



HAL
open science

**La prévention des comportements à risques :
représentations et pratiques des médecins généralistes
d’Ille-et-Vilaine, opinion sur un outil numérique d’aide à
la pratique**

Nathalie Legendre

► **To cite this version:**

Nathalie Legendre. La prévention des comportements à risques: représentations et pratiques des médecins généralistes d’Ille-et-Vilaine, opinion sur un outil numérique d’aide à la pratique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02569546

HAL Id: dumas-02569546

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02569546>

Submitted on 10 May 2021

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

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

N° d'ordre :

ANNÉE 2019



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Nathalie LEGENDRE

Née le 10/07/1987 à Lille (59)

**La prévention des
comportements à
risques :**

Représentations et pratiques des
médecins généralistes d'Ille-et-
Vilaine.

Opinion sur un outil numérique
d'aide à la pratique.

**Thèse soutenue à RENNES
le mardi 3 décembre 2019**

devant le jury composé de :

Ronan THIBAUT

PU-PH de Nutrition
au CHU de Rennes / *Président*

Ronan GARLANTEZEC

MCU-PH en Santé Publique
au CHU de Rennes / *juge*

Laure FIQUET

MCA de Médecine Générale,
Université de Rennes / *juge*

Véronique AUBIN

Spécialiste en Médecin Générale
à Rennes / *juge*

Romain MOIRAND

PU-PH de Gastroentérologie, hépatologie et
addictologie au CHU de Rennes / *directeur de thèse*

N° d'ordre :

ANNÉE 2019



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Nathalie LEGENDRE

Née le 10/07/1987 à Lille (59)

**La prévention des
comportements à
risques :**

Représentations et pratiques des
médecins généralistes d'Ille-et-
Vilaine.

Opinion sur un outil numérique
d'aide à la pratique.

**Thèse soutenue à RENNES
le mardi 3 décembre 2019**

devant le jury composé de :

Ronan THIBault

PU-PH de Nutrition
au CHU de Rennes / *Président*

Ronan GARLANTEZEC

MCU-PH en Santé Publique
au CHU de Rennes / *juge*

Laure FIQUET

MCA de Médecine Générale,
Université de Rennes / *juge*

Véronique AUBIN

Spécialiste en Médecin Générale
à Rennes / *juge*

Romain MOIRAND

PU-PH de Gastroentérologie, hépatologie et
addictologie au CHU de Rennes / *directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de Communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY	Benoit	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLÉ	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Réanimation ; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX- LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT- GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean-Marc	PU-PH	Réanimation ; médecine d'urgence
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BOUGET	Jacques	Professeur des Universités EMERITE	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CHALES	Gérard	Professeur des Universités EMERITE	Rhumatologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MC Associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MC Associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER- JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

Au Professeur Ronan THIBAUT

Vous avez accepté de présider mon jury et d'examiner mon travail.

J'en suis très honorée et vous en remercie.

Au Docteur Laure FIQUET

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse et de porter de l'intérêt à mon travail.

Au Docteur Ronan GARLANTEZEC

Merci d'avoir accepté de juger mon travail et ce malgré vous avoir prévenu tardivement.

Au Docteur Véronique AUBIN

Merci d'avoir accepté de juger mon travail et merci de m'avoir fait découvrir toute la richesse de la médecine générale.

Au Professeur Romain MOIRAND

Merci d'avoir accepté de me diriger et merci pour votre soutien dans ce travail de thèse.

Merci à mes amis pour leur soutien au cours de ce travail et de mes études, et en particulier Noémie et Marine pour leurs conseils avisés dans ce travail.

Merci à ma famille pour leurs encouragements et leur soutien tout au long des ces longues années d'études.

Et merci à Florian, pour son soutien et sa présence indispensable.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
METHODES	12
RESULTATS	14
Caractéristiques de la population	14
Représentations sur le rôle du médecin généraliste en prévention	14
Perceptions du changement et de l'impact d'une intervention	15
Des circonstances variables pour aborder les comportements à risque	17
Une variabilité des interventions	18
Freins et difficultés	19
Les outils d'aide à la pratique	21
Le recours à d'autres professionnels de santé	22
Opinion des médecins sur une application d'auto-questionnaire en salle d'attente	25
DISCUSSION	27
Principaux enseignements de l'étude	27
Une intervention opportuniste et ciblée	27
L'impact des représentations sur le changement sur la variabilité des pratiques	27
Comparaison des freins et des difficultés avec la littérature	28
Pistes d'amélioration	31
Forces et limites de l'étude	33
CONCLUSION	34
REFERENCES	35
LISTE DES ABBREVIATIONS	38
ANNEXES	39
Annexe 1 : Arbre thématique des freins et difficultés	39
Annexe 2 : Arbre thématique des besoins exprimés	40
Annexe 3 : Modèle transthéorique des changements de comportement de Prochaska et DiClemente	41
Annexe 4 : Questionnaire FACE	42

INTRODUCTION

Les comportements de santé concernant le tabac, l'abus d'alcool, la sédentarité et le déséquilibre alimentaire sont un problème majeur de santé publique. Une étude récente canadienne a montré une perte d'espérance de vie associée à ces quatre comportements de 6 années. La différence d'espérance de vie entre les personnes ayant une hygiène de vie saine et celles cumulant les quatre comportements à risque était de 17,9 ans (1). Selon le rapport de la DRESS et de Santé Publique France publié en 2017, 34% de la population française adulte fume, 10% boit de l'alcool quotidiennement, 50% est en surpoids, 57% mange moins de 5 fruits et légumes par jour, la moitié seulement pratique une activité physique conforme aux recommandations (2). Plus de 50% de la patientèle d'un médecin présente au moins deux de ces conduites à risque (3).

Les médecins généralistes (MG) sont les professionnels de santé qui sont le plus régulièrement en contact avec la population et donc ils jouent « un rôle privilégié d'écoute, de conseil et de prévention indispensables dans une vision à long terme de la santé et du bien-être des patients » (4).

Ils sont considérés comme des acteurs clés de l'éducation pour la santé (5). Celle-ci fait partie des onze compétences du médecin généraliste selon la définition de la médecine générale par la Wonca Europe 2002 (6). Selon Sandrin-Berthon : « le but de l'éducation pour la santé du patient est que la personne qui consulte un professionnel de soins, quel que soit son état de santé, soit en mesure de contribuer elle-même à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie » (7).

Selon une étude française publiée en 2009, 98% des médecins généralistes se sentent concernés par la prévention des conduites à risques (3). Malgré cela, il existe une forte disparité des pratiques d'un médecin à l'autre. De nombreuses études se sont intéressées aux difficultés de mise en œuvre des interventions sur les facteurs de risques, en particulier l'alcool et le tabac mais peu se sont intéressées à la prise en compte de l'ensemble des facteurs de risque par les médecins. Ces études ont retrouvé de nombreux freins quant à la réalisation du repérage et d'une intervention comportementale : le manque de temps, le manque de formation, l'absence de valorisation de l'acte, le scepticisme quant à l'efficacité, la résistance des patients (5,8–11).

Un intérêt croissant est porté à l'utilisation d'outils numériques pour aider au repérage ou aux changements de comportements (12). Le nombre d'applications mobiles disponibles augmente chaque jour, mais elles restent peu utilisées par les médecins. Selon le baromètre Vidal-CNOM réalisé en 2015, seul 18% des médecins interrogés utilisateurs de smartphone (85% des médecins) conseillaient une application mobile santé à leurs patients (13).

L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations et les pratiques des médecins généralistes en matière d'éducation en santé concernant les comportements à risques de leurs patients pris dans leur ensemble (le tabac, la consommation excessive d'alcool, la sédentarité et le déséquilibre alimentaire) en prévention primaire et secondaire. Dans un second temps, nous souhaitons recueillir leur opinion concernant une application numérique d'auto-questionnaires proposée en salle d'attente associée à une interface médecin-patient.

METHODES

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine de janvier à août 2019.

L'échantillonnage a été réalisé selon un choix raisonné, ce qui permet d'obtenir un échantillon varié. Il tenait compte de l'âge des participants, de leur sexe, du lieu d'exercice (rural, semi rural, urbain), des conditions d'exercice (seul, cabinet de groupe, maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)). Le recrutement a été effectué par téléphone via l'annuaire santé de l'assurance maladie. Les médecins recrutés n'étaient pas connus de l'auteur.

Le guide d'entretien (tableau 1) a été conçu à partir d'une recherche bibliographique. Il a secondairement été adapté après le 7^{ème} entretien. Il explorait les représentations du médecin sur la prévention, leurs attitudes de repérage et d'intervention des quatre comportements à risques, les difficultés rencontrées, le recours à certains outils ou aux professionnels de santé. En fin d'entretien, le chercheur présentait au participant un projet d'application d'auto questionnaire associé à une interface médecin-patient avant de recueillir son opinion. Le recueil du consentement oral était réalisé en début d'entretien.

Les entretiens ont été réalisés par un seul enquêteur, un interne de médecine générale sans expérience préalable. Ils ont été enregistrés par dictaphone, puis entièrement retranscrits de façon littérale. Les données ont été anonymisées. Il n'y a pas eu de retour de retranscription effectué auprès des participants.

Chaque entretien a été analysé au fur et à mesure selon une lecture flottante intuitive permettant de produire une synthèse analytique. L'analyse était ensuite focalisée avec découpage des unités de sens et thématisation continue. Dans un second temps, une mise en lien des thèmes dans leur contexte a permis l'émergence de catégories conceptuelles. Le nombre d'entretiens n'a pas été déterminé à l'avance. L'objectif était de réaliser le nombre nécessaire permettant une saturation d'idées. Il n'y a pas eu de triangulation des analyses.

Pouvez-vous me raconter comment s'est déroulée l'une des dernières consultations où a été abordé un changement d'habitude de vie d'un de vos patients en bonne santé? L'habitude de vie concernant la sédentarité, l'alimentation déséquilibrée, le tabac ou la consommation à risque d'alcool.

- A quel moment réévaluez-vous le comportement de santé du patient ?
- Que faites-vous quand vous sentez qu'un patient n'est pas motivé à changer ?

Pour vous, que représente l'éducation pour la santé, concernant les habitudes de vie : tabac, alcool, activité physique et alimentation ?

- Quel est votre rôle en tant que médecin généraliste dans le changement d'habitude de vie des patients ?
- En tant que médecin traitant, que leur apportez-vous de plus que d'autres professionnels de santé ?
- A votre avis, qu'attendent de vous vos patients dans le changement de leur comportement de santé ?
- Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans votre pratique de tous les jours ?

Comment vous sentez-vous quand vous discutez des comportements de santé avec votre patient?

- Face à un patient qui n'est pas motivé à changer, dans quel état d'esprit êtes-vous ? Quels sentiments éprouvez-vous ?
- Quelles craintes ou hésitations pouvez-vous avoir lorsque vous abordez un changement de comportement ?
- A quel point vous sentez-vous efficace dans votre action ?

Selon vous, comment votre pratique a-t-elle évoluée au cours du temps ? pour quelles raisons ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous intervenez pour induire un changement d'habitude de vie ?

- Comment gérez-vous la contrainte de temps pour intégrer l'éducation pour la santé dans votre activité ?

Dans votre pratique, utilisez-vous des outils spécifiques de type : *questionnaires, affiches en salle attente, fiches informations, des supports d'éducation pendant la consultation ? Utilisation du numérique ?*

Vers quels professionnels ou structures avez-vous été amené à orienter vos patients pour les aider à changer un comportement ?

- Quels sont les difficultés que vous rencontrez pour les orienter ?

De quel(s) soutien(s) : matériel, humain et/ou financier pensez-vous avoir besoin pour améliorer vos pratiques dans ce domaine ?

