

Table des matières

.....	
ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION.....	11
MATERIEL ET METHODE	13
RESULTATS	16
DISCUSSION	26
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	41
ANNEXE 1 : Grille Codage.....	41
ANNEXE 2 : Résultats préliminaires des travaux du groupe d’experts/compétence éducation prévention dépistage	42
ANNEXE 3 : Codage groupe novice.....	46
ANNEXE 4 : Codage groupe intermédiaire	52
ANNEXE 5 : Codage du groupe compétent	56
ANNEXE 6 Tableau récapitulatif	61
ANNEXE 7 Guide d’entretien pour Focus group.....	75
ANNEXE 8 VERBATIM Groupe Novice	77
ANNEXE 9 VERBATIM Groupe Intermédiaire	86
ANNEXE 10 VERBATIM Groupe Compétent	93

ABREVIATIONS

CNE : Comité National d'Évaluation

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Étude spécialisées

EPD : Éducation Prévention Dépistage

FG : *Focus group*

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academics Associations of General Practitioners

GLOSSAIRE

(Définitions communes des termes utilisés par l'ensemble du groupe inter-régional dans le cadre de recherche)

Focus Group : groupe d'expression. Technique de recueil de données, trouvant son origine dans le domaine du marketing, dans les années 1950. L'objectif était de recueillir des informations autour d'un sujet ciblé, en procédant à un entretien de groupe. Les participants sont choisis parmi la population cible de façon à être les plus diversifiés possibles (et non les plus représentatifs) pour favoriser l'émergence d'un maximum d'informations, y compris les plus marginales. Les sciences humaines et sociales se sont appropriées cette technique, afin d'étudier des comportements, des opinions, des représentations. Il s'agit d'une méthode actuellement validée et reconnue en pédagogie médicale, notamment en médecine générale.

Informateur : participant au *focus group*. Ses propos constituent la matière à analyser.

Modérateur : personne qui anime la discussion lors des *focus group*.

Observateur : personne qui observe l'entretien, prend des notes, sans intervenir au cours de la discussion.

Verbatim : transcrit par écrit, de la totalité des propos exprimés au cours du *focus group*.

Thématisation continue : Identification progressive et exhaustive des thèmes lors des lectures linéaires des *verbatim*. Suivi d'une seconde lecture permettant la consolidation des thèmes.

Consolidation des thèmes : confirmer les thèmes : c'est le fait de reprendre les unités de sens peu assurées, épurer et stabiliser les thèmes décrits.

Thème : regroupement et structuration cohérente des sous thèmes.

Sous thème : expression ou phrase identifiant ce sur quoi portent ou signifient des unités de sens.

Unité minimale de sens : segment déterminé de contenu que le chercheur a décidé de retenir comme présentant une signification particulière.

Saturation des données : Se dit lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours.

Tuteur : médecin enseignant qui guide et accompagne un interne (ou un groupe d'interne) dans le but de l'aider à développer une pratique réflexive et à construire son expertise et son identité professionnelle.

INTRODUCTION

La filière de médecine générale a été reconnue comme spécialité à part entière suite à la loi du 17 janvier 2002. En 2004, la mise en place de l'examen national classant (ECN) a conféré au troisième cycle de médecine générale le même statut que celui des autres spécialités (1). Depuis, environ la moitié des places d'internes à l'issue des ECN est réservée à la médecine générale. La création la même année du DES de médecine générale a imposé, comme pour les autres filières de spécialité, une certification de l'interne en fin de cursus.

Cette certification est devenue une exigence sociale.

Il ne s'agit plus de valider des connaissances, des objectifs (paradigme d'enseignement) mais de prouver, c'est-à-dire certifier les compétences d'un médecin pour l'exercice et la pratique de la médecine générale (paradigme d'apprentissage ou socioconstructiviste).

Ce paradigme est maintenant une référence en pédagogie médicale. Le Comité National d'Evaluation (CNE) avait d'ailleurs préconisé en 1998 cet apprentissage par compétences (2).

Différentes définitions peuvent être apportées à la notion de compétence. Voorhees l'a définie comme « *une intégration des habiletés, des connaissances et des capacités nécessaires à l'accomplissement d'une tâche spécifique.* »(5). Pour Roegiers, une compétence mobilise de multiples connaissances de natures variées. (5). Une compétence a un caractère évolutif. Selon Gardner (6) il ne s'agit pas de valider des objectifs à la fin d'un cursus mais de valider un cheminement cognitif avec une évolution. Cette évolution se fait tout au long du DES de médecine générale : les compétences d'un interne de première année de DES ne seront pas les mêmes d'un point de vue qualitatif et quantitatif qu'un interne en troisième année (7). Cette évolution est liée pour une immense part à l'interne qui s'auto évalue tout au long du DES et qui doit faire la démonstration de ses capacités et de ses apprentissages (4). Le tuteur propose uniquement une aide à cette autoévaluation, à cette autoformation. Il observe son évolution au travers des discours et des récits authentiques produits par l'interne dans chacune des compétences. Cette rétroaction a bien sûr une place importante dans le cheminement cognitif de l'étudiant. (7)

En 2005, le groupe de certification du CNGE a établi un référentiel déterminant 6 compétences génériques, elles-mêmes confrontées aux données de la WONCA. (3,4)

- Les premiers secours, les urgences
- La continuité des soins, le suivi au long cours, la coordination des soins
- L'éducation à la santé, le dépistage, la prévention, la santé individuelle et communautaire
- L'approche globale, la complexité
- La relation médecin/malade, la communication, l'approche centrée sur le patient
- Le professionnalisme

Mais ce référentiel ne suffit pas à lui seul à la certification des compétences. Actuellement il n'existe pas de documentation permettant, à l'étudiant lui-même et aux différentes personnes qui évaluent pour la certification, d'apprécier le niveau de compétence d'un étudiant. Selon Tardiff, « de tels modèles [devaient] pouvoir être opérationnalisés à l'aide d'indicateurs de développement (...) chaque étape de développement cognitif [devait] pouvoir être documenté par des indicateurs de développement. »(5) En 1998, le CNE avait insisté sur « la nécessité de mettre en œuvre des modalités de validation qui [permettaient] de s'assurer que les étudiants [aient] acquis les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale et de les aider par la même à s'auto évaluer. »(4)

Le CNGE souhaite développer un outil d'évaluation intégrant des indicateurs de niveau de compétence. Il permettra de situer le niveau d'expertise d'un interne : novice, intermédiaire ou compétent. Ainsi sera créé un outil de certification qui puisse être reproductible d'un étudiant à un autre et d'un médecin évaluateur à un autre.

Un groupe national d'experts a attribué à quelques inter régions chacune des 6 compétences génériques dans le but de vérifier ses hypothèses sur les niveaux de compétence et leurs indicateurs. La compétence « éduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé et de sa maladie » a été attribuée aux départements de médecine générale (DMG) du Grand Ouest (Brest, Rennes, Poitiers, Tours Nantes et Angers).

Comment les internes angevins définissent-ils cette compétence ?

Est-il possible de déterminer des indices d'expertise pour cette compétence ? C'est ce que ce travail cherchera à définir.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude

La méthode utilisée a été celle d'une recherche qualitative inductive selon la méthodologie des *focus groups* (FG). Celle-ci a été planifiée en amont par l'inter région.

Pour ce travail, il n'y avait pas d'hypothèses ou de théories préétablies retrouvées dans la littérature. La bibliographie sur les représentations des internes de médecine générale en prévention éducation dépistage était inexistante. Une analyse qualitative inductive était donc la méthode la plus appropriée. Plusieurs hypothèses théoriques avaient été établies en amont par le CNGE comme indicateurs de niveaux de compétence (Annexe 2). Le travail de recherche devait au départ confirmer ou infirmer ces hypothèses. Cependant lors de la réunion inter régionale du 21 avril 2011, les thésards impliqués ont décidé de ne pas s'y référer considérant que la recherche qualitative inductive n'avait pas pour but la vérification d'hypothèses mais bien au contraire, la construction d'hypothèses à partir de l'analyse des données du terrain.

La méthode par *focus group* plutôt que des entretiens individuels avait été choisie pour la richesse des entretiens que pouvait provoquer par la dynamique de groupe.

Le guide d'entretien (Annexe 7) avait été préalablement construit par le Dr Philippe Bail coordonnateur du groupe de recherche du grand ouest. Le guide d'entretien était commun à l'ensemble des 6 travaux de l'inter région. Il n'a pas été nécessaire de l'adapter entre les *focus group*. Ce guide se composait de deux parties.

Une première partie non enregistrée permettait la présentation des participants et des chercheurs puis la présentation de l'objet de la recherche sur les niveaux et les indicateurs de compétences et enfin sur les principes du *focus group*.

La deuxième partie était la phase d'entretien avec enregistrement. Il proposait 3 grandes questions ouvertes :

1. « Qu'est ce que recouvrent pour vous l'éducation du patient, le dépistage et la prévention ? » ou bien « Si je vous dis éducation du patient, prévention, dépistage, qu'est ce que cela évoque pour vous ? »

2. « Au-delà de leur définition, les avez vous intégrés à votre pratique ? Pouvez-vous en donner quelques exemples précis ? »
3. « A quoi sert le médecin dans l'éducation du patient, dans la prévention, le dépistage ? »

Cette deuxième partie était complétée d'exemples de questions destinées à relancer la discussion au sein du groupe(cf. annexe 7).Le modérateur des différents *focus groups* n'avait aucune expérience préalable dans ce type d'animation.

Il n'y avait pas de temps prédéfini, les entretiens se terminaient une fois l'ensemble des questions abordées.

Pour ce travail il s'agissait d'évaluer les niveaux de compétence dans trois groupes déterminés au préalable par le groupe national.

Le groupe des novices : internes en premier semestre

Le groupe des intermédiaires : internes en stage chez le praticien

Le groupe des compétents : internes en sixième semestre ou médecin ayant terminé leur internat depuis moins de 6 mois ayant obtenus leur thèse ou pas.

Chaque *focus group* devait être composé de 6 à 8 personnes.

Chaque entretien était enregistré à l'aide de deux magnétophones numériques.

Recrutement des participants

Tous les participants devaient être des internes de la faculté de médecine d'Angers.

Trois étapes successives ont permis leur recrutement :

La première sur la base du volontariat lors de rencontres physiques à la faculté de médecine.

La deuxième, en envoyant par email l'explication du travail de thèse (adresses obtenues par les affaires médicales).

La troisième par téléphone.

Analyse des données

Il s'agissait ici d'une analyse thématique continue.

Des unités minimales de sens identifiées comme présentant une signification spécifique ont été regroupées en thèmes, eux-mêmes divisés en plusieurs sous-thèmes plus précis.

Lors de la rencontre du 21 avril, l'ensemble des participants (thésards et responsables des projets) ont décidé d'établir une grille de codage commune à l'ensemble des travaux du grand ouest. Cette décision a été prise dans le but d'obtenir un travail global plus cohérent et faciliter ainsi le rassemblement de toutes les hypothèses d'indicateurs lors d'une étude transversale ultérieure.

RESULTATS

Déroulement des focus group

L'interne thésard était le modérateur pour l'ensemble des trois *focus group*.

Pour les *focus group* novice et compétent, le modérateur et un observateur étaient présents.

Lors du *focus group* intermédiaire, seulement le modérateur était présent.

Les enregistrements des *focus group* se sont déroulés entre les mois de février et d'avril 2011 à la faculté de médecine d'Angers.

Chaque *focus group* a été retranscrit mot par mot par voie informatique formant le *verbatim*. Chaque interne a été rendu anonyme en lui attribuant une lettre suivie d'un n, i ou c en fonction de son appartenance au groupe novice, intermédiaire ou compétent. Les *verbatim* ont ensuite été envoyés par courriel à l'ensemble des participants afin d'apporter d'éventuelles corrections et d'éviter tout contresens.

Description des participants

Le groupe novice : le *focus group* s'est déroulé en février 2011.

Tous les participants étaient en premier semestre : quatre étaient en stage au CHU et deux dans des hôpitaux périphériques. Trois venaient d'un service de spécialité et deux étaient en stage dans le même service.

Un participant a dominé en temps de parole.

Le groupe intermédiaire : Le *focus group* s'est déroulé en avril 2011.

Tous les participants étaient en troisième semestre en stage chez le praticien.

Le groupe compétent : le *focus group* s'est déroulé en février 2011

Six participants étaient en sixième semestre dont cinq en stage SASPAS.

Un participant avait terminé son cursus et s'était spécialisé en gériatrie

Trois des participants avaient pris une disponibilité de six mois pour effectuer des remplacements dans les semestres précédents.

	Participants	Durée	Facultés d'Origine	Module Prévention
NOVICE	2 hommes 4 femmes	75 min	2 Angers, 2 Amiens, 1 Lille, 1 Montpellier	NON
INTERMEDIAIRE	4 hommes 4 femmes	66 min	3 Angers, 2 Caen, 1 Nantes, 1 Bordeaux, 1 Créteil	OUI pour 2 participants
COMPETENT	2 hommes 5 femmes	77 min	2 Angers, 1 Tours, 1 Nantes, 1 Brest, 1 Caen, 1 Paris 7	OUI Pour 1 participant

Résultats obtenus à partir de l'analyse des focus group

Chaque *focus group* a été analysé indépendamment des autres (Annexes 3 à 5). Les résultats des trois *focus group* ont ensuite été regroupés sous forme d'un tableau (Annexe 6) afin de faciliter la comparaison entre les groupes. Les principaux éléments sont présentés ci-dessous.

1. LE TEMPS

Tous évoquaient un manque de temps, un temps trop court sur une consultation d'un quart d'heure pour délivrer correctement un message d'éducation prévention dépistage (*Dc : Mais il faut avoir le temps, faut avoir le créneau*).

Ils évoquaient une prise en charge dans le temps,

- pour délivrer un peu du message à chaque consultation pour les novices (*Bn : Et puis peut être à chaque consultation même si c'est pour autre chose toujours un message de prévention qui laisse une porte ouverte pour que le patient se dise qu'il peut en parler*)
- pour améliorer la relation médecin patient pour les compétents (*Dc : Et justement le fait d'être MG ça permet de voir les gens régulièrement et des fois ça va mettre un an deux ans à se débloquer mais c'est petit à petit.*).

Pour les 3 groupes le message devait être répété, que ce soit le message de prévention (les intermédiaires) ou d'éducation (les compétents).

Les intermédiaires et les compétents profitaient d'un détail dans la consultation pour rebondir avec un message de prévention éducation dépistage, ils savaient profiter du moment opportun (*Dc : La consultation d'ado qui vient pour un certificat de sport, c'est le moment où on fait de la prévention*)_Les novices avaient la notion qu'il était nécessaire de réaliser un peu de prévention à chaque consultation sans établir qu'il existait des situations opportunes.

Il existait une stratégie de gestion du temps. Les informateurs des trois groupes savaient que chez le MG, l'information pouvait être étalée sur plusieurs consultations (*Gi : Peut être au départ les revoir souvent.*). Les intermédiaires et les compétents savaient reconvoquer (*Gi : ça dépend du temps qu'on a quitte à reconvoquer le patient pour parler de quelque chose qui nous tracasse plus tard*). Les compétents auraient aimé que des consultations soient consacrées uniquement à la délivrance du message d'éducation prévention dépistage et non aux soins (*Cc : Et il faudrait qu'il vienne sans renouvellement et juste pour parler de la maladie. Mais c'est vraiment pas facile à mettre en place*).

2. Les FREINS à la mise en œuvre de la compétence

Le contexte aigu d'une consultation ou d'une hospitalisation n'était pas un facilitateur au développement de la compétence vis à vis des patients qui venaient de façon très irrégulière (*Cn : Les patients qui ont un traitement chronique ... plus facile... on les revoit régulièrement*)

Le manque de suivi dans le temps entraînait :

- pour les compétents un manque de connaissance du patient et de son entourage
- pour les intermédiaires une difficulté à arriver au milieu d'une prise en charge (*Gi : En plus chez le praticien c'est pas forcément facile, ce ne sont pas des patients que l'on connaît*)
- pour les novices un manque de retour sur leurs démarches (*Bn : Par exemple un patient qui a pleins de grains de beauté on lui conseille d'aller voir un dermato mais après est ce qu'il va vraiment le faire ?*)

L'organisation du système hospitalier était un frein pour les novices. Ils regrettaient le manque d'implication et de participation de l'équipe médicale hospitalière pour favoriser leurs

apprentissages dans ce domaine. (Bn : on nous demande de gérer le problème aigu) La formation était plus centrée sur la spécialité du service (Bn : Moi je trouve qu'en milieu hospitalier enfin CHU c'est souvent ciblé par rapport au service dans lequel on est). Ils évoquaient également leurs difficultés à s'imposer en tant que premier semestre (Bn : Après peut être qu'en premier semestre on a moins de poids).

Pour les compétents le manque d'information sur les réseaux et l'absence d'un lieu de consultation unique pluridisciplinaire dans le secteur ambulatoire constituaient les principaux freins (Ec : Ce qui est dommage il y a la consultation du médecin, diététicien, podologue. Alors qu'on pourrait avoir des consultations qui sont regroupées en même temps).

Le système de santé et l'aspect financier étaient cités comme des obstacles :

- Les novices s'obligeaient à limiter leurs prescriptions car elles avaient un caractère coûteux (An : y'a tout un coût à l'hôpital).
- Les compétents limitaient la durée des consultations car la tarification à l'acte imposait une certaine cadence de consultations (Fc : Si tu as des crédits sur le dos tu ne peux pas faire de la prévention. Parce que si tu te dis aujourd'hui je ne vois que 10 patients...) et ne valorisait pas le travail d'éducation prévention dépistage.

3. La POSTURE du MEDECIN

Le groupe novice se référait énormément aux connaissances biomédicales, la connaissance des effets indésirables et la surveillance des prescriptions qu'il était nécessaire d'avoir. (En : Après en terme de dépistage c'est plus une histoire de connaissances,). Ils auraient aimé réussir à appliquer toutes les connaissances emmagasinées durant leurs nombreuses années d'études. Les deux autres groupes acceptaient le fait qu'ils étaient moins compétents dans certains domaines.

Il s'agissait pour tous d'un transfert de compétence pour apprendre au patient à gérer seul les situations aiguës auxquelles il pouvait être confronté et lui apprendre à être plus autonome. Les novices donnaient des conseils d'auto surveillance pour les pathologies chroniques. (En : Éviter qu'ils reviennent trop rapidement à l'hôpital et essayer de leur donner des informations pour qu'ils surveillent un peu les points sensibles de leur maladie.)

Le support papier était considéré pour les novices et les compétents comme un moyen intéressant de pérenniser l'information et d'appuyer le discours oral. Il n'était pas utilisé en pratique. (Cc : Peut être qu'à la fin au lieu de donner une ordonnance on peut donner une

fiche conseil. Ils repartent quand même avec quelque chose.). Les novices évoquaient les groupes de paroles. Les compétents s'aidaient plutôt de la famille et des dossiers informatisés (*Fc : C'est vrai qu'avec l'informatique les patients vont être mieux suivis. On a tout sous les yeux.*).

L'évaluation du niveau de compétence du patient était une étape importante de la consultation prévention éducation dépistage. Les internes essayaient de savoir ce que le patient connaissait (les novices et les intermédiaires) (*Gi : Ce qui est bien aussi c'est de poser des questions au patient pour savoir ce qu'ils savent sur ce qu'ils ont, ou ce qu'ils savent sur tel sujet. Ça fait gagner du temps*) et ce que le patient avait compris (les intermédiaires et les compétents) (*Bc : Essayer de s'informer sur ce qu'il sait, sur les connaissances qu'il a*).

Au terme de la consultation le patient n'était pas dans l'obligation de respecter le discours de son médecin (*Ec : Après ton patient il est adulte donc il l'accepte ou il le refuse. S'il a toutes ses fonctions intellectuelles il est normal que tu le laisses gérer sa maladie seul aussi.*). Il existait plus de frustration pour les compétents qui ne souhaitaient pas être consultés uniquement pour délivrer une ordonnance mais ils jugeaient le patient responsable de sa santé. (*Cc : On n'est pas juste des supermarchés, juste des distributeurs de médicaments. Nous on a un message à faire passer.*). Les compétents et les intermédiaires évoquaient leurs difficultés à se faire rémunérer une consultation alors qu'aucune ordonnance n'avait été rédigée (*Fc : C'est aussi à cause du paiement à l'acte. Le fait de faire payer 23 euros alors que tu n'as pas fais d'ordonnance c'est dur*).

Le travail de coordination pour cette compétence était bien développé par les trois groupes. Le MG coordonnait la prise en charge. Il adressait au spécialiste quand il voulait appuyer sa décision (les intermédiaires et les compétents). Les novices adressaient leurs patients au spécialiste lorsqu'ils ne connaissaient pas les examens à pratiquer. (*Dn : c'est important de savoir déléguer quand on se sent un peu dépassé*).

Le MG s'aidait également des professions paramédicales (*Ec : On a souvent besoin d'une diététicienne, ou d'une équipe soignante qui va faire un soin d'hygiène à domicile*). Les compétents donnaient une plus grande importance à ce réseau (*Ec : Moi je trouve qu'on ne peut pas faire de l'éducation seul*) et se plaçaient en tant que coordinateur de son organisation. Ils sortaient du domaine médical pour faire intervenir la famille dans la prise en charge.

4. POSTURE PATIENT

Dans les *verbatim*s on pouvait distinguer trois types de patients :

Le patient acteur compétent autonome : il était décrit comme un patient souhaitant comprendre et en apprendre plus sur sa maladie. Il se sentait responsable de sa prise en charge.

C'était aussi un patient décrit comme étant consciencieux qui respectait les directives données (*Dc : Il y a ceux à qui faut donner une feuille avec une liste de points à faire et ils vont le respecter à la lettre et ils vont suivre*).

Le patient passif : il n'aimait pas prendre de décisions, il devait être dirigé et se complaisait dans une relation paternaliste avec son médecin (*Gi : Il y a des patients à qui il ne faut pas laisser le choix*).

Le patient opposant : il ne s'impliquait pas dans sa prise en charge et n'y voyait d'ailleurs aucun intérêt (*Dc : faire à l'opposé de ce que tu dis pour le principe*). Les intermédiaires se questionnaient sur les raisons d'un tel comportement.

L'état de santé du patient. Les 3 groupes évoquaient la difficulté d'impliquer le patient, de concerner le patient pour une maladie qu'il n'avait pas encore (*Ec : Ce qui est difficile dans la prévention c'est l'absence de maladie. Donc faut pouvoir passer l'information que la maladie est possible*) ou qu'il ne ressentait pas (*Fi : C'est d'autant plus difficile de soigner les gens quand ce sont des maladies qu'ils ne ressentent pas comme le diabète ou l'HTA. Ils n'ont pas de symptômes donc c'est difficile de prendre un traitement*). Il était compliqué de projeter le patient dans l'avenir.

5. COMPETENCE RELATIONNELLE

Adaptation au patient. La prise en charge était adaptée :

En fonction du patient et de sa pathologie pour les novices (*Dn : Chaque prévention chaque dépistage c'est au cas par cas c'est toujours adapté au patient. Evaluer le rapport bénéfice risque*). Les recommandations

En fonction des capacités de compréhension du patient (les intermédiaires et les compétents) (*Ac : Ce qui est intéressant c'est qu'il faut s'adapter à ce que la personne est capable d'entendre*).

Les intermédiaires et les compétents faisaient intervenir la volonté du patient alors que les novices demandaient juste son avis (*Gi : Après on oriente en fonction de lui son désir réel de prise en charge*). L'environnement du patient était important à prendre en compte chez les intermédiaires.

Afin de faciliter la prise en charge, il était nécessaire de bien comprendre le patient dans sa globalité. Les participants des groupes intermédiaires et compétents développaient plus ce thème avec la recherche, dans les croyances et le mode de vie des patients les causes des réticences (*Dc : Moi j'essaye de chercher ce qui bloque.*).

Les internes des groupes intermédiaire et compétent négociaient avec le patient pour garder un lien avec lui en faisant des compromis (*Gi : Faut pas avoir un objectif strict comme on peut avoir dans les recommandations, il faut déjà avoir un objectif qu'on puisse atteindre, ça lui donnera l'impression de s'engager, d'avoir une réussite.*) ou en changeant la forme et la durée de l'ordonnance. Ils savaient respecter et accepter le refus du patient par rapport à une conduite à tenir donnée.

Il fallait motiver le patient en l'intéressant à sa maladie, en le responsabilisant ou des fois en lui faisant peur. (*Bn : Quelqu'un qui a des problèmes de rétine lui dire qu'à la longue le diabète peut entraîner des problèmes de rétine et lui faire perdre la vue.*).

Cela nécessitait une bonne information du patient :

Sur sa maladie (*Gi : C'est aussi expliquer ce qu'est la maladie parce que en général ils ne ressentent rien ils ne se sentent pas du tout malade. Leur expliquer les risques.*)

Sur les effets indésirables des traitements (pour les novices) (*Dn : Dans les services y'a peut être des fois un défaut d'explication du traitement qui est mis en place.*)

Sur le déroulement du dépistage (intermédiaires)

Sur le suivi de sa maladie (intermédiaires et compétents)

Sur l'avis personnel du médecin (pour les compétents) (*Fc : elles veulent quand même l'accord de généraliste pour le vaccin.*)

Plusieurs qualités nécessaires pour l'éducation étaient citées (mais peu détaillées) comme les qualités d'écoute, d'humilité, de pédagogie, de connaissance des réseaux et des populations.

Les intermédiaires et les compétents pouvaient avoir des difficultés à accepter les croyances et les choix des patients quand ils étaient différents de leurs propres convictions (*Ec : c'est pas facile par rapport à tes propres convictions*) (*Ec : On n'est pas des flics*). Les compétents comprenaient qu'ils n'étaient pas là pour les diriger et qu'ils devaient prendre du recul et accepter de lâcher prise. Les intermédiaires acceptaient le refus mais faisaient valoir leur façon de penser.

6. ACQUISITION et APPRENTISSAGE

Différents moyens d'acquisition de la compétence étaient évoqués.

Le modèle de rôle. Les novices observaient les différents professionnels lors de leurs stages hospitaliers. Les intermédiaires observaient leurs maîtres de stage.

Le terrain de stage : Les novices l'évoquaient surtout pour les différentes pratiques et les différentes spécialités des lieux de stage. Ils évoquaient l'apprentissage théorique plutôt que l'apprentissage relationnel.

L'expérience personnelle était un moyen de progresser pour les trois groupes : les novices pour acquérir plus de connaissances théoriques, les intermédiaires pour avoir plus d'automatismes, les compétents pour mieux appréhender le patient.

Les connaissances théoriques.

Définitions proposées par le groupe novice :

« *L'éducation c'est former des personnes pour plus d'autonomie* ». (B)

« L'éducation fait partie de la prévention et du dépistage. » (Bn : *c'est un peu synonyme*)

« L'éducation c'est le médecin qui donne des informations au patient qui explique sa pathologie et qui va permettre qu'il détecte lui-même les problèmes ». (En)

« La prévention c'est relatif aux soins primaires c'est-à-dire agir avant que la maladie apparaisse. C'est plutôt un discours (Bn: *il faut pas fumer, pas boire*), alors que le dépistage se trouve dans des prescriptions biologiques. »

« Le dépistage permet une meilleure prévention. » (Cn)

« Le dépistage intervient dans la prévention primaire secondaire et tertiaire. » (Bn) « Il faut faire une éducation à tous les niveaux de prévention. »

« Le dépistage c'est un test, un examen pour détecter quelque chose en dehors de toute information. Il existe des recommandations. » (En)

Définitions proposées par le groupe intermédiaire :

La prévention primaire c'est l'acte consistant qu'un sujet non malade ne le devienne pas. (Gi)

La prévention secondaire « *ce sont les actes à faire pour éviter qu'une maladie déjà installée s'aggrave* »(Gi)

Ils connaissent la différence entre dépistage de masse et dépistage individuel.

Définitions proposées par le groupe compétent :

La prévention intervient à différents moments d'âge ou de pathologie du patient (Bc).

Les ressources étaient internet et quelques bases théoriques de recommandations officielles.

7. REFLEXIVITE

Il y avait pour les novices peu d'apprentissage en deuxième cycle de ce que pouvait être une consultation chez le médecin généraliste. Les compétents n'avaient pas eu de formation en pédagogie (Fc : *qu'on a aucune formation de pédagogie. Alors qu'il y a des techniques de pédagogie*) (Fc : *Et surtout on a une formation où on n'apprend pas à gérer à faire dans le temps*)

L'acquisition de la compétence se faisait sur le temps avec l'expérience et la pratique (Dc : *Ca s'apprend sur le tard aussi tout ce qui est écoute, savoir ce que le patient est prêt à entendre et à quel moment... comment lui dire. Il y a pleins de choses où on n'est pas compétent*).

Elle s'acquerrait avec plus de maturité (Dc : *Pour l'instant on est trop jeune*), bien que les compétents regrettaient une absence de formation théorique de pédagogie en ce domaine, les novices ne faisant que constater qu'il n'y en avait pas.

Elle s'acquerrait également en corrigeant ses erreurs et en analysant ses échecs pour les groupes intermédiaires et compétents. (Ac : *Moi je pense qu'au début du SASPAS j'étais beaucoup trop interventionniste, à vouloir qu'il fasse ce que je voulais qu'il fasse, et je ne prenais pas assez en compte son envie à lui*) Ils s'auto évaluaient.

Cette compétence était multifactorielle et centrale, spécifique au médecin traitant (Dc : *La prévention c'est vraiment le fait du MG*) C'était le pilier central de la prise en charge. La relation de confiance établie avec le patient renforçait cette idée de rôle central.

8. PROMOTEUR de la SANTE

Les 3 groupes intégraient dans leur pratique les messages de santé de publique, (Dn : *C'est vrai qu'il y a des références médicales auprès desquelles il faut essayer de s'accrocher*), et s'en servaient pour appuyer leur décision (Fc : *Mais il y a des choses qui sont très utiles comme le strepto-test, que je trouve très pratique. Le message passe très bien, le niveau de preuve pour le patient est génial*).

Les compétents auraient aimés ne pas être les seuls à faire de la prévention et de l'éducation Pour eux, les institutions scolaires devaient jouer un rôle dans certains domaines de prévention notamment.

DISCUSSION

Validité des résultats

Comme dans toute étude quantitative, une étude qualitative doit répondre à des critères de validité. Ceux de la recherche qualitative sont la crédibilité, la transférabilité la fiabilité et la confirmation.

La fiabilité a été obtenue par les nombreux croisements des données entre les différents chercheurs du grand ouest et le médecin coordonnateur. La grille de codage (bien que certains thésard(e)s s'en soient écarté) était commune à l'ensemble des chercheurs.

La crédibilité

Nous avons effectué une retranscription fidèle des différents enregistrements des entretiens de groupe. Les éléments non verbaux n'ont pas été retranscrits car ils avaient peu d'incidence dans l'analyse des résultats. Les *verbatim*s ont ensuite été soumis à vérification à l'ensemble des participants. Il n'y a eu aucune correction apportée par la suite.

Triangulation des données.

Une des exigences requises pour la validation de l'analyse est la triangulation des résultats. L'analyse des *verbatim*s implique une part subjective d'interprétation liée à la façon dont vont être catégorisées les unités minimales de sens. La triangulation permet de limiter cette subjectivité en multipliant les chercheurs et en croisant les résultats obtenus. Il n'y a pas eu de triangulation dans ce travail mais une relecture des résultats par le directeur de thèse. Il convient d'en tenir compte dans l'analyse des résultats.

Limite méthodologique

Pour des raisons pratiques le choix du modérateur s'est porté sur l'interne responsable du travail de recherche afin qu'une seule personne soit responsable du recueil et de l'exploitation des données dans toutes les UFR. Dans le cadre de ce travail l'interne était inexpérimenté dans l'animation des *focus group*, ce qui a rendu le contenu plus pauvre que ce qu'il aurait pu être avec un modérateur plus expérimenté et mieux entraîné à animer ce type d'entretien.

Lors des deux premiers *focus group* l'observateur, qui avait de l'expérience par rapport à la méthode, a permis une correction des principaux défauts. L'observateur était absent de l'entretien du groupe intermédiaire.

Codage des verbatims

Dans la recherche qualitative inductive, les unités minimales de sens sont étiquetées au fur et à mesure pour ensuite les regrouper en thèmes et sous-thèmes.

L'ensemble des internes avait décidé lors de la réunion commune du 21 avril 2011 d'avoir une grille commune afin de faciliter la mise en parallèle et la synthèse de l'ensemble des travaux de recherche. Il n'y a donc pas eu de codage à mesure.

Dans le groupe intermédiaire un des participants n'a pas pris la parole de tout l'entretien.

La qualité du recueil a été perturbée par de mauvaises conditions sonores et climatiques. Les échanges ont été à quelques reprises interrompus et la retranscription pouvait présenter des erreurs. Cela rendait le *focus group* peu fiable. Il n'a pas été possible de distinguer avec précision les différents intervenants que l'on a préféré distinguer uniquement en fille (Fi) et garçon. (Gi)

Dans le groupe compétent, trois informateurs avaient pris une disponibilité de 6 mois pour effectuer des remplacements lors des semestres précédents. Ils n'ont pas eu d'idées discordantes par rapport au reste du groupe.

Indices de niveau de développement de la compétence ressortant de l'analyse des différents *focus group*.

1 Indices mis en évidence dans le groupe novice.

Les explications données par les novices pour définir la prévention l'éducation et le dépistage étaient floues. Il était donc difficile de savoir s'ils avaient bien compris les différents concepts.

La prévention était pour certains internes synonyme d'un discours à avoir. Pour d'autres, elle était provoquée par le dépistage (c'est parce qu'on effectue des dépistages qu'on prévient des pathologies), oubliant de ce fait les autres niveaux de prévention secondaire et tertiaire.

Le dépistage était une série d'examen complémentaires établi sur des bases théoriques consensuelles ou sur des recommandations officielles.

L'éducation était quant à elle une explication à donner aux patients sur leurs pathologies pour une meilleure observance. Ils ne la concevaient pas comme une façon d'améliorer la qualité de vie de leurs patients.

De manière générale, la bascule du paradigme d'enseignement que les internes du groupe novice connaissaient depuis le début de leurs études vers le paradigme d'apprentissage (constructiviste) n'était pas simple pour des internes novices.

L'interne pendant son DES doit être responsable de sa propre formation en s'interrogeant, en se corrigeant pour tirer ses propres conclusions sur les conduites à tenir. Ce raisonnement est indispensable car la population des patients hospitalisés présente de nombreux biais par rapport à la population rencontrée en médecine générale. Un biais sociologique (ils ne représentent qu'une partie des patients suivis par le MG), un biais épidémiologique (ce ne sont pas les mêmes problèmes de santé) et environnemental (différence de conduite à tenir entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire). (7). Le travail de formation demandé à l'interne est de réaliser son apprentissage en situation, en tenant compte du contexte tout en sachant que l'objectif est de pouvoir ensuite les appliquer en soins primaires.

Les internes du groupe novice n'avaient aucune expérience de la pratique en médecine générale, seulement des connaissances théoriques. Lorsqu'ils évoquaient la position du médecin généraliste, ils employaient énormément de « peut être », « j'imagine », « ça doit être ». Leur vision de la compétence était théorisée mais non vécue. Ils s'appuyaient énormément sur leurs savoirs qui constituaient pour eux une base solide alors que leurs applications restaient encore abstraites.

a) La gestion du temps

Pour l'OMS la médecine générale " s'étend sur des périodes importantes de la vie des patients sans se limiter à un épisode de recours aux soins"(1). Les internes du groupe novice possédaient des connaissances sur le rôle et les fonctions du médecin généraliste pour cette compétence. Mais ils ne pouvaient les appliquer ou progresser devant leur unique activité hospitalière qui par principe est circonscrit aux soins de courte durée. Les internes du groupe novice n'avaient pas la possibilité d'étaler l'information dans le temps ou de reconvoquer les

patients. Ils savaient cependant qu'il était possible de les revoir régulièrement en MG mais essentiellement pour approfondir le discours et vérifier si les informations et les conseils donnés étaient bien compris. La crainte de ne pas avoir été compris ou de ne pas avoir été écouté revenait souvent dans leurs discours. En tant qu'interne, il n'y avait plus systématiquement quelqu'un pour vérifier ou corriger leurs pratiques comme cela était le cas tout le long de leur deuxième cycle.

b) La place du patient

Si on les interrogeait directement sur la place du patient, leurs réponses pouvaient faire penser qu'ils avaient déjà une certaine maîtrise de la compétence. Ils savaient que le patient devait avoir un rôle actif, au premier rang de sa prise en charge. Cependant une analyse plus fine du discours ne retrouvait pas l'application de ces principes. Le patient disparaissait quasi intégralement lorsqu'ils évoquaient leurs expériences personnelles. Ils se concentraient surtout sur leurs connaissances biomédicales, sur leurs capacités à bien prescrire l'ensemble des examens nécessaires. Il existait très peu de relationnel entre le médecin et son patient. Leurs pensées étaient dominées par un souci de perfection, ils en oubliaient de donner une place au patient. Ce dernier n'existait plus et ne participait pas à sa prise en charge.

On était dans un raisonnement très scolaire pour ces internes à 6 mois de leur examen national classant où il n'existait pas d'approche centrée sur le patient.

c) La place du médecin généraliste

Les internes envisageaient les rôles du MG comme étant centraux dans la prise en charge mais plutôt dans l'idée de vérifier. Vérifier que toutes les informations aient été données par des collègues d'autres spécialités, vérifier que tous les examens aient été réalisés. Ils envisageaient aussi son rôle central pour réexpliquer, reprendre les informations que le patient avait déjà reçues. Ils ne positionnaient pas le MG en première ligne mais comme celui qui centralisait toute la prise en charge du patient. Ils oubliaient par ce raisonnement les nombreux patients qui consultent uniquement leur MG.

d) La formation, l'apprentissage

L'acquisition de la compétence se faisait par l'observation de leurs pairs dans le milieu hospitalier, seul modèle pour eux. Mais ces exemples hospitaliers étaient surtout un moyen de compléter leurs connaissances théoriques et non de progresser dans le domaine de la relation médecin patient.

Cet exercice hospitalier était aussi cité comme étant un obstacle à leur formation car ils ne se sentaient pas libre de leurs prescriptions (évoquant une influence selon le service de spécialité dans lequel ils se trouvaient) limitant ainsi la prise en charge globale qu'ils souhaitaient.

Une plus grande maturité, une plus grande expérience et une meilleure confiance en eux constituaient un moyen de progresser.

e) Travail en réseau.

Le CNGE a proposé comme définition le fait de travailler en équipe lors de situations complexes aiguës ou chroniques, coordonner les soins autour du patient en sollicitant la coopération des soignants, des structures et des aides et en organisant des réunions de coordination et de transmission de l'information.(7)

Chez les novices, le médecin avait une place centrale dans le travail de groupe. Son rôle de coordonnateur était de déléguer aux autres spécialistes quand il ne savait pas ou de diligenter les différents examens que devait subir le patient. L'équipe paramédicale et l'équipe sociale n'existaient pas. Ils n'avaient pas conscience qu'une organisation pluridisciplinaire pouvait s'avérer utile.

2 Indices mis en évidence dans le groupe intermédiaire

Même si les définitions étaient très peu développées, les notions de prévention primaire et secondaire étaient comprises. La prévention primaire était associée à la prise en charge en médecine générale.

L'éducation c'est essayer de rendre le patient plus autonome avec sa maladie chronique, en lui transmettant des savoirs.

a) Gestion du temps

Les intermédiaires avaient déjà plus expérience de la consultation en milieu ambulatoire que leurs cadets du groupe novice.

Ils savaient reconvoquer les patients lorsque le temps de la consultation ne suffisait pas mais sous des motifs cachés (une nouvelle prise de tension, la lecture de la prise de sang). Une convocation du patient uniquement pour un message d'éducation ou de prévention était encore difficile à mettre en place par peur qu'une consultation sans ordonnance soit mal comprise.

Leurs discours montraient qu'ils savaient saisir des moments opportuns, propices à l'introduction de messages de prévention ou de dépistage. Ils avaient repéré qu'il y avait des consultations typiques comme les certificats médicaux chez les adolescents où il était plus facile d'arriver à de tels messages.

Ils ont beaucoup insisté sur le fait qu'il était important de répéter les messages pour qu'ils soient bien compris. Leur gestion dans le temps était essentiellement dédiée à ce « rabâchage ». Pourtant il ne suffit pas de dire, d'expliquer, de répéter, pour que les patients apprennent. Apprendre chez l'adulte est beaucoup plus complexe puisqu'il faut avant tout déconstruire pour ensuite réorganiser leurs conceptions préexistantes. (8) Ce rabâchage est d'autant plus inutile qu'il ne s'agit pas d'un défaut de compréhension des messages et des conseils mais d'un vécu de la maladie différent de nos conceptions médicales. (13)

b) La place du patient.

Le patient commence à prendre une place dans leurs discours. Les différentes postures que peut avoir le patient étaient abordées : le patient actif dans sa prise en charge, le patient passif et le patient opposant. Ils adaptaient leurs comportements en fonction de ceux du patient.

On relevait plusieurs niveaux d'acquisition de la compétence au sein de ce même groupe :

Il y avait ceux chez qui l'opposition était difficile à comprendre et pouvait être source de colère. Comment le patient qui n'avait pas les connaissances nécessaires pouvait-il avoir un avis contradictoire ? Pour eux la différence d'opinion n'était pas acceptable. Les messages devaient alors être répétés, le ton était durci, le patient ne pouvait plus exprimer son choix, il devait obéir.

Une autre partie du groupe acceptait mieux cette différence d'opinion et essayait de comprendre pourquoi elle existait. Ils accordaient de l'importance aux choix du patient tout en maintenant leurs principes, leurs opinions. On était déjà dans un niveau d'acquisition plus élaboré avec une recherche dans les croyances, le passé, les représentations du patient pour une meilleure compréhension globale de ses envies. Cependant le but était encore de rectifier le point de vue du patient pour qu'il soit en adéquation avec leurs principes.

c) Formation, Apprentissage

L'observation des consultations en duo lors du stage chez le praticien a été pour les internes du groupe intermédiaire un moyen de progresser dans la relation médecin patient.

Lors des consultations en solo, ils éprouvaient encore des difficultés à intégrer leurs propres conduites en matière de prévention éducation dépistage car ils ne voulaient pas proposer une prise en charge différente de celle débutée par le médecin référent

Ils pensaient tout comme les novices que plus de pratique aurait été pour eux un moyen de progresser. La différence était qu'ils souhaitaient s'auto-corriger pour améliorer leur façon de communiquer avec le patient et non pour acquérir plus de connaissances biomédicales.

d) Place du médecin généraliste

Le MG avait une relation privilégiée avec son patient ce qui permettait d'améliorer les échanges entre eux. Le patient donnait plus facilement son avis qu'à un spécialiste qu'il ne consultait qu'occasionnellement.

Ils savaient que le MG avait un rôle central avec une multitude de pathologies et de messages qui n'étaient abordés qu'en médecine générale.

e) Travail en réseau.

