

Académie d'Orléans – Tours  
Université François – Rabelais

## **FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS**

Année 2012

N°

### **THÈSE pour le DOCTORAT EN MÉDECINE**

Diplôme d'état  
Discipline : Médecine Générale

par

**MARIE DUSSART née BRÛLÉ  
le 20 mars 1981 à Le Blanc**

**présentée et soutenue publiquement  
le Lundi 15 Octobre 2012  
à Tours**

**Niveaux de compétence des internes en médecine générale de  
Tours en matière d'éducation, de prévention et de dépistage.  
Une enquête qualitative**

#### **Composition du jury**

Président du jury : Monsieur le Professeur Laurent BRUNEREAU

Membres du jury : Monsieur le Professeur Daniel ALISON  
Monsieur le Professeur Hubert LARDY  
Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ  
Monsieur le Professeur associé Alain POTIER  
Madame le Docteur Cécile RENOUX

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Professeur Dominique PERROTIN

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

**ASSESSEURS**

Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.  
LANSAC  
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.  
METMAN  
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.  
RAYNAUD

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale

Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

## PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

**MAITRES DE CONFERENCES**

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

**CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM**

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ethique Médicale***

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

*J'exprime ma gratitude et mon plus profond respect aux membres de mon jury de thèse.*

**À monsieur le Professeur Laurent BRUNEREAU,**

Votre investissement au sein de la faculté, votre écoute et votre bienveillance ont été source d'inspiration tout au long de mon cursus universitaire. Mon travail à vos côtés en commission restera un excellent souvenir et une expérience très enrichissante. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse.

**À Monsieur le Professeur Daniel ALISON,**

Votre disponibilité et votre patience à mon égard ont toujours été sans faille. Vous m'avez accompagnée tout au long de ces années universitaires. Votre franc – parler, votre gentillesse et votre accessibilité sont un exemple pour moi. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

**À Monsieur le Professeur Hubert LARDY,**

Vous connaissez mon attachement particulier à votre discipline. C'est avec un grand plaisir que je sou mets mon travail à votre appréciation de chirurgien et de pédagogue. Je vous remercie de pouvoir vous compter parmi mes juges.

**À Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,**

Vous avez pu apprécier mon caractère au long de ces trois années d'internat et mon investissement en pédagogie médicale. Vous m'avez toujours encouragée dans cette voie. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

**À Monsieur le Professeur associé Alain POTIER,**

Nous avons tout de suite réussi à trouver le décoder pour nous comprendre. Je vous remercie d'avoir été mon tuteur et guidé mon parcours avec patience, d'avoir apprécié mon investissement personnel, de m'avoir prêté une écoute attentive et d'accepter aujourd'hui de juger ce travail.

**À Madame le Docteur Cécile RENOUX,**

Je te remercie chaleureusement d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Tu as su composer avec mon caractère, me remotiver et m'aider à prendre les décisions qui s'imposaient. Tu as survécu à mes nombreuses sollicitations et compris mes attentes. Je te remercie de ton aide précieuse et de tes conseils avisés, de m'avoir initiée au travail de recherche qualitative. C'est avec plaisir que j'ai travaillé sous ta direction.

*Je souhaite également remercier :*

**Monsieur le Doyen Dominique PERROTIN,**

Vous dire combien je vous suis reconnaissante. Toujours à mon écoute, m'accompagnant tout au long des années, vous m'avez donné l'envie de m'investir au sein de cette faculté et permis d'apprendre à chacune de nos rencontres. Vous m'avez fait aimer la pédagogie médicale et le travail bien fait. Vous m'avez aidée à persévérer même quand mon but n'était pas atteint. Pour cela, merci.

**Les enseignants de la faculté,**

pour m'avoir donné le goût d'apprendre et m'avoir transmis l'amour de la médecine.

**Les personnels de la faculté,**

Marie-Christine, Rivka, Alain et Alain et tous les autres... Merci pour l'écoute, les discussions, les pauses cafés, l'aide précieuse... Tous ces petits moments avec vous me feront regretter la faculté.

**Monsieur le Professeur Philippe BAIL, l'ensemble des thésards et coordinateurs de ce projet de thèse et tous ceux qui m'ont aidée à réaliser ce travail.** Le travail était d'ampleur mais indispensable à la médecine générale. Dès le commencement, les difficultés furent nombreuses. Merci pour vos soutiens et vos conseils. Veuillez accepter le témoignage de ma gratitude. Merci à Chloé Bouchard pour les entretiens, aux internes qui ont participé, à Mike et Helaine pour leur aide.

**L'ensemble des médecins et de mes collègues rencontrés au travail,** de m'avoir encouragée, supportée et permise de devenir ce que je suis aujourd'hui. Je tiens à remercier plus particulièrement le professeur P. Colombat et le professeur D. Mallet ainsi que les équipes de soins palliatifs et de la consultation de lutte contre la douleur. J'ai eu l'impression d'être accueillie dans une vraie famille. J'espère pouvoir bientôt retravailler avec vous.

**Mes parents,**

Merci : pour tout ce que vous m'avez inculqué et appris, pour l'éducation que vous m'avez donnée, pour avoir supporté mes interminables reproches et mes humeurs, pour avoir su m'accompagner à tous les âges et avoir toujours été là quand il le fallait, pour votre présence, votre exemple et votre soutien, pour m'avoir fait confiance. Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer l'ampleur de ma gratitude et de mon affection. Je vous aime très fort.

**Mes beaux parents,**

Merci : Pour votre soutien, votre aide précieuse pendant ce travail, votre accueil au sein de votre famille et surtout de me considérer comme votre fille. Merci d'avoir un fils aussi « génial » ! Je vous suis très reconnaissante, recevez toute mon affection.

**Le reste de la famille,**

Mes frères Étienne, Gilles et Emmanuel, ma sœur Hélène alias sœur Jeanne – Elisabeth, mais aussi Marie, Laurence, Sonia, Nicolas, Katia, Thérèse, Imelda, François, Priscille, Marc, Sarah, Naël. Merci de rester unis malgré nos différences et d'être tous pour moi un socle d'amour et un havre de paix où il fait bon venir se ressourcer.

**Mes amis**

Mon « petit frère » Grégoire Muller, toujours disponible, toujours présent dans les bons comme dans les mauvais moments. Alexandre Baussant, Stéphanie Legros, Clément Bobillier, Édouard Robine, Magali Mahieu, pour être les tontons et tatas de la maison, toujours présents. Camille Rerolle et Béatrice Brunie pour leurs encouragements incessants. Romain Humbert, Perrine Jubert, pour avoir été mon frère et ma soeur d'armes. Martine et sa compagnie pour la charcuterie, le soutien, les petits plats... Tous les copains qui se reconnaîtront de promos, de faculté, d'associatif, de soirée... Je ne peux tous vous citer. Mais à tous, merci de votre soutien, de votre amitié et de votre gentillesse. Vous m'êtes très précieux. Il est bon de se sentir aimée.

**À David mon époux et à Pierre notre fils : les deux amours de ma vie.**

Merci à vous deux de m'accompagner et d'être là tous les jours, merci de l'amour que vous me donnez et de ces merveilleux instants partagés ensemble. J'espère qu'ils dureront longtemps.

David, sans toi je n'aurai jamais pu finir ce travail. Tes conseils sont toujours avisés, ton soutien est sans faille, ta patience me calme, ta douceur m'apaise, ta présence me comble. Tu comptes plus que tout. Tu m'as en plus offert cette année le plus beau cadeau du monde, notre petit Pierre, la première merveille du monde. Pour tout cela merci.

**À vous deux, je dédie ce travail.**

# TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS ET GLOSSAIRE	p 11
INTRODUCTION	p 12
MATÉRIEL ET MÉTHODES	p14
RÉSULTATS	p16
Caractéristiques des groupes de discussions	p16
Analyse et interprétation des verbatim	p16
1) Représentations sur l'éducation-prévention-dépistage	p16
2) La place du médecin généraliste	p18
3) La place du patient	p20
4) Les limites de la prise en charge des patients en éducation – prévention – dépistage	p21
5) Exploration des connaissances et des apprentissages	p23
6) Les difficultés de l'apprentissage	p24
7) Exploration de la réflexivité, de la construction des pratiques des internes	p24
DISCUSSION	p27
CONCLUSION	p33
BIBLIOGRAPHIE	p34
ANNEXES	p37
Annexe 1 : Résultats préliminaires des travaux du groupe d'experts	p37
Annexe 2 : Trame d'entretien par niveau de compétence	p41
Annexe 3 : Verbatim	p45
Annexe 4 : Grille de codage commune - Nantes	p81
Annexe 5 : Grille de codage - Tours	p82
Annexe 6 : Parcours des participants	p85
Annexe 7 : Résultats de l'analyse thématique – tableaux et unités de sens	p86
RÉSUMÉ/ SUMMARY	p141

# ABRÉVIATIONS

**CMFC** : Collège des Médecins de Famille du Canada

**CNE** : Comité National d'Évaluation

**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants

**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées

**DUMG** : Département Universitaire de Médecine Générale

**FG** : *Focus Group*

**HAS** : Haute Autorité de la Santé

**HPST** : loi « Hôpital, Santé, Patient, Territoire »

**MG** : médecine générale

**SASPAS** : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

**UFR** : Unité de Formation et de Recherche

**WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family physicians.

---

## 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 du *focus group*.

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

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

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

**Consolidation des thèmes** : Confirmer les thèmes : c'est le fait de reprendre les unités de sens minimales similaires ou apparentées, 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 porte ou signifie des unités de sens

# INTRODUCTION

La profession médicale est confrontée à une grande mutation des attentes de la société face à la médecine (13). Elle souhaite aujourd'hui s'assurer d'avoir, face à elle, des médecins compétents, capables d'accompagner, de conseiller et de soigner de façon rigoureuse et éclairée la population. Le médecin resté pendant longtemps une figure de sagesse et de respectabilité au sein de la société est aujourd'hui un professionnel de santé parmi les autres, intégré dans un système de santé complexe. De l'explosion technologique avec l'augmentation des actes de haute technicité, à une modification des besoins des patients, une population vieillissante et la judiciarisation croissante, tous ces changements confortent les exigences de régulation de la qualité des pratiques médicales et de sécurité des soins (13). Initialement tacite, ce contrat a été inscrit dans la loi en 1998 (27) avec une obligation de formation, permettant in fine de maintenir et d'améliorer la qualité des soins de santé. Il est confirmé par la loi du 4 mars 2002 (25) invitant les différentes professions à «veiller à la compétence» de leurs membres. De cette situation est née une obligation de prouver cette compétence afin que la société puisse accorder sa confiance (13).

Que signifie alors être un médecin compétent ? Que doit-il être capable de faire ? Qu'est-ce qui montre qu'un médecin est compétent ? Comment savoir à quel stade d'acquisition de la compétence se situe un médecin ? Comment certifier de l'acquisition d'une compétence par un étudiant ? Ces questions doivent trouver réponses. La Médecine Générale (MG) n'échappe pas à cette règle. L'étude des compétences indispensables à la profession est essentielle pour répondre au mieux aux questions de la société. Dans cette dynamique, la formation médicale initiale a dû s'adapter, s'approprier cette notion de compétence et réfléchir sur le mode d'enseignement de la médecine afin de permettre aux étudiants de justifier de leurs compétences acquises au long de leurs formations. (9).

La mission institutionnelle confiée aux enseignants du Diplôme d'études spécialisées (DES) de MG est donc de former des médecins généralistes compétents (12). La formation des internes vise à transformer un médecin « indifférencié » (qui a un savoir constitué) en médecin généraliste (avec des compétences spécifiques)(12). La compétence d'un médecin généraliste est liée à sa capacité à mobiliser ses habiletés lors des situations complexes auxquelles il est confronté (12). Dans l'optique de former des praticiens réflexifs, la pédagogie constructiviste (14) est la plus adaptée pour atteindre cet objectif lors du troisième cycle.

L'acquisition d'une compétence est dynamique, évoluant en fonction de nombreux paramètres (exposition aux situations-problèmes, richesse du questionnement personnel, qualité des recherches d'informations...). Les compétences d'un interne de première année de DES ne sont pas les mêmes que celles d'un interne de troisième année, tant du point de vue quantitatif que qualitatif. Le système pédagogique du troisième cycle doit prendre en compte ces éléments (12). Évaluer et certifier de l'acquisition des compétences des futurs médecins généralistes nécessitent la prise en compte de nombreux facteurs, réglementaires, institutionnels, pédagogiques et implique un processus long et difficile. Ce processus se déroule en trois grandes étapes : l'élaboration d'un référentiel métier, l'élaboration d'un référentiel de compétences (associée à une phase d'évaluation qui garantit la qualité des attentes de formation) et l'élaboration d'un référentiel de formation (modalités d'évaluation et de validation de la formation permettant la certification des internes). La certification est définie comme l'opération qui authentifie les compétences et savoir-faire d'un individu par rapport à une norme formalisée (4).

Un premier travail de définition des pratiques du médecin généraliste a été élaboré et formalisé par le collège national des généralistes enseignants (CNGE) en 2009, à partir des travaux du Collège des Médecins de Famille du Canada (CMFC) et de la WONCA Europe (1,7,8),

s'inspirant des recommandations du Comité National d'Évaluation (CNE) (5). Une liste de compétences du médecin généraliste à ensuite été rédigée (3, 8). Elle prend en compte l'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérisant la spécialité de MG. Elle comprend des compétences génériques, des compétences décisionnelles spécifiques, des compétences en rapport avec l'activité professionnelle (3), réparties en six grandes familles (2) :

- 1- le premier recours, les urgences,
- 2- la continuité des soins, suivi au long cours, coordination des soins,
- 3- l'éducation à la santé, le dépistage, la prévention, la santé individuelle et communautaire,
- 4- l'approche globale, la complexité,
- 5- la relation médecin/malade, la communication, l'approche centrée sur le patient,
- 6- le professionnalisme.

Ce référentiel est un guide pour l'enseignement et l'apprentissage. Il est insuffisant pour prétendre certifier les compétences, la certification étant indispensable pour attester de la capacité à exercer la profession de médecin généraliste.

Pour obtenir un référentiel d'évaluation avec des critères satisfaisants, une recherche d'indicateurs fiables a été proposée pour préciser des niveaux de compétence et intégrer la notion d'évolution des acquisitions au cours du cursus universitaire. Les indicateurs sont des éléments concrets, observables, quantitatifs ou qualitatifs permettant d'apprécier l'existence de faisceaux d'indices et de faire une hypothèse sur l'acquisition de la compétence mobilisée (15). Des éléments contextuels peuvent empêcher ou favoriser la mobilisation des compétences. La compétence individuelle n'est pas toujours dissociable de la compétence collective. Les indicateurs de compétences à établir doivent intégrer ces notions.

Pour chacune des six compétences, une recherche nationale sur les indicateurs a débuté. La région Grand Ouest s'est vu attribuer la compétence : éducation-prévention-dépistage, compétence essentielle inscrite dans la loi HPST (26). Elle a été définie comme la capacité à « *Accompagner « Le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.* » par un groupe d'experts du grand Ouest (annexe 1). Des hypothèses d'indicateurs ont été formulées par ces experts.

La première étape de ce travail a exploré, au travers du discours de groupes d'internes à différents stades de leurs parcours de MG, les représentations et connaissances des internes dans ce domaine. Dans un second temps, les discours recueillis ont été confrontés afin de mettre en évidence d'éventuelles similitudes ou différences et, si cela était possible, de faire émerger des hypothèses d'indicateurs de niveau d'acquisition de la compétence. Ce travail a été mené dans chaque faculté du Grand Ouest (Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours). Les résultats présentés sont ceux obtenus sur la faculté de Tours. La troisième étape consistera en la comparaison des indicateurs théoriques du groupe d'experts du grand Ouest aux indicateurs émergeant du terrain.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

Enquête qualitative par groupes de discussions focalisées (ou *focus group* FG) auprès d'internes de MG, inscrits à la faculté de Tours, et définis comme novices, intermédiaires ou compétents (12).

## ***Définition et sélection des participants***

Les niveaux de compétence à Tours ont été définis selon les critères suivants. Le niveau novice correspondait au premier ou second semestre de DES, le niveau intermédiaire au troisième ou quatrième semestre de DES (stage de niveau 1 en MG non effectué ou en cours), le niveau compétent au cinquième ou sixième semestre de DES (stage de niveau 1 effectué, stage de niveau 2 non effectué ou en cours).

Les participants appelés informateurs (17), ont été recrutés parmi les internes de MG de la faculté de Médecine de Tours. L'ensemble des internes a été contacté par mail via leur adresse du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) au mois de Décembre 2010. Un deuxième recrutement a été conduit par entretien téléphonique un mois avant chaque groupe de discussion selon les critères suivants : être susceptible d'être présent le jour du groupe de discussion sur Tours et appartenir au niveau de compétence du FG concerné. Un troisième recrutement a été effectué avant les FG en amphithéâtre.

Les internes ont été informés que les échanges effectués dans le cadre des FG concerneraient la notion d'éducation-prévention-dépistage, seraient enregistrés, que l'anonymat serait respecté et la participation bénévole, c'est à dire non rémunérée et ne pouvant pas servir de justificatif d'heures de formation dans le cadre de la validation du DES de MG.

Les critères d'exclusions aux FG étaient d'avoir terminé sa formation de troisième cycle, de refuser de participer à l'étude selon les conditions préétablies ou de connaître le sujet de l'étude (ne pas participer ou avoir participé à des travaux concernant le sujet des compétences en médecine générale).

## ***Organisation des groupes de discussion***

Les dates de FG ont été choisies en fonction des disponibilités du modérateur et de l'animateur, de l'existence d'un nombre suffisant d'internes d'un même niveau sur Tours les jours concernés (dates de séminaires, choix de stage).

La trame d'entretien (annexe 2) a été élaborée à partir des réflexions du groupe de travail du Grand Ouest, coordonné par le Pr P. Bail. La trame était commune à tout le Grand Ouest. Elle explorait le discours des internes sur la compétence éducation-prévention-dépistage en fonction de leur niveau de compétence et comportait 3 questions ouvertes principales ainsi que des questions de relance si les internes ne couvraient pas les points importants. Elle explorait leurs connaissances, la construction de leurs apprentissages, leurs pratiques dans ce domaine, leurs représentations et leur réflexivité (capacité à se questionner, à chercher du sens à l'éducation du patient, au dépistage, à la prévention et à leur place de soignant). La trame n'a pas été adaptée en cours d'étude.

Les entretiens ont été réalisés à la faculté ou dans une annexe de la faculté à la suite immédiate d'un séminaire d'enseignement du DUMG ou du choix des stages des internes d'avril 2011. Après accord des internes, ils ont été intégralement enregistrés avec deux lecteurs-enregistreurs. Un FG par niveau de compétence a été réalisé.

Les FG ont été animés par un modérateur et un observateur. L'observateur a pris des notes sur les aspects non verbaux des échanges et la succession des prises de parole des participants. Le modérateur à Tours a été le Pr A. Potier (coordinateur régional du projet) pour le groupe novice, le Pr P. Bail (coordinateur inter régional) pour le groupe intermédiaire et une interne en cinquième semestre pour le groupe compétent. Le modérateur a recentré la discussion si nécessaire, en reformulant les idées importantes qui émergeaient. Il avait pour rôle de lancer la discussion et de distribuer la parole. Il a vérifié que tous les thèmes identifiés dans la trame d'entretien avaient bien été abordés et s'est occupé du bon fonctionnement des deux lecteurs-enregistreurs. Pour chaque FG, le modérateur à Tours était le même interne. Au début des séances, un tour de table de présentation a été effectué, au cours duquel les participants ont précisé leurs âges, leurs facultés d'externat, leurs lieux de stages d'internes effectués et en cours, leurs projets professionnels respectifs actuels. Une lettre de l'alphabet a été attribuée à chaque participant pour faciliter la retranscription et l'anonymisation des données.

## ***Traitement et analyse des données***

Après chaque séance, une retranscription intégrale des échanges verbaux et non verbaux a été faite manuellement en respectant l'anonymat des internes (annexe 3) puis soumise à la validation des participants par envoi de courriers électroniques. Après numérotation des lignes du texte et attribution d'une couleur à chaque verbatim, une analyse de contenu des entretiens a ensuite été réalisée en plusieurs étapes :

Indépendamment pour chaque niveau :

- a) une appréhension globale du contenu par plusieurs lectures attentives ;
- b) un découpage du texte avec relevé systématique des citations et des thèmes auxquels elles se rapportaient par une thématisation continue.
- c) un classement des thèmes, sous thèmes et unités minimales de sens obtenues.
- d) une interprétation dégagant les concepts abordés et les opinions exprimées par niveau de compétences en mettant en évidence des indices, éléments d'apprentissages caractéristiques.

Pour l'ensemble des niveaux :

- e) une interprétation dégagant les éventuelles concordances ou discordances à tous les niveaux de compétences, à partir des indices.
- f) une analyse de ces données cherchant à faire émerger des hypothèses d'indicateurs de niveau d'acquisition de la compétence, à partir des indices pertinents.

Les internes chargés de cette analyse dans chaque Unité de Formation et de Recherche (UFR) se sont réunis à Nantes fin avril 2011 en présence de leurs directeurs de thèse, afin de présenter leurs premiers travaux et définir une trame commune des thèmes et découpages des transcriptions. Une grille commune au Grand Ouest a été proposée (annexe 4). Devant la variété du contenu des transcriptions, chaque thésard a été libre d'utiliser s'il le souhaitait un autre classement. À Tours, cette deuxième solution a été retenue (annexe 5) devant les difficultés rencontrées à coder avec cette grille commune et la présence d'items ne trouvant leur place nulle part. De grands thèmes communs à toutes les UFR ont été dégagés et intégrés au travail d'analyse quelque soit la grille choisie. Les données non verbales n'ont pas été analysées.

Le recueil et l'analyse des données de Tours ont été réalisés par une interne dans le cadre d'un travail de thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Le codage des verbatim et l'interprétation ont été supervisés par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative.

# RÉSULTATS

## Caractéristiques des FG

Sur l'ensemble des trois promotions d'internes de MG qui avait reçu un mail d'information, seul 2 internes ont répondu. Une seule réponse était positive. 64 internes ont été contactés par téléphone. Sur les 21 se déclarant volontaires à l'issue de l'entretien téléphonique, 4 n'ont finalement pas participé. Un seul interne supplémentaire a accepté de participer à l'issue de l'information en amphithéâtre. Un seul FG par niveau a été réalisé du fait du faible taux de participation des internes et des difficultés de recrutement. La saturation des données n'a donc pas été vérifiée. Les entretiens ont été retranscrits très rapidement après chaque séance, afin de ne perdre aucune donnée et leur analyse a été faite au fur et à mesure. Les caractéristiques techniques de ces séances sont résumées dans les tableaux 1 et 2. Les entretiens se sont déroulés pendant le premier semestre universitaire 2010-2011 sur une durée de trois mois. Les caractéristiques des participants correspondaient aux caractéristiques des internes de MG de Tours. (annexe 6).

Nom	Date	Heure	Durée	nombres de participants		mode de recrutement		
				théorique	réel	mail	téléphone	amphithéâtre
FG Novices	17/02/11	17H30	73 min	8	8	1	7	0
FG Intermédiaire	20/01/11	17H30	82 min	7	6	0	7	0
FG Compétent	31/03/11	10H30	65 min	8	4	0	7	1

Tableau 1: Description des entretiens.

Nom	participants	écart des âges	Âge moyen	stage ambulatoire
FG Novices	7 femmes, 1 homme	24 à 26 ans	25, 2 ans	aucun
FG Intermédiaire	4 femmes, 2 hommes	25 à 28 ans	26,5 ans	Niveau 1 : 3 internes sur 6
FG Compétent	3 femmes, 1 homme	27 à 29 ans	28 ans	Niveau 2 : 1 interne sur 4

Tableau 2: Description des participants.

## Analyse et interprétation des verbatim

Une analyse FG par FG a été conduite indépendamment. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux thématiques constitués des principales idées retrouvées dans les verbatims, facilitant la comparaison des trois groupes (Annexe 7). Les éléments caractéristiques présentés ci-dessous ont été mis en évidence.

### 1) Représentations sur l'éducation-prévention-dépistage

#### Une représentation globale floue

Quelques soient les informateurs, les concepts se mélangeaient : « *c'est un petit peu la même chose* » (Q64). L'éducation nécessitait au préalable l'existence d'un diagnostic. La prévention arrivait en amont de la maladie. Le dépistage revêtait un caractère collectif. L'éducation perçue comme une série de conseils, la prévention et le dépistage perçus comme collectifs, devenaient avec l'expérience des principes de prise en charge modulés en fonction du patient, en collaboration avec lui.

Pour le groupe novice, ces principes restaient abstraits et théoriques, comme la transmission d'un savoir. Il appréhendait les enjeux de société associés. Il restait scolaire et pensait que « *Les trois ça sonne aussi beaucoup santé publique* » (L53). Le groupe intermédiaire amenait la notion d'une prise en charge construite dans le temps. Le groupe compétent décrivait ces notions comme « *une discussion* » (P32), une interaction avec le patient permettant son autonomisation.

Les informateurs percevaient ce domaine comme « *un rôle central* » (M76) en MG. Il s'agissait d'une part importante de l'activité puisque quotidienne. Le groupe novice identifiait l'existence de connaissances spécifiques nécessaires à sa future pratique. Le groupe compétent pensait que cette compétence était indispensable à un exercice de qualité : « *j'aurai pas l'impression en tout cas de bien faire mon travail* » (Q41). Ce domaine était difficile à mettre en place, vaste dans son contenu : « *c'est difficile d'éduquer* » (E158) ; Il y avait « *pleins de trucs (...) décriés* » (M60) pouvant être source de polémiques pour le groupe novice. Pour le groupe intermédiaire, une adaptation au « *cas par cas* » (C109) était indispensable. Certaines situations nécessitaient une éducation cadrée et une intégration du patient dans le processus.

Quatre axes d'intérêts de l'éducation – prévention – dépistage se dégagent :

- Un intérêt socio-économique, d'amélioration de la qualité de vie et de l'état de santé des populations.
- Un intérêt médical, d'amélioration de la compliance, de l'observance et de l'adhésion aux traitements des patients par anticipation des problèmes éventuels.
- Un intérêt pour le patient, d'amélioration de sa compréhension.
- Un intérêt relationnel, entre le médecin et le patient avec « *une bonne relation* » (Q41).

L'expression de ces axes était différente selon les groupes. Le discours du groupe novice était académique. Le discours du groupe intermédiaire et compétent était plus familier. Ce changement signalait une modification d'appréciation de ces notions selon les niveaux de compétences.

Pour les informateurs, le patient avait « *la place centrale* » (L363). Il était décideur et acteur de sa maladie dès le groupe novice. L'importance de la relation avec le médecin n'apparaissait qu'à partir du groupe intermédiaire. Pour le groupe compétent, le type de relation était variable selon la situation : « *dans la prévention (...) c'est plutôt le médecin qui prévient (...) il a plus une place au niveau du dépistage quand (...) il est dans des demandes, euh l'éducation c'est sur que de toute façon on marche ensemble* » (Q384). Elle devait être équilibrée et ajustée aux situations rencontrées. L'éducation, la prévention et le dépistage étaient bien acceptés par les patients. Le groupe novice jugeait plutôt bon le niveau d'éducation en santé des populations qu'ils rencontraient.

### **Ce qui décidait un médecin à faire de l'éducation-prévention-dépistage :**

Les informateurs n'avaient pas de stratégie d'éducation. Ils le faisaient « *assez naturellement* » (Q90). La décision d'aborder ce sujet dépendait de facteurs pouvant être intriqués concernant :

- le contexte (une situation à risque : « *rapports sexuels non protégés* » (H328), un évènement récent médical ou familial, un élément de la consultation en cours, la possibilité d'un avenir),
- le patient (sa personnalité, sa réceptivité, son autonomie, son âge, son terrain, ses attentes implicites ou explicites, son niveau de connaissances, « *une anxiété* » (M323)),
- le médecin (« *la reconnaissance qu'on en aura* » (M196), son ressenti, son niveau de connaissance),
- les facteurs environnementaux (l'actualité, les possibilités de travail en réseau, la charge de travail « *la salle d'attente si elle est pleine ou vide* » (A414), la période de l'année ou de la journée).

### **Ceux qui bénéficiaient de l'éducation-prévention-dépistage :**

La description des patients bénéficiant d'éducation, prévention ou dépistage était variée pour tous les groupes. On y retrouvait :

- les patients « chroniques » (diabétiques, asthmatiques, hypertendus, fumeurs),
- les patients atteints de troubles alimentaires (obèses ou anorexiques),
- les patients atteints de cancer,
- les patients atteints de pathologies infectieuses, virose ou maladies sexuellement transmissibles,
- les personnes fragiles (vasculaires, polymédiquées, âgées),
- les patients cibles (fonction de l'âge ou de la maladie, « *plus à risque* » (Q52)).

Les disciplines pourvoyeuses d'éducation – prévention – dépistage étaient la Diabétologie, la Nutrition, la Gynécologie, la Pédiatrie, la Maladie Infectieuse et la Sexologie.

### **Les sujets de l'éducation – prévention – dépistage :**

Ces domaines étaient largement décrits (alimentation, utilisation des traitements, tabagisme, alcoolisme, « *contraception* » (C446), vaccination...). Le groupe novice indiquait que la maladie en général, ses « *complications* » (K35) ou les règles à suivre s'y rapportant étaient aussi des situations vectrices d'éducation – prévention – dépistage.

### **Les outils de l'éducation – prévention – dépistage :**

Pour les informateurs, il était nécessaire de disposer de supports visuels ou écrits, d'effectuer des démonstrations, faire des « *dessins* » (C307) ou de s'appuyer sur des outils comme « *l'exercice physique* » (R447). Ils connaissaient les tests, les « *examens de dépistages* » (I84) et utilisaient « *les bilans annuels* » (Q58) de leurs patients. Pour le groupe compétent, l'examen clinique était aussi un outil d'éducation – prévention – dépistage.

## **2) La place du médecin généraliste**

### **Les missions du médecin généraliste**

Le médecin généraliste tenait une place importante auprès du patient. Le groupe novice le décrivait de façon formelle. C'était « *le premier recours* » (I49), celui qui connaissait les patients, les suivait, passait du temps avec eux et créait un lien de « *confiance* » (K263). Le groupe intermédiaire, plus proche du terrain, le décrivait comme un « *point de repère* » (E623), celui en qui on plaçait sa confiance, un conseiller.

Les missions du médecin généraliste étaient de coordonner, écouter, « *informer* » (I48), « *expliquer* » (E153), convaincre, conseiller, « *proposer* » (R303), provoquer le questionnement, « *orienter* » (I110), établir un suivi et « *surveiller* » (A614), « *soutenir* » (E621) et « *encourager* » (Q413), « *discuter* » (Q633), montrer, résoudre les éventuels problèmes et enfin de s'assurer qu'il était compris par le patient. Selon les groupes, certaines notions disparaissaient (soutien moral et « *devoir d'information* » (K332) dans le groupe compétent) ou apparaissaient (mise « *en garde* » (Q258) ou reconvoquer dans le groupe compétent). D'autres se modulaient et s'affinaient (orienter signifiant plus « *qu'on les dirige* » (F81) pour le groupe intermédiaire et « *guider* » (R568) pour le groupe compétent). Ces modulations semblaient liées en partie à la découverte de la pratique sur le terrain.

## Les compétences nécessaires du médecin généraliste :

### 1) Une aptitude de communication :

Être un bon communicant semblait une compétence omniprésente essentielle, identifiée par tous les groupes. Communiquer c'était :

- Savoir se « répéter » (J416), « relancer » (I88), insister.
- Savoir interroger, prendre le temps de faire « reformuler » (P179), questionner, « requestionner la personne » (P176), obtenir un avis.
- Cerner le patient, « l'attente du patient qui est derrière » (A663), ses compétences, ses représentations, le contexte médical et global dans lequel il évoluait.
- « Adapter son discours » (K130) au « contexte » (M726), utiliser « des images » (H602), avoir un message « clair » (P430) hiérarchisé et vrai, axé sur un sujet et utiliser un vocabulaire « simple » (R131).
- Utiliser des messages de santé publique populaires connus.
- Savoir négocier, contractualiser et éviter les conflits.
- Savoir lâcher prise, savoir ne pas juger, « rester ouvert » (Q586).
- Persévérer, être patient : « ça finit par rentrer » (L515), reconnaître le besoin de temps et de répétition.
- Savoir inspirer « la confiance » (L165) et l'obtenir du patient.

Certaines notions n'existaient pas dans le groupe novice (savoir interroger le patient, rester neutre, savoir négocier, utiliser les messages de santé publique). Certaines s'enrichissaient en passant au niveau supérieur (savoir cerner ou interroger le patient). La description de cette compétence évoluait donc avec l'expérience.

### 2) Prendre en compte le patient

La deuxième compétence identifiée était de savoir prendre en compte le patient. Pour cela le médecin devait :

- Prendre « en compte le patient, sa sensibilité » (F295), son caractère.
- Prendre en compte les croyances. Les groupes intermédiaire et compétent précisaient une limite d'acceptabilité (« quand ça leur fait pas de mal » (O608), ne pas mettre en « danger » (P614) physiquement ou mentalement le patient).
- Respecter la liberté et les « choix » (B265) du patient. L'autre n'était pas une chose. Il fallait chercher à obtenir l'avis et l'accord du patient, « il doit pas être (...) « infantilisé » » (H366).
- Faire participer le patient et obtenir son intérêt, le rendre « acteur » (C503) de sa maladie l'impliquer dans les démarches, le rendre « responsable » (P718), lui faire « confiance » (M192).

Cette description de compétence ne semblait pas évoluer avec le temps, le groupe novice évoquant déjà l'idée de respecter l'autonomie et les compétences du patient à gérer sa propre santé.

### 3) Savoir travailler en équipe

La troisième compétence mise en avant était l'aptitude au travail en équipe. Elle passait par l'idée de « réseau » (K264). Elle impliquait d'avoir un réseau relationnel et géographique, de connaître son rôle, d'identifier sa place dans le travail du médecin et de savoir l'utiliser.

Le groupe novice était théorique. Il décrivait une entraide, « un suivi » (L246), une utilisation en fonction de la maladie, un soutien, la possibilité de « déléguer » (M102), « partager les tâches » (K262) et les compétences entre les intervenants, d'améliorer l'orientation et les soins du patient. Le groupe intermédiaire parlait du réseau sous la forme d'une structure, « un cadre »

(F94) permettant de renforcer les messages, d'établir un suivi et une formation du patient. Il évoquait le « *réseau relationnel* » (A1120) qui permettait au médecin d'obtenir un avis, « *avoir des personnes référentes* » (B1106) et d'orienter le patient. Le groupe compétent rendait compte principalement du caractère relationnel : avoir un avis, « *avoir le même type de discours, les mêmes mots* » (R355) entre les intervenants, établir un lien de « *confiance* » (O469) entre les différents partenaires du réseau, apporter une formation. La description du réseau et de ses acteurs s'appauvrisait paradoxalement dans ce groupe.

#### 4) Reconnaître le moment opportun pour éduquer

La quatrième compétence était de reconnaître le moment opportun pour aborder les notions d'éducation – prévention – dépistage. Les opportunités décrites par le groupe intermédiaire et compétent étaient une demande du patient, un contexte propice (moment formalisé ou consultation simple), un repère identifiable (âge spécifique, conduite « *à risque* » (C221) ou maladie spécifique), un renouvellement (« *on fait des ordonnances, où on met deux trois petits conseils* » (P741)) ou un instant dédié en fin de consultation. Le groupe novice effleurait juste cette notion.

#### 5) Utiliser le temps qui passe

La cinquième compétence était d'intégrer la notion du temps. Elle impliquait :

- D'en comprendre l'importance dans la communication (« *prendre le temps* » (J93), accepter d'avoir des réactions différées, « *pas sur le coup mais quelques mois plus tard* » (K 339)) ; notion développée dès le groupe novice.
- D'utiliser le temps dans le suivi car le patient revenait au cabinet (faire « *petit bout par petit bout* » (L600), procéder par étape, « *revoir* » (O610), faire évoluer le message délivré) ; notion développée dès le groupe novice.
- D'intégrer la notion de prise en charge sur le long terme, « *distiller dans le temps* » (R203), reporter, remettre à plus tard en s'adaptant au contexte ; notion développée à partir du groupe intermédiaire.
- Utiliser au mieux les différents temps de la consultation qui « *se passe toujours en fait en trois parties* » (P103) : l'interrogatoire, l'examen clinique et le moment de la rédaction de l'ordonnance ; notion développée à partir du groupe compétent.

#### 6) Un travail sur le plan personnel

La compétence passait aussi par la connaissance, dernière compétence identifiée. C'était la connaissance de soi, de ses limites et savoir dire : « *je ne sais pas* » (B655). C'était aussi la connaissance théorique, « *avoir des compétences scientifiques solides* » (P423), se tenir informé et continuer à se former.

### **3) La place du patient**

#### Des patients à multiples facettes :

Les patients étaient tous différents. Certains avaient des caractéristiques communes. Six profils étaient évoqués : les demandeurs, les réfractaires, les acteurs, les ignorants, les insoumis, les timides.

- Le patient demandeur montrait l'« *envie de se prendre en main* » (H312), de s'informer. Il venait en consultation uniquement pour cela. Il faisait le « *premier pas* » (C115).
- Le patient réfractaire ne comprenait rien. Il était caractériel : « *il a juste envie que tu le lâches* » (P532). Il se méfiait du médecin, n'acceptait pas la maladie, refusait les soins,

refusait d'écouter et considérait avoir d'autres priorités dans sa vie.

- Le patient acteur comprenait, écoutait bien, faisait la démarche de s'informer mais surtout il participait activement à sa prise en charge, « *le message y va passer tout de suite, y vont faire attention* » (Q524).
- Le patient ignorant ne savait pas, ne comprenait pas parfois à cause de son niveau intellectuel. Il était un peu mou et ne se suivait pas médicalement.
- Le patient insoumis était pénible. Il était souvent porteur de maladies chroniques, était mal informé mais surtout on n'arrivait pas « *à les faire adhérer* » (Q243). Frustré, il avait une tendance au nomadisme médical.
- Le patient timide n'osait « *pas demander* » (A1017), déranger le médecin.

Les deux derniers profils étaient rapportés par les groupes intermédiaire et compétent. L'expérience apportait de la nuance aux caractéristiques des patients.

### **Ce que le patient était censé faire**

Pour faire de la prévention, de l'éducation ou du dépistage, le patient devait être motivé, c'était « *à lui de se prendre en charge* » (F280). Il devait avoir eu « *un déclic* » (C113) pour accepter la prise en charge et se sentir responsable de ses choix.

### **Le parcours du patient**

Les groupes intermédiaire et compétent évoquaient un parcours pour le patient. Le groupe intermédiaire vivait comme une contrainte ce « *cursus* » (C850). L'intervention d'acteurs extérieurs comme l'entourage ou les médias les irritaient. Le groupe confirmé vivait plutôt cela comme une aide à la prise en charge du patient. En le laissant faire ses expériences, cela pouvait « *leur montrer l'efficacité du traitement* » (Q594), et faciliter la prise en charge.

### **Les attentes du patient**

Les patients attendaient un conseil avisé et sûr, une relation de confiance, savoir ce que le médecin pensait : « *ce qu'il en pense* » (F 630). Parfois, ils voulaient une autorisation pour « *faire cette opération* » (F 670), « *une explication* » (K516) ou simplement être satisfait : « *il veut quelque chose* » (F423). Le stage de niveau 1 permettait une période d'observation et expliquait que ce sujet soit développé principalement par le groupe intermédiaire.

## **4) Les limites de la prise en charge des patients en éducation – prévention – dépistage**

### **Liées à la personnalité et au caractère du médecin**

Le médecin par son caractère, son vécu, ses convictions était une limite.

- Il pouvait ne pas adhérer au dépistage. Il ne souhaitait pas réfléchir, il ne respectait pas les règles lui-même, il manquait d'envie, il ne voulait pas faire d'efforts et au final ne réalisait pas d'éducation, de prévention ou de dépistage « *ça passe à la trappe* » (O161).
- Il pouvait avoir des difficultés à faire face à ses peurs. La peur d'être « *intrusif* » (R421), de blesser ou juger le patient, la peur de tromper et d'être malhonnête, la peur de la responsabilité dans l'éventuelle annonce d'un diagnostic ou la peur du poids des paroles étaient évoquées. Certaines questions pouvaient « *être gênantes* » (D192).
- Il pouvait ressentir de la « *culpabilité* » (E186).
- Il pouvait avoir « *du mal à lâcher* » (P661) prise. C'était « *décourageant* » (B124), quand il

pensait « *que ça sert à rien* » (M101). Face à l'incompréhension du patient ou sa mise en échec, il était « *blasé* » (P223).

- C'était « *épuisant* » (M191) la répétition des interventions, les efforts déployés et les échecs successifs. C'était « *Désespérant !* » (C808).
- C'était « *frustrant* » (C998) le manque de temps, une prise en charge imparfaite ou l'idée de ne pas pouvoir tout faire.

Le groupe novice évoquait des freins de l'ordre du sentiment. À partir du groupe intermédiaire s'ajoutait des freins relationnels.

### **Liées à la pratique du médecin et de la discipline**

Des limites liées à la pratique médicale ressortaient dans le discours. Il pouvait y avoir des difficultés de communication. Le groupe intermédiaire et le groupe compétent pensaient qu'un patient dans le « *conflit* » (R545), une mauvaise nouvelle à annoncer, un manque de suivi ou de moyen, une absence de diagnostic ou un « *manque de temps* » (P541), rendaient la communication difficile. Le manque de « *formation* » (C199), d'expérience, « *de recul pour savoir si c'est efficace ou pas* » (O693) entraînait en jeu. Les difficultés de gestion du temps, la non maîtrise de certaines situations, le manque de travail en équipe, la solitude étaient aussi évoqués par le groupe novice ; « *le médecin généraliste ne peut pas assumer tout, seul* » (H356) et « *ne peut pas non plus tout savoir* » (B654). Le groupe intermédiaire sans le développer évoquait aussi le facteur bénéfice – risque. Le manque de légitimité et de confiance du patient, amplifié par le statut de remplaçant était une difficulté majeure. Le groupe novice dans l'utopie de l'omniscience du médecin, imaginait difficile « *d'avoir réponse à tout sur toutes les questions* » (K36).

### **Liées au patient**

Le patient ne rendait pas l'éducation, la prévention ou le dépistage facile. En bonne santé, il pouvait croire que la maladie ne le toucherait pas « *ça ne m'arrivera pas* » (K447). Il n'adhérait pas à la prise en charge par manque d'implication, de motivation ou d'envie, lassitude ou méfiance, ils « *se connaissent mieux que toi* » (P233). Il pouvait ne pas être « *réceptif* » (A388), ne pas accepter sa maladie, pratiquer le nomadisme médical, ou être difficile à prendre en charge (atteint de « *maladie chronique* » (P246) ou psychiatrique, enfant, jeune patient, patient très âgé). Le patient pouvait être gêné, ambivalent, avoir des convictions (croyances, « *religion* » (A738), « *imaginaire* » (K425) ou idées reçues) ou avoir des « *bénéfices secondaires* » (N 289) qui altéraient la communication. Les personnes ne parlant « *pas forcément bien français* » (C109) ou vivant dans un milieu socio – professionnel défavorisé était plus difficiles. Le niveau intellectuel influençait aussi la prise en charge, certains n'étaient « *pas assez cortiqués pour les traiter en ambulatoire* » (M315). Les « *convenances personnelles* » (M 486) entravaient aussi les prises en charges.

Il n'existait pas de différence significative entre les groupes sur ce point. Le groupe novice apportait souvent plus de précisions.

### **Liées à l'environnement**

D'autres limites identifiées étaient peu développées :

- L'absence d'information ou le manque de pertinence des données. Le patient pouvait retrouver sur « *internet* » (B849), dans les « *magazines pour femme* » (K 519) ou bien dans « *l'entourage* » (B849) des informations erronées qui polluaient le discours médical.
- L'« *image* » (E186) de la maladie ou le « *tabou* » (Q406) autour de certains dépistages.
- Le coût financier pour la société, le manque de coordination entre les acteurs de santé.
- Le sentiment de judiciarisation de la médecine. Faire « *signer en bas le formulaire* » (M345) altérait la relation avec le patient.

## 5) Exploration des connaissances et des apprentissages

### Sur les techniques communication

Le discours rapporté montrait des habiletés en communication. Ils connaissaient tous les outils habituels (supports écrits ou visuels).

Le groupe novice savait utiliser un discours adapté au patient et « *trouver des images ou des formules qui (...) touchent le patient* » (H601). Le groupe intermédiaire découvrait qu'il y avait « *des méthodes* » (C201) (« *entretiens motivationnels* » (C 859), « *questions ouvertes* » (C201)). Il percevait l'importance de la « *posture* » (A894) dans la communication et commençait à expérimenter ces techniques. Le groupe compétent donnait des explications sur les essais effectués, les réussites ou échecs obtenus. Il rendait compte de ce qu'il utilisait en consultation et comment il construisait ses compétences sur le terrain.

### La place des stages

Le stage était important dans l'apprentissage des connaissances. Il permettait de voir le médecin en situation et d'avoir le temps de l'observation. Le médecin était un modèle de pratique (modèle d'exercice, modèle de communication), parfois repris par mimétisme « *j'ai fini par faire comme lui* » (P115). Ce temps dédié à l'observation médicale (bénéfice de l'expérience, habitudes, attitudes, méthodes de communication) servait aussi à l'observation paramédicale et à l'observation des patients. Pour le groupe intermédiaire, il permettait de découvrir d'autres modes d'exercice médical (« *cabinets de groupe* » (D1109), consultations dédiées à des sujets spécifiques). Il donnait le temps de mettre en pratique « *concrètement* » (P224), expérimenter, comprendre la théorie, se faire de l'expérience et être accompagné par ses pairs : « *Elle me fait m'exercer* » (C870). Pour le groupe compétent, il permettait de confronter ses observations à ses propres pratiques.

### Des connaissances théoriques

Les connaissances théoriques étaient apprises :

- En cours : pendant leur externat (réponses à « *tiroir* » (R168))
- En formation : « *séminaires* » (L630), « *formations médicales continues* » (L630), diplôme universitaire (« *DU* » (A1113)) ou récits de situations complexes authentiques (« *RSCA* » (C753)).
- En stage : pendant l'« *externat* » (C45) et « *l'internat* » (P436), dans les services, en consultation ou chez « *le praticien* » (R302).
- Au contact de leurs pairs : « *seniors* » (L633) des services ou praticiens ambulatoires.
- Au contact de personnes ressources : « *les autres professionnels avec qui on travaille* » (L633) mais aussi auprès de personnes au double statut, professionnel et malade « *c'est grâce à elle que j'ai pu après expliquer* » (B 1095)(interne diabétique).
- Dans les ressources écrites sérieuses : « *recommandations* » (L631), « *livre* » (H723), « *les revues médicales* » (Q319) mais aussi dans les livrets d'information destinés aux patients édités par les organismes de prévention et dépistage « *L'INPES, AFSSAPS* » (C941).
- Auprès de ressources moins médicales : médias, lois, entourage ou sa propre expérience personnelle : « *Moi je suis asthmatique* » (C945).

## 6) Les difficultés de l'apprentissage

### Le manque d'expérience

La première difficulté ressentie était le manque de « *recul* » (P 291) et d'expérience. Pour le groupe novice, cela passait par un manque de connaissances des structures existantes et d'exemples sur le terrain : « *je suis pas passé en médecine ambulatoire, donc je peux pas dire* » (J 216). Pour le groupe intermédiaire et compétent, c'était un manque de réseau et de suivi des patients. Les difficultés organisationnelles posaient aussi problème au groupe compétent.

### Les manques théoriques

En début d'internat, « *on sait pas grand-chose* » (L635). Ce sentiment évoluait vers une sensation de difficulté d'accès aux formations de qualité, c'est à dire des formations qui répondaient à leurs attentes en fin de cursus « *on a des trucs hyper théoriques qui ne riment vraiment à rien* » (P 439) (situations concrètes, sujets pertinents...).

### Les difficultés pratiques

La manipulation des connaissances était une des difficultés pratiques. Les attitudes restaient « *assez systématiquement* » (G540) les mêmes, stéréotypées. Les internes avaient du mal à gérer le temps et leur communication (« *dire non* » (C342), « *je n'arrive pas encore à gérer euh les attentes du patient* » (F269)). Le statut d'étudiant était complexe et pouvait poser problème. Il diminuait la confiance du patient : « *Et puis nous, on nous dit « ben vous êtes quoi?... vous êtes? c'est quoi interne ? » donc on explique et là ils sont beaucoup plus dubitatifs* » (K147). Certains exprimaient des difficultés à gérer leurs peurs. D'autres insistaient sur le manque de reconnaissance, sur le problème de positionnement face aux responsabilités et aux patients. « *j'ai l'impression qu'en tant qu'interne c'était pas à moi de proposer de revenir* » (R302).

## 7) Exploration de la réflexivité, de la construction des pratiques des internes

### Des profils de médecins en construction

Chaque groupe exprimait une posture différente face à son futur de médecin généraliste.

Le groupe novice assez homogène, s'identifiait plus aux patients qu'au médecin : « *c'est des gens comme nous* » (I398), « *on connaît, enfin, le médecin généraliste connaît plus son patient* » (M75). Le discours laissait transparaître une vision très floue du médecin généraliste et de son travail. L'utilisation d'un vocabulaire descriptif et l'utilisation fréquente de l'impératif (« *il doit* » (G14), « *Il faut* » (K334)) le situait au stade de médecin « indifférencié » au savoir constitué.

A partir du groupe intermédiaire et compétent, se dégageaient plus nettement des types d'attitudes en fonction des situations rencontrées. Elles étaient plus marquées au fur et à mesure de l'évolution du cursus des internes. Quatre se dégageaient:

- une attitude plutôt « informative » : Le patient était acteur de sa maladie : « *c'est eux qui vont prendre leur santé en charge* » (G565). Pour le groupe novice et le groupe intermédiaire, le patient prenait les décisions. Le groupe compétent nuancait le propos. Il parlait de patient gestionnaire, collaborant avec le médecin pour faire de « *la médecine à deux* » (P21).
- une attitude plutôt « paternaliste » : le patient était dirigé, on lui imposait les choses : « *c'est pas une discussion ouverte* » (P534). Il devait faire ce qui était demandé : « *à partir du*

*moment qu'un patient vient on fait une prescription aussi, on aimerait bien qu'il l'a suive » (A885). Le médecin s'imposait à lui.*

- une attitude plutôt « délibérative » dans le cadre d'une décision partagée: Le patient donnait son approbation. Il y avait concertation et négociation. Le médecin favorisait « *l'échange, plutôt que de lui dire moi j'ai ça ça ça à faire clac check-list » (P723). Le patient revenait, rediscutait, réévaluait en permanence.*
- une attitude plutôt « conflictuelle » : le patient ne devait pas exprimer une opinion non conforme à celle du médecin sinon il y avait rupture dans la prise en charge « *Il n'est pas d'accord il part » (F244). La discussion n'était pas possible.*

Dans l'utilisation du vocabulaire, dans la description des cas rencontrés, la transformation de médecin « indifférencié » vers un médecin généraliste (avec des compétences spécifiques) (12) était palpable. Cette évolution du discours mettait aussi en évidence la construction de profils de médecins généralistes différents malgré un enseignement commun, s'affirmant au cours de la construction de leurs compétences.

### **Une réflexivité en action**

Les informateurs faisaient preuve d'une grande réflexivité. En fonction de leur niveau, elle se portait sur des points différents.

- Le groupe novice :

- avait conscience qu'il existait « *une différence entre (...) l'idéal de ce qu'on devrait faire et puis (...) la réalité de ce qu'on peut vraiment faire » (J503), entre la théorie et la pratique, entre le milieu hospitalier et l'ambulatoire. Il était capable de remettre en question ses attitudes, s'interrogeant surtout sur la faisabilité de la théorie sur le terrain « je ne sais pas si c'est tout le temps réalisable » (J214) (consultation dédiée, utilité de certaines pratiques).*

- Le groupe intermédiaire :était dans la prise de conscience, la découverte de soi (« *je me suis découverte » (C408)*) et des autres.

- observait la différence de pratique entre l'hôpital et l'ambulatoire et en comprenait les subtilités (attitudes des patients variable selon le médecin, réseau de soin personnel), découvrait un sens au discours des patients (non dits, croyances) pas toujours facile à gérer : « *on va pas se poser les mêmes questions que le patient qui vit le truc » (D1104).*
- Par manque d'exemples, des questions autour de l'existence de consultations dédiées persistaient (faisabilité, utilité).

- Le groupe confirmé :

- axait sa réflexion sur l'observation des attitudes de patients quand il pratiquait, identifiait les difficultés (« *c'est un peu difficile de faire passer quoi que ce soit derrière » (P289)*), cherchait à s'améliorer.
- se questionnait sur les postures à prendre en situation d'annonce, réfléchissait sur sa place en médecine générale, en tant que remplaçant, en tant que soignant.

### **Une vision de l'éducation – prévention – dépistage**

C'était une discipline médicale à part entière avec ses règles précises « *on dit à tel âge on fait tel truc » (P142). L'apparition de ces termes dans le vocabulaire usuel était assez récente, d'après le groupe novice et intermédiaire : « trois termes que je pense on aurait pas trop employé y'a quinze ans » (L53). À cause de nouvelles préoccupations de la société et des médecins, on en parlait « de plus en plus » (B330).*

### **Des compétences et des pratiques déjà en place**

D'autres compétences utiles à l'éducation – prévention – dépistage transparaissaient dans le discours, quelques soient les groupes :

- Ils possédaient un esprit critique, étaient capables de reconnaître une situation facile ou qui « *posait problème* » (O624) (prise en charge de l'aiguë plus facile pour les novices) et étaient capables d'autocritique : « *d'un côté je dis que je ne fais pas mais peut être qu'en fait je le fais* » (P738).
- Ils s'auto-évaluaient en identifiant leurs difficultés mais aussi leurs progressions « *au fur et à mesure des explications on arrive à être plus à l'aise* » (J666) (ajout de « *messages personnels* » (R122) dans leur pratique, amélioration de la communication).
- Ils imaginaient des stratégies pour améliorer leurs pratiques (« *j'essaierai de faire* » (G558)) et envisageaient leur futur de praticien.« *j'aimerais bien mettre dans ma salle d'attente tous les mois (...) une information* » (M185).

# DISCUSSION

## *Les limites méthodologiques de la recherche*

La décision de procéder à une étude qualitative inductive a été motivée par l'absence de données de la littérature sur les représentations des internes de MG en éducation – prévention – dépistage. Les représentations ont une fonction de savoir (permettant de comprendre et d'expliquer la réalité), de guide pour l'action et justificatrice (permettant a posteriori de justifier les comportements et prises de position) (20). Leur exploration était indispensable. Cette étape préliminaire qualitative permettait l'élaboration d'hypothèses d'indicateurs à partir du discours des internes. Elle laissait une place à l'inattendu, permettait de comprendre comment les indices apparaissaient, restituait en détail la compétence au sein de la pratique, découvrait des conceptions insoupçonnées, appréciait l'évolutivité du discours à partir d'une question ouverte (24). La signification des résultats obtenus est amplifiée par la multiplication des travaux sur l'ensemble du Grand Ouest. Elle justifiait l'utilisation d'une même question de recherche pour toute l'inter-région. L'analyse transversale ultérieure de l'ensemble de ces travaux permettra la confrontation et l'homogénéisation des hypothèses d'indicateurs obtenus à partir du terrain. Elle gommara les particularités régionales et vérifiera la saturation des données. Elle sera confrontée au travail des experts du Grand Ouest et du CNGE qui ont élaboré des hypothèses théoriques d'indicateurs. Elle servira à la vérification des indicateurs retenus comme pertinents, auprès des internes.

Une étude qualitative par FG semblait la plus adaptée pour cet objectif. Cette technique permettait d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle servait aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues. Elle permettait d'obtenir une dynamique exploratoire, de stimuler différents points de vue par la discussion et de lever des inhibitions (18).

Dans le contexte de l'étude, afin de chercher des éléments de progression, il était impératif de réaliser des groupes en fonction de l'ancienneté dans le cursus (12). Cette contrainte ne permettait pas d'obtenir facilement dans chaque ville un nombre suffisant d'entretiens pour obtenir la saturation des données. Chaque ville avait donc été chargée d'un FG par niveau. La saturation des données serait vérifiée lors d'une analyse transversale de l'ensemble des entretiens recueillis dans le Grand Ouest. Seul des indices ont été mis en évidence, éléments caractéristiques d'apprentissage. Les indicateurs proposés ne sont donc que des hypothèses. Les niveaux de compétences ont été établis à partir d'une classification en 5 stades des critères d'analyse phénoménologique de l'acquisition des savoir faire (12). Les stades 4 (maîtrise) et 5 (expertise) n'entrent pas dans le champ dynamique d'acquisition de l'interne. Il avait été admis qu'un interne devait passer du stade de novice (stade 1) au stade compétent (stade 3) dans sa dynamique de formation. Le cursus du DES s'effectuant en trois ans, il semblait pertinent de faire correspondre chaque année de DES avec un stade d'acquisition.

Les stages ambulatoires de niveau 1 et 2 n'ont pas été retenus comme critères de niveau à l'inclusion des informateurs. Ce choix a été motivé par la possibilité de réaliser le stage de niveau 1 entre le second et le cinquième semestre de l'internat (grande disparité dans l'avancée du cursus) et par le caractère optionnel du stage de niveau 2 (un tiers de chaque promotion ne réalise pas ce stage). Le parcours de stages des internes n'a pas constitué un critère d'inclusion ou exclusion car jugé trop disparate. Il a été recueilli pour aider à la compréhension éventuelle de certains éléments du discours des internes. Ce recueil peut être utilisé ultérieurement pour l'analyse transversale.

Lors du déroulement des FG, certaines limites sont apparues. Le modérateur était peu expérimenté. Malgré la participation à des FG comme informateur, c'était ses premières animations. Certains champs auraient pu être développés davantage au cours des entretiens et certaines parties

du discours recentrées. Dans la formulation des questions, il apparaît parfois des biais de suggestions (16). Ces aspects ne semblent pas avoir modifié le sens de la réflexion des informateurs. Le choix de ce modérateur était motivé par le souhait d'avoir un même chercheur pour le recueil et l'exploitation des données dans toutes les UFR et de faciliter les échanges. Les observateurs étaient différents à chaque groupe. Cette variabilité liée à des difficultés purement logistiques a entraîné une disparité dans la méthode d'observation. Elle a perturbé le recueil des données non verbales utiles à l'analyse par son manque d'homogénéité, accentué la difficulté de recentrer ou de développer certains sujets. La présence d'un observateur faisant partie du DUMG a entraîné une inhibition supplémentaire dans le groupe novice (17). Les données non verbales recueillies étaient trop diverses entre les groupes d'une même faculté et entre les UFR pour être exploitables et n'ont pas fait l'objet d'analyse. Elles ont parfois aidé à la compréhension du discours.

Le nombre idéal d'internes par FG, entre 6 et 8 personnes (18) n'a pas été atteint avec le groupe compétent. Ce biais de recrutement remettait en cause la diversité des discours et pouvait renforcer éventuellement les inhibitions. La situation a été soumise à l'avis du groupe de recherche inter régional. Les données obtenues étant riches, le groupe a préconisé de ne pas refaire l'entretien. Même si certains internes sont plus intervenus que d'autres, il n'a pas été repéré de biais de leader.

Après une transcription manuelle fidèle des enregistrements, une étape de repérage préliminaire de thèmes et de sous thèmes a été réalisée dans chaque ville. Au cours de la rencontre inter régionale du 21 Avril 2011, une discussion autour des premiers résultats obtenus a donné naissance à une grille de codage qui devait continuer à s'enrichir mais rester commune. Les essais initiaux de codage à partir des verbatims de Tours, n'ont pas été concluants. Le double codage montrait une perte d'information importante, des données très riches, parfois inattendues et l'émergence de sujets non identifiés dans la grille initiale. En novembre 2011, après concertation avec les chercheurs, le directeur inter régional et le directeur de thèse, la décision de reprendre l'ensemble des données du codage a été prise. Une nouvelle grille de codage s'appuyant sur le verbatim et la grille d'entretien a été construite de manière purement inductive. Les résultats ont été soumis à la triangulation à plusieurs niveaux (directeur de thèse, experts, chercheurs du Grand Ouest). Le choix du vocabulaire a été méticuleux en cherchant à garder une homogénéité des termes utilisés pour les thèmes ou sous thèmes identiques à ceux retrouvés dans la grille initiale de codage. Cette modification peut être considérée comme un biais dans la recherche. Elle reste acceptable pour le groupe de recherche car permet l'enrichissement des travaux, l'émergence de nouveaux thèmes et sous thèmes et s'intègre dans un travail inter régional où une analyse transversale des données homogénéisera les résultats.