Pour terminer j'aimerais recueillir votre avis concernant un projet en cours de réflexion : il s'agit d'une application numérique d'auto-questionnaires en salle d'attente. Via l'application, le patient auto-évaluerait ses habitudes de vie à travers un questionnaire. Ensuite, Il recevrait un résumé, lui permettant de visualiser les écarts entre ses habitudes et les recommandations de santé. Puis, il pourrait en discuter avec le médecin. Celui-ci disposerait, également via l'application, d'une interface avec un système d'aide à la pratique pour intervenir vers un changement de comportement. Il disposerait d'une liste de différentes stratégies simples et utilisables dans la vie de tous les jours dont il pourrait discuter avec le patient selon les objectifs fixés ensemble en consultation. Qu'est-ce que vous en pensez ?

- Comment pourriez-vous l'intégrer dans votre pratique ? *Pour quels patients ? A quel moment ?*
- Quels freins et leviers percevez-vous à l'utilisation de l'application ?
- Que souhaiteriez-vous trouver dans l'interface médecin ?
- En quoi cet outil vous paraîtrait-il utile pour vous ou pour vos patients ?

Voudriez-vous ajouter un commentaire ? Pensez-vous à quelque chose que nous n'aurions pas évoqué ?

RESULTATS

Caractéristiques de la population

La saturation des données a été obtenue après 13 entretiens et vérifiée par l'absence de nouvelles notions exploitables sur 2 entretiens supplémentaires.

Les 15 entretiens ont été réalisés en présentiel, chacun d'une durée moyenne de 60 minutes (33-112min). 13 entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin, 2 à son domicile. Les caractéristiques des MG sont présentées dans le tableau 2.

N°	Age	sexe	Durée installation	Lieu d'exercice	Comportement à risque *	Durée consultation	Type d'exercice
MG1	30	F	< 5 ans	rural	1	<15 min	MSP
MG2	37	H	> 10 ans	urbain	2	20 min	Cabinet de groupe
MG3	50	F	< 5 ans	urbain	3	20 min	seule
MG4	65	H	> 30 ans	Semi rural	0	< 15 min	Seul
MG5	43	F	> 10 ans	Semi rural	1	15 min	Cabinet de groupe
MG6	39	H	> 10 ans	Semi rural	1	20 min	MSP
MG7	38	H	< 5 ans	Semi rural	0	15 min	Cabinet de groupe
MG8	42	F	> 10 ans	rural	0	20 min	MSP
MG9	62	H	> 30 ans	urbain	0	15 min	Cabinet de groupe
MG10	40	H	> 10 ans	Semi rural	0	20 min	Cabinet de groupe
MG11	47	F	> 10 ans	Urbain	0	20 min	Cabinet de groupe
MG12	36	H	< 5 ans	Semi rural	0	15 min	Cabinet de groupe
MG13	48	H	> 10 ans	urbain	1	15 min	Cabinet de groupe
MG14	60	H	> 20 ans	rural	0	20 min	Pôle de santé
MG15	60	F	> 20 ans	urbain	1	15 min	Cabinet de groupe

Tableau 2 : caractéristiques des interrogés

*Comportements à risques déclarés :

- alimentation déséquilibrée
- tabagisme actif
- consommation excessive d'alcool
- activité physique non régulière

Représentations sur le rôle du médecin généraliste en prévention

Le médecin généraliste, un interlocuteur privilégié

La relation de confiance que les MG construisaient avec leur patient était un atout important pour la prévention des comportements à risque. Pour la plupart, cette relation autorisait le médecin à aborder le mode de vie de son patient. La connaissance de l'intime, de l'environnement, de la famille et du contexte psychologique était importante pour aborder les habitudes de vie sans blesser le patient et pour faciliter l'échange. Le patient faisait confiance au médecin et à la crédibilité des informations délivrées : « *ils ont confiance en nous (...) ils savent que nous, on est neutre* » (MG12). Pour certains, l'attachement du patient à son médecin renforçait l'impact de l'intervention sur le comportement à risque : « *on est au plus proche des gens (...) et comme le côté rapport humain est très important pour qu'ils suivent ce qu'on leur dit, c'est au généraliste en premier, au médecin de famille* » (MG9), pour d'autres cet impact était plus relativisé : « *on pense qu'on y est peut-être pour quelque chose, mais ça n'a pas été directement* » (MG15).

Une mission essentielle pour la majorité des MG

Les MG étaient convaincus de l'impact du mode de vie sur la santé de leurs patients. La majorité des MG considérait la prévention des comportements à risque comme « *fondamentale dans leur exercice de médecine générale* » (MG12). Cette vision avait été acquise lors de leur formation initiale ou secondairement via la formation médicale continue et l'échange avec leurs pairs : « *toutes les formations continues où l'on va, l'hygiène de vie c'est en premier traitement, c'est pour tout, tout le temps.* » (MG5).

Intervenir sur les comportements de santé était considéré comme aussi important que la thérapie médicamenteuse dans leur pratique. Elle était « *le premier traitement* » (MG5) face à un symptôme, une plainte fonctionnelle ou une maladie potentiellement en lien avec le comportement à risque.

Pour la plupart d'entre eux, leur rôle s'inscrivait également dans une logique de prévention primaire pour « *éviter les maladies évitables* » (MG6) ou dans un objectif de « *mieux être* » (MG12).

Ils avaient un rôle d'information et d'aide à la prise de conscience des risques ou des impacts du comportement, des bénéfices liés à un changement et de soutien à sa mise en place : « *on est juste un levier ou un guide pour rencontrer une personne ou une autre pour les aider* » (MG15)

Une prévention primaire jugée non médicale selon certains autres médecins

Pour certains MG, le mode de vie relevait de l'intime et de la liberté individuelle : « *ça dépend de la mentalité de chacun, enfin, je veux dire c'est très très personnel* » (MG3). Ces médecins répondaient avant tout à la demande du patient et abordaient les comportements à risques que s'ils avaient un impact médical : « *On commence à aborder le sujet lorsqu'on voit poindre des problèmes* » (MG13).

Les patients étaient « *tout à fait conscients qu'ils ont un comportement déviant* » (MG10) et suffisamment autonomes pour s'informer. Intervenir en prévention primaire sans demande du patient était jugé peu utile : « *je ne vais pas leur dire que le tabac c'est dangereux, on va me prendre pour un idiot* » (MG13), intrusif dans leurs choix de vie, voir potentiellement délétère et stigmatisant, dans un contexte de risque relatif « *parfois on fait plus de mal que de bien* » (MG10), « *c'était plus une forme de normalisation sociale, qu'être certain d'un bénéfice réel, tangible pour lui* » (MG10).

Perceptions du changement et de l'impact d'une intervention

Un changement difficile à engager pour le patient...

La majorité des médecins comprenait les difficultés du patient à changer un comportement ancré culturellement et familialement parfois depuis l'enfance, et des risques duquel il n'avait pas forcément conscience: « *ça leur demande tellement d'effort à changer un comportement qui est ancré, qui est culturel peut-être même, on sait que c'est hyper-compliqué de changer* » (MG6).

L'état psychologique du patient (l'anxiété, le stress, le vécu lié au comportement à risque, les préoccupations familiales) rendait difficile le changement : « *suffit après qu'il y ait un coup dur dans la famille ou un truc et bah il faut tout recommencer* » (MG14). Les contraintes d'organisation ou

financières exprimées par le patient étaient parfois plus difficiles à accepter pour les médecins. Elles témoignaient pour certains d'un manque de volonté plus que de contraintes réelles.

... qui nécessite un bénéfice concret

Le risque relatif était difficile à appréhender pour le patient. Il offrait peu de leviers au médecin pour le motiver à modifier ses habitudes : « *quand tout est normal (sur un bilan biologique), ils me disent « bah non, moi je vais bien » » (MG5). En revanche, la découverte d'un impact négatif concret du comportement sur l'état de santé (un diabète, une dyslipidémie, une perturbation du bilan biologique, une HTA) était considérée comme une source forte de motivation au changement pour le patient. D'autant plus qu'il offrait un indicateur concret permettant de réévaluer l'efficacité liée aux changements mis en place par le patient et ainsi de renforcer sa motivation : « c'est LÀ qu'il faut agir, vraiment quand les chiffres sucre commencent à monter, et puis là on peut leur montrer. (...) ça aide beaucoup, et puis c'est motivant. Pour moi aussi, pour le patient et moi (...) les chiffres sont importants, c'est concret. L'Homme a besoin de concret. » (MG14).*

Une intervention efficace sur le long terme...

Changer les comportements à risque était difficile, mais la plupart des MG se disaient efficaces sur le long terme. Ils visaient de petits objectifs atteignables par le patient. Intervenir était utile même en l'absence de résultats immédiats, comme le prouvait les études sur le conseil minimal pour le tabac. La répétition était essentielle pour faire émerger un changement : « *c'est semer des petites graines au fur et à mesure pour voir un petit peu le changement s'amorcer, ça se compte en mois, en années derrière » (MG8). Sans elle, il avait peu de chance de s'amorcer et de se maintenir : « si on lui dit ponctuellement, ça va rentrer par une oreille, ça va sortir par l'autre » (MG12). Elle permettait de repérer « le bon moment » (MG5) pour le patient. Bien qu'ils considéraient le patient libre de mettre en application ou non leurs conseils, certains des MG témoignaient d'une lassitude voire d'un fatalisme devant l'immobilisme de leurs patients malgré la répétition : « des patients qui n'entendent pas grand chose (...) on s'épuise sur ce genre de personnes » (MG8).*

...ou vouée à l'échec sans motivation du patient

A l'inverse, une partie des MG pensaient n'avoir que peu d'impact sur la volonté de leurs patients à changer un comportement. « *si eux ne sont pas motivés à la base, je ne peux rien pour eux moi je pense » (MG1). Intervenir auprès d'une personne non motivée était perçu comme une perte de temps et d'énergie. En l'absence de résultats immédiats, ils se sentaient en échec face à l'immobilisme du patient. Certains se désinvestissaient en responsabilisant le patient sur son état de santé : « C'est son état de santé, c'est le sien c'est pas le mien, sa responsabilité » (MG7), préférant se concentrer sur les patients en demande de soutien.*

Des circonstances variables pour aborder les comportements à risques :

Une intervention ciblée et opportuniste en lien avec un motif de consultation aiguë...

Le mode de vie était rarement un motif de consultation pour le patient. Les médecins intervenaient sur les comportements de santé essentiellement lorsqu'ils étaient en lien avec le motif de consultation. Les occasions d'intervenir étaient considérées comme multiples et pluriquotidiennes. L'identification des opportunités variait d'un médecin à l'autre.

Les MG intervenaient lors de la découverte de facteurs de risque cardiovasculaire : HTA, dyslipidémie, diabète, d'une perturbation du bilan biologique (bilan hépatique, carence). Ils pouvaient également intervenir lors de troubles musculo-squelettiques (lombalgie), lors d'infection ORL, pulmonaire ou en réponse à une plainte psychique (stress, anxiété, fatigue).

La répercussion physique ou biologique liée au comportement à risque offrait « *une voie d'accès* » (MG10) facilitant, voir justifiant l'abord par le médecin et un « *point d'accroche* » (MG13) pour argumenter en faveur du changement.

... avec le suivi de maladie chronique...

Le mode de vie était régulièrement abordé lors du suivi d'une pathologie chronique en lien avec le comportement. L'intervention était réalisée soit uniquement lors d'un déséquilibre de la pathologie, soit de façon systématique à chaque consultation par la force de l'habitude. Elle faisait alors partie intégrante de la stratégie thérapeutique du médecin, parfois dans un objectif de déprescrire « *j'ai quand même arrêté des statines en faisant [faire] des régimes alimentaires plus équilibrés* » (MG5).

...ou la consultation de certificat de sport.

La consultation pour la certification de non contre-indication au sport était également un moment privilégié pour aborder les comportements de santé chez la personne jeune, en bonne santé qui consultait rarement. « *On va l'aborder aussi, sur le tabac, l'alcool lors des certificats médicaux* » (MG7). Le patient était considéré comme préoccupé par sa santé : « *le sujet qui veut refaire du sport on va dire, qui va venir, qui va du coup être un petit peu inquiet. Et donc, on va pouvoir aborder à partir de là.* » (MG13)

Une prévention primaire qui nécessitait un point d'appel clinique.

