

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 111

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine Générale

par

Estelle CHAILLOU-PEAN

née le 30 mars 1982 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 08 Novembre 2012

**LES NIVEAUX DE COMPETENCE DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE DE NANTES EN
MATIERE D'EDUCATION PREVENTION ET DEPISTAGE**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Madame le Docteur Laure VANWASSENHOVE

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT
Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

ABREVIATIONS UTILISEES

WONCA :	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation mondiale des médecins généralistes)
EURACT :	The European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine
DES :	Diplôme d'Etude Supérieur
HPST :	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
JO :	Journal Officiel
CNGE :	College National des Généralistes Enseignants
UFR :	Unité de Formation et de Recherche
DMG :	Département de Médecine Générale
DU :	Diplôme Universitaire
RSCA :	Récit de Situation Complexe Authentique
GEAR :	Groupe d'Echange à l'Approche Réflexive
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
AVK :	Anti Vitamine K
UMS :	Unité Minimale de Sens
ALD :	Affection de Longue Durée
PSA :	Prostate Specific Antigen
TR :	Toucher Rectal

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	7
1.1 Le contexte	7
1.2 Le choix du paradigme d'enseignement	9
1.3 Le travail du grand Ouest	10
1.4 La formation nantaise	11
2. MATERIEL ET METHODE	13
2.1 La méthode	13
2.2 Les focus group	14
2.3 Le matériel	16
3. RESULTATS	17
3.1 La définition de l'éducation, la prévention, le dépistage	17
3.2 Le temps	18
3.2.1 Le manque de temps	18
3.2.2 La prise en charge dans le temps	18
3.2.3 Le temps opportun	18
3.2.4 La répétition	19
3.2.5 La stratégie de la gestion du temps.....	19
3.2.6 Le gain de temps.....	19
3.3 Les contraintes, les freins, les obstacles	20
3.3.1 Le contexte aigu	20
3.3.2 Le contexte socio-économique	20
3.3.3 Le système de soin	20
3.3.4 Le manque de suivi.....	21
3.3.5 L'organisation hospitalière	21
3.3.6 Les croyances et les représentations du patient.....	21
3.3.7 Le malaise du médecin	22
3.4 La posture du médecin	23
3.4.1 La vision du médecin	23

3.4.2	La pratique.....	24
3.4.3	Le ressenti.....	25
3.5	La posture du patient	27
3.5.1	Le patient passif.....	27
3.5.2	Le patient opposant.....	27
3.5.3	Le patient acteur	28
3.5.4	Les limites des patients	29
3.6	Les facilitateurs	30
3.6.1	Le contexte	30
3.6.2	Le sujet	30
3.6.3	Les supports.....	31
3.7	La communication et les compétences relationnelles.....	32
3.8	L'apprentissage et l'acquisition des compétences	33
3.8.1	Le modèle de rôle.....	33
3.8.2	Les connaissances théoriques	33
3.8.3	Les ressources.....	34
3.8.4	L'expérience personnelle.....	35
3.8.5	Le manque de formation	35
3.9	La réflexivité	37
3.9.1	Le but.....	37
3.9.2	Les destinataires.....	38
3.9.3	L'analyse de ses réactions	38
3.9.4	Une discussion sur la compétence elle-même	38
3.10	La santé publique	39
3.11	La compétence partagée	40
3.11.1	La place du généraliste	40
3.11.2	Le travail en concertation avec d'autres professionnels.....	40
4.	DISCUSSION	41
4.1	Avant-propos	41
4.2	Les points forts de ce travail	41
4.3	Les limites de ce travail	42
4.4	La maîtrise des définitions.....	42

4.5	La mise en évidence de la technique d'apprentissage	43
4.6	L'interaction entre la position du patient et celle du médecin	44
4.7	L'expression des difficultés	45
4.8	La gestion du temps	46
4.8.1	L'intégration du temps dans la pratique	46
4.8.2	Le temps dans la prise en charge au long cours.....	47
4.8.3	L'utilisation du moment opportun	47
4.9	La compétence partagée	48
4.10	Les attentes de formation en communication.....	48
4.11	La réflexivité	49
5.	CONCLUSION.....	51
6.	BIBLIOGRAPHIE	54
7.	ANNEXES.....	56
7.1	ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES FOCUS GROUP.....	56
7.2	ANNEXE 2 : Tableau de codage débutants.....	59
7.3	ANNEXE 3 : Tableau de codage intermédiaires.....	83
7.4	ANNEXES 4 : Tableau de codage compétents	112
7.5	ANNEXE 5 : Verbatim débutants	154
7.6	ANNEXE 6 : Verbatim intermédiaires	177
7.7	ANNEXE 7 : Verbatim compétents	214

1. INTRODUCTION

1.1 Le contexte

Pour comprendre l'intérêt de cette thèse, il est intéressant de faire un état des lieux préalable.

La formation spécifique à la médecine générale est une discipline relativement récente, apparue en 1948 en Grande-Bretagne puis progressivement dans toute l'Europe¹.

En 1969, c'est une nouvelle discipline qui voit le jour sous le nom de médecine de famille aux Etats-Unis et au Canada.

Dès lors, les structures académiques se regroupent en organisation mondiale, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) et européenne, l'EURACT en 1972, rattachée à la WONCA en 1995.

En France, la formation se structure elle aussi, malgré un long désintérêt des services publics et de la plupart des universitaires.

Néanmoins, le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) se forme en 1988. Leur réflexion se porte, entre autre, sur la validation du DES² de médecine générale et la reconnaissance du métier de médecin généraliste.

Un des objectifs du CNGE est la formation de professionnels réflexifs², en promulguant le paradigme d'apprentissage et le socioconstructivisme³.

Forte de cette ambition, une commission d'expert propose alors un référentiel métier décrivant les compétences attendues du médecin généraliste.

Publié en 2009, ce référentiel décrit les six grandes compétences à acquérir au cours du cursus de formation⁴:

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

Ce référentiel, fruit d'un travail de longue haleine de la commission d'élaboration du référentiel métier, est légitimé par la confrontation aux compétences définies par la WONCA⁵ et doit, comme le souligne le Dr ATTALI, être connu de tous⁶.

Son appropriation par les acteurs de la médecine générale et notamment dans le cadre de la formation des étudiants est une grande avancée dans le domaine de la pédagogie médicale.

Pour ce faire, il tente de répondre à une exigence de simplicité puisque la formulation des compétences s'inscrit dans une compréhension quasi-immédiate de leur finalité⁷.

Dans cet état d'esprit, l'étape suivante consiste à explorer chaque compétence en cherchant «des indicateurs de niveau», car décrire une compétence, avec sa définition et son contenu, ne suffit pas pour pouvoir certifier explicitement un individu.

Chaque région s'est vue attribuer une compétence à explorer selon le même modèle de travail.

Parallèlement, la publication de la loi HPST au JO de juin 2009, place l'éducation thérapeutique au centre de notre action, d'où l'importance de la certification des futurs médecins généralistes pour cette compétence⁷.

1.2 Le choix du paradigme d'enseignement

Le fondement du mouvement socioconstructiviste et du paradigme d'apprentissage se base sur le fait que l'étudiant est à l'origine de son apprentissage, à partir de connaissances acquises et d'expériences qui seront exploitées *à posteriori* pour développer sa réflexivité à l'aide des enseignants (rétroaction pédagogique).

Ainsi, l'apprentissage, processus individuel, va être favorisé par l'interaction avec d'autres personnes en proposant un défi cognitif et une prise de conscience. Cette technique assure une meilleure transférabilité et pérennité des connaissances^{3,8}.

Ce modèle d'enseignement s'appuie sur les travaux de Tardif: «Seules les tâches complètes, complexes et signifiantes pour l'apprenant peuvent constituer une situation valide d'évaluation sur le plan cognitif», « L'évaluation qui tient compte de la contextualisation de la compétence et des interactions de ses composantes exige des tâches complètes, complexes et signifiantes»⁹.

Le but ultime de cette forme d'apprentissage est de s'assurer de la compréhension en profondeur des notions abordées par les étudiants, leur permettant de les réutiliser en dehors du cadre universitaire et donc de devenir des médecins réflexifs.

1.3 Le travail du grand Ouest

La problématique de ce travail a été élaborée par le groupe de travail expert du CNGE et en particulier le Professeur Philippe BAIL de l'UFR de Brest.

Dans le cadre de la mise en place d'un processus de certification basé sur l'acquisition des six compétences, il s'agit d'établir des indicateurs, à partir de l'analyse du discours d'internes de niveaux différents et de les confronter à des hypothèses préétablies. Cette recherche qualitative qui va comporter plusieurs axes afin de croiser les données:

- ✓ Réaliser un focus group pour chacun des 3 niveaux définis, soit 3 focus group par département de médecine générale. Six internes vont prendre en charge cette recherche pédagogique.
- ✓ Rechercher des indices dans les récits cliniques des internes selon leur niveau.
- ✓ Recenser la formation dispensée par chaque UFR dans le cursus médical sur la compétence éducation-prévention-dépistage.

Les niveaux définis pour les focus group sont :

- ✓ Groupe débutant : internes en cours de premier stage
- ✓ Groupe intermédiaire : internes en cours de stage chez le praticien
- ✓ Groupe compétent : internes ayant terminé leur cursus par un SASPAS

La définition donnée par le groupe de travail expert du Grand Ouest est la suivante :

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

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

1.4 La formation nantaise

Sur le plan national, la spécialisation en médecine générale est actuellement bien codifiée, elle s'articule entre pratique et théorie.

Actuellement, la validation du DES de médecine générale passe par la validation de six semestres dans des structures agréés à savoir un service d'accueil d'urgences, un service du pôle mère-enfant, un service de médecine adulte, un cabinet de médecine générale, et deux stages libres.³

Il existe d'autre part une obligation d'enseignement « théorique » d'une durée de deux cents heures sur les thématiques de médecine générale :

- ✓ Champ d'application de la médecine générale,
- ✓ Situations courantes en médecine générale,
- ✓ Conditions de l'exercice professionnel en médecine générale,
- ✓ Gestes et techniques en médecine générale,
- ✓ Prévention, éducation thérapeutique et sanitaire,
- ✓ Recueil des données épidémiologiques,
- ✓ Documentation et recherche en médecine générale.

Le DMG fonctionne sur un système de point attribué par la présence en cours, la participation a des D.U., des congrès, des tests de lecture de la revue Prescrire...

Sur le plan pédagogique, le DMG propose l'utilisation du portfolio aux étudiants comme support pour la collecte d'information sur les apprentissages réalisés et les compétences développées. Il contient des RSCA (Récit de Situation Complexe Authentique), des bibliographies, des résumés de séminaires...¹⁰

Pour accompagner les internes dans cette approche réflexive, le DMG de Nantes a mis en place des GEAR (Groupe d'Echange à l'Approche Réflexive). Par petit groupe, les internes s'approprient l'écriture du RSCA. Cet outil permet une réflexion approfondie à partir d'une situation vécue par l'interne.

Lors des appréciations annuelles, l'étudiant est reçu par deux enseignants qui vont apprécier sa capacité à réfléchir sur sa pratique en explorant les compétences du référentiel métier. Cette évaluation formative permet aux enseignants de faire une rétroaction pédagogique à l'étudiant pour lui permettre de progresser.

L'évolution du niveau novice vers le niveau compétent est évaluée au cours des trois appréciations annuelles du DES.

Par ailleurs, il existe des séminaires dédiés à l'acquisition de compétences: «apport de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques», «Prévention, comment décide le médecin?», «améliorer sa compétence relationnelle»...

Les étudiants en SASPAS participent de façon mensuelle à des groupes d'échange de pratique, animés par des enseignants formés à cette pratique.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 La méthode

La méthode retenue pour ce travail est bien sûr la recherche qualitative¹¹, particulièrement adaptée lorsque les facteurs recherchés sont subjectifs et difficiles à mesurer, en particulier les émotions ou le ressenti qui ne sont pas des données quantifiables.

Elle répond à une démarche rigoureuse avec en premier lieu une revue de littérature.

Dans un deuxième temps, la définition de la question de recherche avec le choix de la méthodologie a été posé par le groupe de travail expert du CNGE. (cf 1.3 Le travail du grand ouest).

Dans un troisième temps, il s'agit du recueil de données et leurs analyses avec de multiples lectures pour permettre le codage en unités minimales de sens, et la proposition d'indicateurs.

Les objectifs étaient de retrouver les indicateurs proposés par le groupe de travail expert, de déceler l'émergence d'autres indicateurs, d'évaluer si les indicateurs montraient une évolution selon le niveau des étudiants en permettant ainsi de mettre en évidence la progression entre les différents niveaux.

In fine, Cela pourrait aboutir à une modification de la formation en éducation-prévention-dépistage.

La validité de ce travail est sous-tendue par la comparaison avec les travaux réalisés par les autres internes du grand-ouest. Nous avons travaillé en concertation avec les 5 autres internes ainsi que leurs directeurs de thèse par mail et lors d'une réunion à Nantes le 21 avril 2011.

2.2 Les focus group

Nous avons donc réalisé 3 focus group:

- ✓ Groupe débutant : le 3 décembre 2010, 6 participants dont 4 filles et 2 garçons, effectuant leur premier stage d'internat depuis 1 mois. durée 1h15
- ✓ Groupe intermédiaire : le 18 mars 2011, 9 participants dont 7 filles et 2 garçons, après 4 mois et demi de stage chez le praticien. durée 1h48
- ✓ Groupe compétent : le 17 décembre 2010, 9 participants dont 8 filles et 1 garçon, 1 mois et demi après la fin de l'internat. durée 1h34

La constitution des groupes s'est faite par contact téléphonique auprès des étudiants répondant aux critères d'après les listings fournis par le département de médecine générale, jusqu'à obtention d'un nombre de participants suffisants (liste épuisée pour les groupes débutant et intermédiaire), sur la base du volontariat.

Ils se sont déroulés selon la méthode du focus group¹² par un entretien semi structuré non participant.

Les focus group ont démarré par une phase d'introduction non enregistrée selon une trame proposée par le groupe de travail expert du CNGE :

- ✓ **Présentation des participants et des chercheurs.**
- ✓ **Présentation de l'objet de la recherche sur les niveaux et les indicateurs de compétences.**

Le CNGE a défini 6 compétences générales pour exercer la profession de médecin généraliste.

Ces 6 compétences servent de guide (de référentiel) pour la formation et l'évaluation des internes, dont la certification.

Mais décrire une compétence, avec sa définition et son contenu, ne suffit pas pour pouvoir certifier explicitement un individu.

Il est nécessaire de définir des niveaux de compétence et des indicateurs (ou indices) qui caractérisent ces niveaux.

Les compétences nécessaires à la profession de médecin généraliste ont été publiées et la compétence « *éducation du patient, dépistage, prévention* » est une compétence essentielle, inscrite dans la loi. C'est cette compétence qui nous intéresse.

- ✓ **Présentation de ce qu'est un *focus group* et de son déroulement avec ses principes.**

Le *focus group* est une technique d'entretien de groupe (un groupe d'expression) qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé.

Il fait partie des techniques d'enquête qualitative par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire.

Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements.

Elle sert à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. (*cette intro est aussi à visée pédagogique pour les participants aux focus groups*).

Le but est que vous échangiez entre vous à partir des questions que je vais évoquer.

Il n'y a pas de bon ou mauvais avis, il n'y a pas de jugement de valeur : vous êtes invités à dire tout ce que vous pensez et à réagir les uns avec les autres.

Pas de censure, tout ce qui est dit est par principe intéressant, toutes les opinions sont légitimes et respectées, chacun écoute les autres, chacun parle à son tour.

La séance durera 1 heure 30. La discussion sera enregistrée, mais les données retranscrites seront anonymisées ainsi que votre prénom (pas de reconnaissance possible).

La transcription écrite de l'entretien (le verbatim) vous sera communiquée pour validation.

Les objectifs de cette première séquence étaient de faire connaissance, d'informer et d'obtenir l'accord des participants et de les détendre.

Le deuxième temps était la phase de discussion proprement dite avec enregistrement, en s'inspirant des questions ouvertes, proposées par le groupe de travail expert.

La difficulté était de ne pas induire de réponse au travers nos questions.

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

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

Relances possibles :

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

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

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

Relances possibles :

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

- ✓ **« Pouvez vous l'illustrer ? »**

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

- ✓ **« A quoi sert le médecin dans l'éducation du patient, dans la prévention, le dépistage ? »**

Relances possibles :

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

Au niveau du déroulement des focus group débutant et compétent, l'attribution des rôles a été :

- ✓ modérateur : Dr Laure VANWASSENHOVE.
- ✓ observateur : Estelle CHAILLOU.

Quant au focus group intermédiaire, les rôles ont été inversés :

- ✓ modérateur : Estelle Chaillou.
- ✓ observateur : Dr Laure VANWASSENHOVE et Pr Philippe BAIL.

2.3 Le matériel

Les focus group se sont déroulés dans une salle de la faculté de médecine générale, peu insonorisée d'où quelques problèmes lors de la retranscription liés au bruit de la circulation (sirènes d'ambulances).

L'enregistrement s'est fait au moyen de 2 dictaphones, avec utilisation d'une caméra lors du premier focus group dont l'enregistrement s'est révélé inexploitable par mauvaise qualité de son.

3. RESULTATS

3.1 La définition de l'éducation, la prévention, le dépistage

Il s'agit d'un thème que nous avons anticipé avant l'analyse des focus group puisqu'il nous paraissait important de déterminer ce que ces mots signifiaient pour les étudiants.

Après les focus group, nous nous sommes rendu-compte que ces notions étaient assez floues et nous nous sommes interrogés sur le fait de garder ce thème.

Finalement il nous a semblé intéressant d'analyser la description donnée par les étudiants. L'interrelation de ces trois mots reste très forte dans chacun des trois groupes.

- ✓ Groupe débutant : **«le dépistage, l'éducation et la prévention, pour moi c'est un peu tout un problème», «les termes sont dépendants les uns des autres»**
- ✓ Groupe intermédiaire : **«l'éducation dans la prévention», «pas forcément la distinction entre prévention et éducation»**
- ✓ Groupe compétent : **«l'éducation en santé, c'est une partie de la prévention», «l'éducation thérapeutique recouvre la prévention»**

3.2 Le temps

Notion très vaste qui revêt plusieurs sens dans la discussion, nous avons repéré quelques axes dans les focus group.

3.2.1 Le manque de temps

Un ressenti identique retrouvé dans les trois niveaux.

- ✓ Groupe débutant : **«pas forcément le temps», «manque de temps»**
- ✓ Groupe intermédiaire : **« jamais le temps», «le temps manque»**
- ✓ Groupe compétent : **«on n'a pas le temps», «le temps manque»**

3.2.2 La prise en charge dans le temps

Pour les débutants et les intermédiaires, la prise en charge dans le temps permettait d'aborder les problèmes au fur et à mesure.

- ✓ Groupe débutant: **«au fur et à mesure»**
- ✓ Groupe intermédiaire: **«travail au long cours»**
- ✓ Le groupe compétent a intégré en plus la notion de l'évolution du patient au cours du temps: **«au fur et à mesure», «quand vous aurez envie»**

3.2.3 Le temps opportun

Les trois groupes ont bien identifié qu'il existait des moments plus propices pour cette compétence, les groupes intermédiaires et compétents arrivaient aisément à donner des exemples.

- ✓ Groupe débutant: **«une question de moment»**
- ✓ Groupe intermédiaire: **«le moment où»**
- ✓ Groupe compétent: **«à ce moment là, il y a un petit créneau»**

3.2.4 La répétition

Notion surtout présente pour les débutants pour qui l'éducation du patient passait par la répétition du message: **«renouveler», «revenir», «redonner»**

Les compétents n'hésitaient pas à répéter aux patients qu'ils étaient disponibles: **«toujours proposer»**.

3.2.5 La stratégie de la gestion du temps

La possibilité de reconvoquer a été évoquée dans les trois groupes.

Pour les débutants, cette évocation par un participant a déclenché un murmure de désaccord et n'a plus été évoquée ensuite, **«proposer une consultation dédiée»**.

Les intermédiaires ont laissé penser que c'était une chose envisageable voire déjà expérimentée: **« reprendre une consultation pour ça», «facile... de reconvoquer les gens», «ça m'est déjà arrivé»**.

Les compétents sont allés plus loin en évoquant des stratégies concrètes soit sur une thématique précise **«tabac», «asthme», «régime»**, soit organisationnelle **«toujours deux RDV calés de 30 min pour ce genre de consultation»**.

3.2.6 Le gain de temps

Seul le groupe compétent a évoqué le fait que sur le long terme, l'éducation du patient permet de gagner du temps: **«sur un calcul à plus long terme, ça fait gagner du temps», «parce que si tous les patients sont bien éduqués avec une prévention et tout, ils seront beaucoup moins malade»**.

3.3 Les contraintes, les freins, les obstacles

Nous avons retrouvé une disparité importante entre les débutants et les deux autres groupes.

Pour les débutants, les principales difficultés sont organisationnelles, liées au fonctionnement de l'hôpital, au système de soins.

Pour les intermédiaires et compétents, ces notions étaient présentes mais aussi et surtout des difficultés liées aux croyances des patients ou au malaise du médecin.

3.3.1 Le contexte aigu

Cité cette fois comme un frein, alors qu'à d'autres moments il pouvait correspondre au moment opportun.

- ✓ Groupe débutant: **«pas le moment»**
- ✓ Groupe intermédiaire: **«pas le moment opportun»**
- ✓ Groupe compétent: **«en aigu ... pas eu le temps»**

3.3.2 Le contexte socio-économique

Sous thème peu développé dans chaque groupe, seuls les intermédiaires ont souligné l'importance de l'entourage du patient: **« implique aussi les autres personne de la famille», «prévention en présence de l'épouse ».**

3.3.3 Le système de soin

Ressenti assez unanime pour dire qu'il n'y avait pas de reconnaissance de ce travail, pas de rémunération en conséquence, pas de temps dédié...

- ✓ Groupe débutant : **«ce serait bien d'instaurer des choses comme ça», «contraintes financières»**
- ✓ Groupe intermédiaire : **«consultations remboursées... qui n'existent pas», «pas très reconnu»**

- ✓ Groupe compétent : **«grave défaut du système de soin», «on devrait pouvoir le faire avec plus de temps et plus les moyens»**

3.3.4 Le manque de suivi

Assez peu développé dans les trois focus group, le groupe intermédiaire a toutefois identifié une population échappant aux consultations: **«toute une période où on ne voit plus les gens»**

3.3.5 L'organisation hospitalière

Pour les débutants, il s'agissait d'un sous thème fort puisqu'ils y étaient confrontés tous les jours: **«pas dans les box qu'on peut faire de la prévention», «pas facile», «en hospitalisation, on ne voit pas vraiment».**

Les intermédiaires ne l'ont pas évoqué du tout.

Les compétents regardent en arrière avec un œil critique: **«pas les conditions idéales», «pas trouvé qu'il y avait de la place», «pas beaucoup fait».**

3.3.6 Les croyances et les représentations du patient

On a retrouvé une énorme différence entre les groupes.

Cela n'était pas évoqué chez les débutants.

Les intermédiaires avait conscience que cela existait et qu'il faudrait s'en préoccuper: **« des habitudes», « plus tard, on a du mal à faire passer ces messages»**

Chez les compétents, l'exploration des croyances était utile dans la prise en charge pour certains alors que d'autres avouaient que ce n'étaient pas une chose qu'ils avaient réussi à intégrer dans leur pratique: **«c'est intéressant de savoir qu'est-ce qu'il croit et comment on peut agir à ce niveau là», «je pense que je ne le fais pas très souvent mais c'est très intéressant».**

3.3.7 Le malaise du médecin

Là encore, des grandes différences selon les groupes.

Cela n'était pas évoqué par les débutants.

Les intermédiaires étaient très concernés et exprimaient beaucoup de difficultés: **«trop intrusif», «difficile», «c'est compliqué»**.

Cela semblait avoir disparu chez les compétents, une personne seulement évoquait ses difficultés pour interroger sur les croyances: **«c'est difficile d'interroger»**.

3.4 La posture du médecin

Ce thème a été subdivisé en trois sous thèmes.

Pour chaque groupe, nous avons identifié le discours sur la posture du médecin, globalement identique à chaque niveau.