La place du MG dans le cadre d'un travail en réseau n'a pas été développée. Certains points s'y rapprochaient comme le fait que le MG devait savoir s'entourer et ne pas travailler seul. Il devait savoir adresser à d'autres professionnels lorsque la prise en charge devenait difficile. Les médecins spécialistes constituaient essentiellement une aide pouvant appuyer la décision médicale. Les professionnels paramédicaux étaient cités sans qu'une réelle organisation en réseau ne fût authentifiée.

f) Place en santé publique

Les messages de santé publique donnaient plus de valeur aux messages que les internes du groupe intermédiaire voulaient faire passer. Les internes avaient une vision critique des recommandations officielles et savaient les adapter au cas par cas. Cela restait cependant une base solide de connaissances.

3 Indices mis en évidence dans le groupe compétent.

La prévention primaire était clairement associée à la médecine générale

Ils ont très peu parlé de prévention secondaire ou tertiaire.

L'éducation thérapeutique était un moyen pour le patient de mieux vivre avec sa maladie, mais les exemples étaient très pauvres, tournant essentiellement autour des maladies virales aiguës et du diabète.

a) Gestion du temps

Les compétents, comme leurs cadets se plaignaient des consultations trop courtes qui ne permettaient pas de délivrer suffisamment d'information surtout lorsqu'il s'agissait de patients ayant une pathologie chronique venant pour un renouvellement d'ordonnance. Ils

envisageaient des consultations dédiées uniquement à l'éducation même si cela leur semblait difficile à mettre en place. La prise en charge dans le temps n'était plus uniquement une occasion d'insister sur les messages ou de vérifier la compréhension mais au contraire pour bâtir une relation médecin patient de confiance privilégiée, base d'une meilleure éducation thérapeutique.

Ils saisissaient des opportunités pour délivrer un message lors de la consultation même si c'était pour un tout autre motif.

b) Formation et apprentissage.

Les internes du groupe compétent n'ont jamais évoqués le modèle de rôle comme étant un moyen de progression dans l'acquisition de cette compétence. C'est plutôt grâce à leur auto-évaluation et leur expérience personnelle qu'ils ont pu progresser.

Alors que plus de la moitié de la formation d'un interne et que toute sa formation lors de l'externat se fait à l'hôpital, les compétents n'y ont fait aucune allusion pour l'acquisition de cette compétence.

De même, les maîtres de stage n'ont jamais été cités comme étant un moyen de progresser.

Les internes reprochaient à leur parcours un manque de formation à la prise en charge dans le temps (l'hôpital étant essentiellement un milieu où tous les problèmes doivent être pris en charge rapidement). Ils regrettaient de ne pas connaître plus de technique d'écoute, bien qu'ils pensaient que cela s'acquerrait aussi avec plus d'expérience et de maturité. Cette carence de formation était également écrite dans le rapport de l'HCSP de 2009, relatant que l'un des freins à une bonne éducation thérapeutique était « un manque de considération accordé aux sciences humaines, à la psychologie de la santé et l'absence de formation à l'écoute ». (10)

c) Place du patient

L'approche centrée sur le patient était bien décrite dans ce groupe. Ils avaient comme objectif de donner confiance au patient, lui donner des responsabilités afin de le rendre plus autonome. Cela n'était possible que si le patient était compris et connu dans sa globalité (famille, milieu

social, religion, croyances...). Ils ne se présentaient pas comme ayant le savoir absolu mais comme un guide pour la prise de décision du patient. Le discours était adapté en fonction du patient et de ses pathologies mais aussi en fonction de sa volonté de gérer sa maladie sur le moment et dans le temps.

Cela couvre un des principes fondamentaux du professionnalisme médical, l'autonomie du patient. (9)

Le temps avait pour eux une grande importance. Ils n'avaient pas la volonté de gérer une situation rapidement, ils savaient donner du temps à une situation compliquée, que ce soit pour comprendre les raisons des réticences ou bien pour laisser du temps à un changement de comportement.

Mais la position paternaliste était difficile à abandonner Il existait toujours un sentiment de frustration en cas de non partage des idées dont ils étaient conscients et qu'ils essayaient de maîtriser, et s'en servaient pour progresser.

d) Travail en réseau

Les internes du groupe compétent ont beaucoup parlé de l'importance du travail en réseau.

Ils n'avaient aucune prétention à travailler seul et cherchaient à se constituer un réseau.

Dans le réseau étaient évoqués les médecins mais aussi toutes les professions paramédicales et autres aides associatives. Ce réseau constituait une aide à la prise en charge thérapeutique. Ils le sollicitaient lorsqu'ils éprouvaient des difficultés à gérer une situation qu'elle fût chronique ou aiguë ou lorsqu'ils ne parvenaient pas à communiquer efficacement avec leur patient. Ils regrettaient de ne pas savoir suffisamment l'utiliser et de ne pas avoir été formés à travailler de cette façon.

Ils étaient les seuls à évoquer l'entourage familial comme pouvant faire partie du réseau.

e) Perspectives d'évolution

Les internes du groupe compétent parlaient comme s'ils étaient déjà médecins, montrant une analyse des situations non plus en tant qu'étudiant mais en tant que professionnels à part entière. Ils visualisaient concrètement l'organisation de leurs consultations au cabinet et évoquaient l'aspect financier avec la tarification à l'acte qui ne valorisait pas le travail d'éducation prévention dépistage en médecine générale.

Ils appréhendaient toute la difficulté que représentait le fait d'être médecin généraliste, au centre de la prise en charge même s'ils en ressortaient une certaine fierté d'avoir cette place indispensable et d'avoir pu obtenir la confiance des patients.

Ce sont également les seuls qui envisageaient des consultations dédiées avec convocation du patient dans ce sens, sans délivrance d'ordonnance en fin de consultation.

CONCLUSION

Cette recherche qualitative commandée par le CNGE avait pour but la recherche d'indices de niveau de développement pour la compétence éducation prévention dépistage chez les internes de médecine générale d'Angers. Ce travail s'intègre avec 5 autres travaux de facultés du grand ouest dans la constitution d'un outil de certification des internes en médecine générale. Cette certification validera ainsi leur cursus professionnalisant en fin de DES. L'outil donnant des indications sur le niveau de compétence de l'interne, permettra de le soutenir dans ses apprentissages tout au long du cursus (évaluation formative) et aussi d'évaluer son niveau de performance dans la compétence en fin de cursus(7) (11).

Le stage ambulatoire semble être une étape cruciale dans le développement de la compétence. Dans le cadre du modèle constructiviste ce stage est indispensable. Le relationnel, la gestion dans le temps et la posture à adopter vis-à-vis d'un patient ne peut s'apprendre par l'enseignement classique théorique. L'acquisition d'une compétence est dynamique, l'expérience personnelle, l'exposition à des situations problèmes et le temps jouent des rôles primordiaux (7). Il existe beaucoup plus de situations problèmes pour cette compétence en soins ambulatoires qu'en soin hospitalier.

Les changements de comportement ne se font pas chez tous les étudiants à la même vitesse comme le montre le caractère hétérogène du groupe intermédiaire. Il existe très certainement d'autres facteurs influant sur le développement de cette compétence, comme certains stages hospitaliers qui offrent plus de situations-problèmes qui se prêtent à la pratique de cette compétence mais aussi la rencontre de professionnels ou encore l'esprit d'autocritique, le questionnement personnel plus affirmé.

Trois niveaux ont été explorés, des novices en premier semestre aux compétents terminant leur cursus. Les niveaux maître et expert ne faisaient pas partie de l'étude car postérieurs au cursus du DES, mais ils montrent qu'il existe des niveaux de développement supérieurs après la certification. Cependant le manque de valorisation et l'absence de cotation spécifique des actes de prévention et d'éducation thérapeutique en médecine générale ne favorise pas le développement ultérieur de cette compétence.

L'ensemble des trois *verbatim*s reste pauvre en exemples. Les informateurs ont évoqués quasi exclusivement les maladies cardiovasculaires et le diabète pour les pathologies chroniques, les

rhinopharyngites et la fièvre pour les pathologies aiguës. En milieu hospitalier, le principal modèle en matière d'éducation thérapeutique est celui du diabétique. Il n'est donc pas surprenant que celui-ci soit la principale référence pour les novices. Il existe pourtant une multitude d'autres domaines où l'éducation peut se faire en médecine générale (comme les maladies respiratoires ou dermatologiques, la douleur, les traitements anticoagulants), il est surprenant que le groupe compétent n'y fasse pas référence.

Notre travail a permis de faire ressortir des indices de niveau d'acquisition de la compétence qui caractérisent chaque niveau. Mais ces indices ne peuvent pas servir à l'état brut comme outils à la certification. Des indices non présents ne sont pas obligatoirement signe d'une non acquisition et inversement des indices présents peuvent ne pas être intégrés en tant qu'indicateur. Les mêmes travaux réalisés à Poitiers, Tours et Nantes (14, 15, 16) retrouvent nombre d'indices concordants mais aussi quelques discordances. Ce travail doit être confronté à l'ensemble des autres travaux afin de faire ressortir des indicateurs fiables.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Inspection générale de l'administration de l'inspection nationale et de la recherche N°2007-016. Création de la filière universitaire de médecine générale.
- 2) Comité National d'Evaluation. Le troisième cycle de médecine générale dans les facultés françaises (1998) [Internet]. [cited 2012 Feb 22]. Available from: https://www.cneMevaluation.fr/WCNE_pdf/Medecine3ecycle.pdf
- 3) Attali C, Bail P, Magnier A, Beis J, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer*. 2006;20(730/731):525.
- 4) Attali C, Bail P, Beis JN, Gomes J, Chevallier P, Lainé X, et al. DES : certifier la compétence des internes à exercer la médecine générale. *La revue du praticien-Médecine générale*. 2005 ;9 :708-9
- 5) Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2007 ; 8 :232-51.
- 6) Tardiff J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. In ; Hivon R. L'évaluation des apprentissages : réflexions, nouvelles tendances et formation. Sherbrooke (QC) : Edition du CRP 1993 :27-56
- 7) Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale: aspects théoriques, réflexions pratiques. *Exercer*. 2005;73:63-9.
- 8) Lager G, Chambouleyron A, Lassere-Moutet A, Golay A. Education thérapeutique : première partie origines et modèle. *Médecine* mai 2008.223-26
- 9) Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. Projet pour le professionnalisme médical (Medical Professionalism Project) développé par l'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, l'American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation et l'European Federation of Internal Medicine (EFIM) *Pédagogie Médicale* 2004 ;5 :43-5.
- 10) Haut Conseil de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet]. 2009 [cited 2012 Feb 26]. Available from: http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprr.pdf
- 11) Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Volume 4. Certifier les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Editions scientifiques LC mars 2011
- 12) Moreau A., Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien-Médecine générale* 2004 ; 645 :82-4
- 13) Lager G, Glodan M, Chambouleyron A, Lasserre-Moutet A, Golay A. Education thérapeutique. 2° partie : Mise en pratique des modèles en 5 dimensions. *Médecine*. Juin 2008.269-73
- 14) Fereday-Bowring A. Les niveaux de compétence des internes en médecine générale de Poitiers en matière d'éducation, de prévention et de dépistage, une enquête qualitative. Thèse d'exercice. 2012
- 15) Dussart-Brûlé M. Niveaux de compétence des internes en médecine générale de Tours en matière d'éducation, de prévention et de dépistage. Une enquête qualitative. Thèse d'exercice 2012
- 16) Chaillou-Péan E. Niveaux de compétence des internes en médecine générale de Nantes en matière d'éducation prévention dépistage. Une enquête qualitative. Thèse d'exercice 2012

17) Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'assurance maladie. Volume 32 n°2. Avril-Juin 2001 ;117-21

Références non citées mais ayant contribué à la compréhension et rédaction de thèse.

Groupe de travail sur le processus de certification. Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des Médecins de Famille du Canada: les objectifs d'évaluation en médecine familiale [Internet]. Mississauga: Collège des médecins de famille du Canada; 2012 p.1 –191. Report No.: 1-897268-27-0.1 Available from:
<http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20French%20with%20bookmarks.pdf>

Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 163-75.

Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale 2002 ;3 :81-90.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Grille Codage.

TEMPS T

T1 : Manque de Temps

T2 : prise en charge dans le temps

T3 : Savoir repérer le temps opportun

T4 : Répétition des actions

T5 : Stratégie de gestion du temps

LES FREINS A LA MISE EN ŒUVRE DE LA COMPÉTENCE « Education, prévention dépistage

O1 : Situations aiguës

O3 : Système de santé

O4 : Manque de suivi

O5 : Contraintes organisationnelles.

La POSTURE du MEDECIN

PM1 : les connaissances biomédicales

PM2 : Evaluer le niveau de compétence du patient

PM3 : Moyens de faire passer l'information.

PM4 : Ne maîtrise pas tout

PM5 : transfert de compétence

PM6 : Travailler en équipe pluridisciplinaire

PM7 : Difficultés à ne pas faire d'ordonnance

La POSTURE du PATIENT

PP1 : Patient acteur, compétent, autonome

PP2 : Patient passif

PP3 : patient opposant

PP4 : État de santé du patient

COMPÉTENCE RELATIONNELLE

CR 1 : S'adapter au patient

CR2 : Comprendre la globalité du patient

CR3 : Savoir négocier

CR4 : Motiver le patient

CR5 : Informer le patient

CR6 : Qualité du médecin pour l'éducation

CR7 : Accepter les croyances et les choix du patient

APPRENTISSAGE et AQUISITION

AQ1 : Modèle de rôle

AQ2 : Terrain de stage

AQ3 : Expérience personnelle

AQ4 : Connaissances théoriques

AQ5 : Les ressources

La REFLEXIVITE

R1 : Manque d'expérience et de formation

R2 : Compétence vaste et complexe

R3 : Aperçu ponctuel

R4 : Analyse de ses échecs

R5 : Le but

PROMOTEUR DE LA SANTE

Intégrer la santé publique à sa pratique

ANNEXE 2 : Résultats préliminaires des travaux du groupe d'experts/compétence éducation prévention dépistage

Définition précise de la COMPÉTENCE attendue en situation

C'est la capacité à :

Accompagner « Le » patient dans une démarche autonome de maintien et d'amélioration de sa santé dans le respect de son propre cheminement, c'est-à-dire à intégrer et articuler dans sa pratique la prévention et l'éducation. (Se reporter au chapitre « mode d'emploi » pour revoir les définitions précises de ces concepts)

Et ainsi :

- Déterminer le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour soi-même et pour le patient, en tenant compte des possibilités de chacun
- Développer une posture qui place le patient en position de sujet,
- S'engager dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences,
- Partager le suivi avec d'autres intervenants,
- Collaborer à et/ou élaborer des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation,
- Adopter une posture réflexive sur ces actions.

pour ce qui concerne le niveau NOVICE

C'est le niveau attendu de l'entrée dans le DES à la moitié du stage de niveau 1.

L'interne,

- Possède des notions sur les spécificités de la discipline et les compétences nécessaires à acquérir pour exercer la MG,
- Accepte à minima le projet professionnel proposé,
- A conscience qu'il opère sur l'être humain,
- Est apte à supporter une part d'incertitude
- A conscience de la complexité des problèmes auxquels il va être confronté,
- Envisage qu'il va devoir couvrir l'ensemble du champ de la discipline (champ et fonctions),
- Montre un début de questionnement sur sa pratique antérieure et actuelle.

Description du niveau NOVICE et commentaires associés

- **Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi).**

On s'attend à ce qu'il n'ait pas de difficulté à définir, hiérarchiser ces niveaux et en comprendre l'intérêt

Indicateurs :

- Explique à un enseignant ou à un patient ces différents niveaux, en termes clairs et simples ainsi que leurs finalités ;
- Donne des conseils à un patient sur son alimentation, les activités physiques, l'hygiène de vie, lui souligne l'intérêt des différents dépistages

Situations et contextes d'évaluation :

- Supervision en stage hospitalier et en tout début de stage ambulatoire à propos de situations cliniques incluant des actions de prévention;
- Cartes conceptuelles sur ce thème dans son portfolio ;
- Discussion durant les enseignements théoriques sur la prévention

- **Possède des notions vagues de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi).**

On s'attend à ce

- *Qu'il y ait des confusions entre ces différents concepts,*
- *Qu'il exprime des difficultés à les mettre en pratique*
- *Qu'il sache qu'il a des acquisitions à faire à ce niveau*

Indicateurs :

- Exprime des difficultés à préciser clairement ces concepts et leurs intrications ;
- Délivre des messages généraux d'éducation sanitaire au patient (= éducation pour la santé du patient),
- N'anticipe pas encore les conséquences de la maladie et de ses traitements sur les comportements et les aspects non médicaux de la vie des patients (= éducation du patient à sa maladie) ;
- N'est pas du tout dans une posture centrée patient (= d'éducation thérapeutique)

Situations et contextes d'évaluation :

- Supervision en stage hospitalier et en tout début de stage ambulatoire à propos de situations cliniques incluant des actions d'éducation du patient ;
- Cartes conceptuelles sur ce thème dans son portfolio ;
- Discussion durant les enseignements théoriques sur l'éducation du patient.

- **Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste,**

On s'attend à ce

- *Qu'il en perçoive l'importance,*

- *Qu'il mette en pratique les actions de prévention secondaire (= dépistage)*
- *Qu'il sache qu'il a des acquisitions à faire surtout dans le domaine de l'éducation du patient*

Indicateurs :

- Questionne le patient sur ses facteurs de risques et ses habitudes de vie,
- Inscrit ces données dans le dossier médical comme repères ;
- Fait le point sur les actions de dépistages individuel et organisé selon le profil des patients ;
- Explique au patient le déroulement de ces différentes actions, leurs intérêts en terme individuel et collectif, leurs limites éventuelles

Situations et contextes d'évaluation :

- Supervision en stage hospitalier et en tout début de stage ambulatoire ;
- Analyse de dossiers médicaux ;

▪ **Se sent responsable de la gestion de la santé du patient**

On s'attend à ce

- *Qu'il ne se situe pas encore dans une recherche de responsabilité et de mise en autonomie du patient*
- *Mais qu'il cherche à garder son identité de dispensateur de soins*

Indicateurs :

- Se sent frustré quand le patient exprime un avis différent du sien et une réticence aux conseils prodigués
- Utilise dans son discours au patient les locutions « il faut », « vous devez », « ce n'est pas bien de »

Situations et contextes d'évaluation :

- Supervision directe en stage hospitalier et en début de stage ambulatoire ;
- Entretien d'explicitation à partir de situations cliniques de prévention et d'éducation
- Réflexions écrites à partir de situations cliniques dans le portfolio, portant sur cette compétence.

Pour ce qui concerne le niveau INTERMEDIAIRE

C'est le niveau attendu de la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS, soit l'acquisition d'une capacité à être mis en autonomie. L'interne,

- Est en mesure de faire le lien entre la théorie enseignée et la pratique observée et/ou exercée (et de ce fait identifie les capacités et ressources qui caractérisent cette compétence),
- A pris conscience de ce qui est demandé et participe activement à son propre développement,
- Améliore sa capacité d'autonomie en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi (prend progressivement de l'assurance),

Description du niveau INTERMEDIAIRE et commentaires associés

- **Réalise des consultations dédiées à la prévention en en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin,**

On s'attend à ce

- *Qu'il réponde dans l'immédiat à une demande de prévention exprimée par un patient ou en programmant une consultation spécifique*
- *Qu'il s'adapte (sans trop discuter) à la demande du patient*
- *Qu'il cherche à utiliser des outils d'information de supports différents, matérialisés ou dématérialisés*

Indicateurs :

- Devient capable de dire à un patient de reprendre RV pour un acte de prévention
- S'est constitué des fiches de prévention
- Utilise des sites internet dédiés à la prévention

Situations et contextes d'évaluation :

- Tient à jour les actes de prévention réalisés, à partir du dossier des patients
- Supervision directe

- **Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples,**

On s'attend à ce :

- *Qu'il décrive la technique des gestes, leurs critères de qualité, leur rythme et la validité du dépistage (FCV, TR, hémocult, mammographie)*
- *Qu'il pratique ces gestes de façon aisée*
- *Qu'il les commente au patient*
- *Qu'il puisse proposer une orientation selon les résultats du dépistage*

Indicateurs :

- A réalisé, au moins une fois sous supervision, un FCV, une proposition de dépistage du cancer de la prostate avec TR, un examen des seins et une prescription de mammographie, un dépistage des FRCV chez l'homme de 50 ans, une proposition de dépistage du cancer colorectal avec prescription de test hémocult, un entretien autour de la prévention des chutes et de la dénutrition chez une personne âgée,
- Ne laisse pas le patient sans réponse à la suite d'un dépistage

Situations et contextes d'évaluation :

- **Reconnait que le patient est acteur de sa santé**

On s'attend à ce :

- *Qu'il ne s'étonne plus de « ces patients qui ne comprennent rien ! »*
- *Qu'il exprime les différences ressenties lors des rencontres de patients demandeurs ou non demandeurs d'actes de prévention*
- *Qu'il respecte les refus du patient*
- *Qu'il soit conscient de la nécessité de changer la posture de soignant mais n'y arrive pas facilement*
- *Qu'il cède assez facilement à des demandes qu'il ne peut en fait justifier*

Indicateurs :

- Fait le lien entre la théorie « facile » et la pratique « difficile » et l'exprime en cherchant à progresser
- Ecoute attentivement le patient, explore ses représentations sur sa santé et sa maladie (indicateur commun relation/communication)

- Vérifie la compréhension du patient

Situations et contextes d'évaluation :

- **Collabore avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient**

On s'attend à ce

- *Qu'il raisonne encore en termes de délégation de tâches (où le médecin se décharge de son activité d'éducation vers des professionnels paramédicaux) et s'appuie sur d'autres intervenants*
- *Qu'il oriente le patient vers des activités éducatives, individuelles (par exemple des consultations avec une diététicienne formée à l'éducation thérapeutique) ou collectives (par exemple des ateliers animés par l'équipe de coordination d'un réseau), mises en œuvre sur son secteur.*

Indicateurs :

- Sollicite toute personne ressource, par contact direct, téléphone ou courrier, pour l'aider en cas de difficulté (associé, spécialiste, paramédicaux)
- Connaît les ressources extrahospitalières et hospitalières de son secteur en matière de prévention et d'éducation du patient

Situations et contextes d'évaluation :

Pour ce qui concerne le niveau COMPETENT

C'est le niveau attendu en fin de cursus, celui d'une autonomie est d'une responsabilité dans les situations les plus courantes.

L'interne,

- Agit en autonomie et assume ses responsabilités
- Collabore efficacement avec les autres intervenants
- Possède une approche centrée patient
- S'interroge sur sa pratique

Description du niveau COMPETENT et commentaires associés

- **Intègre dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient**

On s'attend à ce

- *Qu'il comprenne et accepte l'idée que la prévention et l'éducation se construisent dans la durée et dans le temps, que tout ne peut pas être résolu en une seule consultation,*
- *Qu'il comprenne qu'il est nécessaire de revoir le patient pour des consultations spécifiquement dédiées à l'éducation et à la prévention,*
- *Qu'il profite de certaines consultations « simples » (demande de certificats, problèmes infectieux ponctuels, renouvellement d'ordonnances) pour faire le point sur des mesures de prévention et d'éducation pertinentes*
- *Qu'il réalise régulièrement des consultations spécifiquement dédiées à la prévention et à l'éducation en fonction des besoins et de la demande du patient et des contraintes du médecin*
- *Qu'il soit en mesure de saisir les opportunités éducatives qui se présentent à lui au fil des consultations*

Indicateurs :

- Fait régulièrement le point sur l'état vaccinal des patients ; renseigne carnets de vaccination et dossier informatique du patient
- Fait le point régulièrement sur les facteurs individuels de risque des patients (chute et dénutrition chez la personne âgée, FRCV et prostate chez l'homme, frottis, mammographie et ostéoporose chez la femme)
- Adhère aux campagnes de dépistage organisé (cancer du sein et du colon)
- Hiérarchise dans son travail, soit une intervention brève, soit un temps dédié à l'éducation et la prévention, soit propose une consultation spécifique ultérieure et la planifie

Situations et contexte d'évaluation :

- supervisions directe et indirecte

Commence à accompagner le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur)

On s'attend à ce

- *Qu'il reconnaisse au patient une autonomie et une responsabilité dans la gestion de sa maladie et de sa santé,*
- *Qu'il ne se positionne pas (ou plus) de façon paternaliste vis-à-vis du patient et ne lui impose pas (ou plus) ce qu'il doit faire,*
- *Qu'il intègre que s'il est l'expert de la maladie, le patient est lui l'expert du vécu de celle-ci,*
- *Qu'il soit capable de collaborer à un programme d'éducation thérapeutique pour un patient atteint de maladie chronique, visant à modifier ses habitudes de vie (tabac, alcool, exercice physique, alimentation) et à le rendre plus autonome avec sa maladie,*

Indicateurs :

- Exprime les limites d'une position paternaliste et de la nécessité d'en changer
- Recherche et tient compte de façon routinière des besoins, des désirs du patient, de ses croyances et de ses représentations
- Dispose d'un annuaire personnel des ressources en éducation thérapeutique (lieux, personnes, activités) intégrant ce qui existe dans son secteur d'activité en libéral, dans les réseaux, dans les associations de patients, dans les hôpitaux, etc.

Situations et contexte d'évaluation :

- **Collabore avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient**

On s'attend à ce

- *Qu'il raisonne en termes de partage de compétences (où chaque catégorie de professionnels apporte sa contribution spécifique à l'éducation thérapeutique) plutôt qu'en termes de délégation de tâches (où le médecin se décharge de cette activité vers des professionnels paramédicaux)*

Indicateurs :

- Reconnaît l'expertise des collaborateurs qui interviennent comme personnes ressources dans la prévention et l'éducation du patient
- Connaît précisément le domaine de compétences de ces personnes ressources et sait précisément ce qu'il peut en attendre
- Exprime ses propres convictions aux autres intervenants (indicateur commun relation/communication)

Situations et contexte d'évaluation :

- **Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient**

On s'attend à ce

- *Qu'il soit capable d'argumenter pour convaincre un patient récalcitrant de réaliser un acte de prévention utile pour lui-même et pour la collectivité*
- *Qu'il soit capable d'argumenter pour convaincre un patient de renoncer à un acte de prévention inutile ou injustifié ou contraire à une éthique de justice (équité)*

Indicateurs :

- Soulève le dilemme éthique autour de l'équité et de la justice dans les soins de prévention (indicateur commun relation/communication)
- Refuse en l'argumentant une prescription inutile ou injustifiée à un patient

Situations et contexte d'évaluation :

-

Description du niveau EXPERT et commentaires associés

- Anime des séances collectives d'éducation thérapeutique,
- Recherche et développe dans sa pratique l'autonomie du patient et la considère comme une fonction pédagogique importante du médecin,
- Met en jeu facilement cette compétence dans sa pratique professionnelle,
- Adopte une démarche pédagogique structurée afin d'aider ses patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour suivre les traitements prescrits (planification en quatre étapes : diagnostic éducatif, programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage, séances individuelles ou collectives, évaluation des compétences acquises)
- Accepte l'évolution du partage de pouvoir et de responsabilité entre lui-même et le patient et que celui-ci définisse ses propres normes de santé et de prise en charge, même lorsque celles-ci l'exposent à un risque accru de souffrir de complications de sa maladie,
- S'engage dans un travail interprofessionnel en établissant une collaboration avec les autres professionnels de santé,
- Raisonne en termes de partage de compétences (où chaque catégorie de professionnels apporte sa contribution spécifique à l'éducation thérapeutique) plutôt qu'en termes de délégation de tâches (où le médecin se décharge de cette activité vers des professionnels paramédicaux)

ANNEXE 3 : Codage groupe novice

TEMPS T

T1 Manque de temps

Bn : Après c'est un problème de temps. C'est-à-dire que quand on fait une visite et qu'on essaie de lâcher quelques infos et règles hygiéno-diététiques, on ne peut pas non plus passer 3/4 d'heure

Bn : Mais quand il y a trop de consultation ça n'est pas évident de faire un peu de prévention à chaque fois non plus. Surtout les gros mois d'hiver

Cn : Et c'est une question de temps c'est vrai que des fois la durée d'hospitalisation.

T2 Prise en charge dans le temps

Cn : Finalement moi je pense que l'éducation elle se fait au long court, à tous les moments, à toute consultation je pense que l'éducation peut être faite.

An : qu'il y ait une formation en continu du patient, une éducation continue

T3 Temps opportun bon timing

Bn : Et puis peut être à chaque consultation même si c'est pour autre chose toujours un message de prévention qui laisse une porte ouverte pour que le patient se dise qu'il peut en parler,

T4 Répétition

An : et répéter les choses

T5 Stratégie de gestion du temps

Dn : C'est vrai que ça n'est pas toujours évident quand on est médecin généraliste car c'est vrai que ça prend du temps d'expliquer la contraception. C'est vrai que des fois la patiente, enfin je peux imaginer que la patiente en fin de consultation alors qu'elle vient pour autre chose et puis à la fin demande sa pilule. Parfois ça peut nécessiter une consultation que pour ça

Dn : Moi je trouve que le plus du médecin généraliste c'est qu'on voit le patient sur beaucoup moins de temps mais finalement sur beaucoup plus de temps, donc on peut s'assurer sur ce qui a ou non été compris

Dn : Et savoir étaler l'information car on sait qu'on ne voit pas le patient qu'une seule fois donc fixer des objectifs à certaines consultations et revoir à une autre consultation pour insister sur d'autres points. Prendre le temps pour chaque chose plutôt que de noyer l'information en disant tout en une fois

Bn : Toujours garder un petit temps dans la consultation pour rappeler certaines choses

Dn : Il faut aussi savoir quand une patiente vient par exemple pour une grippe, lui dire « au fait cette fois-ci on aurait du faire le frottis », quand on va se revoir la prochaine fois on en reparlera plus. Savoir prendre du temps pour allonger la consultation quand il y en a besoin mais savoir aussi reporter à une autre fois quand ce n'est pas urgent ou quand il y a du monde derrière sans forcément fermer la porte et dire là vous m'embêtez aujourd'hui, on verra ça plus tard.

Dn : Oui mais dans ces cas-là à la fin de la consultation lui dire que la prochaine fois on fera le frottis.

Bn : Mais toujours essayer de prévoir un petit temps pour discuter. A la fin de la consultation demander « si par rapport à ça vous avez des questions, » et reprendre s'il y a des points un peu obscurs.

CONTRAINTES FREINS OBSTACLES O

O1 Contexte aigu

Cn : C'est vrai que souvent on lance l'information le jour de la sortie quand on donne les papiers de sortie, on balance un peu l'information et finalement les patients ils savent qu'ils sortent et ils n'écoutent pas forcément à ce moment-là ce qu'on a vraiment à leur dire.

Cn : Il y a des patients qui viennent régulièrement et d'autres qui ne viennent que pour quelque chose de particulier. C'est différent selon les populations. Les patients qui ont un traitement chronique, c'est plus facile de faire une éducation et une prévention car on les revoit régulièrement. Que d'autres personnes qui viennent lorsqu'elles ont un problème bien particulier, c'est peut-être moins facile à ce moment-là de faire passer des informations.

O2 Système de santé

Bn : c'est vrai que la liberté en terme de prévention elle est assez limitée pour des impératifs un peu économiques

An : Je pense qu'après dans notre cabinet de généraliste on pourra demander tout ce qu'on veut mais après ici un bilan un peu trop important au niveau du coût, en fait on nous rappelle pas mal ça aussi, y'a tout un coût à l'hôpital et ils préfèrent cibler sur certaines choses, sur certaines problématiques aiguës.

O3 Manque de suivi

Bn : Par exemple un patient qui a pleins de grains de beauté on lui conseille d'aller voir un dermatologue mais après est-ce qu'il va vraiment le faire ?

O4 les contraintes organisationnelles hôpital

Bn : Bon après on peut le faire soit même aussi. Mais c'est vrai que lorsqu'on est dans un service où l'on nous demande de gérer le problème aigu et pas forcément tout faire et laisser au médecin généraliste le soin de faire la prévention globale on le fera un petit peu moins donc on aura tendance au moins sur ce terrain de stage là à perdre un peu de vue certaines règles de prévention.

Bn : Moi je trouve qu'en milieu hospitalier enfin CHU c'est souvent ciblé par rapport au service dans lequel on est par exemple en cardio ils font cardiovasculaire, on passe en infectieux ils pensent toujours aux vaccins, en rhumato c'est l'ostéoporose mais finalement il y a pas, même de ce que j'ai vu en tant qu'externe il y a jamais de prévention globale

Bn : Après c'est plutôt on traite le problème aigu et chaque service à sa prévention spécifique.

An : Mais en tant qu'interne on a du mal disons à reprendre toutes les connaissances qu'on a eu et à faire nous-même les dépistages parce qu'on suit les habitudes du service et il y a certaines choses qu'on va pas oser forcément demander

Bn : Oui ça ça sera fait plus tard c'est pas urgent ». Y'a des limitations par rapport à certaines choses. C'est pas moi qui gère le budget d'un service mais bon limite ok je dis rien.

Bn : Certaines préventions qui sont assez consensuelles normalement par exemple le pneumo 23 et c'est vrai que le vaccin pneumo 23 c'est un vaccin qui je trouve est très rarement fait et même des fois quand je l'ai fait dans le service « ah bon t'es sûr c'est pas utile » Bah si si il y a des recommandations. Et voilà en gros ça sera fait plus tard. Mais, par contre n'appelle pas le médecin traitant pour lui dire il va peut-être mal prendre le truc par ce que finalement tu n'as pas à lui dire ce qu'il faut faire. Donc finalement je ne sais pas si finalement il sera fait le pneumo 23.

Bn : Après peut-être qu'en premier semestre on a moins de poids mais je ne sais pas comment ça se passe après

pour les semestres un peu plus élevés. Mais en terme de liberté au niveau de la prescription examen de dépistage y'a un frein

POSTURE MEDECIN PM

PM1 Connaissances biomédicales

Bn : Donc après si ça (ce qu'on apprend pendant l'externat) reste en mémoire après en tant qu'interne on se dit tient ça peut être intéressant de refaire un petit bilan lipidique chez quelqu'un.

En : Je pense que c'est l'éducation la plus facile car on peut s'appuyer sur un cours, sur quelque chose d'assez carré

En : Après en terme de dépistage c'est plus une histoire de connaissance, c'est quelque chose auxquelles je ne pense pas ou ne sait pas dépister, moi je pense que c'est là dessus que je suis peut être le moins bon

An : Mais ce qu'on fera plus tard au cabinet en pratique quotidienne ça sera un mélange de tout ce qu'on aura appris pendant l'internat et il y a des choses que l'on va demander plus facilement que d'autres en fonction de ce qu'on aura appris aussi. Y'a peut être des choses auxquelles on ne pensera pas forcément et donc qu'on fera plus systématiquement. Je pense qu'il y a peu de MG qui arrivent à être parfait dans leur dépistage par rapport à certaines choses chez les patients.

Dn : Et parfois prendre le temps de dire, je vais me renseigner, on en reparlera çà une autre consultation. Car on ne peut pas savoir tout sur tout sur toutes les pathologies.

Bn : J'essaie de toujours revoir ce qu'on peut faire par rapport à ça, ce qui n'a pas été fait même si dans les services on ne peut pas avoir tous les examens complémentaires de dépistages et qu'on n'a pas le temps mais j'essaie quand même de faire attention à ça

Cn : Moi je fais assez finalement vitamine D et albumine préalbumine chez les personnes âgées pour voir s'il n'est pas carencé. Après y'a la diététicienne qui passe assez facilement dans le service pour mettre un peu au point des apports, des compléments protéinés. Et la vitamine D il y a tellement d'études qui montrent le bénéfice que ça peut apporter chez la personne âgée que je la fait vite.

Bn : Et après pour faire passer le message de prévention tout ce qui est règles hygiéno diététique et tout ça, ça peut se faire car on connaît à peu près tout ce qu'il faut éviter de manger et ce genre de choses

Cn : Nous on met pas mal de corticoïde. Corticoïde faut penser toujours dextro, donner du calcium pour l'ostéoporose. Ce sont des réflexes que je n'avais pas forcément lors des premières corticothérapies que j'ai prescrites. Ce sont des réflexes que l'on acquiert au fur et à mesure

Dn : intégrer son patient dans sa prise en charge.

PM2 Evaluer le niveau de compétence du patient

Cn : Moi je pense qu'il est là pour évaluer la compréhension du patient par rapport à ce qui a été dit.

Bn : Mais essayer d'évaluer la compréhension du patient en posant une question pour savoir ce qu'il sait

Bn : Pour l'instant ce n'est pas évident car comment faire passer l'information, comment s'assurer que la personne a vraiment bien compris.

Bn : parce que la forme orale c'est bien mais si la personne n'a pas compris et qu'elle n'ose pas le dire, comment on s'en aperçoit, est ce qu'il faut lui poser des questions après ? Souvent les patients qui sont constipés, je leur demande, « est ce que vous savez les règles de base pour éviter d'être constipé ? », donc ça permet de voir un peu déjà ce qu'elles savent et puis les idées reçues.

PM3 Moyens de faire passer l'information

Bn : Parce qu'on nous dit effectivement éducation donc faut faire passer les informations mais sous quelle forme

Bn : Je trouve qu'il devrait y avoir des supports papier ça serait beaucoup plus simple avec les aliments à éviter

Bn : Après avoir une information écrite en plus ça peut être pas mal ou même sur les effets secondaires des médicaments pour qu'il y ai une trace qui reste

Dn : L'information juste brute orale ne suffit pas pour certaines choses et que pour l'instant c'est en fonction de ce qu'on voit dans les services où on peut se dire ça c'est une bonne idée comme le power point ça c'est une bonne idée surtout la pilule ça passe surtout par le rappel, c'est de l'information finalement

An : Dans certains services il y a des groupes de parole. Par exemple en endocrino il y a des groupes de parole concernant tout ce qui est alimentation. C'était à thème et ils échangeaient entre eux, leurs connaissances la dessus avec quelqu'un pour rappeler, et je trouvais ça pas mal. Du coup ils osaient plus facilement parler ça n'était pas un face à face avec un médecin. Mais ça n'est pas possible de réaliser ça à chaque fois.

Bn : Je pense pas mais comment le faire mieux, une information écrite, donner des petites brochures, ça peut être pas mal aussi mais on n'a pas forcément tout sous la main, en tout cas à l'hôpital.

PM4 Obligation de moyens mais ne maîtrise pas tout

Bn : Le MG propose et le patient dispose en qq sorte. Parce que même si on lui rappelle de ne pas manger trop de sucre et trop de gras, s'il n'a pas envie de le faire il ne le fera pas et ça ne marchera pas. Si on lui conseil de faire du sport et qu'il n'en fait pas. De base c'est lui qui doit être actif car c'est lui qui fait le gros du travail

Bn : Une place au premier rang s'il l'accepte finalement. Si les patients ne sont pas prêts à recevoir l'information, ou des examens de dépistage, pas être prêts à être actif dans leur prise en charge, ne pas les forcer ne pas faire contre leur grès. Faut qu'ils soient au premier rang actifs mais uniquement s'ils le veulent.

PM5 Transfert de compétence vers le patient

En : on se préoccupe de ce qui va leur arriver une fois qui vont être chez eux et éviter qu'ils reviennent trop rapidement à l'hôpital et essayé de leur donner des informations pour qu'ils surveillent un peu les points sensibles de leur maladie.

Bn : Après dans le dépistage par rapport par exemple au mélanome on éduque le patient à observer sa peau quelque part c'est même lui des fois qui se dépiste lui-même un cancer de la peau mais c'est vrai que dans le dépistage y'a quand même l'intervention du médecin à un moment donné qui explique ne serais que je ne sais pas l'autopalpation mammaire pour les femmes ou la surveillance cutanée mais y'a peut être l'intervention du médecin par l'éducation qui explique en même temps les règles de dépistage du cancer de la peau ou cancer du sein. En fait c'est souvent les patients qui se dépistent eux même.

Dn : Moi je suis en gyneco donc c'est un peu particulier mais on a pas mal de grossesses sous pilule donc on a toute la prévention éducation à refaire. Car on se rend compte qu'il y a des personnes qui sont sous pilule mais qui n'ont jamais eu leur éducation de la pilule. En fait elles ont leur prescription de la pilule mais sans les explications en cas d'oubli, en cas de vomissements importants donc on a toute cette éducation là à refaire dans le service quand on leur remet leur pilule, pour leur réexpliquer la conduite à tenir en cas d'oubli pour éviter d'autres grossesses non désirées. Dans le service on se rend compte qu'il y en a pleins qui ont leur pilule mais elles ne savent pas spécialement quoi faire quand elles l'ont oublié finalement. On se rend qu'il y a pas mal de monde qui ne savait pas quoi faire dans ces cas là. On a appris à réexpliquer aux patientes en suite de couche pour éviter d'autres grossesses non désirées par la suite.

Fn : On joue un rôle d'éducation du patient vis-à-vis de sa chimio.

PM6 Travailler en équipe pluridisciplinaire

An : Et c'est lui qui va coordonner tous les examens de dépistage et tout ce qui est information au patient.

C'est le rôle de coordonner tout ce qui est fait dans les différents services à l'hôpital.

Dn : Et en même temps en tant que médecin généraliste, c'est important de savoir déléguer quand on se sent un peu dépassé. Par exemple un patient qui vient « on a découvert un cancer du poumon chez mon père est ce que ça peut m'arriver est ce héréditaire ? », ne pas balancer des informations brutes mais dire « écoutez je ne sais pas trop, faut se renseigner avec le pneumologue, je peux vous adresser à tel spécialiste qui sera peut être mieux vous répondre que moi ; sans forcément lâcher le patient mais un rôle d'écoute et de réassurance tout en sachant déléguer quand on se sent dépassé par certaines situations.

Fn : savoir faire le lien entre le patient et les spécialistes. A la fois quand on a dépisté quelque chose et qu'on veut que ça soit exploré plus profondément mais aussi savoir ce que le patient a compris de ce que le spécialiste lui a expliqué. Savoir ce qu'il a vu sur internet pour pouvoir aller réexpliquer. C'est un rôle de lien

En : Dans le domaine des maladies de rhumatologie par exemple, je fais systématiquement appel au rhumatologue qui passe dans le service, je ne pense pas à demander des examens comme des antigènes, j'ai un peu de mal à demander ça. J'ai besoin de conseils pour savoir ce à quoi je dois penser.

la convoquer pour le faire. Le patient doit se prendre en charge et venir aux rendez vous.

Bn : Il faut que le patient se sente responsable de sa santé et de sa prise en charge. Faut qu'il prenne ses responsabilités

En : il y a des patients que tu vas intéresser sur tel risque ou tel avantage qu'il aurait à suivre ce traitement... ça les aide à s'investir ils aiment bien contrôler.

PP2 Patient passif

En : si on laisse le patient passif, à lui dire vous allez faire tel et tel examen, sans lui expliquer la finalité ou sans le responsabiliser, il va suivre une ou deux fois et après il va arrêter.

PP3 Patient opposant

An : Et d'autres qui auront plus de mal à respecter les règles hygiéno diététiques qui faudra reprendre

En : Il y en a qui s'en fiche, qui ont leur maladie, qui vivent avec. Ca s'aggrave sans qu'il s'en rende compte. Tant pis. Tant qu'il n'y a pas de grosses complications, ils ne s'en occupent pas.

