

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Cathie FAUSSAT

Né(e) le 16 septembre 1992 à L'ARBRESLE (69)

**Impact de la mise en place du service sanitaire sur les
représentations que les étudiants en médecine de la faculté de
Tours ont de la Prévention en santé**

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2021 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, CHU -Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel RUSCH, Epidémiologie, économie de la santé et prévention, CHU -Tours

Docteur Leslie GUILLON-GRAMMATICO, Epidémiologie, économie de la santé et prévention,
MCU-PH, CHU -Tours

Co-encadrante :

Madame Chloé CHERRIER, chargée de mission, Fédération Régionale des Acteurs en Promotion
de la Santé - Tours

Directeur de thèse :

Docteur Paul BREGAUT, Santé publique, PH, CHU -Tours

Résumé

Impact de la mise en place du service sanitaire sur les représentations que les étudiants en médecine de la faculté de Tours ont de la Prévention en santé

Introduction : Trente ans après la charte d'Ottawa, le service sanitaire (SESA) est présenté comme un moyen d'initier la réorientation des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé. L'impact du SESA sur les représentations que les étudiants de la faculté de médecine de Tours ont de la prévention a été exploré en confrontant le regard des étudiants ayant réalisé le SESA à celui d'étudiants ne l'ayant pas réalisé.

Méthode : Une étude mixte par questionnaires et entretiens semi-dirigés a été construite pour explorer différentes dimensions : représentations, attitudes, motivations à l'intégration de pratiques préventives dans l'activité future.

Résultats : 82 réponses aux questionnaires et 8 entretiens ont été exploités. Les étudiants des deux promotions partageaient : une attitude positive envers la prévention, une représentation biomédicale de la prévention, un positionnement central des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes comme acteurs de prévention. Au sein de la promotion d'étudiants ayant réalisé le SESA, plus d'éléments relatifs à la posture éducative ainsi que des stratégies d'intervention moins centrées sur les risques ont été observés. L'intérêt pédagogique du SESA a été décrit par les étudiants des deux promotions mais la volonté d'intégrer des interventions de prévention au sein de l'activité future restait limitée.

Discussion : Le SESA permettrait d'enrichir les représentations des étudiants sur la prévention en santé sans pour autant intervenir sur leur attitude générale ou motivation à réaliser des interventions de prévention. Afin d'ancrer cet exercice dans les pratiques futures, un continuum dans l'intégration de la prévention au cours des 2^{ème} et 3^{ème} cycles des études médicales devrait être envisagé.

Mots clés : prévention, promotion de la santé, service sanitaire, études médicales, étudiants en médecine, pédagogie, représentations

Abstract

Impact of the implementation of the “service sanitaire” (health prevention and promotion practical training) on the students’ representations of health prevention at the Faculty of Tours

Introduction: Thirty years after the Ottawa charter for Health Promotion, the “service sanitaire” (SESA) is presented as a means of initiating the reorientation of health services towards prevention and health promotion. The SESA’s impact on the representations of prevention that the students of the Faculty of Medicine of Tours have was explored by examining the perspective of the students who carried out the SESA with that of the students who did not.

Method: A mixed study using questionnaires and semi-structured interviews was constructed to explore different dimensions: representations, attitudes, motivations for integrate preventive practices into future activity.

Result: 82 responses to questionnaires and 8 interviews were examined. The both promotions’ students shared: a positive attitude towards prevention, a biomedical representation of prevention, a central position of health professionals as actors of prevention, particularly general practitioners. Within students who carried out the SESA, more elements relating to the educational posture as well as intervention strategies less focused on risks were observed. The pedagogical value of SESA has been described by students from both classes, but the willingness to integrate preventive interventions into future activity was limited.

Discussion: The SESA would enrich students' representations of prevention without modifying their general attitude or motivation to carry out prevention interventions. In order to strengthen this exercise in future practices, a continuum in the integration of prevention in the 2nd and 3rd cycles of medical studies should be considered.

Key words: Prevention, Health Promotion, health prevention and promotion practical training, medical studies, medical students, pedagogy, representations

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

**PROFESSEURS
HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - P. BAGROS - P. BARDOS - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - P. COSNAY - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAINÉ - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - L. POURCELOT - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|--------------------------------------|---|
| ANDRES Christian | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis..... | Cardiologie |
| APETOH Lionel..... | Immunologie |
| AUPART Michel..... | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique | Cardiologie |
| BAKHOS David..... | Oto-rhino-laryngologie |
| BALLON Nicolas | Psychiatrie ; addictologie |
| BARILLOT Isabelle..... | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora..... | Pharmacologie clinique |
| BERHOUEZ Julien..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BERNARD Anne..... | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle..... | Biologie cellulaire |
| BLASCO Hélène..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique..... | Physiologie |
| BOURGUIGNON Thierry..... | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BRILHAULT Jean..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent..... | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck..... | Urologie |
| BUCHLER Matthias | Néphrologie |
| CALAIS Gilles..... | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent | Psychiatrie d'adultes |
| CORCIA Philippe | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe..... | Radiologie et imagerie médicale |
| DE TOFFOL Bertrand..... | Neurologie |
| DEQUIN Pierre-François | Thérapeutique |
| DESOUBEAUX Guillaume | Parasitologie et mycologie |
| DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| DIOT Patrice..... | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition |
| EL HAGE Wissam | Psychiatrie adultes |
| EHRMANN Stephan | Médecine intensive - réanimation |
| FAUCHIER Laurent | Cardiologie |
| FAVARD Luc | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| FOUGERE Bertrand..... | Gériatrie |
| FOUQUET Bernard..... | Médecine physique et de réadaptation |
| FRANCOIS Patrick | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GATAULT Philippe | Néphrologie |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine..... | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| GRUEL Yves..... | Hématologie, transfusion |
| GUERIF Fabrice | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUILLON Antoine | Médecine intensive - réanimation |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel..... | Hématologie, transfusion |
| HALIMI Jean-Michel | Thérapeutique |
| HANKARD Régis | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe | Biologie cellulaire |
| IVANES Fabrice | Physiologie |
| LABARTHE François | Pédiatrie |
| LAFFON Marc..... | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert..... | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique..... | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry..... | Gastroentérologie, hépatologie |
| LESCANNE Emmanuel..... | Oto-rhino-laryngologie |
| LINASSIER Claude | Cancérologie, radiothérapie |
| MACHET Laurent..... | Dermato-vénérologie |
| MAILLOT François | Médecine interne |

| | |
|-------------------------------|--|
| MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |
| MARRET Henri | Gynécologie-obstétrique |
| MARUANI Annabel | Dermatologie-vénérologie |
| MEREGHETTI Laurent | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MITANCHEZ Delphine | Pédiatrie |
| MORINIERE Sylvain | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis | Rhumatologie |
| ODENT Thierry | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna | Gynécologie-obstétrique |
| PAINTAUD Gilles | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Franck | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean | Ophthalmologie |
| PLANTIER Laurent | Physiologie |
| REMERAND Francis | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe | Biologie cellulaire |
| ROSSET Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| RUSCH Emmanuel | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab | Dermatologie-vénérologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria | Biophysique et médecine nucléaire |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick | Génétique |
| VAILLANT Loïc | Dermato-vénérologie |
| VELUT Stéphane | Anatomie |
| VOURC'H Patrick | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé | Immunologie |
| ZEMMOURA Ilyess | Neurochirurgie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien..... Chirurgie infantile
BISSON Arnaud..... Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie - gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie

| | |
|--------------------------------------|--|
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| HOARAU Cyrille | Immunologie |
| LE GUELLEC Chantal..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEFORT Bruno..... | Pédiatrie |
| LEGRAS Antoine | Chirurgie thoracique |
| LEMAIGNEN Adrien | Maladies infectieuses |
| MACHET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MOREL Baptiste..... | Radiologie pédiatrique |
| PARE Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| PIVER Éric | Biochimie et biologie moléculaire |
| REROLLE Camille | Médecine légale |
| ROUMY Jérôme | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAUTENET Bénédicte | Thérapeutique |
| STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| STEFIC Karl | Bactériologie |
| TERNANT David | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... | Génétique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|-------------------------------|---|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia..... | Neurosciences |
| NICOGLU Antonine | Philosophie - histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

| | |
|-----------------------|-------------------|
| BARBEAU Ludivine..... | Médecine Générale |
| RUIZ Christophe | Médecine Générale |
| SAMKO Boris..... | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

| | |
|-------------------------------|--|
| BECKER Jérôme | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| BOUAKAZ Ayache | Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| BRIARD Benoit | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100 |
| CHALON Sylvie..... | Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| DE ROCQUIGNY Hugues..... | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259 |
| ESCOFFRE Jean-Michel | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| GILOT Philippe..... | Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282 |
| GOUILLEUX Fabrice | Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001 |
| GOMOT Marie | Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie..... | Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100 |
| KORKMAZ Brice | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100 |
| LATINUS Marianne..... | Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| LAUMONNIER Frédéric | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| LE MERREUR Julie | Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253 |
| MAMMANO Fabrizio | Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259 |
| MEUNIER Jean-Christophe | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259 |
| PAGET Christophe..... | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100 |
| RAOUL William..... | Chargé de Recherche Inserm - UMR CNRS 1069 |
| SI TAHAR Mustapha | Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100 |
| SUREAU Camille | Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259 |
| WARDAK Claire | Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| DELORE Claire | Orthophoniste |
| GOUIN Jean-Marie..... | Praticien Hospitalier |

Pour l'Ecole d'Orthoptie

| | |
|-------------------------|-------------|
| BOULNOIS Sandrine | Orthoptiste |
| SALAME Najwa | Orthoptiste |

Pour l'Ethique Médicale

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| 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

Au Professeur Diot,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury en tant que doyen de la faculté de médecine de Tours, veuillez recevoir mes sincères remerciements.

Au Professeur Rusch,

Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail, veuillez recevoir mes sincères remerciements. Merci également pour la confiance que vous avez accordée aux internes de santé publique pour participer à la mise en œuvre du service sanitaire.

Au Docteur Leslie Grammatico-Guillon,

Merci à toi également d'avoir accepté d'être membre de ce jury pour évaluer ce travail. Merci pour ton accompagnement au fil de l'internat et pour ton implication dans les travaux que j'ai eu le plaisir de mener sous ton encadrement, merci pour ta disponibilité et ta ferveur.

Au Docteur Paul Bregeaut,

Merci à toi, Paul, d'avoir accepté le dur labeur d'encadrer mon travail de thèse malgré mes difficultés de synthèse bien connues (qui auraient dû te rebuter !). Merci pour la grande patience et la disponibilité dont tu as fait preuve dans cet encadrement. Merci de ta bienveillance, d'avoir veillé à ne pas surajouter de stress dans ce travail. Merci également pour ton compagnonnage tout au long de l'internat, de mon second semestre d'internat à ce jour. Merci de conserver un lien avec les plus jeunes internes que toi et pour ta volonté de partager tes compétences et connaissances. Un grand merci.

A Chloé Cherrier,

Merci à toi également d'avoir accepté de co-encadrer ce travail en interprofessionnalité et dans la plus grande bienveillance. Merci aussi pour ton accueil lors de mon stage à la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé au sein d'une équipe chaleureuse.

A l'ensemble des professionnels que j'ai côtoyés au cours de mon internat,

Merci pour ce que vous m'avez transmis et appris. Merci pour les accueils toujours chaleureux en stage. Merci à l'équipe de veille sanitaire de l'Agence Régionale de Santé, particulièrement à vous Florence, Radia et Nathalie. Merci à l'équipe régionale de Santé Publique France (CIRE), particulièrement à toi, Esra. Merci à toute l'équipe du Centre d'Investigation Clinique, particulièrement à vous Agnès, Elody et Elie. Merci à vous deux, Anne et Emilie, qui formez un super duo au Service de Santé Universitaire de Tours. Merci à toi Delphy, et à toute l'équipe de l'antenne 37 de la FRAPS-IREPS Centre Val de Loire. Merci à vous, Guillaume et Zoha pour votre accueil malgré une arrivée inattendue au CeGIDD et au CVP.

Merci aussi aux docteurs Emeline Laurent et Sandra Aymeric, pour votre investissement à chacune auprès des internes de santé publique. Merci plus particulièrement à toi Emeline, pour la gentillesse dont tu as toujours fait preuve pour m'accompagner dans les travaux que nous avons réalisés ensemble.

A mes chers co-internes,

Merci pour votre dynamisme, votre bonne humeur, votre bienveillance et votre esprit d'équipe. Encore une année d'internat à partager avec certains d'entre vous, mais j'espère bien plus encore de moments informels à passer à vos côtés.

A mes plus proches amis tourangeaux, Geoffrey et Marion,

Merci pour votre vigilance à tout égard vis-à-vis de ma santé mentale et votre soutien sportif (presque) sans faille !

A toi Floriane, sans qui l'externat aurait été bien plus difficile à surmonter,

Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté et ta tendre amitié, sans toi je ne serai sans doute jamais allée au bout de ce parcours.

A ma bande de potes des Monts du Lyonnais (dont je tairais le surnom),

Merci d'être toujours prêts à vous réunir et à vous amuser dans la plus grande décontraction. Merci particulièrement à toi, Kevin, sur qui je peux compter, merci pour ta contribution dans ce travail de thèse.

A toi Laura,

Que j'ai le plaisir de retrouver dans la plus grande simplicité, après avoir été éloignées par les études. Merci pour ton humour, les années de collègue passées à tes côtés et toutes celles à venir (sans le collègue !).

A ma famille,

Merci Maman, sans qui rien n'aurait été possible ; merci pour ton accompagnement, ton soutien et ton implication dans mes études, de la recherche d'un appartement au pied de la faculté pour m'éviter les trajets, à la lecture de livres de SHS, à ta présence le jour des examens de PACES pour réviser les items de pharmacie, jusqu'à la relecture très attentive de cette thèse ! Merci pour tous les sacrifices personnels que ça t'a demandé.

Merci Papa, pour l'assurance et la confiance que tu m'as toujours encouragées à avoir, merci pour ton aide dans les travaux de la vie quotidienne et pour la fierté que tu me portes.

A mes frères et sœur et leurs familles, mes neveux et nièces, pour tout ce qu'ils m'apportent de bonheur.

Une pensée pour mes grands-parents, avec qui j'aurai aimé partager ce moment. **A toi Jean,** tu me manques tant, merci pour tout l'amour que tu m'as portée dans mon enfance.

A ma belle-famille,

Merci pour tous les bons moments passés ensemble et tout votre soutien.

A toi Medhi, mon Chéri,

Merci de faire partie de ma vie. Merci pour ta tendresse au quotidien, merci pour ton soutien indéfectible et tes encouragements depuis le tout début de ce long parcours, merci d'être toujours prêt à participer à mes révisions et diverses répétitions ; et merci pour les sacrifices plus importants que tu m'as accordés également.

Impact de la mise en place du **service**
sanitaire sur les **représentations** que les
étudiants en médecine de la faculté de Tours
ont de la *Prévention en santé*

Tables des matières

| | |
|--|----|
| LISTE DES ANNEXES | 15 |
| LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES..... | 17 |
| INTRODUCTION..... | 18 |
| PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE ET EDUCATION POUR LA SANTE | 19 |
| REORIENTER LE SYSTEME DE SANTE VERS LA PROMOTION DE LA SANTE | 21 |
| LA MISE EN ŒUVRE DU SERVICE SANITAIRE | 22 |
| METHODES | 24 |
| 1. DESIGN DE L'ÉTUDE | 24 |
| 2. POPULATION ET PERIODE D'ÉTUDE..... | 24 |
| 3. EXPLORATION DES REPRESENTATIONS DE LA « PREVENTION EN SANTE »..... | 25 |
| 3.1 <i>Le questionnaire</i> | 26 |
| 3.2 <i>Les entretiens semi-dirigés</i> | 27 |
| 4. ANALYSES DES DONNEES | 29 |
| 5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES..... | 29 |
| RESULTATS | 30 |
| 1. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS | 30 |
| 2. REPRESENTATIONS GENERALES DE LA PREVENTION EN SANTE | 31 |
| 2.1. <i>Constat n°1 : La prévention en santé essentiellement définie « par la négative » par les étudiants des promotions B et SESA</i> | 33 |
| 2.2. <i>Constat n°2 : Une prévention primaire « priorisée » mais une déclinaison par niveaux de prévention mal maîtrisée</i> | 33 |
| 2.3. <i>Constat n°3 : Une vision biomédicale prédominante faisant du médecin l'acteur clé de la prévention pour les étudiants des deux promotions</i> | 34 |
| 2.4. <i>Constat n°4 : L'information en santé, le moyen de prévention principalement décliné par les étudiants des deux promotions.....</i> | 34 |
| 2.5. <i>Constat n°5 : Une « priorité à la jeunesse » pour les étudiants des deux promotions.....</i> | 35 |
| 2.6. <i>Constat n°6 : Une multiplicité de thématiques de prévention spontanément évoquées.....</i> | 35 |
| 2.7. <i>Constat n°7 : Un champ lexical associé à la santé publique plus riche chez les étudiants SESA pour parler de la prévention, notamment en FGSM3</i> | 36 |

| | | |
|------|---|----|
| 3. | REPRESENTATIONS DES PRINCIPES D'INTERVENTION ET DE LA POSTURE EDUCATIVE EN PREVENTION EN SANTE . | 37 |
| 3.1. | <i>Constat n°8 : la transmission de l'information, objectif principal d'une intervention selon les étudiants</i> | 37 |
| 3.2. | <i>Constat n°9 : Une posture accompagnatrice et participative plus présente au sein de la promotion SESA</i> | 37 |
| 3.3. | <i>Constat n°10 : Une vision des étudiants de la promotion SESA moins centrée sur les risques en FGSM3</i> | 38 |
| 4. | ATTITUDES DES ETUDIANTS ENVERS LA PREVENTION | 39 |
| 4.1. | <i>Constat n°11 : Une attitude positive envers la prévention</i> | 39 |
| 4.2. | <i>Constat n°12 : Un avis plus nuancé sur l'efficacité des conseils pour aider les gens à changer leur mode de vie en promotion SESA, et sur l'intérêt de mettre l'accent sur la promotion de la santé et moins sur le traitement des maladies en FGSM3</i> | 41 |
| 4.3. | <i>Constat n°13 : Une place accordée à la prévention en santé en France qui divise les étudiants au sein de chacune des promotions</i> | 42 |
| 5. | MOTIVATIONS A L'INTEGRATION DE LA PREVENTION DANS LES PRATIQUES FUTURES | 43 |
| 5.1. | <i>Constat n°14 : Une volonté d'intégrer la prévention dans les pratiques futures relativement limitée</i> | 43 |
| 5.2. | <i>Constat n°15 : Un accueil favorable du service sanitaire face au souhait d'une formation en prévention plus concrète</i> | 44 |
| 5.3. | <i>Constat n°16 : L'expérience du service sanitaire, une découverte et des apports multiples soulignés en entretiens par les étudiants de la promotion SESA</i> | 45 |
| 5.4. | <i>Constat n°17 : Un questionnement des étudiants concernant leur légitimité à intervenir dans le cadre du service sanitaire</i> | 47 |
| | DISCUSSION | 48 |
| 1. | PRINCIPAUX RESULTATS | 48 |
| 1.1 | <i>Les représentations de la prévention</i> | 48 |
| 1.2 | <i>La posture éducative en prévention</i> | 52 |
| 1.3 | <i>Attitude des étudiants envers la prévention en France et au sein des études médicales</i> | 52 |
| 1.4 | <i>Motivations à l'intégration de pratiques préventives futures</i> | 53 |
| 2. | LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE | 56 |
| 2.1 | <i>Une méthodologie mixte multidimensionnelle</i> | 56 |
| 2.2 | <i>Participations</i> | 56 |
| 2.3 | <i>Données recueillies</i> | 57 |
| 2.4 | <i>Analyses des données</i> | 57 |
| 2.5 | <i>L'annulation des actions dans le « contexte COVID »</i> | 58 |
| 3 | PERSPECTIVES ET RETOMBÉES | 58 |
| 4 | CONCLUSION | 59 |
| | REMERCIEMENTS | 61 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 62 |
| | ANNEXES | 66 |

Liste des Annexes

| | |
|--|----|
| ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE..... | 67 |
| ANNEXE 2. TRADUCTION DE LA <i>PREVENTIVE ATTITUDE SCALE</i> (BELLAS ET AL. 2000)..... | 75 |
| ANNEXE 3. GUIDE DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES..... | 76 |
| ANNEXE 4. AVIS FAVORABLE DU COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE TOURS-POITIERS..... | 77 |
| ANNEXE 5. TAUX DE REMPLISSAGE DES CHAMPS DU QUESTIONNAIRE EMPLOYANT LA TECHNIQUE D'ASSOCIATION VERBALE | 78 |
| 5.A. Nombre de champs complétés par les étudiants aux questions employant la technique de l'association verbale..... | 78 |
| 5.B. Nombre d'étudiants ayant complété au moins 3 ou 5 champs par question employant la technique de l'association verbale | 78 |
| ANNEXE 6. CARACTERISTIQUES PRINCIPALES DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES REALISES | 79 |
| ANNEXE 7. CATEGORISATION DE LA QUESTION 10 « QUELS SONT LES PREMIERS MOTS OU GROUPES DE MOTS QUE VOUS EVOQUE LE SUJET DE LA PREVENTION EN SANTE ? (3 A 5 REPONSES ATTENDUES) » | 80 |
| 7. A. Catégorisation générale de la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) » | 80 |
| 7. B. Catégorisation des aspects définitionnels relatifs à la finalité de la prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) » | 80 |
| 7. C. Catégorisation des aspects définitionnels relatifs aux fondements et principes généraux de la prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) » | 81 |
| 7. D. Catégorisation de la déclinaison thématique des moyens et actions de prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) » | 81 |
| 7. E. Catégorisation de la déclinaison opérationnelle des moyens et actions de prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) » | 83 |
| 7. F. Catégorisation des éléments relatifs à la posture en prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) » | 83 |
| 7. G. Catégorisation des éléments relatifs à la place de la prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) » | 84 |
| ANNEXE 8. CATEGORISATION ET SOUS CATEGORISATION DE LA QUESTION 11 « POUR VOUS, EN QUOI CONSISTE LA PREVENTION EN SANTE ? (EN QUELQUES MOTS) » | 85 |
| 8. A. Catégorisation des éléments relatifs à la dimension de la définition de la prévention en santé à la question 11 « Pour vous, en quoi consiste la Prévention en santé ? (en quelques mots) » | 85 |
| 8. B. Catégorisation des éléments relatifs à la posture en prévention en santé à la question 11 « Pour vous, en quoi consiste la Prévention en santé ? (en quelques mots) » | 85 |

| | |
|---|----|
| ANNEXE 9. CATEGORISATION DE LA QUESTION 12 « <i>POUR VOUS, QUELS SONT LES ACTEURS CLES DE LA PREVENTION EN SANTE ? (3 A 5 REPONSES ATTENDUES)</i> »..... | 86 |
| ANNEXE 10. CATEGORISATION DE LA QUESTION 13 « <i>SELON VOUS, QUELS SONT LES MOYENS D'AMELIORER LA SANTE DES POPULATIONS ? (3 A 10 REPONSES ATTENDUES)</i> »..... | 87 |
| ANNEXE 11. CATEGORISATION DE LA QUESTION 16 « <i>POUR VOUS, QUELS SONT LES PRINCIPAUX OBJECTIFS D'UNE INTERVENTION DE PREVENTION EN SANTE ? (EN QUELQUES MOTS)</i> » | 88 |
| ANNEXE 12. CATEGORISATION DE LA QUESTION 14BIS CONCERNANT LES PRECISIONS APORTEES A LA QUESTION 14 « <i>COMMENT QUALIFIEZ-VOUS LA PLACE ACCORDEE A LA PREVENTION EN SANTE EN FRANCE ?</i> » | 89 |
| ANNEXE 13. CATEGORISATION DE LA QUESTION 17 « <i>SELON VOUS, SUR QUELS ELEMENTS PRINCIPAUX DOIT REPOSER UNE INTERVENTION DE PREVENTION EN SANTE ? (3 A 5 REPONSES ATTENDUES)</i> »..... | 90 |
| ANNEXE 14. CATEGORISATION DE LA QUESTION 18 « <i>A TITRE D'EXEMPLE, SELON VOUS, PAR QUELS MOYENS PEUT-ON ENCOURAGER UN JEUNE A NE PAS FUMER ? (EN QUELQUES MOTS)</i> »..... | 91 |
| ANNEXE 15. SPECIALITES ENVISAGEES PAR LES ETUDIANTS | 92 |
| ANNEXE 16. TYPES D'ACTIVITES ET INTERVENTIONS DE PREVENTION ENVISAGEES PAR LES ETUDIANTS | 92 |

Liste des abréviations, sigles et acronymes

ARS : Agence Régionale de Santé

CeGIDD : Centre Gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CLS : Contrat Local de Santé

CM : Cours Magistral

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CPS : Compétences psychosociales

CVP : Centre de Vaccination Public

ED : Enseignement Dirigé

FASM1 : 1^{ère} année de Formation Approfondie en Sciences Médicales (4^{ème} année des études médicales)

FASM2 : 2^{ème} année de Formation Approfondie en Sciences Médicales (5^{ème} année des études médicales)

FGSM2 : 2^{ème} année de Formation Générale en Sciences Médicales (2^{ème} année des études médicales)

FGSM3 : 3^{ème} année Formation Générale en Sciences Médicales (3^{ème} année des études médicales)

FRAPS : Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

Max : valeur Maximale

Min : valeur Minimale

Moy : Moyenne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAS : *Preventive Attitude Scale* (Bellas et al. 2000)

Promotion B : promotion des étudiants n'ayant pas réalisé le service sanitaire

Promotion SESA : promotion des étudiants ayant réalisé le service sanitaire

SD : *Standard Deviation* (écart-type)

SESA : Service Sanitaire

T1 : Temps de recueil 1

T2 : Temps de recueil 2

TD : Travaux Dirigés

Introduction

Une trentaine d'années après l'adoption de la Charte d'Ottawa par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, le premier axe de la stratégie nationale de santé 2018-2022 inscrit la prévention et la promotion de la santé au cœur des enjeux de la politique de santé française, dans tous les milieux et tout au long de la vie (1,2). Une « *révolution culturelle* » est jugée nécessaire pour assurer la réorientation du système de santé en faveur de la prévention et de la promotion de la santé (3). Dans ce cadre, le service sanitaire obligatoire pour tous les étudiants en santé a été instauré en 2018 (3). Parmi les objectifs du service sanitaire, différents concepts liés à la prévention et la promotion de la santé sont retrouvés (tableau I) (3–7).

