
M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque : Mme DE LEMOS Annelyse

Directrice administrative des services : Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires : M. AYRAUD Noël,
M. RAMPAL Patrick,
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires :

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire : Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires :
M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE :
M. AMIEL Jean Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric Biologie Cellulaire (44.03)
M. HASSEN KHODJA Reda Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Geogres Physiologie- médecine vasculaire
M. MARTY Pierre Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M. RAUCOULES-AIMÉ Marc Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles Réanimation Médicale (48.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent O.R.L. (55.01)
M. DE PERETTI Fernand Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme ICHAI Carole Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PRADIER Christian Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme RAYNAUD Dominique Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. BAHADORAN Philippe Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie Ophtalmologie (55.02)
M. BENIZRI Emmanuel Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel Psychiatrie (49.03)
M. BREAUD Jean Chirurgie Infantile (54-02)
Mme BREUIL Véronique Rhumatologie (50.01)
M. CARLES Michel Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CHEVALIER Nicolas Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. CHEVALLIER Patrick Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELLAMONICA Jean réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FONTAINE Denys Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène Chirurgie vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS
M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS
M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS
Mme LANDI Rebecca Anglais
Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS
M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
M. BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ
M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

Remerciements :

Aux membres du Jury,

À Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et vous prie de croire à l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Gilles GARDON,
Je vous suis reconnaissante d'accepter de juger ce travail et suis touchée que ce travail soit évalué par un enseignant de votre qualité. Je vous remercie de votre présence et de l'aide que vous m'avez apportée tout au long de mon internat.

À Monsieur le Professeur Pascal STACCINI,
Je suis reconnaissante du grand honneur que vous me faites à compter parmi mes Juges. Soyez remercié pour votre présence, pour le précieux temps que vous m'accordez ainsi que pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée pour la réalisation de ce travail.

À Madame le Docteur Martine LANGLOIS,
Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté de diriger cette thèse. J'ai apprécié votre dévouement et vos encouragements. Soyez remerciée pour votre gentillesse, votre patience et pour vos précieux conseils.

Je tenais à remercier l'ensemble des médecins généralistes qui ont eu la gentillesse de m’accorder du temps en participant à cette enquête. Je sais à quel point, le temps libre est précieux pour les médecins généralistes et je leur en suis encore plus reconnaissante.

À mes parents,
Ma mère pour son soutien, ses encouragements, sa patience, son aide précieuse, et son dévouement, à mon père pour son soutien, sa présence, son optimisme et sa capacité à toujours trouver des solutions. Merci infiniment pout tout.

À mon frère et Mathilde pour leur présence et leur aide dans la rédaction de ce travail.

À Ben, pour sa présence tout au long de ces études, son écoute, son aide, son soutien et son humour et son amour.

Aux fillotes, présentes depuis toujours, Santo toujours là pour me rassurer, Chloé ma confidente, Diane mon acolyte, Lauren ma partenaire de D4, Virginie mon amie fidèle depuis la P1, mon Chachou et Caro.

À Gwladys la meilleure co-interne.

À tous les médecins que j'ai rencontré au cours de mes études.

À Mon grand père.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS....13

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION 14
I. Présentation du sujet....14
II. Définitions : Prévention et Démarche....16
A. Prévention....16
B. Démarche....17
III. Etat des lieux....18
A. La prévention et le médecin généraliste....18
B. La Prévention et l'adulte jeune....19
1. L'adulte jeune dans la société....19
2. Intérêt de la prévention auprès des jeunes adultes....20

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE....22
I. Choix de la méthode....22
II. Matériel....22
A. Population....22
1. Critères d'inclusion....22
2. Critères d'exclusion....22
B. Conception du questionnaire....22
C. Déroulement de l'enquête....24
D. Recueil et analyse des résultats....24

TROISIEME PARTIE : RESULTATS....25
I. Analyse descriptive des réponses....25
A. Réalisation de l'enquête....25
B. Les médecins de l'échantillon....25
1. Profil des médecins....25
2. Le médecin dans son activité....26
3. Le médecin et la démarche préventive....26
- Consultations de prévention....26
- Consultations dédiées....26
- Situations où les thèmes de prévention sont abordés....27
- Sensibilisation particulière à la prévention....27
C. La patientèle des médecins....28
D. Le contenu abordé lors des consultations....29
1. Hygiène de vie....29
2. Addictions....29
3. Infections sexuellement transmissibles....30
4. Contraception....30
5. Préconception....31
E. Les freins à la démarche préventive....31
1. En général....31
2. Addictions....32
3. Infections sexuellement transmissibles....32

4. Contraception.....32
F. Propositions pour améliorer la prévention.....33

II. Analyse multivariée des données.....34
A. La démarche préventive dépend-elle du médecin généraliste ?.....34
B. L'implication du médecin dans la démarche préventive dépend-t-elle de la patientèle ?.....34
C. La démarche préventive varie-t-elle selon le contenu aborde ?.....35

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION.....39
I. Forces de l'étude.....39
A. La prévention primaire : rôle des différents acteurs.....39
B. L'importance d'une sensibilisation à la prévention.....40
C. L'importance du contenu de la prévention.....42
D. Représentativité de l'échantillon.....45
II. Comparaison avec d'autres études.....47
A. Relation médecin généraliste- jeunes adultes.....47
B. Sensibilisation à la prévention.....49
C. Etudes sur les différents domaines de prévention.....49
III. Les obstacles à la prévention.....51
IV. Biais et limites de l'étude.....53
V. Propositions pour l'amélioration de la démarche préventive.....54

CONCLUSION.....59

BIBLIOGRAPHIE.....62

ANNEXES.....66
ANNEXE 1: Questionnaire.....66
ANNEXE 2 : Résultats de l'enquête.....72

SERMENT D'HIPPOCRATE.....80

RESUME.....81

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ARS : Agence Régionale de Santé
CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CES : Centre d'Examens de Santé
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés
CRES : Centre Régional d'Education à la Santé
DPC : Développement professionnel continu
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DTP : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite
FMC : Formation médicale continue
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IMC : Indice de masse corporelle
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INVS : Institut de Veille Sanitaire
IST : Infections sexuellement transmissibles
LMDE : La Mutuelle des étudiants
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PMI : Protection maternelle et infantile
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de la Santé
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SMEREP : Société mutualiste des étudiants de la région parisienne
WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners

PREMIERE PARTIE: INTRODUCTION

I. PRESENTATION DU SUJET

La définition européenne de la WONCA développe les caractéristiques essentielles de la médecine générale en Europe. (1)

Il s'agit d'une spécialité clinique orientée vers les soins primaires qui correspondent à des prestations de 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.
La prévention fait partie des soins primaires.

Avec la création de la charte d'OTTAWA en 1986 (2), nous avons assisté à l'avènement de la prévention dans le milieu médical. Depuis plusieurs années, nous avons pu constater une importance croissante accordée à la prévention dans le domaine de la santé publique.
Parmi les mesures prises, on peut citer la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité, la réforme du médecin traitant en 2004, la réforme des lois de l'assurance maladie du 13 Août 2004 (et de politique de Santé Publique (3) et la loi HPST (4) en 2009.

Les jeunes adultes représentent une part importante et croissante de la population française selon l'INSEE et par conséquent de la patientèle des médecins généralistes.
Ils font l'objet d'intérêts et d'attentions car ils sont vecteurs de richesses et de développements mais aussi de menaces.
La notion de jeunesse est floue, fluctuante voire contradictoire, elle couvre à la fois les élèves et les étudiants, les jeunes salariés et les jeunes en situation de précarité.
Il n'existe pas de définition officielle de la jeunesse et la plupart des études portent sur les adolescents le plus souvent entre 15 et 25 ans.
Nous allons nous intéresser à une population plus vaste, les jeunes adultes de 18 à 35 ans. Cette tranche d'âge correspond à une période de vie soumise à de nombreux

changements : la sortie de l'adolescence, l'entrée dans la vie active, les premières acquisitions, fonder une famille. C'est une période de la vie où les comportements individuels et collectifs font le lit de la pathologie à venir.
Il s'agit également d'une population exposée à des conduites à risques.
La prévention de ces conduites à risque constitue donc logiquement une part importante de l'activité des médecins généralistes. Les jeunes consultent peu leur médecin généraliste, en moyenne trois consultations par an. Chaque consultation pourrait être l'occasion de faire passer des messages de prévention.

Nous allons alors voir comment les médecins généralistes, formés à la prise en charge de pathologies lourdes et au suivi de pathologies chroniques déclarent se préoccuper de la prévention primaire auprès des jeunes adultes et s'organiser dans leur pratique professionnelle. Pour cela, nous allons réaliser une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes des Alpes Maritimes afin d'évaluer quelle place occupe la démarche préventive auprès des jeunes adultes dans leur pratique quotidienne de la médecine générale.

Ce travail va comprendre un rappel de définitions concernant la prévention, une revue des études déjà réalisées dans le domaine de la prévention et auprès des jeunes adultes puis la description d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes dans les Alpes Maritimes. Les résultats de cette enquête seront ensuite discutés dans une ultime partie.

II. DEFINITIONS

A. La prévention

Le terme prévention dérive étymologiquement du latin *praeventio* «action de devancer, action de prévenir en avertissant».
Selon la définition de l'OMS en 1948 (5) : "La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps". Il s'agit de la définition historique de la prévention en prévention primaire, secondaire ou tertiaire :

• Avant l'apparition de la maladie : prévention primaire. Le but est de diminuer l'incidence d'une maladie dans une population en réduisant autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas

• Au tout début de la maladie : prévention secondaire. Le but est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population en agissant au tout début de l'apparition de la pathologie afin de s'opposer à son évolution (dépistage), ou encore en diminuant les facteurs de risque.

• Une fois la maladie installée : prévention tertiaire. Le but est de diminuer la prévalence des complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie chronique.

En 1982, une autre définition de la prévention a été réalisée par RS. Gordon (6) selon la population cible, ainsi il a distingué trois types de préventions différentes :

- La prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé.
- La prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifiques.
- La prévention ciblée est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risques spécifiques à cette partie bien identifiée de la population.

En 1995, Jamoulle (7) envisage la prévention selon une vision relationnelle et a ainsi redéfini le concept de prévention quaternaire.

B. La démarche

La médecine générale est une médecine du temps: instant et durée. Il n'y a pas de consultation isolée en médecine générale mais des démarches, c'est-à-dire des processus en santé comme en soins, proposés au patient par le médecin traitant.

« Une démarche (8) est la construction d'une action médicale dans le temps qui intègre des éléments éducationnels, informatifs, bio-médicaux à proprement parler et des interventions dans le champ social. Ces éléments sont délivrés petit à petit et s'adaptent à la personne selon son âge, son niveau de compréhension ou de réceptivité, évalué à un moment donné. La démarche est vraiment centrée sur le patient. C'est du « sur-mesure ». C'est la conjonction d'un état de réceptivité du patient à un moment donné et de l'envie du médecin traitant au même moment qui feront la réussite de la démarche.

Le médecin généraliste est le traducteur auprès du patient des messages médiatiques collectifs issus des instances de santé et de soins ou de la presse. Il intègre ainsi dans le Dépistage Individuel Organisé par lui les éléments pertinents des dépistages systématiques.

Le médecin généraliste est le lien entre le collectif et l'individuel. »

III. ETAT DES LIEUX

A. La Prévention et le médecin généraliste

De nombreuses études ont été réalisées sur l'évaluation des pratiques et des représentations des médecins généralistes dans le domaine de la prévention.

- La plus connue est l'étude « Baromètre Santé des médecins » en 2009 (9). Les « Baromètres santé médecins généralistes » sont des enquêtes d'opinion, de pratiques déclarées des médecins généralistes exerçant en France métropolitaine. Cette étude a décrit les représentations des médecins généralistes sur ce qu'ils considéraient être leur rôle en prévention et sur leur facilité à aborder les différents sujets de prévention. Selon les domaines de prévention, les pratiques divergent ; la vaccination et les dépistages sérologiques font partie de leur pratique courante ce qui n'est pas le cas des addictions par exemple.

- Une autre étude (10) a été réalisée entre janvier et mars 2006 dans la région PACA, afin d'étudier les pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et leurs opinions sur les réformes du système de santé.
Cette étude a permis de mettre en évidence quels obstacles les médecins rencontraient pour une bonne pratique des actions de prévention, quels étaient les médecins les plus concernés par la prévention et par quels moyens on pourrait améliorer leur pratique.

Nous retrouvons des résultats similaires dans ces études. Les médecins généralistes sont plutôt satisfaits du rôle qu'ils jouent en matière de prévention. Cependant selon les domaines de prévention, on constate des disparités ; dans l'ensemble les médecins s'accordent à dire qu'il y a des thèmes de prévention difficiles à aborder notamment la vie affective et sexuelle et les drogues.

B. La Prévention et l'adulte jeune

1. L'adulte jeune dans la société

Il est difficile de donner une définition précise de l'adulte jeune.
« La notion de post adolescence (11) se substitue à celle de jeune adulte. Elle se caractérise par un remaniement profond de la personnalité et le deuil de positions anciennes dans un aménagement définitif et stable vis à vis de l'univers familial en particulier. Souvent cette phase correspond aux premières années d'études à l'Université. C'est au cours de cette période de transition et de nouveauté que les jeunes sont souvent exposés à des conduites à risques. »

Les services de Médecine Préventive Universitaire ont été créés après guerre avec pour mission principale la lutte contrer la tuberculose. La notion de prévention, puis de promotion de la santé apparaît plus tard et induit de nouvelles missions. Si la politique de soin a été longtemps privilégiée au détriment d'une politique de santé, actuellement, nous faisons le choix d'une politique de promotion et d'éducation à la santé dont l'objectif final est de rendre l'étudiant acteur et responsable de sa santé.
De nombreuses réformes ont été proposées par le Gouvernement pour permettre une meilleure prise en charge de la santé des jeunes, notamment des plans nationaux et régionaux d'amélioration de la santé des jeunes.

En 2008, la ministre de la santé et des jeunes, Mme R. BACHELOT, a mis en place un « Plan Santé Jeunes » (12). Ce plan proposait entre autres des mesures visant à lutter contre les conduites à risque, des mesures visant à permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé, avec mise en place pour tous les jeunes de 16 à 25 ans d'une consultation annuelle et gratuite chez le médecin généraliste de leur choix.
Au niveau régional, la région PACA (13) propose aux jeunes filles et garçons de moins de 26 ans un « PASS Santé Jeunes » qui permet d'accéder de façon autonome, confidentielle et gratuite à un ensemble de prestations médicales concernant la prévention et l'accès à la contraception. Il s'agit d'un chéquier « PASS » constitué de coupons qui sont remboursés directement aux professionnels de santé par la région PACA.