Comme la non expression d'un thème ou d'un sous thème n'est pas forcément synonyme de son absence (14, 22), les thèmes ou sous thèmes développés par un seul groupe ou peu explorés ont été conservés et intégrés aux résultats. Cette décision est motivée par l'absence de saturation des données et le croisement des données de l'ensemble des villes du Grand Ouest au cours d'un travail transversal.

L'objectif final de la recherche du Grand Ouest était d'obtenir des indicateurs de la compétence éducation – prévention – dépistage en vue de certifier les internes. Le terme « indicateur » est employé pour désigner un outil d'évaluation (13). Au stade de ce travail, il est impossible de proposer des critères validés d'évaluation de compétence. Il est possible de dégager des tendances, proposer des pistes à explorer, des profils de progression et de potentiels indicateurs de niveaux de la compétence éducation – prévention – dépistage sans les affirmer. Cette limite méthodologique par niveau, n'a pas empêché la démonstration de tendances locales, puisque 18 internes ont participé et donné leur avis.

## ***Les points mis en évidence par les résultats obtenus***

Les représentations des internes sur l'éducation – prévention – dépistage reflétaient une évolution au cours du cursus. Les novices possédaient un socle solide de connaissances théoriques. Ils percevaient l'importance de cette compétence et ses intérêts sur la santé des populations et sur le plan individuel. Ils avaient conscience de l'existence de connaissances spécifiques à acquérir. La place de chaque acteur de santé était théorisée mais floue en pratique et envisagée dans une vision relationnelle médecin - patient unidirectionnelle. Les intermédiaires commençaient, quant à eux, à comprendre l'importance du relationnel dans la prise en charge des patients. Ils tentaient de le mettre en pratique et avaient compris la dynamique temporelle de la relation. Ils admettaient le compromis et l'adaptation. Les confirmés reconnaissaient cette compétence comme indispensable à leur exercice. Ils avaient une vision globale dynamique et contextuelle de la relation avec le patient, saisissaient les opportunités éducatives quand elles se présentaient, et avaient un esprit de collaboration avec le patient. Ces descriptions étaient des indices de niveaux de compétence de l'éducation – prévention – dépistage. Ils ne constituaient pas une explication des niveaux mais restituaient les compétences dans la pratique quotidienne. L'évolutivité de la compréhension relationnelle, temporelle et contextuelle de la compétence montrait une acquisition de la capacité à acquérir puis mobiliser des savoirs, des savoir-être et du savoir-faire (12). Elle correspondait à la compétence attendue du médecin généraliste de « *mobiliser les ressources nécessaires pour résoudre les situations complexes auxquelles il est confronté dans son activité quotidienne* » (1).

Les représentations sur la place du médecin généraliste dans l'éducation – prévention – dépistage étaient bien développées et les missions bien identifiées. Les missions étaient claires et sont des indicateurs potentiels utilisables sur le terrain. Six compétences émergeaient du discours, principalement dans le domaine relationnel et organisationnel (communiquer, prendre en compte le patient, travailler en équipe, reconnaître le moment opportun, utiliser le temps, effectuer un travail sur le plan personnel). Elles correspondaient en partie aux compétences de MG définies par le CNGE (7) (continuité des soins, suivi au long cours, coordination des soins, approche globale, relation médecin/malade, communication, approche centrée sur le patient, professionnalisme). Les nombreux critères décrits par les internes dans ces champs (missions et compétences) semblent des indices pertinents à retenir. Une variabilité de discours a été constatée dans les groupes, liée à l'expérience et à l'acquisition dynamique de ces compétences sur le terrain. Il semble difficile d'établir une hiérarchie dans leur ordre d'acquisition au cours du cursus. Il est possible uniquement de dire qu'à la fin du cursus, ces compétences devaient être acquises d'après les internes. Dans la mesure où ces compétences s'interpénètrent dans le discours, établir une distinction entre ce qui relève spécifiquement de la compétence éducation – prévention – dépistage des autres compétences n'est pas aisé à partir des données de Tours. L'étude transversale ultérieure mettra peut-être en évidence ces différences.

Les représentations sur la place du patient étaient peu développées par les internes et reflétaient la difficulté de le prendre en charge dans sa globalité, dans l'ensemble de ses dimensions psycho-médico-sociales. Le patient était parfois réduit à un simple profil. Les novices respectaient le cheminement et reconnaissaient la responsabilité du patient dans la prise en charge, en théorie. Les intermédiaires soulignaient la difficulté à accepter l'intervention d'acteurs extérieurs sur le chemin du patient et les difficultés à identifier ses attentes. En acceptant partiellement le parcours du patient, les compétents montraient un début de posture d'éducateur. Malgré tout, ils avaient tous une difficulté à considérer le patient expert de sa propre vie et à intégrer ce « facteur patient » dans la pratique d'éducation et de prévention. Pourtant, ils cherchaient à évaluer le niveau de compétence du patient. Un partenariat entre le patient et le médecin s'installait progressivement et

dans une démarche de qualité, le groupe compétent adaptait sa prise en charge. Ces indices sont conformes aux attentes de niveaux de compétences du référentiel de la CMFC (8). S'ils sont retrouvés dans les autres groupes du Grand Ouest, ils seront considérés comme pertinents dans la définition des niveaux de compétence. Il existe pourtant une discordance entre l'évolution de la pratique rapportée (persistance des difficultés, rigidité des prises en charges) et le discours théorique des internes (adaptation, place centrale). Faut-il voir dans cette contradiction l'expression de l'apprentissage du processus éducatif : « *processus long, évolutif et dynamique* (22) qui oblige « *de reconnaître l'expérience du malade (...) d'accepter d'aller au-delà de la simple acquisition de techniques de communication et d'astuces pédagogiques (...) de s'ouvrir aux connaissances expérientielles des patients (...) en les intégrant à l'action éducative* »(22) ? Faut-il voir l'expression de l'« *illusion d'éducation* » des internes (22), mettant en place des actions éducatives sans recherche de cohérence, d'analyses et d'ajustements ? Faut-il voir l'expression d'une réalité plus complexe que la théorie : l'existence d'une population insensible à l'éducation mettant en situation d'échec la prise en charge du médecin et interférant avec l'acquisition de cette compétence ? (Facteur extrinsèque). Faut-il voir simplement dans cette discordance un biais lié au recrutement des internes de Tours ? L'analyse transversale donnera probablement la réponse à cette question et permettra de mieux appréhender le rôle du patient dans l'apprentissage de la compétence éducation – prévention – dépistage.

Les représentations sur les limites de la prise en charge des patients en éducation – prévention – dépistage étaient nombreuses. Elles concernaient principalement le médecin lui même et sa pratique. Ces résultats mettaient en évidence non pas des indices positifs de compétence mais plutôt des indices de non acquisition de compétence. Des indicateurs négatifs existent dans le référentiel Canadien du CMFC (8). Il est possible d'envisager de dégager des indicateurs négatifs à partir de l'expression de ses limites. Le sentiment de frustration peut être l'indice de l'absence de remise en question de ses pratiques ; le conflit fréquent, être un indice d'absence d'écoute empathique ; le manque de temps, être un indice de non acquisition du facteur temps en éducation – prévention – dépistage ; rester sur ses acquis de formation, être un indice d'absence de compréhension d'un processus éducatif... Cette hypothèse reste à explorer par l'étude transversale ou fera l'objet d'une étude complémentaire.

Ces résultats montraient aussi la place essentielle de l'expérimentation sur le terrain. L'enrichissement progressif de certains thèmes ou la disparition de certaines idées reçues en étaient les témoins. La comparaison entre les structures hospitalières et ambulatoires était fréquente. Le stage de niveau 1 était un tournant dans la prise de conscience de certains enjeux. Le stage de niveau 2 ambulatoire à contrario ne semblait pas être aussi déterminant au niveau compétent. Le Mauff *et al* précise que la compétence qui consiste « *à éduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé et de sa maladie* » est accessible à une évaluation authentique en contexte ambulatoire et hospitalier (12). Le SASPAS (stage de niveau 2 ambulatoire) n'est pas une obligation pour les internes et n'a pas été pris comme critère de niveau de compétence. La consolidation des compétences ambulatoires peut passer par un choix de stage hospitalier spécifique pertinent. Toutefois, un effort supplémentaire de décontextualisation - recontextualisation est nécessaire dans ce cas (12). Accorder les caractères, appréhender les enjeux, faire avec les contraintes, l'affrontement du paradigme médical au paradigme du patient étaient autant d'indices d'acquisition d'une approche centrée sur le patient en éducation – prévention – dépistage retrouvés dans le groupe compétent qu'ils aient réalisé ou non un stage de niveau 2, donc acquis en partie en milieu hospitalier.

Les limites décrites mettaient en évidence des indices plus complexes. Amorcer l'analyse de ses pratiques, rendre compte de ses limites aux patients, reconnaître son épuisement, savoir passer la main ou lâcher prise étaient des indices de compétence à la fois d'éducation – prévention – dépistage mais aussi de professionnalisme. La perception de la complexité des situations dès le groupe intermédiaire, l'expérimentation utilisée comme outil pour atténuer les difficultés de communication étaient des indices de capacités d'adaptation aux situations complexes du patient mais aussi des indices propres à la compétence communication. Dans d'autres cas, la non expression de certains sujets ou l'appauvrissement du discours étaient des indices forts à rechercher. Les internes compétents à propos du travail en réseau posaient par exemple la question de l'expression d'une réalité de terrain (fonctionnement des réseaux difficile à intégrer dans la pratique de médecine générale) ou d'un simple biais lié au groupe. La saturation des données éclaircira ces indices. Enfin, d'autres limites laissées à titre informatifs dans les résultats mériteraient d'être approfondies au cours de l'analyse transversale comme la judiciarisation de la médecine.

L'exploration des connaissances montrait une grande diversité des ressources d'apprentissage et une évolution des exigences au cours du cursus. Les novices recherchaient initialement des arguments scientifiques (recommandations, livres...), dans une démarche biomédicale basée sur les preuves. La recherche d'informations pertinentes, adaptées aux besoins, dans un souci d'obtention d'informations fiables et vérifiables était le premier indice d'une sélection des données disponibles. Elle était indispensable dans la compétence éducation – prévention – dépistage pour la prise en charge et l'information au patient. Les intermédiaires et compétents laissaient place progressivement à l'envie de progresser dans des domaines plus concrets (communication, situations cliniques...). Ce changement de posture d'apprentissage semblait principalement se mettre en place lors du stage ambulatoire de niveau 1 et être un bon indice de progression. L'appropriation d'une démarche de formation n'accordant pas une crédibilité exagérée à la médecine basée sur les preuves, incorporant des problématiques contextuelles, relationnelles ou d'acceptabilité par le patient (8) est un indice pertinent à vérifier pour le niveau compétent.

Les représentations sur les difficultés de l'apprentissage étaient liées principalement à l'effort important que demande un apprentissage par une approche constructiviste. L'interne gère activement ses démarches et possède une grande autonomie dans leurs réalisations (14). Tout au long de son cursus, l'interne est acteur de sa formation. La communication, la gestion du temps ou d'un patient dans un cabinet ne s'apprennent pas dans les livres. L'expérience ne vient qu'en pratiquant. La compétence individuelle n'est pas toujours dissociable de la compétence collective par exemple d'un binôme mis en place en stage ou en formation. Les difficultés exprimées par les internes quel que soit le niveau, tant en terme de manque théorique, pratique ou d'expérience était l'expression de la complexité de la compétence. Pour l'acquisition de la compétence d'éducation – prévention – dépistage, l'observation de la mobilisation des savoirs en situation authentique semble être une méthode d'évaluation pertinente.

L'exploration de la réflexivité et de la construction des pratiques des internes mettait en évidence des indices ou compétences plus génériques comme avoir un esprit critique, une capacité d'autoévaluation et une capacité d'imagination de stratégie. Avoir une définition et une possibilité d'évaluation des compétences génériques indifférenciées par niveau semble utile à l'acquisition des compétences spécifiques de la MG comme l'éducation – prévention – dépistage. Il est possible de proposer des profils génériques en fonction de leurs niveaux de compétences (12) :

- Le niveau NOVICE à partir de l'entrée dans le DES : L'interne possède des connaissances indifférenciées et théoriques correspondant au niveau du concours de l'internat. Il possède les aptitudes suivantes : reconnaît la spécificité de la MG, accepte la nécessité de se former, possède un esprit critique et est en mesure de se questionner. Il a conscience de prendre en charge un être humain.
- Le niveau INTERMÉDIAIRE à partir du troisième semestre du DES : L'interne est capable de

faire un lien entre ce qu'il observe et ses connaissances théoriques, fait l'expérience de situations complexes, cherche à se former en conséquence. Il identifie ses points forts et points faibles pour améliorer sa formation. Il accepte l'incertitude dans la décision. Il effectue son stage de niveau 1.

- Le niveau COMPÉTENT à partir du cinquième semestre du DES : L'interne a effectué son stage de niveau 1. Il sait agir en autonomie et assume ses responsabilités. Il s'interroge sur ses pratiques et se forme en conséquence. Il adapte ses prises en charges avec une approche contextualisée et centrée sur le patient. Il a intégré les principes d'une prise en charge ambulatoire dans sa pratique (incertitude, place du temps, accès aux soins).

Ces propositions sont à confronter aux conclusions des experts du CNGE et aux données du terrain de l'analyse transversale du Grand Ouest. Elles ont le mérite de faire comprendre intuitivement et rapidement aux internes sans rentrer dans le détail de chaque compétence ce que l'on attend d'eux au cours de leurs cursus. Elles s'inscrivent dans l'optique d'une évaluation formative structurante associée, visant à les renseigner sur la qualité des apprentissages à réaliser et à les réguler (12). Il est raisonnable de reconnaître qu'une « *évaluation d'un objet aussi complexe que la compétence médicale ne saurait se satisfaire que d'une seule méthode* » (11).

Établir des profils de niveau d'interne en fonction de la compétences éducation – prévention – dépistage faciliterait la compréhension des attentes des formateurs auprès des internes (reprenant aussi les indicateurs mis en évidence). Cette démarche de clarification des objectifs d'apprentissages ne nuirait en rien à leur certification. Actuellement, aucun profil ne peut être proposé à partir des données de Tours. Les travaux réalisés à Poitiers (21) ont dégagé des indices concordants mais aussi discordants de ceux retrouvés à Tours (apprentissage impossible en hospitalier, absence de discordance du discours sur la place du patient...). Les premiers travaux des experts du CNGE (annexe 1), consistant à émettre des hypothèses théoriques d'indicateurs semblent ne pas être totalement concordants avec les résultats de Tours. Certains indices sont obtenus dans des niveaux différents (confusion des notions persistant jusqu'au niveau compétent, réalisation de consultations dédiées), d'autres semblaient inappropriés (aucun niveau ne peut définir ce que recouvrent les trois niveaux de prévention de l'OMS), d'autres encore ne sont pas évoqués dans les données de Tours (niveau intermédiaire : recherche de la collaboration de l'entourage). L'analyse transversale de l'ensemble des données est indispensable pour émettre des hypothèses cohérentes d'indicateurs comparables aux indicateurs théoriques des experts. Les profils de niveaux de compétence pourront ainsi être définis avec précision.

## ***Une donnée inattendue à approfondir***

Des profils différents étaient évoqués en fonction des attitudes décrites par les internes. En parallèle de la maturation des acquisitions, une maturation des comportements s'effectuait. De tous les modèles existants, les modèles décrits en 1992 (23) étaient les plus proches des attitudes retrouvées chez les internes. Deux profils s'affrontaient, plutôt « paternaliste » ou plutôt « délibératif / autonomiste » selon les internes, dès le groupe intermédiaire et de façon très marquée dans le niveau confirmé. Même s'il n'existe pas de véritable modèle idéal, cette constatation pose la question de l'intégration de ce paramètre dans l'évaluation des internes. Dans les approches « éducatives » ou « délibératives/autonomiste », la participation du patient est essentielle. Dans la réalité, de nombreux freins existent à cette mise en œuvre (23). De plus, que faire de ce paternalisme exprimé ? Est-il un indicateur de non acquisition de la compétence éducation – prévention – dépistage comme le laisse entendre à plusieurs reprises le référentiel CMFC ? Est-ce au contraire une attitude utile, acceptable lorsque celle-ci est contextualisée, justifiée par l'attitude du patient lui – même ? Les internes s'inspirant du modèle paternaliste semblaient plus nombreux que ce qui aurait pu être attendu du fait de leur formation initiale (enseignement spécifique au second cycle, campagne d'information, promotion d'un modèle empathique...) et devront aussi être certifiés. La question d'intégrer cette notion dans l'évaluation des internes se pose. Une réflexion des experts ainsi qu'une exploration complémentaire lors de l'étude transversale seront nécessaires.

# CONCLUSION

S'intégrant à un processus national de recherche du CNGE, cette recherche qualitative inductive a exploré le discours des internes de Tours dans le domaine de la prévention, de l'éducation et du dépistage. Elle tentait d'identifier des indices d'apprentissages, éventuels indicateurs de niveaux de compétence nécessaire au développement d'outils d'évaluation dans le cadre de la certification des internes de MG, authentifiant de leurs compétences et savoir-faire spécifiques pour la validation de leur DES.

L'exploration du discours a montré que les internes possédaient un socle solide de connaissances, identifiaient les missions du médecin généraliste et dégageaient six compétences indispensables selon eux à la pratique de la MG. De nombreux indices, concordants avec les travaux de la CMFC (8) étaient mis en évidence et sont des indicateurs potentiels de niveau de compétence.

Les internes éprouvaient plus de difficultés à prendre en compte le patient même si une place centrale lui était reconnue. Ce paradoxe mériterait une exploration complémentaire pour en comprendre les causes et appréhender le rôle réel du patient dans l'acquisition de cette compétence.

Les limites exprimés par les internes mettaient en lumière des indices de non acquisition de compétence. Ces indicateurs « négatifs » contribuent à mieux appréhender le niveau de compétence des internes. Une exploration complémentaire est nécessaire puisque leur existence n'était pas envisagée dans le travail initial. D'autres indices plus complexes, pas totalement explorés, mériteraient un complément d'analyse lors d'un travail transversal sur l'ensemble des données recueillies dans les UFR.

Ces résultats ont révélé la place essentielle de l'expérimentation sur le terrain et le rôle central du stage de niveau 1 dans l'acquisition de cette compétence. Une grande diversité des ressources d'apprentissage utilisées par les internes et un changement des exigences de formation au cours du cursus étaient aussi montrés. Ces potentiels indicateurs de niveau de compétence semblent pertinents. L'analyse des difficultés d'apprentissage confortait le choix d'un mode de validation majoritairement basé sur l'observation de la mobilisation des savoirs en situation authentique.

L'exploration de la réflexivité et de la construction des pratiques des internes mettait en évidence des indices non spécifiques de compétence, permettant de proposer des profils génériques de niveaux de compétence en fonction de celui attendu (novice, intermédiaire, compétent). Ils complètent de façon formative les profils potentiels des six compétences spécifiques de la MG. Ils font comprendre intuitivement et rapidement aux internes ce que l'on attend d'eux en les renseignant sur la qualité des apprentissages à réaliser.

A partir de l'ensemble des indices recueillis dans les travaux de Tours, aucun profil de niveaux de compétence spécifique à l'éducation – prévention – dépistage n'a été établi. Les premières comparaisons des données avec les travaux du groupe d'experts et de Poitiers montraient des concordances mais aussi des discordances, rendant hasardeux l'exercice. Une analyse transversale de l'ensemble des données du Grand Ouest est indispensable pour gommer les disparités régionales et obtenir des indicateurs de compétences fiables.

La question d'intégration de la notion de « paternalisme » dans la certification des internes se pose. Cette dimension non envisagée dans le travail initial était omniprésente et mériterait qu'on s'y attarde. Une réflexion des experts ainsi qu'une exploration complémentaire au cours de l'analyse transversale sur la place à accorder à cette posture semble indispensable.

En permettant l'émergence de thèmes inattendus, l'enrichissement des résultats, la mise en lumière d'axes supplémentaires à explorer, ce travail contribuera à préciser les objectifs de recherche de l'analyse transversale des données du Grand Ouest, étape indispensable pour comparer les indicateurs du terrain aux indicateurs du groupe d'experts.

# BIBLIOGRAPHIE

## Références citées :

### Sur l'évaluation des compétences :

- 1) Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrmann J, Svab I, Ram P. The European Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice: the role of the GP and core competencies. *British Journal of General Practice*, 2002; 52(479):526-7.
- 2) Attali C, Bail P, Compagnon L, Lebeau J-P, Piriou C, Renard V. Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire. Certifier les compétences. Chevallier. Paris: CNGE;1998.
- 3) Attali C, P. Bail, A-M. Magnier, J-N. Beis, C. Ghasarossian, J. Gomes, P. Chevallier, X. Lainé, P. Le Mauff, Y. Zerbib, B. Gay. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer* 2006;76 – 31.
- 4) Bertrand O. Évaluation et certification des compétences et qualifications professionnelles. Institut international de planification de l'éducation, 1997.
- 5) Comité National d'Evaluation. Le troisième cycle de médecine générale dans les facultés françaises (1998) [Internet]. Available from: [https://www.cne-evaluation.fr/WCNE\\_pdf/Medecine3ecycle.pdf](https://www.cne-evaluation.fr/WCNE_pdf/Medecine3ecycle.pdf)
- 6) Groupe de certification du CNGE. Les compétences du médecin généraliste. *Exercer*. 2005;74:94-5.
- 7) Groupe de travail Référentiel métier et compétences du CNGE. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Paris: CNGE; 2009 p.1-44.
- 8) 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]. Collège des médecins de famille du Canada; 2012 p.1 –191. Report No.: 1-897268-27-0. Available from: <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20French%20with%20bookmarks.pdf>
- 9) 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: 163-175.
- 10) Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale* 2002; 3: 38-52.
- 11) Jouquan J. L'évaluation des compétences professionnelles des futurs médecins : une exigence sociale et un enjeu pédagogique. *Réanimation Urgences* 1998;7:611-3.
- 12) Le Mauff P, Bail P, Gargot F et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale : aspects théoriques, réflexions pratiques. *Exercer* 2005;73:63-9.14.
- 13) Lannoy A. Les indicateurs de qualité. *Option bio*, 2009;425 – p22
- 14) 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.
- 15) Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. In: Hivon R. l'évaluation des apprentissages : réflexions, nouvelles tendances et formation. Sherbrooke (QC) : Editions du CRP 1993:27-56.

### Sur les méthodes de recherche qualitative :

- 16) Maroy Ch. L'analyse qualitative d'entretiens. In Albarello et al. *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. Armand Colin, 1995 : 83-110.

- 17) Miles M.B, Huberman A.M. Analyse des données qualitatives. 2<sup>ème</sup> édition, De Boeck Bruxelles, 1991.
- 18) 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.
- 19) Paillé, P., Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin ; 2003.

Sur l'éducation sur la santé, la prévention, le dépistage :

- 20) Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.
- 21) Fereday-Bowring A. Les niveaux de compétences des internes en médecine générale de Poitiers en matière d'éducation, de prévention et de dépistage, une enquête qualitative. 2012
- 22) Foucaud J, Balcou-Debussche M. (Sous la direction de). Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille, 11 & 13 octobre 2006.
- 23) Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique, 2007/5 vol.19, p.413-425.
- 24) Haut Conseil de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet].2009. Available from:  
[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112\\_edthsoppre.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoppre.pdf)
- 25) Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. NOR: MESX0100092L, 4 mars 2002.
- 26) Loi « Hôpital, Santé, Patient, Territoire ».2009-879 Jul 21, 2009.
- 27) Rapport n° 98037 d'avril 1998 relatif à la formation médicale continu

---

**Références non citées mais ayant contribué à la compréhension du sujet de thèse :**

Articles sur l'évaluation des compétences :

- 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.
- Attali C, Ghasarossian C, Bail P, Gomes J, Chevallier P, Beis JN, et al. La certification de la compétence des internes de médecine générale: mode d'emploi. Exercer.2005;74:94-102
- 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.
- Bernard JL, Reyes P. Apprendre, en médecine. Pédagogie Médicale 2001; 2: 163-169 et Pédagogie Médicale 2001; 2: 235-241
- Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Evaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. Pédagogie Médicale 2006;7:142-54.
- Le Boterf G, Développer la compétence des professionnels. Construire des parcours de professionnalisation (4e éd.). Paris : Edition d'organisation, 2002.
- 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.
- Parent F, Ndiaye M, Coppieters Y, Deme S, Sarr O, Lejeune C, Lemenu, De Keteke J-M. Utilisation originale de l'approche par compétences en supervision formative en Afrique subsaharienne. Pédagogie Médicale 2007;8:156-76.

- Rat C, Le Mauff P, Van Wassenhove L, Goronflot L, Lacaille-Urien J, Senand R. Diplôme d'études spécialisées de médecine générale. La validation des premiers internes à Nantes. *Exercer* 2008;81:45-8.
- Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétence. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique, 2004.
- Tardif J. Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. Montréal (QC): Editions Logiques, 1992.
- Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal (QC) : Chenelière Education, 2006.

#### Articles sur les méthodes de recherche qualitative :

- Alami S, Desjeux D, Garabua-Moussaoui I, Les méthodes qualitatives, Que sais-je ?, Paris, PUF, 2009.
- Baribeau C, Analyse des données des entretiens de groupe – Recherches qualitatives – vol. 28(1), 2009, pp. 133-148. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero28\(1\)/baribeau\(28\)1.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/numero28(1)/baribeau(28)1.pdf)
- Giami A. L'analyse qualitative des entretiens. In: les méthodes qualitatives en psychologie. Paris : Dunod, 2001.
- Gauthier B. Recherche sociale. Presses de l'Université du Québec, 2003
- HYPERLINK "http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue.html" Jones R.A. traduit par Burnay N. et Servais O., L'entretien - Méthodes de recherche en sciences humaines, chap.5, Bruxelles, De Boeck Université, 2000.
- Paillé, P, Collectif. La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain. Paris : Armand Colin; 2006.
- Savoie-Zajc L. Validation des méthodes qualitative (critères de). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Éd. A. Mucchielli, 1996: 264-265. Paris : Armand Colin.
- Savoie-Zajc L. La recherche qualitative/interprétative en éducation. In : Karsenti T, Savoie-Zajc L (Coordonnateurs). Introduction à la recherche en éducation. Sherbrooke (QC) : Editions du CRP, 2000: 171-98.

#### Articles sur l'éducation sur la santé, la prévention, le dépistage :

- Balco-debussche M, Foucaud J. Quelles compétences en éducation thérapeutique du patient? Analyse de contenu du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006. *Évolutions*, n° 16 Nov 2008.
- Bulletin Education du Patient 2002; 21. Colloque et séminaire 22 & 23 novembre 2001, Namur.
- Eymard C. Formation par la recherche et relation éducative en santé. *Pédagogie médicale* 2006 ; 7 : 155-64.
- ETP. HAS, 2007.
- Lecorps P. Education du patient : penser le patient comme « sujet » éduicable ? *Pédagogie Médicale* 2004 ; 5 : 82-86.
- L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport du Haut Conseil de la santé publique, 2009.
- Sandrin-Berthou S. (Dossier coordonné par). Education thérapeutique. *Adps* 2009 ; 66.
- Tounsi H, Abadou M.R. Formation des étudiants à l'éducation des patients. *Pédagogie Médicale* 2002 ; 3 : 164-168.

**ANNEXE 1 : Résultats préliminaires des travaux du groupe d'experts /compétence éducation  
– prévention – dépistage**

**COMPETENCE : EDUCATION, PREVENTION**

**Définition :** Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

C'est à dire en :

- Mettant en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie.
- Développant une posture qui place le patient en position de sujet, et s'engageant dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences.
- Déterminant le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi même, en tenant compte des possibilités de chacun.
- Partageant le suivi avec d'autres intervenants.
- Collaborant à et/ou élaborant des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation.
- Adoptant une posture réflexive sur ces actions.

**Description du niveau NOVICE et commentaires associés**

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

*On attend qu'il :*

- *en perçoive l'importance,*
- *mette en pratique essentiellement des actions de prévention primaire sous la forme de conseils*
- *sache qu'il a des acquisitions à faire en particulier dans le domaine de l'éducation du patient*
- **Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire,**

*On attend qu'il :*

- *n'ait pas de difficulté à définir, hiérarchiser ces niveaux et en comprendre l'intérêt*
- **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 attend qu'il :*

- *fasse des confusions entre ces différents concepts,*
- *limite l'éducation essentiellement au conseil et à l'information,*

- exprime des difficultés à les mettre en pratique
- sache qu'il a des acquisitions à faire à ce niveau

- **Se sent responsable de la gestion de la santé du patient.**

*On attend qu'il :*

- tente d'assumer la responsabilité de la santé du patient sans respecter son autonomie et sans lui laisser cette responsabilité
- mette en avant les risques pour le patient de devenir malade plutôt que les avantages attendus pour la qualité de vie et la promotion de la santé

- **Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient**

*On attend qu'il :*

- recherche l'adhésion du patient en pensant qu'un argumentaire fondé sur la raison et le rationnel peut suffire

**Description du niveau INTERMEDIAIRE et commentaires associés**

- **Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin, (il n'est pas besoin de tout préciser)**

*On attend qu'il :*

- réponde dans l'immédiat à une demande de prévention exprimée par un patient ou programme une consultation spécifique ultérieure
- accepte, sans trop discuter, la demande du patient de lui prescrire un acte de prévention non indispensable voire inutile
- recherche et utilise des outils d'information, d'éducation et de prévention sur des supports différents

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

*On attend qu'il :*

- prescrive à bon escient et/ou réalise correctement les gestes de dépistage individuel et organisé ou non qui font consensus (FCV, hémocult, mammographie ...)
- propose un suivi selon les résultats du dépistage avec ou sans autres intervenants

- **Reconnaît que le patient est acteur de sa santé,**

*On attend qu'il :*

- accepte que les patients comprennent les problèmes de santé de façon différente de lui
- interroge les patients sur des actions de prévention /éducation même s'ils n'en sont pas demandeurs (intervention brève par ex.)
- intègre que les refus implicites ou explicites du patient ne sont pas obligatoirement définitifs, que celui-ci peut changer d'avis et qu'il doit en tenir compte
- mette en avant les avantages attendus pour la qualité de vie du patient et la promotion de sa santé plutôt que les risques seuls de devenir malade

- **Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant,**

*On attend qu'il :*

- *exprime ses difficultés à respecter l'autonomie et les compétences du patient à gérer sa propre santé*
- *participe aux formations qui traitent de ces difficultés*

- **Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient,**

*On attend qu'il :*

- *informe la famille pour qu'elle comprenne le problème et puisse modifier certains comportements*
- *apprend à la famille à faire face à des incidents critiques potentiels (crise aiguë d'asthme, malaise hypoglycémique, ...)*

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

*On attend qu'il :*

- *fonctionne plutôt 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*
- *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*

#### **Description du niveau COMPETENT et commentaires associés**

- **Intègre couramment 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 attend qu'il :*

- *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,*
- *intègre dans sa pratique qu'il est nécessaire de revoir le patient pour des consultations plus spécifiquement dédiées à l'éducation et à la prévention,*
- *profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps (demande de certificats, problèmes infectieux ponctuels, renouvellement d'ordonnances) pour faire le point sur des mesures de prévention et d'éducation pertinentes,*
- *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*
- *soit en mesure de saisir les opportunités éducatives qui se présentent à lui au fil des consultations*

- **Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur),**

*On attend qu'il :*

- *accepte que le patient a une autonomie et une responsabilité dans la gestion de sa maladie et de sa santé,*
- *intègre que s'il est l'expert de la maladie, le patient est lui l'expert du vécu de celle-ci,*
- *favorise l'alliance thérapeutique,*
- *collabore à un programme d'éducation thérapeutique pour un patient atteint de maladie chronique, visant à moduler ses habitudes de vie (tabac, alcool, exercice physique,*

*alimentation) et à le rendre plus autonome dans la gestion de sa santé,*

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

*On attend qu'il :*

- *soit capable d'argumenter pour convaincre un patient non motivé de réaliser un acte de prévention utile pour lui-même dans le cadre d'une action organisée*
- *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)*
- *soit capable de comprendre et d'accepter le refus du patient à ces propositions*
- *soit capable de reprendre ses arguments à un autre moment*

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

*On attend qu'il:*

**raisonne en termes de collaboration et de partage de compétences (où chaque catégorie de professionnels apporte sa contribution spécifique à l'éducation).**

## **guide de focus group : groupe novice**

**Phase d'introduction = sans enregistrement** : Faire connaissance, informer et obtenir l'accord des participants

- Présentation des participants et des chercheurs
- Présentation de l'objet de la recherche sur les niveaux et les indicateurs de compétences
- Présentation de ce qu'est un focus group et de son déroulement

**Phase de discussion proprement dite (avec enregistrement) :**

*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 ? »

## **guide de focus group : groupe intermédiaire**

***Phase d'introduction*** = sans enregistrement : Faire connaissance, informer et obtenir l'accord des participants

- Présentation des participants et des chercheurs
- Présentation de l'objet de la recherche sur les niveaux et les indicateurs de compétences
- Présentation de ce qu'est un focus group et de son déroulement

***Phase de discussion proprement dite (avec enregistrement) :***

*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 ? »
- « Quelle importance donnez-vous à l'éducation, à la prévention, au dépistage dans votre activité de médecin ? et pourquoi ? »

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

**2. « Au-delà de leur définition, les avez vous intégrés à votre pratique ? » « Donnez nous des exemples de la façon dont vous mettez en œuvre l'éducation du patient, la prévention, le dépistage dans votre activité quotidienne de soins »**

***Relances sur ce qu'ils font :***

- Comment faites-vous entre vos activités de soin et celles d'éducation, de dépistage, de prévention ? »
- Est-ce que vous avez déjà mis en place des consultations totalement ou en partie consacrées à l'éducation .... ? »
- « Et si vous avez à tenir compte entre une logique de santé individuelle et une logique de santé publique dans une consultation, comment faites-vous .... ? »
- « Avec qui avez-vous l'habitude de travailler dans ce domaine ... ? » avez vous des interlocuteurs ?
- « Quels sont les gestes de dépistage que vous pratiquez couramment ... ? »
- « Quelles situations vous paraissent faciles/difficiles à gérer ? Comment ? Pourquoi ? » « Pouvez vous l'illustrer ? »-
- « Comment faites-vous dans des situations complexes et difficiles ? »
- « 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 ? et « Comment concevez-vous votre place de médecin dans la relation avec un patient atteint de maladie chronique ? Comment concevez-vous la place du patient ? »**

***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 ? et quelle place lui donnez-vous ? »
- « Que faites-vous quand vous avez le sentiment de ne plus contrôler une situation avec un patient atteint d'une maladie chronique par exemple ? »
- « Comment construire l'adhésion du patient à un dépistage, une action d'éducation, de prévention ? »
- « Comment prenez-vous en compte la subjectivité des patients dans l'éducation ? »
- « Est-il important pour vous de tenir compte des représentations et croyances des patients ? Comment faites-vous ? »
- Comment faites-vous pour appréhender la maladie du malade ?

## **guide de focus group : groupe compétent**

***Phase d'introduction*** = sans enregistrement : Faire connaissance, informer et obtenir l'accord des participants

- Présentation des participants et des chercheurs
- Présentation de l'objet de la recherche sur les niveaux et les indicateurs de compétences
- Présentation de ce qu'est un focus group et de son déroulement

***Phase de discussion proprement dite (avec enregistrement) :***

*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 ? »
- « Quelle importance donnez-vous à l'éducation, à la prévention, au dépistage dans votre activité de médecin ? et pourquoi ? »

*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 ? » et « Donnez nous des exemples de la façon dont vous mettez en œuvre l'éducation du patient, la prévention, le dépistage dans votre activité quotidienne de soins »**

***Relances sur ce qu'ils font :***

- « Comment faites-vous entre vos activités de soin et celles d'éducation, de dépistage, de prévention ? »
- « Comment vous organisez-vous en terme de temps pour gérer à la fois soin et éducation dans la durée ? »

- « Avez vous déjà mis en place des consultations totalement ou en partie consacrées à l'éducation ....? »
- « Comment sentez vous que votre patient est prêt au dépistage, est motivé pour des actions de prévention, est attentif et réceptif à la prévention ? »
- « Que faites-vous pour motiver vos patients, les responsabiliser à leur santé ? »
- « Avez-vous développer des stratégies pour cela ? Lesquelles ? »
- « Avec qui avez-vous l'habitude de travailler dans ce domaine ...? » avez vous des interlocuteurs?
- « Quels sont les gestes de dépistage que vous pratiquez couramment ... ? »
- « Quelles situations vous paraissent faciles/difficiles à gérer ? Comment ? Pourquoi ? » « Pouvez vous l'illustrer ? »-
- « Comment faites-vous dans des situations complexes et difficiles ? »
- « 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 ? et «Comment concevez-vous votre place de médecin dans la relation avec un patient ? Comment concevez-vous la place du patient ?»**

***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 ? et quelle place lui donnez-vous ? »
- « Que faites-vous quand vous avez le sentiment de ne plus contrôler une situation avec un patient atteint d'une maladie chronique par exemple ? »
- « Comment construire l'adhésion du patient à un dépistage, une action d'éducation, de prévention ? »
- « Comment prenez-vous en compte la subjectivité des patients dans l'éducation ? »
- « Est-il important pour vous de tenir compte des représentations et croyances des patients ? Comment faites-vous ? »
- Comment faites-vous pour appréhender la maladie du malade ?

**Questions de relances ouvertes pour :**  
**préciser l'idée**

- Peux tu préciser pourquoi ?
- Pourquoi tu dis cela?
- Qu'en penses tu ?
- Peux tu clarifier ton idée ?
- Comment définirais-tu ce que tu viens de dire ?
- Que veux tu dire par là?
- Préciser les raisons, ou une opinion**
- Pour quelles raisons as-tu cette opinion ?
- As tu une opinion sur...?
- Pourquoi es-tu en accord avec ... ?

- Pourquoi es tu en désaccord avec ?
- Tu ne sembles pas être d'accord avec....?
- Est-ce que quelqu'un a un contre-exemple ?
- Qu'est ce que ça veut dire pour toi ?
- Explique moi/nous.
- Donne moi des raisons?
- Ouvrir la discussion aux autres**
- Quelles sont les autres alternatives selon vous?
- Quelqu'un à t-il un autre exemple ?
- Quelle différence entre cet exemple et celui- là ?
- Tout le monde est d'accord avec ce qui vient d'être dit ?
- Qui pense le contraire ? Autrement ?

### ANNEXE 3 : Verbatim

#### Retranscription du *focus group* du 17/02/11 NIVEAU NOVICE

**on va commencer par une question toute simple, générique. On commencera par un tour de table puis ensuite on laissera aller les choses en fonction de ce que vous dites. On commence par G.**

**Qu'est-ce que pour toi recouvre l'éducation du patient, le dépistage et la prévention ?**

*Grand silence, G soupire*

G : ça veut dire quoi qu'est-ce que ?

**Alors si je reformule. Si je te dis éducation du patient, prévention et dépistage, qu'est-ce que ça évoque pour toi ?**

*Grand silence*

G : Ben euh c'est vaste, c'est...euh mm...

**Est-ce que quelqu'un veut l'aider ?**

G : c'est effectivement beaucoup du travail de la médecine générale, je pense. Hum l'éducation du patient euh pour chaque pathologie euh, qu'est-ce que c'est l'éduquer c'est lui dire euh ... quels sont les signes d'alerte qu'il doit avoir, euh quel euh quelle prise en charge il doit avoir à ce moment là, qu'est-ce que euh enfin hum comment il doit prendre son traitement, est-ce que c'est tout le temps, est-ce que c'est à vie, est-ce que c'est, enfin lui expliquer sa maladie, lui expliquer d'où elle vient, lui expliquer euh pourquoi est-ce qu'on le soigne et à quel moment est-ce qu'on doit le soigner, lui expliquer si c'est héréditaire, si on doit le guérir ou si on va seulement le soigner. Euh quand est-ce que ça doit se faire ben euh quand on a un diagnostic certain et... qui doit le faire, ben le médecin généraliste s'il est compétent pour et sinon un spécialiste. euh la prévention euh (*rire*) la prévention c'est aussi l'école qui le fait maintenant, et puis c'est des affiches, c'est la télévision, c'est tout ça. Après le médecin généraliste il peut en faire un peu, mais enfin, le médecin du travail aussi, euh je pense qu'on peut hum on peut informer sur la prévention en médecine générale mais on peut pas tout faire non plus, et c'est quoi le troisième truc ?

*Rire général*

Tout le monde : le dépistage

G : Le dépistage ? *Silence, soupire...* je ne sais pas

**Est-ce que quelqu'un ... peut continuer... ou ?**

K : Ben là on a trois questions vastes en une seule en fait, c'est pour ça que c'est compliqué de répondre

H : on ne sait pas sur quoi axer, sur le médical...

K : on peut faire l'une après l'autre, on peut commencer par l'éducation du patient donc euh éduquer un patient c'est déjà lui expliquer ce que c'est que sa maladie, lui expliquer l'évolution naturelle de sa maladie habituellement, lui expliquer comment fonctionne les traitements, comment il doit les prendre, quelles sont les complications auxquelles il doit s'attendre, quels sont comme l'a dit G, les signes d'alerte, euh c'est aussi l'éducation thérapeutique doit permettre au patient de se sentir acteur de sa maladie,

qu'il a un rôle surtout dans les maladies chroniques comme le diabète, que le médecin ne peut pas le soigner si lui ne se prend pas même en charge. Euh... voilà on peut continuer...

K : Non mais c'est vrai, ça sonne vraiment « rôle du médecin généraliste » entre guillemet, parce que c'est enfin voilà c'est le médecin généraliste qui voit le patient le plus souvent et c'est vrai que c'est à lui de rappeler euh sans cesse les différentes règles surtout au niveau de l'éducation, après euh ce qui euh ce qui est difficile moi je trouve dans le rôle du médecin généraliste c'est qui faut du coup être bien formé ou être enfin, au taquet sur les différentes enfin recommandations pour chaque pathologies et c'est vrai que souvent je pense que les patients sur leur pathologie en connaissent pratiquement plus que... que le médecin généraliste donc après euh après voilà je trouve ça difficile en tant que généraliste de... de enfin d'avoir réponse à tout sur toutes les questions

J : ouais mais après c'est pas forcément sur une maladie particulière enfin quand on dit dépistage c'est aussi dépistage informer sur les dépistages généraux, c'est euh cancer du sein, cancer du col enfin pas forcément des pathologies qu'on a mais c'est enfin éducation prévention et dépistage ça fait parti du rôle du médecin généraliste en tant que acteur principal dans le, dans la médecine actuelle parce que c'est le premier recours enfin à la médecine enfin c'est en général on va voir son médecin généraliste donc euh c'est vrai que c'est un rôle important du médecin.

L : Les trois ça sonne aussi beaucoup santé publique et c'est trois enfin les trois termes que je pense on aurait pas trop employé y' a quinze ans et on se serait pas trop posé la question de...du rôle du médecin généraliste par rapport à ces trois sujets.

**Tout le monde est d'accord avec ça ?**

M : oui c'est assez récent je trouve cet intérêt qu'on porte à la prévention, et c'est pas évident parce que souvent en plus y'a beaucoup de, ben même ici on avait fait un séminaire euh de médecine générale par exemple c'était l'intérêt du dosage des PSA pour le cancer de la prostate et donc euh d'un côté y'a un intérêt qui est très important qui est majeur porté à la prévention et à la fois y'a plein de trucs qui sont décriés parce que tout le monde dit oui ça fait une épée de Damoclès au dessus de la tête, ça coûte cher, donc c'est vrai que des fois c'est pas toujours évident de se placer en amont de toute maladie et qu'est-ce qu'on dit aux gens euh, donc effectivement je pense que ça va avec le fait que c'est récent comme...comme intérêt.

**Et selon vous quelle place, quelle place pour toi doit avoir le médecin généraliste dans cette euh prise en charge, dans l'éducation...**

M : dans la prévention?

**Les trois**

M : dans les trois, euh ben c'est vrai que j'ai l'impression que souvent des fois des spécialistes, enfin nous on le voit à l'hôpital, qu'ils prennent moins le temps d'expliquer et qu'on a l'impression que c'est que c'est souvent, enfin moi l'image que j'ai de la médecine générale c'est souvent le médecin généraliste qui doit reprendre beaucoup de choses (*assentiment de la tête de L*) de ce qui s'est passé soit à l'hôpital soit à, soit en consultation avec des spécialistes, donc pour reprendre des choses pour ré-expliquer des fois des choses, des choses simples, je pense qu'effectivement l'éducation, en plus souvent on connaît enfin le médecin généraliste connaît plus son patient, connaît plus ce qu'il est capable de comprendre, ses peurs, donc oui je pense vraiment que c'est un rôle central.

H : puis c'est vrai que c'est des messages qu'on doit rappeler, enfin y'a qu'à voir nous comment on a du mal à apprendre la médecine, à quel point on doit se revoir chaque cours vingt fois avant de le connaître, comment on s'est, enfin c'est des messages qui doivent être répétés répétés répétés encore et c'est vrai que le médecin généraliste à ce niveau là, enfin à priori c'est quand même lui qui voit le plus le patient donc euh il est peut-être quand même assez central à ce niveau là. ..Voilà (rire étouffé)

**I, tu en penses quoi ?**

I : c'est plus pour le dépistage, je pense que le médecin généraliste vu qu'il voit régulièrement ces patients c'est peut être lui qui va plus penser à envoyer leur patient pour faire leurs examens de dépistage que... enfin que les spécialistes qui vont pas, qui les voit ponctuellement et dans une circonstance particulière si euh, c'est pas fait euh, avant par le médecin généraliste, je pense que ça ne serait pas euh... quoi que maintenant on en parle beaucoup au niveau des...des médias et on parle beaucoup de tout ce qui est dépistage et prévention mais euh si c'est pas relancé derrière par le médecin généraliste je ne suis pas sûr que ce serait suivi.

J : après est-ce que tout ça c'est faisable, enfin, je pense qu'on met beaucoup de choses à faire sur ffou, enfin je pense que c'est compliqué, déjà on voit par forcément tout le temps les patients enfin souvent on... quand des patients qui viennent comme ça de temps en temps mais après faut aussi avoir le temps de pouvoir faire tout ça, de prendre le temps d'expliquer de faire la prévention euh je pense que c'est pas forcément évident quand on est en médecine ambulatoire d'avoir le temps de faire tout ça, enfin y'a beaucoup de choses qu'on...que le médecin généraliste doit faire pour des raisons de santé publique, je pense qui sont... enfin y a des choses je pense, ça doit être compliqué à faire quand même.

L : c'est sûr que l'éducation d'un patient ça peut prendre beaucoup de temps et en consultation je suis pas sûr qu'on ait le temps de euh, faut... passer autant de temps, parce que ça peut être long à expliquer toute sa maladie, faut le faire mais, bien en détail, qu'il ait bien tout compris, faut le revoir plusieurs fois et c'est quand même des choses qui prennent quand même beaucoup de temps.

M : Après y'a des choses je pense aussi qu'on peut déléguer par exemple aux diététiciennes pour... ou par exemple aux infirmières de diabète aussi, pour tout, enfin je pense qu'y a des trucs on peut aussi s'aider d'autres intervenants... aussi quoi... pas spécialisés dans des cas précis mais...que donc tout ne reposerait pas peut-être sur le euh, sur le médecin généraliste, enfin je vois à l'hôpital on a quand même euh, par exemple aux assistants sociaux, aux euh...enfin on a beaucoup d'intervenants qui nous aident aussi et

J : ouais mais après la base c'est quand même enfin, les gens ils vont voir leur médecin tu vois enfin, et pas forcément... en contact avec les hôpitaux

I : ils savent orienter après, je pense

M : ouais ouais enfin après tu vois moi par exemple tous les stylos à insuline, je sais pas tous comment ils fonctionnent, enfin...

I : ouais c'est sûr,

M : tu vois y'a des trucs euh, des infirmières de diabète elles sont... elles sont beaucoup plus à même de renseigner enfin par exemple pour un type précis, je suis d'accord.

I : hein hein

M : mais euh...

(silence)

**Donc K par exemple compte tenu de ce qui a été dit pour toi quelles compétences devrait avoir le médecin généraliste vu ce que vous avez dit là ?**

K : Ben déjà, il faut que ce soit quelqu'un qui sache communiquer, qui sache transmettre des informations, des idées fortes, qu'il sache se faire comprendre et s'assurer qu'il a été compris. Donc quelqu'un qui sait communiquer. Il faut qu'il ait des qualités de pédagogue aussi, donc la pédagogie ça demande de la patience, ça demande de répéter les idées, ça demande de recommencer, réitérer ; donc euh communiquer, pédagogie. Donc, il faut déjà qu'il soit lui-même bien informé et euh informé avec des sources sûres et informé avant les patients donc des nouvelles recommandations, euh... Il faut aussi qu'il connaisse bien sa patientèle pour pouvoir avoir un discours adapté à ses patients. Euh... et qu'il sache être à l'écoute de... des craintes des patients pour pouvoir les rassurer et puis voilà, adapter son discours.

(silence)

**Tout le monde est d'accord avec ça ?**

H : Ben c'est juste que ça paraît compliqué... enfin y'a beaucoup beaucoup de mots mais ... enfin c'est vrai que dans la pratique euh ça paraît compliqué quand même enfin

**Justement dans la pratique, y'a des choses que vous avez vues euh qui étaient faciles à faire et d'autres moins faciles, est-ce que vous pouvez donner des exemples ?**

I : L'éducation chez les diabétiques enfin c'est quand même difficile, y'a certains patients ça va être clair ils vont comprendre assez rapidement, mais y'en a d'autres, on a plusieurs intervenants y'a la diététicienne, y'a le médecin mais ça reste compliqué donc dans certaines circonstances... oui je trouve que

c'est compliqué! Mais bon.

K : Et puis faut aussi comprendre l'image que le patient a du médecin qu'il a en face de lui parce que quelquefois on essaie de faire passer des messages donc... par exemple quand on veut pas prescrire un antibiotique pour une grippe, donc on explique euh au patient que c'est viral que l'antibiothérapie ne va rien changer, donc on explique et on dit que, on leur explique que c'est les anticorps qui vont lutter contre le virus et ça ils ne comprennent pas et puis euh deux minutes après y'a un médecin senior qui passe, c'est un monsieur, il a les cheveux gris, et là quand il explique et ben ça passe beaucoup mieux... Et puis nous on nous dit « ben vous êtes quoi?... vous êtes? c'est quoi interne? » donc on explique et là ils sont beaucoup plus dubitatifs rien qu'à notre titre donc les patients ont une image de leur médecin. Nous c'est vrai qu'ils nous voient ponctuellement à l'hôpital, ils nous connaissent pas et euh... en fonction de l'image et de la confiance qu'ils ont, les messages sont plus ou moins faciles à faire passer.

#### **L t'en penses quoi ?**

L : ben oui je suis d'accord, c'est plus ou moins ... je pense que le médecin il doit enfin, le médecin généraliste il doit avoir beaucoup de... de connaissances sur le... enfin sur le domaine de la prévention parce qu'on peut... enfin on peut être amené à avoir n'importe quelle question euh... n'importe quand et euh... et voilà enfin faut... faut avoir des idées assez claires pour faire passer des messages... pour faire passer des messages et euh... c'est sur que... quand on est aux urgences, quand on est interne (*sourire, rougissement du visage*) c'est beaucoup plus difficile que... quand on est on dit quelque chose, si le médecin qui passe derrière c'est mieux quoi mais euh...

#### **Qu'est-ce qui te semble difficile ?**

L : nous à faire passer ? c'est qu'on est encore jeune et que la majorité des gens qu'on voit, ils sont quand même plus âgés que nous et j'sais pas si ils nous font confiance comme ça au premier abord. En général nous on nous qualifie de stagiaire donc euh (*sourire*) c'est pas ... Oui je pense que si les gens font confiance à leur médecin, ils sont plus à même de... d'aller faire les examens de dépistage qu'on leur proposera ou de... ou voilà, ils seront plus sensibles à l'éducation, ils prendront mieux leur traitement que si jamais ils ont une relation où ils font peu confiance à leur médecin. Je pense que c'est la base que la relation avec le médecin si ça se passe bien, si on a confiance

#### **Et les autres, vous en pensez quoi ?**

M : personnellement j'ai un peu de mal à réagir

H : ouais

M : parce que c'est trop général en fait, j'arrive pas à me projeter dans une situation clinique ou dans... c'est je je... je sais pas trop sur.. enfin ça fait pas appel à grand-chose chez moi en fait, donc je ....

H : Je suis d'accord, enfin je suis d'accord enfin c'est pas dit je saurais pas quoi répondre là, enfin vraiment

#### **Tu peux donner des exemples qui te parlent qui pourraient... ?**

M : ouais mais je sais pas par rapport à ta

problématique en fait, comment répondre à ... qu'est-ce que tu attends ?

#### **J'attends rien, j'attends heu**

(*rires*)

#### **ça évoque quoi pour toi euh tout ça ?**

M : moi la prévention, moi enfin la prévention et la vulgarisation c'est quelque chose que j'aime bien euh par exemple au lycée et tout ça j'aimais bien faire des panneaux d'affichage, des trucs enfin, c'est vrai que je suis pleine de bonnes intentions (*sourire*) pour plus tard, après je sais, après ce qui me fait peur c'est le temps. C'est vrai que... par exemple j'aimerais bien mettre dans ma salle d'attente tous les mois euh j'sais pas une information sur, en fonction euh je sais pas sur la grippe sur des trucs, en fonction de la saison, en fonction de plein de choses, j'aimerais bien faire des fiches techniques sur les infections urinaires euh voilà mettre des slips en coton (*rire de l'assemblée*), justement on en parlait tout à l'heure... non mais sur des... c'est vrai que c'est quelque chose qui m'intéresse, que je trouve intéressant et je pense que c'est... les gens aiment bien sont très sensibles à ce genre de trucs, on leur explique, bon des fois, y'en a c'est vrai faut marteler, c'est épuisant, mais euh, et puis on a l'impression que ça sert à rien mais je pense que effectivement les gens ils sont contents parce qu'on a l'impression qu'on s'intéresse à eux et qu'effectivement ça les rend plus acteur de leur maladie et qu'on leur fait confiance parce qu'on leur libère un peu de notre savoir, je pense... et euh ça majore l'observance, tout ça, enfin bon c'est... voilà après c'est le temps que ça prend et effectivement, pis peut être le reconnu enfin la reconnaissance qu'on en aura est-ce que... voilà si on voit quatre patients dans la matinée et qu'on aura passé une heure à leur expliquer à chacun ça, est-ce que voilà... qu'est-ce qu'on va en retirer après, enfin je suis peut être pessimiste mais je pense qu'effectivement quand même c'est efficace et puis ça améliore l'entente qu'on a avec nos patients et puis j'espère l'observance mais... sachant que c'est quelque chose qu'il faut sans arrêt réitérer effectivement, mais c'est quelque chose que j'aime bien oui faire des dessins, leur expliquer que le truc c'est là. C'est quelque chose que moi j'aime bien et enfin, peut être c'est aussi ce qui a participé à ma décision de faire médecine générale, je trouve que c'est intéressant. Et dans les écoles aussi c'est des choses que j'aimerais bien peut être faire après.

#### **Au cours de tes stages, est-ce que tu pratiques déjà ?**

M : j'essaie ouais après c'est difficile parce que là je suis en médecine interne donc à Blois, je vois des gens très âgés qu'ont au minimum 85 ans, les gens y sont pas du tout demandeur déjà, donc je pense que la médecine ambulatoire est différente parce que les gens moi je les vois y sont, déjà c'est un milieu très rural, les gens sont, font un peu « oui docteur » enfin donc euh on essaie mais j'ai pas , ils ont pas tellement de répondant mais par exemple on a une jeune fille de 18 ans qu'à un lupus, qu'à une infection CMV qu'à une alpha-thalassémie j'ai essayé, j'ai passé du temps et ouais c'est quelque chose que j'ai essayé de développer

pour essayer qu'elle comprenne un peu surtout qu'il y a tout un avenir...

J : moi je suis peut être pessimiste mais je ne sais pas si c'est tout le temps réalisable quoi enfin... ça va quand on a des journées où enfin mais quand c'est des épidémies et qu'il y a plein de monde... est-ce que c'est toujours réalisable de faire ça, après je suis pas passé en médecine ambulatoire, donc je peux pas dire mais moi j'ai l'impression que, j'sais pas, enfin y'a des choses c'est bien c'est la théorie mais après euh enfin y'a beaucoup de choses qui sont euh qu'on voudrait mettre en place et je suis pas sûre que euh on laisse toujours la possibilité de le faire quoi c'est...

L : peut être qu'il faudrait prévoir des consultations que pour ça ?

*Rire général*

H : hou là!

J : ouais, ben ouais ouais ouais

*(rire)*

J : mais là je sais pas mais là ça me paraît...

I : de dire aux gens « ben vous venez la semaine prochaine »

J : ouais mais ça veut dire que tu... par exemple, si tu fais l'éducation du diabétique, par exemple je prends ça parce qu'on en parlait t'a l'heure, enfin si on passe une heure à faire quatre patients dans la matinée, enfin j'sais pas si ça vous paraît compliqué, enfin j'sais pas, y'a toujours des gens qu'appellent pour dire « il me faut un RDV, il me faut un RDV », si tu leur dis ça ne sera que dans deux jours parce que là euh aujourd'hui... enfin je sais pas.

H : puis la question faudrait voir aussi si c'est euh « ça serait utile ? » j'sais pas si passer une heure à éduquer, enfin c'est toujours utile, mais ce que je veux dire c'est souvent les patients j'ai l'impression qu'ils... qu'ils retiennent de la consultation un euh, deux gros messages voire trois gros messages mais que le reste est pas forcément... en plus c'est pas forcément ceux qu'on voudrait qui suivent, c'est-à-dire qu'on va leur dire plein de choses et finalement, j'sais pas moi le diabétique, il va se rappeler que d'une chose, c'est la toute petite chose qu'on a dite qui sert à rien et finalement il va pas prendre son insuline, donc euh je pense que le médecin aussi doit savoir prioriser les messages qui veut faire passer euh

J : ça veut dire que tu vas faire un choix dans ce que tu vas dire, donc heu

H : ben ouais, je pense que t'es obligé, quitte à t'appuyer après à ce moment là, peut être je sais pas moi, sur des revues, enfin si il veut en savoir plus etc. et puis lui proposer des revues ou des choses qu'il peut lire pour euh... pour s'orienter mais que... enfin je pense que si tu passes en effet trois quart d'heure ou une heure à éduquer un patient il va pas forcément... enfin faut savoir vraiment prioriser les messages parce que sinon tu risques pas d'avoir le résultat que tu voulais obtenir quoi

L : mais le diabétique j'sais pas si c'est un très bon exemple parce qu'il est quand même pas lâché tout seul dans la nature. Il est suivi à l'hôpital, il va régulièrement en HDJ...

J : ça dépend, ils sont pas tous suivis...

L : ou en endocrino

J : enfin y'en a beaucoup qui sont suivis par leur médecin traitant

L : mouais.

J : moi j'en vois plein qui sont pas suivis par un diabétologue particulièrement.

L : A ouais?

J : C'est les médecins traitants qui les suivent donc euh, enfin après les diabéto ils ont de telles patientèles que des fois c'est... enfin c'est plusieurs mois d'attente pour avoir un rendez-vous donc, des fois c'est plus facile aussi qu'ils soient suivi par le médecin traitant, enfin... ils voient leur diabéto qu'une fois tous les six mois, si ça va enfin... après enfin moi je trouve que pour certaine maladie chronique le médecin généraliste il a autant le rôle que certains spécialistes quoi enfin je sais pas après...

K : je pense que vu l'évolution démographique des médecins on sera de plus en plus amené à travailler avec d'autres acteurs de santé, d'autres professionnels de santé et du coup on peut, voilà partager les tâches, le médecin généraliste je pense qu'il aura toujours une position euh privilégiée enfin dans le sens où ce sera la première personne que le patient va voir, ce sera la personne de confiance à qui le patient demandera toutes ses questions, mais euh je pense que dans l'avenir on va plus travailler en réseau, en fonction des maladies avec des associations de malades, avec des infirmiers, des psychologues. Euh je pense que les médecins vont de plus en plus se regrouper en maison médicale avec d'autres professionnels de santé, donc euh peut être que ça nous permettra de nous orienter plus facilement vers d'autres professionnels.