Bn : Surtout pour les maladies chroniques qui évoluent lentement ils se disent que ce n'est pas bien grave si je ne fait pas attention aujourd'hui je ferai plus attention demain.

Bn : Acteur mais pas consommateur. Pas de je veux avoir mon IRM parce que mon voisin l'a eu.

PP4 Etat de santé du patient

Cn : Et le médecin généraliste, c'est le seul médecin que les adolescents voient pendant cette période de leur vie. Ils vont rarement chez les spécialistes.

Cn : Et en même temps c'est plus facile de le faire rentrer là dedans quand il a déjà un pied dans la maladie. Dans le diabète il a déjà quelque chose et c'est pour éviter que ça s'aggrave. Alors que les PSA ou le frottis...tu n'as aucun signes...faut comprendre qu'ils n'ont pas envie. Et comment impliquer la jeune fille tous les 3 ans à faire son frottis. Il n'y a pas beaucoup d'argument pour l'intéresser.

Cn : En même temps en temps que patient ça peut faire peur aussi. Faut dépister ça car on peut vous trouver ça...Et bien ils peuvent répondre qu'ils n'ont pas envie de le faire.

Dn : Je pense aussi que ça peut être différent en médecine générale qu'à l'hôpital. C'est vrai qu'à l'hôpital ils viennent pour une cause bien précise donc ils ont peur par rapport à ça, donc ils arrivent des fois à écouter ce que l'on a à leur dire au moment de la sortie. Mais bon c'est

PM7 difficultés à ne pas faire d'ordonnance

POSTURE PATIENT

PPI Patient acteur compétent autonome

Dn : Surtout qu'on se rend compte maintenant qu'avec internet les patients arrivent avec des idées préconçues et il faut prendre le temps de remettre les choses en place, et ce n'est pas toujours évident.

An : Il y a des personnes qui vont être très prudentes par rapport à ce que l'on leur enseigne qui vont suivre le dépistage et vont être plus consciencieuse que d'autre

Dn : Il faut qu'il ait un rôle actif. Qu'il soit conscient qu'on ne fait pas ça pour l'embêter. Comme la mammographie, leur expliquer que ça n'est pas un examen agréable mais que c'est important pour elle. Qu'ils se disent qu'ils font pas ça parce que le médecin m'a dit mais parce que c'est un plus pour moi.

An : Et les patients peuvent être aussi demandeur d'examen car il y a pas mal de publicités sur tout ce qui est dépistage. Parfois ils viennent d'eux même demander des examens alors qu'ils n'ont pas encore l'âge du dépistage

Cn : Une patiente qui est en bonne santé et qui ne vient voir son médecin que pour les frottis, c'est à la patiente de prendre rendez vous et non pas au médecin de

vrai qu'au cabinet ça ne doit pas être toujours évident de les intéresser, de les amener à autre chose car ils viennent consulter pour quelque chose mais après essayé de les éduquer sur d'autres pathologies éventuelles qu'ils peuvent avoir c'est pas encore la même approche.

COMPETENCE RELATIONNELLE CR

CR1 S'adapter au patient

An : Il y a toujours une adaptation au patient aussi parce que chaque cas est différent.

Dn : Chaque prévention chaque dépistage c'est au cas par cas c'est toujours adapté au patient. Evaluer le rapport bénéfice risque.

Bn : il peut reformuler les choses, s'adapter au patient.

Bn : Pour l'ostéoporose par exemple il y a toujours pleins de médicaments, mais si on sait par avance qu'un patient ne va pas le prendre, parce qu'il y a des gens qui n'aiment pas les médicaments, est ce finalement si judicieux que ça de lui proposer tout un tas de médicaments. C'est plutôt le médecin traitant qui va pondérer les choses alors qu'à l'hôpital, on leur met ça sans demander leur avis

CR2 Comprendre la globalité du patient.

Bn : Parce qu'il le connaît mieux il va mieux faire passer certains messages, sous telle forme qui est plus adaptée qu'un médecin d'un service qui voit le patient une fois.

Bn : Et puis bien connaître le patient ce qui n'est pas toujours évident lorsqu'un médecin vient de s'installer, mais bien connaître le patient pour savoir un peu quelle information délivrer

Fn : Et même dans l'éducation il doit connaître le patient et c'est quasiment le seul, un pilier de l'éducation

CR3 Savoir négocié

Cn : C'est là qu'on a un vrai rôle de négociateur. L'intéresser, l'impliquer et si ça ne l'intéresse pas essayé de trouver autre chose, y aller par une voie détournée. Lui dire qu'on le fera la prochaine fois, le garder dans un coin de la tête

Bn : Je pense aussi qu'il y a des gens qui évitent de le dire, certains médecins... ??? Faut dire « oui ça va

marcher sur l'infection ça va être parfait, mais peut être une petite diarrhée mais minime. »

CR4 Motiver le patient

En : Il faut trouver des fois des moyens d'intéresser le patient à sa maladie.

Bn : Quelqu'un qui a des problèmes de rétine lui dire qu'à la longue le diabète peut entraîner des problèmes de rétine et lui faire perdre la vue.

Bn : L'argument pour le vaccin c'est si on vaccine tout le monde, l'impact de la maladie va diminuer et c'est important pour les autres. C'est une responsabilité collective qui peut jouer des fois. Ou le tabac pour la grossesse. Ca il faut juste le rappeler car tout le monde le sait. Peut être en rappeler à la responsabilité collective car individuellement il y a des gens qui s'en fiche de leur santé.

En : Essayé de concerner le patient car si on lui parle d'un risque qui lui paraît lointain qui arrive de temps en temps et pas tout le temps, il va écouter ce qu'on a à lui dire mais pas l'enregistrer comme s'il se sentait vraiment concerné. Il faut que ça soit quelque chose qui le touche.

En : Pour le diabète, une perte de poids. Pour quelqu'un qui est sensible à son image lui dire que ça serait bien qu'il perde du poids pour son diabète. Lui faire faire des graphiques, quelque fois il y a des patients pour les intéresser on leur fait faire des graphiques

CR5 Informer

Bn : après en terme d'éducation des fois quand on prescrit un médicament par exemple un antibiotique, prévenir le patient que c'est pas impossible qu'il y ai de la diarrhée, que c'est un effet classique, faut pas que ça le gêne de trop, voilà c'est connu. Les prévenir des effets indésirables

Dn : Dans les services y'a peut être des fois un défaut d'explication du traitement qui est mis en place.

An : Ou il faut toujours dire les effets positifs et négatifs aussi et ne pas cacher au patient les effets indésirables d'un médicament parce que sinon il risque d'avoir des problèmes après et puis pour l'observance aussi ça joue pour le traitement.

Bn : C'est expliquer l'enjeu du dépistage. Pour le frottis, c'est pour diagnostiquer un cancer du col qui peut être potentiellement grave. Les responsabiliser par rapport au risque de leur santé à venir. En les informant de l'intérêt du dépistage qu'est ce que ça recherche et qu'est ce que ça peut éliminer si on le refait régulièrement. Qu'est ce que ça peut empêcher. Par rapport au diabète cholestérol, qu'est ce que ça peut entraîner à la longue. Pour le cancer du poulmon on verra bientôt des images sur les paquets de tabac de personnes qui ont des morceaux de gorge en moins, mais déjà leur expliquer ce qu'ils encourent s'ils fument. Voire même leur parler statistique, il y a des personnes qui aiment bien connaître les chiffres, ça peut être utile.

Dn : Nous aussi au niveau de l'implant, il y a des femmes qui se font poser l'implant on leur explique pas qu'elles peuvent avoir des saignements pendant quelques mois et du coup au bout de quelques mois elles en peuvent plus des saignements qu'elles ont elles veulent se faire retirer leur implant alors que peut être si on leur avait expliqué que ça pouvait arriver qu'il faut attendre 3/4 mois de voir au fur et à mesure si ça diminue avant de l'enlever elles n'auraient pas cette réaction là, elles ne désireraient pas l'enlever au bout de 2 mois alors qu'en fait elles n'ont pas vraiment laissé le temps à la contraception de se mettre en place.

CR6 Qualité du médecin pour l'éducation

Dn : Etre à l'écoute de son patient

An : L'important est de créer une relation de confiance avec le patient

Cn : Un peu un rôle de négociateur.

Bn : une relation de confiance.

Cn : un rôle d'écoute et aussi un rôle pédagogue. Ne pas juger le patient qui a eu un rapport sexuel à risque en lui disant « c'est pas bien

Cn : Et il faut accepter de ne pas savoir répondre à toutes les questions des patients.

Fn : ca fait partie du rôle du MG aussi. D'être humble vis-à-vis de ses connaissances.

Bn : savoir communiquer

Cn : Le côté pédagogue

Bn : Ne pas avoir peur d'aborder certaines choses mais également connaître ses limites. Quand on ne sait pas ne pas donner une réponse pour faire semblant de savoir. Et cela ne dérange pas les patients finalement car des fois ce qu'ils reprochent au médecin c'est de ne pas accepter de ne pas savoir. Il accepte que l'on dise « ça n'est pas dans mes compétences, vous poserez la question au spécialiste qui vous suit »

En : La disponibilité. Savoir prendre un peu plus de temps quand il y a besoin

Fn : le MG a plus un rôle d'encadrement dans l'éducation

CR7 Accepter les croyances et les choix du patient

APPRENTISSAGE ACQUISITION AQ

AQ1 Modèle de rôle

En : Dans les services je trouve, nous quand on est externe ou bien en début d'internat les dialogues entre médecin et patient

c'est plus à l'hôpital que l'on apprend à savoir comment faire et qu'on voit comment les médecins font pour éduquer les malades.

Cn : médecin dépendant

En : Y'a le lieu où on fait le stage et il y a la personnalité aussi des médecins, l'orientation des équipes même des fois au sain d'un même service selon le médecin qui vient.

Fn : L'éducation c'est plus l'expérience qui nous montre déjà qui apprend un peu comment impliquer un patient dans la prévention de la pathologie qu'il peut avoir et tout ça mais c'est plus à l'hôpital que l'on apprend à savoir comment faire et qu'on voit comment les médecins font pour éduquer les malades

AQ2 : Terrain de stage

Cn : Mais de nouveau c'est stage dépendant

Bn : Depuis le début de l'internat, c'est fonction de comment c'est géré dans les services, par exemple est ce qu'ils attachent de l'importance à la prévention globale ou pas. Par exemple l'ostéoporose, est ce qu'il y a un médecin qui en prend compte à chaque fois ou pas. Donc après si on est dans un service où on gère que le problème aigu sans faire de la prévention globale et la laisser au médecin traitant on aura tendance à ne pas le faire également. Et vice versa. Par exemple on passe en rhumatologie, on va penser ostéoporose parce qu'ils y pensent tout le temps, en cardiologie on va penser facteur de risque cardio vasculaire donc ça dépend aussi du terrain de stage

Bn : Au cours des études de l'externat en fonction des stages qu'on fait

Fn : C'est médecin dépendant. C'est toujours selon les habitudes du médecin. C'est pour ça que ça dépend des services dans lesquels on tombe ça dépend de pleins de choses.

En : Je pense que l'on pioche un peu dans les habitudes de chaque service, ça dépend de notre parcours déjà en tant qu'externe parce que en tant qu'interne c'est un peu court mais oui si on est passé en cardio on a vu un peu les règles de prévention en cardio après on est passé en pneumo... On pioche dans tout ce qu'on a vu, on essaye de faire quelque chose de global mais selon le service où l'on est on ne peut pas tout appliquer.

En : Plus à l'hôpital je crois.

AQ3 Expérience personnelle

nous avec notre propre expérience de mettre en place ces choses là

Dn : et c'est vrai qu'on apprend ça maintenant, maintenant qu'on est interne je pense, ce n'est pas des choses qu'on apprend dans nos cours finalement.

qu'il y a des reflexes à avoir que j'ai pas forcément et que ça vient avec l'expérience.

Cn : moi je pense qu'il y a des reflexes que l'on acquiert au fur et à mesure.

Bn : C'est vrai qu'il faut adapter le discours et ça ce n'est pas de la théorie, on ne peut pas apprendre comment adapter son discours.. Je pense que c'est aussi avec l'expérience que l'on apprend à donner les informations qui parlent au patient, qui sont à sa portée. C'est pas facile d'avoir une explication toute faite.

Bn : Et c'est là que du coup on se rend compte avec l'expérience que c'est important de prévenir de certains effets indésirables surtout que là c'est clairement noté dans nos cours en plus.

Cn : En cours ça reste très théorique, On nous expose des choses mais finalement après c'est à nous avec notre propre expérience de mettre en place c'est choses là

En : Non je pense qu'il y a encore des lacunes mais que ça vient progressivement qu'il y a des reflexes à avoir que j'ai pas forcément et que ça vient avec l'expérience

AQ4 : Connaissances théoriques

Bn : Pour moi la prévention c'est plutôt à la limite relatif aux soins primaires c'est-à-dire avant que les maladies apparaissent donc plutôt prévention primaire, ensuite dépistage c'est plus avec des examens qui vont être pas forcément invasifs mais c'est plus qu'un discours plutôt que la prévention je vois plus ça par rapport à un discours genre faut pas fumer pas boire d'alcool de trop etc. Tandis que le dépistage c'est peut être un examen que l'on peut proposer comme l'hémocult

En : Moi je trouvais que éducation prévention c'était lié et que le dépistage c'était un peu à part. Pour moi l'éducation c'est le médecin qui va donner des informations au patient, expliquer un peu sa pathologie et ça va permettre qu'il détecte lui-même des problèmes, des dysfonctionnements et ça va jouer un rôle dans la prévention. Et le dépistage c'est plus pour moi un examen que va faire le médecin ou un test standardisé qui va permettre de détecter quelque chose en dehors de l'information qui est donnée par exemple...

An : Un travail de groupe avec un échange et puis une évolution jusqu'à une autonomisation par rapport à ce qu'on a voulu former enfin pour que les personnes concernées aient des connaissances au final.

Bn : L'éducation je pense que ça fait partie du dépistage et de la prévention enfin c'est un peu synonyme

Dn : La prévention c'est plutôt dans les soins primaires je pense enfin à toute étape de la vie finalement il y a des préventions qui peuvent avoir lieu, différentes populations et puis le dépistage c'est vrai que soit c'est le dépistage de masse soit c'est le dépistage en fonction de la personne, de ses antécédents familiaux, un dépistage plus particulier pour la personne ou de masse pour les pathologies qui sont détectées à partir d'un certain âge.

Bn : Le dépistage il a lieu à tous les niveaux de prévention et il doit s'associer à une éducation. Enfin ça c'est-ce que l'on nous apprend.

Cn : Et en même temps je trouve que la prévention et le dépistage vont être liés parce qu'on va essayer de dépister des choses je ne sais pas chez le nouveau né on va essayer de dépister en surveillant le poids l'évolution de la courbe ou au contraire un infléchissement pour prévenir justement plus tard les complications qui peuvent être en lien avec ça. Je pense un peu que tout est intriqué.

Bn : Finalement le dépistage il intervient plus dans le niveau de prévention primaire, secondaire, tertiaire et puis à chaque fois il faut toujours faire une éducation je pense par rapport à la prévention primaire, en prévention secondaire il faut aussi faire également une éducation qu'est-ce que tel examen qui va peut être invasif, théoriquement faut pas qu'il le

soit trop mais qu'est-ce qui peut apporter et rappeler les règles de base je pense par rapport à la prévention. Donc finalement c'est intriqué. Le dépistage il a lieu à tous les niveaux de prévention et il doit s'associer à une éducation. Enfin ça c'est-ce que l'on nous apprend.

AQ5 Ressources

Bn : Moi je dirais tout ce qui est dépistage où il y a vraiment des bases théorique, c'est de tel âge à tel âge etc., à la limite il faut se référer aux recommandations actuelles

Bn : En ce qui me concerne, les publicités les campagnes nationales par rapport à la prévention donc y'a pas que les cours de médecine mais un peu partout quoi. Et surtout les cours de médecines après pour la différence entre prévention primaire secondaire tertiaire. C'est quelque chose qui sont plutôt aux cours qu'on ne va pas vraiment voir à la télévision ou dans les journaux des choses comme ça.

REFLEXIVITE R

R1 Manque d'expérience et de formation

Dn : Mais c'est vrai que ce sont des choses qu'on apprend pas forcément dans nos études de façon très importante.

Cn : Je pense que c'est l'adaptation à la personne qu'on a du mal pour l'instant

Moi je pense que je n'ai pas assez de recul pour adapter suffisamment mon discours à la personne.

Cn : On a des connaissances pour l'instant qui sont assez brutes et on n'a pas assez d'expérience pour pouvoir tout faire passer.

Cn : Ça s'apprend aussi au fil du temps car certaines situations pour lesquelles on aurait du mal à répondre pour l'instant. On n'a pas forcément assez de recul. Et c'est avec le temps et l'expérience que ça viendra peut être. J'étais en consultation avec un autre médecin et je me suis dis heureusement que je ne suis pas toute seule, je me suis sentie un peu dépourvu par rapport à leur discours.

Dn : C'est vrai que plus tard on aura plus de facilité on aura moins de freins.

Bn : C'est justement là où il y a pas de consensus c'est plutôt relationnel. Et finalement on est peut être trop jeune pour avoir une bonne idée là-dessus

Cn : On aura peut être aussi plus de facilités en fin de cursus à prendre nos marques nous même par exemple pour le pneumo 23 quand tu seras Sieme ou 6ieme semestre tu ne te poses pas de question tu le fais et puis voila.

Cn : Et pour certaines populations ce n'est pas forcément évident. Moi je me suis retrouvé à une consultation avec des adolescents, et on n'en n'a pas forcément l'habitude et c'est pas évident.

R2 Compétence multifactorielle et centrale

An : je pense que c'est le pilier central de toutes les éducations des spécialistes qu'il aura vu et avec son éducation à lui

Et c'est un pilier central qui doit systématiquement poursuivre l'éducation

Bn : C'est lui que doit s'assurer que tout le dépistage qui est à moitié fait pour tel organe dans tel service, s'assurer que ça soit bien fait au final et que rien ne soit oublié,

Bn : C'est peu être logique mais après on se repose beaucoup sûr le médecin traitant qui doit gérer après la prévention. A l'hôpital c'est de l'aigu et la prévention c'est spécifique du médecin traitant.

An : C'est un interlocuteur plus proche pour le patient car il le connaît depuis des années donc il y a certaines choses qui peuvent être éclaircies avec le généraliste, alors que le patient n'a pas osé poser ses questions à un spécialiste et du coup il en parlera à son médecin.

Fn : C'est peut être lui qui peut le plus participer à l'éducation du patient parce que il le connaît depuis longtemps, il sait comment il fonctionne, il sait s'il va suivre les règles hygiéno diététiques ou pas. Il fait le lien entre les spécialistes et

en plus il est là pour savoir exactement si ce qu'on lui propose lui convient ou pas.

Bn : C'est le principal référent en matière de prévention éducation dépistage. Beaucoup plus que les médecins hospitaliers ou les spécialistes qui gèrent le problème aigu et la prévention dépistage mais de leur organe.

Cn : Et c'est lui qui est au centre de la prévention primaire. C'est un rôle central pour divulguer l'information et s'assurer qu'il a bien compris celle des spécialistes.

Bn : Moi je pense, que ça doit faire partie de l'activité importante du médecin généraliste, car si à chaque consultation il doit avoir un message en terme d'éducation, ça doit être une grosse partie de son boulot à mon sens, pour vraiment coordonner le tout et tout réexpliquer les choses, reformuler. Ça prends pas mal de temps mais ça fait partie de son job.

An : C'est un rôle majeur du MG. C'est le pilier dans la prise en charge du patient. C'est un rôle essentiel dans l'éducation et le dépistage.

Bn : Moi dans mon activité de tous les jours, je sais que ça concernera une grosse partie de mon travail donc j'essaie dans le dépistage de rassembler tout ce que j'avais eu en tant qu'externe, les facteurs de risques CV, les vaccins.

En : Et adapter ça au patient, parce que le médecin généraliste le connaît mieux...C'est plus un rôle de proximité, rassembler toutes les informations qui sont données, reformuler.

Dn : C'est le médecin généraliste qui va s'assurer de ce qu'il faut revoir au fur et à mesure selon ce que le patient à comprit, a acquis et tout ce qu'il faut revoir avec lui.

R3 Aperçu ponctuel

Bn : Par exemple quelqu'un qui a pleins de grains de beauté lui conseiller d'aller voir un dermatologue et en même temps jeter un coup d'œil un peu sur tout en lui disant de surveiller ça et d'aller voir un dermatologue assez régulièrement ou son généraliste en tout cas pour qu'il fasse attention. Après c'est vrai que peut être pas faire déshabiller le patient complètement mais regarder grosso modo s'il n'y a pas un naevus un peu bizarre. Et sinon quelqu'un qui semble un peu vasculaire peut être refaire un bilan lipidique, glycémie qui a peut être été faite y'a peut être pas très longtemps mais de là appeler le médecin traitant pour lui demander s'il a fait ça c'est un peu délicat aussi car ça fait un peu « excusez moi mais est ce que vous avez pensez à faire ça ? » Donc autant relancer le bilan et voir s'il n'y a pas un petit diabète sous jacent pas trop de cholestérol. Rappeler les règles hygiéno-diététique, ce qu'il ne faut pas manger. Après une diététicienne peut passer. Et demander toujours si les vaccins sont à jour. Je le fais assez souvent ça.

Bn : Je pense que c'est bien de s'habituer assez tôt à intégrer tout ça parce que si on ne l'a jamais fait, le jour où on devra le faire ça sera plus compliqué, car ce ne seront pas des automatismes alors que si on le fait avant, y penser en plus du problème aigu ça sera plus simple dans les activités de tous les jours d'avoir ces reflexes là.

Dn : J'essaie d'intégrer que plus tard je serai généraliste et que dans notre activité hospitalière, on ne peut pas mettre en œuvre ce que plus tard on pourra mettre en place dans notre activité mais par petites bribes essayé de petit à petit y arriver car ce n'est pas d'un seul coup qu'on y arrivera.

R4 Analyse de ses echecs

Cn : Il y a des informations que l'on pense faire passer et puis finalement on n'a pas été efficace pour faire

passer l'information car on n'a pas su se mettre au niveau de la personne.

Bn : Mais ce n'est pas possible donc du coup on lance l'information et on se dit c'est bon j'ai fait mon boulot, et au fond après en réfléchissant on se dit...

R5 Le but

An : Essayer d'autonomiser le patient

An : C'est aussi une prise de conscience des patients par rapport à leur santé en leur apportant des éléments de réponse à certains problèmes et puis c'est une réassurance aussi quelque part par rapport à leur santé à eux le fait de faire certains examens.

PROMOTEUR DE LA SANTE

Dn : Après je pense aussi qu'il faut faire attention à ne pas tomber dans l'excès et faire un PSA à tous les hommes qu'on rencontre à partir de l'âge de trente ans. C'est vrai qu'il y a des références médicales auprès desquels il faut essayer de s'accrocher

Bn : Là où il y a une base consensuel comme dépistage du cancer du sein à la limite on propose et après c'est toujours le patient qui décide au final

Cn : faut savoir poser des limites et réexpliquer l'intérêt du dépistage ou non aussi.

An : L'importance des medias. Ca peut entrainer des dialogues entre les gens. Il y a beaucoup de connaissances du patient vis-à-vis du dépistage par le biais des medias. Ca nous aide beaucoup. Car il y a plus d'images choc. Ca peut être fait d'une bonne manière)

ANNEXE 4 : Codage groupe intermédiaire

TEMPS

T

T1 Manque de temps

Fi : Et puis c'est quelque chose qui prend souvent du temps alors qu'en consultation de médecine générale on a en moyenne ¼ d'heure de consultation.

Gi : Si on pouvait avoir des consultations plus longues pour bien expliquer au patient.

Gi : On a pas mal de temps à discuter avant de commencer la consultation, à prendre connaissance du dossier déjà rien que ça, ça prend du temps et quand on a un rythme toutes les 15 minutes c'est un peu compliquer.

Gi : Maintenant en pratique c'est vrai que ça prend beaucoup de temps.

T2 Prise en charge dans le temps

Gi : Je pense que ça se fait au long court aussi.

Gi : Mais effectivement sur toutes les pathologies chroniques il faut les revoir régulièrement ça ne se fait pas en ¼ d'heure, il faut des heures et des heures pour bien expliquer

T3 Temps opportun

Gi : En, général il y a toujours un motif principal et en fonction de ce motif là si on arrive à placer un message de prévention ou pas

Fi : Moi en général pour la prévention primaire, je profite d'avoir un chiffre de tension élevé ou un dextro élevé pour leur parler de leur régime alimentaire ou de choses comme ça

Gi : C'est bien plus facile quand ils viennent nous voir justement pour avoir des conseils ou pour un truc précis sur lequel on va avoir de la prévention à faire. S'ils viennent pour un certificat de sport et puis on peut leur en toucher 2 mots sur la perte de poids, y'a toujours moyen de faire passer un petit mot. Une consultation pour une vaccination. Là on peut en profiter pour des messages de prévention. Le tabac. Je sais que j'essaie à chaque fois que je vois un patient fumeur. Ça se fait assez rapidement, voir un peu sa motivation. Après c'est très vaste.

Gi : C'est aussi la consultation typique de renouvellement d'ordonnance, on va prendre la tension et si la tension est élevée c'est l'occasion de parler du régime salé ou des choses comme ça, en passant sur la balance c'est l'occasion de dire il faudra peut être faire attention au poids, vous avez prit 2 kg en tant de temps c'est vraiment lors d'une consultation qui est limité dans le temps on se sert de quelque chose de concret qui est facile à percevoir pour le patient.

T4 Répétition

Fi : L'éducation c'est la répétition de tous ces conseils plusieurs fois. C'est savoir leur redire et ne pas s'abstenir de leur redire plusieurs fois

Gi : On répète, on répète.

Fi : Moi je pense qu'en prévention il est important de répéter les choses comme un peu un entretien motivationnel dans le cadre de l'arrêt du tabac et l'arrêt de l'alcool. Pour qu'au fur et à mesure ça rentre dans l'esprit du patient

Fi : Je pense que c'est important de le répéter régulièrement pour que ça rentre dans sa tête.

Fi : il faut répéter répéter.

Fi : C'est c'est facile quand on découvre au début. Après quand ils sont déjà dans un suivi c'est plutôt du rabâchage.

T5 Stratégie de gestion du temps

Gi : Peut être au départ les revoir souvent. C'est ce que j'ai vu en stage prat par exemple. On essaye de globaliser et de tout faire en même temps pour ma part en tout cas. Et après

on va donner des objectifs simples par consultation en fonction de la compréhension du patient. Une consultation juste pour les AVK, une consultation juste pour l'insuline par exemple. Dans l'éducation ça peut nous paraître très basique et c'est en fait nécessaire.

Fi : Après on apprend à en parler en examinant le patient en même temps ect, à organiser notre consultation pour ne pas se dire on n'a pas le temps on verra ça la prochaine fois. On organise notre consultation. Ou si ça nous paraît vraiment important revoir le patient pour remettre cela à plat.

Gi : Après tout dépend du message qu'on veut faire passer pendant la consultation. Par exemple si c'est sur une découverte de diabète et qu'on veut expliquer au patient ce qu'est le diabète comment il va se traiter il vaut mieux prévoir plusieurs consultations. Il vaut mieux le reconvoquer plusieurs fois dans le mois. Mais après sur une consultation d'1/4h, il y a toujours de la place pour glisser un petit mot sur l'arrêt du tabac ou la perte de poids.

Gi : ça dépend du temps qu'on a qu'on a reconvoquer le patient pour parler de quelque chose qui nous tracasse plus tard

Fi : comme en général je les reconvoque pour vérifier la tension à posteriori je sais ce que je leur ai dit et je peux en remettre une couche et en rajouter sur la deuxième consultation.

Fi : Donc j'ai préféré lui redonner un rendez vous à posteriori pareil pour bien reprendre les choses parce qu'avec tous les dépitages ...

Fi : Reconvoquer pour trouver du temps pour en rediscuter.

Fi : Moi j'en ai fait une avec un patient diabétique hypertendu qui a chaque fois dans ses antécédents avait une hypertension. Alors j'ai modifié le traitement. Je l'ai reconvoqué 15 jours après. Pour lui c'était pour contrôler la tension, vérifier que ça marche bien et en fait pendant la consultation j'insistais bien sur les facteurs de risque la prévention et l'importance du traitement.

Fi : Après on a un cadre à tenir des horaires à tenir donc rapidement trouver des objectifs précis à la consultation pour ne pas être dans le vague et donner un flot d'information trop important

CONTRAINTES FREINS OBSTACLES O

O1 Contexte aigu.

O2 Système de santé

O3 Manque de suivi

Gi : C'est pas facile de s'intégrer, on le voit pendant le stage prat ou en remplacement c'est pas forcément évident de s'intégrer dans la démarche d'éducation il faut connaître un minimum le mode de fonctionnement des médecins qu'on remplace. Il faut savoir où ils en sont. On a des petites difficultés là aussi.

Gi : En plus chez le praticien c'est pas forcément facile, ce ne sont pas des patients que l'on connaît.

Fi : Ça dépend depuis combien de temps il est ton patient. Si tu es remplaceur ou jeune installé, tu ne peux pas envoyer promener le patient mais si tu es là depuis 30 ans tu peux leur rentrer dedans sans soucis.

O4 Les contraintes organisationnelles

Gi : A L'hôpital c'est pas simple. Passer des messages de prévention...Ce n'est pas simple l'expérience qu'on a à l'hôpital. Mais c'est limité. ça appuie ce que fait le médecin généraliste derrière.

POSTURE MEDECIN PM

PM1 Connaissances biomédicales

Fi : Je suis beaucoup moins à l'aise sur la prévention du diabète parce que j'en ai quasiment pas fait et je ne suis pas très à l'aise avec le diabète en général, je ne suis pas passé en diabète, je ne suis pas à l'aise et j'en ai pas beaucoup vu en pratique. Là j'ai fait beaucoup d'infectieux, donc le renouvellement c'était pas pour moi

PM2 Evaluer le niveau de compétences

Gi : Ce qui est bien aussi c'est de poser des questions au patient pour savoir ce qu'ils savent sur ce qu'ils ont, ou ce qu'ils savent sur tel sujet. Ça fait gagner du temps

Gi : On peut vérifier s'ils ont bien compris aussi.

Fi : C'est vrai pour le diabète mais pour le cardiaque en général, c'est moins vrai. Le nombre de patients qui sortent de l'hôpital qui viennent de faire leur infarctus, qui arrivent chez le médecin traitant « alors qu'est ce qu'on vous a dit sur le régime » « ba rien ». Donc là on a tout à reprendre. Par contre en endoc ils font toute l'éducation et le régime.

PM3 Supports de l'information

PM4 Ne maîtrise pas tout

Gi : Moi vis-à-vis des patients globalement on a un rôle d'information et de prévention et de prise en charge au plus prêt des recommandations quand c'est possible. Après en pratique...

Gi : C'est toujours plus facile quand on sait exactement pourquoi ils ne veulent pas. On n'a pas beaucoup d'armes. Après on leur a expliqué l'intérêt de la prise en charge précoce et du dépistage pour la prise en charge précoce. S'ils ne veulent pas entendre ou ne veulent pas expliquer pourquoi ils ne veulent pas.

Gi : Nous on lui donne des outils et il écoute. Après c'est à lui de se prendre en charge on ne peut rien faire sans lui.

PM5 Transfert de compétence vers le patient

Gi : L'éducation par rapport à la conduite à tenir face à une rhinite simple chez un nourrisson par exemple. Ce n'est pas que l'éducation thérapeutique par rapport à une pathologie donnée. Ça peut être l'éducation d'une patientèle aussi. Par rapport au mode de consommation du médecin.

PM6 Coordonnateur

Gi : Adapter les objectifs et se faire aider, trouver des accroches avec la diététicienne avec un autre professionnel.

Gi : On peut évidemment s'aider de plusieurs acteurs. A force de répéter si on voit que le patient n'arrive pas vraiment à suivre les conseils qu'on lui donne on peut essayer de voir avec une deuxième personne comme le diététicien ou le cardiologue. Dans le cadre du diabète, le fait d'avoir plusieurs personnes qui disent le même conseil ça peut lui permettre d'adhérer un peu plus au traitement.

Fi : On a aussi un rôle de coordination auprès des spécialistes car le patient « quand est ce que je vais voir mon cardio quand est ce que je vais voir mon ophtalmo » ça passe vite un an et du coup on doit aussi avoir ce rôle là de suivi.

Gi : Ça dépend. Si tu reviens au diabète c'est quelque fois bon avec un patient avec qui tu n'arrive pas à t'en sortir de le renvoyer en diabète pendant 4 jours, pour que pendant 4 jours ils puissent rencontrer d'autres acteurs.

Fi : Je me posais la question par rapport aux croyances. Tout à l'heure je disais que ça marchait plus quand ça venait de l'extérieur (gouvernement, santé publique). Par exemple au niveau du diabète parfois quand ils ont vu un diabétologue ça introduit une tierce personne et c'est comme si il y a avait quelque chose au dessus. Un savoir ou une science. On crée un peu des croyances chez le patient. Quand ils reviennent de chez le spécialiste il y a plus de choses de dites.

Gi : En tant que médecin généraliste on n'est pas tout seul. Le tabac, on aura beau fait des consultations de tabaco, tant qu'on n'est pas aidé par les institutions, l'environnement au travail ou des choses comme ça on y arrivera pas.

Gi : Mais c'est aussi le côté » ils sont deux à me parler de la même chose de la même maladie des mêmes risques et en fait il doit avoir vraiment un truc. Ils intègrent plus facilement que lorsqu'on est le seul à parler de ça.

PM7 Difficultés à ne pas faire d'ordonnance

Gi : Mais autrement consulter juste pour des conseils ils ne sont pas toujours prêt à le faire. Ils aiment bien rentabiliser leur consultation. Ils aiment bien venir pour plusieurs choses

Gi : Je trouve ça assez difficile de les faire revenir juste pour un message de prévention. Souvent en consultation les gens viennent pour un motif et derrière ce motif il y a plusieurs autres motifs. C'est-à-dire qu'ils viennent pour un rhume banal mais en fait il y a aussi le renouvellement de l'ordonnance et une prise de sang

Gi : Moi ça m'est arrivé une fois car les gens en général, ils n'entendent pas bien car quand ils viennent chez le médecin faut sortir forcément avec un morceau de papier

POSTURE PATIENT

PPI Patient acteur autonome

Gi : Moi j'ai vu un patient qui venait uniquement pour une consultation de prévention. C'est assez étonnant. C'est rare. Souvent ils viennent pour un motif précis une demande un renouvellement mais là c'était quelqu'un qui n'avait rien de particulier et qui venait vraiment pour une consultation de prévention et qui l'a annoncé ainsi.

Gi : Il y a des patients qui comprennent très bien, à qui on peut tout expliquer et qui vont être autonome et d'autres avec qui il faut faire une médecine plus paternaliste.

Fi : C'est le premier acteur. Nous on est juste là pour l'accompagner. S'il attend passivement qu'on lui dise d'aller voir le cardiologue ou l'endocrinologue. Ça ne marchera pas.

Gi : L'autonomie. C'est lui qui est malade c'est lui qui se soigne. Nous on est là pour l'aider pour l'orienter le conseiller. Après c'est lui qui a toutes les cartes en mains pour se prendre en charge au mieux et il en fait un peu ce qu'il veut.

Gi : C'est trop beau un patient qui fait tout comme il faut. Mais c'est très rare. Y'en qui sont assez obsessionnel qui font tout comme il faut mais y'en a quand même pas beaucoup et c'est pas ça qui pose le plus de problème

Gi : Ça dépend des patients. Y'a des patients, une femme on va réussir à placer très facilement parce qu'elle a l'habitude tous les éléments de dépistage des cancers ou des trucs comme ça on va pouvoir faire le point en une minute parce qu'ils ont l'habitude ils sont éduqué.

PP2 Patient passif

Gi : Il y a des gens qui ne comprennent rien à rien souvent chez les diabétique de type 2 qui sont souvent de très basse classe sociale et des gens pour qui faut les prendre en charge nous même et il n'y a pas de place pour l'autonomie et ils attendent du médecin qu'on leur donne des directives et qu'on leur fasse comprendre que les résultats ne sont pas bon car ils viennent nous voir avec leur taux de glycémie comme avec leur bulletin de note. Donc si ça marche faut le faire.

Gi : Il y a des patients à qui il na faut pas laisser le choix.

PP3 Patient opposant

Gi : L'autre souci c'est que le diabète c'est pas le cancer. Les patients ont clairement en tête que tu finis avec des orthèses en moins mais tu en meurs pas, la plupart ont cette idée là en tête. Alors que pour le cancer ils ont cette représentation du cancer qui tue systématiquement qu'ils vont se bouger alors que pour le diabète ils ne sont pas malades.

Gi : Et quelqu'un qui refuse tout en bloc c'est pas un moyen pour nous de se décharger de toute responsabilité. Est-ce qu'on n'a pas un devoir de lui rentrer dedans.

Gi : Mais toi tu as des armes derrière. Tu as fais 10 ans d'étude pour essayé de leur expliquer. Il faut qu'ils se basent

sur un truc. Il y a pas mal de patients qui veulent t'apprendre la médecine.

Ce que je voulais dire tout à l'heure c'est que le patient ne peut pas arriver en disant non ce que vous me proposer ça ne sert à rien. Sur quoi ils se basent.

PP4 Etat de santé du patient

Fi : Faut rester le plus neutre possible, ne pas dire voilà c'est important sinon vous allez mourir, des choses auxquelles il ne pense pas forcément à cet âge là, mais qui vont cheminer dans son esprit et plus tard il viendra nous voir en nous disant « au fait vous m'avez dit tel jour, qu'il fallait arrêté de fumer...j'ai un ami qui n'a pas arrêté de fumer et qui a eu un accident ... ».

Fi : C'est d'autant plus difficile de soigner les gens quand ce sont des maladies qu'ils ne ressentent pas comme le diabète ou l'HTA. Ils n'ont pas de symptômes donc c'est difficile de prendre un traitement

Gi : La tension est élevé qu'est ce que c'est qui peut lui amener des questions. Il sera peut être un peu plus réceptif aux conseils qu'on peut lui donner.

COMPETENCE RELATIONNELLE CR

CR1 S'Adapter au patient

Gi : Et on essaye de s'intégrer dans son environnement.

Fi : Il faut aussi fixer des objectifs qui soient à leur hauteur car il y a certains patients qui ne voudront pas entendre certains objectifs donc ça ne sert à rien de viser trop haut, on sait qu'ils ne les écouteront pas. Il faut des objectifs un peu plus bas par rapport à leur maladie ou par rapport à l'éducation générale. Mais il faut au moins que ça, ça soit observé.

Gi : Après on oriente en fonction de lui son désir réel de prise en charge,

Gi : Après les recommandations ça s'applique avec le patient. Y'a des patient où c'est super compliqué qu'on ne voit pas pendant 3 ans, on va être plus vigilant sur la néphropathie ou des choses comme ça parce qu'il n'est pas suivi. C'est compliqué faut adapter la prise en charge, trouvé un deal avec lui. Adapter la prise en charge.

Savoir adapter son discours aux capacités de compréhension.

S'intégrer dans l'environnement du patient.

Fi : Peut être que sur certain ça marche. Peut être que certains ont besoin d'être bousculé.

Gi : Et puis l'éducation dans le sens gagner en autonomie au maximum en fonction de la compréhension du patient, sur ce qu'il ressent lui, en fonction de son environnement.

CR2 comprendre le patient

Gi : Il faut savoir s'ils sont ouverts à recevoir les informations. Sinon ça ne sert pas à grand-chose.

Fi : Il faut peut être essayé de savoir pourquoi. Peut être que ça cache quelque chose ? Peut être qu'il y a une peur derrière. Cancer du sein peut être parce que sa sœur est décédée d'un cancer du sein et elle est terrifiée elle aussi d'avoir un cancer du sein. Faut essayer de creuser sur le psychologique de la personne. Quelles sont ses croyances pourquoi elle n'a pas envie de sa mammographie. Peut être qu'elle n'a rien et qu'elle n'a juste pas envie de le faire mais il y a souvent quelque chose et le fait de savoir ça permet de la rassurer par rapport à ça. Peut être que pour la première consultation ça ne la rassurera pas mais en répétant...

Gi : Je pense qu'on peut en tenir compte aussi, quand le patient y croit ça peut avoir un effet placebo. Leur dire que d'un point de vue scientifique je ne pense pas qu'il y ait de l'efficacité mais si vraiment si vous y croyez vous pouvez essayer et vous rendre compte par vous-même. Si ça marche le patient sera content il sera dans un schéma positif, il se dira super ça a marché. Ca sera peut être l'effet placebo ou l'évolution naturelle de la maladie. Si ça ne marche pas après on lui a dit « essayez »

mais que d'un point de vue scientifique on lui a déjà dit qu'il n'y avait pas de preuve que ça apporte quoi que se soit. Et ça peut être une solution. On peut gagner les 20% de part de soins d'effet placebo. Ca fait une chance sur 5 pour essayer de guérir en tenant compte de leur croyance envers la médecine parallèle. ET puis ça fait voir qu'on est ouvert d'esprit, donc c'est que du positif.

Gi : Et si malgré tout ça on n'arrive pas à le centrer sur les facteurs de risque faut essayer de voir pourquoi ça n'évolue pas et comment ça pourrai évoluer

CR3 Savoir negocier

Gi : Il faut déjà trouver un objectif en commun avec le patient. Faut pas avoir un objectif strict comme on peut avoir dans les recommandations, il faut déjà avoir un objectif qu'on puisse atteindre, ça lui donnera l'impression de s'engager, d'avoir une réussite. Après on pourra passer dans un second temps à un objectif un peu plus important. Et se rapprocher progressivement vers l'objectif théorique, comme on peut retrouver dans les recommandations.

Après on peut faire un compromis avec le patient, on peut lui prescrire tout en lui expliquant que ça ne sert à rien. Il va être content. D'un côté il a reçu le message comme quoi on le prescrivait mais que ça ne servait à rien, mais faut pas non plus être trop braqué sur l'opposition, car soit le patient ne revient pas ou on perd complètement le lien.

Il y a aussi moyen de jouer sur les durées d'ordonnance. Quand le patient n'est pas d'accord et qu'on a tenté de lui expliquer on peut dire que « pour votre renouvellement cette fois ça ne sera que sur 1 mois parce que j'ai quand même envie de vous revoir. »

CR4 Motiver

Fi : Trouver des points de motivations. Quelque chose qui pourrait motiver le patient. Soit en expliquant les risques ou alors perdre du poids par exemple.

CR5 Informer

Fi : C'est surtout pour des maladies chroniques, le diabète par exemple. L'éducation du traitement pour favoriser l'observance, la prise des antidiabétiques oraux par exemple dans quelles conditions ne pas les prendre. Sinon au niveau de l'explication des règles hygiéno-diététiques, principalement le régime, l'exercice.