Tableau I. Objectifs du service sanitaire retrouvés dans des textes de référence

| Texte de référence | Concept(s) | Extraits |
|---|--|--|
| Rapport du Pr. Loïc Vaillant, Janvier 2018 Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé | Prévention primaire | <i>Le service sanitaire vise à initier tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention primaire et à permettre la réalisation d'actions concrètes de prévention primaire par les étudiants en santé.</i> |
| | Empowerment | <i>Les contenus de formation doivent permettre aux étudiants : - d'acquérir les compétences méthodologiques facilitant la promotion des comportements de vie plus sains pour les publics ciblés ; - de faciliter la mise en œuvre de démarche d'autodétermination (empowerment) afin de permettre aux publics cibles d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision sur leur environnement et leur vie ; - d'être à même d'utiliser des outils spécifiques, comme par exemple ceux diffusés par Santé publique France, la FNES ou mobilisés par les SSU pour leurs actions de prévention.</i> |
| | Compétences psychosociales et réduction des inégalités de santé | <i>L'acquisition des compétences psychosociales constitue un enjeu majeur de réduction des inégalités de santé.</i> |
| Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé | Prévention et promotion de la santé | <i>Art. D. 4071-1. Le service sanitaire contribue à la promotion de la santé, notamment à la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. Art. D. 4071-2. Le service sanitaire vise à former ces étudiants aux enjeux de la prévention primaire par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires,</i> |
| Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé | Prévention primaire et promotion de la santé Lutte contre les Inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé | <i>Article 1 - initier les étudiants aux enjeux la promotion de la santé et de la prévention primaire définie par l'Organisation mondiale de la santé comme l'ensemble des actes mis en œuvre dans l'objectif de réduire l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé par la diminution des causes et des facteurs de risque ; - permettre la réalisation d'actions concrètes de prévention primaire et de promotion de la santé participant à la politique de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé mise en place par la stratégie nationale de santé [...] - favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité lors des formations suivies et des actions réalisées ; - intégrer la prévention dans les pratiques des professionnels de santé.</i> |

| | | |
|---|---|---|
| | Conseil, promotion de la santé, prévention et posture éducative | <p>Article 3 - Les compétences à acquérir [...] sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention auprès de populations ciblées en lien avec les priorités de santé publique ; - acquérir et développer une posture éducative, notamment pour négocier des objectifs partagés avec une personne ou un groupe de personnes ; - concevoir et mettre en œuvre une évaluation de l'action. |
| <p>Communiqué de Presse du 15 juin 2018, Agnès BUZYN et Frédérique VIDAL. Priorité prévention : le service sanitaire pour les étudiants en santé entrera en vigueur dès la rentrée 2018</p> | Prévention primaire et réduction des inégalités sociales et territoriales de santé | <p>Engagement du Président de la République, le service sanitaire traduit la volonté du Gouvernement de placer la prévention au cœur de son action. Cela, avec un double objectif : initier à la prévention primaire ceux qui seront les professionnels de santé de demain et leur permettre d'intervenir sur le terrain, auprès de la population, notamment les jeunes, pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.</p> |
| <p>Dossier de presse du 26 février 2018 Le service sanitaire Les formations en santé au service de la prévention</p> | Prévention primaire et promotion de la santé | <p>La compétence à mener des actions de prévention et de promotion de la santé est donc cruciale et doit être largement partagée par de nombreux professionnels, au premier rang desquels les professionnels de santé. [...] Nos étudiants sont plus à l'aise pour préciser la physiopathologie de l'athérosclérose, ou énumérer les facteurs de risque, que pour animer un atelier susceptible de modifier les comportements d'un groupe d'adolescents. Nos étudiants savent que l'activité physique doit être favorisée, mais ils sont moins à l'aise pour donner des conseils pratiques susceptibles de convaincre une population âgée, ou en situation de handicap, que l'activité physique est aussi pour elle. Ce sont ces réalités que nous devons changer et c'est cela l'objectif du service sanitaire.</p> |

Prévention, promotion de la santé et éducation pour la santé

A sa mise en place en 1948¹, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (8,9). Dans les années 1950, cette définition a été précisée et trois types de prévention ont été déclinés en fonction du stade de la maladie : la prévention primaire visant la diminution de l'incidence des maladies par la réduction des facteurs de risque et les préventions secondaire et tertiaire visant respectivement à en arrêter l'évolution et à en réduire les conséquences (9,10). En se référant ainsi à la maladie, la prévention s'est fondée sur une définition de la santé biomédicale, « par la négative » ; la santé étant réduite à l'absence de pathologies, de handicaps ou de gênes, telle que décrite par Leriche ou Joyce (11). Pourtant dès 1946, l'OMS définissait la santé comme un « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (9,11,12). Cette définition caractérise la santé par ce qu'elle est (état

¹ La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946 et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

de complet bien-être), et non plus seulement par ce qu'elle n'est pas (absence de maladie ou d'infirmité). Elle traduit une vision « par la positive » de la santé en opposition à la vision « par la négative » précédemment explicitée. Dans les années 1970, les transitions démographiques et épidémiologiques ont contribué au développement de cette conception positive et holistique de la santé (9). Constatant que les déterminants socio-culturels et économiques avaient autant d'influence sur la santé que les comportements individuels ou les soins et que l'impact des programmes spécifiques à une maladie ou à un comportement était limité, un nouveau paradigme est né : la promotion de la santé (10,13).

La charte d'Ottawa (1986) a défini la promotion de la santé comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (14–16). Cette charte se décline en cinq axes d'intervention visant à modifier les grands types de déterminants de santé identifiés par Marc Lalonde : conditions socio-environnementales et économiques ayant des répercussions sur la santé (10,12). Cette charte implique que les décideurs, les politiques et la communauté adoptent une approche transversale et participative (14,17). Aussi, l'acquisition d'aptitudes individuelles en promotion de la santé vise l'*empowerment*, le développement des compétences psychosociales et une amélioration de la littératie en santé des individus pour rendre les individus acteurs de leur santé (18,19). La volonté de réorienter le secteur de la santé vers la promotion de la santé, en complément des services cliniques et curatifs, a fait émerger le besoin d'une meilleure identification des acteurs de santé publique, des compétences requises et des besoins en formation (17,20,21).

La « prévention des maladies » et la « promotion de la santé » constituent deux approches complémentaires, qui se recoupent dans leurs stratégies d'intervention telles que l'éducation pour la santé, et qui ont pour objectif commun la réduction des inégalités de santé (10,22–25). C'est pourquoi ces deux termes vont souvent de pair dans le langage courant (prévention et promotion de la santé) ou s'interchangent parfois dans les discours, l'un englobant l'autre ou vice-versa (8,10,23,24). A titre illustratif, l'axe 1 de la Stratégie Nationale de Santé est intitulé « *Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux* » tandis que le concept de « prévention globale » peut être entendu comme « *la gestion de son capital santé incluant action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique* » (8,9).

L'éducation pour la santé, stratégie d'intervention de prévention et promotion de la santé, vise à améliorer les compétences en matière de santé des individus et des communautés par l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie (10,23,26). A travers la posture éducative adoptée lors d'une intervention d'éducation pour la santé, la dichotomie « prévention des maladies / promotion de la santé » peut se retrouver : une entrée spécifique par pathologie correspond davantage à une approche de prévention des maladies tandis qu'une approche positive et globale centrée sur le développement des compétences correspond à une approche de promotion de la santé (10,23,26).

Réorienter le système de santé vers la promotion de la santé

Des auteurs tels que Deschamps et al. (2013) ou encore Demeulemeester et al. (2013) déplorent la place insuffisante de la prévention et de la promotion de la santé dans le système de santé français, notamment le manque de reconnaissance dont souffre l'éducation pour la santé (27,28). En dépit de l'importance accordée à la prévention par les professionnels de santé, la vision biomédicale de la santé toujours prédominante ne permettrait pas d'assurer un accompagnement profond vers les principes de promotion de la santé (27–30).

Par exemple, parmi les médecins généralistes, dont le rôle est central dans les parcours de soins, 95,7 % considèreraient que la prévention fait tout à fait partie de leurs missions (30). En revanche, ils déclarent avant tout informer et conseiller, et un tiers seulement d'entre eux met en œuvre des activités éducatives (29–31). Ainsi, 7,3 % des consultations seraient entièrement dédiées à l'éducation dans le cadre d'une pathologie (32). De plus, des études ont montré que les échanges médecin-patient qui ont lieu dans ce cadre sont variables, allant d'une « communication ordinaire » à une « médicalisation du style de vie » focalisée sur les objectifs cliniques plutôt que sur les moyens d'y arriver (33–35). Le manque de temps est le principal frein exprimé par les médecins généralistes, plus que le manque de formation ou la résistance des patients (30). Toutefois, des études ont aussi montré que les médecins émettent des réserves sur les capacités de réception des patients, avec une image du « bon » et du « mauvais » patient qui persiste (30,33–35). Enfin, un manque de conviction sur l'efficacité de la prévention ou un sentiment variable selon les problématiques de santé ont également été retrouvés : 89,5 % se sentent efficaces pour le dépistage des cancers et moins du tiers (29,5 %) se sent efficace pour prévenir les accidents de la vie courante, l'alcoolisme ou l'usage des drogues (30).

Face à ces constats, le déploiement du service sanitaire obligatoire pour tous les étudiants en santé, à l'échelle nationale, est décrit comme une opportunité de changer de paradigme en réconciliant l'approche clinique et de santé (36). Des études menées à l'étranger ont montré que les étudiants en médecine ont une attitude positive envers la prévention et la promotion de la santé, qui peut être renforcée par des enseignements centrés sur la médecine communautaire et le travail collaboratif (37–40). Le besoin de développer la confiance des étudiants sur leur capacité à faire de la promotion de la santé et la nécessité de renforcer leur conviction vis-à-vis de celle-ci ont été observés (40). Néanmoins, ni l'attitude ni les représentations des étudiants en médecine français envers la prévention et la promotion de la santé n'ont fait l'objet de travaux de recherche jusqu'à présent.

La mise en œuvre du service sanitaire

Le service sanitaire implique la formation des étudiants en santé à la conception et la mise en œuvre d'actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention au moyen de six semaines dédiées (4,5). En complément des objectifs précités (tableau I), l'interprofessionnalité et la réduction des inégalités de santé sont également visées par la réalisation d'actions communes entre étudiants de différentes filières de santé sur l'ensemble du territoire et auprès des populations ne bénéficiant habituellement pas ou peu d'interventions de prévention (4–6). Les thématiques d'actions devant être traitées prioritairement par les étudiants comprennent l'alimentation, l'activité physique, les addictions, la santé sexuelle et selon les territoires, la vaccination, l'hygiène et les troubles du sommeil. Une grande diversité d'établissements et de structures peut accueillir les étudiants : établissements d'enseignement, établissements et structures de santé, médico-sociaux, et sociaux, structures associatives ; entreprises ; administrations ; organismes du ministère de la défense et lieux de prise en charge judiciaire et de privation de liberté.

Dès la rentrée universitaire 2018-2019, les instituts de formation et facultés ont mis en œuvre le service sanitaire en lien avec les comités régionaux coprésidés par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les recteurs d'académie. Sans financement dédié, le service sanitaire s'est mis en place de façon hétérogène selon les structures, notamment en fonction des ressources humaines mobilisables pour en assurer la formation et l'organisation (41–43). En effet, des professionnels aux compétences variables ont été mobilisés (santé publique, sciences humaines). Des acteurs en prévention et promotion de la santé tels que les Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS), les Contrats Locaux de Santé (CLS) et d'autres structures ou associations, ont parfois été sollicités. Les modalités de cours et d'accompagnement ont été diverses avec un degré d'interprofessionnalité variable. Enfin, les durées moyennes des stages et des actions ont été disparates (41–43). Par ailleurs, le service sanitaire n'est pas venu modifier de la même manière les maquettes pédagogiques des différentes filières de santé. Contrairement aux études en soins infirmiers, aucun enseignement reposant sur un référentiel de connaissances et compétences n'était inscrit dans les études médicales et aucun stage centré sur la prévention n'était jusqu'à présent préconisé (43,44). La prévention pouvait être dissoute dans les enseignements de sémiologie et de physiopathologie ou s'inscrire dans les enseignements de sciences humaines et sociales, eux-mêmes dépeints comme embryonnaires et inégaux selon les facultés (45,46). Par conséquent, la mise en œuvre du service sanitaire vient véritablement bousculer la place conférée à la prévention et la promotion de la santé dans les études médicales (43).

A la faculté de médecine de Tours, qui compte plus de 250 étudiants par niveau d'études médicales, la mise en œuvre du service sanitaire s'est d'abord organisée sur deux années de formation successives pour permettre une régionalisation des interventions au sein des CLS. Elle a débuté auprès des étudiants en deuxième année de Formation Générale en Sciences Médicales (FGSM2) en 2018-2019 puis s'est poursuivie auprès des mêmes étudiants en troisième année de Formation Générale en Sciences Médicales (FGSM3) en 2019-2020. La première année d'enseignement (2018-2019) avait pour objectif d'introduire les enjeux de

prévention et promotion de la santé. Elle incluait des cours magistraux (CM), des enseignements dirigés (ED) par groupe de 50 étudiants, et des travaux dirigés (TD) par groupe de 25 étudiants. Les CM et les ED portaient sur les thématiques et les principes d'intervention tels que la prévention par les pairs ou les modifications de comportements. Les TD ont porté sur les représentations en santé (photo-expression) ; les techniques d'animation, la gestion de projet et le travail d'équipe, les principes d'interventions en santé publique et l'implication des CLS sur les territoires. Seule la présence des étudiants aux TD était obligatoire. La deuxième année d'enseignement (2019-2020) conduite auprès des mêmes étudiants, en FGSM3, a été jalonnée de 3 semaines calendaires banalisées (S42 puis S14 et S15) pour assurer le déplacement des étudiants sur les territoires. Durant ces deux années, les étudiants en FGSM2 puis en FGSM3, ont bénéficié d'un accompagnement tutoré par des enseignants et internes de santé publique qui ont suivi la construction des projets en lien avec les acteurs locaux (référénts de proximité). Malgré la mise en place du Collégium Santé¹ pour faciliter l'interprofessionnalité, seuls quelques étudiants en médecine ont pu collaborer avec des étudiants en soins infirmiers (47). Aussi, la situation sanitaire exceptionnelle liée au coronavirus n'a pas permis la réalisation des actions prévues en avril 2020.

Compte-tenu de la place inédite que le service sanitaire confère à la prévention et promotion de la santé dans les études médicales, l'effet de cette réforme sur le regard porté par les étudiants en médecine sur la prévention en santé peut être interrogé. En effet, si deux tiers des étudiants en santé ont été satisfaits du service sanitaire en 2019, une satisfaction moindre des étudiants en médecine a été observée et aucune donnée n'est connue sur leur attitude ou leurs représentations envers la prévention (43). Des expérimentations menées à Genève ont souligné les difficultés à maintenir l'enthousiasme des étudiants du fait de la « compétition » avec les autres enseignements (48). En France, à l'annonce de la mise en place du service sanitaire, des craintes quant à la « garantie d'une plus-value pédagogique » d'une réforme obligatoire et trop rapidement mise en place avaient été relayées par l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (49).

Par conséquent, afin d'identifier les changements induits par l'intégration du service sanitaire dans les études médicales sur les représentations que les étudiants en médecine de la faculté de Tours ont de la prévention en santé, le regard des étudiants ayant réalisé le service sanitaire pour la première fois a été confronté à celui des étudiants ne l'ayant pas réalisé. L'objectif principal était de comparer les représentations des étudiants à année de cursus équivalente, en 4^{ème} année d'études soit en 1^{ère} année de Formation Approfondie en Sciences Médicales (FASM1). Toutefois, dans l'hypothèse où les représentations des étudiants ayant réalisé le service sanitaire pouvaient évoluer de la FGSM3 (année du service sanitaire) à la FASM1 (un an après), les représentations des étudiants à l'issue du service sanitaire (FGSM3) ont également été étudiées.

¹ Comité régional local, regroupant l'Agence Régionale de Santé, la rectrice de l'Académie Orléans-Tours et les structures de formation des étudiants en santé

Méthodes

1. Design de l'étude

Cette étude observationnelle exploratoire a reposé sur une approche mixte, par questionnaires anonymes et entretiens complémentaires semi-dirigés. Elle a été réalisée auprès d'étudiants de la faculté de médecine de Tours de deux promotions d'intérêt : l'une ayant réalisé le service sanitaire, dénommée « SESA » et l'autre non, dénommée « B ». Les données quantitatives et qualitatives recueillies pour chaque promotion d'étudiants ont été confrontées afin de mettre en évidence des différences de représentations, d'attitudes et de motivations.

2. Population et période d'étude

Les étudiants de la promotion « SESA » ont été interrogés à deux reprises (figure 1) :

- En fin de 3^{ème} année d'études (=FGSM3), par questionnaire (premier temps de recueil, T1)
- En fin de 4^{ème} année d'études (=FASM1), par questionnaire et entretiens (second temps de recueil, T2)

Les étudiants de la promotion « B » ont été interrogés :

- En fin de 4^{ème} année d'études (=FASM1), par questionnaire (T1),
- En fin de 5^{ème} année d'études (=FASM2), par entretiens (T2)

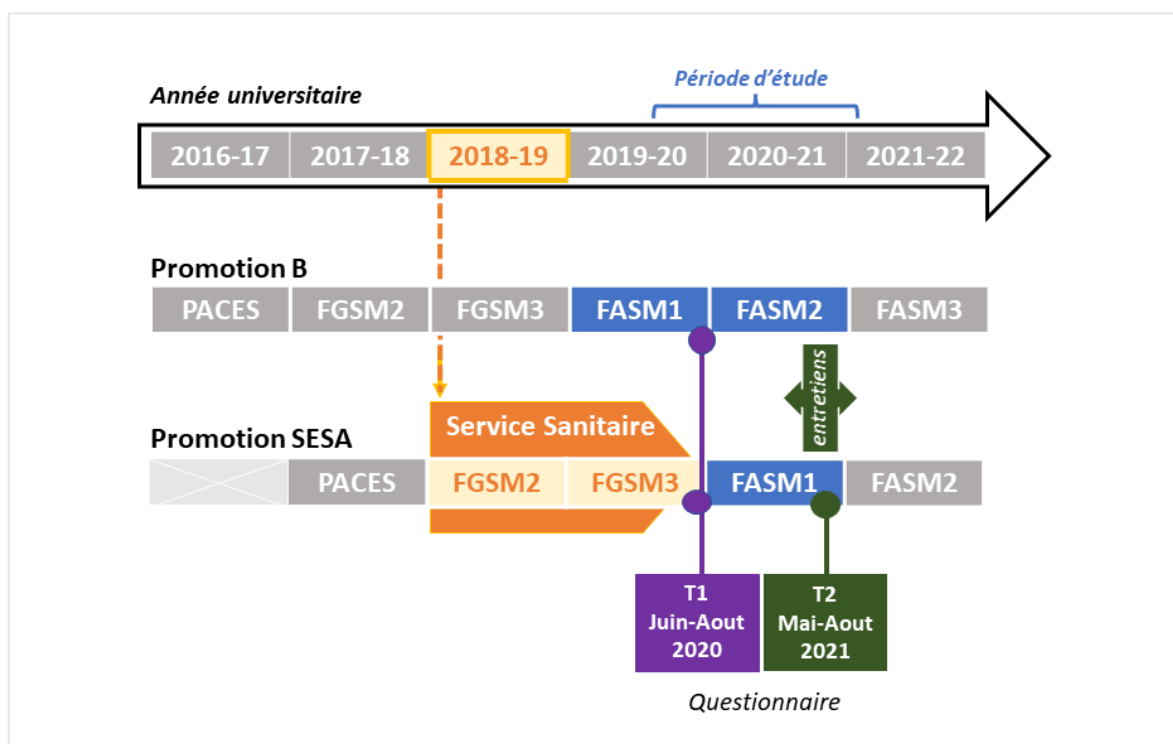


Figure 1. Période et population d'étude, temps de recueil (T1 et T2) par questionnaire et entretiens par promotion d'étudiants, B et SESA.

Par conséquent, les étudiants des deux promotions, B et SESA, ont été enquêtés par questionnaires en 4^{ème} année d'études (=FASM1) dans l'objectif de confronter leurs représentations de la prévention au même stade de leur cursus universitaire. Les étudiants de la promotion SESA participant au questionnaire à la fois à T1 et T2 ont été repérés à l'aide d'un code anonymat pour étudier l'évolution du regard des étudiants de la 3^{ème} à la 4^{ème} année si la proportion d'étudiants participant à deux reprises était suffisante.

La diffusion de l'enquête a été assurée par les services de la scolarité (mailings-listes universitaires) et par une étudiante (réseaux sociaux). Les entretiens ont été programmés à l'aide d'un court formulaire proposé aux étudiants des promotions B et SESA en fin d'année 2020-2021 (T2). Ce formulaire avait pour objectif de garantir la réalisation d'entretiens avec des étudiants aux opinions différentes. Les données recueillies étaient le prénom, le niveau d'étude, les coordonnées et le point de vue des volontaires sur 3 aspects : i/estimation de ses propres compétences en prévention ; ii/opinion sur la place de la prévention en France et iii/opinion sur la formation reçue en prévention. Les volontaires étaient ensuite contactés pour programmer l'entretien. La réalisation de l'entretien par visioconférence ou en physique était laissée au choix de l'enquêté, lorsque la situation sanitaire le permettait.

Critères de non-inclusion/exclusion : A T1, les étudiants de la promotion B qui avaient redoublé l'année en cours (4^{ème} année) n'étaient pas inclus. A T2, les étudiants de 4^{ème} année qui avaient redoublé l'année en cours n'étaient pas inclus également (service sanitaire non effectué).

3. Exploration des représentations de la « Prévention en santé »

Compte tenu du fait que les objectifs du service sanitaire portent à la fois sur la prévention et la promotion de la santé, la terminologie à privilégier dans le questionnaire et les entretiens a été discutée. Les étudiants ont été interrogés sur la « *Prévention en santé* » afin d'observer si le service sanitaire engendrait une vision plus globale de la prévention, pouvant se rapprocher de la promotion de la santé et ses principes.

En s'inspirant des modèles sur les changements de comportement issus de la psychologie sociale (50,51), différentes dimensions susceptibles d'être modifiées par l'intégration du service sanitaire dans le cursus ont été explorées, par questionnaire et entretiens, à savoir :

- **Le champ des représentations** : regroupe les connaissances et croyances (l'information) et leur hiérarchisation ; portant à la fois sur i/la prévention en santé en générale (sa définition, les acteurs clés, etc) ; ii/les leviers et moyens d'améliorer la santé et iii/les objectifs et principes d'interventions en prévention,
- **Leurs attitudes** : opinions sur la place de la prévention en santé en France et le rôle des médecins,
- **Leurs motivations à l'intégration de pratiques de prévention dans leurs activités futures**, avec notamment des questionnements axés sur la formation en prévention dans les études médicales et les compétences perçues en prévention (cette dimension pouvant être liée au sentiment d'auto-efficacité et de légitimité).

3.1 Le questionnaire

Le questionnaire a exploré les dimensions relatives aux représentations de la « *Prévention en santé* » précédemment décrites (tableau II, annexe 1). Aussi, les caractéristiques sociodémographiques des étudiants (âge, sexe) et les secteurs d'activités des proches (parents, fratrie, conjoint(e)) ont été recueillies (50,51).

L'exploration des représentations des étudiants sur la « *Prévention en santé* », incluait des questions sur sa définition, les moyens et leviers pour améliorer la santé, les acteurs impliqués, les principes d'une intervention en santé et la posture éducative. Différentes méthodes pour explorer les représentations ont été utilisées :

- **La technique d'association verbale** a été utilisée aux questions 10, 12, 13 et 17 pour interroger les étudiants sur i/la Prévention en santé (Q10), ii/les acteurs (Q12), iii/les moyens d'améliorer la santé (Q13) et iv/ les éléments principaux d'une intervention de prévention (Q17). Cette technique consiste à demander aux participants d'écrire des mots, verbes, adjectifs ou groupes de mots que leur évoque spontanément un sujet (52). La première question employant cette technique, Q10, portait volontairement sur la prévention en santé de façon générale afin d'observer spontanément le champ des représentations des étudiants. Les étudiants avaient la possibilité de compléter 5 champs pour les questions 10, 12 et 17 et jusqu'à 10 champs pour la question 13.
- **La méthode de mise en cause** a été utilisée aux questions 19, 20 et 21 afin d'identifier la place accordée aux facteurs socioculturels, à la collaboration professionnelle et aux risques de santé dans une intervention de prévention (52). Cette technique repose sur le principe que les éléments centraux d'une représentation sont des caractéristiques indissociables de l'objet pour les individus, comme pourrait l'être la présence de plumes pour définir les oiseaux par exemple (52). Ainsi, la négation d'un objet (oiseau) par la négation d'un élément (plumes) permet d'identifier si cet élément fait partie du noyau central des représentations de l'objet étudié (52). Par exemple, dans le cadre de notre étude, si la quasi-totalité des étudiants considèrent qu'une intervention de prévention ne peut être efficace sans prendre en compte les facteurs socioculturels, c'est que la prise en compte de ces facteurs est indissociable de l'efficacité d'une intervention et fait partie du noyau central des représentations des étudiants.
- Des **questions ouvertes** ont également été intégrées pour que les étudiants précisent i/leur définition de la prévention en santé (Q11), ii/les objectifs d'une intervention de prévention (Q16), iii/la stratégie employée pour encourager un jeune à ne pas fumer (Q18).

L'attitude des étudiants envers la « Prévention en santé » a été explorée à l'aide de questions à choix multiples par échelles de Likert à modalités équilibrées (Q14 et Q15). La *Preventive Attitude Scale* (PAS ; Bellas et al, 2000) a été traduite et intégrée au questionnaire (Q15, annexe 2) (38). Les six modalités de réponses proposées ont été scorées de 0 (= Pas du tout d'accord) à 5 (= Tout à fait d'accord) pour les 8 premiers items. L'item 9 positionnant la responsabilité des structures de santé avant celle des médecins, a été inversement scoré (0 = Tout à fait d'accord, 5= Pas du tout d'accord). Ainsi, un score total de 0 à 45 pouvait être obtenu par étudiant.

Les motivations des étudiants à l'intégration de la prévention dans leurs pratiques futures ont été explorées par l'intermédiaire de leurs compétences perçues en prévention sur des échelles de 0 à 10, de façon générale (Q22) et par thématique (Q23). Des questions ouvertes ont permis aux étudiants de préciser leurs opinions sur la formation en prévention dans les études médicales (Q27) ainsi que leurs souhaits de mener des activités ou interventions de prévention dans leurs pratiques futures (Q31).

Par ailleurs, deux phases de test du questionnaire ont été réalisées. L'une auprès d'une dizaine de professionnels de santé publique, dont certains spécialisés en prévention et promotion de la santé, pour s'assurer de la cohérence des termes et dimensions explorées. Une seconde auprès des promotions plus jeunes ou plus avancées d'étudiants en médecine pour s'assurer de la compréhension et l'acceptabilité du questionnaire. Les retours ont été recueillis au moyen d'une trame à compléter. La durée de remplissage en première phase de test variait de 12 à 45 minutes. Une bonne compréhension générale des questions a été décrite mais une pénibilité du rédactionnel a conduit au retrait de certaines questions, en alternant davantage questions fermées et ouvertes. Certaines formulations de questions ont été également revues pour préciser les consignes. La deuxième phase de test a permis d'obtenir les retours de 3 étudiants. De nouvelles simplifications ont été faites devant une durée de remplissage qui variait de 25 à 45 minutes. Le fait d'attribuer des valences à la technique d'association verbale était jugé difficile et a été retiré pour réduire la longueur du questionnaire.

3.2 Les entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien construit sur 3 axes : i/la prévention, ii/la place du médecin en prévention et iii /la formation et le service sanitaire (annexe 3). Ce guide a été testé au préalable auprès d'une étudiante de 6^{ème} année de médecine. L'entretien a duré 66 minutes et a permis d'explorer les différents champs souhaités. Les questions ont été jugées compréhensibles par l'étudiante et l'entretien lui a permis de s'exprimer pleinement sur le sujet, sans redondance.