2. Intérêt de la prévention auprès des jeunes adultes

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents. P. Binder (14) relève que 75 % des adolescents ont vu leur médecin généraliste dans l'année, soit 2.1 fois par an pour les garçons et 2.5 fois pour les filles.
De nombreuses études ont été réalisées auprès des jeunes adultes, des adolescents et des étudiants.

- Une étude menée en Bretagne (15) en mai 2012 a fait un état des lieux de la santé des jeunes bretons de 16 à 25 ans sur la base de l'ORS. Prés de 95% des jeunes bretons déclaraient avoir déjà bu de l'alcool. Environ un jeune sur dix déclarait consommer régulièrement de l'alcool et avoir consommer du cannabis au moins une fois dans sa vie.

- La SMEREP (1ère Sécurité Sociale étudiante de proximité) a réalisé une étude (16) en juin 2016 en Ile de France. Cette étude a montré que plus de 10% des étudiants français se considéraient en mauvaise santé, deux étudiants sur dix ne faisaient pas attention à leur alimentation. Plus de 57% des étudiants n'utilisaient pas forcément un préservatif lors d'un rapport sexuel. Deux étudiants sur dix avaient toujours de fausses croyances sur les modes de transmission du sida. 68% des étudiants consommaient de l'alcool et un quart des étudiants avait déjà consommé des produits psychoactifs.

- Depuis 2005, la LMDE réalise régulièrement des enquêtes sur la santé des étudiants. Elles ont pour but d'identifier, de comprendre et de suivre les comportements et les besoins spécifiques des étudiants en matière de santé. Les premiers résultats de la quatrième enquête (2014) (17) font bien ressortir la nécessité d'élaborer des plans de prévention spécifiques aux étudiants.

En 2014, sur les questions liées au VIH, ils semblaient bien informés mais moins bien sur les IST en général. (39% estiment être mal informés sur les IST). Sur la contraception, le recours à la pilule diminuait avec l'âge. 46% avaient déjà eu recours à la pilule du lendemain, 5% à une IVG. Sur les addictions, 28% fumaient du tabac, 92% avaient déjà consommé de l'alcool, 40% avaient déjà consommé du cannabis.

Ces études ont mis en évidence des inégalités d'information entre les étudiants et la pratique courante de conduites à risque.

Le médecin généraliste est considéré comme un bon interlocuteur par les jeunes adultes, la plupart du temps il a une bonne relation avec ceux ci. Cependant il est souvent considéré comme une source d'information minoritaire.
Le médecin généraliste est pourtant le premier intervenant dans les politiques de prévention et a donc un rôle à jouer auprès de cette population.

Nous allons alors voir dans cette étude quelle place occupe la démarche préventive auprès de l'adulte jeune dans la pratique d'un échantillon de médecins généralistes des Alpes Maritimes.

DEUXIÈME PARTIE: MATERIEL ET METHODE

I. Choix de la méthode

Il s'agit d'une enquête quantitative déclarative par questionnaire auto administré afin de décrire les déclarations d'un échantillon de médecins généralistes des Alpes Maritimes dans le cadre d'une démarche préventive auprès des adultes jeunes.
Nous avons adressé les questionnaires par mails.

II. Matériel

A. Population

La population cible était un échantillon de médecins généralistes des Alpes maritimes.

1. Critères d'inclusion

Médecins généralistes, thésés, installés en cabinet dans les Alpes maritimes dont nous disposons des adresses mails.

2. Critères d'exclusion

Médecins généralistes remplaçants, Médecins spécialistes, Médecins hospitaliers, exercice en dehors des Alpes Maritimes.

B. Conception du questionnaire (*Annexe 1)*

Il est constitué de 28 questions simples, courtes et fermées avec parfois une échelle de fréquence (échelle de Likert) afin de modérer le poids des réponses et d'avoir des résultats plus précis.
Il y avait également cinq questions ouvertes afin d'avoir l'avis précis des praticiens.

Nous avons réalisé deux pré-tests auprès de médecins de mon entourage. A l'issue des modifications apportées, nous avons élaboré le questionnaire final.

Le questionnaire a été conçu à partir de la bibliographie réalisée dans les domaines de la prévention et de l'adulte jeune. Nous avons alors divisé le questionnaire en cinq grandes parties.

1. Caractéristiques de la population/ Profil du praticien

Tout d'abord bien qu'anonyme la première partie est axée autour du profil du médecin généraliste. Il semble important de savoir si les médecins généralistes de notre panel sont représentatifs de la population médicale.

2. Place de la prévention dans les consultations

Dans cette partie on a cherché à étudier la place qu'occupent les divers messages de prévention dans la population générale et au cours de l'ensemble des consultations.

3. Organisation de la démarche préventive

Dans cette partie, nous avons recherché quels étaient les moyens techniques qu'utilisaient les médecins généralistes pour organiser la prévention lors des consultations.

4. Contenu abordé dans la démarche préventive

La quatrième partie s'articule autour des cinq thèmes de prévention spécifiques chez le jeune adulte ; les conduites à risque: l'hygiène de vie, les addictions, les infections sexuellement transmissibles, la contraception et la préconception.

5. Propositions pour améliorer la démarche préventive

La cinquième partie a pour but d'étudier l'intérêt et la faisabilité de certaines propositions pour améliorer la prévention.

C. Déroulement de l'enquête

Les premiers questionnaires ont été envoyés le 06 février 2017 aux 360 adresses mail de la première liste dont nous disposions.
Elle était constituée de médecins généralistes intéressés par les formations médicales continues et l'action syndicale.
Nous avions obtenu un taux d'ouverture de mails de 37% avec un taux de réponses de 9%.

Une première relance a été faite le 11 février 2017, les mails ont été à nouveau envoyés aux médecins généralistes qui n'avaient pas rempli le questionnaire.
Le taux d'ouverture des mails était de 66% avec un taux de réponses de 13%.

Un nouvel envoi du questionnaire a été réalisé le 16 février 2017 aux 183 adresses mail fournies. Il s'agissait d'une liste parcellaire de mails de médecins généralistes sans distinction spécifique.
Nous n'avons pas fait de relance.

Le recueil des réponses a été clôturé le 02 mars 2017 devant l'absence de nouvelles réponses.
Au total, 70 questionnaires entièrement remplis et interprétables, ont été collectés et donc analysés. Nous avons obtenu un taux de participation de 12,8%.

D. Recueil et analyse des résultats

Le questionnaire avait été envoyé à l'aide du logiciel Google Form.
Les résultats ont été recueillis et analysés à l'aide des logiciels Microsoft Excel et Open Epi.
L'analyse des résultats a été réalisée avec l'aide du Pr STACCINI, nous avons utilisé le test du Khi2 et le test de Fisher afin de comparer les données.

TROISIÈME PARTIE : RESULTATS

I. Analyse descriptive des réponses

A. Réalisation de l'enquête

70 questionnaires ont été recueillis et exploitables soit un taux de réponses égal à 12,8%. Le temps de réponse au questionnaire était en moyenne de 12 minutes.

B. Les médecins de l'échantillon

1. Profil des médecins de l'échantillon

	n	%
a) AGE :		
Moins de 30ans	0	-
30-55ans	25	35,7
Plus de 55ans	45	**64,3**
b) GENRE :		
Femme	25	35,7
Homme	45	**64,3**
c) MODE EXERCICE :		
-Seul	23	32,8
-Cabinet de groupe	43	**61,4**
-Maison de Sante	4	5,7
d) EXERCICE :		
-Urbain	53	**75,7**
-Rural	17	24,3
e) DUREE MOYENNE CONSULTATION :		
-Moins de 15min	9	12,8
-Entre 15 et 30min	60	85,7
-Plus de 30min	1	1,5

Tableau 1 : Récapitulatif des effectifs selon le profil des médecins

2. Le médecin dans son activité

	n	%	Total
Informatisation des dossiers	62	**88,5**	70
Dépliants support « prévention »	19	**27,1**	70
Support « prévention » dans le dossier médical informatique	9	**12,8**	70

Tableau 2 : Récapitulatif des effectifs selon l'utilisation d'outils de prévention.

3. Le médecin et la démarche préventive

- Consultations de prévention

Pourcentage de consultations prévention / Population	Moins de 20% de consultations	Entre 20 et 50% de consultations	Plus de 50% de consultations	Total
Population jeunes adultes	18 (25,7%)	34 **(48,6%)**	18 (25,7%)	70
Population générale	10 (14,3%)	35 **(50%)**	25 (35,7%)	70

Tableau 3: Récapitulatif des effectifs des médecins selon le pourcentage de consultations.

- Consultations dédiées

Consultations dédiées	Oui	Non
n	9	61
%	12,9	**87,1**

Tableau 4 : Récapitulatif des effectifs selon la proposition de consultations dédiées.

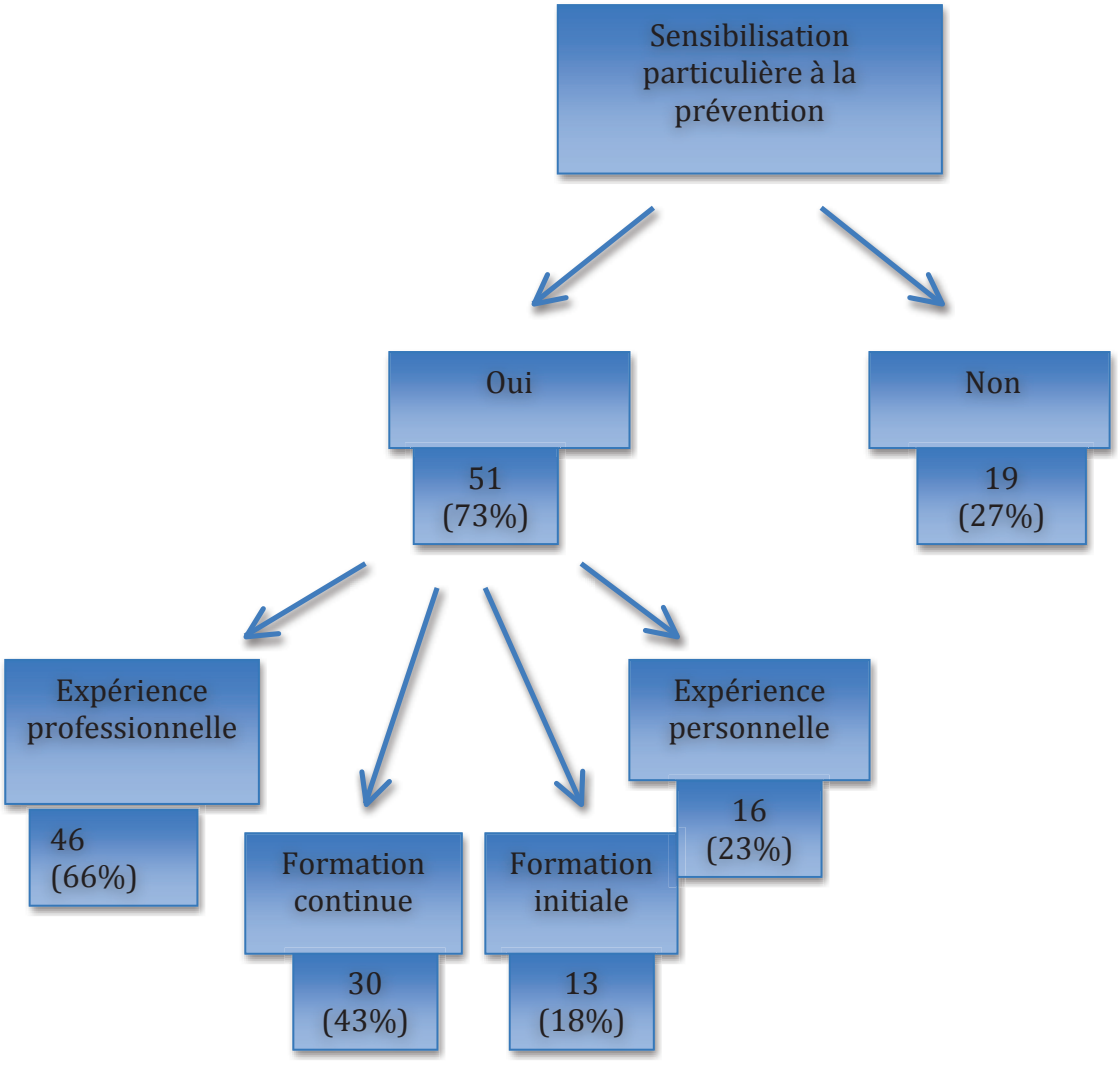
-Situations où les thèmes de prévention sont abordés (taux de réponse : 95,7%)

	n	%
Certificats	57	**85**
Pathologie chronique	47	70
Pathologie aigue	33	48
Examens pour organismes bancaires…	26	39

Tableau 5 : Récapitulatif des effectifs selon le type de consultation.