*(silence)*

J : mais dans les maisons médicales, t'as pas forcément plusieurs spécialités

K : oui pas forcément mais euh...

J : et puis vu la démographie! enfin j'sais pas

K : je pense qu'on peut travailler avec des associations de malades, avec pour les diabétiques, des réseaux d'éducation qui sont dédiés à ça, heu

*(Silence)*

K : après y'a des campagnes euh aussi pour les patients qu'ont la CMU, y'a des campagnes de prévention, de dépistage, donc... c'est plusieurs...

**Et le patient dans tout ça, qu'est-ce que vous en faites ?**

L : ben c'est vrai que, on va leur dire y'a d'autres possibilités, les envoyer vers les associations de malades euh... mais après ils ont pas forcément envie d'y aller, y vont peut être y vont venir nous voir nous mais si on leur dit d'aller voir une diététicienne peut être que eux ils auront pas du tout envie d'y aller ben du coup on va être les seuls à pouvoir faire l'éducation et tout ça parce que ...

H : *assentiment de la tête*

N : y'a aussi des patients qui sont pas éducatibles

*Rires*

**Approfondit un petit peu**

N : Ben je pense qu'y a le médecin qui rentre en

compte et les acteurs de santé, mais je pense qu'il y a des patients euh c'est... je pense que c'est difficile de faire passer des messages parce que y'a... parce que y'a... il peut y avoir des bénéfices secondaires, une façon de voir la maladie, des difficultés à comprendre et des fois où l'éducation, je pense que c'est un beau mot, mais voilà on y arrivera pas quoi

K : avec un patient qui ne parle pas français

N : ouais par exemple ouais

**Y'a d'autres situations comme ça où vous pensez que c'est.. ou que vous pourriez me donner comme exemple, où vous pensez que c'est difficile ?**

M : Moi je me souviens d'une psychiatre qui parlait des schizophrènes qui prennent des neuroleptiques et faut faire attention pour pas qu'y ait de dyslipidémie ou d'obésité secondaire... elle disait : oui, expliquez à un schizophrène qu'il faut qu'il mange son petit gratin de courgettes!.. (*sourire*) donc voilà je pense qu'ils ont d'autres priorités dans la vie et que pffou, c'est vrai qu'on peut être... je me souviens de cet exemple là quoi

H : moi je pense que dans la plupart des cas en fait c'est compliqué... enfin je suis peut être pessimiste mais que... c'est quand même très rare enfin...des patients qui suivent mot pour mot euh exactement euh... surtout quand y'a pas vraiment de bénéfice sur leur état de santé euh à court terme quoi, c'est ça. Tout ce qui est, fin bon voilà quoi.... J'ai plein d'exemples de patients enfin voilà qui prennent pas leur traitement anti-hypertenseur, qui prennent pas... voilà qui vont peut être euh enfin... ou leur dire qu'ils auront peut être des problèmes dans 15 ans, dans 20 ans, même avant, enfin je pense que ça parle pour très peu aux gens en fait, donc c'est pour ça que c'est aussi difficile, c'est que finalement... je pense que s'ils avaient vraiment tous envie tout le temps, enfin de... d'être accompagnés, ce serait beaucoup plus facile mais euh c'est pas le cas c'est pour ça que c'est un peu... on se retrouve un peu de temps en temps, je pense, enfin je veux pas faire encore, à être le père fouettard à rappeler toujours les mauvaises nouvelles et voilà et après y'a différent, c'est vrai que le médecin est important, mais c'est vrai qu'il y a différents patients, y'a ceux qui ont, ont très envie de se prendre en main ou ceux qui même digèrent pas du tout, donc euh...

M : je pense quand même qu'il y a certaines populations qui sont demandeuses, on voit peut être pas les personnes les plus, enfin on voit les personnes qu'on hospitalise parce que justement des fois ils sont pas assez cortiqués pour les traiter en ambulatoire donc euh... non enfin ou qui sont... je pense qu'il y a un biais euh, comme je disais moi à Blois ils sont tous très vieux, ils viennent tous du milieu rural donc je pense que, enfin tous j'exagère (*rires*) ça va être « la zone sinistrée » à Blois (*rires*) mais euh donc je pense qu'il y a un biais de recrutement, enfin nous on voit vraiment du post urgence, des gens qui viennent tous pour placement, qu'on peut pas, voilà ... enfin je pense qu'en médecine ambulatoire t'as des gens jeunes, t'as des enfants, t'as des parents qui regardent leurs enfants « Ah mon dieu qu'est-ce que je vais faire docteur pour qu'il soit moins malade » enfin donc je pense qu'il y a

quand même des gens, y'a quand même une anxiété, y'a des gens qui s'informent de plus en plus sur internet, qui sont demandeurs

H : mouais, je pense que oui, ça dépend des gens,

M : alors c'est peut être un peu biaisé ouais,

H : je sais pas si t'as vu aussi par exemple quand je vois le nombre de copains que j'ai qui ont des rapports sexuels non protégés par exemple, enfin, je je...je sais pas, enfin voilà, ça te pose beaucoup de questions quoi parce que surtout que ils sont informés... c'est pas comme si y'avait un vrai déficit d'informations à ce niveau là, enfin c'est pour ça y'a des fois où tu te dis, t'es un peu pessimiste quoi

K : moi je pense que même si on peut pas s'assurer de l'observance thérapeutique, on a quand même un devoir d'information et puis euh un devoir d'explication, expliquer un minimum la maladie pour que les gens comprennent un minimum, même si et puis rien que pour les dépistages, les informer, ben à 50 ans qu'il faut se faire dépister... enfin même si, ils le feront pas, je pense que les médecins ont ce devoir là,

M : c'est médico-légal

H : *assentiment de la tête*

K : après il peut pas aller chez les gens pour les forcer à prendre leur traitement et puis quelquefois on leur donne une information, ben ils réagissent pas sur le coup mais quelques mois plus tard ça va les faire réfléchir, ils peuvent prendre une décision en conséquence, ils peuvent se dire « mon médecin me l'avait dit »

M : c'est vrai que se développe je trouve la fonction médico-légale dans l'information, c'est-à-dire qu'on se couvre, enfin on se doit de se couvrir,

L : assentiment de la tête

M : les chirurgiens, faut signer en bas le formulaire de toutes les complications qui peuvent survenir, l'information nous couvre de beaucoup de choses, après c'est un peu bête mais on dira « je vous l'avais dit », enfin c'est pas... euh médico-légalement si jamais le patient se retourne contre nous, on a finalement que souvent l'information qui peut un peu nous couvrir, après ils font ce qu'ils veulent effectivement,

H : hum (approbateur)

M : on peut pas changer la face du monde (*sourire*), non on peut pas...

H : mais c'est vrai que d'un point de vue je pense du médecin, c'est euh c'est dur parce qu'on aimerait vraiment tout faire bien, tout pouvoir leur expliquer tout de A à Z et évidemment appuyer sur chaque chose et on a pas le temps, je pense qu'on a pas le temps et on a pas vraiment les possibilités, c'est vrai que c'est... enfin quand on voit tout, y'a plein de recommandations, plein de choses etc et je pense que dans l'état actuel des choses, si il n'y a pas en effet plus de partenaires ou enfin on a du, enfin je pense que le médecin généraliste peut pas assumer tout seul et c'est, ben du coup c'est difficile d'avoir une prise en charge entre guillemets « parfaite »

**Et que pensez- vous de la place du patient dans l'éducation, la prévention le dépistage ? Quel place**

### il doit avoir selon vous ?

L : Ben de toute façon c'est lui qu'aura le dernier mot quand même... si il accepte de participer au dépistage et ben il le fera, s'il accepte de bien prendre son traitement il le fera, mais euh... oui enfin c'est lui qu'à la place centrale, mais... mais faut qu'il soit d'accord parce qu'on fera jamais rien sans lui, donc il faut ...je sais pas essayer de se le mettre dans la poche pour que... pour qu'il fasse ce qu'on lui dit

H : oui je pense que même il doit, enfin en plus il doit pas être enfin entre guillemets "infantilisé", là c'est vrai on a l'impression... c'est vrai quand on parle qu'on, et moi le premier, quand enfin qu'on est vraiment, enfin c'est vrai s'il est au courant qu'il a une maladie et que, un moment c'est, enfin y'a vraiment une part de responsabilité du patient qui sait qui va se prendre en main quoi donc si... quitte à être voilà, à nous de l'informer mais que lui fasse les démarches s'il veut voilà qu'il puisse euh, je sais pas moi, un exemple qu'il est voilà, l'exemple qu'il peut prendre une consultation chez le diététicien ou la diététicienne pour un régime optimal pour la prise en charge de telle ou telle pathologie mais que ce soit à lui de le faire et pas forcément que, enfin voilà, qu'il soit vraiment acteur de ...même de sa « propre éducation » quoi entre guillemets.

I : en général les gens ils ne sont pas bêtes, s'ils sont mal, ils ont envie d'aller mieux et puis ils prennent

M : on est dans la prévention, on est dans la prévention, et dans la prévention ils vont bien tu vois

I : oui mais pour l'éducation

M : oui oui mais l'éducation peut faire partie de la prévention, toi tu peux être

I : oui pour la prévention, enfin pour la prévention aussi, j'sais pas on connaît tous quelqu'un qui a eu un cancer du sein ou un cancer de quelque chose et ben on a beau dire que le cancer du sein la majorité on les guérit, ben il y en a quand même quelques uns qu'on guérit pas, on a pas forcément envie de, qu'il nous arrive la même chose, donc on se dit « ben le dépistage je vais aller le faire »

G : ouais

I : mais enfin je pense qu'on a tendance à se dire que les patients sont bêtes et font jamais ce qu'on leur dit, mais je pense qu'il faut se dire aussi que la majorité des gens c'est des gens comme nous et que ils vont faire en sorte d'aller bien, ou le mieux possible, donc il faut leur faire confiance aussi, non? (*sourire*)

J : mine dubitative puis sourire

G : *sourire*

I : Pourquoi tu rigoles ? (*sourire*)

G : c'est-ce que tu dis, j'sais pas comment t'as dit, euh « on pense que les gens sont bêtes mais la majorité des patients sont comme nous », (*rires*)

*rire général*

I : non mais c'est vrai que (*rire*) non mais je sais pas mais on a tendance à se dire, ben par exemple quand on est aux urgences et qu'on les voit débarquer pour des trucs, on se dit « mais c'est pas possible, ils sont bêtes, ils ont rien compris » mais en fait dans la vie normale sortis de l'hôpital, c'est des gens comme nous, ils sont

pas plus bêtes que nous, donc euh

*Rires*

J : ben après faut avoir envie de faire ce qu'on nous dit, enfin je veux dire c'est pas parce enfin, euh quand on nous dit « faut pas fumer ça, enfin c'est pas bien » mais bon combien y'a de médecins qui fument, enfin je veux dire, c'est pas parce qu'on le sait qu'on fera, enfin j'sais pas

### Tu peux développer un petit peu ?

J : Ben euh, (*rire*), ben c'est vrai que... après euh y'a ce qu'on leur dit enfin... je pense que y'a ce qu'on attend du médecin, enfin par exemple y'a des programmes, enfin y'a des campagnes de dépistage et tout ça qui sont fait je pense aussi à des buts économiques enfin parce qu'on s'est rendu compte que si on agissait en amont du coup ça permettait de de d'avoir un impact sur une économie mais après enfin les gens, c'est pas parce qu'ils savent qu'ils feront donc enfin, mais nous on est les premiers enfin, j'veux dire c'est pas parce qu'on sait qu'on fait, donc euh (*rire*)

H : hum (*approbateur*)

L : oui mais là je suis d'accord avec K on le sait mais on finira par le faire

J : euh (*désapprobateur*)

N : pas trop

H : moi, je ne suis pas d'accord non plus

*rire général*

J : y'a des patients qui viennent pour des maladies chroniques, t'as beau leur répéter quinze mille fois la même chose, ils viennent, tu te dis « ah ils sont plein de bonne volonté » et puis au final y'a rien, enfin

K : non mais ils finiront pas forcément par le faire mais ça les regarde,

J : ben voilà

K : en fait, ils sont eux même acteurs de de, enfin c'est eux qui choisissent, c'est eux qui font leur choix de euh... nous on est là pour les informer, pour les inviter un peu comme l'avis d'expert..., après c'est quelque chose de se soigner ou pas, ils ont aussi un vécu,

L et M : *assentiment de la tête*

K : ils ont aussi des réticences et ils ont un imaginaire et du coup ils vont eux même choisir de prendre le traitement ou pas, euh j'sais pas une personne euh qui a une anémie, on lui donne, une anémie ferriprive, on lui donne du Tardiféron, elle va le prendre une semaine, elle se sent mieux, elle arrête de le prendre. Elle se sent mieux peut être pour une autre raison, mais elle va arrêter de le prendre. ça, on a vu ça souvent, donc elle a un vécu qui fait que on choisit de ne pas prendre le traitement, de ne pas faire le dépistage et aussi donc en fait c'est le patient qui choisit au final, nous on informe, on essaie d'orienter et pis euh on peut pas forcer quelqu'un à faire tel ou tel choix. Après il veut pas faire le dépistage du cancer du colon parce que peut être qu'il a un membre de sa famille qui est mort et qui veut pas le savoir, donc euh

*Silence*

**N tout à l'heure tu avais l'impression, enfin j'avais l'impression que tu réagissais à ce que J disais, est-ce que...**

N : ben quoi... je sais plus

**quand elle disait que les médecins fumaient euh que...**

N : ben oui, je pense que nous les premiers, on est peut être des fois les premiers à connaître les conséquences potentielles de nos actes, mais c'est pas pour ça qu'on reste enfin, qu'on respecte euh...

H : y'en a plein qui fument...

J : mais là c'est comme dans la vie enfin, y'a des lois, y'a des règles enfin, c'est pas pour ça qu'on les respecte forcément tout le temps, enfin

N : si on a des traitements à prendre, on les prendra pas mieux que, que des patients qui sont pas ...

J : au fait on est pas leurs parents, on est juste des informateurs donc après

H : et puis c'est vrai qu'en médecine, enfin surtout quand on est en bonne santé, y'a toujours le côté « ouais mais moi ça ne m'arrivera pas quoi » enfin j'pense qu'on a, nous qui sommes informés et qui en voyant des gens malades tous les jours, même on le fait pas trop, et alors les gens qui en plus enfin sont... connaissent pas vraiment ont eu justes des gens malades peut être dans leur famille ou quelque chose comme ça mais pas plus, euh enfin voilà ont peut-être, ont d'autres choses, c'est vrai aller faire sa mammographie tous les deux ans, quand tu as, j'sais pas moi, quand t'as... quand t'as d'autres choses, quand tu as une vie professionnelle ben finalement ça passe vite à la trappe, et ce qui est difficile je pense pour le médecin c'est enfin de savoir à quel point... jusqu'où il doit insister en fait, enfin, savoir si c'est un choix du patient et du coup et se dire il est adulte et voilà je l'ai informé il fait ce qu'il veut ou savoir si c'est un peu de la nonchalance et y'a un côté je veux pas savoir euh... enfin je m'en moque, je verrais ça plus tard, de toute façon ça m'arrivera jamais et enfin voilà savoir quand est-ce que ....

N : ce serait probablement les plus durs patients à éduquer, après faire la prévention et le dépistage mais nous même on sait pas trop pourquoi en fait, qu'est-ce qui fait que même si on sait des choses on fait pas bien, on... est-ce qu'on est tous à jour dans nos dépistages, j'sais pas les frottis euh... voilà, est-ce qu'on respecte bien ce qu'on enfin ce qu'on dit à nos patients quoi

M : je trouve enfin faut quand même rester optimiste je trouve

*rire général*

M : non mais je pense que,

N : on est pas pessimiste mais...*(rire)*

M : non mais enfin ...enfin j'sais pas mais si on vivait, si on faisait des stages ou j'sais pas quoi, dans des pays en voie de développement qu'on voyait vraiment des gens qui connaissent rien à rien, parce que mine de rien, mais c'est pas forcément dû aux médecins, enfin je pense c'est dû aussi aux médias, à la télé, à plein de choses, mais que on voyait des gens parce qu'on voit quand même des gens qui savent qu'il faut se laver, qu'il faut manger trois repas, qui faut pas trop manger, enfin, globalement qui faut pas fumer euh... enfin je pense qu'on est avec des gens qui savent plus ou moins quand même le bien ou mal et on serait avec des populations différentes, je pense qu'on se rendrait

compte quand même que, et je pense que beaucoup de choses passent par là quand même euh

J : Par quoi ?

M : par l'éducation, par expliquer comment marche les choses et que, enfin l'amélioration de l'état de santé des gens passe par ça quand même

J : ben après

M : y'a des choses qui finissent par rentrer même si ça prend,

L : Mais c'est normal

M : même si c'est pas toi, ta consult qui va sauver ton patient parce que tu lui as expliqué qu'il faut faire son dépistage du cancer du colon, mais à l'échelle d'une population et sur plusieurs années je pense qu'après certaines choses rentrent dans les mœurs, la mammographie et tout ça même si y'aura toujours des gens qui voudront pas le faire parce que pour des raisons de convenances personnelles, y'a beaucoup de choses avec le temps qui qui... par matraquage, par j'sais pas...non? je pense, j'essaie *(rire)*

**Tout le monde est d'accord avec ça ?**

J : ben après c'est peut être plus le fait que les gens soient informés de façon massive je pense, euh effectivement peut-être qu'après ils le font ou qu'ils le font pas .....

L : mais c'est normal que ça prenne du temps de euh d'éduquer les gens et d'informer... c'est comme quand on est euh à l'école et que les profs y sont obligés de répéter quinze fois la même chose, donc euh avant qu'on le comprenne, qu'on l'apprenne

M : ouais c'est vrai

L : et puis oui je suis d'accord avec toi, même nous pour apprendre nos cours, même au bout de la vingtième fois on le sait toujours pas, donc eux

J : non mais on est d'accord, on sait que ça prend du temps aussi de faire ça

L : oui c'est le boulot mais ...

*rire général*

J : oui enfin « c'est le boulot »! forcément oui c'est le boulot d'accord

*rire*

J : mais après c'est des conditions de réalisation enfin c'est, enfin c'est ce qu'on disait tout à l'heure, c'est ce que tout ça c'est, y'a une différence entre tu vois l'idéal de ce qu'on devrait faire et puis je pense la réalité de ce qu'on peut vraiment faire quoi,

N : mais si tu le fais petit à petit à chaque consultation...

M : enfin on change de sujet à chaque fois donc...

L : le diabète c'était peut être pas le bon exemple mais

J : non mais je ne te parle pas du diabète, je te parle en général

L : non mais, pour cet... enfin le diabète ou n'importe quelle autre c'est quand même une grosse pathologie, mais le dépistage du cancer du sein, je pense qu'en un quart d'heure tu peux le faire quoi. et c'est là où je disais « ben peut être qu'il faut prévoir des consultations pour ça à la fin » si je passe et bien pour enfin nous j'en sais rien dire « ben peut être qu'on peut se revoir dans quinze jours, parler du dépistage du cancer du sein » ou mais j'pense que la plupart des gens qui ont des grosses maladies, sont suivis par plein

de gens et si tout le monde en fait un petit peu à chaque fois, ça finit par rentrer

K : y'a aussi beaucoup de gens qui sont demandeurs d'explication et de...qui veulent comprendre et il faut savoir aussi qu'on est pas la seule source d'information.

L : *assentiment de la tête*

K : Ils vont très rapidement sur internet, ils ont des magazines, tout ce qui est magazine pour femme, y'a plein de choses sur la santé donc euh, donc euh ça leur apporte des informations plus ou moins vraies et du coup ils peuvent nous retourner la question et c'est à nous d'avoir l'esprit critique la dessus et de mieux expliquer

**Justement dans votre travail est-ce qu'il y a des situations où vous avez été amené à faire de l'éducation et si oui lesquelles ? Comment vous avez géré tout ça ?**

*Silence*

**Parce que j'ai l'impression que vous donnez pas mal d'exemples, donc euh**

*Silence*

**J'ai l'impression que vous avez du vécu, est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?**

*Silence*

L : je pense qu'on en fait un peu tous les jours de l'éducation, après dans un service je sais pas mais aux urgences euh donc aux urgences gynéco quand les femmes enceintes viennent parce qu'elles ont perdu trois gouttes de sang, ben on fait tous les examens, on les rassure et puis à la fin de la consultation on leur dit « et ben si vous continuez à avoir des petits saignements comme ça c'est pas inquiétant mais, on comprend que vous ça vous inquiète mais nous on peut vous dire que ça ne nous inquiète pas et que c'est pas inquiétant » et je pense qu'ils le comprennent, on leur dit quand est-ce qu'il faut s'inquiéter, quels sont les critères de gravité et ils le comprennent les gens, c'est pas agréable de passer 5 heures à attendre aux urgences, donc le coup d'après ils ne viennent pas pour rien, je pense que toi c'est pareil G, aux urgences tu dois bien leur dire de temps en temps ....

G : non moi j'ai encore trop peur, je suis trop anxieuse donc euh, ça m'arrive assez rarement de leur dire que ... ou alors enfin assez systématiquement je vais demander des examens surtout si je suis toute seule donc euh après je leur dis « on va éliminer les urgences » mais je leur dis pas forcément que, enfin ça été extrêmement rare que que je leur aie dit vraiment vous vous .....vous venez pour des bêtises et c'est pas la peine ....

L : je leur ai pas dit qu'ils venaient pour des bêtises (*rires*)

G : non non mais

**qu'est-ce qui te fais peur dans ça ? d'expliquer ?**

G : Ah mais ça ne me fait pas peur d'expliquer, non non je passe mon temps à expliquer des trucs, mais en général c'est pour des choses aiguës, je passe mon temps à faire des dessins de reins et de vessies pour expliquer aux gens qu'est-ce que c'est qu'une colique néphrétique, à faire des dessins avant de faire un

toucher rectal pour expliquer ce que je vais chercher et (*rires*)

**Donc en fait pour toi c'est quoi faire des dessins ? c'est expliquer comme ça, c'est de la prévention, c'est ....**

G : non c'est de l'éducation

**C'est de l'éducation ?**

G : hum

**C'est comme ça que tu mets en place dans ta pratique. Et y'a d'autres choses que tu fais dans ta pratique ?**

G : Hum hum moi par rapport à la prévention et au dépistage, je pense que ce que j'essaierai de faire c'est de vraiment d'expliquer aux patients que j'suis un acteur, une aide pour leur santé et que j'suis pas le père fouettard et que s'ils veulent pas suivre mon traitement ben enfin c'est c'est leur santé qui en pâtira et pas la mienne, enfin donc il faut vraiment qu'ils comprennent qu'effectivement même s'ils prennent pas leur traitement il faut me le dire, parce que, enfin si si c'est leur choix de le faire et je vais, je suis pas prof, j'vais pas leur mettre, j'vais pas les mettre en colle parce qu'ils n'ont pas pris leur traitement. De toute façon je n'ai aucun moyen de faire pression sur eux et c'est pas mon but non plus donc c'est eux qui vont prendre leur santé en charge et que moi je vais les aider, je vais faire tout ce que je peux pour les aider, je vais leur expliquer, je vais leur euh, je vais les orienter au mieux que je peux, je vais leur donner les traitements que je crois être les mieux pour eux, mais que après... je suis pas leur mère, et que j'peux pas, c'est pas moi qui vais changer leur vie donc euh

*silence*

**Et les autres, est qu'il y a des choses que vous faites dans vos consultations ou quand vous voyez les patients euh... particulières, là elle fait des petits dessins ... enfin comment vous mettez en place tout ça dans votre pratique ?**

K : ben par exemple moi j'suis en pédiatrie, on a eu pas mal d'épidémie de gale euh ces derniers temps, donc rien que de faire à côté de l'ordonnance de faire une ordonnance pour le traitement et une ordonnance où on écrit toutes les mesures, toutes les conduites à tenir, et puis le fait de mettre à l'écrit, remettre un papier au patient qu'on explique, toutes les démarches donc pour eux c'est rassurant et c'est plus clair, ils retiennent mieux les idées. (*vibreur de téléphone portable*)...

H : hum (*approbateur*)

K : Donc après quand ils reviennent ils disent ben j'ai fais ci ça ça tout ce que vous m'aviez dit donc euh. Ou remettre des plans d'action enfin pour l'asthme conduite à tenir en cas de crise, donc ça y'en a beaucoup ben le fait de mettre les doses tout ça c'est... le fait qu'ils aient un schéma, conduite en cas de crise, parce qu'on a beau leur dire faut faire ci en cas de crise les parents paniquent, ils ne savent pas quoi faire, ils appellent le 15 mais ils ont un plan d'action puis ils s'y réfèrent au moment voulu, mais bon je pense que c'est des, je pense que le fait d'avoir un support écrit euh d'avoir une information visuelle ça leur permet de mieux retenir les choses et de, et c'est rassurant pour

eux d'avoir cette information chez eux  
(silence)

**Et les autres, vous faites pareil, ou qu'est-ce que ... ?**

(vibreux portable -sourire collectif)

M : ouais pour le moment c'est vrai, moi dans mon service j'ai pas énormément de... d'éducation d'information j'suis pas tellement confronté à des situations cliniques, c'est vrai que c'est rare pour le moment quoi

**Et les autres ?**

L : ben ça dépend des pathologies aussi, j'pense qu'il y a des maladies auxquelles on est plus à l'aise et on pense plus facilement à avoir un petit mot de prévention

H : hum (approbateur)

L : pour le tabac, pour l'alcool pour le diabète et puis y'a des maladies où... enfin qui sont plus rares et pour lesquelles on a pas, on se souvient pas forcément des conseils, des règles hygiéno-diététiques de la prévention et du coup on le fait pas parce qu'on se souvient pas, c'est pas bien non plus. Y'a des... ouais enfin, diabète et tout ça on fait un petit peu, ben petit bout par petit bout

H : non moi je pense comme les dessins ou les choses, enfin, j'aime bien prendre des, essayer de trouver des images ou des formules qui enfin qui touchent le patient par exemple dans ce qu'il aime ou je sais que ça m'est déjà arrivé de prendre des métaphores sur le foot ou des trucs comme ça pour euh un patient qui avait été ... ben voilà qu'avait été professionnel en foot et qui enfin, ce genre de chose où on sent enfin ou en plus de les faire rire ben ça les fait euh... le message souvent touche au but quand on enfin voilà quand on sait ce qui les touche quoi

(silence)

**Les autres ?**

I : Ca dépend des situations...ça dépend dans les services si y'a des personnes qui ont plein de choses différentes, quand c'est des suites de chirurgie d'ortho on va leur apprendre les positions à pas faire après une prothèse euh... on a souvent fait ça avec le kiné ou c'est des patients pour les régimes alimentaires et j'suis avec la diététicienne donc euh mais si toute seule je le fais mais après ils restent souvent longtemps dans le service donc je vais un petit peu tous les jours

(silence)

M : si! ce que je fais moi c'est de la prévention pour les maisons de retraite, je leur dis mais inscrivez vous faites des demandes (rires) c'est vraiment enfin très souvent parce qu'on a beaucoup de problèmes de maintien de fin de vie difficile et c'est vrai que... on essaie de les faire anticiper bon après y'a peut être d'autres raisons je pense, pour des raisons financières y'a plein d'autres paramètres mais l'anticipation des fois euh est pas toujours évidente chez les gens enfin c'est, ils anticipent pas les choses, ouais donc après c'est pas de l'éducation, on essaie de les inciter à envisager l'avenir, leur prise en charge, ça fait pas mal

**Les autres. Aucun...**

**Non...**

**Bon!... moi je me pose juste une question euh vous parlez beaucoup de connaissances de recommandations etc mais euh quelles sont vos ressources justement dans ce domaine, où est-ce que vous avez appris toutes ces choses ? ça m'intéresse beaucoup**

H : sourire

L : on a eu nos cours déjà

**ouais**

L : et puis après y'a maintenant les séminaires qu'on peut faire, heu y'a des formations médicales continues, puis après y'a tout ce qu'il y a sur internet, les recommandations qu'on peut trouver

M : Et puis dans les services en fonction, y'a des fois effectivement des protocoles de service

L : avec les seniors qui sont dans les services aussi qui nous apprennent des choses, puis avec les autres professionnels avec qui on travaille. Sur tout ce qu'est régime alimentaire, la diététicienne euh elle sait tout alors que nous on sait pas grand-chose

(silence)

**Tu peux expliquer un peu plus avec la diététicienne ? ce qui te manque ?**

L : ben les régimes enfin vraiment précis entre le régime mixé et heu enfin les différences qu'il y a les régimes diabétiques stricts, ou qui sont pas stricts, tout ça, les différences moi je sais pas ... je sais pas trop donc... Elle essaie de m'expliquer au fur et à mesure

**Et les autres ? Vous avez tous appris que dans les cours et les FMC ?**

J : y'a l'expérience, enfin j'veux dire sur le terrain on apprend aussi avec euh dans les situations après heu, enfin j'sais pas

**qu'est-ce que t'as appris sur le terrain ?**

J : ben après c'est peut-être heu comment passer les messages quoi c'est, enfin y'a la théorie pis après la façon de faire...enfin... j'sais pas, je pense qu'en fonction des situations y'a on voit comment enfin si on est plutôt efficace dans le message qu'on a passé ou pas

**Est-ce que ça t'es arrivé ?**

J : Bah je pense déjà que pour passer un message il faut prendre le temps, parce que, oui ça m'est arrivé enfin euh... quand y'a des patients qui posent des questions on leur répond, enfin je pense que on revient le lendemain, ils reposent les mêmes questions enfin... c'est vrai que c'est de la répétition donc ça va à l'hôpital euh je pense que c'est plus facile parce que déjà les gens sont là plusieurs jours, donc ils peuvent poser leurs questions plusieurs fois qu'on leur répète... quitte à reprendre un peu avec eux, enfin se poser un peu, je pense que... après je sais pas si c'est..., y'a des choses qui sont vraiment faisables euh enfin quand c'est en ambulatoire ce genre de chose, enfin les patients ils passent, ils posent des questions mais c'est vrai qu'après est-ce qu'ils ont vraiment tout intégré de ce qu'on leur a dit ?

**Toi dans ton service, est-ce que tu as été amené à faire de la prévention ? est-ce que t'as des situations où t'as eu l'impression que tu progressais dans tes connaissances ?**

J : oui ben dans le service y'a quand même pas mal de diabétiques donc enfin c'est surtout la dessus que euh

**Et sur quoi t'as progressé ?**

J : ben sur l'explication de la maladie, enfin pourquoi enfin pourquoi c'est, souvent les questions qu'ils posent « mais pourquoi c'est maintenant et avant on m'avait rien trouvé... et comment ça va se passer, les traitements, le régime, est-ce que je vais pouvoir avoir une vie normale » et tout ça, enfin je pense qu'au fur et à mesure des explications on arrive à être plus à l'aise... pis même, moi je vois quand on a aussi des chefs qui sont expérimentés la dedans c'est quand même plus facile aussi parce que au final ils ont quand même une connaissance importante de ce genre de pathologie, donc forcément on bénéficie aussi de leur expérience, de ce qu'ils peuvent dire enfin en voyant faire les autres, j pense qu'on copie aussi pas mal de ce que font les autres

**Vous êtes tous d'accord avec ça ? par rapport à « on copie »**

N : oui oui je pense

H : ouais je pense

N : on s'en inspire

L : on copie si, et on fait le contraire si on trouve ça pas bien (*sourire*)

J enfin ouais voilà

H : ouais s'inspirer des phrases...on voit bien que chaque médecin a ses phrases un peu, pour certaines situations, des phrases un peu qu'il répète etc, et qui touchent et qui sont enfin qui sont bien c'est vrai qu'on hésite pas à les reprendre je pense

**Et les autres dans vos stages, est-ce que vous avez fait de la prévention, de l'éducation du dépistage ? sur quoi ?**

*silence*

**si ça ne vous inspire pas vous me le dites hein et puis on passe à autre chose...**

*silence*

**Non?**

*Sourire de l'assemblée*

I : si! la prévention c'est, chez les personnes âgées qui tombent assez souvent, les choses simples quand ils sont dans un fauteuil roulant qui veulent se lever, qu'ils n'oublient pas de mettre les freins sur le fauteuil roulant. Aussi une prévention sur les récidives de chutes on en fait beaucoup

**Et comment t'as acquis des connaissances sur ces petites choses là que tu me dis ?**

I : ben déjà on les voit faire les patients donc euh quand on les voit qu'ils commencent à vouloir se lever et qu'on voit qu'il n'y a pas les freins sur le fauteuil roulant on se dit on va à la catastrophe, là y va se.. donc déjà en les regardant faire et puis euh avec euh les médecins qui sont dans le service... qui nous apprennent aussi beaucoup de choses

**Y'a d'autres interlocuteurs avec qui vous avez appris des choses ?**

*Silence*

L : ben ouais, en hospitalier y'a tous les paramédicaux, les infirmières, les kinés, les aide-soignantes, les assistantes sociales, les diététiciennes qui savent leur

donner beaucoup de choses qu'on sait pas et qu'on ignore, donc euh en milieu hospitalier oui on a quand même pas mal de compétences variées qui, ça nous permet un peu d'élargir nos connaissances

**Et qu'est-ce qu'ils vous apprennent ?**

J : ben des choses qu'on apprend pas forcément quand on fait notre formation initiale (*rire*)

G : *assentiment de la tête*

J : enfin après c'est le terrain, par exemple, enfin j'sais pas quand y'a des problèmes sociaux c'est, enfin, qu'est-ce qu'on fait quoi, c'est les démarches enfin, après je pense aussi à des choses nous dans nos pratiques courantes en tant que médecin ambulatoire donc ça pas des choses qu'on apprend dans la théorie « oui bon ben faut faire ci faut faire ça » mais après sur le papier c'est bien mais sur le dans la réalité après...donc euh enfin, de ce point de vue là enfin, c'est quand même, en plus je les démarches administratives tout ça, pour les aides à domicile enfin sur, enfin à qui faut s'adresser euh... du coup enfin c'est euh... c'est compliqué quoi... je pense enfin... quand on a jamais eu à faire à ça enfin c'est... j'sais pas quand les gens ils nous demandent, quand on leur dit oui vous pouvez avoir droit à des aides enfin parce qu'y'a une aide ménagère qui peut venir faire le ménage par exemple chez vous, enfin j'sais pas c'est des trucs cons mais euh après à qui on peut s'adresser euh les associations, ou l'ADMR ou ce genre de choses enfin si si, enfin c'est pas le genre de trucs qu'on apprend avant de passer l'internat enfin c'est ...

H : ou alors on redécouvre ce qu'on a appris quoi. C'est

J ouais c'est exactement ça

H : en fait on comprend les mots qu'on avait appris quoi

**Tu peux expliquer un peu plus ?**

H : ben nous notamment la dessus j'sais pas enfin moi en gériatrie EPADH, SSR enfin tout enfin APA tout ça tous sont des mots que j'avais appris et que enfin y'a des définitions mais je ne voyais pas du tout à quoi ça correspondait en fait dans la vie quoi... c'est en allant en stage et en me re-penchant sur le truc que je... enfin que... enfin voilà moi par exemple j'ai relu mon livre de gériatrie après un mois de gériatrie et que ça, c'était pas du tout la même chose quoi

**Les autres vous en pensez quoi ?**

M : tu sais y'a la théorie et la pratique qu'il faut surtout adapter en fonction du contexte du patient et de la situation dans laquelle il se trouve. C'est l'adaptation surtout je trouve de ce que l'on sait dans le cadre qu'on a, dans le temps qu'on a

**par rapport à l'adaptation est-ce que tu peux m'en dire plus ou ?**

M : ben je trouve que c'est surtout l'adaptation qui fait que le résultat, c'est à dire que ça dépend à qui on s'adresse, bon enfin c'est des généralités ce que je vais dire mais euh le moment aussi où on se trouve, y'a des moments aussi où les patients sont pas aptes à entendre l'information, pis d'autres plus enfin faut essayer, j pense un peu d'expérience qui fait que on sera un petit peu plus ce genre de chose. Le support aussi,

enfin si, les gens qui sont capables de se repérer dans l'espace avec le colon, la vessie, ou au contraire « Oh la la » enfin donc c'est

**les autres?**

*(sourire général)*

**Donc au final pour vous ça vous évoque quoi l'éducation, dépistage et prévention après tout ça ?**

*silence*

L : peut être que c'est la plus grosse partie du travail du médecin traitant.

*Silence*

H : hum (*interrogatif*)

**Est-ce qu'il y a des gens qui veulent rajouter autre chose ?**

*Rire*

N : non

I : ben faut le faire mais c'est pas forcément toujours facile puis de toute façon après c'est le patient qui va décider.

*Silence*

**Donc vous avez des choses à rajouter**

non (*général*)

**Donc**

**voilà**

### ANNEXE 3 : Verbatim

#### Retranscription du focus group du 20/01/11 NIVEAU INTERMEDIAIRE

Présentation des internes

**La première question que je vais vous poser, c'est qu'est-ce que recouvre pour vous l'éducation du patient, le dépistage et la prévention ? Donc je propose que l'on commence par un tour de table et puis après vous débattiez comme vous le sentez.**

A : ...les trois en même temps?...ou un à la fois?

*Rires*

**Comme tu le sens. Si je te dis éducation du patient, prévention et dépistage. Qu'est ce que ça évoque pour toi ?**

A : Beaucoup de temps... en médecine générale, en cabinet en tous cas. En fait c'est euh, les questions c'est quand on s'imagine quand on sera médecin généraliste ou au cours de l'internat..... comment on doit le voir en fait ?

**C'est plutôt, actuellement, comment tu vois ces trois notions**

A : D'accord. (Silence soupir) Je passe

*Rires*

**D'accord, si quelqu'un peut l'aider**

D : Se répéter.

**Se répéter.**

D : C'est essentiel. C'est peut être perdre du temps au début mais je pense que ça en fait gagner par la suite

F : ouais, c'est vrai, l'éducation c'est comme il l'a dit, beaucoup de temps que l'on a pas souvent en médecine générale, ça c'est sûr. Et euh le dépistage, euh une surveillance au niveau clinique puis au niveau biologique afin de voir, s'il y a des anomalies donc il faut une surveillance rigoureuse quand même et la prévention, euh, je pense que la prévention ça découle de euh de ce qu'on connaît du patient. Ce qui est important c'est d'avoir tous ces antécédents et le contexte du patient pour savoir s'il fume, s'il est obèse et de là découlera ce qu'on dira pour la prévention.

**D'accord. Est-ce que quelqu'un veut ....**

C : C'est beaucoup informer le patient aussi de ce qu'il sait, parce que dépister s'il ne connaît pas ce qu'on dépiste forcément ... il ne va pas se diriger ou s'intéresser. Euh il y a aussi, euh enfin... c'est les médiatisations aussi le dépistage, il n'y a pas que le médecin généraliste. Souvent les patients y arrivent avec leurs hémoduits par exemple. Tout ce qui est mammo et tout, souvent c'est eux qui viennent avec leur euh ...enfin je sais pas.... Ou leur convocation.

Approbation de D et E

C : Les gens qui travaillent aussi, l'IRSA et tout .... Souvent ils ont aussi... il n'y a pas que le médecin généraliste là dedans mais on peut appuyer en plus, ouais. Et éducation c'est (soupir)... il y a beaucoup d'organismes aussi, je vois pour les diabétiques et tout, y'a ...y'a pleins de choses de mises en place, en association, à l'hôpital, hospi de jour et tout. Donc euh l'importance d'un réseau peut être aussi. Et euh bon, ça

prend du temps mais on peut aussi leur proposer d'aller en hospi de jour ou d'aller voir tel ou tel réseau.

**Et comment tu as été amené à connaître l'existence de ces réseaux, qu'est ce qui ou à quelle occasion tu as été amené à connaître ça ?**

C : Euh pendant le stage en externat par exemple, en médecine interne au Chu de Tours, il y a des hospis de semaine pour les diabétiques par exemple pour tout ce qui concerne la diététique, en même temps on peut en profiter pour leur faire des dépistages euh, pour leur suivi, et leur apprendre à bien manger, bien faire ceci cela. Euh après c'est par les patients aussi..(rire) pour les consultations, le réseau « caramel » par exemple pour les diabétiques à Bourges et pour les médecins généralistes.

**D'accord est ce que d'autres ont des exemples de ressources ou de lieux ou de personnes que vous avez rencontré qui vous ont permis d'avoir plus de connaissances sur ce domaine ?**

E : L'éducation tu veux dire ?

**Des trois domaines**

E : Des trois domaines

B : Je ne sais pas mais en ce qui concerne les réseaux, les groupes de patients ou les associations, on est pas beaucoup informé, enfin moi personnellement je ne connais pas trop le nom des associations auxquelles les patients peuvent s'adresser que ce soit les diabétiques ou les maladies particulières ou les maladies orphelines ou tout autre chose. Oui, on a pas spécialement une liste ou tout autre information. Enfin on en connaît pas plus que le patient qui va regarder sur Internet, savoir ce qui existe quoi !

F : Tout à fait, ouais

**D'accord**

A : C'est vrai que là ce que ça évoque en écoutant, c'est...tout ça en fait c'est une orientation. On oriente le patient, dès qu'on veut l'éduquer, ben il y a un réseau diabétique « vous allez là bas », pour un asthmatique ben il y a l'espace du souffle, « vous allez là bas pour vous faire éduquer »

B : De toute façon on ne peut pas s'approprier non plus nos patients.

A : à 100 % oui oui et puis on a pas le temps, comme je disais au début

B : ben c'est vrai hein

C : Mais par contre s'il a des choses à, je sais pas à approfondir, des questions qu'ils ont encore, parce que très souvent ils y vont mais euh ils ont quand même des interrogations, là ils peuvent venir nous voir

A : Tout à fait

F : Et c'est vrai que pour les réseaux, on est pas, en tout cas moi je ne suis pas très informé. Donc si par exemple aujourd'hui j'étais remplaçant, je ne saurais pas diriger vraiment vers qui je vais diriger le patient. Je serais peut être obligé de prendre l'annuaire ou bien

quelque chose de prendre le premier ...hors souvent les patients quand je vois en cabinet, ils demandent aux médecins « vous pensez qu'ils sont bien, est ce que ... » voilà, en même temps ils veulent qu'on les dirige vers quelque chose sûre, donc on est ...mais c'est vrai que ... L'état de l'internat où je suis, les réseaux d'éducation je ne connais pas

**Donc est ce que tu penses que si je résume, le médecin généraliste en cabinet ne fait pas d'éducation de dépistage et de prévention et c'est forcément un réseau qui prend en charge le patient ?**

A : Je pense que le médecin généraliste va s'occuper des grandes lignes du dépistage, d'éducation etc., mais de façon plus approfondie avec un suivi régulier, ça passera par un réseau.

D : Et puis de toute façon l'éducation et puis tout ça c'est une histoire de répétition quoi, il faut répéter

C : et de pratiques

D : et donc plus y'a d'éléments, si c'est nous, plus le réseau, c'est bien

F : Je pense que l'éducation par le médecin ne sera pas totalement complète, je pense que en fait, pour certaines maladies comme le diabète, je pense qu'il faut quand même un cadre où on va bien lui enseigner tout et après le médecin traitant prend le suivi et puis continue par poursuivre l'éducation et rappeler certaines choses. C'est ce que je pense.

**D'accord.**

C : Mais c'est pas simple, parce que par exemple pour un diagnostic, tout bête, d'asthme, pour leur apprendre à respirer ou aspirer les bouffées, faut aussi avoir le matériel. Y'a des médecins qui ont le matériel, des euh... du placebo, on tourne le truc ça fait clic, on aspire ça fait du bruit, ça veut dire que ça marche bien et y'en a d'autres qui en ont pas et en tant que remplaçants comme tu disais tu ne peux pas te permettre de euh...de leur expliquer bien parce que faut mimer, faut montrer, faut des choses concrètes quand même pour l'éducation, mais si t'as ça au cabinet, ça mange pas de pain, c'est 5 minutes, tac tac tac et euh « Entraînez vous chez vous » ou « revenez la prochaine fois avec » « montrez moi »... enfin je pense, c'est mon avis

**D'accord. Donc quelles sont pour toi les situations qui sont faciles à gérer et les situations qui sont difficiles à gérer ?**

C : euh. Après c'est du cas par cas parce qu'il y a les personnes qui ont plus de mal à comprendre, les personnes par exemple qui parlent pas forcément bien français ou qui comprennent pas forcément bien. Les enfants et les parents, les capacités des parents aussi à comprendre, l'âge des enfants... Enfin, ceux qui acceptent plus au moins leur diagnostic aussi leur maladie. Y'en a qui.. enfin le diabète, ils le laissent de côté des années et des années et il y a un déclic, on ne sait pas pourquoi, ils reviennent et ils font attention à ce qu'ils mangent, ça s'équilibre, l'hémoglobine glyquée est nickel et ils demandent eux même à dire « oui alors et ça, à votre avis » et c'est eux qui euh qui font entre guillemet « le premier pas » pour vouloir être observant, être un peu plus éduqué quoi.

**B est ce que t'as une opinion ?**

B : Heu non. Enfin, j'écoutais C qui a raison sur certains points. Oui euh avec en fait, on est surtout obligé de faire en fonction du patient, s'il est réceptif ou pas, s'il est en demande. C'est souvent quand il est en demande que l'on met plus en place le côté éducatif. C'est vrai heu enfin surtout en médecine générale, j'ai l'impression quand même que c'est assez décourageant, parce que dans les réseaux, bon les gens ils se sont déplacés, donc ils sont là pour écouter les conseils, donc ils les écoutent bien ; chez le médecin généraliste, le médecin généraliste n'arrive pas toujours à passer les informations et des fois il a l'impression d'avoir réussi à passer l'information et puis au final c'est pas du tout appliqué ! C'est très décourageant. Que ce soit pour les diabétiques ou les surpoids, on en parlait tout à l'heure, ou l'obésité, y'a un moment ben euh on perd un peu (rire) espoir et puis on se dit bon ben je vais plutôt passer du temps à faire autre chose que....

D : Moi je pense qu'il ne faut pas attendre que la personne soit demandeuse en fait pour, euh je pense qu'il faut lui ré-expliquer, essayer de lui expliquer au maximum ce qu'on lui fait pourquoi on lui fait, même si c'est clair ça prend du temps, mais euh je pense que plus on explique régulièrement plus heu ...

B : Ouais mais ça c'est de l'information

D : Ouais mais ça va dans l'éducation quand même, parce que si tu euh si t'informe sur les traitements par exemple sur la maladie, les risques et tout ça, quand les gens ils comprennent, ils risquent d'être plus compliants aussi au traitement.... Et pour ce qui est de la prévention et du dépistage, enfin ça je pense que c'est un de nos rôles super important, quoi... c'est surtout nous à mon avis... qui

B : sommes les premiers concernés quoi

D : Mmm

C : Après il y a plusieurs types de prévention, celui qui a pas encore la maladie et celui qui a la maladie et qui veut éviter de ...

B : les complications

C : Ouais, de retomber ouais, de refaire une récurrence et tout .

Je pense qu'il y a un impact différent sur celui qui a connu un infarctus ou un truc comme ça, il sera quand même plus alerte, enfin, peut être plus impliqué, parce que ... ou des personnes qui ont eu dans la famille des infarctus là, là ils seront plus impliqués, enfin je pense

**D'accord. Eventuellement est ce que vous pourriez donner une définition de éducation dépistage et prévention ? ...E?**

E : Education peut être commencer par éducation. Education euh en tout cas pour moi ça passe par euh expliquer au patient sa maladie, qu'il comprenne sa maladie, surtout ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire et quelles sont les conséquences s'il ne suit pas les conseils et les consignes données.

F :mmm

E : Je pense ça passe par là aussi. Après c'est sur c'est difficile d'éduquer, il faut aussi que le médecin soit informé des risques, des conséquences de la maladie aussi. Si il a une information limitée concernant la

maladie, il ne pourra pas donner une information appropriée au patient. Donc ça passe aussi par euh, par le médecin qui s'informe s'il n'est pas au courant. Après dépistage, (sourire) ...euh dé-pis-ta-ge...

#### **Vous pouvez l'aider**

(Rires)

D : détecter une maladie avant qu'elle soit symptomatique quoi en fait

B : pour pouvoir la traiter assez tôt, ouais

E : Ouais pour éviter les complications de cette maladie, simple..

A : C'est de la prévention ou du dépistage ? (rires)

E : C'est pas facile aussi le dépistage... ça dépend ce qu'on dépiste. Moi je prends un exemple simple. J'étais à une réunion à Orléans. Ils veulent faire un réseau comme un peu à Tours ; impliquer les généralistes dans le dépistage du VIH en proposant un test systématique aux patients. Sauf que y'a beaucoup de généralistes qui premièrement ne savent pas trop comment amener la question sans frustrer le patient ou sans avoir l'impression de l'indexer un peu vis-à-vis de ses conduites de vie. Donc déjà y'a beaucoup qui n'adhèrent pas à ce dépistage là, donc je ne vois pas comment quand on n'adhère pas à ce dépistage on peut proposer aux patients ce dépistage là. Donc après pour moi dépister, ça dépend ce qu'on dépiste ; je veux dire y'a des dépistages c'est entrer un peu dans la pratique courante, tout ce qui est mammographie, cancer colorectal, y'a pas trop de souci, mais pour ce qui est un peu plus « tabou » entre guillemet c'est un peu plus difficile. Donc euh je pense que ça dépend de ce qu'on dépiste. En fonction de ce qu'on dépiste je pense que tout n'est pas du ressort du médecin généraliste.

#### **Tu pourrais essayer de définir ces deux formes de dépistage que tu suggères ?**

E : Euh ben dis donc, deux formes de dépistage!...

#### **il me semble que tu dis qu'il y en a un facile et un autre plus difficile, ça regroupe quoi pour toi ?**

E : Ben ça regroupe la culpabilité, enfin ça regroupe l'image que cette maladie a dans la société en fait, ça dépend de ce qu'on a, je veux dire euh quelqu'un qui a un VIH ne sera pas regardé de la même façon que quelqu'un qui a un cancer du sein, donc euh ...

*Silence*

#### **Est-ce que tout le monde est d'accord avec cette définition du dépistage double ? Un le dépistage facile et le dépistage plus difficile ?**

D : Oui enfin je pense que c'est un dépistage qui est aussi difficile ... enfin je ne pense pas que ce soit plus difficile pour un médecin généraliste que pour un autre médecin en fait. Quand c'est des questions qui peuvent être gênantes, mais euh pour...

E : Mais après ça dépend, si tu maîtrises pas la maladie en elle-même, si tu la connais pas c'est difficile d'expliquer au patient pourquoi tu lui dis de faire ça, euh ce dépistage là, hors c'est vrai il n'est pas symptomatique, mais à long terme si toi-même tu sais pas à quoi il s'expose à long terme

C : Après je pense qu'il y a des méthodes, enfin après y'a des gens qui ont plus ou moins de formation qui, par rapport à la communication ont plus ou moins de mal, mais y'a des méthodes pour demander, enfin des

questions ouvertes « vous avez quel âge ? truc truc, qu'est-ce que vous en pensez qu'on fasse des dépistages? ». Faut pas forcément se fixer sur le VIH. Parce que quand tu en parles, ça fait un peu, enfin t'as l'air gêné de lui demander

E : Ben ouais c'était justement ça la question. Parce que est-ce qu'on lui propose comme ça dans le titre d'un bilan systématique en disant « ben tenez puisque je vérifie le cholestérol, je vais vous faire le VIH en même temps » C'est un peu malhonnête vis-à-vis du patient en fait, parce que le but principal c'est de voir, faire sa sérologie et pas de voir s'il a une dyslipidémie ou autre, donc c'était ça le problème de ces médecins là à ce moment donné, de ne pas être honnête vis-à-vis de leur patient

C : Mais je ne pense que ce soit honnête ou malhonnête, tu dis juste que ... enfin c'était dans quel euh...

F : VIH?

E : C'était le réseau VIH

C : Pour des gens qui connaissaient euh ... en particulier

E : Non c'est pour euh ... en fait la question qui se pose, c'est de savoir si on propose un dépistage systématique du VIH

D : à tout le monde

E : voilà, à tout le monde pour éviter qu'il y ait, parce que le stade auquel tu découvres la maladie en général, c'est que t'as déjà des maladies opportunistes donc euh c'est un stade déjà avancé. Donc le but c'était de prendre la maladie vraiment à son début.

C : Parce que t'as des contextes, donc euh j'sais pas, de comportements à risque, où tu peux aussi lors d'une infection, j'sais pas moi, à gonocoque, un truc comme ça, tu peux lui proposer en même temps, ça y a un contexte, mais à côté les petites, je sais pas, les jeunes qui viennent pour leur pilule ou leur renouvellement, tu leur en parles, enfin moi ça ne me gênerait pas, je l'ai déjà fait et ça ne m'a pas gêné de leur en parler

E : Oui oui c'est sur, mais par exemple si tu prends la femme de euh je ne sais pas, de 45 ans et qui est mariée depuis 30 ans, qui a des enfants, quand tu lui proposes de faire le VIH pour elle c'est euh, j'sais pas c'est un peu blessant c'est comme si tu suggérais entre guillemet que elle ou son mari ait fauté quoi

D : Après si ça s'étend à tout le monde, les gens sont au courant que ça se dépiste et donc je pense qu'ils ne seraient pas spécialement choqués

E : Ouais justement c'est ça le problème, c'est que ça a du mal à s'étendre à tout le monde

F : justement, je pense que l'on est au début aussi de ces problèmes de dépistage. C'est encore l'image que les gens ont de cette maladie. Aujourd'hui le dépistage du cancer du sein, de la prostate, ça va c'est rentré dans la mentalité, et je pense que ce dépistage aussi pourra être facile à long terme quand l'information va passer et puis je pense que cette information doit se prendre auprès des autorités publiques et les gens seront plus à l'aise.

#### **Et comment vous feriez si le patient n'était pas d'accord avec ce que vous dites et les conseils que vous lui prodiguez ou euh ?**

D : Au niveau de l'éducation ?

C : ou au niveau de tout là c'est ça ?

A : Faut savoir pourquoi il est pas d'accord, déjà ça... l'information

F : Il n'est pas d'accord il part

*(Rires)*

D : Et qu'il explique et du coup c'est vrai qu'en expliquant on peut se rendre compte qu'il n'a pas compris certaines choses, ou qu'il n'est pas bien au courant des risques qu'il encourt quoi, enfin

B : Et puis après au niveau de la prévention, du dépistage ou de l'éducation on a un devoir d'information de leur passer l'information après c'est quand même eux qui choisissent si on a donné les informations après on peut quand même pas non plus

F : Mais je pense qu'il est utile dans le temps, s'il revient de pouvoir reparler parce que peut être y'a des choses, parce que j'ai vu, pas moi mon médecin, une consultation comme ça où il fallait vacciner la fille avec le Gardasil, mais la mère refuse. Mais elle voulait pas en parler tout de suite des raisons. Donc le médecin a dit que bon y'a pas de soucis, elle a donné une brochure, vous réfléchissez, on en reparlera et vous allez me dire pourquoi. Mais c'est vrai qu'on peut toujours revenir sur ça mais sans trop aussi avoir

C : insister

F : voilà

C : je pense qu'il ne faut pas avoir un rapport de force en fait, faut bien leur faire comprendre que c'est eux qui décident de toute manière.

F : de toute façon oui, c'est eux

C : On est là pour prescrire, les informer et tout, s'ils ne veulent pas tant pis hein

*(Rires)*

B : Le choix revient aux patients

C : Et s'ils veulent réfléchir, ben d'accord, aujourd'hui vous n'avez pas envie par exemple pour la grippe, pour l'H1N1 hein, parce que l'année dernière ceci cela, euh vous êtes malades, vous avez eu la grippe quand vous avez eu le vaccin, ben oui, si on prenait quelques chiffres, on en sort un petit peu, et on leur dit de réfléchir et de voilà, de revoir et que c'est eux qui décident de toute manière. Et toujours appuyer sur le point genre diabétique, pareil risque au mieux de faire de plus complications avec une infection, telle ou telle infection, risque de mortalité et des trucs comme ça, et après ...

**Donc quelle est la place que vous concevez, comment vous concevez la place du patient dans euh la prévention, dépistage et l'éducation ?**

D : De toute façon il faut qu'il soit motivé et adhérent sinon c'est mort, quoi enfin voilà quoi

*(Rires)*

F : Le patient il est roi et maître, de toute façon c'est pas nous qu'allons le changer ... mais comme mon médecin le dit il doit prendre conscience que voilà ... de sa maladie, que c'est lui seul peut se permettre d'agir, nous on propose, on propose les solutions que la médecine nous a apprise et puis maintenant c'est à lui de se prendre en charge. Mais c'est le patient qui décide finalement de tout .... Ou peut être pas !

*(Rires)*

**Et les propositions que tu fais au patient, elles sont**

**stéréotypées ou pas ? qu'est ce que euh tu lui dis ?**

F : Stéréotypées ?

**Est-ce que tu suis euh des choses très simples préétablies où tu dis faut faire tel examen tel examen tel examen, ou est-ce que tu d'adaptes à la situation, au patient, est-ce que c'est important pour toi de prendre en compte le patient ?**

F : Ah d'accord. Pour le moment c'est plutôt stéréotypé. Mais c'est vrai que au fil du temps c'est ... bon actuellement quand je fais les consultations, je n'arrive pas encore à gérer euh les attentes du patient avec ce qu'est en moi, je .. il faut faire ça il faut faire ça il faut faire ça, mais je vois avec mes maîtres de stage, souvent c'est en fonction du patient, en plus eux ils connaissent les patients, nous parfois on connaît pas trop les patients quand on est devant les patients, eux ils connaissent les antécédents du patient, ils savent mieux proposer certaines choses. Mais je euh... en théorie il faut prendre aussi en compte le patient, sa sensibilité, c'est clair,

*(Rires)*

F : je pense quoi

**Est-ce que tout le monde est d'accord ou est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ou tout le monde a la même opinion ?**

C : Je pense que ça dépend aussi du patient y'a en qui ont vraiment besoin d'être assisté et d'avoir un papier avec tac tac tac qu'est-ce qui faut voir, qu'est-ce qu'il faut faire na na na, et y'en a d'autres pas.

*(Rires)*

A : La place du patient reste belle et bien centrale dans sa prise en charge bien sur. Pour répondre à ta question ...protocolaire pour moi...*(rire)*

C : Mais les explications sont adaptables. Par exemple y en a qui ont plus besoin euh de dessin de schéma c'est bête, euh ben... celui qui veut un anti-tussif ????? alors qu'il est tout encombré et tout, ben tu leur dessines un truc : « ben là c'est vos crachats, *(Rires)* si vous toussiez pas ils restent là et après ça va partout » et là ils comprennent

F : c'est vrai c'est vrai

C : En gynéco c'est pareil on dessine « ouais ça fait mal là », c'est des douleurs de ligaments « ouais mais ça fait mal, mais c'est pas ça » et tu dessines un bras, l'utérus avec ses deux bras et là ils comprennent mieux, « Ah d'accord » « c'est pour ça que c'est plus à gauche, plus à droite » et je pense que ça peut aider

F : hum hum

C : Faut adapter

Silence

**Quelqu'un veut rajouter quelque chose ?**

Silence

**Bon. Je reviens sur les définitions l'éducation dépistage, prévention et tout ça. Euh d'où viennent vos connaissances sur le sujet ? A quelle occasion ou quel problème de santé vous avez été confronté qui vous a permis d'avoir des connaissances supplémentaires dans le domaine.**

D : Ben je pense qu'en cours déjà à la base on nous en parle déjà pas mal

B : ouais

D : de plus en plus... Après ben moi personnellement quand j'étais en endocrino ben forcément tout ce qui

est diabète c'est très euh dépistage, éducation, enfin c'est des maladies chroniques, donc forcément voilà ...

B : Oui moi pareil, c'est vrai qu'on en parle de plus en plus dans les cours de l'éducation, prévention, dépistage et puis les stages en pratique, c'est vrai que moi pareil j'ai fais diabéto, puis nutrition, donc j'ai été confronté un peu à l'éducation pour les diabétiques, problèmes de poids sur l'anorexie, l'obésité, et c'est là où on est plus confronté aux patients, à être obligé de leur expliquer, à voir que l'impact n'est pas toujours celui qu'on veut, que le message ne passe pas toujours comme on aimerait qu'il passe et que les patients ne comprennent pas toujours ce qu'on a envie de leur dire. Donc c'est plutôt sur le terrain où on apprend à éduquer, enfin oui, ce qu'est vraiment l'éducation et ...