Là aussi la plupart du temps, la prévention était ciblée. L'examen clinique permettait d'ouvrir le dialogue avec « *un point d'accroche* » (MG6) sur les comportements à risque : l'alimentation, l'activité physique et parfois la consommation d'alcool pouvaient être abordées lors de la pesée devant un surpoids, et le tabac lors de l'auscultation pulmonaire devant l'odeur perçue à l'examen par le médecin « *quand on examine les poumons, on leur demande "au fait, je m'en rappelle plus, vous fumez ?" et là on remet le petit truc* » (MG5).

En dehors du tabac, aborder un comportement de santé sans point d'appel paraissait difficile pour la plupart des médecins : « *c'est toujours plus facile avec un point d'appel.* » (MG6), « *c'est compliqué quand ils viennent pour une rhino de leur dire « est-ce que vous buvez de l'alcool ? »* » (MG8)

De rares tentatives de systématisation

Le mode de vie était parfois relevé lors de la première consultation, sans qu'une intervention immédiate en découle par faute de temps, ou par nécessité de créer une relation de confiance pour ne pas paraître jugeant ou « *inquisiteur sur une première consultation* » (MG12). Rarement, le médecin intervenait sans point d'appel pour promouvoir un comportement de santé dans une posture informative ou partenariale auprès de toute sa patientèle ou de façon plus ciblée auprès des jeunes : « *quand j'ai un jeune (...) c'est le moment d'utiliser peut-être les 10 minutes qu'il nous reste pour passer un peu d'infos, pour les questionner sur les risques* » (MG14)

Une formulation systématisée pour aborder le comportement avait alors été mise en place, ayant parfois nécessité un effort initial : « *ça vient tout seul en fait : " Et l'activité physique, vous marchez?"* » (MG11) « *j'ai l'habitude maintenant. Alors qu'au début, j'avais presque l'impression d'être de la police, quand j'ai commencé pour moi c'était pas ancré (...) c'est devenu systématique* » (MG14).

Une variabilité des interventions

Le conseil minimal

Au minimum, le médecin conseillait l'arrêt ou la modification du comportement ou s'informait du souhait du patient à changer son comportement. Selon la réaction perçue du patient et le temps disponible l'intervention se poursuivait ou se bloquait. Pour quelques médecins elle se limitait à un simple conseil « *vous avez pris quelques kilos, faites attention (...) ça serait bien de faire un petit peu de sport* » (MG13).

Informé et conseiller

La plupart des médecins informaient le patient des recommandations, des risques liés au comportement, et la majorité, des bénéfices liés au changement. Quelques uns expliquaient les mécanismes physiopathologiques pour favoriser l'adhésion de leurs patients. Lors des entretiens, certains médecins avaient insisté sur l'importance d'une information scientifique fiable, pour une posture neutre et crédible auprès du patient : « *apporter un argument objectif et pas juste : « il faut arrêter, il faut changer », pour montrer que ça a un réel impact et que cet impact a été étudié et qu'on sait* » (MG2). Souvent, les MG donnaient des conseils pratiques quotidiens individualisés pour aider et motiver le patient à changer.

Soutenir et réévaluer

La majorité des médecins réévaluait le comportement à risque abordé lors de la consultation suivante. Le soutien leur paraissait essentiel pour maintenir le changement. Ils exploraient les difficultés, réadaptaient l'objectif de changement, et certains valorisaient tout changement mis en place : « *on lui demande où il en est, le féliciter, l'encourager ou alors ne pas le décourager si on voit que malgré tous ses efforts, il n'a pas réduit [le nombre de cigarettes]* » (MG6). La moitié d'entre eux réalisait des consultations dédiées à la demande du patient ou qu'ils proposaient. Une partie des médecins ne

réévaluait pas systématiquement le changement de comportement, soit du fait d'une non priorité de la prévention sur le curatif, soit d'une conception de leur rôle se limitant à l'information.

Trois attitudes ressortaient des entretiens : directive, informative ou participative

Certains MG avaient une posture directive, « incisive » (MG1). Ils fixaient les objectifs de changement et les techniques pour y parvenir. S'ils se heurtaient aux freins du patient, ils avaient parfois des propos culpabilisants ou moralisateurs : « *il faut les culpabiliser* » (MG9), avec des « *formules un peu choc pour essayer de les faire réagir* » (MG12), « *leur faire peur et les rendre responsables, ce qui est vrai d'ailleurs* » (MG9). Certains médecins utilisaient l'humour pour atténuer leur propos et préserver la relation : « *je leur fais souvent des tableaux un peu sombres en plaisantant* » (MG9).

Deux des médecins de l'étude avaient une posture informative avec le patient. Les interventions étaient dominées par la transmission de l'information sur les risques et les bénéfices : « *il faut leur amener toutes les informations qu'ils doivent connaître* » (MG7). Le patient était autonome pour prendre la décision d'un changement, il était responsable de sa motivation. Le médecin l'accompagnait s'il était prêt à engager un changement de comportement : « *si lui dans sa tête il n'a pas fait la démarche de venir en parler, ça n'est pas la peine de lui en parler pendant une heure* » (MG7).

D'autres étaient centrés sur l'échange avec le patient. Il était « *au centre de sa prise en charge* » (MG11). Ils cherchaient à explorer son envie et à faire émerger ses solutions « *On discute de la manière dont ils veulent faire les choses, comment ils veulent se faire aider* » (MG8). Ils utilisaient des techniques communicationnelles pour lesquelles ils s'étaient le plus souvent formés (Education thérapeutique, hypnose, entretien motivationnel). Ils discutaient des freins du patient et n'insistaient pas en cas de refus, proposant d' « *en rediscuter à une autre occasion* » (MG2).

Freins et difficultés

L'ensemble des freins et difficultés sont repris en annexe (annexe 3). Une partie d'entre eux sont développés de façon transversale dans les autres parties. Deux freins ressortaient particulièrement lors des entretiens : les difficultés à aborder un comportement en particulier l'alcool et le manque de temps.

Une prévention difficile à aborder sans comorbidités

Sans lien avec la consultation, aborder le mode de vie était perçu par certains médecins comme plus difficile. Le patient n'étant pas forcément demandeur d'une intervention et ne présentant pas de problèmes de santé en lien avec son mode de vie, une partie des MG craignaient de paraître inquisiteur, moralisateur ou stigmatisant et de gêner leur patient : de le blesser voire de le « *braquer* » (MG3). Le risque était de détériorer la relation de soin, voire de la rompre pour un bénéfice incertain : « *comme il n'y a pas de bénéfice palpable, comment faire la prévention (...) sans faire peur, sans stigmatiser, c'est pas facile* » (MG11)

Un abord difficile et tardif de la consommation d'alcool

Un médecin sur deux ressentait un malaise dans la relation lorsqu'il abordait la consommation d'alcool. Bien que les MG considéraient qu'en parler faisait partie de leur rôle, ils l'abordaient moins souvent et plus tardivement que les autres comportements. Le repérage était ciblé sur les patients à risque de dépendance qui présentaient des perturbations biologiques (hypertriglycéridémie, perturbation du bilan hépatique) ou « *des stigmates physiques évidents* » (MG15).

La consommation d'alcool était perçue comme « *beaucoup plus stigmatisant (...) qu'une consommation de cigarettes.* » (MG6). Certains médecins reconnaissaient leur gêne à l'aborder, ne sachant comment faire sans paraître accusateur : « *on veut pas être les petits sergents chefs, les contrôleurs* » (MG15). Ils la critiquaient, sans savoir comment la dépasser.

La discussion se bloquait rapidement, soit du fait d'une banalisation de sa consommation par le patient ne comprenant pas le questionnement du médecin « *pourquoi j'aurais un problème avec l'alcool* » (MG5) ou à l'inverse d'une gêne, d'un tabou pour le patient : « *ils ont beaucoup plus de gêne, et une honte certaine à en parler* » (MG4).

L'amalgame entre une consommation excessive et la dépendance, la crainte de ne pas savoir « *trouver les réponses* » (MG6) aux demandes du patient, que « *la consultation s'étende* » (MG15) ou le sentiment d'échec de prise en charge de l'alcoolisme étaient autant de freins supplémentaires.

Le temps, une contrainte à l'éducation

Le manque de temps était une contrainte importante pour les médecins. Le patient consultait pour un motif, voir plusieurs, rendant les consultations parfois très denses. Le suivi régulier des patients permettait de dégager plus facilement du temps de consultation. Pour certains, la prévention devenait le « *volant adaptable* » (MG14) du temps disponible restant, pour d'autres elle restait prioritaire. Réaliser un conseil minimal, cibler les messages importants, donner quelques conseils au fur et à mesure des consultations était réalisable, mais pas toujours jugé suffisant pour le médecin : « *allez parler comme ça en cours de consultation de l'activité physique, d'essayer de rééquilibrer, de voir, de chercher les petits points, c'est à peu près faisable en un quart d'heure, vingt minutes, mais quand on sait qu'il y a vraiment des choses à remettre à plat, non* » (MG11).

Une éducation, à fortiori nutritionnelle et un soutien psychologique étaient considérés comme chronophages et compliqués à mettre en place : « *le soutien et l'action psychologique. C'est essentiellement la grosse chose qui manque. On a pas le temps de faire en médecine générale, on peut pas s'occuper, enfin, on le fait par petites étapes à répétition (...) mais on est pas des psychologues adaptés à telle ou telle situation, c'est superficiel notre façon* » (MG9).

Pour réaliser l'éducation et soutenir le changement, la moitié des MG y dédiait des consultations entières essentiellement concernant le tabac et plus rarement le surpoids. Pour les autres, ils leurs semblaient difficile de proposer à leurs patients de les revoir uniquement concernant leur mode de vie. Certains MG anticipaient des consultations plus longues lors du prochain renouvellement de traitements. Mais la pression de la patientèle limitait la possibilité de multiplier ces consultations ou d'assurer un suivi plus rapproché.

Le manque de temps était également un frein à la formation, sans mise en pratique possible derrière des connaissances acquises.

Les outils d'aide à la pratique :

En amont de la consultation : des campagnes de santé aidantes, un avis mitigé sur les kits d'outils. Une salle d'attente peu utilisée

Une bonne campagne de santé avec un bon slogan était un appui fort pour le médecin. Elle provoquait de la réflexion chez le patient et permettait « *d'instaurer un dialogue* » (MG6) plus efficace : « *un slogan, un message bien fait, derrière ça peut ouvrir le débat* » (MG6). Les demandes de sevrage avaient augmenté lors du mois sans tabac. Les patients connaissaient le slogan « *les cinq fruits et légumes* ». En revanche la campagne « *manger-bouger* » était perçue comme peu efficace, noyée dans les messages publicitaires.

Un tiers des médecins utilisait des affiches en salle d'attente espérant « *sensibiliser le patient* » (MG15) et mettait à disposition des livrets ou flyers pour les patients. La plupart étaient sceptiques sur leur impact, même ceux les utilisant. Le format papier était jugé peu attractif pour les patients et ne pouvait remplacer la parole qui était « *fondamentale* » (MG4) pour certains.

Un des médecins avait mis en place un écran, diffusant un diaporama créé par les médecins de la maison de santé. Un autre en avait le projet.

Des outils pour un appui à l'intervention, un rappel pour le médecin et le patient

Les médecins n'utilisaient pas de questionnaire en dehors du test de Fagerstrom pour évaluer les habitudes de leur patient. Le FACE pour le repérage de l'alcool n'a été cité que par un médecin. Le logiciel facilitait la réévaluation, grâce notamment aux questionnaires intégrés sur la réalisation ou non d'une intervention sur le tabac et l'alcool (correspondant à des critères de la ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique) ou par l'inscription systématique du mode de vie par le médecin. Il permettait un rappel du statut du patient.