Gi : C'est aussi expliquer ce qu'est la maladie parce que en général ils ne ressentent rien ils ne se sentent pas du tout malade. Leur expliquer les risques.

Gi : Il y en a aussi qui sont prêt à écouter le début mais pas la fin. Il faut bien aborder avec eux toute la suite s'il est négatif ou positif. Il y a des tas de gens chez qui le test est positif et qui n'ont pas du tout envie de faire une coloscopie.

Gi : Après s'ils viennent te voir c'est qu'ils veulent ton avis. C'est vrai que dans des cas litigieux comme le taux de PSA il vaut mieux que tu es un avis tranché et vaut mieux que tu leur donnes.

Fi : C'est expliquer au patient la façon de gérer un régime pour éviter certaines conséquences, soit son traitement, quand est ce qu'il faut le prendre à quelle heure qu'est ce qu'il faut faire ou ne faut pas faire ou faire en fonction de ce traitement. La surveillance qu'elle soit biologique ou médicale. Le rythme avec lequel on le revoit

Fi : C'est toutes les informations qu'on peut donner aux patients pour qu'ils puissent prendre en charge leur maladie

Gi : Dans l'éducation il y a aussi une certaine manière d'informer le patient sur certaines choses qu'il ne sait pas. Et à travers cette éducation favoriser l'observance et l'adhérence à un traitement donné notamment des conseils, des règles hygiéno-diététique qui peuvent lui servir dans le ralentissement d'une maladie chronique par exemple.

CR6 Qualités du medecin

Fi : Etre pédagogue aussi. Savoir expliquer ce qu'est la maladie en s'adaptant au niveau social du patient. Un peu de pédagogie aussi.

Gi : Je pense que c'est important de répéter sans être jugeant juste pour ouvrir une porte car quand le patient sera

prêt pour prendre en charge un facteur risque en particulier il sait qu'on en a déjà parlé qu'on n'est pas insistant, qu'on est pas jugeant sinon il risque de se braquer. Sinon soit il risque de ne pas du tout écouter notre conseil ou d'aller voir un autre médecin ou pas d'autre médecin du tout donc ça n'est pas la peine non plus de faire marche arrière.

On a aussi un rôle d'écoute, car le patient a souvent envie de parler de sa maladie.

CR7 Accepter les croyances du patient

Gi : Et il y a des gens aussi qu'on arrive pas à comprendre parce qu'on a un esprit trop scientifique. Même si on essaye d'avoir une ouverture d'esprit ça reste difficile

C'est frustrant mais ça ne sert à rien de s'énerver s'ils n'acceptent pas. On est là pour l'accompagner. Je suis persuadé que de se braquer de s'énerver en disant que j'ai fait 10 ans d'étude je suis meilleur que vous ça ne sert à rien.

Tu as le droit de dire que tu n'es pas d'accord mais il ne faut pas se braquer.

pour le cholestérol et finalement leur dire de revenir « juste » pour un message de prévention....

Moi ça m'est arrivé une fois car les gens en général, ils n'entendent pas bien car quand ils viennent chez le médecin faut sortir forcément avec un morceau de papier.

REFLEXIVITE R

R1 Manque d'expérience et de formation

Fi : C'est difficile car c'est quelque chose au départ qu'on ne connaît pas donc forcément ça fait peur donc on ne sait pas comment présenter les choses.

R2 Place centrale

Fi : alors que pour le diabète tout le dépistage passe par nous et c'est peut être plus difficile pour le patient à entendre

Fi : Et que le dépistage du cancer vient aussi de l'extérieur et pas que du médecin alors que pour le diabète si.

Fi : Et en tant que médecin on a cette relation de confiance donc ils ont tendance à plus nous écouter..., le médecin généraliste, ils ont tendance à plus nous écouter et des fois il lui arrive de venir pour confirmer ce qu'a dit le spécialiste

Fi : Nous le généraliste ils osent nous interrompre s'ils comprennent pas alors qu'ils n'osent pas avec le spécialiste parce qu'il n'y a pas cette connaissance du médecin.

Gi : Les spécialistes hospitaliers peuvent aussi paraître autoritaire pour les patients et comme ils ne sont pas derrière pour assurer le suivi. Ils vont peut être le revoir pas longtemps après l'infarctus mais après c'est 2 fois par an. Le cardiologue ne sera pas là pour vérifier s'il a arrêté de fumer. Le médecin traitant il sera là pour le renouvellement ou pour les pathologies diverses. Il sera toujours là pour écouter et demander vous en êtes ou vis-à-vis de l'arrêt du tabac. Pour faire des piqûres de rappel pour lui dire qu'il faut bien arrêter qu'il ne faut pas reprendre. Toujours le côté ouverture pour en parler lui proposer des consultations ou des traitements éventuellement s'il a besoin

R3 Aperçu ponctuel

R4 Analyse de ses échecs

Gi : Mais tu apprends des patients aussi. Ça marche, ça ça ne marche pas. Au fur et à mesure tu te rends compte des choses que tu fais. La façon dont tu fais passer les choses

Fi : Et c'est justement en adressant qu'on apprendra effectivement « ah oui ce patient il ne fallait peut être pas que je l'adresse ». Ça fait partie de notre apprentissage aussi.

R5 Le But

Gi : C'est comme tu disais tout à l'heure c'est pour faire en sorte que le patient soit autonome

Gi : L'idée étant à chaque fois de leur faire prendre conscience de l'intérêt des conduites à tenir. Et des risques de ce

qu'ils encourent s'ils ne tiennent pas compte de ce qu'on leur dit.

Fi : Une recherche d'autonomie du patient. D'augmenter l'autonomie du patient par rapport au médecin.

APPRENTISSAGE ACQUISITION AQ

AQ1 Modèle de rôle

Fi : Essentiellement en voyant dans les duos et en observation. Surtout pendant le stage chez le praticien. On a appris la théorie mais on apprend vraiment à adapter cette théorie pendant ce stage.

Fi : En ce moment on a notre prat en cas de besoin

Gi : Et puis j'ai fait 6 mois de diabète, j'étais pourtant avec un chef qui était très sympa très diplomate. Et il me disait « tu vas apprendre qu'avec certains patients tu ne peux pas être diplomate ». Et ça peut leur faire réagir Mais il faut s'adapter au patient.

AQ2 Terrain de Stage

AQ3 Expérience personnelle

Fi : Au fur à mesure du stage praticien on arrive de plus en plus à faire de la prévention parce qu'on prend l'habitude, ça devient plus automatique

AQ4 Connaissances théoriques

Gi : La prévention c'est l'acte consistant à faire qu'un sujet non malade ne le devienne pas.

Gi : Il y a plusieurs actes de prévention. Prévention primaire secondaire et tertiaire. Ce que tu as dit c'est plus la prévention primaire. La prévention secondaire ce sont les actes à faire pour éviter qu'une maladie une fois installée s'aggrave.

Gi : Ce sont des conseils sur des conduites pour éviter d'être malade ou d'aggraver une maladie déjà existante.

Gi : On peut voir aussi l'éducation comme l'éducation par rapport au recours au médecin, quand est ce qu'on a recours au médecin

AQ5 Les ressources

Gi : On suit les recommandations.

PROMOTEUR de la SANTE

Fi : Le côté facile c'est tout ce qui est vaccin et dépistage de masse organisé. C'est quelque chose que l'on fait de plus en plus souvent.

Gi : Moi je trouve que le dépistage c'est pas toujours très facile car ils sont remis en question souvent

Fi : le dépistage de masse c'est plus facile car ça ne vient pas de nous, c'est quelque chose de santé publique, avec la publicité extérieur, ça n'est pas que le médecin

Gi : C'est l'aide qu'on a par rapport à ça. Le courrier qu'on reçoit à la maison ça appuie l'importance de cette prise en charge

ANNEXE 5 : Codage du groupe compétent

TEMPS T

T1 Manque de temps

Dc : Même ça domage quelques fois en consultation où tu as un ¼ d'heure

Dc : Mais il faut avoir le temps, faut avoir le créneau

Fc : Le problème du diabétique c'est si tu as déjà pensé à demander s'il avait bien vu le cardio récemment, l'ophtalmo et le podologue, après le temps de l'examiner...on n'a pas le temps

Cc : Lors d'un renouvellement d'ordonnance, on n'a pas beaucoup de temps. Parce que c'est vrai entre tout vérifier

Dc : Moi je trouve que des fois on est pressé comme en période d'épidémie, et qu'on voit la 15ième gastro de la journée, on leur donne beaucoup d'info orale sans prendre le temps et à la fin le parent il est submergé.

T2 Prise en charge dans le temps

Ec : Faut être patient car pour nous en tant que médecin ça prend du temps

Gc : L'intérêt en MG c'est qu'on les revoit régulièrement. Donc c'est de la prévention plus efficace qu'une consultation diabète ponctuelle sans suivi

Ac : Il faut essayer de trouver le truc qui bloque. Mais ce n'est pas facile parce que ça demande du temps aussi

Dc : Et justement le fait d'être MG ça permet de voir les gens régulièrement et des fois ça va mettre un an deux ans à se débloquer mais c'est petit à petit.

Dc : C'est long. C'est le fait de connaître et revoir les patients. Et au cours de route il est venu avec ses enfants ou autre.

Bc : C'est le problème de la relation de l'adolescent avec les parents. C'est l'avantage des généralistes, c'est qu'il connaît bien les familles.

T3 Temps opportun bon timing

Dc : La consultation d'ado qui vient pour un certificat de sport, c'est le moment où on fait de la prévention

Bc : Prévention, on, va aller chercher les choses, on ne va pas attendre que le patient se plaigne de quelque chose ou on va profiter d'une perche quelque fois

T4 Répétition

Fc : Quand on sait qu'on va les revoir on sait que tout ce qu'on va dire en 2/3 mots et bien la prochaine fois il les aura déjà entendu et on pourra rebondir dessus.

Fc : Quand tu leur dis à chaque consultation quand même....Moi à chaque patient fumeur à chaque consultation, je leur demande, alors quand est ce que vous arrêtez ? Si vous voulez arrêter vous prenez une consultation que pour ça, et on en discute et on commence.

Fc : On devrait avoir une fenêtre qui s'allume à chaque fois au moment où tu valides la carte vitale : avez-vous parlé du tabac ?

T5 Stratégie de gestion du temps

Cc : Un peu comme mettre des étiquettes à chaque consultation ne pas oublier. pour la prochaine consultation

Bc : Même dans une consultation banale on va aller au delà et aller chercher des choses, certains éléments

Cc : Ça prend du temps quand on le fait mais au final, c'est pour en gagner après pour pas que les gens ne viennent pour rien. Pour qu'ils essaient de gérer au mieux

Fc : Logiquement tu dois pouvoir faire une consultation par an où tu ne fais pas de renouvellement. C'est ce qu'ils appellent la consultation approfondie, pour les ALD . Et c'est en plus.

Ec : On prévoit lorsqu'on a un problème avec un enfant. On prévoit de le voir avec les 2 parents la prochaine fois. Ou on dit à la personne âgée la prochaine fois vous venez avec votre fils et on discute de tel ou tel problème. Ce sont des choses qu'on a la possibilité de faire.

Cc : J'essaye de me concentrer sur les sujets urgents, et au rendez vous d'après, par exemple un mois plus tard, j'essaye de rapprocher on reparle d'autres chose.

Ec : Tu te laisse des messages pour ne pas oublier la prochaine fois sur l'ordinateur.

Cc : Et il faudrait qu'il vienne sans renouvellement et juste pour parler de la maladie. Mais c'est vraiment pas facile à mettre en place

Dc : C'est pour ça que des consultations orientée prévention éducation tu n'es pas dans la même demande. Ils viennent pour des info sur leur maladie, discuter, leur expliquer. Ils sont peut être plus ouvert que s'ils viennent pour l'ordonnance.

CONTRAINTES FREINS OBSTACLES O

O1 Contexte aigu

Dc : On doit gérer une pathologie aiguë, et tu as pleins de choses derrière que tu devrais traiter et tu vois aussi que le patient il est venu pour un problème aigu, et il n'a pas de traitement donc il ne revient pas de façon régulière.

O2: Système de santé

Il y a aussi le problème de la tarification à l'acte

Fc : Dans les compétences aussi il faut être riche pour pouvoir faire de la prévention. Si tu as des crédits sur le dos tu ne peux pas faire de la prévention. Parce que si tu te dis aujourd'hui je ne vois que 10 patients...

Dc : qu'il y a la compétence temps et argent

Dc : Il y a aussi le problème de la tarification à l'acte. Je trouve qu'en matière de prévention, si on avait la possibilité voir une fois la maman qui vient d'accoucher chez elle et de pouvoir discuter. Mais ça prend un temps fou. Donc on ne le fait pas.

Dc : Mais on pourrait au moins avoir des réunions pluridisciplinaires. Mais c'est impossible à mettre en place. Pour la prévention il faut être riche faut du temps des moyens des réseaux.

Ec : Ce qui est dommage il y a la consultation du médecin, diététique, podologue. Alors qu'on pourrait avoir des consultations qui sont regroupées en même temps. A l'étranger ça se fait où tout est au même endroit, le patient n'est pas baladé partout.

O3 Manque de suivi

Cc : C'est pas évident à faire en médecine générale car souvent le patient âgé il vient tout seul. Il ne vient pas avec la famille. Et c'est pas évident pour nous remplaçant car on ne connaît pas forcément la famille. Et je ne sais pas si on peut parler du patient au fils par exemple sans qu'il soit là.

O4 Contraintes organisationnelles

Fc : qu'on est content de pouvoir commencé à faire quand on arrive en cabinet justement. Parce qu'à l'hôpital on n'en fait pas du tout

Ec : Les logiciels aident beaucoup je trouve. Moi j'ai 2 cabinets ou c'est que papier. Je passe mon temps à chercher.

Ec : Il y a des choses nouvelles qui se créent et on n'est pas forcément au courant. Des nouveaux spécialistes qui s'installent à côté de chez nous. On devrait être plus informé que ça et plus intégré à un système de soins. On se sent vraiment seul. Surtout lorsqu'on remplace et qu'on ne connaît pas très bien ce qui se passe à côté.

POSTURE MEDECIN PM

PMI Connaissances biomédicales

Dc : On le fait aussi en fonction de ce qu'on sait faire On oriente nos interrogatoires, on oriente nos prises en charge. :

Cc : Et du coup on oriente aussi la prévention sur ce qu'on sait faire

Dc : Du coup on est meilleur sur certains sujets que d'autres.

Fc : On cible tous nos messages de prévention. Quand on passe chez les praticiens, on voit qu'il y en a qui font pas mal de boulot sur la diététique, d'autres c'est le tabac, ...et même vis-à-vis des questions qu'on pose pendant la consultation.

Dc : Il y a des compétences medico médicales qu'il faut avoir.

PM2: Evaluer le niveau de compétence du patient

Bc : Essayer de s'informer sur ce qu'il sait, sur les connaissances qu'il a

Cc : Même si le patient ne vient pas pour ça, c'est à nous de le rechercher pour voir si ça a déjà été abordé.

PM3 Moyens de faire passer l'information

Ec : Mais des fiches d'information je trouve que l'on n'en distribue pas assez... Même dans des salles de consultations il y a des médecins qui en ont

Cc : Peut être qu'à la fin au lieu de donner une ordonnance on peut donner une fiche conseil. Ils repartent quand même avec quelque chose.

Ec : On a quand même une certaine proximité. Après souvent on ne suit pas une seule personne de la famille, on voit d'autres membres. Il y a souvent toute la famille qui vient au cabinet donc c'est plus facile pour nous d'être un interlocuteur privilégié par rapport à l'entourage.

Fc : C'est vrai qu'avec l'informatique les patients vont être mieux suivis. On a tout sous les yeux.

Bc : Pour les conseils diététiques, c'est ce que je fais je prends des feuilles toutes prêtes. Je la revois avec le patient et puis je raye des trucs et j'insiste sur d'autres. Comme ça ils ressortent avec une feuille personnalisée. Etablir avec le patient un arbre stratégique dans la prise en charge te revoir à chaque fois là où il en est.

PM4 Ne maîtrise pas tout

Ec : Après ton patient il est adulte donc il l'accepte ou il le refuse. S'il a toutes ses fonctions intellectuelles il est normal que tu le laisse gérer sa maladie seul aussi.

Dc : C'est ça aussi qui est assez frustrant en éducation thérapeutique et prévention c'est que tu as envie de

faire pleins de choses et tu n'as personne en face. Parce que si le patient ne veut pas, tu ne vas pas lui faire ses courses

Ec : Autant en prévention éducation, les patients ont une responsabilité aussi importante que la notre et du coup c'est plus équilibré comme discours, car c'est important qu'ils comprennent ce que l'on dit. Il y a un savoir qui passe et après la personne elle en fait un peu ce qu'elle veut, elle est libre d'entendre ou pas entendre. Du coup en termes de responsabilité c'est équilibré. On a moins de pouvoir en prévention qu'en thérapeutique.

Cc : On n'est pas juste des supermarchés, juste des distributeurs de médicaments. Nous on a un message à faire passer.

Cc : Moi j'explique les risques possibles par exemple pour l'hyper tension. Expliquer les risques de ne pas avoir un suivi régulier...: Mais je leur dit après qu'ils sont responsables de leur santé

Ec : Si tu n'as pas prescrit le bon médicament ça te retombe dessus. Si le patient ne fais pas ce que tu dis là tu peux dire « je vous avais prévenu ». Ils ont un rôle à jouer. C'est plus actif pour eux

PM5 Transfert de compétence vers le patient

Fc : Quand on arrive devant un patient on se dit « tient je vais peut être pouvoir parler de ça, faire ça... » On a l'impression d'être utile. Quand on renouvelle une ordonnance c'est pas passionnant mais quand on a l'impression de pouvoir faire passer un message.

Ac : Comment ils doivent soigner leur enfant quand il est malade, quel vaccin il faut faire, expliquer pourquoi

Ac : Education c'est par exemple pour les parents leur expliquer la conduite à tenir si leur enfant a de la fièvre. Si c'est un premier enfant essayé de les aider à l'apprentissage de la parentalité. Comment ils doivent soigner leur enfant quand il est malade, quel vaccin il faut faire, expliquer pourquoi

Ec : Mais c'est toute sa patientele qu'il fait « éduquer ». Surtout dans les pathologies infectieuses ça prend beaucoup de temps c'est énorme.

PM6 Travailler en équipe pluridisciplinaire

Cc : Avoir un autre avis ça permet aussi d'organiser nos idées, notre prise en charge

Cc : Moi je pense que dans les maladies chroniques comme le diabète, il est plus intéressant d'envoyer les patients vers des réseaux

Ec : Moi je trouve qu'on ne peut pas faire de l'éducation seul. Que ça soit les personnes âgées ou les diabétiques, on ne peut pas être tout seul dans notre coin. On a souvent besoin d'une diététicienne, ou d'une équipe soignante qui va faire un soin d'hygiène à domicile. On a besoin de vrais réunions pluridisciplinaires où l'on s'assoie et l'on discute de ce qui peut être fait et de ce qu'on peut améliorer

Fc : Moi j'aime bien appeler un spécialiste devant le patient. Prendre le rendez vous devant le patient. Et en plus quand on appelle devant le patient on expose tout le problème, en terme médical devant le patient. Donc là il se rend compte, il entend tous les problèmes énoncé, et souvent il y a une prise de conscience à ce moment là. Et quand on raccroche on lui que le spécialiste est d'accord avec moi il pense qu'il y a vraiment besoin de faire cette chose là. Il y a un argument d'autorité en plus.

Ec : Tout ce qui est préventions éducation c'est beaucoup de travail en amont pour nous, de connaissance des réseaux, des structures locales. Comme savoir le labo où est ce qu'il peut aller et les horaires et comment ça marche, les horaires de la PMI...

Dc : en gériatrie c'est relativement facile à faire d'appeler les enfants. Ce qui ne veut pas forcément dire qu'il y aura une réponse derrière.

Ec : Des fois c'est peut être de passer par l'hôpital pour faire un check up orienter vers quelqu'un d'autre.

Dc : De toute façon si c'est de l'urgence c'est l'hôpital. Et si on se sent trop débordé sans être dans le cadre de l'urgence, le fait de l'envoyer quelqu'un d'autre un spécialiste

ça permet de soulager un point. Comme ça on peut se concentrer sur le reste.

Bc : Si avec un réseau on a des rendez vous plus facilement chez le spécialiste, lui ça lui facilite aussi les choses, ça lui fait une démarche en moins, ça peut le motiver. D'avoir un réseau c'est quand même plus facile pour le patient.

Ec : Je trouve qu'en prévention éducation c'est ça la compétence, d'être intégré à un système. On n'est pas bien formé la dessus. En maladie en traitement oui mais pas en prévention, alors que c'est ça qui est important.

Dc : D'où la connaissance des réseaux pour les lombalgiques chroniques...des réseaux de diabète

PM7 : difficultés à ne pas faire d'ordonnance

Cc : c'est le fait d'avoir une ordonnance systématique à faire à la fin de la consultation qui biaise un peu la prévention.

Ec : Et c'est dur de finir la consultation sans ordonnance

Fc : C'est aussi à cause du paiement à l'acte. Le faire payer 23 euros alors que tu n'as pas fais d'ordonnance c'est dur

POSTURE PATIENT PP

PP1 Patient acteur compétent autonome

Ac : Et ça dépend des gens car tous n'ont pas besoin d'une éducation. Il y en a qui comprennent tout de suite j'ai l'impression. Y'en a qui sont bien équilibré, et ça roule quoi

Dc : Il y a ceux à qui faut donner une feuille avec une liste de points à faire et ils vont le respecter à la lettre et ils vont suivre

Dc : Moi je trouve intéressant comme par exemple au CHU ils font des semaines d'éducation thérapeutique et c'est très intéressant mais ce n'est pas toi qui le fait. Mais on sent que le patients quand ils comprennent ça ils ont plus de connaissance, et nous on peut travailler derrière en adaptant, parce que c'est pleins de réunions où ils sont en petit nombre.

Dc : C'est presque plus facile quand on est sur la découverte d'une maladie chronique. De les éduquer car on vient en premier et ils sont dans la découverte de la maladie donc ils sont avides de savoir.

PP2 Patient passif

Fc : Il y a des patients qui ont besoins de se prendre un savon des fois. Ils ont besoin de ça.

PP3 Patient opposant

Dc : faire à l'opposé de ce que tu dis pour le principe.

PP4 Etat de santé du patient

Ec : Ce qui est difficile dans la prévention c'est l'absence de maladie. Donc faut pouvoir passer l'information que la maladie est possible

Gc : Au niveau de la gériatrie, il y a un manque de prévention et d'anticipation. Je pense aux démences. C'est l'impression que l'on veut pas voir le problème et on laisse les choses évoluer progressivement sans parler au conjoint du patient, aux enfants pour prévenir une situation aigüe qui amènerait aux urgences ou une catastrophe. Moi je trouve qu'il y a un travail car on n'y pense pas assez.

Ec : Ils attendent d'être malade avant d'arrêter de fumer ou de boire. C'est vraiment des les situations extrêmes. Les patients ont vraiment besoin d'être en face d'un événement important pour apprendre pour changer d'attitude. Moi j'ai remarqué ça. Cancer du poumon les gens ils arrêtent de fumer le jour où ils ont un cancer

Gc : Mais déjà si ils ont connaissance de leur problème et leur dire que ça va évoluer comme ça parce que ça

va évoluer comme ça, cette prise de conscience ça change beaucoup.

Dc : L'éducation c'est aussi de la prévention pour prévoir l'évolution des maladies.

COMPETENCE RELATIONNELLE CR

CR 1 s'adapter au patient

Ac : Ce qui est intéressant c'est qu'il faut s'adapter à ce que la personne est capable d'entendre. S'adapter à ce qu'elle a envie de faire en fonction du moment où elle en est dans sa prise de conscience de sa maladie

Ac : Après s'adapter aux risques que présente le patient

Ac : On se rend compte, qu'il faut négocier et s'adapter à ce que le patient il a envie de faire

Bc : C'est s'adapter au patient à chaque fois.

CR2 Comprendre la globalité du patient

Dc : on connaît les patients leur vécu, le suivi au long court

Bc : Est ce qu'il n'a pas des croyances qui fait qu'il ne croit pas au médicament ou à la prévention

Fc : il faut les interroger sur leurs croyances. Savoir que s'ils ont des schémas qui sont complètement incohérents par rapport à ce qu'on veut faire passer ça ne marchera pas du tout.

Dc : Le problème d'où en est le patient, ce qu'il entend, ce qu'il n'entend pas

Bc : Allez chercher le risque. Par exemple dans les consultations avec les adolescents, on va chercher les risques systématiques, stress tabac sommeil. Et finalement c'est en réunissant ces informations que l'on va s'adapter

Dc : Je pense que tu es quand même obligé au moins une fois de poser les risques, les conséquences de ce qu'ils font mais tu ne vas pas le rabâcher à chaque fois. Moi j'essaye de chercher ce qui bloque.

Dc : Moi je sais que j'utilise beaucoup ça : de quoi vous avez peur. Qu'est ce qui vous inquiète ? Qu'est ce que ça représente ?

Ac : Moi j'ai une diabétique qui fait n'importe quoi avec son diabète, elle ne s'est pas présenté à tous ses RdV, et quand je la voyais elle me disait, qu'elle s'en fichait. Et un jour je lui ai demandé ce qu'il se passait, pourquoi elle faisait n'importe quoi, et là elle m'a raconté qu'elle avait une liaison avec qqn et que ça ne se passait pas bien, et que son diabète n'était vraiment pas sa priorité. Et du coup tout ce que je lui disais elle s'en fichait complètement. Je lui ai proposé qu'on se voie pour parler de sa situation qui a l'air de lui poser souci, et sur cette consultation on a laissé le diabète complètement de côté. Mais peut être qu'à ce moment là c'est pas souçi et c'est pas le moment d'en parler.

CR 3 Savoir négocier

fc : On peut aussi réguler sur la durée du renouvellement je ne renouvelle que pour 3 mois. C'est un peu du chantage mais bon

Ec : C'est de la négociation. On n'est pas là pour dire aux gens vous ne faites pas bien les choses.

On peut aussi réguler sur la durée du renouvellement. Si on voit qu'il bloque sur un message et bien on lui dit que là on ne lui fait que pour 2 mois, ce qui permet de se revoir

Fc : C'est aussi leur montrer qu'ils ont le droit à leur traitement et que nous on est là pour donner les médicaments dont ils ont besoin pour leur santé mais de leur côté ils ont une responsabilité. C'est un peu donnant donnant

CR4 Motiver le Patient

Ec : On apporte un savoir et des fois ça leur suffit. En même temps ça les valorise de sortir avec une information nouvelle.

Fc : Et quand c'est toi qui a prit le rendez vous pour lui devant lui, s'il n'y va pas il a l'impression qu'il te met dans la panade alors que si c'est lui qui doit le prendre il ne va pas forcément y aller, si c'est toi qui l'a prit il a comme un devoir envers le médecin d'y aller

CR5 Informer

Bc : une information par le généraliste et puis c'est le généraliste qui finalement dit à quel moment clef il faut le faire et comment ça va se dérouler.

Ac : Ce qui est pas mal aussi c'est prévenir les gens qu'on va les envoyer voir un spécialiste?... Ca leur permet d'y penser d'ici la prochaine fois. Ils accepteront peut être plus que si on leur dit brutalement

Fc : elles veulent quand même l'accord de généraliste pour le vaccin.

Fc : En ce qui concerne la prévention ou l'éducation nous on doit donner un message.

CR6 Qualités du médecin pour l'éducation

Dc : On va être plus comme un guide. Essayé de l'aiguiller

Ec : Mais on a quand même un rôle d'éducateur

Bc : Et pour les convaincre c'est sur un discours de non compliance, c'est essayé de semer le doute petit à petit chez lui, pour lui permettre d'effectuer un cheminement personnel et c'est au fur et à mesure des consultations il y a des choses qui vont progresser. Parce que le message de faire peur, c'est pas faire peur justement c'est l'informer et essayé d'être rassurant, et de dire pourquoi il n'a pas lieu de s'inquiéter pour le moment mais de quand même prendre ça au sérieux.

Fc : Il faut leur dire qu'on comprend que c'est difficile. Ca ils aiment

Tous : De la patience, du temps, de l'écoute

Fc : Sinon pour la position du médecin, il faut surtout être très disponible. En médecine générale c'est ce qu'ils veulent

Dc : Faut bien connaître la population avec laquelle on travaille. Si tu travailles avec des populations turcs ou manouche, et si tu ne sais pas comment ça fonctionne les croyances, religieuses et autres.

Fc : Mais faut du temps par contre. Et soit une bonne secrétaire, soit des numéros qu'on connaît bien des gens qu'on connaît. Avoir un bon réseau.

Bc : Savoir entendre et écouter déjà.

Fc : Idéalement il faudrait des compétences en diététique un peu plus poussées que ce qu'on a actuellement.

CR7 Accepter les croyances et les choix du patient

Ec : On n'est pas des flics

Bc : Mais c'est ça qui est difficile parfois. Si on revient sur la prévention, C'est ne pas passer pour un flic, il faut respecter leur personne, faut réussir à les entendre tout en faisant passer un message. On n'est pas prof. On parle d'éducation thérapeutique mais on n'est pas prof.

Dc : On lâche prise aussi et pendant 3/6 mois on le laisse. Il n'est pas disposé à ce moment là. Mais c'est dur à faire

Ec : c'est pas facile par rapport à tes propres convictions

Dc : Ce que je trouve dur c'est que nous on a la représentation de ce que ça va donner après. Le diabétique, on le visualise avec ses plaies chroniques, et l'amputation et l'hypertendu qui a fait son AVC. Nous on sait ce qu'il y a derrière. A chaque fois on a ces images là des patients qu'on a rencontré dans des cas un peu extrême... Et dans ces cas là on devient un peu plus virulent et peut être parfois trop

Ac : Et c'est pas toujours évident d'être en accord avec ça.

APPRENTISSAGE/ACQUISITION AQ

AQ1 Modèle de rôle

AQ2 terrain de stage

ac : Et justement le SASPAS ça permet de changer un peu ce mode de fonctionnement

AQ3 Expérience personnelle

Cc : Il faut s'entraîner aussi à expliquer

AQ4 Connaissances théoriques

Bc : Moi j'ai trouvé ça très large comme sujet, c'est pour ça que ça m'a intéressé. Parce que prévention ça intervient à différents moments, que ça soit l'âge ou la pathologie du patient

Dc : Dans tous les cas que ça soit un adulte avec son enfant ou un adulte qui va bien. Moi ce que j'entends par éducation thérapeutique c'est tout ce qui va lui permettre de ne pas être malade, de vivre mieux une maladie

Fc : Moi j'attends toujours de voir ce qu'est une réunion de patients. Je n'ai jamais vu ça dans mon cursus. Logiquement la politique de prévention et d'éducation thérapeutique c'est de faire des réunions de patients, comme des réunions de diabétiques. Maintenant quand tu ouvres une maison médicale tu dois avoir une salle de prévention réunion. Et tu dois organiser des réunions d'éducation thérapeutique.

Dc : Après à l'hôpital c'est plus de la prévention secondaire, nous on va être sur de la prévention primaire

AQ5 Ressources

Ec : Il y a certaines questions aussi où tu n'as pas forcément la réponse et où tu es obligé d'aller chercher sur internet, pour répondre la fois d'après. Moi ça m'est arrivé, pour des histoires de voyages ou de vaccins.

REFLEXIVITE R

R1 Manque d'expérience formation lacunes

Fc : C'est surtout qu'on ne connaît pas assez les réseaux. Il y a pleins de choses qui existent comme pour l'aménagement à domicile, mais on découvre ça comme ça

Fc : Et surtout on a une formation où on n'apprend pas à gérer à faire dans le temps. On est dans l'aigu tout le temps dans notre cursus

Dc : Mais on n'est pas formé à tout ce qui est écoute du patient

Fc : qu'on a aucune formation de pédagogie. Alors qu'il y a des techniques de pédagogie.

Dc : Ca s'apprend sur le tard aussi tout ce qui est écoute, savoir ce que le patient est prêt à entendre et à quel moment... comment lui dire. Il y a pleins de choses où on n'est pas compétent

Fc : On est aussi pas formé à tous les actes qu'on peut faire, les actes qu'on peut coter, qu'on peut facturer. Je suis sûre que tous les internes SASPAS, aucun de nous n'a fait de consultation approfondie ALD. On n'a jamais fait non plus de consultation Alzheimer mémoire. Et on ne sait pas ce qu'on a le droit de coter. Alors qu'en fait il ya déjà des choses qui sont mis en place et on ne le sait pas. On n'est pas formé.

Il y a pleins de choses qui existent comme pour l'aménagement à domicile, mais on découvre ça comme ça. Les gens du CLIC par exemple. Moi je ne sais pas déclencher les choses comme ça. Je ne sais pas mettre en place les mesures du CLIC.

Gc : Mais ça s'acquiert avec l'expérience aussi.

Dc : Pour l'instant on est trop jeune

R2 compétence multifactorielle et centrale

Dc : La prévention c'est vraiment le fait du MG Je trouve que c'est une énorme partie de la MG et une partie très intéressante, complexe et compliquée.

Bc : C'est plutôt le premier intervenant. Mais il arrive après le message de santé publique qui va faire écho.

Bc : Mais je ne vois pas quelle autre spécialité peut faire ça. C'est quasiment une sous spécialité à part entière. Il y a vraiment intervention et prévention.

Dc : Moi je trouve que ça fait partie intégrante du boulot du MG

Fc : C'est-à-dire qu'ils pensent qu'il pourrait ne pas être d'accord (avec le message de santé publique). Ils y vont et si le MG dit qu'il ne faut pas faire ce vaccin là, ils ne vont pas le faire.

Cc : Le MG c'est le dernier intervenant, et les patients veulent qu'il délivre la vraie information. Parce qu'ils

sont perdus entre les différents messages qu'ils entendent. A quoi il faut faire attention. Qu'est ce qui est utile.

Dc : Moi ce que je trouve toujours chouette, ce qui est intéressant, c'est que on est leur médecin traitant et c'est nous qui avons le savoir la confiance et s'ils viennent demander notre avis ils le font.

R3 Aperçu ponctuel

R4 Analyse de ses échecs

Ac : Et justement le SASPAS ça permet de changer un peu ce mode de fonctionnement

Fc : Moi j'ai du mal avec les femmes enceintes qui fument. Et je sens que ça ne passe pas forcément bien ce que je dis. J'arrive pas à tourner les choses correctement. Parce quand on évoque le sujet déjà elle se bloque tout de suite. Elles savent déjà qu'elles sont en faute. Et ça c'est dur. Je sens que je ne suis pas efficace sur les femmes enceintes qui fument.

Ac : Moi je pense qu'au début du SASPAS j'étais beaucoup trop interventionniste, à vouloir qu'il fasse ce que je voulais qu'il fasse, et je ne prenais pas assez en compte son envie à lui

Fc : Et en revoyant d'autres patients on pense à un autre. Lui j'ai pas du dire ce qu'il fallait, j'aurai du dire plus.

Fc : Donc c'est vrai que des réunions à plusieurs sans ordinateur c'est autre chose pour le patient. Des réunions où tout le monde est assis à la même table tout le monde est sur le même pied d'égalité. Et peut être que si on faisant la vraie consultation approfondi CA où il n'y a pas besoin de prescrire on pourrait regarder le patient et pas être derrière notre ordi.

R5 Le BUT

Cc : que c'est apprendre au patient à gérer leur santé

Ac : Leur donner confiance en leur capacité à se prendre en charge.

PROMOTEUR de la SANTE

Bc : Mais MG, reste le dernier intervenant à dire là il faudra envisager ça ou pas. Ça fait écho avec les actions de santé publique mais cela reste quand même 2 choses différentes.

Bc : Mais finalement quand on parle d'un sujet comme l'HPV avec le gardasil, les jeunes filles ça leur paraît finalement banal.

Fc : Ils entendent des messages de « santé publique » et après ils veulent l'avis du généraliste là-dessus

Fc : Mais il y a des choses qui sont très utiles comme le strepto-test, que je trouve très pratique. Le message passe très bien, le niveau de preuve pour le patient est génial

Ec : Ils entendent différentes choses. Il y a internet, y'a les magazines de santé, ils ont pleins de sources d'informations et du coup ils sont perdus

Fc : Mais pour moi prévention, même si on dit que c'est le MG en première ligne, pour moi ça devrait d'abord être l'école, où je trouve qu'il n'y a pas grand-chose de fait. Moi j'ai aucuns souvenirs d'avoir eu de la prévention ou qq fois des grands discours avec les professeurs et tous les élèves du même cours sur la cigarette ou des choses comme ça. On devrait plus intervenir dans les écoles, les étudiants en médecine ou les MG dans les écoles ou les lycées. C'est toujours des associations de « vieilles catho » qui viennent nous expliquer qu'il faut mettre une capote, moi je pense que le message ne passe pas du tout.