D : Mais même aux urgences je trouve en fait, on peut faire de la petite éducation, enfin, des choses toutes bêtes comme les traitements antibiotiques. Par exemple les gens qui vont demander « oh oui mais j'ai mal à la gorge, vous ne me mettez pas d'antibiotique ? » enfin quelque chose comme ça

C : il se trouve qu'aux urgences c'est plus simple de leur dire non, ou d'expliquer tac c'est comme ça, qu'au cabinet !

D : oh oui.

**Et et pourquoi ?**

C : Parce qu'ils arrivent « oui ça fait plus de 5 jours que j'ai mal, que je tousse ça va pas » et euh, on les ausculte et tout et à la fin « et c'est tout ? » (*rires*) « vous ne me donnez pas d'antibiotique » alors quand on ne parle pas d'antibiotiques ou quoi que ce soit « mais vous ne me donnez pas d'antibiotiques » et après ils font la moue, « vous êtes sur ? » enfin voilà, ils boudent quoi

Après quand on est remplaçant, c'est nos patients hein

F : Pour répondre à cette question pour moi personnellement, aux urgences là, y'a pas de liens affectifs qui se tient, je sais que je ne vais pas les revoir et même si il a encore mal c'est pas grave, il va pas me revoir. Dans le cabinet il va revenir, il y a quelque chose qui...

(*rires*)

A : Il va se plaindre à ton maître de stage qui ensuite va te.... (*Rires*)

F : parce que tu le connais, de façon si ça ne va pas il va revenir et c'est à toi de trouver une solution, donc

C : Aux urgences ils ont pas le choix ! Ils ne choisissent pas le médecin, ils arrivent, tu dis ça, ils peuvent revenir, ils en verront un autre, pareil quoi, tandis que le cabinet quand même c'est eux qui ont choisi donc euh voilà ils prennent le rendez vous, c'est eux qui décident

F : c'est eux qui décident ouais, c'est plus difficile, c'est vrai

B : puis y'a un impact je pense, l'hôpital a des urgences se déplacer à l'hôpital et ce que le médecin de l'hôpital a dit

F : oui c'est vrai

C : parce que sinon ils viennent au cabinet « oui j'ai pas eu d'antibiotiques et ils n'ont pas été gentils »

B : voilà ça dépend comment ils ont perçu la réception aux urgences. Soit ils ont l'impression que ça été bâclé et là ils retournent voir leur médecin pour avoir enfin

ce qu'ils veulent, soit ils ont eu l'impression que le médecin « Ha » s'est grandement penché sur leur cas et que vraiment leur a dit que ils n'ont pas besoin d'antibiotiques et alors là ils sont convaincus. Mais après quels sont les facteurs qui ont réussi à les convaincre ?

C : Ca ça dépend beaucoup de la patientèle aussi du médecin qui a éduqué son patient. Parce que enfin on tourne aussi avec plusieurs médecins et on voit quand même ceux qui s'aident plus facilement et de l'autre côté ceux qui sont plus informés et qui écoutent pas parce que le médecin dit que c'est ça et que ça sera comme ça, c'est que ben ils comprennent que c'est viral et que s'ils prennent un antibiotique ça ne va pas se calmer et ça dépend du médecin. Donc ça dépend je pense de l'éducation de la patientèle au long, tout au long quoi. En tant que remplaçant on ne peut pas se permettre de faire ça et c'est les habitudes du médecin et on s'adapte. Je pense hein mais euh on voit la différence entre les médecins je trouve

**Donc selon vous, comment se fait-il que certains patients comprennent et d'autres ne comprennent pas ce que vous dites ?**

A : Ca dépend premièrement s'ils sont réceptifs deuxièmement si leur niveau social et éducationnel si je puis dire, le bon berrichon ne va pas forcément comprendre la même chose sans être non plus caricatural, mais ...

**Pas tous (en chuchotant, tout doucement)**

(*Rires*)

A : non mais c'est vrai on s'en rend compte quand on fait des visites à domicile tout de suite « comment ça vous n'avez pas pris votre diabète ? où il est votre carnet, je remplis pas ça sert à rien » (*rires*) voilà, on trouve des choses parfois très aberrantes alors que ce serait autre chose avec une personne qui a passé le bac plus trois et qui est bien au fait de sa maladie, qui a compris ce qu'on a voulu lui faire passer.

D : Après il faut faire attention aux mots qu'on utilise aussi, parce qu'on a vite fait en observant de l'extérieur, après on ne se rend pas vraiment compte que le fait d'utiliser des mots trop compliqués enfin

A : il y a ça aussi de notre part, je suis d'accord

E : même celui qui a un bac plus cinq ou plus huit, s'il n'est pas en médecine tu peux lui parler comme tu parles, je pense qu'il ne comprendrait rien

A : Oui aussi, tout à fait

C : Y'a aussi les caractères. Y'en a qui sont très ... bac plus je ne sais pas combien...

(*Rires*)

C : c'est vrai hein

**Et comment vous gérez ces situations heu ?**

A : on s'adapte

F : tu lui donnes l'antibiotique ou ben...

C : on s'adapte ou pas

(*Rires*)

C : je me suis découverte

(*Rires*)

C : y'en a qui sont bornés, bloqués. On se dit qu'on va pas pouvoir franchir la barrière, on laisse tomber

**Et qu'est-ce qui fait vouloir essayer de te battre ou ne pas te battre pour améliorer sa prise en charge ?**

A : ça dépend si c'est le début de journée ou la fin de

journée, la salle d'attente si elle est pleine ou vide, ensuite ...en fonction de la réceptivité du patient, si on sent qui n'écoute pas, qu'il est à l'ouest, on aura beau y mettre les moyens, c'est tout quoi ... enfin je sais pas... et pour vous ?

F : ouais mais...Je pense qu'il ne faut pas se leurrer quoi, parfois on cède au désir du patient. Tu lui expliques, il ne veut pas comprendre, tu sens que ... c'est vrai c'est ça aussi, c'est en fonction de euh des euh de la personnalité du patient. L'éducation ne peut jamais se faire en 20 minutes, ça c'est une certitude

E : mmm (approbateur)

F : donc euh le patient il vient il veut quelque chose et effectivement ça dépend aussi euh bon c'est un patient que tu connais que tu connais pas, comment, y'a beaucoup de choses, mais ça peut pas se faire en vingt minutes. Au final si toi tu lui expliques et il veut pas comprendre, je sais pas mais, moi j'ai parfois j'essaie de ... je lui donne ce qu'il désire mais on garde tout le temps ... c'est ce qu'un médecin me dit, il faut toujours garder une porte ouverte, c'est pas parce que aujourd'hui il ne veut pas comprendre que demain il ne comprendra pas, donc toi tu as toujours l'occasion de revenir, y'a pas de souci, mais bon parfois on... on lui donne ce qu'il désire.

C : Après t'as le problème des, enfin c'est ... c'est peut être bête mais ce qui me fait peur c'est qu'on découvre de plus en plus que maintenant les gens ils se renseignent, l'histoire c'est bête, mais du médiateur et tout alors que on l'enlève du marché et ils vont voir autre chose à la pharmacie en vente libre, euh en faisant n'importe quoi, sans demander au médecin et après ils viennent parce qu'ils ont j'sais pas quoi, une cellulite et ... y'a ce gros, enfin, cette ambivalence du patient et à côté toi qui lui dis, t'as lu te reco ???, attention les effets secondaires, t'as lu ceci cela, le fait de céder tu te risques quand même parce que c'est toi qui signe, s'il a un truc il va revenir et il va jamais dire « c'est moi qui vous l'ai demandé, c'est vous qui me l'avez donné » et ça ça me fait pas mal peur en fait

F : c'est vrai mais

D : Ça dépend pourquoi tu cèdes quoi

C : Ouais, c'est vrai que pour un antibiotique

F : Ouais c'est vrai que ça dépend du médicament effectivement

*Rires*

C : Regarde un exemple, c'est peut être bête mais y'a la nénette de 45 ans qui fume un demi paquet et qui vient pour sa contraception, tu lui dis ben euh, qui est hypertendu hein et un peu obèse, tu lui dis quoi ? « y faudrait changer ... » « oh non j'ai pas envie » bon d'accord tu signes. Le lendemain elle fait un AVC, euh euh t'as un peu ...

F : Non effectivement je pense, c'est vrai t'as raison de soulever ça. Il faut toujours quand même garder la balance bénéfices-risques..... je parlais surtout dans le cas souvent en pédiatrie bon les femmes qui amènent les enfants et veulent des antibiotiques parfois on est le vendredi, bon voilà, parfois tu cèdes. Mais effectivement pour des cas un peu plus, y'a des choses qu'on peut pas se permettre de faire, ça c'est sur

C : ça c'est pas simple

F : et ça ...

**Oui mais si la patiente le veut absolument, comment tu gères ?**

F : Comment tu gères ?

C : Moi je mets sur l'ordonnance soit « arrêtez de fumer » soit je ne prescris pas

F : moi je lui prescris pas

A : « je ne vous prescris rien »

**Comment vous gérez cette situation difficile ?**

D : Ben j'sais pas, en lui expliquant que j'sais pas y'a pas moyen !

*pires*

D : Ben pour nous c'est dangereux, et on lui explique que voilà, qu'elle peut faire ça ça et ça, qu'on lui prescrira pas et puis c'est tout

B : Je pense déjà que le fait de ne pas prescrire enfin elle comprend que c'est quand même, que ça peut être dangereux, enfin qu'on veut pas se mouiller tellement c'est grave, enfin je pense ... Mais moi j'ai jamais eu cette situation là (*pires*)

F : Moi aussi j'ai pas eu cette situation

A : Pour celles qui le voient comme ça à la rigueur, mais y'en a d'autres qui sont frustrées parce qu'elles ont pas eu leur médoc

C : Ben qu'elles aillent voir quelqu'un d'autre hein

A : Ouais ben voilà, et je suis sur qu'elles l'auront

C : Après c'est son problème, tu ne peux pas non plus ... c'est ça le problème – elle est un peu frustrée

F : Je pense qu'il ne faut pas prescrire, mais bon comment gérer je ne sais pas

B : Ouais parce qu'il y a de grandes chances que six mois avant c'est toi qui lui avais prescrit la pilule, alors donc tout d'un coup plus de ....

Souvent ça se fait pas du jour au lendemain, elle prend de l'âge, elle prend du poids, elle se mets à avoir de l'hypertension et tout d'un coup on lui dit « ben maintenant elle fume » et c'est plus possible

C : Mais je pense déjà elle prend de l'âge et c'est toi qui renouvelle donc normalement tous les six mois, tu ne renouvelles pas que la pilule

B : elle a que six mois de plus !

A : Tu renouvelles un bilan pour voir si le cholestérol a pas bougé....

C : Elle vient pas, tu vas pas lui faire juste un, enfin y'en a qui le font mais quand t'as le temps mais si elles viennent juste le motif c'est juste renouvellement de pilule, tu lui parles quand même de quelques trucs, tu lui fais un examen gynéco, j'sais pas moi, comment ça se passe, bouffées de chaleur ou pas enfin ... je pense que c'est un moyen de prévention aussi, enfin..., mais les renouvellements de traitement c'est hyper rapide si on veut hein. On prend la tension et pouf et tac tac copier coller et c'est fini et je pense que t'en fais ce que tu veux. Et je pense que s'ils viennent juste pour le renouvellement, ben c'est notre gagne pain mais à côté renouvellement = prévention ou pareil tu répètes, t'as le temps ou on prend le temps mais on prend un quart d'heure pour parler que de ça

**Donc pour toi dans ton activité de soins, c'est comme ça que tu penses intégrer euh la prévention dans ton activité future ?**

C : Pour le gain de temps (*pires*), mais ouais pourquoi pas ouais

**Tout le monde est d'accord ?**

D : Ouais je pense que c'est une bonne idée  
A : C'est-à-dire qu'à la première consultation pour un diabète, on donne les grandes lignes et à chaque fois qu'il reconsulte pour l'hémoglobine glyquée etc ben on en remet une couche ou on explique une autre facette du diabète enfin on étaie par derrière  
C : Je pense qu'ils doivent être acteur aussi genre ils ramènent l'hémoglobine glyquée, « qu'est ce que vous en pensez ? »  
A : mmm (approbateur)  
C : j'sais pas ben hop là (rires) et s'il dit « ben c'est bien c'est équilibré ces trois derniers mois », nanani nanana ben ça veut dire qu'il a compris ben on peut passer à autre chose  
B : Ouais parce que la plupart des patients ne savent même pas où ils en sont de l'hémoglobine glyquée  
C : Tout simplement avec une phrase « vous en pensez quoi ? » « j'sais pas ce que ça veut dire » tu expliques juste que c'est un équilibre en plus y'a des tableaux, enfin des graphiques là, pour ces trois derniers mois, ben c'est que votre sucre il est bien parce que vous avez bien mangé, vous avez bien suivi votre alimentation nanana et heu voilà c'est bien  
**Est-ce que les gens ont quelque chose à rajouter ?**  
E : non  
**D'accord**  
**Est-ce que vous avez déjà mis en place des consultations**  
**Avez-vous déjà fait des consultations concernant l'éducation dépistage soit exclusivement soit partiellement sur ce sujet là avec les patients ?**  
Chuchotement « déjà fait des consultations... » « puff »  
A : De ce que j'en ai vu la plupart du temps ça s'inscrivait dans un renouvellement d'ordonnance et puis la dedans « Ah, vous avez 50 ans, vous avez entendu parler des PSA de la prostate, qu'est ce que vous en pensez ? on fait une PSA pour voir ? » c'était dans la continuité d'une consultation,  
E : mmm (approbatif)  
A : c'est comme ça que ça se passait la plupart du temps pour le dépistage  
**D'accord**  
**Et pour l'éducation ?**  
A : soupir  
**la prévention ? Tu as vu des différences ou ...**  
A : y a jamais eu de consultations spécialement pour ça, c'était toujours dans la continuité d'une consultation  
C : Ou à la fin de la consult « Ah tiens j'ai reçu ça ! » (rires)  
A : ouais entre autre (sourire)... ouais surtout!  
F : J'ai jamais eu moi aussi de consultation dédiée à l'éducation ou au dépistage, ou la prévention, c'est toujours dans le cadre de renouvellement ou...  
D : Mais je crois pas que les gens viendraient spontanément non plus pour se dire « ben euh je viens pour avoir des infos euh ... »  
E : ouais  
F : On peut leur donner rendez vous  
C : On peut leur proposer quand on a pas le temps  
F : C'est-à-dire qu'on peut leur proposer un rendez vous spécifiquement pour leur expliquer une éducation  
A : Est-ce que ça se fait ?

F : Je n'ai pas encore vu mais en même temps j'y suis que depuis trois mois  
C : Dans ce cas là souvent tu les envoies dans des réseaux, des infirmières spécialisées  
**A votre avis, c'est une bonne question. A votre avis est ce que ça se fait ?**  
A : Souvent, enfin euh, la seule consultation de dépistage que j'ai vu c'était une patiente qui arrivait « bonjour je viens pour que vous me parliez du cancer du sein car j'ai ma, mon arrière petite nièce qui a fait un cancer du sein et j'aimerais bien que vous m'en parliez ». C'était la rare consultation que j'ai eu sur le dépistage. Bon c'était le patient qui venait pour qu'on lui en parle  
C : Moi aussi j'ai eu, enfin ceux qui ont reçu ben toujours,  
F : la sécu  
C : Ouais et euh hémocult, mammo, frottis viennent pour ça. Ils peuvent venir juste pour ça, ouais c'est eux, on leur propose pas, c'est vrai  
A : En même temps comment on pourrait faire autrement, c'est-à-dire leur téléphoner « oui bonjour vous venez pour une consultation, vous avez 50 ans, les PSA faudrait les faire » comment ...  
F : Lors du renouvellement on peut donner un rendez vous pour ça, spécifiquement ouais je pense  
A : ouais d'accord  
B : Mais est ce que les patients sont prêts à revenir pour l'éducation, si on leur dit « revenez nous voir, faut que je vous explique un petit peu le diabète » je ne sais pas si  
A : A mon avis pour eux ça ne sera pas un motif valable  
E : ça leur paraîtrait bizarre  
D : Payer une consultation c'est bête, pour euh juste de l'information  
E : C'est possible pour vous ça ?  
D : Ben je pense que ça ne les motiverait pas les patients  
C : Dans la mentalité peut être pas  
B : C'est possible de le faire pour nous mais est-ce que les patients prendraient rendez vous pour être informés sur leur diabète ou sur leur maladie ?  
E : Ca c'est une question ouais  
C : Venir que pour ça ? Venir pour arrêter de fumer, arrêter de boire et tout, on peut les re-convoquer et là c'est eux qui demandent, là ils veulent parce qu'ils sont motivés, ils veulent c'est un grand pas  
D : C'est une demande de autre part ...  
E : C'est une demande d'information, ouais je sais pas, je pense pas , enfin!...  
C : On peut toujours essayer  
B : A moins que ce soit une demande de leur part  
A : Oui voilà  
F : « Vous allez revenir pour qu'on discute un peu du tabac », il ne va pas venir s'il n'est pas motivé, je crois pas.  
C : S'il est pas motivé ouais  
F : Mais bon « revenir pour qu'on discute » oh j'sais pas, c'est vrai que c'est pas évident  
D : Discuter d'une maladie chronique si elle est stable, je pense que la personne elle va pas ...  
F : revenir aussi

B : on est obligé d'introduire dans la consultation du moment sinon... enfin je pense que quand on a envie de passer une information y faut ...

D : pas différer,

B : ouais, sinon c'est pas sur que ...

A : Sauf si on a la chance qu'il soit hypocondriaque aussi, mais sinon..

(Rires)

B : On sait qu'on le voit la semaine prochaine (rises)

A : ouais, voilà, sinon je ne crois pas

**Et donc justement vous parlez de patients atteints de maladie chronique, comment concevez vous la place du médecin dans la relation avec un patient atteint d'une maladie chronique ?**

D : Ben je pense que c'est super important, parce que y'a certaines maladies qui font appel à différentes spécialités et je pense que le médecin généraliste est vraiment le lien entre tout, quoi

A : mmm (approbatif)

D : enfin voilà. Et parfois ils osent peut être pas poser autant de questions aux spécialistes qu'aux médecins généralistes. Pas forcément les mêmes questions en tout cas.

Silence

C : C'est important c'est vrai...C'est rigolo parce qu'ils ont vraiment confiance en les médecins généralistes et même si ils viennent sans pour autant avoir quoi que ce soit en fait comme symptôme ou comme motif, ils viennent « oui bon j'ai vu l'orthopédiste de Tours, il m'a dit de faire ça ça ça, vous en pensez quoi docteur ?

F : ouais c'est vrai

C : ou « j'ai fais ça je voulais juste vous tenir au courant, tenez, voilà les documents, j'ai fais une photocopie pour vous » je pense qu'ils ont besoin d'un repère...et le médecin généraliste c'est important

F : non tout à fait c'est vrai

A : Pour moi la place du médecin généraliste dans les pathologies chroniques c'est de surveiller la pathologie, enfin entre guillemets "regarder si elle est bien toujours stable" et dès qu'il y a un soucis,

B : une alarme ouais

A : (sifflement) le ré-orienter vers un spécialiste. Pour moi c'est ça le rôle d'un médecin généraliste, c'est de surveiller. Naturellement, si le patient arrive à surveiller aussi c'est pas plus mal.

E : Hum et soutenir aussi

A : oui oui

E : ça leur permet d'avoir un point de repère

B : par exemple les diabétiques de réunir les informations du cardiologue, de l'ophtalmo

D : c'est un centre un peu, un point central

**Donc pour vous le médecin il doit avoir quelle compétence dans le cadre de ce suivi, qu'est ce qu'il doit savoir faire, quoi ?**

F : Moi je me suis posée la question une fois

(rises de l'assemblée)

F : parce que j'ai vu mon maître de stage en fait qui allait faire des visites au domicile des patients qui ne devaient pas sortir qui devaient avoir un carcinome ou cholangiocarcinome et un autre qui devait avoir une maladie un peu bizarre, en fait le patient l'appelle y'a un qui devait avoir, je ne sais même plus ce qu'il avait, on devait le greffer pour quelque chose de musculaire,

le patient l'appelle pour lui demander ce qu'il en pense, si une nouvelle technique n'a jamais été mise en place et qui a été seulement réalisé en Israël et le patient doit aller en Grèce parce que en France c'est interdit et il demande au médecin ce qu'il en pense. Alors moi si on me demande je ne sais même pas ce que c'est que cette technique, donc quelque part j'ai l'impression que le médecin il doit quand même connaître un peu les techniques thérapeutiques, pas seulement les rares, mais parce que je vois beaucoup de patients l'appellent pour lui dire « ben comment ça se fait ça, est-ce que c'est dangereux tout ça ? » donc en gros il doit comme même savoir au minimum comment certaines techniques thérapeutiques se déroulent, ça je pense jusqu'au niveau de la thérapeutique, donc avant il sait les connaissances pour pouvoir expliquer aux patients, parce que le patient quand on lui envoie une convocation pour aller lui subir une intervention, il vient toujours chez son médecin et lui dit que « qu'est ce que vous en pensez ? est ce que c'est dangereux ? est ce que j'ai le droit, je peux aller le faire ? »

C : ouais, je pense que c'est impossible

B : Ouais mais dans ces cas là, il faut que le médecin sache dire, je ne sais pas, je vais me renseigner. Je pense que c'est une des compétences du médecin de savoir dire « je n'en sais pas plus parce que c'est pas une technique très répandue, si vous voulez je me renseigne, parce qu'ils savent que le médecin lit les informations médicales différemment d'eux. Si eux ils regardent sur Internet, ils ne pourront pas trier les informations comme leur médecin. Donc je pense que la seule solution c'est d'être obligé de le dire... et les patients en général l'entendent bien ça, que leur médecin ne peut pas non plus tout savoir. Enfin je pense que c'est quand même plus prudent de répondre « je ne sais pas » plutôt que ....

F : oui surtout que s'il faut tout savoir quand même c'est un peu

B : et puis le patient a un peu plus confiance

A : en même temps tu parles de pathologie qui est quand même lourde, qu'il y a un pronostic vital à côté qui est très mauvais, euh moi je lui dirais « c'est l'opération de la dernière chance » après ça dépend de ce qu'attend le patient (rises) ou pas .... Bon si elle est pas proposée en France déjà et que les autorités ils n'ont pas dit OK hein ....

C : sachant que ta parole a un poids énorme

A : Après faut voir l'attente, l'attente du patient qui est derrière

F : c'est-à-dire, à partir de ce que le médecin allait dire, est ce qu'il ferait cette opération ou pas ? j'ai trouvé que c'était lourd quand même

A : Ah c'est très lourd, je suis d'accord

**Qu'est-ce qui était lourd ?**

A : la décision

F : Ce que tu dois dire au patient ; c'est-à-dire de ce que tu diras lui va décider s'il va aller ou pas donc le patient va demander « qu'est ce que vous en pensez ? » mais derrière ça il voulait savoir si le médecin l'autorisait à aller faire cette opération ou pas.

**Et toi si ça t'arrive, comment tu gèrerais cette situation ?**

F : je me suis posée la question

### Et alors ta réponse ?

F : ... *silencieux pensif*

A : tu restes dans le vague, tu te renseignes ?

F : Non mais honnêtement dans ce cas précis, je dirais au patient euh parce que je connaissais pas la technique il faudrait que je me renseigne. Je vais lui expliquer comme j'ai dit, je ne connais pas cette technique il faut que je me renseigne et je vous répondrai après ce que j'en pense

D : Eventuellement voir avec un autre avis de spécialiste sur la question

F : Ouais je vais lui dire ça aussi

### B tu voulais dire quelque chose ?

B : Oui moi je ne sais pas si je répondrais ce que j'en pense, je répondrais sur ce que j'ai trouvé parce que après c'est vrai que euh enfin à moins que je me sois vraiment fait une opinion et que euh ce soit tranché mais euh c'est une technique que vraiment je ne connais pas et qu'en plus y'a sûrement des gens qui sont pour de gens qui sont contre, je suis sûr qu'on trouvera de tout, réussir à donner son opinion à la fin je sais pas, surtout si le patient compte beaucoup sur notre opinion en prenant sa décision, euh...

F : c'est vrai, c'est compliqué

B : situation complexe

F : je me renseignerai et puis après je lui dirai... enfin je ne sais pas... vous en pensez quoi vous ?

C : Moi je pense si je sais pas, surtout un impact aussi conséquent, je pense que euh en plus on est pas spécialiste, déjà des spécialistes qui sont d'accord ou pas d'accord, nous en tant que généraliste chacun son domaine quoi, je pense que euh je leur dirais que je sais pas « si vous voulez je peux me renseigner, je peux voir ce que je peux trouver, je peux vous donner des documents, voir sur internet, regarder sur internet de votre côté ». Sinon on peut voir un autre spécialiste, je lui proposerais peut être un autre spécialiste s'il a envie, et euh, pas pour multiplier les médecins chez qui il va, mais pour avoir un autre avis, s'il me le demande, mais je ne me mouillerais pas (*rires*), dans le sens où voilà, après même avec des reco tu peux te permettre, oui des reco c'est comme ça tu peux te permettre mais euh mais s'il n'y a pas de reco encore et tout ça tu peux .... la seule chose ouais, enfin moi je lui proposerais heu... ça

A : Dans ce cas là, je suppose qu'on a déjà dû lui proposer, on a déjà dû lui dire qu'en France y'a pas de solution thérapeutique à lui proposer, comme c'est le cas, et donc lui ce qu'il veut c'est un traitement de la dernière chance, et admettons que ce soit ce traitement là, qu'est ce qu'on dit ? en tout les cas il y passe

F : Ouais quelque part aussi y'a ça aussi

A : sans même connaître la technique, bon sauf si c'est une transplantation ..... et qu'on le découpe en deux, bon d'accord mais...

C : ouais mais s'il te dit « je vais en Chine, y'a un vaudou qui va danser autour de moi » traitement de la dernière chance y a pas donner

A : si son pronostic vital est de 2 semaines, je dirais « c'est sympa la Chine »

C : ouais voilà, faut pas donner de faux espoirs non

A : faux espoirs, il en cherche

C : non, il demande ton avis, il en cherche pas

A : oui il demande si ça va lui sauver la vie ou pas

C : mais non tu peux pas le savoir ça

A : mais même sur une appendoc, il peut faire un choc anaphylactique et y crever donc

C : ouais c'est ça, y'a certains d'un côté qui meurent d'un choc septique et disent pas que « ben docteur c'est vous qui m'avez dit que »

A : à partir de ce moment là, on donne plus d'avis donc euh

**Donc comment vous faites pour gérer les représentations des patients si ils croient aux vaudous, comment tu fais pour gérer la part vaudous**

A : je change de patient! (*rire*)

**....voilà comment vous gérez les représentations et les croyances des patients, comment vous faites vous, est-ce que vous en tenez compte, est-ce que heu ?**

D : Moi je pense que les deux ne sont pas incompatibles, hein. Laisser place à ça et puis en même temps, ben faut faire les deux. D'ailleurs en général, enfin les personnes qui vont voir des penseurs ou des choses comme ça, elles viennent aussi voir le médecin. Donc c'est qu'elles pensent que les deux sont pas incompatibles.

C : Des fois aussi elles demandent même si « à votre avis si je vais voir ceci cela » tu peux leur dire aussi, bon ce que j'en dis c'est, « ben essayez » « si ça vous améliore tant mieux »

B : oui voilà, y'a pas de risque médical, vaut mieux essayer d'agir avec, enfin à faire en complément, à moins qu'on estime que ça soit pas bon, enfin médicalement, qu'il y ait des risques, par exemple, des manipulations sur la colonne par quelqu'un qu'on estime pas compétent, bon ....

A : dans ce sens là je suis d'accord, mais dans l'autre sens en fait, si la religion elle nous empêche de faire des choses sur le patient, où là c'est plus difficile

D : la femme qui ne veut pas se déshabiller parce que t'es un garçon par exemple ?

A : pff oui

C : non mais c'est un exemple, mais c'est fréquent hein...

A : Oui oui, tout à fait, ouah je pensais à plus concret

B : Témoin de Jéhovah et si t'es enceinte

A : Voilà exactement,

C : Comment ?

A : si t'es enceinte

D : si t'es au cabinet, elle ne vient pas te voir

E : ouais c'est en consult de gynéco, aux urgences et des trucs comme ça

A : non mais je pensais justement à, une fois aux urgences j'ai eu un témoin de Jéhovah qui faisait une dissection aortique, il fallait savoir « on la transfuse ou pas »

D : hmm (interrogatif)

C : j'ai un RSCA dessus si tu veux

A : ben j'en ai fait un

C : toi aussi

A : ouais ben ouais!

C : bon on se l'échangera

A : ça marche. Et voilà, ben je ne savais pas comment gérer ... car je lui ai dit « bon ben vous allez avoir une

opération chirurgicale, vous risquez d'être opéré, on va vous transfuser du sang .....

(imite le visage déconfit du patient à l'annonce)

D : ya des chances

A : ah... qu'est ce que je dis ?

*Rires*

A : est ce que je vais me faire taper par le chirurgien cardiologue après parce que je lui aurais dis, donc je dis « on verra en fonction »... (soupir)

C : ouais c'est pas simple hein

**Donc dans la pratique de médecine générale, est-ce que c'est important pour toi de tenir compte de ce genre de facteur ou pas ?**

A : (soupir) c'est une bonne question. Ca dépend du cas, ça dépend des pathologies, ça dépend du pourquoi, enfin, c'est difficile, j'arrive même pas à me prononcer sur la réponse

D : Ben après on peut se dire que chacun est libre et adulte et est capable de prendre ces décisions pour soit même. Là où c'est plus embêtant je trouve, c'est quand c'est les enfants, quoi, parce que ils décident pas pour eux et et voilà. Des fois y'a des parents qui décident quelque chose et on est pas trop d'accord

C : Après dans ce cas là t'as des lois et tout et ... enfin je me rattache à ça parce que ça me marque tellement que

D : mais c'est plus

C : Quand c'est des mineures ou des adultes, des majeurs incapables et tout ben t'hésites pas t'appelles le procureur et voilà

D : Oui mais quand c'est des grosses choses, mais quand c'est des choses plus légères

C : c'est pas évident, c'est sûr

D : (soupir) t'es pas trop d'accord avec la manière de faire

C : c'est ça en fait ce positionnement, t'es frustrée parce que t'es là, ils te demandent, ils ont besoin donc, t'es là pour j'sais pas mettre un traitement ou pour les aider et à côté ils t'imposent « ça oui mais non » « ça non, ça non » mais par contre le reste d'accord, mais euh qu'est-ce qu'on peut faire. Là en plus si tu prescrites un traitement si ça se trouve il va même pas le prendre, tu vois.

B : ben oui

C : Mais tu l'as fais ! et après tu vas chez le pharmacien, parce que hier j'étais chez le pharmacien pendant une journée et en fin de compte ben ils font tout à fait le contraire ou ils écoutent pas du tout, ils disent tout le contraire de toi, tu fais j'sais pas genre « différer les antibiotiques pour ne pas qu'ils reviennent par exemple ». Les enfants qui viennent et qui ont de la fièvre depuis j'sais pas moi, la veille, tu leur dis « c'est viral, mais si ça dure dans 2 – 3 jours, faut peut être revenir, na na na ou quand il n'y a pas de places, ben faut prendre des antibiotiques » donc après négociation, après la négociation et tout, OK on donne les antibiotiques sur une feuille, sur une ordonnance à part et leur dire « si dans trois jours ça s'améliore pas, on le marque bien, moi je le marque en plus je suis toute contente, je le marque noir sur blanc sur l'ordonnance, ils vont chez le pharmacien, le pharmacien leur donne l'antibiotique en même temps et ils le commencent dès le soir même quoi . A quoi ça

sert, ben tout effacer, tu t'embêtes à bien tout leur expliquer tac tac tac, 5 minutes plus tard, tout est effacé chez le pharmacien parce que le pharmacien « ok vous voulez ça oui, bon, vous avez raison, moi aussi j'ai plein d'enfants, j'suis jamais aller voir le médecin, je leur ai donné plein d'antibiotiques, ils vont bien » ben oui mais non.(*rires*) Eh ça t'efface tout, t'es ... c'est un peu désespérant, faut pas lâcher, mais euh c'est hyper désespérant parce que t'as l'effet du pharmacien, de la télé, du voisin, de la grand-mère,

B : on pense pas assez à l'effet pharmacie ...

C : c'est affreux quoi, c'est un peu ....pfou, Désespérant !

**Tu peux développer tous ces aspects là, la pharmacienne, j'sais pas c'est intéressant, si si**

C : (*rires*) Non ça fait partie du, enfin je pense, du cursus du patient. Il est mal, il vient où là la mère l'amène, bon déjà la grand-mère qui dit « oh non donne lui ça, plutôt ça, tiens il reste des trucs dans la pharmacie, essaies ça », bon, des fois ils viennent directement chez le médecin, des fois ils vont directement chez le pharmacien avant, ils prennent anti-tussif, na na na, ils reviennent, y'a quand même des préparateurs et des pharmaciens qui disent « oui mais ça dure depuis combien de temps, faudrait aller voir le médecin » d'accord, donc ils repartent ils vont voir le médecin, donc y'a plusieurs chemins, et après ils vont voir leur médecin, le médecin qui se tue, qui des fois prend une demi heure pour leur expliquer « mais non pas d'antibiotiques » bon d'accord ou sinon « antibiotiques mais seulement si\_ » on essaie d'expliquer, et après ils repartent « oh oui oui on va vous donner ça maintenant, je pense que de toute manière les antibiotiques c'est bien » et euh ça fausse tout, enfin c'est vrai que ...

F : Mais je comprends pas c'est-à-dire que quand le patient est parti à la pharmacie, le patient a dit que le médecin a dit de lui donner tout de suite ou ...

C : Soit, non soit il dit rien il donne les deux, donc il diffère pas alors que enfin bon si tu vas écrire quand même si dans, en plus je m'applique quoi (*rires*) je m'applique à faire une deuxième ordonnance pour bien expliquer soit il donne en même temps, soit le pharmacien « oui ben si vous voulez je vous donne tout de suite, ça vous évite de revenir une prochaine fois » c'est quand même la chose qui a été dite

A : T'es sûre qu'ils disent ça les pharmaciens car pour eux ça leur fait deux cotations donc normalement ça fait monter leur chiffre d'affaires s'ils reviennent deux fois au lieu qu'ils donnent tout une fois

D : Ben j'sais pas, alors du coup y'a deux ordonnances j'sais pas

C : Du coup hier je suis allée en pharmacie une journée, en face du médecin chez qui je suis, j'ai discuté enfin, un peu innocemment « oui alors comment ça se passe et tout », « oh oui mais moi tu sais faut pas, faut pas te leurrer hein, ils prennent les antibiotiques tout de suite hein on leur donne tout de suite attends »

(départ de E qui doit aller prendre le train silence, les autres la regardent partir)

silence

**Et donc les autres vous avez identifié des, d'autres**

**facteurs qui peuvent influencer comme ça, vos actions de dépistage, prévention qui vous mettent en difficulté, puisque là finalement c'est une difficulté heu**

D : Ben après c'est tout le libre accès à l'emploi internet à tire larigot,

F : ouais internet

D : heu y'a des infos à droite à gauche et on sait pas si elles sont bonnes ou pas

A : l'article de Wikipédia sur .... Vous en pensez quoi ?

C : Vulgaris – vulgaris.com

A : voilà ...et là

F : Non moi j'ai pas identifié d'autres choses, je suis pas trop sortie du cabinet moi, ni à la pharmacie d'en face- (*rires*) non je sais pas

B : Internet et puis l'entourage, les voisines les familles, ça euh...

A : c'est vrai que c'est pas évident de savoir où est-ce qu'on se situe dans leur cursus comme elle disait, dans leur maladie. Est-ce qu'on se situe soins primaires si je puis dire ou en soins tertiaires ... alors (*rires*) ... sans passer par la grand-mère etc.

*Silence*

**Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter sur l'éducation, la prévention le dépistage ?**

*Silence*

B : non moi je ne vois pas

C : Est-ce qu'il y a des FMC ou des séminaires ou des trucs comme ça pour apprendre, parce que tout le monde ne peut pas et on connaît pas tous comment faire c'est comme les entretiens motivationnels ou des trucs comme ça, des petites tactiques pour nous aider à ....

A : des FMC sur la communication patient malade sur ouais

C : peut être, ouais hum hum

A : ça doit exister. Comment se renseigner et où les trouver ? bonne question

**Justement quel besoin vous auriez en formation et quelles formations vous avez déjà faites peut être sur le sujet ?**

A : aucune

C : J'ai juste fais une formation de deux jours sur le sevrage tabagique, mais y'a aussi cette approche de comment plutôt parler, enfin comme on a dit toute à l'heure, des questions ouvertes parce que j'ai un médecin généraliste qui est addicto aussi, du coup elle est à fond donc elle me fait m'exercer, mais euh la question ouverte et question fermée, et c'est vrai qu'on voit vraiment la différence euh de réponse de chaque patient, selon le caractère, toujours pareil, y'a toujours le contexte, caractère et tout, rien que la question, la question « vous venez pour autre chose ? » non oui, souvent ils sont gênés, et à la fin « qu'est ce qui vous amène d'autre ? » alors dans ce cas là « oui alors na na na j'ai fais ma liste », alors euh « vous avez d'autres question ou vous en avez pas d'autres ? » alors hop ils sont là « oui heu »

F : à oui d'accord

C : enfin je pense que cette approche peut jouer, pas être obsédé pas faire que ça parce que on est pas à l'aise, enfin on a quand même besoin d'une vrai

relation entre humains, mais d'avoir quelque euh ...

A : mais pouvoir placer la phrase au bon moment de la consult

C : ouais voilà je pense

A : pour dire est-ce qu'il y a d'autres choses ou pas

D : savoir comment la formuler

C : ouais je pense que ça peut être mais euh, pas être à fond faire que de ça mais euh parce qu'on reste quand même médecin donc je pense que voilà. on parle beaucoup de négociation mais euh à partir du moment qu'un patient vient on fait une prescription aussi, on aimerait bien qu'il la suive quand même et on ne peut pas tout négocier « et si je vous donne ça, et si je vous donne ça » mais euh vraiment pour ces trucs là que c'est, c'est intéressant

A : il me semble en fait que ce qui nous manque, c'est une formation pour pouvoir faire passer ce cette éducation, cette prévention ce message, comment y arriver pour que le patient l'accepte plus facilement

D : et après sous quelle forme ? enfin c'est pas évident une formation sur ça je trouve

B : des petits groupes, des ateliers pratiques

A : après des postures, y'a comment leur poser la question « c'est quand que vous avez bu pour la dernière fois ? » au lieu de dire « est ce que vous avez bu pendant la grossesse ? » ça permet de contourner un petit peu le tabou « ah oui j'ai bu y'a une semaine » ah elle a bien pensé grossesse mais ... pour pas culpabiliser après, tu vois, il y a plusieurs façon

D : pas donner de jugement des trucs comme ça

A : voilà et justement, en fonction de la question les gens voient tout de suite « il va me juger sur ... » au lieu de « il veut savoir ça pourquoi pas »

F : et nos maîtres de stage peuvent nous apprendre ça non ?

A : rire

F : bien sur s'ils sont formés pour ça

C : s'ils se sentent à l'aise, oui c'est vrai

F : oui effectivement, tous ne sont pas à l'aise. Je pense que le meilleur moyen de ... c'est quand même d'être sur le terrain tu vois. Mais je vois mes médecins

C : c'est en pratiquant qu'on s'améliore

F : ouais mais avoir des bases par contre

C : parce qu'à la formation tu vois on était en petit groupe, en groupe de deux, on disait « qu'est ce que tu en penses ? qu'est ce que tu voudrais changer ? » mais euh « est ce que ? qu'est ce que tu en penses ? » tu vois, ça relance, alors du coup ils sont plein d'entrain, ils sont contents qu'on s'intéresse à eux

F : ouais c'est vrai

C : après c'est vrai que c'est dur sur le moment et t'es sérieux avec le patient, mais il faut avoir des bases quoi

F : En fait c'est parce que j'ai peur que ça soit en cours comme les cours sur la communication qu'on a en amphithéâtre à Tours, y'a aucun intérêt en fait. Si les formations si elles sont comme ça

C : non c'est vrai, les séminaires « relation patient-malade » y'a des médecins qui disent mais c'est pas concret quoi

F : c'est pas concret, donc c'est ça maintenant je sais que j'apprends plus mais c'est vrai que tu sens qu'il te manque des bases, donc c'est un peu comme si tu apprenais sur le tas. Mais c'est vrai que si vraiment il y

a de vraies bases on voit et c'est bien de l'apprendre et de le mettre en pratique. C'est vrai que c'est intéressant les questions ouvertes, les patients qui viennent comme ça et à former une petite question, elle commence à débiller, « pa pa pa » « ah ouais y'avait tout ça derrière » (*rires*)

C : ouais ça change

**Y'a d'autres ressources que vous avez consultées éventuellement ?**

*Silence*

**en dehors de la FMC ;**

D : ouais bien sur

**Les séminaires ?**

*silence*

E : J'sais pas oui les recommandations par exemple là pour les diabétiques j'avais fait quand même quelques recherches sur les recommandations et j'avais vu pour la nutrition chez le diabétique, le régime, donc là je m'étais adressé aux diététiciennes du service à ce moment là et c'est vrai que je m'étais renseigné sur quelques notions pour après pouvoir répondre aux patients quand même le mieux possible mais euh... voilà. Enfin ça c'était dans un contexte restreint, enfin c'était pour la nutrition du diabétique. Je m'étais adressé aux gens qui savaient quoi.

C : L'INPES, AFSSAPS et tout, y'a pleins de petits livrets. Pour les patients. Mais quand tu le lis t'apprends pleins de trucs, c'est pas mal ça aussi. Tu fais, enfin voilà, c'est comme si tu savais plein de trucs, mais en fait tout était dedans.... Et tu leur files après... C'est pas mal.

B : Oui c'est vrai qu'il y a des choses toutes prêtes

C : Après les propres expériences. Moi je suis asthmatique donc euh forcément je vois si ça marche ou pas, si j'y arrive ou pas donc (*rires*) « non c'est pas comme ça » donc euh voilà. Les gens qui ont ben j'sais pas de la famille qui ont de l'insuline et tout, ben c'est plus facile parce que tu l'as vu. C'est comme quand tu prescrites « c'est quel comprimé, c'est quelle couleur ? » pff je ne connais pas moi les boîtes et tout de ces médicaments.

B : ouais quand t'as fait un remplacement infirmier

C : « Ben j'sais pas, vous verrez, demandez au pharmacien (*rires*) » mais euh voilà

*silence*

**Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ?**

**Non ?**

C : non

D : non de la tête

E : non

A : non

F : regarde ses pieds

**Bon**

intervenant extérieur : Tu penses avoir les réponses à toutes tes questions ?

A : pas très enthousiaste

*Rires*

C : ohh

**Je pense, mais heu oui il me semble. Ah non, y'a un sujet qu'on a pas abordé, euh c'est logique de santé individuelle et santé publique dans une consultation. Comment on gère cette différence ?**

D : C'est-à-dire ?

**Ben les problématiques de santé publique et euh voilà, faut dire aux gens d'arrêter de fumer et après vous, vous avez en face de vous un patient qui fume depuis 45 ans, qu'est-ce qu'il va faire, enfin, comment vous allez tenir compte du fait qu'il faut proposer aux gens qui fument d'arrêter de fumer et euh dans une logique de santé individuelle vous avez pas une population en face de vous, vous avez un patient bien défini**

*Silence – Soupir- rire camouflé de A*

A : Ben c'est vrai que c'est pas évident, souvent ça se finit, pour le patient qui fume, souvent ça se finit par « arrêter de fumer quand même, enfin ... » on fait souvent passer le message comme ça

C : ouais voilà

B : c'est plutôt à la fin de la consultation, et une fois de temps en temps et euh le patient il sait que à chaque fois qu'il va aller voir son médecin, il va lui dire qu'il faut arrêter de fumer, faut perdre du poids

A : donc on essaie de lui faire passer le message, mais plus, de façon peut être moins appuyée, plus légère, mais en même temps si on appuie trop « oui oui faut arrêter de fumer » « vas y continue », rah...

D : Puis faut pas tout le temps parce que si c'est tout le temps, ben il sait il fume, alors...

C : Non je crois qu'il faut l'espacer, je crois, ce qu'il conseille, c'est une fois par an en fait de faire un petit rappel.

A : ouais c'est pas mal

C : Pendant tes renouvellements d'ailleurs, tu peux aussi une fois par an parce que les renouvellements c'est tous les 3 ou 6 mois tu tu ...

B : avec plus d'impact que à chaque consultation où là que le patient n'est plus réceptif quoi

C : Et toujours je pense aussi lui demander son avis, s'il veut en parler ou pas,

A : si il est prêt à ...

C : s'il est content, ben de toute façon euh j'sais pas, quelqu'un qu'est en train de manger du chocolat, non, stop d'arrête, oh ben non, tu vas le ranger il sait où tu l'as rangé et il va continuer à manger, donc euh je pense que pareil, c'est c'est lui qui décide ! (*rires*) « qu'est ce que vous en pensez toujours ? » et euh « ben non j'suis bien, faudrait peut être » Ah peut être, là tu pousses la porte mais, c'est pareil on est pas..., c'est encore frustrant mais on est pas, on peut pas décider pour eux quoi, surtout pour l'alcool, le tabac et tout ça, parce que c'est leurs habitudes en fait.

D : Peut être leur poser des questions sur euh par exemple leur euh l'importance de leur consommation, du coup ça ré-appuie sur heu, enfin j'sais pas, peut être qu'ils se rendent plus compte « ah oui euh..ça fait quand même une bouteille de vin par jour », j'sais pas, peut être que

C : qu'est ce que ça leur apporte aussi

D : oui savoir

C : pourquoi

D : ça a peut être plus d'impact que si on leur dit « ah oui au fait ça serait bien d'arrêter »

C et B : ouais; hmm (interrogatif)

A : est ce qu'il faut le dire comme ça, ou au contraire est ce qu'il faut le dire « alors aujourd'hui vous êtes motivé à arrêter ? » parce que euh...

C : ou sinon tu fais le bête, tu fais « vous fumez toujours ? » (*rires*)

B : « vous avez arrêté depuis l'année dernière ? »

C : .... « vous fumez toujours ? » Ah oui

A : Non mais parfois ils ont besoin de l'aide du médecin généraliste à un moment donné clé, par exemple ils se disent ils ont eu un choc, un camarade qui est mort d'un cancer du poumon et il fume comme un pompier, il a envie d'arrêter mais il n'ose pas demander l'aide du médecin traitant et si on lui demande pas « alors cette consommation » le tabac ou autre, il va peut être pas lui-même dire « vous pouvez m'aider à arrêter » donc c'est difficile de ne pas lui en parler mais pendant une fois par an, tout en tombant dans le bon créneau, au bon moment et qu'il nous dise « ben écoutez »...

D : mais à chaque fois...

A : « aidez moi à arrêter, je suis motivé dès maintenant »

D : ça risque de le lasser si on le fait à chaque fois, quoi

A : après y'a lassé et lassé y a « alors cette consommation de tabac ? » et à la fin... faut arrêter

C : non mais je pense que si vraiment il a été choqué, il te le dira, il te le dira pas comme ça

Enfin j'en ai un qui est venu et il disait euh « oui euh comment ça va, truc truc et à la fin oui je voulais vous parler docteur, j'ai un ami là qui est décédé et tout, pff c'est pas évident et tout, niveau moral hein, c'est pas simple il avait mon âge, on se connaît depuis tant, il avait un cancer du poumon hein et euh oh oui c'est vrai qu'il fumait beaucoup et tout euh », là tu fais (*blanc mimique du visage lève les bras – rires*) « et moi je fume ça fait un peu peur mais bon » sans être forcément motivé à arrêter mais il se posait juste la question, donc euh...

A : ben là c'est une porte ouverte, il faut foncer

C : voilà oui mais je pense que c'est sur que tu peux pas malheureusement t'as pas la petite alarme qui t'indit nous dit c'est maintenant qu'il faut lui demander

A : voilà

C : je pense que d'eux même ils .. y sont grands hein,

A : *grande inspiration*

C : ils ont besoin de nous

A : pas tous (chuchoter)

C : et ils demandent

*Silence*

A : T'as l'air dépitée, j'ai l'impression qu'on a pas répondu à la question là (rire)

C : je parle trop (rire)

A : tu vois, elle pense déjà à un autre sujet de thèse (rire)

**Non je**

C : T'as un trou

**Non est ce que vous avez des interlocuteurs privilégiés dans votre pratique éducation, santé, dépistage ? Tu parlais de diététicienne tout à l'heure**

B : Oui dont l'accès a été difficile pendant mon stage (rire nerveux) parce que très occupé donc euh euh oui, j'ai réussi tant bien que mal, mais euh non ça pas été facile d'avoir les informations que je voulais

**Donc est-ce qu'il y a d'autres situations où tu as eu**

**d'autres interlocuteurs ?**

B : Non je vois pas comme ça

D : Je sais pas mais je pense qu'on change encore trop d'endroits pour avoir un interlocuteur privilégié

C : Et puis ça dépend du sujet. On est obligé d'avoir un interlocuteur en fonction du sujet, pour les éducations par exemple

A : Disons qu'on en est pas encore à devant un patient qui .... devant un syndrome coronarien « allo Jean Pierre oui bon écoute euh, j'ai un patient là ... »

D : on a pas de réseau, enfin

A : voilà

D : on est pas installé, donc euh

B : on a pas encore nos marques, ouais c'est vrai

A : voilà

**Et si vous aviez à imaginer qui vous appelleriez ?**

A : comment on s'orienterait vers euh ? c'est-à-dire ?

C : Allo Marie tu fais quoi ? Comment vous faites ça à Chateauroux ? ou comment vous faites ça à Chinon ?

A : la morphine ou le paracétamol c'est combien chez vous, j'sais plus ?

**Par exemple**

A : par exemple, ben oui on pourrait le faire

C : Moi je sais que les médecins, parce que nous on est pas remplaçant, enfin pas encore, mais les médecins chez qui je suis dont un à Bourges là, parce qu'il va voir ses patients à l'hôpital et tout donc, du coup il suit ses patients, il fait connaissance avec , de visage physiquement il sait enfin, le nom, enfin la personne à qui il met le nom et de l'autre côté ils savent aussi. « Oui c'est le dr S. bonjour je viens voir mon patient » voilà gentiment et c'est vrai dès qu'il a besoin, il appelle ses collègues en cabinet ou à l'hôpital et ça se passe très bien, comme à l'hôpital, le truc idéal. C'est euh ben on est dans un service, on appelle un spécialiste, « à ton avis qu'est ce que t'en penses ? » ou « bonjour je voudrais avoir votre avis » des fois ils sont pas libres tout de suite parce que chacun à son travail, donc il fait sa visite, il opère, il fait ses échos j'sais pas quoi mais il rappelle, et ça je trouve ça génial, c'est vraiment sympa

**Donc plutôt avec les collègues de travail qu'on rencontre, est ce qu'il y a d'autres personnes à qui vous feriez appel ?**

*Silence*

**Il n'y a pas de mauvaises réponses**

*rires*

A : ouais mais je ne sais pas c'est tellement vaste que euh enfin d'autres personnes pour demander un avis spécialisé, pour demander une infirmière à domicile, pour demander un kinésithérapeute, pour demander ...

C : je pense que c'est avec ton expérience, tu te fais tes liaisons toi-même quand ça se passe bien

B : moi par exemple pour l'éducation voilà quand j'étais avec les diabétiques non ben c'est vrai j'ai beaucoup fait appel à ma co-interne qui était diabétique et qu'avait sa pompe et ben c'est à elle que je posais toutes les questions et c'est grâce à elle que j'ai pu après expliquer, faire de l'éducation, bon après ça dépend qu'on croise mais oui aussi des gens qui ont une certaine expérience, bon elle c'était particulier elle était pas que diabétique et elle était aussi interne donc elle avait le côté médical mais ça aurait été quelqu'un

qu'était juste diabétique mais pas interne elle aurait sûrement pu répondre beaucoup mieux à mes questions que quelqu'un d'autre et puis y avait l'expérience et donc les interrogations du patient et donc j'avais l'impression de pouvoir mieux expliquer au patient en fait que j'avais l'expérience

C : oui c'est vrai

B : de quelqu'un qui réellement était confronté, bon enfin ça après ça dépend des situations

D : nous on va pas se poser les mêmes questions que le patient qui vit le truc, donc c'est vrai que...

B : oui voilà, donc avoir des personnes référentes qui sont confrontées à cette éducation, à ces problèmes ou à ces maladies chroniques ben ça aide pour répondre aux questions que se pose réellement le patient

D : puis y'a l'intérêt des cabinets de groupe forcément quand c'est... plusieurs praticiens, kiné, j'sais pas médecins, plusieurs médecins dans le cabinet ben voilà ça facilite, tout de suite

C : Y'en a qui s'appelle souvent « allo j'ai ça à ton avis » entre médecins généralistes je trouve ça très bien aussi, c'est génial, c'est une autre approche, une autre mentalité, donc euh

A : pour peu qu'il y en ait un qui fait un DU de diabète, de nutrition et puis voilà

D : t'as toujours des compétences plus importantes

dans un sujet ou dans un autre....

*Silence*

C : Et euh ben le collègue du Dr S., j'sais pas si vous connaissez le Dr D., il est médecin du sport, donc euh super sympa aussi, et dès qu'il y a un problème de genoux, d'épaule et tout, toc toc, il vient il examine et donne son avis aussi donc ça c'est vraiment bien

*Silence*

A : mais bon ce réseau relationnel tu l'acquiesces qu'avec le temps, l'expérience, le dire des patients, le dire des collègues, voilà. Mais là actuellement j'veux dire niveau réseau relationnel, pour avoir un avis on s'en remet à notre médecin traitant qui est avec nous puis euh c'est notre chef de stage et puis si on a une ou deux connaissances on n'hésite pas à appeler et voilà c'est tout

*Silence*

A : c'est pas ce que tu voulais nous entendre dire

*Rires*

**Si si c'est très bien**

*Rires*

**Ben je crois qu'on a fait le tour hein, si j'oublie quelque chose tant pis**

**Voilà je crois que**

personne extérieure : alors on l'éteint cet appareil

**Ouais**

### ANNEXE 3 : Verbatim

#### Retranscription du focus group du 31/03/11 NIVEAU COMPETENT

**Qu'est-ce que recouvre pour vous l'éducation du patient, le dépistage et la prévention ? en gros, on va faire un tour de table et vous allez essayer de répondre à cette question.**

O : Qu'est-ce que représente l'éducation, le dé..., qu'est-ce que recouvre en fait, han!...

**Ouais qu'est-ce que recouvre pour toi, l'éducation la prévention et le dépistage ?**

O : euh, pfou... ben c'est assez large, enfin, ça part de euh de la pédiatrie avec tout ce qui est maladie infectieuse enfin, prévention, hépatite B tout ça euh les asthmatiques, euh tout ce qui est après ... éducation des diabétiques enfin et après toutes les maladies à éviter, euh... prévention après tout ce qui est coté gynéco avec voilà prévention des maladies transmissibles, pour les pilules, euh...enfin c'est un premier jet...Après y'a après enfin euh...non non non oui parce après c'est éducation prévention

P : dépistage

O : et euh dépistage, euh... enfin je pense que en gros le tout quoi.

**D'accord, P ?**

P : Heu donc c'est information prévention dépistage.

**Ouais, enfin...**

P : non c'est éducation voilà...

**Qu'est-ce que ça vous évoque en fait ?**

P : je disais information pour moi c'est le truc que ça m'évoquerait en premier lieu. C'est informer notre patient sans l'alerter en fait, le rendre vigilant euh... pour faire en sorte que , voilà en fait pour moi la médecine générale c'est vrai que surtout pour moi c'est euh... c'est euh... la médecine à deux en fait que le patient soit suffisamment autonome pour... pour pouvoir gérer sa santé par lui-même et que nous on... on le guide donc euh voilà c'est euh...l'informer sur euh...la pathologie qu'il a, celle qu'il peut avoir en fonction de ses facteurs de risque de son âge et tout ça et puis euh... et puis après le guider en lui expliquant toujours bien euh... quand éventuellement il a des examens à faire ou quand au contraire ça vaut pas le coup. Voilà l'aider à gérer son traitement, le rendre observant, mais ça un peu plus spécifique quoi.

**C'est spécifique de quoi ?**

P : Ben voilà enfin soit le diabète soit le sida soit enfin, c'est l'autotomiser c'est euh... l'éducation ça peut aussi essayer de trouver avec lui les moyens qui font que lui va, il va réussir à être adhérent à un traitement ou à... ou à des règles hygiéno-diététiques, c'est une discussion aussi. Voilà c'était...c'est vague, je ne sais pas si tu voulais des trucs plus précis enfin je...

**Non mais c'est bien, heu après si t'as l'envie de préciser quelque chose, il faut le faire, enfin ce que t'as dit, si tu as des définitions ou...**

P : non mais c'est vrai que dépistage dans un premier lieu euh ben je pense à tout ce qu'est cancer, MST quoi, donc voilà, toujours informer sans leur faire peur

quoi, voilà.

**D'accord**

Q : Bon ben y'a déjà pleins de choses qu'ont été dites (rires), mais oui enfin les trois notions que ce soit éducation dépistage prévention pour moi c'est enfin, ça fait vraiment parti du rôle du médecin généraliste, effectivement c'est je trouve que... si le patient... si y'a pas ces trois étapes là pour moi il ne peut pas y avoir une bonne relation entre enfin... j'aurai pas l'impression en tout cas de bien faire mon travail, euh effectivement enfin l'éducation enfin c'est important, ouais c'est important sinon ils ne vont pas comprendre, ils ne vont pas éviter après, on va être dans le dépistage mais parce qu'il y aura eu des risques des choses comme ça. Les trois notions je trouve qu'elles sont assez liées en fait, elles marchent ensemble, après je ne sais pas trop quoi dire d'autre parce qu'il y a plein de choses qu'on été dites donc euh ouais voilà, je ne sais pas quoi dire d'autre

**euh quand tu dis qu'elles marchent ensemble, est-ce que tu peux préciser ? Est-ce que t'as des définitions différentes pour chaque...**

Q : Ben parce que du coup la prévention c'est plus avant qu'il se produise quelque chose c'est informer les gens voilà ben par contre que ce soit pour une virose, pour une maladie sexuellement transmissible pour des gens qui vont être peut être plus à risque après d'être hypertendus si on voit qu'il y a des surcharges tout ça, leur dire attention enfin, là je vous préviens enfin euh...là il faudrait faire plus attention à ça, à ça parce que vous risquez de faire ça, donc c'est plus intervenir avant un traitement avant une maladie ou retarder l'apparition de quelque chose parce qu'on peut pas toujours l'éviter, après c'est le dépistage donc ça peut être aussi bien spontané, sur une demande de patient, y'a des patients qui viennent en disant ben voilà est-ce que ce serait pas possible que ce soit des sérologies ou même un bilan annuel, y'a pleins de patients qui viennent pour rechercher un diabète pour rechercher enfin voilà, parce qu'ils sont anxieux ou pour d'autres raisons et euh donc là le dépistage c'est soit je dirais un peu sur demande du patient ou soit parce qu'il y a eu des conduites à risque pour rechercher justement quelque chose de précis et puis la prévention, non la prévention j'ai déjà dit euh...

O : éducation

Q : l'éducation ben c'est euh ça fait un petit peu partie je trouve de la prévention, y'a enfin c'est un petit peu la même chose sauf que dans l'éducation après y'a plus la part aussi où il y a déjà quelque chose d'installé et pour essayer de vivre « au mieux » entre guillemets avec ce qui est déjà installé quoi.

**Est-ce que tout le monde est d'accord avec ces définitions qui ont été données ?**

P : on va pas te dire non!

**Vous avez quelque chose à ajouter?**

O : Ben le but c'est qu'ils comprennent pourquoi on les embête parfois avec des examens pourquoi c'est si important euh voilà qu'on parle de tout ça parce que peut être que y'a qu'avec les médecins généralistes au final qu'ils parlent de ça enfin, qu'on leur donne une information euh... un peu plus, un peu plus euh... pas véridique mais qui sorte de ce qu'ils peuvent entendre aux alentours enfin...pour qu'ils aient une information un peu plus sûre quoi.