D'une manière générale les MG utilisaient peu d'outils en consultation. La parole était primordiale. Connaître un outil, le retrouver et se l'approprier représentaient une contrainte de temps.

Quelques médecins utilisaient parfois des outils visuels pour favoriser le dialogue et la compréhension du patient (fiches équivalences de verres pour l'alcool, un livre de photos de repas types, les courbes VEMS chez les fumeurs) : « *ça permet d'ouvrir le débat avec le patient qu'on a en face de soi* » (MG6). Ils étaient faciles à retrouver dans le logiciel ou sur internet le plus souvent.

Ils remettaient parfois un support écrit à leurs patients en fin de consultation principalement concernant l'alimentation, afin de compléter ou de rappeler l'information délivrée. Le plus souvent, ils éditaient une fiche avec des conseils alimentaires qu'ils individualisaient : « *des petits mémos, qui sont assez rapides, que je donne de façon adaptée à chaque patient* » (MG11). Elle était parfois créée par le médecin, récupérée sur internet ou issue de sources « *fiabes* » (MG14) comme la revue Prescrire ou l'INPES. Rarement, ils conseillaient les sites internet « *info-service.fr* » ou remettaient un livret INPES. Un seul médecin prescrivait parfois le changement de comportement.

Besoins exprimés par les médecins : une majoration des campagnes de santé, peu de demande d'outils d'aide à la pratique.

La majorité des médecins de l'étude souhaitaient un renforcement des campagnes de santé qui soient « récurrentes » (MG5). Au-delà, ils attendaient des mesures nationales de régulation publicitaire, de taxation de produits à risques (alcool, plats transformés) et une généralisation du Nutri-score.

Les demandes concernant des outils d'aide à la pratique étaient disparates, elles étaient formulées par ceux qui utilisaient déjà des outils, pour répondre à des difficultés ciblées ou renforcer les pratiques.

Un médecin proposait la création d'un onglet prévention dans le logiciel ou au minimum d'ajouter un item « activité physique » au même titre que le tabac et l'alcool pour faciliter le rappel : « *on le remplit quand même le logiciel* » (MG5).

Pour les patients, ils souhaitaient des fiches d'information et de conseils adaptables notamment sur l'alimentation et la consommation d'alcool : « *qualitatives sur un bon équilibre* » (MG5) ou plus ciblées : « *adaptées au surpoids, à l'hypercholestérolémie, à la diabète* » (MG11).

D'autres MG avaient exprimé le besoin d'un référentiel global pour le médecin « *validé scientifiquement, où on va avoir une information fiable et qui répertorie tout* » (MG14) ou de fiches repères synthétiques.

Le recours à d'autres professionnels de santé :

Déléguer par manque de temps, manque d'intérêt, ou en second recours

Les indications du recours à un autre professionnel de santé étaient variables. La demande pouvait être formulée directement par le patient, ou proposée par le médecin. Une partie des médecins déléguait par manque de temps, notamment l'éducation nutritionnelle. D'autres adressaient rapidement par manque d'intérêt à prendre en charge le comportement ou pensant n'être pas suffisamment compétents : « *je suis moins à l'aise, j'aime moins, c'est moins mon truc, je sais que je suis pas super efficace (...) je pense qu'à un moment faut connaître ses limites* » (MG11). Certains adressaient secondairement, après un échec de prise en charge face à des patients « *hyper-réfractaires* » (MG5) pour « *apporter une nouvelle voix* » (MG12)

Des relais bien identifiés pour la prise en charge nutritionnelle et le sevrage tabagique contrairement à l'activité physique

Les médecins adressaient principalement pour l'équilibre alimentaire à des médecins nutritionnistes et moins fréquemment à des diététiciennes et plus rarement encore à des psychologues. Ils orientaient parfois leurs patients vers les structures Weight Watchers notamment pour le soutien de groupe jugé efficace par les médecins : « *ce qui marche le mieux, c'est le régime "Weight Watchers", quand les gens sont décidés à aller aux réunions* » (MG9)

Concernant la prise en charge du tabac, certains orientaient vers un infirmier ou un médecin tabacologue, d'autres vers les médecines alternatives : « *l'hypnose, l'acupuncture* » (MG1)

Concernant l'activité physique, deux médecins prescrivaient l'APA (Activité Physique Adaptée) soit dans le cadre d'un protocole local, soit via un réseau, vers un coach sportif en prévention secondaire. Plus généralement les MG étaient en difficulté pour identifier leurs correspondants et ne connaissaient pas les modalités de prescription de l'APA. Ils adressaient également vers les kinésithérapeutes. La consommation excessive d'alcool ne nécessitait pas le recours d'un professionnel en dehors d'une dépendance. Ils orientaient alors vers les CSAPA ou via le réseau addictions³⁵.

L'infirmière ASALEE : une aide à l'éducation, facile d'accès pour le patient

Un des médecins interrogés travaillait en partenariat avec une infirmière ASALEE en maison de santé. L'exercice était « *coordonné* » avec le médecin, la communication était facilitée par les échanges sur leur lieu de travail commun et le partage du logiciel. Les échanges entre professionnels permettaient au médecin de réaliser un renforcement positif auprès du patient. L'accès à l'infirmière était facilité pour le patient grâce à la gratuité des consultations : « *ils n'ont rien à déboursier donc c'est hyperfacile* » (MG6) : et à sa disponibilité rapide permettant d'avoir « *la réponse tout de suite, et derrière ça leur permet de changer vite* » (MG6). Elle disposait de plus de temps pour réaliser l'éducation du patient et un accompagnement soutenu. Son approche complétait celle du médecin et était efficace « *on a des résultats spectaculaires* » (MG6). Le médecin intervenait plus fréquemment auprès des patients. Il proposait systématiquement au patient de rencontrer l'infirmière ASALEE face à un surpoids, une hypertension, un diabète ou un sevrage tabagique. Néanmoins rencontrer l'infirmière ASALEE nécessitait un engagement du patient dans le changement, ce qui freinait son recours : « *entre le moment où on propose et le moment où c'est accepté, il peut se passer deux ans* » (MG6)

Une orientation influencée par la confiance du médecin envers le professionnel...

Les médecins orientaient leurs patients vers des professionnels auxquels ils faisaient confiance. Celle-ci était acquise envers leurs collègues médecins nutritionnistes, ou tabacologues. Souvent une défiance était exprimée envers les compétences et savoirs des paramédicaux, notamment des diététiciennes : « *je ne sais pas quel message va être exprimé, si elles vont vraiment être dans le sens que je souhaite* » (MG12). Elles étaient jugées parfois trop « *rigides* » (MG2) ou à l'inverse, trop laxistes.

La communication et la connaissance des pratiques étaient essentielles pour les médecins pour développer cette confiance envers les paramédicaux. Elles permettaient d'assurer un discours commun ainsi qu'un « *renforcement positif* » (MG6) auprès du patient : « *un des intérêts (...) c'est vraiment d'avoir un message commun, de savoir comment les autres travaillent* » (MG6). La communication était facilitée dans le cadre des MSP, des pôles de santé et de protocoles locaux où les professionnels se rencontraient. Elle pouvait également être réalisée de façon informelle par le médecin ayant créé son réseau local et appelant ses correspondants.

... Et son accessibilité pour le patient

Les délais de recours au médecin spécialiste ne correspondaient pas au temps du changement du patient. Le risque était l'inflexion de la motivation avant que le rendez-vous n'ait lieu : « *la difficulté est liée au patient qui quand il en a envie, il faut que ce soit rapide et pas dans 3 mois, ça, ça fait perdre la motivation* » (MG2). Le suivi était également jugé le plus souvent insuffisant pour maintenir le changement.

L'accessibilité géographique représentait une difficulté pour les médecins exerçant en rural.

L'absence de prise en charge de la consultation par l'assurance maladie, freinait les propositions d'orientation du patient vers le diététicien et le psychologue, au profit de professionnels de santé dont la consultation était remboursée par la sécurité sociale : « *c'est déjà compliqué de changer des choses qu'on n'a pas envie de changer, si en plus faut payer pour changer ça (...) c'est pas possible* » (MG5)

Les besoins : améliorer le recours aux paramédicaux pour une approche globale de la prévention

Pour faire face à la contrainte de temps et améliorer la prévention des comportements à risques les médecins proposaient de déléguer l'éducation à une infirmière de prévention. Trois des médecins étaient en attente d'une infirmière ASALEE, deux autres proposaient cette délégation sans connaître le dispositif ASALEE.

Pour faciliter l'accès aux paramédicaux, ils étaient en demande d'une prise en charge par l'assurance maladie des diététiciennes, psychologues, et éducateurs sportifs. Des médecins proposaient le rattachement du professionnel au cabinet : « *un éducateur sportif qui vienne, dans le cabinet* » (MG11), un autre la diffusion d'information sur les réseaux existants pour identifier ses interlocuteurs.

Ils souhaitaient créer un maillage autour du patient : « *c'est le maillage qui est important (...) si on pouvait avoir une diététicienne prise en charge, quelqu'un qui s'est vraiment formé à la tabacologie (...) la psychologue qui pourrait être remboursée, ça serait pas mal. Et donc, que l'on puisse faire un peu comme à l'hôpital en gros, une sorte de staff au fur et à mesure pour voir les progrès* » (MG8). Ils se plaçaient au centre du dispositif qu'ils coordonneraient, ou à l'inverse, ils proposaient un accès direct pour le patient voire une orientation par les paramédicaux entre eux pour recentrer l'action du médecin vers un aspect plus médical de la prévention.

Des MG proposaient des consultations en binôme médecin-diététicien, ou médecin-psychologue pour les patients plus difficiles à prendre à charge. Pouvoir proposer « *des séances de thérapie de groupe* » (MG9) était également suggérées, pour améliorer la motivation et le soutien du patient.

Ils étaient en demande d'une amélioration de la communication avec les paramédicaux pour connaître leurs pratiques et l'avancement de la prise en charge du patient. Un des médecins proposait la mise en place d'« *un petit passeport prévention* » (MG5), un autre de rencontres régulières.

La mise en place de recommandations communes permettrait d'harmoniser les discours : « *trouver tous un discours, qui soit cohérent, les uns avec les autres* » (MG2).

Opinion des médecins sur une application d'auto-questionnaires en salle d'attente

La moitié des médecins avait un avis positif sur l'application, quelques-uns étaient mitigés sur son intérêt, d'autres ont eu une réaction de rejet devant le format numérique.

Le repérage initié par le patient un impact positif ou un biais de recrutement

Les MG avaient mis en avant l'avantage d'un repérage initié par le patient en salle d'attente. Il pouvait permettre d'augmenter le nombre de patients repérés : « *il y en a plein qu'on loupe, parce qu'on oublie de leur en parler* » (MG5) : et de libérer la parole du patient : « *en dehors du médecin, je pense qu'il dit plus facilement les choses* » (MG5). Le fait de remplir le questionnaire pouvait sensibiliser le patient en amont de la consultation sur son comportement par rapport aux recommandations, créer une réflexion et « *permet d'ouvrir un dialogue* » (MG6) avec le médecin.

A l'inverse, quelques médecins craignaient une sous déclaration du patient de son comportement à risque. Un des écueils possibles était le biais de recrutement : que « *les gens qui remplissent soient des gens déjà qui prennent soin vraiment de leur santé* » (MG8). Des MG craignaient également que l'application puisse occasionner une surcharge de travail et « *multiplier le nombre de motifs de consultation, [ce] qui peut être compliqué* » (MG6)

Le format : Une application sur smartphone pour le patient, des résultats faciles d'accès pour le médecin

Concernant le format, le support tablette était le plus souvent rejeté par crainte de dégradation ou de vol. Une application à télécharger par le patient sur smartphone ou un « *site internet* » (MG5) étaient spontanément proposés par les médecins. L'application pourrait être téléchargée en salle d'attente, éventuellement via un QR code : « *il faudrait faire une affiche pour que le patient télécharge son application sur son téléphone* » (MG7) ou proposée directement par le médecin en consultation.