ANNEXE 6 Tableau récapitulatif

TEMPS (T)

Manque de Temps (T1)	difficile de délivrer la totalité du message pendant la durée de l'hospitalisation (<i>Cn : une question de temps c'est vrai que des fois la durée d'hospitalisation.</i>)	Difficile de délivrer la totalité du message en 15' (<i>Fi : Et puis c'est quelque chose qui prend souvent du temps alors qu'en consultation de médecine générale on a en moyenne ¼ d'heure de consultation</i>) Souhaite avoir des consultations plus longues	Difficile de délivrer la totalité du message en 15' (<i>Dc : Mais il faut avoir le temps, faut avoir le créneau</i>) Beaucoup de choses à gérer chez les patients chroniques. Difficile de gérer son temps les gros mois d'activité.
Prise en charge dans le temps (T2)	Pense que l'on peut faire un peu d'EPD à chaque consultation (<i>An : qu'il y ait une formation en continu du patient, une éducation continue</i>)	Prise en charge au long court. (<i>Gi : Je pense que ça se fait au long court aussi.</i>)	Permet d'améliorer la relation médecin-patient, de bien connaître son patient pour améliorer la prise en charge (<i>Dc : Et justement le fait d'être MG ça permet de voir les gens régulièrement et des fois ça va mettre un an deux ans à se débloquer mais c'est petit à petit.</i>)
T3 Temps opportun	Faire un peu de prévention à chaque consultation. (<i>Bn : Et puis peut être à chaque consultation même si c'est pour autre chose toujours un message de prévention qui laisse une porte ouverte pour que le patient se dise qu'il peut en parler</i>)	Profiter d'un détail dans la consultation pour rebondir avec messages de prévention éducation. (<i>Fi : Moi en général pour la prévention primaire, je profite d'avoir un chiffre de tension élevé ou un dextro élevé pour leur parler de leur régime alimentaire ou de choses comme ça</i>)	Profiter d'une parole dans la consultation pour rebondir avec message de prévention éducation (<i>Bc ! : Prévention, on va aller chercher les choses, on ne va pas attendre que le patient se plaigne de quelque chose ou on va profiter d'une perche quelque fois</i>) Consultation typiques permettant de faire l'EPD (ado)(<i>Dc : La consultation d'ado qui vient pour un certificat de sport, c'est le moment où on fait de la prévention</i>)
T4 répétition	Répéter le message	Répéter les messages d'éducation. (<i>Fi : L'éducation c'est la répétition de tous ces conseils plusieurs fois. C'est savoir leur redire et ne pas s'abstenir de leur redire plusieurs fois</i>)	Répéter les messages de prévention
T5 stratégie gestion du temps	Savoir étaler l'information sur plusieurs consultations. (<i>Dn : Moi je trouve que le plus du médecin généraliste c'est qu'on voit le patient sur beaucoup moins de temps mais finalement sur beaucoup plus de temps, donc on peut s'assurer sur ce</i>	Savoir étaler l'information sur plusieurs consultations. (<i>Gi : Peut être au départ les revoir souvent.</i>)	Savoir étaler l'information sur plusieurs consultations. (<i>Cc : J'essaye de me concentrer sur les sujets urgents, et au rendez vous d'après, par exemple un mois plus tard, j'essaye de rapprocher on reparle d'autres chose.</i>)

	<p><i>qui a ou non été compris)</i></p> <p>Garder un temps dans la consultation pour l'EPD (<i>Bn : Toujours garder un petit temps dans la consultation pour rappeler certaines choses)</i></p> <p>Stratégie de gestion du temps de LA consultation en cours et des consultations de suivi (<i>Dn: Oui mais dans ces cas là à la fin de la consultation lui dire que la prochaine fois on fera le frottis.</i>)</p>	<p>Fixe des objectifs à chaque consultation (<i>Fi : Après on a un cadre à tenir des horaires à tenir donc rapidement trouver des objectifs précis à la consultation pour ne pas être dans le vague et donner un flot d'information trop important)</i></p> <p>Savoir reconvoquer. (<i>Gi : ça dépend du temps qu'on a quitte a reconvoquer le patient pour parler de quelque chose qui nous tracasse plus tard)</i></p> <p>Stratégie de gestion du temps de LA consultation en cours et des consultations de suivi (<i>Gi : Mais après sur une consultation d'1/4h, il y a toujours de la place pour glisser un petit mot sur l'arrêt du tabac ou la perte de poids.</i>)</p>	<p>Savoir reconvoquer. (<i>Ec : On prévoit lorsqu'on a un problème avec un enfant. On prévoit de le voir avec les 2 parents la prochaine fois.</i>)</p> <p>S'aider des moyens informatiques pour gérer les messages dans le temps. (<i>Ec : Tu te laisse des messages pour ne pas oublier la prochaine fois sur l'ordinateur.</i>)</p> <p>Trouver un moyen de faire de l'EPD même sur une consultation simple (<i>Bc : Même dans une consultation banale on va aller au delà et aller chercher des choses, certains éléments)</i></p> <p>Organiser des consultations seulement pour faire de l'EPD (<i>Cc : Et il faudrait qu'il vienne sans renouvellement et juste pour parler de la maladie. Mais c'est vraiment pas facile à mettre en place)</i></p>
--	---	--	---

FREINS

O1 Contexte aigu	<p>Difficultés à trouver le bon moment</p> <p><i>(Bn : C'est vrai que souvent on lance l'information le jour de la sortie quand on donne les papiers de sortie, on balance un peu l'information)</i></p> <p>Difficile de réaliser de l'EPD chez les patients qui viennent uniquement pour des pathologies aiguës (<i>Cn : Les patients qui ont un traitement chronique ... plus facile... on les revoit régulièrement)</i></p>		<p>Difficile de réaliser de l'EPD chez les patients qui ne viennent uniquement pour des pathologies aiguës (<i>Dc : il n'a pas de traitement donc il ne revient pas de façon régulière.</i>)</p>
-------------------------	--	--	--

<p>O2 système de santé</p>	<p>Les ECP coutent cher donc limitation des prescriptions (An : y'a tout un cout à l'hôpital)</p>		<p>Difficulté à mettre en place à cause de la tarification à l'acte (Fc : le problème de la tarification à l'acte)</p> <p>Le paiement à l'acte impose une certaine cadence qui ne permet pas de faire beaucoup de EPD (Fc : Si tu as des crédits sur le dos tu ne peux pas faire de la prévention. Parce que si tu te dis aujourd'hui je ne vois que 10 patients...)</p> <p>Il n'existe pas de consultation pluridisciplinaire (Ec : on pourrait avoir des consultations qui sont regroupées en même temps)</p>
<p>O3 Manque de suivi</p>	<p>Pas de retour sur les messages donnés (Bn : Par exemple un patient qui a pleins de grains de beauté on lui conseille d'aller voir un dermato mais après est ce qu'il va vraiment le faire ?)</p>	<p>Difficultés d'arriver au milieu d'une prise en charge (Gi : En plus chez le praticien c'est pas forcément facile, ce ne sont pas des patients que l'on connait.)</p>	<p>Peu de connaissances sur le patient (Cc : c'est pas évident pour nous remplaçant car on ne connait pas forcément la famille)</p>
<p>O4 Contraintes organisationnelles</p>	<p>Peu de participation du service dans la prise en charge globale (Bn : on nous demande de gérer le problème aigu)</p> <p>EPD ciblé en fonction du service dans lequel on est. (Bn: Moi je trouve qu'en milieu hospitalier enfin CHU c'est souvent ciblé par rapport au service dans lequel on est)</p> <p>Difficultés à s'imposer en premier semestre.(Bn : Après peut être qu'en premier semestre on a moins de poids)</p>	<p>Impossible d'appliquer les connaissances à l'hôpital (Gi : Ce n'est pas simple l'expérience qu'on a à l'hôpital.)</p>	<p>Impossible d'appliquer les connaissances à l'hôpital (Fc : à l'hôpital on n'en fait pas du tout)</p> <p>Aide de l'informatique par rapport au dossier papier (Ec : Les logiciels aident beaucoup)</p> <p>Peu d'information sur les réseaux (Ec : On devrait être plus informé que ça et plus intégré à un système de soins. On se sent vraiment seul)</p>

POSTURE MEDECIN

	<p>Connaissances apprises pendant l'externat dont il faut se souvenir. (En : Après en terme de dépistage c'est plus une histoire de connaissance)</p>	<p>Connaissances apprises pendant l'internat(Fi : (je ne suis pas passé en diabète,))</p>	<p>Importance d'avoir des connaissances biomédicales. (Dc : Il y a des compétences medico médicales qu'il faut avoir)</p>
--	---	--	---

<p>PM1 Connaissances biomédicales</p>	<p>On fait dans la pratique ce qu'on a surtout appris à faire (An : <i>Mais ce qu'on fera plus tard au cabinet en pratique quotidienne ça sera un mélange de tout ce qu'on aura appris pendant l'internat et il y a des choses que l'on va demander plus facilement que d'autres en fonction de ce qu'on aura appris aussi</i>)</p> <p>On ne peut pas tout savoir mais on peut faire des recherches (Dn : <i>Et parfois prendre le temps de dire, je vais me renseigner, on en reparlera çà une autre consultation</i>)</p> <p>Connaitre les effets indésirables de traitements et leur surveillance (Cn : <i>corticoïde faut penser toujours dextro, donner du calcium pour l'ostéoporose. Ce sont des reflexes que je n'avais pas forcément lors des premières corticothérapies que j'ai prescrite.</i>)</p>	<p>On fait dans la pratique ce qu'on a surtout appris à faire.(Fi : <i>Je suis beaucoup moins à l'aise sur la prévention du diabète parce que j'en ai quasiment pas fait, je ne suis pas à l'aise et j'en ai pas beaucoup vu en pratique</i>)</p>	<p>On fait surtout ce que l'on sait faire (Dc : <i>On le fait aussi en fonction de ce qu'on sait faire On oriente nos interrogatoires, on oriente nos prises en charge</i>)</p>
<p>PM2 Evaluer le niveau de compétence du patient</p>	<p>Evaluer ce que le patient a compris (Cn : <i>je pense qu'il est là pour évaluer la compréhension du patient par rapport à ce qui a été dit.</i>)</p>	<p>Evaluer ce que le patient a compris (Gi : <i>On peut vérifier s'ils ont bien compris aussi.</i>)</p> <p>Evaluer ce que le patient sait (Gi : <i>Ce qui est bien aussi c'est de poser des questions au patient pour savoir ce qu'ils savent sur ce qu'ils ont, ou ce qu'ils savent sur tel sujet.</i>)</p>	<p>Evaluer ce que le patient sait (Bc : <i>Essayer de s'informer sur ce qu'il sait, sur les connaissances qu'il a</i>)</p>
<p>PM3 Moyens de faire passer l'information</p>	<p>Support papier (régime, effet indésirable...) (Bn : <i>Je trouve qu'il devrait y avoir des supports papier ça serait beaucoup plus simple avec les aliments à éviter</i>)</p> <p>Groupes de patient (An : <i>Dans certains services il y a des groupes de parole</i>)</p>		<p>Support papier général et personnalisé (Cc : <i>Peut être qu'à la fin au lieu de donner une ordonnance on peut donner une fiche conseil. Ils repartent quand même avec quelque chose.</i>) (puis je raye des trucs et j'insiste sur d'autres. Comme ça ils ressortent avec une feuille personnalisée.)</p> <p>S'aider de la famille (Ec : <i>Il y a souvent toute la famille qui vient au cabinet donc c'est plus facile pour nous d'être un interlocuteur privilégié par rapport à l'entourage.</i>)</p> <p>S'aider des moyens informatiques (Fc : <i>C'est vrai qu'avec l'informatique les patients vont être mieux suivis. On a tout sous les yeux.</i>)</p>
<p>PM4 Ne maîtrise pas tout</p>	<p>Le patient fait ce qu'il veut de l'information donnée (Bn : <i>Parce que même si on lui rappelle de ne pas manger trop de sucre et trop de</i></p>	<p>Le patient fait ce qu'il veut de l'information donnée (Gi : <i>Nous on lui donne des outils et il écoute. Après c'est à lui de se</i></p>	<p>Le patient fait ce qu'il veut de l'information donnée (Ec : <i>Après ton patient il est adulte donc il l'accepte ou il le refuse. S'il a toutes ses</i></p>

	<p><i>gras, s'il n'a pas envie de le faire il ne le fera pas et ça ne marchera pas.)</i></p>	<p><i>prendre en charge on ne peut rien faire sans lui.)</i></p> <p>Essayé de savoir pourquoi le patient s'oppose (<i>Gi : S'ils ne veulent pas entendre ou ne veulent pas expliquer pourquoi ils ne veulent pas.</i>)</p>	<p><i>fonctions intellectuelles il est normal que tu le laisse gérer sa maladie seul aussi.)</i></p> <p>Après une information bien donnée, le patient a le droit de refuser. Il est responsable (<i>Ec : Il y a un savoir qui passe et après la personne elle en fait un peu ce qu'elle veut, elle est libre d'entendre ou pas entendre. Du coup en termes de responsabilité c'est équilibré. On a moins de pouvoir en prévention qu'en thérapeutique.</i>)</p> <p>Certaine frustration (<i>Dc : C'est ça aussi qui est assez frustrant en éducation thérapeutique et prévention c'est que tu as envie de faire pleins de choses et tu n'as personne en face.</i>) (<i>Cc : On n'est pas juste des supermarchés, juste des distributeurs de médicaments. Nous on a un message à faire passer.</i>)</p>
PM5 transfert de compétence	<p>Donner des conseils d'auto surveillance (<i>En : et éviter qu'ils reviennent trop rapidement à l'hôpital et essayé de leur donner des informations pour qu'ils surveillent un peu les points sensibles de leur maladie.</i>)</p> <p>Conseils d'adaptation de leurs traitements. (<i>Dn : Dans le service on se rend compte qu'il y en a pleins qui ont leur pilule mais elles ne savent pas spécialement quoi faire quand elles l'ont oublié finalement.</i>)</p>	<p>Leur apprendre à gérer seul une pathologie aigue (<i>Gi : L'éducation par rapport à la conduite à tenir face à une rhinite simple chez un nourrisson par exemple.</i>)</p> <p>Eduquer sa patientèle pour plus d'autonomie (<i>Gi : Ca peut être l'éducation d'une patientèle aussi. Par rapport au mode de consommation du médecin.</i>)</p>	<p>Leur apprendre à gérer seul une pathologie aigue (<i>Ac : Comment ils doivent soigner leur enfant quand il est malade, quel vaccin il faut faire, expliquer pourquoi</i>)</p> <p>Eduquer sa patientèle pour plus d'autonomie (<i>Ec : Mais c'est toute sa patientèle qu'il faut « éduquer ».</i>)</p>
PM6 Travailler en équipe pluridisciplinaire	<p>Coordonnateur du dépistage (<i>An : En c'est lui qui va coordonner tous les examens de dépistage et tout ce qui est information au patient.</i>)</p> <p>Coordonne entre les différents services hospitaliers (<i>C'est le rôle de coordonner tout ce qui est fait dans les différents services à l'hôpital.</i>)</p> <p>Adresse au spécialiste quand ne sait pas (<i>Dn : c'est important de savoir déléguer quand on se sent un peu dépassé</i>) (<i>En : J'ai besoin de conseils pour savoir ce à quoi je dois penser.</i>)</p>		

		<p>Adresse au spécialiste pour appuyer sa décision (<i>Gi : Mais c'est aussi le côté » ils sont deux à me parler de la même chose de la même maladie des mêmes risques et en fait il doit avoir vraiment un truc. Ils intègrent plus facilement que lorsqu'on est le seul à parler de ça.</i>)</p> <p>S'aide des spécialistes et professions paramédicales (<i>Gi : On peut évidemment s'aider de plusieurs acteurs</i>)</p> <p>Lien avec les spécialistes (<i>Fi : On a aussi un rôle de coordination auprès des spécialiste</i>)</p>	<p>Adresse au spécialiste pour appuyer sa décision (<i>Fc : on lui que le spécialiste est d'accord avec moi il pense qu'il y a vraiment besoin de faire cette chose là. Il y a un argument d'autorité en plus.</i>)</p> <p>S'aide des spécialistes et professions paramédicales (<i>Ec : On a souvent besoin d'une diététicienne, ou d'une équipe soignante qui va faire un soin d'hygiène à domicile</i>)</p> <p>Organise la prise en charge en réseau (<i>Cc : Moi je pense que dans les maladies chroniques comme le diabète, il est plus intéressant d'envoyer les patients vers des réseaux</i>)</p> <p>Donne de l'importance à l'organisation pluridisciplinaire (<i>Ec : Moi je trouve qu'on ne peut pas faire de l'éducation seul... On a besoin de vrais réunions pluridisciplinaires où l'on s'assoie et l'on discute de ce qui peut être fait et de ce qu'on peut améliorer</i>)</p> <p>Coordonne la prise en charge avec la famille (<i>Dc : en gériatrie c'est relativement facile à faire d'appeler les enfants. Ce qui ne veut pas forcément dire qu'il y aura une réponse derrière</i>)</p>
PM7 Difficultés à ne pas faire d'ordonnance		<p>Difficulté de ne pas donner d'ordonnance en fin de consultation. (<i>Gi : les gens en général, ils n'entendent pas bien car quand ils viennent chez le médecin faut sortir forcément avec un morceau de papier.</i>)</p>	<p>Difficulté de faire payer une consultation alors qu'il n'y a pas d'ordonnance de rédigée. (<i>Ec : c'est dur de finir la consultation sans ordonnance</i>) (<i>Fc : C'est aussi à cause du paiement à l'acte. Le faire payer 23 euros alors que tu n'as pas fais d'ordonnance c'est dur</i>)</p>

POSTURE PATIENT

PP1 Patient acteur compétent autonome	<p>Se renseigne sur internet</p> <p>En demande d'exams après s'être renseigné de leur côté. (<i>An : Et les patients peuvent être aussi demandeur d'exams car il y a pas mal de publicités sur tout ce qui est</i>)</p>		
--	---	--	--

	<p>dépistage. Parfois ils viennent d'eux même demander des examens alors qu'ils n'ont pas encore l'âge du dépistage)</p> <p>Patient consciencieux, « obéissant » ? (An : Il y a des personnes qui vont être très prudentes par rapport à ce que l'on leur enseigne qui vont suivre le dépistage et vont être plus consciencieuse que d'autre)</p> <p>Doit comprendre les raisons des examens complémentaires et des traitements (Dn : Il faut qu'il ait un rôle actif. Qu'il soit conscient qu'on ne fait pas ça pour l'embêter. Comme la mammographie, leur expliquer que ça n'est pas un examen agréable mais que c'est important pour elle. Qu'ils se disent qu'ils font pas ça parce que le médecin m'a dit mais parce que c'est un plus pour moi.)</p> <p>Doit se sentir responsable de sa maladie (Bn : Il faut que le patient se sente responsable de sa santé et de sa prise en charge. Faut qu'il prenne ses responsabilités)</p>	<p>Patient consciencieux, obéissant ? (Gi : C'est trop beau un patient qui fait tout comme il faut. Mais c'est très rare. Y'en qui sont assez obsessionnel qui font tout comme il faut mais y'en a quand même pas beaucoup et c'est pas ça qui pose le plus de problème)</p> <p>Doit se sentir responsable de sa maladie (Gi : L'autonomie. C'est lui qui est malade c'est lui qui se soigne. Nous on est là pour l'aider pour l'orienter le conseiller. Après c'est lui qui a toutes les cartes en mains pour se prendre en charge au mieux et il en fait un peu ce qu'il veut.)</p>	<p>Patient consciencieux, obéissant (Ac : Et ça dépend des gens car tous n'ont pas besoin d'une éducation. Il y en a qui comprennent tout de suite j'ai l'impression. Y'en a qui sont bien équilibré, et ça roule quoi)</p> <p>Aime apprendre des choses nouvelles sur sa maladie. (Dc : C'est presque plus facile quand on est sur la découverte d'une maladie chronique. De les éduquer car on vient en premier et ils sont dans la découverte de la maladie donc ils sont avides de savoir.)</p>
PP2 patient passif	<p>Essayé de les faire passer de passif à actif (En : si on laisse le patient passif, à lui dire vous allez faire tel et tel examen, sans lui expliquer la finalité ou sans le responsabiliser, il va suivre une ou deux fois et après il va arrêter.)</p>	<p>Médecin paternaliste mais qui fonctionne (Gi : Il y a des patients à qui il na faut pas laisser le choix.)</p>	<p>Médecin paternaliste mais qui fonctionne (Fc : Il y a des patients qui ont besoins de se prendre un savon des fois. Ils ont besoin de ça.)</p>
PP3 Patient opposant	<p>Manque d'implication du patient (En : Il y en a qui s'en fiche, qui ont leur maladie, qui vivent avec. Ça s'aggrave sans qu'il s'en rende compte. Tant pis. Tant qu'il n'y a pas de grosses complications, ils ne s'en occupent pas.)</p>	<p>Manque d'implication du patient (Gi : L'autre souci c'est que le diabète c'est pas le cancer. Les patients ont clairement en tête que tu finis avec des orteils en moins mais tu en meurs pas, la plupart ont cette idée là en tête. Alors que pour le cancer ils ont cette représentation du cancer qui tue systématiquement qu'ils vont se bouger alors que pour le diabète ils ne sont pas malades.)</p>	<p>Manque d'implication du patient (Dc : faire à l'opposé de ce que tu dis pour le principe.)</p>

		Questionnement sur la conduite à tenir face au refus d'un patient (Gi : <i>Et quelqu'un qui refuse tout en bloc c'est pas un moyen pour nous de se décharger de toute responsabilité. Est-ce qu'on n'a pas un devoir de lui rentrer dedans.</i>)	
PP4 Etat de santé du patient	Difficulté d'intéresser le patient à une maladie qu'il n'a pas (Cn : <i>En même temps en temps que patient ça peut faire peur aussi. Faut dépister ça car on peut vous trouver ça...Et bien ils peuvent répondre qu'ils n'ont pas envie de le faire.</i>)	Difficulté d'intéresser le patient à une maladie qu'il n'a pas (Fi : <i>Faut rester le plus neutre possible, ne pas dire voilà c'est important sinon vous allez mourir, des choses auxquelles il ne pense pas forcément à cet âge là,</i>) Difficultés d'intéresser le patient à une pathologie qu'il ne ressent pas (Fi : <i>C'est d'autant plus difficile de soigner les gens quand ce sont des maladies qu'ils ne ressentent pas comme le diabète ou l'HTA. Ils n'ont pas de symptômes donc c'est difficile de prendre un traitement</i>)	Difficulté d'intéresser le patient à une maladie qu'il n'a pas (Ec : <i>Ce qui est difficile dans la prévention c'est l'absence de maladie. Donc faut pouvoir passer l'information que la maladie est possible</i>) Difficultés de projeter le patient dans l'avenir (Ec : <i>Ils attendent d'être malade avant d'arrêter de fumer ou de boire. C'est vraiment des situations extrêmes. Les patients ont vraiment besoin d'être en face d'un événement important pour apprendre pour changer d'attitude</i>)

COMPETENCES RELATIONNELLES

S'adapter au patient (CR1)	Adapter la prise en charge en fonction du patient et de ses pathologies (Dn : <i>Chaque prévention chaque dépistage c'est au cas par cas c'est toujours adapté au patient. Evaluer le rapport bénéfice risque.</i>) Demander l'avis au patient (Bn : <i>C'est plutôt le médecin traitant qui va pondérer les choses alors qu'à l'hôpital, on leur met ça sans demander leur avis</i>)	Education en fonction des capacités de compréhension du patient. (Fi : <i>adapter son discours aux capacités de compréhension.</i>) Adapter la prise en charge en fonction de la volonté du patient (Gi : <i>Après on oriente en fonction de lui son désir réel de prise en charge</i>) S'adapter à l'environnement du patient (Gi : <i>S'intégrer dans l'environnement du patient.</i>)	Education en fonction des capacités de compréhension du patient. (Ac : <i>Ce qui est intéressant c'est qu'il faut s'adapter à ce que la personne est capable d'entendre.</i>) Adapter la prise en charge en fonction du patient et de sa pathologie (Ac : <i>Après s'adapter aux risques que présente le patient</i>) Adapter la prise en charge en fonction de la volonté du patient (Ac : <i>On se rend compte, qu'il faut négocier et s'adapter à ce que le patient il a envie de faire</i>)
CR2 comprendre la globalité du patient	Connaitre le patient (Fn : <i>Et même dans l'éducation il doit connaître le patient et c'est quasiment le seul, un pilier de l'éducation</i>)	Connaitre le patient (Gi : <i>Il faut savoir s'ils sont ouverts à recevoir les informations. Sinon ça ne sert pas à grand-chose.</i>)	Connaitre le patient (Dc : <i>on connaît les patients leur vécu, le suivi au long court</i>)

		<p>Chercher les causes des réticences des patients (Gi : <i>Et si malgré tout ça on n'arrive pas à le centrer sur les facteurs de risque faut essayer de voir pourquoi ça n'évolue pas et comment ça pourra évoluer</i>)</p> <p>Prendre en compte les croyances du patient (Gi : <i>Je pense qu'on peut en tenir compte aussi, quand le patient y croit ça peut avoir un effet placebo. Leur dire que d'un point de vue scientifique je ne pense pas qu'il y ait de l'efficacité mais si vraiment si vous y croyez vous pouvez essayer</i>)</p> <p>Chercher les croyances du patient (Fi : <i>Quelles sont ses croyances pourquoi elle n'a pas envie de sa mammographie.</i>)</p>	<p>Chercher les causes des réticences des patients (Dc : <i>Moi j'essaye de chercher ce qui bloque.</i>)</p> <p>Prendre en compte les croyances du patient. (Bc : <i>Est ce qu'il n'a pas des croyances qui fait qu'il ne croit pas au médicament ou à la prévention</i>)</p> <p>Chercher les croyances des patients (Fc : <i>il faut les interroger sur leurs croyances. Savoir que s'ils ont des schémas qui sont complètement incohérents par rapport à ce qu'on veut faire passer ça ne marchera pas du tout.</i>)</p> <p>Chercher dans le mode de vie des patients (Bc : <i>Allez chercher le risque. Par exemple dans les consultations avec les adolescents, on va chercher les risques systématiques</i>)</p>
CR3 savoir négocier	<p>Impliquer le patient. (Cn : <i>C'est là qu'on a un vrai rôle de négociateur. L'intéresser, l'impliquer et si ça ne l'intéresse pas essayé de trouver autre chose</i>)</p>	<p>Faire des compromis pour garder un lien avec le patient (Gi : <i>Faut pas avoir un objectif strict comme on peut avoir dans les recommandations, il faut déjà avoir un objectif qu'on puisse atteindre, ça lui donnera l'impression de s'engager, d'avoir une réussite.</i>)</p> <p>Négocier la prescription dans sa forme (Gi : <i>Après on peut faire un compromis avec le patient, on peut lui prescrire tout en lui expliquant que ça ne sert à rien.) et sa durée (Il y a aussi moyen de jouer sur les durées d'ordonnance.)</i></p>	<p>Faire des compromis pour garder un lien avec le patient (Ec : <i>C'est de la négociation. On n'est pas là pour dire aux gens vous ne faites pas bien les choses.</i>)</p> <p>Négocier la prescription dans sa forme (Fc : <i>on est là pour donner les médicaments dont ils ont besoin pour leur santé mais de leur côté ils ont une responsabilité. C'est un peu donnant donnant</i>) et sa durée (Fc : <i>On peut aussi réguler sur la durée du renouvellement</i>)</p>
CR4 motiver le patient	<p>Trouver des moyens d'intéresser le patient à sa maladie. (En : <i>Il faut trouver des fois des moyens d'intéresser le patient à sa maladie ; Essayé de concerner le patient</i>)</p> <p>Responsabiliser le patient (Bn : <i>Quelqu'un qui a des problèmes de rétine lui dire qu'à la longue le diabète peut entraîner des problèmes de rétine et lui faire perdre la vue.</i>)</p>	<p>Trouver des moyens d'intéresser le patient à sa maladie (Fi : <i>Trouver des points de motivations. Quelque chose qui pourrait motiver le patient. Soit en expliquant les risques ou alors perdre du poids par exemple.</i>)</p>	<p>Trouver des moyens d'intéresser le patient à sa maladie (Ec : <i>On apporte un savoir et des fois ça leur suffit. En même temps ça les valorise de sortir avec une information nouvelle.</i>)</p> <p>Responsabiliser le patient (Fc : <i>Et quand c'est toi qui a prit le rendez vous pour lui devant lui, s'il n'y va pas il a l'impression qu'il te met dans la panade alors que si c'est lui qui doit le prendre il ne va pas</i>)</p>

			<i>forcement y aller, si c'est toi qui l'a prit il a comme un devoir envers le médecin d'y aller)</i>
CR5 Informer	<p>Expliquer l'intérêt du dépistage pour une meilleure observance. (Bn : <i>C'est expliquer l'enjeu du dépistage.</i>)</p> <p>Informersur les effets des traitements mis en place pour une meilleure acceptation. (An : <i>Ou il faut toujours dire les effets positifs et négatifs aussi et ne pas cacher au patient les effets indésirable d'un médicament parce que sinon il risque d'avoir des problèmes après et puis pour l'observance aussi ça joue pour le traitement.</i>)</p>	<p>Expliquer la maladie pour une meilleure observance. (Gi : <i>C'est aussi expliquer ce qu'est la maladie parce que en général ils ne ressentent rien ils ne se sentent pas du tout malade. Leur expliquer les risques.</i>)</p> <p>Informersur la totalité du déroulement du dépistage. (Gi : <i>Il y en a aussi qui sont prêt à écouter le début mais pas la fin. Il faut bien aborder avec eux toute la suite s'il est négatif ou positif. Il y a des tas de gens chez qui le test est positif et qui n'ont pas du tout envie de faire une coloscopie.</i>)</p> <p>Informersur le suivi de la maladie (Fi : <i>C'est toutes les informations qu'on peut donner aux patients pour qu'ils puissent prendre en charge leur maladie</i>)(Gi : <i>Dans l'éducation il y a aussi une certaine manière d'informer le patient sur certaines choses qu'il ne sait pas. Et à travers cette éducation favoriser l'observance et l'adhérence à un traitement donné</i>)</p>	<p>Informersur le suivi de la maladie (Ac : <i>Ce qui est pas mal aussi c'est prévenir les gens qu'on va les envoyer voir un spécialiste ... Ca leur permet d'y penser d'ici la prochaine fois. Ils accepteront peut être plus que si on leur dit brutalement</i>)</p> <p>Informersur nos connaissances et donner notre avis (Fc : <i>elles veulent quand même l'accord de généraliste pour le vaccin.</i>)</p>
CR6 qualité du médecin pour l'éducation	<p>Ecoute</p> <p>Confiance</p> <p>Humilité</p> <p>Communication</p> <p>Pédagogie</p>	<p>Humilité</p> <p>Pédagogie</p>	<p>Ecoute</p> <p>Guide</p> <p>Educateur</p> <p>Patience</p> <p>Disponibilité</p> <p>Connaissance des populations en général</p> <p>Connaissance des réseaux</p> <p>Connaissances biomédicales</p>

<p>CR7 accepter les croyances ou les choix du patient</p>		<p>Accepter le refus du patient mais faire valoir ce que l'on pense (Fi : <i>Tu as le droit de dire que tu n'es pas d'accord mais il ne faut pas se braquer</i>)</p> <p>Prendre du recul par rapport à ses principes (Gi : <i>Et il y a des gens aussi qu'on arrive pas à comprendre parce qu'on a un esprit trop scientifique. Même si on essaye d'avoir une ouverture d'esprit ça reste difficile</i>)</p>	<p>Accepter le refus, le fait de ne pas être d'accord. (Ec : <i>On n'est pas des flics</i>)</p> <p>Accepter de lâcher prise (Dc : <i>On lâche prise aussi et pendant 3/6 mois on le laisse. Il n'est pas disposé à ce moment là. Mais c'est dur à faire</i>)</p> <p>Ne pas prendre un rôle de dirigeant vis-à-vis des choix du patient (Bc : , <i>C'est ne pas passer pour un flic, il faut respecter leur personne, faut réussir à les entendre tout en faisant passer un message. On n'est pas prof. On parle d'éducation thérapeutique mais on n'est pas prof.</i>)</p> <p>Prendre du recul par rapport à ses principes et ses convictions (Ec : <i>c'est pas facile par rapport à tes propres convictions</i>)</p>
--	--	--	---

APPRENTISSAGE ACQUISITION

<p>AQ1 Modèle de rôle</p>	<p>Les différents services</p> <p>EPD médecin dépendant</p> <p>Les différents médecins rencontrés</p> <p>Les différentes situations vécues</p>	<p>Les différents médecins rencontrés</p> <p>Les différentes situations vécues</p>	
<p>AQ2 Terrain de stage</p>	<p>EPD adaptés au service dans lequel on est</p> <p>Apprentissage sur les différents terrains de stage</p>		<p>Terrain SASPAS</p>
<p>AQ3 Expérience personnelle</p>	<p>On se forme soit même en fonction de ce que l'on vit sur le terrain</p>	<p>S'entraîner à pratiquer</p>	<p>S'entraîner à pratiquer (Cc : <i>Il faut s'entraîner aussi à expliquer</i>)</p>
<p>AQ4 Connaissances théoriques</p>	<p>Se fier aux recommandations enseignées</p> <p>Campagnes nationales</p>		<p>Ne défini pas les termes prévention.</p> <p>Education pour ne pas être malade ou mieux vivre sa maladie</p> <p>Connaissent l'existence des réunions de patient</p>

AQ5 Ressources	Les cours theoriquesd	Recommandations	Internet
----------------	-----------------------	-----------------	----------

REFLEXIVITE

<p>R1 Manque d'expérience et de formation</p>	<p>Peu d'apprentissage en 2ieme cycle (Dn : Mais c'est vrai que ce sont des choses qu'on apprend pas forcément dans nos études de façon très importante.)</p> <p>Manque d'expérience (Cn : On a des connaissances pour l'instant qui sont assez brutes et on n'a pas assez d'expérience pour pouvoir tout faire passer.)</p> <p>Manque de maturité (Bn : C'est justement là où il y a pas de consensus c'est plutôt relationnel. Et finalement on est peut être trop jeune pour avoir une bonne idée là-dessus)</p>	<p>Manque de connaissances (Fi : C'est difficile car c'est quelque chose au départ qu'on ne connaît pas donc forcément ça fait peur donc on ne sait pas comment présenter les choses.)</p>	<p>Peu d'apprentissage en 2° et 3°cycle (Fc : qu'on a aucune formation de pédagogie. Alors qu'il y a des techniques de pédagogie)(Et surtout on a une formation où on n'apprend pas à gérer à faire dans le temps)</p> <p>Manque d'expérience (Dc : Ca s'apprend sur le tard aussi tout ce qui est écoute, savoir ce que le patient est prêt à entendre et à quel moment... comment lui dire. Il y a pleins de choses où on n'est pas compétent)</p> <p>Manque de maturité (Dc : Pour l'instant on est trop jeune)</p> <p>Peu de connaissances des réseaux et de leur moyen de fonctionnement (Fc : C'est surtout qu'on ne connaît pas assez les réseaux. Il y a pleins de choses qui existent comme pour l'aménagement à domicile, mais on découvre ça comme ça)</p>
<p>R2 Compétence multifactorielle et centrale</p>	<p>Pilier central des spécialistes et des hospitalisations (An : je pense que c'est le pilier central de toutes les éducations des spécialistes qu'il aura vu et avec son éducation à lui)</p> <p>Rôle spécifique au médecin traitant (An : C'est un rôle majeur du MG. C'est le pilier dans la prise en charge du patient. C'est un rôle essentiel dans l'éducation et le dépistage.)</p>	<p>Pilier central des spécialistes (Gi : Le médecin traitant il sera là pour le renouvellement ou pour les pathologies diverses. Il sera toujours là pour écouter et demander vous en êtes ou vis-à-vis de l'arrêt du tabac.)</p> <p>Relation de confiance avec patient (Fi : Et en tant que médecin on a cette relation de confiance donc ils ont tendance a plus nous écouter..., le médecin généraliste, ils ont tendance a plus nous écouter et des fois il lui arrive de venir pour confirmer ce qu'a dit le spécialiste)</p>	<p>Rôle spécifique au médecin traitant (Dc : La prévention c'est vraiment le fait du MG)</p> <p>Relation de confiance avec patient (Dc : Moi ce que je trouve toujours chouette, ce qui est intéressant, c'est que on est leur médecin traitant et c'est nous qui avons le savoir la confiance et s'ils viennent demander notre avis ils le font.)</p>

	Notion de médecin référent (Bn : <i>C'est le principal référent en matière de prévention éducation dépistage. Beaucoup plus que les médecins hospitaliers ou les spécialistes qui gèrent le problème aigu et la prévention dépistage mais de leur organe.</i>)	Pilier central surtout dans certaines pathologies (Fi : <i>Et que le dépistage du cancer vient aussi de l'extérieur et pas que du médecin alors que pour le diabète si.</i>)	
R3 aperçu ponctuel	Pratiquer régulièrement pour avoir des automatismes (Bn : <i>Je pense que c'est bien de s'habituer assez tôt à intégrer tout ça parce que si on ne l'a jamais fait, le jour où on devra le faire ça sera plus compliqué, car ce ne seront pas des automatismes</i>) Essayer d'en faire un petit peu (Bn : <i>Et sinon quelqu'un qui semble un peu vasculaire peut être refaire un bilan lipidique, glycémie qui a peut être été faite y'a peut être pas très longtemps mais de là appeler le médecin traitant pour lui demander s'il a fait ça c'est un peu délicat</i>)		
R4 Analyse de ses échecs	Ne pas s'être adapté au patient (Cn : <i>on n'a pas su se mettre au niveau de la personne</i>)	La pratique permet de s'auto corriger. (Fi : <i>Et c'est justement en adressant qu'on apprendra effectivement « ah oui ce patient il ne fallait peut être pas que je l'adresse ». Ca fait partie de notre apprentissage aussi</i>)	La pratique en libérale, permet de s'auto corriger Analyse ses échecs (Ac : <i>Moi je pense qu'au début du SASPAS j'étais beaucoup trop interventionniste, à vouloir qu'il fasse ce que je voulais qu'il fasse, et je ne prenais pas assez en compte son envie à lui</i>)
R5 le but	Rendre le patient autonome (An : <i>Essayé d'autonomiser le patient</i>)	Rendre le patient autonome (Gi : <i>c'est pour faire en sorte que le patient soit autonome</i>)	Rendre le patient autonome (Cc : <i>que c'est apprendre au patient à gérer leur santé</i>) Leur donner confiance (Ac : <i>Leur donner confiance en leur capacité à se prendre en charge.</i>)

PROMOTEUR DE LA SANTE PUBLIQUE

SP promoteur de la santé	Se référer aux références médicales (Dn : <i>C'est vrai qu'il y a des références médicales auprès desquels il faut essayer de s'accrocher</i>) Application des messages de prévention de santé publique (Bn : <i>Là où il y a une base consensuel comme dépistage du cancer du sein à la limite on propose et après c'est</i>)		
---------------------------------	---	--	--

	<p><i>toujours le patient qui décide au final)</i></p> <p>Aide apportée par les medias (An : Il a beaucoup de connaissances du patient vis-à-vis du dépistage par le biais des medias.)</p>	<p>Application des messages de santé publique (Fi : Le côté facile c'est tout ce qui est vaccin et dépistage de masse organisé. C'est quelque chose que l'on fait de plus en plus souvent)</p> <p>Appuie la décision médicale (Fi : le dépistage de masse c'est plus facile car ça ne vient pas de nous, c'est quelque chose de santé publique, avec la publicité extérieur, ça n'est pas que le médecin)</p>	<p>Aide apportée par les medias (Fc : Ils entendent différentes choses. Il y a internet, y'a les magazines de santé, ils ont pleins de sources d'informations et du coup ils sont perdus)</p> <p>Appuie la décision médicale (Fc : Mais il y a des choses qui sont très utiles comme le strepto-test, que je trouve très pratique. Le message passe très bien, le niveau de preuve pour le patient est génial)</p> <p>Ne doit pas être le seul à faire de l'EPD (aide des institutions scolaires ?) (Fc : Mais pour moi prévention, même si on dit que c'est le MG en première ligne, pour moi ça devrait d'abord être l'école)</p>
--	---	---	---

ANNEXE 7 Guide d'entretien pour Focus group.

Phase d'introduction = premier temps en off (sans enregistrement) :

Présentation des participants et des chercheurs (qui est qui et qui fait quoi) : l'interne est le chercheur/animateur (C) et Philippe Bail est observateur (O).

Présentation de l'objet de la recherche sur les niveaux et les indicateurs de compétences : le CNGE a défini 6 compétences générales pour exercer la profession de médecin généraliste. Ces 6 compétences servent de guide (de référentiel) pour la formation et l'évaluation des internes, dont la certification. Mais décrire une compétence, avec sa définition et son contenu, ne suffit pas pour pouvoir certifier explicitement un individu. Il est nécessaire de définir des niveaux de compétence et des indicateurs (ou indices) qui caractérisent ces niveaux. Les compétences nécessaires à la profession de médecin généraliste ont été publiées et la compétence « *éducation du patient, dépistage, prévention* » est une compétence essentielle, inscrite dans la loi. C'est cette compétence qui nous intéresse.

Présentation de ce qu'est un focus group et de son déroulement avec ses principes : le *focus group* est une technique d'entretien de groupe (un groupe d'expression) qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il fait partie des techniques d'enquête qualitative par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur¹. (*cette intro est aussi à visée pédagogique pour les participants aux focus groups*). Le but est que vous échangiez entre vous à partir des questions que je vais évoquer. Il n'y a pas de bon ou mauvais avis, il n'y a pas de jugement de valeur : vous êtes invités à dire tout ce que vous pensez et à réagir les uns avec les autres. Pas de censure, tout ce qui est dit est par principe intéressant, toutes les opinions sont légitimes et respectées, chacun écoute les autres, chacun parle à son tour. La séance durera 1 heure 30. La discussion sera enregistrée, mais les données retranscrites seront anonymisées ainsi que votre prénom (pas de reconnaissance possible). La transcription écrite de l'entretien (le verbatim) vous sera communiquée pour validation.

Objectifs de cette première séquence en off :

- Faire connaissance
- Informer et obtenir l'accord des participants
- Détendre les participants

Matériel :

- Cartons et crayon feutre pour la présentation des participants avec leurs prénoms
- Deux magnétophones

Phase de discussion proprement dite (avec enregistrement) : durée 1h 30.

La définition que le groupe de travail expert du Grand Ouest a donnée de cette compétence est la suivante :

« C'est la capacité pour le médecin à : accompagner « Le » patient dans une démarche autonome de maintien et d'amélioration de sa santé dans le respect de son propre cheminement, c'est-à-dire à intégrer et articuler dans sa pratique l'éducation du patient (thérapeutique, la prévention et le dépistage, l'éducation à la santé, la promotion de la santé, la santé communautaire), et ainsi :

1. *Développer une posture qui place le patient en position de sujet, et non en position de soigné*
2. *Construire une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences*
3. *Déterminer le moment opportun et le temps de l'action d'éducation pour soi-même et pour le patient dans la durée*
4. *Partager le suivi avec d'autres intervenants*
5. *Collaborer à et/ou élaborer des programmes, des projets et des actions de prévention, de dépistage, dans le cadre de l'éducation*
6. *Adopter une posture réflexive sur ces actions ».*

Les « indicateurs » retenus par ce même groupe de travail pour caractériser le niveau novice sont les suivants :

- *(L'interne) définit ce que recouvre l'éducation du patient, l'éducation à la santé, la prévention et la promotion de la santé ; est conscient de leur importance pour sa pratique.*
- *Il connaît les différents actes de prévention et de dépistage et en explique l'intérêt.*
- *Il perçoit que le patient est acteur de sa santé et interroge sa pratique en conséquence.*

Pour appréhender avec les *focus groups novices* ces indicateurs, qui sont à ce stade des hypothèses, je propose les questions ouvertes suivantes, le but étant de ne pas induire de réponses à travers la question :

La première grande question ouverte explore les connaissances et la construction des apprentissages :

1. « Qu'est ce que recouvrent pour vous l'éducation du patient, le dépistage et la prévention ? » ou bien « si je vous dis éducation du patient, prévention, dépistage, qu'est ce que cela évoque pour vous ? »

Relances sur ce qu'ils savent :

- « Pouvez-vous donner une définition de ces différents termes ? » (si ce n'est pas fait)
- « Comment avez-vous appris cela, avec qui (les ressources), dans quelles occasions ou face à quels problèmes de santé (les situations cliniques) »
- « Avez-vous repéré des événements qui vous ont permis de progresser dans ce savoir et d'autres qui ont pu être des obstacles à cette progression ? »

La deuxième grande question ouverte explore leur pratique dans ce domaine :

2. « Au-delà de leur définition, les avez vous intégrés à votre pratique ? Pouvez-vous en donner quelques exemples précis ? »

Relances sur ce qu'ils font:

- « Quelles situations vous paraissent faciles/difficiles à gérer ? Comment ? Pourquoi ? »
- « Pouvez vous l'illustrer ? »
- « Dans ce domaine, qu'est ce que vous savez le mieux faire/ le moins bien faire ? Comment l'expliquez-vous ? »
- « Pouvez vous l'illustrer ? »

La troisième grande question ouverte explore la réflexivité (capacité à se questionner, à chercher du sens à l'éducation du patient, au dépistage et à la prévention et à sa place de soignant) :

3. « A quoi sert le médecin dans l'éducation du patient, dans la prévention, le dépistage ? »

Relances sur ce qu'ils pensent :

- « Quelles sont les compétences que doit avoir un médecin pour faire de l'éducation, de la prévention, du dépistage ? »
- « Quelle est la place du patient dans l'éducation, la prévention, le dépistage ? »
- « Quelle importance donnez-vous à l'éducation, à la prévention, au dépistage dans votre activité de médecin ? et pourquoi ? »

Réflexions sur l'analyse de contenu

L'observateur (Philippe B.) et le chercheur feront le point après chaque séance pour collecter nos commentaires, impressions et notes respectives. Cette synthèse après le premier *focus group novice* servira à faire évoluer le guide d'entretien pour la suite.

L'objectif essentiel de nos *focus groups* est de vérifier les hypothèses élaborées par les groupes de travail interrégional et national. Nous sommes dans une démarche déductive avec un cadre conceptuel de départ déjà élaboré.

Je pense qu'il faut faire simple et cohérent dans cette approche, avec :

- f) Le guide d'entretien qui représente la première grille d'analyse et qui va s'enrichir et se complexifier au fil des *focus groups*,
- g) Une rédaction à partir des concepts dégagés par la recherche. Un concept (qui est une entité abstraite) regroupe des « occurrences », qui renvoient à des phrases significatives, des extraits de discours, des émotions, des sentiments, des mots clés, etc...retrouvés dans le corpus,
- h) Un codage du corpus par analyse verticale seule, *focus group* par *focus group* pour un même interne. Une analyse horizontale par comparaison trans-*focus groups* sera l'objet (éventuel) d'un travail de recherche ultérieur (si un autre de vos internes est intéressé ?). La présentation et l'organisation des données peuvent se faire de façon souple, selon les préférences et l'habitude de chaque directeur de thèse, soit sous forme de textes ou de schémas (je pense aux cartes conceptuelles par ex.).

ANNEXE 8 VERBATIM Groupe Novice

Pouvez vous me décrire ce que représente pour vous les mots prévention dépistage et éducation. (10s) Qu'est-ce que ça évoque pour vous quand on parle de ces trois mots.

A : Un travail de groupe avec un échange et puis une évolution jusqu'à une autonomisation par rapport à ce qu'on a voulu former enfin pour que les personnes concernées aient des connaissances au final.

B : Pour moi la prévention c'est plutôt à la limite relatif aux soins primaires c'est-à-dire avant que les maladies apparaissent donc plutôt prévention primaire, ensuite dépistage c'est plus avec des examens qui vont être pas forcément invasifs mais c'est plus qu'un discours plutôt que la prévention je vois plus ça par rapport à un discours genre faut pas fumer pas boire d'alcool de trop etc. Tandis que le dépistage c'est peut être un examen que l'on peut proposer comme l'hémocult. Et puis le troisième c'était ?

L'éducation thérapeutique

B : L'éducation je pense que ça fait partie du dépistage et de la prévention enfin c'est un peu synonyme.

C : Finalement moi je pense que l'éducation elle se fait au long court, à tous les moments, à toute consultation je pense que l'éducation peut être faite.

D : La prévention c'est plutôt dans les soins primaires je pense, enfin à toute étape de la vie finalement il y a des préventions qui peuvent avoir lieu, différentes populations et puis le dépistage c'est vrai que soit c'est le dépistage de masse soit c'est le dépistage en fonction de la personne, de ses antécédents familiaux, un dépistage plus particulier pour la personne ou de masse pour les pathologies qui sont détectées à partir d'un certain âge.

C : Et en même temps je trouve que la prévention et le dépistage vont être liés parce qu'on va essayer de dépister des choses je ne sais pas chez le nouveau né on va essayer de dépister en surveillant le poids l'évolution de la courbe ou au contraire un infléchissement pour prévenir justement plus tard les complications qui peuvent être en lien avec ça. Je pense un peu que tout est intriqué.