Dans un second temps, nous avons repéré la pratique de chacun par l'étude du champ lexical. C'est là que des différences apparaissaient avec une évolution très perceptible entre les niveaux que nous mettrons en lumière lors de l'analyse.

Ensuite, nous avons exploré le ressenti vis-à-vis de leur position de médecin.

3.4.1 La vision du médecin

Dans chaque groupe, la description du médecin a été la même, à savoir un médecin à l'écoute, qui prenait son temps et s'adaptait au patient.

- ✓ Groupe débutant: **«accompagner», «c'est elle qui choisit», «des moyens adaptés à chaque patient», «fasse sentir au patient que c'est lui qui va décider», «le médecin qui s'adapte au patient».**
- ✓ Groupe intermédiaire: **«pas là pour vous juger», «être à l'écoute», «lui demander», se mettre à leur place», «être là».**
- ✓ Groupe compétent: **«plus du tout paternaliste», «avoir plus de temps avec chaque patient», «accompagne», «là pour aider,(...) pas pour imposer».**

Malgré cette vision, la description montrait déjà quelques différences car dans le groupe débutant, c'était le médecin qui était central dans la relation, il dirigeait la relation: **«le conseiller», «lui redire», «les éduquer»...** avec une utilisation forte du **«je»**.

Pour les intermédiaires, il persistait quelques dissonances montrant que pour certains, c'était encore le médecin qui était central dans la relation: **«les éduquer», «lui expliquer», «essayer de temps en temps de les entendre».** Le **«je»** était encore présent.

Alors que chez les compétents, le patient était déjà central dans la relation: **«c'est rendre le patient acteur de soin», «être le propre acteur», «maitre de sa pathologie», «rôle de guide»...** Disparition du **«je»** dans le discours.

3.4.2 La pratique

L'analyse de la pratique a permis de mettre en évidence d'une réelle évolution selon les niveaux, puisque si la vision de la posture du médecin semblait assez homogène, en réalité, les pratiques ne l'étaient pas du tout et on a pu se rendre compte de l'évolution de l'interne à travers les discours.

Le groupe débutant se plaçait dans un modèle enseignant/élève avec le patient, avec des verbes très forts, transitifs directs, **«on éduque», «on dit», «on montre»**.

On retrouvait un besoin de vérification et de répétition, **«vérifient», «je recommence, j'en remets une couche», «de refaire, de refaire, de refaire»** et le sentiment de devoir passer le message comme un but en soi.

A plusieurs reprises, ils ont parlé d'éduquer le patient, **«je fais de l'éducation AVK», «je les éduque»**. Avec parfois même l'utilisation de la culpabilisation, **«lui explique qu'il ne faut pas que ça se reproduise»...**

Pour les intermédiaires, il était difficile de s'approcher de cette vision du médecin, mais des notions concrètes d'éducation ont fait leur apparition, **«diagnostic éducatif», «conseil minimal»**.

Ils étaient dans la phase d'appropriation de ces techniques avec un patient qui était beaucoup plus impliqué dans sa prise en charge **«le patient me tend une perche», «lui poser des questions», «valoriser le patient», «à l'écoute»**. Avec la notion que le fait de délivrer un message n'était plus une fin en soi.

Le vocabulaire était partagé avec quelques allusions à une relation d'autorité: **«vérifier», «je lui dit ce qu'il faudrait», «de revérifier»**, mais aussi des verbes plus ouverts **«discuter avec les gens», «je demandais», «je lui apporte»**.

Les compétents avaient déjà du recul sur leur expérience et présentaient une réelle adéquation entre la posture du médecin et leur pratique.

Le patient était au centre de la relation, c'était un acteur de soin, et le but était de lui permettre de s'autonomiser.

Le vocabulaire utilisé était très différent, des verbes n'introduisant pas de relation de hiérarchie : **«je propose», «j'en parle», «on regarde», « je vais lui demander»**.

Le pronom utilisé pour parler de la posture du médecin était parfois le **«je»** mais surtout le **«on»**, pronom impersonnel traduisant bien la différence de posture.

Les qualités citées étaient :

- ✓ L'humilité, **«humble»**, «on ne peut pas faire à leur place», où l'étudiant montre qu'il renonce à la toute puissance du statut de médecin,

- ✓ L'absence de jugement, **«sans jugement de valeur», «sans lui inculquer que c'est bien ou mal»,**
- ✓ La disponibilité, **«on est là», «j'attends»,**
- ✓ La capacité à créer une alliance **«confiance du patient, être dans l'alliance», «créer du lien»,**
- ✓ La notion de diagnostic éducatif a aussi été citée.

3.4.3 Le ressenti

Tous ont utilisé le mot **«difficile»** à de nombreuses reprises pour exprimer ce qu'ils ressentaient en exerçant cette compétence.

Mais les sentiments exprimés ou sous entendus étaient assez différents.

Dans le groupe débutant, on ressentait un pessimisme, une peur de la lassitude et du découragement, **«c'est pessimiste», «c'était peine perdue», «ça doit être usant», «nerveusement fatigant d'être assez souvent mis en échec».**

Ils étaient encore englués dans la thérapie et se plaignaient de ne pas pouvoir prendre de la hauteur par rapport à la situation.

Cela les empêchait d'explorer la compétence éducation, ils pensaient qu'ils n'étaient pas encore confrontés à l'utilisation de cette compétence, **«une dimension qui nous dépasse complètement», «demande beaucoup d'énergie», «sortir de toute cette thérapie qui moi me prend beaucoup d'énergie».**

Les intermédiaires étaient ceux qui exprimaient le plus de chose et on sentait que c'était le moment de la découverte de la relation à l'autre, par delà la difficulté de la compétence.

Ils exposaient une large gamme de sentiments :

- ✓ La colère, **«je reste très en colère», «j'ai du mal», «tous ressenti de la colère»,**
- ✓ La frustration, **«c'est hyper frustrant»,**
- ✓ La lassitude, **«je me demande si on ne sent lasse pas»,**
- ✓ L'acceptation, **«il faut peut être accepter».**

Ils exprimaient surtout leur difficulté à trouver leur place dans la relation et exploraient les limites de la sympathie et de l'empathie avec la peur de trop s'investir dans la relation et donc la volonté de se protéger, **«on n'est pas là pour souffrir», «garder des distances pour se protéger», «on souffre un peu avec lui», «ce n'est pas bon pour toi».**

Les compétents ont peu exprimé de sentiments. Certains avaient encore des difficultés **«frustrée», «peur», «encore très compliqué»,** néanmoins il se dégageait de leur discours une plus grande sérénité, ils étaient d'ailleurs beaucoup plus tournés sur le ressenti du patient que sur le leur.

3.5 La posture du patient

Pour ce thème, on remarquait à nouveau une différence entre le discours sur le patient qui est commun pour les 3 groupes, à savoir, autonomie du patient, patient acteur, responsabilité du patient et les descriptions concrètes des pratiques quotidiennes...

Dans la pratique, le patient était quasiment inexistant dans le groupe débutant.

il était souvent perçu comme opposant pour le groupe intermédiaire.

Le groupe compétent le plaçait au centre de la relation et se retrouvait plus en adéquation avec le discours sur le patient.

3.5.1 Le patient passif

L'impression donnée par le groupe débutant était qu'un bon patient était finalement plus un patient qui a bien écouté son médecin et qui suit les prescriptions gentiment : un patient passif! C'était difficile de trouver des UMS en rapport avec cette impression car le discours des débutants était plus centré sur le médecin que le patient. On remarquait cela à travers leur envie de s'adresser à des patients **«cortiqués»** puisqu'ils comprenaient ce qu'on leur demandait ou la satisfaction d'avoir des bonnes réponses quand le médecin **«interroge»** son patient, **«des patients capables de bien percuter et comprendre»**...

Pour le groupe intermédiaire, il y avait effectivement des patients qui étaient décrits comme passifs mais on ne savait pas trop quoi en penser ni quoi en faire, **«pas curieux»**, **«posent pas trop de question et font ce qu'on leur demande»**, **«certains très passifs»**.

Le groupe compétent reconnaît le statut du patient passif qui se retrouve chez certains patients comme un trait de caractère, ou du fait d'une situation particulière, comme une hospitalisation, qui ôte toute autonomie au patient, **«quand ils sont hospitalisés, ils ne choisissent pas»**, **«pas beaucoup de décision à prendre»**, **«ils y en a qui attendent plutôt que l'on soit paternaliste, qu'on leur dise quoi faire»**.

3.5.2 Le patient opposant

Peu présent dans le groupe débutant, il a été cité surtout par rapport au tabac et engendrait une incompréhension, **«il ne veut absolument pas arrêter de fumer!»**, **«tous les patients sont sous patch de nicotine, mais il y en a qui fument encore!»**

Le groupe intermédiaire a beaucoup décrit ce type de patient, il engendrait le sentiment de frustration que l'on a pu retrouver chez eux.

Certains en étaient encore au stade où ils n'allaient pas chercher plus loin et se sentaient dans une impasse, **«pleins de gens pour qui ça ne passe pas», «pensait qu'il n'avait rien à apprendre de moi», «ça n'avancera pas».**

D'autres commençaient à essayer de comprendre le pourquoi de cette opposition ou acceptaient que le patient n'était pas disponible à ce moment là, ce qui avait pour effet d'apaiser très nettement le sentiment de frustration ou de colère, **«il faut savoir où ils en sont, est-ce qu'ils ont vraiment envie d'aller plus loin?», «il faut peut être accepter ça.».**

Dans le groupe compétent, on retrouvait ce patient qui paraît bien identifié **«têtes de mules», «pas forcément la volonté», «se ferment rapidement», «dans l'opposition».**

Ce patient opposant avait quand même une connotation positive puisqu'il était ressenti comme une étape de maturation pour accéder au stade de patient acteur, **«pas ...maintenant», «tant qu'il ne seront pas dans l'action», «on avance», «ils reviennent quand même».**

3.5.3 Le patient acteur

Dans ce sous thème, le groupe débutant était plus dans un discours que dans la description de la réalité, ils n'ont pas pu donner d'exemple concret.

- ✓ Groupe débutant : **«responsabiliser», «ça part du patient», «il est acteur», indépendant du médecin».**

Alors que les groupes intermédiaires et compétents se rejoignaient pour placer le patient au centre de la relation.

- ✓ Groupe intermédiaire : **«les gens viennent», «le patient amène», «elle-même», «ce que le patient veut faire», «ce à quoi est prêt le patient», patient sujet», «acteur de soin».**

Le groupe compétent indiquait même clairement que le pouvoir décisionnel était entre les mains du patient.

- ✓ Groupe compétent : **«acteur de soin», «c'est elle qui me donne la réponse», «cherchent à comprendre», «font la démarche», décident», «choisissent».**

3.5.4 Les limites des patients

Dans le groupe débutant, ils ont beaucoup évoqué les limites cognitives des patients comme une entrave concrète à l'application de la compétence d'éducation.

Cela était peut être lié à la pratique hospitalière avec un biais de sélection des patients car cela semblait très présent pour eux, **«trouble de compréhension», «troubles cognitifs, «pas aptes à comprendre».**

Le groupe intermédiaire l'a évoqué aussi, **«niveau socioculturel ou intellectuel», «compréhension du patient».**

Ce genre de limite n'a pas été évoqué dans le groupe compétent, mais ils ont évoqué la difficulté de prise en charge des patients aux pathologies multiples, **«patients poly-pourris», «les gens qui sont hypertendus, diabétiques, qui fument, qui mangent, qui chassent, qui boivent».**

3.6 Les facilitateurs

3.6.1 Le contexte

Beaucoup de choses différentes ont été évoquées dans ce sous thème.

Pour les débutants, les facilitateurs étaient liés au lieu, **«aux urgences»**, mais cela a aussi été cité en contrainte. Ils ont à nouveau pointé la nécessité d'un bon niveau intellectuel, **«gens de niveau socio-culturel et de compréhension assez élevé», «quand les gens sont cortiqués»**.

Pour les intermédiaires, ils ont mis en avant leur position d'interne comme une aide, **«on pose les questions plus librement», «personne extérieure à la relation», «plus de facilités à entrer dans l'intimité»**.

Pour les compétents, le facilitateur cité en premier lieu a été la gestion de la crise **«c'est aujourd'hui, maintenant», «pas demain»**, mais cela a aussi été cité comme un frein à d'autres moments. Ils ont aussi soulevé l'aspect financier, avec des outils qui n'était peut être pas utilisé par les médecins, **«cotation ALD», «consultation de synthèse», «on a déjà des outils dont on ne se sert pas.»**

3.6.2 Le sujet

Sous thème dévoilant une différence importante entre les focus group.

Les débutants, qui n'avaient pas encore expérimenté le cabinet et qui restaient dans le flou sur les sujets se prêtant bien à l'éducation et la prévention.

- ✓ Groupe débutant : **« des infections», «quelqu'un de sa famille qui a eu une maladie chronique», «j'en sais rien», «à part les vaccinations»**.

Les intermédiaires et compétents avaient tout à fait identifié des situations propices à la mise en pratique de la compétence et elles étaient assez similaires.

- ✓ Groupe intermédiaire : **«contraception», «les enfants», «vaccinations», «grossesse», «certificats de sport»**.
- ✓ Groupe compétent : **«contraception», «certificat de sport», «adolescent», «sommeil», «tabac»**.

3.6.3 Les supports

Il a été remarqué que la place du support dans la consultation diminuait au fur et à mesure de la progression des internes.

Il était très importants chez les débutants pour aider à la mise en place d'un cadre et les rassurer, **«plus facile quand c'est très protocolisé», « le support papier ça rassure toujours», «des outils hyper utiles au médecin».**

Il devient un outil complémentaire chez les intermédiaires avec le débat sur le rôle de l'industrie dans le groupe, **«on n'utilise pas suffisamment de support papier», «ils peuvent le relire», «c'est intéressant, ils nous interpellent sur ces affiches», «les labos qui proposent des petites fiches sur l'école du dos», «j'étais gênée par le fait que ce soit les labos».**

Le groupe compétent n'a pas parlé de l'utilisation de supports dans sa pratique, une personne se questionnait sur l'impact des affiches en salle d'attente.

3.7 La communication et les compétences relationnelles

Il s'agit d'un thème très évoqué et en relation étroite avec la compétence « éducation prévention et dépistage ». C'est aussi une compétence à part entière développée dans le référentiel métier par le CNGE, elle fait donc l'objet d'une réflexion par un autre groupe d'internes.

Néanmoins, devant les multiples références à cette compétence dans le discours des internes lors des focus group, il paraissait indispensable d'en faire l'analyse dans ce travail.

Les compétences relationnelles évoquées étaient assez communes dans chaque groupe mais différemment réparties.

Pour les débutants, les qualités les plus représentées étaient la capacité à savoir transmettre son savoir, **«expliquer», «savoir communiquer et se faire comprendre», «être constant dans ce que l'on dit», avoir la connaissance «avoir la connaissance»** et savoir s'adapter au patient, **«cibler le patient», «on s'adapte à qui on a en face de soi», «adapter son discours», «adapter son langage».**

Pour le groupe intermédiaire, il fallait surtout savoir s'adapter au patient, **«adapte à chaque patient», «s'adapter», «psychologue», «retransmettre», «bien choisir ses mots»,** montrer sa disponibilité, **«pas se poser en juge ou gendarme», «accompagnant», «attitude positive»** et faire preuve d'empathie, **«un peu d'empathie», «comprendre ... mais pas souffrir avec lui».**

Pour les compétents, on retrouvait ces notions avec une dimension supérieure pour une prise en charge plus globale du patient avec la notion de transfert de compétence et non de connaissance, **«voir avec lui quelle stratégie», «arriver à lui transmettre», «lui permette... de se prendre en charge».** L'instauration d'une relation de confiance était aussi décrite, **«réinstaurer la communication», «créer du lien», «créer la confiance du patient», «être dans l'alliance», «relation de confiance», «créer du lien», «relation d'empathie».**

Ils proposaient des techniques concrètes de communication, **«se décentrer», «l'humour», «le renforcement positif», «en face de sa responsabilité»,** avec parfois des avis divergents sur le fait de provoquer le patient **«un peu les provoquer», «être plus incisif», «pas brusquer les gens»...**

3.8 L'apprentissage et l'acquisition des compétences

3.8.1 Le modèle de rôle

Le modèle de rôle était peu développé par les débutants car ils n'avaient pas encore été dans un cabinet de médecine générale pour la plupart, **«on voit nos chefs faire»**, le seul modèle de rôle décrit s'inscrivait dans une relation d'enseignant/élève, **«il lui posait pleins de colles»**.

Les intermédiaires, qui étaient tous les jours au cabinet, avaient pris conscience de l'importance de ce modèle de rôle, ils en avaient identifié l'importance, **«en voyant les médecins faire»**, **«plus en voyant faire»**, **«je l'ai vu faire»**, et les bénéfices qu'ils en avaient retirés, **«toute la valeur de ce qu'on a pu apprendre»**, **«j'ai la chance»**, **«je pense avoir pas mal appris»**.

Pour les compétents, le modèle de rôle restait très important, à nouveau reconnu comme un système d'enseignement enrichissant, **«on puisse comparer les pratiques»**, **«j'ai eu la chance»**.

3.8.2 Les connaissances théoriques

Tous les groupes s'accordaient pour dire que l'apprentissage théorique était indispensable mais pas suffisant.

Le groupe débutant était encore en demande d'apprentissage théorique, leur pratique se basait quasi-exclusivement sur un apprentissage théorique qu'ils jugeaient insuffisant **«on l'a appris, tout ce qui est prévention, dépistage»**, **«on a peut être eu des cours, mais c'était rapide»**.

Le groupe intermédiaire aspirait à une autre forme d'apprentissage, ils faisaient la distinction entre apprentissage pré et post concours de l'internat, avec des notions floues sur l'apprentissage avant l'internat, **«j'avais des notions antérieures»**, **«on nous en a parlé tout au long de nos études, des cours en particulier, je n'en ai pas souvenir»**, **«tout au long de nos études mais sans cours spécifique»** et un plébiscite de la formation au cours de l'internat, **«pour l'éducation thérapeutique, oui, à la formation organisée par le DMG»**, **«des cas cliniques et des jeux de rôles... je trouvais qu'on apprenait pas mal»**.

Le groupe compétent allait même un peu plus loin et remarquait que les étudiants en pré-internat n'étaient peut être pas vraiment ouvert à l'apprentissage théorique sur cette

compétence puisqu'elle n'était pas évaluée au concours **«on a eu quelques cours ... c'est pas forcément les cours où il y avait le plus de monde», «on travaille l'externat en vue du concours... je pense que les étudiants ne sont pas intéressés».**

Ils reconnaissaient que les connaissances théoriques étaient indispensables **«on les apprend beaucoup dans nos études, vraiment sur les bouquins, faut pas renier ça», «les bases, on les a apprises à la fac, dans les livres et les cours», «je pense que ce que l'on a appris en théorie, c'est important pour la pratique», «c'est le B.A.B.A», «la base théorique est effectivement un préalable pour expliquer aux gens».**

Néanmoins, la connaissance théorique pré internat ne leur suffisait pas dans leurs échanges avec les patients, **«j'ai pas eu l'impression d'apprendre des choses utiles», «c'est bien beau ce que l'on a appris,... mais c'est 25% de la pratique», «avant d'être interne, on avait juste des bases théoriques très large».**

C'était certainement plus pendant l'internat qu'ils apprenaient au moyen de jeux de rôles ou de supervision, **«on apprend à faire face à ça avec les jeux de rôle, pendant les cours à la fac», «surtout avec les supervisions, j'ai l'impression que l'on apprend».**

3.8.3 Les ressources

Ce sous thème était très peu développé dans les 3 groupes.

Ils dénonçaient leurs difficultés mais n'avait pas idée d'aller chercher des formations spécifiques à cette compétence.

Le groupe débutant n'a pas exprimé de volonté d'autoformation.

Les exemples cités dans le groupe intermédiaire étaient fortuits ou par l'intermédiaire du DMG, **«une formation... avec le DMG», «journées qui étaient organisées, par exemple pour l'asthme», «prend les infos un peu de partout», «j'ai lu un bouquin,...impression d'avoir tiré des choses pour l'éducation thérapeutique».** Une personne a cité la revue Prescrire comme étant une ressource intéressante.

A noter que le groupe compétent a évoqué l'échange avec les collègues, sans pour autant évoquer les groupes de pairs, mais plus dans une optique de travail de groupe par rapport au travail en cabinet isolé, **«l'échange avec les collègues».**

3.8.4 L'expérience personnelle

Evidemment, il existait des différences pour ce sous thème puisque c'est le groupe compétent qui était le plus souvent en situation.

Néanmoins, tous s'accordaient à dire que l'expérience était indispensable pour l'exercice de la compétence «éducation, prévention et dépistage», en accord avec leur impression que l'apprentissage théorique est insuffisant.

- ✓ Groupe débutant : **«quelque chose qu'on va exercer», «on improvise un peu».**
- ✓ Groupe intermédiaire : **«quand on a un peu d'expérience,... ça se fait plus naturellement.», «avec l'expérience, on se trouve une réponse».**
- ✓ Groupe compétent : **«cela va prendre son sens en pratiquant», «on découvre et on progresse tous les jours», «c'est la pratique qui aide beaucoup», «on apprend à faire ça en SASPAS», «on ne peut pas se rendre compte tant qu'on n'est pas face au patient».**

3.8.5 Le manque de formation

Nous avons rajouté ce sous thème car il a été décrit dans tous les focus group de tous les départements du grand ouest, même s'il empiétait un peu sur la compétence communication car il était étroitement lié à l'acquisition des compétences.

Il nous a semblé que le besoin de formation en éducation thérapeutique était en lien direct avec l'acquisition de compétences en communication, surtout dans les groupes intermédiaires et compétents.

Le groupe débutant a surtout cité son peu d'expérience comme un manque de formation, **«c'est très dur», «manque d'expérience», «on ne se rend pas compte».**

Le groupe intermédiaire a bien montré son regret de n'être pas assez formé en communication, **«on n'avait pas été assez formé à la communication», «dommage qu'on n'ait pas de cours de communication», «pourrait être une formation proposée par le DMG», «il nous manque quand même pas mal de chose dans la boîte à outil de la communication», «j'aurais aimé les apprendre ces techniques de communication».**

Il a été retrouvé ce manque d'initiative pour la recherche de formation correspondante, **«je ne sais pas vers qui m'adresser ou m'inscrire pour apprendre à faire ça».**

De la même façon, pour le groupe compétent, ils ont exprimé leur ressenti de manque de formation en communication et la volonté d'un changement au cours de la formation , **«c'est tout ce pan là sur lequel on n'a pas été formé», «pas formé et préparé à ça», «on ne pourrait pas être formé à des techniques de communication...?», «il y a quand même possibilité ... d'avoir un apprentissage de ces technique de communication, ça existe dans d'autres métiers, ça existe aussi dans d'autres pays».**

Ils ont regretté le manque de rétroaction au sein de l'hôpital et d'avoir du attendre trop longtemps avant d'intégrer un cabinet de médecine générale, **«pas du tout mis les pieds dans un cabinet de médecine générale», «on pourrait faire des débriefings», «on ne parle pas du tout du penchant relationnel», «pas vraiment confronté lors de nos études».**

3.9 La réflexivité

3.9.1 Le but

Les idées étaient les mêmes dans les 3 groupes.

En premier lieu, il s'agissait d'éviter la survenue de maladie et donc diminuer les coûts de santé :

- ✓ Groupe débutant : **«avoir de bons résultats», «pour diminuer les coûts de santé, on va diminuer le nombre de consultations», «diminuer les pathologies associées», «éviter la survenue d'autres pathologies».**
- ✓ Groupe intermédiaire : **«traiter le plus tôt possible», «atouts de santé publique pour maintenir une population en bonne santé», «rentabilité».**
- ✓ Groupe compétent : **«que le patient ne développe pas de pathologie», «un peu l'idéal... beaucoup moins de médecin, de l'hôpital».**

Il a été mise en évidence, l'importance de rendre le patient acteur :

- ✓ Groupe débutant : **«avoir une bonne observance», «bien suivre son traitement», «le rendre compliant», «qu'il comprenne», «l'intégrer dans sa prise en charge», «acteur de sa prise en charge», «il gère plus sa pathologie lui-même», «sensibiliser les patients».**
- ✓ Groupe intermédiaire : **«rendre autonome», «sensibiliser les gens».**
- ✓ Groupe compétent : **«maître de sa maladie», «apprendre à un patient à ne pas consulter parce qu'il a le nez qui coule», «rendre autonome».**

Enfin, les étudiants étaient attachés à améliorer le confort de vie du patient :

- ✓ Groupe débutant : pas d'UMS explicite.
- ✓ Groupe intermédiaire : **«que ce soit le mieux possible dans leur vie».**
- ✓ Groupe compétent : **«ce serait quand même mieux pour lui».**

3.9.2 Les destinataires

Sous thème un peu difficile à explorer car les UMS étaient souvent rattachées à d'autres sous thèmes.