R : Dans les trois cas c'est euh c'est des choses qui euh (sonnerie de téléphone) existent à chaque consultation et qui sont imposées au patient et que le patient vient pas forcément chercher par une question. C'est des choses qu'on va avoir besoin de leur dire, des choses qu'on va, des questions qu'on va aborder sans qu'ils les demandent et euh à chaque fois qu'on va imposer aux patients, c'est euh... il est rare que le dépistage soit demandé par le patient et il est fréquent qu'on le propose. Il est euh... à chaque consultation on fait de l'éducation thérapeutique, ou de l'éducation à la maladie ou de l'éducation en général et de la prévention on fait...on fait de la prévention primaire, secondaire tertiaire en dehors et pendant toutes les consultations. C'est une part importante de notre pratique de médecine générale.

**Et alors justement comment vous mettez en place vos consultations, parce que vous en faites beaucoup là, vous êtes tous passés chez le prat donc euh est-ce que vous en avez fait beaucoup, comment vous mettez ça en place, comment euh enfin, voilà est-ce que vous avez l'impression que c'est quelque chose de quotidien, comment vous faites vos stratégies ?**

Q : Moi en tous cas, j'ai l'impression que c'est quotidien, que c'est à chaque consult, après j'ai pas vraiment l'impression d'avoir de stratégie, je trouve que ça vient assez euh... assez naturellement où quand on , j'sais pas, même si c'est pour un renouvellement d'ordonnance enfin dans le dossier on regarde si par exemple si ils ont plus de cinquante ans, si la dernière mammo a été faite, si voilà, donc ça va être euh un peu en regardant le dossier ou s'ils viennent plus pour un virus ou quelque chose, donner des petits conseils sur la contamination, enfin y'a pas, j'ai pas de stratégie type en fait ça dépend de la raison pour laquelle ils viennent et puis ben aussi ce que le patient exprime, enfin, ce qui peut avoir, enfin venir pour un motif, voilà je suis enrhumé, puis au final nous sortir autre chose, et qui fait que du coup c'est l'autre chose qui va nous orienter sur des, sur des conseils peut être qu'on passera moins de temps sur justement ce qui est contagieux, virus machin mais parce que le deuxième motif nous, voilà nous fait plus réagir et nous euh... paraît plus important sur les deux au niveau prévention, éducation et tout ça quoi.

**tout le monde est d'accord avec ça ?**

P : euh moi c'est vrai que j'ai pas une stratégie claire mais euh c'est vrai que tout ce qui est éducation et tout ça je le fais plus, enfin généralement une consult ça se passe toujours en fait en trois parties, enfin j'avais jamais trop réalisé ça avant aujourd'hui mais tu fais ton interrogatoire là c'est le patient qui vient d'amener ce pourquoi il vient à la consult, donc du coup tu le laisses venir et tout, après il passe coté examen donc euh tu

vas l'examiner, à partir de là tu peux commencer à lui dire, bon ben voilà la dame qui vient pour son renouvellement de pilule, tu lui fais « tiens euh » non pilule c'est le mauvais choix, mais le THS, tu lui fais « bon ben voilà j'examine les seins, maintenant je ne vois pas bien la mammo vous en êtes où », on peut commencer à amener un peu le dépistage et après c'est quand on se rassemble pour faire l'ordonnance, tiens ben au fait là on va dépister telle et telle chose tiens j'y pense des choses comme ça et puis du coup commencer à faire de l'éducation, c'est vrai que moi c'est plus pour conclure comme ça la personne, en fait c'est un de mes prat qui m'a expliqué ça et c'est vrai que il me disait « faut toujours que tu es un message de conclusion » donc du coup ce que tu veux faire passer tu le mets toujours à la fin. C'est vrai qu'au fur et à mesure j'ai fini par faire comme lui et enfin ça, ça me correspond bien de faire ça quoi. Donc euh

**Tout le monde est d'accord ?**

R : c'est complètement vrai, initialement on reprend les messages des praticiens. Notre premier message de prévention ça va être celui qu'on a déjà entendu en fait,

Q : ouais

R : après le fait de se faire son message de prévention c'est quelque chose qui vient bien bien après.

O : hum hum (*approbateur*)

R : Rajouter ses messages personnels bien à soi c'est quelque chose qu'on... qu'on fait sur enfin, personnellement moi je le fais à la fin de mon SASPAS et euh je ne le faisais pas du tout au début. J'ai toujours repris le message de prévention des médecins chez qui j'ai été. J'ai rarement fais autrement plutôt.

**C'est la seule manière que t'as ...**

R : hum (*approbateur*)

**pour toi t'as l'impression que c'est la seule manière où t'as appris l'éducation, la prévention le dépistage, ou est-ce qu'il y a eu d'autres endroits où t'as eu l'impression d'apprendre dans ce domaine là ?**

R : La seule manière « pratique » d'expliquer aux patients avec des mots simples, ça a été sur le terrain. Le fait de devoir faire du dépistage et de la prévention nous on nous l'inculque partout. Euh les mots utilisés.

**Tu peux préciser partout ?**

R : En cours, en séminaires, en formation euh, en tant qu'externe euh souvent on nous l'inculque souvent, on nous explique qu'il faut le faire, qu'il est nécessaire de parler de différentes choses et malgré tout la manière de parler de ces différentes choses c'est sur le terrain qu'on la voit et qu'on l'applique.

P : je suis assez d'accord avec R dans la mesure où c'est vrai quand on veut faire passer un message on se sert souvent d'un truc tout prêt,

R : hum (*approbateur*)

P : tiens vous savez on dit à tel âge on fait tel truc quoi et du coup après on met son truc personnel mais c'est vrai que en premier effectivement euh...on a tendance à reprendre ce qu'on connaît, ce qu'on a appris et qui ne demande pas de réfléchir parce que du coup tiens il faut que je dise ça quoi et puis ça sort tout seul, ouais, hum

R : hum (*approbateur*)

O : C'est vrai, je trouve que c'est quand même assez compliqué parce que au final dans la consultation t'as

peu de temps pour vraiment faire passer tous les messages,

Q : ouais c'est sur, hum (*approbateur*)

O : enfin comme on dit on commence par ce qu'on apprend en cours enfin ce qu'on connaît vraiment, moi pour le moment j'en suis là, la prévention je me fie sur ce que j'ai appris euh mais bon c'est vrai que pour faire passer tous les messages enfin, le maximum c'est, moi je trouve que c'est assez compliqué pour le moment en consultation. euh prendre le temps pour l'interrogatoire avec quelqu'un qu'on connaît pas beaucoup, essayer de le situer, l'examen et après bon en rédigeant l'ordonnance essayer de dire deux mots de régime diététique ou que je sais plus, moi je trouve que pour le moment pour moi c'est assez compliqué.

**Et tu, qu'est-ce qui est le plus compliqué pour toi ou est-ce qu'il y a des choses que tu as repéré facile à faire, difficile à faire, euh est-ce tout est compliqué ? est-ce que ...**

O : non chez moi, enfin ce qui est compliqué euh c'est trouver le temps pour euh... en dire beaucoup en peu de temps en fait. Essayer de faire comprendre au patient, ou bien se rappeler « oh oui il faut que je pense à dire ça », enfin des fois ça passe à la trappe quoi. Moi c'est vrai que pour le moment euh des fois y'a certaines situations où je serais pas des plus à l'aise non plus, pour faire passer le maximum de messages et euh comme on disait, je me cantonne enfin à ce que j'ai appris

R : Au début y'a la manière de faire passer des messages (coup dans la table) excuse moi. C'est vrai qu'on a tendance à, enfin moi j'ai eu tendance à faire passer trop de messages qu'ont pas été entendus.

O : Voilà

Q : hum (*approbateur*)

R : C'est-à-dire qu'on sort le tiroir qu'on a appris en tant qu'externe euh, à dire euh pour une consultation pilule il faut parler de : ...

O : voilà

R : et il y a une liste exhaustive de chose dont il faut parler et le problème c'est que sur cette liste exhaustive y'a un message qui passe et c'est le dernier souvent.

P : attends je crois que c'est S qui appelle pour savoir où on est... elle vient pas en fait, bon (rire)

O : Moi c'est ça que je voulais parler en fait, du tiroir enfin qu'on a déjà des idées, il faudrait que je parle de ça et euh on se retrouve, ça fait déjà vingt minutes et euh voilà, c'est un peu chaud.

P : je pense qu'effectivement ce que, ce qu'au début on a tendance à oublier de faire c'est peut être de re-questionner la personne pour voir ce qu'elle a retenu du message qu'on passe, c'est pour ça qu'on, enfin mon prat me disait toujours « tu sors avec un message de conclusion » quoi mais faire reformuler et tout comme on l'a appris, on a pas souvent le temps quoi, enfin moi j'ai pas souvent le temps pour l'instant en tout cas

**Et est-ce que vous avez l'impression qu'il y a une différence dans la pratique avec la médecine générale en particulier, par rapport à ce que vous avez appris, qu'est-ce qui s'est rajouté de nouveau au cours de l'internat là qui fait qu'aujourd'hui euh l'éducation, la prévention le dépistage vous m'avez dit que c'est votre quotidien mais euh**

P : moi c'est le manque de temps en médecine générale,

O : ouais

P : parce qu'en fait, je vois en gériatrie par exemple on avait vachement de temps quand même en début d'après midi, enfin c'est toujours le début d'après midi quand on est à l'hôpital où du coup on arrive à aller voir les gens pour leur dire ce qu'il faut prévoir, ce qu'il faut mettre en place, etc. . . . euh L'éducation c'est vrai qu'on avait quand même un créneau déterminé, on avait le temps de le faire, pareil en maladie infectieuse. Là en fait au cabinet quoi heu y'a des fois c'est franchement chaud heu, on a pas le temps quoi

O : hum (*approbateur*) et...

R : enfin j'suis d'accord, en même temps on a pas le temps mais on a beaucoup plus le temps, c'est-à-dire que on a le temps des multiples consultations

Q : ouais

O : ouais

P : ça ouais, mais ça pour l'instant euh...c'est-à-dire que le ... en fait la compliance j'ai l'impression que ça se fait sur le... la répétition des mêmes consignes

P : hum (*approbateur*)

R : consult après consult alors qu'on a l'impression que la première consult on a aucune incidence sur la vie des patients et heu qu'on fait passer très peu de chose ; au final c'est heu je me rends compte en médecine générale le...on peut faire passer finalement plus de messages mais qu'il faut les distiller dans le temps, hum général (*approbateur*)

R : on est obligé de prendre le temps de plusieurs consultations pour avoir les mêmes... les mêmes résultats que ce qu'on peut avoir en hospitalier sur un peu plus de temps passé avec le patient quoi.

O : c'est... ce qu'on a pas au final, c'est l'expérience voilà, alors c'est pour ça que moi je me dis c'est compliqué mais après au final quand on revoit les gens enfin c'est ce qui nous manque en fait je pense. Faire passer des messages, nous quand on les voit ponctuellement comme ça, qu'on les connaît pas, on doit se remettre la situation en tête, ce qui y a en cours, c'est pour ça que nous faire passer des messages bon on peut, pfou... je pense que c'est pas pour le ... enfin, moi personnellement j'sais pas si c'est le meilleur, on est les meilleures personnes étant donné qu'on est pas vraiment leur médecin, on peut pas les revoir régulièrement enfin

**Est-ce qu'il y a des situations où vous avez été mis en difficulté par rapport à ce domaine là ?**

P : hum hum (*approbateur*) ben...

P : rire

**Si oui, lesquelles ?**

P : ben...je commence du coup, moi c'est ...euh c'est les diabétiques c'est vrai qu'il y a un des prat par exemple chez qui je bosse euh, les premières consult avec ses diabétiques j'étais juste scotché, je me disais « merde pas possible », ils connaissent rien, pas une hémoglobine glyquée, les pieds euh j'ai l'impression que jamais ils avaient entendu parler de ça et euh sur le coup du coup je m'investissais je me disais bon ben enfin je pense qu'il est blasé, ça fait quinze fois qu'il répète et du coup peut être que si c'est un interlocuteur

différent enfin, j'avais tendance à croire ça, en fait là concrètement ça passait pas du tout parce qu'ils disaient qu'est-ce qu'elle vient m'emmerder la gamine quoi, enfin voilà donc là oui c'est clair j'étais mis en difficulté quoi, y'a des gens qu'ont pas envie de t'écouter quand t'as envie de leur faire passer des messages parce qu'ils estiment que leur santé ils l'a connaissent mieux que toi qui débute ou mieux que toi qui ne les connais pas.

(pause téléphone portable qui sonne intervenant qui répond) reprise de l'entretien

**Donc tu étais en train de dire que ...**

P : Oui des fois ils pensaient que j'étais pas forcément la meilleure personne, alors je pense que c'est parce que je suis jeune et que je ne suis pas leur médecin habituel mais aussi euh y'a des patients qu'ont pas envie d'écouter les messages parce qu'ils pensent que ben euh eux se connaissent mieux que toi

R : hum (approbateur)

P : les gens qu'ont des pathologies chroniques (bruit avec la bouche pssii!) c'est quand même pas facile de euh soit reprendre soit de démarrer une éducation, y'a des fois je me demande ce que je fais, je suis pas bien sur que je reprenne quoi que ce soit, je pense que des fois je démarre quand même

Q : Après, ça je suis assez d'accord, c'est plus sur les pathologies chroniques en fait euh au niveau éducation que, moi je trouve que c'est difficile, enfin j'ai eu le cas plusieurs fois mais chez des patients diabétiques justement, c'est ou tout l'un ou tout l'autre, enfin soit ils adhèrent à une prise en charge à des conseils à une éducation etc. soit euh on est vraiment très loin de tout, ils savent qu'ils sont diabétiques ils savent que c'est grave mais on arrive pas à les faire adhérer enfin quelle que soit la personne puisque le médecin traitant a déjà essayé plusieurs fois, y arrive pas non plus et (rire) en début de consult il me dit « ben essaies tu y arriveras peut être mieux que moi ! » Moi je sens bien que je n'y arrive pas mieux non plus et pourtant on s'y prend sûrement différemment parce que voilà lui il a plus d'expérience, que moi effectivement c'est plus peut-être un peu plus terre à terre par rapport à ce que lui fait, et euh enfin y'a pas moyen de passer le message, enfin il est passé mais ils en prennent euh enfin voilà pas note. Mais après peut être qu'un jour ils auront un déclic mais en tout cas enfin voilà s'ils entendent mais voilà ça en reste là quoi et je trouve que c'est plus avec les pathologies chroniques effectivement, plus tout ce qui va être en gros « je suis malade mais enfin je le ressens pas quoi »,

P : hum (approbateur)

Q : tout ce qui va être même de l'hypertension y'en a pour leur faire adhérer à prendre un traitement alors qu'ils ont 18 de tension euh, tant qu'ils n'ont pas les maux de tête et qu'ils voient pas flou enfin voilà quoi, ou qu'ils ont pas fait l'AVC on a du mal à leur faire adhérer quoi, malgré enfin on les mets en garde sur ce qu'il peut leur arriver etc. sur l'importance du traitement mais tant qu'ils ont entre guillemets « pas eu la preuve » voilà ils ont du mal à écouter les conseils d'éducation quoi.

R : Je me rends compte que j'ai été mis en difficulté souvent quand le patient n'est pas prêt à entendre le

message, c'est-à-dire que le ... on est là pour leur imposer euh une thérapeutique, pour leur imposer euh une attitude, un régime alimentaire enfin bon beaucoup de chose ou des examens complémentaires alors qu'ils ne se sentent pas malades.

O : hum hum (approbateur)

R : c'est vraiment ce qui euh, y'en a beaucoup qui sont bloqués là-dessus y'en a beaucoup qui ont des glycémies qui sont euh très élevées et qui ne savent pas qu'ils sont diabétiques euh parce que parce qu'on a pas dit les mots qu'on les a dit de manière un peu cachée parce qu'on a eu enfin personnellement moi j'ai eu peur de leur expliquer des choses, leur donner quelque chose de définitif dans le diagnostic euh

P : ouais c'est vrai

R : et qui les enfin qui les condamne à être diabétiques ou qui les condamne à être hypertendus ou qui les condamne enfin ... voilà qui les étiquète et euh dès lors qu'ils ne savent pas qu'ils sont pathologiques, ils sont pas prêts à entendre quoi que ce soit. C'est vrai le patient qui est , pour avoir essayé un peu les deux, le patient pour lequel on dit les choses clairement « vous êtes hypertendu » ou « vous êtes susceptible de faire un cancer du sein » , « vous êtes ... » voilà il va entendre, enfin j'ai l'impression qu'il va entendre plus facilement le message...

P : Alors moi, c'est vrai que euh les gens qui arrivent avec leur prise de sang alors on s'aperçoit qu'ils ont 1.50g à jeun quoi euh, que ça fait deux fois (sourire) euh et ben en fait je leur dis qu'ils sont diabétiques qu'à la fin en fait parce que si on leur dit dès le début vous êtes diabétiques je pense que tout ce qu'on va dire avant ils vont rien entendre parce qu'ils vont faire « merde j'suis diabétique » et ils entendent que ça que ça que ça donc euh j'sais pas là c'est vrai que ça fait deux trois fois où j'essaie de faire différemment mais j'suis pas sûre qu'en disant à la fin ils retiennent mieux parce que ... on ... c'est vrai ... je comprends complètement ce que tu veux dire avant je me disais putain c'est dingue y'a des gens ils sont diabétiques, ils sont même pas au courant, y'a des gens ils ont telle pathologie ils ne le savent même pas et en fait c'est vrai que dans une consult t'as quand même un temps déterminé même si tu te dis que tu peux le dépasser un peu, quand tu lâches « un gros mot » quoi,

R : c'est compliqué derrière

P : c'est un peu difficile de faire passer quoi que ce soit derrière, ouais.

R : ouais... c'est pour ça que le heu, c'est souvent sur plusieurs consultations qu'on fait passer, ouais

P : ouais enfin moi j'ai pas encore trop ce recul là parce que, y'a quelques gens que je revoie mais euh globalement ça tourne pas mal quoi

R : c'est vrai que le SASPAS pour ça, le fait d'avoir une journée par semaine et qui soit fixe ça permet justement de revoir la semaine d'après ou quinze jours après enfin bon, de dire au patient « ben voilà va falloir faire le bilan urinaire » ou « va falloir faire le bilan sanguin plus poussé et on se revoit dans quinze jours » ou « on se revoit la semaine prochaine » ou « on se revoit » et euh c'est vrai que c'est à ce moment là que les messages passent la première fois, pas du tout, pas du tout, les gens ne sont pas prêts à entendre ou alors

euh voilà « vous avez cinquante ans il faut faire la mammo, faut faire le dépistage colorectal » voilà c'est ou alors, c'est le « on le fera pas parce que vous avez quelqu'un dans la famille » enfin, c'est... et... à la première consultation c'est rare qu'ils entendent ou qu'ils écoutent et ça c'est quelque chose que j'ai découvert très récemment euh dans le prat quoi, c'est dans le stage chez le praticien, avant c'est quelque chose qui était pas évident parce que ... parce que j'ai l'impression qu'en temps qu'interne c'était pas à moi de proposer de revenir

O : hum hum (*approbateur*)

P : ouais c'est vrai

R : et je le faisais jamais enfin et je le fais que depuis que mes praticiens m'ont dit qu'il fallait que je le fasse. C'est vraiment quelque chose que je n'aurais pas fait par moi-même.

**Est-ce que quelqu'un à quelque chose à rajouter à ce que dit R ?**

Non (global et chuchoté)

**Moi j'ai une autre question euh parce que là vous avez parlé beaucoup de la consultation en médecine générale,**

P : ouais

**est-ce que vous utilisez d'autres choses en dehors de votre consultation au cabinet ? est-ce que vous appuyez sur d'autres choses pour éduquer vos patients, dépistage, prévention ? est-ce que j'sais pas les livres, les bouquins, les infirmières, comment ... quels sont vos interlocuteurs ? comment est-ce que vous faites votre truc tout seul dans votre coin dans le cabinet ou est-ce que vous connaissez d'autres choses qui peuvent vous aider dans votre pratique ?**

Q : alors moi je suis chez un praticien qu'a pas mal dans son ordinateur de fiches conseils, et qui sont assez bien faites, qu'il a trouvées dans des revues médicales, des revues du prat heu de médecine G, des trucs comme ça, qu'il a scannées en fait et donc ne serait-ce que pour expliquer aux gens quand ils ont une rhino, qu'ils vont avoir de la fièvre pendant trois quatre jours et qu'ils vont tousser pendant quinze jours, y'a un schéma avec l'article qui est tout fait, du coup pour appuyer justement ce qu'il leur explique je pense que ça les rassure aussi à la maison, parce que le nombre de personnes qui rappellent en disant « mon fils il a toujours de la fièvre » ben oui hier je vous ai dit que ça allait durer trois jours, je pense que quand ils ont le papier sous le nez à la maison ils rejettent un petit coup d'œil et ils se font « ah oui » et peut être qu'effectivement ça les rassure d'avoir en plus une source extérieure quoi et je sais que il a enfin moi c'est souvent ou du coup quand il donne des conseils d'éducation alors il les donne pas tout le temps au patient, des fois il adapte un peu en fonction de la famille et de voir de l'adhérence qu'il a en la consultation mais euh soit il peut donner un petit complément effectivement d'un texte, quelque chose qui est toujours écrit de façon très simple puisque c'est justement à destinée éducative euh donc voilà et euh...ça peut être aussi sur par exemple sur le suivi des PSA en fonction de l'âge etc. tout les combien on le fait. C'est vrai que par rapport à moi, ce que j'ai appris

en cours enfin y'a des choses qu'ont un peu changé, et je trouve que c'est pas mal, enfin après c'est sur que ça ne vient pas de moi-même c'est lui qui m'a montré un peu comment il travaillait et je trouve que c'est pas mal d'avoir effectivement une source extérieure parce qu'auprès des patients ça donne encore plus de crédibilité à ce qu'on peut leur apporter. Le fait que ce soit quelque chose qui soit paru après ils n'en savent rien du niveau de preuve de quoi que ce soit, ils ne savent pas de quelles revues ça sort mais enfin voilà, c'est quelque chose qu'a été écrit qui est donc pour eux et donc du coup a plus d'importance et qui peut appuyer ce que le médecin dit quoi. Mais sinon après avec des infirmières non, enfin quel que soit l'endroit où je suis, je travaille, on travaille pas du tout avec des infirmières

P : en diabéto un petit peu

O : mouais...

P : nen, y'en a un qui bosse pas mal avec des infirmières mais uniquement dans ce cadre là...

O : non nous on travaille avec personne d'autre

R : les réseaux, c'est aussi pas mal adapté en fait. Les euh le fait d'avoir un discours qui est commun médecins généralistes, spécialistes, les infirmières, les pharmaciens, le fait de travailler dans un réseau et d'avoir le même formateur pour tous les membres du réseau et même pour les patients, je vois autour de Loches c'est J.J G. le diabétologue qui fait les topos sur le diabète, à tout le monde et c'est pharmacien, kiné et euh et pédicure, podologue, infirmière et patient et en fait dans le réseau on se rend compte que les euh si une infirmière ou un kiné qui travaille enfin qui vient pour les cours, le fait d'avoir le même discours et les mêmes mots pour les patients, à fortiori si le patient est venu au cours c'est quelque chose qui est positif. Le fait de travailler justement avec les euh moi je enfin en médecine du sport je me rends compte que je travaille avec les euh avec les podologues, avec les kinés ouais et euh, et c'est la même chose, le fait d'avoir le même type de discours, les mêmes mots c'est quelque chose qui est extrêmement important pour la prévention. C'est quelque chose qui passe mieux auprès du patient si y'a pas des contradictions entre les acteurs de santé quoi...

O : hum... pour le moment j'ai rien enfin je veux dire, je pense mes premières consult, je bosserai sûrement avec un support écrit je pense, parce que c'est le plus simple, parce que pour le moment j'ai pas de réseau enfin on commence à peine, on a pas encore euh... on est pas encore fixé, alors euh moi je pense que le temps de me faire à la au à l'environnement, à ce qui peut se développer ouais je pense que je travaillerai surtout avec du support écrit, euh je me (se ???) renseignerai voilà sur ce qui existe autour, l'espace souffle pour les diabét..., pour les asthmatiques par exemple, je sais que ça existe alors j'essaierai de me renseigner mais pour le moment je pense que ce sera du support écrit.

R : Et les messages nationaux c'est quelque chose qui est sur lequel on enfin je me rends compte que je m'appuie beaucoup dessus.

P : Hum (*approbateur*)

R : « Les antibiotiques c'est pas automatique »,

O : à ouais ouais c'est vrai

Q : ouais

R : le euh c'est quelque chose qu'on, finalement qui passe très bien en consultation, c'est euh qui est très bien entendu, le fait d'avoir les affiches dans une salle d'attente c'est quelque chose qui est souvent évoqué par le patient

P : ouais c'est vrai ,c'est pas mal ça les affiches

R : et c'est euh enfin c'est un gain de temps énorme, ceux qui ont déjà lu ce qui est écrit sur l'affiche que le cancer colorectal voilà c'est quelque chose qui... qu'est tout gentil quand on le voit à la télé et qui est euh qui permet justement de« ah oui au fait j'ai entendu dire que », un gain de temps énorme parce que c'est le patient qui fait la demande finalement, et c'est pas quelque chose qu'on lui impose forcément. Moins intrusif.

O : Hum (*approbateur*)

**Donc c'est parfait que tu parles de patient. Pour vous le patient il a quelle place dans la prévention, le dépistage et l'éducation ?**

*silence*

Q : dans la prévention enfin je trouve que c'est plutôt le médecin qui prévient, après je trouve qu'il a plus une place au niveau du dépistage quand il justement il est dans des demandes, euh l'éducation c'est sûr que de toute façon on marche ensemble enfin on peut pas aller l'un sans l'autre puisque enfin on va nous à la rigueur pouvoir faire un peu de prévention, mais enfin on peut lui donner les conseils pour l'éduquer mais enfin la personne qui va les mettre en pratique s'il accepte enfin ce sera le patient, donc euh voilà enfin je pense que les deux ont une place égale.

O : Ouais

P : je dirais pareil mais pour les trois, parce qu'au final nous on l'informe juste, on lui explique, on voilà, on peut mettre en place des choses mais au final enfin c'est...il va le faire tout seul, c'est lui qui va prendre des rendez vous , c'est lui qui va aller faire ces examens, c'est lui qui va manger, c'est lui qui va faire son sport c'est lui et ça c'est pas nous, donc euh pour moi ouais...c'est lui l'acteur de tout ça.

**Tout le monde est d'accord avec ça ?**

O : ouais

R : complètement

*silence*

**Et donc par rapport au médecin, quelle compétence le médecin doit avoir selon vous pour pouvoir avoir le rôle que vous avez décrit jusqu'à maintenant ?**

Q : je pense qu'il faut qu'il soit à l'écoute parce que y'a des fois des demandes qui sont pas forcément, pas explicites. Ils peuvent très bien commencer sur un sujet et mais voilà pas oser aborder un autre sujet et juste enfin voilà, nous surtout les jeunes avec les dépistages par exemple des MST enfin voilà ils peuvent débiter quelque chose mais pas oser dire « ben voilà j'ai eu un rapport non protégé » enfin y'a encore des choses qui sont quand même tabou et euh du coup donc il faut être assez à l'écoute pour justement tendre des perches euh, pour après orienter vers le dépistage, je pense qu'il ne faut pas non plus se braquer. Les gens ont droit, enfin le dépistage c'est quelque chose qu'on leur propose, ils ont droit de ne pas y adhérer mais c'est pas pour ça qu'il faut baisser les bras non plus, tout comme

l'éducation notamment pour les diabétiques avec les réfractaires qu'on a, (*sourire*) je pense que voilà, il ne faut pas baisser les bras, c'est comme pour le sevrage du tabac ne serait-ce que voilà leur rappeler à la consult d'après « ben alors, vous en êtes où ? » « est-ce que vous avez réussi à faire des efforts ? » encourager le moindre effort parce que c'est important si on veut justement optimiser après par la suite son adhérence enfin voilà, donc euh voilà je dirais ça.

R : c'est vrai qu'il faut beaucoup beaucoup d'aplomb, en fait il faut euh faut avoir un peu tendance à être borné parce que euh finalement le patient qui semble ne rien demander trouve ça relativement normal que son médecin lui en parle, que ce soit le message de prévention de dépistage, le... même sur le mode de vie c'est quelque chose que le patient trouve normal, son médecin lui impose ou lui explique les choses. Donc le médecin a tout intérêt à être borné et euh et à se dire qu'il faut faire les choses malgré tout et même malgré ce qu'il aurait envie de faire et malgré... enfin on a toujours trop l'impression, enfin moi c'est ce que j'ai vu, qu'on est intrusif alors que le patient tolère beaucoup. Tolère beaucoup de choses.

P : moi je pense qu'il y a aussi enfin ça paraît bête quoi de le dire comme ça mais faut vraiment aussi avoir des compétences scientifiques solides quoi parce que quand il y a quelque chose qu'on connaît euh hyper bien et ben euh ça file, on est vachement sûr de nous on est hyper persuasif

O : ouais ouais

P : et euh ça enfin moi c'est le premier truc euh c'est le premier truc auquel je penserais plutôt que ...alors l'écoute je ne vais pas dire le contraire, évidemment c'est super important et tout de bien faire passer le message de voir ce que Q et R ont dit mais c'est vrai que pour moi le principal c'est d'être super au clair, « alors voilà ce que vous devez faire, ce que vous devriez faire et euh tac tac tac si vous êtes d'accord etc. » mais euh quand on est hyper sûr de nous et que dans notre tête ça file etc. enfin moi c'est ce qui me permet vraiment je pense de euh parce que c'est vrai que des fois quand je ne sais pas trop et tout je me dis « bon ben si il ne veut pas prfff » ben voilà parce que moi même je ne suis pas hyper sûr de mon coup quoi

**Et ces connaissances là tu les as eues ou, tu les sais d'où ?**

P : ben euh du coup euh ben je les avaient apprises ben en temps qu'externe pendant l'internat et tout ça et puis y'a quand même pas mal les FMC, les ... enfin moi je me fie pas mal là-dessus parce que du coup ce qui est plus agréable en FMC c'est que c'est des gens ou euh des séminaires comme celui qu'on a eu mardi et qui sont pas souvent c'est pas souvent le cas dans le cadre du DUMG on a des trucs hyper théoriques qui ne riment vraiment à rien, ça me fait plaisir de le dire une fois de plus quand même, non mais (rires) non mais d'avoir quelque chose de concret avec quelqu'un qui nous parle d'une vraie pratique et du coup qu'a été confronté avec des patients.... voilà, c'est plus FMC et tout ça puis après lire des trucs euh même des brochures

R : les praticiens

P : et les prats

R : et puis les messages qu'ils font passer aussi c'est des choses qu'on reprend. Moi je dans le diabète je me rends compte que pour faire passer l'exercice physique c'est un message euh d'un de mes praticiens que euh...que je fais passer. C'est euh J'ai pas trouvé plus efficace que ce que euh des médecins qui existent depuis des années mettent au point depuis qu'ils sont en exercice. Le fait de dire qu'on va repousser le passage à l'insuline de 7 ans c'est un truc qui parle à tous les patients et c'est euh quelque chose qui... que... qu'est pas mis en avant forcément en FMC, qu'on a tendance de plus en plus à retenir

P : hum (*approbateur*)

R : parce que on se dit « tiens c'est un message qu'il faut que je fasse passer » mais c'est... c'est pas le premier message qui est passé en cours ou le premier message qui qu'on voit dans les revues ou qu'on voit dans les euh dans tout ce qui est très théorique. La pratique c'est... j'ai l'impression que c'est sur le terrain que je l'ai apprise.

P : ouais moi c'est pareil, sur le terrain ouais

**Mais euh les connaissances qui te permettent de pratiquer, donc y'a les FMC, les cours de base qu'on a eu à la fac mais euh est-ce qu'il y en a d'autres des ressources que vous avez ou... ?**

P : pas spécialement

**parce que toi tu dis que finalement le médecins généraliste avec qui tu travailles est aussi une ressource**

R : hum (*approbateur*)

**est-ce que vous en avez d'autres ? soit humaine soit euh...**

P : ouais les revues

O : des spécialistes enfin des fois on peut amener à être en contact avec un spécialiste quand vraiment y'a des fois on butte ou euh pour des soucis, c'est eux vraiment qui sont le plus en avant, après quand on a confiance oui, je sais pas après

P : non moi éventuellement aussi lire des revues, mais pour l'instant...

**Lesquelles ?**

P : La revue du prat parce que c'est la seule que j'ai (*rire*) peut être que après voilà j'aurai d'autres choses mais voilà pour l'instant moi j'ai pas beaucoup plus de sources que ça

O : hum (*approbateur*)

*silence*

R : Le quotidien, le heu

O : c'est aussi les confrères en fait

R : pardon

O : pardon je t'ai coupé... mais les confrères aussi en discutant voir un petit peu, ils peuvent nous apporter d'autres visions, d'autres ...

R : ouais

Q et P : hum (*approbateur*)

R : ne serait ce que, ce qui va faire qu'on va aller faire une recherche c'est-à-dire le, des choses aussi bêtes que le journal télévisé de 20h qui fait qu'on va se poser la question de savoir quels sont les effets secondaires du ... d'une exposition nucléaire par exemple  
sourire général

P : *rire*

O : oui, c'est vrai

Q : c'est clair

R : et euh, en fait... si on avait pas tendance à parler avec quelqu'un mais qui n'est pas du tout dans le milieu médical ou si on n'avait pas tendance à vivre en dehors, ne serait ce que quelque chose aussi bête que ça, y'a des choses qu'on ferait pas

O : oui, c'est vrai

R : donc euh moi je sais que, sur Internet y'a plusieurs recherches que je fais.

P : hum (*approbateur*)

R : C'est sur Google tout simplement

P : par exemple ouais

R : pour essayer de trouver des sites référencés, mais c'est... c'est relativement fréquent d'avoir un patient qui pose une question et derrière une recherche, voilà c'est ...c'est enfin les apports sont divers et variés quoi.

O : hum hum, ouais

*silence*

**D'accord et donc euh quels sont les événements que vous avez identifiés qui vous ont fait progresser, dans ce domaine là, et quels sont les obstacles que vous rencontrez à la poursuite de cette progression donc quels sont les obstacles que vous avez rencontrés ?**

*silence*

**Est-ce que c'est l'accès à l'information qui est difficile, est-ce que c'est le fait d'avoir les patients qui sont pénibles, est-ce que c'est ... enfin voilà, est-ce que y'a des choses que vous avez identifiées là comme événement qui vous ont permis de progresser dans ce savoir de l'éducation prévention dépistage ou qui au contraire sont vraiment des obstacles à la progression et que vous avez pas encore réglés quoi ou que vous avez du mal à régler.**

Q : je pense qu'après le principal obstacle en fait dans l'éducation c'est quand le patient enfin on arrive pas à le faire adhérer et qu'on trouve pas pourquoi, enfin on arrive pas à trouver quelque chose qui pourrait lui faire le déclic, on a quasi le même discours enfin avec le .. voilà avec d'autres patients qu'on arrive à faire adhérer et puis y'en a on arrive pas à leur faire le déclic même si on change notre discours, pour moi c'est le principal obstacle que j'ai.

P : hum

**Et comment tu gères ça ?**

Q : Ben c'est bien embêtant (*rire*) je... enfin quand au bout de 10 min quand, enfin voilà, je leur explique, ils me disent qu'ils ont compris mais je sens bien enfin je sens bien qu'ils ont compris mais je sens bien que ça va rien changer donc je me dis qu'il faudra en reparler à la prochaine consultation et puis peut être qu'un jour ça marchera quoi. Mais c'est pas en une consultation qu'on arrive toujours à régler les problèmes de prévention de dépistage et d'éducation quoi. C'est sur du long terme. Enfin c'est mon impression, y'en a pour qui voilà la consultation le message y va passer tout de suite, y vont faire attention, et puis y'en a peut être qui faudra 10 ans.

*silence*

**tout le monde est d'accord?**

P : hum hum (*approbateur*)

O : enfin oui, moi mon principal obstacle comme je

disais c'est que encore ben...j'ai pas assez d'expérience quoi, c'est tout, je pense que pour bien faire passer les messages pour voir si les gens ont bien compris euh et avec le niveau 1 enfin j'ai pas encore eu cette expérience là

P : il y a peut être le patient qu'est pas du tout sensible euh, qu'a juste envie que tu le lâches quoi quand tu lui dis d'arrêter de fumer, et puis voilà. Donc moi y'a un de mes prats, il sait que ça passe pas bien à chaque fois euh il va lui répéter « c'est pas une discussion ouverte, c'est je vous redis que .... » telle chose quoi, donc ça peut être sur un motif direct pour pas re-renter dans un conflit qui va durer longtemps etc. mais au moins le message est passé voilà euh après l'autre obstacle ben c'est le temps quoi parce que moi là franchement y'a une des personnes chez qui je travaille on manque toujours de temps et euh je me dis que concrètement ben là j'ai pas le temps quoi (*sourire*),han. Donc ça laisse une grosse sensation d'insatisfaction

R; hum (*approbateur*)

P : quand on manque de temps et qu'on peut pas que ce soit ça ou d'autre chose mais euh...mais bon en tout cas c'est vrai quoi c'est...c'est le principal obstacle.

Q : hum (*approbateur*)

R : enfin moi, je suis d'accord avec toi mais moi je me rends compte que moi .... Le premier obstacle c'est le conflit, c'est quand le patient rentre dans le conflit,

P : ouais

R : c'est ... je... à ce moment là je ne peux plus faire passer quoi que ce soit,

P : ouais voilà

R : j'arrive plus à ...

P : ce qui t'attend quoi

R : et c'est impossible de lui faire changer d'avis, de le faire ....

P : le truc... quoi

**Et euh comment vous appréhender, parce que vous dites que pour le patient vous avez des messages structurés etc. Est-ce que vous prenez en compte ses croyances, si il croit que faut manger des carottes pour arrêter de fumer comment vous faites ? euh enfin voilà comment vous gérez ça ? et comment vous gérez le malade et sa maladie, comment lui ... où il en est dans la compréhension de sa maladie ? comment vous arrivez à gérer tout ça, cette évolution, vous avez dit dans le temps mais comment vous arrivez... enfin je vais y arriver(*sourire*): comment vous arrivez à prendre en compte les croyances et les représentations, est-ce que c'est important pour vous de prendre en compte déjà ? et deuxièmement comment vous arrivez à gérer euh... à savoir à quelle étape est le patient dans la connaissance de sa maladie ?...**

*silence*

**est-ce que je ...**

P : hum (*approbateur*)

R : si en fait le... comment gérer le...enfin les croyances du patient en fait, je me rends compte depuis peu de temps que je le laisse se planter ; c'est-à-dire que je vais lui expliquer que je ne suis pas d'accord avec la prise en charge qu'il propose mais que je suis pas là pour lui imposer ma façon de voir les choses. J'essaie de le guider si ce qu'il m'explique n'est pas dangereux, mais

que je le laisse se planter parce que je sais qu'il va se planter c'est euh ...

P : moi je ne dirais pas se planter, enfin je, par exemple le (*sourire*)... que ce soit l'homéopathie, qu'il va aller voir le rebouteux, tant qu'en fait ça ne m'empêche pas de le suivre, qu'il va quand même adhérer au traitement, qu'il veut arrêter de fumer par x manières etc. ... moi je me dis s'il y a une efficacité quelconque psychique, si ça l'aide d'une façon ou d'une autre en fait au contraire, j'appuie plutôt le truc quoi. Alors je lui dis « écoutez moi je ne sais pas, je connais pas, mais si ça marche dites moi au contraire ça m'intéresse » enfin voilà je ne dis pas du tout que je pense que c'est bidon euh même le rebouteux quoi,

O : hum (*approbateur*)

P : s'ils veulent y aller ben qu'ils y aillent je veux savoir ce qui se dit là bas parce que en fait je pense que si on met des barrières, ça je le faisais pas du tout avant en fait quoi, et je me rends compte qu'en médecine générale c'est quand même des gens qui reviennent, euh si eux ils sont attachés à leur truc et qu'ils sont pas d'accord, il va se dire « oh il va me prendre pour un con, j'ose pas lui en parler » du coup je me dis qu'il va y avoir des non dits donc euh c'est vrai que maintenant je fais beaucoup plus attention, enfin y'a toujours des trucs qui vont me faire rire ça c'est sur mais pfoù voilà quoi

Q : moi je suis assez d'accord mais avec tous les deux en fait. Je suis d'accord sur le fait justement effectivement qu'il faut rester ouvert et que tant que voilà on sait que ça lui apporte pas de mal au patient, pourquoi pas enfin effectivement si l'autre côté après peut lui apporter du bien euh, par moyen psychique ou quoi que ce soit, pourquoi pas, mais je suis d'accord aussi avec R, on a des patients justement qui...qui trouvent que leur traitement, pour des traitements chroniques justement pour toutes ces maladies silencieuses, euh en gros servent à rien et du coup par eux même enfin, alors y'a ceux qui ont déjà arrêté le traitement qui le disent pas forcément, donc on peut pas trop en dire dessus, mais y'a ceux qui du coup enfin ils ne sont pas convaincus par le traitement ils ont envie d'arrêter le traitement etc. et parfois, enfin moi je l'ai déjà vu faire et je trouve que c'est, enfin c'est?, si ça peut leur montrer l'efficacité du traitement justement pour tout ce qui est pas ressenti même le cholestérol, quand ils arrêtent leur traitement, dire bon ben on sait qu'ils vont se planter effectivement puisque ils ont commencé ils avaient trois grammes donc pas de raison, mais leur dire OK on arrête, et on re-contrôle et puis si jamais c'est pas bien, celui d'avant sous traitement il était bien si jamais c'est pas bien c'est qu'y a besoin du traitement. Et du coup je trouve que ça leur rapporte une preuve en plus comme quoi, oui le traitement il est efficace, peut être que ça permettrait une adhésion ils auront essayé donc quelque part on aura nous de notre coté un peu lâché et on leur a montré qu'on était ouvert voilà et puis je pense que trois mois si après ça lui permet d'adhérer pendant dix ans enfin c'est quand même au final quelque chose de positif quoi. Enfin je pense qu'il faut ...faut savoir faire un peu les deux quoi.

P : hum (*approbateur*)

*silence*

**et O?**

O : Ben moi pareil, j'suis d'accord quand les patients veulent passer enfin par d'autres... d'autres méthodes euh... comme on disait, pour arrêter de fumer ou quoi que ce soit, quand ça leur fait pas de mal, je leur dis « ben écoutez pourquoi pas » si jamais ça peut les faire arrêter ben tant mieux hein. Mais c'est vrai après avoir un point de vue, les revoir et voir un petit peu après comment ça évolue dans leur tête c'est pas plus mal. Moi non, pour l'homéopathie c'est pareil moi je leur dis « pfou y'a rien de scientifiquement prouvé mais bon si ça peut les aider pfou, je sais pas, enfin je peux pas ... si leur croyance bon euh ça, ça les mets pas en danger où ça ... »

P : ouais moi je disais « tant que ça les mets pas en danger »

R et Q : hum (*approbateur*)

P : c'est-à-dire que si ils arrêtent un traitement après je serais un peu moins heu

O : oui

P : voilà c'était j'suis assez d'accord avec toi, s'ils arrêtent le traitement je vais être moins

O : après c'est vrai

P : moins dans leur sens (*petit rire*)

O : oui parce qu'après c'est difficile quand ils sont bornés, quand ils veulent arrêter un traitement pfou, ouais c'est vrai que c'est , c'est vrai que euh j'avais du mal enfin j'ai du mal à, dès qu'ils commencent à être butés « je veux plus de traitement, je veux plus me soigner » ça c'est ..c'est vrai que j'ai ... c'est une situation qui me posait problème, mais c'est vrai que peut être l'idée de leur dire bon ben vous allez voir ....

P : ben c'est vrai ,que quand tu vois pour le cholestérol, le mec qu'arrête son Kardegic, parce qu'il avait fait un AVC, enfin tu vois (rires) tu fais pas euh ...tu peux pas dire ...

O : Après...

P : après ça dépend

Q : enfin on a pas non plus enfin je me fais pas d'idée quoi,

P : oui ben ouais

Q les patients qui veulent vraiment arrêter leur traitement y'a deux solutions, soit ils nous en parlent et y'a moyen de discuter et du coup peut être de ne pas non plus complètement les braquer en leur disant « bon ben on va voir comment ça se passe » après je suis d'accord, pour le Kardegic ça m'embêterait bien mais euh

P : ouais bien sur ouais, le truc c'est que si tu lui dis un moment « ouais vous pouvez arrêter votre traitement pour le cholestérol on verra bien » peut être qu'à un moment au bout de trois, si tu le vois tous les six mois, au bout de trois mois lui te sortir « j'arrête mon Kardegic », il va pas te le dire tout de suite, du coup moi j'aurais du mal à ... moi j'aurais du mal à lâcher quoi mais bon

Q : je pense que si t'as été ouverte tu vois, après sur .... Après je te parle du cholestérol voilà maintenant ça m'est arrivé en consultation où ils me parlaient justement qu'ils avaient trop de médicaments, on refaisait le tour leur dire ça non

P : voilà essayer de faire des associations, plus que

faire des compromis moi je ...

Q : mais du coup tu vois dire « bon ben on peut si vous voulez, on peut essayer d'arrêter celui pour le cholestérol »

O : hum (*approbateur*)

Q : « on voit comment ça se passe dans trois mois », mais par contre le Kardegic non celui-ci c'est trop important parce que c'est en prévention de ça », rappeler pourquoi y'a ce médicament là

P : hum (*approbateur*)

Q : l'importance de ce médicament là euh parce que en plus du coup on pourra pas leur prouver non plus à trois mois l'intérêt du Kardegic, du coup ça nous avancera pas nous dans la prise en charge mais je pense que si d'emblée on lui dit « ben non enfin là le traitement du cholestérol enfin vous en avez vraiment besoin » on sait, il était à trois grammes au début, mais je pense que le jour où il en a marre en fait il nous en parle pas il l'arrête. Et au final on a perdu son adhésion en fait au traitement et euh enfin du coup on sait plus réellement ce qu'il prend et y'a que le jour où il se passe quelque chose qu'on apprend qu'il prenait plus son traitement. après je te dis, c'est sur que le Kardegic je serais embêté quoi et je lui dirais non d'emblée, mais ça dépend du traitement.

P : ouais mais voilà non mais moi je te dis, j'aurais plus tendance s'il voulait diminuer le traitement, faire des concessions, essayer de prendre des trucs en prisunic, de faire des associations, j'aurais du mal à accepter l'arrêt mais effectivement après si ça se trouve il va le faire sans me le dire, mais pour l'instant en tout cas euh j'aurais du mal à lâcher la-dessus mais ....il n'y a pas de réponse type , mais tu vas faire ça pour un mec ça va être niquel, l'autre tu vas faire après ben c'était pas comme ça qui fallait faire mais ça tu le sauras que bien plus tard quoi donc euh

R : je me suis rendu compte que sur les polymédiqués comme ça, ce qui est , ce que moi je fais mais que je n'ai pas forcément .... C'est aller trop dans son sens c'est-à-dire lui dire « oui vous avez trop de médicaments, du coup on va arrêter le stilnox »

*rire général*

Q : j'aimerais bien voir celui qui va l'enlever (*rire*)

R : et ça ça marche à tous les coups, enfin finalement c'est ...les patients finalement les patients à ce moment là se disent que « mon traitement il le supporte pas mal et que ... » et finalement on le continue, mais euh ça se trouve ça euh enfin le font peut être pas, ou ça marche que pour un tour et que trois mois plus tard euh...mais en tout cas...

P : après par rapport aux croyances aussi enfin ce qu'on a pas trop parlé, en fait ce qu'on rencontre tout le temps c'est la croyance genre « j'ai mal à la tête parce que je prends votre médicament là »

R : hum (*approbateur*)

P : quand on sait très bien que c'est pas ça que ce qu'on fait « j'ai envie de vomir parce que c'est votre truc euh »

O : parce qu'il a lu, il a bien sur lu la notice et puis « oui, c'est dans les effets secondaires, je les ai tous »

P : moi c'est différent à chaque fois là la réponse, ça va dépendre du mec de la dame comment je sens le truc

R : je sais qu'en général j'écoute et presque à tous les

coups le patient en disant « non » enfin

P : ben le problème c'est que si lui dis non, ben là tu te dis il va peut être tenter le coup d'essayer de l'arrêter lui-même

R : oui c'est ça c'est-à-dire que moi je dis non c'est pas ça mais par contre vu que ça vous embête on va changer le truc

R : oui voilà

P ouais

R : euh...alors, et en mettant ..... ou un générique enfin peut importe mais c'est euh en mettant quasiment le même médicament disons « vous allez voir que ça va continuer de la même manière, et c'est pas à cause du médicament mais du coup si vous pensez que c'est ça je vous le change ».

P: ouais c'est pas mal

O : et c'est euh c'est pareil je manque de recul pour savoir si c'est efficace ou pas, parce que je ne pense pas avoir fait assez de consultation pour euh mais ça c'est pareil, c'est quelque chose aussi que j'ai récupéré chez un, comme attitude, chez les médecins chez qui j'étais et en ayant une attitude scientifique et malgré tout en écoutant le patient quoi

**euh ben en fait on a fait un peu le tour des questions que je voulais aborder, donc j'ai une dernière question : est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ? ... SILENCE... après avoir parlé de tout ça si on reposait la question : qu'est-ce que recouvre pour vous l'éducation, la prévention, et le dépistage, est-ce que vous avez l'impression qu'on a tout aborder ? est-ce qu'il y a des oublis**

P : on a pas beaucoup parlé du patient quand même

**Alors qu'est-ce que t'en penses du patient ?**

Q : (rires) et ouais lui demander ce qu'il sait lui, ce qu'il a comme attente, effectivement c'est vrai que on a peut être pas développé.. de ce qu'il souhaitait faire, voilà comment il se voyait lui en tant que patient, ce qu'il pensait être au niveau de sa santé, est-ce qu'il pensait justement avoir pris des risques ? on a pas parlé de tout ce champ là.

**Ben vas y**

*Rires*

P : si quelqu'un veut prendre la relève, n'hésitez pas...

Q : va y va y...

P : Ben du coup je fais du concret parce que j'ai pas c'est vrai que par exemple la personne en gros qui va bien, qui vient pour son certificat de sport j'en sais rien, leur dire « ben voilà vous avez trente deux ans, est-ce que vous pensez que par rapport à votre santé y'a des choses sur lesquelles moi je devrais peut être plus axer ma consultation enfin j'en sais rien c'est vrai que c'est pas un truc que je fais trop actuellement, mais finalement ça peut aussi... enfin moi je ...c'est un, c'est pareil ça c'est un de mes prats qui fait ça, qui mets vachement le patient en tant qu'acteur de son truc quoi pour qu'il adhère, et heu j'essaie de le faire de plus en plus parce que je trouve que ça fonctionne bien en fait ça rend les gens responsables de leur santé et euh y croit vachement, après c'est un double revers, c'est que le côté où lui il a tendance à se dire ben si il veut pas le faire pfff c'est lui l'acteur et puis voilà, donc heu c'est vrai que peut être plus heu éduquer, dépister et tout ça en fonction des attentes du patient,

sans oublier les grandes lignes, ce vers quoi on peut aller mais effectivement ça permettra d'axer sur quelque chose de précis par rapport à la personne qu'on suit et puis ça permet aussi de répondre peut être mieux à ses questions parce que ...enfin ça favorise l'échange, plutôt que de lui dire moi j'ai ça ça ça à faire clac check list et puis euh

**Donc finalement pour toi, la place du patient elle est-centrale ?**

P : oui oui tout à fait

**Et si tu sais pas où il en est dans l'appréhension de tout son environnement, sa maladie, tout ça, tu peux pas faire une consultation de qualité, c'est ça ?**

P : oui tout à fait

**Et comment tu sais à quel niveau il est ?**

P : ça c'est la question qu'on a soigneusement évitée tout à l'heure ? (rires)

O : non je me disais que ça c'est quelque chose que je ne fais pas parce que c'est vrai que

P : c'est plus difficile

ouais, parce que c'est des gens enfin c'est vrai que des fois le fait de ne pas les connaître justement ça peut nous permettre de savoir eux où c'est

O : parce que toi tu ne sais pas non, où c'est qu'ils en sont plus donc t'es obligé de les questionner

P : voilà, où c'est qu'ils en sont. C'est vrai que d'un côté je dis que je ne fais pas mais peut être qu'en fait je le fais. C'est vrai que voilà « où vous en êtes, comment ... » c'est vrai que ça peut à notre niveau, être le seul moyen de savoir où ils en sont et de peut être relever des questions qui n'avaient pas été euh perçues avant mais euh sinon le temps de la consultation puis après on fait des ordonnances, où on mets deux trois petits conseils alors dans tout ça pour le moment poser « où c'est que vous en êtes ? qu'est-ce que vous savez ? » moi je sais pas pour le moment, c'est un peu chaud quoi,

P ; hum (*approbateur*)

O : pas encore je pense, parce que je me donnerai un peu de temps avant de pouvoir ....

P : moi je sais que j'ai pas répondu parce que je savais pas trop, je pense que voilà il faut sûrement le faire reformuler, lui poser des questions ouvertes et tout. Vous allez dire que je suis obsédée par le temps mais euh pour l'instant je n'ai pas le temps de faire ça. Alors que effectivement c'est super important quoi

R : après moi je me rends compte, c'est difficile de faire passer plusieurs messages de prévention en même temps, c'est-à-dire le euh sur une consultation on peut aborder un message de dépistage prévention et c'est difficile d'emmener le patient sur plusieurs terrains différents au sein d'une même consultation.

**Comment tu choisis ce message ?**

R : Et ben justement, c'est en fonction du motif de consultation ou en fonction des orientations récentes, c'est-à-dire que le euh une consigne qu'est passée y'a pas si longtemps c'était faire le dépistage VIH, alors un peu généraliser et c'est ...à partir du moment où j'ai entendu le message récemment , si j'ai pas de message de dépistage adapté aux patients et adapté au motif de consultation pour un patient vasculaire, je peux lui parler de sa sexualité parce que il peut avoir des soucis de vascularisation etc., et euh et si j'ai pas d'orientation

particulière c'est vrai que je vais aller vers ce que j'ai entendu récemment,

P et Q : hum (*approbateur*)

R : vers une campagne actuelle, vers ....voilà quelque chose de très général mais du coup qui n'est pas une demande du patient c'est vrai,

O : hum (*approbateur*)

R : et donc le euh mais ça passe relativement bien chez le patient même si c'est quelque chose qu'il n'a pas amené et donc le fait de faire du patient un acteur en proposant les choses, en imposant pas oui, malgré tout j'ai l'impression que c'est à moi d'amener le message même si le patient il veut pas quoi...

P : hum (*approbateur*)

R : Souvent

**et Q ?**

Q : non ben oui, je suis assez d'accord effectivement, j'ai pas grand-chose de plus à rajouter quoi, enfin je suis d'accord avec l'ensemble de ce qui a été dit, c'est

un peu ce qu'on disait au début en fait, c'est que du coup on est acteur tous les deux et que ça peut très bien être une demande du patient quand il arrive, une demande plus ou moins masquée ou alors effectivement au cours de la consultation on se fait « tiens au fait est-ce que ça vous dira pas .... » enfin ça peut très bien être nous qui proposons.