- Sensibilisation particulière à la prévention

Figure 1: Organigramme de la répartition des médecins selon le type sensibilisation



C. La patientèle des médecins

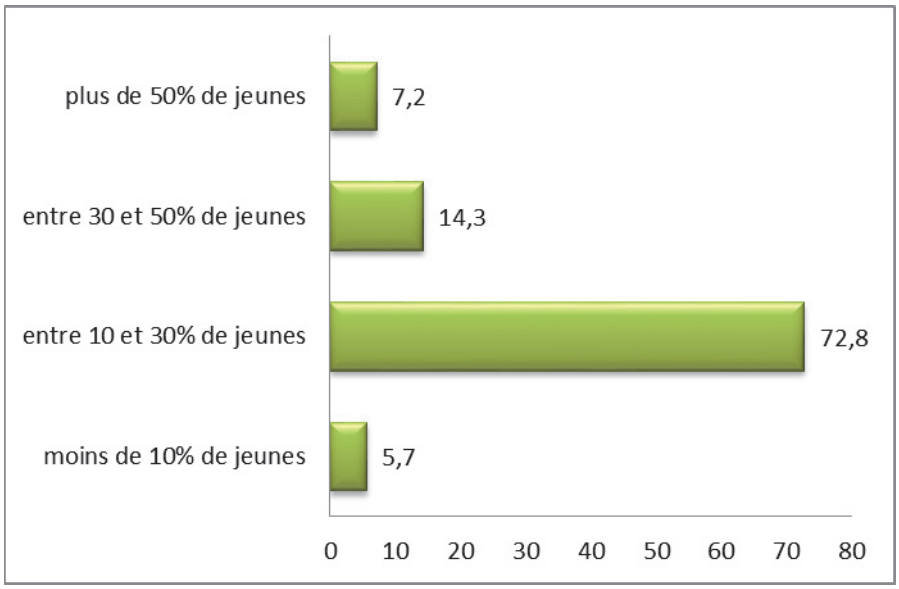


Figure 2 : Histogramme de la répartition des médecins selon le pourcentage de jeunes adultes vus en consultations en pourcentage

D. Le contenu abordé lors des consultations

1. Hygiène de vie

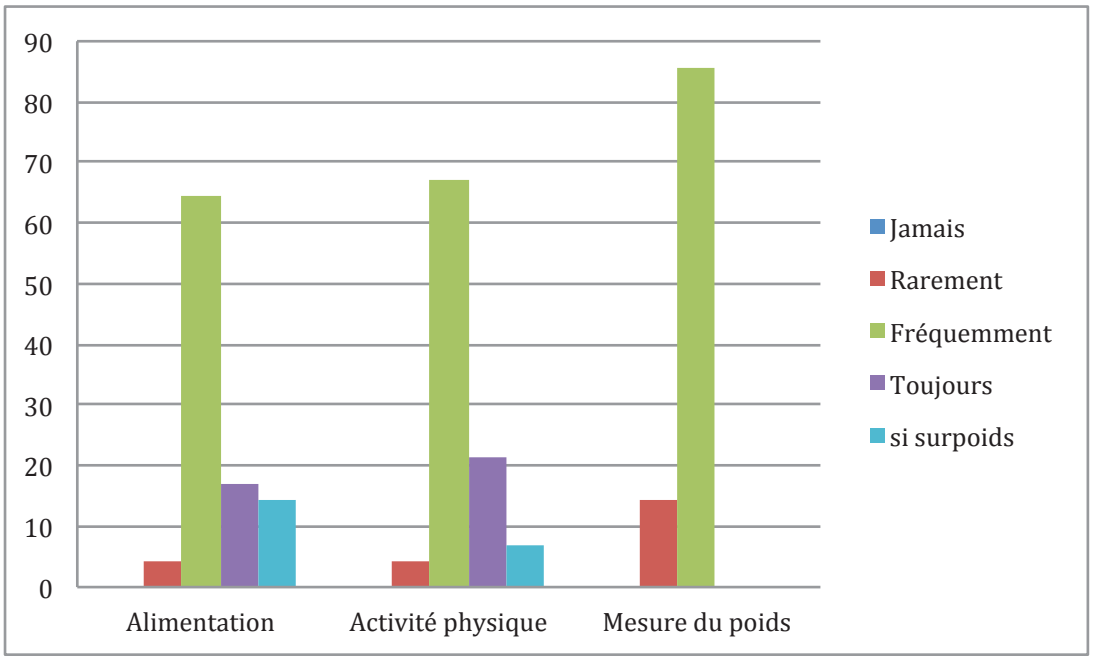


Figure 3: Histogramme de la répartition des médecins selon la fréquence de l'information donnée dans les différents domaines de l'hygiène de vie en pourcentage.

2. Les addictions

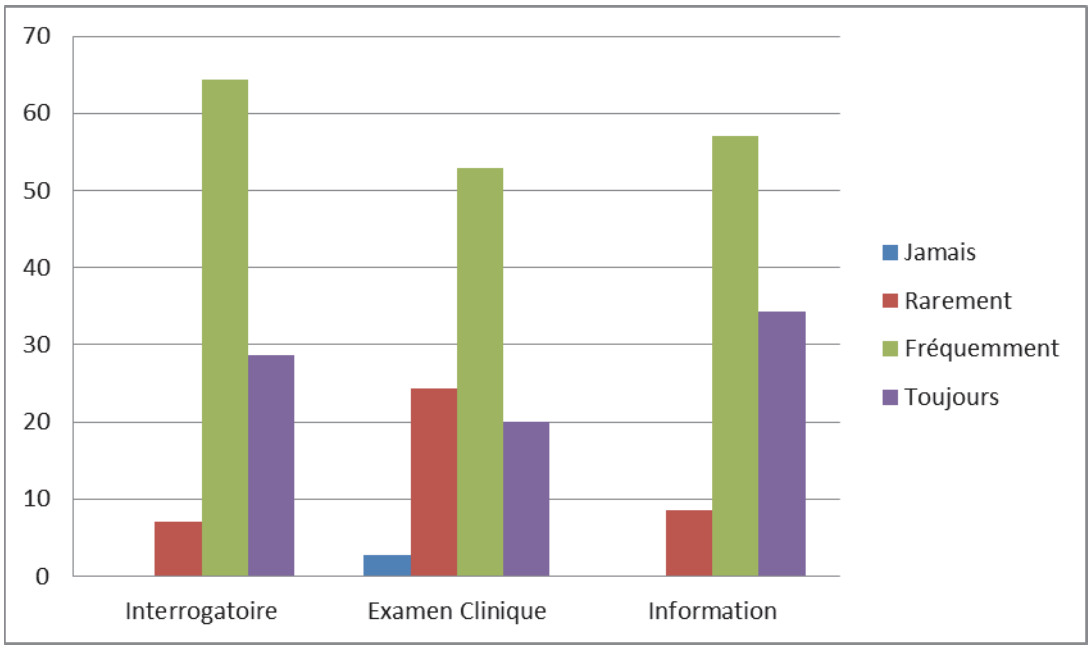


Figure 4: Histogramme de la répartition des médecins selon les informations données dans le domaine des addictions en pourcentage.

3. Les infections sexuellement transmissibles

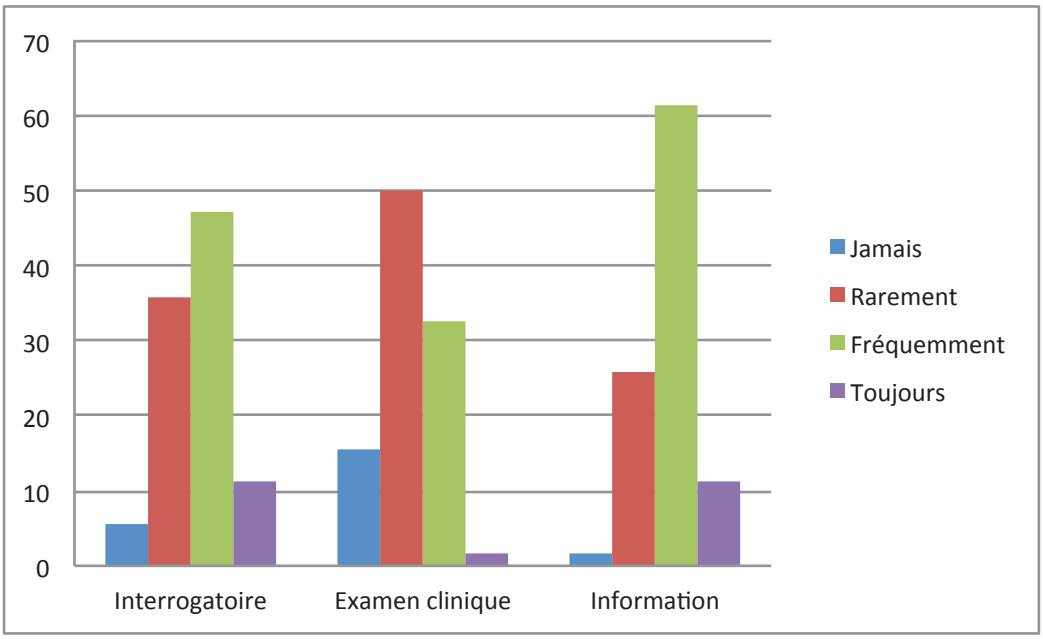


Figure 5: Histogramme récapitulatif de la répartition des médecins selon la fréquence de l'information dans les domaines des IST en pourcentage

4. Contraception

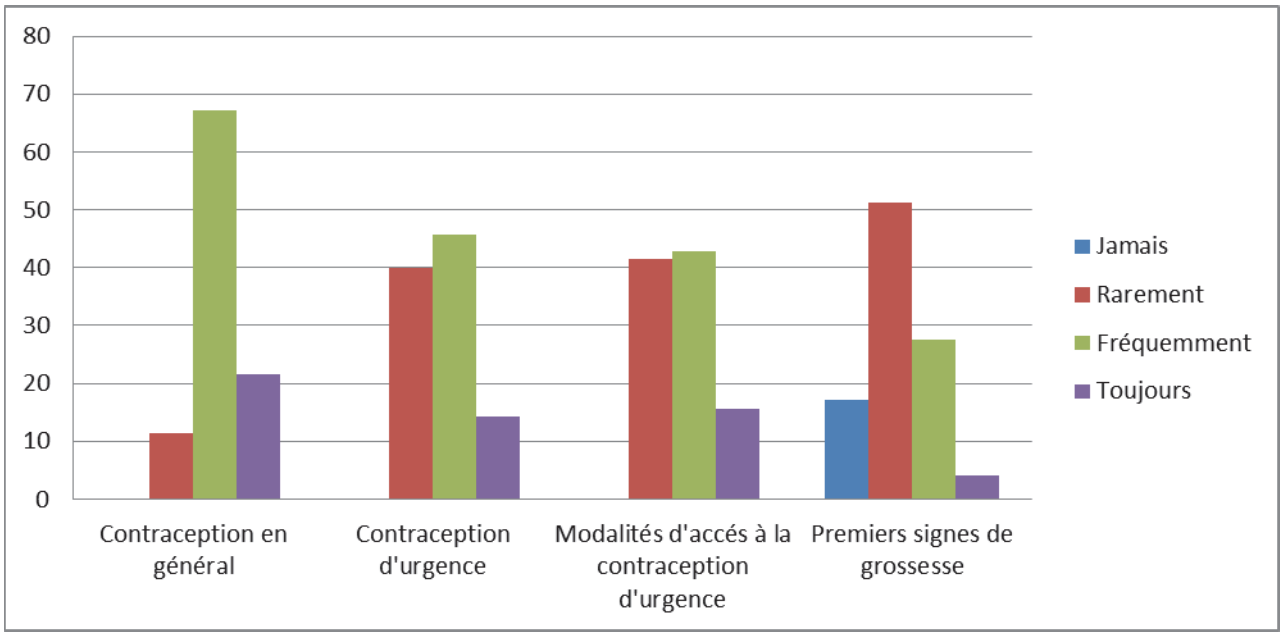


Figure 6: Histogramme récapitulatif de la répartition des médecins sur la fréquence de l'information donnée dans les différents domaines de la contraception en pourcentage

.

5. La préconception

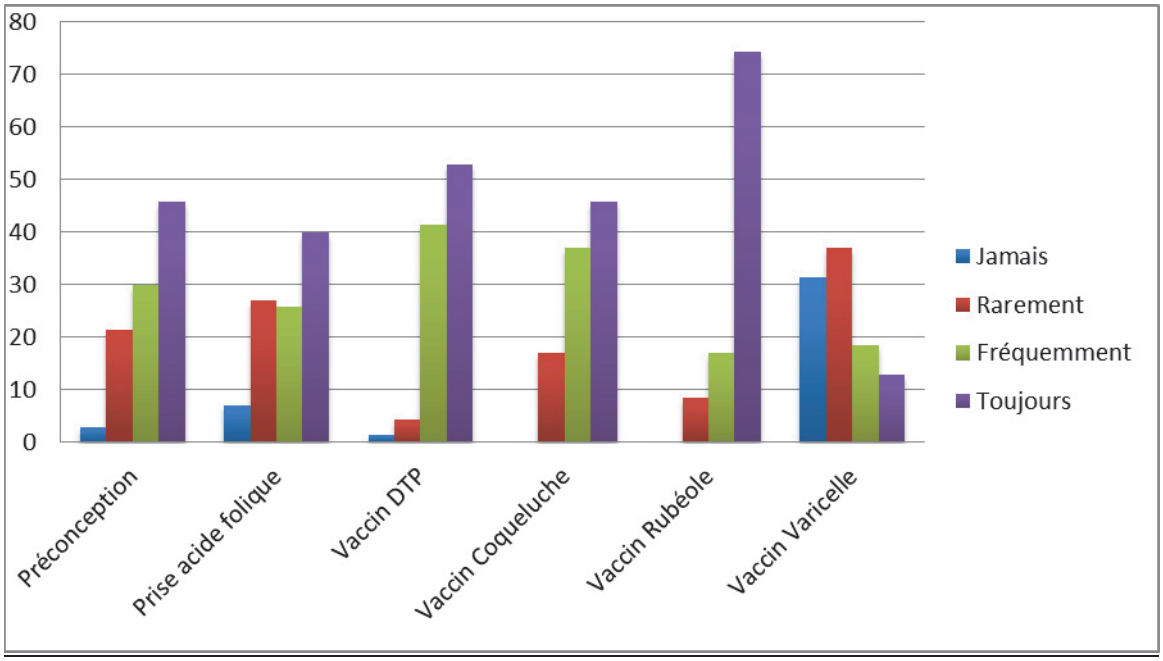


Figure 7: Histogramme récapitulatif de la répartition des médecins sur la fréquence de l'information donnée dans les différents domaines de la préconception en pourcentage

E. Les freins à la démarche préventive

1. En général :

	n	%
Oubli	12	**70,6**
Manque de temps	8	**47,1**
Manque de formation	3	17,6
Crainte de ne pas répondre à la demande	3	17,6
Absence de rémunération spécifique	2	11,8
Autres raisons	2	11,8
Rôle d'autres professionnels	1	5,9

Tableau 6: Répartition des effectifs selon les obstacles à la prévention cités

2. Les addictions

	n	%
Difficulté de garder sa place	5	83,3
Difficulté d'établir une relation avec les jeunes	1	16,7
Difficulté d'aborder les sujets d'addictions	3	33,3

Tableau 7: Répartition des effectifs selon les obstacles à la prévention cités dans le domaine des addictions

3. Les infections sexuellement transmissibles

	n	%
Difficulté de garder sa place	10	55,5
Manque de temps	4	22,2
Difficulté liée au sexe	3	16 ,7
Difficulté d'aborder les sujets d'IST	4	22,2

Tableau 8: Répartition des effectifs selon les obstacles à la prévention cités dans le domaine des IST

Parmi les réponses proposées il y avait une question ouverte « autres raisons ».