Globalement, il ressortait de la discussion pour chacun des groupes que l'éducation thérapeutique concerne tout le monde, en particulier dans le cadre des pathologies chroniques.

Les exemples cités par le groupe débutant concernaient les pathologies chroniques : **«pathologies plus chroniques», «diabétique», «asthmatique».**

Le groupe intermédiaire a particulièrement insisté sur le fait que cela concerne aussi les personnes en bonne santé(prévention), **«chez le malade mais aussi chez le patient qui va bien».**

Pour le groupe compétent, la réflexivité à propos des destinataires consistait à s'interroger sur le type de patient posant problème, **«quel est le type de personnalité de patient qui nous pose à nous problème... ?».**

3.9.3 L'analyse de ses réactions

Il n'a pas été mis en évidence d'UMS dans le groupe débutant.

Ce sous thème a été évoqué par le groupe intermédiaire et prouvait qu'une introspection était nécessaire dans l'amélioration de la pratique, **«je me dis», «je sais qu'il faut que je travaille là-dessus».**

On a remarqué l'importance du praticien pour faire ce cheminement.

Ils ont exprimé le besoin de pouvoir en discuter pour mettre en lumière leur ressenti **«ça m'a vexé mais je me suis dit qu'il avait raison», «j'en ai parlé avec le prat».**

Chez les compétents, cette réflexion et cette introspection se poursuivaient seuls. Ils disaient avoir réussi à mettre en pratique cette analyse pour leur propre compte, **«prendre du recul», « pour faire mieux la prochaine fois», «pourquoi on est en confrontation», «qu'est-ce qu'on aurait pu faire», «on apprend à faire face à ça».**

3.9.4 Une discussion sur la compétence elle-même

Ce sous thème n'a pas été abordé dans les focus group. Nous l'avons volontairement laissé, car il s'agit d'un objectif important à prendre en compte dans le cadre de la formation de praticiens réflexifs, pourtant le focus group n'a pas permis de le mettre en évidence.

3.10 La santé publique

Nous sommes sortis du cadre de la consultation pour explorer les notions de santé publique des étudiants en matière d'éducation, prévention et dépistage.

Dans tous les groupes, c'est le dépistage qui a été le plus cité en matière de santé publique, à propos des campagnes de dépistage organisé qui semblent être une véritable aide autant qu'un devoir.

Autre point commun, chaque groupe a cité le rôle des médias dans l'éducation (télévision, magazines...) comme partenaire dans cette compétence.

- ✓ Groupe débutant : **«campagnes, publicités», «toujours des choses qui ne sont pas comprises», «ce n'est pas facile, faire des campagnes de santé publiques qui soient vraiment efficaces».**
- ✓ Groupe intermédiaire : **«le frottis, les mammos, le PSA, le TR...», «dépistage de masse, dépistage individuel»; « rôle des campagnes radio télévisées», « dans le magazine».** Ils ont eu une réflexion sur le rôle des laboratoires dans le cadre de l'éducation avec des craintes pour certains de voir s'immiscer des intérêts privés dans un but éducatif, **«labo qui proposent des fiches», «j'étais gênée».**
- ✓ Groupe compétent : **«dépistage organisé», «mammo», «hémocult», «spot publicitaire», «dans la pub».**

3.11 La compétence partagée

Ce thème est en lien direct avec une autre compétence décrite par le CNGE, en rapport avec la coordination des soins, il s'agit d'explorer la place que prend le praticien dans cette compétence : Agit-il seul? En concertation?...

3.11.1 La place du généraliste

Les trois groupes s'accordaient pour dire que le rôle du généraliste était central.

- ✓ Groupe débutant : **«rôle principal», «très important».**
- ✓ Groupe intermédiaire : **«rôle du médecin généraliste».**
- ✓ Groupe compétent : **«mission spécifique», «énorme rôle».**

3.11.2 Le travail en concertation avec d'autres professionnels

Cela a globalement été peu évoqué au cours des focus group.

Les débutants étaient dans une logique très hospitalière du travail en concertation, chaque membre de l'équipe soignante a son rôle à jouer, **«les infirmiers font beaucoup aussi», «c'est plus l'équipe», «ça concerne vraiment tout le monde».**

Le groupe intermédiaire a évoqué le médecin du travail comme partenaire dans cette compétence ainsi que les réseaux et associations de malades, **«médecin du travail», «réseau asthme», «associations de malade».**

Les compétents ont évoqué la difficulté à organiser une prise en charge en ville en comparaison avec l'hôpital en ce qui concerne l'éducation. Ils ont évoqué les services hospitaliers dédiés à cela comme étant de réels partenaires, **«plus difficile à organiser en ville», «coordonner», «hôpitaux de jour de semaine, «ils fonctionnent bien et ils savent faire revenir les patients», «ville-hôpital, on ne peut pas faire de dichotomie».**

4. DISCUSSION

4.1 Avant-propos

Le modèle du médecin compétent s'est peu à peu substitué à celui du médecin exclusivement savant¹³.

A la volonté d'acquérir des objectifs pendant la formation s'est substituée l'idée d'apprendre à apprendre (self-directed learning) ou «résoudre des problèmes» (problem solving).

Ce changement induit une évolution de la formation médicale délaissant le concept behavioriste au profit d'un changement durable et désiré par l'étudiant.

L'évaluation lors de la formation des étudiants doit dès lors évoluer pour valider l'acquisition des compétences lors du cursus.

Elle participe ainsi à la dynamique d'enseignement en aidant l'étudiant à identifier le degré de contrôle qu'il possède en regard des compétences évoquées pour favoriser son engagement et sa persévérance¹⁴.

Un des objectifs de ce travail est d'établir des indicateurs de niveaux de compétence ayant pour objectif de guider les enseignants pour la validation du DES.

Il s'agit donc de proposer un nombre limité de ces indicateurs, de la façon la plus simple possible pour en permettre l'appropriation par les enseignants et la reproductibilité lors de l'évaluation des étudiants.

4.2 Les points forts de ce travail

La validité et la transférabilité de ce travail sont crédibilisées par:

- ✓ la coordination entre les six thésards et leur directeur de thèse.
- ✓ les recherches en parallèle du groupe de travail expert du CNGE.
- ✓ la méthode utilisée de recherche qualitative inductive laissant émerger des idées nouvelles et inattendues.

4.3 Les limites de ce travail

La recherche inductive présente l'intérêt de laisser s'exprimer librement les intervenants en ne cherchant pas à valider des hypothèses préalablement établies, néanmoins, cela pose le problème de l'exhaustivité des indicateurs à rechercher.

Cela démontre l'intérêt d'une étude transversale ultérieure entre les différents travaux de thèses réalisés.

Le focus group en lui-même, présente des biais de sélection puisque la participation des internes est basée sur le volontariat, on peut donc penser que les internes présents lors des focus group sont des personnes qui se sentent concernées par ce sujet.

De plus, si l'avantage de cette méthode réside dans l'interaction et la dynamique de groupe, elle présente le risque de réticence à exprimer des opinions personnelles devant l'émergence d'une norme de groupe.

Ainsi, on remarque que dans chaque focus group, un participant est souvent en retrait et participe peu, même si le modérateur s'est attaché à donner la parole à tout le monde.

Enfin, il existe toujours le risque d'apparition de leaders d'opinion participant à l'inhibition des autres participants.¹²

Le changement d'identité entre observateur et modérateur entre les focus group peut constituer un biais puisqu'il existe une différence de compétence dans l'animation des focus group entre le Dr Vanwassenhove et moi-même.

4.4 La maîtrise des définitions

L'un des premiers indicateurs venant à l'esprit lors de l'élaboration de la problématique et du questionnaire était d'évaluer la possibilité de donner une définition aux termes éducation, prévention et dépistage.

Finalement, après analyse des focus group et partage de notre ressenti entre internes, nous nous sommes rendus compte qu'il était extrêmement difficile pour les étudiants de donner des définitions exactes de chaque terme.

Ce cloisonnement entre les mots était trop artificiel, et ce quel que soit le niveau.

On peut donc se dire que ce n'est pas la maîtrise des définitions qui permet d'exercer cette compétence. Cela ne peut donc pas *à priori*, être un critère d'évaluation.

4.5 La mise en évidence de la technique d'apprentissage

Il faut peut être plus s'interroger sur les représentations qu'ils peuvent avoir de l'acquisition de leur compétence.

La plainte commune est alors le manque de formation, alors que nous avons vu que différentes stratégies sont mises en place par le DMG de Nantes en terme d'enseignement.

Tous s'accordaient à dire que la formation théorique était indispensable mais insuffisante.

Tous les groupes étaient attachés au modèle de rôle surtout à l'hôpital pour les débutants puis lors du stage chez le praticien pour les groupes intermédiaire et compétent.

On peut donc se dire que l'étudiant doit être capable de décrire une situation dans laquelle le médecin généraliste ou spécialiste a utilisé cette compétence devant lui. L'identification de cette expérience est un indicateur d'apprentissage de l'étudiant.

Les débutants étaient d'ailleurs tout à fait capables de décrire ce genre de situation, mais on s'est aperçu que c'était souvent en lien avec leurs représentations de la posture du médecin qui «*éduque*» son patient.

Dans les groupes intermédiaire et compétent, ils citaient des exemples, mais semblaient plus imprégnés de façon globale sur une attitude de médecin, comme une référence au savoir être qui incombe à notre profession.

Un autre aspect de l'acquisition de cette compétence mis en avant par les étudiants, était l'expérience personnelle.

Le groupe débutant était conscient que le manque d'expérience était un frein à l'appropriation de la compétence tandis que le groupe intermédiaire se saisissait de cette expérience qu'il était en train d'acquérir.

Le groupe compétent allait plus loin en évoquant la supervision indirecte lors du stage en SASPAS. Ils évoquent aussi l'utilisation des jeux de rôles comme une aide concrète à l'apprentissage. Des évaluations de ces jeux de rôles ont d'ailleurs montré leur pertinence¹⁵.

Dr GAGNE explique dès 1985 que l'apprentissage résulte de l'intégration par l'étudiant au moyen de stimuli provoqué par la mise en situation et la rétroaction qui en découle¹⁶.

On a aussi pu noter une certaine passivité des étudiants vis-à-vis de l'acquisition de ces apprentissages, ils se plaignaient d'un manque de formation par rapport à la compétence mais ne proposait pas de stratégie pour changer cela, cela aurait pourtant été un indicateur très informatif de leur capacité à s'auto former.

4.6 L'interaction entre la position du patient et celle du médecin

Un élément important à souligner et qui n'était pas vraiment attendu, est la mise en évidence d'une différence entre le discours et la pratique.

L'un des premiers indices à rechercher serait donc l'évaluation de l'adéquation entre le discours et la pratique.

En effet, un codage simpliste pourrait mettre en évidence une bonne appropriation de la compétence dans chacun des groupes: **«patient acteur», «patient qui décide», «médecin accompagnateur, guide...»**, mais on s'aperçoit qu'il existe des différences de mise en pratique selon les groupes.

Ainsi dans le groupe débutant, lorsqu'ils parlaient de leur pratique, le patient disparaissait et n'était pratiquement plus évoqué alors que le médecin devenait l'acteur central de la relation: utilisation du **«je»** avec des verbes transitifs directs du champ lexical de la relation hiérarchique **«dire», «répéter», «vérifier», «éduquer»...**

Le changement était déjà flagrant dans le groupe intermédiaire sans doute grâce au modèle de rôle du stage chez le praticien. Les étudiants étaient beaucoup plus attentifs au patient, avec des difficultés exprimées sur la difficulté de se positionner en tant que médecin.

On note des différences de progression au sein même du groupe, certains ne s'étaient pas encore appropriés ces notions tandis que d'autres semblaient déjà avoir beaucoup de recul vis à vis de leur pratique.

Dans le groupe compétent, il apparaissait que tous les étudiants s'étaient saisis de cette compétence, ainsi le champ lexical lié à la pratique était totalement différent, sur le plan d'une relation d'équilibre, **«conseiller», «écouter», «partager», «créer du lien»...**

Cet indicateur demande de bien identifier la posture du médecin et du patient dans chaque groupe.

Chez les débutants, le patient était très passif et donc peu évoqué dans la discussion car il était juste là pour suivre ce qu'on lui disait de faire, ou il était non concerné par l'éducation car incompetent ou désobéissant.

La posture du médecin était très forte, avec une impression de toute puissance liée à la connaissance et d'une impression de mission à devoir accomplir coûte que coûte.

Chez les intermédiaires, le patient commençait à prendre une consistance non sans difficulté car il était souvent ressenti comme opposant à ce qu'ils aimeraient lui faire comprendre.

Il déclenchait des émotions fortes de colère et de frustration chez les étudiants car le désir de bien faire était très fort et ils commençaient à être ébranlés dans leurs certitudes.

On a remarqué que ce processus de maturation était différent selon les étudiants du même groupe, certains n'avaient pas encore ressenti cela et n'ont donc pas exprimé d'émotion, d'autres étaient en train de subir cette prise de conscience et étaient parfois dans la souffrance.

L'une des participantes avait même les larmes aux yeux lorsqu'elle évoquait sa frustration.

La posture du médecin était alors un peu dans une position d'infériorité vis-à-vis du malade.

Ils avaient tendance à s'effacer dans leur désir d'être à l'écoute du patient alors qu'ils étaient encore dans la perspective de changer le patient.

De cette ambivalence découlait un ressenti de difficulté, frustration, colère ...

Certains avaient déjà pris assez de recul, montraient un apaisement dans leur relation au patient et devenaient capables d'empathie.

C'est ce sentiment que l'on a retrouvé chez les compétents pour la plupart, même s'ils exprimaient encore des doutes et des difficultés.

Ils avaient pour la plupart beaucoup de recul sur la relation médecin-patient, ce qui se retrouvait dans l'analyse de la posture du patient et du médecin, c'était le patient qui était devenu acteur, ils ne cherchaient plus à le changer mais à l'accompagner dans son cheminement.

L'élément important dans cette relation était la prise de conscience du médecin qui ne s'interdisait pas de ressentir des choses mais portait un regard sur ses sentiments pour les analyser, lui permettant de trouver la juste distance avec son patient.

Ils plaçaient le patient en position d'apprenant, ce qui est une des variables indispensables pour la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique d'après Jean-François d'Ivernois¹⁷.

4.7 L'expression des difficultés

Le ressenti global après lecture des focus group était que cette compétence était difficile à appliquer.

Si les groupes se rejoignaient sur certains freins, tels le manque de temps et la mauvaise organisation du système de soin (sous entendu l'absence de valorisation pécuniaire de la pratique de l'éducation thérapeutique et de la prévention), d'autres n'étaient pas ressentis de la même façon et pouvaient mettre en évidence des différences de niveau.

Les émotions liées à cette difficulté étaient de l'ordre de la lassitude voire du découragement chez les débutants qui étaient d'ailleurs les seuls à évoquer des patients hermétiques à l'éducation.

On peut donc rechercher des indices dans leur discours *«peine perdue», « dans le déni», «le patient n'en a rien à faire»...*

Chez les intermédiaires, nous avons vu que les sentiments étaient très forts : frustration, colère.

On peut rechercher une hypersensibilité, une sensation de déstabilisation, parfois même une remise en question de ses compétences.

Pour les compétents, c'est l'apaisement, la sérénité même s'ils exprimaient toujours des difficultés, cela ne les faisait plus souffrir.

En ce qui concerne l'objet de ces difficultés, les groupes intermédiaires et compétents ont commencé à s'intéresser aux représentations et aux croyances du patient, ce qui était absolument absent chez les débutants.

Cela a induit un malaise surtout dans le groupe intermédiaire pour qui l'exploration de ces croyances pouvait être un risque d'être trop intrusif vis-à-vis du patient.

Cela semblait moins présent chez les compétents.

4.8 La gestion du temps

4.8.1 L'intégration du temps dans la pratique

Un indicateur révélé lors de l'analyse par son omniprésence, pourrait être l'intégration du temps dans la pratique.

Comme développé plus haut, le manque de temps était exprimé par tous les étudiants mais la réponse face à cela était différente selon le niveau de l'étudiant.

Alors que les débutants étaient fatalistes, le groupe intermédiaire évoquait des stratégies pour gérer le temps et le groupe compétent est même allé plus loin puisque certains ont eu l'occasion de mettre en pratique ces stratégies.

Il peut donc être intéressant de voir si un étudiant est capable d'élaborer des stratégies de gestion du temps voire même de les appliquer pour déterminer son niveau.

Cette évolution correspond au modèle de la pyramide développé par Miller¹⁸ pour l'évaluation des habiletés, compétences et performances cliniques. A la base, l'étudiant «connait», il est conscient du problème (débutant), puis il «sait comment» et propose des

solutions (intermédiaire), ensuite, il «démontre comment» il peut les appliquer et enfin, il «agit» (compétent).

Cela montre bien la gradation existante dans l'acquisition d'une compétence où le niveau requis pour la certification professionnelle correspond au sommet de la pyramide.

4.8.2 Le temps dans la prise en charge au long cours

Un autre aspect de l'intégration du temps est évidemment la prise en charge au long cours. Déjà citée par le groupe débutant mais sans expérience propre, ils ne prenaient pas encore en compte ou peu les possibilités d'évolution du patient. Il s'agissait plus de rabâcher les informations et de vérifier leur intégration.

Pour les intermédiaires qui expérimentaient le suivi au long cours, ils étaient sensibilisés au risque de la routine qui peut s'installer, ils soulignaient l'importance du lien tissé avec le médecin.

Ils ont aussi remarqué que leur position d'intervenant extérieur pouvait parfois être un facilitateur pour poser certaines questions.

Le groupe compétent était capable de donner des exemples d'application dans le temps de cette compétence en identifiant des changements de comportements du patient et en identifiant que le patient a besoin d'avancer à son rythme.

4.8.3 L'utilisation du moment opportun

Chaque groupe avait néanmoins remarqué qu'il y a avait un temps opportun pour appliquer cette compétence.

Les débutants en avaient conscience, mais avaient du mal à citer des exemples alors qu'ils étaient devenus évidents pour le groupe intermédiaire et compétent; contraception, vaccination, certificats de sport...

Ce dernier point avait d'ailleurs été mis en évidence par Massé et al, lors d'une réflexion sur les principes à mettre en œuvre pour améliorer le suivi au long cours chez les internes.

Ils proposaient la mise en place de consultations dédiées lors des SASPAS notamment sur des situations de prévention primaire, secondaire ou tertiaire ou lors de situations particulières (grossesse, addiction...)¹⁹.

4.9 La compétence partagée

Cet aspect de la prise en charge du patient a été globalement peu évoqué par les étudiants.

Les trois groupes ont bien identifié le rôle central du généraliste à propos de cette compétence.

Il est par contre intéressant de recueillir les indices de la mise en place d'une compétence partagée.

Pour les débutants, la dimension hospitalière était très présente, et le partage de la compétence se limitait à des transmissions de connaissances ou de techniques propres à chaque professionnel sans transversalité.

Les groupes intermédiaires et compétents ont évoqué le travail en réseau, en libéral ou en hospitalier et les considéraient comme une aide potentielle.

On peut donc rechercher des indicateurs dans ce sens dans le discours des étudiants, ont-ils pris conscience de l'existence d'un réseau? Sont-ils capables de s'en saisir? Et point ultime, sont ils capables de se placer en coordonateur de soins dans le cadre de l'éducation thérapeutique?

Ce rôle de coordinateur des soins du médecin généraliste n'était pas explicite dans les focus group, hormis le fait que ce soit difficile à organiser. On peut penser que cela relève d'un niveau expert.

4.10 Les attentes de formation en communication

Tous les groupes ont été d'accord pour dire qu'il leur avait manqué pendant le cursus des cours de communication. Les attentes étaient néanmoins un peu différentes entre les groupes.

Il serait intéressant de comparer cela avec le travail réalisé sur la compétence communication; on a mis en évidence une gradation nette vis-à-vis des attentes des étudiants.

Pour le groupe débutant, ils étaient à la recherche de techniques, un peu comme une recette à appliquer sur les patients et leurs objectifs par rapport à la maîtrise de la

communication sont claires, **«cibler le patient», «expliquer», «se faire comprendre»**. On retrouve cette posture du médecin dominante envers un patient inexistant.

Les débutants étaient encore dans une logique de transmission de connaissance et leur inexpérience les mettait en difficulté, ils souhaiteraient qu'on leur «enseigne à enseigner».

Chez les intermédiaires, savoir communiquer va permettre de **«s'adapter au patient»**.

Cette attente pour des techniques de communication mettait en évidence leur besoin de correspondre au patient, pour lui convenir, comme pour être capable de devenir le médecin souhaité par le patient.

Enfin, chez les compétents, les techniques de communication visaient à instaurer une relation centré sur le patient, ils décrivaient des objectifs précis; **«faire alliance», «instaurer la confiance», «créer du lien», «discuter»**...Leurs attentes concernaient leur capacité à créer, tisser une relation.

Cela soulève une autre question concernant la formation réclamée par les étudiants surtout du niveau compétent :

Sont ils capables de se saisir de stratégies de communication concernant l'établissement d'une relation de confiance lorsqu'ils sont encore dans une logique d'enseignement?

Le désintérêt pour les cours concernant la relation médecin/malades au cours de l'externat n'est peut être pas seulement due à sa non évaluation lors du concours de l'internat.

Ces techniques demandent certainement une expérience et une maturité propre à l'étudiant de fin de cursus.

4.11 La réflexivité

Le dernier indicateur proposé découle de la dernière grande question proposée dans le guide d'entretien :

«Comment concevez-vous votre place de médecin dans la relation avec un patient atteint de maladie chronique? Comment concevez-vous la place du patient?»

Il explore la réflexivité de l'étudiant, sa capacité à se questionner, à chercher du sens à l'éducation du patient, au dépistage et à la prévention, à remettre en question les notions qu'il a pu acquérir...

Ainsi, les objectifs liés à l'éducation, la prévention et le dépistage étaient assez clairs dans les trois groupes et semblaient donc être acquis dès le début de la formation aussi bien à titre individuel que collectif :

- ✓ améliorer le confort de vie,
- ✓ prévenir l'apparition de maladies ou complications,
- ✓ permettre au patient d'être autonome,
- ✓ participer à une action de santé publique et diminuer le coût de la santé.

Il était donc intéressant de constater que la prise de conscience des étudiants quand à l'intérêt de cette compétence était précoce.

D'autre part, on a cherché à savoir comment l'étudiant se positionnait dans l'application de cette compétence.

Le groupe débutant a beaucoup parlé de la pluridisciplinarité de cette compétence notamment au sein du service hospitalier mais ne se projetait pas vers l'extérieur et n'évoquait pas de partenariat possible à l'extérieur.

Le groupe intermédiaire était très centré sur sa pratique et parlait peu de pluridisciplinarité.

Tandis que le groupe compétent s'était déjà saisi de réseaux ou d'interlocuteurs privilégiés et se heurtait parfois à la difficulté du rôle de coordonateur de soins.

Enfin, comme souligné plus haut, nous n'avons pas eu d'échange lors des focus group sur la remise en question de la compétence en elle-même. Ils savent pourquoi ils le font et donnent même des exemples mais...

- ✓ Comment en sont ils venus à cela?
- ✓ Ont-ils acceptés ces affirmations telles quelles ou est-ce le fruit d'une réflexion sur l'intérêt de la mise en place de telle vaccination ou l'efficacité réelle de certains dépistages?

Cela serait le gage de praticien réflexif.

Ce travail n'a pas pu mettre en évidence de réflexivité des étudiants à ce niveau.