*silence*

**Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter ?**

*Silence*

**Est-ce que la prévention dépistage éducation vous évoque encore d'autre truc ?**

*Silence*

**Pensez vous qu'on a fait le tour de la question ?**

Oui commun

**Pensez vous qu'on peut arrêter les enregistrements ?**

*rire*

Oui

commun

#### **ANNEXE 4 : Grille de codage commune - Nantes**

##### **le temps (t)**

- t1 le manque de temps
- t2 un temps linéaire
- t3 un temps opportun
- t4 la répétition
- t5 savoir dédier du temps au cours de la consultation ou choisir de reconvoquer
- t6 savoir prendre le temps

##### **les contraintes / freins / obstacles (o)**

- o1 le contexte aigu
- o2 les obstacles socio-économiques
- o3 le système de santé
- o4 le manque de suivi
- o5 les contraintes organisationnelles

##### **le rôle du médecin (pm)**

- pm1 les connaissances biomédicales
- pm2 évaluer le niveau de compétence du patient
- pm3 une obligation de moyens
- pm4 l'interne ne maîtrise pas tout
- pm5 le transfert de compétences vers le patient
- pm6 travailler en équipe pluridisciplinaire
- pm7 les représentations du médecin

##### **la posture du patient (pp)**

- pp1 la vision du médecin compétent par le patient
- pp2 le patient agaçant
- pp3 le patient passif
- pp4 le patient acteur
- pp5 l'état de santé du patient
- pp6 le patient qui fait « bien » ou « mal »

##### **une compétence relationnelle (cr)**

- cr1 savoir s'adapter au patient
  - cr2 comprendre la globalité du patient
  - cr3 savoir négocier
  - cr4 motiver le patient
  - cr5 informer
  - cr6 les qualités du médecin pour l'éducation
  - cr7 un manque de formation en communication
  - cr8 la place de la communication ou de la compétence relationnelle dans la pratique
- 166

##### **apprentissage / acquisition (aq)**

- aq1 un modèle de rôle
- aq2 les outils
- aq3 les différents interlocuteurs
- aq4 des connaissances théoriques
- aq5 les ressources
- aq6 le lieu
- aq7 l'expérience personnelle

##### **réflexivité (r)**

- r1 les lacunes
- r2 une compétence complexe et centrale
- r3 un aperçu ponctuel
- r4 l'analyse de ses échecs
- r5 l'omniprésence de cette compétence
- r6 une compétence propre à la médecine générale
- r7 une compétence de tout médecin

##### **santé publique (sp)**

- sp1 intégrer la santé publique à sa pratique
- sp2 l'éducation à la santé

## ANNEXE 5 : Grille de codage - Tours

### **I) représentations sur l'éducation – prévention – dépistage**

1 une représentation globale floue  
confusion des notions  
un début de distinction éducation prévention et dépistage  
des principes flous  
une place essentielle dans la pratique de médecine générale  
un domaine vaste et complexe  
intérêt identifié  
place du médecin et du patient  
une démarche facilement acceptée  
une population globalement éduquée

2 ce qui décide un médecin à faire de l'éducation – prévention – dépistage  
pas de stratégie  
du contexte  
de la réceptivité du patient  
de la personnalité du patient  
des attentes du patient  
de la connaissance du patient du médecin  
de l'environnement

3 qui bénéficie de l'éducation – prévention – dépistage ?  
les patients spécifiques  
les troubles alimentaires  
les maladies graves  
les autres maladies  
les disciplines

4 quels sont les sujets de l'éducation – prévention – dépistage ?  
les antibiotiques  
l'alimentation  
la vaccination  
les traitements  
la consommation de drogue  
la contraception  
la maladie en elle même  
les complications  
les règles à suivre

5 quels sont les outils de l'éducation – prévention – dépistage ?  
des tests  
de la clinique  
du matériel

### **II) représentation sur la place du médecin**

#### **généraliste**

##### 1) représentations sur les missions du médecin généraliste

une place spécifique auprès du patient  
coordonner  
écouter  
informer  
expliquer  
convaincre  
conseiller  
proposer  
provoquer le questionnement  
orienter  
établir un suivi  
surveiller  
soutenir  
encourager  
discuter  
montrer  
résoudre des problèmes  
s'assurer de la compréhension du patient

##### 2 représentations des compétences du médecin généraliste

1) une aptitude de communication  
savoir se répéter  
savoir interroger le patient  
savoir cerner le patient  
adapter son discours  
avoir un message clair  
rester neutre ne pas juger  
savoir lâcher prise  
savoir négocier  
savoir persévérer  
obtenir la confiance du patient  
utiliser les messages de sante publique

2) prendre en compte le patient  
prendre en compte le caractère  
prendre en compte les croyances  
chercher à obtenir son intérêt  
respecter la liberté et les choix du patient  
le faire participer

3) savoir travailler en équipe  
avoir un réseau  
connaître la place du réseau  
utiliser le réseau  
rôle du réseau identifié  
les différents acteurs du réseau identifiés

4) reconnaître le moment opportun pour éduquer

s'il y a demande  
contexte propice  
un repère identifiable  
un renouvellement  
en fin de consultation  
pas à chaque consultation

5) utiliser le temps qui passe  
dans la communication  
car le patient revient  
dans le suivi étape par étape  
utiliser les temps de la consultation  
6) un travail sur le plan personnel  
reconnaître ses limites  
se tenir informer  
être formé  
continuer à se former

### **III) représentations sur la place du patient**

#### 1 des patients à multiples facettes

le patient demandeur  
le patient réfractaire  
le patient acteur qui écoute bien  
le patient « insoumis » : le pénible  
le patient ignorant : le passif  
le patient timide

#### 2 ce que le patient est censé faire

être responsable de ses choix  
être motivé  
avoir un déclic

#### 3 le patient réalise un parcours

le laisser faire ses expériences  
acteurs extérieurs  
le cursus

#### 4 représentations sur les attentes du patient

un conseil avisé et sûr  
une relation de confiance  
être satisfait  
une autorisation  
une formation

### **IV) représentations sur les limites de la prise en charge des patients en éducation – prévention – dépistage**

#### 1 liées à la personnalité et au caractère du médecin

la non adhésion du médecin  
les efforts que le médecin souhaite faire  
la gêne dans la relation  
la peur d'être intrusif  
peur d'être malhonnête  
la peur des responsabilités

la culpabilité  
le découragement  
l'épuisement  
le désespoir  
la frustration  
difficulté à lâcher prise

#### 2 liées à la pratique du médecin

les difficultés de communication  
son manque de formation  
le manque de pratique sur le terrain  
le statut de remplaçant  
ça prend du temps

#### 3 liées à la pratique de la médecine

le bénéfice risque  
ça prend du temps  
on ne peut pas tout savoir  
on ne maîtrise pas tout  
le manque de travail en équipe  
manque de suivi  
manque de moyen

#### 4 liées au patient

le non adhésion du patient  
les croyances  
la culture  
les difficultés de compréhension  
les difficultés liées au niveau éducatif  
difficultés de langue  
l'acceptation de la maladie  
le nomadisme  
la motivation du patient  
l'investissement  
la réceptivité du patient  
l'âge  
l'ambivalence  
la gêne du patient  
le type de maladie

#### 5 liées à l'environnement

l'absence d'information du patient  
le manque de pertinence de l'information  
le dépistage lui-même  
le manque de coordination des intervenants  
la société  
la nécessité de se protéger

### **V) exploration des connaissances et des apprentissages**

#### 1 des connaissances sur les techniques de communication

formulations et relances  
la posture  
prendre des exemples  
outils observés, connus, utilisés

## 2) la place des stages

les médecins connaissent leurs patients  
un exemple d'exercice  
observation des attitudes  
découverte de modes d'exercices différents  
découverte d'une consultation dédiée à l'éducation

permet la mise en pratique

un modèle pour sa propre pratique

## 3 des connaissances théoriques

appries en en cours

appries en stage

appries avec les pairs

appries dans des ressources écrites

appries en formation de des / faculté/ fmc

appries auprès de personnes ressources

autres ressources

## **VI) représentations sur les difficultés de l'apprentissage**

### 1) le manque d'expérience

manque de réseau

manque de connaissance des structures

manque d'exemple

manque de recul

manque d'organisation

manque de suivi

### 2) les manques théoriques

manque de connaissances fondamentales

manque de formation

manque d'accès aux ressources

### 3) difficultés pratiques

difficultés à situer, gérer le patient

attitudes stéréotypées

difficultés à dire non

liés au fait d'être encore l'étudiant

gestion de ses peurs

gestion du temps

## **VII) exploration de la réflexivité, de la construction des pratiques des internes**

### 1) des profils de médecins en

construction

absence d'identification au médecin

généraliste

identification au patient

paternaliste

conflictuel

négociateur : délibératif

autonomiste : informatif

### 2) une réflexivité en action

sur les situations observées

sur la place de remplaçant

réflexion autour de l'annonce

sur la consultation dédiée

sur la gestion des croyances

sur le sens du discours des patients

un vrai travail sur soi

persistance d'interrogation

### 3) une vision de l'éducation – prévention

– dépistage

une préoccupation nouvelle

une discipline comme les autres

des règles précises, une rigueur

### 4 des compétences et des pratiques déjà en place

un regard critique sur sa pratique

sentiment d'avoir progresser dans le domaine

une critique sur son attitude actuelle

mise en place de stratégie pour l'avenir

## ANNEXE 6 : Parcours des participants

<i>novice</i>				
	âge	stage1	se destine	faculté d'origine
G	25	urg montargis	ne sait pas	Tours
H	25	mig tours	DESC urgences	Paris VII
I	25	SSR loches	MG cabinet	Tours
J	24	med int vend	MG orientation diabétologie	Tours
K	25	ped montargis	MG cabinet	Tours
L	26	gynéco orléans	ne sait pas	Lyon
M	26	med int blois	MG cabinet	Tours
N	25	med int vend	MG cabinet	Tours

<i>intermédiaire</i>						
	âge	stage1	Stage 2	Stage 3	se destine	faculté d'origine
A	26	pneumologie CHU	gynécologie Châteauroux	Niveau 1 Indre	MG cabinet	Lille
B	27	médecine A CHU	gériatrie Bourges	gastro-enterologie Bourges	MG cabinet	Tours
C	25	gériatrie Orléans	gynécologie Bourges	Niveau 1 Cher	MG cabinet	Tours
D	27	endocrinologie Dreux	pédiatrie Chartres	urgences Bourges	MG cabinet	Rennes
E	26	pédiatrie Chartres	maladies Infectieuses CHU	urgences Orléans	maladies infectieuses	Angers
F	28	pédiatrie Dreux	maladies Infectieuses CHU	Niveau 1 Cher	MG cabinet	Bordeaux

<i>compétent</i>								
	âge	stage1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5	se destine à	fac d'origine
O	28	gériatrie Bourges	pédiatrie Bourges	dermatologie CHU	Niveau 1 Cher	urgences Amboise	MG cabinet	Montpellier
P	27	gériatrie Orléans	pédiatrie Orléans	maladies infectieuses Orléans	Urgences CHU	Niveau 1 Loiret	MG cabinet	Tours
Q	27	gériatrie Orléans	Gynécologie Orléans	pédiatrie Orléans	Urgences CHU	Niveau 1 Loiret	MG cabinet	Tours
R	29	ermitages Tours	cardiologie Châteauroux	Niveau 1 Indre	Urgences CHU	SASPAS Indre	MG cabinet et médecine du sport	Tours

## ANNEXE 7 : Résultats de l'analyse thématique - tableaux et unités de sens

### D) REPRÉSENTATIONS SUR L'ÉDUCATION – PRÉVENTION – DÉPISTAGE

#### 1 UNE REPRÉSENTATION GLOBALE FLOUE

##### CONFUSION DES NOTIONS

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Confusions des mots et concepts	G 23	A 167	Q 64	Pas d'évolution

G 18 expliquer si c'est héréditaire, si on doit le guérir ou si on va seulement le soigner.

M182 moi la prévention, moi enfin la prévention et la vulgarisation

M 379 l'éducation peut faire partie de la prévention

G 21 c'est aussi l'école qui le fait maintenant

G 23 on peut informer sur la prévention

C 38 Et éducation c'est (soupir)...

A 167 C'est de la prévention ou du dépistage ?

C 133 je pense que plus on explique régulièrement plus heu ... B : Ouais mais ça c'est de l'information

D : Ouais mais ça va dans l'éducation quand même,

C 142 il y a plusieurs types de prévention celui qui a pas encore la maladie et celui qui a la maladie et qui veut éviter de ...B : les complications C : Ouais, de retomber ouais, de refaire une récurrence et tout .

P 16 Heu donc c'est information prévention dépistage.

Q 43 ouais c'est important sinon ils ne vont pas comprendre, ils ne vont pas éviter après, on va être dans le dépistage mais parce qu'il y aura eu des risques des choses comme ça.

Q 64 l'éducation ben c'est euh ça fait un petit peu partie je trouve de la prévention,

Q64 c'est un petit peu la même chose

##### UN DÉBUT DE DISTINCTION ÉDUCATION PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

ÉDUCATION	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Suppose un diagnostic consiste	G 19  parler de la maladie des traitements et de la prise en charge G16	parler de la maladie des traitements et de la prise en charge E 153	Q 65  vivre au mieux avec la maladie Q65  modulation en fonction du patient P 30	Pas d'évolution  perçu comme une suite de conseils,  adaptation au patient, notion de collaboration

G 14 quelle prise en charge il doit avoir à ce moment là  
G 15 comment il doit prendre son traitement, est ce que c'est tout le temps, est ce que c'est à vie

K 33 lui expliquer comment fonctionne les traitements, comment il doit les prendre,

K 36 c'est aussi l'éducation thérapeutique

G 16 expliquer sa maladie, lui expliquer d'où elle vient

K 32 éduquer un patient c'est déjà lui expliquer ce que c'est que sa maladie

K 32 lui expliquer l'évolution naturelle de sa maladie

G 16 lui expliquer euh pourquoi est ce qu'on le soigne et à quel moment est ce qu'on doit le soigner,

M 477 expliquer comment marche les choses

K 34 quelles sont les complications auxquelles il doit s'attendre, quels sont comme l'a dit G, les signes d'alerte,

G 13 l'éduquer c'est lui dire euh ... quels sont les signes d'alerte qu'il doit avoir,

G 549 faire des dessins (...) c'est de l'éducation

G 19 ça doit se faire ben euh quand on a un diagnostic certain

E 153 expliquer au patient sa maladie, qui comprenne sa maladie, surtout ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire et quelles sont les conséquences s'il ne suit pas les conseils et les consignes données.

D 135 t'informe sur les traitements par exemple sur la maladie, les risques

P 30 c'est euh... l'éducation ça peut aussi essayer de trouver avec lui les moyens qui font que lui va, il va réussir à être adhérent à un traitement ou à... ou à des règles hygiéno – diététiques

Q 65 dans l'éducation après y' a plus la part aussi où il y a déjà quelque chose d'installer et pour essayer de vivre « au mieux » entre guillemets avec ce qui est déjà installé  
quoi.

PRÉVENTION	Novices	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Se déroule avant la maladie	M 377		Q 50	Pas d'évolution
collective	G 21 / J 489			plusieurs niveaux de prévention du collectif au personnel
s'adapte au patient		F 26		
plusieurs niveaux			R 82	

G 21 c'est des affiches, c'est la télévision, c'est tout ça.  
G 22 le médecin généraliste il peut en faire un peu  
M 377 dans la prévention ils vont bien  
J 489 informé de façon massive  
H 306 leur dire qu'ils auront peut être des problèmes dans 15 ans, dans 20 ans

F 26 la prévention ça découle de euh de ce qu'on connaît du patient  
Q 50 la prévention c'est plus avant qu'il se produise quelque chose c'est informer les gens voilà  
R 82 prévention primaire, secondaire tertiaire

DÉPISTAGE	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Notion collective obligatoire	I 47	C 35		Passage de la notion collective à une notion plus individuelle
non obligatoire situation précise patient exposé			Q409 Q 59	

I 47 c'est pas forcément sur une maladie particulière enfin quand on dit dépistage c'est aussi dépistage informer sur les dépistages généraux,  
C 35 convocation  
D 165 détecter une maladie avant qu'elle soit symptomatique quoi en fait  
E 171 en proposant un test systématique aux patients

Q 409 le dépistage c'est quelque chose qu'on leur propose  
Q 59 le dépistage c'est soit je dirais un peu sur demande du patient ou soit parce qu'il y a eu des conduites à risque pour rechercher justement quelque chose de précis

#### DES PRINCIPES FLOUS

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
concept	Abstrait théorique G6	Intervenir tôt E167	Interaction, complémentarité Q45	Appropriation progressive
représentation	Un enjeu de santé publique et économique L53			vision collective
		une surveillance F 34	vigilance P 20	s'inscrit dans le temps
	transmission du savoir M192		C'est sur du long terme Q524	
			information, discussion permettant l'autonomisation P30	interaction avec le patient

5 Grand silence ,G soupir  
G 6 ça veut dire quoi  
K 29 c'est compliqué de répondre  
G 27 Le dépistage ? Silence , soupir... je ne sais pas  
M 169 personnellement j'ai un peu de mal à réagir  
M 171 j'arrive pas à me projeter dans une situation

clinique  
M 172 ça fait pas appel à grand-chose chez moi en fait  
H Je suis d'accord  
L 53 Les trois ça sonne aussi beaucoup santé publique  
J 96 y'a beaucoup de chose qu'on...que le médecin généraliste doit faire pour des raisons de santé

publique,  
 J 405 y'a des programmes, enfin y'a des campagnes de dépistage et tout ça  
 K 276 y'a des campagnes euh aussi pour les patients  
 K 277 y'a des campagnes de prévention, de dépistage  
 H 79 c'est des messages qui doit être répétés répétés répétés encore  
 H 77 c'est des messages qu'on doit rappeler  
 M 192 on leur libère un peu de notre savoir,  
 I 47 pas forcément sur une maladie particulière  
 I 87 on en parle beaucoup au niveau des...des médias(...) de tout ce qui est dépistage et prévention  
 E 167 : Ouais pour éviter les complications de cette maladie  
 B166 pour pouvoir la traiter assez tôt / E : Ouais pour éviter les complications de cette maladie, simple..  
 D 338 on peut faire de la petite éducation, enfin, des choses toute bête comme les traitements antibiotiques.

F 24 une surveillance au niveau clinique puis au niveau biologique afin de voir, s'il y a des anomalies  
 P 20 C'est informer notre patient sans l'alerter en fait, le rendre vigilant  
 P 20 je disais information pour moi c'est le truc que ça m'évoquerait en premier lieu.  
 P 24 c'est euh...l'informer sur euh...la pathologie qu'il a, celle qu'il peut avoir en fonction de ses facteurs de risque de son âge et tout ça  
 P 37 toujours informer sans leur faire peur  
 P 30 c'est l'autonomiser  
 Q 52 leur dire attention enfin, là je vous préviens  
 P 32 c'est une discussion  
 Q 45 Les trois notions je trouve qu'elles sont assez liées  
 Q 46 elles marchent ensemble,  
 Q 524 C'est sur du long terme

#### UNE PLACE ESSENTIELLE DANS LA PRATIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Rôle central du médecin généraliste	M 76	D 135 D 20	Q 39	Perçoivent tous l'importance
part importante de l'activité	L 740	B 140	R 84	
quotidien	L 498	E 177	Q 90	perçoivent qu'il y a des acquisitions à faire
exige des compétences	G 20			reconnu comme une compétence
indispensable pour un « bon exercice »			Q 41	

K 39 ça sonne vraiment rôle du médecin généraliste entre guillemet,  
 I 49 éducation prévention et dépistage ça fait parti du rôle du médecin généraliste  
 I 51 c'est vrai que c'est un rôle important du médecin.  
 M 76 c'est un rôle central.  
 H 81 il est peut être quand même assez central à ce niveau là  
 G 20 qui doit le faire, ben le médecin généraliste s'il est compétent  
 G 22 le médecin généraliste il peut en faire un peu  
 L 498 oui c'est le boulot  
 J 500 oui c'est le boulot  
 G 12 c'est effectivement beaucoup du travail de la médecine générale  
 L 740 c'est la plus grosse partie du travail du médecin traitant  
 L 530 on en fait un peu tous les jours de l'éducation  
 D 20 C'est essentiel.  
 D 135 Et pour ce qui est de la prévention et du dépistage, enfin ça je pense que c'est un de nos rôles super important  
 B 140 sommes les premiers concernés quoi,

C 1039 ils ont besoin de nous  
 E 177 c'est entrer un peu dans la pratique courante.  
 F 236 ça va c'est rentré dans la mentalité  
 Q 39 les trois notions que ce soit éducation dépistage prévention pour moi c'est enfin, ça fait vraiment parti du rôle du médecin généraliste  
 Q 41 si y'a pas ces trois étapes là pour moi il ne peut pas y avoir une bonne relation entre enfin... j'aurai pas l'impression en tout cas de bien faire mon travail,  
 R 76 Dans les trois cas c'est euh c'est des choses qui euh (sonnerie de téléphone) existent à chaque consultation  
 Q 43 l'éducation enfin c'est important  
 R 84 C'est une part importante de notre pratique de médecine générale.  
 Q 90 c'est quotidien  
 R 81 à chaque consultation on fait de l'éducation thérapeutique, ou de l'éducation à la maladie ou de l'éducation en général et de la prévention  
 R 82 on fait de la prévention primaire, secondaire tertiaire en dehors et pendant toutes les consultations  
 Q 89 c'est à chaque consult

#### UN DOMAINE VASTE ET COMPLEXE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Complexe dans son contenu	J 91	C 98	Q 47	Reconnaissance de la complexité
complexe à mettre en place	H 133	E 158	P237	
domaine vaste	G 10		O 7	intégration de la notion du patient
polémique	M60			
avoir un cadre		F 94		
adaptation au patient		C 109	P 720	

M 60 d'un côté y'a un intérêt qui est très important qui est majeur porté à la prévention et à la fois y'a pleins de trucs qui sont décriés

G 10 c'est vaste

K 29 Ben là on a trois questions vastes

M 58 c'est pas évident

M 62 c'est pas toujours évident

J 91 je pense que c'est compliqué,

J 96 y a des choses je pense, ça doit être compliquées à faire quand même.

H 133 Ben c'est juste que ça paraît compliqué...

H 133 dans la pratique euh ça paraît compliquer

I 139 ça reste compliqué

I 140 c'est compliqué!

H 301 dans la plupart des cas en fait c'est compliqué...

I 746 c'est pas forcément toujours facile

J 91 je pense qu'on met beaucoup de choses à faire

J 95 y'a beaucoup de chose

L 155 on peut être amené à avoir n'importe quelle

question

F 424 y'a beaucoup de choses

F 94 il faut quand même un cadre

C 98 Mais c'est pas simple,

E 158 c'est difficile d'éduquer

A 975 Ben c'est vrai que c'est pas évident,

E 169 C'est pas facile aussi le dépistage... ça dépend ce qu'on dépiste

C 109 c'est du cas par cas

O 7 c'est assez large

Q 47 il y a plein de choses

O 147 c'est quand même assez compliqué

P 237 c'est quand même pas facile de euh soit reprendre soit de démarrer une éducation,

P 572 x manières

P 720 éduquer, dépister et tout ça en fonction des attentes du patient

P 32 c'est vague

## INTÉRÊT IDENTIFIÉ

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Collectif	But économie de la santé j 406			Vocabulaire académique
	Amélioration de l'état de santé de la population M 477		Amélioration de la qualité de vie Q 66	
médical	Anticipation M 617	Anticipation C 220	Anticipation Q 54	changement du vocabulaire d'un groupe à l'autre
	Amélioration de la compliance et de l'observance M 199	Amélioration de la compliance et de l'observance D 135	Amélioration de la compliance et de l'observance P 28	
			amélioration de l'adhésion Q 414	
pour le patient	amélioration de la compréhension K 322	amélioration de la compréhension E 154	amélioration de la compréhension O 71	intégration dans la pratique?

relationnel	investissement du patient dans sa santé K 36		renforcement du lien Q 41	
-------------	---	--	------------------------------	--

M 62 de se placer en amont de toute maladie  
M 617 les faire anticiper  
J 406 on s'est rendu compte que si on agissait en amont du coup ça permettait d'avoir un impact sur une économie  
J 406 des buts économiques  
M 477 l'amélioration de l'état de santé des gens  
M 483 l'échelle d'une population et sur plusieurs années je pense qu'après certaines choses rentrent dans les mœurs  
K 36 l'éducation thérapeutique doit permettre au patient de se sentir acteur de sa maladie, qu'il a un rôle  
K 332 pour que les gens comprennent un minimum  
M 199 c'est efficace  
M 199 ça améliore l'entente qu'on a avec nos patients et puis j'espère l'observance  
M 193 ça majore l'observance,  
D 135 si t'informes sur les traitements par exemple sur la maladie, les risques et tout ça, quand les gens ils

comprennent, ils risquent d'être plus compliants aussi au traitement...  
C 220 le but c'était de prendre la maladie vraiment à son début.  
E 154 qui comprenne sa maladie  
Q 41 une bonne relation  
Q 44 c'est important sinon ils ne vont pas comprendre  
Q 54 intervenir avant un traitement avant une maladie ou retarder l'apparition de quelque chose  
Q 66 essayer de vivre « au mieux » entre guillemets avec ce qui est déjà installé  
O 71 le but c'est qu'ils comprennent pourquoi on les embête parfois avec des examens pourquoi c'est si important  
Q 414 optimiser après par la suite son adhésion  
Q 600 permettrait une adhésion  
P 31 réussir à être adhérent à un traitement  
P 28 le rendre observant

#### PLACE DU MÉDECIN ET DU PATIENT

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Place du patient	Central L 363	Central A 305		Du patient uniquement décideur
	décideur L 361			
Place du médecin	acteur de sa prise en charge K 37		acteur de sa prise en charge Q 775<	
	coordinateur I 83	coordinateur A 86		ajustement au situation
Place de l'un part rapport à l'autre		relation indispensable C 878	Différente selon les situations rencontrées Q384  relation indispensable Q 386  place égale Q389	apparaît une notion de relation équilibrée

K 44 je pense que les patients sur leur pathologie en connaissent pratiquement plus que... que le médecin généraliste  
L 363 c'est lui qu'à la place centrale  
K 430 c'est le patient qui choisit au final,  
L 361 c'est lui qu'aura le dernier mot  
I 746 c'est le patient qui va décider.  
K 36 il a un rôle surtout dans les maladies chroniques  
K 421 ils sont eux même acteur  
N 287 Ben je pense qu'y a le médecin qui rentre en compte et les acteurs de santé, mais je pense qu'il y a des patients  
K 37 le médecin ne peut pas le soigner si lui ne se prend pas même en charge.

I 83 c'est plus pour le dépistage, je pense que le médecin généraliste vu qu'il voit régulièrement ces patients c'est peut être lui qui va plus penser à envoyer leur patient pour faire leurs examens de dépistage  
I 49 acteur principal dans le, dans la médecine actuelle  
A 305 La place du patient reste bel et bien centrale dans sa prise en charge  
A 86 Je pense que le médecin généraliste va s'occuper des grandes lignes du dépistage, d'éducation  
C 1039 ils ont besoin de nous  
C 878 on a quand même besoin d'une vrai relation entre humains,  
B 119 on est surtout obligé de faire en fonction du patient,

Q 389 les deux ont une place égale O : Ouais  
 Q 386 on peut pas aller l'un sans l'autre  
 Q 386 on marche ensemble  
 Q 775 on est acteur tous les deux  
 c'est lui l'acteur de tout ça.

Q384 dans la prévention enfin je trouve que c'est plutôt le médecin qui prévient, après je trouve qu'il a plus une place au niveau du dépistage quand il justement il est dans des demandes, euh l'éducation c'est sur que de toute façon on marche ensemble

#### UNE DÉMARCHE FACILEMENT ACCEPTÉE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Par le médecin	M 203			
Par le patient	M 190	D 231	R 418	Pas d'évolution

M 182 c'est quelque chose que j'aime bien  
 M 189 c'est quelque chose qui m'intéresse  
 M 201 c'est quelque chose que j'aime bien  
 M 203 c'est intéressant  
 M 483 rentrent dans les mœurs  
 M 190 les gens aiment bien sont très sensibles à ce genre de trucs,  
 M 192 les gens ils sont contents parce qu'on a l'impression qu'on s'intéresse à eux  
 D 231 les gens sont au courant que ça se dépiste et

donc je pense qu'ils ne seraient pas spécialement choqués  
 R 766 ça passe relativement bien chez le patient même si c'est quelque chose qu'il n'a pas amené  
 R 418 c'est quelque chose que le patient trouve normal  
 R 422 le patient tolère beaucoup. Tolère beaucoup de choses.  
 R 416 le patient qui semble ne rien demander trouve ça relativement normal que son médecin lui en parle,

#### UNE POPULATION GLOBALEMENT ÉDUQUÉE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Santé	M 470			Non développé par les autres niveaux
De base	M 472 lié à l'information de masse M 470			bon niveau

M 467 si on faisait des stages ou j' sais pas quoi, dans des pays en voie de développement qu'on voyait vraiment des gens qui connaissent rien à rien,  
 M 470 on voit quand même des gens qui savent qu'il faut se laver, qu'il faut manger trois repas, qui faut pas trop manger, enfin, globalement qui faut pas fumer euh

M 472 on est avec des gens qui savent plus ou moins quand même le bien ou mal  
 M 473 on serait avec des populations différentes, je pense qu'on se rendrait compte quand même que, et je pense que beaucoup de choses passent  
 M 470 c'est dû aussi aux médias, à la télé

## 2 CE QUI DÉCIDE UN MÉDECIN À FAIRE DE L'ÉDUCATION – PRÉVENTION – DÉPISTAGE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
pas de stratégie	L 156		Q 90 naturel P 102	Pas d'évolution Intégrer à la pratique
du contexte	Situations à risque H 328  événements récents M72  du futur envisageable M 212	C 872	Situations à risque Q 60  contexte familial Q 328  contexte médical Q641  déroulement de la consultation Q777	Enrichissement des situations avec les compétents    saisissement de l'opportunité rapide

la réceptivité du patient	Le terrain Q 59	A 415	Le terrain Q59	Personnalité et la génération important
la personnalité du patient		Le terrain F 295		
	Attente A 663	l'autonomie C 301	âge Q332	Prise en compte des non dits
des attentes du patient	Demande B 119		Demande explicite Q 58	
			Demande implicite Q 776	
la connaissance du patient			Motif de consultation R 755	le niveau du patient
			État de ses connaissances P 222	
du médecin	Bénéfice personnel attendu M 198	État de ses connaissances F 26		Attente de reconnaissance
			Selon le ressenti P 680 R78	élément personnel
			si sujet maîtrisé C150	niveau de connaissance
de l'environnement	Période de l'année J 214	Période de la journée A 414		Facilement identifiable
	la charge de travail J 214	la charge de travail A 414		facteur plus complexe
			La possibilité de travail en réseau R 347	
			l'actualité R 763	

#### PAS DE STRATÉGIE

L 156 n'importe quand

Q 90 j'ai pas vraiment l'impression d'avoir de stratégie

Q 90 je trouve que ça vient assez euh... assez naturellement

P 102 j'ai pas une stratégie claire

#### DU CONTEXTE

M 72 ce qui s'est passé soit à l'hôpital

M 73 consultation avec des spécialistes

M 212 surtout qu'il y a tout un avenir...

H 328 rapports sexuels non protégés

C 872 y'a toujours le contexte

Q 60 parce qu'il y a eu des conduites à risque

Q 405 j'ai eu un rapport non protégé

R 757 dépistage VIH

R 300 parce que vous avez quelqu'un dans la famille

Q 328 fonction de la famille

P 680 ça va dépendre du mec de la dame

P 626 le mec qu'arrête son Kardegic

Q 641 trop de médicaments

Q 52 si on voit qu'il y a des surcharges

Q 777 au cours de la consultation on se fait « tiens au fait est ce que ça vous dira pas .... »

#### DE LA RÉCEPTIVITÉ DU PATIENT

A 415 fonction de la réceptivité du patient

A 415 si on sent qu'il n'écoute pas, qu'il est à l'ouest,

on aura beau y mettre les moyens,  
C 992 s'il veut en parler ou pas,  
A 993 si il est prêt  
B 119 s'il est réceptif ou pas

#### DE LA PERSONNALITÉ DU PATIENT

M 323 une anxiété  
F 419 c'est en fonction de euh des euh de la personnalité du patient.  
F 295 en théorie il faut prendre aussi en compte le patient, sa sensibilité,  
C 872 caractère et tout  
C 301 Je pense que ça dépend aussi du patient y'en a qui ont vraiment besoin d'être assistés et d'avoir un papier avec tac tac tac qu'est ce qui faut voir, qu'est ce qu'il faut faire na na na, et y'en a d'autres pas.  
F 419 la personnalité du patient.  
Q 332 fonction de l'âge  
Q 59 parce qu'ils sont anxieux

#### DES ATTENTES DU PATIENT

C 121 C'est souvent quand il est en demande  
A 663 l'attente du patient  
B 119 s'il est en demande  
A 660 ça dépend de ce qu'attend le patient (*pires*) ou pas  
Q 56 c'est le dépistage donc ça peut être aussi bien spontané sur une demande de patient  
Q 58 y'a des patients qui viennent en disant ben voilà est ce que ce serait pas possible que ce soit des sérologies ou même un bilan annuel,  
Q 59 sur demande du patient  
Q 776 ça peut très bien être une demande du patient quand il arrive  
Q 776 une demande plus ou moins masquée

R 755 fonction du motif de consultation

#### DE LA CONNAISSANCE DU PATIENT

F 26 de ce qu'on connaît du patient  
P 222 jamais ils avaient entendu parler de ça et euh sur le coup du coup je m'investissais  
R 375 ont déjà lu ce qui est écrit sur l'affiche

#### DU MÉDECIN

M 196 la reconnaissance qu'on en aura  
M 198 qu'est ce qu'on va en retirer  
Q 777 ça peut très bien être nous qui proposons  
R 78 C'est des choses qu'on va avoir besoin de leur dire, des choses qu'on va, des questions qu'on va aborder sans qu'ils les demandent  
P 680 comment je sens le truc  
R 760 si j'ai pas d'orientation particulière c'est vrai que je vais aller vers ce que j'ai entendu récemment  
O 150 on commence par ce qu'on apprend en cours enfin ce qu'on connaît vraiment,

#### DE L'ENVIRONNEMENT

M 187 fonction de la saison  
J 214 quand c'est des épidémies  
J 214 qu'il y a pleins de monde...  
A 414 ça dépend si c'est le début de journée ou la fin de journée  
A 414 la salle d'attente si elle est pleine ou vide,  
R 347 le fait de travailler dans un réseau  
R 756 en fonction des orientations récentes  
R 757 une consigne qu'est passée  
R 763 une campagne actuelle  
R 763 quelque chose de très général mais du coup qui n'est pas une demande du patient

### 3 QUI BÉNÉFICIE DE L'ÉDUCATION – PRÉVENTION – DÉPISTAGE ?

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Pathologies chroniques	Diabétiques I 137	Diabétiques B 59	Diabétiques O 9	Patients nécessitant une éducation bien identifiée dès le niveau novices
		Asthmatiques A 67	Asthmatiques O 8	
		Fumeur C 445		
		Hypertendu C446	Hypertendu Q 52	
Troubles alimentaires		Obèse C 447		
		Anorexie B 333		
Le cancer	sein I 48	sein E 188		
	col I 48			
	Prostate M 59	Prostate F 236		
	Colon 483	Colorectal E 178	Colorectal R 376	
MST		VIH E 171	MST P 37	
Virose	Virose K 145		Virose Q 51	

Infection	infections urinaires M 187			
Patients demandeurs		Demandeurs C 308		
Patients fragiles			Vasculaires R 759	
	Personnes âgées I 667		Polymédiqués R 664	
Patients cibles			maladies silencieuses Q 590	
			cinquante ans R 298	
disciplines	Diabétologie M 103	Gynécologie C312 Pédiatrie F 449 Nutrition D 936	Diabétologie P 342 Gynécologie O 10 Pédiatrie O 7  Maladies Infectieuses O7  sexologie R 759	Identification plus importante des domaines potentiels d'éducation

#### LES PATIENTS SPÉCIFIQUES

I 137 les diabétiques  
 J 227 diabétiques  
 H 236 le diabétique  
 K 273 diabétiques  
 J 660 diabétiques  
 I 687 les personnes âgées qui tombent  
 B 59 les diabétiques  
 A 67 asthmatique  
 C 308 celui qui veut un antitussif  
 C 445 fume  
 C 446 hypertendu  
 C 447 obèse  
 O 8 les asthmatiques  
 O 363 les asthmatiques  
 O 9 des diabétiques  
 P 212 les diabétiques  
 Q 409 les diabétiques  
 Q 242 patients diabétiques  
 R 271 diabétiques  
 R 271 hypertendus  
 Q 52 hypertendus  
 R664 les polymédiqués  
 R 759 patient vasculaire  
 Q 52 pour des gens qui vont être peut être plus à risque  
 R 298 cinquante ans

#### LES TROUBLES ALIMENTAIRES

B 127 surpoids  
 B 333 problèmes de poids  
 B 128 l'obésité

B 333 l'obésité  
 B 333 l'anorexie

#### LES MALADIES GRAVES

K 37 les maladies chroniques  
 J 416 maladies chroniques  
 K 37 le diabète,  
 L 509 le diabète  
 L 597 le diabète  
 I 48 cancer du sein  
 L 510 cancer du sein  
 L 513 cancer du sein  
 I 48 cancer du col  
 M 59 cancer de la prostate  
 I 381 un cancer du sein  
 J 483 cancer du colon  
 E 171 VIH  
 E 178 cancer colorectal  
 E 188 cancer du sein  
 A 548 cancer du sein  
 F 236 cancer du sein, de la prostate  
 P 236 pathologies chroniques  
 Q 240 pathologies chroniques  
 P 30 le sida  
 R 756 VIH  
 O 10 prévention des maladies transmissibles  
 Q 51 une maladie sexuellement transmissible  
 P 37 MST  
 Q 404 MST  
 O 8 hépatite B  
 P 36 cancer

R 299 dépistage colorectal  
 R 376 cancer colorectal  
 P 30 le diabète  
 Q 59 un diabète  
 R 446 diabète

#### LES AUTRES MALADIES

K 143 une grippe  
 K 145 virus  
 M 186 la grippe  
 M 187 infections urinaires  
 B 60 les maladies particulières  
 B 60 les maladies orphelines  
 Q 255 l'hypertension  
 Q 51 virose

O 9 toutes les maladies à éviter  
 Q 590 maladies silencieuses

#### LES DISCIPLINES

M 103 diabète  
 C 312 En gynéco  
 F 449 pédiatrie  
 D 936 la nutrition  
 O 7 la pédiatrie  
 O 7 maladie infectieuse  
 O 10 gynéco  
 P 342 en diabète  
 R 759 sexualité

### 4 QUELS SONT LES SUJETS DE L'ÉDUCATION – PRÉVENTION – DÉPISTAGE ?

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Les antibiotiques	K 143	D 338	R 368	Champs bien connu dès le niveau novices
L'alimentation	Régime H 372	Régime, D936 la diététique C 46	Régime R 262 Règles hygiéno-diététiques P 32 Cholestérol P 626	variées
La vaccination		Gardasil F 254		
Les traitements	Bonne utilisation G 15	Bonne utilisation C 99	Bonne gestion P27 améliorer les traitements chroniques P 643	
La consommation de drogue	le tabac L 597 l'alcool L 597	le tabac C 999 l'alcool C 999	Le sevrage du tabac Q411	
La contraception	les rapports H 328	Sa contraception C 446	Pilule P107	
La maladie	L'évolution K 34			
Les complications	Signes d'alerte K 36 Dommages I 689			imprécis mais signe le coté vaste non retrouvé dans les autres niveaux
Les règles à suivre	conduite à tenir K580 Interdits I 610			

#### LES ANTIBIOTIQUES

K 143 un antibiotique  
 D 338 les traitements antibiotiques  
 R 368 antibiotiques

#### L'ALIMENTATION

H 372 régime  
 M 471 manger trois repas  
 I 610 régimes alimentaires  
 L 634 régimes alimentaires  
 D 936 le régime,  
 C 46 la diététique

C 46 apprendre à bien manger  
P 32 des règles hygiéno-diététiques,  
O 155 régime diététique  
R 262 régime alimentaire  
Q 595 cholestérol,  
P 626 le cholestérol  
Q 53 des surcharges

LA VACCINATION  
F 254 fallait vacciner  
F 254 Gardasil,  
C 267 H1N1

LES TRAITEMENTS  
K 34 comment fonctionnent les traitements

G 15 comment il doit prendre son traitement  
K 35 comment il doit les prendre  
M 111 stylos à insuline  
C 99 apprendre à respirer ou aspirer les bouffées,  
B 332 éducation pour les diabétiques  
P 27 l'aider à gérer son traitement  
P 108 THS,  
Q 589 traitements chroniques  
P 643 faire des associations  
R 689 un générique

LA CONSOMMATION DE DROGUE  
M472 faut pas fumer  
L 597 le tabac  
L 597 l'alcool  
C 999 l'alcool  
C 999 le tabac  
Q 411 le sevrage du tabac

P 533 arrêter de fumer  
P 572 arrêter de fumer  
O 608 arrêter de fumer

LA CONTRACEPTION  
H 328 rapports sexuels  
C 446 sa contraception  
O 10 pilules  
P 107 pilule  
R 169 pilule

LA MALADIE EN ELLE MÊME  
L 100 sa maladie  
K 34 l'évolution naturelle de sa maladie  
K 34 ce que c'est que sa maladie  
G 16 d'où elle vient  
K 332 la maladie

LES COMPLICATIONS  
K 35 les complications  
K 36 les signes d'alerte  
G 14 les signes d'alerte  
K 536 les critères de gravité  
I 689 chutes

LES RÈGLES À SUIVRE  
K 41 les différentes règles  
M 74 choses simples  
I 687 les choses simples  
L 535 quand est-ce qu'il faut s'inquiéter  
K 580 conduite à tenir  
K 580 des plans d'action  
I 610 les positions à pas faire

## 5 QUELS SONT LES OUTILS DE L'ÉDUCATION – PRÉVENTION – DÉPISTAGE ?

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Tests	PSA M 59  mammographie H 452  frottis N 461	PSA A 522  mammographie E 178  hémocults C 34	PSA Q332  mammographie R 298  hémoglobine glyquée P 220  un bilan annuel Q 58  des sérologies Q 58  l'examen P 108	Examen de dépistage connu    utilisation de situations courantes pour les compétents
La clinique				
Le matériel	visuel K 584  écrit K 584	écrit F 256  démonstration au	visuel R 372  écrit Q 333  sport R 447	

	cabinet C 101		
DES TESTS		P 108 j'examine les seins	
M 59 PSA		P 220 les pieds	
I 84 examens de dépistage		DU MATÉRIEL	
L 164 examens de dépistage		M 183 panneaux d'affichage	
H 452 mammographie		K 584 une information visuelle	
M 484 la mammographie		M 187 des fiches techniques	
N 461 frottis		K 584 support écrit	
C 34 hémocults		M 201 des dessins	
C 34 mammo		G 548 des dessins	
E 178 mammographie,		K 581 un schéma	
A 522 PSA		H 242 des revues,	
Q 58 un bilan annuel		H 242 des choses qu'il peut lire	
R 263 des examens complémentaires		C 101 faut aussi avoir le matériel	
O 71 des examens		F 256 une brochure	
Q 58 des sérologies		C 511 des tableaux, enfin des graphiques	
P 220 hémoglobine glyquée		C 307 dessin, schéma	
Q 332 PSA		Q 328 fiches conseils	
P 109 mammo		Q 333 un texte, quelque chose qui est toujours écrit de façon très simple	
R 298 mammo		O 359 support écrit	
DE LA CLINIQUE		R 372 les affiches	
		R 447	l'exercice physique

## II) REPRÉSENTATION SUR LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

### 1) REPRÉSENTATIONS SUR LES MISSIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

#### UNE PLACE SPÉCIFIQUE AUPRES DU PATIENT

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
	Premier recours I 49			La position privilégiée, le premier recours discours formel
	Notion de régularité des contacts, de suivi K 40			
	Plus de temps avec les patients M69		Plus de temps avec le patient R207	conseil sûr un repère
	Connaissance du patient M 75			compétents peu exhaustif sur le sujet
	Position privilégiée K 262			
	Lien de confiance avec le patient K 263	Lien de confiance C 602		
		point de repère C611		
		un conseiller sûr C662	Un conseiller sûr O75	

I 49 c'est le premier recours  
K 263 ce sera la première personne que le patient va voir

J 108 les gens ils vont voir leur médecin tu vois et pas forcément... en contact avec les hôpitaux  
J 256 c'est plus facile aussi qu'il soit suivi par le

médecin traitant  
 K 40 c'est le médecin généraliste qui voit le patient le plus souvent  
 M 75 le médecin généraliste connaît plus son patient  
 H 80 c'est quand même lui qui voit le plus le patient  
 I 83 il voit régulièrement ses patients  
 I 51 on va voir son médecin généraliste  
 K 262 le médecin généraliste je pense qu'il aura toujours une position euh privilégiée  
 K 263 ce sera la personne de confiance à qui le patient demandera toutes ses questions  
 M71c'est souvent le médecin généraliste qui doit reprendre beaucoup de choses (*assentiment de L*)  
 M69 j'ai l'impression que souvent des fois des spécialistes, enfin nous on le voit à l'hôpital, qu'ils prennent moins le temps d'expliquer  
 I 84 va plus penser à envoyer leur patient pour faire leurs examens de dépistage  
 J 258 pour certaines maladies chroniques le médecin

généraliste il a autant le rôle que certains spécialistes  
 I 602 ils osent peut-être pas poser autant de questions aux spécialistes qu'aux médecins généralistes. Pas forcément les mêmes questions en tout cas.  
 C 611 un repère. ...F : non tout à fait c'est vrai  
 E 623 un point de repère  
 C 38 on peut appuyer en plus  
 C 662 ta parole a un poids énorme  
 O 74 qu'on leur donne une information euh... un peu plus, un peu plus euh... pas véridique mais qui sorte de ce qu'ils peuvent entendre aux alentours  
 O 75 pour qu'ils aient une information un peu plus sûre  
 R 207 un peu plus de temps passé avec le patient  
 R 768 j'ai l'impression que c'est à moi d'amener le message même si le patient il veut pas quoi...  
 R 768 c'est à moi d'amener le message  
 R 201 je me rends compte en médecine générale le...on peut faire passer finalement plus de messages

MISSIONS	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Coordonner		D599	P 392	Lié à la mise en situation?
Écouter	K 129		R 696	
Informer	K 333	C 31	P 37	
	notion de devoir K332	notion de devoir B249		disparaît???
			mise en garde Q258	apparaît???
Expliquer	G 16	C 133	P 26	
	notion de devoir K 332	Approfondir C72		
convaincre	H 353	A 982	P 425	
Conseiller		C115	Q 328	
Proposer	inciter M 620	F 279	R 80	
Provoquer le questionnement		réfléchir F 256	tendre des perches Q407	
Orienter	I 110	A 618	Q 407	
		notion de diriger F 81	Notion de guider R 566	mot plus souple révélateur ?
Établir un suivi	I 83	A 615	Q 332	
			Notion de reconvoquer R 296	Utilisation du temps nouvelle notion?
Surveiller		A 614	Q 597	
Soutenir	soutien moral	soutien moral		Disparaît?

	K 129	E 621	revenir sur les sujets Q 411	
Encourager		C 205	Q 413	Notion d'échange
Discuter			Q 633	
Montrer		C 103	P 711	apparaît car mis en pratique?
Résoudre des problèmes		F357		
S'assurer de la compréhension	I 100			Car argument verbal prépondérant?

#### COORDONNER

B 624 réunir les informations  
A 1120 réseau relationnel  
D 599 le médecin généraliste est vraiment le lien entre  
tout  
P 392 on peut mettre en place des choses

#### ÉCOUTER

K 129 qu'il sache être à l'écoute  
R 372 évoqué par le patient  
Q 402 il faut qu'il soit à l'écoute  
Q 406 il faut être assez à l'écoute  
P 428 l'écoute je ne vais pas dire le contraire,  
évidemment c'est super important  
R 682 j'écoute  
R 696 écoutant le patient  
P 723 favorise l'échange

#### INFORMER

G 14 lui dire euh ... quels sont les signes d'alerte  
I 48 informer  
K 123 transmettre des informations, des idées fortes,  
K 142 on essaie de faire passer des messages  
M 186 une information  
K 332 on a quand même un devoir d'information  
K 333 les informer  
K 422 nous on est là pour les informer  
K 431 nous on informe  
B 249 on a un devoir d'information  
C 31 C'est beaucoup informer le patient  
E 158 donner une information appropriée au patient  
D 135 informer sur les traitements par exemple sur la  
maladie, les risques  
P 24 l'informer  
P 37 toujours informer  
Q 53 je vous préviens  
Q 258 on les met en garde sur ce qu'il peut leur arriver  
P 391 on l'informe  
R 690 vous allez voir  
P 188 leur dire ce qu'il faut prévoir, ce qu'il faut mettre  
en place,

#### EXPLIQUER

G 16 expliquer  
G 16 lui expliquer  
G 17 lui expliquer  
K 32 expliquer

K 332 expliquer

H 353 expliquer

M 477 expliquer

M 482 expliquer

G 547 expliquer

G 549 expliquer

J 93 expliquer

L 100 expliquer toute sa maladie, faut le faire mais,  
bien en détail,

K 143 on explique

K 144 on explique

M 191 on leur explique

M 197 expliquer

M 201 expliquer

K 332 un devoir d'explication

M 72 reprendre

M 74 ré-expliquer

C 72 approfondir

C 73 ils ont quand même des interrogations, là ils  
peuvent venir nous voir

D 132 essayer de lui expliquer au maximum ce qu'on  
lui fait pourquoi on lui fait,

C 133 on explique

E 153 expliquer au patient sa maladie

P 26 en lui expliquant toujours bien

R 131 d'expliquer aux patients

Q 320 expliquer aux gens

Q 322 explique

P 391 on lui explique

R 418 explique les choses

P 428 bien faire passer le message

R 566 je vais lui expliquer

#### CONVAINCRE

H 353 appuyer sur chaque chose

H 241 appuyer

A 982 donc on essaie de lui faire passer le message

Q 322 pour appuyer justement ce qu'ils leur expliquent

Q 339 qui peut appuyer ce que le médecin dit quoi

Q 336 ça donne encore plus de crédibilité à ce qu'on  
peut leur apporter

P 425 persuasif

Q 598 ça leur rapporte une preuve en plus

O 160 Essayer de faire comprendre au patient,

#### CONSEILLER

F 79 ils demandent aux médecins

C 115 ils demandent ... «à votre avis »  
 E 153 ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire  
 Q 328 il donne des conseils  
 Q 388 donner les conseils

#### PROPOSER

L 165 on leur proposera  
 H 242 proposer  
 M 620 on essaie de les inciter  
 C 42 on peut aussi leur proposer  
 F 279 on propose  
 R 80 on le propose  
 R 303 proposer  
 R 767 proposant

#### PROVOQUER LE QUESTIONNEMENT

F 256 vous réfléchissez  
 Q 407 tendre des perches

#### ORIENTER

I 110 orienter  
 H 243 pour s'orienter  
 L 279 on va leur dire y'a d'autres possibilités  
 K 431 on essaie d'orienter  
 C 42 aller en hospi de jour ou d'aller voir tel ou tel réseau.  
 A 66 On oriente le patient, dès qu'on veut l'éduquer  
 A 618 le ré-orienter  
 F 81 en même temps ils veulent qu'on les dirige vers quelque chose sure  
 P 24 on le guide  
 P 26 le guider  
 Q 407 orienter vers le dépistage  
 R 568 J'essaie de le guider

#### ÉTABLIR UN SUIVI

I 83 voit régulièrement  
 C 47 pour leur suivi  
 F 95 le médecin traitant prend le suivi  
 A 615 regarder si elle est bien toujours stable  
 R 294 revoir  
 O610 revoir  
 R 295 on se revoit  
 R 296 on se revoit la semaine prochaine  
 R 296 on se revoit  
 Q 332 sur le suivi  
 P 722 on suit  
 R 303 revenir

#### SURVEILLER

A 614 surveiller la pathologie  
 A 618 le rôle d'un médecin généraliste, c'est de surveiller.  
 F 26 surveillance rigoureuse  
 Q 597 on recontrôle

#### SOUTENIR

K 129 les rassurer  
 G 565 je vais les aider  
 G 566 les aider,  
 E 621 soutenir aussi  
 Q 411 leur rappeler

#### ENCOURAGER

C 105 « Entraînez vous »  
 C 512 « vous avez bien mangé, vous avez bien suivi votre alimentation »  
 Q 413 encourager le moindre effort

#### DISCUTER

P 723 favorise l'échange  
 Q 633 discuter

#### MONTRER

C 102 on tourne le truc ça fait clic, on aspire ça fait du bruit, ça veut dire que ça marche bien  
 C 103 faut mimer, faut montrer, faut des choses concrètes  
 C 99 leur apprendre à respirer ou aspirer les bouffées,  
 C 47 leur apprendre à bien manger, bien faire ceci cela  
 C 312 tu dessines un bras, l'utérus avec ses deux bras et là ils comprennent mieux,  
 P 711 je fais du concret

#### RÉSOUTRE DES PROBLÈMES

F 357 c'est à toi de trouver une solution  
 B 650 si vous voulez je me renseigne  
 Q 523 régler les problèmes  
 P 723 répondre peut être mieux à ses questions  
 P 32 essayer de trouver avec lui les moyens

#### S'ASSURER DE LA COMPRÉHENSION DU PATIENT

L 100 qu'il ait bien tout compris  
 K123 s'assurer qu'il a été compris

## 2 REPRÉSENTATIONS DES COMPÉTENCES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

### 1)UNE APTITUDE DE COMMUNICATION

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Être un bon communicant	K 122			Bien identifier par tous les niveaux car thème très développé
Répéter	H 79	D 19	P 534	
	Relance I 88	Relance F 252	Relance Q521	pas d'évolution
	Insistance M 191	Insistance D 1002	Insistance P223	

Savoir interroger le patient		Questionnement ouvert C 1014	Questionnement ouvert P 109	enrichissement progressif
		Obtenir un avis C997	Obtenir un avis Q704	absent chez les novices, lié à l'expérience?
			Reformuler P179	
savoir cerner le patient	connaître le niveau de compétence du patient H456	connaître le niveau de compétence du patient C29	prendre le temps nécessaire O 153	
	connaître le vécu émotionnel K129		connaître le niveau de compétence du patient O154	enrichissement progressif
	comprendre les représentation du patient K141		comprendre les représentation du patient O 611	
		comprendre le contexte médical F 28	comprendre le contexte médical Q 328	
			comprendre le contexte global P 737	
Adapter son discours		comprendre ses attentes A663	comprendre ses attentes P579	
	K 130	A404	Q 328	pas d'évolution
	pédagogue K 124			
	utilisation de métaphores et images H602		utilisation de messages personnels R122	
Avoir un message clair	adapter au contexte du patient M726	adapter au contexte du patient F26	adapter au contexte du patient P720	
	L 156		R 273	
	Axer sur un sujet J240		Axer sur un sujet P721	peu développé par le niveau intermédiaires
	Hiérarchiser les messages H 238			enrichissement au niveau compétent
		Dire la vérité C714	Dire la vérité R273	
			vocabulaire simple R131	
rester neutre ne pas juger			rester ouvert Q600	absent novices
		D 898		

Savoir lâcher prise				absent intermédiaire?
Savoir négocier	H 454		Q600	Apparaît au niveau intermédiaire
		C796	R685	
		Éviter le conflit E 173	Éviter le conflit P535	enrichissement avec l'expérience
Savoir persévérer			Contractualiser Q597	pas d'évolution peu développé par les intermédiaires
	Patience K125		Patience R420	
	Répétition M486		Répétition Q242	
	besoin de temps M486		Besoin de temps Q 250	
obtenir la confiance du patient		Garder une porte ouverte F 427		absent compétent
utiliser les messages de santé publiques	inspirer confiance L164	inspirer confiance B 657	Bien compris R372	utilise les codes sociaux des patients
			Gain de temps R376	
			populaire R376	

K 122 il faut que ce soit quelqu'un qui sache communiquer,  
K 124 quelqu'un qui sait communiquer

#### SAVOIR SE RÉPÉTER

K 41 rappeler  
H 77 rappeler  
H 79 répéter répéter répéter encore  
K 125 ça demande de répéter les idées,  
J 416 répéter quinze mille fois  
L 492 répéter quinze fois  
J 651 c'est de la répétition  
J 653 répéter  
K 125 ça demande de recommencer, réitérer  
M 200 répète quelque chose qu'il faut sans arrêt réitérer  
M 191 faut marteler,  
J 654 reprendre un peu avec eux.  
I 88 relancer  
D 89 c'est une histoire de répétition quoi, il faut répéter  
D 19 Se répéter.  
C 493 tu répètes  
F 96 rappeler certaines choses  
D 133 régulièrement  
F 252 pouvoir reparler  
F 257 on peut toujours revenir sur ça  
F 256 on en reparlera  
C 987 faire un petit rappel  
D 1002 ça ré-appuie  
D131 lui ré-expliquer  
P 199 la répétition des mêmes consignes

P 223 ça fait quinze fois qu'il répète  
Q 521 je me dis qu'il faudra en reparler  
Q 647 rappeler pourquoi y'a ce médicament P : hum  
(*approbateur*)  
P 534 répéter

#### SAVOIR INTERROGER LE PATIENT

D 1001 leur poser des questions  
C 1014 tu fais le bête, tu fais « vous fumez toujours ? »  
C 992 lui demander son avis, s'il veut en parler ou pas,  
A 522 « qu'est ce que vous en pensez ? »  
C 997 « qu'est ce que vous en pensez toujours ? »  
D 246 Et qu'il explique  
O 153 prendre le temps pour l'interrogatoire  
P 738 relever des questions qui n'avaient pas été euh perçues  
O 736 questionner  
P 176 requestionner la personne pour voir ce qu'elle a retenu du message  
P 179 faire reformuler  
P 109 vous en êtes où  
P 737 où c'est que vous en êtes ? qu'est ce que vous savez ?  
P 738 où vous en êtes,  
Q 704 ce qu'il souhaitait faire,

#### SAVOIR CERNER LE PATIENT

M 75 connaît plus ce qu'il est capable de comprendre, ses peurs  
K 128 Il faut aussi qu'il connaisse bien sa patientèle  
K 423 ils ont aussi un vécu

K 129 l'écoute de... des craintes des patients  
 K 141 faut aussi comprendre l'image que le patient a du médecin  
 H 456 savoir si c'est un choix du patient et du coup et se dire il est adulte et voilà je l'ai informé il fait ce qu'il veut ou savoir si c'est un peu de la nonchalance et y'a un côté je veux pas savoir  
 H 605 le message souvent touche au but quand on enfin voilà quand on sait ce qui les touche quoi  
 M 731 ça dépend à qui on s'adresse,  
 F 28 avoir tous ses antécédents et le contexte du patient  
 C 29 ce qu'il sait  
 D 247 on peut se rendre compte qu'il n'a pas compris  
 B 508 la plupart des patients ne savent même pas où ils en sont de l'hémoglobine glyquée  
 A 663 Après faut voir l'attente, l'attente du patient qui est derrière  
 A 243 savoir pourquoi il est pas d'accord  
 P 105 tu le laisses venir  
 P 734 les connaître  
 O 154 essayer de le situer  
 P 737 où c'est qu'ils en sont  
 O611 comment ça évolue dans leur tête  
 Q 328 voir de l'adhérence qu'il a  
 P 579 je veux savoir ce qui se dit là bas  
 Q 705 comment il se voyait lui en tant que patient, ce qui pensait être au niveau de sa santé, est ce qu'il pensait justement avoir pris des risques  
 Q 703 lui demander ce qu'il sait lui, ce qu'il a comme attente,

#### ADAPTER SON DISCOURS

M 731 ça dépend à qui on s'adresse  
 K 128 avoir un discours adapté à ses patients  
 K 130 adapter son discours.  
 K123 qu'il sache se faire comprendre  
 M 726 adapté en fonction du contexte du patient et de la situation dans laquelle il se trouve  
 H 602 trouver des images ou des formules qui enfin qui touchent le patient  
 K 124 qu'il ait des qualités de pédagogue  
 F 29 de là découlera ce qu'on dira  
 F 26 la prévention ça découle de euh de ce qu'on connaît du patient  
 C 307 les explications sont adaptables  
 C 317 Faut adapter  
 A 404 on s'adapte  
 C 406 on s'adapte ou pas  
 Q 328 il adapte  
 P680 c'est différent à chaque fois là la réponse  
 P 720 éduquer, dépister et tout ça en fonction des attentes du patient  
 P 721 par rapport à la personne  
 R 122 Rajouter ces messages personnels  
 Q 516 changer notre discours

#### AVOIR UN MESSAGE CLAIR

L 156 faut avoir des idées assez claires pour faire passer des messages.  
 J 240 tu vas faire un choix dans ce que tu vas dire  
 H 238 le médecin aussi doit savoir prioriser les messages qu'il veut faire passer .  
 H 244 faut savoir vraiment prioriser les messages

C 714 faut pas donner de faux espoirs  
 R 273 le patient pour lequel on dit les choses clairement « vous êtes hypertendu » ou « vous êtes susceptible de faire un cancer du sein » , « vous êtes ... » voilà il va entendre  
 P 430 le principal c'est d'être super au clair, « alors voilà ce que vous devez faire, ce que vous devriez faire et euh tac tac tac  
 R 131 avec des mots simples,  
 Q 330 écrit de façon très simple  
 R 450 c'est un truc qui parle à tous les patients  
 P 721 axer sur quelque chose de précis

#### RESTER NEUTRE, NE PAS JUGER

D 898 pas donner de jugement des trucs comme ça  
 A 899 voilà et justement, en fonction de la question les gens voient tout de suite « il va me juger sur ... » au lieu de « il veut savoir ça pourquoi pas »  
 Q 640 si t'as été ouverte  
 Q 600 on était ouvert  
 Q 586 il faut rester ouvert

#### SAVOIR LÂCHER PRISE

H 454 ce qui est difficile je pense pour le médecin c'est enfin de savoir à quel point... jusqu'où il doit insister en fait  
 Q 600 on aura nous de notre côté un peu lâché  
 O 612 y'a rien de scientifiquement prouvé mais bon si ça peut les aider pfou  
 P 575 je ne dis pas du tout que je pense que c'est bidon  
 Q 408 il ne faut pas non plus se braquer  
 P 659 faire des concessions

#### SAVOIR NÉGOCIER

C 796 donc après négociation  
 A 885 on parle beaucoup de négociation  
 E 173 amener la question sans frustrer le patient  
 A 897 pour pas culpabiliser après, tu vois, il y a plusieurs façons  
 Q 408 il ne faut pas non plus se braquer  
 P 535 pour pas re-renter dans un conflit qui va durer longtemps  
 Q 597 OK on arrête, et on reconstruit et puis si jamais c'est pas bien, celui d'avant sous traitement il était bien si jamais c'est pas bien c'est qu'y a besoin du traitement  
 Q 634 ne pas non plus complètement les braquer  
 Q 635 « bon ben on va voir comment ça se passe »  
 R 685 moi je dis non c'est pas ça mais par contre vu que ça vous embête on va changer le truc  
 R 691 c'est pas à cause du médicament mais du coup si vous pensez que c'est ça je vous le change

#### SAVOIR PERSÉVÉRER

K 125 de la patience  
 M 480 y'a des choses qui finissent par rentrer même si ça prend...  
 M 486 y'a beaucoup de choses avec le temps qui qui  
 M 486 par matraquage  
 L 515 ça finit par rentrer  
 C 805 faut pas lâcher  
 F 427 il faut toujours garder une porte ouverte

Q 242 essayer plusieurs fois  
 Q 250 peut être qu'un jour ils auront un déclic  
 Q 409 c'est pas pour ça qu'il faut baisser les bras  
 Q 411 il ne faut pas baisser les bras  
 R 420 il faut faire les choses malgré tout  
 Q 522 peut être qu'un jour ça marchera

#### OBTENIR LA CONFIANCE DU PATIENT

L 164 si les gens font confiance à leur médecin, ils sont plus à même de... d'aller faire les examens de dépistage  
 L 165 ils seront plus sensible à l'éducation, ils prendront mieux leur traitement que si jamais ils ont une relation où ils font peu confiance à leur médecin  
 L 364 essayer de se le mettre dans la poche pour que... pour qu'il fasse ce qu'on lui dit  
 G 562 il faut vraiment qu'ils comprennent qu'effectivement même s'ils prennent pas leur

traitement il faut me le dire  
 B 657 et puis le patient a un peu plus confiance

#### UTILISER LES MESSAGES DE SANTÉ PUBLIQUE

R 365 Et les messages nationaux c'est quelque chose qui est sur lequel on enfin je me rends compte que je m'appuie beaucoup dessus P : Hum (*approbateur*).  
 R 368 « Les antibiotiques c'est pas automatique », O : à ouais ouais c'est vrai Q : ouais  
 R 758 si j'ai pas de message de dépistage adapté aux patients et adapté au motif de consultation  
 R 371 passe très bien en consultation  
 R 372 très bien entendu,  
 R 376 un gain de temps énorme parce que c'est le patient qui fait la demande finalement  
 R 376 on le voit à la télé

#### 2) PRENDRE EN COMPTE LE PATIENT

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Le caractère		F 295		
Les croyances	L'imaginaire K 425	C 733	0 608  notion de limite lié à la dangerosité O613  acceptable si amélioration de l'état physique ou mental du patient P 573	Notion de limite
Obtenir l'intérêt du patient	M 192	C1005		disparition de cette notion chez les compétents?
Respecter la liberté et les choix du patient	K 421  Éviter l' infantilisation H 366  patient autonome K 425	B 249  patient n'est pas un propriété du médecin B 69  patient autonome D 772  avoir son avis C 992	Éviter d'imposer R 567  patient n'est pas une propriété du médecin R 568  Obtenir son accord Q 644	Bien développé par tous les niveaux
Le faire participer	être acteur H 374  être responsable H 371	être acteur C 503	être acteur P716  être responsable P 718	notion plus développée chez les novices

	notion de relation de confiance M 192			
--	---------------------------------------	--	--	--

#### PRENDRE EN COMPTE LE CARACTÈRE

F 295 en théorie il faut prendre aussi en compte le patient, sa sensibilité,

#### PRENDRE EN COMPTE LES CROYANCES

K 425 ils ont un imaginaire

C 733 « ben essayez »

C 733 « si ça vous améliore tant mieux »

R 568 si ce qu'il m'explique n'est pas dangereux

O 613 si leur croyance bon euh ça, ça les mets pas en danger

P 614 ouais moi je disais « tant que ça les mets pas en danger » R et Q : hum (*approbateur*)

O 608 quand ça leur fait pas de mal, je leur dis « ben écoutez pourquoi pas »

P 571 tant qu'en fait ça ne m'empêche pas de le suivre qu'il va quand même adhérer au traitement

Q 586 tant que voilà on sait que ça lui apporte

P 573 je me dis s'il y a une efficacité quelconque psychique, si ça l'aide d'une façon ou d'une autre en fait au contraire, j'appuie plutôt le truc quoi

Q 58 si l'autre côté après peut lui apporter du bien

Q 588 pourquoi pas

#### CHARGER À OBTENIR SON INTÉRÊT

M 192 on s'intéresse à eux et qu'effectivement ça les rend plus acteur

C 32 s'intéresser

C 31 parce que dépister s'il ne connaît pas ce qu'on dépiste forcément

C 1005 qu'est ce que ça leur apporte aussi

#### RESPECTER LA LIBERTÉ ET LES CHOIX DU PATIENT

L 363 faut qu'il soit d'accord parce qu'on fera jamais rien sans lui

H 366 il doit pas être enfin entre guillemets "infantilisé",

K 421 c'est eux qui choisissent

K 421 c'est eux qui font leur choix,

K 425 ils vont eux même choisir de prendre le traitement ou pas

G 558 c'est leur choix

B 69 De toute façon on ne peut pas s'approprier non

plus nos patients. A : à 100 % oui

B 250 après c'est quand même eux qui choisissent

C 260 c'est eux qui décident F 262 :de toute façon oui, c'est eux

B 265 Le choix revient aux patients

B 249 c'est quand même eux qui choisissent

D 772 chacun est libre et adulte et est capable de prendre ces décisions pour soit même

C 998 on peut pas décider pour eux .