Tableau II. Dimensions des représentations de la « Prévention en santé » explorées dans le questionnaire

| Partie | Questions correspondantes | Dimension explorée |
|---|---|--|
| 1. Quelques renseignements vous concernant | Q1 à Q7: Sexe ; Age ; Année de formation ; redoublement ; Activités personnelles en lien avec la santé, la prévention, le social ou l'humanitaire (à préciser le cas échéant) ; Secteurs d'activités des proches si sanitaire, médico-social, social, enseignement ; Activités des proches en prévention en santé (à préciser le cas échéant) | Caractéristiques sociodémographiques et environnement social des étudiants |
| | Q8. Selon vous, quelle importance vos proches accordent-ils à la Prévention en santé ? Sur une échelle de 0(=aucune importance) à 10(=importance maximale, une priorité). Q9. Et vous, quelle importance accordez-vous à la Prévention en santé ? Sur une échelle de 0(=aucune importance) à 10(=importance maximale, une priorité) | Attitude envers la prévention en santé et environnement social des étudiants |
| 2. La Prévention en santé - ce que ça vous évoque | Q10. Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? | Représentations générales de la prévention en santé |
| | Q11. Pour vous, en quoi consiste la Prévention en santé ? | |
| | Q12. Pour vous, quels sont les acteurs clés de la Prévention en santé ? | |
| 3. Les moyens d'améliorer la santé | Q13. Selon vous, quels sont les moyens d'améliorer la santé des populations ? | |
| 4. La place de la prévention | Q14. Comment qualifiez-vous la place accordée à la Prévention en santé en France ? précision possible (Q14bis) | Attitude envers la prévention en santé |
| | Q15. Preventive Attitude Scale (9 items) | |
| 5. Intervention de Prévention en santé | Q16. Pour vous, quels sont les principaux objectifs d'une intervention de Prévention en santé ? (en quelques mots) | Représentations des interventions de Prévention en santé |
| | Q17. Selon vous, sur quels éléments principaux doit reposer une intervention de Prévention en santé ? | |
| | Q18. A titre d'exemple, selon vous, par quels moyens peut-on encourager un jeune à ne pas fumer ? | |
| | Q19. Diriez-vous qu'une intervention de Prévention en santé peut être efficace sans tenir compte des facteurs socio-culturels des individus ? | |
| | Q20. Diriez-vous qu'une intervention de Prévention en santé peut être efficace sans mettre en avant les risques encourus ? | |
| | Q21. Diriez-vous qu'une intervention de Prévention en santé peut être efficace sans travail collaboratif entre différents acteurs ? | |
| 6. Formation médicale et Prévention en santé | Q22. En tant que professionnel de santé, à combien évaluez-vous vos compétences en Prévention en santé ? Sur une échelle de 0(= absence) à 10 (=optimale) | Motivations à l'intégration de pratiques préventives dans l'activité future |
| | Q23. En tant que professionnel de santé, à combien évaluez-vous vos compétences en Prévention en santé vis à vis des thématiques suivantes ? Sur une échelle de 0(= absence) à 10 (=optimale) | |
| | Q24. Comment évaluez-vous votre formation en Prévention en santé au sein de votre cursus ? | |
| | Q25. Trouvez-vous utile d'intégrer une expérience d'intervention de Prévention en santé dans la formation médicale (service sanitaire) ? | |
| | Q26. Pensez-vous qu'une telle expérience puisse servir dans la pratique médicale ? | |
| | Q27. Si vous le souhaitez, merci de préciser votre opinion sur votre formation en Prévention en santé | |
| | Q28. A ce jour, quelles sont les spécialités que vous envisagez d'exercer ? | |
| | Q29. A ce jour, quelle est la spécialité que vous voudriez le plus exercer ? | |
| | Q30. Souhaitez-vous exercer une activité dédiée à la Prévention en santé dans votre activité future ? | |
| | Q31. Plus précisément, souhaiteriez-vous mener des interventions de Prévention en santé dans votre activité future ? (types d'activités et cadres à préciser si souhait d'activités de prévention ou interventions) | |

4. Analyses des données

Une analyse descriptive des données issues du questionnaire a été réalisée. Les champs complétés selon la technique d'association verbale (verbe, mot ou groupes de mots) ont été catégorisés manuellement au sein d'un tableur Excel®. Les catégories ont été définies en fonction des idées fortes qui se dégagent des verbes, mots ou groupes de mots (e.g définition de la prévention, acteurs, thématiques de prévention, etc). Les grilles de catégorisation ont été discutées collégialement sur la base d'une relecture aléatoire de certains champs. La fréquence des champs complétés par catégorie a été décrite au sein de chaque promotion : c'est-à-dire le nombre d'étudiant ayant complété au moins un champ par catégorie et la proportion correspondante sur l'effectif de participants. Toutes les grilles sont présentées en annexes, question par question.

Les variables quantitatives ont été présentées par leurs moyennes \pm écart-types et par leurs médianes suivies des valeurs minimales et maximales (min – max) ou des premiers et troisièmes quartiles (Q1 ; Q3) afin de pouvoir confronter les résultats quels que soient le nombre de participants et la distribution des variables, normales ou non.

Avec l'accord préalable des participants, les entretiens semi-dirigés réalisés ont été enregistrés et transcrits le plus fidèlement possible. Une analyse thématique, par déchiffrement structurel de chaque entretien et catégorisation, a été réalisée (53,54). Ainsi, le corpus de chaque entretien a été découpé en unité de sens (par mots, phrases, paragraphes) afin d'identifier les thèmes abordés. Ces thèmes ont ensuite été regroupés en catégories et sous-catégories thématiques. Une procédure par « tas » (identification des thèmes à la lecture détaillée) a été réalisée pour les entretiens conduits avec les étudiants de la promotion B suivie d'une procédure par « boîte » (thèmes identifiés préalablement) et « tas » pour les entretiens conduits avec les étudiants de la promotion SESA. Un fichier Excel® regroupant l'ensemble des verbatims des entretiens par catégories a été réalisé.

5. Aspects éthiques et règlementaires

Le protocole de l'étude a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique pour les Recherches impliquant la personne humaine des universités de Tours et de Poitiers (annexe 4). L'obtention d'un consentement éclairé écrit n'était pas nécessaire dans le cadre de cette expérimentation en sciences humaines et sociales (code de la santé publique, art. R 1121-1). Aucune donnée sensible n'a été recueillie et la passation du questionnaire respectait l'anonymat. Le questionnaire a été conçu sur le serveur de l'université via le logiciel Sphinx®. De plus, une case pour s'assurer de la bonne compréhension des objectifs de l'étude était à cocher avant de débiter le remplissage du questionnaire. Par ailleurs, les participants aux entretiens ont été anonymisés par un nom d'emprunt fictif.

Résultats

1. Caractéristiques des participants

Parmi la promotion B, 29 (9,1 %, $N = 318$) étudiants ont participé au questionnaire en FASM1. Un étudiant indiquant être en 4^{ème} année (FASM1) a été reclassé en 3^{ème} année (FGSM3) en raison des réponses données. Parmi la promotion SESA, 31 (10,9 %, $N = 285$) étudiants ont participé en FGSM3 (T1) et 22 (7,6 %, $N = 289$) étudiants en FASM1 (T2). Quatre étudiants ont participé à T1 et T2.

Une hétérogénéité des caractéristiques des participants au questionnaire a été observée au sein de chacune des deux promotions, B et SESA en FASM1, ainsi qu'en FGSM3 pour la promotion SESA (tableau III). Les caractéristiques étaient réparties de façon relativement similaire entre les groupes. Les femmes représentaient 69,0 %, 68,2 % et 71,0 % des participants. Seule une proportion moindre d'étudiants dont un proche avait une activité dans le secteur sanitaire a été observée au sein de la promotion SESA en FASM1 (9,1 % versus 27,6 % dans la promotion B).

En moyenne, les champs du questionnaire employant la technique de l'association verbale ont été complétés à 62,1 %, et au moins 3 champs ont été complétés par la quasi-totalité (plus de 90 %) des étudiants pour chaque question concernée (annexes 5.A et 5.B).

Tableau III. Caractéristiques des participants à l'enquête par questionnaire selon la promotion d'appartenance et le niveau d'études (FASM1 et FGSM3)

| Caractéristiques : n (%) ou médiane (min - max) | Promotion B | | Promotion SESA | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|--|
| | FASM1, $N = 29$ | FASM1, $N = 22$ | FGSM3, $N = 31$ | |
| Sexe féminin | 20 (69,0 %) | 15 (68,2 %) | 22 (71,0 %) | |
| Age médian | 22 (21-28) | 22 (19-32) | 21 (19-25) | |
| Données manquantes (n) | - | - | 1 | |
| Activité(s) personnelle(s) en lien avec la santé, la prévention, le social ou l'humanitaire | 12 (41,4 %) | 8 (36,4 %) | 14 (45,2 %) | |
| Secteurs d'activités des proches^a | | | | |
| Sanitaire | 8 (27,6 %) | 2 (9,1 %) | 6 (19,4 %) | |
| Médico-social | 7 (27,6 %) | 4 (18,2 %) | 4 (12,9 %) | |
| Social | 3 (10,3 %) | 3 (13,6 %) | 5 (16,1 %) | |
| Enseignement | 8 (27,6 %) | 7 (31,8 %) | 11 (35,5 %) | |
| Aucun | 11 (37,9 %) | 10 (45,5 %) | 15 (48,4 %) | |
| Activités des proches en prévention | 4 (13,8 %) | 3 (13,6 %) | 4 (12,9 %) | |

^a Il était précisé que le terme « Proches » regroupait parents, fratrie, conjoint(e).

Huit entretiens complémentaires, d'une durée moyenne de 81 minutes, ont été réalisés : 4 auprès d'étudiants de la promotion B et 4 auprès d'étudiants de la promotion SESA (annexe 6). Les étudiants enquêtés avaient des opinions variées sur la place de la prévention en France et sur la formation en prévention dans le cursus des études médicales (tableau IV).

Tableau IV. Caractéristiques principales des étudiants enquêtés par entretiens

| Promotion | Nom | sexe | Age (ans) | Place de la prévention en France | Compétences personnelles en prévention (de 0 à 10) | Formation en prévention dans le cursus | Spécialité(s) future(s) envisagée(s) | Professions des proches ^a | Expériences personnelles |
|-----------|----------|------|-----------|----------------------------------|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| B | Aurélien | M | 24 | Insatisfaisante | 5 | Très insatisfaisante | Médicales | - | Associative |
| | Mallorie | F | 24 | Satisfaisante | 7 | Satisfaisante | Médecine générale | Enseignement | Associative |
| | Floriane | F | 23 | Satisfaisante | 6 | Satisfaisante | Médicales | - | - |
| | Laurie | F | 25 | Satisfaisante | 7 | Insatisfaisante | Médecine générale | - | - |
| SESA | Cédric | M | 21 | Satisfaisante | 8 | Insatisfaisante | Chirurgicales | Sanitaire | Associative |
| | Léa | F | 22 | Insatisfaisante | 6 | Insatisfaisante | Médicales | Sanitaire | Associative |
| | Geoffrey | M | 22 | Satisfaisante | 6 | Insatisfaisante | Médicales | Sanitaire | Associative |
| | Simon | M | 22 | Insatisfaisante | 5 | Insatisfaisante | Médicales | Sanitaire | Activité soins |

^a Non spécifiée si hors du secteur de l'enseignement, sanitaire, médico-social ou social

2. Représentations générales de la Prévention en santé

De façon globale, en FASM1, la prévention en santé évoquait spontanément aux étudiants des promotions B et SESA, des éléments relatifs (annexe 7.A) :

- à la définition de la prévention : sa **finalité** (55,2 % et 68,2 % des étudiants) et ses **principes** (37,9 % et 50,0 % des étudiants),
- aux **moyens et actions** pouvant être mis en œuvre, par déclinaison thématique (62,1% et 45,5 % des étudiants) ou opérationnelle (48,3 % et 22,7 % des étudiants),
- à la **place de la prévention en santé en France**, incluant des qualités, défauts, intérêts et faiblesses (31,0 % et 40,9 % des étudiants).

Peu de termes relatifs aux **acteurs** et à la **posture** ont été exprimés spontanément par les étudiants des deux promotions en FASM1. En revanche, des termes relatifs à la **posture** ont été spontanément exprimés en FGSM3.

A partir de ces éléments et des autres informations recueillies par questionnaires et entretiens, plusieurs constats peuvent être déclinés et une structuration des représentations des étudiants des deux promotions peut être proposée (figure 2).

Définition / Finalité

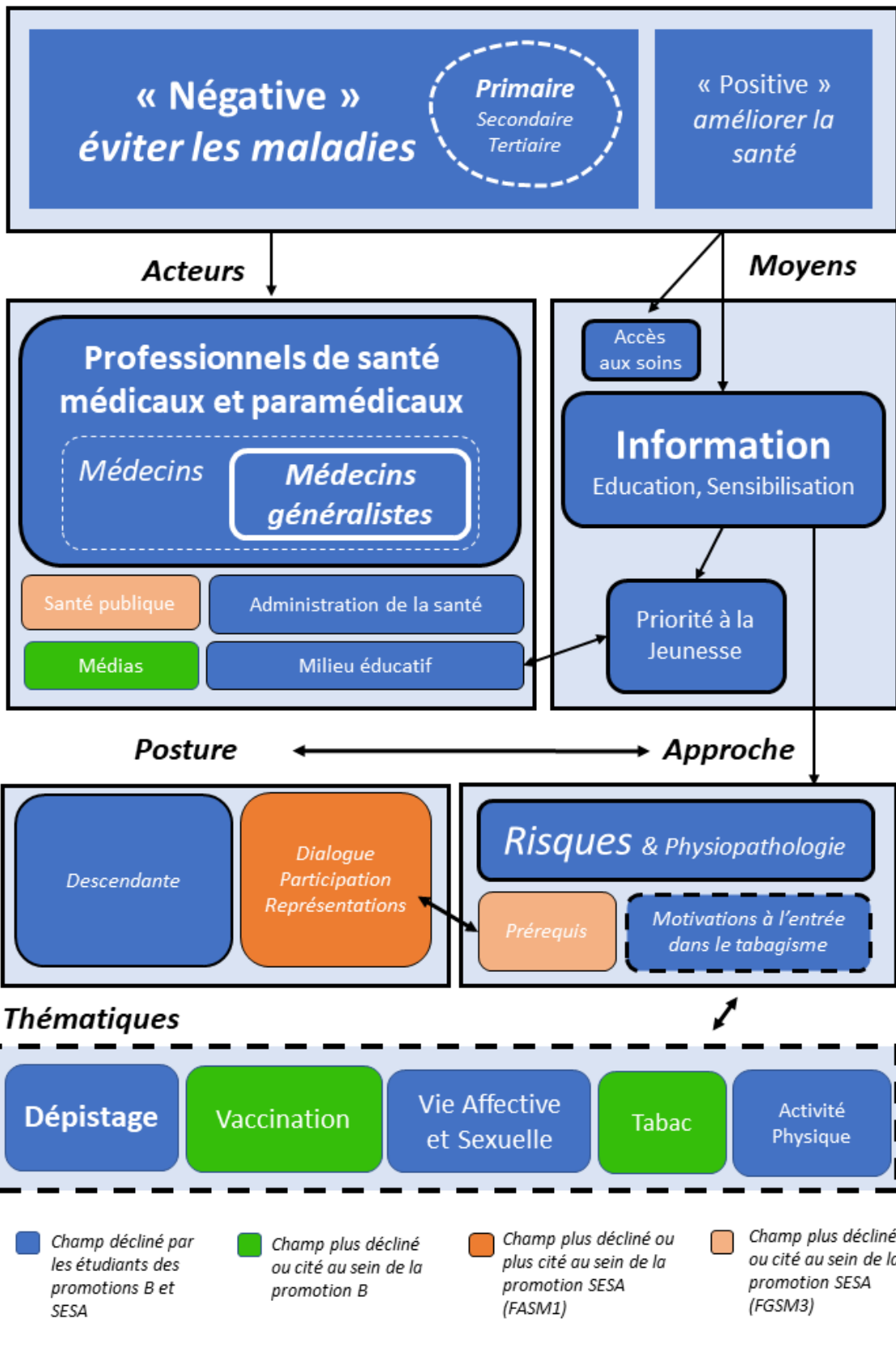


Figure 2. Champs de représentations de la "Prévention en santé" des étudiants des promotions B et SESA

2.1. Constat n°1 : La prévention en santé essentiellement définie « par la négative » par les étudiants des promotions B et SESA

Parmi les termes que la prévention en santé évoquait spontanément aux étudiants, la finalité de la prévention a été décrite exclusivement par **la négative** par 24,1 % ($n = 7$) des étudiants de la promotion B et 22,7 % ($n = 5$) des étudiants de la promotion SESA (annexe 7.B) :

- *e.g* : « Réduction des comorbidités/maladies »

A l'inverse, la finalité de la prévention a été décrite exclusivement par **la positive** par 6,9 % ($n = 2$) et 18,2 % ($n = 4$) des étudiants des promotions B et SESA.

- *e.g* : « Prolonger notre vie en bonne santé »

En FASM1, plus d'étudiants de la promotion B ont évoqué à la fois les deux dimensions (17,2 % ; $n = 5$ versus 4,5 % ; $n = 1$).

Lorsqu'il a été précisément demandé aux étudiants de définir la prévention, plus de 60 % d'entre eux, au sein des deux promotions, ont proposé une définition exclusivement « par la négative » (annexe 8.A).

Au sein des entretiens, cette dimension négative était également majoritaire dans le discours des étudiants des promotions B et SESA. Lorsqu'une amélioration de la santé ou de la qualité de vie était évoquée, elle l'était plus souvent en tant que conséquence des maladies évitées :

- « Euh... bah pour moi là, la prévention c'est prévoir avant la maladie ; pour ne pas atteindre le stade de maladie ; le but étant de retarder l'arrivée de la maladie ou, au mieux, de l'éviter. [...] forcément si on fait le moins néfaste on fait le mieux aussi dans l'autre sens » (Laurie, promotion B)

2.2. Constat n°2 : Une prévention primaire « priorisée » mais une déclinaison par niveaux de prévention mal maîtrisée

Les étudiants interrogés par entretiens avaient tendance à définir la prévention en santé à travers la déclinaison de ses trois niveaux tels que définis par l'OMS, notamment en se référant à leurs cours et en mettant parfois en avant la prévention primaire. Toutefois, en dehors de la prévention primaire, une mauvaise maîtrise des niveaux secondaire et tertiaire et de ce qui s'y intègre a été observée :

- « Enfin c'est un peu compliqué le dépistage mais moi je les mettrai dans la prévention dans le sens où on veut prévenir une maladie grave en essayant de le dépister le plus tôt possible pour que ce soit le moins pire possible, donc pour moi ça fait peut-être partie de la prévention » (Laurie, promotion B)
- « Euh... prévention primaire c'est avant que le problème arrive, entre guillemets, et secondaire et tertiaire j'ai du mal avec ! » (Simon, promotion SESA)
- « Quand je disais la prévention secondaire c'est tout toute la médecine dans le sens où une fois que la maladie est là, le but est d'éviter ses complications et et ou des rechutes et ou des nouveaux épisodes etc etc et du coup par définition pour moi on se retrouve un peu dans la prévention secondaire. Quand chez un homme qui a fait un infarctus on le met, on met les traitements de l'infarctus, derrière, on est dans la prévention secondaire » (Laurie, promotion B)

2.3. Constat n°3 : Une vision biomédicale prédominante faisant du médecin l'acteur clé de la prévention pour les étudiants des deux promotions

Parmi les acteurs de prévention, **les professionnels de santé** ont été cités par la quasi-totalité des étudiants au sein des promotions B et SESA en FASM1 (respectivement 96,6 % ; $n = 28$ et 100 % ; $n = 22$) (annexe 9). Parmi eux, **les médecins** ont été les plus cités en FASM1 (34,5 % ; $n = 10$ et 59,1 % ; $n = 13$) et en FGSM3 (32,3 % ; $n = 10$), notamment **les médecins généralistes**.

Leur rôle central a été souligné au cours des entretiens :

- « En tant que professionnel de santé, on est, je pense en première ligne, on est un peu les experts de la santé, et c'est nous qui sommes censés, leur donner quand même les bonnes, les bonnes pratiques » (Aurélien, promotion B)
- « Euh par les médias ou par... et sinon ça passe par les médecins principalement je trouve » (Floriane, promotion B)

Diverses institutions et termes relatifs à **l'administration de la santé** ont été cités, mais dans une moindre mesure par rapport aux professionnels de santé, au sein de la promotion B (48,3 % ; $n = 14$) comme au sein de la promotion SESA (54,5 % ; $n = 12$). Il en a été de même pour les éléments relatifs au **milieu éducatif** (55,2 % ; $n = 16$ et 40,9 % ; $n = 9$). Les **médias** quant à eux ont été davantage cités par les étudiants de la promotion B (37,9 % ; $n = 11$) par rapport aux étudiants de la promotion SESA en FASM1 (18,2 % ; $n = 4$).

2.4. Constat n°4 : L'information en santé, le moyen de prévention principalement décliné par les étudiants des deux promotions

Parmi les moyens d'améliorer la santé, la majorité des étudiants en FASM1 ont évoqué **l'information en santé**, au sein de la promotion B (65,5 % ; $n = 19$) et au sein de la promotion SESA (54,5 % ; $n = 12$) ; notamment en évoquant la **visibilité, la fréquence et la qualité des messages** (annexe 10).

Les éléments relatifs à l'éducation pour la santé ont été moins souvent retrouvés (respectivement 27,6 % ; $n = 8$ et 22,7 % ; $n = 5$). Un seul étudiant de chaque promotion a exprimé des propos relatifs à la notion d'**empowerment** (e.g « *Rendre la population un acteur principal de la santé* » ; « *Impliquer les populations dans leur propre santé* »).

Au sein des entretiens, les discours étaient essentiellement tournés vers l'information en santé également et la méconnaissance de la population a été relevée à travers des exemples de situation de la vie quotidienne, soulignant les limites des campagnes d'informations :

- « Enfin c'est jamais assez en fait, on peut toujours faire plus, faire mieux et il y a beaucoup de choses je pense qui sont, euh, qui sont encore un peu flou. Là j'ai eu un cas, y'a pas très longtemps d'ailleurs, d'une amie à moi qui était enceinte et sa belle-mère lui a dit « non mais un verre de vin dans la semaine c'est pas grave ; enfin tout le monde le fait même un verre de vin par jour ça va rien faire » donc, alors que pourtant il y a eu un énorme, une énorme campagne qui a été faite récemment sur la grossesse zéro alcool quoi, donc je pense qu'il a quand même encore des choses à faire ». (Mallorie, promotion B)

Parmi les autres moyens déclinés, les étudiants des deux promotions ont essentiellement évoqué le système de santé par **l'accès et la gratuité des soins** (e.g « *Accessibilité aux soins pour tous* »).

Par ailleurs, en FASM1, 13,6 % ($n = 3$) des étudiants de la promotion SESA ont cité la nécessité d'« *une prise en charge globale* », « *d'aller à la rencontre* » et d'« *aider* » sans que des termes équivalents ne soient retrouvés dans la promotion B.

Au sein des deux promotions B et SESA, ont été moins souvent rapportés :

- la création d'**environnements favorables** (10,3 % ; $n = 3$ et 4,5 % ; $n = 1$)
 - e.g : « *aménager l'environnement pour faciliter des comportements* »
- l'élaboration de **politiques publiques** saines (3,4 % ; $n = 1$ et $n = 0$)
 - e.g : « *augmentation des prix de l'alcool et du tabac* »
- l'action sur les **déterminants socio-économiques** (10,3 % ; $n = 3$ et 4,5 % ; $n = 1$)
 - e.g : « *réduction de la précarité* »

Enfin, aucun élément directement en lien avec le développement d'**action communautaire** n'a pu être catégorisé.

2.5. Constat n°5 : Une « priorité à la jeunesse » pour les étudiants des deux promotions

Des termes relatifs à la **jeunesse** et à la nécessité d'intervenir le plus tôt possible, notamment dans le **cadre scolaire**, ont été retrouvés au sein des deux promotions. En revanche, en FASM1, moins d'étudiants de la promotion SESA y ont fait allusion par rapport à la promotion B parmi les moyens d'améliorer la santé (18,2 % ; $n = 4$ versus 41,4 % ; $n = 12$) (annexe 10).

Parallèlement, le **milieu éducatif** a été cité comme un acteur de la prévention par 55,2 % ($n = 16$) des étudiants de la promotion B et 40,9 % ($n = 9$) des étudiants de la promotion SESA en FASM1 (versus 25,8 % en FGSM3 ; $n = 8$) (annexe 9).

En entretien, cette « priorité à la jeunesse » était rattachée au sentiment qu'une action de prévention est plus efficace si elle se destine aux enfants :

- « *si on veut que, qu'il y ait une action qui soit positive et rentable, à long terme, c'est bien de le faire sur les petits.* » + « *on considère que les jeunes c'est un terrain fertile et même de, c'est aussi une question de marketing en fait, la, la prévention c'est du marketing.* » (Aurélien, promotion B)

2.6. Constat n°6 : Une multiplicité de thématiques de prévention spontanément évoquées

Parmi les thématiques que la prévention en santé évoquait spontanément aux étudiants (annexe 7.D), les étudiants de la promotion B ont été plus nombreux à évoquer :

- **la vaccination** (27,6 % ; $n = 8$),
- **la vie affective et sexuelle** (27,6 % ; $n = 6$),
- **le dépistage** (17,2 % ; $n = 5$),
- et **le tabac** (17,2 % ; $n = 5$).

Au sein de la promotion SESA, en FASM1, les thématiques les plus citées étaient :

- le **dépistage** également (22,7 % ; $n = 5$),
- **la vie affective et sexuelle** (9,1 % ; $n = 2$),
- et **l'activité physique** (9,1 % ; $n = 2$).

Le **tabac** et la **vaccination** ont été moins souvent cités par les étudiants de la promotion SESA en FASM1 (4,5 % ; $n = 1$) et **l'activité physique** a été citée par 6,9 % ($n = 2$) des étudiants de la promotion B.

Par ailleurs, les approches par produits (*e.g* « *alcool* », « *tabac* ») ont été plus souvent citées au sein de la promotion B et ont été privilégiées par rapport au terme générique « *addictions* ».

Les termes relatifs à la vie affective et sexuelle ont essentiellement été orientés sur les infections sexuellement transmissibles.

2.7. Constat n°7 : Un champ lexical associé à la santé publique plus riche chez les étudiants SESA pour parler de la prévention, notamment en FGSM3

Même si les étudiants des deux promotions ont évoqué le lien entre prévention et **santé publique**, une plus grande diversité de termes associés à ce champ disciplinaire a été retrouvée chez les étudiants de la promotion SESA. Ainsi, les éléments relatifs aux **outils et la méthode** (*e.g* « *modélisation* » ; « *épidémiologie* » ; « *sciences* » ; « *données* ») ont été spontanément exprimés uniquement par ces derniers, en FASM1 (9,1 % ; $n = 2$) ou en FGSM3 (9,7 % ; $n = 3$) (annexe 7.C).

Au sein des acteurs, les **Agences Régionales de Santé** (« *ARS* ») ; les **collectivités** notamment les **mairies**, et d'autres professionnels tels que les **épidémiologistes** et **statisticiens** ont été cités uniquement par les étudiants de la promotion SESA, soit en FASM1, soit en FGSM3 (annexe 9). Aussi, plus d'étudiants de la promotion SESA ont exprimé des éléments relatifs à la **responsabilité de l'ensemble des individus** (*e.g* « *soi-même* » ; « *nous* » ; « *les citoyens* ») en FASM1 (45,5 % ; $n = 10$) et en FGSM3 (54,8 % ; $n = 17$) par rapport à la promotion B (17,2 % ; $n = 5$).

Ce constat est corroboré par les entretiens réalisés avec les étudiants de la promotion SESA :

- « *Euh on a plus conscience du rôle euh enfin je parle pour moi j'ai plus conscience du rôle à grande échelle, qu'il y a à jouer pour les médecins de santé publique euh essayer d'adapter tout le temps, de de voir au mieux comment faire de la prévention et comment évaluer derrière cette prévention* » (Geoffrey, promotion SESA)
- « *Pour moi ça doit être des politiques, des politiques d'Etat, des autorités sanitaires aussi puis aussi des politiques, politiques territoriales ; de région, de département ou de ville* » (Cédric, promotion SESA)

De plus, les étudiants de la promotion SESA ont davantage exprimé des éléments relatifs à la démarche de santé publique au sein des objectifs d'une intervention de prévention en santé en FGSM3 (*e.g* « *cibler des objectifs, définir un projet de prévention et le mettre en œuvre. finir par une évaluation de la campagne de prévention* ») (annexe 11).

3. Représentations des principes d'intervention et de la posture éducative en Prévention en santé

3.1. Constat n°8 : la transmission de l'information, objectif principal d'une intervention selon les étudiants

En accord avec le constat n°4, la majorité des étudiants en FASM1 de la promotion B (79,3 % ; $n = 23$) et SESA (59,1 % ; $n = 13$) a considéré que le principal objectif d'une intervention de prévention consiste à **informer la population**, notamment pour « *marquer les esprits* » ; « *initier une réelle prise de conscience de la part du public* » (annexe 12). Le fait d'avoir pour objectif final de **changer les comportements** a été retrouvé également, de façon plus importante au sein de la promotion SESA (31,8 % ; $n = 7$) qu'au sein de la promotion B (13,8 % ; $n = 4$). Les objectifs opérationnels sont donc plutôt centrés sur la transmission de l'information au public et moins sur le développement de compétences ou l'**empowerment** (e.g « *d'aider les personnes à mieux comprendre leur santé* ») qui ont été plus rarement exprimés (respectivement 13,8 % ; $n = 4$ et 4,5 % ; $n = 1$).