Différentes solutions étaient proposées pour réceptionner les résultats. Pour certains l'idéal, était une intégration directe dans le logiciel afin de ne pas multiplier les supports. D'autres proposaient un site internet dédié, un envoi par messagerie sécurisée ou un onglet spécifique sur Ameli pro.

Le numérique, un avantage ou une contrainte

Le format numérique rendait le questionnaire plus attractif pour une patientèle jeune par rapport à un format papier, qui était souvent perdu ou dégradé. Le calcul automatique de scores permettait de gagner du temps en consultation. Le numérique permettait l'intégration d'outils visuels « *des courbes, des graphiques (...) quelque chose de concret* » (MG11), support de discussions possibles.

A l'inverse, le format numérique était rejeté par quelques médecins, vécu comme une contrainte car difficile à manier. Il pouvait être perçu comme inutile, l'échange étant perçue comme essentiel lors du repérage : « *ça ne remplacera jamais le dialogue avec le médecin, les questionnaires, c'est au médecin de les faire, il ne peut pas déléguer* » (MG4).

Tous les MG considéraient que l'utilisation serait compliquée pour une patientèle âgée, ainsi que pour certains patients en activité non connectés : *« je vois dans mes patients ça en élimine pas mal, parce que j'ai beaucoup de personnes âgées (...) dans les personnes en activité, il y'en a pas mal qui vont très occasionnellement sur un ordinateur »* (MG8). L'absence de réseau dans le cabinet médical était un autre frein à l'accessibilité.

Une flexibilité d'utilisation

Les MG proposaient que l'application puisse être utilisée en salle d'attente, mais aussi en dehors, le patient n'étant pas forcément disponible lors de sa consultation pour aborder ses comportements de santé.

Pour éviter de surcharger les consultations, des MG envisageaient une utilisation sélective envers des patients considérés à risques, ou suivis pour des pathologies en lien avec leur mode de vie. D'autres, pour maintenir un repérage non ciblé, proposaient d'y associer une consultation dédiée *« préciser aux gens plutôt de prendre rendez-vous, et de prendre une consultation dédiée à ça »* (MG8).

Certains proposaient la réalisation d'un suivi via l'application avec une réévaluation régulière des comportements de santé, un ajustement des objectifs et un visuel de l'évolution du comportement et des bénéfices liés aux changements mis en place : *« mettre concrètement en évidence l'efficacité de la prise en charge »* (MG11).

Un des médecins suggérait de réaliser des statistiques sur l'état de santé de la population du cabinet, pour permettre de cibler des actions locales de santé publique.

Contenu attendu

Pour quelques médecins, il apparaissait important que le patient choisisse de transmettre ou non les résultats du questionnaire à son médecin. Certains souhaitaient connaître le comportement à risque que le patient souhaitait changer en priorité, ainsi que le résumé de l'ensemble des comportements de santé de leurs patients, pour leur permettre de valoriser les comportements positifs.

Sur l'interface, ils souhaitaient avoir accès à des outils visuels pour échanger avec le patient. Ils étaient intéressés par des fiches d'information et de conseils pour le patient, qui soient adaptables et comportent des informations scientifiques et non moralisatrices : *« les petites fiches, adaptées, éventuellement modifiables (...) on pourrait après les remettre au patient, quand il a visualisé quand on est ensemble et qu'on imprime, ça fait aussi un ACTE qui est assez important, parce qu'on en a discuté, on a convenu de certaines choses et en plus on lui donne »* (MG2)

Quelques MG souhaitaient avoir accès à des fiches d'aide à la pratique pour le médecin, comportant les repères sur les recommandations. *« on a tous nos sujets qu'on ne sait pas aborder je pense, ou qu'on sait mal aborder, ou on n'est pas à l'aise forcément effectivement, et avoir une fiche peut aider à aborder le sujet »* (MG6)

DISCUSSION

Principaux enseignements de l'étude :

La prévention des comportements à risques faisait partie du rôle du médecin généraliste selon les médecins de l'étude. Les pratiques variaient entre les médecins. De nombreux facteurs impactaient la perception de leur rôle et pouvaient expliquer en partie la variabilité de leurs pratiques et de leur vécu : la perception d'une prévention primaire considérée comme médicale ou relevant de la sphère intime et de la liberté individuelle ; la perception des difficultés de changement du patient ; la perception de son autonomie dans le choix de son comportement (l'absence d'autonomie dans le modèle directif, versus informatif et participatif) et la responsabilité du patient dans sa capacité à engager le changement (autonome et responsable dans le modèle informatif, versus un modèle participatif soutenant et capacitant). A cela se rajoutaient des difficultés particulières qui concernaient essentiellement le malaise pour aborder la consommation d'alcool, la difficulté à aborder un comportement sans point d'appel et le manque de temps pour réaliser une démarche éducative. Les interventions étaient alors principalement opportunistes sur point d'appel et ciblées en prévention secondaire. L'accessibilité (financière, géographique et temporelle) et la confiance envers les autres professionnels de santé influençaient leur recours dans la prise en charge du patient. Les MG de l'étude utilisaient peu d'outils d'aide à la pratique. L'utilisation d'une application numérique était possible sous réserve d'être simple d'utilisation, autonomisée et de ne pas occasionner de surcharge de travail.

Une intervention opportuniste et ciblée

Contrairement aux recommandations émises par les autorités de santé notamment concernant le repérage alcool et tabac (14–16), les interventions étaient rarement systématiques. Elles étaient la plupart du temps opportunistes et ciblées en fonction de l'état de santé du patient, du motif de consultation, ou de l'existence d'un point d'appel évoquant le comportement à risque.

Dans notre étude, l'impact clinique ou biologique du comportement à risque justifiait l'intervention du médecin. Il interpellait le médecin sur un possible comportement à risque, lui offrait une porte d'entrée pour aborder le sujet et un argumentaire médical pour convaincre le patient de modifier ses habitudes et la possibilité d'un bénéfice concret pour motiver le patient.

L'impact des représentations sur le changement sur la variabilité des pratiques.

Les MG de l'étude identifiaient les mêmes atouts que leur prêtent les autorités de santé et s'affirmaient dans leur rôle de prévention des comportements à risques. Ils considéraient quasiment à l'unanimité que la prévention des comportements à risques faisait partie de leur mission, ce qui est cohérent avec les résultats du baromètre santé 2009 dans lequel 98,4% des MG interrogés considéraient qu'intervenir sur les comportements tabac, activité physique, consommation d'alcool et alimentation faisait partie de leur rôle (3). Malgré ce rôle affirmé, les pratiques des médecins de cette

étude, comme ceux de l'étude observationnelle ECOGEN réalisée en 2012 concernant 19000 consultations réalisées par 128 médecins (17), variaient de façon importante.

Dans une thèse qualitative sur l'aide au sevrage tabagique, l'auteur retrouvait deux catégories de médecins, ceux pour qui la santé était prioritaire et qui réalisaient un repérage le plus souvent possible, et ceux pour qui la liberté individuelle primait et qui n'intervenaient qu'en cas de comorbidités associées à la consommation de tabac (18). Cette notion de liberté individuelle ressortait également dans notre étude. Une partie des médecins considéraient que les comportements à risques relevaient de la sphère intime en l'absence de comorbidités qui les feraient alors basculer dans la sphère médicale.

Dans notre étude, cette catégorisation est plus nuancée. Les représentations de l'autonomie du patient dans sa capacité à choisir un comportement sain et dans sa capacité à engager seul sa motivation à changer influençaient également la perception du rôle du médecin. Ces deux concepts transparaissaient dans la perception des médecins des difficultés à changer du patient et de son autonomie à s'informer, dans l'attitude relationnelle du médecin (directive, informative ou participative) et dans la perception de son efficacité ou de son échec.

Comparaison des freins et des difficultés avec la littérature

Aborder un comportement stigmatisant : la consommation d'alcool et le surpoids

Aborder la consommation d'alcool sans point d'appel clinique ou biologique, et dans une moindre mesure le surpoids, restait difficile pour la moitié des médecins de notre étude. A l'inverse de la consommation de tabac ou de l'inactivité, la consommation d'alcool était perçue comme stigmatisante et désocialisante. Dans le baromètre santé de 2009, 40% des médecins considéraient comme difficile d'aborder l'alcool, 76% des médecins ne l'abordaient que pour des patients qu'ils jugent « à risque »(3).

Selon une étude quantitative de Michaud et ses collaborateurs, réalisée en 2003 auprès de 400 personnes, 90% de la population considère que le médecin est légitime pour aborder l'alcool (19). Néanmoins bien que les médecins de notre étude se sentaient légitimes, leur blocage persistait.

Dans nos entretiens, plusieurs médecins avaient relevé une indignation du patient à une interrogation sur sa consommation. Un repérage ciblé sur des patients jugés à risque, peut renforcer cette crainte d'une projection des représentations sociétales négatives de l'alcoolisme sur le patient. Bouix et ses collaborateurs parlent également de fausses représentations et de tabous : « parler d'alcool à un patient équivaldrait à le suspecter d'être alcoolique » (20). La systématisation du repérage, même si elle demandait un effort initial comme l'avait souligné un des médecins de notre étude, pourrait permettre de lever ce sentiment de gêne et cette projection.

La crainte d'un impact négatif pour le patient et d'une atteinte à la qualité de la relation

Au-delà d'une crainte de rupture de la relation habituellement décrite dans des études similaires (4,9–11,21) et retrouvée essentiellement auprès des médecins de notre étude les moins impliqués dans la prévention ; quelques médecins de notre étude craignaient un impact délétère d'une intervention pour le patient. Cette crainte était exprimée notamment en prévention primaire où le risque individuel et

donc le bénéfice restait relatif. Ils se sentaient en difficulté pour savoir comment aborder le comportement sans faire peur, culpabiliser ou stigmatiser un patient qui n'était pas forcément demandeur d'une intervention.

D'autres craignaient une culpabilisation du patient liée à la répétition d'un conseil de changement d'un comportement le rendant alors responsable de son état de santé.

En effet, intervenir sur les comportements à risques, selon la façon dont l'intervention est réalisée, pourrait aussi être délétère comme le suggère une étude qualitative confrontant les représentations des patients et des médecins sur le surpoids. Les patients en surpoids y dénonçaient la maladresse de certains médecins dans la façon d'aborder le surpoids. L'auteur montre qu'une approche considérant le patient comme seul responsable de son surpoids pouvait être vécue comme stigmatisante, faisant obstacle au travail du patient et pouvant entraver la relation médecin-patient (22).

L'absence de motivation du patient, un vécu pénible pour le médecin

Dans le baromètre santé de 2003, la résistance des patients était citée comme le principal frein à une démarche de prévention et d'éducation (3). Ce frein était vécu et géré différemment entre les médecins de notre étude.

Certains médecins avaient témoigné d'un vécu pénible face à l'inertie et aux résistances exprimées par le patient, dont pouvait découler un sentiment d'énervement, d'échec ou de frustration. Ce vécu était le plus souvent retrouvé chez les médecins de notre étude ayant une attitude directive et normative qui promouvaient le changement indépendamment des préférences du patient.

On retrouve des résultats similaires dans une étude qualitative réalisée en 2011 sur les conduites préventives de 99 médecins généralistes : en fonction de leur style relationnel les médecins réagissaient différemment au refus et à l'immobilisme du patient. Ceux-ci étaient source de crispation et d'incompréhension pour les médecins tentant de maintenir un style « paternaliste » et qui négociaient difficilement le virage de l'autonomie des patients. Les médecins au style « informatif ou libéral » étaient peu gênés par l'immobilisme du patient et ceux au style « capacitant », l'intégraient comme une composante d'une pratique considérée comme exigeante (23). Nous retrouvons effectivement dans notre étude cette notion d'exigence qui fait écho à la nécessité d'une disponibilité psychique du médecin et à la lassitude parfois exprimée par certains médecins au style « participatif ».