Propositions données	n
« Manque de temps »	3
« Important que ce soit leur désir et ne pas les bloquer avec des questions intrusives »	1
« Pas nécessairement »	1
« Uniquement si sujet abordé »	1

4. La contraception

	N	%
Difficulté de garder sa place	5	15,6
Rôle d'un autre professionnel	6	18,8
Autres réponses	24	75

Tableau 9 : Répartition des effectifs selon les obstacles à la prévention cités dans le domaine de la contraception

Parmi les réponses proposées il y avait une question ouverte « autres réponses ».

Réponses libres	n
Renouvellement d'ordonnance	1
Manque de temps	2
Par oubli	4
« Trop d'info tue l'info »	1
« Si sujet abordé »	1
Rôle du gynécologue	4
Médecin généraliste faisant de la gynécologie médicale	1
Présence d'un parent	1
« Peu de demandes »	1

F. Propositions pour améliorer la démarche préventive

	n	%	total
Utilité d'un document support de prévention	39	**55,7**	70
Connaissances de document support	24	34,3	70
Utilité d'un document support pour le suivi de la prévention	44	**63,8**	70

Tableau 10 : Récapitulatif des effectifs selon les propositions données pour améliorer la prévention

Suite à la question sur les connaissances de documents support, nous avions demandé aux médecins de les identifier.
Il s'agissait d'une question ouverte. Les propositions données étaient les suivantes :
« INPES » (9), « Documents addictions drogues » (2), « CODES », « Intégrés dans mon logiciel », « Fiches Info prescrire », « Documents Manger Bouger »,
« Documents CPAM labo », « trop nombreux pou être stockés »

II. Analyse multivariée des données

A. La démarche préventive dépend-elle du médecin généraliste ?

Notre étude a montré que les médecins qui déclaraient faire le plus de prévention lors de leurs consultations étaient sensibilisés à la prévention **(p=0,017)**

Sensibilisation à la prévention	Moins de 20% de consultation de prévention	Entre 20 et 50% de consultation de prévention	Plus de 50% de consultation	Total
Oui	6	28	17	51
Non	12	6	1	19
Total	18	34	18	70

Tableau 11 : Récapitulatif des effectifs selon le pourcentage de consultations de prévention et une sensibilisation à la prévention

B. L'implication du médecin dans la démarche préventive dépendait-t-elle de la patientèle ?

	Moins de 20% de consultations de prévention	Entre 20 et 50% de consultions de prévention	Plus de 50% de consultations de prévention	Total
Moins de 30% de jeunes vus en consultation	27 (49,09%)	8 (14,55%)	20 (36,36%)	55 (100%)
Plus de 30% de jeunes vus en consultation	8 (53,33%)	2 (13,33%)	5 (33,33%)	15 (100%)
Total	35 (50%)	10 (14,29%)	25 (35,71%)	70 (100%)

Tableau 12 : Récapitulatif des effectifs des médecins selon le pourcentage de jeunes vus en consultation et les consultations de prévention

Il n'y avait pas de lien entre le fait de voir plus de jeunes adultes en consultation et le fait de réaliser plus de prévention auprès de cette population. Il n'y avait pas différence significative **(p=0,958).**

C. La démarche préventive varie-t-elle selon le contenu abordé ?

Nous avons étudié le profil des médecins et leur sensibilisation à la prévention selon le domaine de prévention.

1. Hygiène de vie

	N	%	Total
GENRE			
Homme	41	91	45
Femme	19	76	25
AGE			
30-55ans	22	88	25
Plus de 55ans	38	84	45
SENSIBILISATION PREVENTION			
Oui	44	86	51
Non	16	84	19

Tableau 13 : Récapitulatif des effectifs des médecins qui mesuraient presque toujours le poids des jeunes adultes

Il n'y avait pas de différence significative selon le genre (p=0,09), selon l'âge (p=0,68) et selon la présence d'une sensibilisation particulière à la prévention (p=0,828) dans la mesure du poids lors des consultations.

2. Les addictions

	N	%	Total
GENRE			
Homme	19	42	45
Femme	5	20	25
AGE			
30-55ans	4	16	25
Plus de 55ans	20	44	45
SENSIBILISATION			
Oui	21	41	51
Non	3	16	19

Tableau 14 : Récapitulatif des effectifs des médecins qui informaient toujours les jeunes adultes sur les addictions

Il n'y avait pas de différence significative selon le genre (p=0,052), il y avait une différence significative selon l'âge (p=0,036) et selon une sensibilisation à la prévention (p=0,026).

Les médecins plus âgés abordaient plus facilement les sujets d'addictions.

3. Les infections sexuellement transmissibles

	N	%	Total
GENRE			
Homme	26	58	45
Femme	17	68	25
AGE			
30-55ans	16	64	25
Plus de 55ans	27	60	45
SENSIBILISATION			
Oui	39	76	51
Non	4	21	19

Tableau 15 : Récapitulatif des effectifs des médecins qui informaient fréquemment les jeunes adultes sur les IST

Il n'y avait pas de différence significative pour le genre (p=0,39) et pour l'âge (p=0,74) mais il y avait une différence significative (p<0,05) dans la sensibilisation à la prévention. Les médecins qui informaient le plus les jeunes sur les IST avaient eu une formation spécifique en prévention.

4. La contraception

	N	%	Total
GENRE			
Homme	30	67	45
Femme	17	68	25
AGE			
30-55ans	16	64	25
Plus de 55ans	31	69	45
SENSIBILISATION			
Oui	42	78	51
Non	5	26	19

Tableau 16 : Récapitulatif des effectifs des médecins qui informaient fréquemment les jeunes adultes sur la contraception en générale

Il n'y avait pas de différence significative pour le sexe et l'âge dans l'information donnée sur la contraception en générale.
Il n'y avait pas de différence significative pour la sensibilisation particulière à la prévention.
Cependant on retrouvait que les femmes déclaraient informer plus facilement les jeunes adultes sur la contraception d'urgence. Il y avait une différence significative dans l'information donnée sur la contraception d'urgence (p<0,05).

5. La préconception

	N	%	Total
GENRE			
Homme	15	33	45
Femme	6	24	25
AGE			
30-55ans	8	32	25
Plus de 55ans	13	29	45
SENSIBILISATION			
Oui	18	35	51
Non	3	51	19

Tableau 17 : Récapitulatif des effectifs des médecins qui informaient fréquemment les jeunes adultes sur la préconception

Il n'y avait pas de différence significative pour le sexe, l'âge et la présence d'une sensibilisation à la prévention dans l'information donnée sur la préconception.

QUATRIÈME PARTIE: DISCUSSION

I. Forces de l'étude

Notre étude a montré que la démarche préventive auprès des jeunes adultes occupait une place importante dans la pratique quotidienne d'un échantillon de médecins généralistes des Alpes Maritimes.
La force de notre étude a été de montrer que la diffusion de messages de prévention auprès des jeunes adultes dépendait d'un certain nombre d'éléments.

A. La prévention primaire: le rôle de différents acteurs

Malgré le fait d'occuper une place prépondérante dans la pratique des médecins généralistes; nous avons vu que la démarche préventive n'était pas systématique et ne dépendait pas de la patientèle du médecin généraliste.(p=0,958) Les médecins qui faisaient de la prévention auprès des jeunes adultes en faisaient également dans la population générale. (p=0,017)
Le médecin généraliste est certes le principal acteur dans les politiques de prévention mais il n'est pas le seul à intervenir auprès de la population en général et des jeunes adultes en particulier.
On pourrait citer la médecine du travail et la médecine scolaire qui interviennent en collaboration et en réseau avec le médecin généraliste. Leurs rôles étant en particulier de diffuser des messages de prévention auprès de certaines populations : les travailleurs pour la médecine du travail et les enfants et adolescents pour la médecine scolaire. On comprend alors que la prévention primaire peut être également réalisée en amont du médecin traitant.
D'autre part l'Etat, par l'intermédiaire de campagnes de communication, avec l'aide des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la Santé, complète les messages de prévention émis par les autre acteurs.
La prévention primaire est donc une mission qui fait intervenir différents acteurs qui travaillent en collaboration.
On donnera pour exemple le domaine de la vie sexuelle et la contraception, pour lequel le CRES PACA (18) met en place des plans de formation, d'information et de

communication pour éviter les grossesses non désirées en s'adressant aux femmes avec une attention particulière portée aux jeunes. (La région PACA est la région qui enregistre le plus fort taux d'IVG : 20,7 pour 1000 femmes de 14 à 49ans en 2012 contre 14,5% en France métropolitaine.)
Au niveau départemental, les PMI assurent la diffusion de messages d'informations sur la contraception, la sexualité ; assurent les permanences d'accueil, d'écoute et d'orientation des jeunes.

B. L'importance d'une sensibilisation à la prévention

Nous avons pu constater également que la présence d'une sensibilisation particulière en prévention était primordiale pour permettre une démarche préventive optimale.

La notion de sensibilisation à la prévention semble importante mais peut être floue, ambiguë.
Par sensibilisation, on pourrait comprendre le fait d'avoir eu une formation ou bien avoir des notions théoriques ou pratiques de prévention.
Mais par sensibilisation on pourrait également entendre un sens plus abstrait : les médecins sont ils sensibles à la prévention, se sentent ils impliqués dans ce rôle ?

La majorité des médecins de l'étude (92,9%) se disait « acteurs en prévention » alors qu'un tiers n'était pas sensibilisé.

Notre étude a montré que les médecins qui déclaraient faire le plus de consultations de prévention dans leur pratique étaient sensibilisés. ($p=0,017$)

Nous avons alors entrepris d'analyser la population des médecins généralistes qui déclaraient être sensibilisés à la prévention.

La majorité (65,7%) déclarait s'appuyer sur leur expérience professionnelle dans le domaine de la prévention. Il s'agissait d'hommes de plus de 55ans. ($p<0,001$)

Au deuxième rang, la formation médicale continue (déclarée par 43% des médecins interrogés). Il s'agissait également de médecins hommes de plus de 55ans. ($p=0,001$)

L'expérience personnelle et la formation médicale initiale arrivaient par la suite (respectivement 22,8% et 18,5% sans différence d'âge et de sexe (p=0,05)).

Cette sensibilisation était fondée sur leur expérience professionnelle en premier lieu.
L'expérience professionnelle vient avec le temps et les années d'exercice, elle était citée en majorité par des hommes de plus de 55ans.
Si l'on considère alors que l'expérience professionnelle est l'outil majeur pour être un acteur exemplaire en prévention ; qu'en est il pour les jeunes médecins récemment installés avec une expérience professionnelle très restreinte ?

D'autre part, les formations médicales continues étaient citées le plus souvent par les hommes âgés de plus de 55ans ; fallait-il en déduire que les jeunes médecins se sentent moins concernés par les formations médicales continues ?

Notre échantillon était constitué de médecins sensés être intéressés par les formations médicales continues, on aurait pu s'attendre à avoir des résultats plus concluants et un pourcentage plus important de médecins sensibilisés à la prévention par les formations continues.

Enfin, la formation initiale était le moins souvent citée sans différence significative entre l'âge des médecins.
Les médecins les plus jeunes ne considéraient pas la formation initiale comme un outil d'aide à la prévention alors qu'il s'agissait pour eux de notions plus récentes.

Il serait alors intéressant de renforcer la formation initiale en matière de prévention afin qu'elle soit un des outils majeurs de sensibilisation en prévention et inciter davantage les médecins à participer à des réunions de formations médicales continues.

C. L'importance du contenu de la prévention

1. L'hygiène de vie

Il est apparu que les médecins, sans différence d'âge (p=0,68) et de genre (p=0,09), étaient impliqués dans les messages de prévention dans le domaine de l'hygiène de vie. L'hygiène de vie tient une place de plus en plus importante dans notre société qui évolue.
Les patients sont davantage attirés par une alimentation saine et diversifiée et des activités physiques nombreuses. Ils attendent de leur médecin de recevoir des informations sur les bonnes conduites à tenir dans ce domaine de l'hygiène de vie.
Les autres intervenants en prévention participent également à la diffusion de messages dans les domaines de l'hygiène de vie. (Campagne nationale « Manger Bouger »)

2. Les addictions

Dans le domaine des addictions, le sujet semble paraître plus délicat à aborder mais la majorité des médecins interrogés (91,4%) déclarait informer « toujours » ou « fréquemment » les jeunes sur les risques liés à la consommation de toxiques.
Les médecins plus âgés (p=0,036) semblaient dans notre étude plus à l'aise pour parler d'addictions. Parmi les obstacles cités, la crainte d'avoir un discours moralisateur était cependant récurrent et souvent évoquée par les médecins hommes de plus de 55ans. On pourrait penser que les jeunes médecins se sentiraient plus réticents à aborder ce thème de prévention par manque de recul ou manque d'expérience. De plus les médecins qui avaient une sensibilisation à la prévention se déclaraient plus actifs dans ce domaine de prévention. (p=0,026)

3. Les infections sexuellement transmissibles

La majorité des médecins de l'étude était investie dans le domaine des IST.
Il n'y avait pas de disparité selon le genre (p=0,39) ou l'âge (p=0,74) mais les médecins les plus actifs dans le domaine des IST avaient une sensibilisation particulière en prévention. (p<0,05)

Les infections sexuellement transmissibles sont un sujet particulièrement large et concerné par des recommandations spécifiques et qui varient relativement fréquemment. Il apparaît alors important d'avoir une sensibilisation particulière ou une formation spécifique : formation initiale en infectiologie, formation médicale continue sur la sexualité, les IST, la façon d'aborder les sujets dits à risque.

D'autre part, le thème des infections sexuellement transmissibles peut être un domaine difficile à aborder en règle générale. Parmi les raisons qui freinaient les médecins généralistes à évoquer les questions d'IST, on retrouvait la crainte d'avoir un discours moralisateur, la difficulté d'aborder les sujets d'IST avec les jeunes adultes, difficulté liée au sexe (différence de sexe entre le médecin et le patient).

La facilité à aborder certains sujets semble moindre lorsqu'il s'agit d'aborder un sujet perçu comme touchant à l'intime et vis-à-vis duquel le médecin peut craindre d'être intrusif ou pas assez « outillé » pour une prise en charge comportant une dimension éducative importante.

4. La contraception

Il n'y avait pas de disparité homme/femme pour la contraception en général. Les médecins étaient acteurs dans la mise en place de messages de prévention sur la contraception, la majorité (67%) informait fréquemment les jeunes sur la contraception en général.
Notre étude a montré que les médecins qui informaient le plus sur la contraception n'étaient pas plus sensibilisés dans ce domaine.