3.2. Constat n°9 : Une posture accompagnatrice et participative plus présente au sein de la promotion SESA

En FASM1, pour définir la prévention, les étudiants de la promotion B ont plus souvent adopté une **posture descendante**, du professionnel vers le patient notamment, par rapport aux étudiants de la promotion SESA (respectivement 27,6 % ; $n = 8$ et 18,2 % ; $n = 4$) (annexe 8.B) :

- e.g : « *Propager le savoir médical* »

Aussi, une **posture accompagnatrice** a été plus souvent retrouvée dans les propos des étudiants de la promotion SESA (13,6 % ; $n = 3$ versus 3,4 % ; $n = 1$ en promotion B) :

- e.g : « *donner les moyens d'agir* » ; « *s'adapter à la population* »

A travers les propos relatifs à l'information et l'éducation, que les étudiants ont décrit comme objectif d'une intervention de santé, une posture principalement descendante s'est également plus souvent dégagée au sein de la promotion B (37,9 % ; $n = 11$ versus 4,5 % ; $n = 1$) (annexe 11). Inversement, une **posture bilatérale**, tenant compte des représentations ou centrée sur l'échange, s'est plus souvent dégagée en promotion SESA (18,2 % ; $n = 4$ versus 3,4 % ; $n = 1$). En revanche, une posture accompagnatrice a plus été retrouvée au sein de la promotion B (13,8 % ; $n = 4$ versus 4,5 % ; $n = 1$).

Enfin, la notion de patient acteur de sa santé a été plus présente dans le discours des étudiants de la promotion SESA enquêtés par entretien :

- « *C'est [la prévention] une autre façon de traiter le problème entre guillemets c'est à dire que on sort un peu des sentiers battus, classiques que sont bah le traitement clinique entre guillemets et on agit en amont c'est à dire que on on remet le... il y a pas plus concret à mon sens pour mettre le patient au au au centre de la décision et acteur de sa santé quoi* » (Simon, promotion SESA)

De plus, bien que les étudiants des deux promotions avaient une vision commune de l'intérêt de poser un cadre bienveillant et convivial lors d'une intervention de prévention, la **participation du public et le dialogue** ont été plus évoqués par les étudiants de la promotion SESA en FASM1 par rapport à la promotion B (50,0 % ; $n = 11$ versus 31,0 % ; $n = 9$) ; et ils étaient davantage cités en FGSM3 (61,3 % ; $n = 19$) (annexe 13).

Par ailleurs, parmi les termes que la prévention évoquait spontanément aux étudiants, 29,0 % ($n = 9$) des étudiants de la promotion SESA ont exprimé des termes relatifs à la posture en FGSM3 (e.g « *ne pas être condescendant* » ; « *être ouvert* ») tandis qu'ils n'étaient que 9,1 % ($n = 2$) en FASM1.

3.3. Constat n°10 : Une vision des étudiants de la promotion SESA moins centrée sur les risques en FGSM3

A partir de l'exemple d'intervention sur le tabac (annexe 14), les étudiants de la promotion B et SESA ont proposé des stratégies d'intervention similaires, centrées :

- **sur les risques liés au tabagisme, essentiellement sanitaires**, parfois économiques :
 - e.g : « *ce vieil habitué t'expliquera mieux comment il a perdu la somme d'un duplex à paris simplement dans un paquet bourré de toxines* »
- **sur les facteurs sociaux déterminant l'entrée dans le tabagisme** :
 - e.g : « *En les aidant à avoir plus confiance en eux et à trouver d'autres moyens de s'intégrer dans un groupe* »

Bien que certains propos se référaient aux compétences psychosociales (CPS), un seul étudiant de la promotion SESA les a citées directement sous l'acronyme « CPS ».

En FGSM3, les étudiants de la promotion SESA ont plus souvent fait référence à des **prérequis** à respecter en termes de posture tels que :

- veiller à avoir une approche **non culpabilisante**, centrée sur le **dialogue**
- tenir compte des **représentations** des individus (e.g : « *l'interroger sur les représentations qu'il a de la cigarette pour, avec lui, déconstruire certaines idées fausses* »)

Un étudiant a également proposé de s'appuyer sur les compétences d'un sociologue.

Les étudiants en FGSM3 ont aussi plus spontanément présenté **les limites de la prévention par le risque** :

- e.g « *Aujourd'hui, le rappel des risques et des complications du tabac ne suffisent plus, de même que les photos se voulant choquantes sur les paquets, car les gens s'y sont habitués* ».

Dans cette même perspective, moins d'étudiants de la promotion SESA, en FGSM3 notamment, estimait qu'une approche par les risques était indissociable de l'efficacité d'une intervention (tableau V). A l'inverse, un nombre plus important estimait que tenir compte des facteurs socioculturels et travailler en collaboration constituaient des prérequis (tableau V).

Tableau V. Réponses aux questions 19, 20 et 21 employant la technique de mise en cause

| | | Promotion B FASM1, N = 29 | | Promotion SESA FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
|--|-----|------------------------------|----------|---------------------------------|----------|---------------|----------|
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Diriez-vous qu'une intervention de Prévention en santé peut être efficace sans tenir compte des facteurs socio-culturels des individus ? | Oui | 5 | (17,2 %) | 2 | (9,1 %) | 2 | (6,5 %) |
| | Non | 24 | (82,8 %) | 20 | (90,9 %) | 29 | (93,5 %) |
| Diriez-vous qu'une intervention de Prévention en santé peut être efficace sans mettre en avant les risques encourus ? | Oui | 5 | (17,2 %) | 5 | (22,7 %) | 9 | (29,0 %) |
| | Non | 24 | (82,8 %) | 17 | (77,3 %) | 22 | (71,0 %) |
| Diriez-vous qu'une intervention de Prévention en santé peut être efficace sans travail collaboratif entre différents acteurs ? | Oui | 5 | (17,2 %) | 2 | (9,1 %) | 1 | (3,2 %) |
| | Non | 24 | (82,8 %) | 20 | (90,9 %) | 30 | (96,8 %) |

4. Attitudes des étudiants envers la prévention

4.1. Constat n°11 : Une attitude positive envers la prévention

Les étudiants des deux promotions ont accordé une importance personnelle à la prévention relativement élevée quels que soient la promotion et le temps de recueil, sans différence majeure notable (figure 3). La cotation de l'importance personnelle a été souvent plus élevée que celle attribuée aux proches ; témoignant de l'intérêt particulier et personnel des étudiants envers la prévention.

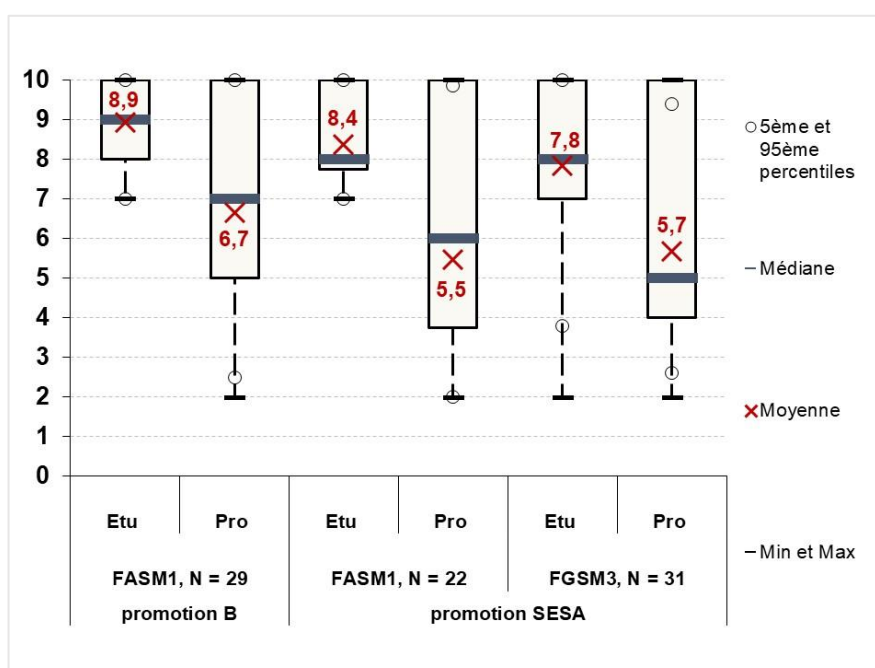


Figure 3. Importance attribuée à la prévention par les étudiants, les concernant (Etu) et concernant leurs proches (Pro)

Cette attitude positive s'est confirmée par les scores moyens (\pm écart-type) observés à la *Preventive Attitude Scale* de 32,5 (\pm 4,4) au sein de la promotion B et de 30,7 (\pm 4,8) au sein de la promotion SESA en FASM1, sans différence majeure notable en FGSM3 (tableau VI).

Les deux items ayant obtenu les meilleurs scores au sein des deux promotions sont le fait que « *Conseiller et promouvoir la santé devrait être une partie importante du travail d'un médecin* » (item 5) et le fait que « *Consacrer des dépenses dans la prévention est efficace pour maîtriser les coûts des soins de santé* » (item 1) ; avec des scores moyens respectifs de 4,5 (\pm 0,6) et 4,4 (\pm 0,9) à ces items au sein des promotions B et 4,3 (\pm 0,8) aux deux items au sein de la promotion SESA en FASM1.

Tableau VI. Scores obtenus à la *Preventive Attitude Scale*

| N° | Item | Promotion B | | Promotion SESA | | |
|-----------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 |
| | | Moyenne \pm écart-type | | Moyenne \pm écart-type | | Moyenne \pm écart-type |
| 1 | Consacrer des dépenses dans la prévention est efficace pour maîtriser les coûts des soins de santé | 4,4 \pm 0,9 | | 4,3 \pm 0,8 | | 4,2 \pm 0,8 |
| 2 | Par rapport au traitement des maladies, la plupart des médecins ne consacrent pas suffisamment de temps aux activités liées à la prévention | 3,4 \pm 1,2 | | 3,1 \pm 1,2 | | 3,4 \pm 0,9 |
| 3 | Notre société se porterait mieux si la science médicale mettait davantage l'accent sur la promotion de la santé et moins sur le traitement des maladies | 3,4 \pm 1,2 | | 3,3 \pm 1,2 | | 2,9 \pm 0,8 |
| 4 | La principale responsabilité des praticiens des soins de premiers recours (médecins généralistes) devrait être de conseiller les patients sur la façon d'éviter les maladies et de rester en bonne santé | 3,5 \pm 1,3 | | 3,5 \pm 1,1 | | 3,2 \pm 1,1 |
| 5 | Conseiller et promouvoir la santé devrait être une partie importante du travail d'un médecin | 4,5 \pm 0,6 | | 4,3 \pm 0,8 | | 4,3 \pm 0,8 |
| 6 | Concernant la santé, les comportements des médecins sont des modèles importants pour les patients | 3,6 \pm 1,1 | | 3,4 \pm 1,4 | | 3,7 \pm 1,2 |
| 7 | Apporter des conseils de santé est souvent efficace pour aider les gens à changer leur mode de vie | 3,2 \pm 1,0 | | 2,8 \pm 0,9 | | 2,6 \pm 1,1 |
| 8 | Tout le monde devrait pouvoir voir son médecin généraliste pour des consultations préventives de routine, quelle que soit sa capacité à payer | 4,0 \pm 1,0 | | 3,8 \pm 2,2 | | 4,1 \pm 0,9 |
| 9 | La prévention des maladies est principalement la responsabilité des services publics de santé plutôt que celle des praticiens (item inversé) | 2,6 \pm 1,0 | | 2,2 \pm 1,5 | | 2,8 \pm 1,4 |
| Score total (0 à 45) | | 32,5 \pm 4,4 | | 30,7 \pm 4,8 | | 31,2 \pm 4,3 |

4.2. Constat n°12 : Un avis plus nuancé sur l'efficacité des conseils pour aider les gens à changer leur mode de vie en promotion SESA, et sur l'intérêt de mettre l'accent sur la promotion de la santé et moins sur le traitement des maladies en FGSM3

L'item 7 de la *Preventive Attitude Scale* « Apporter des conseils de santé est souvent efficace pour aider les gens à changer leur mode de vie » a obtenu un score moyen de 3,2 (\pm 1,0) au sein de la promotion B versus 2,8 (\pm 0,9) au sein de la promotion SESA en FASM1 (tableau VI). Cet item divisait davantage la promotion SESA : 59,1 % (n = 13) des étudiants de la promotion SESA en FASM1 étaient en accord avec cette proposition (« plutôt d'accord », « d'accord » ou « tout à fait d'accord ») versus 86,2 % (n = 25) étudiants de la promotion B (figure 4).

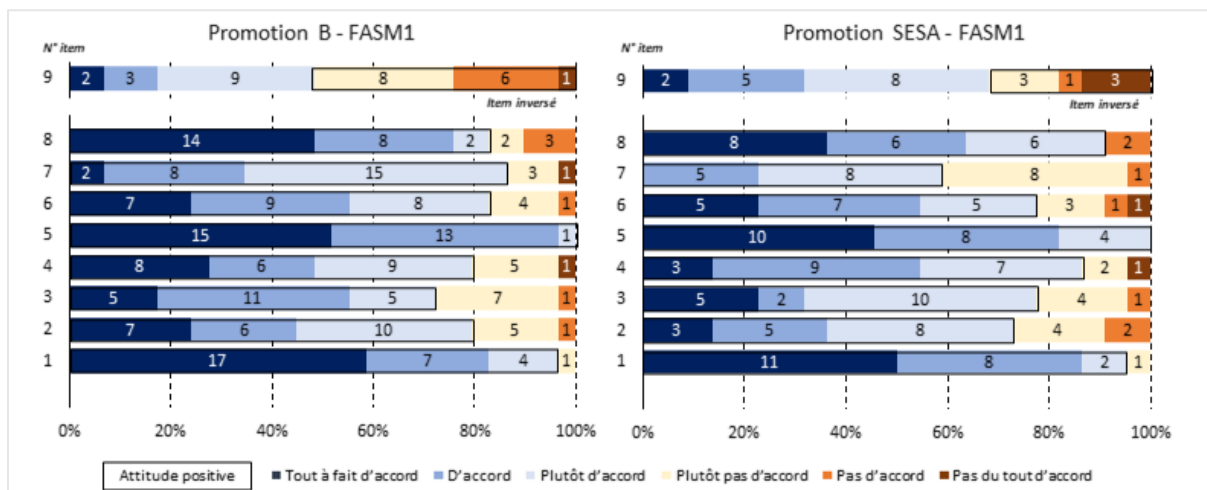


Figure 4. Accord des étudiants des promotions SESA et B, en FASM1, avec les items (N°) de la *Preventive Attitude Scale*

L'item 3 « Notre société se porterait mieux si la science médicale mettait davantage l'accent sur la promotion de la santé et moins sur le traitement des maladies » a obtenu un score moyen de 2,9 (\pm 0,8) au sein de promotion SESA en FGSM3 alors qu'il a obtenu 3,3 (\pm 1,2) en FASM1. Parmi les étudiants en accord avec cette proposition dans la promotion SESA, une plus grande partie d'étudiants était « plutôt d'accord » en FGSM3 (82,6 % ; n = 19 versus 58,8 % ; n = 10 en FASM1) (figure 5).

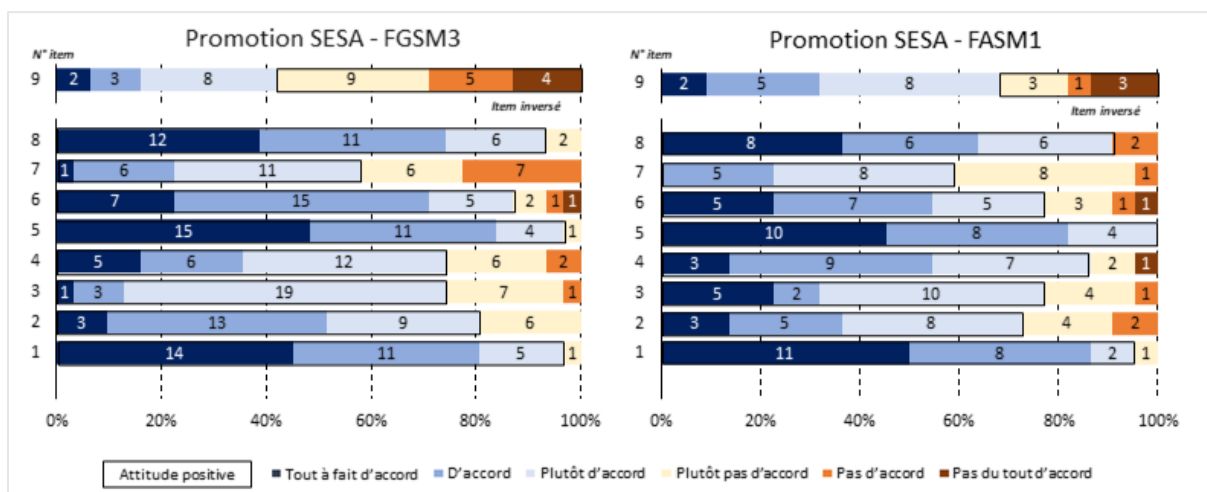


Figure 5. Accord des étudiants de la promotion SESA, en FGSM3 et en FASM1, avec les items (N°) de la *Preventive Attitude Scale*

4.3. Constat n°13 : Une place accordée à la prévention en santé en France qui divise les étudiants au sein de chacune des promotions

La majorité des étudiants de la promotion B (58,6 % ; $n = 17$) était insatisfaite voire très insatisfaite de la place de la prévention en santé en France. Au sein de la promotion SESA, cette proportion était moindre en FASM1 (45,5 % ; $n = 10$) ; comme en FGSM3 (41,9 % ; $n = 13$) (tableau VII).

Tableau VII. Place accordée à la Prévention en Santé en France

| Place accordée à la Prévention en Santé en France | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|---|---------------|--------|----------------|--------|---------------|--------|
| | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Très insatisfaisante | 2 | (6,9) | - | - | 1 | (3,2) |
| Insatisfaisante | 15 | (51,7) | 10 | (45,5) | 12 | (38,7) |
| Satisfaisante | 12 | (41,4) | 12 | (54,5) | 18 | (58,1) |
| Très satisfaisante | - | - | - | - | - | - |

Des étudiants des deux promotions ont spontanément décrit une prévention en santé « méconnue » et « sous-estimée » bien qu'« utile » et « efficace » (annexe 7.G).

Certains étudiants de la promotion B ont souligné la **variabilité des pratiques préventives** selon les professionnels, la présence de sujets encore « tabou » ainsi qu'un **manque d'intérêt de la population générale** qui ne « se sent pas concernée » (annexe 12).

Les étudiants de la promotion SESA en FASM1, comme en FGSM3, ont exprimé plus d'avis contrastés en précisant que **les moyens et l'organisation sont suffisants en France** où « nous ne sommes pas à plaindre » ; « plus en plus d'actions voient le jour [...] ça se démocratise ». A contrario, certains ont précisé que davantage d'efforts pourraient être fournis en regard des moyens disponibles ou ont déploré « un financement insuffisant ».

Lors des entretiens, la nécessité de renforcer la prévention par rapport au curatif a été exprimée par des étudiants des promotion B et SESA, interrogeant notamment la vision de la médecine :

- « La médecine c'est du cure et du care, je pense que ok le cure on sait le faire, le le care, on pêche un peu parfois » + « Ça me fait écho aussi, pendant qu'on y est, j'sais plus si c'est vrai ou pas, mais j'ai lu quelque part qu'en Chine, c'est les médecins, leur rôle c'est de faire de la prévention, ils étaient payés pour faire de la prévention et peu payés pour traiter les maladies » (Aurélien, promotion B)
- « Je pense que trop souvent, on on se dit que le travail est fait à partir du moment où on l'a diagnostiqué et qu'on lui a fait ça dans son renouvellement d'ordonnance quoi. Alors que le travail il n'est pas fait ! le travail n'est pas fait parce que le patient n'a pas compris. Euh, ne fera pas, enfin ne fera rien d'autre que prendre ses cachets, pas forcément comme il faut, et et et finalement on reste bloqué dans, dans un système où le patient est pas du tout acteur » (Simon, promotion SESA)

5. Motivations à l'intégration de la prévention dans les pratiques futures

5.1. Constat n°14 : Une volonté d'intégrer la prévention dans les pratiques futures relativement limitée

En majorité, les étudiants en FASM1 des promotions B et SESA envisageaient d'exercer une **spécialité médicale** autre que la médecine générale (89,7 % et 77,3 %), puis la médecine générale en seconde position (65,5 % et 72,2 %) (annexe 15).

Au sein de la promotion B, 48,3 % ($n = 14$) des étudiants ont déclaré souhaiter exercer une **activité dédiée à la prévention** en santé dans leur activité future, tandis que cette proportion était de 36,4 % ($n = 8$) au sein de la promotion SESA en FASM1 (tableau VIII). En FGSM3, ils étaient aussi moins nombreux à souhaiter exercer une activité dédiée à la prévention (25,8 % ; $n = 8$). Parmi les étudiants le souhaitant, une part également moins importante d'étudiants souhaitant **mener des interventions de prévention** a été observée en promotion SESA par rapport à la promotion B (75,0 % ; $n = 6$ versus 92,9 % ; $n = 13$).

Tableau VIII. Intégration de pratiques préventives dans l'activité future

| | | Promotion B FASM1, N = 29 | | Promotion SESA FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
|---|-----|------------------------------|--------|---------------------------------|--------|---------------|--------|
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Souhaitez-vous exercer une activité dédiée à la Prévention en santé dans votre activité future ? | Oui | 14 | (48,3) | 8 | (36,4) | 8 | (25,8) |
| | Non | 15 | (51,7) | 14 | (63,6) | 23 | (74,2) |
| Si oui, souhaiteriez-vous mener des interventions de Prévention en santé dans votre activité future ? | Oui | 13 | (92,9) | 6 | (75,0) | 5 | (62,5) |
| | Non | 1 | (7,1) | 2 | (25,0) | 3 | (37,5) |

Lorsqu'il s'agissait de conduire des interventions de prévention, les étudiants des deux promotions les concevaient majoritairement comme faisant **partie intégrante de l'activité médicale**, au sein même des consultations (annexe 16). Quelques-uns les concevaient dans d'autres cadres, comme le cadre scolaire ou grand public : « *les soins de premier[s] recours sont les mieux placés pour faire de la prévention, que ce soit en consultation ou dans des ateliers extérieurs* ». Lorsqu'il ne s'agissait pas d'interventions de prévention, il s'agissait d'activités de « *modélisation mathématique de crise (sanitaire/bioterrorisme)* » ; de « *former des étudiants en santé à la prévention en santé* » ou encore « *participer à des études menée[s] par des confrère[s] spécialistes en santé publique par exemple* ».

En entretien, l'implication possible des médecins en prévention en dehors des qualités relationnelles requises en consultation (laisser place au dialogue) était difficilement perçue par les étudiants des deux promotions. Les étudiants de la promotion B ont particulièrement insisté sur les affiches de prévention en salle d'attente. Les étudiants de la promotion SESA ont évoqué différents niveaux et types d'implication (participer à des études épidémiologiques, donner des conseils, faire de l'éducation thérapeutique par exemple).

5.2. Constat n°15 : Un accueil favorable du service sanitaire face au souhait d'une formation en prévention plus concrète

Près de trois quarts (72,4 % ; $n = 21$) des étudiants de la promotion B étaient **insatisfaits voire très insatisfaits** de la formation en prévention au sein des études médicales, la qualifiant parfois d'« *inexistante* » ; « *non faite* » voire « *proche du néant* ». Cette proportion était de 45,4 % ($n = 10$) des étudiants de la promotion SESA en FASM1 (tableau IX).

La très grande majorité des étudiants des promotions B et SESA en FASM1 a estimé que le fait d'intégrer une expérience d'intervention de prévention dans la formation médicale est **utile** (75,9 % ; $n = 22$ et 81,8 % ; $n = 18$) et qu'elle peut **servir pour la pratique médicale** (86,2 % ; $n = 25$ et 90,2 % ; $n = 20$) (tableau IX).

Ainsi, le service sanitaire a été qualifié comme « *intéressant sur le principe* ». En revanche, les **contraintes organisationnelles** et le sentiment que cet enseignement se surajoute à un **programme déjà dense** ont été relevés à plusieurs reprises au sein des deux promotions. De plus, le sentiment d'avoir manqué d'accompagnement et de formation pratique a été souligné au sein de la promotion SESA. Face à ces constats et à la non-réalisation des actions en raison du COVID certains étudiants ont dressé un **bilan général plutôt négatif**. Néanmoins, la **déception liée à l'annulation des actions** a été exprimée par certains : « *Je regrette en revanche le manque de préparation dont ma promotion a souffert, qui pour moins [moi] la [l'a] rendu beaucoup plus obsolète que cela n'aurait dû. Regret également ne pas avoir pu aller au bout des choses du fait du covid.* »

Tableau IX. Evaluation de la formation en « Prévention en santé » au sein des études médicales

| | | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|--|----------------------|---------------|--------|----------------|--------|---------------|--------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Comment évaluez-vous votre formation en Prévention en santé au sein de votre cursus ? | Très insatisfaisante | 4 | (13,8) | 1 | (4,5) | 2 | (6,5) |
| | Insatisfaisante | 17 | (58,6) | 9 | (40,9) | 21 | (67,7) |
| | Satisfaisante | 8 | (27,6) | 11 | (50,0) | 8 | (25,8) |
| | Très satisfaisante | - | - | 1 | (4,5) | - | - |
| <hr/> | | | | | | | |
| Trouvez-vous utile d'intégrer une expérience d'intervention de Prévention en santé dans la formation médicale (service sanitaire) ? | Oui | 22 | (75,9) | 18 | (81,8) | 27 | (87,1) |
| | Non | 7 | (24,1) | 4 | (18,2) | 4 | (12,9) |
| <hr/> | | | | | | | |
| Pensez-vous qu'une telle expérience puisse servir dans la pratique médicale ? | Oui | 25 | (86,2) | 20 | (90,9) | 29 | (93,5) |
| | Non | 4 | (13,8) | 2 | (9,1) | 2 | (6,5) |

Au sein des entretiens, si les contraintes organisationnelles ont également été évoquées par les étudiants, l'intérêt du service sanitaire a été souligné également avec i) un accueil favorable quant à son obligation, permettant de lutter contre le désintéressement collectif au sein des études médicales, ii) un accueil favorable à la régionalisation des actions avec une conscientisation des inégalités territoriales, et iii) une forte attente quant à la plus-value de l'interprofessionnalité :

- i) « Euh ben moi je pense que c'est une bonne idée, euh, je pense que ça pourrait en désintéresser beaucoup et que finalement le fait de rendre obligatoire ça permet de pousser à le faire et voilà » (Floriane, promotion B)
- ii) « Si on fait que dans la zone de la fac c'est sûr que y'en a pas mal qui vont être pénalisés de ne pas le recevoir, et ce serait ce serait un peu dommage de pénaliser des territoires pour ça. » (Mallorie, promotion B)
- iii) « Chaque corps de métier apporte un peu son, sa brique à l'édifice, et j pense que ça renforce les liens entre les différentes professions en fait, c'est un moment de partage, entre guillemets, de convivialité, et du coup p-t-être que, par exemple, j'sais pas moi, le fait de travailler ensemble bah du coup on se pose aussi des questions sur toi comment tu fais, qu'est-ce que tu fais dans ton métier, ça nous permet aussi de savoir ce que l'autre fait dans son métier, tomber des barrières » (Aurélien, promotion B)

A noter que la proportion d'étudiants **insatisfaits voire très insatisfaits** de la formation en prévention était plus élevée dans la promotion SESA en FGSM3 (74,2 % ; n = 23) qu'en FASM1 (45,4 % ; n = 10).