C 992 Et toujours je pense aussi lui demander son avis

P 430 si vous êtes d'accord

R 568 je le laisse se planter parce que je sais qu'il va se planter

Q 596 on sait qu'ils vont se planter

R 567 je suis pas là pour lui imposer ma façon de voir les choses

Q 644 si vous voulez,

R 767 en imposant pas

#### LE FAIRE PARTICIPER

H 371 il peut prendre une consultation chez le diététicien ou la diététicienne pour un régime optimal pour la prise en charge de telle ou telle pathologie

H 373 que ce soit à lui de le faire

H 366 que lui fasse les démarches

H 374 qu'il soit vraiment acteur de ...même de sa propre éducation

M 192 on leur fait confiance

I 387 il faut leur faire confiance aussi

C 108 « montrez moi »

C 108 « revenez la prochaine fois avec »

D 246 qu'il explique

F 256 réfléchissez

C 503 Je pense qu'ils doivent être acteur A : mmm (*approbateur*)

P 575 si ça marche dites moi au contraire ça m'intéresse

P 713 est ce que vous pensez que par rapport à votre santé y'a des choses sur lesquelles moi je devrais peut être plus axer ma consultation

P 716 qui mets vachement le patient en tant qu'acteur de son truc quoi pour qu'il adhère

P 718 ça rend les gens responsables de leur santé

R 767 faire du patient un acteur

### 3) SAVOIR TRAVAILLER EN ÉQUIPE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Avoir un réseau	K 264  notion territoriale et démographique K 260	A 1120  Réseau relationnel A 1120		Compétents peu exprimés sur le sujet. Biais?
Connaître la place du réseau	implique plusieurs intervenants M 103	implique plusieurs intervenants C 33	Implique plusieurs intervenants P344	Vision théorique des novices .

	une entraide M 103			réseau de soins organisé avec des structures identifiées pour novices et intermédiaires
	partage des compétences M115	partage des compétences E 179		
	un suivi L 246	un suivi A 86		compétents peu abordé
	s'applique à des domaines spécifiques K 273			
		avoir un cadre pour le patient F 93		
utiliser le réseau	en fonction de la maladie K 265		En fonction de la maladie P 342	
		pour obtenir un avis C 1079	Pour obtenir un avis O 467	
		pour orienter le patient C 814		
			pour la formation R 351	
		Renforcer les messages délivrés B 363		BIAIS ? Lié à la pratique? les compétents en parle très peu
rôle du réseau identifié	soutien H 357			
	partage des compétences M 115			
	partage de la prise en charge K 262			
	amélioration de l'orientation et des soins aux patients K 267			
		le suivi A 86		
		la formation C 99		
		un cadre F 94	avoir un discours commun R 347	
			établir la confiance entre les intervenants O 469	
les différents acteurs	les médias I 87	les médias C 33		évolution assez paradoxe appauvrissement avec le niveau compétent.
	L'école G21		les médecins généralistes ou	

	Les médecins généralistes ou spécialistes G 22	Les médecins généralistes ou spécialistes C 1078	spécialistes R 347 Les pharmaciens R 347 les paramédicaux Q 340	Biais ? Lié à la pratique ?
	les paramédicaux M103	les paramédicaux D 936		
	Les partenaires sociaux M106			
	les structures hospitalières L247	les structures hospitalières C 40		
	les associations de malades K 265	les associations de malades C 40		
	les patients N 287		les patients R 350	
		l'entourage du patient B 1106		
		Les autorités publiques F 238		
		les structures spécialisées C 37	les structures spécialisées O 363	

#### AVOIR UN RÉSEAU

K 264 dans l'avenir on va plus travailler en réseau,  
K 260 vu l'évolution démographique des médecins on sera de plus en plus amené à travailler avec d'autres acteurs de santé

K 266 se regrouper en maison médicale avec d'autres professionnels de santé,

A 1120 ce réseau relationnel tu l'acquiesces qu'avec le temps, l'expérience, le dire des patients, le dire des collègues, voilà.

B 1106 avoir des personnes référents

#### CONNAÎTRE LA PLACE DU RÉSEAU

M 103 je pense qu'y a des trucs on peut aussi s'aider de d'autres intervenants.

M 106 on a beaucoup d'intervenants qui nous aident

I 138 on a plusieurs intervenants

M 115 des infirmières de diabète elles sont... elles sont beaucoup plus à même de renseigner

K 273 pour les diabétiques, des réseaux d'éducation qui sont dédiés à ça,

L 246 il est quand même pas lâché tout seul dans la nature. Il est suivi à l'hôpital, il va régulièrement en HDJ...

L 514 la plupart des gens qui ont des grosses maladies, sont suivis par pleins de gens

C 33 il n'y a pas que le médecin généraliste

E 179 En fonction de ce qu'on dépiste je pense que tout n'est pas du ressort du médecin généraliste

C 39 je vois pour les diabétiques et tout, y'a ...y'a pleins de choses de mises en place, en association, à l'hôpital, hospi de jour

A 86 Je pense que le médecin généraliste va s'occuper

des grandes lignes du dépistage, d'éducation etc, mais de façon plus approfondie avec un suivi régulier, ça passera par un réseau.

F 93 un cadre où on va bien lui enseigner tout

C 694 chacun son domaine

R 346 les réseaux, c'est aussi pas mal adapté en fait

O 363 je sais que ça existe

P 344 y' en a un qui bosse pas mal avec des infirmières

O 467 on peut amener à être en contact avec un spécialiste

#### UTILISER LE RÉSEAU

M 115 pour un type précis

K 265 en fonction des maladies

D 92 et donc plus y'a d'éléments, si c'est nous, plus le réseau, c'est bien

D 1109 plusieurs médecins dans le cabinet ben voilà ça facilite

C 1075 dès qu'il a besoin, il appelle ses collègues en cabinet ou à l'hôpital et ça se passe très bien

E 170 Ils veulent faire un réseau comme un peu à Tours ; impliquer les généralistes dans le dépistage du VIH

C 1079 on appelle un spécialiste

C 814 y'a quand même des préparateurs et des pharmaciens qui disent « oui mais ça dure depuis combien de temps, faudrait aller voir le médecin »

B 363 y'a un impact je pense, l'hôpital a des urgences se déplacer à l'hôpital et ce que le médecin de l'hôpital a dit

C 546 tu les envoies dans des réseaux, des infirmières spécialisées

C1111 Y' en a qui s'appellent souvent « allô j'ai ça à

ton avis » entre médecins généralistes je trouve ça très bien aussi, c'est génial, c'est une autre approche, une autre mentalité,  
P 342 en diabéto un petit peu  
R 351 pour les cours  
O 467 quand vraiment y'a des fois on butte

#### RÔLE DU RÉSEAU IDENTIFIÉ

H 357 je pense que le médecin généraliste peut pas assumer tout seul  
M 104 tout ne reposerait pas peut être sur le euh, sur le médecin généraliste,  
M 102 on peut déléguer  
K 262 partager les tâches  
K 267 orienter plus facilement vers d'autres professionnels.  
L 514 tout le monde en fait un petit peu  
A 86 plus approfondie  
A 86 suivi régulier  
F 94 cadre  
C 99 apprendre  
A 67 « vous allez là bas pour vous faire éduquer »  
R 347 avoir un discours qui est commun  
R 355 avoir le même type de discours, les mêmes mots  
O 469 on a confiance  
R 348 avoir le même formateur pour tous les membres du réseau et même pour les patients  
R 356 C'est quelque chose qui passe mieux auprès du patient si y'a pas des contradictions entre les acteurs de santé

#### LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU RÉSEAU IDENTIFIÉS

G 21 l'école  
G 21 la télévision  
M 470 à la télé  
I 87 médias  
M 470 médias  
G 22 le médecin généraliste  
G 22 le médecin du travail  
G 20 un spécialiste.  
L 249 endocrino  
M 102 aux diététiciennes  
I 138 la diététicienne  
L 281 une diététicienne  
H 372 diététicien  
M 103 aux infirmières de diabéto  
K 266 infirmiers,

M 106 assistants sociaux  
K 266 psychologues  
L 247 hôpital  
L 247 HDJ  
K 261 autres professionnels de santé  
K 261 autres acteurs de santé  
K 265 associations de malades,  
K 273 associations de malades,  
L 279 associations de malades  
J 714 associations  
N 287 des patients  
C 37 L'IRSA  
C 33 c'est les médiatisations  
F 238 autorités publiques  
C 39 il y a beaucoup d'organismes  
C 40 Association, à l'hôpital, hospi de jour  
C 49 réseau « caramel »  
B 57 les réseaux, les groupes de patients ou les associations  
A 66 ben il y a un réseau diabétique  
A 67 pour un asthmatique ben il y a l'espace du souffle  
F 554 la sécu  
C 791 pharmacien  
C 814 des préparateurs et des pharmaciens  
D 936 diététiciennes du service  
C 941 L'INPES, AFSSAPS  
C 1078 ses collègues en cabinet  
C 546 infirmières spécialisées  
A 1088 une infirmière à domicile  
C 1079 un spécialiste  
A 1090 kinésithérapeute,  
B 1106 personnes référentes  
Q 340 des infirmières  
P 344 des infirmières  
R 347 les infirmières  
R 350 infirmière  
R 347 médecins généralistes  
R 347 spécialistes  
R 349 le diabétologue  
R 347 les pharmaciens  
R 350 pharmacien  
R 350 kiné  
R 354 les kinés  
R 350 pédicure  
R 350 podologue  
R 354 les podologues  
R 350 patient  
O 363 l'espace souffle

#### 4) RECONNAÎTRE LE MOMENT OPPORTUN POUR ÉDUIQUER

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
S'il y a demande		C 121	Q 633	
Contexte propice	M 732	A 1015	Moments rares R 80 moment formalisé P 188 Consultation simple P 712	La mise en pratique sur le terrain et l'observation permet d'identifier les moments opportuns pour éduquer un patient

un repère identifiable		une maladie spécifique C 222		très développé par les intermédiaires phase d'observation des pratiques
		Un comportement à risque C221		
un renouvellement		un âge spécifique A 522	un âge spécifique R 298	
En fin de consultation		C 989	Q 91	
Pas à chaque consultation		B979	P 279	
		B 979	P 279	

#### S'IL Y A DEMANDE

C 121 C'est souvent quand il est en demande que l'on met plus en place le côté éducatif  
C 1034 il se posait juste la question  
C 35 Tout ce qui est mammo et tout, souvent c'est eux qui viennent  
R 80 ... il est rare que le dépistage soit demandé  
Q 633 ils nous en parlent et y'a moyen de discuter

#### CONTEXTE PROPICE

M 732 y'a des moments aussi où les patients sont pas aptes à entendre l'information,  
C 221 Parce que t'as des contextes  
C 998 Ah peut être..., là tu pousses la porte  
A 1015 ils ont besoin de l'aide du médecin généraliste à un moment donné clé  
A 1020 en tombant dans le bon créneau, au bon moment  
A 1035 ben là c'est une porte ouverte, il faut foncer  
C 880 pouvoir placer la phrase au bon moment de la consult  
P 188 c'est toujours le début d'après midi quand on est à l'hôpital  
P 712 certificat de sport

#### UN REPÈRE IDENTIFIABLE

C 222 une infection  
C 221 comportements à risque  
A 522 «ah, vous avez 50 ans»,  
R 298 cinquante ans

#### UN RENOUVELLEMENT

C 224 les jeunes qui viennent pour leur pilule ou leur renouvellement, tu leur en parles

C 487 le motif c'est juste renouvellement .... tu lui parles quand même de quelques trucs,  
C 489 je pense que c'est un moyen de prévention aussi, enfin..., mais les renouvellements de traitement  
C 989 Pendant tes renouvellements  
A 521 ça s'inscrivait dans un renouvellement d'ordonnance  
F 535 c'est toujours dans le cadre de renouvellement  
C 493 renouvellement = prévention  
Q 91 c'est pour un renouvellement d'ordonnance  
P 741 on fait des ordonnances, où on met deux trois petits conseils

#### EN FIN DE CONSULTATION

B 979 c'est plutôt à la fin de la consultation  
C 1027 à la fin  
A 531 c'était toujours dans la continuité d'une consultation  
C 533 Ou à la fin de la consult  
A 523 c'était dans la continuité d'une consultation  
P 279 si on leur dit dès le début vous êtes diabétiques je pense que tout ce qu'on va dire avant ils vont rien entendre

#### PAS À CHAQUE CONSULTATION

B 979 une fois de temps en temps  
D 985 Puis faut pas tout le temps parce que si c'est tout le temps, ben il sait il fume, alors...  
B 991 (*une fois par an*) avec plus d'impact que à chaque consultation où là que le patient n'est plus réceptif quoi  
P 279 ils vont faire « merde j' suis diabétique » et ils entendent que ça

#### 5) UTILISER LE TEMPS QUI PASSE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Dans la communication	Nécessité d'un temps de décantation K 339			
	Fréquentes interventions L 492	Fréquentes interventions F 256	Fréquentes interventions Q 412	prise en charge dans un temps plus long à partir du stage de
	prendre le temps J 93			

		prise en charge longue B 477	Prise en charge longue R 195	niveau 1
car le patient revient	M 186	A 500	R 294	Notion acquise dès le début du cursus
dans le suivi étape par étape	fragmenter le message L514	fragmenter le message C 506	fragmenter le message R 195	enrichissement de la notion
	faire évoluer le message M506	faire évoluer le message A 500	faire évoluer le message R 203	
		savoir remettre à plus tard F 254	savoir remettre à plus tard Q601	
			prise en charge longue Q 525	
utiliser les temps de la consultation			P 103	

#### DANS LA COMMUNICATION

K 339 ils réagissent pas sur le coup mais quelques mois plus tard ça va les faire réfléchir,  
M 486 avec le temps  
L 492 répéter quinze fois la même chose, donc euh avant qu'on le comprenne, qu'on l'apprenne  
J 649 pour passer un message il faut prendre le temps  
L 491 c'est normal que ça prenne du temps de euh d'éduquer les gens  
J 93 prendre le temps  
F 252 je pense qu'il est utile dans le temps, s'il revient de pouvoir reparler  
F 257 on peut toujours revenir sur ça  
F 256 on en reparlera  
B 477 ça se fait pas du jour au lendemain  
Q 412 leur rappeler à la consult d'après  
Q 521 je me dis qu'il faudra en reparler à la prochaine consultation  
R 195 en même temps on a pas le temps mais on a beaucoup plus le temps  
Q 523 c'est pas en une consultation qu'on arrive toujours à régler les problèmes de prévention de dépistage et d'éducation

#### CAR LE PATIENT REVIENT

L 100 le revoir plusieurs fois  
J 500 se revoir dans quinze jours  
M 186 tous les mois  
F 354 Dans le cabinet il va revenir,  
F 252 s'il revient  
F 357 si ça ne va pas il va revenir  
A 500 il re-consulte  
B 320 On sait qu'on le voit la semaine prochaine  
F 429 toi tu as toujours l'occasion de revenir  
R 196 on a le temps des multiples consultations O :  
ouais P: ça ouais  
P 580 c'est quand même des gens qui reviennent,  
P 638 tu le vois tous les six mois,  
R 294 revoir la semaine d'après  
R 295 on se revoit  
R 296 on se revoit la semaine prochaine

R 296 on se revoit

R 201 consult après consult

#### DANS LE SUIVI ÉTAPE PAR ÉTAPE

L 514 un petit peu à chaque fois,  
L 600 on fait un petit peu, ben petit bout par petit bout  
I 613 un petit peu tous les jours  
N 505 si tu le fais petit à petit à chaque consultation  
M 506 on change de sujet à chaque fois  
A 500 C'est-à-dire qu'à la première consultation pour un diabète, on donne les grandes lignes et à chaque fois qu'il re-consulte pour l'hémoglobine glyquée etc ben on en remet une couche ou on explique une autre facette du diabète enfin on étaie par derrière  
C 506 s'il dit « ben c'est bien c'est équilibré c'est trois derniers mois », (...) ben ça veut dire qu'il a compris ben on peut passer à autre chose  
C 266 Et s'ils veulent réfléchir, ben d'accord  
F 254 elle voulait pas en parler tout de suite (...) le médecin a dit que bon y'a pas de soucis, elle a donné une brochure, vous réfléchissez, on en reparlera  
Q 525 peut être qui faudra 10 ans  
Q 601 je pense que trois mois si après ça lui permet d'adhérer pendant dix ans  
Q 634 on va voir comment ça se passe  
Q 647 on voit comment ça se passe dans trois mois  
R 290 c'est souvent sur plusieurs consultations qu'on fait passer  
R 750 c'est difficile d'emmener le patient sur plusieurs terrains différents au sein d'une même consultation.  
R 203 on peut faire passer finalement plus de messages mais qu'il faut les distiller dans le temps,  
R 297 c'est à ce moment là que les messages passent

#### UTILISER LES TEMPS DE LA CONSULTATION

P 740 le temps de la consultation  
R 751 sur une consultation on peut aborder un message de dépistage prévention  
P 284 dans une consult t'as quand même un temps déterminé  
P 103 généralement une consult ça se passe toujours en

fait en trois parties,  
P 103 ton interrogatoire là c'est le patient qui vient  
d'amener ce pourquoi il vient à la consult

P 110 on peut commencer à amener un peu le dépistage  
P 110 quand on se rassemble pour faire l'ordonnance,  
tiens ben au fait là on va dépister telle et telle chose

## 6) UN TRAVAIL SUR LE PLAN PERSONNEL

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Reconnaître ses limites	M 361  on ne peut pas tout faire G 24  il faut être compétent G 20	B 648  on ne sait pas tout B 648  il faut être compétent D 1114  savoir dire « je ne sais pas » B 649	R 333    savoir dire je ne sais pas P 574	Compétence identifiée par tous
Se tenir informé	K 126	E 160	O 696	
être formé	K 41	F 638	P 423	
continuer à se former		A 1113	R349	

### RECONNAÎTRE SES LIMITES

M 351 on ne peut pas changer la face du monde (*sourire*), non on peut pas...  
K 338 il peut pas aller chez les gens pour les forcer à prendre leur traitement  
K 331 on peut pas s'assurer de l'observance thérapeutique  
G 24 on peut pas tout faire non plus  
G 20 s'il est compétent  
B 648 il faut que le médecin sache dire, je ne sais pas  
B 649 Je pense que c'est une des compétences du médecin de savoir dire « je n'en sais pas plus »  
B 655 je pense que c'est quand même plus prudent de répondre « je ne sais pas »  
D 1114 t'as toujours des compétences plus importantes dans un sujet ou dans un autre...  
R 333 par rapport à moi, ce que j'ai appris en cours enfin y'a des choses qu'ont un peu changé  
P 574 écoutez moi je ne sais pas, je connais pas,

### SE TENIR INFORMÉ

K 126 il faut déjà qu'il soit lui-même bien informé  
K 126 informé avec des sources sûres  
K 127 informé avant les patients donc des nouvelles recommandations,  
E 158 il faut aussi que le médecin soit informé des risques, des conséquences de la maladie.

E 160 le médecin qui s'informe  
O696 une attitude scientifique

### ÊTRE FORMÉ

K 41 faut du coup être bien formé  
K 43 être enfin, au taquet sur les différentes enfin recommandations pour chaque pathologie  
K 46 avoir réponse à tout sur toutes les questions  
L 154 il doit avoir beaucoup de... de connaissances  
F 638 le médecin il doit quand même connaître un peu les techniques thérapeutiques, pas seulement les rares,  
F 640 il doit quand même savoir au minimum comment certaines techniques thérapeutiques se déroulent,  
F 643 il sait les connaissances pour pouvoir expliquer  
P 424 quand il y a quelque chose qu'on connaît euh hyper bien et ben euh ça file, on est vachement sûr de nous on est hyper persuasif  
P 431 quand on est hyper sûr de nous et que dans notre tête ça file  
P 423 avoir des compétences scientifiques solides

### CONTINUER À SE FORMER

A 861 FMC sur la communication  
A 1113 un DU  
R 349 topos sur le diabète  
P 437 y'a quand même pas mal les FMC, les ... enfin moi je me fie pas mal là-dessus

## III) REPRÉSENTATIONS SUR LA PLACE DU PATIENT

### 1 DES PATIENTS À MULTIPLES FACETTES

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Patient demandeur	M 314  Est informé M 323	C115	Q 58	Surtout développé par les novices

Patient réfractaire	A envie d'être soigné H 312	Fait le premier pas C115		
		Ne vient que pour cela A 548		
	refus de soins H 237		refus de soins Q594	pas d'évolution
	N'accepte pas la maladie H 312	n'accepte pas la maladie C113	n'accepte pas la maladie P 226	
	refuse d'écouter I 385		refuse d'écouter P233	
patient acteur	A d'autre priorité que sa santé H 457			
	Ne comprend pas K 145			
		est caractériel C 349		
		blocage dans la communication C 410	blocage dans la communication R 265	remarque liée à l'expérience?
			méfiance par rapport à la compétence du médecin P 227	
patient insoumis	comprend bien I 137		comprend bien Q 524	Développé surtout par les intermédiaires
		écoute bien B123	écoute bien R 273	
		fait attention C 115		
		fait la démarche de s'informer C 432		
		contribue à sa prise en charge A 619	contribue à sa prise en charge P 393	
patient insoumis		le nomade C433		pas décrit par les novices
		le frustré A 470		
		le mal informé B 62		lié à l'expérience ?
			le porteur de pathologies chroniques P 236	Remarque possible que si vécu sur le terrain
			le non adhérent P 250	
			ne comprennent pas	pas d'évolution

patient ignorant	bas niveau intellectuel M 315	ne comprennent pas C 109	R266	
	mollesse M 209		mollesse R 416	
		pas de suivi B 508		
patient timide		n'ose pas A 1017	n'ose pas Q 405	vécu sur le terrain

#### LE PATIENT DEMANDEUR

H 312 y'a ceux qui ont, ont très envie de se prendre en main

M 314 il y a certaines populations qui sont demandeuses

M 323 y'a des gens qui s'informent de plus en plus sur internet, qui sont demandeurs

K 516 y'a aussi beaucoup de gens qui sont demandeurs

K 521 ils peuvent nous retourner la question

C 35 souvent c'est eux qui viennent Approbation D/E

C 115 ils demandent eux même

C 115 c'est eux qui font entre guillemet « le premier pas » pour vouloir être observant, être un peu plus éduqué quoi.

A 548 c'était une patiente qui arrivait « bonjour je viens pour que vous me parliez du cancer du sein car j'ai ma, mon arrière petite nièce qui a fait un cancer du sein et j'aimerais bien que vous m'en parliez »

A 548 Bon c'était le patient qui venait pour qu'on lui en parle

A 1023 « aidez moi à arrêter, je suis motivé dès maintenant »

C 1041 ils demandent

Q 58 y'a des patients qui viennent en disant ben voilà est ce que ce serait pas possible ...

Q 58 y'a pleins de patients qui viennent pour rechercher un diabète

R 80 demandé par le patient

R 378 c'est le patient qui fait la demande

Q 632 ils nous en parlent

R 377 j'ai entendu dire que

#### LE PATIENT RÉFRACTAIRE

H 237 finalement il va pas prendre son insuline

H 304 qui prennent pas leur traitement

N 284 y'a aussi des patients qui sont pas éduqués

H 312 ceux qui même digèrent pas du tout,

K 145 ils ne comprennent pas

I 137 y'a certains patients ça va être clair ils vont comprendre assez rapidement, mais y'en a d'autres,

I 385 les patients sont bêtes et font jamais ce qu'on leur dit

N 459 les plus durs patients à éduquer

M 299 ils ont d'autres priorités dans la vie

K 334 ils le feront pas

M 348 ils font ce qu'ils veulent

H 457 je m'en moque, je verrai ça plus tard

H 456 nonchalance

C 113 Y'en a qui.. enfin le diabète, ils le laissent de côté des années et des années

C 349 enfin voilà, ils boudent quoi

A 356 Il va se plaindre à ton maître de stage

C 366 sinon ils viennent au cabinet « oui j'ai pas eu

d'antibiotiques et ils n'ont pas été gentils »

C 400 Y' a aussi les caractères. Y'en a qui sont très ...

C 410 y' en a qui sont bornés, bloqués.

F 419 il ne veut pas comprendre

F 425 il veut pas comprendre

P 226 y'a des gens qu'ont pas envie de t'écouter

P 233 y'a des patients qu'ont pas envie d'écouter

R 265 y'en a beaucoup qui sont bloqués là-dessus

Q 410 Les réfractaires

P 532 le patient qu'est pas du tout sensible euh, qu'a juste envie que tu le lâches

P 227 ils estiment que leur santé ils l'a connaissent mieux que toi

R 263 ils ne se sentent pas malades.

Q 594 ils arrêtent leur traitement,

O 623 je veux plus de traitement, je veux plus me soigner

#### LE PATIENT ACTEUR QUI ÉCOUTE BIEN

I 137 ils vont comprendre assez rapidement

L 535 je pense qu'il le comprene,

L 536 ils le comprennent les gens

B 123 les gens ils se sont déplacés, donc ils sont là pour écouter les conseils, donc ils les écoutent bien

C 115 ils font attention

C 432 les gens ils se renseignent,

A 619 si le patient arrive à surveiller aussi c'est pas plus mal

Q 242 ils adhèrent à une prise en charge à des conseils à une éducation

P 393 c'est lui qui va aller faire ces examens

P 393 c'est lui qui va manger

P 391 c'est lui qui va faire son sport

Q 524 le message il va passer tout de suite, ils vont faire attention

Q 385 c'est lui l'acteur de tout ça.

R 273 j'ai l'impression qu'il va entendre plus facilement le message

#### LE PATIENT « INSOUMIS » : LE PÉNIBLE

C 433 ils vont voir autre chose à la pharmacie en vente libre, euh en faisant n'importe quoi, sans demander au médecin et après ils viennent parce qu'ils ont j' sais pas quoi, une cellulite

A 470 y'en a d'autres qui sont frustrées parce qu'elles ont pas eu leur médoc

B 62 le patient qui va regarder sur internet

P 236 les gens qu'ont des pathologies chroniques (bruit avec la bouche psi!) c'est quand même pas facile

P 250 il est passé mais ils en prennent euh enfin voilà pas note

Q 588 on a des patients justement qui...qui trouvent que leur traitement, pour des traitements chroniques

justement pour toutes ces maladies silencieuses, euh en gros servent à rien  
Q 243 ils savent qu'ils sont diabétiques ils savent que c'est grave mais on arrive pas à les faire adhérer

#### LE PATIENT IGNORANT : LE PASSIF

M 209 les gens sont, font un peu « oui docteur »  
M 209 ils ont pas tellement de répondant  
M 315 ils sont pas assez cortiqués pour les traiter en ambulatoire  
B 508 la plupart des patients ne savent même pas où ils en sont  
C 109 les personnes qui ont plus de mal à comprendre  
P 221 ils connaissent rien  
R 266 y'en a beaucoup qui ont des glycémies qui sont euh très élevées et qui ne savent pas qu'ils sont

diabétiques

R 272 dès lors qui ne savent pas qu'ils sont pathologiques, ils sont pas prêts à entendre quoi que ce soit.

R 416 le patient qui semble ne rien demander

P 221 j'ai l'impression que jamais ils avaient entendu parler de ça

Q 338 ils n'en savent rien du niveau de preuve de quoi que ce soit,

R 77 le patient vient pas forcément chercher par une question

#### LE PATIENT TIMIDE

A 1017 il a envie d'arrêter mais il n'ose pas demander

Q 403 pas oser aborder un autre sujet

Q 405 pas oser dire

## 2 CE QUE LE PATIENT EST CENSÉ FAIRE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Être responsable de ses choix	K 419	C 474	P 389	Notion commune à tous et qui n'évolue pas
être motivé	L 361	B 991	P 393	
avoir un déclic	I 380	A 1016	Q 514	

#### ÊTRE RESPONSABLE DE SES CHOIX

H 369 y'a vraiment une part de responsabilité du patient qui sait qu'il va se prendre en main quoi

K 419 ça les regarde

G 560 s'ils veulent pas suivre mon traitement ben enfin c'est leur santé qui en pâtira et pas la mienne

H 325 ça dépend des gens

F277 Le patient il est roi et maître

C 474 Après c'est son problème

F 281 c'est le patient qui décide finalement de tout

B 250 c'est quand même eux qui choisissent

C 996 c'est lui qui décide !

P 389 c'est lui l'acteur

R 566 je suis pas là pour lui imposer ma façon de voir les choses

Q 409 ils ont droit de ne pas y adhérer

F 278 il doit prendre conscience

B 991 réceptif

F 280 c'est à lui de se prendre en charge.

F 278 c'est lui seul peut se permettre d'agir

Q 388 la personne qui va les mettre en pratique s'il accepte enfin ce sera le patient

P 393 c'est lui qui va faire son sport c'est lui et ça c'est pas nous,

#### AVOIR UN DÉCLIC

I 380 on a pas forcément envie de, qu'il nous arrive la même chose, donc on se dit « ben le dépistage je vais aller le faire »

C 113 il y a un déclic, on ne sait pas pourquoi, ils reviennent

A 1016 ils ont eu un choc,

C 146 Je pense qu'il y a un impact différent sur celui qui a connu un infarctus ou un truc comme ça, il sera quand même plus alerte, enfin, peut être plus impliqué

C 1027 disait euh « oui euh comment ça va, truc truc » et à la fin « oui je voulais vous parler docteur, j'ai un ami là qui est décédé et tout, pff c'est pas évident et tout, niveau moral hein, c'est pas simple il avait mon âge, on se connaît depuis tant, il avait un cancer du poumon hein et euh oh oui c'est vrai qu'il fumait » beaucoup

Q 250 un déclic

Q 514 faire le déclic

#### ÊTRE MOTIVÉ

L 362 s'il accepte de bien prendre son traitement il le fera

L 361 si il accepte de participer au dépistage et ben il le fera,

I 375 s'ils sont mal, ils ont envie d'aller mieux

I 387 ils vont faire en sorte d'aller bien, ou le mieux possible,

L 537 ils ne viennent pas pour rien,

B 121 C'est souvent quand il est en demande que l'on met plus en place le côté éducatif

## 3 LE PATIENT RÉALISE UN PARCOURS

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Faire ses expériences			R 568 aide à la	Reconnu comme faisant partie

acteurs extérieurs		Le pharmacien C810 l'entourage C 850 les médias C 805	compréhension Q594  les médecines parallèles P570	intégrante de la prise en charge par les confirmés, le recours à d'autres personnes que le médecin est perçu comme un parcours par les intermédiaires. Ils le vivent comme une contrainte les compétents comme une aide
notion de cursus, parcours		C810  contrainte pour le médecin C 850		

#### LE LAISSER FAIRE SES EXPÉRIENCES

R 568 je le laisse se planter parce que je sais qu'il va se planter

Q 594 si ça peut leur montrer l'efficacité du traitement justement

Q 586 il faut rester ouvert et que tant que voilà on sait que ça lui apporte pas de mal au patient,

O 608 quand les patients veulent passer enfin par d'autres... d'autres méthodes euh... comme on disait, pour arrêter de fumer ou quoi que ce soit, quand ça leur fait pas de mal, je leur dis « ben écoutez pourquoi pas » si jamais ça peut les faire arrêter ben tant mieux

#### ACTEURS EXTÉRIEURS

C 810 le pharmacien

C 850 grand-mère

C 805 la grand-mère

C 805 pharmacien

C 805 la télé

C 805 voisin

D 729 des penseurs

P 570 l'homéopathie,

O 611 homéopathie

P 571 le rebouteux

O 608 autres méthodes

#### LE CURSUS

C 810 ça fait parti du, enfin je pense, du cursus du patient

C 812 des fois ils viennent directement chez le médecin, des fois ils vont directement chez le pharmacien avant,

C 815 ils repartent ils vont voir le médecin, donc y'a plusieurs chemins,

C 850 c'est pas évident de savoir où est-ce qu'on se situe dans leur cursus comme elle disait, dans leur maladie. Est-ce qu'on se situe soins primaires si je puis dire ou en soins tertiaires ... alors (*rires*) ... sans passer par la grand-mère etc

C 805 t'as l'effet du pharmacien ,de la télé ,du voisin, de la grand-mère,

#### 4 REPRÉSENTATIONS SUR LES ATTENTES DU PATIENT

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Avoir un conseil avisé et sûr	Permet de prendre un décision K340  donne une place d'expertise au médecin K 422	Permet de prendre une décision C 732  donne une place d'expertise au médecin B 652		Reconnu par tous les niveaux
une relation de confiance		C 605	Réassurance du patient Q 326	développé par les intermédiaires
être satisfait		F 423		Lié au stage de Niveau 1 d'observation ?
avoir une autorisation		F 670		
avoir une formation	pour comprendre K 516		R 352	

#### UN CONSEIL AVISÉ ET SÛRE

K 340 ils peuvent prendre une décision en conséquence  
 K 341 ils peuvent se dire « mon médecin me l'avait dit »  
 K 422 l'avis d'expert  
 K 521 avoir l'esprit critique  
 F 79 ils demandent aux médecins « vous pensez qu'ils sont bien, est ce que ... »  
 F 81 ils veulent qu'on les dirige vers quelque chose sure  
 C 116 à votre avis  
 C 607 « oui bon j'ai vu l'orthopédiste de Tours, il m'a dit de faire ça ça ça, vous en pensez quoi docteur ? »  
 F 630 le patient l'appelle pour lui demander ce qu'il en pense,  
 F 643 il vient toujours chez son médecin et lui dit que « qu'est-ce que vous en pensez »  
 C 732 elles demandent même si « à votre avis si je vais voir ceci cela »  
 B 652 ils savent que le médecin lit les informations médicales différemment d'eux  
 Q 326 ça les rassure  
 Q 327 avoir en plus une source extérieure

#### UNE RELATION DE CONFIANCE

C 359 le cabinet quand même c'est eux qui ont choisi  
 C 605 ils ont vraiment confiance en les médecins généralistes ...F : ouais c'est vrai  
 C 610 ou « j'ai fais ça je voulais juste vous tenir au courant »  
 C 1026 si vraiment il a été choqué, il te le dira,

#### ÊTRE SATISFAIT

B 368 ils retournent voir leur médecin pour avoir enfin ce qu'ils veulent  
 F 423 le patient il vient il veut quelque chose

#### UNE AUTORISATION

F 670 il voulait savoir si le médecin l'autorisait à aller faire cette opération

#### UNE FORMATION

K 516 demandeurs d'explications  
 K 516 qui veulent comprendre  
 K 522 de mieux expliquer  
 R 352 le patient est venu au cours

### IV) REPRÉSENTATIONS SUR LES LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN ÉDUCATION – PRÉVENTION – DÉPISTAGE

#### 1 LIÉES À LA PERSONNALITÉ ET AU CARACTÈRE DU MÉDECIN

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Non adhésion du médecin		E 174	P 583	Formulations différentes (intermédiaires observation, compétents personnels)
les efforts que le médecin souhaite faire	ne respecte pas forcément les règles J 443	n'a pas toujours envie B 336	ne souhaite pas réfléchir P 143	
gêne dans la relation		par rapport au sujet abordé D 192	par rapport au sujet abordé O 162	novice pas d'expérience
peur d'être intrusif		E 173 blesser le patient E 227 juger le patient E 229	par rapport à l'annonce du diagnostic R 267 R 421	novice pas d'expérience

peur d'être malhonnête		E 208		
peur des responsabilités		juridique C 437	P 434	novice pas d'expérience
		Poids des paroles du médecin F 669	Poids des paroles du médecin R 266	novice pas d'expérience
la culpabilité			annonce du diagnostic R 271	
le découragement		E 186		
	sentiment d'impuissance M 101	sentiment d'impuissance B 128	sentiment d'impuissance Q630	
	lié à l'incompréhension avec le patient M299	lié à incompréhension avec le patient F 425	lié à l'incompréhension avec le patient P433	décrit par tous
		lié à la mise en échec B 124	lié à la mise en échec R 201	
l'épuisement		manque d'envie de se battre F 425	manque d'envie de se battre P 223	
	lié à l'échec J 416	lié aux efforts déployés C 816		
le désespoir		C 808	lié à la répétition Q 245	décrit par tous
la frustration	pessimisme H 330		P 238	
	de ne pas pouvoir tout faire H 352	prise en charge imparfaite C 784	prise en charge imparfaite P 539	décrit par tous
	prise en charge imparfaite H 357		lié à l'échec Q 246	
difficulté à lâcher prise			manque de temps P 541	
			P 661	

#### LA NON ADHÉSION DU MÉDECIN

E174 y'a beaucoup qui n'adhèrent pas à ce dépistage là,  
E175 je ne vois pas comment quand on n'adhère pas à ce dépistage on peut proposer aux patients ce dépistage  
P 583 y'a toujours des trucs qui vont me faire rire

#### LES EFFORTS QUE LE MÉDECIN SOUHAITE FAIRE

J 443 y'a des lois, y'a des règles enfin, c'est pas pour ça qu'on les respecte  
G 568 je suis pas leur mère

G 568 c'est pas moi qui vais changer leur vie

B 336 ce qu'on a envie de leur dire  
F 418 Je pense qu'il ne faut pas se leurrer quoi, parfois on cède au désir du patient  
C 887 on ne peut pas tout négocier  
O 161 enfin des fois ça passe à la trappe  
P 143 en premier effectivement euh...on a tendance à reprendre ce qu'on connaît, ce qu'on a appris et qui ne demande pas de réfléchir  
P 616 si ils arrêtent un traitement après je serais un peu moins O : oui

## LA GÊNE DANS LA RELATION

D 192 Quand c'est des questions qui peuvent être gênantes

C 203 t'as l'air gêné de lui demander

O 162 des fois y'a certaines situations où je serais pas des plus à l'aise

R 267 on les a dit de manière un peu cachée

## LA PEUR D'ÊTRE INTRUSIF

E 173 avoir l'impression de l'indexé un peu vis-à-vis de ces conduites de vie

E 171 ne savent pas trop comment amener la question sans frustrer le patient

E 227 quand tu lui proposes de faire le VIH pour elle c'est euh, j' sais pas c'est un peu blessant

E 229 c'est comme si tu suggérais entre guillemet que elle ou son mari ait fauté quoi

R 421 on a toujours trop l'impression, enfin moi c'est ce que j'ai vu, qu'on est intrusif

## LA PEUR D'ÊTRE MALHONNÊTE

E 208 c'était ça le problème de ces médecins là à ce moment donné, de ne pas être honnête vis-à-vis de leur patient

P 434 je ne suis pas hyper sur de mon coup

## LA PEUR DES RESPONSABILITÉS

C 437 le fait de céder tu te risques quand même parce que c'est toi qui signe,...ça ça me fait pas mal peur en fait

C 445 la nénette de 45 ans qui fume un demi paquet et qui vient pour sa contraception, tu lui dis ben euh, qui est hypertendu hein et un peu obèse, tu lui dis quoi ? « y faudrait changer ... » « oh non j'ai pas envie » bon d'accord tu signes. Le lendemain elle fait un AVC, euh euh t'as un peu ...

F 453 y'a des choses qu'on peut pas se permettre de faire

C 454 ça c'est pas simple

F 669 c'est-à-dire, à partir de ce que le médecin allait dire, est-ce qu'il ferait cette opération ou pas ? j'ai trouvé que c'était lourd quand même A : Ah c'est très lourd, je suis d'accord A : la décision

R 268 j'ai eu peur de leur expliquer des choses, leur donner quelque chose de définitif dans le diagnostic...P : ouais c'est vrai...

R 271 : et qu'ils les enfin qui les condamnent à être diabétique ou qui les condamnent à être hypertendu ou qui les condamnent

## LA CULPABILITÉ

E 186 La culpabilité

## LE DÉCOURAGEMENT

M 101 on a l'impression que ça sert à rien

H 236 on va leur dire plein de choses et finalement,...) il va se rappeler que d'une chose,

H 237 c'est la toute petite chose qu'on a dite qui sert à rien

M 299 ils ont d'autres priorité dans la vie et que pfou

J 489 après ils le font ou qu'ils le font pas

K 582 on a beau leur dire

I 396 on se dit « mais c'est pas possible, ils sont bêtes,

ils ont rien compris »

I 385 on a tendance à se dire que les patients sont bêtes

C 263 s'ils ne veulent pas tant pis

F 425 Au final si toi tu lui expliques et il veut pas comprendre, je sais pas mais, moi j'ai parfois j'essaie de ... je lui donne ce qu'il désire

B 122 surtout en médecine générale, j'ai l'impression quand même que c'est assez décourageant,

B 124 des fois il a l'impression d'avoir réussi à passer l'information et puis au final c'est pas du tout appliqué ! C'est très décourageant.

B 128 y'a un moment ben euh on perd un peu (rire) espoir et puis on se dit bon ben je vais plutôt passer du temps à faire autre chose

C 411 On se dit qu'on va pas pouvoir franchir la barrière,

C 411 on laisse tomber

F 425 si toi tu lui expliques et il veut pas comprendre, je sais pas mais, moi j'ai parfois j'essaie de ... je lui donne ce qu'il désire

C 799 A quoi ça sert,

C 799 tu t'embêtes à bien tout leur expliquer tac tac tac, 5 minutes plus tard, tout est effacé chez le pharmacien

P 223 il est blasé

P 232 y'a des fois je me demande ce que je fais,

P 433 je me dis « bon ben si il ne veut pas prfff »

O 622 quand ils veulent arrêter un traitement pfou

Q 630 je me fais pas d'idée P : oui ben ouais

P 578 s'ils veulent y aller ben qui y aillent

R 201 on a l'impression que la première consult on a aucune incidence sur la vie des patients et heu qu'on fait passer très peu de chose

## L'ÉPUISEMENT

M 191 c'est épuisant

J 416 t'as beau leur répéter quinze mille fois la même chose, ils viennent, tu te dis « ah ils sont plein de bonne volonté » et puis au final y'a rien,

C 816 le médecin qui se tue

Q 245 a déjà essayé plusieurs fois

Q 244 on arrive pas à les faire adhérer enfin quelle que soit la personne

## LE DÉSESPOIR

M 198 je suis peut être pessimiste

H 302 je suis peut être pessimiste

H 330 pessimiste

N 290 on y arrivera pas

C 805 Eh ça t'efface tout, t'es ... c'est un peu désespérant, faut pas lâcher, mais euh c'est hyper désespérant

C 808 c'est affreux quoi, c'est un peu ....pfou, Désespérant !

P 238 je suis pas bien sur que je reprenne quoi que ce soit,

P 238 je pense que des fois je démarre

## LA FRUSTRATION

H 352 c'est dur parce qu'on aimerait vraiment tout faire bien,

H 353 tout pouvoir leur expliquer tout de A à Z

M 63 qu'est-ce qu'on dit aux gens

H 357 c'est difficile d'avoir une prise en charge entre guillemets « parfaite »  
 C 998 c'est encore frustrant  
 C 784 t'es frustrée  
 Q 246 je sens bien que je n'y arrive pas mieux non plus  
 P 539 ça laisse une grosse sensation d'insatisfaction  
 P 541 quand on manque de temps et qu'on peut pas  
 P 659 j'aurai du mal à accepter l'arrêt

Q 521 je sens bien que ça va rien changer

#### DIFFICULTÉ À LÂCHER PRISE

P 639 j'aurai du mal à lâcher  
 Q 635 ça m'embêterait  
 P 661 j'aurai du mal à lâcher  
 R 415 avoir un peu tendance à être borné  
 Q 657 je lui dirais non d'emblée

## 2 LIÉES À LA PRATIQUE DU MEDECIN

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Les difficultés de communication	Avoir réponse à tout K 46  d'être bon communicant N 288	D'être bon communicant C 199  de le faire au bon moment C 1034	D'être bon communicant R 165  liée la variabilité interindividuel P 661  liées à l'annonce d'une mauvaise nouvelle P 284  liées au manque de suivi Q655  liée au manque d'un diagnostic  liée au conflit avec le patient R 545	Utopie de l'omniscience  pas forcément innée  très développé par les confirmés nombres de situation rencontrées plus nombreuses  pas d'évolution
manque de formation	K 42	E 159	O 163	lié au stage ambulatoire?
le manque de pratique		expérience C 1091	expérience O 694	
le statut de remplaçant		méconnaissance des patients F 293  ne pas pouvoir changer les habitudes C 378	méconnaissance des patients O 211  manque de suivi O 210  manque de confiance du patient P 232  reproche de la jeunesse par le patient, manque de légitimité P 225	
ça prend du temps				

	manque de temps H 354	manque de temps F 424  nécessite du temps C 816	manque de temps O 175  nécessite du temps R 206  long terme R 206	Reconnu par tous les niveaux
--	--------------------------	---	--	---------------------------------

#### LES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION

K 46 je trouve ça difficile en tant que généraliste de...  
de enfin d'avoir réponse à tout sur toutes les questions  
H 245 tu risques pas d'avoir le résultat que tu voulais obtenir

N 288 c'est difficile de faire passer des messages  
C 199 y'a des gens qui ont plus ou moins de formation qui, par rapport à la communication ont plus ou moins de mal

C 1034 t'as pas la petite alarme qui « ti di di ti » nous dit c'est maintenant qu'il faut lui demander

E 171 y'a beaucoup beaucoup de généralistes qui premièrement ne savent pas trop comment amener la question

O 160 en dire beaucoup en peu de temps

R 165 j'ai eu tendance à faire passer trop de messages

O 160 se rappeler « oh oui il faut que je pense à dire ça »

P 582 il va y avoir des non dits

P 284 quand tu lâches un « gros mot »... R : c'est compliqué derrière

P 661 tu vas faire ça pour un mec ça va être niquel, l'autre tu vas faire après ben c'était pas comme ça qui fallait faire

Q 655 on sait plus réellement ce qui prend

Q 512 on trouve pas pourquoi

R 545 Le premier obstacle c'est le conflit,

R 545 c'est quand le patient rentre dans le conflit P : ouais

O 623 j'ai du mal à, dès qu'ils commencent à être butés

Q 249 y'a pas moyen de passer le message

Q 513 on arrive pas à trouver quelque chose qui pourrait lui faire le déclic

R 551 c'est impossible de lui faire changer d'avis

R 547 à ce moment là je ne peux plus faire passer quoi que ce soit P : ouais voilà

P 224 si c'est un interlocuteur différent enfin, j'avais tendance à croire ça, en fait là concrètement ça passait pas du tout

#### SON MANQUE DE FORMATION

K 42 ce qui est difficile moi je trouve dans le rôle du médecin généraliste c'est qui faut du coup être bien formé

E 159 Si il a une information limitée concernant la maladie, il ne pourra pas donner une information appropriée au patient

E 195 si tu maîtrises pas la maladie en elle-même, si tu la connaît pas c'est difficile d'expliquer au patient

E 197 si toi-même tu sais pas à quoi il s'expose à long terme

C 199 y'a des gens qui ont plus ou moins de formation

O 150 on commence par ce qu'on apprend en cours

enfin ce qu'on connaît vraiment

O 163 je me cantonne enfin à ce que j'ai appris

R 165 on sort le tiroir qu'on a appris

P 433 des fois quand je ne sais pas trop et tout je me dis « bon ben si il ne veut pas prfff » ben voilà parce que moi même je ne suis pas hyper sur de mon coup quoi

#### LE MANQUE DE PRATIQUE SUR LE TERRAIN

C 92 et de pratiques

C 1091 je pense que c'est avec ton expérience

O 693 je manque de recul pour savoir si c'est efficace ou pas

O 694 je ne pense pas avoir fait assez de consultation

#### LE STATUT DE REMPLAÇANT

C 101 en tant que remplaçant comme tu disais tu ne peux pas te permettre de euh...de leur expliquer bien

F 293 nous parfois on connaît pas trop les patients quand on est devant les patients,

C 378 Donc ça dépend je pense de l'éducation de la patientèle au long, tout au long quoi. En tant que remplaçant on ne peut pas se permettre de faire ça et c'est les habitudes du médecin et on s'adapte.

F 452 y'a des choses qu'on peut pas se permettre de faire, ça c'est sur C : ça c'est pas simple

C 342 il se trouve qu'aux urgences c'est plus simple de leur dire non, ou d'expliquer tac c'est comme ça, qu'au cabinet ! D : oh oui..... Après quand on est remplaçant, c'est nos patients

O 210 on les voit ponctuellement

O 211 on les connaît pas

P 227 toi qui ne les connais pas.

O 154 quelqu'un qu'on connaît pas beaucoup

O 211 on doit se remettre la situation en tête

P 232 je ne suis pas leur médecin habituel

O 212 on est pas vraiment leur médecin, on peut pas les revoir régulièrement

P 231 c'est parce que je suis jeune

P 231 ils pensaient que j'étais pas forcément la meilleure personne,

P 225 elle vient m'emmerder la gamine

O 360 on commence à peine, on a pas encore euh... on est pas encore fixé

P 738 ça peut à notre niveau, être le seul moyen de savoir où ils en sont

#### ÇA PREND DU TEMPS

L 98 en consultation je suis pas sur qu'on ait le temps

H 354 on a pas le temps,

H 354 je pense qu'on a pas le temps

J 92 faut aussi avoir le temps de pouvoir faire tout ça,

L 101 c'est quand même des choses qui prennent

quand même beaucoup de temps.  
M 196 si on voit quatre patients dans la matinée et qu'on aura passé une heure à leur expliquer à chacun  
J 228 si on passe une heure à faire quatre patients dans la matinée, enfin j' sais pas si ça vous paraît compliqué  
H 243 je pense que si tu passes en effet trois quart d'heure ou une heure à éduquer un patient il va pas forcément...  
F 424 c'est un patient que tu connais que tu connais pas, comment, y'a beaucoup de choses, mais ça peut pas se faire en vingt minutes.  
C 816 prend une demi heure pour leur expliquer  
O 175 il faudrait que je parle de ça et euh on se

retrouve, ça fait déjà vingt minutes et euh voilà, c'est un peu chaud.  
P 192 au cabinet quoi heu y'a des fois c'est franchement chaud heu, on a pas le temps quoi  
R 206 on est obligé de prendre le temps de plusieurs consultations  
O147 au final dans la consultation t'as peu de temps pour vraiment faire passer tous les messages, Q : ouais c'est sur  
P 180 j'ai pas souvent le temps  
P 538 je me dis que concrètement ben là j'ai pas le temps  
quoi

### 3 LIÉES À LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Le bénéfice risque		F 449		Notion non développée
ça prend du temps	J 497	F 23		retrouvé chez les trois niveaux
on ne peut pas tout savoir	manque de temps J 93		Manque de temps P 185	constat vécu comme une frustration mais compétents non évoqué .
on ne maîtrise pas tout	parce qu'on à oublié L 599	le champ des connaissances est trop vaste B 654		Pour les trois niveaux
le manque de travail en équipe	K 431	B 334	Q 655	biais ou réalité
manque de suivi	solitude L 282		solitude O 345	idée reçue?
manque de moyen	J 91			
	H 356			

#### LE BÉNÉFICE RISQUE

F 449 Il faut toujours quand même garder la balance bénéfices-risques

#### ÇA PREND DU TEMPS

J 93 je pense que c'est pas forcément évident quand on est en médecine ambulatoire d'avoir le temps de faire tout ça,  
L 98 l'éducation d'un patient ça peut prendre beaucoup de temps  
M 195 c'est le temps que ça prend  
J 497 ça prend du temps aussi de faire ça  
L 99 faut... passer autant de temps,  
L 99 ça peut être long  
F 23 l'éducation c'est comme il l'a dit, beaucoup de temps  
O 159 ce qui est compliqué euh c'est trouver le temps  
P 185 c'est le manque de temps en médecine générale,  
P 536 l'autre obstacle ben c'est le temps  
P 538 on manque toujours de temps  
P 179 on a pas souvent le temps  
P 541 on manque de temps

P 542 c'est le principal obstacle. Q : hum (*approbateur*)  
P 185 c'est le manque de temps en médecine générale,

#### ON NE PEUT PAS TOUT SAVOIR

L 597 on se souvient pas forcément des conseils,  
L 599 on le fait pas parce qu'on se souvient pas  
C 647 je pense que c'est impossible  
B 654 leur médecin ne peut pas non plus tout savoir.  
D 1114 t'as toujours des compétences plus importantes dans un sujet ou dans un autre....  
C 948 C'est comme quand tu prescrites « c'est quel comprimé, c'est quelle couleur ? » pff je ne connais pas moi les boîtes et tout de ces médicaments.

#### ON NE MAÎTRISE PAS TOUT

K 431 on peut pas forcer quelqu'un à faire tel ou tel choix  
B 250 après on peut quand même pas  
F 277 Le patient il est roi et maître, de toute façon c'est pas nous qu'allons le changer  
B 334 l'impact n'est pas toujours celui qu'on veut,  
B 334 le message ne passe pas toujours comme on

aimerait qu'il passe  
 B 335 les patients ne comprennent pas toujours ce qu'on a envie de leur dire  
 C 787 si tu prescribes un traitement si ça se trouve il va même pas le prendre  
 Q 56 parce qu'on peut pas toujours l'éviter  
 Q 515 y'en a on arrive pas à leur faire le décliné  
 P 663 tu le seras que bien plus tard  
 Q 655 y'a que le jour où il se passe quelque chose qu'on apprend qu'il prenait plus son traitement.  
 P 660 après si ça se trouve il va le faire sans me le dire

#### LE MANQUE DE TRAVAIL EN ÉQUIPE

L 282 on va être les seuls à pouvoir faire l'éducation H  
 : *assentiment de la tête*

Q 341 quel que soit l'endroit où je suis, je travaille, on travaille pas du tout avec des infirmières  
 P 344 y'en a un qui bosse pas mal avec des infirmières mais uniquement dans ce cadre là.  
 O 345 on travaille avec personne d'autre

#### MANQUE DE SUIVI

J 91 on voit par forcément tout le temps les patients  
 J 92 des patients qui viennent comme ça de temps en temps

#### MANQUE DE MOYEN

H 354 on a pas vraiment les possibilités  
 H 356 le médecin généraliste peut pas assumer tout seul

### 4 LIÉES AU PATIENT

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Non adhésion du patient	Ça n'arrive qu'aux autres K 447  pas envie K 425	Lassitude D 1024	Pas envie P 532  problème de confiance et d'adhésion au traitement Q 654	Pas d'évolution  lié à la pratique sur le terrain?
Les croyances	l'imagination K 425	problématique en cas de risque médical B 734  la religion A 738	idées reçues sur les traitements Q 589	Pas d'évolution
la culture	milieu rural M 209  vie professionnelle K 452  convenances M 486	convenances D 740	convenances P 580	pas d'évolution
difficultés de compréhension	N 289  idées trop abstraites H 306	C 109	Q 524	pas d'évolution
difficultés liées au niveau éducatif	niveau intellectuel M 315	niveau intellectuel C111		Compétent?
difficultés liées à la langue	K 292	C 109		Compétent?
L'acceptation de la maladie	parce qu'on se sent mieux K 427	parce qu'il va bien Q 256		Compétent?

	à cause de son vécu K 429			
le nomadisme		refus du diagnostic C112		Que les intermédiaires
la motivation du patient	L 281	C 850	Q 653	pas d'évolution
l'investissement		D 275		pas d'évolution
la réceptivité du patient	selon les représentations et la confiance K 150	C 410	Q 242	pas d'évolution
	pas d'anticipation M 619			
L'âge		le caractère C 349	le caractère O 641	
	personnes âgées M 206		n'écoute pas R 301	pas d'évolution
	les parents K 582			
l'ambivalence	bénéfices secondaires N 289	les enfants C112	les jeunes Q 404	
la gêne du patient		C 436	demandes cachées Q 402	pas d'évolution
le type de maladie	les pathologies chroniques I 137		P 581	que les compétents
	Les pathologies psychiatriques M 296		les pathologies chroniques P 246	pas les intermédiaires
				globalement bien décrit par tous les niveaux

#### LA NON – ADHÉSION DU PATIENT

H 302 c'est quand même très rare enfin...des patients qui suivent mot pour mot  
H 308 s'ils avaient vraiment tous envie tout le temps, enfin de... d'être accompagné, ce serait beaucoup plus facile mais euh c'est pas le cas  
K 447 y'a toujours le côté « ouais mais moi ça ne m'arrivera pas quoi »  
H 457 de toute façon ça m'arrivera jamais  
K 452 ça passe vite à la trappe  
M 486 y' aura toujours des gens qui voudront pas le faire  
K 425 ils ont aussi des réticences  
C 263 On est là pour prescrire, les informer et tout, s'ils ne veulent pas tant pis  
D 1024 ça risque de le laisser si on le fait à chaque fois  
P 225 qu'est ce qu'elle vient m'emmerder  
P 532 le patient qu'est pas du tout sensible euh, qu'à

juste envie que tu le lâches

P 233 y'a des patients qu'ont pas envie d'écouter les messages parce qu'ils pensent que ben euh eux se connaissent mieux que toi  
Q 512 on arrive pas à le faire adhérer  
Q 654 on a perdu son adhésion  
P 581 sont pas d'accord,  
Q 592 ils ne sont pas convaincus par le traitement  
Q 591 y'a ceux qui ont déjà arrêté le traitement qui le disent pas forcément  
O 621 quand ils veulent arrêter un traitement

#### LES CROYANCES

K 425 ils ont un imaginaire  
D 729 enfin les personnes qui vont voir des penseurs ou des choses comme ça, elles viennent aussi voir le médecin.  
B 734 on estime que ça soit pas bon, enfin

médicalement, qu'il y ait des risques, par exemple, des manipulations sur la colonne par quelqu'un qu'on estime pas compétent, bon ....