Il est cependant apparu que les femmes avaient plus de facilité à aborder le thème de la contraception d'urgence que les hommes. ($p<0,05$)
Dans ce domaine qui est très féminin il est facile de comprendre que les femmes médecins ayant reçu ou non une formation particulière en prévention étaient plus à l'aise pour informer les jeunes adultes.

5. La préconception

Notre étude a montré que la majorité des médecins déclarait être investie dans les messages de prévention sur la préconception. Dans le domaine de la vaccination, les médecins déclaraient informer les patients ou vérifier le statut vaccinal « toujours » ou « fréquemment » pour les vaccins qui sont obligatoires : DTP, Rubéole.
Pour le vaccin Coqueluche non obligatoire mais recommandé en préconceptionnel depuis plusieurs années, les médecins informaient « toujours » ou « fréquemment » les patients.

Cependant en ce qui concerne le vaccin Varicelle, les résultats étaient inégaux.
Un tiers des médecins déclarait rechercher « rarement » le statut vaccinal Varicelle en préconceptionnel et un tiers déclarait ne jamais le faire.
Il s'agit d'une recommandation récente (46) pour un vaccin qui n'est pas obligatoire en préconceptionnel. Ce qui peut expliquer cette différence de résultats dans le domaine de la vaccination.

Notre étude a montré que les médecins généralistes étaient investis dans la prévention auprès des jeunes adultes.
Selon les domaines de prévention, nous avons mis en évidence qu'une sensibilisation particulière à la prévention semblait nécessaire pour renforcer et améliorer la diffusion de messages de prévention.
Nous avons également montré qu'il pouvait exister une disparité selon le genre et l'âge en fonction des différents domaines de prévention.

D. Représentativité de l'échantillon

Une autre force de l'étude était que notre échantillon semblait représentatif de la population des médecins généralistes des Alpes Maritimes.

La comparaison a été réalisée par genre, par âge, par mode d'exercice et selon l'informatisation des dossiers.

1. Par âge et par genre

Répartition des médecins généralistes selon le genre et l'âge dans les **Alpes Maritimes** au 1er Janvier 2016 (19)

Selon l'atlas de la démographie médicale en France au 1er janvier 2016, dans les Alpes maritimes, il y a avait 1671 médecins généralistes dont 932 hommes (55,77%) et 739 femmes (44,23%).

En 2014, 50,24% des médecins généralistes des Alpes Maritimes avaient plus de 55 ans (40).

Répartition selon le genre et l'âge des Médecins Généralistes de la **région PACA** au 1er janvier 2016 (19)

Selon l'atlas de la démographie médicale en France au 1er janvier 2016, 45,1% des médecins généralistes étaient des femmes, 14,4% avaient moins de 40ans et 29,8% avaient plus de 60 ans.

Répartition des médecins généralistes selon l'âge et le genre en **France entière** au 1er Janvier 2016 (19)

Âgés en moyenne de 52 ans, les médecins généralistes sont représentés à 54% par les hommes et 46% par les femmes. 27,3% sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs.

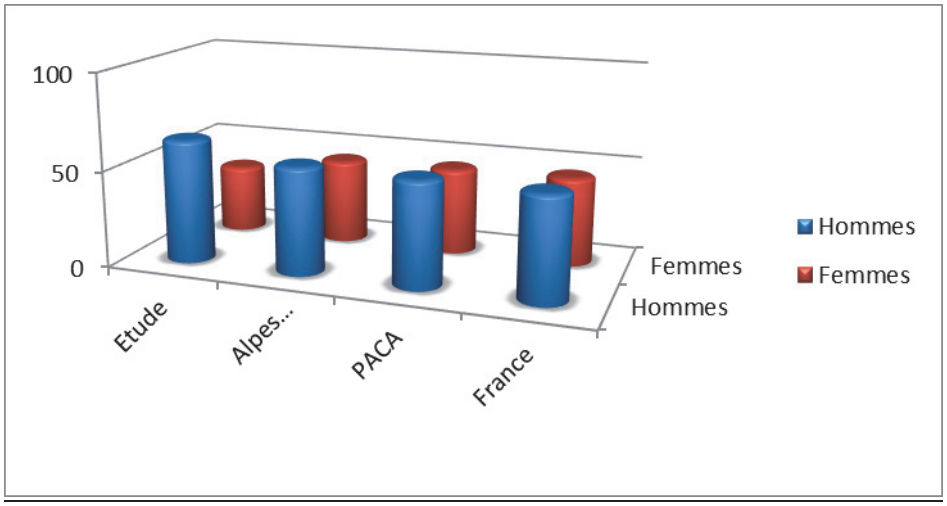


Figure 2 : Histogramme comparatif selon le genre dans notre étude, dans les Alpes maritimes en région PACA et en France.

2. *Selon le mode d'exercice*

Dans notre étude, 62,9% des médecins interrogés exerçaient en cabinet de groupe.
Selon l'atlas de la démographie médicale dans la région PACA, la majorité des médecins exerce en cabinet de groupe : 60% en cabinet de groupe, 39% en exercice seul et 1% dans d'autres moyens d'exercice. (19)

Dans notre étude, parmi les 24 médecins exerçant en cabinet seul, 19 soit 79,1% avaient plus de 55ans.
A l'inverse, les médecins exerçant en cabinet de groupe et en maison de santé avaient entre 30 et 55ans, ($p<0,05$) ce qui a été montré par une étude réalisée en 2009 par l'INPES. Le « Baromètre Santé 2009 » réalisé par l'INPES (9) a étudié « l'exercice de groupe et pratique de la prévention en médecine générale » et a montré que près de huit médecins sur dix de moins de 40 ans déclaraient travailler en groupe en 2009.

3. *Selon l'informatisation des dossiers*

Le niveau d'informatisation des médecins généralistes de l'échantillon (88,4%) est plus élevé que celui constaté au niveau national lors d'une enquête menée par la SOFRES (20) et qui était de 86% d'informatisation.

Notre étude était donc constituée d'une majorité d'hommes âgés de plus de 55ans exerçant en majorité en cabinet de groupe et bénéficiant d'une informatisation des dossiers ce qui était comparable à la population des médecins généralistes des Alpes Maritimes. Les Alpes Maritimes sont un département où la population est vieillissante par rapport à d'autres départements de la région PACA et par rapport à la France entière ; ce qui pourrait expliquer une différence d'âge et des médecins plus âgés dans les Alpes maritimes et par conséquent dans notre échantillon.

II. Comparaison avec d'autres études

A. Relation médecin généraliste- jeune adulte

Une thèse réalisée (21) en 2004 par E.LACOTTE MARLY sur « Les jeunes et leur médecin traitant » a étudié la relation des jeunes adultes avec leur médecin traitant en interrogeant les jeunes sur leur avis concernant leur médecin traitant.
Il est apparu que la majorité des jeunes interrogés déclarait avoir une bonne relation avec leur médecin traitant, 89 % d'entre eux étaient satisfaits, voire très satisfaits de la façon dont leur médecin traitant s'occupe d'eux et 24 % déclaraient le médecin traitant comme source d'informations.

Une thèse réalisée en 2013 (22) sur les représentations sociales du médecin généraliste dans la population lorraine a montré que 74,5% des patients interrogés considéraient que le rôle du médecin généraliste était de les conseiller et leur fournir des messages de prévention.
Les patients et les jeunes adultes s'attendent à recevoir de la part de leur médecin généraliste des messages de prévention.

Le médecin traitant occupe une place considérable dans la vie des jeunes adultes. Ils leur accordent une grande confiance et sont à l'écoute des messages que leur médecin leur transmet.
Le médecin traitant a donc un rôle majeur d'information auprès de cette population.

Selon P. BINDER (14),

« Du côté du médecin, la consultation ne manque pas de mettre en scène le théâtre de la famille et de mettre à jour son système relationnel. C'est, en outre, l'occasion de faire comprendre à l'adolescent ce qu'il peut attendre d'un médecin. C'est, enfin, un temps d'explication où peuvent s'introduire des éléments de prévention et de dépistage, qu'ils soient somatiques ou psychiques. »

Le temps de la consultation est l'occasion d'aborder les sujets de prévention et c'est au médecin de parvenir à intégrer ses messages.

Pour P. BINDER, il ne s'agit pas essentiellement de formation ou de compétences médicales requises mais plus de ressenti, de comportement du médecin.

« La consultation de l'adolescent ne va pas de soi, mais elle peut être une occasion de maturation. Son abord par le médecin relève plus d'une complexité relationnelle que médicale. Elle fait davantage appel à des qualités du comportement que du savoir pour établir une relation de confiance en sécurité. Le généraliste doit privilégier au quotidien des attitudes de vigilance, d'attention et d'ouverture. »

La relation médecin-adulte jeune prend alors tout son sens.

Notre étude a montré que les femmes avaient plus de facilités à informer les patientes sur la contraception d'urgence, les femmes sont plus à l'aise pour traiter des sujets qui les concernent. Notre retrouvons également cette notion dans l'étude de l'ORS PACA(10) dans laquelle les femmes déclaraient plus fréquemment réaliser des actes de prévention dans les domaines pour lesquels elles se sentaient davantage concernées (dépistage du cancer du sein, information sur la contraception).

L'INPES et le CNAMTS ont mené une enquête (23) visant à explorer les modalités concrètes de mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé auprès des adolescents.

Entre autres recommandations et indications pour guider la mise en place d'une démarche préventive, l'INPES a mis l'accent sur une disparité de communication entre l'adolescent et le médecin selon le genre du médecin.

Dans une de leurs études, Kapphahn et coll.(24) ont montré que la moitié des adolescentes ayant répondu préférait un médecin femme contre 48% qui n'avaient pas de préférence; 65% des garçons n'avaient pas de préférence en matière de genre.

La congruence de genre entre l'adolescent et le professionnel peut améliorer la communication à partir d'intérêts et de similarités perçues qui à leur tour améliorent la satisfaction du patient et les résultats sur sa santé, comme par exemple le risque de grossesse précoce, l'utilisation de drogues ou les comportements violents.

B. Sensibilisation à la prévention

L'étude de l'ORS PACA sur les pratiques et l'organisation des soins des médecins généralistes (10) a montré que les médecins les plus actifs dans le domaine de la prévention suivent des formations spécifiques, participent à l'évaluation des pratiques professionnelles ou réalisent pour eux-mêmes certains dépistages, plus fréquemment que les médecins moins actifs.

C. Etudes sur les différents domaines de prévention

Cette étude de l'ORS PACA (10) a également montré qu'il n'y avait pas de différence significative dans la pratique des médecins généralistes sur la relève de l'IMC entre les hommes et les femmes.
Nous avons retrouvé des résultats similaires dans notre étude.

Une thèse (25) réalisée en 2013 sur l'adolescent et la contraception a montré que le médecin généraliste était un interlocuteur minoritaire dans l'information sur la contraception alors que les adolescents le considéraient comme un interlocuteur fiable et en qui ils avaient confiance.
D'après P. Binder, en 2005, 55% des adolescents pensaient avoir une réponse sur leurs problèmes sexuels auprès de leur médecin généraliste.

Une autre thèse (26) sur les connaissances et le rôle préventif du médecin généraliste sur les risques de grossesses indésirées a montré que les femmes médecins étaient plus nombreuses à déclarer informer les patientes sur la contraception d'urgence orale par rapport aux hommes médecins.
Nous avions obtenu des résultats similaires dans notre étude.

La visite prénuptiale a été supprimée par la loi du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit des particuliers. Depuis le 1er janvier 2008, le certificat prénuptial n'est plus obligatoire. Depuis 2009, l'HAS a mis en place un document d'information "Projet de grossesse: information, messages de préventions et examens à proposer," (27) adressé aux praticiens pour les guider dans leur pratique.

Une enquête péri natale réalisée (28) en mai 2010 par l'HAS a montré que les recommandations n'étaient toujours pas suivies. Les résultats de l'enquête péri natale de 2016 ne sont pas parus à ce jour.

En effet, on apprend que seulement 24% des femmes ont pris de l'acide folique à une période où celui-ci est efficace pour la prévention des anomalies congénitales. Pendant la grossesse, 61,6% des femmes ont reçu des conseils de prévention pour éviter d'avoir la toxoplasmose, 58,3% des femmes non immunisées ont eu des recommandations pour se faire vacciner contre la rubéole après l'accouchement.

Notre étude a montré que dans le domaine de la préconception, les médecins sans différence d'âge ou de genre, étaient investis et suivaient les recommandations de l'HAS (les questions posées relatives à la préconception avaient été réalisées selon les recommandations de l'HAS).
L'enquête péri natale avait montré que les femmes n'étaient pas suffisamment informées dans tous les domaines de la préconception mais cette enquête a été réalisée en 2010, un an après la diffusion de la recommandation de l'HAS.
Les femmes attendent de leur médecin traitant qu'il leur fournisse des messages de prévention dans les domaines de la préconception.

Notre étude retrouvait des résultats similaires aux études réalisées sur la prévention.

III. Les obstacles à la prévention

Notre étude a mis en évidence un certain nombre d'obstacles à la démarche préventive auprès des jeunes dans la pratique quotidienne de notre échantillon de médecins généralistes des Alpes Maritimes :

- L'oubli : pour 70,6% des médecins interrogés
- Le manque de temps : 47,1%
- Le manque de formation : 17,6%
- Par crainte de ne pas répondre à la demande initiale du patient : 17,6%
- Absence de rémunération spécifique : 11,8%
- Rôle des autres professionnels : 5,9%
- Autres raisons : 11,8%

Selon les domaines de prévention, nous avons mis en évidence des obstacles spécifiques :

- « crainte d'avoir un discours moralisateur, difficulté de garder sa place » que l'on retrouve fréquemment dans les domaines des IST des addictions de la contraception ;
- « difficulté d'établir une relation avec un jeune adulte » ;
- « difficulté d'aborder les sujets d'addictions, d'IST ».

Nous allons comparer dans ce chapitre les obstacles que les médecins généralistes de notre échantillon déclaraient rencontrer lorsqu'ils réalisaient de la prévention à d'autres études.

Une enquête réalisée en PACA en 2007 (29) retrouve que les principaux obstacles en matière de prévention sont:

- Le manque de temps : 66%.
- Le manque de rémunération: 35%
- La résistance des patients : 34%
- Le manque de formation: 27,5%

Un travail de thèse mené en Picardie (30) portant sur les pratiques de prévention des médecins généralistes de la région a permis de retrouver les résultats suivants:

- Le manque de temps: 70,8%
- Le manque d'intérêt des patients : 29,2%
- Lassitude due au maque de résultats: 23%
- Le manque de formation: 15,8%.