5. CONCLUSION

En réponse à une exigence sociétale, un médecin compétent est un praticien réflexif et professionnel.

Ses qualités ne sont plus seulement reconnues par un diplôme délivré en fin d'étude et la formation a dû évoluer dans le cadre du processus de certification de cette nouvelle génération de praticien.

Le cadre socioconstructiviste de l'apprentissage valide aujourd'hui l'approche par compétences, il est centré sur l'apprenant, il encourage son autonomie, incite à identifier les résistances et les obstacles²⁰.

L'éducation du patient est une pratique de santé qui a progressivement été intégrée dans la prise en charge des patients. Elle est l'expression d'un changement des conceptions de santé et nécessite des savoir-faire issus des sciences humaines: la communication soignant-soigné, la pédagogie du patient, la psychologie du malade...¹⁶

L'analyse de la compétence «éducation à la santé, prévention, dépistage», confiée au grand ouest a permis de déceler les premiers indicateurs utiles lors du processus de validation des étudiants;

✓ Mettre en évidence une technique d'apprentissage

L'étudiant ne peut plus se contenter de l'ancien modèle sachant/apprenant.

Il doit se montrer avide d'apprendre et prendre conscience des situations utiles à sa formation.

Savoir repérer les situations qui lui ont permis d'enrichir sa pratique comme le modèle de rôle ou la rétroaction pédagogique sont un signe de maturité nécessaire à l'acquisition de chaque compétence du médecin généraliste, tout comme reconnaître les situations qui peuvent le mettre en difficulté.

Comme le souligne Dr Jean-Louis Bernard, l'apprentissage devient un acte individuel et actif et correspond à une modification de la structure de la pensée du sujet.

Il est démontré que l'aptitude d'un sujet à exprimer ses stratégies d'apprentissage est corrélée avec ses propres performances dans ce domaine.

Il s'agit du contrôle cognitif de l'apprentissage, situé dans le registre de la métacognition²⁰.

✓ **Etudier l'interaction entre la position du patient et du médecin :**

Avec une lecture entre les lignes de la réalité de la pratique par rapport au discours, permettant de mettre en évidence le cheminement de l'étudiant, sa place dans la relation, le statut du patient, la gestion de la distance entre le médecin et le patient et les sentiments qui découlent de cette relation.

✓ **Analyser les difficultés exprimées**

Nous avons vu que les difficultés pour mettre en œuvre cette compétence étaient différentes selon le niveau de compétence, sur le plan de la vision du patient, sur les émotions liées à la relation médecin/patient, sur les techniques de communication.

L'évaluateur pourra s'attacher à rechercher des signes montrant que l'étudiant commence à prendre confiance dans sa capacité à faire de l'éducation thérapeutique, comme la sérénité, la prise de distance affective en restant dans une alliance...

✓ **Explorer la gestion du temps**

Le fait de remarquer que les médecins manquent de temps n'est pas discriminant, mais rechercher des stratégies de gestion du temps, une intégration dans une prise en charge au long cours, et l'identification d'un temps opportun, sont des paramètres montrant une évolutivité.

✓ **Rechercher la notion de compétence partagée**

Elle est peu développée dans les trois focus group, mais uniquement hospitalière pour les débutants, libérale et hospitalière chez les intermédiaires et les compétents.

✓ **La réflexivité des étudiants est difficile à explorer**

Ils ont bien identifié dès le début de l'internat, les objectifs de la mise en place de cette compétence et les destinataires.

On ne peut *à priori* pas attendre de réflexivité à ces niveaux sur la compétence en elle-même, il faudrait rechercher des indices dans les autres travaux de thèse dans ce sens.

Nous n'avons pas retenu la maîtrise des définitions comme indicateurs du fait de l'absence d'évolution dans le discours entre les différents niveaux de compétences.

Les hypothèses proposées par le groupe de travail expert du grand ouest étaient:

- ✓ Développer une posture qui place le patient en position de sujet, et non en position de soigné.
- ✓ Construire une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences.

- ✓ Déterminer le moment opportun et le temps de l'action d'éducation pour soi-même et pour le patient dans la durée.
- ✓ Partager le suivi avec d'autres intervenants.
- ✓ Collaborer à et/où élaborer des programmes, des projets et des actions de prévention, de dépistage, dans le cadre de l'éducation.
- ✓ Adopter une posture réflexive sur ces actions.

On s'aperçoit de prime abord que chaque hypothèse a été évoquée au cours de ce travail.

Nous avons mis en évidence l'évolution de l'étudiant en ce qui concerne le statut du patient.

La construction d'une alliance et la volonté de laisser le patient à construire ses compétences relèvent effectivement du niveau compétent.

La notion de gestion du temps et de prise en charge au long cours font aussi partie des indicateurs proposés.

Les attentes concernant le partage du suivi avec d'autres intervenants, la coordination des soins en matière d'éducation et la réflexivité, ne semblent pas pleinement remplies par ce focus group.

Cette recherche qualitative et inductive étant par nature non exhaustive, elle ne donne que certains éléments de réponse et ne constitue en aucun cas une proposition finale de processus de certification.

La validité de cette thèse repose désormais sur l'analyse horizontale des travaux de chacun des étudiants du grand ouest avec *in fine* une confrontation aux hypothèses avancées par le groupe de travail expert, dans le but d'établir des indicateurs clairs et cohérents pour la certification des étudiants en médecine générale.

6. **BIBLIOGRAPHIE**

1. COMITE NATIONAL D'EVALUATION. Le troisième cycle de médecine générale dans les facultés françaises (1998) [en ligne]. disponible sur:< https://www.cne-evaluation.fr/WCNE_pdf/Medecine3ecycle.pdf>. (page consultée le 12 juin 2012).
2. BANBERGER Valérie. Elaboration et évaluation d'un référentiel de compétences en médecine générale pour une évaluation directe et formative des internes en stage de premier niveau. Thèse de doctorat en médecine. Tours: Université de Tours, 2009, 201p.
3. LE MAUFF P., BAIL P., GARGOT F. et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Exercer. 2005, 73, p.63-69.
4. Groupe de travail Référentiel métier et compétences du CNGE. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Paris: CNGE; 2009 p.1-44.
5. ATTALI C., BAIL P., MAGNIER A-M., et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer. 2006, 76, p.31-32.
6. PETTY F. Les généralistes ont leur « référentiel métier»!. Le Généraliste.26 juin 2009. p.12.
7. Haut Conseil de la Santé Publique, L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. 2009.
8. JOUQUAN J., BAIL P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage. Concepts et Innovations. 2003, 4, p.163-175.
9. TARDIF J., L'évaluation dans le paradigme constructiviste. Université de Sherbrooke, 1993, p27-56.
10. LE MAUFF P., POTTIER P., GORONFLOT L. et al. Evaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. Pédagogie Médicale. 2006, 7, p.142-154.
11. AUBIN-AUGER I., MERCIER A., BEAUMANN L. et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008, 84, p.142-145.
12. MOREAU A., LE GOAZIOU M.F., DEDIANNE M.C. et al. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du Praticien. 2004, 645, p.382-384.
13. NGUYEN D.Q., BLAIS J.G. Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale. 2007, 8, p.232-251.
14. JOUQUAN J., L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie Médicale. 2002, 3, p.38-52.

15. TOUNSI H., ABABOU M.R. Formation des étudiants à l'éducation des patients. *Pédagogie Médicale*. 2002, 3, p.164-168.
16. GAGNE R.M., *The condition of learning*. 4th ed. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1985.
17. IVERNOIS J.F., GAGNAIRE R. Mettre en œuvre une éducation thérapeutique. *ADSP*. 2001, 36, p11-13.
18. MILLER G.E., *The assessment of clinical skills/competence/performance*. *Acad Med* 1990, 65, p.63-67.
19. MASSE J.F., BARON C., LACAILLE-URION J. et al. Comment améliorer la compétence des internes à assurer le suivi au long cours en médecine générale? *Exercer*. 2008,80, p.23-27.
20. BERNARD J.-L., REYES P. Apprendre en médecine (partie 1 et 2). *Pédagogie Médicale*. 2001, 2, p.163-169/235-241.
21. GAGNAIRE R., IVERNOIS J.F. Les compétences des soignants en éducation thérapeutique. *Adsp*. 2005, 52, p.69-72.
22. LETRILLIART L., BOURGEOIS I., et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009, 87, p.74-79.

7. ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES FOCUS GROUP

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

- **Présentation des participants et des chercheurs** : l'interne est le chercheur/animateur et Philippe Bail est observateur.

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

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

- **Objectifs de cette première séquence en off** :
 - Faire connaissance
 - Informer et obtenir l'accord des participants

- Détendre les participants
- **Matériel :**
 - Cartons et crayon feutre pour la présentation des participants avec leurs prénoms
 - Deux magnétophones

<p>Phase de discussion proprement dite (avec enregistrement) : durée 1h 30.</p>
--

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

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

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

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

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

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

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

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

Relances sur ce qu'ils savent :

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

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

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

Relances sur ce qu'ils font:

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

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

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

Relances sur ce qu'ils pensent :

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

7.2 ANNEXE 2 : Tableau de codage débutants

THEME	SOUS THEME	UNITE MINIMALE DE SENS
TEMPS T	T1 manque de temps	<p>on n'a pas forcément le temps de d'éduquer les patients</p> <p>Et je pense que dans un service, on ne se rend pas vraiment compte de la difficulté du médecin traitant en ayant un quart d'heure de consultation, le patient arrive, j'arrive pas à dormir et clac, on repart sur... je trouve qu'on ne se rend pas assez compte de ça.</p> <p>que tu n'as pas beaucoup de temps, on se dit là c'est cool, on a pu le sevrer un peu, etc, mais on a passé vachement de temps, on a pu discuter...</p> <p>coup chaque consultation prend beaucoup de temps</p> <p>sur un manque de temps</p>
	T2 prise en charge dans le temps	<p>ça s'inscrit plus dans une prise en charge vraiment au long cours</p> <p>on en a parlé tout à l'heure, ça peut prendre des années</p> <p>Je me disais que le médecin traitant, vu qu'il suit les patients sur le long terme par rapport au spécialiste</p> <p>suivi sur le long terme</p> <p>Ca demande du temps</p> <p>Tout ce qu'on dit sur la prévention et l'éducation, ça marche que si, c'est un peu le même médecin qui va suivre le même patient sur au moins quelques années. Si le patient décroche, après, c'est fini. Il faut tout recommencer à zéro</p> <p>Là, c'est quelque chose qui est tellement sur la durée</p> <p>Donc, il faut le prendre au fur et à mesure et</p>

		avec plusieurs consultations, revoir les choses qui ne vont pas
	T3 temps opportun (bon timing)	Je pense qu'il y a une question de moment aussi il y a le moment, il y a des consultations qui s'y prêtent plus que d'autres et pour des patients que l'on suit au long cours, si c'est le renouvellement d'ordonnance tous les trois mois, on va essayer quand même régulièrement de... sur des consultations quand même plus rapide... d'instaurer un temps, de se dire, de se forcer à l'aborder, parce que sinon, c'est facile de juste répondre à la plainte, de juste répondre à la demande et perdre du coup cette démarche plus active, mais aller dans l'éducation
	T4 répétition	c'est quelque chose qu'on doit renouveler en permanence même si pour nous, on a l'impression que c'est acquis revenir en permanence même si on a l'impression que le message est bien passé, de redonner à chaque nouvelle consultation
	T5 stratégie de gestion du temps	on peut se dire pourquoi pas, proposer une consultation dédiée
	T6 gagner du temps	
CONTRAINTES FREINS OBSTACLES O	O1 contexte aigu	Dans mon stage par exemple, en post-partum, il y a pleins de trucs, c'est pas le moment et du coup, c'est difficile ... Après, il y a des moments qui sont plus ou moins propices, c'est ce que vous disiez vous aux urgences, il y a des fois, c'est pas le moment
	O2 contexte socio-économique	toutes les façons, il va rentrer chez lui et donc il va replonger
	O3 système de santé	Je ne sais pas si ça se fait des consultations dédiées à ça. Il y a peut être des cotations particulières sur un temps plus long. <i>Signe de tête négatif du modérateur.</i> Non, mais ce serait bien, d'instaurer des choses comme ça Parce que c'est sur que l'éducation, ça ne se

		<p>ne passe pas en deux minutes, après, il y a peut être aussi des contraintes financières. Le médecin n'a pas forcément une demi-heure à accorder à chaque patient pour parler du tabac</p>
	04 manque de suivi	
	05 organisation (hopital)	<p>on essaie de faire passer des choses mais on sait bien que c'est pas dans un box qu'on peut faire vraiment de la prévention, même si on dit des choses, ça se fait toujours de manière très rapide</p> <p>c'est pareil, c'est comme aux urgences, c'est pas un suivi sur le long cours, c'est différent de l'activité d'un médecin généraliste en ville</p> <p>Moi je suis aux urgences, donc c'est un peu délicat,</p> <p>Je pense que ce sont des sujets à aborder plus en consultation en effet et pas dans le service et c'est pour ça que nous externes ou en tant qu'internes... donc j'espère que c'est des sujets abordés en consultation</p> <p>c'est sûr que quand le patient est hospitalisé, on fait juste la visite, tout ça, ce n'est pas facile d'aborder ce genre de sujet</p> <p>en hospitalisation, on ne voit pas vraiment les médecins prendre du temps au cours des visites pour que ce soit éduquer, faire de la prévention</p> <p>Même aux urgences, souvent, on se dit, que de toutes façons, ça, ce sera revu par le médecin traitant, retournez voir votre médecin traitant, il vous expliquera comment faire... »</p> <p>Et en plus en hospitalier, c'est complètement différent aussi, je pense qu'avec l'expérience, il y a des choses qui vont beaucoup plus vite et qui laisseront plus de temps pour le dépistage et tout ça.</p>
	06 croyances et représentations du patient	<p>c'est difficile lui-même de le sensibiliser au problème</p>

	07 malaise du médecin	
POSTURE DU MEDECIN PM	PM1 vision du médecin discours sûr)	<p>pour l'observance, ce n'est pas juste prescrire un médicament et le laisser seul avec son ordonnance, c'est l'accompagner pour le médicament en lui disant comment et pourquoi le prendre et les règles qui sont à côté, les règles d'hygiène</p> <p>reprendre les points précédents, vérifier si la compréhension est toujours la même</p> <p>savoir si c'est toujours bien compris, pourquoi, si c'est bien adapté et essayer de cibler en gros, en fait, si le patient comprend bien sa prise en charge</p> <p>que ce soit au médecin d'en parler quand il a la chance d'avoir le patient devant lui</p> <p>donc toute l'éducation du patient sur la survenue de crise ou les situations d'urgence et puis aussi l'utilisation du matériel pour les asthmatiques, tout ce qui est ventoline, ce genre de choses.</p> <p>de voir avec elles ce quelles en ont compris, comprendre pourquoi ça n'a pas marché et essayer de ré analyser qu'elle serait la solution la plus adaptée pour elles, qu'elles soient vraiment actrice, de leur proposer plusieurs solutions et de leur faire comprendre que c'est elle qui choisissent leur contraception et que c'est pas quelque chose qu'on leur impose et ça je trouve que c'est hyper important et c'est pour ça quand ça marche pas, les IVG, c'est parce que c'était pas adapté, faut leur expliquer qu'il y a une solution et c'est quelque chose qui se fait ensemble, et le médecin et le patient, c'est pas quelque chose qu'on leur impose, qu'elles soient obligées de faire et les culpabiliser quand ça marche pas</p> <p>c'est facile de se dire quand on voit un patient, bon bah lui, de toutes façons, ça ne marchera pas, mais je pense que c'est essayer de trouver les trucs qui font que le message ne va pas</p>

		<p>passer et de travailler en fonction, en ciblant là où sont les problèmes</p> <p>Il faut trouver des moyens adaptés à chaque patient pour que ça puisse passer</p> <p>Non, moi j'étais partie beaucoup plus pessimiste sur le fait que des fois ça ne passera pas, alors que non, faut jamais baisser les bras mais</p> <p>A nous de mettre à la disposition du patient tous les moyens qu'on a et peut être ciblé celui qui lui correspond le mieux et le conseiller</p> <p>Par contre, tu as des consultations exprès pour le sevrage, ils en font des consultations pour sevrage</p> <p>concrètement comment, pas en parler juste le jour où elles sortent au moment de leur donner toutes les ordonnances et en leur disant au fait, vous avez prévu quoi ? je vous mets ça et puis à bientôt ! En parler déjà avant, je pense, l'accouchement, en parler, tous les jours après et voilà, de discuter un peu de ce qui est le mieux pour elles, lui redire que le point sera refait après, à la visite post-natale, des choses comme ça</p> <p>en fait, c'est vrai qu'on laisse beaucoup de choses au médecin traitant, en se disant, le médecin traitant prendra le temps, aura le temps, il connaît son patient, donc c'est à lui de faire ça. Et c'est vrai que je m'imagine que quand je serai médecin traitant, ce sera une part importante de mon exercice, prendre du temps pour les patients, se poser, les éduquer. »</p> <p>Je crois qu'en pratique au contraire, les patients sont très attachés à leur médecin traitant</p> <p>Ca doit être... Le référent, voilà ! (soufflé par G) Il synthétise tout ça et pour qu'une relation se passe bien entre soignant, entre le médecin et son patient, il faut qu'il y ait une vraie relation de confiance et pour ça, je pense que ça doit être quelqu'un de très rassurant. Voilà ! »</p>
--	--	--

		<p>la dérive avec tout ce qu'on dit, c'est un peu le côté, le médecin a la connaissance, il va dire au patient ce qui est bon pour lui, et le patient aura juste à dire amen, et après... »</p> <p>C'est important, mais faut aussi ne pas être du côté paternaliste (protestation de V), non, mais c'est ce que je dis, c'est de la dérive. Je sais très bien que ce n'est pas ce que l'on pense, et que c'est un peu la dérive dans laquelle on peut tomber et dans laquelle, il ne faut pas tomber,</p> <p>il faut jouer sur les 2 tableaux où effectivement, on a la connaissance, on donne des conseils, etc, mais il faut aussi que l'on fasse sentir au patient que c'est lui qui va décider de ce qui est bien pour lui et je trouve que c'est ça qui n'est pas facile à faire. Trouver le juste milieu entre, justement le côté rassurant parce que d'un côté, on maîtrise notre truc, mais on est pas juste à dire « voilà, on est les grands connaisseurs, vous avez juste à faire et même pas à comprendre ce que vous faites ». Il faut arriver à trouver le bon compromis dans la relation.</p> <p>Après, c'est le médecin qui s'adapte au patient, c'est pas le patient. Donc, il faut que le médecin soit bon et puisse s'adapter à tout</p> <p>c'est lui qui suis son patient au long cours, après, comment l'intégrer dans la pratique ?... Je pense que ça dépend des consultations, on ne fait pas de la prévention et du dépistage à chaque consultation... Je ne sais pas, c'est vrai que nous, on n'a jamais pratiqué. »</p> <p>le patient vient parce qu'il a quelque chose donc on résout cette plainte et après, nous, on doit aller, lui dire, en gros, ce qu'on attend de lui, ce qu'on veut</p>
	PM2 la pratique	<p>mais c'est sur l'utilisation par exemple d'une VNI pour un BPCO, donc pour la pose du masque, le positionnement, le réglage de son appareil, des choses comme ça, après, pour les asthmatiques, il leur remontre aussi comment</p>

		<p>bien utiliser le matériel</p> <p>par exemple pour l'asthmatique, on lui apprend à bien respirer et d'inspirer la bouffée...</p> <p>bah, il prend l'appareil, après il n'inspire pas forcément, il leur montre, il leur explique et après il va dire au patient de faire</p> <p>mettre en place des aides, qu'il y ait des gens qui vérifient qu'il y ait la meilleure alimentation possible, que ce soit au niveau du régime...il n'y a pas d'éducation possible »</p> <p>Moi, je fais de la prévention AVK, de l'éducation AVK, je suis en cardio</p> <p>on fait des éducations un peu mari et femme, on éduque</p> <p>je vérifie qu'ils ont bien compris, en leur disant par exemple le jour de la sortie, qu'est-ce que vous faites si l'INR est à tant, enfin voilà, je fais comme ça quand je les éduque</p> <p>donc bon là l'éducation, elle a bien été faite, ça été efficace et si je vois qu'il n'a pas compris, je recommence, j'en remets une petite couche.</p> <p>c'est aussi un patient qu'on éduque</p> <p>moi je vérifie à la sortie la compréhension</p> <p>Je trouve que c'est important de voir d'avance ce que les gens ont bien compris, et de refaire, de refaire, de refaire</p> <p>et là je pense que c'est pas difficile pour nous d'en profiter et demander pourquoi vous êtes venus aux urgences, pourquoi vous n'avez pas demandé au médecin traitant et ça je pense qu'on peut prendre 2-3 minutes et essayer de les sensibiliser à ça</p> <p>le patient pas forcément, donc il faut savoir aussi ne pas le prendre de haut et lui dire, fallait pas venir, c'est ridicule, mais lui expliquer qu'il ne faut pas que ça se reproduise quand c'est un</p>
--	--	--

		<p>cas qui relève pas des urgences</p> <p>Je n'ai pas assistée au médecin qui... En fait, c'est comme si du coup, c'était peine perdue</p> <p>dans tous les services qu'on a fait, en externat, j'ai jamais vu un médecin qui ce soit arrêté... »</p> <p>J'en ai vu, enfin on en parle, après, il faut informer, il faut lui dire que le premier traitement de sa pathologie, c'est l'arrêt du tabac</p> <p>Bah moi, en cardio, c'est pareil, les facteurs de risque cardio-vasculaire, le tabac, on ne parle pas énormément de ces choses là, c'est hyper rare en fait</p> <p>On ne voit pas de médecin s'asseoir au bord du lit et dire « on va discuter un peu du tabac</p> <p>J'ai pas d'exemple précis, mais par exemple, si par rapport à mon cours, je sais qu'il y a 5 points à aborder, un peu théorique, j'imagine que je peux en aborder peut-être un ou deux en fonction du moment et du patient et de la compréhension. C'est bien d'avoir pleins de choses en tête pour aborder petit à petit chaque point</p> <p>c'est un patient où j'avais mis sur l'ordonnance la prise de sang qui n'était pas le bon jour en fait. Et je lui dis, la prise de sang, elle doit être faite quand, « 3 jours après la prise la plus forte », je lui fais, c'est quand ?, et du coup, c'est lui qui m'a dit, je dois faire ma prise de sang mardi, et puis il me dit, c'est moi qui lui ai dit, enfin je ne sais plus, enfin voilà... »</p> <p>moi c'était en diabéto, par exemple en stage d'externe, les gens étaient vraiment... on va faire des exercices sur le calcul des doses d'insuline, on contrôle la glycémie, qu'ils connaissent exactement quels étaient les objectifs de LDL, d'HbA1C, etc</p> <p>Elles ont été voir leur médecin traitant qui leur a dit que la pilule à 15 ans, c'était hors de</p>
--	--	--

		<p>question, parce que, elles allaient grossir et que c'était pas la peine d'en parler, enfin voilà, des trucs comme ça et donc après, il faut reprendre et essayer de leur expliquer des choses</p> <p>Je pense de toujours faire dans son intérêt à elle. C'est pas forcément évident</p> <p>et finalement le médecin a expliqué à l'interne qui était là, qu'il se sentait obligé parfois à aller dans le sens du patient pour pouvoir garder le patient dans sa patientèle, parce qu'il savait que si jamais, de temps en temps, le médecin n'allait pas dans le sens du patient, il allait perdre une partie de sa patientèle</p>
	<p>PM3 le ressenti</p>	<p>des fois on a le médecin généraliste au téléphone, il nous explique que lui, si si, il avait bien expliqué bien les choses concrètement, et c'est là qu'on voit qu'entre le message qu'on croit avoir laissé et fait passer et ce que les patients ont vraiment bien compris, il y a une énorme marge</p> <p>enfin c'est pessimiste, mais de toutes façons, il faut qu'on passe nous notre message</p> <p>C'est peut être théorique mais...</p> <p>C'est plus utopiste que théorique</p> <p>Il y a certaines situations où c'est très difficile</p> <p>Le sevrage tabagique, je pense que c'est une situation qui est vraiment difficile, des patients qui ont fumé pendant 30 ans à qui on dit qu'il faut vraiment s'arrêter soit parce qu'ils ont un cancer ou qu'ils sont asthmatiques ou BPCO, c'est très difficile</p> <p>on sait qu'il y a vraiment un manque, pas d'éducation parce que l'éducation, elle doit être faite, mais pas suffisamment bien faite ou pas suffisamment répétée. »</p> <p>, c'était peine perdue...</p> <p>c'est ça qui est vraiment difficile</p>