A : C'est aussi une prise de conscience des patients par rapport à leur santé en leur apportant des éléments de réponse à certains problèmes et puis c'est une réassurance aussi quelque part par rapport à leur santé à eux le fait de faire certains examens.

B : Finalement le dépistage il intervient plus dans le niveau de prévention primaire, secondaire, tertiaire et puis à chaque fois il faut toujours faire une éducation je pense par rapport à la prévention primaire, en prévention secondaire il faut aussi faire également une éducation qu'est-ce que tel examen qui va peut être invasif, théoriquement faut pas qu'il le soit trop mais qu'est-ce qui peut apporter et rappeler les règles de base je pense par rapport à la prévention. Donc finalement c'est intriqué. Le dépistage il a lieu à tous les niveaux de prévention et il doit

s'associer à une éducation. Enfin ça c'est-ce que l'on nous apprend.

Si tu devais l'illustrer par quelque chose d'un peu plus concret.

B : Par exemple au niveau cardiovasculaire, éducation par rapport aux règles hygiéno-diététiques ne pas manger trop de trucs etc. et puis donc la prévention en faisant des glycémies régulièrement bilan lipidique, prise de tension artérielle et puis ça c'est plutôt prévention primaire et puis en prévention secondaire ça peut être je ne sais pas une coronaro chez quelqu'un qui a fait un infarctus ou qui a éventuellement une symptomatologie d'angor, ce genre de chose. Et ça va avec l'éducation expliquer à quoi sert la coronaro. Rappeler quand même les règles hygiéno diététiques par rapport aux facteurs de risque.

E : Moi je trouvais que éducation prévention c'était lié et que le dépistage c'était un peu à part. Pour moi l'éducation c'est le médecin qui va donner des informations au patient, expliquer un peu sa pathologie et ça va permettre qu'il détecte lui-même des problèmes, des dysfonctionnements et ça va jouer un rôle dans la prévention. Et le dépistage c'est plus pour moi un examen que va faire le médecin ou un test standardisé qui va permettre de détecter quelque chose en dehors de l'information qui est donnée par exemple...

B : Après dans le dépistage par rapport par exemple au mélanome on éduque le patient à observer sa peau quelque part c'est même lui des fois qui se dépiste lui-même un cancer de la peau mais c'est vrai que dans le dépistage y'a quand même l'intervention du médecin à un moment donné qui explique ne serait ce que je ne sais pas l'autopalpation mammaire pour les femmes ou la surveillance cutanée mais y'a peut être l'intervention du médecin par l'éducation qui explique en même temps les règles de dépistage du cancer de la peau ou cancer du sein. En fait c'est souvent les patients qui se dépistent eux même. Je ne sais pas ce que tu en penses ?

(10s) Tout cela vous l'avez appris comment ? Quels sont vos ressources qui vous ont permis d'arriver à ces définitions là dans votre cursus ?

B : En ce qui me concerne, les publicités les campagnes nationales par rapport à la prévention donc y'a pas que les cours de médecine mais un peu partout quoi. Et surtout les cours de médecines après pour la différence entre prévention primaire secondaire tertiaire. C'est quelque chose qui sont plutôt aux cours qu'on ne va pas vraiment voir à la télévision ou dans les journaux des choses comme ça.

E : Dans les services je trouve, nous quand on est externe ou bien en début d'internat les dialogues entre médecin et patient souvent au moment de ce qui est prévention c'est surtout au moment de la sortie, on se préoccupe de ce qui va leur arriver une fois qui vont être chez eux et éviter qu'ils reviennent trop

rapidement à l'hôpital et essayer de leur donner des informations pour qu'ils surveillent un peu les points sensibles de leur maladie. Plus à l'hôpital je crois.

F : L'éducation c'est plus l'expérience qui nous montre déjà qui apprend un peu comment impliquer un patient dans la prévention de la pathologie qu'il peut avoir et tout ça mais c'est plus à l'hôpital que l'on apprend à savoir comment faire et qu'on voit comment les médecins font pour éduquer les malades.

C : En cours ça reste très théorique, On nous expose des choses mais finalement après c'est à nous avec notre propre expérience de mettre en place ces choses là.

A : Il y a toujours une adaptation au patient aussi parce que chaque cas est différent. Il y a des personnes qui vont être très prudentes par rapport à ce que l'on leur enseigne qui vont suivre le dépistage et vont être plus consciencieuse que d'autres. Et d'autres qui auront plus de mal à respecter les règles hygiéno-diététiques qu'il faudra reprendre, qu'il y ait une formation en continu du patient, une éducation continue. Et d'autre chez qui ça sera plus simple. Du coup il y a un problème d'adaptation aussi.

B : C'est vrai qu'il faut adapter le discours et ça ce n'est pas de la théorie, on ne peut pas apprendre comment adapter son discours. Je pense que c'est aussi avec l'expérience que l'on apprend à donner les informations qui parlent au patient, qui sont à sa portée. C'est pas facile d'avoir une explication toute faite.

D : Je pense aussi que ça peut être différent en médecine générale qu'à l'hôpital. C'est vrai qu'à l'hôpital ils viennent pour une cause bien précise donc ils ont peur par rapport à ça, donc ils arrivent des fois à écouter ce que l'on a à leur dire au moment de la sortie. Mais bon c'est vrai qu'au cabinet ça ne doit pas être toujours évident de les intéresser, de les amener à autre chose car ils viennent consulter pour quelque chose mais après essayer de les éduquer sur d'autres pathologies éventuelles qu'ils peuvent avoir c'est pas encore la même approche.

F : Oui ce sont des choses qu'ils n'ont pas encore rencontrées en fait.

Et justement vous qu'est ce qui vous a permis de progresser même si vous êtes encore au début de l'internat mais qu'est ce qui vous a permis de progresser et quelles sont les choses qui vous empêchent de progresser dans ces domaines là ?

B : Depuis le début de l'internat, c'est fonction de comment c'est géré dans les services, par exemple est ce qu'ils attachent de l'importance à la prévention globale ou pas. Par exemple l'ostéoporose, est ce qu'il y a un médecin qui en prend compte à chaque fois ou pas. Donc après si on est dans un service où on gère que le problème aigu sans faire de la prévention globale et la laisser au médecin traitant on aura tendance à ne pas le faire également. Et vice versa. Par exemple on passe en rhumatologie, on va penser ostéoporose parce qu'ils y pensent tout le temps, en cardiologie on va penser facteur de risque cardio vasculaire donc ça dépend aussi du terrain de stage. Bon après on peut le faire soit même aussi. Mais c'est vrai que lorsqu'on est dans un service où l'on nous demande de gérer le problème aigu et pas forcément tout faire et laisser au médecin généraliste le soin de faire la prévention globale on le fera un petit peu moins donc on aura tendance au moins sur ce terrain de stage là à perdre un peu

de vu certaines règles de prévention. Mais enfin je pense que ça joue aussi. Au cours des études de l'externat en fonction des stages qu'on fait, en cardio on va beaucoup insister la dessus ce qui est logique. Donc après si ça reste en mémoire après en tant qu'interne on se dit tient ça peut être intéressant de refaire un petit bilan lipidique chez quelqu'un.

E : Y'a le lieu où on fait le stage et il y a la personnalité aussi des médecins, l'orientation des équipes même des fois au sein d'un même service selon le médecin qui vient. Surtout au début on se repose beaucoup sur le médecin référent, on lui demande pas mal de conseils pour justement des conseils à donner au patient et c'est lui qui nous oriente donc selon lui ce qu'il a l'habitude de faire ça nous influence.

B : moi je trouve qu'en milieu hospitalier enfin CHU c'est souvent ciblé par rapport au service dans lequel on est par exemple en cardio ils font du cardiovasculaire, on passe en infectieux ils pensent toujours aux vaccins, en rhumato c'est l'ostéoporose mais finalement il y a pas, même de ce que j'ai vu en tant qu'externe il y a jamais de prévention globale. Par exemple si ça a pu des fois m'arriver de poser la question des vaccins pneumo 23 et même parfois c'est pas important c'est le médecin traitant qui gèrera. Y'a pas de prévention globale. Après c'est plutôt on traite le problème aigu et chaque service à sa prévention spécifique. Et finalement ça c'est peu être un truc qui peut être intéressant à changer. Les infectiologues font attention à certaines choses les cardio c'est autre chose. C'est peu être logique mais après on se repose beaucoup sûr le médecin traitant qui doit gérer après la prévention. A l'hôpital c'est de l'aigu et la prévention c'est spécifique du médecin traitant.

A : Mais en tant qu'interne on a du mal disons à reprendre toutes les connaissances qu'on a eu et à faire nous même les dépistages parce qu'on suit les habitudes du service et il y a certaines choses qu'on va pas oser forcément demander alors qu'on aurait peut être bien fait et c'est vrai qu'en débutant on suit plus les habitudes du service. Je pense qu'après dans notre cabinet de généraliste on pourra demander tout ce qu'on veut mais après ici un bilan un peu trop important au niveau du coût, en fait on nous rappelle pas mal ça aussi, y'a tout un cout à l'hôpital et ils préfèrent cibler sur certaines choses, sur certaines problématiques aiguës.

B : C'est vrai que la liberté en terme de prévention elle est assez limitée pour des impératifs un peu économiques. On nous dit « oh là faut pas prescrire tout ça » et ça je pense que c'est dommage. Après je pense que chacun défend son service.

C : Et c'est une question de temps c'est vrai que des fois la durée d'hospitalisation.

B : « Oui ça ça serait fait plus tard c'est pas urgent ». Y'a des limitations par rapport à certaines choses. C'est pas moi qui gère le budget d'un service mais bon limite ok je dis rien.

D : (10s) Après je pense aussi qu'il faut faire attention à ne pas tomber dans l'excès et faire un PSA à tous les hommes qu'on rencontre à partir de l'âge de trente ans. C'est vrai qu'il y a des références médicales auprès desquels il faut essayer de s'accrocher. C'est vrai que plus tard on aura plus de facilités on aura moins de freins. Après moi je suis dans un service où il y a un médecin au contraire elle balance la sauce à chaque fois et on tombe sur des trucs, maintenant qu'est ce qu'on en fait. C'est pas toujours évident non plus de poser le pour et le contre. Chaque

prévention chaque dépistage c'est au cas par cas c'est toujours adapté au patient. Evaluer le rapport bénéfice risque.

B : Certaines préventions qui sont assez consensuelles normalement par exemple le pneumo 23 et c'est vrai que le vaccin pneumo 23 c'est un vaccin qui je trouve est très rarement fait et même des fois quand je l'ai fait dans le service « ah bon t'es sur c'est pas utile » Bah si si il y a des recommandations. Et voila en gros ça sera fait plus tard. Mais, par contre n'appelle pas le médecin traitant pour lui dire il va peut être mal prendre le truc parce que finalement tu n'as pas à lui dire ce qu'il faut faire. Donc finalement je ne sais pas si finalement il sera fait le pneumo 23.

C : Oui c'est dommage parce que finalement toi tu y as pensé ça aurait été un plus pour le patient

B : mais faut commander tout le machin et le patient sort demain ça sert à rien. Ah bon mais je le note quand même sur le courrier sortie ? Ba non car il va peut être mal le prendre si tu lui dis quoi faire. Donc du coup il ne l'aura pas en gros.

F : C'est médecin dépendant. C'est toujours selon les habitudes du médecin. C'est pour ça que ça dépend des services dans lesquels on tombe ça dépend de pleins de choses.

E : Je pense que l'on pioche un peu dans les habitudes de chaque service, ça dépend de notre parcours déjà en tant qu'externe parce que en tant qu'interne c'est un peu court mais oui si on est passé en cardio on a vu un peu les règles de prévention en cardio après on est passé en pneumo... On pioche dans tout ce qu'on a vu, on essaye de faire quelque chose de global mais selon le service ou l'on est on ne peut pas tout appliquer.

C : On aura peut être aussi plus de facilités en fin de cursus à prendre nos marques nous même par exemple pour le pneumo 23 quand tu seras 5ieme ou 6ieme semestre tu ne te poses pas de question tu le fais et puis voila.

B : Après peut être qu'en premier semestre on a moins de poids mais je ne sais pas comment ça se passe après pour les semestres un peu plus élevés. Mais en terme de liberté au niveau de la prescription examen de dépistage y'a un frein. Et pour des raisons d'ordre un peu économique parce que des fois je pense que les indications sont pas forcément connues de certains médecins du coup c'est une façon de se décharger en disant « c'est le généraliste » il a un rôle en prévention primaire et autre. Après il y a des examens comme l'hémoglobine glyquée en cardio ils la demande systématiquement, c'est vrai que des fois c'est peut-être pas forcément justifié. Je sais que dans les services vaut peut-être pas le demander tout de suite vaut mieux demander une glycémie à jeun avant car ça coute cher et en plus c'est pas forcément justifié. Ce qui est logique aussi quelque part.

A : Y'a des bilans biologiques qui d'entrée sont maintenant tout pré préparé maintenant depuis qu'il y a l'informatique chaque service à son bilan standard et à chaque fois c'est différent. Donc rien qu'avec ça c'est un peu la preuve que dans chaque service on va rechercher des choses différentes.

(15s) Pouvez vous me donner des exemples un peu plus précis à propos de votre pratique toujours en dépistage

prévention et éducation thérapeutique. Des exemples précis de votre pratique de tous les jours.

B : Par exemple quelqu'un qui a pleins de grains de beauté lui conseiller d'aller voir un dermatologue et en même temps jeter un coup d'œil un peu sur tout en lui disant de surveiller ça et d'aller voir un dermatologue assez régulièrement ou son généraliste en tout cas pour qu'il fasse attention. Après c'est vrai que peut être pas faire déshabiller le patient complètement mais regarder grosso modo s'il n'y a pas un naevus un peu bizarre. Et sinon quelqu'un qui semble un peu vasculaire peut être refaire un bilan lipidique, glycémie qui a peut être été faite y'a peut être pas très longtemps mais de là appeler le médecin traitant pour lui demander s'il a fait ça c'est un peu délicat aussi car ça fait un peu « excusez moi mais est ce que vous avez pensé à faire ça ? » Donc autant relancer le bilan et voir s'il n'y a pas un petit diabète sous jacent pas trop de cholestérol. Rappeler les règles hygiéno-diététique, ce qu'il ne faut pas manger. Après une diététicienne peut passer. Et demander toujours si les vaccins sont à jour. Je le fais assez souvent ça.

C : Moi je fais assez finalement vitamine D et albumine prealbumine chez les personnes âgées pour voir s'il n'est pas carencé. Après y'a la diététicienne qui passe assez facilement dans le service pour mettre un peu au point des apports, des compléments protéinés. Et la vitamine D il y a tellement d'études qui montrent le bénéfice que ça peut apporter chez la personne âgée que je la fait vite.

B et A : nous on n'a pas le droit

B : parce que ça coute cher donc si s'il y a une hypocalcémie ils sont carencés

C : Oui et tu les fais de façon quasi systématique.

A : Et ils sont tous carencés. Ca c'est ce qu'on nous dit. Mais ce qu'ils font c'est la calcémie l'albumine et prealbumine par contre.

B : Et je ne suis même pas sur qu'au niveau nutrition préalbumine, au niveau des dernières recommandations je ne suis pas sur que ça soit obligatoire.

A : La préalb elle diminue, assez rapidement plus rapidement que l'albumine après si ce sont des dénutritions qui datent, la préalbumine elle ne sert pas à grand-chose.

D : Moi je suis en gyneco donc c'est un peu particulier mais on a pas mal de grossesses sous pilule donc on a toute la prévention éducation à refaire. Car on se rend compte qu'il y a des personnes qui sont sous pilule mais qui n'ont jamais eu leur éducation de la pilule. En fait elles ont leur prescription de la pilule mais sans les explications en cas d'oubli, en cas de vomissements importants donc on a toute cette éducation là à refaire dans le service quand on leur remet leur pilule, pour leur réexpliquer la conduite à tenir en cas d'oubli pour éviter d'autres grossesses non désirées. Dans le service on se rend compte qu'il y en a pleins qui ont leur pilule mais elles ne savent pas spécialement quoi faire quand elles l'ont oublié finalement. On se rend qu'il y a pas mal de monde qui ne savait pas quoi faire dans ces cas là. On a appris à réexpliquer aux patientes en suite de couche pour éviter d'autres grossesses non désirées par la suite. Ou a faire une éducation sur les autres moyens de contraception qui existent car il y a des moyens de contraception qui ne sont pas connues de tout le monde non plus. Proposer

d'autres moyens de contraception et expliquer. Prendre le temps. C'est vrai que ça n'est pas toujours évident quand on est médecin généraliste car c'est vrai que ça prend du temps d'expliquer la contraception. C'est vrai que des fois la patiente, enfin je peux imaginer que la patiente en fin de consultation alors qu'elle vient pour autre chose et puis à la fin demande sa pilule. Parfois ça peut nécessiter une consultation que pour ça. Mais c'est vrai que ce sont des choses qu'on apprend pas forcément dans nos études de façon très importante.

Donc toi plus concrètement qu'est ce que tu fais, tu leur dis quoi à quel moment. A quel moment tu intervies à ce niveau là.

D : Après l'accouchement, on voit toutes les patientes par rapport à la visite post natale, par rapport à la contraception après l'accouchement, donc on revoit avec elles à ce moment là ce qu'elles désirent. On se rend compte aussi que des fois il y a des pilules prescrites alors qu'il y a des antécédents de diabète ou d'hypertension et ce ne sont pas toujours des pilules adaptées aux patientes. Des fois elles ont des pilules qui sont mises en place et après c'est pas rechangé alors qu'il y a d'autres choses qui arrivent au cours de la vie. On prend le temps de revoir la contraception à ce moment là, pendant leur séjour en suite de couche.

B : Après en terme d'éducation des fois quand on prescrit un médicament par exemple un antibiotique, prévenir le patient que c'est pas impossible qu'il y ai de la diarrhée, que c'est un effet classique, faut pas que ça le gêne de trop, voilà c'est connu. Les prévenir des effets indésirables. Je sais pas mais cet été j'ai eu une patiente qui a eu de la rifampicine pour une tuberculose, c'est vrai qu'on l'avait pas prévenue que ça colorait les urines en orange rouge et du coup elle était complètement paniquée. Et c'est là que du coup on se rend compte avec l'expérience que c'est important de prévenir de certains effets indésirables surtout que là c'est clairement noté dans nos cours en plus.

D : Nous aussi au niveau de l'implant, il y a des femmes qui se font poser l'implant on leur explique pas qu'elles peuvent avoir des saignements pendant quelques mois et du coup au bout de quelques mois elles en peuvent plus des saignements qu'elles ont elles veulent se faire retirer leur implant alors que peut être si on leur avait expliqué que ça pouvait arriver qu'il faut attendre 3/4 mois de voir au fur et à mesure si ça diminue avant de l'enlever elles n'auraient pas cette réaction là, elles ne désireraient pas l'enlever au bout de 2 mois alors qu'en fait elles n'ont pas vraiment laissé le temps à la contraception de se mettre en place. Dans les services y'a peut être des fois un défaut d'explication du traitement qui est mis en place.

A : Ou il faut toujours dire les effets positifs et négatifs aussi et ne pas cacher au patient les effets indésirable d'un médicament parce que sinon il risque d'avoir des problèmes après et puis pour l'observance aussi ça joue pour le traitement.

B : Je pense aussi qu'il y a des gens qui évitent de le dire, certains médecins... ??? Faut dire « oui ça va marcher sur l'infection ça va être parfait, mais peut être une petite diarrhée mais minime. »

A : Les antidépresseurs chez les patients avec des troubles du comportement alimentaire alors que ça fait grossir c'est vrai que c'est un peu compliqué. Je sais qu'a Fiessinger 2 y'avait pas mal

ce genre de problèmes et on leur disait pas toujours que ça allait les faire grossir parce qu'on ne pouvait pas, c'était compliqué dans leur maladie, il y aurait eu une non observance aussi.

D : et c'est vrai qu'on apprend ça maintenant, maintenant qu'on est interne je pense, ce n'est pas des choses qu'on apprend dans nos cours finalement.

B : savoir si oui ou non il faut parler des effets indésirables. Pour certains médicaments normalement on se doit avant de prescrire d'informer d'un risque exceptionnel mais on se dit que si on le dit la personne va prendre peur.

A : Si on devait informer de tous les effets indésirables des traitements !

B : Je crois que le protelos ça peut donner des toxidermies assez graves mais c'est très rare et je crois que ça fait parti des trucs ou on se doit d'informer le patient avant la prescription que ça peut entraîner ce genre d'effets, mais en même temps on ne le fait pas. Après pour tout ce qui est de la prévention par rapport à l'alcool et au tabac, c'est vrai que dans mon service c'est très fréquent et c'est vrai que de proposer le sevrage tabac systématiquement car on sait que les deux associés ça permet d'améliorer l'abstinence de l'alcool et du tabac parce que même proposer déjà le sevrage tabac même en cabinet de ville, on sait que après la personne y réfléchit et que c'est associé à la diminution de tabac dans tous les cas je crois. Et comme ce sont des addictions très fréquentes, qui entraînent pas mal de maladies autant y penser.

F : Nous dans le service on fait beaucoup de chimio donc c'est beaucoup de prévention des effets secondaires. Tout ce qui est nausées vomissements etc. etc. Et puis faut éduquer le malade, déjà lui dire qu'il va certainement vomir même si on a des traitement qui font que maintenant ça va mieux mais qu'il y a potentiellement un risque et faut l'éduquer au fait qu'il doit prendre sa chimio tous les jours qu'il ne faut pas qu'il l'arrête parce qu'il est parti en voyage ou autre chose. On joue un rôle d'éducation du patient vis-à-vis de sa chimio.

Qu'est ce que vous vous savez le mieux faire et le moins faire dans ce domaine éducation et prévention.

E : Moi j'ai plus l'expérience des patients diabétiques qui viennent pour des découvertes de diabète. Je pense que c'est l'éducation la plus facile car on peut s'appuyer sur un cours, sur quelque chose d'assez carré après y'a une information à adapter au patient. Après en terme de dépistage c'est plus une histoire de connaissance, c'est quelque chose auquel je ne pense pas ou ne sait pas dépister, moi je pense que c'est la dessus que je suis peut être le moins bon.

Tu as des exemples précis ?

E : Dans le domaine des maladies de rhumatologie par exemple, je fais systématiquement appel au rhumatologue qui passe dans le service, je ne pense pas à demander des examens comme des antigènes, j'ai un peu de mal à demander ça. J'ai besoin de conseils pour savoir ce à quoi je dois penser. Après en prévention je trouve que ça va, je ne sais pas je pense à l'anti

coagulation, penser à mettre une anti coagulation chez le patient alité pour prévenir des complications.

Pour toi c'est quelque chose qui est acquis que tu sais bien faire ?

E : Non je pense qu'il y a encore des lacunes mais que ça vient progressivement qu'il y a des reflexes à avoir que j'ai pas forcément et que ça vient avec l'expérience. Mais pour moi l'éducation il y a peut être plus de facilités, prévention un peu moins bien et dépistage...

Vous pensez tous la même chose ?

B : Moi je dirais tout ce qui est dépistage où il y a vraiment des bases théorique, c'est de tel âge à tel âge etc., à la limite il faut se référer aux recommandations actuelles, par exemple les vaccins pour les voyages, on ne va pas tous les connaître par cœur mais il y a le BEH et on se réfère à ça. Après le plus dur c'est les PSA augmentées chez quelqu'un qui a plus de 80 ans. On est obligé de lui dire les PSA sont augmentées mais qu'est ce qu'on fait.

D : Pourquoi ils ont été faits au départ.

B : Et c'est compliqué de savoir après qu'est ce qu'on en fait. Après dans l'éducation des fois je pense que juste l'information orale ne suffit pas. Comme dire les règles hygiéno diététique à un patient même si elles sont omniprésentes un peu partout dans les médias des fois ça ne suffit pas. Je trouve qu'il devrait y avoir des supports papier ça serait beaucoup plus simple avec les aliments à éviter même si chez les personnes âgées faut pas de régime. C'est vrai que des fois c'est pas évident chez un diabétique qui a 85 ans qui est plutôt en bon état on conseil de ne pas mettre de régime diabétique. D'autres au contraire disent que non qu'il n'est pas en mauvais état et que ça peut être bon qu'il n'ait pas des glycémies trop élevées. A manier à partir d'un certain âge des fois c'est pas évident.

C : Je pense que c'est l'adaptation à la personne qu'on a du mal pour l'instant. Moi je pense que je n'ai pas assez de recul pour adapter suffisamment mon discours à la personne. Il y a des informations que l'on pense faire passer et puis finalement on n'a pas été efficace pour faire passer l'information car on n'a pas su se mettre au niveau de la personne. On a des connaissances pour l'instant qui sont assez brutes et on n'a pas assez d'expérience pour pouvoir tout faire passer.

A : Mais ce qu'on fera plus tard au cabinet en pratique quotidienne ça sera un mélange de tout ce qu'on aura appris pendant l'internat et il y a des choses que l'on va demander plus facilement que d'autres en fonction de ce qu'on aura appris aussi. Y'a peut être des choses auxquelles on ne pensera pas forcément et donc qu'on fera plus systématiquement. Je pense qu'il y a peu de MG qui arrivent à être parfait dans leur dépistage par rapport à certaines choses chez les patients. Après si tout était recherché tout le temps ça aurait un coût donc c'est assez complexe finalement.

B : Là où il y a une base consensuel comme dépistage du cancer du sein à la limite on propose et après c'est toujours le patient qui décide au final. C'est justement là où il y a pas de consensus c'est plutôt relationnel. Et finalement on est peut être trop jeune

pour avoir une bonne idée là-dessus. Et après pour faire passer le message de prévention, tout ce qui est règles hygiéno diététique et tout ça, ça peut se faire car on connaît à peu près tout ce qu'il faut éviter de manger et ce genre de choses. Après avoir une information écrite en plus ça peut être pas mal ou même sur les effets secondaires des médicaments pour qu'il y ait une trace qui reste. Par exemple par rapport à la pilule car le médecin a peut être pu informer et la personne qui a reçu l'information a finalement oublié ou n'a pas très bien compris et n'a pas pu s'assurer de savoir si elle avait compris. A Flora Tristan ils font de temps en temps des petits power point qui montrent à la patiente ce que tu dois faire si tu oublies ta pilule, ça permet de vérifier les connaissances. Ça peut être une technique et il y a pleins de techniques par rapport à l'éducation, et y'en a pas une qui est meilleur que l'autre mais ce qui est sûr c'est que l'information juste brute orale ne suffit pas pour certaines choses et que pour l'instant c'est en fonction de ce qu'on voit dans les services où on peut se dire ça c'est une bonne idée comme le power point ça c'est une bonne idée surtout la pilule ça passe surtout par le rappel, c'est de l'information finalement. Voir s'il n'y a pas de perturbations biologiques et vérifier la tension. Pour l'instant ce n'est pas évident car comment faire passer l'information, comment s'assurer que la personne a vraiment bien compris.

Essaye de développer là-dessus, pourquoi tu dis que ça n'est pas évident.

B : Parce qu'on nous dit effectivement éducation donc faut faire passer les informations mais sous quelle forme, parce que la forme orale c'est bien mais si la personne n'a pas compris et qu'elle n'ose pas le dire, comment on s'en aperçoit, est ce qu'il faut lui poser des questions après ? Souvent les patients qui sont constipés, je leur demande, « est ce que vous savez les règles de base pour éviter d'être constipé ? », donc ça permet de voir un peu déjà ce qu'elles savent et puis les idées reçues. Et puis après on adapte un peu. Et du coup en faisant comme ça je me dis que l'information juste orale va peut être mieux rentrer qu'en balançant de façon brute toutes les règles hygiéno diététiques, les fibres et compagnie, car qu'est ce qui va rester finalement dans quelques mois.

D : Surtout qu'on se rend compte maintenant qu'avec internet les patients arrivent avec des idées préconçues et il faut prendre le temps de remettre les choses en place, et ce n'est pas toujours évident.

A : Dans certains services il y a des groupes de parole. Par exemple en endocrino il y a des groupes de parole concernant tout ce qui est alimentation. C'était à thème et ils échangeaient entre eux, leurs connaissances la dessus avec quelqu'un pour rappeler, et je trouvais ça pas mal. Du coup ils osaient plus facilement parler ça n'était pas un face à face avec un médecin. Mais ça n'est pas possible de réaliser ça à chaque fois.

B : Après c'est un problème de temps. C'est-à-dire que quand on fait une visite et qu'on essaie de lâcher quelques infos et règles hygiéno-diététiques, on ne peut pas non plus passer 3/4 d'heure alors que c'est ce qu'il faudrait lors de séances d'éducation comme par exemple en diabète. Mais ce n'est pas possible donc du coup on lance l'information et on se dit c'est bon j'ai fait mon boulot, et au fond après en réfléchissant on se dit...

C : C'est vrai que souvent on lance l'information le jour de la sortie quand on donne les papiers de sortie, on balance un peu l'information et finalement les patients ils savent qu'ils sortent et ils n'écoutent pas forcément à ce moment là ce qu'on a vraiment à leur dire. Et nous on prend peut être pas assez le temps.

B : Par exemple un patient qui a pleins de grains de beauté on lui conseille d'aller voir un dermato mais après est ce qu'il va vraiment le faire ? Je ne vais pas forcément le noter pour le médecin traitant. Je vais pas lui dire faudrait conseiller à votre patient d'aller voir un dermato et on ne va pas non plus prendre le rendez vous dermato à sa place car ça l'infantilise. Mais quelque part on se dit qu'on a au moins fait quelque chose. Est-ce que c'est suffisant ? Je pense pas mais comment le faire mieux, une information écrite, donner des petites brochures, ça peut être pas mal aussi mais on n'a pas forcément tout sous la main, en tout cas à l'hôpital.

Vous êtes confronté aux mêmes styles de problèmes ?

C : moi je pense qu'il ya des reflexes que l'on acquiert au fur et à mesure. Nous on met pas mal de corticoïde. Corticoïde faut penser toujours dextro, donner du calcium pour l'ostéoporose. Ce sont des reflexes que je n'avais pas forcément lors des premières corticothérapies que j'ai prescrite. Ce sont des reflexes que l'on acquiert au fur et à mesure. Mais de nouveau c'est stage dépendant et médecin dépendant.

Pour vous à quoi sert le médecin dans la prévention éducation et dépistage ?

A : Je pense que c'est le pilier central de toutes les éducations des spécialistes qu'il aura vu et avec son éducation à lui. Et c'est un pilier central qui doit systématiquement poursuivre l'éducation et répéter les choses. Et c'est lui qui va coordonner tous les examens de dépistage et tout ce qui est information au patient .

B : C'est lui qui doit s'assurer que tout le dépistage qui est à moitié fait pour tel organe dans tel service, s'assurer que ça soit bien fait au final et que rien ne soit oublié, comme les vaccinations même si avec le logiciel informatique maintenant on voit quand faut faire les vaccins et les frottis ou autre chose comme ça. Comme il connaît le mieux le patient finalement, sauf s'il est nouveau, il peut reformuler les choses, s'adapter au patient. Parce qu'il le connaît mieux il va mieux faire passer certains messages, sous telle forme qui est plus adaptée qu'un médecin d'un service qui voit le patient une fois. Comme donner une brochure à quelqu'un, s'assurer qu'il sache lire. Je sais que c'est rare. Donc du coup une information orale c'est plus important que donner une brochure.

C : Moi je pense qu'il est là pour évaluer la compréhension du patient par rapport à ce qui a été dit.

B : Mais essayer d'évaluer la compréhension du patient en posant une question pour savoir ce qu'il sait, pour essayé de combler les lacunes ou les fausses pensées par rapport à certaines choses.

A : C'est un interlocuteur plus proche pour le patient car il le connaît depuis des années donc il y a certaines choses qui

peuvent être éclaircies avec le généraliste, alors que le patient n'a pas osé poser ses questions à un spécialiste et du coup il en parlera à son médecin.

F : C'est peut être lui qui peut le plus participer à l'éducation du patient parce que il le connaît depuis longtemps, il sait comment il fonctionne, il sait s'il va suivre les règles hygiéno diététiques ou pas. Il fait le lien entre les spécialistes et en plus il est là pour savoir exactement si ce qu'on lui propose lui convient ou pas.

E : Ca rejoint ce qu'on disait tout a l'heure avec les médecins dans les services, « nous on laisse ça pour le généraliste, il verra ». C'est le rôle de coordonner tout ce qui est fait dans les différents services à l'hôpital. Et adapter ça au patient, parce que le médecin généraliste le connaît mieux. Le spécialiste ne prend pas forcément le temps de bien le connaître, lui va lui délivrer une information qui va lui servir, qu'il va comprendre. C'est plus un rôle de proximité, rassembler toutes les informations qui sont données, reformuler.

D : Moi je trouve que le plus du médecin généraliste c'est qu'on voit le patient sur beaucoup moins de temps mais finalement sur beaucoup plus de temps, donc on peut s'assurer sur ce qui a ou non été compris, revoir avec le patient alors qu'à l'hôpital on disait c'est une information brute qui est donnée, même s'il y a des papiers et s'assurer que les règles de prévention primaires sont comprises. C'est le médecin généraliste qui va s'assurer de ce qu'il faut revoir au fur et à mesure selon ce que le patient à compris, a acquis et tout ce qu'il faut revoir avec lui.

B : C'est le principal référent en matière de prévention éducation dépistage. Beaucoup plus que les médecins hospitaliers ou les spécialistes qui gèrent le problème aigu et la prévention dépistage mais de leur organe.

C : Et c'est lui qui est au centre de la prévention primaire. C'est un rôle central pour divulguer l'information et s'assurer qu'il a bien compris celle des spécialistes.

Quelles compétences doit avoir pour vous un médecin généraliste pour faire de l'éducation thérapeutique.

D : Etre à l'écoute de son patient et intégrer son patient dans sa prise en charge.

Tout le monde : l'écoute.

B : Et puis bien connaître le patient ce qui n'est pas toujours évident lorsqu'un médecin vient de s'installer, mais bien connaître le patient pour savoir un peu quelle information délivrer. Pour l'ostéoporose par exemple il y a toujours pleins de médicaments, mais si on sait par avance qu'un patient ne va pas le prendre, parce qu'il y a des gens qui n'aiment pas les médicaments, est ce finalement si judicieux que ça de lui proposer tout un tas de médicaments. C'est plutôt le médecin traitant qui va pondérer les choses alors qu'à l'hôpital, on leur met ça sans demander leur avis.

A : L'important est de créer une relation de confiance avec le patient

C : Un peu un rôle de négociateur.

D : Et savoir étaler l'information car on sait qu'on ne voit pas le patient qu'une seule fois donc fixer des objectifs à certaines

consultations et revoir à une autre consultation pour insister sur d'autres points. Prendre le temps pour chaque chose plutôt que de noyer l'information en disant tout en une fois.

B : Et puis peut être à chaque consultation même si c'est pour autre chose toujours un message de prévention qui laisse une porte ouverte pour que le patient se dise qu'il peut en parler, une relation de confiance. Quelqu'un qui a eu une relation sexuelle non protégée après faut avoir confiance pour en parler au médecin.

C : un rôle d'écoute et aussi un rôle pédagogue. Ne pas juger le patient qui a eu un rapport sexuel à risque en lui disant « c'est pas bien ». Ça s'apprend aussi au fil du temps car certaines situations pour lesquelles on aurait du mal à répondre pour l'instant. On n'a pas forcément assez de recul.

B : Moi je pense, que ça doit faire partie de l'activité importante du médecin généraliste, car si à chaque consultation il doit avoir un message en terme d'éducation, ça doit être une grosse partie de son boulot à mon sens, pour vraiment coordonner le tout et tout réexpliquer les choses, reformuler. Ça prend pas mal de temps mais ça fait partie de son job.

C : Et pour certaines populations ce n'est pas forcément évident. Moi je me suis retrouvé à une consultation avec des adolescents, et on n'en n'a pas forcément l'habitude et c'est pas évident. Et le médecin généraliste, c'est le seul médecin que les adolescents voient pendant cette période de leur vie. Ils vont rarement chez les spécialistes. Et je me suis retrouvé à ne pas savoir répondre à certaines questions, car ils avaient un discours particulier et je n'arrivais pas à me placer par rapport à eux. Et c'est avec le temps et l'expérience que ça viendra peut être. J'étais en consultation avec un autre médecin et je me suis dit heureusement que je ne suis pas toute seule, je me suis sentie un peu dépourvue par rapport à leur discours.

D : Et en même temps en tant que médecin généraliste, c'est important de savoir déléguer quand on se sent un peu dépassé. Par exemple un patient qui vient « on a découvert un cancer du poumon chez mon père est ce que ça peut m'arriver est ce héréditaire ? », ne pas balancer des informations brutes mais dire « écoutez je ne sais pas trop, faut se renseigner avec le pneumologue, je peux vous adresser à tel spécialiste qui sera peut être mieux vous répondre que moi ; sans forcément lâcher le patient mais un rôle d'écoute et de réassurance tout en sachant déléguer quand on se sent dépassé par certaines situations.

F : savoir faire le lien entre le patient et les spécialistes. A la fois quand on a dépisté quelque chose et qu'on veut que ça soit exploré plus profondément mais aussi savoir ce que le patient a compris de ce que le spécialistes lui a expliqué. Savoir ce qu'il a vu sur internet pour pouvoir aller réexpliquer. C'est un rôle de lien. Et même dans l'éducation il doit connaître le patient et c'est quasiment le seul, un pilier de l'éducation.

C : Et il faut accepter de ne pas savoir répondre à toutes les questions des patients.

F : ça fait partie du rôle du MG aussi. D'être humble vis-à-vis de ses connaissances.

D : Et parfois prendre le temps de dire, je vais me renseigner, on en reparlera ça une autre consultation. Car on ne peut pas savoir tout sur tout sur toutes les pathologies.

Pouvez-vous me citer d'autres compétences ?

B : savoir communiquer.

C : Le côté pédagogue.

B : Ne pas avoir peur d'aborder certaines choses mais également connaître ses limites. Quand on ne sait pas ne pas donner une réponse pour faire semblant de savoir. Et cela ne dérange pas les patients finalement car des fois ce qu'ils reprochent au médecin c'est de ne pas accepter de ne pas savoir. Ils acceptent que l'on dise « ça n'est pas dans mes compétences, vous poserez la question au spécialiste qui vous suit »

E : La disponibilité. Savoir prendre un peu plus de temps quand il y a besoin.

B : Toujours garder un petit temps dans la consultation pour rappeler certaines choses. Mais quand il y a trop de consultation ça n'est pas évident de faire un peu de prévention à chaque fois non plus. Surtout les gros mois d'hiver. Mais toujours essayer de prévoir un petit temps pour discuter. A la fin de la consultation demander « si par rapport à ça vous avez des questions, » et reprendre s'il y a des points un peu obscurs.

D : Il faut aussi savoir quand une patiente vient par exemple pour une grippe, lui dire « au fait cette fois ci on aurait du faire le frottis », quand on va se revoir la prochaine fois on en reparlera plus. Savoir prendre du temps pour allonger la consultation quand il y en a besoin mais savoir aussi reporter à une autre fois quand ce n'est pas urgent ou quand il y a du monde derrière sans forcément fermer la porte et dire là vous m'embêtez aujourd'hui, on, verra ça plus tard.

B : En même temps quelqu'un qui vient pour une gastro et à la fin lui dire qu'il faut faire un frottis, ça fait pas trois ans ce n'est pas génial.

D : Oui mais dans ces cas là à la fin de la consultation lui dire que la prochaine fois on fera le frottis.

Quelle est la place du patient dans la prévention et l'éducation. Sa place par rapport au médecin.

D : Il faut qu'il ait un rôle actif. Qu'il soit conscient qu'on ne fait pas ça pour l'embêter. Comme la mammographie, leur expliquer que ça n'est pas un examen agréable mais que c'est important pour elles. Qu'ils se disent qu'ils font pas ça parce que le médecin m'a dit mais parce que c'est un plus pour moi.

B : Une place au premier rang s'il l'accepte finalement. Si les patients ne sont pas prêt à recevoir l'information, ou des examens de dépistage, pas être prêt à être actif dans leur prise en charge, ne pas les forcer ne pas faire contre leurs grés. Faut qu'ils soient au premier rang actifs mais uniquement s'ils le veulent.

A : Et les patients peuvent être aussi demandeur d'examen car il y a pas mal de publicité sur tout ce qui est dépistage. Parfois ils viennent d'eux même demander des examens alors qu'ils n'ont pas encore l'âge du dépistage.

C : Il faut savoir poser des limites et réexpliquer l'intérêt du dépistage ou non aussi.

B : Acteur mais pas consommateur. Pas de je veux avoir mon IRM parce que mon voisin l'a eu.

F : Le MG a plus un rôle d'encadrement dans l'éducation. Il fixe les limites pour certaines choses et montre le chemin pour d'autres. Je vois ça plus comme un encadrement. Comme la personne qui marche elle est active et le MG est là pour lui dire attention là il y a un obstacle attention à ne pas tomber. Mais le patient continu à être actif dans sa prise en charge, il continue à marcher.

B : Le MG propose et le patient dispose en qq sorte.

Avez-vous d'autres exemples pour illustrer que le patient doit être actif dans les activités de prévention dépistage et éducation.

B : Parce que même si on lui rappelle de ne pas manger trop de sucre et trop de gras, s'il n'a pas envie de le faire il ne le fera pas et ça ne marchera pas. Si on lui conseil de faire du sport et qu'il n'en fait pas. De base c'est lui qui doit être actif car c'est lui qui fait le gros du travail.

C : Une patiente qui est en bonne santé et qui ne vient voir son médecin que pour les frottis, c'est à la patiente de prendre rendez vous et non pas au médecin de la convoquer pour le faire. Le patient doit se prendre en charge et vienne aux rendez vous. Il y a des patients qui viennent régulièrement et d'autres qui ne viennent que pour quelque chose de particulier. C'est différent selon les populations. Les patients qui ont un traitement chronique, c'est plus facile de faire une éducation et une prévention car on les revoit régulièrement. Que d'autres personnes qui viennent lorsqu'elles ont un problème bien particulier, c'est peut être moins facile à ce moment là de faire passer des informations.

B : Il faut que le patient se sente responsable de sa santé et de sa prise en charge. Faut qu'il prenne ses responsabilités.

Et comment vous pouvez les amener à se sentir responsable

B : C'est expliquer l'enjeu du dépistage. Pour le frottis, c'est pour diagnostiquer un cancer du col qui peut être potentiellement grave. Les responsabiliser par rapport au risque de leur santé à venir. En les informant de l'intérêt du dépistage qu'est ce que ça recherche et qu'est ce que ça peut éliminer si on le refait régulièrement. Qu'est ce que ça peut empêcher. Par rapport au diabète cholestérol, qu'est ce que ça peut entraîner à la longue. Pour le cancer du poumon on verra bientôt des images sur les paquets de tabac de personnes qui ont des morceaux de gorge en moins, mais déjà leur expliquer ce qu'ils encourent s'ils fument. Voire même leur parler statistique, il y a des personnes qui aiment bien connaître les chiffres, ça peut être utile.