5.3. Constat n°16 : L'expérience du service sanitaire, une découverte et des apports multiples soulignés en entretiens par les étudiants de la promotion SESA

Les étudiants de la promotion SESA interrogés par entretien ont souligné différents intérêts et apports du service sanitaire au-delà du simple fait de « *combler les lacunes* » en prévention. D'une part, cette expérience serait le moyen de développer des compétences non développées par ailleurs au sein du cursus, telles que la communication, la gestion de projet, ou encore le travail de collaboration :

- « Parce qu'en soit la démarche projet en médecine on l'a jamais, enfin on est devant nos réf [référentiels] tout le temps et [...] la démarche projet c'est vraiment, je trouve c'est essentiel quoi, enfin c'est c'est des compétences qu'on n'a pas du tout l'occasion de développer en médecine » (Léa, promotion SESA)

Aussi, le service sanitaire permettrait que les étudiants en médecine, dès le début de leur cursus, se questionnent sur le rôle du médecin et sa place dans le système de santé, avant d'intégrer une formation universitaire hospitalo-centrée (externat). Il permettrait également de faire monter en compétences l'étudiant, qui se sent davantage acteur de santé et plus en lien avec les réalités des territoires :

- « Et le fait qu'on sensibilise les étudiants en médecine, dès le départ finalement, parce qu'on commence dès la 2e année, avec le SESA ça leur fait aussi prendre conscience que c'est pas les décisionnaires, et qu'on quitte un peu cette médecine paternaliste qu'on dit terminée mais que je trouve encore très présente, parfois » (Simon, promotion SESA)
- « Je crois aussi au principe du service sanitaire à la fois dans la formation de l'étudiant en santé mais aussi dans le développement de pratiques de santé publique pour la population [...] ouvrir le professionnel de santé aussi sur la population générale, sur les territoires et pas forcément CHU centré ou CH centré » (Cédric, promotion SESA)

De façon plus concrète, différents éléments ont retenu l'attention des étudiants au cours de cette formation tels que l'étude des diagnostics locaux de santé, le photolangage, les compétences psychosociales, bien qu'ils aient eu parfois du mal à les citer de façon précise (tableau X). Aussi, la pédagogie employée au cours des TD a été particulièrement appréciée :

- « Il y avait un cours que j'avais trouvé vraiment bien où en fait enfin du coup pendant le cours on nous avait demandé notre avis et c'était pas descendant comme pédagogie c'était plutôt ascendant ou bah du coup on était par groupe et on avait dû, on nous avait donné des grands thèmes et on avait discuté autour de ça et après il y avait un rapporteur dans chaque groupe et j'avais trouvé ça, enfin le cours était super sympa, parce que tout le monde avait vachement participé, et ça changeait un peu » (Léa, promotion SESA)

Tableau X. Exemples de découvertes et d'éléments retenus par les étudiants de la promotion SESA au cours du service sanitaire et verbatims correspondants.

| | | |
|--|----------|--|
| Les compétences psychosociales | Léa | « oui c'était tout ce qui était émotion, enfin c'était, comment ça s'appelle ça euh... enfin développer les outils, de, au niveau comportemental, enfin sur ses sentiments etc, et un peu les différentes facettes émotionnelles qu'il faut développer euh, en santé publique, ça a un nom ; je sais plus comment ça s'appelle le concept, mais et ça il nous avait montré une vidéo par exemple qui était hyper bien fait » |
| La Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé | Geoffrey | « Alors je sais que pendant notre service sanitaire on a été amené à collaborer avec différentes structures. On pouvait aller, alors je me rappelle plus du nom exact, à Tours, c'était, enfin c'est une structure qui est pas loin de la fac de médecine et on pouvait y aller pour poser nos questions déjà, et pour surtout se procurer différentes ressources et différents supports de prévention, que ça soit des jeux ludiques, des questionnaires, des prospectus aussi avec les différents numéros qu'on peut contacter » |
| Les Diagnostics Locaux de Santé | Léa | « Alors un truc que j'avais bien aimé, c'était quand il nous avait, euh c'était quoi, la, le D-L-C-E ou un truc comme ça, le, le dispositif local de santé et du coup il nous avait donné vraiment les dispositifs de l'endroit où on devait aller voir, et de nous et on devait dire bah quel était, quelles étaient les les problématiques, et en discuter entre nous et ça j'avais trouvé ça trop bien, parce que du coup c'était très concret » |
| Les Contrats Locaux de Santé | Léa | « dans le plan initial, je crois que c'est, comment ça s'appelle, c'est les gens un peu qui gèrent du coup tout ce qui est prévention et tout dans les territoires, genre nous y avait la dame au niveau, à Giens, de du centre, alors je sais plus ce que c'était comme acronyme, mais qui était notre référente normalement » |
| La santé publique | Geoffrey | « ça peut permettre aussi ouais de de de faire découvrir la santé publique aux étudiants, qui est pas forcément qui est pas forcément une spécialité qu'on a l'habitude de côtoyer de près. Euh bah pour le coup c'est la première fois et la seule fois je pense de mon parcours que j'ai été amené à collaborer avec des internes de santé publique » |
| Le photolangage | Léa | « Bah tous les ED moi je trouvais que j'ai quand même appris, enfin à chaque fois j'avais l'impression quand même d'apprendre des trucs, d'un point de vue relationnel et puis même sur les techniques quoi, enfin photolangage je connaissais rapidement, mais pas tant que ça, la FRAPS par exemple ça a été une belle découverte, je connaissais pas du tout » |
| La réalité des territoires | Cédric | « pour être allé à la rencontre de jeunes dans les territoires, c'est vrai que ça apporte à la fois, nous en tant que personne, humainement, mais aussi on se rend compte véritablement parfois des besoins réels en termes de prévention dans la structure, et qu'on a vraiment peut être un réel travail à faire et apporter avec nos projets » |
| L'interprofessionnalité | Cédric | « Euh sur l'aspect interpro avec les infirmières, les infirmiers, c'était très intéressant aussi. En tout cas moi j'en garde beaucoup de bons échanges et de bons souvenirs en tout cas quand on est allé les rencontrer » |

5.4. Constat n°17 : Un questionnement des étudiants concernant leur légitimité à intervenir dans le cadre du service sanitaire

Au sein des entretiens comme au sein des questionnaires, la maîtrise des connaissances des thématiques a été évoquée comme déterminant majeur dans la légitimité des étudiants à intervenir auprès du public : « *L'idée était bonne, mais je trouve qu'en 3^{ème} année on n'a pas toutes les connaissances et le recul pour faire de la prévention à une population cible* ». Aussi, la pertinence de l'intervention a pu être questionnée :

- « *Si quelque chose est menée par quelqu'un qui n'a pas envie, ça sera un peu moins bien fait que si c'était une asso de gens motivés qui font que ça ! Mais après c'est vrai que c'est pertinent de former toute une toute une promo. Je trouve que la formation c'est pas mal euh transmettre à quelqu'un je suis pas sûre mais c'est mon avis personnel* » (Laurie, promotion B)

Par ailleurs, les distributions des scores attribués par les étudiants concernant leurs compétences en prévention de façon générale comme les compétences spécifiques par thématique, sont relativement comparables d'une promotion à l'autre (tableau XI).

Tableau XI. Estimation des compétences en prévention (sur une échelle de 0 à 10)

| | Promotion B | | | Promotion SESA | | | | | |
|--------------------------------|---------------|-------------------|---------|----------------|-------------------|---------|---------------|-------------------|---------|
| | FASM1, N = 29 | | | FASM1, N = 22 | | | FGSM3, N = 31 | | |
| | Moy±SD | Médiane (Q1 ; Q3) | Min-max | Moy±SD | Médiane (Q1 ; Q3) | Min-max | Moy±SD | Médiane (Q1 ; Q3) | Min-max |
| Compétences générales | 5,1±1,5 | 5 (4 ; 6,5) | 2-8 | 5,7±1,6 | 6 (4,75 ; 7) | 2-8 | 4,6±1,6 | 5 (4 ; 6) | 1-9 |
| Compétences thématiques | | | | | | | | | |
| Nutrition | 5,7±2,0 | 6 (4 ; 7) | 2-10 | 5,7±1,9 | 6 (4 ; 7) | 2-9 | 5,2±2,2 | 6 (4 ; 7) | 1-9 |
| Activité Physique | 6,5±1,6 | 7 (5 ; 8) | 3-9 | 6,7±1,9 | 7 (5 ; 8) | 2-10 | 5,6±1,8 | 6 (5 ; 7) | 1-9 |
| Vie affective et sexuelle | 6,1±2,0 | 6 (5 ; 7,5) | 2-9 | 6,1±2,2 | 6 (5 ; 8) | 1-9 | 5,8±2,2 | 6 (4 ; 7) | 2-10 |
| Conduites addictives | 5,1±2,1 | 5 (4 ; 7) | 0-9 | 5,5±1,6 | 5 (4 ; 7) | 4-9 | 4,5±2,1 | 6 (3 ; 6) | 0-9 |

Discussion

A la faculté de médecine de Tours, la mise en œuvre du service sanitaire a débuté en 2018 auprès des étudiants en FGSM2 (2^{ème} année d'études) puis s'est poursuivie auprès de ces mêmes étudiants l'année suivante, en FGSM3 (3^{ème} année d'études). Le service sanitaire confère à la prévention et la promotion de la santé une place sans précédent dans les études médicales en impliquant la conception, la réalisation et l'évaluation d'actions par les étudiants. Une organisation régionale de ces actions en lien avec les CLS a été privilégiée à Tours et un accompagnement tutoré des projets des étudiants a été assuré.

L'impact du service sanitaire sur les représentations que les étudiants ont de la prévention peut donc être questionné et constitue un des volets d'évaluation de cette réforme qui n'a pas été exploré jusque-là (43). Ni les représentations, ni l'attitude des étudiants en médecine n'avaient été explorées jusqu'à présent.

A travers les 17 constats décrits, cette étude exploratoire d'approche mixte renseigne donc pour la première fois sur les représentations, l'attitude et les motivations que les étudiants en médecine peuvent avoir de la prévention en santé en France. Bien qu'il s'agisse d'une étude monocentrique conduite uniquement à la faculté de Tours, la confrontation des représentations des étudiants ayant réalisé le service sanitaire à celles des étudiants ne l'ayant pas réalisé, en FASM1 (4^{ème} année d'études) notamment, a permis d'explorer les différences pouvant être dues au service sanitaire. En raison de l'hétérogénéité de la mise en œuvre du service sanitaire selon les facultés et instituts et de l'hétérogénéité des maquettes de formation des étudiants en santé selon leurs disciplines, nos résultats sont difficilement généralisables aux étudiants en médecine d'autres facultés ou aux étudiants d'autres filières (41–43). Les principaux résultats doivent être mis en regard des modalités de réalisation du service sanitaire à la faculté de Tours et aux enseignements associés et permettent de dégager différentes propositions de recommandations (tableau XII).

1. Principaux résultats

1.1 Les représentations de la prévention

Une vision biomédicale de la prévention prédominante

En FASM1, une vision « par la négative » et biomédicale de la prévention en santé (prévention des maladies) semblait l'emporter sur une dimension globale et positive (promotion de la santé) pour les étudiants des promotions B et SESA. En accord avec cette vision biomédicale de la prévention, les étudiants ont mis en avant le rôle des professionnels de santé, notamment les médecins et plus précisément les médecins généralistes, ainsi que des thématiques telles que le dépistage et la vaccination.

La réalisation du service sanitaire ne modifierait pas cette vision de la prévention à court terme. Il est possible que les études médicales essentiellement centrées sur les pathologies et leurs

prises en charges hospitalières conduisent à une vision de la santé restreinte à l'absence de maladie. Le choix de retenir la définition de la prévention par niveaux telle que définie par l'OMS dans le cadre du service sanitaire, et habituellement déclinée dans les référentiels, interroge plus largement la nécessité d'un changement de paradigme autour de cette question dans les études médicales. En 2008, le rapport Flajolet explicitait déjà la nécessité, concernant le système de santé, « d'inverser la logique : passer de la réparation vers la gestion du patrimoine santé » (8). Ainsi, le socle d'enseignements de base en premier cycle pourrait être recentré sur la promotion de la santé, les milieux de vie, l'éducation en santé et la communication en santé, ainsi que la nécessité d'interroger la place du médecin au sein du système de santé et ses missions.

Par ailleurs, le fait que ces étudiants soient relativement jeunes et qu'ils aient été interrogés dans le cadre de leur formation peut avoir participé à orienter leurs réponses sur des aspects médicaux, en déclinant les éléments appris dans les référentiels. Néanmoins, cela illustrerait aussi un manque de culture générale, en dehors du cadre des études, autour de la promotion de la santé.

Enfin, le choix a été fait d'interroger les étudiants sur la prévention. Une hypothèse peut être que les étudiants scindent les concepts de prévention et promotion de la santé. Toutefois, nos résultats laissent présager des pratiques futures d'éducation pour la santé majoritairement centrées sur la prévention des maladies et leurs facteurs de risque, avec une prise en compte moindre des enjeux autour des représentations et des compétences relatives à l'*empowerment* par exemple. Par ailleurs, les étudiants en fin d'entretien ont parfois demandé quelle était la différence entre prévention et promotion de la santé traduisant plutôt une méconnaissance de la promotion de la santé et confirmant une vision de la prévention centrée sur le médical.

Recommandations : 1) Redéfinir les concepts de promotion, prévention, éducation pour la santé au sein des études médicales ; 2) Recentrer les études sur la santé, en positionnant le médecin en tant que professionnel de santé davantage que professionnel du soin.

La visibilité des priorités de santé publique au sein des thématiques du service sanitaire

Le tabagisme constituant la première cause de mortalité évitable en France, par cancers (62,3 %), maladies cardiovasculaires (22,5 %) et maladies respiratoires (15,2 %), un nombre plus important de termes relatifs au tabac aurait pu être attendu, bien que les thématiques n'aient pas fait l'objet d'une question spécifique (55). Au même titre que les multiples plans de santé publique, successifs et non hiérarchisés, peuvent induire une « perplexité des professionnels de santé », il est possible que la pluralité des thématiques pouvant être abordées au sein du service sanitaire réduise la visibilité des priorités (8). Par ailleurs les programmes probants existants sur cette thématique tels que UNPLUGGED® et TABADO® n'ont pas été cités par les étudiants (56,57).

Recommandations : 3) Hiérarchiser les thématiques de service sanitaire en regard des priorités de santé publique : insister davantage sur la lutte contre le tabagisme en tant que première cause de mortalité évitable ; 4) Promouvoir les programmes probants dans la lutte contre le tabagisme auprès des étudiants.

Le décloisonnement des secteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux à poursuivre

Bien que la mise en œuvre du service sanitaire à la faculté de Tours se soit faite en lien étroit avec les coordinatrices des CLS et la Fédération Régionale des Acteurs en Promotions de la santé (FRAPS-IREPS Centre-Val de Loire), ces structures n'ont pas été citées parmi les acteurs, excepté au cours des entretiens. Ce constat peut refléter un manque de compréhension du rôle de ces acteurs sur les territoires et de leur implication, sans doute insuffisamment mise en exergue dans le cursus par ailleurs.

De façon plus globale, le fait que les acteurs sociaux aient été peu cités ou même déclinés reflèterait un cloisonnement des études médicales au secteur sanitaire. En effet, en dehors du service sanitaire, les études médicales ne laisseraient pas de réelles occasions de s'ouvrir à d'autres perspectives, médico-sociales ou sociales notamment, et il semble que le service sanitaire ne permette pas encore d'établir de véritables ponts entre ces secteurs. Par ailleurs, des structures de prévention telles que les centres de vaccination publics (CVP), les centres d'information, de dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), les centres de lutte antituberculeux (CLAT), les centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), les services des conseils départementaux tels que la Protection Maternelle et Infantile (PMI), et bien d'autres structures, sanitaires, mais aussi sociales et médico-sociales ou associatives (Planning familial, AIDES) n'ont été citées parmi les acteurs. Le fait d'avoir interrogé les étudiants en employant le terme « acteurs » a peut-être aussi limité la possibilité que ces structures soient présentées. En revanche, au sein des entretiens, lorsque la question a été posée, les enquêtés rencontraient souvent des difficultés à présenter des exemples de structures de prévention y compris des associations ou ne savaient pas en expliquer les missions.

Recommandations : 5) Poursuivre le décloisonnement des études médicales et profiter de la mise en œuvre du service sanitaire pour valoriser des structures et acteurs médicaux, médico-sociaux, sociaux et associatifs, en explicitant les missions de chacun auprès des étudiants. Par exemple, des tables rondes par thématique pourraient être envisagées. Dans le champ de la prévention sur la vie affective et sexuelle, des acteurs aussi divers que des associations (Planning familial, AIDES, etc) ; les CeGIDD, les CVP, les CPEF, ou d'autres professionnels tels que des sociologues, pourraient être réunis et expliciter les enjeux, les démarches et leurs missions de façon concrète aux étudiants. Dans le cadre des conduites addictives, les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CARRUD), l'association Addiction France (anciennement ANPAA) ; des psychiatres et des psychologues pourraient être réunis également ; 6) La présentation des actions de service sanitaire conduites par les étudiants aux autres étudiants de la même promotion ou aux promotions d'étudiants plus jeunes pourrait être également un moyen de favoriser leur connaissance des différents acteurs.

Une responsabilité populationnelle qui se dessine

Le service sanitaire constituerait une ouverture à la santé publique. Un éventail plus large de termes relatifs à la santé publique a été spontanément cité par les étudiants de la promotion SESA ; en lien avec les outils, les méthodes ou les acteurs tels que les Agences Régionales de Santé (ARS), notamment en FGSM3. Une conscience plus grande des enjeux territoriaux et de l'approche populationnelle s'est dégagée des entretiens conduits avec les étudiants de la promotion SESA par rapport à ceux conduits avec les étudiants de la promotion B. Ce constat conforte les perspectives de Pommier et al. (2007) qui estimaient que la confrontation des acteurs aux fonctions essentielles de santé publique permettrait de s'affranchir de ces clivages et de clarifier l'implication de professionnels intervenant principalement sur le plan collectif (20,58). La collaboration d'internes de santé publique à la mise en œuvre du service sanitaire et les travaux dirigés tournés vers la méthodologie de projet de l'évaluation des besoins à la construction de l'intervention a pu participer à étayer la vision de la santé publique.

Recommandation : 7) Poursuivre la promotion d'une démarche de santé publique au sein du service sanitaire, en lien avec les enseignements et acteurs de santé publique.

Des effets en FGSM3 qui ne se retrouvent pas en FASM1

Le fait que certains aspects aient été plus développés en FGSM3 qu'en FASM1, comme les aspects relatifs à la santé publique par exemple, illustre que le service sanitaire pourrait avoir des effets à court terme sans qu'ils se prolongent à plus long terme. Le service sanitaire étant une approche de prévention unique et non réitérée, ses effets pourraient donc s'avérer limités à plus long terme.

Seulement 4 étudiants de la promotion SESA ont participé à T1 et T2. Par conséquent, il se peut qu'une « contre sélection » des étudiants se soit opérée à T2 par rapport à T1 avec des profils différents d'étudiants concernant la prévention.

Enfin, il pourrait être possible également que des aspects relatifs au service sanitaire émergent à plus long terme en relation avec l'expérience clinique qui se développe ensuite.

Recommandation : 8) Inscrire la prévention et la promotion de la santé dans un continuum au sein des études médicales, du premier au troisième cycle.

La priorité Jeunesse

Le fait que les étudiants aient attribué une « priorité à la jeunesse », notamment dans le cadre scolaire, pourrait refléter le fait qu'ils se projettent particulièrement en fonction de leurs expériences antérieures et qu'ils pourraient se sentir plus à l'aise pour intervenir dans ce cadre qui leur est familier. Aussi, l'intérêt de la prévention par les pairs est un élément sur lequel ils ont eu une intervention (ED), pouvant accentuer l'intérêt perçu de conduire des interventions auprès de « jeunes » de leurs âges par exemple. Bien que cette priorité à la jeunesse ait été mise en avant au sein des deux promotions B et SESA, il est difficile d'expliquer pourquoi une part moins importante d'étudiants l'a évoquée dans la promotion SESA en FASM1 par rapport à la promotion B.

1.2 La posture éducative en prévention

Une posture bilatérale et accompagnatrice a plus fréquemment été observée au sein de la promotion SESA tout comme la prise en compte des représentations du public et la participation de ces derniers. Les étudiants de la promotion SESA ont davantage souligné la vigilance à avoir quant à la présentation des risques au sein des interventions, insuffisants voire inefficaces pour convaincre un jeune de ne pas fumer par exemple. Les enseignements conduits dans le cadre du service sanitaire ont pu participer au renforcement de cette posture, notamment à travers le choix d'une pédagogie participative en travaux dirigés. Ainsi, les étudiants ont pu prendre conscience que cette posture était appropriée au dynamisme des échanges et souhaiter le reproduire au sein de leurs propres démarches préventives. C'est un constat plutôt encourageant pour espérer une médecine future moins paternaliste, davantage centrée sur le dialogue.

Recommandations : 9) Poursuivre les enseignements de service sanitaire portant sur l'importance d'adopter une posture éducative basée sur le dialogue, tenant compte des représentations des individus et de leurs capacités d'auto-gestion (*empowerment*), plus que sur l'information des risques ; 10) Multiplier les enseignements sous forme de TD participatifs.

1.3 Attitude des étudiants envers la prévention en France et au sein des études médicales

Une vision complexifiée de la prévention

De façon similaire à ce qui a pu être observé à l'étranger, une attitude positive envers la prévention en santé a été observée auprès des étudiants des deux promotions, indépendamment de la mise en œuvre du service sanitaire (37–40). L'attitude des étudiants semblant déjà très positive, il serait difficile de la renforcer au moyen du service sanitaire. En revanche, en mettant en évidence la mise en œuvre de la prévention sur les territoires et les moyens que cela exige, le service sanitaire peut avoir pour effets de complexifier le regard porté sur la prévention et la place de la prévention. Une vision plus complexe pourrait expliquer pourquoi les étudiants de la promotion SESA semblaient avoir un avis plus contrasté sur la place de la prévention en France. En effet, leur insatisfaction semblait moindre qu'au sein de la promotion B et ils rapportaient des moyens et une organisation en France suffisants. De plus, le service sanitaire pourrait également donner aux étudiants une vision plus complexe de la prévention en santé et des principes d'intervention remettant en question l'efficacité des conseils de santé pour changer les comportements. Aussi, le fait de réaliser une unique action de prévention, « *one shot* » plutôt que de participer à un projet sur la durée, comme cela serait envisageable avec l'implantation de programmes probants tels que UNPLUGGED®, pourrait également limiter l'intérêt perçu par les étudiants des actions conduites dans le cadre du service sanitaire (56).

Recommandation : 11) Impliquer les étudiants dans des programmes de santé plus larges qui ont fait la preuve de leur efficacité (programmes probants) plutôt que dans des actions ponctuelles et/ou 12) Démontrer aux étudiants l'intérêt de leurs actions dans le cadre du service sanitaire afin de renforcer leur implication.

Une attente majeure des étudiants envers le service sanitaire

En accord avec l'attitude positive des étudiants envers la prévention en santé et un sentiment relativement présent que la place de la prévention est insuffisante en France, une insatisfaction importante relative à la formation en prévention dans le cursus des études médicales a été exprimée par les étudiants ; dont le souhait d'avoir plus d'apports « concrets ». Face à cela, les étudiants ont exprimé des attentes majeures vis-à-vis du service sanitaire ; en termes de compétences et connaissances en prévention de façon générale et d'approfondissement des thématiques. Ces attentes majeures pourraient expliquer le mécontentement de certains étudiants face à une organisation complexe qu'ils n'imaginent pas aux premiers abords, notamment en FGSM3. Par ailleurs, l'insatisfaction moindre des étudiants de la promotion SESA en FASM1 par rapport à ceux en FGSM3 pourrait refléter une prise de recul nécessaire sur cet enseignement pour en tirer les bénéfices escomptés, peut-être en regard de l'expérience clinique en stage qui débute en FASM1.

Recommandation : 13) Réaliser des retours d'expériences d'étudiants en fin de FASM1 auprès de la promotion d'étudiants qui débute le service sanitaire.

Une méthodologie de projet et un travail de groupe enrichissant

Si un bilan général plutôt négatif a été dressé par certains étudiants, notamment en raison de contraintes organisationnelles, les entretiens conduits ont permis de décrire de multiples intérêts et apports du service sanitaire : le développement de compétences de communication, de collaboration professionnelle voire interprofessionnelle, de gestion de projet. Les étudiants semblent avoir la volonté de participer et d'être acteur dans ce champ mais ressentiraient un besoin d'accompagnement et de jalonnement important. Par conséquent, les contraintes organisationnelles devront être surmontées et un processus de réassurance des étudiants devra avoir lieu pour garantir une formation en prévention suffisamment sereine pour motiver davantage les étudiants à intégrer la prévention dans leurs pratiques futures.

Recommandation : 14) Pérenniser l'accompagnement tutoré des étudiants qui a été proposé à Tours.

1.4 Motivations à l'intégration de pratiques préventives futures

Un effet limité sur les pratiques préventives envisagées dans le futur

Les étudiants de la promotion SESA semblaient moins favorables à l'idée de conduire des interventions de prévention en santé dans leurs pratiques futures par rapport à la promotion B. En revanche, les étudiants des deux promotions la concevaient davantage comme une partie intégrante de l'activité de consultation médicale plutôt que dans un autre cadre (interventions en milieu scolaire par exemple). Plusieurs hypothèses peuvent être formulées en regard de ces constats.

Premièrement, les étudiants de la promotion SESA et B peuvent ne pas avoir appréhendé la question posée de la même manière reflétant des visions différentes de la prévention en santé. Ainsi, les étudiants de la promotion B pourraient avoir indiqué vouloir intégrer une activité dédiée à la prévention en l'entendant comme le fait de « donner des conseils et informer » tandis que les étudiants de la promotion SESA pourraient l'avoir davantage appréhendé dans une vision proche du service sanitaire ; par exemple mener une intervention et des échanges avec un public cible dans un autre cadre. La prise de conscience des principes et de la complexité de mise en œuvre de la prévention qui peut être associée à la réalisation du service sanitaire pourrait provoquer des doutes sur les capacités à faire de la prévention à part entière et diminuer le sentiment de légitimité des étudiants à intervenir.

Deuxièmement, le service sanitaire pourrait ne pas suffisamment mettre en avant des perspectives réelles d'activités de prévention futures au sein de la profession médicale, telles que réalisées dans le cadre du service sanitaire. Dans le cadre d'une « priorité à la jeunesse » décrite par les étudiants et en accord avec les priorités de santé publique, le service sanitaire vient particulièrement interroger la place conférée à la prévention en santé au sein du système scolaire (59). Une réelle intégration de la prévention dans le cadre scolaire pourrait être définie pour permettre une implication des étudiants en service sanitaire plus importante sur ce volet. En ce sens, une étude a démontré l'intérêt de l'investissement de médecins généralistes dans des actions locales de santé publique telles que les Espaces Jeunes Santé (60). Aussi, la réalisation de stages de service sanitaire au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé pourrait permettre aux étudiants de se projeter davantage dans des activités futures de prévention, au sein même de ces structures.

Recommandations : 15) Proposer des cadres d'intervention de service sanitaire se rapprochant des pratiques futures des étudiants, par exemple au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ; 16) Créer des cadres d'interventions structurés en milieu scolaire pour que les étudiants puissent s'y projeter dans leurs pratiques futures.

Un besoin d'approfondissement thématique

Enfin, le service sanitaire ne semble pas intervenir sur les compétences perçues par les étudiants sur les différentes thématiques du service sanitaire, les étudiants des deux promotions se sentant moyennement compétents en FASM1 quelle que soit la thématique. Une posture éducative basée sur la transmission d'informations et non l'échange pourrait renforcer le besoin des étudiants relatif à la maîtrise des connaissances.

Recommandations : 17) Réaliser des enseignements de service sanitaire approfondissant les principes et outils de prévention par thématique ; 18) Tendre à modifier l'image du « médecin-sachant » en recentrant les objectifs de l'éducation pour la santé autour du dialogue et de la participation.