Un sentiment d'efficacité plutôt qu'un scepticisme sur l'impact d'une intervention.

Dans la littérature, les résultats diffèrent sur le sentiment d'efficacité des médecins en fonction du comportement à risque. Dans une étude qualitative sur le surpoids, les médecins se sentaient en échec dès le repérage (11). Dans une étude quantitative réalisée en Provence Alpes Côtes d'Azur, les scores d'efficacité du médecin allaient de 23% concernant l'alcoolisme à 62% concernant l'alimentation. Le tabac et l'activité physique se situaient autour de 50% (10).

Ces résultats contrastent avec notre étude où la majorité des médecins se sentaient efficaces. Ils nuançaient leurs propos en évoquant des résultats sur le long terme, en fixant de petits objectifs et en s'attachant à l'efficacité démontrée du conseil minimal sur le tabac.

Néanmoins, dans les discours ressortaient un sentiment de moindre impact sur le patient en l'absence de comorbidités associées au comportement et d'une difficulté à faire prendre conscience au patient un risque relatif pour sa santé.

Quelques médecins témoignaient d'un scepticisme sur l'impact d'une intervention, notamment en l'absence de demande du patient. Ceux considérant le patient comme informé n'intervenaient alors qu'en présence d'un impact médical pour l'alerter ; intervenir en amont était jugé inutile. Le patient était considéré comme responsable de ses choix et de sa motivation à changer, sur laquelle le médecin pensait avoir peu d'impact.

Or les études sur les interventions brèves réalisées à l'initiative du médecin ont montré leur efficacité notamment chez les patients en bonne santé concernant la consommation d'alcool, le sevrage tabagique (24) (25) et l'activité physique (26).

Manque d'intérêt concernant un comportement à risque

Certains médecins de notre étude exprimaient un manque d'intérêt pour la prévention en général ou le plus souvent pour l'un des comportements. Ce manque d'attrait s'associait à une absence de volonté de développer cette activité et à se former sur le thème, même s'ils se sentaient peu compétents. Abdoul et ses collaborateurs, dans une étude sur les facteurs limitant la prévention en médecine générale abordent la notion de « spécialisation informelle » du médecin qui se forme en fonction de ses intérêts (27). Ce qui pouvait expliquer en partie la forte variabilité des pratiques en matière de prévention.

La contrainte de temps

De nombreuses études ont relevé le manque de temps comme l'un des principal frein à la prévention (4,9–11,21). La pratique de la prévention se rajoutant au(x) motif(s) de consultation, le manque de temps était l'une des principales difficultés rencontrées par les médecins de notre étude, notamment concernant l'éducation nutritionnelle et le soutien psychologique. La démographie médicale actuelle rendait difficile une augmentation de leur activité de prévention.

A l'inverse l'abord du tabac n'était pas perçu comme chronophage par les médecins de notre étude, de part l'aspect « conseil minimal » associé à ce comportement. De même, pour une partie des médecins la prévention n'était pas considérée comme chronophage. Ils l'envisageaient par de brefs conseils distillés au fur et à mesure des consultations, pouvant parfois s'ouvrir sur une consultation dédiée en cas de demande de soutien du patient. Concernant le repérage précoce et l'intervention brève sur la consommation d'alcool, les auteurs d'une revue de littérature en 2010 tout en montrant l'efficacité du RPIB, doutaient de la faisabilité d'une systématisation en médecine de ville du fait d'une intervention trop longue comparativement au conseil minimal sur le tabac (28).

Dans sa thèse, Rosso a estimé que le temps théorique nécessaire pour réaliser les soins préventifs recommandés représentait plus du quart du temps de consultation annuel d'un généraliste (29). Actuellement, selon l'étude ECOGEN, seul 14,9% de l'activité des MG est dédiée à la prévention (17).

Pistes d'amélioration :

Améliorer les connaissances sur les processus du changement et les compétences relationnelles.

Selon Rousille dans un article abordant l'éthique de l'éducation en santé : « L'éducation pour la santé se donne pour finalités de renforcer l'autonomie des personnes et d'accroître leur pouvoir sur leur santé. Elle se situe du côté du choix, de la proposition, de l'offre, et laisse à la personne la possibilité de l'engagement » (30). La décision finale du changement de comportement revient au patient et libère le médecin d'un sentiment d'impuissance et d'échec. L'éducation en santé nécessite un changement de posture du médecin qui doit accepter que les priorités du patient ne soient pas celles du médecin. Pour Sandrin-Berthon : « C'est un acte d'accompagnement qui repose sur une alliance entre le patient et le professionnel qui devra faire preuve d'empathie et utiliser des techniques d'entretien qui favorisent le dialogue. Son objectif n'est pas que le patient suive aveuglément les conseils du médecin mais qu'il fasse son propre choix, en connaissance de cause, et qu'il soit accompagné dans ce choix par le médecin » (31).

Les guides HAS proposent de s'appuyer sur le modèle Trans-théorique du changement de Prochaska et DiClemente (annexe 3) pour réaliser une intervention comportementale auprès du patient. Ils proposent de nombreux outils inspirés des techniques d'entretien motivationnel fondée sur l'écoute active et l'attitude empathique (14–16) qui ont prouvé leur efficacité. Ils proposent notamment des attitudes pratiques pour le médecin en fonction du stade du changement et des freins exprimés par les patients. Néanmoins ces outils sont peu utilisés par les médecins, et ces derniers se forment en fonction de leurs centres d'intérêts (27). Renforcer la formation initiale sur l'éducation en santé, et sur une communication de type capacitant semble indispensable. Depuis 2018, le service sanitaire obligatoire pour tous les étudiants en santé a été mis en place avec l'objectif de favoriser le virage de la prévention en « mettant la prévention au centre des pratiques des futurs professionnels de santé » (32). Les étudiants en médecine de 3^{ème} année sont amenés à réaliser des actions de promotion de la santé auprès de la population générale. Une expérience réalisée en 2008 montrait la faisabilité et l'acceptabilité d'une consultation de prévention réalisée par un externe au cabinet du médecin généraliste (33), inclure ce dispositif au service de santé pourrait permettre d'intégrer l'éducation en santé dans le contexte de la médecine générale. Intégrer un module « éducation en santé » lors de la formation des maîtres de stage universitaire (MSU) pourrait également faciliter la mise en pratique dans le cadre de la consultation de médecine générale.

Un conseil minimal pour chaque comportement ?

Les médecins étaient en difficulté pour aborder certains comportements à risques, notamment dans la formulation de cet abord. Le FACE (annexe 4) n'était cité que par un seul médecin de l'étude, et ce malgré la mise à disposition d'un outil de RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) par la HAS depuis 2014 (14).

Le conseil minimal pour le tabac semble bien accepté par les médecins de l'étude, et réputé non chronophage. Il pourrait être intéressant de proposer une phrase d'abord similaire, non jugeante ni stigmatisante pour aborder chaque comportement de santé, notamment concernant le risque alcool et le surpoids.

Des fiches personnalisables en alternative au livret, une optimisation des logiciels médicaux

Les livrets INPES théoriquement associés au conseil minimal ou au RPIB sont peu utilisés par les médecins dans notre étude et dans la littérature (34,35). Ils sont sceptiques sur leur intérêt et jugés trop encombrants de par leur multiplicité pour une utilisation pratique au cabinet. 78,5% des médecins interrogés lors du baromètre santé 2009 souhaiteraient des supports d'informations écrits adaptés(3). Une alternative aux livrets pourrait être la mise à disposition de supports courts, modifiables par le médecin et imprimables en format A4. Un partenariat avec les logiciels médicaux pourrait permettre une intégration de ces fiches dans le logiciel, de même, il pourrait s'y associer les différents questionnaires de repérage des comportements à risques pour faciliter leur accessibilité.

Favoriser la collaboration pluri-professionnelle

En réponse à la contrainte de temps et à l'évolution démographique médicale actuelle et à venir, développer la collaboration pluri-professionnelle semble indispensable. 73,5% des médecins de l'enquête du baromètre santé 2009 souhaiteraient déléguer certaines activités de prévention et d'éducation (3). La confiance envers le partenaire de santé, favorisée par la communication et la connaissance de ses compétences, ainsi que son accessibilité (temporelle, géographique et financière) pour le patient semblaient essentielles pour les médecins de notre étude et influençaient leurs collaborations. Le dispositif ASALEE semble prometteur et efficient (36) et répondrait à ces besoins. Il s'agit d'infirmières salariées de l'association ASALEE qui est financée par le Collège des financeurs (ministère en charge de la santé et principaux assureurs) dans le cadre de la délégation des tâches. Les infirmières sont formées à l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Elles interviennent auprès de plusieurs médecins généralistes dans leurs cabinets. Les MG leurs adressent des patients en consultation pour partager leur suivi dans le cadre de protocoles, notamment le suivi du patient à risques cardiovasculaires (surpoids, HTA, dyslipidémie, tabac) et le dépistage et le suivi du diabète (37). Ce dispositif pourrait être complété par un éducateur sportif attaché au cabinet comme l'ont suggéré certains médecins de l'étude.

Comme le proposait déjà en 2009 le Haut Conseil de la santé publique, ainsi que les médecins de notre étude, une prise en charge forfaitaire du diététicien, de l'éducateur sportif et du psychologue pourrait être une alternative dans le cadre d'une prise en charge globale harmonisée aux recommandations (8).

Renforcer les campagnes de santé et la connaissance du rôle du médecin en prévention

Une éducation collective via les campagnes de santé et une amélioration de l'éducation, notamment en milieu scolaire, ont été spontanément proposées par les médecins pour améliorer l'éducation en santé. Les campagnes de santé favorisaient l'ouverture du dialogue, voire l'abord par le patient et devraient être renforcées. Dans le baromètre santé 2009, 85% des médecins citent les campagnes grand public pour faciliter leur mission et 81,5% aimeraient que leur rôle en prévention soit mieux reconnu (3).

Une campagne sur le rôle clé du médecin généraliste sur l'ensemble des comportements pourrait être une piste afin d'améliorer la connaissance de ce rôle auprès de la population. Certains médecins de l'étude étaient en effet parfois confrontés à l'étonnement des patients devant leur proposition de dédier une consultation à la prise en charge d'un comportement à risque.

Outils numériques : un repérage en salle d'attente, une aide à la pratique

L'utilisation d'une application de repérage et d'intervention brève en salle d'attente était réalisable pour la majorité des médecins sous réserve d'une facilité d'utilisation et de l'absence d'une surcharge de travail. Une revue de littérature montre que les auto-questionnaires en salle d'attente sont bien acceptés d'autant plus qu'ils sont automatisés (38). Des études internationales montrent une faisabilité et une augmentation du repérage des conduites à risque par les médecins généralistes grâce à l'utilisation des e-sbi (Electronic Screening and Brief Intervention) associée à une intervention humaine (39,40) avec une efficacité sur la réduction de la consommation d'alcool (41). Une application numérique via le smartphone semblait plus réalisable et acceptable qu'une tablette pour les médecins de notre étude. L'envoi des résultats du questionnaire devrait être automatisé, sécurisé et rapide d'accès pour le médecin sans multiplier le recours d'autres logiciels que ceux déjà utilisés. Des fiches d'informations numériques et adaptables par le médecin étaient souhaitées. L'application pourrait intégrer une partie d'aide à la pratique pour le médecin comportant une synthèse des recommandations et un lien vers les dispositifs existants (réseaux de professionnels de santé, outils d'aide à la pratique, synthèses des recommandations de bonnes pratiques).

Un élargissement du champ d'utilisation avait été proposé par les médecins généralistes : la possibilité pour le patient de remplir le questionnaire en dehors de la salle d'attente et la possibilité d'inclure un suivi pour un même patient afin de réévaluer les changements et de les soutenir.