A 738 si la religion elle nous empêche de faire des choses sur le patient, où là c'est plus difficile

B 744 Témoin de Jéhovah et si t'es enceinte

A 770 Ça dépend du cas, ça dépend des pathologies, ça dépend du pourquoi, enfin, c'est difficile

Q 589 on a des patients justement qui...qui trouvent que leur traitement, pour des traitements chroniques justement pour toutes ces maladies silencieuses, euh en gros servent à rien

P 673 ce qu'on rencontre tout le temps c'est la croyance genre « j'ai mal à la tête parce que je prends votre médicament là » R : hum (*approbateur*)

O 678 il a bien sur lu la notice et puis « oui, c'est dans les effets secondaires, je les ai tous »

#### LA CULTURE

M 209 milieu très rural

K 452 une vie professionnelle

M 486 des raisons de convenances personnelles

D 740 la femme qui ne veut pas se déshabiller parce que t'es un garçon par exemple ?

P 580 si eux ils sont attachés à leur truc

#### LES DIFFICULTÉS DE COMPRÉHENSION

M 191 y'en a c'est vrai faut marteler

H 236 il va se rappeler que d'une chose

N 289 des difficultés à comprendre

H 306 ça parle pour très peu aux gens en fait,

K 339 ils réagissent pas sur le coup

J 651 on revient le lendemain, ils reposent les mêmes questions

C 109 il y a les personnes qui ont plus de mal à comprendre

C 109 qui comprennent pas forcément bien

B 124 le médecin généraliste n'arrive pas toujours à passer les informations

E 397 même celui qui a un bac plus cinq ou plus huit, s'il n'est pas en médecine tu peux lui parler comme tu parles, je pense qu'il ne comprendrait rien A : Oui aussi, tout à fait

R 1171 sur cette liste exhaustive y'a un message qui passe

Q 524 y'en a pour qui voilà la consultation le message y va passer tout de suite, y vont faire attention, et puis y'en a peut être qui faudra 10 ans..

R 750 c'est difficile de faire passer plusieurs messages de prévention en même temps

#### LES DIFFICULTÉS LIÉES AU NIVEAU ÉDUCATIFS

M 315 ils sont pas assez cortiqués pour les traiter en ambulatoire

C 111 les capacités des parents aussi à comprendre,

A 388 Ça dépend premièrement s'ils sont réceptifs deuxièmement si leur niveau social et éducationnel si je puis dire,

A 388 on trouve des choses parfois très aberrantes alors que ce serait autre chose avec une personne qui a passé le bac plus trois et qui est bien au fait de sa maladie

#### DIFFICULTÉS DE LANGUE

K 292 avec un patient qui ne parle pas français

C 109 les personnes par exemple qui parlent pas forcément bien français

#### L'ACCEPTATION DE LA MALADIE

N 289 une façon de voir la maladie

K 427 elle se sent mieux, elle arrête de le prendre

K 428 Elle se sent mieux peut être pour une autre raison, mais elle va arrêter de le prendre.

K 429 elle a un vécu qui fait que on choisit de ne pas prendre le traitement, de ne pas faire le dépistage

C 112 ceux qui acceptent plus au moins leur diagnostic

D 774 Des fois y'a des parents qui décident quelque chose et on est pas trop d'accord

C 113 Y'en a qui.. enfin le diabète, ils le laissent de côté des années et des années

A 419 Tu lui expliques, il ne veut pas comprendre

Q 256 tant qu'ils n'ont pas les maux de tête et qu'ils voient pas flou enfin voilà quoi, ou qu'ils ont pas fait l'AVC on a du mal

Q 259 tant qu'ils ont entre guillemets « pas eu la preuve » voilà ils ont du mal à écouter les conseils d'éducation

#### LE NOMADISME

C 433 ils vont voir autre chose à la pharmacie en vente libre, euh en faisant n'importe quoi

C 850 c'est pas évident de savoir où est ce qu'on se situe dans leur cursus

#### LA MOTIVATION DU PATIENT

M 207 les gens y sont pas du tout demandeurs

L 280 ils ont pas forcément envie d'y aller

L 281 peut être que eux ils auront pas du tout envie d'y aller

J 400 faut avoir envie de faire ce qu'on nous dit

J 400 c'est pas parce qu'on le sait qu'on fera

J 408 c'est pas parce qu'ils savent qu'ils feront

J 409 c'est pas parce qu'on sait qu'on fait,

K 419 ils finiront pas forcément par le faire

D 275 De toute façon il faut qu'il soit motivé et adhérent sinon c'est mort

F 582 il ne va pas venir s'il n'est pas motivé,

Q 592 ils ont envie d'arrêter le traitement

Q 653 le jour où il en a marre en fait il nous en parle pas il l'arrête.

P 719 il a tendance à se dire ben si il veut pas le faire pff c'est lui l'acteur et puis voilà

#### L'INVESTISSEMENT

C 410 y'en a qui sont bornés, bloqués

Q 242 c'est ou tout l'un ou tout l'autre

#### LA RÉCEPTIVITÉ DU PATIENT

K 150 fonction de l'image et de la confiance qu'ils ont, les messages sont plus ou moins faciles à faire passer.

K 432 il veut pas faire le dépistage du cancer du colon parce que peut être qu'il a un membre de sa famille qui est mort et qui veut pas le savoir,

M 619 l'anticipation des fois euh est pas toujours évidente chez les gens

M 619 ils anticipent pas les choses  
 A 388 s'ils sont réceptifs  
 A 470 y'en a d'autres qui sont frustrées  
 A 416 si on sent qui n'écoute pas, qu'il est à l'ouest, on aura beau y mettre les moyens, c'est tout quoi  
 C 349 enfin voilà, ils boudent quoi  
 R 261 quand le patient n'est pas prêt à entendre le message,  
 O 621 c'est difficile quand ils sont bornés  
 R 301 à la première consultation c'est rare qu'ils entendent ou qu'ils écoutent  
 R 260 quand le patient n'est pas prêt à entendre le message,

#### L' ÂGE

M 206 je vois des gens très âgés  
 K 582 les parents  
 C 112 l'âge des enfants  
 Q 404 les jeunes avec les dépistages

#### L'AMBIVALENCE

N 289 il peut y avoir des bénéfices secondaires  
 C 433 en faisant n'importe quoi, sans demander au médecin et après ils viennent parce qu'ils ont j' sais pas quoi  
 C 436 cette ambivalence du patient  
 C 438 il va jamais dire « c'est moi qui vous l'ai

demandé, c'est vous qui me l'avez donné ».... F : c'est vrai  
 Q 402 y'a des fois des demandes qui sont pas forcément, pas explicites.

#### LA GÊNE DU PATIENT

Q 403 pas oser aborder un autre sujet  
 Q 405 ils peuvent débiter quelque chose mais pas oser dire  
 P 581 il va se dire « oh il va me prendre pour un con, j'ose pas lui en parler »

#### LE TYPE DE MALADIE

I 137 L'éducation chez les diabétiques enfin c'est quand même difficile  
 M 296 des schizophrènes  
 H 303 quand y'a pas vraiment de bénéfice sur leur état de santé euh à court terme  
 P 246 les gens qu'ont des pathologies chroniques (bruit avec la bouche pssi!) c'est quand même pas facile  
 Q 240 c'est plus sur les pathologies chroniques en fait euh au niveau éducation que, moi je trouve que c'est difficile  
 Q 252 c'est plus avec les pathologies chroniques effectivement, plus tout ce qui va être en gros « je suis malade mais enfin je le ressens pas quoi »

### 5 LIÉES À L'ENVIRONNEMENT

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
L'absence d'information		C 31		Insuffisamment développé
le manque de pertinence de l'information	Libre accès internet K 519 lectures K 219	libre accès internet D 841  l'entourage B 849	Lecture O 678	pour tous les niveaux
le dépistage lui même	décriés M 61 coût économique M62 sentiment d'insécurité M61			que les novices
le manque de coordination		C 790		que les intermédiaires
la société		l'image de la maladie 186 sujets tabous E 179	sujets tabous Q 406	que les novices
nécessité de se protéger	fonction médico-légale N 342 en cas de conflit M 347			

#### L'ABSENCE D'INFORMATION DU PATIENT

C 31 dépister s'il ne connaît pas ce qu'on dépiste  
forcément ... il ne va pas se diriger ou s'intéresser

#### LE MANQUE DE PERTINENCE DE L'INFORMATION

K 516 on est pas la seule source d'information  
K 519 Ils vont très rapidement sur internet  
K 519 ils ont des magazines  
K 519 tout ce qui est magazine pour femme y'a plein  
de choses sur la santé  
K 520 ça leur apporte des informations plus ou moins  
vraies  
D 841 Ben après c'est tout le libre accès à l'emploi  
internet à tire larigot, F: ouais internet  
D 843 heu y'a des infos à droite à gauche et on sait pas  
si elles sont bonnes ou pas  
A 844 l'article de Wikipédia  
C 845 Vulgaris – vulgaris.com  
B 849 Internet et puis l'entourage, les voisines les  
familles,  
B 651 Si eux ils regardent sur Internet, ils ne pourront  
pas trier les informations comme leur médecin  
C 805 c'est hyper désespérant parce que t'as l'effet du  
pharmacien ,de la télé ,du voisin, de la grand-mère,  
C 811 la grand-mère qui dit  
O 678 parce qu'il a lu

#### LE DÉPISTAGE LUI MÊME

M 61 plein de trucs qui sont décriés  
M 61 ça fait une épée de Damoclès au dessus de la tête  
M 62 ça coûte cher

#### LE MANQUE DE COORDINATION DES INTERVENANTS

C 790 ils font tout à fait le contraire ou ils écoutent pas  
du tout, ils disent tout le contraire de toi,  
C 820 ça fausse tout,

#### LA SOCIÉTÉ

E 186 l'image que cette maladie a dans la société en  
fait,  
E 187 quelqu'un qui a un VIH ne sera pas regardé de la  
même façon que quelqu'un qui a un cancer du sein,  
F 234 C'est encore l'image que les gens ont de cette  
maladie  
E 179 pour ce qui est un peu plus « tabous » entre  
guillemet c'est un peu plus difficile  
Q 406 y'a encore des choses qui sont quand même  
tabou

#### LA NÉCESSITÉ DE SE PROTÉGER

M 342 c'est vrai que se développe je trouve la fonction  
médico-légale dans l'information  
M 345 l'information nous couvre de beaucoup de  
choses,  
M 348 on a finalement que souvent l'information qui  
peut un peu nous couvrir,  
M 342 on se couvre  
M 343 enfin on se doit de se couvrir, L : assentiment  
de la tête  
M 345 faut signer en bas le formulaire de toutes les  
complications qui peuvent survenir,  
M 346 on dira « je vous l'avais dit »  
M 347 si jamais le patient se retourne contre nous

### V) EXPLORATION DES CONNAISSANCES ET DES APPRENTISSAGES

#### 1 DES CONNAISSANCES SUR LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Formulations et relances	Images H 601 métaphores H 603 adaptés au patient H 677	Méthodes C 201 Questions ouvertes C 201 mots simples D 393 entretien motivationnel C 859 requestionner D 1001	Adaptés au patient P661 questions ouvertes P 747 Mots simples R 131 faire reformuler le patient P 747	Enrichissement avec les niveaux quelques idées chez les novices découvertes de méthodes chez les intermédiaires explication en détail

			Message de conclusion P113	des techniques, essai faits sur le terrain avec réussite faite sur le terrain
posture		A 894	éviter les contradictions R 357	
prendre des exemples		C 268	R164	découverte sur le terrain
outils	dessiner G 548	dessiner C 308		que les intermédiaires
	support écrit K 575	support écrit F 256	support écrit Q 319	connu dès le niveau novices
	support visuel K 584	support visuel C 511	support visuel R 372	
			gain de temps R 375	

## FORMULATIONS ET RELANCES

H 601 trouver des images ou des formules qui enfin qui touchent le patient

H 603 prendre des métaphores

H 677 pour certaines situations, des phrases un peu qui répètent etc, et qui touchent

C 201 y'a des méthodes pour demander

C 201 questions ouvertes

D 393 faire attention aux mots qu'on utilise

C 510 Tout simplement avec une phrase « vous en pensez quoi ? » « j' sais pas ce que ça veut dire »

C 872 rien que la question

A 894 y'a comment leur poser la question

C 911« est-ce que ? qu'est-ce que tu en penses ? » tu vois, ça relance, alors du coup ils sont plein d'entrain, ils sont contents qu'on s'intéresse à eux

C 859 les entretiens motivationnels

D 883 savoir comment la formuler

F 924 c'est intéressant les questions ouvertes

C 992 Et toujours je pense aussi lui demander son avis

D 1001 Peut être leur poser des questions

C 867 cette approche de comment plutôt parler, enfin comme on a dit toute à l'heure, des questions ouvertes

C 870 la question ouverte et question fermée, et c'est vrai qu'on voit vraiment la différence

P 178 tu sors avec un message de conclusion

P 113 il faut toujours que tu aies un message de conclusion

P 277 je leur dis qu'ils sont diabétiques qu'à la fin

P 114 ce que tu veux faire passer tu le mets toujours à la fin.

P 179 faire reformuler

P 747 il faut sûrement le faire reformuler, lui poser des questions ouvertes

R 131 des mots simples

R 352 le fait d'avoir le même discours et les mêmes mots pour les patients

R 355 le fait d'avoir le même type de discours, les mêmes mots c'est quelque chose qui est extrêmement important pour la prévention.

R 357 si y'a pas des contradictions

P 661 il n'y a pas de réponse type

## LA POSTURE

A 894 après des postures,

C 1014 ou sinon tu fais le bête

A 897 pour pas culpabiliser (*le patient*) après, tu vois, il y a plusieurs façon

R 164 y'a la manière de faire passer des messages

R 297 la première fois, pas du tout, pas du tout, les gens ne sont pas prêts à entendre

## PRENDRE DES EXEMPLES

C 268 si on prenait quelques chiffres,

## OUTILS OBSERVÉS, CONNUS, UTILISÉS

G 548 faire des dessins

H 601 les dessins

K 575 mettre à l'écrit

K 575 une ordonnance où on écrit toutes les mesures, toutes les conduites à tenir

K 575 remettre un papier au patient

K 580 remettre des plans d'action

K 583 ils ont un plan d'action puis ils s'y réfèrent au moment voulu

K 584 le fait d'avoir un support écrit euh d'avoir une information visuelle ça leur permet de mieux retenir les choses

F 256 elle a donné une brochure,

C 302 avoir un papier avec tac tac tac

C 308 y en a qui ont plus besoin euh de dessin de schéma

C 309 tu leur dessines un truc

C 511 y'a des tableaux, enfin des graphiques

B 652 regardent sur Internet

C 941 y'a pleins de petits livrets

B 944 il y a des choses toutes prêtes

Q 318 fiches conseils

Q 319 un schéma

O 359 un support écrit

R 372 les affiches dans une salle d'attente

Q 326 quand ils ont le papier sous le nez à la maison ils rejettent un petit coup d'œil

R 375 c'est un gain de temps énorme

## 2) LA PLACE DES STAGES

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Les médecins connaissent leurs patients	M 75	F 293	P 532	Pas d'évolution
exemple d'exercice	expérience plus grande J 667	expérience plus grande F 295	expérience plus grande Q 248	pas d'évolution
observation des attitudes	médicales M70 paramédicales I 611 Des patients I 691 à l'hôpital M 70	médicales C 373  de la communication F 905 des habitudes A 526	médicales C 318  des patients P220  des habitudes P 717 confrontation par rapport à sa pratique Q 248	pas d'évolution  uniquement chez les novices  réflexivité des compétents
découvertes de modes d'exercices différents		travail en cabinet de groupe C 1116 travail en réseau C1111 C 553 mais rare A 551		liés à la découverte de la médecine ambulatoire
découverte de consultation dédiée à l'éducation				
permet la mise en pratique	expérimenter M 211 Compréhension de la théorie H 718	expérimenter C 224  progresser F 905 Avoir de l'expérience C 870	expérimenter P 281 compréhension de la théorie R 138 progresser Q 245 avoir de l'expérience Q 241	pas d'évolution
un modèle pour sa propre pratique	pour la communication J 645 par mimétisme L 675		pour la communication R 448 par mimétisme R 117 Assimiler dans sa pratique R 306	pas d'évolution pas développée par les intermédiaires? Résultat de la réflexivité

## LES MÉDECINS CONNAISSENT LEURS PATIENTS

M 75 le médecin généraliste connaît plus son patient, connaît plus ce qu'il est capable de comprendre, ses peurs

F 293 ils connaissent les patients

F 292 je vois avec mes maîtres de stage, souvent c'est en fonction du patient,

P 532 il sait que ça passe pas bien à chaque fois

Q 248 il a plus d'expérience

## UN EXEMPLE D'EXERCICE

J 668 ils ont quand même une connaissance importante de ce genre de pathologie

J 667 on a aussi des chefs qui sont expérimentés là dedans

F 79 je vois en cabinet,

F 254 le médecin a dit que bon y'a pas de soucis

F 905 je vois mes médecins

F 253 j'ai vu, pas moi mon médecin,

F 292 je vois avec mes maîtres de stage

F 630 parce que j'ai vu mon maître de stage

C 1074 les médecins chez qui je suis

F 295 ils savent mieux proposer certaines choses.

P 533 Donc moi y'a un de mes prats

P 715 c'est un de mes prats qui fait ça,

Q 318 moi je suis chez un praticien qu'à pas mal

P 220 c'est vrai qu'il y a un des prats par exemple chez qui je bosse

R 352 dans le réseau on se rend compte

R 421 moi c'est ce que j'ai vu

Q 248 il a plus d'expérience

## OBSERVATION DES ATTITUDES

M 70 nous on le voit à l'hôpital,

M 105 je vois à l'hôpital

K 429 on a vu ça souvent

J 250 j'en vois plein qui sont pas suivis par un diabétologue

I 611 on a souvent fait ça avec le kiné

J 645 y'a la théorie pis après la façon de faire.

I 691 on les voit faire les patients

H 716 on redécouvre ce qu'on a appris quoi

H 677 on voit bien que chaque médecin a ses phrases

C 373 on tourne aussi avec plusieurs médecins et on voit quand même ceux qui cèdent plus facilement et de l'autre côté ceux qui sont plus informés

F 905 oui effectivement, tous ne sont pas à l'aise.

A 526 c'est comme ça que ça se passait la plupart du temps pour le dépistage

P 220 j'étais juste scotché, je me disais « merde pas possible », ils connaissent rien,

Q 248 c'est plus peut être un peu plus terre à terre par rapport à ce que lui fait,

P 717 je trouve que ça fonctionne bien

P 198 la compliance j'ai l'impression que ça se fait sur la répétition des mêmes consignes

Q 318 un praticien qu'a pas mal dans son ordinateur de fiches conseils, et qui sont assez bien faites,

Q334 je trouve que c'est pas mal d'avoir effectivement une source extérieure

## DÉCOUVERTE DE MODS D'EXERCICES

## DIFFÉRENTS

C 1116 Et euh ben le collègue du Dr S., j' sais pas si vous connaissez le Dr D., il est médecin du sport, donc euh super sympa aussi, et dès qu'il y a un problème de genou, d'épaule et tout, toc toc, il vient il examine et donne son avis aussi donc ça c'est vraiment bien

C 1111 Y'en a qui s'appelle souvent « allô j'ai ça à ton avis » entre médecins généralistes je trouve ça très bien aussi, c'est génial, c'est une autre approche, une autre mentalité, donc euh

C 1073 il va voir ses patients à l'hôpital

D 1109 l'intérêt des cabinets de groupe quand c'est...

plusieurs praticiens, kiné, j' sais pas médecins, plusieurs médecins dans le cabinet ben voilà ça facilite,

## Découverte DE CONSULTATION DÉDIÉE À L'ÉDUCATION

C 553 Moi aussi j'ai eu, enfin ceux qui ont reçu .... hémocult, mammo, frottis viennent pour ça.

A 551 C'était la rare consultation que j'ai eu sur le dépistage.

A 548 la seule consultation de dépistage que j'ai vu

F 253 j'ai vu, pas moi mon médecin, une consultation comme ça

C 555 Ouais et euh hémocult, mammo, frottis viennent pour ça. Ils peuvent venir juste pour ça, ouais c'est eux, on leur propose pas, c'est vrai

## PERMET LA MISE EN PRATIQUE

M 211 j'ai essayé, j'ai passé du temps

M 212 j'ai essayé de développer pour essayer qu'elle comprenne

J 646 je pense qu'en fonction des situations y'a on voit comment enfin si on est plutôt efficace dans le message qu'on a passé ou pas

H 718 on comprend les mots qu'on avait appris

C 907 c'est en pratiquant qu'on s'améliore

F 905 le meilleur moyen de ... c'est quand même d'être sur le terrain

C 224 je l'ai déjà fait et ça ne m'a pas gêné de leur en parler

B 332 c'est là où on est plus confronté aux patients, à être obligé de leur expliquer, à voir que l'impact n'est pas toujours celui qu'on veut

D 1101 j'avais l'impression de pouvoir mieux expliquer au patient en fait que j'avais l'expérience C : oui c'est vrai

C 824 je m'applique à faire une deuxième ordonnance pour bien expliquer

C 870 elle me fait m'exercer,

P 224 là concrètement ça passait pas du tout

Q 241 j'ai eu le cas plusieurs fois

Q 245 en début de consult il me dit « ben essaie tu y arriveras peut être mieux que moi ! »

P 281 ça fait deux trois fois où j'essaie de faire différemment

R 138 c'est sur le terrain qu'on la voit et qu'on l'applique.

R 293 le fait d'avoir une journée par semaine et qui soit fixe ça permet justement de revoir la semaine d'après

## UN MODÈLE POUR SA PROPRE PRATIQUE

J 645 comment passer les messages

J 702 des choses qu'on apprend pas forcément quand on fait notre formation initiale  
 J 670 j' pense qu'on copie aussi pas mal de ce que font les autres  
 N 674 on s'en inspire  
 L 675 on copie si  
 L 675 on fait le contraire si on trouve ça pas bien  
 H 677 s'inspirer des phrases  
 H 679 c'est vrai qu'on hésite pas à les reprendre  
 R 117 initialement on reprend les messages des praticiens  
 R446 les messages qu'ils font passer aussi c'est des choses qu'on reprend  
 P 115 C'est vrai qu'au fur et à mesure j'ai fini par faire comme lui et enfin ça ça me correspond bien  
 R 446 pour faire passer l'exercice physique c'est un

message euh d'un de mes praticiens que euh...que je fais passer  
 R 448 J'ai pas trouvé plus efficace que ce que euh des médecins qui existent depuis des années mettent au point depuis qu'ils sont en exercice  
 O 695 c'est quelque chose aussi que j'ai récupéré chez un, comme attitude, chez les médecins chez qui j'étais  
 R 306 je le fais que depuis que mes praticiens m'ont dit qu'il fallait que je le fasse.  
 Q 334 ça ne vient pas de moi-même c'est lui qui m'a montré  
 R 301 ça c'est quelque chose que j'ai découvert très récemment euh dans le prat  
 R 131 La seule manière « pratique » d'expliquer aux patients avec des mots simples, ça a été sur le terrain

### 3 DES CONNAISSANCES THÉORIQUES

APPRISES	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
En cours	L 628	D 325	R 455	Pas d'évolution
en stage		stages d'externe C 45	externat R 168  notion de tiroir R 168	
	dans les services M 632	dans les services B 331	pendant l'internat P 436	pas d'évolution
		les consultations C 48	dans les services P 187	
avec les pairs	les seniors des services L 633		stage praticien R 301	pas d'évolution
ressources écrites	livres H 723	praticiens F 905	praticiens P112	disparaît
	recommandations L 631	recommandations C 436		supports différents selon les années mais sérieux
		livret d'information grand public C 941	livret d'information grand public P 443	
			les revues médicales Q 319	apparaît
en formation	séminaires M 58	séminaires C 858	séminaires R 135	
	FMC L 630	FMC A 861	FMC P 437	pas d'évolution
		RSCA C 753		ponctuel ou plus

autres personnes ressources	paramédicaux L 697  partenaires sociaux L698	DU A 1113  paramédicaux D 936  patient C48  pharmacien C 833  confrères D 681  cointerne malade B 1095		approfondi
autres ressources	médias L 631  l'expérience personnelle J 642	l'expérience personnelle C 945  les lois C 776	confrères O 477  les médias R 484  les personnes rencontrées R 490	pauvre chez les compétents. Biais ou reflet de la pratique?  Moins fiables  Présents à tous niveaux

#### APPRISES EN COURS

L 628 nos cours  
D 325 Ben je pense qu'en cours déjà à la base on nous en parle déjà pas mal B : ouais D : de plus en plus  
B 330 on en parle de plus en plus dans les cours de l'éducation, prévention, dépistage  
C 914 il faut avoir des bases quoi  
R 135 En cours,  
O 150 on apprend en cours  
R 455 en cours  
R 135 en tant qu'externe  
R 168 en tant qu'externe  
P 436 je l'avais appris ben en tant qu'externe  
R 169 pour une consultation pilule il faut parler de .../O : voilà R : et il y a une liste exhaustive de choses dont il faut parler  
R 168 on sort le tiroir qu'on a appris  
O 174 tiroir

#### APPRISES EN STAGE

M 632 dans les services  
L 633 dans les services  
M 632 protocoles de service  
H 722 c'est en allant en stage  
J 642 sur le terrain  
J 704 le terrain  
J 642 dans les situations  
C 45 pendant le stage en externat par exemple, en médecine interne au Chu de Tours  
C 48 les consultations  
B 331 les stages en pratique  
B 336 Donc c'est plutôt sur le terrain où on apprend à éduquer, enfin oui, ce qu'est vraiment l'éducation  
D 338 Mais même aux urgences  
B 331 j'ai fait diabéto, puis nutrition

F 905 le meilleur moyen de ... c'est quand même d'être sur le terrain  
P 187 En gériatrie  
P 436 pendant l'internat  
R 302 dans le stage chez le praticien  
R 301 dans le prat  
R 444 les praticiens  
P 445 et les prats  
R 122 SASPAS  
R 293 le SASPAS  
R 457 c'est sur le terrain que je l'ai apprise.  
P 458 sur le terrain

#### APPRISES AVEC LES PAIRS

L 633 les seniors  
L 640 Elle essaie de m'expliquer au fur et à mesure  
J 667 on a aussi des chefs qui sont expérimentés la dedans  
J 669 on bénéficie aussi de leur expérience  
I 693 les médecins qui sont dans le service  
F 278 comme mon médecin le dit  
F 427 c'est ce qu'un médecin me dit  
F 901 et nos maîtres de stage  
F 905 mes médecins  
P 178 mon prat me disait toujours  
P 112 c'est un de mes prat qui m'a expliqué ça  
R 306 mes praticiens m'ont dit qu'il fallait que je le fasse.  
Q 334 c'est lui qui m'a montré un peu comment il travaillait  
R 446 les messages qu'ils font passer aussi c'est des choses qu'on reprend  
O 480 ils peuvent nous apporter d'autres visions,

#### APPRISES DANS DES RESSOURCES ÉCRITES

K 43 recommandations  
H 355 y'a pleins de recommandations,  
L 631 les recommandations  
H 723 mon livre de gériatrie  
C 436 t'as lu les recos  
C 437 t'as lu ceci cela  
D 934 les recommandations  
D 935 j'avais fait quand même quelques recherches sur les recommandations  
C 941 L'INPES, AFSSAPS et tout, y'a plein de petits livrets  
C 941 y'a pleins de petits livrets. Pour les patients.  
Mais quand tu les lis t'apprends pleins de trucs, c'est pas mal ça aussi.  
Q 319 revues médicales  
R 455 les revues  
P 466 les revues  
P 470 lire des revues  
Q 319 revues du prat  
P 472 La revue du prat  
R 476 Le quotidien  
P 443 brochures

APPRISES EN FORMATION DE DES / FACULTÉ/  
FMC  
M 58 on avait fait un séminaire euh de médecine générale  
L 630 les séminaires  
L 630 des formations médicales continue  
C 753 j'ai un RSCA dessus  
A 861 des FMC  
C 858 des FMC ou des séminaires  
B 893 des petits groupes, des ateliers pratiques  
A 1113 un DU  
P 437 les FMC  
P 442 c'est plus FMC  
P 441 avoir quelque chose de concret avec quelqu'un qui nous parle d'une vraie pratique  
R 135 en séminaires  
R 135 en formation

#### APPRISES AUPRÈS DE PERSONNES RESSOURCES

L 633 avec les autres professionnels avec qui ont travaillé

I 611 le kiné  
L 697 les kinés  
I 612 la diététicienne  
L 634 la diététicienne  
L 698 les diététiciennes  
L 697 les paramédicaux  
L 697 les infirmières  
L 697 les aide-soignantes  
L 698 les assistantes sociales  
C 48 c'est par les patients aussi  
D 681 avis de spécialiste  
C 833 je suis allée en pharmacie une journée, en face du médecin chez qui je suis, j'ai discuté  
D 936 diététiciennes du service  
D 939 Je m'étais adressé aux gens qui savaient  
C 49 le réseau  
D 937 c'est vrai que je m'étais renseigné sur quelques notions pour après pouvoir répondre aux patients quand même le mieux possible  
B 1095 c'est grâce à elle que j'ai pu après expliquer (cointerne diabétique)  
O 467 des spécialistes  
O 467 on peut amener à être en contact avec un spécialiste  
O 477 les confrères  
O 479 les confrères aussi en discutant

#### AUTRES RESSOURCES

L 631 sur internet  
J 642 y'a l'expérience  
F 78 l'annuaire  
C 776 Après dans ce cas là t'as des lois  
C 945 Après les propres expériences. Moi je suis asthmatique  
B 870 ouais quand t'as fait un remplacement infirmier  
R 484 le journal télévisé de 20h qui fait qu'on va se poser la question de savoir quels sont les effets secondaires du ... d'une exposition nucléaire  
R 483 une recherche  
R 494 internet  
R 496 Google P : par exemple ouais  
R 498 des sites référencés,  
R 490 quelqu'un mais qui n'est pas du tout dans le milieu médical  
R 499 les apports sont divers et variés

## **VI) REPRÉSENTATIONS SUR LES DIFFICULTÉS DE L'APPRENTISSAGE**

### 1) LE MANQUE D'EXPÉRIENCE

MANQUE	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Réseau		D 1061	O 360	
connaissance des structures	J 714	B 58	O 363	
d'exemple	M 319	B 466		
de recul		C 753	P 291	

d'organisation			P 176	
suivi			O 209	

#### MANQUE DE RESEAU

A 1059 Disons qu'on en est pas encore à devant un patient qui .... devant un syndrome coronarien « allô Jean Pierre oui bon écoute euh, j'ai un patient là ... »

D 1061 on a pas de réseau, enfin A : voilà

A 1120 mais bon ce réseau relationnel tu l'acquiesces qu'avec le temps, l'expérience, le dire des patients, le dire des collègues, voilà

A 1121 Mais là actuellement j' veux dire niveau réseau relationnel, pour avoir un avis on s'en remet à notre médecin traitant qui est avec nous puis euh c'est notre chef de stage

D 1055 je pense qu'on change encore trop d'endroits pour avoir un interlocuteur privilégié

O 360 j'ai pas de réseau

#### MANQUE DE CONNAISSANCE DES STRUCTURES

J 714 c'est pas le genre de trucs qu'on apprend avant de passer l'internat

F 82 L'état de l'internat où je suis, les réseaux d'éducation je ne connais pas

F 77 si par exemple aujourd'hui j'étais remplaçant, je ne saurais pas diriger vraiment vers qui je vais diriger le patient

B 58 en ce qui concerne les réseaux, les groupes de patients ou les associations, on est pas beaucoup informé

B 58 personnellement je ne connais pas trop le nom des associations auxquelles les patients peuvent s'adresser

B 61 on a pas spécialement une liste

O 363 je me renseignerai voilà sur ce qui existe autour,

#### MANQUE D'EXEMPLE

J 216 je suis pas passé en médecine ambulatoire, donc je peux pas dire

M 590 dans mon service j' fais pas énormément de... d'éducation

M 591 j' suis pas tellement confronté à des situations cliniques

M 591 c'est rare pour le moment

J 707 sur le papier c'est bien mais sur le dans la réalité

après

M 726 y'a la théorie et la pratique

M 206 c'est difficile parce que là je suis en médecine interne

M 316 on voit les personnes qu'on hospitalise parce que justement des fois ils sont pas assez cortiqués pour les traiter en ambulatoire donc euh... non enfin ou qui sont... je pense qu'il y a un biais

M 319 biais de recrutement,

M 319 nous on voit vraiment du post urgence, des gens qui viennent tous pour placement

A 548 la seule consultation de dépistage que j'ai vue

A 531 y a jamais eu de consultations spécialement pour ça

F 535 J'ai jamais eu moi aussi de consultation dédiée

B 466 j'ai jamais eu cette situation là

F 469 Moi aussi j'ai pas eu cette situation

F 545 Je n'ai pas encore vu

#### MANQUE DE REcul

D 1062 on est pas installé,

520 Chuchotement « déjà fait des consultations... » « pff »

C 753 je ne savais pas comment gérer ...

B 691 situation complexe

F 692 je lui dirai... enfin je ne sais pas..

B 1064 on a pas encore nos marques, A : voilà

P 291 j'ai pas encore trop ce recul

O 208 ce qu'on a pas au final, c'est l'expérience

O 530 j'ai pas assez d'expérience

O 531 j'ai pas encore eu cette expérience

P 746 je savais pas trop

P 714 c'est pas un truc que je fais trop actuellement

#### MANQUE D'ORGANISATION

P 176 au début on a tendance à oublier

#### MANQUE DE SUIVI

P 291 y'a quelques gens que je revoie mais euh globalement ça tourne pas mal quoi

O 209 je me dis c'est compliqué mais après au final quand on revoit les gens enfin c'est ce qui nous manque

## 2) LES MANQUES THÉORIQUES

MANQUE	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Connaissances fondamentales	L 598	C 856		Disparaît au profit d'attentes liées aux questions du terrain
formation		A 889	problème de qualité P 439	
			problème de pertinence R 451	
d'accès aux ressources		C 1057	P 472	

## MANQUE DE CONNAISSANCES FONDAMENTALES

M 111 tu vois moi par exemple tous les stylos à insuline, je sais pas tous comment ils fonctionnent  
L 598 on se souvient pas forcément des conseils, des règles hygiéno-diététiques de la prévention  
L 635 on sait pas grand-chose  
L 639 les différences moi je sais pas  
B 61 on en connaît pas plus que le patient qui va regarder sur internet  
C 858 tout le monde ne peut pas et on connaît pas tous comment faire

## MANQUE DE FORMATION

C 858 Est-ce qu'il y a des FMC ou des séminaires ou des trucs comme ça pour apprendre,  
A 863 ça doit exister. Comment se renseigner et où les trouver ? bonne question  
A 866 aucune (effectuée)  
C 867 J'ai juste fait une formation de deux jours  
A 889 il me semble en fait que ce qui nous manque, c'est une formation pour pouvoir faire passer ce cette éducation, cette prévention ce message,  
D 892 c'est pas évident une formation sur ça je trouve  
A 863 ça doit exister. Comment se renseigner et où les

trouver ? bonne question

F 908 ouais mais avoir des bases

P 439 dans le cadre du DUMG on a des trucs hyper théoriques qui ne riment vraiment à rien, ça me fait plaisir de le dire une fois de plus quand même,

R 451 c'est euh quelque chose qui... que... qu'est pas mis en avant forcément en FMC

R 455 c'est pas le premier message qui est passé en cours ou le premier message qui qu'on voit dans les revues ou qu'on voit dans les euh dans tout ce qui est très théorique

## MANQUE D'ACCÈS AUX RESSOURCES

B 1050 l'accès a été difficile pendant mon stage (rire nerveux) parce que très occupé

B 1051 j'ai réussi tant bien que mal

B 1051 ça pas été facile d'avoir les informations que je voulais

C 1057 Et puis ça dépend du sujet. On est obligé d'avoir un interlocuteur en fonction du sujet

O 358 pour le moment j'ai rien

P 472 c'est la seule que j'ai

P 473 voilà pour l'instant moi j'ai pas beaucoup plus de source que ça O : hum (*approbateur*)

## 3) DIFFICULTÉS PRATIQUES

DIFFICULTÉS	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Situer et gérer le patient		F 269	P 741	Problème de communication
attitudes stéréotypées	Être systématique G 540	être systématique F 292	P 140	Difficultés de manipulation des connaissances théoriques
à dire non		C 342	pour ne pas réfléchir P 144	Problème de communication
liées au fait d'être étudiant	problème de confiance L 162	problème de confiance A 356	problème de confiance P 227	difficile de trouver sa place pour les novices
	problème de génération L 162			
	problème de reconnaissance L 163			préoccupation de futurs professionnels
gérer ses peurs	G 539	C 439	problème de responsabilité R 302	
gérer le temps	M 184		P 748	difficultés de terrain

## DIFFICULTÉS À SITUER, GÉRER LE PATIENT

A 850 c'est pas évident de savoir où est-ce qu'on se situe dans leur cursus comme elle disait, dans leur maladie. Est-ce qu'on se situe soins primaires si je puis dire ou en soins tertiaires ... alors (*rires*) ... sans passer par la grand-mère etc

F 269 bon actuellement quand je fais les consultations, je n'arrive pas encore à gérer euh les attentes du patient  
C 914 après c'est vrai que c'est dur sur le moment

P 741 pour le moment poser « où c'est que vous en êtes ? qu'est ce que vous savez ? » moi je sais pas pour le moment, c'est un peu chaud

## ATTITUDES STÉRÉOTYPÉES

G 540 assez systématiquement je vais demander  
 F 289 Ah d'accord. Pour le moment c'est plutôt stéréotypé. Mais c'est vrai que au fil du temps c'est ....  
 F 292 il faut faire ça il faut faire ça il faut faire ça,  
 C 406 on s'adapte ou pas  
 F 295 Mais je euh... en théorie il faut prendre aussi en compte le patient  
 O 174 je voulais parler en fait, du tiroir enfin qu'on a déjà des idées  
 P 144 qui ne demande pas de réfléchir  
 P 144 ça sort tout seul,  
 R 125 J'ai rarement fait autrement  
 P 140 quand on veut faire passer un message on se sert souvent d'un truc tout prêt,  
 P 143 en premier effectivement euh...on a tendance à reprendre ce qu'on connaît, ce qu'on a appris

## DIFFICULTÉS À DIRE NON

C 342 il se trouve qu'aux urgences c'est plus simple de leur dire non, ou d'expliquer tac c'est comme ça, qu'au cabinet ! D : oh oui.....

## LIÉES AU FAIT D'ÊTRE ENCORE L'ÉTUDIANT

L 162 j' sais pas si ils nous font confiance  
 L 157 quand on est interne (*sourire, rougissement du visage*) c'est beaucoup plus difficile  
 L 161 on est encore jeune  
 L 162 la majorité des gens qu'on voit, ils sont quand même plus âgés que nous  
 L 163 En général nous on nous qualifie de stagiaire donc euh (*sourire*) c'est pas ...  
 K 146 y'a un médecin sénior qui passe, c'est un

monsieur, il a les cheveux gris, et là quand il explique et ben ça passe beaucoup mieux  
 K 147 Et puis nous on nous dit « ben vous êtes quoi?... vous êtes? c'est quoi interne ? » donc on explique et là ils sont beaucoup plus dubitatifs  
 K 149 c'est vrai qu'ils nous voient ponctuellement  
 K 149 ils nous connaissent pas  
 K 148 les patients ont une image de leur médecin  
 A 356 Il va se plaindre à ton maître de stage  
 F 293 on connaît pas trop les patients  
 P 226 j'étais mis en difficulté  
 P 227 ils estiment que leur santé ils l'a connaissent mieux que toi qui débute  
 P 227 toi qui ne les connais pas.  
 R 302 j'ai l'impression qu'en tant qu'interne c'était pas à moi de proposer de revenir

## GESTION DE SES PEURS

M 184 ce qui me fait peur  
 G 539 j'ai encore trop peur  
 G 539 je suis trop anxieuse  
 C 431 ce qui me fait peur c'est qu'on découvre de plus en plus que maintenant les gens ils se renseignent  
 C 439 ça me fait pas mal peur en fait

## GESTION DU TEMPS

M 184 ce qui me fait peur c'est le temps  
 P 748 pour l'instant je n'ai pas le temps de faire ça.  
 O 155 je trouve que pour le moment pour moi c'est assez compliqué.  
 O 152 faire passer tous les messages enfin, le maximum c'est, moi je trouve que c'est assez compliqué pour le moment en consultation

## VII) EXPLORATION DE LA RÉFLEXIVITÉ, DE LA CONSTRUCTION DES PRATIQUES DES INTERNES

### 1) DES PROFILS DE MÉDECINS EN CONSTRUCTION

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Absence d'identification au MG	M 75			Uniquement novices
identification au patient	I 386			
paternaliste		A885	R 79	
		dirigiste F 81	dirigiste P 534	
		imposer D 130	imposer R 77	
			s'imposer R 415	
conflictuel		F 244		
négociateur		éviter le rapport de		

autonomiste	patient décideur J 446	force C 260  patient décideur C 1037	favoriser l'échange P 723  patient gestionnaire P 21
-------------	---------------------------	---	--

#### ABSENCE D'IDENTIFICATION AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

M 75 on connaît enfin le médecin généraliste connaît plus son patient  
J 95 y'a beaucoup de choses qu'on...que le médecin généraliste  
I 110 ils savent orienter  
L 153 le médecin généraliste il doit avoir beaucoup de...

#### IDENTIFICATION AU PATIENT

I 398 dans la vie normale sortie de l'hôpital, c'est des gens comme nous, ils sont pas plus bêtes que nous,  
N 445 si on a des traitements à prendre, on les prendra pas mieux que, que des patients qui sont pas ...  
N 460 on sait pas trop pourquoi en fait, qu'est ce qui fait que même si on sait des choses on fait pas bien, on... est-ce qu'on est tous à jour dans nos dépistage, j' sais pas  
L 495 même nous pour apprendre nos cours, même au bout de la vingtième fois on le sait toujours pas, donc eux

#### PATERNALISTE

D 130 Moi je pense qu'il ne faut pas attendre que la personne soit demandeuse  
F 81 ils veulent qu'on les dirige  
F 281 Mais c'est le patient qui décide finalement de tout .... Ou peut être pas !  
A 885 on parle beaucoup de négociation mais euh à partir du moment qu'un patient vient on fait une prescription aussi, on aimerait bien qu'il la suive quand même et on ne peut pas tout négocier  
F 459 je lui prescris pas  
A 460 « je ne vous prescris rien »  
R 77 imposer au patient  
R 79 qu'on va imposer aux patients des questions  
R 261 on est là pour leur imposer euh une thérapeutique  
R 262 leur imposer euh une attitude  
R 418 lui impose  
R 769 même si le patient il veut pas quoi... P : hum (*approbateur*)  
R 295 va falloir faire  
R 272 qui les étiquettent  
R 272 qui les condamnent  
R 79 qu'on va aborder sans qu'ils les demandent  
R 415 il faut beaucoup beaucoup d'aplomb  
R 416 avoir un peu tendance à être borné

R 419 le médecin a tout intérêt à être borné  
P 534 « c'est pas une discussion ouverte, c'est je vous redis que .... » telle chose quoi  
P 536 au moins le message est passé

#### CONFLICTUEL

F 244 Il n'est pas d'accord il part  
C 263 s'ils ne veulent pas tant pis  
C 472 Ben qu'elles aillent voir quelqu'un d'autre A : Ouais ben voilà,  
A 725 je change de patient!

#### NÉGOCIATEUR : DÉLIBÉRATIF

C 260 je pense qu'il ne faut pas avoir un rapport de force en fait  
D 462 Ben j' sais pas, en lui expliquant  
D 464 on lui explique que voilà, qu'elle peut faire ça ça et ça, qu'on lui prescrira pas  
R 171 il faut parler  
P 723 favorise l'échange, plutôt que de lui dire moi j'ai ça ça ça à faire clac check list  
R 566 je vais lui expliquer que je ne suis pas d'accord avec la prise en charge que lui propose mais que je suis pas là pour lui imposer ma façon de voir les choses

#### AUTONOMISTE : INFORMATIF

K 419 ils finiront pas forcément par le faire mais ça les regarde  
J 446 on est pas leurs parents, on est juste des informateurs  
G 558 d'expliquer aux patients que j' suis un acteur, une aide pour leur santé et que j' suis pas le père fouettard  
G 563 j' vais pas les mettre en colle parce qu'ils n'ont pas pris leur traitement  
G 564 je n'ai aucun moyen de faire pression sur eux et c'est pas mon but  
G 565 c'est eux qui vont prendre leur santé en charge  
G 565 moi je vais les aider, je vais faire tout ce que je peux pour les aider, je vais leur expliquer, je vais leur euh, je vais les orienter au mieux que je peux, je vais leur donner les traitements que je crois être les mieux pour eux, mais que après... je suis pas leur mère  
C 1037 je pense que d'eux même ils .. y sont grands  
P 21 la médecine générale c'est vrai que surtout pour moi c'est euh... c'est euh... la médecine à deux en fait que le patient soit suffisamment autonome pour... pour pouvoir gérer sa santé par lui-même et que nous on... on le guide

## 2) UNE RÉFLEXIVITÉ EN ACTION

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
--	--------	---------------	-----------	-----------

Sur les situations observées	Différence théorie et pratique J 503			Variable selon les niveaux en fonction de leur compréhension et observation des situations et des connaissances qu'ils ont.
	Pratique différente ambulatoire hôpital J 652	Pratique différente ambulatoire hôpital D192		
		dépend du patient et du médecin C 373		
		réseau est ????? personnel C 1091	Sur les comportements des patients Q 413	
sur la place de remplaçant			oblige à s'intéresser au patient O 736	Uniquement les compétents
sur l'annonce			difficile P 289	Uniquement les compétents
sur la consultation dédiée	à faire ? L 220	à faire ? A 544		
	utile? H232	semble utile F 560		
		acceptable par le patient ? C 572		
sur la gestion des croyances		pas incompatible avec la médecine D 728		
sur le sens du discours des patients		découverte des non dits F 670		
un travail sur soi	mise en question de ses attitudes H 448			travail personnel
		découverte de soi C 408		
persistance d'interrogation	sur la faisabilité J 90	sur les facteurs de réussite B 371		peu d'exemple persistance d'interrogations
		gestion des incertitudes F 476		

#### SUR LES SITUATIONS OBSERVÉES

M 474 beaucoup de choses passent

J 503 y'a une différence entre tu vois l'idéal de ce qu'on devrait faire et puis je pense la réalité de ce qu'on peut vraiment faire quoi,

J 652 ça va à l'hôpital euh je pense que c'est plus facile parce que déjà les gens sont là plusieurs jours, donc ils peuvent poser leurs questions plusieurs fois

M 207 la médecine ambulatoire est différente

D 192 je ne pense pas que ce soit plus difficile pour un médecin généraliste que pour un autre médecin en fait.

C 373 Ça ça dépend beaucoup de la patientèle aussi du médecin qui a éduqué son patient.

F 923 c'est vrai que si vraiment il y a de vraies bases

on voit et c'est bien de l'apprendre et de le mettre en pratique

C 1091 je pense que c'est avec ton expérience, tu te fais tes liaisons toi-même

Q 413 encourager le moindre effort parce que c'est important si on veut justement optimiser après par la suite son adhérence

R 634 un gain de temps énorme parce que c'est le patient qui fait la demande finalement, et c'est pas quelque chose qu'on lui impose forcément. Moins intrusif.

#### SUR LA PLACE DE REMPLAÇANT

P 735 le fait de ne pas les connaître justement ça peut

nous permettre de savoir eux où c'est  
O 736 t'es obligé de les questionner

#### RÉFLEXION AUTOUR DE L'ANNONCE

P 282 j' suis pas sure qu'en disant à la fin ils retiennent mieux

P 289 c'est un peu difficile de faire passer quoi que ce soit derrière

R 290 c'est pour ça que le heu, c'est souvent sur plusieurs consultations qu'on fait passer,

#### SUR LA CONSULTATION DÉDIÉE

L 220 peut être qu'il faudrait prévoir des consultations que pour ça ? *Rire général* H hou là!

H 232 voir aussi si c'est euh « ça serait utile ? »

H 232 j' sais pas si passer une heure à éduquer, enfin c'est toujours utile,

L 510 je pense qu'en un quart d'heure tu peux le faire quoi. et c'est là où je disais « ben peut être qu'il faut prévoir des consultations pour ça à la fin »

D 537 Mais je crois pas que les gens viendraient spontanément non plus pour se dire « ben euh je viens pour avoir des infos euh ... » E : ouais

C 541 On peut leur proposer quand on a pas le temps

F 542 on peut leur proposer un rendez vous spécifiquement pour leur expliquer une éducation

F 560 Lors du renouvellement on peut donner un rendez vous pour ça, spécifiquement ouais je pense

B 563 Mais est ce que les patients sont prêts à revenir pour l'éducation, si on leur dit « revenez nous voir, faut que je vous explique un petit peu le diabète » je ne sais pas si

A 565 A mon avis pour eux ça ne sera pas un motif valable E : ça leur paraîtrait bizarre

D 566 Payer une consultation c'est bête, pour euh juste de l'information

E 567 C'est possible pour vous ça ?

D 568 Ben je pense que ça ne les motiverait pas les patients

B 570 C'est possible de le faire pour nous mais est ce que les patients prendraient rendez vous pour être informés sur leur diabète ou sur leur maladie ?

C 572 Venir que pour ça ?

E 574 C'est une demande d'information, ouais je sais pas, je pense pas, enfin!...

C 575 On peut toujours essayer

F 585 Mais bon « revenir pour qu'on discute » oh j' sais pas, c'est vrai que c'est pas évident

#### SUR LA GESTION DES CROYANCES

D 728 Moi je pense que les deux ne sont pas incompatibles

D 729 Laisser place à ça et puis en même temps, ben faut faire les deux

B 734 oui voilà, y'a pas de risque médical, vaut mieux essayer d'agir avec, enfin à faire en complément, à moins qu'on estime que ça soit pas bon, enfin médicalement, qu'il y ait des risques, par exemple, des manipulations sur la colonne par quelqu'un qu'on estime pas compétent, bon ....

#### SUR LE SENS DU DISCOURS DES PATIENTS

F 670 « qu'est ce que vous en pensez ? » mais derrière ça il voulait savoir si le médecin l'autorisait à aller faire cette opération ou pas.

D 1104 on va pas se poser les mêmes questions que le patient qui vit le truc,

#### UN VRAI TRAVAIL SUR SOI

N 439 on est peut être des fois les premiers à connaître les conséquences potentielles de nos actes, mais c'est pas pour ça qu'on reste enfin, qu'on respecte

N 462 est ce qu'on respecte bien ce qu'on enfin ce qu'on dit à nos patients

H 448 nous qui sommes informés et qui en voyant des gens malades tous les jours, même on le fait pas trop

C 408 je me suis découverte

F 628 Moi je me suis posée la question une fois

F 673 je me suis posée la question

#### PERSISTANCE D'INTERROGATION

J 214 je ne sais pas si c'est tout le temps réalisable

J 216 est ce que c'est toujours réalisable de faire ça

J 217 y'a des choses c'est bien c'est la théorie mais après euh enfin y'a beaucoup de choses qui sont euh qu'on voudrait mettre en place et je suis pas sure que euh on laisse toujours la possibilité de le faire

J 654 y'a des choses qui sont vraiment faisables euh enfin quand c'est en ambulatoire ce genre de chose, enfin les patients ils passent, ils posent des questions mais c'est vrai qu'après est-ce qu'ils ont vraiment tout intégré de ce qu'on leur a dit ?

J 90 est-ce que tout ça c'est faisable

B 371 Mais après quels sont les facteurs qui ont réussi à les convaincre ?

F 476 comment gérer je ne sais pas

A 544 Est-ce que ça se fait ?

### 3) UNE VISION DE L'ÉDUCATION – PRÉVENTION – DÉPISTAGE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Une préoccupation nouvelle	M 64	B 330		Une discipline à part entière pour tous
une discipline comme les autres		F 923	Inculquer R 135	
des règles précises	un devoir K 332	un devoir B 249		
	utilisation de			

	l'impératif L100		protocoliser P 142	
<p>UNE PRÉOCCUPATION NOUVELLE</p> <p>M 64 c'est récent comme...comme intérêt</p> <p>L 53 les trois termes que je pense on aurait pas trop employé y' a quinze ans</p> <p>L 53 on se serait pas trop posé la question de...du rôle du médecin généraliste par rapport à ces trois sujets.</p> <p>M 57 oui c'est assez récent je trouve cet intérêt qu'on porte à la prévention</p> <p>D 325 on nous en parle déjà pas mal B : ouais D : de plus en plus</p> <p>B 330 on en parle de plus en plus</p> <p>UNE DISCIPLINE COMME LES AUTRES</p> <p>F 923 c'est vrai que si vraiment il y a de vraies bases on voit et c'est bien de l'apprendre et de le mettre en pratique</p> <p>R 132 devoir faire du dépistage et de la prévention nous on nous l'inculque partout</p> <p>R 135 on nous l'inculque</p> <p>R 136 on nous explique qu'il faut le faire</p> <p>R 136 il est nécessaire de parler de différentes choses</p> <p>DES RÈGLES PRÉCISES, UNE RIGUEUR</p> <p>K 41 rappeler euh sans cesse les différentes règles</p> <p>H 77 c'est des messages qu'on doit rappeler</p> <p>H 79 c'est des messages qui doivent être répétés répétés répétés encore</p>		<p>K 332 un devoir d'information</p> <p>K 332 devoir d'explication</p> <p>K 334 les médecins ont ce devoir là,</p> <p>K 334 50 ans qu'il faut se faire dépister</p> <p>M 336 c'est médico-légal</p> <p>J 443 c'est comme dans la vie enfin, y'a des lois, y'a des règles</p> <p>G 13 qu'il doit avoir</p> <p>G 14 il doit avoir</p> <p>G 15 il doit prendre son traitement</p> <p>G 16 on doit le soigner,</p> <p>G 17 si on doit l</p> <p>G 19 ça doit se faire</p> <p>G 20 qui doit le faire</p> <p>H 77 c'est des messages qu'on doit rappeler</p> <p>L 100 faut le faire</p> <p>K 332 un devoir</p> <p>B 249 on a un devoir</p> <p>P 142 on dit à tel âge on fait tel truc</p> <p>O 151 je me fie sur ce que j'ai appris</p> <p>O 174 tiroir</p> <p>R 169 et il y a une liste exhaustive de choses dont il faut parler</p> <p>R 272 qui les étiquettent</p> <p>R 299 vous avez cinquante ans il faut faire la mammo, faut faire le dépistage colorectale</p>		

#### 4 DES COMPÉTENCES ET DES PRATIQUES DÉJÀ EN PLACE

	Novice	Intermédiaire	Compétent	Évolution
Un regard critique	Plus à l'aise dans l'aiguë G 548		Sur sa manière de pratiquer R 307	Capable d'observation de ses pratiques
	ne pense pas arriver N 290			
	certaines situations sont plus faciles L 594			
une progression	sur les explications J 663		la fréquence des situations où il y a décision d'éducation P 102	capable d'auto-évaluation
	sur les connaissances L 699		attention portée P 583	
			ajout de messages personnels P 122	
critique son attitude			prise de conscience P 738	capable de remise en question
	utiliser l'information		sur les messages délivrés R 120	

stratégie pour l'avenir	visuelle et écrite M 185		utiliser une information écrite O 362	imagination de son avenir
			construction d'un réseau O 364	

#### UN REGARD CRITIQUE SUR SA PRATIQUE

M 202 c'est aussi ce qui a participé à ma décision de faire médecine générale

G 548 je passe mon temps à expliquer des trucs, mais en général c'est pour des choses aiguës

L 594 j' pense qu'il y a des maladies auxquelles on est plus à l'aise et on pense plus facilement à avoir un petit mot de prévention

N 290 l'éducation, je pense que c'est un beau mot, mais voilà on y arrivera pas quoi

G 547 ça ne me fait pas peur d'expliquer

P 579 ça je le faisais pas du tout avant en fait quoi

O 624 c'est une situation qui me posait problème

R 302 avant c'est quelque chose qui était pas évident

R 307 C'est vraiment quelque chose que je n'aurais pas fait par moi-même.

#### SENTIMENT D'AVOIR PROGRESSÉ DANS LE DOMAINE

J 663 sur l'explication de la maladie,

J 666 au fur et à mesure des explications on arrive à être plus à l'aise

L 699 en milieu hospitalier oui on a quand même pas mal de compétences variées qui, ça nous permet un peu d'élargir nos connaissances

R 123 je ne le faisais pas du tout au début

P 102 tout ce qui est éducation et tout ça je le fais plus

R 122 Rajouter ces messages personnels bien à soi c'est quelque chose qu'on... qu'on fait sur en fin,

personnellement moi je le fais à la fin de mon SASPAS

P 583 maintenant je fais beaucoup plus attention,

P 717 j'essaie de le faire de plus en plus

#### UNE CRITIQUE SUR SON ATTITUDE ACTUELLE

P 112 c'est vrai que moi c'est plus pour conclure

R 120 le fait de se faire son message de prévention c'est quelque chose qui vient bien bien après

P 142 après on met son truc personnel

R 498 c'est relativement fréquent d'avoir un patient qui pose une question et derrière une recherche

P 738 d'un côté je dis que je ne fais pas mais peut être qu'en fait je le fais

#### MISE EN PLACE DE STRATÉGIE POUR L'AVENIR

M 185 j'aimerais bien mettre dans ma salle d'attente tous les mois euh j' sais pas une information

O 363 je me renseignerai voilà sur ce qui existe autour,

O 364 je sais que ça existe alors j'essaierai de me renseigner

# RÉSUMÉ

**Contexte :** Le développement d'outils d'évaluation pour la certification des internes de MG est en cours à l'échelle nationale. La région Grand Ouest s'est vu attribuer la compétence éducation – prévention – dépistage. L'objectif du travail était d'étudier les représentations, les connaissances des internes dans ce domaine et faire émerger des hypothèses d'indicateurs de niveau d'acquisition de compétence à différents stades du cursus.

**Méthode :** enquête qualitative par FG auprès de 18 internes de MG, définis comme novice (première année de DES), intermédiaire (deuxième année de DES) ou compétent (troisième année de DES). Une analyse thématique de contenu a mis en évidence des indices par niveau, dégagé les concordances ou discordances et fait émerger des hypothèses d'indicateurs à partir des données obtenues.

**Résultats :** Malgré des représentations globales floues, les internes identifiaient les missions et les compétences nécessaires au médecin généraliste, le patient comme central, confirmant un bon socle de connaissances. Les limites ressenties de prise en charge étaient liées au médecin, au patient et à l'environnement ; les difficultés au manque d'expérience. Les internes possédaient des compétences génériques et avaient des profils inattendus (attitude paternaliste). L'expérimentation sur le terrain était essentielle.

**Discussion :** Un mode d'évaluation en situation authentique semble approprié. Définir des profils de niveau d'internes dans le domaine exploré avec les données de Tours n'a pas été possible. Des profils génériques d'internes sont proposés.

**Conclusion :** Une étude transversale des données du Grand Ouest est indispensable pour compléter les explorations, gommer les disparités et comparer les indicateurs du terrain aux indicateurs théoriques.

**Mots Clés :** Certification – Éducation – Prévention – Dépistage – Compétences — Internes – Médecine Générale

# SUMMARY

**Context:** the development of evaluation tools for the certification of general practice interns is in progress on a national scale. The big West region of France (Grand Ouest) has been allocated responsibility for the spheres of education - prevention - screening. The objective of this piece of work was to study the perceptions and knowledge of the interns in this domain and to evince theoretical indicators of the level of competency acquired at various stages of the programme.

**Method:** qualitative survey conducted by FG on 18 general practice interns, defined as either novice, intermediary or competent. A thematic analysis of the contents has unearthed some evidence at each level, brought out points of compatibility and incompatibility and elicited theoretical indicators from the data obtained.

**Results:** in spite of their being somewhat fuzzy global submissions, the interns identified the necessary tasks and competencies of a general practitioner, the patient as key, confirming a good base of knowledge. Their feeling for their limits of responsibility were attributed to the doctor, to the patient and to the environment; the difficulties to their lack of experience. The interns possessed generic competencies and had unexpected profiles (paternalistic). On the ground experimentation was essential.

**Discussion:** an evaluation mode in an authentic situation seems appropriate. With the data from Tours it was impossible to define profiles for the level of each intern in the domain under investigation. Generic profiles of interns are proposed.

**Conclusion:** a cross-sectional study of the data from the big West region is indispensable in order to complete the study, erase disparities and compare the indicators on the ground with the theoretical indicators.

**Keywords:** Certification - Education - Prevention - Screening – Competencies --- Interns - General Medicine