		<p>enfin là, c'est un peu de l'éducation par la menace</p> <p>Le rôle du médecin traitant, c'est important, mais je pense que c'est très difficile</p> <p>Ca c'est quelque chose à laquelle, on est absolument pas du tout confronté encore</p> <p>... Et c'est ça qui n'est pas facile</p> <p>que c'est une dimension qui nous dépasse complètement et on ne pensait pas pouvoir se poser ce genre de questions un jour et ça à mon avis, c'est en cabinet que l'on se rend compte de tout ça. »</p> <p>je pense que c'est quelque chose de majeur et que c'est une des choses les plus dures à faire</p> <p>C'est quelque chose de très dur à faire, enfin, il faut s'y mettre et c'est quelque chose qui demande beaucoup d'énergie. Il faut le faire, c'est une part majeure de notre travail mais c'est une des parties les plus difficiles de notre travail, de notre futur métier. C'est un des plus gros chantiers de notre métier</p> <p>c'est jamais un motif de consultation ; la prévention, le dépistage, l'éducation, c'est jamais le motif principal de la consultation, donc c'est à nous, à chaque fois, de répondre à la demande du patient et repartir sur de la prévention, du dépistage</p> <p>au début, c'est très dur de finalement ressortir de la consultation, de reprendre tout ce travail, où on en est au niveau du dépistage de ça, la prévention de ça, l'arrêt du tabac ou quoi que ce soit au niveau de l'éducation</p> <p>Je pense que ça doit être usant au quotidien, ça doit être nerveusement fatigant de devoir en plus, après, je n'en sais rien, c'est une supposition, on doit être assez souvent mis en échec, on pense avoir touché le truc, ça y est, il a compris, et voilà</p>
--	--	---

		<p>Même si ça doit être très difficile de faire ça au début parce qu'il y a beaucoup de choses, peut être qu'en se forçant au fur et à mesure en essayant de le faire à chaque fois pour chaque patient, peut être que ça devient quelque chose de naturel et j'espère que ça deviendra quelque chose d'évident de faire ça à chaque consultation. Essayer de se forcer, à faire du dépistage, de la prévention, tout ça, que ça devienne quelque chose de naturel, au bout d'un moment, avec l'expérience. »</p> <p>C'est vrai qu'au point où on en est, enfin, je parle pour moi, au point où j'en suis, j'ai du mal à me dire, c'est hyperspécialisé, je mets ça comme traitement, ça, donc déjà quand j'ai réussi à traiter mon monsieur qui fait son syndrome coronarien aigu, je suis contente. Donc après, quand on n'est plus dans l'urgence, on peut sortir de toute cette thérapeutique qui moi me prend beaucoup d'énergie, pour un peu plus se détacher et repartir sur la prévention et tout ça</p> <p>Parce que je pense qu'un bon médecin, ne peut pas se rappeler de tout en permanence. Penser que pour chaque patient, il faut faire telle chose, en théorie, c'est facile de savoir qu'il faut faire tel examen tous les 2 ans, en pratique</p>
<p>POSTURE DU PATIENT PP</p>	<p>PP1 patient passif</p>	<p>le patient, il va pas consulter pour se faire éduquer ou la prévention ou se faire dépister</p> <p>Et sinon le rôle du patient... finalement, le patient, il est comme il est. »</p>
	<p>PP2 patient opposant</p>	<p>une sensibilisation mais je pense qu'il est pas réceptif et donc du coup, la prévention, ça va être la mise en place d'aide</p> <p>Des fois quand ça ne passe pas, ça ne passe pas, il y a des diabétiques, ce n'est pas possible</p> <p>Par exemple, un asthmatique qui fume 15 cigarettes par jour et qui décompense son asthme tout le temps mais qui ne veut</p>

		<p>absolument pas arrêter de fumer, parce que, voilà, il a une vie assez difficile, il a des soucis de boulot. Enfin, voilà, des situations comme ça, où la cause, elle est trouvée, mais il ne veut absolument pas arrêter de fumer</p> <p>« Après, ça ne dispense pas de l'éducation sur la pathologie. Le tabac, ça fait un peu se casser la figure à tout ce qu'on fait derrière, parce qu'on aura beau mettre tous les traitements que l'on veut, s'il continue de fumer, il continuera de faire son asthme, ses BPCO avec des exacerbations, même s'il a bien compris, même s'il prend bien tous ses traitements, ça c'est une situation difficile</p> <p>On peut le dire et même le dire plusieurs fois, mais entre le dire et que le patient le fasse vraiment...</p> <p>ça après, il va oublier</p> <p>tous les patients sont sous patch de nicotine mais il y en a qui fument encore</p> <p>ça dépend du patient aussi, parce que certains patients, on leur fait ça, il vont dire, « vous me prenez pour un con ou quoi</p> <p>et il arrive en même temps qu'une consultation pour ses enfants dans un contexte familial assez difficile, le médecin voit les enfants et à la fin, le patient lui fait « au fait, vous me renouvellez mon ordonnance », et l'interne qui faisait la consult à côté du prat, lui dit « alors on va peut être faire un contrôle de TSH... », et l'autre : « Non, j'en ai rien à foutre, vous pouvez me prescrire une prise de sang, je m'en fout, je la ferais pas, je veux mon lévothyrox. »</p> <p>Là, de toutes les façons, ce prat disait, ce mec est un con, est un con, mais ses enfants n'ont pas à en pâtir</p>
	PP3 patient acteur	<p>c'est aussi une façon de le responsabiliser</p> <p>lui proposer tout ce qu'on peut pour l'aider à arrêter et de toutes façons s'il reste tabagique,</p>

		<p>c'est comme pour l'alcool, ça part du patient</p> <p>ce sera à lui de prendre sa décision et de toute façon, on ne pourra pas prendre la décision pour lui, c'est vraiment personnel, ça doit partir du patient</p> <p>que le plus important, c'est que ça vienne du patient</p> <p>Faut que ce soit au patient d'aborder le sujet, enfin ce serait l'idéal... »</p> <p>Elle est centrale, parce que tout est centré sur lui ! Il est acteur de ce qu'il paye</p> <p>Il faut qu'on lui donne aussi l'impression, enfin, cela peut n'être qu'une impression justement, qu'il a un véritable rôle à jouer dans sa santé</p> <p>Même si des fois, le patient , il va changer</p> <p>C'est le placer en acteur central et qu'il soit indépendant du médecin, qu'il connaisse suffisamment sa maladie et ses traitements et les choses à surveiller, pour pouvoir se gérer tout seul. »</p> <p>Moi, je pense que le patient doit faire suffisamment confiance à son médecin pour pouvoir suivre son traitement, tout ça. Mais après, il peut rester aussi critique, et il ne faut pas que le médecin soit fermé si le patient lui pose par exemple des questions. Il faut laisser quand même libre cours au patient et je pense que c'est quand même important que le patient pose des questions, s'intéresse et reste critique par rapport à ce que le médecin fait. Je trouve ça important, c'est ça aussi qui anime la discussion entre les deux. Savoir que si le patient pose des questions, le médecin lui répond bien, c'est quelque chose d'important pour l'échange.</p> <p>D'autant plus maintenant, avec internet et tout, si jamais le médecin ne le fait pas, le patient le fera par ses propres moyens, c'est vraiment une</p>
--	--	--

		<p>qualité</p>
	<p>PP4 les limites des patients</p>	<p>chez un asthmatique, un éventuel trouble de compréhension »</p> <p>se rend compte que ça va être difficile, parce que je suis en gériatrie chez le docteur L., d'où le dépistage, comme je le disais, des troubles cognitifs</p> <p>Parce que c'est quelqu'un qui a une démence avérée, c'est quelqu'un qui vit dans des conditions, on va dire, précaire. Il est arrivé dans un état de dénutrition pas possible, on sent bien que de toutes les façons, il va rentrer chez lui et donc il va replonger</p> <p>il ya certains patients de toutes façons, il ne voit pas assez clair pour couper les comprimés, ou pour les adapter,</p> <p>Ca dépend de toutes façons du patient qu'on a en face de soi ; il y a des patients qui de toutes façons en ont rien à faire, voudront pas faire d'effort, on aura beau leur dire</p> <p>mais les patients qui sont dans le déni de leur maladie, qu'ont pas les moyens cognitifs ou qui ne sont pas aptes à comprendre et tout ça mais suivant à qui on s'adresse, le message va être plus ou moins bien perçu et le traitement plus ou moins bien respecté et tout ça, donc ça dépend du patient</p> <p>ça dépend l'intérêt du patient</p> <p>là encore, je pense que ça dépend du patient, on ne peut pas encore vraiment le dire, il y a des patients chez qui ça peut ne pas marcher, il faut faire attention</p> <p>Mais après, il faut que ce soit des patients capables de bien percuter et comprendre.</p>
<p>LES FACILITATEURS</p>	<p>F1 le contexte</p>	<p>les patients qui ont une pathologie chronique qui va venir aux urgences, ça peut être l'occasion de dire là, il y a peut être un petit problème sur le traitement de fond, on va lui</p>

		<p>parler d'éducation en général et lui dire que venir aux urgences quand il a ce problème, faut pas que ça se reproduise</p> <p>Mais en consultation, quand on est face à face avec le patient, c'est vraiment à ce moment là, qu'on peut aborder ce genre de choses</p> <p>Bah il y en a, quand ce sont des gens de niveau socio-culturel et de compréhension assez élevé et qui sont déjà un peu informé sur la question, c'est plus facile que d'autres.</p> <p>Pour moi, c'est quand les gens sont cortiqués,</p>
	F2 le sujet	<p>et il y a des situations qui sont beaucoup plus faciles, c'est quand les gens ont des infections ou des choses comme ça et qu'on met des antibiotiques, les gens sont toujours observants, je trouve, sur la prise d'antibiotiques, là, c'est pour guérir une infection, on est d'accord, ça ils comprennent bien. C'est des choses qui passent bien</p> <p>Après des situations que l'on vit, c'est des maladies familiales, quand le patient a vu quelqu'un de sa famille qui a eu une maladie chronique, il peut voir ce que ça donne, il a ressenti ce que ça avait fait pour sa mère ou autre, et du coup il connaît la pathologie, il connaît les risques et du coup, c'est peut-être quelqu'un qui va être plus observant et plus compliant sur tout ça, pour pas reproduire ce qu'il a vu chez quelqu'un de sa famille.</p> <p>Non mais un diabétique qui a sa mère qui a plus de pied, ou j'en sais rien, enfin quelque chose comme ça, si on lui dit qu'il faut bien traiter le diabète pour pas lui couper les pieds, peut-être que ça va le motiver un peu plus et que du coup ce sera un peu plus simple comme situation, une éducation un peu plus simple</p> <p>à part les vaccinations</p>
	F3 les supports	ce que je trouve plus facile, c'est quand c'est très protocolisé, je pense aux dames qui se sont fait une fracture, on sait qu'on va leur donner

		<p>des conseils diététiques sur les apports calciques, alors on a des feuilles toutes prêtes, des trucs, des petits calculs, ça je trouve que c'est pas mal, ça marche bien. On a la vitamine D, on leur explique bien, je trouve que c'est pareil, on va recharger de tant, après on va faire un contrôle, après machin. . . quand c'est très protocolisé, c'est plus fastoche que le tabac... ouais, ça, ça marche bien je trouve. »</p> <p>Moi, je trouve que dans l'éducation, le support papier... après, je sais pas en pratique si ça marche bien à domicile, mais je trouve ça vraiment bien, enfin, ça rassure toujours. En médecine générale, je ne sais exactement comment ça se passe, mais, je trouve qu'aux urgences, typiquement, le malade qui a un plâtre, le fait de le faire partir avec une petite feuille de « surveillance du malade sous plâtre</p> <p>Je dis pas être systématique et le donner sans en parler, mais avoir le support papier et en parler en même temps, ça peut être intéressant. »</p> <p>Quand on était en consultation et qu'il y avait un chirurgien ou un spécialiste qui expliquait avec un dessin ou papier, je trouvais ça vachement bien</p> <p>Il y a juste, je pense à ça, le fait qu'il existe des logiciels qui en fonction de l'âge du patient, il y a telle vaccination, il faut la faire à cet âge là, là, il faut faire une mammographie, elle ne l'a pas eu depuis 2 ans et c'est vrai que c'est des outils hypers utiles au médecin, si à chaque fois qu'il ouvre la page du patient, il voit la mammographie qui n'a pas été faite, ou lui, il faut lui faire un toucher rectal, je trouve que c'est des outils... »</p>
COMMUNICATION ET COMPETENCES	CR1 faire une prise en charge globale	mais il faut voir plus loin sur chaque patient, prendre l'ensemble du patient, ses antécédents,

RELATIONNELLES CR		il est à risque de me faire quoi, faut que je dépiste ça, faut que je demande ça à un moment
	CR2 savoir négocier	<p>Si je le braque, il va s'en aller et ses enfants, je les suis depuis des années et je veux continuer. ». Donc il a fait un espèce de compromis</p> <p>Je voulais parler de ça dans le sens, où c'est au médecin de garder ses patients, parce que sinon, il n'y a pas de prise en charge au long cours, ce n'est pas possible</p>
	CR3 s'adapter au patient	<p>quelque chose de vraiment important, comme je disais tout à l'heure, c'est d'arriver à cibler le patient, parce que chaque patient est différent et on peut, si on connaît les choses à dire pour le sevrage tabagique, ou quoi que ce soit, penser que tel message ne passera pas chez ce patient là, parce que, lui, si on lui dit qu'il aura un cancer dans 10 ans s'il continue comme ça, ça ne lui parle pas, alors que jouer sur d'autres tableaux, ça pourra davantage le toucher. »</p> <p>On peut imaginer, je sais pas, un patient qui aurait une situation un peu précaire, lui dire que l'avantage des économies d'arrêter de fumer, ça lui parlera plus que dans 10 ans, il aura un cancer</p> <p>Ca, c'est pareil, c'est avec certains patients</p> <p>Mais je ne le fais pas avec tous, on s'adapte à qui on a en face de soi. »</p> <p>Enfin, comme tu dis, ça dépend des patients, si c'est pas un drôle, tu tentes pas ça, tu fais un truc...</p> <p>Plus carré</p> <p>Adapter son discours, enfin, il y en a qui sont exigeants, on sent bien qu'ils ont allés sur internet avant, du coup, on va pouvoir peut-être aller plus loin dans l'explication, on sent qu'ils ont besoin de comprendre ce qu'il se passe, et d'autres, non, ils veulent juste qu'on dise</p>

		<p>simplement les choses. Je pense que c'est cerner et adapter son langage en fonction du patient</p>
	CR4 savoir motiver	
	CR5 savoir transmettre ses connaissances	<p>Ca dépend aussi du médecin, il y a des médecins qui vont plus ou moins bien se faire comprendre, informer plus ou moins bien, il y a pleins d'autres critères en fait</p> <p>Il faut avoir une bonne connaissance de la pathologie pour expliquer aux patients quelles sont les enjeux de l'avenir, quels sont les risques qu'ils encourrent si jamais, ils ne le font pas, il faut aussi expliquer pourquoi on fait ça, pourquoi on surveille tel paramètre.</p>
	CR6 la place de cette compétence	<p>pour en revenir au médecin qui a un rôle important en prévention, éducation</p>
	CR7 qualités lié à ces compétences	<p>d'arriver à prendre le temps de cibler le patient, de comprendre toutes ses caractéristiques, qui font qu'il ne veut pas, qu'il est en rupture de soin, qu'il n'accepte pas sa maladie, pour arriver à cibler vraiment et à dire des choses qui le toucheront, parce que si on met le même discours pour chaque patient, il y en aura peut-être un sur lequel ça marchera mais la plupart, ça ne marchera pas parce qu'il aura pas su trouver quelque chose qui est important pour lui et qui lui conviendra. »</p> <p>Je pense qu'il faut jamais partir en se disant, c'est facile, enfin, ça peut l'être, mais faut pas se dire, bon bah ça y est, c'est acquis</p> <p>si, c'était avec de l'humour aussi</p> <p>il y a une relation de confiance qui va s'installer aussi et du coup les messages vont passer peut-être plus facilement</p> <p>Faut savoir communiquer et se faire comprendre</p> <p>Je pense que ce qui est presque le plus important, c'est d'être à l'écoute et super</p>

		<p>disponible</p> <p>D'être constant aussi, ça je pense que c'est le problème des gens qui sont suivis par plusieurs personnes, qui n'ont pas toujours le même discours ou la même opinion sur le même sujet, donc d'être assez constant dans ce qu'on dit.</p> <p>Etre neutre</p> <p>c'est un peu délicat, de montrer ses convictions personnelles, après, je pense que c'est quelque chose que le médecin traitant n'a presque pas le droit de faire, je pense qu'il faut être neutre quoi qu'il arrive</p> <p>Je pense qu'il doit être rassurant</p> <p>enfin, il doit avoir la connaissance</p> <p>je pense qu'un compliment qu'on pourrait me faire, c'est ça, « docteur, vous me rassurez, ça, je serais content</p> <p>après, c'est l'expérience qui fait que l'on pèse le pour et le contre sur des situations</p>
	CR8 les difficultés	<p>et on se rend compte qu'il y a vraiment un travail en médecine générale, parce que les messages passent mal</p>
APPRENTISSAGE/ ACQUISITION AQ	AQ1 modèle de rôle	<p>l'éducation, je trouve qu'on la voit surtout dans les services où on voit nos chefs faire de l'éducation des patients, c'est quelques qui moi, m'a plus marquée en stage qu'en cours</p> <p>Moi je me souviens, pour l'éducation, c'était en gériatrie, à Bellier, pour les AVK, je repense à ça, c'était Dr C. qui s'asseyait tous les matins, je revois très bien la patiente, et il lui posait pleins de colles comme ça. « tous les combien, il faut faire la prise de sang » « l'INR doit être entre... », clac, clac, tous les matins, il faisait ça</p> <p>« Non, mais c'est vrai, moi, j'ai changé de médecin un jour parce qu'il me donnait un traitement et il me disait « ouais, vous pouvez le prendre de tant de temps, si vous voulez » (ton</p>

		<p>désabusé), et bien non, ça ne me va pas</p> <p>« Je ne le trouvais pas rassurant, j'étais pas sûr qu'il maîtrisait son truc, en tous cas, moi, il ne m'allait pas</p>
	AQ2 connaissances théoriques	<p>on l'a appris, tout ce qui est prévention, dépistage, ça on l'a appris</p> <p>Par exemple, à l'internat, dans un dossier, dès que le mot tabac était prononcé, on mettait prise en charge du tabac, ça prenait une seconde à écrire, mais en pratique</p> <p>En pneumologie, on a peut-être eu des cours, mais c'était rapide. »</p> <p>On sait qu'il y a le test de Fagerström, des trucs comme ça où on évalue un petit peu</p>
	AQ3 ressources	
	AQ4 expériences personnelles	<p>c'est aussi quelque chose qu'on va exercer, ce n'est pas la même chose de l'apprendre et de l'exercer, c'est des choses totalement différentes</p> <p>A notre échelle, je trouve que c'est important, nous aux urgences, ce n'est pas comme dans les services, on n'a pas trop les chefs, on ne voit pas trop les chefs faire en fait, on est un peu tout seul, donc on improvise un peu aussi, ce qu'il nous semble utile ou pas à dire au patient.</p>
	AQ5 le manque de formation	<p>Après, c'est très dur, parce que à notre niveau, il y a, je sais pas, un manque d'expérience</p> <p>c'est vrai que, concrètement, on ne se rend pas compte, parce que c'est de l'expérience, c'est parler avec les gens</p>
REFLEXIVITE R	R1 le but	<p>dans le diabète, on éduque le patient sur sa façon de s'injecter l'insuline, ce qui va permettre au patient d'avoir une bonne observance, de bien suivre son traitement.</p> <p>éduquer un patient dans le but en fait d'avoir de bons résultats</p>

		<p>l'éducation c'est surtout apprendre au patient à connaître sa maladie, son traitement</p> <p>expliquer pourquoi il prend tel ou tel médicament, comment le prendre, et aussi expliquer les règles d'hygiène, tout ce qui est un peu en parallèle de la prise en charge médicale pure sur le long cours, pour que ça marche</p> <p>pour pouvoir le rendre compliant en fait</p> <p>qu'il comprenne pourquoi on lui prescrit telle ou telle chose, pourquoi on lui préconise des règles d'hygiène ou régime ou quoi que ce soit</p> <p>c'est d'intégrer le patient dans sa propre prise en charge</p> <p>qu'il devienne acteur de sa prise en charge</p> <p>c'est pour qu'il soit plus indépendant du médecin, qu'il soit moins dépendant du médecin et qu'il gère plus sa pathologie lui-même</p> <p>c'est quelque chose qui est fait pour diminuer les coûts de santé</p> <p>l'éducation fait aussi partie de ça dans le sens ou on va modifier, où on va diminuer le nombre de consultations</p> <p>si le patient a bien compris, est bien éduqué, on va diminuer les pathologies associées ou les accidents qui pourraient survenir</p> <p>c'est éviter la survenue de maladie ; sur une population étudiée avec des facteurs de risque, éviter la survenue de maladie</p> <p>chez un patient qui n'a jamais rien eu, éviter la survenue de maladies ou alors faire de la prévention chez des personnes qui ont déjà eu des maladies pour éviter qu'elles se compliquent</p> <p>Ca permet aussi de sensibiliser des patients qui est bien portant à un certain âge</p>
--	--	---

		<p>... d'apporter la connaissance au patient des différents types de choses à surveiller et d'aller voir son médecin quand on a un certain âge même si on a pas forcément plaintes, parce qu'on peut vérifier, s'il n'y a pas de facteur de risque, ça permet de sensibiliser les patients quand ils vont bien à faire attention, à sensibiliser quoi</p> <p>mais finalement, il va jusqu'où le médecin la dedans, parce que je sais qu'il y a des pédiatres qui sont pas, enfin, il y en a un à Nantes qui n'est pas pour la vaccination. Enfin, il a droit ? C'est une question</p> <p>ça peut éviter la survenue d'autres pathologies, c'est un peu cela qui assure le confort de vie du patient à long terme. »</p> <p>C'est primordial, ça permet d'éviter pas mal de soucis par la suite. »</p>
	R2 les destinataires	<p>pour l'éducation du patient, souvent on la voit dans les pathologie plus chroniques, par exemple comme le diabète ou l'hypertension artérielle</p> <p>Ca lui permet quand même de gérer les aléas, les accidents dans sa pathologie, de réagir en fonction d'un élément qui pourraient se produire ; un diabétique, sur une hyperglycémie, qu'il ait pas forcément besoin de consulter, mais qu'il puisse lui gérer, qu'il ait une conduite à tenir sur les choses qui peuvent arriver ; un asthmatique s'il voit que ça passe pas, qu'il aille consulter OU qu'il gère lui-même en prenant autre chose ou en augmentant les doses, ça évite la multiplication des consultations</p>
	R3 analyse de ses réactions	
	R4 discussion sur la compétence elle même (ex: prostate)	