C : En même temps en tant que patient ça peut faire peur aussi. Faut dépister ça car on peut vous trouver ça...Et bien ils peuvent répondre qu'ils n'ont pas envie de le faire.

B : Ca dépend de chaque patient

E : il y a des patients que tu vas intéresser sur tel risque ou tel avantage qu'il aurait à suivre ce traitement. Pour le diabète, une perte de poids. Pour quelqu'un qui est sensible à son image lui dire que ça serait bien qu'il perde du poids pour son diabète. Lui faire faire des graphiques, quelque fois il y a des patients pour les intéresser on leur fait faire des graphiques, ça les aide à s'investir ils aiment bien contrôler. Il faut trouver des fois des moyens d'intéresser le patient à sa maladie. Il y en a qui s'en fiche, qui ont leur maladie, qui vivent avec. Ca s'aggrave sans qu'il s'en rende compte. Tant pis. Tant qu'il n'y a pas de grosses complications, ils s'en occupent pas.

C : C'est la même chose que l'on disait tout à l'heure avec les PSA chez la personne âgée. Si on les trouve élevés à 8 alors qu'il n'avait aucuns symptômes, qu'est ce que ça nous apporte d'avoir fait les PSA.

B : Quelqu'un qui a des problèmes de rétine lui dire qu'à la longue le diabète peut entraîner des problèmes de rétine et lui faire perdre la vue. Il ne faut pas cacher les choses surtout que maintenant avec internet ils voient des choses qui leur font beaucoup plus peur que ça. Ou avertir quelqu'un qui aime bien faire du sport par rapport à l'artérite, « vous savez monsieur si vous continuez à fumer vous risquez ne plus réussir à en faire »

E : Essayé de concerner le patient car si on lui parle d'un risque qui lui parait lointain qui arrive de temps en temps et pas tout le temps, il va écouter ce qu'on a à lui dire mais pas l'enregistrer comme s'il se sentait vraiment concerné. Il faut que ça soit quelque chose qui le touche.

B : Surtout pour les maladies chroniques qui évoluent lentement ils se disent que ce n'est pas bien grave si je ne fais pas attention aujourd'hui je ferai plus attention demain.

C : Et en même temps c'est plus facile de le faire rentrer la dedans quand il a déjà un pied dans la maladie. Dans le diabète il a déjà quelque chose et c'est pour éviter que ça s'aggrave. Alors que les PSA ou le frottis...tu n'as aucun signes...faut comprendre qu'ils n'aient pas envie. Et comment impliquer la jeune fille tous les 3 ans à faire son frottis. Il n'y a pas beaucoup d'argument pour l'intéresser.

B : L'argument pour le vaccin c'est si on vaccine tout le monde, l'impact de la maladie va diminuer et c'est important pour les autres. C'est une responsabilité collective qui peut jouer des fois. Ou le tabac pour la grossesse. Ca il faut juste le rappeler car tout le monde le sait. Peut être en rappeler à la responsabilité collective car individuellement il y a des gens qui s'en fiche de leur santé.

A : L'importance des medias. Ca peut entraîner des dialogues entre les gens. Il y a beaucoup de connaissances du patient vis-à-vis du dépistage par le biais des medias. Ca nous aide beaucoup. Car il y a plus d'images choc. Ca peut être fait d'une bonne manière. Après c'est à nous de donner des dépliants sur certains trucs, leur donner des explications plus claires.

C : C'est là qu'on a un vrai rôle de négociateur. L'intéresser, l'impliquer et si ça ne l'intéresse pas essayer de trouver autre chose, y aller par une voie détournée. Lui dire qu'on le fera la prochaine fois, le garder dans un coin de la tête.

A : Essayé d'autonomiser le patient

B : Car au final c'est sa santé, donc c'est à lui de trouver sa place.

E : Si on laisse le patient passif, à lui dire vous allez faire tel et tel examen, sans lui expliquer la finalité ou sans le responsabiliser, il va suivre une ou deux fois et après il va arrêter. « Moi je ne sais pas à quoi ça sert ce qu'il me propose, je laisse tomber. Il faut le responsabiliser. »

Dans votre activité de médecin, quel importance cela représente t il ?

A : C'est un rôle majeur du MG. C'est le pilier dans la prise en charge du patient. C'est un rôle essentiel dans l'éducation et le dépistage.

B : Moi dans mon activité de tous les jours, je sais que ça concernera une grosse partie de mon travail donc j'essaie dans le dépistage de rassembler tout ce que j'avais eu en tant qu'externe, les facteurs de risques CV, les vaccins. J'essaie de toujours revoir ce qu'on peut faire par rapport à ça, ce qui n'a pas été fait même si dans les services on ne peut pas avoir tous les examens complémentaires de dépistages et qu'on n'a pas le temps mais j'essaie quand même de faire attention à ça car je pense que ça fera partie du gros du boulot plus tard.

D : Moi aux urgences quand je fais un courrier au médecin traitant pour les patient non hospitalisés, j'essaie d'en reparler quand le patient n'est pas au courant et qu'on n'a pas le temps aux urgences, j'essaie de remettre dans le courrier d'en reparler au patient mais si des fois ça peut ne pas plaire mais des fois on peut passer à côté de certaines choses. J'essaie d'intégrer que plus tard je serai généraliste et que dans notre activité hospitalière, on ne peut pas mettre en œuvre ce que plus tard on pourra mettre en place dans notre activité mais par petites bribes essayer de petit à petit y arriver car ce n'est pas d'un seul coup qu'on y arrivera.

B : Je pense que c'est bien de s'habituer assez tôt à intégrer tout ça parce que si on ne l'a jamais fait, le jour où on devra le faire ça sera plus compliqué, car ce ne seront pas des automatismes alors que si on le fait avant, y penser en plus du problème aigu ça sera plus simple dans les activités de tous les jours d'avoir ces reflexes là. Comme la prescription des corticoïdes, la prévention des effets secondaires après tu y penses sans problème.

ANNEXE 9 VERBATIM Groupe Intermédiaire

Qu'est ce qu'évoquent pour vous le dépistage la prévention et l'éducation du patient ? Est-ce que vous pouvez m'en donner des définitions ?

La prévention c'est l'acte consistant à faire qu'un sujet non malade ne le devienne pas.

Il y a plusieurs actes de prévention. Prévention primaire secondaire et tertiaire. Ce que tu as dit c'est plus la prévention primaire. La prévention secondaire ce sont les actes à faire pour éviter qu'une maladie une fois installée s'aggrave.

C'est expliquer au patient la façon de gérer un régime pour éviter certaines conséquences, soit son traitement, quand est ce qu'il faut le prendre à quelle heure qu'est ce qu'il faut faire ou ne faut pas faire ou faire en fonction de ce traitement. La surveillance qu'elle soit biologique ou médicale. Le rythme avec lequel on le revoit.

C'est toutes les informations qu'on peut donner aux patients pour qu'ils puissent prendre en charge leur maladie.

Ce sont des conseils sur des conduites pour éviter d'être malade ou d'aggraver une maladie déjà existante.

On peut voir aussi l'éducation comme l'éducation par rapport au recours au médecin, quand est ce qu'on a recours au médecin. Un travail de longue haleine aussi. L'éducation par rapport à la conduite à tenir face à une rhinite simple chez un nourrisson par exemple. Ce n'est pas que l'éducation thérapeutique par rapport à une pathologie donnée. Ca peut être l'éducation d'une patientèle aussi. Par rapport au mode de consommation du médecin.

Une recherche d'autonomie du patient. D'augmenter l'autonomie du patient par rapport au médecin.

Dans l'éducation il y a aussi une certaine manière d'informer le patient sur certaines choses qu'il ne sait pas. Et à travers cette éducation favoriser l'observance et l'adhérence à un traitement donné notamment des conseils, des règles hygiéno-diététique qui peuvent lui servir dans le ralentissement d'une maladie chronique par exemple.

L'éducation c'est la répétition de tous ces conseils plusieurs fois. C'est savoir leur redire et ne pas s'abstenir de leur redire plusieurs fois.

On peut vérifier s'ils ont bien compris aussi.

Comment avez-vous appris ce qu'était la prévention et l'éducation ? A quelles occasions et face à quels problèmes avez-vous appris en pratique avec des exemples ?

C'est surtout pour des maladies chroniques, le diabète par exemple. L'éducation du traitement pour favoriser l'observance, la prise des antidiabétiques oraux par exemple dans quelles conditions ne pas les prendre. Sinon au niveau de l'explication des règles hygiéno-diététiques, principalement le régime, l'exercice.

C'est comme tu disais tout à l'heure c'est pour faire en sorte que le patient soit autonome.

C'est aussi expliquer ce qu'est la maladie parce que en général ils ne ressentent rien ils ne se sentent pas du tout malade. Leur expliquer les risques.

Dans le diabète il y a la phase diagnostic, expliquer au patient ce que l'on recherche en faisant la glycémie. Une fois qu'on a fait le diagnostic, expliquer au patient qu'il est diabétique et ce qui va en découler. Ca peut se faire en amont aussi quand on le pressent. On le voit bien par rapport au profil du patient, aux antécédents familiaux par exemple. Les autres facteurs de risque cardiovasculaire, on prépare le terrain aussi. Notamment au niveau des règles hygiéno-diététique. Je pense que ça se fait au long court aussi. Une fois le diagnostic de diabète établi le but c'est qu'il ait déjà une idée sur ce que peut être le diabète, pas seulement dans les chiffres. Et une fois que le diabète est là, enclencher tout ce qui est protocolaire, le suivi annuel, surveillance des complications. D'organiser le suivi, la coordination avec le spécialiste. Et puis l'éducation dans le sens gagner en autonomie au maximum en fonction de la compréhension du patient, sur ce qu'il ressent lui, en fonction de son environnement. Et préparer le passage à l'insuline, c'est important, très tôt. Lui dire que c'est une maladie évolutive.

L'éducation sur tout ce qu'il doit lui faire consulter en urgence. L'acidocétose, lorsqu'il y a besoin d'insuline par exemple. L'hypoglycémie avec le ressucrage.

Avoir des objectifs dans des maladies complexes comme ça, avoir des objectifs simples. Peut être au départ les revoir souvent. C'est ce que j'ai vu en stage prat par exemple. On essaye de globaliser et de tout faire en même temps pour ma part en tout cas. Et après on va donner des objectifs simples par consultation en fonction de la compréhension du patient. Une consultation juste pour les AVK, une consultation juste pour l'insuline par exemple. Dans l'éducation ça peut nous paraître très basique et c'est en fait nécessaire.

L'idée étant à chaque fois de leur faire prendre conscience de l'intérêt des conduites à tenir. Et des risques de ce qu'ils encourent s'ils ne tiennent pas compte de ce qu'on leur dit.

Et justement s'ils ne tiennent pas compte de ce que tu dis comment tu fais.

On répète, on répète.

Et on essaye de s'intégrer dans son environnement.

Trouver des points de motivations. Quelque chose qui pourrait motiver le patient. Soit en expliquant les risques ou alors perdre du poids par exemple.

Il faut aussi fixer des objectifs qui soient à leur hauteur car il y a certains patients qui ne voudront pas entendre certains objectifs donc ça ne sert à rien de viser trop haut, on sait qu'ils ne les écouteront pas. Il faut des objectifs un peu plus bas par rapport à

leur maladie ou par rapport à l'éducation générale. Mais il faut au moins que ça, ça soit observé.

Adapter les objectifs et se faire aider, trouver des accroches avec la diététicienne avec un autre professionnel.

Il faut déjà trouver un objectif en commun avec le patient. Faut pas avoir un objectif strict comme on peut avoir dans les recommandations, il faut déjà avoir un objectif qu'on puisse atteindre, ça lui donnera l'impression de s'engager, d'avoir une réussite. Après on pourra passer dans un second temps à un objectif un peu plus important. Et se rapprocher progressivement vers l'objectif théorique, comme on peut retrouver dans les recommandations. On peut évidemment s'aider de plusieurs acteurs. A force de répéter si on voit que le patient n'arrive pas vraiment à suivre les conseils qu'on lui donne on peut essayer de voir avec une deuxième personne comme le diététicien ou le cardiologue. Dans le cadre du diabète, le fait d'avoir plusieurs personnes qui disent le même conseil ça peut lui permettre d'adhérer un peu plus au traitement. Et si malgré tout ça on n'arrive pas à le centrer sur les facteurs de risque faut essayer de voir pourquoi ça n'évolue pas et comment ça pourrai évoluer. Maintenant en pratique c'est vrai que ça prend beaucoup de temps.

Moi je pense qu'en prévention il est important de répéter les choses comme un peu un entretien motivationnel dans le cadre de l'arrêt du tabac et l'arrêt de l'alcool. Pour qu'au fur et à mesure ça rentre dans l'esprit du patient. Et peut être qu'à un moment donné de sa vie il va avoir un déclic. Faut pas le lâcher, faut pas le forcer. Faut rester le plus neutre possible, ne pas dire voilà c'est important sinon vous allez mourir, des choses auxquelles il ne pense pas forcément à cet âge là, mais qui vont cheminer dans son esprit et plus tard il viendra nous voir en nous disant « au fait vous m'avez dit tel jour, qu'il fallait arrêter de fumer...j'ai un ami qui n'a pas arrêté de fumer et qui a eu un accident ... », je pense que c'est important de le répéter régulièrement pour que ça rentre dans sa tête.

Je pense que c'est important de répéter sans être jugeant juste pour ouvrir une porte car quand le patient sera prêt pour prendre en charge un facteur risque en particulier il sait qu'on en a déjà parlé qu'on n'est pas insistant, qu'on est pas jugeant sinon il risque de se braquer. Sinon soit il risque de ne pas du tout écouter notre conseil ou d'aller voir un autre médecin ou pas d'autre médecin du tout donc ça n'est pas la peine non plus de faire marche arrière.

C'est d'autant plus difficile de soigner les gens quand ce sont des maladies qu'ils ne ressentent pas comme le diabète ou l'HTA. Ils n'ont pas de symptômes donc c'est difficile de prendre un traitement donc il faut répéter répéter.

Quand vous êtes en pleine activité de soins, comment vous faites pour arriver à une activité de prévention et d'éducation pendant votre consultation ?

C'est difficile car c'est quelque chose au départ qu'on ne connaît pas donc forcément ça fait peur donc on ne sait pas comment présenter les choses. Et puis c'est quelque chose qui prend souvent du temps alors qu'en consultation de médecine générale on a en moyenne ¼ d'heure de consultation. Au fur à mesure du stage praticien on arrive de plus en plus à faire de la prévention parce qu'on prend l'habitude, ça devient plus automatique, on

arrive plus à gérer notre temps mais c'est vrai qu'au début du stage on prenait une demi heure, mais c'est vrai qu'en terme de temps c'est pas évident de l'expliquer. Après on apprend à en parler en examinant le patient en même temps etc., a organiser notre consultation pour ne pas se dire on n'a pas le temps on verra ça la prochaine fois. On organise notre consultation. Ou si ça nous paraît vraiment important revoir le patient pour remettre cela à plat. Vraiment lui expliquer avec un peu plus de temps.

Après tout dépend du message qu'on veut faire passer pendant la consultation. Par exemple si c'est sur une découverte de diabète et qu'on veut expliquer au patient ce qu'est le diabète comment il va se traiter il vaut mieux prévoir plusieurs consultations. Il vaut mieux le reconvoquer plusieurs fois dans le mois. Mais après sur une consultation d'1/4h, il y a toujours de la place pour glisser un petit mot sur l'arrêt du tabac ou la perte de poids. Mais effectivement sur toutes les pathologies chroniques il faut les revoir régulièrement ça ne se fait pas en ¼ d'heure, il faut des heures et des heures pour bien expliquer. Si on pouvait avoir des consultations plus longues pour bien expliquer au patient.

Moi j'ai vu un patient qui venait uniquement pour une consultation de prévention. C'est assez étonnant. C'est rare. Souvent ils viennent pour un motif précis une demande un renouvellement mais là c'était quelqu'un qui n'avait rien de particulier et qui venait vraiment pour une consultation de prévention et qui l'a annoncé ainsi.

Tu peux m'en raconter plus sur cette consultation justement ?

C'était un homme de quarante ans qui vient qui n'avait quasiment rien dans son dossier et qui venait pour faire le point, s'il y avait des choses à surveiller. Après on oriente en fonction de lui son désir réel de prise en charge, moi je suis plus parti sur les facteurs des risque cardio vasculaire car il était tabagique. Après on a un cadre à tenir des horaires à tenir donc rapidement trouver des objectifs précis à la consultation pour ne pas être dans le vague et donner un flot d'information trop important. Mais c'est un cas particulier. En général il y a toujours un motif principal et en fonction de ce motif là si on arrive à placer un message de prévention ou pas ça dépend du temps qu'on a quitte a reconvoquer le patient pour parler de quelque chose qui nous tracasse plus tard. A froid. La prévention ça s'organise comme ça aussi. Il y a rarement des gens qui viennent pour une consultation prévention.

Moi en général pour la prévention primaire, je profite d'avoir un chiffre de tension élevé ou un dextro élevé pour leur parler de leur régime alimentaire ou de choses comme ça savoir comment ils gèrent leur alimentation, s'ils consomment beaucoup de sels ou des choses comme ça et comme en général je les reconvoque pour vérifier la tension à posteriori, je sais ce que je leur ai dit et je peux en remettre une couche et en rajouter sur la deuxième consultation. C'est c'est facile quand on découvre au début. Après quand ils sont déjà dans un suivi c'est plutôt du rabâchage.

C'est pas facile de s'intégrer, on le voit pendant le stage prat ou en remplacement c'est pas forcément évident de s'intégrer dans la démarche d'éducation il faut connaître un minimum le mode de fonctionnement des médecins qu'on remplace. Il faut savoir où ils en sont. On a des petites difficultés là aussi.

Ce qui est bien aussi c'est de poser des questions au patient pour savoir ce qu'ils savent sur ce qu'ils ont, ou ce qu'ils savent sur tel sujet. Ça fait gagner du temps. On a pas mal de temps à discuter avant de commencer la consultation, à prendre connaissance du dossier déjà rien que ça, ça prend du temps et quand on a un rythme toutes les 15 minutes c'est un peu compliquer. T1

Donc sur une consultation de 15 minutes, comment vous arrivez à glisser des mots de prévention. Quels messages vous arrivez plus à faire passer en peu de temps.

C'est bien plus facile quand ils viennent nous voir justement pour avoir des conseils ou pour un truc précis sur lequel on va avoir de la prévention à faire. S'ils viennent pour un certificat de sport et puis on peut leur en toucher 2 mots sur la perte de poids, y'a toujours moyen de faire passer un petit mot. Une consultation pour une vaccination. Là on peut en profiter pour des messages de prévention. Le tabac. Je sais que j'essaie à chaque fois que je vois un patient fumeur. Ça se fait assez rapidement, voir un peu sa motivation. Après c'est très vaste.

Il faut savoir s'ils sont ouverts à recevoir les informations. Sinon ça ne sert pas à grand-chose.

C'est aussi la consultation typique de renouvellement d'ordonnance, on va prendre la tension et si la tension est élevée c'est l'occasion de parler du régime salé ou des choses comme ça, en passant sur la balance c'est l'occasion de dire il faudra peut être faire attention au poids, vous avez prit 2 kg en tant de temps. C'est vraiment lors d'une consultation qui est limité dans le temps on se sert de quelque chose de concret qui est facile à percevoir pour le patient. La tension est élevée qu'est ce que c'est qui peut lui amener des questions. Il sera peut être un peu plus réceptif aux conseils qu'on peut lui donner. Sur des consultations où on n'a pas beaucoup de temps c'est plus facile d'avoir quelqu'un de réceptif en face de soi. Donc se servir d'éléments concrets pour le dire. Ça peut être l'occasion de faire un peu de prévention.

Ça dépend des patients. Y'a des patients, une femme on va réussir à placer très facilement parce qu'elle a l'habitude tous les éléments de dépistage des cancers ou des trucs comme ça on va pouvoir faire le point en une minute parce qu'ils ont l'habitude ils sont éduqués. Et le patient suivant on va passer du temps à expliquer l'intérêt du dépistage du cancer colorectal. Après c'est en fonction vraiment des patients.

Des fois quand il y a trop de dépistages à faire en même temps ils ne nous écoutent plus. Moi j'ai une patiente qui est venue, elle n'était pas venue depuis 4 ans, elle avait plus de cinquante ans, il fallait faire la mammo, elle avait vu le papier passer mais c'était pas grave, le frottis on n'était pas à jour, hémocult pareil elle a vu le papier elle l'a jeté à la poubelle. Moi déjà je lui ai fait le frottis, je lui ai fait l'ordonnance pour la mammo, si je commence à lui dire qu'il fallait faire l'hémocult je sentais bien qu'elle allait tout jeter par la fenêtre. Donc j'ai préféré lui redonner un rendez vous à posteriori pareil pour bien reprendre les choses parce qu'avec tous les dépistages ...

Il y en a aussi qui sont prêts à écouter le début mais pas la fin. Il faut bien aborder avec eux toute la suite s'il est négatif ou positif. Il y a des tas de gens chez qui le test est positif et qui n'ont pas du tout envie de faire une coloscopie.

Avec les mammo c'est pareil. Une mammo qui est suspecte et ils se disent "non non je ne vais pas plus loin".

Du coup quand ils vous disent cela...

Ben du coup, j'ai plus l'impression de répéter les choses avec plus d'insistance.

Reconvoquer pour trouver du temps pour en rediscuter. Il y a aussi moyen de jouer sur les durées d'ordonnance. Quand le patient n'est pas d'accord et qu'on a tenté de lui expliquer on peut dire que « pour votre renouvellement cette fois ça ne sera que sur 1 mois parce que j'ai quand même envie de vous revoir. »

Ca vous est déjà arrivé de mettre en place une consultation uniquement pour cela où il n'y aura pas franchement d'examen clinique, pas d'ordonnance mais uniquement pour de la prévention et de l'éducation. Une consultation que vous avez prévue.

Ça permet de reprendre une tension. C'est surtout pour la prévention après le patient on le fait revenir en disant qu'on contrôlera.

Moi ça m'est arrivé une fois car les gens en général, ils n'entendent pas bien car quand ils viennent chez le médecin faut sortir forcément avec un morceau de papier. En plus chez le praticien c'est pas forcément facile, ce ne sont pas des patients que l'on connaît.

Et puis si ton praticien met toujours un sirop tu as beaucoup de mal à ne pas remettre un sirop. Mais ça c'est l'éducation du patient. Il y a des médecins chez qui le sirop on en entend pas trop parler, parce qu'il a déjà expliqué à ses patients que ça ne servait pas à grand-chose. Après on peut faire un compromis avec le patient, on peut lui prescrire tout en lui expliquant que ça ne sert à rien. Il va être content. D'un côté il a reçu le message comme quoi on le prescrivait mais que ça ne servait à rien, mais faut pas non plus être trop braqué sur l'opposition, car soit le patient ne revient pas ou on perd complètement le lien.

Moi j'en ai fait une avec un patient diabétique hypertendu qui a chaque fois dans ses antécédents avait une hypertension. Alors j'ai modifié le traitement. Je l'ai reconvoqué 15 jours après. Pour lui c'était pour contrôler la tension, vérifier que ça marche bien et en fait pendant la consultation j'insistais bien sur les facteurs de risque la prévention et l'importance du traitement.

Je trouve ça assez difficile de les faire revenir juste pour un message de prévention. Souvent en consultation les gens viennent pour un motif et derrière ce motif il y a plusieurs autres motifs. C'est-à-dire qu'ils viennent pour un rhume banal mais en fait il y a aussi le renouvellement de l'ordonnance et une prise de sang pour le cholestérol et finalement leur dire de revenir « juste » pour un message de prévention....

Tu ne leur dis pas tu inventes une excuse.

Oui on trouve une excuse mais même une excuse c'est pas toujours facile « j'ai une balance chez moi, je prendrais ma tension à la pharmacie »

Les résultats de la prise de sang à voir ensemble...

Oui c'est peut être ce qui marche le mieux. Mais autrement consulter juste pour des conseils ils ne sont pas toujours prêts à le faire. Ils aiment bien rentabiliser leur consultation. Ils aiment bien venir pour plusieurs choses Et ça se voit de plus en plus.

Ma prat a l'habitude de convoquer les patients qui ont besoin de conseils sur le plan du régime, elles les convoque le samedi après midi quand il y avait moins de monde et elle le faisait par les internes mais la plupart du temps ils ne venaient pas. Elle leur demandait de faire sur la semaine le régime qu'ils faisaient pour en reparler par la suite, mais très souvent ils ne venaient pas. C'est pas évident à ce qu'ils adhèrent à ce que tu leurs dit.

Quelles situations vous paraissent faciles à gérer. Et celles que vous trouver difficile à gérer

Le côté facile c'est tout ce qui est vaccin et dépistage de masse organisé. C'est quelque chose que l'on fait de plus en plus souvent. Je suis beaucoup moins à l'aise sur la prévention du diabète parce que j'en ai quasiment pas fait et je ne suis pas très à l'aise avec le diabète en général, je ne suis pas passé en diabète, je ne suis pas à l'aise et j'en ai pas beaucoup vu en pratique. Là j'ai fait beaucoup d'infectieux, donc le renouvellement c'était pas pour moi. Donc du coup j'ai plus été amené à voir des patients pour dépistage de masse, parce que là je vois tout le monde donc tous les âges, les petits et leur vaccins, les DTPolio pour après, dépistage de masse cancer du sein cancer colorectal, le frottis pour les jeunes femmes. Diabète j'en ai pas vu beaucoup donc je ne suis pas encore très à l'aise.

Moi je trouve que le dépistage c'est pas toujours très facile car ils sont remis en question souvent. La prostate, le sein en ce moment, il y a certains patients qui arrivent avec certains articles.

Après il y a deux choses, les difficultés par rapport à notre choix professionnel, est ce que je dois proposer à tous mes patients le test de dépistage ce qui est un choix personnel mais après le dépistage de masse c'est plus facile car ça ne vient pas de nous, c'est quelque chose de santé publique, avec la publicité extérieure, ça n'est pas que le médecin, alors que pour le diabète tout le dépistage passe par nous et c'est peut être plus difficile pour le patient à entendre.

L'autre souci c'est que le diabète c'est pas le cancer. Les patients ont clairement en tête que tu finis avec des ortheils en moins mais tu en meurs pas, la plupart ont cette idée là en tête. Alors que pour le cancer ils ont cette représentation du cancer qui tue systématiquement qu'ils vont se bouger alors que pour le diabète ils ne sont pas malades.

Et que le dépistage du cancer vient aussi de l'extérieur et pas que du médecin alors que pour le diabète si.

C'est l'aide qu'on a par rapport à ça. Le courrier qu'on reçoit à la maison ça appui l'importance de cette prise en charge

Le sein par exemple. A quoi ça sert ? Il y a des patientes qui sont très averties donc opérées avec ou sans dépistage finalement avec le recul...là on est un peu bloqué. Même si on fini par leur dire qu'on préfère le faire, avec l'examen clinique, ça reste bien.

Après c'est dans la définition du dépistage, donc ce sont des maladies qui sont curables, dont on peut avoir les premiers

symptômes précliniques...donc pour que les tests de dépistage soient validées, il faut un certain nombre de critères et ce sont ces critères là qui sont souvent remis en question par contre la prévention par exemple pour le diabète, tout ce qui est régime et règles hygiéno diététique c'est quelque chose de nécessaire. Et souvent la maladie est déjà là. C'est peut être la différence entre dépistage et prévention.

Y'a prendre en charge les facteurs de risque pour limiter le risque de survenu de la maladie et dépistage ce sont des gens pas à risque, qui ont un risque normal qui rentrent dans le dépistage global. Moi je parlais de la remise en question du test de dépistage par le patient et l'influence que ça peut avoir sur notre décision. Mais si on fait le test de dépistage c'est pour tous les patients.

Après s'ils viennent te voir c'est qu'ils veulent ton avis. C'est vrai que dans des cas litigieux comme le taux de PSA il vaut mieux que tu es un avis tranché et vaut mieux que tu leur donnes.

Mais quand tu as fais pendant 10 ans un taux de PSA à un type, que tu ne le fais pas pour les nouveaux patients qui arrivent à 50 ans, mais celui là tu lui continues quand même car sinon il ne va pas comprendre. Changer du jour au lendemain ça peut être difficile à expliquer.

Comment concevez-vous votre place de médecin dans la relation médecin malade dans ce domaine. C'est quoi la place du médecin et qu'elle est la place du patient.

Tout dépend de ce que le patient est capable de comprendre. Il y a des patients qui comprennent très bien, à qui on peut tout expliquer et qui vont être autonomes et d'autres avec qui il faut faire une médecine plus paternaliste. Il y a des gens qui ne comprennent rien à rien souvent chez les diabétiques de type 2 qui sont souvent de très basse classe sociale et des gens pour qui faut les prendre en charge nous même et il n'y a pas de place pour l'autonomie et ils attendent du médecin qu'on leur donne des directives et qu'on leur fasse comprendre que les résultats ne sont pas bons car ils viennent nous voir avec leur taux de glycémie comme avec leur bulletin de note. Donc si ça marche faut le faire.

Moi vis-à-vis des patients globalement on a un rôle d'information et de prévention et de prise en charge au plus prêt des recommandations quand c'est possible. Après en pratique...

On suit les recommandations.

Après les recommandations ça s'applique avec le patient. Y'a des patient où c'est super compliqué qu'on ne voit pas pendant 3 ans, on va être plus vigilant sur la néphropathie ou des choses comme ça parce qu'il n'est pas suivi. C'est compliqué faut adapter la prise en charge, trouvé un deal avec lui. Adapter la prise en charge. C'est du travail. C'est trop beau un patient qui fait tout comme il faut. Mais c'est très rare. Y'en qui sont assez obsessionnel qui font tout comme il faut mais y'en a quand même pas beaucoup et c'est pas ça qui pose le plus de problème. Après notre plus grand rôle c'est plutôt la prévention je pense. En tant que médecin généraliste on n'est pas tout seul. Le tabac, on aura beau faire des consultations de tabaco, tant qu'on n'est pas aidé par les institutions, l'environnement au travail ou des choses comme ça on y arrivera pas. Le tabac faut que ça soit amené sur le lieu de travail ou l'école. Soit tu as un pouvoir sur ton patient énorme et ça marche

On a aussi un rôle d'écoute, car le patient a souvent envie de parler de sa maladie. On a aussi un rôle de coordination auprès des spécialistes car le patient « quand est ce que je vais voir mon cardio quand est ce que je vais voir mon ophtalmo » ça passe vite un an et du coup on doit aussi avoir ce rôle là de suivi.

Il y a des patients à qui il ne faut pas laisser le choix.

Quelles sont les autres compétences que doivent avoir le médecin ?

Savoir adapter son discours aux capacités de compréhension.

S'intégrer dans l'environnement du patient.

Avoir des compétences techniques aussi

Etre pédagogue aussi. Savoir expliquer ce qu'est la maladie en s'adaptant au niveau social du patient. Un peu de pédagogie aussi.

Et justement qui t'a permis de progresser à être pédagogue ?

Essentiellement en voyant dans les duos et en observation. Surtout pendant le stage chez le praticien. On a appris la théorie mais on apprend vraiment à adapter cette théorie pendant ce stage.

A L'hôpital c'est pas simple. Passer des messages de prévention...Ce n'est pas simple l'expérience qu'on a à l'hôpital. Mais c'est limité. ça appuie ce que fait le médecin généraliste derrière.

Ca dépend. Si tu reviens au diabète c'est quelque fois bon avec un patient avec qui tu n'arrive pas à t'en sortir de le renvoyer en diabète pendant 4 jours, pour que pendant 4 jours ils puissent rencontrer d'autres acteurs.

Mais ce n'est pas de la prévention c'est de la pédagogie.

C'est vrai pour le diabète mais pour le cardiaque en général, c'est moins vrai. Le nombre de patients qui sortent de l'hôpital qui viennent de faire leur infarctus, qui arrivent chez le médecin traitant « alors qu'est ce qu'on vous a dit sur le régime » « bah rien ». Donc là on a tout à reprendre. Par contre en endoc ils font toute l'éducation et le régime.

Et en tant que médecin on a cette relation de confiance donc ils ont tendance à plus nous écouter. Ils tombent sur un spécialiste qui est froid qui ne sait pas expliquer les choses, par rapport à nous qui nous revoit régulièrement, le médecin généraliste, ils ont tendance à plus nous écouter et des fois il lui arrive de venir pour confirmer ce qu'a dit le spécialiste.

Nous le généraliste ils osent nous interrompre s'ils comprennent pas alors qu'ils n'osent pas avec le spécialiste parce qu'il n'y a pas cette connaissance du médecin.

Les spécialistes sont aussi convaincus que le médecin généraliste a plus le temps pour faire passer le message et les MT sont souvent convaincus que c'est au spécialiste de faire passer le message.

On se renvoie la balle.

Mais très souvent ça revient au généraliste.

On n'a pas le choix on va le revoir. Donc on n'a pas le choix.

Les spécialistes hospitaliers peuvent aussi paraître autoritaires pour les patients et comme ils ne sont pas derrière pour assurer le suivi. Ils vont peut être le revoir pas longtemps après l'infarctus mais après c'est 2 fois par an. Le cardiologue ne sera pas là pour vérifier s'il a arrêté de fumer. Le médecin traitant il sera là pour le renouvellement ou pour les pathologies diverses. Il sera toujours là pour écouter et demander vous en êtes ou vis-à-vis de l'arrêt du tabac. Pour faire des piqûres de rappel pour lui dire qu'il faut bien arrêter qu'il ne faut pas reprendre. Toujours le côté ouverture pour en parler lui proposer des consultations ou des traitements éventuellement s'il a besoin. Alors que la consultation du spécialiste c'est chronométrée, et puis quasiment qu'une seule pour faire le point sur toute la maladie et tous les messages de préventions qui sont utiles c'est difficile pour le patient. S'il doit retenir une ou deux choses il va retenir la maladie en priorité, D'où l'intérêt de reprendre tout le reste avec le généraliste.

Quand un patient n'est pas du tout d'accord avec vous sur le message de prévention et votre message d'éducation et dépistage.

Sur quoi il se base ?

Sur ses croyances à lui sur ses habitudes de vie.

Moi je lui explique que j'ai fais 10 ans d'étude....

Il faut peut être essayer de savoir pourquoi. Peut être que ça cache quelque chose ? Peut être qu'il y a une peur derrière. Cancer du sein peut être parce que sa sœur est décédée d'un cancer du sein et elle est terrifiée elle aussi d'avoir un cancer du sein. Faut essayer de creuser sur le psychologique de la personne. Quelles sont ses croyances pourquoi elle n'a pas envie de sa mammographie. Peut être qu'elle n'a rien et qu'elle n'a juste pas envie de le faire mais il y a souvent quelque chose et le fait de savoir ça permet de la rassurer par rapport à ça. Peut être que pour la première consultation ça ne la rassurera pas mais en répétant...

Et il y a des gens aussi qu'on n'arrive pas à comprendre parce qu'on a un esprit trop scientifique. Même si on essaye d'avoir une ouverture d'esprit ça reste difficile ; J'ai en souvenir une femme que j'ai vu pour la vaccination de ses 2 petits. Y'a un petit, le deuxième, qu'elle faisait vacciner de tous les vaccins possible tant qu'ils étaient remboursés et le premier elle faisait le minimum de vaccin. Que les obligatoires. Pour le premier elle avait dit qu'elle en ferait pas les vaccins car il faut s'immuniser naturellement et sera bien en contact plus tard, ça ne sert à rien. Toute une représentation négative du vaccin plus son côté inefficace. Le deuxième elle avait eu une ouverture et c'était dit tient c'est peut être bien de le vacciner. Donc du coup elle a vacciné le deuxième et pas le premier. Il était hors de question de vacciner le premier. Je ne lui ai pas demandé s'il elle tenait plus à l'un qu'à l'autre. Mais j'ai jamais vraiment compris pourquoi. Je lui ai pourtant expliqué que comme on en profite pour le

deuxième on peut peut-être rattraper le premier. « non » ». Après ça ne sert à rien de se braquer on risquerait qu'elle arrête les vaccins du deuxième.

C'est toujours plus facile quand on sait exactement pourquoi ils ne veulent pas. On n'a pas beaucoup d'armes. Après on leur a expliqué l'intérêt de la prise en charge précoce et du dépistage pour la prise en charge précoce. S'ils ne veulent pas entendre ou ne veulent pas expliquer pourquoi ils ne veulent pas.

C'est frustrant mais ça ne sert à rien de s'énerver s'ils n'acceptent pas. On est là pour l'accompagner. Je suis persuadé que de se braquer de s'énerver en disant que j'ai fait 10 ans d'étude je suis meilleur que vous ça ne sert à rien.

Ce que je voulais dire tout à l'heure c'est que le patient ne peut pas arriver en disant non ce que vous me proposer ça ne sert à rien. Sur quoi ils se basent.

Tu le penses mais tu ne le dis pas forcément.

Evidemment je ne leur dis jamais. Mais toi tu as des armes derrière. Tu as fait 10 ans d'étude pour essayé de leur expliquer. Il faut qu'ils se basent sur un truc. Il y a pas mal de patients qui veulent t'apprendre la médecine. Tous les gens qui vont voir leur naturopathe. J'ai une patiente qui m'a expliqué que son naturopathe lui a remis les vertèbres en place. Tu lui parles de diplôme. Qu'est ce qu'il a lui...

Tu as le droit de dire que tu n'es pas d'accord mais il ne faut pas se braquer.

Mais tu apprends des patients aussi. Ça marche, ça ça ne marche pas. Au fur et à mesure tu te rends compte des choses que tu fais. La façon dont tu fais passer les choses. S'il va mieux avec le naturopathe.

Mais je suis pour l'homéopathie, j'étais chez une prat qui faisait de l'homéopathie ça marche très bien.

Même si on n'y croit pas ce sont des petits outils qui soulagent beaucoup. On peut galérer dans une thérapeutique avec un patient classique et puis finalement ça marche avec un placebo donc tant mieux.

Et quelqu'un qui refuse tout en bloc c'est pas un moyen pour nous de se décharger de toute responsabilité. Est-ce qu'on n'a pas un devoir de lui rentrer dedans ?

Ca dépend depuis combien de temps il est ton patient. Si tu es remplaçant ou jeune installé, tu ne peux pas envoyer promener le patient mais si tu es là depuis 30 ans tu peux leur rentrer dedans sans soucis.

Mais je ne sais pas si ça marche. Moi je suis plus convaincu que non. Peut être que sur certain ça marche. Peut être que certains ont besoin d'être bousculé. Mais il faut s'adapter au patient.

Je pensais comme toi au début j'étais convaincu que ça ne servait à rien de s'énerver, qu'en leur expliquant correctement ça allait bien se passer. Et puis j'ai fait 6 mois de diabète, j'étais pourtant avec un chef qui était très sympa très diplomate. Et il me disait « tu vas apprendre qu'avec certains patients tu ne peux pas être diplomate ». Et ça peut les faire réagir

Vous en tenez compte des croyances et des représentations du patient pendant votre consultation ?

Comme la patiente d'hier qui est venu me voir en me disant qu'elle s'était fait manipuler les cervicales par son magnétiseur ça m'embête un peu. Se faire manipuler par quelqu'un qui n'a aucune compétence... c'est délicat.

Il faut voir la dangerosité aussi.

Je pense qu'on peut en tenir compte aussi, quand le patient y croit ça peut avoir un effet placebo. Leur dire que d'un point de vue scientifique je ne pense pas qu'il y ait de l'efficacité mais si vraiment si vous y croyez vous pouvez essayer et vous rendre compte par vous-même. Si ça marche le patient sera content il sera dans un schéma positif, il se dira super ça a marché. Ça sera peut être l'effet placebo ou l'évolution naturelle de la maladie. Si ça ne marche pas après on lui a dit « essayez » mais que d'un point de vue scientifique on lui a déjà dit qu'il n'y avait pas de preuve que ça apporte quoi que se soit. Et ça peut être une solution. On peut gagner les 20% de part de soins d'effet placebo. Ça fait une chance sur 5 pour essayer de guérir en tenant compte de leur croyance envers la médecine parallèle. ET puis ça fait voir qu'on est ouvert d'esprit, donc c'est que du positif.

Le sang du coq pour le zona il paraît que ça marche très bien. Mais ça se sont des thérapies traditionnelles. Du moment que ça ne soit pas dangereux qu'il ne prenne pas de risque pour sa santé. Qu'il demande mon avis je ne vais pas lui dire que c'est génial.

Je me posais la question par rapport aux croyances. Tout à l'heure je disais que ça marchait plus quand ça venait de l'extérieur (gouvernement, santé publique). Par exemple au niveau du diabète parfois quand ils ont vu un diabétologue ça introduit une tierce personne et c'est comme si il y a avait quelque chose au dessus. Un savoir ou une science. On crée un peu des croyances chez le patient. Quand ils reviennent de chez le spécialiste il y a plus de choses de dites.

Mais c'est aussi le côté » ils sont deux à me parler de la même chose de la même maladie des mêmes risques et en fait il doit avoir vraiment un truc. Ils intègrent plus facilement que lorsqu'on est le seul à parler de ça.

Il y a ce côté universel.

Ils ont le même discours. Deux personnes généralistes et spécialistes qui disent la même chose ça a plus de poids.

Une sorte de druide.

Quand vous êtes bloqué sur quelque chose vous adressez plus facilement à quelqu'un d'autre.

Faut se faire aider.

En ce moment on a notre prat en cas de besoin. Mais sinon il faut plus adresser par excès il ne faut pas hésiter, que de passer à côté de quelque chose. Et c'est justement en adressant qu'on apprendra effectivement « ah oui ce patient il ne fallait peut être pas que je l'adresse ». Ça fait partie de notre apprentissage aussi.

Quelle place vous donnez à votre patient

C'est le premier acteur. Nous on est juste là pour l'accompagner. S'il attend passivement qu'on lui dise d'aller voir le cardiologue ou l'endocrinologue. Ca ne marchera pas.

L'autonomie. C'est lui qui est malade c'est lui qui se soigne. Nous on est là pour l'aider pour l'orienter le conseiller. Après c'est lui qui a toutes les cartes en mains pour se prendre en charge au mieux et il en fait un peu ce qu'il veut.

Nous on lui donne des outils et il écoute. Après c'est a lui de se prendre en charge on ne peut rien faire sans lui.

ANNEXE 10 VERBATIM Groupe Compétent

Qu'est ce que vous entendez par les termes prévention et éducation du patient. Qu'est ce que cela évoque pour vous ?

B : Moi j'ai trouvé ça très large comme sujet, c'est pour ça que ça m'a intéressé. Parce que prévention ça intervient à différents moments, que ça soit l'âge ou la pathologie du patient. Sur le plan infectieux, cancéro ou addiction, je trouve ça très large, donc tout ça signifie beaucoup de choses en même temps pour moi. Et en médecine générale c'est plus facile d'être interventionniste que dans la prévention. Prévention, on va aller chercher les choses, on ne va pas attendre que le patient se plaigne de quelque chose ou on va profiter d'une perche quelque fois. Même dans une consultation banale on va aller au delà et aller chercher des choses, certains éléments.