L'étude ORS santé PACA avait mis en avant les obstacles suivants :

le manque de temps (66,4 %), l'absence de rémunération spécifique (34,9 %), la résistance des patients (33,8 %), le manque de formation (27,5 %) et le sentiment d'inefficacité (17,7 %).

Notre étude retrouvait alors des obstacles similaires à ceux retrouvés dans d'autres études sur les pratiques de prévention par le médecin généraliste.

IV. Biais et Limites de l'étude

Notre étude a permis de décrire à un instant précis ce qu'un échantillon de médecins généralistes des Alpes Maritimes déclarait faire en matière de prévention chez les jeunes adultes.

Rappelons tout d'abord que cette étude est basée sur des questionnaires auto administrés remplis par des médecins généralistes. Les réponses qui ont été exploitées ne sont donc que le reflet de ce qu'ont déclaré les uns et les autres et ne sont peut-être pas exactement ce que font les médecins dans leur pratique quotidienne.
Ce biais déclaratif a peut-être surévalué les pratiques de certains ou au contraire a peut être joué en défaveur pour certains autres médecins.
Les réponses aux questions n'étaient pas libres mais imposées aux médecins sans pouvoir leur apporter d'explications s'ils avaient des interrogations sur le sens des questions.

Le pré test avait été réalisé auprès de deux médecins généralistes de mon entourage. Afin d'avoir une validation acceptable du questionnaire, nous aurions du le faire tester sur une population minimale de 20 médecins généralistes.
Il y avait donc également un biais de désirabilité.

Par ailleurs, seuls 12,8% des médecins généralistes ayant reçu les questionnaires de l'enquête ont accepté d'y répondre. Ces médecins qui ont pris le temps de participer ne sont peut-être pas représentatifs de tous les médecins, dans ce cas on peut penser que le biais de sélection était plutôt en faveur des médecins qui se sentent concernés par ces domaines de prévention ou par la prévention en général et donc ceux qui sont le mieux informés et les plus actifs au cabinet. Les résultats de l'enquête menée auprès des médecins auraient donc été différents si tous les médecins sélectionnés avaient répondu.
D'autre part les adresses mails des médecins avaient été obtenues auprès de deux médecins généralistes de mon entourage et donc sans tirage aléatoire, il y a avait donc dans cette étude un deuxième biais de sélection.

V. Propositions pour l'amélioration de la démarche préventive

Dans une étude réalisée par BATAILLON et col. (31), les propositions pour améliorer la prévention citées par les médecins généralistes étaient les suivantes :
- la mise en place de consultations spécifiques (29 ,4%).
- le relais par IDE (16,5%).
- le travail avec des réseaux locaux (15,3%).
- le développement des brochures et dépliants (11,8%).
- l'utilisation des médias (3,5%)

Une enquête (32) réalisée en 2009 sur la prévention chez la personne âgée auprès de médecins généralistes Lorrains avait retrouvé des propositions similaires : création de consultation spécifique de prévention, développement de campagnes nationales, délégation de certaines taches aux professionnels paramédicaux, développement de réseaux de soins locaux, accroissement de la distribution d'affiches et de dépliants de prévention.

Les obstacles à la prévention mis en avant dans notre étude nous ont permis de proposer d'éventuelles solutions afin d'améliorer la démarche préventive auprès des jeunes adultes.

- Consultations dédiées

Il s'agit d'une des propositions évoquées dans les différentes études afin d'améliorer la prévention.
17,8% des médecins interrogés dans notre étude craignaient de ne pouvoir répondre à la demande initiale des patients en les interrogeant sur la prévention.

Le Haut Conseil de Santé Publique a élaboré un rapport (33) en 2009 sur l'intérêt et la nécessité de proposer des consultations de prévention.
Depuis l'ordonnance de 1945, la consultation de prévention est un droit acquis créant le système de protection sociale français : chaque assuré peut bénéficier tous les cinq ans d'un bilan de santé.

Le Haut Conseil de Santé Publique suggérait que la mise en place et la systématisation de ces consultations permettraient de faire le lien entre soin et prévention.
De nombreux rapports sur le sujet ont été fait depuis 2000 et de nombreuses expérimentations de consultations de prévention ont été réalisées sur les territoires et/ou sur des populations limitées.
Le Haut Conseil de Santé Publique a constaté qu'il y avait de très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée et s'est alors appuyé sur la Loi de la Sécurité Sociale de 2004 pour renforcer l'importance du rôle du médecin traitant dans la diffusion de messages de prévention dans sa pratique ; l'Assurance Maladie s'engageant à renforcer son rôle dans ce domaine, notamment en développant la dimension « santé publique » dans l'offre de formation continue conventionnelle et en favorisant la participation des médecins traitants aux programmes de prévention et en proposant un accompagnement personnalisé et de proximité à travers des entretiens confraternels par les praticiens conseils et des visites des Délégués de l'Assurance maladie (DAM).

Le rapport avait souligné en revanche « qu'il pourrait être pertinent de promouvoir des consultations dédiées au moment de certains « événements de vie » correspondant à des ruptures de différentes natures : l'adolescence et l'entrée dans le dispositif médecin traitant par exemple ».

Le « Plan Santé jeunes » de 2009 (12) a mis en place une consultation de prévention annuelle gratuite pour les jeunes adultes de 16 à 24 ans afin de dépister les conduites à risque.
Les missions du médecin traitant incluent des démarches préventives cependant le médecin traitant est libre de proposer à ses patients une consultation dédiée à la prévention.

-Une formation spécifique
Une part importante des médecins interrogés avait soulevé un manque de formation et l'oubli comme freins à la mise en place de messages de prévention.
L'étude ORS PACA (10) avait évoqué de « renforcer les formations spécifiques qui, tout en formant aux outils disponibles d'aide à l'action (carnets alimentaires, questionnaires de repérage), pourraient aussi apporter des savoir-faire spécifiques en

matière d'éducation des patients et peut-être ainsi réduire le sentiment d'inefficacité semblant handicaper certains médecins. »
Dans le « Baromètre santé 2009 », la formation avait été citée par trois quart des médecins comme « levier » pour améliorer la prévention. Un lien entre formation initiale ou continue et meilleure pratique de prévention avait été d'ailleurs mis en évidence dans cette étude.

Une étude publiée (24) en 2009 dans le Journal of adolescent health, avait montré que certains médecins pouvaient se sentir mal à l'aise ou peu formés aux adultes jeunes.

Afin d'encourager les médecins à intégrer cette prévention dans leur pratique auprès des jeunes, on pourrait envisager donc de proposer des formations spécifiques, l'approche préventive et clinique de cette population des adolescents ayant de vraies spécificités.

-Rémunération spécifique
L'absence de rémunération spécifique avait également été évoquée par les médecins comme frein à la diffusion de messages de prévention lors de leurs consultations.
L'Assurance maladie a mis en place en 2009 (34) des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), instaurant une rémunération complémentaire « à la performance » pour les médecins généralistes y ayant souscrit à l'instar de la rémunération à la performance instaurée en Grande-Bretagne en 2004.
Le CAPI est un contrat établi entre l'assurance maladie et le médecin libéral conventionné, sur la base du volontariat dès lors que le médecin remplit certains critères d'activité. D'une durée de trois ans, le contrat établi en dehors du cadre de la convention médicale incite le médecin signataire à soutenir des efforts dans le suivi de ses patients, d'une part en matière de dépistage et de suivi des pathologies chroniques d'autre part dans le champ de l'optimisation des prescriptions. Le volet « prévention » comprend la vaccination anti grippale et le dépistage du cancer du sein.
Il serait intéressant de proposer également un volet « prévention chez l'adulte jeune » dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles.

-*Supports écrits*

Dans notre étude les avis étaient partagés, environ la moitié (n=39) des médecins interrogés estimait qu'un support pouvait être utile dans leur démarche préventive et 63% déclaraient qu'un support pour le suivi de la prévention pouvait être utile.

Seulement 25% des médecins interrogés utilisaient des dépliants support sur la prévention et les laisser aux patients.

Dans l'étude « Baromètre Santé de 2009 », concernant les supports d'information écrits adaptés sur la prévention, sept médecins sur dix les disaient utiles pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation.

Dans notre étude un médecin a dit à propos des supports de prévention, dans les champs libres mis à leur disposition dans le questionnaire : « trop nombreux et disparates pour les retenir et pas de place pour les stocker » et un autre « « intégrés dans mon logiciel professionnel ».

L'utilité de support écrit pour les patients a déjà été montré (35) notamment dans l'éducation thérapeutique et en en particulier en nutrition avec l'utilisation de disques avec mesure de l'IMC par exemple.

Il serait alors intéressant de mettre en place directement dans les logiciels informatiques des médecins des supports prévention à imprimer et distribuer aux patients après leur avoir délivré l'information sur les messages de prévention.

-Délégation de certaines taches à d'autres professionnels

Parmi les autres professionnels cités, le médecin spécialiste était souvent considéré comme la principale source d'information: « gynécologue ou médecin généraliste faisant de la gynécologie ».

Cette notion se rapproche de celle retrouvée dans l'étude menée par BATAILLON (31) qui mettait en avant l'intérêt des réseaux locaux avec d'autres professionnels et le relais des actes de prévention aux IDE. Cette proposition avait été également évoquée dans l'étude sur la prévention des personnes âgées (32) dans laquelle les médecins interrogés accordaient une importance à la délégation de certaines taches aux professionnels para médiaux, et le développement de réseaux de soins locaux.

La mise en place d'une offre de prévention dans le parcours de santé conduit le médecin traitant à identifier ou à dépister des habitudes de vie qu'il est important de

faire évoluer, voire de modifier (éducation pour la santé). Dans un certain nombre de cas, cette prise en charge ne peut se faire dans le cadre des consultations médicales habituelles. C'est pourquoi, il est nécessaire d'envisager des structures (maison de santé pluridisciplinaires) ou personnes ressources (IDE, diététiciennes, psychologues) en capacité d'intervenir de façon individuelle ou collective auprès de ce public.

Selon des études américaines (36), pour répondre à l'accroissement majeur des recommandations de prévention et de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, une transformation profonde des modalités de travail des médecins est nécessaire, avec un partage des tâches entre médecins et non-médecins dans un travail d'équipe.

CONCLUSION

La santé est devenue notre bien le plus précieux. Les recommandations qui saturent l'espace public viennent nous le rappeler quotidiennement: "fumer tue", "évitez de grignoter entre les repas", "lavez-vous les mains fréquemment", etc. Car, pour faire reculer le plus possible la maladie, il faut traquer le risque partout où il existe.

La prévention est, comme nous le supposions, un domaine auquel les médecins généralistes des Alpes Maritimes attachent de l'importance. Cette enquête reflète donc correctement l'engouement que nous pouvions objectiver au niveau national voire au niveau mondial.

Nous avions entrepris de cibler une population plus large : les jeunes adultes de 18 à 35 ans car il s'agit d'une notion floue. Il n'existe pas dans la littérature de définition officielle de l'adulte jeune comme nous pourrions avoir une notion précise de la population des séniors.

Nous avons vu que les jeunes attendent de la consultation avec le médecin un avis éclairé sur la normalité ou au contraire l'anormalité de leur comportement et/ou de leur ressenti. Ils sont demandeurs d'informations de la part de leur médecin traitant mais ils préfèrent que le médecin ait l'initiative. Il incombe donc aux médecins traitants, par le biais du suivi médical, de donner aux jeunes les critères les aidant à évaluer leur santé. Le concept de jeunesse est une construction qui regroupe des individus très différents par l'âge, le genre, la situation sociale.

Le médecin généraliste a la capacité de s'adapter à tous les individus quelques soient leur genre, leur âge, leur milieu social ; il est souvent considéré comme un bon interlocuteur par les jeunes adultes.

Notre étude a montré que la prévention auprès des jeunes adultes semblait être un sujet intéressant pour les médecins et ils paraissaient investis dans tous les domaines de prévention propres aux jeunes adultes.

Une relation forte et de confiance entre le médecin traitant et l'adulte jeune paraissait nécessaire pour aborder les thèmes d'addictions, de préconception et de contraception.

Nous avons vu dans notre enquête que les femmes semblaient plus à l'aise pour aborder les sujets de contraception, ce que nous avions retrouvé dans de nombreuses autres études. Aborder un sujet perçu comme touchant à l'intime est plus facile lorsque le médecin se sent concerné personnellement par le sujet. C'était le constat que j'avais pu faire dans ma pratique personnelle de la médecine. Aborder des thèmes pour lesquels je me sentais concernée me paraissait plus facile. J'avais entrepris ce travail afin d'identifier les obstacles à la diffusion de messages de prévention. Le manque de recul et d'expérience professionnelle me semblaient personnellement être un frein à la prévention et en effet dans notre étude, d'une façon générale, les médecins qui se prétendaient sensibilisés à la prévention déclaraient faire plus de prévention.

Nous avions mis en évidence l'intérêt d'inciter les médecins à participer aux formations continues et l'intérêt de renforcer les formations initiales dans les domaines de prévention et éventuellement sur les consultations adressées aux jeunes adultes, l'approche préventive et clinique de cette population ayant de vraies spécificités.

« La prévention ne se résume pas à des formules ou à des recettes, elle nécessite une véritable culture. Il ne suffit pas de connaître, il faut comprendre et se convaincre avant d'essayer de convaincre les autres. La prévention est un état d'esprit qui nécessite une imprégnation progressive pendant toute la durée des études et un développement de l'enseignement de la santé publique ». (37)

Le temps était souvent considéré comme un obstacle à la prévention ; des consultations dédiées à la prévention sont proposées aux jeunes de 16-24 ans, une perspective d'avenir serait de proposer des consultations de prévention à l'ensemble des adultes jeunes.

La généralisation de supports de prévention dans les logiciels informatiques permettrait également d'aider l'ensemble des médecins généralistes dans la diffusion de messages de prévention.

Notre travail nous a permis de proposer des perspectives d'amélioration de la démarche préventive en général et auprès des jeunes adultes en particulier, dans la pratique des médecins généralistes.

Notre étude a décrit ce que les médecins déclaraient faire dans leur pratique. Ce biais déclaratif ne nous permettait pas d'avoir une vision objective de ce que les médecins faisaient réellement dans leur pratique.

Un travail complémentaire de cette étude serait intéressant à réaliser ; nous pourrions proposer une enquête quantitative sur la traçabilité de la prévention : quantifier réellement ce que font les médecins en prévention dans leur pratique afin d'évaluer plus précisément ce qui est fait.