On pourrait également imaginer la possibilité d'orienter le patient directement vers une infirmière AZALEE s'il le souhaitait.

Forces et limites de l'étude :

L'intérêt principal de cette étude était de comprendre la diversité des pratiques des médecins généralistes en éducation en santé. Les travaux en recherche qualitative étaient souvent centrés sur un seul comportement à risques. Peu de travaux existent sur une approche globale de ces quatre comportements à risques.

L'approche qualitative par entretiens semi-dirigés individuels paraissait la plus cohérente pour explorer les représentations et les attitudes des MG. Elle aurait pu être complétée par des focus groupes, notamment concernant leurs opinions sur l'application afin de faire émerger d'autres idées.

La variabilité des médecins était importante, témoignant également d'une importante variabilité des pratiques.

Plusieurs biais pouvaient interférer avec les résultats de l'étude :

Les médecins étaient recrutés par téléphone. Un nombre important de médecins n'a pas souhaité participer à l'étude (biais de recrutement), le motif donné était le manque de disponibilité, qui pouvait néanmoins masquer un désintérêt pour le sujet.

Le manque d'expérience de l'enquêtrice a pu influencer la qualité des entretiens (biais d'investigation). L'enquêtrice était de la même profession que les enquêtés ce qui a pu favoriser le dialogue, mais également induire un biais de désirabilité de la part du médecin occasionnant une difficulté à se confier par crainte d'être jugé sur ses pratiques.

L'analyse a été réalisée par une seule personne, l'enquêtrice, entraînant un possible biais d'interprétation. Il n'y a pas eu de triangulation des données ce qui aurait renforcé la validité des résultats.

CONCLUSION

Cette étude qualitative s'est intéressée aux pratiques et représentations des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine en éducation en santé concernant les comportements à risques. Le rôle des médecins généralistes était affirmé en prévention secondaire mais restait incertain en prévention primaire.

Les pratiques étaient variées d'un médecin à l'autre, fortement influencées par leurs conceptions du changement et de leur rôle en prévention primaire et secondaire. Au-delà des difficultés relationnelles, les MG étaient confrontés à une contrainte de temps importante dans un contexte de multiplication des tâches de prévention dans une médecine organisée autour du soin curatif. Une amélioration de la collaboration pluri-professionnelle avec une prise en charge forfaitaire pour le patient était une des pistes d'amélioration possible.

Les nombreux outils d'aide à la pratique existants étaient peu utilisés et rarement cités. La connaissance de ces pratiques pourrait permettre d'élaborer un outil numérique d'auto-questionnaire et d'intervention qui soit adapté à la pratique de terrain des médecins généralistes afin qu'ils s'en saisissent.

REFERENCES

1. Manuel DG, Perez R, Sanmartin C, Taljaard M, Hennessy D, Wilson K, et al. Measuring Burden of Unhealthy Behaviours Using a Multivariable Predictive Approach: Life Expectancy Lost in Canada Attributable to Smoking, Alcohol, Physical Inactivity, and Diet. *PLoS Med.* 2016;13(8):e1002082.
2. Santé Publique France. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017. Paris: DREES, 2017. 426p. [cité le 15/10/2019]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
3. Gautier A, (dir). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011.
4. Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P, et al. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Prat Organ Soins.* déc 2007;38(4):250-68.
5. Karrer M, Buttet P, Vincent I, Ferron C. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? *Santé Publique.* 2004; 16(3):471-86.
6. Evans P (dir.). La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, Wonca Europe. Ljubljana (Slovénie): Wonca Europe; 2002. [cité le 15/10/2019]. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
7. Sandrin-Berthon B. L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris, PUF. 2000;198.
8. Baudier F. Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Paris : HCSP, 2009. [cité le 15/10/2019] Disponible sur : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf
9. Fantino B, Fantino F, Dumont C, Nitenberg C, Delolme H. Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. *Santé Publique.* 2004;16(3):551-62.
10. Aulagnier M, Combes JB. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Regard Santé.* 2006;(16).
11. Lehr-Drylewicz AM, Renoux C, Savan L, Lebeau JP. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? *exercer.* 2010;21(94):130-5.
12. Thierry J-P, Reynaud M. e-Santé et addictions. *Addictions : la révolution de l'e-santé pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge.* Paris : Fonds Actions Addictions : 104p. [cité le 15/10/2019] Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/presse/sante-un-enorme-potentiel-contre-addictions>
13. Observatoire des usages numériques en santé : 4e baromètre VIDAL-CNOM : L'utilisation des Smartphones chez les médecins. VIDAL, 2016 [cité le 15/10/2019]. En ligne : http://www.vidalfrance.com/wp-content/download/info/Barometre_Mobile-VIDAL-CNOM-2016.pdf

14. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. HAS; 2014 [cité 10/15/2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf
15. HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. HAS; 2019. [cité 10/15/2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante
16. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. HAS; 2011. [cité 10/15/2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
17. Youssef E. Etude de l'activité préventive des médecins généralistes français dans le cadre du projet ECOGEN [thèse]. Paris : Univ Paris-7 Denis Diderot ; 2015.
18. Sciolla M. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille: vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. [thèse]. Grenoble - Univ Joseph Fournier ; 2012.
19. Michaud P, Fouilland P, Grémy I, Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. Résultats d'un sondage téléphonique en population générale. *La Rev Prat Med Gén* 2003;17:605-8.
20. Bouix J.C., Gache P., Rueff B., Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *La Rev Prat Med Gén* 2002;16:1488-92.
21. Eisner D, Zoller M, Rosemann T, Huber CA, Badertscher N, Tandjung R. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. *Int J Gen Med* 2011;4:853-70.
22. Guérin R, Lasserre É, Moreau A, Guïoux A, Goaziou M-FL, Laville M, et al. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. *exercer* 2008;84:135-41
23. Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale. *Sciences sociales et santé*. 2015;33(4):41-66.
24. Wéry D, Siméone A, Fabry J, Terra JL, Moreau A, Letrilliart L. L'intervention brève en soins de santé primaire : une revue de la littérature internationale. *exercer*. 2011;22 (suppl 1):8-9.
25. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*; Issue 5(CD000165).
26. Richards J, Hillsdon M, Thorogood M, Foster C. Face-to-face interventions for promoting physical activity. *The Cochrane Database of Syst Rev* 2013; Issue 9(CD010392)
27. Abdoul H, Askevis M, Bachimont J, Demongeot A, Falcoff H, Florès P, et al. Facteurs limitant la mise en oeuvre des recommandations de prévention en médecine générale. Enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes franciliens et de leurs patients. *Inst Natl Santé Rech Médicale Villejuif Inserm U*. 2008;149:2008
28. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *exercer* 2010;90:20-3.
29. Rosso J. Soins préventifs destinés aux adultes : évaluation de la charge de travail en soins primaires. [thèse] Paris : Université Paris Descartes ; 2011.

30. Roussille B, Deschamps J-P. Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance. *Santé Publique*. 2013;S2(HS2):85.
31. Sandrin-Berthon B. Eduquer un patient : comment être plus performant ? *La Rev Prat Med Gén*. 2001;15(549):1727-30.
32. Vaillant L, rédacteur. Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé. Paris : la Documentation française; 2018. commandité par Les ministres des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.
33. Gelly J, Aubert J-P, Huas D, Eddi A, Baumann L, Legrain S, et al. Acceptabilité et faisabilité de consultations de prévention réalisées par des externes en cabinet de médecine générale. *Études CARE-Prev1 & CARE-Prev2. Pédagogie Médicale*. août 2009;10(3):185-92.
34. Fourmel A-L. Prévention et éducation à la santé en médecine générale. Etat des lieux sur brest Métropole Santé. [thèse] Brest : Univ Bretagne occidentale; 2006.
35. Homel C. L'éducation à la santé en médecine générale. enquête auprès des médecins généralistes des Vosges. [thèse] Nancy : Univ Nancy I; 2002.
36. HAS. Les protocoles de coopération. art 51 Bilan du dispositif Évaluation 2014. HAS; 2015. [cité le 10/10/2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d_activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf
37. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *IRDES*. 2018;(232):8.
38. Audran Florian. Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale *Revue de littérature [thèse]*. Angers : univ d'Angers ; 2016.
39. Meyer C, Ulbricht S, Gross B, Kästel L, Wittrien S, Klein G, et al. Adoption, reach and effectiveness of computer-based, practitioner delivered and combined smoking interventions in general medical practices: a three-arm cluster randomized trial. *Drug Alcohol Depend* 2012;121(1-2):124-32.
40. Harris SK, Csémy L, Sherritt L, Starostova O, Hook SV, Johnson J, et al. Computer-Facilitated Substance Use Screening and Brief Advice for Teens in Primary Care: An International Trial. *Pediatrics* 2012;129(6):1072-82.
41. Donoghue K, Patton R, Phillips T, Deluca P, Drummond C. The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2014;16(6):e142.
42. HAS. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence HAS; 2014. [cité 10/15/2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

LISTE DES ABBREVIATIONS

APA : Activité Physique Adaptée

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DRESS : La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ETP : Education Thérapeutique du Patient

e-SBI : Electronic Screening and Brief Intervention

FACE : Formule pour apprécier la consommation d'alcool par entretien

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MG : Médecins Généralistes

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSU : Maître de stage universitaire

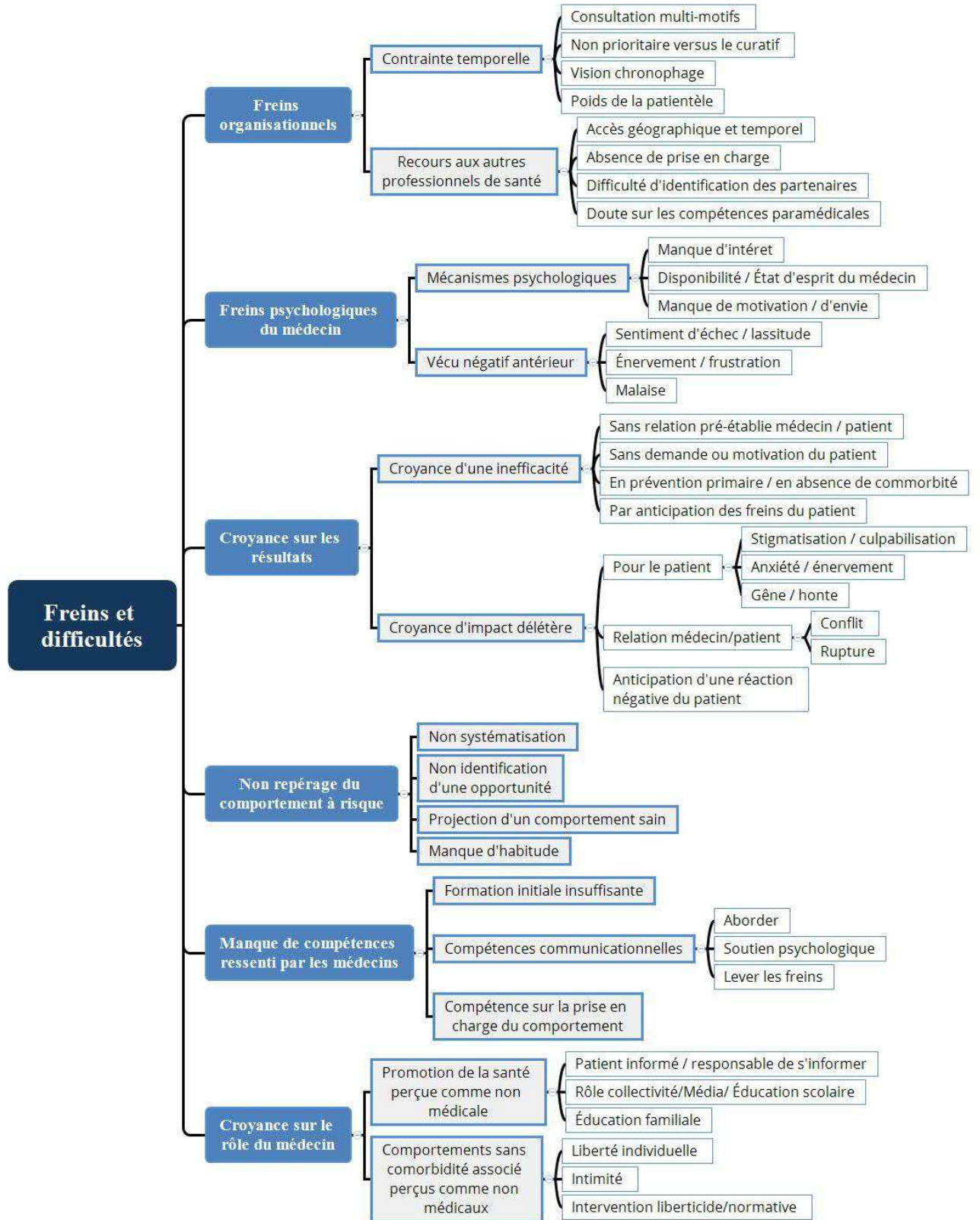
ROSP : Rémunérations sur objectif de santé publique