SANTÉ PUBLIQUE SP	SP1 participer a des actions collectives	
	SP2 les campagnes publiques	<p>ça s'inscrit aussi je pense sur des campagnes, publicités, des choses plus large</p> <p>après utiliser les médias, je sais pas.</p> <p>on se rend compte qu'il y a des tonnes de campagne sur la contraception ou sur les rapports protégés et c'est des filles qui regardent la télé, qui écoutent la radio et on se rend compte qu'il y a toujours des choses qui ne sont pas comprises</p> <p>Je pense que ce n'est pas facile, faire des campagnes de santé publiques qui soient vraiment efficaces, c'est difficile je pense. »</p>
	SP3 les campagnes privées	
COMPÉTENCE PARTAGÉE CP	CP1 la place du généraliste	<p>ces trois termes, sont aussi de la prise en charge en cabinet</p> <p>Moi, je pense que le médecin traitant, il a un rôle principal</p> <p>Je suis d'accord avec toi, je pense qu'il a une part hyper importante</p> <p>c'est vraiment le médecin traitant qui au niveau de la prévention, a un rôle très important, de par sa position</p> <p>le rôle du médecin traitant est très important</p>
	CP2 travailler en concertation avec d'autres professionnels	<p>c'est les infirmiers qui font beaucoup aussi, nous on est un peu (elle fait signe qu'elle se met un peu en retrait</p> <p>c'est plus infirmier, c'est un patient qui a une trachéo et du coup on lui apprend à s'inspirer, donc c'est plus un travail..., enfin tout le monde s'y met un petit peu, mais c'est plus l'équipe... »</p> <p>De toutes façons, toute personne sur le chemin de santé peut faire de l'éducation, de la prévention, chacun à son niveau, donc je pense</p>

		<p>que ça concerne vraiment tout le monde ; un kiné qui va faire de la prévention de chute, qui va donner des moyens à la personne âgée de ne pas faire de chute à la maison, enfin, ça concerne tout le monde, l'aide soignante, elle donne des conseils à la toilette. Tout le monde est concerné,</p> <p>et il doit synthétiser toutes les informations que les gens ont de partout, internet, de la télé, du kiné, de la voisine, etc. Il doit avoir ce rôle justement de synthèse et il doit , de par son caractère, je ne sais pas, ou la relation de confiance qu'i a établit avec son patient, mais il doit avoir un rôle</p>
<p>DEFINITION DE CES COMPETENCES DEF</p>		<p>dépistage c'est dépister... enfin prendre en compte les choses actuelles, c'est-à-dire les facteurs de risque des maladies en cours, enfin voilà, des problèmes actuelles</p> <p>La prévention, c'est, ..., c'est agir sur ce qui pourrait se passer et éducation, c'est un moyen d'y arriver</p> <p>enfin moi je voulais repartir sur le dépistage, l'éducation et la prévention, pour moi c'est un peu tout un problème, enfin pas un problème mais une action de santé publique</p> <p>et c'est la même chose avec prévention et dépistage. Tout cela s'inscrit un peu dans le même schéma en fait</p> <p>les termes sont dépendants les uns des autres, c'est qu'on en peut pas faire d'éducation sans avoir dépisté avant d'éventuelles</p> <p>il y a plusieurs types de prévention, primaire, secondaire ou tertiaire</p>

7.3 ANNEXE 3 : Tableau de codage intermédiaires

THEME	SOUS THEME	UNITE MINIMALE DE SENS
TEMPS T	T1 manque de temps	<p>... et que nous aussi, on n'a jamais le temps d'en parler</p> <p>et effectivement dans une consultation de médecine générale, on a pas forcément le temps chaque fois de reprendre tout ça</p> <p>Après, c'est des choses qui prennent vraiment beaucoup de temps</p> <p>l'éducation thérapeutique sur les maladies chroniques, c'est quelque chose qui prend un temps fou.</p> <p>s'il nous reste un peu de temps, là, on va essayer de parler de santé</p> <p>ça demandait un effort parce que c'est plus long de le dire et en plus</p> <p>je trouve ça dur dans le sens où la consultation est très courte,</p>
	T2 prise en charge dans le temps	<p>en même temps que ce soit en prévention ou en éducation quand on a une maladie qui est ciblée, c'est un travail au long cours, donc c'est souvent pas pressé</p> <p>Je pense que le médecin peut revoir son patient sur plusieurs consultations et être peut être un peu moins frontal et aborder les éléments un peu plus progressivement. »</p> <p>L'avantage du médecin généraliste, c'est qu'il s'inscrit dans le suivi, on est pas obligé de tout donner dans une consult</p>
	T3 temps opportun (bon timing)	<p>... enfin voilà, et finalement, c'est consultations là qui pourraient durer 5 minutes montre en main, on peut en profiter pour un peu faire le point</p> <p>Peut être un jour, il faut être là et peut être un jour, il y aura un truc en plus</p> <p>J'ai l'impression que c'est souvent parce que dans leur entourage, eux vont bien, mais dans la famille, les amis, un proche, qui a eu un problème de santé particulier pour lequel, il y a un dépistage par exemple et du coup, ils vont aborder ça avec nous parce que cela leur a fait peur ou ça les a touché, je pense. J'ai l'impression que c'est assez fréquemment</p> <p>Moi, j'ai l'impression qu'il y a les décompensations, ou les déséquilibres dans les</p>

		maladies chroniques, c'est souvent le moment où la personne va dire –je ne comprends pas, je prends mon traitement tous les jours, j'essaie de faire ça et voilà, la tension, elle monte ou le diabète, il se déséquilibre- donc, je trouve que c'est un bon moment pour essayer de comprendre ce qu'il se passe et si le patient veut en savoir un peu plus sur sa maladie et comment la gérer, je trouve que c'est le bon moment pour intervenir. » cela peut être un bon moment
	T4 répétition	
	T5 stratégie de gestion du temps	que c'est un lieu où elle peut reprendre une consultation pour ça C'est assez facile, il me semble de reconvoquer les gens, mes prats le font, je propose facilement de revoir les gens pour parler de quelque chose précisément. Du coup, il faut savoir dire, aujourd'hui, on a parlé de ça, il m'a semblé –il faut toujours repartir de ce que les gens attendent- il m'a semblé que vous aviez envie que l'on avance sur autre chose, on ne va pas pouvoir le faire aujourd'hui, mais je vous encourage à reprendre RDV. Et les gens, ils le font facilement, en tous cas si c'est une demande qui vient de leur part ça me paraît un peu dur, la consultation était finie, j'allais la raccompagner à la porte donc, je lui ai dit de reprendre RDV pour discuter de l'arrêt du tabac ça m'est déjà arrivé de reconvoquer pour reparler de ça et ça permet de ne pas parler seulement de contraception mais aussi autres choses
	T6 gagner du temps	
CONTRAINTES FREINS OBSTACLES O	O1 contexte aigu	
	O2 contexte socio-économique	Ca coûte cher de lire prescrire Par rapport à l'entourage, où tout à l'heure, A. évoquait que cela pouvait être un déclic, ça peut parfois aussi être un frein, par exemple, le BPCO qui a un entourage qui fume ou le diabétique qui est dans une famille où personne ne fait attention aux règles hygiéno-diététiques et du coup, on est confronté au problème de la prévention individuelle, mais qui implique aussi

		<p>les autres personnes de la famille Et même si le patient veut parfois arrêter de fumer mais il vit dans une famille de fumeur, ça doit pas être facile</p> <p>Moi, il y avait un exemple, c'était pas la consultation réelle, mais un médecin m'avait raconté qu'au début, il donnait des conseils d'alimentation à un monsieur qui était diabétique ou hypertendu et puis en fait, au bout d'un moment, il avait appris que ce monsieur ne faisait jamais la cuisine, c'était sa femme qui cuisinait tout le temps ! Donc, c'était plus logique de faire de la prévention en présence de l'épouse qui faisait les plats etc.... le monsieur, il disait oui oui, mais finalement... ça m'y a fait penser. »</p>
	03 système de santé	<p>C'est pour ça à mon avis que c'est intéressant de faire de la prévention primaire très tôt, avant qu'il y ait des habitudes et c'est pour ça que je trouve ça dommage qu'à l'école, il n'y ait pas plus de message de prévention. Moi qui suis dans le métier, je me dis qu'on a eu extrêmement peu de message de prévention primaire à l'école, je trouve que c'est limite honteux, d'avoir eu aussi peu d'information. »</p> <p>Il faudrait des consultations remboursées de prévention, qui n'existent pas</p> <p>on dit que les consultations pour les certificats de sport ne sont pas remboursé par la sécurité, je trouve qu'à partir du moment où la personne vient se faire examiner pour faire un certificat de sport, on va prendre la tension, essayer de trouver des points d'attaches pour faire de la prévention, je trouve que c'est une consultation médicale quoi qu'il arrive et c'est la seule peut être qu'il va avoir dans l'année ou dans les 2 ou 3 ans</p> <p>Moi, je trouve que ce n'est pas très reconnu par la sécurité sociale</p>
	04 manque de suivi	<p>Sur les frottis, le nombre de frottis que l'on reçoit, on reçoit les doubles et les patientes ne viennent pas les chercher, personne ne vient demander ce que cela à donner alors que c'est de la prévention, il n'y a pas d'éducation derrière</p> <p>C'est vrai, qu'après, il y a toute une période où on ne voit plus les gens parce qu'ils sont</p>

	<p>globalement en bonne santé. »</p> <p>En particulier, je trouve qu'à la fin de l'adolescence et jusqu'à l'arrivée des premières maladies vers 40 ans, surtout pour les garçons, on ne les voit jamais en fait !</p> <p>Et c'est vrai qu'il y a toute une tranche de la population, alors effectivement, ils sont en bonne santé, donc tant mieux, mais il n'y a pas du tout de relation médicale et c'est un moment où ils sont sous médicalisé, enfin pas sous médicalisé, mais il n'y a pas de message qui peut passer parce que de toutes façons, ils ne viennent jamais voir le médecin ! »</p>
05 organisation (hopital)	
06 croyances et représentations du patient	<p>parce que un cancer pas méchant, ça met du temps à entrer dans les consciences des gens, parce que quand on parle de cancer, ça évoque tout de suite une maladie grave et c'est aussi pour moi, un des freins des dépistages organisés des cancers, c'est que pour moi, c'est quelque chose qui fait peur et de faire entrer ça dans la conscience générale qu'un cancer même dépisté très tôt est pas forcément méchant ! Voilà, ça m'évoque ça. »</p> <p>l'environnement socioculturel, les habitudes, quand il s'agit de faire changer petit à petit des habitudes, par exemple alimentaires parce qu'il a toujours fonctionné comme ça et c'est difficile de changer son mode de vie en fait</p> <p>ou l'activité physique, quand on essaie de dire qu'il faudrait avoir un peu plus d'activité physique à quelqu'un qui n'en a pas fait, qui n'a pas le gout, voilà, je trouve que les habitudes sont dures à faire changer</p> <p>Donc voilà, je pense que si on ne fait pas de la prévention tôt ou au moins qu'il y ait des messages qui passent pour les approfondir plus tard, je pense que plus tard, on a du mal à faire passer ces messages</p> <p>C'est vrai que dans une salle d'attente, on peut avoir toutes les maladies les pires et imaginables pour un patient, après, ils arrivent et ils ont de</p>

	<p>l'hypertension dans le cabinet ! Donc, il y a ça et aussi une fois, j'avais vu une affiche sur la spondylarthrite ankylosante et en fait, les symptômes sont tellement frustré et tellement... donc, je me dis si on met ça dans une salle d'attente de médecin généraliste, tous les patients vont venir en disant, j'ai une SPA ! qu'à l'hôpital, je pense que comme on ne connaît pas les gens, on peut leur poser des questions très terre à terre et derrière, on ne va pas le revoir donc même s'il nous dit qu'il a eu des relations homosexuelles non protégées, cela reste un peu l'anonymat de l'hôpital. Mais on sait que dans un cabinet de médecin généraliste, on va être amené à le revoir et du coup, le patient change son image vis-à-vis du médecin et je pense que c'est très difficile »</p> <p>Mais est-ce que tu crois que les patients sont francs avec toi ? Si tu leur poses une question intrusive alors que tu es que « l'interne</p>
07 malaise du médecin	<p>Et puis, j'ai l'impression aussi que parfois on est trop intrusif en tant que... vu que je ne connais pas le patient, ce n'est pas ma patientelle. Je trouve ça difficile de dire à un jeune, est ce que tu as des rapports sexuels, faut se protéger, alors que le pauvre, il vient pour une rhinopharyngite, je ne le connais pas, il a peut être pas envie de me raconter sa vie, donc c'est vrai que c'est compliqué, il y a certaines questions en prévention qui sont très intrusive et faut avoir une certaine relation « intime » avec le patient pour le connaître et ... voilà »</p> <p>sur certains sujets, je trouve que oui, notamment l'alcool et les maladies sexuellement transmissibles, parce que le tabac, c'est vrai que moi aussi, notamment chez les jeunes, je pose assez facilement la question, après les relations sexuelles protégées, moi, je ne demande jamais. »</p> <p>Pas forcément difficile pour moi en tant que médecin de poser la question, mais de trouver la bonne personne à qui poser la question, sans que ça fasse complètement intrusion, sans que ça vienne complètement plomber la consultation quoi.</p>

		<p>Les médecins connaissent les gens, mais je ne sais pas encore pourquoi, ils ont plus de mal à poser des questions</p> <p>enfin, moi j'ai du mal à poser hyper cash les questions comme toi</p> <p>ça me met très mal à l'aise</p>
POSTURE DU MEDECIN PM	PM1 vision du médecin discours sûr)	<p>Oui, mais l'éducation pour le cancer du sein, tu vas quand même dire aux gens de faire l'autopalpation, dire que s'il y a un écoulement... ça fait quand même partie de l'éducation, tu vas les éduquer</p> <p>parce qu'on a beau avoir pleins de choses en tête, dans une consultation de 20 minutes, il faut déjà cibler, se définir un ou deux objectifs dans la consultation</p> <p>l'information, elle va être mieux retenue si c'est à sa propre demande, adaptée au patient, alors que si on lui donne pleins d'informations différentes, je pense que ce n'est pas très efficace</p> <p>c'est mieux quand ça vient d'une demande particulière du patient, pour plus approfondir nos propos et je pense que c'est mieux entendu, après, chez une personne qui n'a aucune demande, c'est vrai qu'il faut peut être se forcer à se fixer un objectif par consultation de prévention ou d'éducation.</p> <p>j'ai souvent plus de facilités à entrer dans l'intimité des gens, F1 j'espère pouvoir la garder à long terme dans ma pratique future parce que n'ayant pas cette relation d'intimité et en gardant cette distance, j'ai l'impression de pouvoir rester un conseiller objectif par rapport à ce que vient m'amener le patient et donc d'avoir une sorte de position d'expert, on vient me poser une question et moi, je vais répondre objectivement ; « je ne suis pas là pour vous juger, on ne se connaît pas, on ne se verra peut être plus, je vous pose une question, je m'intéresse à vous et je veux vous apporter une aide...</p> <p>si on résume, et c'est vrai que c'est ce que je fait, on marche à la perche tendue, à la porte ouverte, on attend que l'on vienne vers nous pour pouvoir transmettre un message et peut</p>

		<p>être que c'est aussi à nous de faire en sorte que la personne finisse par ouvrir cette porte ; de l'amener sur un sujet, peut être de manière très subtile, pour que lui en vienne à ouvrir cette porte et à nous tendre cette perche mais la communication, elle commence bien avant que lui vienne nous voir pour ça. »</p> <p>Et j'espère que le médecin traitant en profite pour parler d'autres choses que faire simplement la vaccination</p> <p>Je pense qu'il faut quand même lui expliquer ce que c'est que sa maladie... C'est une démarche que je fais actuellement mais je pense que l'on a trop tendance à vouloir les soigner et il faut vraiment être à l'écoute et qu'est-ce que le patient veut faire, est-ce que ça le dérange ou pas, est-ce qu'il a conscience des complications qu'il peut y avoir et est-ce qu'il veut faire quelque chose, parce que de toutes façons, s'il ne veut pas faire, on aura beau prescrire, dire qu'elles sont les complications... ça ne mènera à rien et le patient sera déséquilibré... il faut vraiment faire ce à quoi est prêt le patient ! »</p> <p>il faut lui demander quels sont ses objectifs ! qu'est-ce qu'il sait de sa maladie, qu'est-ce qu'il veut en faire ? Quels sont ses objectifs de vie pour pouvoir proposer après une thérapeutique ou une prise en charge adaptée à ce qu'il veut C'est le diagnostic éducatif.</p> <p>et le médecin est accompagnant, il ne faut pas se poser en juge ou gendarme, il ne faut pas que le patient vienne chez nous en se disant –ohlala, mon hémoglobine glyquée est à 9, je vais me faire gronder ! On peut être là juste pour l'aider et pas pour lui dire –bon ben qu'est-ce que vous avez fait ! »</p> <p>mais j'aurais tendance à essayer, parce que je ne pense pas avoir mis encore en concret, de poser une question, j'imagine le patient qui arrive avec son HbA1C à 8 ou 9, et au lieu de lui dire – qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce que vous avez fait ?- j'aurais tendance à poser une question genre –qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que ça vous inquiète ?- une question plus ouverte et pas négative</p>
--	--	---

	<p>C'est arriver à se mettre à leur place pour ce problème là et essayer d'entendre pourquoi ils n'arrivent pas à appliquer ce que nous, on leur explique de façon très carrée et très claire, essayer d'être un peu plus ouvert d'esprit, de ne pas être borné à des chiffres, à des théories d'application d'éducation thérapeutique etc</p>
<p>PM2 la pratique</p>	<p>Et à en discuter avec les gens, souvent, il y a des gens qui ont eu des dépistages pour le VIH, par exemple pour des suivis de grossesse et dans le certificat prénuptial et il n'y a pas forcément l'éducation et la prévention qui va avec, ils disent, oui oui, je l'ai déjà eu et quand on pose des questions, ils disent, ben non, on ne m'a jamais dit ça, voilà, on me l'a fait, c'était négatif, donc on n'a pas été plus loin et c'est un peu ridicule, parce que du coup, on voit des jeunes qui en ont eu plusieurs fois des dépistages et finalement quand on leur demande pourquoi vous avez demandé des dépistages, bah parce que c'est comme ça et c'est pas des conduites à risque, donc on multiplie le dépistage et parfois c'est pas forcément adapté</p> <p>et je lui dis : « je veux bien vous refaire la prise de sang, mais il faut quand même savoir qu'on ne va pas vous refaire ça tous les 3 mois pour vous rassurer et ce qu'il faudrait, ce serait vraiment vous protéger et c'est vrai que le dépistage dans ces cas là, on ne sait pas très bien tous les combien il faut le refaire... Ce n'est pas une question simple.</p> <p>moi je sais que j'ai eu à faire des gardasils et des vaccins et à chaque fois, je demandais à la jeune fille si elle savait à quoi cela servait, si elle savait de quoi il s'agissait tout simplement et que de toutes façons, il faudrait quand même qu'elle fasse des frottis</p> <p>oui, j'essaie de me faire sur des thèmes précis, des documents destinés aux patients</p> <p>j'essaie quand même de faire le conseil minimal par rapport au tabac</p> <p>le patient me tend une perche et je me dis, je peux quand même pas, il faut que je la prenne</p> <p>Oh, le tabac, c'est un exemple, on en parle beaucoup, le conseil minimal, est-ce que vous</p>

	<p>fumez ? Enfin, je pense que pour nous, c'est peut être plus facile pour nous parce que souvent, on ne connaît pas les patients et donc, moi, souvent, je le fais au moment de l'auscultation pulmonaire : « est-ce que vous fumez ? », moi ça me paraît logique de le poser à ce moment là</p> <p>Au moment de l'auscultation pulmonaire, je me suis appropriée ça comme moyen, parce que je trouve qu'il y a quand même un lien, poumon/tabac et le patient me dit oui ou non et là, ça me permet de poser la question, est-ce que vous avez déjà eu envie d'arrêter ? Je trouve que cela passe bien. Enfin, je dis ça parce que c'est un moyen que je me suis appropriée moi et j'ai l'impression que ça fonctionne, mais après... c'est un exemple précis</p> <p>Je trouve que finalement, les consultations de renouvellement d'ordonnance qui sont quand même pas très intéressante et où on ne va pas créer de magie dans cette consultation, je trouve que c'est le moment de refaire le point sur chaque médicament et puis de vérifier, la dernière prise de sang, c'était quand, la dernière mammo... enfin voilà, et finalement, c'est consultations là qui pourraient durer 5 minutes montre en main, on peut en profiter pour un peu faire le point</p> <p>c'est vrai que moi, je suis plus à l'aise quand c'est quelque chose que je cible et pas de me dire ; alors tel patient, qu'est-ce que je pourrais lui faire comme prévention. Il faut que ce soit quelque chose qui me vienne naturellement parce que sinon, je sais que ce ne sera pas forcément bien fait. Mais, je n'en fait pas à toutes les consultations</p> <p>je trouve que des fois, on finit par se dire, bon bah tant pis, j'abandonne parce que moi, j'arriverais jamais à lui expliquer</p> <p>Par petites touches, à chaque fois, on peut essayer</p> <p>Il faut plus se poser le problème de l'entourage, est-ce qu'il faut qu'ils soient plus ou moins présent pour que le message passe mieux, ou s'en servir si cela peut être un déclic... »</p> <p>quand je suis passée en suite de couches, il y</p>
--	--

		<p>avait le boostrix tetra à proposer aux femmes et à leur mari et le nombre de fois où les dames me disaient –est-ce que vous pouvez me faire ça pour mon mari !- et on en avait discuté et l'idée, c'est peut être de dire aux dames, non, votre mari, il va aller consulter son médecin généraliste, je ne fais pas l'ordonnance, c'est le médecin généraliste qui va voir un petit peu et en profitera pour parler des problèmes de santé et finalement, ça demandait un effort parce que c'est plus long de le dire et en plus , on est mal vu quand on dit non, mais je pense que c'est mieux</p> <p>je me disais peut être qu'il n'ira pas, alors du coup, je faisais l'ordonnance en disant que moi, je ne le faisais pas parce que le mari n'était pas hospitalisé donc je ne pouvais pas le faire et par contre je faisais l'ordonnance en disant aller chez votre médecin traitant et je me disais que j'avais peut être un petit peu plus de chance qu'il y aille vraiment</p> <p>il faut les stimuler pour dire, peut être que votre mari doit aller chez son généraliste et des fois, je pense qu'on peut faire de la prévention auprès des femmes, on peut leur dire que c'est un important, elle, elle est suivie parce qu'elle a son suivi gynéco etc., c'est important que votre mari se fasse suivre. On devrait, et je ne le fais pas assez, on devrait plus leur dire et votre mari, est-ce qu'il est suivi... »</p> <p>j'essaie de lui dire qu'il y a forcément un truc de bien, faut que j'arrête de m'énerver et en fait, des fois, le fait de valoriser le patient, on se calme tout seul</p>
	PM3 le ressenti	<p>Moi, ça me fait penser qu'en consultation, souvent on a des gens qui viennent en disant, oui, je voudrais faire la prise de sang complète et moi ça me pose toujours question de me dire, le dépistage, c'est bien la prise de sang complète, c'est pas possible à chaque fois, et qu'est-ce qu'on fait et je trouve qu'à chaque fois, on n'a pas vraiment de réponse, on fait au mieux...</p> <p>moi je trouve ça assez difficile</p> <p>je trouve cela difficile.</p> <p>je trouve cela difficile</p>

		<p>mais je trouve ça assez dur</p> <p>il vivait ça comme une sanction, comme si j'étais un prof qui dispute son élève alors que c'était sûrement moi qui ait pas su faire passer le message, mais ce n'était pas le but</p> <p>puis des fois, c'est vrai que c'est incroyable, moi, j'ai été très surprise à Noël</p> <p>Je pense que les patients, on leur dit quelque chose à un instant T, ils en retiennent déjà une partie infime et que à moyen ou à long terme, ça s'oublie, et on a beau, même si on les voit tous les 3 ou 6 mois, leur dire les choses, je pense que ça ne suffit pas</p> <p>Moi, j'ai ressenti que ça pouvait être très anxiogène pour les patients</p> <p>Et je trouve ça bien, parce que je me dis que ce n'est pas si compliqué que ça. »</p> <p>je me demande si on ne s'en lasse pas au bout d'un moment de toujours ressasser les mêmes choses, en tant que médecin, je veux dire et moi, j'étais assez étonnée de voir les praticiens chez qui je travaille qui je trouve n'en font pas beaucoup</p> <p>il faut sauter d'un sujet à l'autre assez facilement tout en restant homogène pour la cohérence du patient, pour ne pas que l'on tombe comme un cheveu sur la soupe et je trouve cela très difficile, parce qu'il faudrait parler de tout, en un temps limité, avec des phases d'approches différentes en fonction des patients, et puis de la façon dont on est nous en tant que médecin généraliste, cela dépend des personnalités</p> <p>trouve ça dur à notre stade, parce que j'ai l'impression qu'il faut ouvrir tellement d'éventails quand le patient est là et qu'il a un problème, pour penser à tout, pour oublier rien, pour aller à l'essentiel et ne pas prendre de retard sur la consultation, je trouve ça très difficile</p> <p>Alors, on se dit, il faut qu'on le dise, il faut qu'on le dise. Pas forcément en se disant ouf, je l'ai dit, c'est bon, j'ai fait mon ¼ d'heure de prévention. »</p> <p>moi, ça me mettait très mal à l'aise parce que je me dis à la fois, c'est un monsieur à qui je ne vais</p>
--	--	---