Puis dans un deuxième temps, nous pourrions réaliser un travail qualitatif dans le but de comprendre pour quelles raisons certains domaines de prévention sont ignorés par les praticiens.

Ceci permettrait de cibler plus précisément les difficultés rencontrées par les médecins dans la diffusion de messages de prévention et ainsi les aider à améliorer la démarche préventive.

Ce travail fut particulièrement intéressant dans l'approche des médecins généralistes et l'étude des jeunes adultes et utile pour la pratique préventive d'un médecin généraliste. La sensibilisation à la prévention et la relation forte entre le médecin et le jeune adulte sont les clefs d'une bonne démarche préventive.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ALLEN J., GAY B., CREBOLDER H., HEYRMAN J., RAM P., SVAP I.,
The European definitions of the key features of the discipline of general practice. WONCA EUROPE ; Br JGenPract 2002 ; 52 : 526-7

(2) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Promotion de la Santé, Charte d'OTTAWA [en ligne]
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
[consulté le 01 février 2017]

(3) LEGIFRANCE - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [en ligne]
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B930F5B70CDFC95BBE3B1427DBAA56A3.tpdila23v_2?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=20170316 [consulté le 10 février 2017]

(4) LEGIFRANCE - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20090722%20&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=1224 [consulté le 18 février 2017]

(5) Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé,
Définition de la prévention
Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, 1946 ; n°. 2, p. 100.

(6) Gordon, RS.
An operational classification of disease prevention.
Public Health report. 1983; 107–9.

(7) Jamoulle M, Roland M.
Quaternary prevention.
WICC annual workshop Hong Kong: Wonca congress proceedings. 1995

(8) GODARD J.,
HAS. Commission « Parcours de soins et maladies chroniques », Novembre 2011.

(9) Gautier A.,
Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p

(10) AULAGNIER M. et al.
Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention: les enseignements d'un panel de médecin généraliste en région Provence Alpes Côte d'Azur.
Pratiques Et Organisation Des Soins 2007 ; 38(4): 259-268.

(11) VAUTHIER M.
Promotion de la santé et inégalités de santé en milieu étudiant
Séminaire « Société, Santé, Education », Jun 2012, Saint-Denis, Réunion. p.35-48, 2013

(12) MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Plan Santé Jeunes 2008 [en ligne]
http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/plan_sante_jeunes.pdf [consulté le 15 mars 2017]

(13) Région PACA
PASS Santé Jeunes [en ligne]
http://www.regionpaca.fr/se-former/vie-lyceenne-et-apprentie/prevention-des-jeunes/pass-sante.html [consulté le 12 mars 2017]

(14) Binder P.
Comment aborder l'adolescent en médecine générale ?,
La revue du praticien, 2005, Vol 55, p. 1073

(15) BRE C. et al.
Prévention de la santé des jeunes en région : quelles réalités ? Quelles limites ?
Ecole des hautes études en santé publique, module interprofessionnel (MIP)., 2012, 28 p., ann, réf 3p., FRA

(16) SMEREP
Etudes sur la santé des étudiants et des lycéens. [en ligne]
https://www.smerep.fr/ckeditor_assets/attachments/5769319a756d6732ae009c46/2016-06_cp_etude_sante_2016.pdf?1466511768 [consulté le 01 mai 2017]

(17) Enquête nationale sur la santé des étudiants de la LMDE en 2014
[en ligne]
https://www.lmde.fr/lmde/ense-4 [consulté le 10 avril 2017]

(18) CRES PACA
Vie affective et sexuelle- Contraception [en ligne]
http://www.cres-paca.org/r/37/vie-affective-et-sexuelle-contraception/
[consulté le 10 avril 2017]

(19) Conseil national de l'ordre des médecins
Atlas de la démographie médicale en 2016 [en ligne]
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
[consulté le 2 avril 2017]

(20) TNS SOFRES Utilisation de l'ordinateur par les médecins généralistes. Département de Santé 19 juin 2002.

(21) LACOTTE-MARLY E.
Les jeunes et leur médecin traitant, pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse de médecine générale : Paris Descartes ; 2004.

(22) MOURTON E.
Représentation sociale du médecin généraliste dans la population Lorraine en 2013, Thèse médecine générale : Nancy ; 2013.

(23) INPES
Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? [en ligne]
http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf [consulté le 06 avril 2017]

(24) Kapphan C.J., Wilson K.M., Klein J.D.
Adolescent Girls' and boys Preference for Provider Gender and Confidentiality in their health Care. Journal of adolescent health, août 1999, vol. 25, n° 2: p. 131-142.

(25) HAMI Z.,
Les Adolescents et la contraception : place du médecin généraliste dans l'information et la prévention, Thèse d'exercice: Paris XIII ; octobre 2013.

(26) GOARZIN M.,
Les 15-25 ans face au risque de grossesse indésirée : enquête sur les connaissances et rôle préventif du médecin. Thèse d'exercice: Paris VII ; 2008

(27) HAS, Projet de grossesse: informations, messages de prévention, examens à proposer. Septembre 2009

(28) BLONDEL B., Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants INSERM - U.953 Enquête réalisée avec la participation des services de Protection maternelle et infantile des Conseils généraux Mai 2011 [en ligne]
http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf [consulté le 06 avril 2017]

(29) CLAEYS A-S.,
Observatoire des Pratiques ct des conditions d'exercice en médecine générale. URML région PACA 2007.

(30) BOCHE T.,
Les médecins généralistes face à la prévention en Picardie : à propos d'une enquête par questionnaire sur 480 médecins -p7S-9, Amiens 2003

(31) BATAILLON R, SAMZUN L, LEVASSEUR G.
Comment améliorer la prévention en médecin générale ?
La Revue du Praticien, Médecine Générale, 21 Novembre 2006,1314p

(32) DOERR S.,
La prévention chez la personne âgée en médecine générale, enquête auprès de 77 médecins généralistes en Lorraine, Thèse médecine générale : Nancy : 2009

(33) F.Baudier,
Rapport du Haut Conseil de Santé Publique. Consultations de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement, mars 2009

(34) Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
Extrait du rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale, septembre 2011

(35) Sandrin Berthon B.
L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport de la Commission maladies chroniques. Paris: Haut Conseil de la santé publique, 2009 : 38p.

(36) Yarnall K.S.H., Pollak K.I., Østbye T., Krause K.M., Michener J.L.
Primary care: is there enough time for prevention,
American Journal of Public Health, 2003 ; 93 (4) : 635-641.

(37) Tubiana, M. and M. Legrain (2002).
Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?
Bull. Acad. Natle Méd., 2002, 186, no 2, 447-540, séance du 5 février 2002

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

LA DEMARCHE PREVENTIVE CHEZ LES JEUNES

Madame, Monsieur et cher confrère,

Je suis Faustine LE GUAY, interne en médecine générale à la Faculté de Médecine de Nice. Je réalise dans le cadre de ma thèse pour le diplôme de docteur en médecine générale, une étude par questionnaire auto-administré de 28 questions.
Mon étude a pour objectif de déterminer quelle place occupe la démarche préventive auprès des jeunes adultes (18-35ans) dans la pratique d'un échantillon de médecins généralistes des Alpes-Maritimes afin d'apporter des solutions pour améliorer cette prévention chez les jeunes adultes.

Merci de bien vouloir me consacrer quelques précieuses minutes de votre temps, pour répondre (anonymement) à ce questionnaire.

Je vous remercie infiniment pour votre aide.

Cordialement.

Faustine LE GUAY

QUESTIONNAIRE
La Démarche Préventive chez l'adulte jeune

Pour analyser les réponses, il est nécessaire d'analyser quelques caractéristiques socio-professionnelles des médecins interrogés.

A- Caractéristiques de la population interrogée/ Profil du praticien :

1) Sexe : homme ❒ femme ❒

2) Age : - moins de 30ans ❒
- 30-55ans ❒
- plus de 55ans ❒

3) Durée moyenne d'une consultation :

❒ moins de 15minutes
❒ 15-30minutes
❒ plus de 30minutes

4) Mode d'exercice :

❒ Urbain
❒ Rural

5) Exercice :
❒ Seul
❒ Cabinet de groupe
❒ Maison de santé pluridisciplinaire

6) Informatisation des dossiers : ❒ oui ❒ non

7) En vous aidant si nécessaire de votre TSAP, estimez le pourcentage de jeunes adultes (18-35ans) que vous voyez régulièrement :

❒ moins de 10% de votre patientèle
❒ de 10 à 30%
❒ de 30% à 50%
❒ plus de 50%

8) Sensibilisation particulière à la prévention :
❒ non
❒ oui Formation initiale ❒
Formation continue ❒
Expérience professionnelle ❒
Expérience vie personnelle ❒

B- PLACE DE LA PREVENTION DANS LES CONSULTATIONS

Les jeunes adultes consultent peu (3 consultations par an en moyenne) et chaque consultation est l'occasion d'aborder les sujets de prévention.
Chaque consultation pourrait permettre de faire passer des messages à cette population dans le but de prévenir la survenue de maladie et plus précisément d'informer les jeunes sur les différents thèmes de prévention qui les concernent.

9) En général:

-Vous répondez uniquement aux questions des patients ? ❒ oui ❒ non
-Ou vous sollicitez vos patients ? ❒ oui ❒ non
-Pour la prévention, agissez vous de la même manière ? ❒ oui ❒ non
-Vous aidez vous de dépliants de prévention ? ❒ oui ❒ non
-Si oui les laissez-vous aux patients? ❒ oui ❒ non

10) Quel est selon vous le pourcentage de consultations où vous abordez des thèmes portant sur la prévention (alimentation, vaccinations, hygiène, etc…) ?

Pour toute votre patientèle ?
❒ moins de 20%
❒ 20-50%
❒ plus de 50%

Pour cette population des adultes jeunes ?
❒ moins de 20%
❒ 20-50%
❒ plus de 50%

Si moins de 20%, Pourquoi ?
❒ Par manque de temps
❒ Par manque de formation en matière de prévention
❒ Par oubli
❒ Par crainte de ne pas répondre à la demande initiale du patient
❒ A cause d'une absence de rémunération spécifique
❒ Car vous considérez certains actes de prévention destinés à d'autres spécialistes lesquels :
…….
❒ Autres raisons :

11) Abordez vous des thèmes de prévention lors de consultations dédiées à autre chose?
❒ oui ❒ non
Si oui, lors :
❒ Consultation pour pathologie aigue
❒ Suivi d'une pathologie chronique
❒ Certificats sportifs, d'aptitude
❒ Examen demandé par des organismes bancaires ou assureurs

12) Proposez vous des consultations dédiées à la prévention à cette population ?
❒ oui ❒ non
Si oui :
Les adultes jeunes acceptent-ils cette consultation prévention ?
❒ oui ❒ non

C- ORGANISATION DE LA DEMARCHE PREVENTIVE INTEGREE A LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

13) Avez-vous un support formalisé « prévention » dans le dossier médical de chaque patient ou dans votre logiciel informatique ? ❒ oui ❒ non

14) Notez-vous les sujets prévention abordés pendant la consultation ?
❒ toujours ❒ parfois ❒ jamais

15) Notez-vous le point de vue du patient sur les sujets de prévention abordés ?
❒ toujours ❒ parfois ❒ jamais

D- CONTENUS ABORDES DANS LA DEMARCHE PREVENTIVE

Dans cette 4ème partie, nous allons nous intéresser aux différents messages de prévention ciblés aux jeunes adultes (18-35ans) et au repérage de certaines conduites à risque intégrés dans votre pratique.
Les jeunes adultes sont plus exposés à certains comportements à risque (IST, Addictions *(étude LMDE 2014 :28% des étudiants fument du tabac, 92% ont déjà consommé de l'alcool, 14% en consomment régulièrement, 40% ont déjà consommé du cannabis)* …) et sont souvent peu informés (*étude LMDE 2014 : 39% des étudiants estiment être mal informés sur les IST).*

1- Hygiène de vie

16) Informez-vous vos patients de la nécessité d'avoir une alimentation équilibrée ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais ❒ si surpoids

une activité physique régulière et adaptée ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais ❒ si surpoids

17) Mesurez-vous le poids de vos patients? jamais ❒ parfois ❒ presque toujours ❒

Si rarement ou jamais, Pourquoi ?
❒ Réticence des jeunes adultes à subir un examen clinique
❒ Difficulté d'aborder les sujets d'obésité, surpoids
❒ Autres raisons : …….

2- Les addictions

18) Recherchez-vous une consommation problématique d'alcool ? de tabac ? de stupéfiants ?
par l'interrogatoire
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais

par l'examen clinique
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais

19) Informez-vous les jeunes adultes sur les risques liés à ces produits ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais

Si rarement ou jamais, Pourquoi ?

❒ Par difficulté d'aborder les sujets d'addictions avec les jeunes adultes
❒ Par difficulté de garder sa place, crainte d'avoir un discours moralisateur
❒ Par difficulté d'établir une relation avec les jeunes adultes
❒ Autres raisons: …….

3- *Les infections sexuellement transmissibles*

20) Recherchez-vous une exposition à une infection sexuellement transmissible?
Par l'interrogatoire ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais

par l'examen clinique
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais

21) Informez-vous les jeunes adultes sur les différentes infections sexuellement transmissibles et leur prévention?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais

Si rarement ou jamais, Pourquoi ?

❒ Par difficulté de garder sa place, crainte d'avoir un discours moralisateur
❒ Par difficulté d'aborder les sujets d'IST avec les jeunes adultes
❒ Par difficulté liée au sexe (patiente lorsque vous êtes un médecin homme ou inversement)
❒ Autres raisons : …….

4- Contraception – Prévention de grossesses non désirées :

22) Informez-vous vos patientes sur la contraception?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais
Vous inquiétez-vous de leur compréhension du moyen de contraception qu'elles utilisent ? ❒ oui ❒ non
Informez-vous ces patientes des modalités de prise de leur pilule ?
❒ oui ❒ non
Informez-vous ces patientes des modalités de rattrapage en cas d'oubli ?
❒ oui ❒ non

23) Informez-vous les patientes sur la contraception d'urgence ?
- sur son indication ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais
- sur les modalités d'accès ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais

24) Informez-vous ou vérifiez-vous leurs connaissances sur les premiers signes de grossesse ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒ rarement ❒ jamais

Pour l'ensemble de ces questions, si rarement ou jamais, Pourquoi ?

❒ Par difficulté liée au sexe (Patiente lorsque vous êtes un médecin homme ou inversement)
❒ Par difficulté de garder sa place, crainte d'avoir un discours moralisateur
❒ Car vous considérez que c'est à une autre personne d'aborder ces sujets :

❒ Autres raisons: …….