RPIB : Repérage précoce et intervention brève

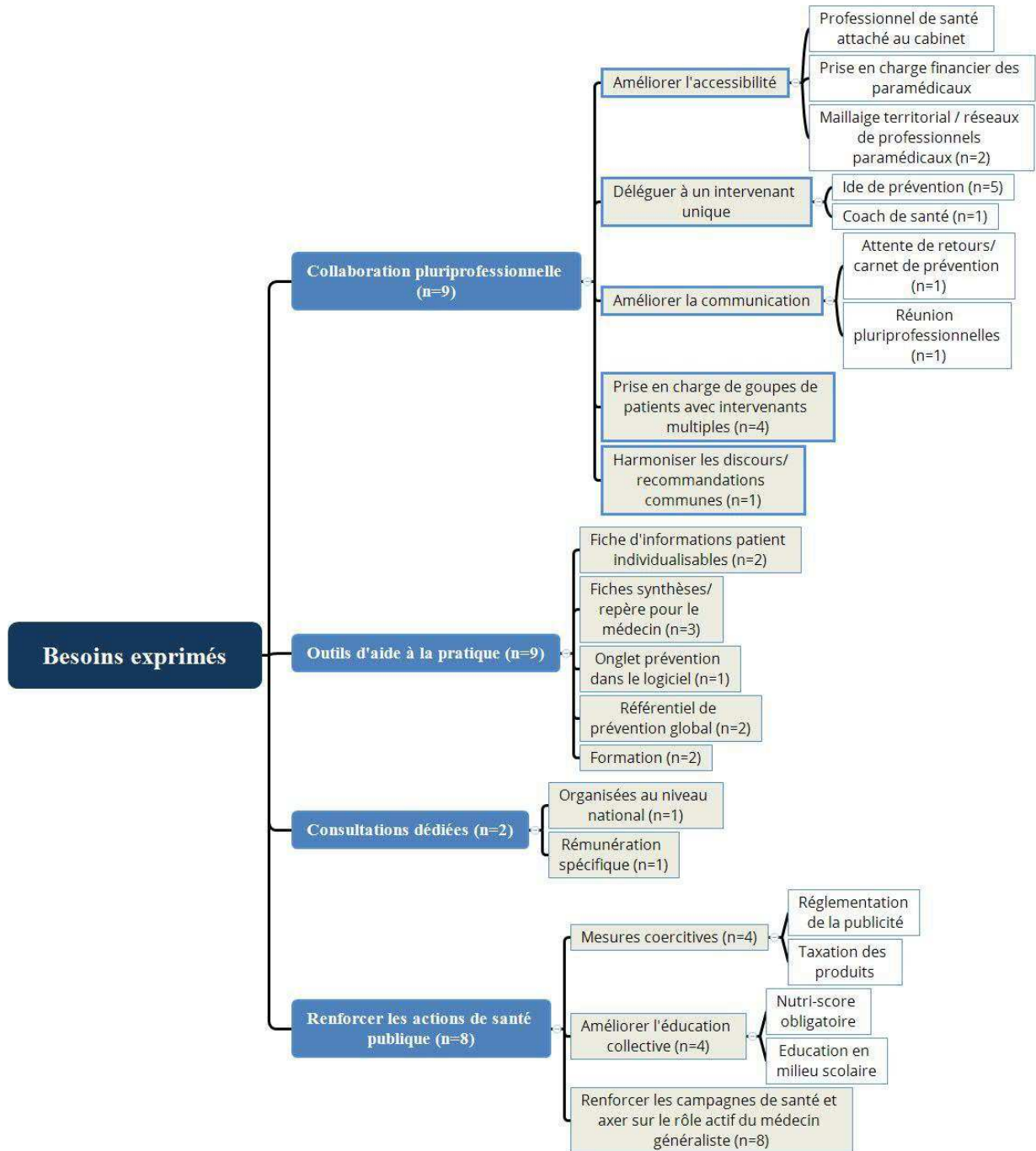
VEMS : Volume expiratoire maximal par secondes

ANNEXES

Annexe 1 : arbre thématique des freins et difficultés

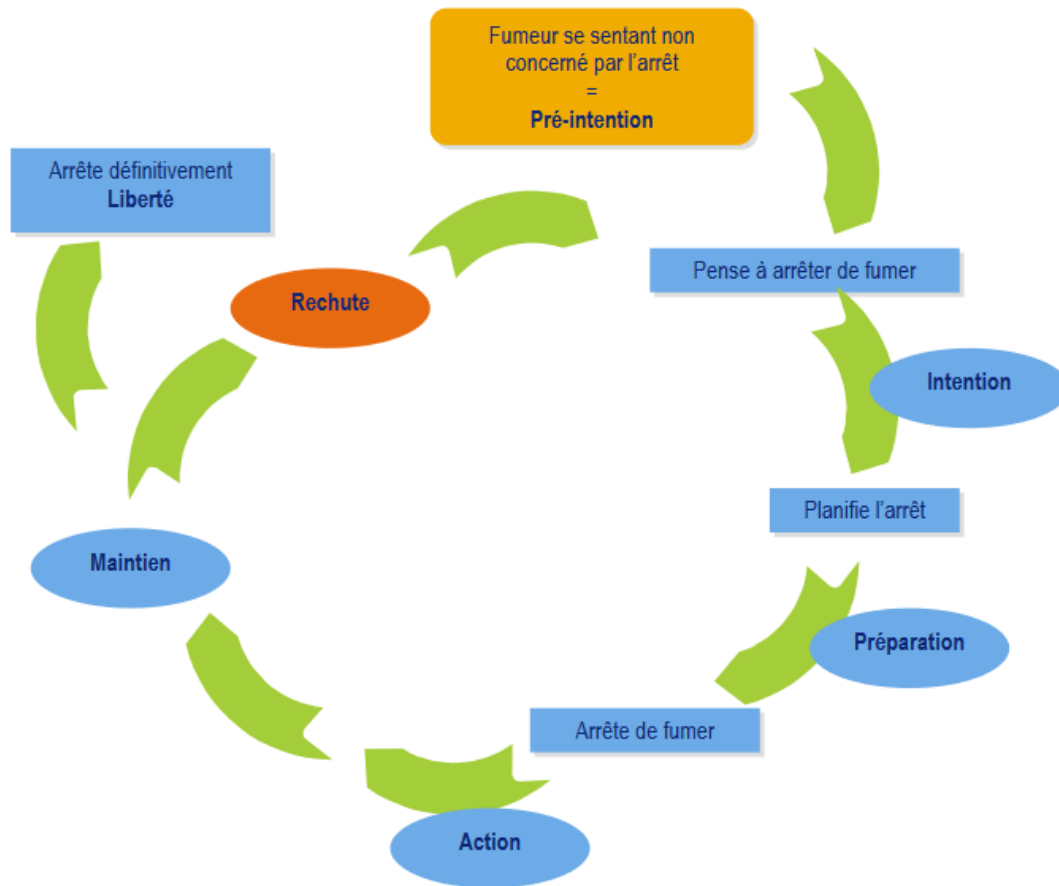


Annexe 2 : Arbre thématique des besoins exprimés



n : correspond au nombre de médecins ayant exprimés le besoin

Annexe 3 : Modèle transthéorique des changements de comportement de Prochaska et DiClemente(42)



¹ Références : Prochaska *et coll.*, 1992 ; Prochaska *et coll.*, 1997.

Annexe 4 : Questionnaire FACE : formule pour apprécier la consommation d'alcool par entretien (27)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux ou 3 fois par Semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)

- Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 = **renforcement des conduites favorables à la santé**
- Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 = **intervention brève**
- Dépendance probable : H et F plus de 8 = **proposer une consultation d'addictologie.**

LEGENDRE, Nathalie.- La prévention des comportements à risques : Représentations et pratiques des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. Opinion sur un outil numérique d'aide à la pratique.

42 feuilles, 2 tableaux.30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2019

Résumé

Introduction : Les comportements de santé concernant le tabac, la consommation excessive d'alcool, la sédentarité et l'alimentation sont un problème majeur de santé publique. Plus de 50% de la patientèle d'un médecin présente au moins deux conduites à risques. Ce travail explorait les pratiques et les représentations des médecins généralistes sur l'éducation en santé et leurs opinions sur une application numérique d'auto-questionnaire. **Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, analyse thématique. **Résultats :** les médecins considéraient avoir un rôle privilégié essentiellement en prévention secondaire. Les interventions étaient ciblées et opportunistes, rarement systématisées et variées d'un médecin à l'autre. L'éducation était freinée principalement par le manque de temps et les difficultés à aborder un comportement sans répercussion clinique ou considéré stigmatisant. Les médecins souhaitaient une amélioration du maillage paramédical autour du patient et des campagnes de santé. L'application numérique était acceptable sous réserve d'être simple à utiliser et adaptable aux pratiques. **Conclusion :** Les pratiques différaient de façon importante en fonction des représentations sur les processus de changement et sur l'autonomie du patient. Améliorer la formation initiale est primordiale. L'éducation en santé devrait être multidisciplinaire, coordonnée et bénéficier d'une prise en charge forfaitaire. La création d'un nouvel outil doit être adaptée aux pratiques des médecins généralistes pour qu'il soit adopté.

Introduction :The health behaviours about tobacco, excessive consumption of alcohol, a sedentary lifestyle and eating habits represent a major issue of public health. More than 50 percent of a doctor's patients get at least two risk behaviour. This survey analysed the practices and representations of general practitioners about the health education and their opinion concerning a self-survey digital application . **Method :** a qualitative survey was conducted through semi directive interviews of 15 general practitioners based in Ille-et-Vilaine,a thematic analysis was realized. **Results :** The practitioners considered that they had a privileged part in secondary prevention mainly. Their interventions were targeted and opportunistic, rarely systematised, and different according to the practitioner. Education was held down by the lack of time and the difficulties in dealing with a behaviour without some clinical implications or implying a stigmatising judgement. The practitioners looked forward to an improvement of the paramedical network concerning the patient and some health prevention campaigns. The digital application was approved provided that it would be easy to use and adaptable to the pratics. **Conclusion :** The practices were consequently different according to the representations on the change process and the patient autonomy. Improving the initial training is essential. Health education should be multidisciplinary, coordinated and benefit from a flat-rate support. The creation of a new tool must be adapted to the practices of the general practitioners in order to be adopted.

Rubrique de classement :	ÉPIDÉMIOLOGIE
Mots-clés :	Comportements à risque pour la santé , éducation pour la santé, prévention, médecine générale
Mots-clés anglais MeSH :	Health risk behaviors, prevention, health education, general practice

Président :	Monsieur Ronan THIBAUT
Assesseurs :	M Romain MOIRAND [directeur de thèse] M Ronan GARLANTEZEC
JURY :	Mme Laure FIQUET Mme Véronique AUBIN