		<p>pas apprendre la vie, c'est un monsieur qui en connaît certainement beaucoup plus que moi sur beaucoup de choses et c'est pas moi, une gamine de 28 ans qui va lui apprendre et à la fois, j'essaie de lui dire quelque chose parce que c'est mon métier et voilà</p> <p>Il faut peut être accepter des fois que les patients viennent juste chercher leur traitement et ils ne sont pas prêts à entendre nos conseils ce jour là ! Alors, c'est hyper frustrant</p> <p>Je pense que c'est quelque chose sur lequel on a tous ressenti de la colère en fait, c'est quasiment, on dit – bon, il ne veut pas se soigner ! Tant pis !- Enfin, il y a un moment, en fonction de nos limites à nous, alors, après, c'est aussi vécu comme un échec parce qu'on n'a pas réussi à faire passer des messages correctement, donc je pense que c'est un mélange un peu des deux. Après, effectivement, faut accepter</p> <p>Après, moi, je ne sais pas, je ne pourrais pas répondre à cette question, je trouve que ça ne fait que 4, 5 mois que l'on est chez le médecin généraliste, je n'ai pas assez de recul pour ça, je trouve. »</p> <p>on est mal vu quand on dit non</p> <p>mais moi, je reste très en colère, j'ai du mal quand les gens ne font pas forcément ce que je dis et je sais que je réagis comme ça et je sais qu'il faut que je fasse attention, enfin, je le dis, je ne l'exprime pas au patient mais c'est vrai que j'ai tout de suite un mur. Je me dis, de toutes façons, il ne m'a pas écouté ; le résultat est là, qu'est-ce que je vais dire de plus</p> <p>des fois, j'arrive à calmer un peu ma colère si je valorise un peu le patient</p> <p>Moi, je m'en rends compte parce qu'il y a des moments où je me disais arrête de te mettre dans des états pareils, rien que dans ta tête, ce n'est pas bon pour toi... »</p> <p>.... je trouve ça dur dans le sens où la consultation est très courte, on ne les connaît pas très bien et puis nous, on voit tous les dégâts que peut causer le diabète à long terme et on n'entend pas que là, au boulot, ils sont un peu</p>
--	--	--

		<p>stressé, et bon, on peut être un peu stressé mais ça ne vous empêche pas de ne pas manger de sucre</p> <p>ressenti de la sympathie dans ce que tu disais et je pense que je l'aurais ressenti aussi</p> <p>j'ai l'impression que du coup, là on se dit, oh le pauvre ! Et j'ai l'impression que l'on souffre un peu avec lui parce qu'on sait très bien que de s'occuper de son épouse Alzheimer, ça doit être abominable, c'est difficile... »M : « Et est-ce que cela vous choque de ressentir cela ? »P : « Non, tant que l'on sait ce que l'on ressent.</p> <p>Oui, et puis, il y a des limites quand même, parce qu'il y a des fois où cela m'arrive de repenser à des situations le soir et je me dis que ce n'est pas bien, on n'est pas là pour souffrir, enfin souffrir, ça va un peu loin quand même, mais des fois, c'est un petit peu ça quand même, d'être pas bien, parce qu'on se dit que le patient n'est pas bien du tout, son histoire, c'est affreux et je pense qu'il faut savoir quand même garder des distances pour se protéger.</p>
POSTURE DU PATIENT PP	PP1 patient passif	<p>Oui, mais je trouve qu'il y a des patients qui ne veulent pas savoir non plus. Ils ne sont pas curieux, c'est à dire que si on ne va pas vers eux ... il y a des gens qui ne sont pas très curieux et il n'y a pas d'éducation derrière ou, il n'y a pas l'occasion d'apporter l'éducation</p> <p>je pense que c'est pour ça que les gens ne posent pas trop de question et font ce qu'on leur demande de faire, parce que c'est obligatoire ou fortement conseillé, mais la plupart des gens aiment bien ne pas trop se poser de questions par rapport à leur santé, cela fait une contrainte de plus. »</p> <p>je trouve que quand les patients n'amènent rien du tout</p> <p>pendant que eux... sont pour certains très passifs</p>
	PP2 patient opposant	<p>c'est le problème des patients qui ont une persistance des conduites à risque, notamment, là, j'ai été confronté à un jeune homme de trente ans à peu près qui avait eu un dépistage hyper complet de toutes les IST et qui revient après un traitement pour un chlamydia je crois, qui avait été découvert dans le cadre de ce bilan et il avait</p>

		<p>traité, il revient et il me dit, je pense qu'il faudrait refaire le dépistage</p> <p>Moi, je trouve aussi que les gens n'aiment pas que l'on médicalise leur vie, qui disent; moi, je n'avais pas de problème de santé, je n'avais aucune raison de venir vous voir et je n'ai pas envie que l'on m'embête, là, j'ai un problème, j'ai envie de le régler mais</p> <p>j'avais le cas de patients au cabinet qui faisait de la prévention alimentaire notamment au niveau de anomalies lipidiques, ils avaient une anomalie lipidique, du coup, le fait d'expliquer les différentes démarches à suivre, c'était vraiment vécu comme une intrusion</p> <p>il vivait ça comme une sanction, comme si j'étais un prof qui dispute son élève alors que c'était sûrement moi qui ait pas su faire passer le message, mais ce n'était pas le but</p> <p>Après, pour les sujets jeunes, j'ai l'impression que c'est plus une demande de leur part, mais c'est souvent des gens qui viennent consulter avec deux ou trois motifs et ils vont commencer par dire qu'ils ont un rhume et en passant la porte, ils vont dire qu'ils veulent une prise de sang pour le VIH, et voilà, c'est à ce moment qu'il faut reprendre les choses et recommencer les messages de prévention</p> <p>... Mais de toutes façons, on ne pourra jamais, si ce n'est pas une demande qui vient d'eux, en tous cas pour l'éducation thérapeutique, cela ne sert à rien de les reconvoquer pour parler d'autre chose si ça ne vient pas d'eux, ça n'avancera pas, ils n'enregistreront pas</p> <p>... je pense qu'on ne peut pas en faire à chaque consultation. Il faut s'imaginer quelqu'un qui vient 3 ou 4 fois par an pour son renouvellement, si à chaque fois qu'il vient, il entend des choses qui ne lui parlent pas, c'est-à-dire ; est-ce que vous marchez tous les jours 1/2heures, et puis il faudrait aussi faire attention à votre alimentation, s'il entend ça à chaque fois... je pense qu'il y a pleins de gens pour qui ça passe pas</p> <p>il me dit je fais déjà le régime sans sel, alors, je lui demande un petit peu ses repas, donc il y a</p>
--	--	---

		<p>fromage à tous les repas, son vin rouge, ça ce n'était pas le problème du régime sans sel, mais le vin rouge, des boites de conserve hyper régulièrement et des repas préparé. Je lui explique que tout ça, c'était des choses complètement salée et à chaque fois que je lui parlais d'un des aliments qu'il mangeait, il me disait « non mais de toutes façons, ça je n'en mange pas beaucoup. », mais sauf que tout ce qu'il mangeait, c'était des choses contre-indiquées et à chaque que j'essayais, lorsqu'il m'avait contredit sur un aliment, je changeais d'aliment et à chaque fois, il me disait mais non, mais non</p> <p>pour lui, il y a des choses qui sont évidentes et ce monsieur là, manifestement, il pensait qu'il n'avait pas à apprendre de moi</p> <p>C'est comme un déni ! »</p> <p>Il faut savoir où ils en sont dans leur maladie, est-ce qu'ils ont vraiment envie d'aller plus loin dans son hypertension ou ça lui convient d'avoir toujours 15,5/9 et bref et puis il n'a pas envie de faire plus et si nous, on dit qu'il faut qu'il fasse plus et qu'il est pas prêt, bah... malheureusement ... il y aura toujours des gens qui ne voudront pas se soigner. »</p> <p>c'est sûr que quand ils entendent à la radio, il pourrait venir nous en parler, j'ai entendu à la radio qu'il y avait... mais après, ils entendent ce qu'ils veulent aussi, dans le cadre de l'histoire du médiateur, là, tout le monde était au courant et voulait nous en parler, j'ai même vu une patiente qui a pris RDV exprès pour parler des médicaments qu'il y a sur la liste et c'est comme l'iode qu'on entend sur le japon, alors, tout le monde veut savoir des trucs sur l'iode et la radioactivité parce que les gens entendent ce qu'ils veulent et ils prennent ce qu'ils veulent aussi</p> <p>quand ils viennent en consultation avec une idée fixe, c'est difficile aussi de les faire dévier. C'est un paramètre qu'on ne maîtrise pas toujours, ce qu'ils veulent bien entendre à la radio. Pour l'instant, je n'ai pas eu d'impact moi sur le cancer colorectal suite à la campagne d'information à la</p>
--	--	--

		<p>radio, personne n'est venu me dire, je ne comprends, je n'ai pas reçu ou comment ça se passe ou à partir de quel âge... pour l'instant, je n'ai rien entendu du tout, alors que l'histoire des médicaments interdits, ça... »</p> <p>C'est vrai qu'en fait, on parle toujours de maladie, les gens viennent, ils attendent d'avoir une maladie pour venir nous voir, alors, on leur fait de la prévention et c'est vrai que je pense que ce n'est pas encore assez passé dans l'inconscient général qu'on parle de santé aussi et la prévention, c'est cela qui est difficile parce que quand on parle de santé, les gens n'accrochent pas forcément autant que quand on parle de maladie</p> <p>ils ne viennent pas nous dire –bonjour, je suis en bonne santé, je voudrais le rester ! Qu'est-ce que je peux faire ?- ça, c'est un vrai problème,</p> <p>Si a un moment de sa vie, de toutes façons, la tension n'est pas le souci parce que sa femme est malade ou je ne sais pas quoi, malheureusement, il faut peut être accepter ça, parce que de toutes façons, lui prescrire un traitement et lui dire qu'il risque l'AVC, ce n'est pas le moment, il n'entendra pas, il prendra peut être pas le traitement</p>
	PP3 patient acteur	<p>où les gens viennent nous voir et disent, voilà, je voudrais faire le point sur ça et du coup, voilà et ça c'est plutôt du dépistage individuel. »</p> <p>moi, je vois, il y a beaucoup de gens qui viennent pour demander un dépistage pour le VIH, soit parce qu'ils ont eu un rapport à risque, soit ils sont inquiets</p> <p>très souvent pendant la consultation, le patient amène la question qui fait qu'on va pouvoir aborder un problème d'éducation</p> <p>Juste pour revenir à ta question, pour savoir quand un patient est prêt à changer, il y a une patiente assez jeune, la quarantaine, chez qui on a découvert un diabète par surpoids. En fait, elle a encore toute sa vie devant elle et c'est vrai que naturellement, après avoir abordé tous les problèmes liés au diabète, naturellement, elle a refait du sport elle-même, mais sans que l'on ait franchement abordé la question, parce qu'on</p>

		<p>était parti plutôt sur l'alimentation et la consultation suivante, elle est revenue toute contente, parce que son HbA1C était diminuée, elle avait perdu du poids, elle se sentait aussi psychologiquement beaucoup mieux et c'est vrai que là, on a attrapé la perche tendue par le patient ; elle nous a dit - depuis que je fais du sport, je suis...- et là, on reprend que oui, le sport, ça permet de faire descendre l'HbA1C, ça permet aussi de perdre du poids qui fait aussi baisser l'HbA1C et ça c'était vraiment parce qu'elle nous a dit qu'elle avait fait quelque chose et que ça allait mieux avec ça et nous, on peut prendre les choses en cours et lui expliquer que naturellement, ils ont fait les choses qu'il fallait faire et que l'éducation passe aussi par là, dans le sport pour le diabète. »</p> <p>il faut vraiment être à l'écoute et qu'est-ce que le patient veut faire, est-ce que ça le dérange ou pas, est-ce qu'il a conscience des complications qu'il peut y avoir et est-ce qu'il veut faire quelque chose, parce que de toutes façons, s'il ne veut pas faire, on aura beau prescrire, dire qu'elles sont les complications... ça ne mènera à rien et le patient sera déséquilibré... il faut vraiment faire ce à quoi est prêt le patient</p> <p>En tous cas, moi, je pense que c'est bien de rendre le patient sujet et de lui dire –c'est vous qui êtes sujets et c'est en fonction de ce que vous allez choisir de faire et de ce que vous ferez que... Moi, je n'y peux rien, je vous explique simplement et c'est vous qui décidez- oui, c'est rendre le patient sujet. »</p> <p>Acteur de soin acteur de sa maladie...</p>
	<p>PP4 les limites des patients</p>	<p>sur le niveau socioculturel, ou intellectuel, je me revois expliquer la découverte d'un diabète chez une dame...ou il y a trop d'informations, ou je n'ai pas bien expliqué, ou alors elle n'était pas prête à l'entendre, mais en tous cas, il y a 1% des informations qui sont passées et ça c'est vrai que c'est compliqué ; la compréhension du patient, ce qu'il entend et la compréhension intellectuelle</p>

		<p>qu'il en a du problème</p> <p>des gens qui ne savent pas ce qui est salé ! C'est assez hallucinant, on leur disait pas trop d'huitres à Noël, c'est salé, il y a beaucoup de sel dedans. Enfin, je veux dire, on est dans un endroit où on mange des huitres tout le temps et les gens ne savent pas que c'est salé ! Donc, je me dis, quand on leur dit pas trop de sel, il ne pense qu'au sel dans une consultation, il y a trois message qui passent. Quand on en dit 10, il y en a que 3 qui passent, donc il y a très peu d'informations qui sont vraiment intégrées par le patient et on ne s'en rend pas vraiment compte parce qu'on a une culture médicale et eux ne l'ont pas du tout. Tout ce que vous racontez, ça a un sens si le patient a conscience de pourquoi on le traite ... enfin le patient n'est peut être pas prêt à l'entendre, mais c'est compliqué. »</p>
LES FACILITATEURS	F1 le contexte	<p>j'ai l'impression qu'en tant qu'interne, les gens, on ne les connaît pas et on pose les questions beaucoup plus librement que les médecins eux-mêmes en fait</p> <p>j'ai l'impression qu'en tant que personne extérieure à la relation entre médecin traitant et son patient, donc là, je me place dans le rôle de l'interne, la personne externe qui est là, j'ai souvent plus de facilités à entrer dans l'intimité des gens,</p>
	F2 le sujet	<p>puis à un moment, il faut faire passer des messages de prévention et de dépistage, mais finalement, je pense que c'est des consultations qui sont plus efficaces. « J'ai 15 ans, j'ai un petit copain, est-ce qu'on peut parler de contraception. ». Voilà, je pense que si on a une consultation dédiée à ça, on est plus à l'aise, elle peut poser des questions, on a plus le temps. »</p> <p>les contraceptions aussi, ça m'est arrivé plusieurs fois, des jeunes filles qui disent « au fait, je voudrais prendre la pilule », mais je ne donne pas la pilule comme ça sans pouvoir un minimum expliquer, si c'est la première fois et qu'elle ne l'a jamais prise</p> <p>On peut le faire avec les enfants, je trouve à la rigueur, parce qu'il y a des examens systématiques ou avec des consultations plus</p>

		<p>légères sur des vaccinations... »</p> <p>« La grossesse... »</p> <p>Si, les certificats de sport, ça peut être un bon point d'accroche</p> <p>Avec le sport, l'essoufflement éventuel, je trouve qu'il y a des points d'accroche quand même</p>
	F3 les supports	<p>Ca me fait penser qu'en matière d'éducation et d'information, je pense qu'on n'utilise pas suffisamment de support papier, soit déjà disponible sur l'INPES ou même qu'on se serait fabriqué entre guillemet</p> <p>d'avoir un support papier et de pouvoir leur donner ou même écrire sur une ordonnance. Ils ont le document, ils peuvent le relire, même si ça reste dans un coin, ils peuvent le ressortir. »</p> <p>dans la salle d'attente du médecin généraliste, les grandes affiches qui sont parfois envoyées ou qu'ils se procurent, d'ailleurs, je ne sais pas trop comment ils se les procurent... rires... enfin, il y en a beaucoup qui sont envoyées et la dernière fois, j'avais un monsieur qui en avait vu une dans la salle d'attente sur la BPCO, je crois, c'est vrai que c'est intéressant, parce que c'est vraiment visuel et des fois, ils attendent plus ou moins longtemps et ils ont le temps de faire le tour de tous les murs et parfois, c'est rare, ils nous interpellent sur ces affiches là, sur ce qu'ils en pensent ou s'il veulent des informations supplémentaires. Je trouve ça intéressant. »</p> <p>on en a un petit peu parlé, il y a des messages de prévention pour le grand public, des affiches labo qui proposent des petites fiches sur l'école du dos</p> <p>j'étais gênée justement, par le fait que ce soit les labos</p>
COMMUNICATION ET COMPETENCES RELATIONNELLES CR	CR1 faire une prise en charge globale	
	CR2 savoir négocier	
	CR3 s'adapter au patient	<p>«En fonction des facteurs de risque de chaque personne, s'il y a des antécédents familiaux, s'il y a des prises de risque, effectivement, après on adapte à chaque patient certain dépistage.</p> <p>Il faut bien choisir ses mots, adaptés au patient en sachant que l'on veut tout sortir d'un seul coup pour être sûre de ne rien oublier, je trouve</p>

		<p>cela difficile. »</p> <p>je pense qu'il faut vraiment l'adapter à chaque personne</p> <p>on fait un peu la synthèse de tout ce qui vient nous influencer et c'est comme ça que je vois mon rôle, comme quelqu'un qui est là pour familiariser le patient et pour lui retransmettre l'information de la meilleure manière pour que lui puisse se l'approprier. »</p> <p>après, faut aussi s'adapter, même si c'est dans aucune recommandations qu'il faut faire une radio pulmonaire pour arrêter de fumer, il faut varier et encore une fois, c'est avec la communication, on a un discours de prévention qui est assez stigmatisé par rapport à ce qu'on a appris, on a une formation qui est très homogénéisée en France. Et des fois, je pense qu'il faut tendre une perche qui n'est pas celle que l'on nous a appris à tendre</p> <p>Une grande compétence d'adaptation face à chaque patient et encore une fois, de la communication</p>
	CR4 savoir motiver	
	CR5 savoir transmettre ses connaissances	<p>Rien ne nous empêche de faire, de prendre ce qui nous intéresse et d'en refaire une sur feuille blanche pour les conseils qui nous semblent pertinents à nous et dans la littérature et que l'on veut rajouter</p> <p>je vais utiliser mes capacités de communication propres et celles qui m'ont été apprises au cours de ma formation et je vais utiliser ces capacités de communication là pour retransmettre ce qu'il y a dans cette éponge, un peu pressé l'éponge en fait</p> <p>surtout sur le diabète, on ne va pas leur faire un cours sur le diabète, c'est un cours qui fait 20 pages, qu'il faut lire, bien comprendre et pour pouvoir retranscrire ça en disant, bon voilà, les facteurs qui font diminuer, si ça se trouve, on avait jamais dit à cette dame que le sport, ça faisait diminuer l'HbA1C alors que... parce qu'il y avait tellement de messages à faire passer que celui là, il est pas passé</p> <p>il y a déjà des pré requis et on est quand même bien obligé de leur dire et je pense que traiter</p>

		quelqu'un pour le diabète sans lui expliquer les complications neurologiques, rénales... sans vouloir forcément effrayer le patient, mais un patient qui est diabétique, il n'a pas de symptômes, donc faut quand même qu'il sache, on ne traite pas un chiffre, c'est pas ça le but, après le chiffre, il nous aide à savoir si oui ou non ça va, mais il y a quand même des choses que l'on est bien obligé de dire
	CR6 la place de cette compétence	Il faut qu'on leur explique du coup et c'est notre boulot
	CR7 qualités lié à ces compétences	<p>on fait un peu la synthèse de tout ce qui vient nous influencer et c'est comme ça que je vois mon rôle</p> <p>il y a des gens qui sont très dans la communication, des médecins qui ne le sont pas du tout</p> <p>il y a le fait que le médecin généraliste connaisse très bien ses patients, ça lui permet aussi parfois de cibler les secteurs de prévention</p> <p>le fait de le connaître, je pense que c'est un atout pour lui du coup parce qu'il sait où aller</p> <p>, j'ai déjà vu un médecin qui m'a dit qu'il essaie toujours de le faire avec une petite touche d'humour, une petite touche de décalage et donc quand quelqu'un vient avec une décompensation de BPCO, il répond –j'imagine que vous avez arrêté de fumer.</p> <p>Accompagnant</p> <p>pas se poser en juge ou gendarme</p> <p>Pour être entendu...psychologue</p> <p>pour faire que le message passe mieux, ne pas s'énerver, avoir une attitude positive</p> <p>Peut être un peu d'empathie</p> <p>Mais je ne sais pas si c'est bien de se placer dans l'empathie complète aussi, parce qu'on a un rôle de les secouer aussi</p> <p>l'empathie, je dirais plutôt comprendre pourquoi le patient souffre mais pas souffrir avec lui,</p>
	CR8 les difficultés	<p>au début, je trouve que ça fait pas trop naturel, enfin, ça ne me paraissait pas très naturel qu'on est en train de gérer un problème que l'on ne maîtrise pas très bien parce que c'est la première fois que je vois ce problème là. Je trouve cela difficile d'être organisé dans sa tête</p>