6- La préconception

25) Informez-vous ces patients de la nécessité d'une prévention complémentaire en cas de désir de grossesse ?
-Nécessité de réaliser des examens biologiques (Toxoplasmose, Rubéole, Sérologies VHC, VIH, Syphilis, Ac anti-Hbs, détermination du groupe sanguin) ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒rarement ❒jamais
-Prise d'une supplémentation en acide folique ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒rarement ❒jamais

26) Recherchez-vous si les vaccins sont à jour ?
-Diphtérie-Tétanos-Polio ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒rarement ❒jamais
-Coqueluche ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒rarement ❒jamais
-Rubéole ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒rarement ❒jamais
-Varicelle ?
❒ toujours ❒ fréquemment ❒rarement ❒jamais

E- PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA DEMARCHE PREVENTIVE

27) Pensez-vous que des documents supports à cette information vous seraient utiles ? ❒ oui ❒ non
En connaissez-vous ?
❒ oui ❒ non
Si oui lesquels ?.....

28) Pensez-vous qu'un support pour le suivi de la réalisation de cette prévention globale pour l'adulte jeune vous serait utile ? ❒ oui ❒ non

Annexe 2 : Résultats de l'enquête

Lignes : Q16 Colonnes : Q9

	non	oui	Total
20-50%	10	25	35
	28,57	71,43	100,00
	52,63	49,02	50,00
	14,29	35,71	50,00
moins de 20%	6	4	10
	60,00	40,00	100,00
	31,58	7,84	14,29
	8,57	5,71	14,29
plus de 50%	3	22	25
	12,00	88,00	100,00
	15,79	43,14	35,71
	4,29	31,43	35,71
Total	19	51	70
	27,14	72,86	100,00
	100,00	100,00	100,00
	27,14	72,86	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 8,394; DL =2; valeur de p = 0,015
Khi deux du rapport de vraisemblance = 8,169; DL = 2; valeur de p = 0,017

Tableau 1 : Récapitulatif des effectifs selon la sensibilisation à la prévention et le pourcentage de consultation de prévention

	20-50%	moins de 20%	plus de 50%	Total
INF30	27	8	20	55
	49,09	14,55	36,36	100,00
	77,14	80,00	80,00	78,57
	38,57	11,43	28,57	78,57
SUP30	8	2	5	15
	53,33	13,33	33,33	100,00
	22,86	20,00	20,00	21,43
	11,43	2,86	7,14	21,43
Total	35	10	25	70
	50,00	14,29	35,71	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00
	50,00	14,29	35,71	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 0,085; DL =2; valeur de p = 0,958
Khi deux du rapport de vraisemblance = 0,085; DL = 2; valeur de p = 0,958

Tableau 2 : Récapitulatif des effectifs selon le pourcentage de consultations de prévention et le pourcentage de jeunes vus en consultation.

Lignes : Q28 Colonnes : Q9

	non	oui	Total
parfois	3	7	10
	30,00	70,00	100,00
	15,79	13,73	14,29
	4,29	10,00	14,29
presque toujours	16	44	60
	26,67	73,33	100,00
	84,21	86,27	85,71
	22,86	62,86	85,71
Total	19	51	70
	27,14	72,86	100,00
	100,00	100,00	100,00
	27,14	72,86	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 0,048; DL =1; valeur de p = 0,826
Khi deux du rapport de vraisemblance = 0,047; DL = 1; valeur de p = 0,828

Tableau 3 : Récapitulatif des effectifs selon la mesure du poids et la sensibilisation à la prévention

Lignes : Q28 Colonnes : Q2

	femme	homme	Total
parfois	6	4	10
	60,00	40,00	100,00
	24,00	8,89	14,29
	8,57	5,71	14,29
presque toujours	19	41	60
	31,67	68,33	100,00
	76,00	91,11	85,71
	27,14	58,57	85,71
Total	25	45	70
	35,71	64,29	100,00
	100,00	100,00	100,00
	35,71	64,29	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 2,997; DL =1; valeur de p = 0,083
Khi deux du rapport de vraisemblance = 2,866; DL = 1; valeur de p = 0,090

Tableau 4 : Récapitulatif des effectifs selon la mesure du poids et le genre

Lignes : Q28 Colonnes : Q3

	30-55ans	plus de 55ans	Total
parfois	3	7	10
	30,00	70,00	100,00
	12,00	15,56	14,29
	4,29	10,00	14,29
presque toujours	22	38	60
	36,67	63,33	100,00
	88,00	84,44	85,71
	31,43	54,29	85,71
Total	25	45	70
	35,71	64,29	100,00
	100,00	100,00	100,00
	35,71	64,29	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 0,166; DL =1; valeur de p = 0,684
Khi deux du rapport de vraisemblance = 0,170; DL = 1; valeur de p = 0,680

Tableau 5 : Récapitulatif des effectifs selon la mesure du poids et l'âge

Lignes : Q32	Colonnes : Q9		
	non	oui	Total
fréquemment	12	28	40
	30,00	70,00	100,00
	63,16	54,90	57,14
	17,14	40,00	57,14
rarement	4	2	6
	66,67	33,33	100,00
	21,05	3,92	8,57
	5,71	2,86	8,57
toujours	3	21	24
	12,50	87,50	100,00
	15,79	41,18	34,29
	4,29	30,00	34,29
Total	19	51	70
	27,14	72,86	100,00
	100,00	100,00	100,00
	27,14	72,86	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 7,507; DL =2; valeur de p = 0,023
Khi deux du rapport de vraisemblance = 7,262; DL = 2; valeur de p = 0,026

Tableau 6 : Récapitulatif des effectifs selon les addictions et la sensibilisation à la prévention

Lignes : Q32	Colonnes : Q2		
	femme	homme	Total
fréquemment	19	21	40
	47,50	52,50	100,00
	76,00	46,67	57,14
	27,14	30,00	57,14
rarement	1	5	6
	16,67	83,33	100,00
	4,00	11,11	8,57
	1,43	7,14	8,57
toujours	5	19	24
	20,83	79,17	100,00
	20,00	42,22	34,29
	7,14	27,14	34,29
Total	25	45	70
	35,71	64,29	100,00
	100,00	100,00	100,00
	35,71	64,29	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 5,683; DL =2; valeur de p = 0,058
Khi deux du rapport de vraisemblance = 5,924; DL = 2; valeur de p = 0,052

Tableau 7 : Récapitulatif des effectifs selon les addictions et le genre

Lignes : Q32	Colonnes : Q3		
	30-55ans	plus de 55ans	Total
fréquemment	19	21	40
	47,50	52,50	100,00
	76,00	46,67	57,14
	27,14	30,00	57,14
rarement	2	4	6
	33,33	66,67	100,00
	8,00	8,89	8,57
	2,86	5,71	8,57
toujours	4	20	24
	16,67	83,33	100,00
	16,00	44,44	34,29
	5,71	28,57	34,29
Total	25	45	70
	35,71	64,29	100,00
	100,00	100,00	100,00
	35,71	64,29	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 6,227; DL =2; valeur de p = 0,044
Khi deux du rapport de vraisemblance = 6,629; DL = 2; valeur de p = 0,036

Tableau 8 : Récapitulatif des effectifs selon les addictions et l'âge

Lignes : Q38	Colonnes : Q3		
	30-55ans	plus de 55ans	Total
fréquemment	16	31	47
	34,04	65,96	100,00
	64,00	68,89	67,14
	22,86	44,29	67,14
rarement	4	4	8
	50,00	50,00	100,00
	16,00	8,89	11,43
	5,71	5,71	11,43
toujours	5	10	15
	33,33	66,67	100,00
	20,00	22,22	21,43
	7,14	14,29	21,43
Total	25	45	70
	35,71	64,29	100,00
	100,00	100,00	100,00
	35,71	64,29	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 0,805; DL =2; valeur de p = 0,669
Khi deux du rapport de vraisemblance = 0,776; DL = 2; valeur de p = 0,678

Tableau 9: Récapitulatif des effectifs selon la contraception et l'âge

Lignes : Q38 Colonnes : Q2

	femme	homme	Total
fréquemment	17	30	47
	36,17	63,83	100,00
	68,00	66,67	67,14
	24,29	42,86	67,14
rarement	1	7	8
	12,50	87,50	100,00
	4,00	15,56	11,43
	1,43	10,00	11,43
toujours	7	8	15
	46,67	53,33	100,00
	28,00	17,78	21,43
	10,00	11,43	21,43
Total	25	45	70
	35,71	64,29	100,00
	100,00	100,00	100,00
	35,71	64,29	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 2,666; DL =2; valeur de p = 0,264
Khi deux du rapport de vraisemblance = 2,977; DL = 2; valeur de p = 0,226

Tableau 10: Récapitulatif des effectifs selon la contraception et le genre

Lignes : Q38 Colonnes : Q9

	non	oui	Total
fréquemment	14	33	47
	29,79	70,21	100,00
	73,68	64,71	67,14
	20,00	47,14	67,14
rarement	3	5	8
	37,50	62,50	100,00
	15,79	9,80	11,43
	4,29	7,14	11,43
toujours	2	13	15
	13,33	86,67	100,00
	10,53	25,49	21,43
	2,86	18,57	21,43
Total	19	51	70
	27,14	72,86	100,00
	100,00	100,00	100,00
	27,14	72,86	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 2,047; DL =2; valeur de p = 0,359
Khi deux du rapport de vraisemblance = 2,238; DL = 2; valeur de p = 0,327

Tableau 11: Récapitulatif des effectifs selon la contraception et la sensibilisation à la prévention

Lignes : Q46	Colonnes : Q2		
	femme	homme	Total
fréquemment	6	15	21
	28,57	71,43	100,00
	24,00	33,33	30,00
	8,57	21,43	30,00
jamais	1	1	2
	50,00	50,00	100,00
	4,00	2,22	2,86
	1,43	1,43	2,86
rarement	4	11	15
	26,67	73,33	100,00
	16,00	24,44	21,43
	5,71	15,71	21,43
toujours	14	18	32
	43,75	56,25	100,00
	56,00	40,00	45,71
	20,00	25,71	45,71
Total	25	45	70
	35,71	64,29	100,00
	100,00	100,00	100,00
	35,71	64,29	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 2,079; DL = 3
Khi deux du rapport de vraisemblance = 2,088; DL = 3

Tableau 12: Récapitulatif des effectifs selon la préconception et le genre

Lignes : Q46	Colonnes : Q9		
	non	oui	Total
fréquemment	4	17	21
	19,05	80,95	100,00
	21,05	33,33	30,00
	5,71	24,29	30,00
jamais	1	1	2
	50,00	50,00	100,00
	5,26	1,96	2,86
	1,43	1,43	2,86
rarement	6	9	15
	40,00	60,00	100,00
	31,58	17,65	21,43
	8,57	12,86	21,43
toujours	8	24	32
	25,00	75,00	100,00
	42,11	47,06	45,71
	11,43	34,29	45,71
Total	19	51	70
	27,14	72,86	100,00
	100,00	100,00	100,00
	27,14	72,86	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 2,552; DL = 3
Khi deux du rapport de vraisemblance = 2,452; DL = 3

Tableau 13: Récapitulatif des effectifs selon la préconception et le sensibilisation à la prévention

Lignes : Q46 Colonnes : Q3

	30-55ans	plus de 55ans	Total
fréquemment	8	13	21
	38,10	61,90	100,00
	32,00	28,89	30,00
	11,43	18,57	30,00
jamais	1	1	2
	50,00	50,00	100,00
	4,00	2,22	2,86
	1,43	1,43	2,86
rarement	5	10	15
	33,33	66,67	100,00
	20,00	22,22	21,43
	7,14	14,29	21,43
toujours	11	21	32
	34,38	65,63	100,00
	44,00	46,67	45,71
	15,71	30,00	45,71
Total	25	45	70
	35,71	64,29	100,00
	100,00	100,00	100,00
	35,71	64,29	100,00

Contenu de la cellule : Dénombrement
% de ligne
% de colonne
% du total

Khi deux de Pearson = 0,292; DL = 3
Khi deux du rapport de vraisemblance = 0,284; DL = 3

Tableau 14: Récapitulatif des effectifs selon la préconception et l'âge

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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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. »

RESUME DE LA THESE

Introduction : Les différentes réformes du système de soins français (Loi de Santé Publique d'Août 2004 et loi HPST du 21 Juillet 2009) ont confirmé l'importance du rôle des médecins généralistes en matière de Santé Publique, et particulièrement dans la prévention.
De nombreuses études ont montré l'importance que les médecins généralistes accordaient à la prévention.
Les jeunes adultes sont une population vectrice de richesses, de développement mais aussi de menaces. Ils font l'objet de nombreuses études et de réformes en Santé Publique.

Matériel et méthode : Dans ce contexte, nous avons interrogé un échantillon de médecins généralistes des Alpes Maritimes par questionnaire auto administré envoyé par mails, afin de décrire ce qu'ils déclaraient faire en matière de démarche préventive auprès des jeunes adultes dans les domaines des conduites à risque.

Résultats : Nous avons recueilli 70 questionnaires remplis et interprétables soit un taux de réponses de 12,8% un mois après le premier envoi.
La moitié (50%) des médecins de l'échantillon déclaraient faire de la prévention dans 20 à 50% des consultations. La démarche préventive n'était pas systémique. La prévention était indépendante de la patientèle des médecins. Les médecins qui déclaraient faire de la prévention auprès des jeunes adultes en faisait aussi dans la population générale.
Les praticiens qui déclaraient faire le plus de prévention étaient sensibilisés à la prévention de par leur expérience professionnelle et les formations médicales continues.
Les femmes étaient plus à l'aise pour aborder les thèmes d'addictions et de contraception. Et les médecins qui informaient le plus fréquemment les jeunes adultes sur les infections sexuellement transmissibles et la contraception étaient sensibilisés à la prévention.

Conclusion : La démarche préventive auprès des jeunes adultes occupait une place importance dans la pratique des médecins généralistes des Alpes Maritimes.
L'incitation à participer aux formations médicales continues, le renforcement de la formation initiale en prévention, l'extension des consultations dédiées à tous les jeunes de 18-35ans étaient des propositions que l'on pourrait proposer afin d'améliorer la pratique préventive.

TITRE EN ANGLAIS:

A prevention strategy for young adults achieved through a sampling family doctors from the Alpes Maritimes

MOTS CLEFS:
Médecine générale
Démarche préventive
Jeunes adultes