Tableau XII. Liste des recommandations proposées

| | |
|-----|---|
| 1. | Redéfinir les concepts de promotion, prévention, éducation pour la santé au sein des études médicales |
| 2. | Recentrer les études sur la santé, en positionnant le médecin en tant que professionnel de santé davantage que professionnel du soin |
| 3. | Hiérarchiser les thématiques de service sanitaire en regard des priorités de santé publique : insister davantage sur la lutte contre le tabagisme en tant que première cause de mortalité évitable |
| 4. | Promouvoir les programmes probants dans la lutte contre le tabagisme auprès des étudiants |
| 5. | Poursuivre le décloisonnement des études médicales et profiter de la mise en œuvre du service sanitaire pour valoriser des structures et acteurs médicaux, médico-sociaux, sociaux et associatifs, en explicitant les missions de chacun auprès des étudiants. Par exemple, des tables rondes par thématique pourraient être envisagées |
| 6. | La présentation des actions de service sanitaire conduites par les étudiants aux autres étudiants de la même promotion ou aux promotions d'étudiants plus jeunes pourraient être un moyen de favoriser leur connaissance des différents acteurs. |
| 7. | Poursuivre la promotion d'une démarche de santé publique au sein du service sanitaire, en lien avec les enseignements et acteurs de santé publique. |
| 8. | Inscrire la prévention et la promotion de la santé dans un continuum au sein des études médicales, du premier au troisième cycle |
| 9. | Poursuivre les enseignements de service sanitaire portant sur l'importance d'adopter une posture éducative basée sur le dialogue, tenant compte des représentations des individus et de leurs capacités d'auto-gestion (<i>empowerment</i>), plus que sur l'information des risques |
| 10. | Multiplier les enseignements sous forme de TD participatifs |
| 11. | Impliquer les étudiants dans des programmes de santé plus larges qui ont fait la preuve de leur efficacité (programmes probants) plutôt que dans des actions ponctuelles |
| 12. | Démontrer aux étudiants l'intérêt de leurs actions dans le cadre du service sanitaire afin de renforcer leur implication |
| 13. | Réaliser des retours d'expériences d'étudiants en fin de FASM1 auprès de la promotion d'étudiants qui débutent le service sanitaire |
| 14. | Pérenniser l'accompagnement tutoré des étudiants qui a été proposé à Tours |
| 15. | Proposer des cadres d'interventions de service sanitaire se rapprochant des pratiques futures des étudiants, par exemple au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé |
| 16. | Créer des cadres d'interventions structurés en milieu scolaire pour que les étudiants puissent s'y projeter dans leurs pratiques futures |
| 17. | Réaliser des enseignements de service sanitaire approfondissant les principes et outils de prévention par thématique |
| 18. | Tendre à modifier l'image du « médecin-sachant » en recentrant les objectifs de l'éducation pour la santé autour du dialogue et de la participation |

2. Limites et forces de l'étude

2.1 Une méthodologie mixte multidimensionnelle

En regard de ces résultats, la force principale de notre étude est d'avoir été construite en tenant compte des modèles de psychologie sociale des changements de comportements afin d'appréhender différentes dimensions des représentations de la prévention en santé pouvant être modifiées par l'intégration du service sanitaire dans le cursus. Notre approche ne s'est pas limitée à l'étude de l'attitude des étudiants envers la prévention sachant bien qu'une attitude positive envers un objet social n'est pas suffisante pour impliquer un changement de comportement (50,51). L'approche essentiellement exploratoire et qualitative était adaptée à notre question de recherche puisqu'aucune donnée n'était connue jusqu'à présent sur ce champ.

2.2 Participations

Malgré un faible taux de participation (10%) des étudiants par promotion et temps de recueil, limitant l'interprétation des résultats quantitatifs, les éléments qualitatifs recueillis sont intéressants en regard de l'hétérogénéité des caractéristiques des participants au questionnaire pouvant impacter les regards portés sur la prévention en santé (sexe, activités des proches, activités futures envisagées, etc). De plus, les *sex-ratio* des participants aux différents temps de recueil sont représentatifs de la féminisation des études de médecine pour des promotions à Tours qui comprennent environ 68 % de filles en PACES (68,4% en 2016-2017 pour la promotion B ; 68,5% en 2017-18 pour la promotion SESA) (61). En 2020-21, la promotion SESA comprenait 289 étudiants, dont 65,4% de filles (données non publiées, transmises par la scolarité de la faculté de Médecine).

La longueur de passation du questionnaire (20 minutes) pouvait laisser présager des abandons en cours de remplissage et une moindre participation. Les données issues du logiciel Sphinx® montrent que la majorité des abandons a été observée à la première page du questionnaire (présentation de l'étude) et la seconde (données socio-démographiques). Ce constat peut être interprété soit comme un manque d'intérêt vis-à-vis du sujet, soit comme une disponibilité insuffisante des étudiants. Par conséquent, dans le premier cas, les résultats obtenus pourraient être le reflet d'un biais de sélection : les étudiants qui ont participé pourraient être ceux qui se sentaient les plus concernés par le sujet. Néanmoins, les résultats pourraient en fait refléter les visions les plus riches, les représentations les plus élaborées, parmi celles des étudiants, et les différences observées n'en resteraient pas moins pertinentes entre les deux promotions d'étudiants. Aussi, il en est de même pour le profil davantage « associatif » des étudiants ayant participé.

Enfin, la participation de seulement 4 étudiants de la promotion SESA à T1 et T2 limite les interprétations faites concernant l'évolution des représentations des d'étudiants de la FGSM3 à la FASM1, ne s'agissant pas des mêmes étudiants.

2.3 Données recueillies

Le taux de remplissage maximal des champs aux questions employant la technique de l'association verbale n'a été atteint que pour quelques étudiants à chaque question. Cela montre que les étudiants n'avaient pas besoin de plus de champs pour exprimer une vision plus globale de la prévention.

Les réponses apportées par les étudiants à certaines questions par association verbale ont parfois été redondantes. Par exemple, des éléments redondants sur l'information en santé ont été observés aux questions 13, 16, 17 portant sur les moyens d'améliorer la santé, les objectifs des interventions de prévention et les principaux éléments sur lesquels ces dernières reposent. Cela peut refléter une maîtrise restreinte du sujet qui ne permet pas aux étudiants d'élaborer des perspectives différentes aux questions abordées ou bien une formulation insuffisamment claire et précise des questions.

La question sur les moyens d'améliorer la santé venant après quelques questions sur la prévention en santé était sans doute biaisée. Cette question visait à explorer la place conférée aux axes de la charte d'Ottawa pour la prévention et promotion de la santé dans les champs d'actions possibles pour l'amélioration de la santé des populations et l'illustrait finalement assez peu.

Concernant la technique de mise en cause, il se peut que les modalités de réponses proposées (oui/non) aient encouragé des réponses de convenance et ainsi limiter l'observation de différences réelles entre les étudiants des promotions B et SESA (52).

La traduction de la *Preventive attitude Scale* peut présenter des limites également. D'une part, la traduction peut s'avérer délicate en fonction du système de santé dans lequel ce champ doit être exploré et des adaptations peuvent s'avérer nécessaires. Ici, compte-tenu de la question de recherche, la traduction de « *Health promotion* » par « promotion de la santé / promouvoir la santé » plutôt que par le terme prévention a été discuté et illustrait une fois de plus les difficultés relatives aux définitions de ces termes et leurs implications. Aussi, malgré l'utilisation de cette échelle, il n'est pas possible de comparer directement les scores obtenus à ceux obtenus à l'étranger puisque le système de score attribués aux modalités n'a pas été identique. Les auteurs décrivaient un score total de 0 à 44 (Bellas et al, 2000) qui n'a pas pu être reproduit, et ce malgré les tentatives de contacter les auteurs.

2.4 Analyses des données

La catégorisation a permis de réaliser une interprétation qualitative plus fine de certains mots ou groupes de mots à travers lesquels s'exprimaient, par exemple, la posture des étudiants. Elle a permis également d'illustrer au sein de grande catégorie comme celles des acteurs ou de la définition de la santé les éléments qu'ils s'en dégageaient. En revanche, la catégorisation n'a pas fait l'objet d'une triangulation systématique et la question de la subjectivité dans l'analyse peut être soulevée. Ce risque a été limité par une relecture aléatoire de champs catégorisés. Par ailleurs, certains champs sont plus susceptibles d'être sujets à une interprétation subjective que d'autres. Par exemple, l'interprétation de la posture descendante versus bilatérale par rapport à la catégorisation des acteurs. Les tableaux présentés en annexes permettent d'avoir

une vision globale et précise du travail de catégorisation effectué question par question, sur lequel se basent les constats proposés.

En regard des effectifs de participants, les différences observées dans les échantillons n'ont pas fait l'objet de tests statistiques.

2.5 L'annulation des actions dans le « contexte COVID »

Une limite externe importante, relevée par certains étudiants en entretien ou au sein du questionnaire, reste que la crise sanitaire a empêché la réalisation des actions de service sanitaire prévues, limitant sans doute les modifications des représentations possibles ou l'ancrage de certains aspects au sein des représentations.

Aussi, cette période de pandémie a pu impacter les réponses des étudiants autour de la prévention, différemment à T1 (début de la crise) par rapport à T2 (un an après), ce qui entrainerait une vision relativement différente des réponses obtenues en FASM1 au sein des promotions B (T1) et SESA (T2). Toutefois, le fait d'avoir recueilli les représentations en FGSM3 nous permet de limiter les risques d'interprétation liés à ce biais potentiel dans la confrontation des représentations entre promotion d'étudiants. En revanche, cette période a pu mettre en exergue des éléments apportés autour de l'information en santé au sein des deux promotions.

3 Perspectives et retombées

Des pistes à explorer

A partir de nos résultats, une enquête par questionnaire plus concise et centrée sur les constats effectués pourrait être construite pour vérifier quantitativement certaines des hypothèses formulées (par exemple, quantifier la proportion d'étudiants souhaitant réaliser plus tard des interventions en milieu scolaire, quantifier la difficulté attribuée à la pratique de la prévention, quantifier l'importance accordée à la vision par les risques, etc). Nos résultats peuvent également servir de base à l'élaboration d'une nouvelle étude qualitative pour explorer certaines hypothèses.

L'horizon temporel

Dans cette étude, les représentations des étudiants ayant effectué le service sanitaire ont été interrogées à court terme par rapport au service sanitaire (à l'issue en FGSM3 et à un an en FASM1) et par conséquent précocement dans le cursus. Il pourrait être intéressant d'explorer les effets du service sanitaire dans un horizon temporel plus à long terme par exemple. En effet, nous avons fait l'hypothèse que la réalisation d'activités cliniques au cours de l'externat pourrait « réveiller » certains aspects relatifs au service sanitaire, ce qu'il faudrait vérifier.

L'horizon géographique et facultaire

Il serait également intéressant d'observer les différences de représentations selon les facultés et instituts de formation et de les mettre en regard des enseignements et modalités du service sanitaire. La méthodologie employée, les techniques d'association verbale et de mise en cause sont relativement reproductibles et pourraient être réutilisées pour des études ultérieures, tout comme les questions fermées par échelle de Likert et la *Preventive Attitude Scale*.

D'autres axes d'explorations du service sanitaire

D'autres recherches pourraient enrichir les éléments issus de cette première étude, comme identifier, au sein du service sanitaire, les déterminants d'une vision positive de la santé ou encore de la motivation à intégrer la prévention dans les pratiques futures. Enfin, d'autres recherches pourraient également porter sur d'autres aspects du service sanitaire, par exemple : l'impact sur les représentations des inégalités sociales et territoriales de santé, les intérêts et les limites du travail en interprofessionnalité, les implications pour les référents de terrain et référents pédagogiques qui accompagnent les étudiants, ou encore le vécu pour le public de recevoir une action conduite par des étudiants en santé, notamment dans le cadre de la prévention par les pairs.

4 Conclusion

Le service sanitaire, « La promesse d'une transformation à long terme » ?

Le service sanitaire, dans sa configuration actuelle, ne permettrait certainement pas d'engendrer la « *révolution culturelle* » du système de santé tant espérée (3). De manière plus générale, il interroge les moyens et ressources dédiés à la prévention et promotion de la santé en France.

Le service sanitaire constituerait une première étape d'enrichissement des représentations des étudiants envers la prévention en santé, pouvant conduire les étudiants à s'interroger sur la place du médecin dans le système de santé. Néanmoins, il ne semble pas renforcer la volonté des étudiants de participer à des interventions de prévention dans le futur.

Des efforts restent à fournir dans la formation proposée aux étudiants en médecine pour favoriser une approche reposant sur les principes de promotion de la santé, encourageant les comportements favorables et favorisant l'*empowerment*, plus qu'une approche informative et descendante. Le choix d'une définition d'une prévention des maladies par niveaux telle que définie par l'OMS dans le cadre du service sanitaire pourrait être interrogé à l'heure où une vision de la prévention globale, et de promotion de la santé, devrait être privilégiée (8).

Aussi, la formation associée au service sanitaire doit permettre de renforcer le sentiment de compétences des étudiants envers la prévention. Comme le contexte COVID nous l'a prouvé, il est également important que les futurs professionnels de santé aient une réelle conscience des enjeux de prévention et promotion de la santé à l'échelle populationnelle et une certaine formation à la communication autour de la santé, dans une attitude transparente et bilatérale avec les patients et la population.

A l'heure des refontes des cycles des études médicales, un continuum ou une valorisation d'une implication des étudiants dans des projets plus à long terme devrait sans doute être envisagé dans la formation en prévention apportée aux étudiants. Une valorisation d'activités se rapprochant plus de leur quotidien futur, par exemple à travers une valorisation d'activités de prévention dans les services hospitaliers ou au sein de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), au cours des 2^{ème} et 3^{ème} cycle des études médicales, pourrait être pertinente. Cela pourrait également valoriser le rôle des externes au sein des services et être moteur d'une prise de responsabilité plus importante.

Dans la lignée de la refonte du premier cycle des études médicales qui vise à diversifier les profils d'étudiants pour une adaptation des compétences des professionnels de santé aux besoins du système de santé, les collaborations avec les secteurs sociaux, médico-sociaux et associatifs, devraient être renforcées également.

Pour une transformation à long terme, une continuité des enseignements théoriques et pratiques vis-à-vis de la prévention et promotion de la santé doit être assurée au sein de l'ensemble des cycles des études médicales. Pour finir, la structuration de la place de la prévention et la promotion de la santé au sein de notre société (système de santé, système scolaire, etc) doit être renforcée.

Remerciements

Dans le cadre de cette étude, des remerciements sincères sont adressés au service scolarité de la faculté de médecine, en les personnes de Mme BOBLETER et Mme BARREAU qui ont permis la diffusion des messages auprès des étudiants à plusieurs reprises ainsi qu'à Cassandra, qui a relayé les sollicitations diverses auprès de ses collègues étudiants. Des remerciements sont également adressés aux étudiants qui ont répondu favorablement à ces sollicitations en répondant au questionnaire et/ou en acceptant de réaliser un entretien. Des remerciements vont également aux étudiants et professionnels qui ont assuré les phases de tests du questionnaire et du guide d'entretien.

Bibliographie

1. Ma Santé 2022. Un engagement collectif. Dossier de Presse. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 sept [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
2. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2017 [cité 13 janv 2021] p. 104. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
3. Le service sanitaire. Les formations en santé au service de la prévention. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation; 2018 [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180226_-_dossier_de_presse_-_service-sanitaire.pdf
4. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé. JORF n°0134 du 13 juin 2018. texte n° 10. [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/6/12/SSAH1807248D/jo/texte>
5. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. JORF n°0134 du 13 juin 2018. texte n° 18 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/6/12/SSAH1809646A/jo/texte>
6. Vaillant L. Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé. [Internet]. 2018 [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_service_sanitaire_pr_vaillant.pdf
7. Priorité prévention : le service sanitaire pour les étudiants en santé entrera en vigueur dès la rentrée 2018. Communiqué de presse. Ministre des Solidarités et de la Santé. Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [Internet]. 2018 [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/20180612.1_cp_ministres_service_sanitaire.pdf
8. Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative.; 2008 [cité 8 janv 2021] p. 91. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf
9. Marco J-LS. 7. Promotion de la santé et prévention des maladies [Internet]. Traité de santé publique. Lavoisier; 2016 [cité 16 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traité-de-santé-publique--9782257206794-page-43.htm>
10. Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1999 [cité 8 janv 2021] p. 36. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllo wed=y
11. Aquilino M, Tabuteau D. La notion de santé publique. Que Sais-Je. 20 mai 2015;2e éd.:3-42.
12. Morin M. Nouvelles définitions de la santé : un regard psychosocial. Spirale. 1 avr 2006;no 37(1):29-41.
13. Alla F. 3. Les déterminants de la santé [Internet]. Traité de santé publique. Lavoisier; 2016 [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traité-de-santé-publique--9782257206794-page-15.htm>

14. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé.; 1986 p. 6.
15. Alami H, Gagnon M-P, Ghandour E-K, Fortin J-P. La réorientation des services de santé et la promotion de la santé : une lecture de la situation. Sante Publique (Bucur). 9 mai 2017;Vol. 29(2):179-84.
16. Lalonde M. Nouvelles perspectives de la santé des canadiens [Internet]. Ottawa: Gouvernement du Canada, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social; 1974 [cité 8 janv 2021] p. 83. Disponible sur: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>
17. Dempsey MC, Battel-Kirk MB, Barry PMM. Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé. :28.
18. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? | Canadian Women's Health Network [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cwhn.ca/en/node/27401>
19. La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables ? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions | Cairn.info [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-139.htm>
20. Pommier J, Grimaud O. Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles. Sante Publique (Bucur). 2007;Vol. 19(hs):9-14.
21. Essential public health functions: the role of ministries of health. [Internet]. Kyoto: World Health Organisation regional office for the western pacific; 2002 [cité 19 mai 2021] p. 26. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1600-0528.2003.00124.x>
22. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1). 2004-806 août 9, 2004.
23. Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? [Internet]. ARS Bretagne; 2018. Disponible sur: https://promotionsantebretagne.fr/wp-content/uploads/2020/01/ChartePPS_14.pdf
24. Vandoorne C. Problématique. Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ? 2009;(250). Disponible sur: <https://educationsante.be/problematique-promotion-de-la-sante-prevention-education-pour-la-sante-parle-t-on-de-la-meme-chose/>
25. Tessier S. Education pour la sante et prevention. :10.
26. Roussille B, Deschamps J-P. Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance. Sante Publique (Bucur). 9 juill 2013;S2(HS2):85-91.
27. Deschamps J-P, Ferron C, Alla F, Douiller A. L'éducation pour la santé, parent pauvre de la politique de santé ? Sante Publique (Bucur). 9 juill 2013;S2(HS2):81-2.
28. Demeulemeester R. En France, l'éducation pour la santé marque le pas. Cause ou conséquence d'un sous-investissement politique ? Sante Publique (Bucur). 9 juill 2013;S2(HS2):93-9.
29. Bataillon R, Hascoet J-Y, Leneel H, Caron B, Samzun J-L, Pencole D. Vers une consultation médicale de prévention.... Sante Publique (Bucur). 2006;Vol. 18(1):5-6.
30. Gautier A, Bera N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [Internet]. Santé publique France; 2011 [cité 19 mai 2021] p. 266. (Baromètres santé). Disponible sur: </notices/barometre-sante-medecins-generalistes-20092>

31. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 p. 36.
32. Jammet I. Etudes sur une typologie des consultations en médecine générale. Résultat d'une étude descriptive prospective sur 3142 consultations. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [Poitiers]: Poitiers. Faculté de Médecine et de Pharmacie.; 2004.
33. Génolini J-P, Roca R, Rolland C, Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sci Soc Santé*. mars 2011;29:81-122.
34. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sci Soc Sante*. 2006;Vol. 24(2):75-103.
35. Pétré B, Degrange S, Tittaferante S, Legrand C, Vanmeerbeek M, Froidcœur X, et al. Pratiques hospitalières et de médecine générale d'éducation thérapeutique : l'exemple du diabète et de l'obésité en Belgique. *Santé Publique*. 2016;28(3):287.
36. Chauvin F. Stratégie nationale de santé : contribution du Haut Conseil de la santé publique. :189.
37. Pathirana TI, Larmar S. Attitudes on Health Promotion among Medical Students and Implications for Future Practice. *J Coll COMMUNITY PHYSICIANS SRI LANKA*. 2014;19(02):7.
38. Bellas PA, Asch SM, Wilkes M. What students bring to medical school: attitudes toward health promotion and prevention. *Am J Prev Med*. avr 2000;18(3):242-8.
39. Rolfe IE, Pearson S-A, Cleary EG, Gannon C. Attitudes towards community medicine: a comparison of students from traditional and community-oriented medical schools. *Med Educ*. août 1999;33(8):606-11.
40. Ewan CE. Attitudes to social issues in medicine: a comparison of first-year medical students with first-year students in non-medical faculties. *Med Educ*. janv 1987;21(1):25-31.
41. de Lafforest S, Faussat C. Etat des lieux et implication des internes de santé publique dans la mise en place du Service Sanitaire (2018-2019) [Internet]. Collège de Liaison des Internes de Santé Publique; p. 23. Disponible sur: <http://clisp.fr/2020/12/08/etat-des-lieux-et-implication-des-internes-de-sante-publique-dans-la-mise-en-place-du-service-sanitaire/>
42. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
43. HCSP. Rapport relatif à l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2021 mars [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=998>
44. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ministère de la Santé et des Sports. [Internet]. SASH0918262A juill 31, 2009. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf
45. Lechopier N. Pour une révolution des SHS dans la formation des professionnels de santé [Internet]. Collège des humanités médicales. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://colhum.hypotheses.org/692>
46. Lechopier N. Pour une formation en SHS au 2è cycle des études médicales [Internet]. Collège des humanités médicales. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://colhum.hypotheses.org/516>

47. Le Service Sanitaire en Région Centre-Val de Loire [Internet]. FRAPS Centre-Val de Loire; 2020 p. 36. (Force de FRAPS). Disponible sur: https://frapscentre.org/wp-content/uploads/2020/01/F2F5_SESA_2020_light.pdf
48. Mattig T, Chastonay P, Kabengele E, Bernheim L. Training medical students in health promotion: twenty years of experience at the Faculty of Medicine of the University of Geneva. *Health Promot Perspect.* 2017;7(4):245-9.
49. Service sanitaire : la prévention, oui, mais pas à tout prix ! [Internet]. 2018 [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2018/02/27/service-sanitaire-cest-parti-2/>
50. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. Des croyances aux comportements : conceptions et modèles. *Psycho Sup.* 2014;373-432.
51. Fenouillet F, Cosnefroy L. Motivation et apprentissages scolaires. In: *Traité de psychologie de la motivation* [Internet]. Dunod; 2009 [cité 20 mai 2021]. p. 127. Disponible sur: <http://www.cairn.info/traite-de-psychologie-de-la-motivation--9782100515837-page-127.htm>
52. Moliner P, Guimelli C. Les représentations sociales [Internet]. Presses universitaires de Grenoble; 2015 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782706122118.htm>
53. L. Bardin, « L'analyse de contenu », Paris, PUF, 1991.
54. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Armand Colin. 2016 [cité 9 juin 2021]. 330 p. (U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
55. Bonaldi C. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. :13.
56. Évaluation d'UNPLUGGED dans le Loiret, Programme de prévention de l'usage de substances psychoactives au collège [Internet]. Santé publique France; [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/synthese_programme_unplugged_web_bat.pdf
57. Cathelineau F, Le Tyrant M, Audran M, Jeannin C, Deutsch A. Tabado, un programme pertinent d'accompagnement des lycéens professionnels et apprentis à l'arrêt du tabac développé en milieu scolaire. *Bull Epidemiol Hebd.* 2021;(8):148-54. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/8/2021_8_3.html.
58. Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport annuel 2003. Inspection générale des affaires sociales. Paris: Documentation Française; 2003.
59. Priorité prévention : l'école promotrice de santé [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/priorite-prevention-l-ecole-promotrice-de-sante-6278>
60. Glatin CL, Guerin X, Berry P, Bouton C, Lamour P. Rôle des médecins dans l'éducation pour la santé à l'école. Analyse d'une expérience pluriprofessionnelle originale. *Sante Publique (Bucur).* 19 juill 2019;Vol. 31(2):203-12.
61. Kamoun ME. Université de Tours - Tableaux de bord Formation 2017-2018 [Internet]. Université de Tours. Mohamed El Kamoun; [cité 23 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.univ-tours.fr/formations/qualite-des-formations/enquetes-et-statistiques-sur-les-etudiants/tableaux-de-bord-formation-2017-2018>

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire

Votre Regard sur la Prévention en santé

Cher.e.s étudiant.e.s,

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche concernant **votre regard sur la Prévention en santé**.

Son objectif est de comparer le regard des étudiants ayant réalisé le service sanitaire par rapport à ceux ne l'ayant pas réalisé. Les étudiants de **3ème année et de 4ème année** de la faculté de Médecine de Tours de l'année universitaire 2019-2020 sont donc invités à compléter ce questionnaire anonyme, d'une durée de remplissage de 20 minutes environ. Les étudiants de 3ème année seront de nouveau invités à compléter ce questionnaire l'an prochain, pour une comparaison à année de formation identique.

Les données recueillies sont strictement confidentielles. Elles seront consultées uniquement par les coordinateurs de l'étude et l'investigatrice principale et seront conservées sur les serveurs sécurisés de l'Université de Tours pour une durée maximale de 5 ans. Les résultats seront présentés dans le cadre d'une thèse d'exercice en santé publique en 2021 et pourront faire l'objet de publications scientifiques futures.

Nous vous remercions de l'intérêt et du temps que vous nous accorderez par votre participation, et nous vous invitons à diffuser largement ce questionnaire à vos collègues de 3ème et 4ème année.

Cathie Faussat (1), Dr Paul Bregeaut (2) et Chloé Cherrier (3).

1. Interne de santé publique et investigatrice principale de l'étude.
2. Médecin de santé publique, chargé de Projet au Centre National de Coordination du Dépistage Néonatal, EA7505 Education Ethique Santé, CHRU de Tours : Coordinateur principal de l'étude
3. Doctorante en psychologie, EE 1901 QualiPsy, Université de Tours et chargée de mission à la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion en Santé Centre-Val de Loire, Co-coordinatrice de l'étude

Pour poursuivre, vous devez confirmer avoir pris connaissance des éléments suivants :

- Je reconnais en cochant la case ci-dessous que j'ai lu la présentation de l'étude, son objectif et sa durée. Je suis libre d'y participer ou non et je peux à tout moment m'arrêter. Il n'y a aucune conséquence négative en cas de refus. J'accepte que ces données anonymes soient conservées par les coordinateurs et l'investigatrice principale et fassent l'objet de traitements ultérieurs à des fins strictement scientifiques dans le respect de la loi relative à la protection de la vie privée.

Partie 1. Quelques renseignements vous concernant

Ces données ne sont recueillies qu'à visée descriptive et ne vise en aucun cas à vous identifier parmi les répondants.

1. Vous êtes de sexe :

- Féminin
 Masculin
 Autre

2. Quel est votre âge ?

3. Quelle est votre année de formation actuelle (année universitaire 2019-2020) ?

- 3ème année à la faculté de médecine de Tours (DFGSM3 / L3)
 4ème année à la faculté de médecine de Tours (DFASM1 / MM1)
 Autre

3 bis. Avez-vous redoublé l'année en cours ?

- Oui
 Non

3 bis. Création d'un identifiant anonyme

Si vous êtes en 3ème année de médecine, nous vous proposerons de compléter ce questionnaire une seconde fois, l'année prochaine. Pour faire le lien entre vos deux participations tout en conservant votre anonymat, nous vous proposons de créer un identifiant anonyme.

Pour le créer, inscrivez à la suite (sans espace, en minuscules) :

- la **première lettre** de votre nom de famille
- puis les **deuxième et troisième chiffres** du code postal de votre lieu de naissance (à défaut 00)
- puis les **deux chiffres** correspondant à votre jour de naissance (JJ de 01 à 31)
- et enfin les **deux dernières lettres** de la rue (avenue, boulevard, impasse...) dans laquelle vous habitez actuellement

Par exemple, l'identifiant d'Inès Val née à Tours (37000) le 20 septembre 1998 et habitant actuellement rue du commerce est : v7020ce

Votre Identifiant :

5. En dehors de votre formation médicale, avez-vous déjà réalisé des activités en lien avec la santé, la prévention, le social ou l'humanitaire ?