G : L'intérêt en MG c'est qu'on les revoit régulièrement. Donc c'est de la prévention plus efficace qu'une consultation diabeto ponctuelle sans suivi.

C : C'est un peu comme mettre des étiquettes à chaque consultation ne pas oublier en fonction de l'âge du patient pour la prochaine consultation. Des choses à ne pas oublier et à garder en tête.

A : Ce qui est intéressant c'est qu'il faut s'adapter à ce que la personne est capable d'entendre. S'adapter à ce qu'elle a envie de faire en fonction du moment où elle en est dans sa prise de conscience de sa maladie. Et c'est pas toujours évident d'être en accord avec ça.

D : La prévention c'est vraiment le fait du MG. Après à l'hôpital c'est plus de la prévention secondaire, nous on va être sur de la prévention primaire, on connaît les patients leurs vécus, le suivi au long court qui fait que ça la rend facile ; à peu près facile. Le problème d'où en est le patient, ce qu'il entend, ce qu'il n'entend pas. Je trouve que c'est une énorme partie de la MG et une partie très intéressante, complexe et compliquée.

F : Et qu'on est content de pouvoir commencer à faire quand on arrive en cabinet justement. Parce qu'à l'hôpital on n'en fait pas du tout. Quand on arrive devant un patient on se dit « tient je vais peut être pouvoir parler de ça, faire ça... » On a l'impression d'être utile. Quand on renouvelle une ordonnance c'est pas passionnant mais quand on a l'impression de pouvoir faire passer un message.

C : Même si le patient ne vient pas pour ça, c'est à nous de le rechercher pour voir si ça a déjà été abordé.

F : Mais pour moi prévention, même si on dit que c'est le MG en première ligne, pour moi ça devrait d'abord être l'école, où je trouve qu'il n'y a pas grand-chose de fait. Moi j'ai aucuns souvenirs d'avoir eu de la prévention ou quelques fois des grands discours avec les professeurs et tous les élèves du même cours sur la cigarette ou des choses comme ça. On devrait plus intervenir dans les écoles, les étudiants en médecine ou les MG dans les écoles ou les lycées. C'est toujours des associations de « vieilles catho » qui viennent nous expliquer qu'il faut mettre une capote, moi je pense que le message ne passe pas du tout.

B : Le problème c'est que tu parles de prévention quasi publique alors qu'il y a aussi prévention individuelle et je pense que les 2 sont complémentaires. Moi j'ai eu la chance de bénéficier de pas

mal de prévention que ça soit sur la nutrition, sur le sommeil ou des choses comme ça.

D : Moi je suis plus de la génération sida. Et donc prévention chaque année voire 2 fois par an....

B : Mais finalement quand on parle d'un sujet comme l'HPV avec le gardasil, les jeunes filles ça leur paraît finalement banal. Ce sont les mamans qui lorsqu'elles sont dans la consultation vont dire « ah oui, je vois de quoi vous parlez, je vois l'intérêt » grâce à la prévention. Mais MG, reste le dernier intervenant à dire là il faudra envisager ça ou pas. Ça fait écho avec les actions de santé publique mais cela reste quand même 2 choses différentes.

F : Mais elles veulent quand même l'accord de généraliste pour le vaccin.

A : Une information.

B : C'est une information par le généraliste et puis c'est le généraliste qui finalement dit à quel moment clef il faut le faire et comment ça va se dérouler.

F : Ils entendent des messages de « santé publique » et après ils veulent l'avis du généraliste là-dessus, comme si le MG pouvait ne pas être d'accord.

A : Ils demandent souvent « qu'est ce que vous en pensez ». Ils ont envie d'être rassurés sur l'innocuité du vaccin ;

F : Ca veut aussi dire qu'il y a des MG qui donnent des avis dissonants par rapport aux politiques de santé publique.

E : Ils entendent différentes choses. Il y a internet, y'a les magazines de santé, ils ont pleins de sources d'informations et du coup ils sont perdus.

F : A priori, ils devraient penser que le message de santé publique qui est fait par des médecins, par des collègues de médecins ...

E : Mais je pense qu'ils préfèrent entendre la voix de leur médecin quand même.

F : C'est-à-dire qu'ils pensent qu'il pourrait ne pas être d'accord. Ils y vont et si le MG dit qu'il ne faut pas faire ce vaccin là, ils ne vont pas le faire.

A : Ca existe ce genre de situations, comme le tamiflu. Les MG n'étaient pas d'accord. Moi je pense qu'il y a un manque de confiance du message des pouvoirs publics.

C : Le MG c'est le dernier intervenant, et les patients veulent qu'il délivre la vraie information. Parce qu'ils sont perdus entre les différents messages qu'ils entendent. A quoi il faut faire attention. Qu'est ce qui est utile.

B : C'est plutôt le premier intervenant. Mais il arrive après le message de santé publique qui va faire écho

D : Moi ce que je trouve toujours chouette, ce qui est intéressant, c'est que on est leur médecin traitant et c'est nous qui avons le

savoir la confiance et s'ils viennent demander notre avis ils le font.

F : On cible tous nos messages de prévention. Quand on passe chez les praticiens, on voit qu'il y en a qui font pas mal de boulot sur la diététique, d'autres c'est le tabac, ...et même vis-à-vis des questions qu'on pose pendant la consultation.

D : On le fait aussi en fonction de ce qu'on sait faire. Moi je n'aime pas l'alcoologie, si je pose la question, derrière, je vais être plutôt... Je suis plutôt sur le tabac, des choses que je sais faire, et je pense que l'on fonctionne tous comme ça. Parce que je ne me sens pas à l'aise avec les consultations d'alcoologie. On fonctionne tous un peu pareil. On oriente nos interrogatoires, on oriente nos prises en charge.

C : Et du coup on oriente aussi la prévention sur ce qu'on sait faire

D : Du coup on est meilleur sur certains sujets que d'autres.

E : Ce qui est difficile dans la prévention c'est l'absence de maladie. Donc faut pouvoir passer l'information que la maladie est possible. Sans tomber dans la parano etc. Essayer de dire qu'il y a tel facteur de risque chez cette personne et du coup c'est possible qu'un jour la maladie apparaisse. Donc le message n'est pas toujours évident à faire passer.

F : On ne peut pas dire à tous les jeunes qui commencent à la fac : attention aux MST,

D : Actuellement il y a un projet sur l'alcool à la fac...

F : La question est « est ce qu'on devrait le dire ? », à tous ceux qu'on voit.

D : Moi ce que je trouve difficile en prévention c'est le côté il y a tellement de choses à dire, tellement de choses à faire que lister toutes les catastrophes qui peuvent arriver...fais attention à ton poids, fais attention aux MST, attention au tabac etc. Le patient il ne viendra plus te voir.

A : Après s'adapter aux risques que présente le patient.

B : Allez chercher le risque. Par exemple dans les consultations avec les adolescents, on va chercher les risques systématiques, stress tabac sommeil. Et finalement c'est en réunissant ces informations que l'on va s'adapter. Mais je ne vois pas quelle autre spécialité peut faire ça. C'est quasiment une sous spécialité à part entière. Il y a vraiment intervention et prévention.

D : Je trouve même ça dommage quelques fois en consultation où tu as un ¼ d'heure. On doit gérer une pathologie aigue, et tu as pleins de choses derrière que tu devrais traiter et tu vois aussi que le patient il est venu pour un problème aigue, et il n'a pas de traitement donc il ne revient pas de façon régulière. Et tu n'as pas ce moment d'échange. La consultation d'ado qui vient pour un certificat de sport, c'est le moment où on fait de la prévention. Mais il faut avoir le temps, faut avoir le créneau.

F : Parce que ça paraît naturel dans cette consultation là aussi.

A : Ça dépend s'il est avec ses parents avec qui on n'aborde pas tous les sujets.

F : C'est limite plus difficile pour nous. Car quand ils osent en parler ça se passe généralement très bien.

B : C'est le problème de la relation de l'adolescent avec les parents. C'est l'avantage des généralistes, c'est qu'il connaît bien les familles.

Qu'est ce que cela évoque pour vous quand on parle d'éducation ?

A : Education c'est par exemple pour les parents leur expliquer la conduite à tenir si leur enfant a de la fièvre. Si c'est un premier enfant essayer de les aider à l'apprentissage de la parentalité. Comment ils doivent soigner leur enfant quand il est malade, quel vaccin il faut faire, expliquer pourquoi,

C : Moi je dirais que c'est apprendre au patient à gérer sa santé.

D : Dans tous les cas que ça soit un adulte avec son enfant ou un adulte qui va bien. Moi ce que j'entends par éducation thérapeutique c'est tout ce qui va lui permettre de ne pas être malade, de vivre mieux une maladie.

F : de savoir comment réagir.

A : Leur donner confiance en leur capacité à se prendre en charge.

D : Comment éviter de revenir au bout de 48 heures de rhinopharyngite.

A : D'ailleurs je me rends compte que je leur dit rarement.

D : Moi j'ai eu un patient qui a consulté un autre médecin pour ça. Et il a changé de médecin, et changé de cabinet 48 heures après. Alors je lui ai expliqué pourquoi ça n'allait pas mieux au bout de 3 jours et il m'a répondu « on ne me l'avait jamais dit ». Mais il avait 30 ans. Il y a pleins de choses qui nous paraissent évidentes alors que pour les patients ça ne l'est pas du tout.

C : Il faut s'entraîner aussi à expliquer.

E : Faut être patient car pour nous en tant que médecin ça prend du temps, et c'est tout le temps en fermant la porte à la toute fin de la consultation qu'on fini par dire que ça va durer tant de temps.

C : Ça prend du temps quand on le fait mais au final, c'est pour en gagner après pour pas que les gens ne viennent pour rien. Pour qu'ils essaient de gérer au mieux.

E : Mais c'est toute sa patientele qu'il fait « éduquer ». Surtout dans les pathologies infectieuses ça prend beaucoup de temps c'est énorme.

C : Essayé d'éduquer sa patientele en systématique.

F : Il faut gérer à la fois leur stress à eux par rapport à un symptôme et le tiens aussi. Parce que si tu les éduque en disant, un rhume vous ne venez jamais ou de la fièvre vous attendez quelques jours, On aimerait bien dire aux parents « dès qu'il a 39,2 donnez du doliprane et attendez au moins 48h » mais tu ne sais pas ce qu'ils vont entendre quand tu dis ça. Mais il y a des choses qui sont très utiles comme le strepto-test, que je trouve très pratique. Le message passe très bien, le niveau de preuve pour le patient est génial, tu leur expliques pourquoi c'est viral.

C : Mais c'est aussi parce qu'il y a eu beaucoup de messages de prévention.

E : Mais des fiches d'information je trouve que l'on en distribue pas assez. A l'hôpital, aux urgences, on distribuait des feuilles de conduite à tenir en cas de diarrhées ou de trauma crâniens etc.

D : Moi je trouve que des fois on est pressé comme en période d'épidémie, et qu'on voit la 15ième gastro de la journée, on leur donne beaucoup d'info orale sans prendre le temps et à la fin le parent il est submergé.

C : Moi j'ai un médecin qui a des fiches et qui en distribue.

F : J'ai même découvert récemment que dans mediclic, il y avait des fiches de prévention et de conduite à tenir.

E : Même dans des salles de consultations il y a des médecins qui en ont.

Et sinon toujours sur le thème de l'éducation mais dans les maladies chroniques.

F : Moi j'attends toujours de voir ce qu'est une réunion de patients. Je n'ai jamais vu ça dans mon cursus. Logiquement la politique de prévention et d'éducation thérapeutique c'est de faire des réunions de patients, comme des réunions de diabétiques. Maintenant quand tu ouvres une maison médicale tu dois avoir une salle de prévention réunion. Et tu dois organiser des réunions d'éducation thérapeutique.

C : Moi je pense que dans les maladies chroniques comme le diabète, il est plus intéressant d'envoyer les patients vers des réseaux où ils auront toutes les informations ou vers des sites internet qui sont en lien avec cette maladie.

F : Le problème du diabétique c'est si tu as déjà pensé à demander s'il avait bien vu le cardio récemment, l'ophtalmo et le podologue, après le temps de l'examiner...on n'a pas le temps.

D : Moi je trouve intéressant comme par exemple au CHU ils font des semaines d'éducation thérapeutique et c'est très intéressant mais ce n'est pas toi qui le fais. Mais on sent que les patients quand ils comprennent ça ils ont plus de connaissance, et nous on peut travailler derrière en adaptant, parce que c'est plein de réunions où ils sont en petit nombre.

Mais c'est pas quelque chose que vous feriez dans votre cabinet l'éducation thérapeutique ,

C : Lors d'un renouvellement d'ordonnance, on n'a pas beaucoup de temps. Parce que c'est vrai entre tout vérifier s'ils ont été à la consultation cardio, si ils prennent bien leur traitement, si on vérifie la biologie...

F : Logiquement tu dois pouvoir faire une consultation par an où tu ne fais pas de renouvellement. C'est ce qu'ils appellent la consultation approfondie, pour les ALD . Et c'est en plus.

C : Et il faudrait qu'ils viennent sans renouvellement et juste pour parler de la maladie. Mais c'est vraiment pas facile à mettre en place.

A : Et ça dépend des gens car tous n'ont pas besoin d'une éducation. Il y en a qui comprennent tout de suite j'ai l'impression. Y'en a qui sont bien équilibrés, et ça roule quoi.

D : Moi je trouve que ça fait partie intégrante du boulot du MG.

G : Au niveau de la gériatrie, il y a un manque de prévention et d'anticipation. Je pense aux démences. C'est l'impression que l'on veut pas voir le problème et on laisse les choses évoluer progressivement sans parler au conjoint du patient, aux enfants pour prévenir une situation aigue qui amènerait aux urgences ou une catastrophe. Moi je trouve qu'il y a un travail car on n'y pense pas assez.

C : C'est pas évident à faire en médecine générale car souvent le patient âgé il vient tout seul. Il ne vient pas avec la famille. Et c'est pas évident pour nous remplaçant car on ne connaît pas forcément la famille. Et je ne sais pas si on peut parler du patient au fils par exemple sans qu'il soit là.

F : Moi c'est sur que la prévention chez les personnes âgées...

E : Moi je trouve qu'on ne peut pas faire de l'éducation seul. Que ça soit les personnes âgées ou les diabétiques, on ne peut pas être tout seul dans notre coin. On a souvent besoin d'une diététicienne, ou d'une équipe soignante qui va faire un soin d'hygiène à domicile. On a besoin de vrais réunions pluridisciplinaires où l'on s'assoie et l'on discute de ce qui peut être fait et de ce qu'on peut améliorer. Et je trouve dommage pour les personnes âgées d'avoir la maison puis la maison de retraite et entre les 2 il n'y a rien.

G : On a l'impression qu'il n'y a pas assez de réseau en libéral.

D : Il y a aussi le problème de la tarification à l'acte. Je trouve qu'en matière de prévention, si on avait la possibilité de voir une fois la maman qui vient d'accoucher chez elle et de pouvoir discuter. Mais ça prend un temps fou. Donc on ne le fait pas. Même aller voir la personne âgée et faire de la prévention. Revoir l'aménagement, le tapis, et le lit, On s'aperçoit lors de visites de patients qui viennent d'habitude au cabinet, on se dit, mais qu'est ce que c'est que cette organisation ? C'est normal que vous ayez mal au dos ou que vous tombiez.

F : C'est hyper interventionniste. En ce qui concerne la prévention ou l'éducation nous on doit donner un message.

D : Je ne vais pas non plus chez eux avec mon camion de déménagement mais ce sont simplement des conseils.

C : C'est donner des conseils à partir du moment où quelqu'un commence à baisser ou dans des situations aigues, mais c'est leur demander ce qu'ils ont pensé faire pour leurs vieux jours avant qu'ils ne soient dans la démence ou dans le handicap.

G : Pour qu'ils anticipent.

F : C'est surtout qu'on ne connaît pas assez les réseaux. Il y a pleins de choses qui existent comme pour l'aménagement à domicile, mais on découvre ça comme ça. Les gens du CLIC par exemple. Moi je ne sais pas déclencher les choses comme ça. Je ne sais pas mettre en place les mesures du CLIC

B : C'est plus le rôle de l'assistance sociale.

A : En cours de gériatrie avec la fac ce qu'on avait retenu des 2 journées, c'est pour les personnes âgées appeler le CLIC et ils résolveront tous les problèmes.

Est ce que vous vous appelez l'entourage lorsqu'il y a un problème ? Si vous avez le numéro des enfants vous appelez ?

C En situation aigue

D : beaucoup en gériatrie.

C : C'est indispensable ces réunions avec l'entourage.

E : On prévoit lorsqu'on a un problème avec un enfant. On prévoit de le voir avec les 2 parents la prochaine fois. Ou on dit à la personne âgée la prochaine fois vous venez avec votre fils et on discute de tel ou tel problème. Ce sont des choses qu'on a la possibilité de faire. On a quand même une certaine proximité. Après souvent on ne suit pas une seule personne de la famille, on voit d'autres membres. Il y a souvent toute la famille qui vient au cabinet donc c'est plus facile pour nous d'être un interlocuteur privilégié par rapport à l'entourage.

D : Je trouve que c'est relativement facile à faire. Après ça dépend de l'âge et du contexte mais en gériatrie c'est relativement facile à faire d'appeler les enfants. Ce qui ne veut pas forcément dire qu'il y aura une réponse derrière.

C : Mais ce n'est pas forcément facile niveau organisation. Pour la gériatrie c'est quand même mieux de se déplacer pour faire les réunions.

F : Disons qu'en gériatrie cela nous semble normal. Un patient âgé qui ne va pas bien, on appelle les enfants. Par contre un adulte de 45 ans qui ne va pas bien on ne va pas appeler son frère.

D : Mais le patient de 55 ans diabétique qui ne suit pas son régime ça ne m'arrive pas de prendre mon téléphone pour appeler l'épouse. A la rigueur tu dis au patient que ça serait bien que l'on rencontre sa femme pour pouvoir discuter de la situation à la maison. Il y a des tranches d'âge où c'est plus dur. Ça paraît moins spontané.

E : C'est de l'éducation. Après ton patient il est adulte donc il l'accepte ou il le refuse. S'il a toutes ses fonctions intellectuelles il est normal que tu le laisses gérer sa maladie seul aussi.

D : C'est ça aussi qui est assez frustrant en éducation thérapeutique et prévention c'est que tu as envie de faire pleins de choses et tu n'as personne en face. Parce que si le patient ne veut pas, tu ne vas pas lui faire ses courses.

Et comment vous faites pour les motiver et les responsabiliser au niveau de leur santé.

A : Il faut essayer de trouver le truc qui bloque. Mais ce n'est pas facile parce que ça demande du temps aussi.

D : C'est long sur la consultation, c'est long sur la durée. Et justement le fait d'être MG ça permet de voir les gens

régulièrement et des fois ça va mettre un an deux ans à se débloquer mais c'est petit à petit

F : On peut aussi réguler sur la durée du renouvellement. Si on voit qu'il bloque sur un message et bien on lui dit que là on ne lui fait que pour 2 mois, ce qui permet de se revoir. Ou pour la pilule aussi. Si elle n'a pas fait de frottis depuis longtemps et qu'on voit que la dernière fois elle a été renouvelée 6 ou 12 mois, je lui dis que là il y a des choses à faire et qu'on a pas forcément le temps aujourd'hui, donc je ne renouvelle que pour 3 mois. C'est un peu du chantage mais bon.

C : Mais ça nous permet à nous de faire passer le message, et eux pouvoir l'entendre au moins ils commencent à l'intégrer.

F : C'est aussi leur montrer qu'ils ont le droit à leur traitement et que nous on est là pour donner les médicaments dont ils ont besoin pour leur santé mais de leur côté ils ont une responsabilité. C'est un peu donnant donnant.

C : On n'est pas juste des supermarchés, juste des distributeurs de médicaments. Nous on a un message à faire passer.

Vous avez d'autres exemples plus précis ?

C : Moi j'explique les risques possibles par exemple pour l'hyper tension. Expliquer les risques de ne pas avoir un suivi régulier.

D : Tu leur fait peur.

A : En même temps il ne faut pas créer de résistances.

C : Mais je leur dis après qu'ils sont responsable de leur santé.

D : Je pense que tu es quand même obligé au moins une fois de poser les risques, les conséquences de ce qu'ils font mais tu ne vas pas le rabâcher à chaque fois. Moi j'essaie de chercher ce qui bloque.

B : Essayer de s'informer sur ce qu'il sait, sur les connaissances qu'il a. Est ce qu'il n'a pas des croyances qui fait qu'il ne croit pas au médicament ou à la prévention. Et pour les convaincre c'est sur un discours de non compliance, c'est essayer de semer le doute petit à petit chez lui, pour lui permettre d'effectuer un cheminement personnel et c'est au fur et à mesure des consultations il y a des choses qui vont progresser. Parce que le message de faire peur, c'est pas faire peur justement c'est l'informer et essayer d'être rassurant, et de dire pourquoi il n'a pas lieu de s'inquiéter pour le moment mais de quand même prendre ça au sérieux.

D : Moi j'ai vu en consultation un enfant de 10 mois qui venait pour de la fièvre, et là j'apprends qu'il n'est pas vacciné. Et plutôt que de lui rentrer dedans en lui disant que c'était débile, j'ai plutôt pris le problème à l'envers en lui demandant pourquoi elle n'avait pas fait les vaccins. Et de quoi vous avez peur. Moi je sais que j'utilise beaucoup ça : de quoi vous avez peur. Qu'est ce qui vous inquiète ? Qu'est ce que ça représente ? Et en est ressorti qu'on lui avait dit que les enfants qui étaient vaccinés étaient beaucoup plus malades la première année. Et d'ailleurs elle avait raison car sa fille c'était la première fois qu'elle était malade. Sauf qu'elle est gardée à la maison et qu'il n'y a pas de frères et sœurs. J'ai essayé de lui dire que peut être qu'elle avait raison sur une partie mais que moi je n'avais pas cette

conviction là et de lui apporter d'autres arguments sur le fait que sa fille n'est pas été malade.

F : Comme tu dis il faut les interroger sur leurs croyances. Savoir que s'ils ont des schémas qui sont complètement incohérents par rapport à ce qu'on veut faire passer ça ne marchera pas du tout.

D : Parce que là, j'aurai juste pu lui rentrer dedans en lui disant que c'était inadmissible, et l'enfant n'aurait peut être jamais été vacciné et en tout cas pas par moi.

E : C'est de la négociation. On n'est pas là pour dire aux gens vous ne faites pas bien les choses. On n'est pas des flics.

B : Mais c'est ça qui est difficile parfois. Si on revient sur la prévention, C'est ne pas passer pour un flic, il faut respecter leur personne, faut réussir à les entendre tout en faisant passer un message. On n'est pas prof. On parle d'éducation thérapeutique mais on n'est pas prof.

F : Il n'y a pas de sanctions ou de note à la fin. Moi j'ai du mal avec les femmes enceintes qui fument. Et je sens que ça ne passe pas forcément bien ce que je dis. J'arrive pas à tourner les choses correctement. Parce quand on évoque le sujet déjà elle se bloque tout de suite. Elles savent déjà qu'elles sont en faute. Et ça c'est dur. Je sens que je ne suis pas efficace sur les femmes enceintes qui fument.

D : Si tu regardes pour les maladies chronique, il y a beaucoup de patients, on leur a déjà dit. Ils le savent. C'est presque plus facile quand on est sur la découverte d'une maladie chronique. De les éduquer car on vient en premier et ils sont dans la découverte de la maladie donc ils sont avides de savoir. Après si ça fait 10 ans qu'ils ont leur diabète, on sait qu'ils ont déjà été prévenus. Ils ont déjà été informés.

F : Il faut leur dire qu'on comprend que c'est difficile. Ca ils aiment.

Pourquoi tu dis que tu as du mal avec les femmes qui fument ? Pourquoi tu dis que tu n'arrives pas bien à les éduquer ?

F : Parce que moi ça me choque et du coup, et elles se sentent jugées. C'est sûr.

C : C'est pas facile quand on a des principes de prendre du recul.

E : Certains comportements que l'on ne trouve pas normal, ou aberrant comme le diabétique qui fait n'importe quoi ça nous énerve et ils le savent. Et en même temps notre rôle, c'est pas de lui taper sur les doigts. Mais c'est pas facile par rapport à tes propres convictions. C'est sûr que voir une femme enceinte fumer c'est pas facile. Mais je pense qu'elles vivent déjà avec une certaine image.

F : Elles culpabilisent beaucoup. Moi en plus je n'ose pas trop rentrer dedans non plus. Et en même temps je ne sais pas comment l'aider. Et en général elles ne viennent pas pour ça. Elles viennent pour autre chose et c'est moi qui pose la question.

D : Ce que je trouve dur c'est que nous on a la représentation de ce que ça va donner après. Le diabétique, on le visualise avec ses plaies chroniques, et l'amputation et l'hypertendu qui a fait son AVC. Nous on sait ce qu'il y a derrière. A chaque fois on a ces

images là des patients qu'on a rencontré dans des cas un peu extrême... Et dans ces cas là on devient un peu plus virulent et peut être parfois trop.

E : Moi j'ai une patiente qui fume 10 cigarettes par jour depuis 40 ans et qui vient me voir parce qu'elle a mal à la poitrine et elle me dit maintenant c'est bon je vais arrêter. Ils attendent d'être malade avant d'arrêter de fumer ou de boire. C'est vraiment des situations extrêmes. Les patients ont vraiment besoin d'être en face d'un événement important pour apprendre pour changer d'attitude. Moi j'ai remarqué ça. Cancer du poumon les gens ils arrêtent de fumer le jour où ils ont un cancer.

F : Quand tu leur dis à chaque consultation quand même...Moi à chaque patient fumeur à chaque consultation, je leur demande, alors quand est ce que vous arrêtez ? Si vous voulez arrêter vous prenez une consultation que pour ça, et on en discute et on commence. .

D : Moi je sais aussi que je fais le conseil minimum ; Le tabac vous en êtes où ?

F : On devrait avoir une fenêtre qui s'allume à chaque fois au moment où tu valides la carte vitale : avez-vous parlé du tabac ?

D : Quand on regarde tout ce qu'on a à penser ?

A : Il faut les prioriser.

E : Tu te laisses des messages pour ne pas oublier la prochaine fois sur l'ordinateur. Les logiciels aident beaucoup je trouve. Moi j'ai 2 cabinets ou c'est que papier. Je passe mon temps à chercher.

F : C'est vrai qu'avec l'informatique les patients vont être mieux suivis. On a tout sous les yeux.

D : Ca facilite la réflexion. Ca aide pour hiérarchiser nos pensées. Tu trouves ton hémoglobine glyquée facilement quand tu en as besoin.

A : Ce qui est pas mal aussi c'est prévenir les gens qu'on va les envoyer voir un spécialiste. Leur dire et bien la prochaine fois on va faire ça. Et le noter quelque part qu'on leur en a parlé. Ca leur permet d'y penser d'ici la prochaine fois. Ils accepteront peut être plus que si on leur dit brutalement qu'il faut aller chez le cardiologue. L'informatique permet de temporiser tout ça.

D : Ca fait une seconde mémoire pour pleins de choses.

Et dans des situations qui sont complexes, difficiles à gérer comment faites-vous ?

C : J'essaie de me concentrer sur les sujets urgents, et au rendez vous d'après, par exemple un mois plus tard, j'essaie de rapprocher on reparle d'autres chose.

A : Moi j'ai une diabétique qui fait n'importe quoi avec son diabète, elle ne s'est pas présentée à tous ses RdV, et quand je la voyais elle me disait, qu'elle s'en fichait. Et un jour je lui ai demandé ce qu'il se passait, pourquoi elle faisait n'importe quoi, et là elle m'a raconté qu'elle avait une liaison avec qqn et que ça ne se passait pas bien, et que son diabète n'était vraiment pas sa priorité. Et du coup tout ce que je lui disais elle s'en fichait

complètement. Je lui ai proposé qu'on se voie pour parler de sa situation qui a l'air de lui poser souci, et sur cette consultation on a laissé le diabète complètement de côté. Mais peut être qu'à ce moment là c'est pas le souci et c'est pas le moment d'en parler.

D : On lâche prise aussi et pendant 3/6 mois on le laisse. Il n'est pas disposé à ce moment là. Mais c'est dur à faire

F : Et surtout on a une formation où on n'apprend pas à gérer à faire dans le temps. On est formé à l'hôpital à si il a tant de sucre on lui met de l'insuline s'il a tant de potassium on lui met de diffu K. On est dans l'aigu tout le temps dans notre cursus.

E : Des fois c'est peut être de passer par l'hôpital pour faire un check up orienter vers quelqu'un d'autre.

C : Essayé de hiérarchiser les trucs urgents. Et si c'est trop urgent, c'est l'hôpital effectivement.

F : En MG, quelqu'un qui arrive avec 17 de tension on a du mal à le laisser partir. Et en fait on le revoit. Mais ça ça vient avec le temps de savoir gérer ça.

D : Moi je suis comme toi c'est trouver les problèmes qui vont moins, que je trouve les plus importants, les choses les plus urgentes à gérer. Et essayer de faire un truc à la fois. De toute façon si c'est de l'urgence c'est l'hôpital. Et si on se sent trop débordé sans être dans le cadre de l'urgence, le fait de l'envoyer quelqu'un d'autre un spécialiste ça permet de soulager un point. Comme ça on peut se concentrer sur le reste.

F : Moi j'aime bien appeler un spécialiste devant le patient. Prendre le rendez vous devant le patient. Et en plus quand on appelle devant le patient on expose tout le problème, en terme médical devant le patient. Donc là il se rend compte, il entend tous les problèmes énoncés, et souvent il y a une prise de conscience à ce moment là. Et quand on raccroche on lui dit que le spécialiste est d'accord avec moi il pense qu'il y a vraiment besoin de faire cette chose là. Il y a un argument d'autorité en plus.

C : Avoir un autre avis ça permet aussi d'organiser nos idées, notre prise en charge dans quelque chose qui nous semblait être complètement...

F : Mais faut du temps par contre. Et soit une bonne secrétaire, soit des numéros qu'on connaît bien des gens qu'on connaît. Avoir un bon réseau.

D : D'où la connaissance des réseaux pour les lombalgiques chroniques...des réseaux de diabète

E : Moi n'étant pas du tout d'Angers ils me demandent par exemple où est ce que je vais pour faire la radio...

D : Les patients sont souvent demandeurs, un spécialiste et un bon.

E : Tout ce qui est préventions éducation c'est beaucoup de travail en amont pour nous, de connaissance des réseaux, des structures locales. Comme savoir le labo où est ce qu'il peut aller et les horaires et comment ça marche, les horaires de la PMI...

Pour vous quelles compétences doit avoir un médecin pour faire de la prévention éducation.

De la patience, du temps, de l'écoute.

D : Mais on n'est pas formé à tout ce qui est écoute du patient, Faut bien connaître la population avec laquelle on travaille. Si tu travailles avec des populations turques ou manouche, et si tu ne sais pas comment ça fonctionne les croyances, religieuses et autres.

B : Savoir entendre et écouter déjà.

E : Collaborer,

D : Généralement on s'immisce dans leur vie en éducation thérapeutique. A 45 ans on leur découvre un diabète, ils ont toujours mangé comme ça, on leur dit que non il faut tout changer. C'est dur.

F : Idéalement il faudrait des compétences en diététique un peu plus poussées que ce qu'on a actuellement.

D : Il y a des compétences medico médicales qu'il faut avoir.

E : Après il faut savoir s'actualiser. Il y a des choses nouvelles qui se créent et on n'est pas forcément au courant. Des nouveaux spécialistes qui s'installent à côté de chez nous. On devrait être plus informé que ça et plus intégré à un système de soins. On se sent vraiment seul. Surtout lorsqu'on remplace et qu'on ne connaît pas très bien ce qui se passe à côté. Je trouve qu'en prévention éducation c'est ça la compétence, d'être intégré à un système. On n'est pas bien formé la dessus. En maladie en traitement oui mais pas en prévention, alors que c'est ça qui est important.

D : Et on a l'habitude de l'hôpital.

G : On n'a pas l'habitude à l'hôpital d'utiliser le téléphone et les réseaux.

D : Ça s'apprend sur le tard aussi tout ce qui est écoute, savoir ce que le patient est prêt à entendre et à quel moment... comment lui dire. Il y a pleins de choses où on n'est pas compétent.

G : Mais ça s'acquiert avec l'expérience aussi.

D : Pour l'instant on est trop jeune.

A : Et avec la connaissance des gens aussi.

B : Si avec un réseau on a des rendez vous plus facilement chez le spécialiste, lui ça lui facilite aussi les choses, ça lui fait une démarche en moins, ça peut le motiver. D'avoir un réseau c'est quand même plus facile pour le patient.

F : Et quand c'est toi qui a pris le rendez vous pour lui devant lui, s'il n'y va pas il a l'impression qu'il te met dans la panade alors que si c'est lui qui doit le prendre il ne va pas forcément y aller, si c'est toi qui l'a pris il a comme un devoir envers le médecin d'y aller.

F : Dans les compétences aussi il faut être riche pour pouvoir faire de la prévention. Si tu as des crédits sur le dos tu ne peux pas faire de la prévention. Parce que si tu te dis aujourd'hui je ne vois que 10 patients...

D : C'est vrai qu'il y a la compétence temps et argent qui rentre aussi en compte. Si on nous dit qu'on a un budget, vous êtes

payé pour une demi-journée par semaine à faire de la prévention et de l'éducation thérapeutique, je serais super heureuse.

B : Je crois que ça existe déjà à Paris. Des structures où les MG ont des moments pour faire de la prévention. Et ils sont rémunérés pour les actes de prévention.

D : Et ça c'est super, Tu prends une thématique et tu proposes à tous tes patients,

F : On est aussi pas formé à tous les actes qu'on peut faire, les actes qu'on peut coter, qu'on peut facturer. Je suis sûre que tous les internes SASPAS, aucun de nous n'a fait de consultation approfondie ALD. On n'a jamais fait non plus de consultation Alzheimer mémoire. Et on ne sait pas ce qu'on a le droit de coter. Alors qu'en fait il ya déjà des choses qui sont mis en place et on ne le sait pas. On n'est pas formé.

D : En ce qui concerne la consultation mémoire, pour pouvoir la coter faut utiliser tel et tel test et c'est incompréhensible. On pourrait avoir un minimum en dépistage.

F : Mais tu n'oses pas le faire, tu ne sais même pas si tu as le droit de le faire ou de coter cet acte là. Alors que des fois tu es motivé pour le faire.

D : Tu dois répondre à certains tests que tu dois faire pour pouvoir la facturer 70 euros. Mais ce ne sont même pas les tests que tu sais faire classiquement.

G : Moi qui fais de la consultation mémoire au CHU, j'ai une heure. Mais je sais qu'en MG rien que le test des 3 mots c'est suffisant. S'il n'a pas répondu aux trois mots c'est qu'il y a un souci.

F : Oui mais ça c'est du dépistage, c'est pas une consultation mémoire.

A : Après ce qui me pose problème dans le dépistage mémoire, c'est que je ne sais pas quoi proposer derrière.(je crois pas trop au traitement)

G : Il n'y a pas que les médicaments. C'est leur faire prendre conscience qu'il y a un problème pour pouvoir justement anticiper. Qu'il faudra faire des inscriptions en maison de retraite de sécurité etc. C'est la prise en charge globale ce n'est pas de la prise en charge médicamenteuse qui compte.

D : C'est de la prévention secondaire où on va prévenir de ne pas se retrouver avec l'aidant qui est complètement débordé. Une situation de crise. L'éducation c'est aussi de la prévention pour prévoir l'évolution des maladies.

G : Mais déjà si ils ont connaissance de leur problème et leur dire que ça va évoluer comme ça parce que ça va évoluer comme ça, cette prise de conscience ça change beaucoup.

Quelle place vous donnez au patient dans son éducation et dans sa prévention et quelle place vous vous donnez à vous.

A : Moi je pense qu'au début du SASPAS j'étais beaucoup trop interventionniste, à vouloir qu'il fasse ce que je voulais qu'il fasse, et je ne prenais pas assez en compte son envie à lui. Et justement le SASPAS ça permet de changer un peu ce mode de

fonctionnement. On se rend compte, qu'il faut négocier et s'adapter à ce que le patient il a envie de faire.

F : Surtout qu'en SASPAS on sait qu'on peut les revoir et les reconvoquer. Quand on sait qu'on va les revoir on sait que tout ce qu'on va dire en 2/3 mots et bien la prochaine fois il les aura déjà entendus et on pourra rebondir dessus.

E : Moi je trouve ça sympa de les revoir les patients. J'en avais pas conscience mais maintenant au bout de quelques mois on revoit les même têtes et c'est très agréable de revoir les gens et surtout dans tout ce qui est éducation. Et même les gens déjà au téléphone ils savent que c'est toi et du coup tu pars avec des bons points. C'est valorisant.

D : Au niveau position de ce qui est éducation thérapeutique c'est qu'on n'est pas là pour être prof, on n'a pas le savoir absolu. On va être plus comme un guide. Essayé de l'aiguiller. Après c'est quand même lui qui fait sa route.

F : Chaque patient veut une place différente. Il y a des patients qui ont besoin de se prendre un savon des fois. Ils ont besoin de ça. Certains ont besoin que tu les engueules un peu. Ils le disent. C'est bizarre comme relation des fois avec certains.

D : Il y a ceux à qui faut donner une feuille avec une liste de points à faire et ils vont le respecter à la lettre et ils vont suivre ou faire à l'opposé de ce que tu dis pour le principe.

F : Les profs qui ont déjà tout commencé à faire avant toi.

E : Mais on a quand même un rôle d'éducateur. Ils sont contents d'être venus chercher l'information. Ils repartent en disant « ah bah ça je ne savais pas ». On apporte un savoir et des fois ça leur suffit. En même temps ça les valorise de sortir avec une information nouvelle.

F : Sauf qu'on a aucune formation de pédagogie. Alors qu'il y a des techniques de pédagogie. Quand on est externe on est quand même disponible et de la main d'œuvre pas cher, on pourrait aller dans les lycées et ça serait formateur d'essayer d'expliquer à des gens au départ.

E : Moi j'ai fais d'une manière complètement libre, avec ma mère qui est prof de sciences naturelles, un topo sur les moyens de contraception, J'ai préparé mon topo et j'ai fais ma projection devant les élèves de terminale. Et c'était très sympa alors que je n'avais pas de capacité d'éducateur, et c'est pas si compliqué que ça.

F : Mais tu avais préparé quelque chose.

D : En consultation on travaille sans filet. Le patient tu ne sais pas pourquoi il vient.

E : En même temps on s'adapte.

B : C'est s'adapter au patient à chaque fois.

E : Il y a certaines questions aussi où tu n'as pas forcément la réponse et où tu es obligé d'aller chercher sur internet, pour répondre la fois d'après. Moi ça m'est arrivé, pour des histoires de voyages ou de vaccins.

F : Sinon pour la position du médecin, il faut surtout être très disponible. En médecine générale c'est ce qu'ils veulent. Même quand on arrive pas à faire passer le message c'est leur dire, si ça

ne va pas si vous avez des questions, n'hésitez pas vous revenez ou vous appelez. Surtout qu'on ne pourra plus ou ne voudra plus être autant disponible que ne l'étaient nos médecins de famille avant ou ils pouvaient sonner à n'importe quelle heure du soir.

D : La place du médecin et du patient elle se voit pendant la consultation. Chaque patient étant différent. Tout en essayant de guider sans assommer de connaissances.

Et comment tu arrives à le faire adhérer à ce que tu dis sans prendre une position trop supérieure.

D : C'est long. C'est le fait de connaître et revoir les patients. Et en cours de route il est venu avec ses enfants ou autre.

F : Et en revoyant d'autres patients on pense à un autre. Lui j'ai pas du dire ce qu'il fallait, j'aurai du dire plus.

E : Autant on a un savoir lorsqu'on prescrit il y a des choses que l'on connaît et pas eux, autant en prévention éducation, les patients ont une responsabilité aussi importante que la notre et du coup c'est plus équilibré comme discours, car c'est important qu'ils comprennent ce que l'on dit. Il y a un savoir qui passe et après la personne elle en fait un peu ce qu'elle veut, elle est libre d'entendre ou pas entendre. Du coup en termes de responsabilité c'est équilibré. On a moins de pouvoir en prévention qu'en thérapeutique.

G : On est plus dans le dialogue.

F : Quand tu prescrites c'est que ta responsabilité.

E : Si tu n'as pas prescrit le bon médicament ça te retombe dessus. Si le patient ne fait pas ce que tu dis là tu peux dire « je vous avais prévenu ». Ils ont un rôle à jouer. C'est plus actif pour eux.

C : sinon ce qui est difficile en prévention c'est de laisser une trace. Si l'information a été transmise au patient.

E : Moi mes praticiens mettent parfois entre guillemets les mots dis par le patient ce qui peut être intéressant. Avec l'ordinateur on ne regarde pas assez les gens.

F : Par contre quand tu arrêtes de taper et tu te mets à les regarder là ils sentent qu'il y a un moment important. Mais c'est

vrai que sur les choses aiguës on est trop devant l'ordinateur. Donc c'est vrai que des réunions à plusieurs sans ordinateur c'est autre chose pour le patient. Des réunions où tout le monde est assis à la même table tout le monde est sur le même pied d'égalité. Et peut être que si on faisait la vraie consultation approfondie Ça où il n'y a pas besoin de prescrire on pourrait regarder le patient et pas être derrière notre ordi.

C : c'est le fait d'avoir une ordonnance systématique à faire à la fin de la consultation qui biaise un peu la prévention.

D : Et mine de rien ils viennent pour l'ordonnance.

E : Et c'est dur de finir la consultation sans ordonnance

F : C'est aussi à cause du paiement à l'acte. Le faire payer 23 euros alors que tu n'as pas fait d'ordonnance c'est dur. Mais c'est plutôt un sentiment alors que les patients ne sont pas si réticents.

D : C'est pour ça que des consultations orientées prévention éducation tu n'es pas dans la même demande. Ils viennent pour des info sur leur maladie, discuter, leur expliquer. Ils sont peut être plus ouverts que s'ils viennent pour l'ordonnance.

C : Peut être qu'à la fin au lieu de donner une ordonnance on peut donner une fiche conseil. Ils repartent quand même avec quelque chose.

B : Pour les conseils diététiques, c'est ce que je fais je prends des feuilles toutes prêtes. Je la revois avec le patient et puis je raye des trucs et j'insiste sur d'autres. Comme ça ils ressortent avec une feuille personnalisée. Etablir avec le patient un arbre stratégique dans la prise en charge et revoir à chaque fois là où il en est.

E : Ce qui est dommage il y a la consultation du médecin, diététique, podologue. Alors qu'on pourrait avoir des consultations qui sont regroupées en même temps. A l'étranger ça se fait où tout est au même endroit, le patient n'est pas baladé partout.

D : Mais on pourrait au moins avoir des réunions pluridisciplinaires. Mais c'est impossible à mettre en place. Pour la prévention il faut être riche faut du temps des moyens des réseaux.


PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Mademoiselle BRIAND Hélène

Vu, le Directeur de thèse

Audrey Girard


Vu, le Président du jury de thèse


P. HUBERT JF

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