- Oui
 Non

5 bis. Si vous le souhaitez, merci de préciser le(s) type(s) d'activité(s) :

6. Merci de préciser si un de vos proches (parents, fratrie, conjoint) est - ou a été - professionnel dans les secteurs suivants :

| | oui | Non |
|---------------|-----------------------|-----------------------|
| Sanitaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Médico-social | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Social | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enseignement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

7. Un de vos proches a-t-il, ou a-t-il eu, une ou des activités spécifiques de *Prévention en santé* ?

- Oui
 Non

7 bis. Si vous le souhaitez, merci de préciser quel(s) type(s) d'activité(s) :

**8. Selon vous, quelle importance vos proches accordent-ils à la *Prévention en santé* ?
Sur une échelle de 0(= aucune importance) à 10(= importance maximale, une priorité) :**

0 10

9. Et vous, quelle importance accordez vous à la *Prévention en santé* ?

Sur une échelle de 0(= aucune importance) à 10(= importance maximale, une priorité) :

0 10

Partie 2. La Prévention en santé - ce que ça vous évoque

La suite du questionnaire a pour objectif de recueillir **votre propre regard sur la Prévention en santé**. Vos réponses sont anonymes, aucun jugement ne sera porté sur vos réponses. Il est important que vous répondiez **le plus spontanément possible** et non pas ce que vous pensez être une réponse attendue. Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation.

10. Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ?

Ecrivez dans l'ordre qui vous vient à l'esprit les éléments de réponse sous forme de mots, verbes, adjectifs ou groupes de mots (Ex. : avoir une voiture, être intelligent, ne pas chanter...).

3 à 5 réponses attendues

Mot 1

Mot 2

Mot 3

Mot 4

Mot 5

11. Pour vous, en quoi consiste la Prévention en santé ? (en quelques mots)

12. Pour vous, quels sont les acteurs clés de la Prévention en santé ?

3 à 5 réponses attendues

Types d'Acteurs 1

Types d'Acteurs 2

Types d'Acteurs 3

Types d'Acteurs 4

Types d'Acteurs 5

Partie 3. Les moyens d'améliorer la santé

Nous vous rappelons que vos réponses sont anonymes, aucun jugement ne sera porté sur vos réponses. Il est important que vous répondiez le plus spontanément possible et non pas ce que vous pensez être une réponse attendue. Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation.

13. Selon vous, quels sont les moyens d'améliorer la santé des populations ?

Etape 1 : Ecrivez dans l'ordre qui vous vient à l'esprit les éléments de réponse sous forme de mots, verbes, adjectifs ou groupes de mots (Ex. : avoir une voiture, être intelligent, ne pas chanter...).

3 à 10 réponses attendues

| | |
|--------|----------------------|
| Mot 1 | <input type="text"/> |
| Mot 2 | <input type="text"/> |
| Mot 3 | <input type="text"/> |
| Mot 4 | <input type="text"/> |
| Mot 5 | <input type="text"/> |
| Mot 6 | <input type="text"/> |
| Mot 7 | <input type="text"/> |
| Mot 8 | <input type="text"/> |
| Mot 9 | <input type="text"/> |
| Mot 10 | <input type="text"/> |

Etape 2. Classer par ordre d'importance les éléments que vous venez d'indiquer : Cliquer sur les mots, les uns après les autres, selon votre classement d'importance. Le premier mot sur lequel vous cliquez doit être celui auquel vous accordez le plus d'importance. Il lui sera attribué la première position du classement (un numéro 1 apparaît).

Par exemple, si le mot auquel vous accordez le plus d'importance est celui que vous avez indiqué en mot 7 à la question précédente, cochez en premier cette ligne.

| | |
|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Mot 1 |
| <input type="checkbox"/> | Mot 2 |
| <input type="checkbox"/> | Mot 3 |
| <input type="checkbox"/> | Mot 4 |
| <input type="checkbox"/> | Mot 5 |
| <input type="checkbox"/> | Mot 6 |
| <input type="checkbox"/> | Mot 7 |
| <input type="checkbox"/> | Mot 8 |
| <input type="checkbox"/> | Mot 9 |
| <input type="checkbox"/> | Mot 10 |

Partie 4. Intervention de Prévention en santé

Nous vous rappelons que vos réponses sont anonymes, aucun jugement ne sera porté sur vos réponses. Il est important que vous répondiez **le plus spontanément possible** et non pas ce que vous pensez être une réponse attendue. Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation.

14. Comment qualifiez-vous la place accordée à la *Prévention en santé* en France ?

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Insatisfaisante
- Très insatisfaisante

14 bis. Si vous le souhaitez, merci de préciser votre réponse en quelques mots :

15. Indiquer votre degré d'accord avec les propositions suivants :

| | Tout à fait d'accord | D'accord | Plutôt d'accord | Plutôt Pas d'accord | Pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Consacrer des dépenses dans la prévention est efficace pour maîtriser les coûts des soins de santé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Par rapport au traitement des maladies, la plupart des médecins ne consacrent pas suffisamment de temps aux activités liées à la prévention. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Notre société se porterait mieux si la science médicale mettait davantage l'accent sur la promotion de la santé et moins sur le traitement des maladies | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. La principale responsabilité des praticiens des soins de premiers recours (médecins généralistes) devrait être de conseiller les patients sur la façon d'éviter les maladies et de rester en bonne santé. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Conseiller et promouvoir la santé devrait être une partie importante du travail d'un médecin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Concernant la santé, les comportements des médecins sont des modèles importants pour les patients. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Apporter des conseils de santé est souvent efficace pour aider les gens à changer leur mode de vie. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Tout le monde devrait pouvoir voir son médecin généraliste pour des consultations préventives de routine, quelle que soit sa capacité à payer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. La prévention des maladies est principalement la responsabilité des services publics de santé plutôt que celle des praticiens. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Partie 4. Intervention de Prévention en santé

On entend ici par "intervention de prévention en santé", un **temps d'échanges organisé sur la santé auprès d'un groupe de personnes** (population "cible"). Nous vous rappelons que vos réponses sont anonymes, aucun jugement ne sera porté sur vos réponses. Il est important que vous répondiez **le plus spontanément possible** et non pas ce que vous pensez être une réponse attendue. Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation.

16. Pour vous, quels sont les principaux objectifs d'une intervention de Prévention en santé ? (en quelques mots)

17. Selon vous, sur quels éléments principaux doit reposer une intervention de Prévention en santé ?

3 à 5 réponses attendues

Elément 1

Elément 2

Elément 3

Elément 4

Elément 5

18. A titre d'exemple, selon vous, par quels moyens peut-on encourager un jeune à ne pas fumer ? (en quelques mots)

Partie 4. Intervention de Prévention en santé

Nous vous rappelons que vos réponses sont anonymes, aucun jugement ne sera porté sur vos réponses. Il est important que vous répondiez **le plus spontanément possible** et non pas ce que vous pensez être une réponse attendue. Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation.

19. Diriez-vous qu'une intervention de Prévention en santé peut être efficace sans tenir compte des facteurs socio-culturels des individus ?

- Oui
 Non
-

20. Diriez-vous qu'une intervention de Prévention en santé peut être efficace sans mettre en avant les risques encourus ?

- Oui
 Non
-

21. Diriez-vous qu'une intervention de Prévention en santé peut être efficace sans travail collaboratif entre différents acteurs ?

- Oui
 Non
-

Partie 5. Formation médicale et Prévention en santé

Nous vous rappelons que vos réponses sont anonymes, aucun jugement ne sera porté sur vos réponses. Il est important que vous répondiez le plus spontanément possible et non pas ce que vous pensez être une réponse attendue. Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation.

22. En tant que professionnel de santé, à combien évaluez-vous vos compétences en *Prévention en santé* ? Sur une échelle de 0 (= absence) à 10 (=optimale) :

0 10

23. En tant que professionnel de santé, à combien évaluez-vous vos compétences en *Prévention en santé* vis à vis des thématiques suivantes ? Sur une échelle de 0 (= absence) à 10 (=optimale) :

0 10

Nutrition

Activité physique

Vie affective et sexuelle

Conduites addictives

24. Comment évaluez-vous votre formation en *Prévention en santé* au sein de votre cursus ?

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Insatisfaisante
- Très insatisfaisante

25. Trouvez-vous utile d'intégrer une expérience d'intervention de *Prévention en santé* dans la formation médicale (service sanitaire) ?

- Oui
- Non

26. Pensez-vous qu'une telle expérience puisse servir dans la pratique médicale ?

- Oui
- Non

27. Si vous le souhaitez, merci de préciser votre opinion sur votre formation en *Prévention en santé* : (en quelques mots)

28. A ce jour, quelles sont les spécialités que vous envisagez d'exercer ? (Plusieurs réponses possibles)

- Médecine générale
- Une autre spécialité médicale
- Une spécialité chirurgicale
- Santé publique
- Médecine et santé au travail
- Autres

29. A ce jour, quelle est la spécialité que vous voudriez le plus exercer ? (1 seule réponse possible)

- Médecine générale
- Une autre spécialité médicale
- Une spécialité chirurgicale
- Santé publique
- Médecine et santé au travail
- Autres
- je ne sais pas

30. Souhaitez-vous exercer une activité dédiée à la *Prévention en santé* dans votre activité future ?

- Oui
- Non

31. Plus précisément, souhaiteriez-vous mener des interventions de *Prévention en santé* dans votre activité future ?

- Oui
- Non

Si vous le souhaitez, merci de préciser quel(s) autre(s) type(s) d'activités de *Prévention en santé* vous envisagez dans votre activité future : *(en quelques mots)*

Si vous le souhaitez, merci de préciser dans quel(s) cadre(s) vous souhaiteriez mener des interventions de *Prévention en santé* : *(en quelques mots)*

Page de remerciements

Vous venez de participer à notre enquête. Nous vous remercions vivement du temps que vous nous avez accordé.

Pour toute question relative à l'étude, vous pouvez me contacter par mail à l'adresse suivante : cathie.faussat@etu.univ-tours.fr

Cathie Faussat, Interne de Santé Publique et investigatrice principale de l'étude

Annexe 2. Traduction de la Preventive Attitude Scale (Bellas et al. 2000)

| N° item | Version anglaise | Traduction réalisée |
|---------|--|---|
| 1 | <i>How effective is spending more on preventive health measures as a means of controlling health care costs</i> | Consacrer des dépenses dans la prévention est efficace pour maîtriser les coûts des soins de santé |
| 2 | <i>I believe that as compared with treating disease, activities concerned with health maintenance are not allocated sufficient time by most physicians</i> | Par rapport au traitement des maladies, la plupart des médecins ne consacrent pas suffisamment de temps aux activités liées à la prévention. |
| 3 | <i>In my opinion, our society would be better off if medical science put more emphasis on the promotion of health and less on the treatment of illness</i> | Notre société se porterait mieux si la science médicale mettait davantage l'accent sur la promotion de la santé et moins sur le traitement des maladies |
| 4 | <i>I think the primary care practitioner's major responsibility should be to counsel patients on how to avoid illness and maintain good health</i> | La principale responsabilité des praticiens des soins de premiers recours (médecins généralistes) devrait être de conseiller les patients sur la façon d'éviter les maladies et de rester en bonne santé. |
| 5 | <i>Health promotion counseling should be an important part of a physician's work</i> | Conseiller et promouvoir la santé devrait être une partie importante du travail d'un médecin. |
| 6 | <i>Physician's health behaviors are important role models for patients</i> | Concernant la santé, les comportements des médecins sont des modèles importants pour les patients. |
| 7 | <i>Health promotion counseling is often effective in helping people change their lifestyles</i> | Apporter des conseils de santé est souvent efficace pour aider les gens à changer leur mode de vie. |
| 8 | <i>Everyone should have access for routine visits to a physician's office for health maintenance, regardless of their ability to pay</i> | Tout le monde devrait pouvoir voir son médecin généraliste pour des consultations préventives de routine, quelle que soit sa capacité à payer. |
| 9 | <i>I believe that disease prevention is primarily the responsibility of health departments rather than the responsibility of private practitioners</i> | La prévention des maladies est principalement la responsabilité des services publics de santé plutôt que celle des praticiens. |

Annexe 3. Guide des entretiens semi-dirigés

| | |
|---|---|
| <p>Se présenter</p> <p>Repréciser les objectifs/méthodes de l'étude</p> <p>Préciser la possibilité d'avoir la transcription / retours sur les résultats</p> <p>S'assurer d'être au calme</p> <p>Demander l'autorisation de démarrer l'enregistrement</p> | <p><i>Je suis interne de santé publique et j'effectue ma thèse de santé publique sur le regard que les étudiants en médecine portent sur la prévention, au sein de la faculté de médecine de Tours. L'objectif est d'identifier les changements qui pourraient être induits par l'introduction du service sanitaire dans la formation médicale.</i></p> <p><i>Je réalise une enquête par questionnaire en parallèle, mais les entretiens permettent d'avoir des éléments d'informations complémentaires.</i></p> <p><i>On va donc échanger sur la prévention et sa place dans la formation médicale.</i></p> <p><i>Tu es libre de t'exprimer et je ne porterai pas de jugement sur tes propos.</i></p> <p><i>Je ferai une transcription de l'entretien ensuite, donc si tu m'y autorises, je vais l'enregistrer. Les résultats seront rédigés de façon anonyme ensuite et ton identité reste confidentielle.</i></p> <p><i>Es-tu d'accord ?</i></p> |
|---|---|

Préciser que l'enregistrement démarre et débute l'échange

| Thème | Questions et relances | Mémos/précisions |
|--|--|--|
| <p>La prévention : Généralités, opinions</p> | <p>Pour commencer de façon très générale, que peux-tu me dire sur la prévention ? qu'est-ce que tu intègres comme faisant partie de la prévention ?</p> <p>Que penses-tu de la place accordée à la prévention en France ?</p> <p>Dans les retours que j'ai eu au questionnaire, les étudiants estiment que l'information est un levier en prévention, qu'en penses-tu ? pour toi c'est quoi la place de l'information dans la prévention ?</p> | <p>Définition, niveaux de prévention</p> |
| <p>Professionnels de prévention et Professionnels de santé : La place du médecin</p> | <p>Selon toi, qui sont les professionnels de la prévention ? Quels professionnels peuvent faire de la prévention ? Que penses-tu de la façon dont la prévention s'intègre dans l'activité des professionnels de santé ?</p> <p>Plus spécifiquement, pour les médecins, qu'en penses-tu ? Est-ce que la prévention est une des missions du médecin ? Si oui, quel est le rôle du médecin dans la prévention ? De quelles manières pratiquer cette activité ? Qu'est-ce que ça implique pour toi de faire de la prévention ?</p> | <p>Différence selon les spécialités</p> |
| <p>La formation en prévention dans les études médicales</p> | <p>Que penses-tu de la formation en prévention dans les études médicales ? Que penses-tu de sa place par rapport aux autres enseignements ?</p> <p>Quelles expériences as-tu en prévention ?</p> <p>Quelle est sa continuité avec l'activité clinique ? Comment toi, tu te vois l'intégrer à ta pratique médicale ?</p> <p>Quelles seraient tes attentes d'une formation en prévention ? Quelle expérience aimerais-tu intégrer dans le cursus sur la prévention ?</p> | <p>Théorique versus pratique Points forts, points faibles Supérieure / équivalente / inférieure</p> <p>Stage versus personnel</p> <p>Hospitalier/non Hospitalier</p> <p>Théorique / pratique</p> |
| <p>Le Service sanitaire</p> | <p>Que penses-tu du service sanitaire ?</p> <p>Pour toi, qu'est-ce que ça peut/t'as apporter/é vis-à-vis de la prévention ? Est-ce que ça peut/t'as apporter/é d'autres choses ?</p> | <p>Intérêts / Limites : apports théoriques / applications / continuité Vécu / motivations Connaissances, savoir-être, savoir-faire</p> |

Remerciements

Arrêt de l'enregistrement puis recueillir : Age, Année cursus, spécialités envisagées, profession des proches

Retour sur l'entretien

Annexe 4. Avis favorable du Comité d’Ethique de la Recherche Tours-Poitiers



Comité d’Ethique de la Recherche (CER) Tours-Poitiers

Poitiers, 24 août 2021

Avis pour le dossier n° CER 2020-05-04

Titre du projet : Etude de l’impact de la mise en place du service sanitaire à la faculté de médecine de Tours sur le regard porté par les étudiants sur la prévention en santé

Chercheur(s) titulaire(s) responsable(s) scientifique(s) du projet : Paul Bregeaut, Chloé Cherrier

Cher(e)s collègues,

Suite à la réunion du CER-TP en date du 18 mai 2020 et suite aux modifications réalisées sur votre dossier, le Comité d’Ethique a donné un avis favorable à votre projet de recherche.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d’agréer, cher(e)s collègues, l’expression de mes cordiales salutations.

Nathalie André

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'NA' with a large flourish.

Présidente du CER-TP

CER Tours-Poitiers – Courriel : presidencecertp@univ-tours.fr
Université de Poitiers 15 rue de l’Hôtel Dieu 86000 Poitiers
Université de Tours 60 rue du Plat d’Etain 37000 Tours

Annexe 5. Taux de remplissage des champs du questionnaire employant la technique d'association verbale

5.A. Nombre de champs complétés par les étudiants aux questions employant la technique de l'association verbale

| Question <i>(nombre de champs proposés par étudiant)</i> | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|---|------------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|
| | FASM1, N = 29 | (%) | FASM1, N = 22 | (%) | FGSM3, N = 31 | (%) |
| Question 10 <i>(5 champs)</i> | 121 /145 champs | (83,4) | 85 /110 champs | (77,3) | 116 /155 champs | (74,8) |
| Question 12 <i>(5 champs)</i> | 107 /145 champs | (73,8) | 84 /110 champs | (76,4) | 118 /155 champs | (76,1) |
| Question 13 <i>(10 champs)</i> | 131 /290 champs | (45,2) | 96 /220 champs | (43,6) | 140 /310 champs | (45,2) |
| Question 17 <i>(5 champs)</i> | 99 /145 champs | (68,3) | 79 /110 champs | (71,8) | 97 /155 champs | (62,6) |
| TOTAL | 458 /725 champs | (63,2) | 344 /550 champs | (62,5) | 471 /775 champs | (60,8) |

5.B. Nombre d'étudiants ayant complété au moins 3 ou 5 champs par question employant la technique de l'association verbale

| Question <i>nombre minimum de champs complétés</i> | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|---|---------------|---------|----------------|---------|---------------|--------|
| | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Question 10 | | | | | | |
| 3 champs/5 | 28 | (96,6) | 22 | (100,0) | 29 | (93,5) |
| 5 champs/5 | 14 | (48,3) | 6 | (27,3) | 11 | (35,5) |
| Question 12 | | | | | | |
| 3 champs/5 | 29 | (100,0) | 21 | (95,5) | 30 | (96,8) |
| 5 champs/5 | 6 | (20,7) | 6 | (27,3) | 9 | (29,0) |
| Question 13 | | | | | | |
| 3 champs/10 | 29 | (100,0) | 21 | (95,5) | 28 | (90,3) |
| 5 champs/10 | 10 | (34,5) | 9 | (40,9) | 14 | (45,2) |
| 10 champs/10 | 2 | (6,9) | - | - | 2 | (6,5) |
| Question 17 | | | | | | |
| 3 champs/5 | 29 | (100,0) | 21 | (95,5) | 27 | (87,1) |
| 5 champs/5 | 4 | (13,8) | 3 | (13,6) | 2 | (6,5) |

Annexe 6. Caractéristiques principales des entretiens semi-dirigés réalisés

| Promotion | Nom | Modalités | Durée (minutes) | Nombre d'interactions | Nombre de mots total transcrits | Nombre de mots par enquête |
|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|
| B | Aurélien | Physique | 89 | 111 | 15 645 | 12 631 |
| | Mallorie | Visioconférence | 67 | 156 | 10 400 | 6 940 |
| | Floriane | Visioconférence | 79 | 120 | 7 284 | 4 235 |
| | Laurie | Téléphonique | 84 | 140 | 12 853 | 9 354 |
| SESA | Cédric | Visioconférence | 89 | 60 | 11 111 | 9 241 |
| | Léa | Visioconférence | 100 | 76 | 18 859 | 16 797 |
| | Geoffrey | Visioconférence | 65 | 77 | 9 860 | 7 396 |
| | Simon | Physique | 78 | 93 | 14 606 | 12 259 |

Annexe 7. Catégorisation de la question 10 « *Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues)* »

7. A. Catégorisation générale de la question 10 « *Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues)* »

| Catégories | Promotion B | | Promotion SESA | | |
|---|---------------|--------|----------------|--------|---------------|
| | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 |
| | n | (%) | n | (%) | n (%) |
| Aspects définitionnels | | | | | |
| Finalités (maladies/santé) | 16 | (55,2) | 15 | (68,2) | 18 (58,1) |
| Fondements, principes | 11 | (37,9) | 11 | (50,0) | 7 (22,6) |
| Moyens / Actions / Mise en œuvre | | | | | |
| Déclinaison thématique | 18 | (62,1) | 10 | (45,5) | 15 (48,4) |
| Déclinaison opérationnelle | 14 | (48,3) | 5 | (22,7) | 17 (54,8) |
| Posture | 2 | (6,9) | 2 | (9,1) | 9 (29,0) |
| Acteurs | 3 | (10,3) | 1 | (4,5) | 1 (3,2) |
| Place de la prévention | 9 | (31,0) | 9 | (40,9) | 5 (16,1) |
| Formation | - | - | 1 | (4,5) | 3 (9,7) |

7. B. Catégorisation des aspects définitionnels relatifs à la finalité de la prévention en santé à la question 10 « *Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues)* »

| Finalité | Exemples | Promotion B | | Promotion SESA | | |
|--------------------|--|---------------|--------|----------------|--------|---------------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 |
| | | n | (%) | n | (%) | n (%) |
| Dimension | | | | | | |
| négative | « Réduction des comorbidités/maladies » | 7 | (24,1) | 5 | (22,7) | 13 (41,9) |
| positive | « Prolonger notre vie en bonne santé » | 2 | (6,9) | 4 | (18,2) | 3 (9,7) |
| Les deux | - | 5 | (17,2) | 1 | (4,5) | 1 (3,2) |
| Neutre | « Anticipation » | 2 | (6,9) | 4 | (18,2) | 2 (6,5) |
| Par niveaux | « prévention primaire, secondaire, tertiaire » | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | 1 (3,2) |

7. C. Catégorisation des aspects définitionnels relatifs aux fondements et principes généraux de la prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) »

| Fondements, principes | Exemples | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|-------------------------------------|--|---------------|--------|----------------|--------|---------------|-------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Champs disciplinaires | | | | | | | |
| Santé publique | « Santé publique » | 6 | (20,7) | 1 | (4,5) | 3 | (9,7) |
| Médical | « médical » ; « auto-soin » ; « alliance thérapeutique » | - | - | 4 | (18,2) | 2 | (6,5) |
| Social | « social » | - | - | 1 | (4,5) | - | - |
| Principes | | | | | | | |
| Approche populationnelle | « Population » ; « collectivité » | 4 | (13,8) | 2 | (9,1) | 3 | (9,7) |
| Déterminants de santé et inégalités | « milieux sociaux » ; « zones plus à risques » | 2 | (6,9) | 2 | (9,1) | 2 | (6,5) |
| Empowerment | « autonomie des individus » ; « patient acteur » | - | - | 2 | (9,1) | - | - |
| Outils, méthodes | « planification » ; « sciences » ; « épidémiologie » ; « données » | - | - | 2 | (9,1) | 3 | (9,7) |

7. D. Catégorisation de la déclinaison thématique des moyens et actions de prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) »

| Thématiques | Exemples | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|---------------------------|--|---------------|--------|----------------|--------|---------------|--------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Dépistage | « Dépistage » ; « dépistage systématique » | 5 | (17,2) | 5 | (22,7) | 7 | (22,6) |
| Vaccination | « Vaccination » ; « vaccin(s) » | 8 | (27,6) | 1 | (4,5) | 6 | (19,4) |
| Vie affective et sexuelle | « Maladies sexuellement transmissibles » ; « Education sexuelle » ; « IST » ; « SIDA » | 6 | (20,7) | 2 | (9,1) | 2 | (6,5) |
| Tabac | « Ne pas fumer » ; « tabac et autre toxique » | 5 | (17,2) | 1 | (4,5) | 1 | (3,2) |

| | | | | |
|--------------------------------|--|----------|---------|---------|
| Alcool | « Alcool » ; « Ne pas boire beaucoup » | 4 (13,8) | 1 (4,5) | 1 (3,2) |
| Addictions | « Addictio[n] » | - - | 1 (4,5) | 1 (3,2) |
| Nutrition, Alimentation | « Manger sainement » ; « Règles hygiéno-diététiques » ; « nutrition » | 4 (13,8) | 1 (4,5) | 1 (3,2) |
| Activité physique | « Faire du sport » ; « Faire de l'activité physique » | 2 (6,9) | 2 (9,1) | 2 (6,5) |
| Hygiène | « Hygiène », « Hygiène des mains » | 2 (6,9) | - - | 2 (6,5) |
| Violences | « Violence infantile et conjugale » ; « être vigilant aux violence[s] conjugale[s] » | 2 (6,9) | - - | - - |
| Santé mentale | « Syndrome d'épuisement professionnel » | 1 (3,4) | - - | - - |
| Premiers secours | « Gestes de premier secours » ; « réanimation cardio respiratoire » | 1 (3,4) | 1 (4,5) | - - |
| Sécurité routière | « Conduire responsable » | 1 (3,4) | 1 (4,5) | - - |
| Handicap | « Handicap » | - - | 1 (4,5) | 1 (3,2) |
| Epidémie | « Lutte contre les épidémies » ; « bye bye coronavirus » | - - | - - | 3 (9,7) |
| Education thérapeutique | « Education thérapeutique » | - - | - - | 1 (3,2) |
| Cardiovasculaire | « Maladie cardio vasculaire » | - - | - - | 1 (3,2) |
| Soleil | « exposition solaire » | - - | 1 (4,5) | - - |

7. E. Catégorisation de la déclinaison opérationnelle des moyens et actions de prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) »

| Mise en œuvre opérationnelle | Exemples | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|------------------------------|--|---------------|--------|----------------|--------|---------------|--------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Information | « campagne de prévention » ; « communication » ; « information » ; « message » | 8 | (27,6) | 2 | (9,1) | 11 | (35,5) |
| Education | « Education » ; « apprendre les bonnes pratiques » ; « échange » ; « instruction » | 7 | (24,1) | 4 | (18,2) | 4 | (12,9) |
| Sensibilisation | « sensibilisation » ; « lutter contre les idées reçues » | - | - | - | - | 4 | (12,9) |
| Jeunesse | « Jeunes » | 2 | (6,9) | - | - | - | - |
| Quotidien | « mise en place de mesures quotidiennes » | - | - | - | - | 2 | (6,5) |
| Collaboration | « coopération professionnelle » | - | - | - | - | 1 | (3,2) |

7. F. Catégorisation des éléments relatifs à la posture en prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) »

| Posture | Exemples | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|-------------|---|---------------|-------|----------------|-------|---------------|--------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Bilatérale | « relation centrée sur le patient et ses préoccupations / risques » ; « répondre aux questions » ; « échange » ; « partage » ; « discussion » | 2 | (6,9) | 1 | (4,5) | 4 | (12,9) |
| Unilatérale | « donner des conseils » ; « propager le savoir médical » ; « avertissement » | 1 | (3,4) | - | - | 1 | (3,2) |
| Prérequis | « ne pas être condescendant » ; « être vigilant » ; « rassurant » ; « être ouvert » ; « écoute » ; « sérénité » ; « être vigilant » | - | - | 1 | (4,5) | 6 | (19,4) |

7. G. Catégorisation des éléments relatifs à la place de la prévention en santé à la question 10 « Quels sont les premiers mots ou groupes de mots que vous évoque le sujet de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) »

| Place | Exemples | Promotion B FASM1, N = 29 | | Promotion SESA FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
|------------|--|------------------------------|--------|---------------------------------|--------|---------------|-------|
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Qualités | « indispensable dans la pratique médicale » ; « essentiel » ; « important » ; « plus importante que la médecine curative » | 3 | (10,3) | 3 | (13,6) | 3 | (9,7) |
| Intérêts | « meilleure compréhension des patients » ; « diminuer les dépenses de santé » ; | 4 | (13,8) | 5 | (22,7) | - | - |
| Défauts | « nécessite beaucoup de temps » ; « moralisateur » ; « ennuyant » ; « effort » | 1 | (3,4) | 3 | (13,6) | 1 | (3,2) |
| Faiblesses | « sous-estimée » ; « trop souvent oubliée » ; « insuffisante » ; « trop peu de formation sur le sujet » | 3 | (10,3) | 1 | (4,5) | 1 | (3,2) |
| Autre | « solution » ; « efficacité » | - | - | 1 | (4,5) | 1 | (3,2) |

Annexe 8. Catégorisation et sous catégorisation de la question 11 « Pour vous, en quoi consiste la Prévention en santé ? (en quelques mots) »

8. A. Catégorisation des éléments relatifs à la dimension de la définition de la prévention en santé à la question 11 « Pour vous, en quoi consiste la Prévention en santé ? (en quelques mots) »

| Dimension | Exemples | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|-----------|--|---------------|--------|----------------|--------|---------------|--------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Positive | « Avoir toutes les connaissances requise[s] pour rester en meilleur[e] santé possible » | 5 | (17,2) | 1 | (4,5) | 3 | (9,7) |
| Négative | « Mieux vaut prévenir que guérir : repérer les facteurs de risque de maladie et les corriger » | 18 | (62,1) | 16 | (72,7) | 19 | (61,3) |
| Les deux | « Prévenir les maladies et prôner le bien-être physique et psychique » | 2 | (6,9) | 3 | (13,6) | 5 | (16,1) |
| Neutre | « Action d'aujourd'hui pour bénéfices de demain » | 4 | (13,8) | 2 | (9,1) | 4 | (12,9) |

8. B. Catégorisation des éléments relatifs à la posture en prévention en santé à la question 11 « Pour vous, en quoi consiste la Prévention en santé ? (en quelques mots) »

| Posture | Exemples | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|-----------------|---|---------------|--------|----------------|--------|---------------|--------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Descendante | « informer la population et lui recommander des pratiques pour améliorer sa santé » ; « Faire prendre conscience au grand public de l'impact de leurs habitudes et actions de vie du quotidiens dans leur santé actuelle et future » | 8 | (27,6) | 4 | (18,2) | 7 | (22,6) |
| Accompagnatrice | « Éduquer la population vis-à-vis de la santé et ainsi leur donner les clés pour l'améliorer » ; « Sensibiliser et prévenir une population sur un problème relatif à leur santé, bien être, afin de leur donner les clefs pour pouvoir se prendre en charge précocement » | 1 | (3,4) | 3 | (13,6) | 7 | (22,6) |
| Les deux | « La prévention en santé consiste à prévenir et avertir la population de problèmes de santé, afin de les encourager à se faire dépister, à prendre conscience de facteurs de risques liés aux maladies, dans le but d'améliorer la santé de cette population. » | 1 | (3,4) | - | - | 2 | (6,5) |

Annexe 9. Catégorisation de la question 12 « Pour vous, quels sont les acteurs clés de la Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) »

| Acteurs | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|---|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Professionnels de santé | 28 | (96,6) | 22 | (100) | 25 | (80,6) |
| Termes génériques (e.g « corps médical ») | 9 | (31,0) | 9 | (40,9) | 13 | (41,9) |
| Médecins | 10 | (34,5) | 13 | (59,1) | 10 | (32,3) |
| Médecins généralistes | 7 | (24,1) | 4 | (18,2) | 4 | (12,9) |
| Médecins de santé publique | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | 2 | (6,5) |
| Médecin du travail | - | - | 1 | (4,5) | - | - |
| Infirmiers | 5 | (17,2) | 6 | (27,3) | 4 | (12,9) |
| Infirmiers scolaires | 3 | (10,3) | 1 | (4,5) | - | - |
| Pharmaciens | 1 | (3,4) | - | - | 1 | (3,2) |
| Dentiste | 1 | (3,4) | - | - | - | - |
| Diététicien | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | - | - |
| Sage-femme | - | - | 3 | (13,6) | 1 | (3,2) |
| Psychologue | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | - | - |
| Administration de la santé | 13 | (44,8) | 12 | (54,5) | 16 | (51,6) |
| Etat (e.g « l'Etat » ; « politiciens ») | 10 | (34,5) | 7 | (31,8) | 12 | (38,7) |
| « HAS » | 1 | (3,4) | - | - | 2 | (6,5) |
| Le ministère de la santé | 1 | (3,4) | 3 | (13,6) | - | - |
| Santé publique France | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | 2 | (6,5) |
| Agence Régionale de Santé (e.g « Les ARS ») | - | - | 3 | (13,6) | 5 | (16,1) |
| Les collectivités | - | - | - | - | 1 | (3,2) |
| Mairie | - | - | 1 | (4,5) | - | - |
| « organismes de santé » | - | - | 1 | (4,5) | - | - |
| Milieu éducatif (e.g « enseignant » ; « école ») | 16 | (55,2) | 9 | (40,9) | 8 | (25,8) |
| Secteur social (e.g « acteurs sociaux » ; « CCAS ») | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | 3 | (9,7) |
| Autres professionnels | 3 | (10,3) | 1 | (4,5) | 5 | (16,1) |
| Epidémiologistes | - | - | - | - | 1 | (3,2) |
| Statisticiens | - | - | - | - | 1 | (3,2) |
| « Professionnels ou non en lien avec la population cible » | - | - | - | - | 1 | (3,2) |
| « spécialistes » | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | - | - |
| « La santé publique » | 2 | (6,9) | - | - | 2 | (6,5) |
| « gendarmes (alcool, cannabis, tabac) » | - | - | - | - | 1 | (3,2) |
| Les Médias (e.g « Réseaux sociaux » ; « publicitaire ») | 11 | (37,9) | 4 | (18,2) | 4 | (12,9) |
| Les proches (e.g « parents » ; « les familles ») | 11 | (37,9) | 1 | (4,5) | 9 | (29,0) |
| Les associations | 6 | (20,7) | 1 | (4,5) | 3 | (9,7) |
| Le planning familial | 1 | (3,4) | - | - | - | - |
| Les étudiants | 2 | (6,9) | 2 | (9,1) | 3 | (9,7) |
| Etudiants Relais Santé | 1 | (3,4) | - | - | - | - |
| Etudiants en santé | - | - | - | - | 1 | (3,2) |
| Santé/social | 1 | (3,4) | - | - | - | - |
| Etablissement de recherche | - | - | - | - | 1 | (3,2) |
| Santé au Travail (e.g « patron d'entreprise ») | - | - | 1 | (4,5) | - | - |
| L'Ensemble des individus (e.g « Soi-même » ; « tout le monde » ; « la société ») | 5 | (17,2) | 10 | (45,5) | 17 | (54,8) |

Annexe 10. Catégorisation de la question 13 « Selon vous, quels sont les moyens d'améliorer la santé des populations ? (3 à 10 réponses attendues) »

| Moyens | Exemples | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|---|--|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| La prévention – promotion de la santé (en général) | « Augmenter la prévention notamment primaire » ; « la promotion des bons comportements à avoir » | 4 | (13,8) | 5 | (22,7) | 3 | (9,7) |
| Education | « Actions plus précises sur un certain point de santé » | 8 | (27,6) | 5 | (22,7) | 5 | (16,1) |
| Empowerment | « Rendre la population un acteur principal de la santé » | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | - | - |
| Information | « Informer sur les conduites à tenir » | 19 | (65,5) | 12 | (54,5) | 22 | (71,0) |
| Quantité, visibilité, ou accessibilité | « plus en parler » ; « Accessibiliser les informations (internet,...) » | 1 | (3,4) | 3 | (13,6) | 4 | (12,9) |
| Qualité | « ne pas donner de messages contradictoires » ; « journalisme plus scientifique » | 2 | (6,9) | - | - | 2 | (6,5) |
| Pédagogie | « L'information grand public avec la vulgarisation » | 3 | (10,3) | 2 | (9,1) | 1 | (3,2) |
| Formats | « Informations ludiques » ; « podcasts préventifs à la télé/radio » ; « chaine youtube » | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | 2 | (6,5) |
| Tabous | « Que certains domaine de prévention ne soient plus des tabous (contraception, anti depresseurs, voir un psychologue) » | - | - | - | - | 2 | (6,5) |
| Démarche globale | | | | | | | |
| Cibler | « Cibler les publics en fonction des sujets » | 1 | (3,4) | - | - | 1 | (3,2) |
| Régularité | « régularité » | - | - | - | - | 1 | (3,2) |
| Posture | « ne pas juger » | 4 | (13,8) | - | - | 7 | (22,6) |
| Espace-temps, aller vers | « Organiser des grandes réunions publiques sur des sujets de santé publique où chacun serait libre de poser des questions. » | 4 | (13,8) | 3 | (13,6) | 5 | (16,1) |
| Jeunesse-Précocité | « Plus d'interventions scolaires sur des sujets variés (alcool, harcèlement, IST) » | 12 | (41,4) | 4 | (18,2) | 5 | (16,1) |
| Système de santé | - | 14 | (48,3) | 12 | (54,5) | 11 | (35,5) |
| Accès aux soins | « Accessibilité aux soins pour tous » ; « Comblers les déserts médicaux » | 11 | (37,9) | 9 | (40,9) | 8 | (25,8) |
| Moyens | « investir plus sur la formation de la société en matière de prévention (dès l'école) » ; « Augmenter le budget consacré à la santé publique » | 4 | (13,8) | 3 | (13,6) | 3 | (9,7) |
| Valoriser les acteurs | « Mettre en lumière les associations centrées sur une maladie (ex : groupe de soutien des diabétiques) » | - | - | 2 | (9,1) | 1 | (3,2) |
| Collaboration, coordination | « Communiquer entre personnels soignants » ; « Multidisciplinarité » | - | - | 2 | (9,1) | 1 | (3,2) |
| Epidémiologie | « Multiplier les modélisations » ; | - | - | 1 | (4,5) | 2 | (6,5) |
| Décloisonner « la prise en charge » | « Aller à la rencontre » ; « aider » ; « prise en charge globale » | - | - | 3 | (13,6) | 2 | (6,5) |
| Renforcer la Formation | « former les professeurs à la prévention » ; « Former mieux les médecins à la santé publique et l'épidémiologie » | 2 | (6,9) | - | - | 4 | (12,9) |
| Actions sur les déterminants | | 17 | (58,6) | 10 | (45,5) | 18 | (58,1) |
| Socio-économiques | « Réduction de la précarité » | 3 | (10,3) | 1 | (4,5) | 4 | (12,9) |
| Milieu de vie | « aménager l'environnement pour faciliter des comportements » ; | 3 | (10,3) | 1 | (4,5) | 2 | (6,5) |
| Politiques publiques | « Augmentation des prix de l'alcool et du tabac » | 1 | (3,4) | - | - | - | - |
| Quotidien | « Inclure dans le quotidien » | - | - | 1 | (4,5) | 1 | (3,2) |
| Thématiques diverses | « encourager une alimentation saine » ; « Réduire la consommation de tabac » « gratuité du sport » | 13 | (44,8) | 8 | (36,4) | 12 | (38,7) |

Annexe 11. Catégorisation de la question 16 « Pour vous, quels sont les principaux objectifs d'une intervention de Prévention en santé ? (en quelques mots) »

| Objectifs | Exemples | Promotion B | | Promotion SESA | | | |
|---|--|---------------|--------|----------------|--------|---------------|--------|
| | | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Education / Information | « Sensibiliser les population et leur faire surtout prendre conscience de problème de santé. L'objectif principal pour moi est que la population cible se sente concernée » ; « Le but principal d'une intervention de prévention en santé est d'informer. » | 23 | (79,3) | 13 | (59,1) | 23 | (74,2) |
| Posture descendante | « Sensibiliser le public à un sujet médical pointu, afin de rééquilibrer les connaissances et de favoriser sa coopération. » | 11 | (37,9) | 1 | (4,5) | 15 | (48,4) |
| Posture bilatérale ; tenir compte des représentations | « Comprendre comment la population cible perçoit la santé et ce qui, pour eux, paraît "bien" ou "mal" de faire » ; « faire réfléchir le public sur son comportement face à sa santé » ; « Il faut les aider à comprendre pourquoi on fait telle ou telle chose » | 1 | (3,4) | 4 | (18,2) | 5 | (16,1) |
| Posture accompagnatrice | « aider les personnes à mieux comprendre leur santé » ; « orienter vers un changement de mode de vie dans la mesure du possible de chacun » | 4 | (13,8) | 1 | (4,5) | 1 | (3,2) |
| Baisse de la morbi-mortalité | « Diminuer le nombre de personnes malades lorsque cela est possible, prolonger le bon état de santé » | 3 | (10,3) | 3 | (13,6) | 3 | (9,7) |
| Changer les comportements | « Changer les modes de vie » | 4 | (13,8) | 7 | (31,8) | 1 | (3,2) |
| Modalités | | | | | | | |
| Démarche de santé publique | « cibler des objectifs, définir un projet de prévention et le mettre en œuvre. finir par une évaluation de la campagne de prévention » | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | 3 | (9,7) |
| Echelle/Public cible | « Viser un maximum de personnes » ; « S'assurer que l'information soit communiquée a tous. » | 3 | (10,3) | 1 | (4,5) | - | - |
| Clarté, simplicité | « simples et claires, démocratisation des concepts » | 2 | (6,9) | 2 | (9,1) | 2 | (6,5) |
| Fiabilité | « informations fiables et justes » | - | - | - | - | 1 | (3,2) |
| Le cadre | « passer un moment agréable » ; « cadre propice » | - | - | - | - | 2 | (6,5) |
| captiver l'attention | « Être interactif ; Être accessible à tout le monde » | 1 | (3,4) | 2 | (9,1) | - | - |

Annexe 12. Catégorisation de la question 14bis concernant les précisions apportées à la question 14 « *Comment qualifiez-vous la place accordée à la Prévention en santé en France ?* »

| Catégories | Exemples | Promotion B | Promotion SESA | |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| | | FASM1, N = 29 9 commentaires | FASM1, N = 22 7 commentaires | FGSM3, N = 31 10 commentaires |
| Une place insuffisante, non optimale | <i>« La place est importante mais la manière de faire pas optimale »</i> | 9 | 6 | 9 |
| Peu de moyens alloués | <i>« Les financements sont insuffisants (cf. masques pendant la crise) » ; « ce n'est pas suffisant sachant les moyens qu'a la France »</i> | - | - | 2 |
| Méconnaissance ; Intérêt limité de la population | <i>« Les campagnes de dépistage ne sont pas encore assez connues » « il faut s'y intéresser un minimum pour que ça impact la population »</i> | 2 | 1 | 4 |
| Des Tabous | <i>« Typiquement, la prévention sexuelle chez les adolescent[s] est encore tabou »</i> | 1 | - | - |
| Manque/variabilité | <i>« Par exemple, en ce qui concerne l'alimentation, je trouve que de plus en plus de jeunes enfants n'ont pas conscience de ce qu'est manger équilibré. Mais au contraire, je trouve que la prévention autour du tabac est assez efficace dans notre tranche d'âge. »</i> | - | 1 | - |
| Variabilité des pratiques en médecine | <i>« Peu de médecins font la promotion de la prévention en santé. » ; « chaque médecin laisse une place plus ou moins grande dans la consultation pour parler prévention [...] »</i> | 2 | - | - |
| Un développement encourageant | <i>« Je pense que la place accordée à la Prévention en santé en France est satisfaisante car de plus en plus d'actions voient désormais le jour, et cela se démocratise de plus en plus »</i> | 1 | 3 | 5 |
| Mauvaises représentations au cours de la formation médicale | <i>« Les études de médecine offrent peu de moyen de découvrir les leviers des préventions » ; « La santé publique n'est pas bien perçue de la part des étudiants en médecine, elle serait prise par les "bas de classement" »</i> | 1 | - | 2 |

Annexe 13. Catégorisation de la question 17 « Selon vous, sur quels éléments principaux doit reposer une intervention de Prévention en santé ? (3 à 5 réponses attendues) »

| Eléments | Exemples | Promotion B FASM1, N = 29 | | Promotion SESA FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 | |
|--|---|------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Education | « éducation » | 3 | (10,3) | - | - | - | - |
| Information en santé | | 16 | (55,2) | 14 | (63,6) | 14 | (45,2) |
| Clarté, simplicité | Vulgarisation des termes ; Informations simples et claires | 8 | (27,6) | 11 | (50,0) | 10 | (32,3) |
| Pertinence | « Vérité », « pertinence de l'information » | 2 | (6,9) | 3 | (13,6) | - | - |
| Lutter contre les idées reçues | « Idées reçues en santé » | 2 | (6,9) | - | - | - | - |
| Médiatisation | « publicité », « réseaux sociaux » | 2 | (6,9) | - | - | 1 | (3,2) |
| Cadre / Posture | | 16 | (55,2) | 12 | (54,5) | 24 | (77,4) |
| Dialogue ; représentations ; participation | « débattre si le sujet s'y prête, demander son opinion au public de manière régulière » | 9 | (31,0) | 11 | (50,0) | 19 | (61,3) |
| Bienveillance | « sans jugement » ; « non culpabilisation » ; empathie | 6 | (20,7) | 6 | (27,3) | 7 | (22,6) |
| Ambiance | « Moment agréable pour les participants » ; | 2 | (6,9) | - | - | 3 | (9,7) |
| conviviale/confiance | « convivialité » ; « relation de complicité » | | | | | | |
| Pédagogie | « Capter et captiver le public » | 7 | (24,1) | 4 | (18,2) | 7 | (22,6) |
| Promotion | « Encourager les facteurs protecteurs » | 1 | (3,4) | - | - | - | - |
| Format/Contenu | | 10 | (34,5) | 8 | (36,4) | 7 | (22,6) |
| Ludique | « le jeu » ; « ludique » | - | - | 2 | (9,1) | 4 | (12,9) |
| Eléments concrets | « Education et ateliers de mise en situation » ; « concret !! » | 4 | (13,8) | 3 | (13,6) | - | - |
| Témoignages | « témoignages » | 3 | (10,3) | - | - | - | - |
| Supports | infographies, images, stats | - | - | 1 | (4,5) | 1 | (3,2) |
| Solutions | Stratégie d'amélioration | 2 | (6,9) | 1 | (4,5) | 2 | (6,5) |
| Démarche projet / santé publique | | 11 | (37,9) | 11 | (50,0) | 12 | (38,7) |
| Evaluation des besoins, états des lieux | « Importance du problème de santé » ; « des études statistiques » ; « les questions/attentes de la population » ; chiffres, données » | 3 | (10,3) | 6 | (27,3) | 4 | (12,9) |
| Public cible | « être ciblée vers un type de population » ; « Un sondage sur les comportements avant la prévention » | 2 | (6,9) | 6 | (27,3) | 5 | (16,1) |
| Fréquence | « l'intervention doit être répétée dans le temps » | 1 | (3,4) | - | - | - | - |
| Faisabilité | « être réaliste et simple » | 1 | (3,4) | - | - | 2 | (6,5) |
| Evaluation, Résultats | « montrer concrètement l'apport de l'action menée » | 1 | (3,4) | 3 | (13,6) | 2 | (6,5) |
| Orientation | Accessibilité des structures de santé (post-intervention) | - | - | - | - | 1 | (3,2) |
| Recommandations | « Recommandations actuelles » | 1 | (3,4) | - | - | - | - |
| Acteurs | « professionnels de santé » | 3 | (10,3) | - | - | 1 | (3,2) |
| Mesures politiques | Aide de l'état / mesures politiques | 2 | (6,9) | - | - | - | - |
| Accessibilité | « accessible » ; « accessibilité » | 6 | (20,7) | 4 | (18,2) | 4 | (12,9) |
| Thématiques diverses | « encourager les dépistages » | 5 | (17,2) | 1 | (4,5) | - | - |
| Expériences | « partage d'expériences » | 1 | (3,4) | - | - | 1 | (3,2) |
| Prévention | « prévenir » / « prévenir des facteurs de risque » | 2 | (6,9) | - | - | - | - |
| Non catégorisés | « lucidité » « enrichissante » « questionnement » « intervention » | 1 | (3,4) | 1 | (4,5) | 3 | (9,7) |

Annexe 14. Catégorisation de la question 18 « A titre d'exemple, selon vous, par quels moyens peut-on encourager un jeune à ne pas fumer ? (en quelques mots) »

| Catégories | Exemple | Promotion B | Promotion SESA | |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | FASM1, N = 29 26 commentaires | FASM1, N = 22 18 commentaires | FGSM3, N = 31 28 commentaires |
| Risque | « montrer les désavantages pour sa santé, mais aussi pour celle des autres. lui expliquer d'éviter de tomber dans l'addiction (expliquer ce qu'est la dépendance). Utiliser des arguments rationnels » | 17 | 8 | 15 |
| Physiopathologie | « il faudrait dès le plus jeune âge (collège notamment) enseigner sur ce qu'est la fonction pulmonaire, le tabac et son effet sur les poumons/autres organes. » | 3 | 3 | 2 |
| Coût | « Le prix/an qu'ils peuvent mettre dans les cigarettes et donner l'équivalent (ex 1000euros = 1 PC ...) » | 8 | 1 | 8 |
| Bénéfice | « En le faisant s'interroger sur ce que lui apporter le fait de fumer, ce que lui apporterait l'arrêt, » | 6 | - | 2 |
| Motivations, compétences psychosociales | « lui faire comprendre que faire comme les autres ce n'est pas toujours la bonne attitude à adopter, que ce n'est pas parce que son entourage fume qu'il est moins bien que les autres s'il ne le fait pas, que ce n'est pas pour cela qu'il sera seul par exemple » | 10 | 8 | 15 |
| Alternatives | « donner des exemples d'autres activités "anti-stress" à faire à la place » | 3 | 2 | 4 |
| Témoignages | « Avec des témoignages de personnes qui ont eu un cancer relatif au tabac, ou des proches d'un patient, et que les élèves puissent leur poser des questions etc. » | 5 | - | 1 |
| Prérequis/posture | « Le dialogue me semble une priorité, sans faire la morale ou bien avoir une relation asymétrique, condescendant. » | 3 | 3 | 10 |
| Autres modalités préventives | « Mettre les paquets de tabac plus chers. » ; « créer des vrais enseignements et pas juste des interventions ponctuelles » « En organisant des soirées sans tabac » | 3 | 2 | 2 |
| Ressources | « les moyens de recours personnels possibles pour arrêter (lignes d'écoute gratuite, consultations gratuites dans CMP ou organismes) » | 5 | 3 | - |
| Information sur le tabac | « Composition d'une cigarette » | 2 | - | 1 |
| S'appuyer sur les connaissances préalables | « l'interroger sur les représentations qu'il a de la cigarette pour, avec lui, déconstruire certaines idées fausses qu'il pourrait avoir » | - | - | 3 |
| S'appuyer sur des professionnels | « inviter également un sociologue à en expliquer la raison du comportement » | - | - | 1 |
| Difficulté | « Trop compliqué. Temps que l'on expérimente pas les pathologies que le tabac provoque, on a tendance à être dans le déni » | - | - | 1 |

Annexe 15. Spécialités envisagées par les étudiants

| | Promotion B | | Promotion SESA | | |
|------------------------------------|---------------|--------|----------------|--------|---------------|
| | FASM1, N = 29 | | FASM1, N = 22 | | FGSM3, N = 31 |
| | n | (%) | n | (%) | n (%) |
| Spécialités envisagées | | | | | |
| Médecine générale | 19 | (65,5) | 16 | (72,7) | 19 (61,3) |
| Autre(s) spécialité(s) médicale(s) | 26 | (89,7) | 17 | (77,3) | 28 (90,3) |
| santé publique | - | - | 1 | (4,5) | 2 (6,5) |
| Spécialité(s) chirurgicale(s) | 10 | (34,5) | 3 | (13,6) | 10 (32,3) |
| autres spécialités | 2 | (6,9) | 2 | (9,1) | 1 (3,2) |
| Spécialité la plus désirée | | | | | |
| Médecine générale | 7 | (24,1) | 6 | (27,3) | 6 (19,4) |
| Autre(s) spécialité(s) médicale(s) | 14 | (48,3) | 8 | (36,4) | 17 (54,8) |
| santé publique | - | - | - | - | - - |
| Spécialité(s) chirurgicale(s) | 5 | (17,2) | 2 | (9,1) | 3 (9,7) |
| Autres spécialités | - | - | 1 | (4,5) | 1 (3,2) |
| Ne sait pas | 3 | (10,3) | 5 | (22,7) | 4 (12,9) |

Annexe 16. Types d'activités et interventions de prévention envisagées par les étudiants

| Catégories | Exemples | Promotion B | Promotion SESA | |
|---|---|-----------------|----------------|----------------|
| | | FASM1, N = 29 | FASM1, N = 22 | FGSM3, N = 31 |
| | | 12 commentaires | 4 commentaires | 6 commentaires |
| Partie intégrante de l'activité médicale | « Ce n'est pas tant des interventions mais apporter du conseil et encourager +++ les conduites positives, éducation parentale » | 4 | 1 | 2 |
| Intervenir hors du cadre médical | | 6 | 1 | 1 |
| Cadre scolaire | « Dans le cadre de la prévention dans un contexte scolaire, en tant que médecin généraliste j'aimerais bien pouvoir réaliser des interventions » | 5 | 1 | - |
| Autres cadres | « Éventuellement dans le cadre d'actions auprès de populations isolées manquant d'informations car j'ai toujours aimé me dévouer et j'estime que ces actions sont complètement dépendantes de notre professions » | 3 | 1 | - |
| Associations | « Collaborer avec différentes assos » | 1 | 1 | - |
| Thématiques | « des campagnes de vaccination, sensibilisation au maladies infectieuses et transmissibles » ; « Nutrition - obésité - risques cardiovasculaires » « éducation parentale » | 2 | 2 | 1 |
| Autres | « former des étudiants en santé à la prévention en santé » « participer à des études de santé publique » | - | 2 | 2 |

Vu, le Directeur de Thèse

Dr P. Brogeant

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Dr P. Brogeant', written over a series of horizontal scribbles.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

FAUSSAT Cathie

95 pages – 12 tableaux – 5 figures – 16 annexes

Impact de la mise en place du service sanitaire sur les représentations que les étudiants en médecine de la faculté de Tours ont de la Prévention en santé

Introduction : Trente ans après la charte d'Ottawa, le service sanitaire (SESA) est présenté comme un moyen d'initier la réorientation des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé. L'impact du SESA sur les représentations que les étudiants de la faculté de médecine de Tours ont de la prévention a été exploré en confrontant le regard des étudiants ayant réalisé le SESA à celui d'étudiants ne l'ayant pas réalisé.

Méthode : Une étude mixte par questionnaires et entretiens semi-dirigés a été construite pour explorer différentes dimensions : représentations, attitudes, motivations à l'intégration de pratiques préventives dans l'activité future.

Résultats : 82 réponses aux questionnaires et 8 entretiens ont été exploités. Les étudiants des deux promotions partageaient : une attitude positive envers la prévention, une représentation biomédicale de la prévention, un positionnement central des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes comme acteurs de prévention. Au sein de la promotion d'étudiants ayant réalisé le SESA, plus d'éléments relatifs à la posture éducative ainsi que des stratégies d'intervention moins centrées sur les risques ont été observés. L'intérêt pédagogique du SESA a été décrit par les étudiants des deux promotions mais la volonté d'intégrer des interventions de prévention au sein de l'activité future restait limitée.

Discussion : Le SESA permettrait d'enrichir les représentations des étudiants sur la prévention en santé sans pour autant intervenir sur leur attitude générale ou motivation à réaliser des interventions de prévention. Afin d'ancrer cet exercice dans les pratiques futures, un continuum dans l'intégration de la prévention au cours des 2^{ème} et 3^{ème} cycles des études médicales devrait être envisagé.

Mots clés : prévention, promotion de la santé, service sanitaire, études médicales, étudiants en médecine, pédagogie, représentations

Jury :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT
Membres du Jury : Professeur Emmanuel RUSCH
Docteur Leslie GUILLON-GRAMMATICO
Co-encadrante : Madame Chloé CHERRIER
Directeur de thèse : Docteur Paul BREGEAUT

Date de soutenance : 11 octobre 2021