		<p>et de penser à tout on revient sur le problème que je suis une interne, je ne suis pas le médecin de famille et il ne nous raconte peut être pas toute leur vie non plus quand ça ne va pas, quand il y a des choses peut être un peu plus profonde que juste le fait qu'il mange trop de sucre</p>
<p>APPRENTISSAGE/ ACQUISITION AQ</p>	<p>AQ1 modèle de rôle</p>	<p>En voyant les médecins faire, les généralistes chez qui je suis, notamment mais après, en pratique, comment introduire ça dans une consultation quand les gens ne viennent pas pour ça ou consultent pour autre chose, du coup, c'est plus en voyant faire et en amenant la chose naturellement... donc voilà, plus en voyant faire et de voir la façon dont nous, ça nous semble facile d'amener les choses</p> <p>Après l'avantage que l'on a quand on est chez les praticiens, c'est là que prend toute la valeur de ce qu'on a pu apprendre ; comment dire les choses</p> <p>sans avoir vécu l'expérience du prat, je pense que ça ne sert à rien. A l'hôpital, on nous demande de poser des questions totalement indiscrete, s'il sont là, c'est parce qu'ils ont déjà franchit toutes les étapes du parcours de soin, du coup, on s'autorise à poser toutes les questions que l'on en poserait pas forcément en cabinet de médecine générale, et je pense que cette communication là, il faut qu'on l'apprenne, mais il faut qu'on ait absolument une expérience de médecin généraliste, pour qu'on se rende compte de l'enjeu, parce que moi, personnellement, je n'avais pas pris la mesure de ça avant d'être chez le prat. »</p> <p>Moi, c'est vrai que j'ai la chance d'avoir 3 praticiens qui sont complètement différent dans leur exercice et leur relation avec les patients et c'est vrai que moi, au niveau de la prévention, ce n'est pas du tout la même chose au niveau des trois, il y en a un qui est très, on va à l'essentiel, on va au direct, si la tension est trop haute, c'est là qu'on aborde le sujet du sel mais sinon, on n'en parlera pas forcément. Je pense que ça dépend aussi de la personnalité du médecin. »</p> <p>je pense avoir pas mal appris avec un pédiatre</p>

		qui participait au réseau asthme 44, donc du coup, je l'ai vu faire en consultation
	AQ2 connaissances théoriques	<p>j'avais des notions antérieures que j'avais apprises pendant mes études,</p> <p>... Dépistage et prévention, on nous en a parlé tout au long de nos études, des cours en particulier, je n'en ai pas souvenir, par contre, pour l'éducation thérapeutique, oui, à la formation organisée par le DMG !</p> <p>C'est vrai que le dépistage, on nous en a parlé tout au long de nos études, mais sans cours spécifique, plus au niveau d'une matière en particulier, par exemple la gynéco pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, en gastro, on parle du dépistage du cancer du colon</p> <p>Les cours que l'on a, c'est théorique</p> <p>Ce que tu dis, moi, ça me fait penser à un cours sur le suivi au long cours, il y avait des cas cliniques et des jeux de rôles et les uns critiquaient la conduite des autres et je trouvais qu'on apprenait pas mal, parce que par exemple, moi je me disais, je ferais pas ça, ou ça, oui, c'est une bonne idée de le faire</p>
	AQ3 ressources	<p>Dans prescrire aussi, il y a des fiches comme ça qui sont destinées au patient et qui sont vraiment très bien faites et moi, je pense que je mettrai ça dans mon cabinet, je les garde précieusement</p> <p>Moi, j'ai fait une formation, il n'y a pas longtemps avec le DMG sur ça, c'était sur de l'éducation thérapeutique, et c'était par exemple des journées qui étaient organisées par exemple pour l'asthme ; « quels sont les symptômes dont il faut se méfier ? », « Qu'est-ce qu'il faut prendre en premier lieu et après ? »...</p> <p>les formations du DMG</p> <p>Moi, je dirais qu'on est en médecine donc on est sensibilisé à la santé et moi, je me considère un peu comme une éponge qui prend les infos un peu de partout et pas que par l'expérience, à la télé des fois, à la radio, je l'ai dit tout à l'heure, je suis une sorte d'éponge</p> <p>J'ai lu un bouquin, il n'y a pas longtemps –s'asseoir pour parler- c'était sur l'annonce d'une maladie grave, du coup, j'ai l'impression d'avoir tiré des</p>

		choses pour par exemple l'éducation thérapeutique
	AQ4 expériences personnelles	Après, ça vient un peu naturellement, au début, je trouve que ça fait pas trop naturel, enfin, ça ne me paraissait pas très naturel et puis finalement quand on est un peu habitué, qu'on a un peu d'expérience, même si elle n'est pas très grande, je trouve que ça se fait plus naturellement. » , mais le problème, c'est qu'il n'y a pas de réponse toute faite, je pense qu'avec l'expérience, on se trouve une réponse mais c'est ça qui est aussi un peu agaçant, c'est de se dire qu'il n'y a pas vraiment de méthode
	AQ5 le manque de formation	moi, j'ai trouvé que dans nos études globalement, on n'avait pas été assez formé à la communication je trouve ça dommage qu'on n'ait pas de cours de communication, parce que ce n'est pas toujours inné de justement savoir amener ces problèmes là ou... enfin, je trouve que ce n'est pas inné. Peut être cela pourrait être une formation proposée par le DMG... Je pense qu'il nous manque quand même pas mal de chose dans la boîte à outil de la communication mais en terme de pratique pour le médecin généraliste, à notre niveau à nous, je pense qu'il y a des choses à faire. Malheureusement, je ne les connais pas, j'aurais aimé les apprendre, ces techniques de communication, sans doute pour nous amener à mieux ouvrir ces portes là mais après, je ne sais vers qui m'adresser ou m'inscrire pour apprendre à faire ça, je n'en ai aucune idée
REFLEXIVITE R	R1 le but	L'intérêt, ce serait de dépister des maladies qui ne seraient pas symptomatique encore et de dépister le plus vite possible pour qu'on puisse les traiter le plus tôt possible également Ou de le dépister tôt, pour qu'on le prenne en charge le plus tôt possible mais si l'éducation du coup ne va pas avec, si la prévention ne va pas avec, ça n'a pas vraiment d'intérêt de faire un dépistage C'est hyper lié, la prévention, l'éducation et le

	<p>dépistage et malgré tout, ce ne sont que des atouts de santé publique, ça permet de maintenir une population en bonne santé. »</p> <p>chez quelqu'un chez qui le diagnostic a déjà été porté, qu'on va essayer de rendre autonome, vis à vis de sa maladie, en fonction de ce qu'il peut, ce qu'il souhaiterait savoir et ce qu'il peut faire sur sa maladie</p> <p>Cela rendre dans le cadre où il n'y a pas encore de pathologie, on va essayer de les éduquer pour que ce soit le mieux possible, dans leur vie</p> <p>Et du coup, je pense qu'effectivement si le message était passé vraiment plus tôt, il n'y aurait peut être pas eu ces anomalies aussi prononcées et ils l'auraient peut être pas aussi mal vécu</p> <p>parce que la prévention, on n'en pas beaucoup parlé mais il y a aussi tout ce qui est vaccination, donc c'est important de sensibiliser les gens. »</p> <p>je pense que si on veut penser en rentabilité, c'est pas forcément une mauvaise chose que de faire des consultations uniquement dédiées à la prévention</p>
R2 les destinataires	<p>Donc, dépistage oui, mais il faut aller avec la prévention, expliquer pourquoi on fait ce dépistage et ce que ça peut apporter aussi, parce que si on fait un dépistage sans... on se dit par exemple, c'est une jeune fille, il faut faire un frottis tous les trois ans, mais, si on ne dit pas qu'un frottis, c'est peut être pour dépister un cancer, bah, le jour où le résultat est positif, les gens ne sont pas forcément préparés, donc, faire du dépistage oui, mais il faut l'encadrer... »</p> <p>dépiste et il faut que les patients aient compris que quand c'est dépister tôt, ce n'est pas méchant, mais il faut aussi s'attendre à une mauvaise nouvelle derrière. Et ça, souvent, ils font la mammographie pour ne pas avoir le cancer du sein</p> <p>y a de l'éducation par exemple à bien manger, à bien bouger, sans qu'il y ait forcément de pathologie, on peut faire de l'éducation chez les ados pour qu'ils se couchent tôt, qu'ils dorment bien ou... moi, je trouve que c'est aussi de l'éducation, de l'éducation primaire</p>

		<p>Oui, je trouve que l'éducation, ça va bien chez le patient malade mais aussi chez le patient qui va bien et qui vient de temps en temps pour X ou Y raison</p> <p>Je trouve ça important de faire de la prévention très tôt</p>
	<p>R3 analyse de ses réactions</p>	<p>j'ai un de mes prats qui m'a fait un commentaire une fois et ça m'a vexé sur le coup, mais je me suis dit qu'il avait raison, il m'a dit : « Là, tu as parlé d'un truc à la dame, je ne me rappelle même plus sur quoi c'était, on a abordé un sujet et la dame elle n'en avait rien à foutre de ce que tu lui as dit, elle ne venait pas pour ça, toi, tu t'es dit que t'avais ton message à faire passer, alors tu avais ton message dans la tête, tu n'as pas écouté la dame, elle avait besoin de parler d'autre chose et du coup, c'est dommage parce que j'avais envie de faire bien et j'ai mal... Bon, j'aurais du probablement du écouter plus cette dame, mais j'ai aussi probablement mal communiqué</p> <p>et c'est vrai que des fois, je me dis, j'aurais peut être pu parler de ça, c'est pas évident de penser à tout et d'intervenir au bon moment</p> <p>j'en ai parlé avec le prat qui m'a dit –oui, tu as raison, il faut souvent en parler à la femme parce que les femmes sont les premières motivées par les problèmes de santé et je ne fait pas de machisme, mais c'est vrai qu'elle sont souvent plus maniaque... et en plus, que le patient ne soit pas seul par rapport à ça et que la femme se rende compte qu'il y a un enjeu important, c'est beaucoup plus important qu'on ne l'imagine dans l'efficacité de ce qu'on propose au patient. »</p> <p>et je sais qu'il faut que je travaille dessus</p>
	<p>R4 discussion sur la compétence elle même (ex: prostate)</p>	<p>Ca me fait penser aussi justement au dépistage de la trisomie 21 dans le cadre des grossesses, c'est que très souvent, les femmes ne savent pas que si on leur trouve des taux anormaux, on leur proposera une amniocentèse. Souvent, elles le font parce qu'on ne leur a pas forcément expliqué et après, elles sont étonnées qu'on puisse leur proposé une amniocentèse et à ce moment, elles vont demander les conséquences</p>

		<p>et les risques de l'amniocentèse etc.... et là, elles vont se dire, peut-être, je choisis de ne pas faire une amniocentèse et dans ce cas là, on se dit que cela aurait été intéressant d'en parler avant avec elle pour que le dépistage ait pas été fait, parce que cela coûte quand même assez cher, si c'est pour pas faire après l'amniocentèse. »</p>
SANTÉ PUBLIQUE SP	SP1 participer a des actions collectives	<p>le frottis chez la femme, les mammos à partir d'un certain âge, le PSA, le TR... Pour moi, au premier abord, c'est des gros check points en fonction de l'âge, que l'on doit évoquer pour un patient quand ils sont au cabinet pour un motif X ou Y, mais il faut savoir l'évoquer avec lui, qu'il soit au point et qu'on soit d'accord avec lui sur où il en est</p> <p>des journée d'information organisée par le réseau asthme 44...</p> <p>Des associations de malade aussi avec des journée d'informations. »</p>
	SP2 les campagnes publiques	<p>Dépistage de masse, dépistage individuel, donc le dépistage de masse, c'est la mammo qui est organisée et les gens reçoivent un courrier chez eux, le cancer colorectal</p> <p>Après, il y a des campagnes radiotélévisées qui peuvent quand même faire un effet ; les antibiotiques, ce n'est pas systématique... il y a quand même des messages qui sont passés. Effectivement, le cancer qui n'est pas méchant, pour l'instant, je pense que ce n'est pas encore intégré, mais je pense qu'il faut être aidé par des médias, des campagnes d'information, par le ministère de la santé</p> <p>au moins, les gens, ça leur permet de se poser des questions et je pense que ça peut orienter certaines femmes qui n'ont pas consultées de généraliste et que peut être elles vont poser une question qui n'est pas forcément pertinente, parce qu'elles ont lu ça dans le magazines et vont demander « est-ce que j'ai ça docteur ? », mais ça peut entrainer des femmes chez le médecin et que le médecin puisse faire de la prévention plus ciblée alors que peut être ces femmes là ne serait pas allée chez le médecin. Enfin, je ne sais</p>

		pas...
	SP3 les campagnes privées	<p>C'est vrai qu'il y a pas mal de labo qui proposent des petites fiches sur l'école du dos, les gens qui ont des lombalgies chroniques, comment se mouvoir sans solliciter trop son dos ou la dernière fois, j'ai eu des petites fiches sur l'énurésie pour les enfants avec des conseils pour avoir une bonne hygiène pour pouvoir essayer d'éliminer ce symptôme, enfin, il y a quand même des fiches et des supports, moi, je n'en ai pas encore fait pour moi-même, mais j'en ai trouvé des toutes faites par les labos. Des fiches à distribuer comme ça au fur et à mesure des consultations quand on en a l'occasion et c'est vrai que c'est vraiment important d'avoir ce support papier pour consulter</p> <p>Justement, par rapport à la différence des sources des messages que l'on peut présenter au patient, moi, j'étais gênée justement, par le fait que ce soit les labos qui donnent les feuilles pour les patients en prévention, parce que leur but, c'est quand même que l'on mette des médicaments. Je ne sais pas s'ils mettent assez le focus sur les règles hygiéno-diététique par que justement, le but, c'est quand même parfois de prescrire un médicament, donc j'étais assez gêné</p> <p>Moi, celles que j'ai vu, même si elles étaient, je pense, imprimées et fabriquées par un labo, a aucun moment c'était écrit l'enseigne du médicament, c'était vraiment une fiche de conseils, de règles sur la vie de tous les jours et c'était pas du tout orienté... après, s'il y en a des comme ça, je pense que ça me dérangerait...</p>
COMPETENCE PARTAGEE CP	CP1 la place du généraliste	Du coup, cela implique aussi de très bien connaître l'entourage, du coup, je trouve que c'est le rôle du médecin généraliste qui connaît, qui est le médecin de famille parfois encore, au contraire du spécialiste, il a lui accès au reste des membres de la famille
	CP2 travailler en concertation avec d'autres professionnels	<p>Moi, ça me fait penser aussi à un cas comme ça, un monsieur que j'ai vu, qui avait été adressé par le médecin du travail pour 2 prises de tension qui était au-dessus de la normale</p> <p>des journée d'information organisée par le réseau asthme 44...</p>

	Des associations de malade aussi avec des journée d'informations. »
DEFINITION DE CES COMPETENCES DEF	<p>Du coup, peut être au niveau du dépistage, pour moi, cela évoque un peu des check-point à chaque âge auxquels on doit penser</p> <p>C'est vrai que le dépistage, ça va forcément aussi avec l'éducation</p> <p>j'ai l'impression que l'éducation en santé, on rentre déjà sur un suivi plutôt d'une maladie chronique</p> <p>Et puis, il y a peut être différents types d'éducation.</p> <p>Il y a quand même de l'éducation dans la prévention</p> <p>à l'éducation secondaire où il y aurait déjà une pathologie et dans ce cas là, c'est de l'éducation thérapeutique pour le diabétique</p> <p>... je ne sais pas mais moi j'ai l'impression que quand je vois quelqu'un de jeune et qu'il me dit qu'il est fatigué, et que je lui dis que ce serait bien d'avoir des horaires réguliers de sommeil, de prise alimentaire, je trouve que c'est aussi de l'éducation, en même temps, c'est aussi de la prévention sur sa fatigue, mais c'est aussi lui apprendre à bien régler sa vie. Je trouve que c'est de l'éducation aussi. »</p> <p>Moi, je ne fais pas forcément la distinction entre prévention et éducation parce que l'un ne va pas sans l'autre, quand on fait de l'éducation, on fait aussi de la prévention. Effectivement, moi, je ne fais pas vraiment de distinction entre prévention et éducation.</p> <p>quand on parle de dépistage c'est plutôt de la prévention, le dépistage du cancer du sein par exemple, en prévention primaire, du coup, ce n'est pas forcément de l'éducation</p>

7.4 ANNEXES 4 : Tableau de codage compétents

THEME	SOUS THEME	UNITE MINIMALE DE SENS
TEMPS T	T1 manque de temps	<p>et c'est très peu valorisant parce qu'on n'a pas le temps, on est mal payé pour le faire, finalement parce que si on veut prendre le temps, on ne consulte pas, il y a un grave défaut dans notre système de soin à ce niveau là, on devrait pouvoir le faire avec plus de temps et plus les moyens de le faire et ce n'est pas le cas</p> <p>parce qu'on n'a pas le temps</p> <p>prendre le temps d'expliquer au patient ce qu'il faut qu'il mange, qu'il ne mange pas et pourquoi, on n'a pas le temps, on peut pas tout gérer. Il faudrait les faire revenir que pour ça, mais du coup, les patients ne sont pas forcément aussi... ils n'ont pas forcément la volonté de revenir que pour faire la prévention, c'est vrai que c'est pas trop valorisé. »</p> <p>manque de temps en cabinet etc.... on est d'accord</p> <p>si c'est une question de temps, on aurait presque plus le temps à l'hôpital</p> <p>c'est vrai que dans le déroulement d'une consultation de médecine générale qui dure 15 ou 20 minutes, il y a aussi une question de temps, là encore, mais moi, j'ai effectivement l'impression que je ne le fais pas assez. »</p>
	T2 prise en charge dans le temps	<p>Et même, je fais pareil et quand ils me disent non, je leur dit quand vous aurez envie, sachez qu'on est là pour vous aider</p> <p>il faut se donner du temps, et c'est vrai que c'est- ce qui nous manque parfois quand on est remplaçant, on aimerait bien faire pleins de choses,»</p> <p>ce que j'aime bien, c'est avancer au fur et à mesure des consultations. Lancer quelque chose à la consultation et le reprendre à la consultation</p>

		<p>suivante pour que ce soit plus constructif, peut être un mot, une phrase de la consultation d'avant, ça permettra d'avancer après si on se souvient, en mettant juste un petit mot dans le dossier, je trouve que ça permet d'avancer, en disant, on en avait parlé la dernière fois et je trouve que ça les marque pas mal, ils se disent; tiens, il s'en souvient, on en avait parlé... »</p> <p>on peut essayer à notre échelle et avec son accord, si on peut travailler sur un petit truc et 2-3 séances après sur un autre petit truc et de fil en aiguille, des fois, on arrive à faire des choses pas mal</p> <p>mais voilà, je suis d'accord avec toi, prendre une consultation pour parler d'une chose et la consultation suivante, essayer d'amener autre chose, vraiment, y aller par étape</p> <p>Ce qui est bien, c'est qu'on est pas dans l'urgence en fait, c'est une relation sur le long terme, que l'on peut avancer petit à petit</p> <p>Des fois, on apprend beaucoup à apprendre à prendre son temps et que effectivement, il n'y a rien d'urgent</p> <p>pour l'accompagner tout au long de sa maladie, au long cours. »</p> <p>Je pense que tu peux te permettre avec des gens que tu suis depuis 20 ans, tu peux les pousser dans leurs retranchements</p> <p>en tant que remplaçant, je trouve que c'est vraiment le temps qui joue parce que moi, je fais des remplacements réguliers, donc il y a des patients que je revoie</p>
	T3 temps opportun (bon timing)	<p>C'est vrai qu'on pourrait profiter au cours d'une hospitalisation, pendant une décompensation aigue en fait pour pointer les choses qui ont été à l'origine de ça et ça peut permettre de mettre un doigt sur des choses à changer et justement de vraiment marquer l'esprit du patient à ce moment là</p>

		<p>En aigu, ils n'ont pas eu le temps</p> <p>à ce moment là, la plupart du temps, c'est non, pas tout de suite ou peut être plus tard... mais quand on arrive à dire oui et j'aimerais que vous m'aidiez. Là, on tient quelque chose</p> <p>moment privilégié pour quoi? »</p> <p>Pour ouvrir la conversation à d'autres sujets que le patient pensait, lui, amener</p> <p>des choses qui vous permettent de repérer qu'un patient est prêt à... que vous sentez qu'il est prêt à un travail en éducation par exemple? »</p> <p>Oui, sur les résultats des bilans par exemples, quand on vient de faire un bilan sanguin, il y a ceux qui posent la question; au fait qu'est-ce que ça a donné mon bilan? Et qui pose des questions sur; qu'est-ce que c'est, et pourquoi celui là a une petite étoile? Qu'est-ce que ça veut dire? Là, c'est un signe important, ils cherchent à comprendre. »</p> <p>Quand on les ausculte, je pense qu'ils sont persuadés que quand on va écouter les poumons, on va savoir qu'ils fument... et là aussi, il y a un truc à saisir par rapport au tabac, je pense. »</p> <p>C'est aussi à ce moment là qu'il y a un petit créneau, il faut essayer d'y passer et de leur donner les infos</p> <p>c'est pas la peine d'en discuter maintenant</p> <p>il faut se donner du temps, et c'est vrai que c'Est-ce qui nous manque parfois quand on est remplaçant, on aimerait bien faire pleins de choses, surtout que des fois on a du temps, mais on sait qu'il ne faut pas brusquer les gens. »</p> <p>Oui, je pense qu'il faut aussi avancer au rythme du patient, c'est-à-dire, qu'il y a des moments où il va en avoir ras le bol et il ne faut plus lui parler de son diabète ou quoi</p> <p>Avec ces patients là, je suis dans l'attente, enfin, pas dans l'attente, mais de ne pas les brusquer,</p>
--	--	--

		de proposer mais sans... et puis qu'ils reviennent en fait. »
	T4 répétition	Ou comme on disait pour le tabac tout à l'heure, garder le lien et essayer de toujours proposer même de manière rapide, toujours proposer de prendre en charge ce qu'ils veulent cacher et puis peut être à un moment le saisir quand ils nous tendent une perche.
	T5 stratégie de gestion du temps	<p>Il faudrait les faire revenir que pour ça ou je redonne un rdv uniquement pour ça après on se revoit</p> <p>Comme tu disais T., les reconvoquer, refaire une consultation que pour le tabac, si ça les intéresse</p> <p>aucun d'entre vous ne dédie parfois une consultation spécifiquement pour ça, ou propose? »</p> <p>Pour l'éducation ou les croyances?</p> <p>L'éducation.</p> <p><i>Beaucoup de:</i> « si si »</p> <p>« Pour le tabac spécifiquement »</p> <p>« Pour l'asthme »</p> <p>« Pour les régimes »</p> <p>Je l'ai vu une fois, c'était une petite avec sa mère, qui avait fait une crise d'asthme. Cela arrivait assez souvent, en fait, et la mère était toujours paniquée, elle ne savait pas ce qu'il fallait faire, donc du coup, on a traité la crise, et après, je leur ai dit de revenir pour parler de ce qu'était l'asthme et de discuter là-dessus. On avait prévu 30 ou 45 minutes pour le faire</p> <p>Moi, je suis sur plusieurs cabinets de médecine générale, et il y a un cabinet en particulier qui réserve ce qu'ils appellent des rdv longs, en début d'AM quand il n'y a pas de visite, donc, il y</p>

		<p>a toujours 2 rdv calés de 30 min pour ce genre de consultation</p> <p>Il faudrait peut être faire passer le message auprès des patients et dans notre pratique, de se dire, la prochaine fois, on se voit pour votre consultation de synthèse et on refera le point sur votre maladie, ce ne sera pas le renouvellement, ce sera vraiment autre chose</p>
	T6 gagner du temps	tu disais finalement que c'était très chronophage l'éducation, mais en même temps, je pense que sur un calcul à plus long terme, ça fait gagner du temps.
CONTRAINTES FREINS OBSTACLES O	O1 contexte aigu	
	O2 contexte socio-économique	
	O3 système de santé	<p>il y a un grave défaut dans notre système de soin à ce niveau là, on devrait pouvoir le faire avec plus de temps et plus les moyens de le faire et ce n'est pas le cas</p> <p>Ouais, alors après en pratique, je trouve que c'est pas si simple, pour l'avoir vécu dans certains services de médecine, où la diététicienne et le podologue, ils ne sont accessibles que dans les services de diabète, c'est un calvaire de les faire venir dans un autre service parce qu'ils n'ont pas le temps, parce qu'ils ne sont pas dispo pour ça et du coup, à par renvoyer le patient chez lui mettant un mot dans la lettre pour le médecin traitant en disant, ce serait bien de faire telle chose, telle chose, je trouve qu'on n'a pas forcément plus les moyens à l'hôpital de le faire.</p>
	O4 manque de suivi	déjà, il vient voir le remplaçant pour un renouvellement,
	O5 organisation (hôpital)	j'y avais été très peu confrontée lors de l'internat où j'ai fait plus de stage hospitalier, j'y pensais de temps en temps dans certaines situations mais c'était très bref et en même temps, cela ne me venait pas forcément à l'esprit, parce que c'était certainement pas les conditions idéales.

		<p>je n'avais pas trouvé qu'il y avait de la place à l'hôpital</p> <p>Mais finalement, moi je trouve qu'à l'hôpital, on se décharge beaucoup de ce genre de chose sur le médecin traitant</p> <p>Moi, effectivement, je trouve que c'est pas beaucoup fait à l'hôpital, mais c'est peut-être dommage</p> <p>A l'hôpital, à part le diabète et l'asthme qui sont des services spécialisés pour des pathologies précises, ça n'englobe pas du tout, loin de là, tout le champ de la prévention du médecin généraliste</p>
	<p>O6 croyances et représentations du patient</p>	<p>Moi, je trouve que quand on est remplaçant, on voit que d'un médecin à l'autre, on a des lots de patientel qui sont différents et sûrement parce que justement par rapport à notre conversation actuelle, en fait, les patients attendent sûrement plus ou moins une attitude, une façon de communiquer, du coup, inconsciemment, ils s'orientent vers le medecin pour lequel ils vont avoir cette communication là. Et du coup, nous remplaçants quand on va à gauche à droite, on ne voit plus du touS les mêmes gens et voilà, cela doit sûrement s'expliquer comme ça</p> <p>Du médecin et de la relation qu'il entretient avec le patient et de ce qu'attendait ce patient aussi. Si ce qu'il attendait n'est pas là, il ira voir quelqu'un d'autre. Du coup, il se crée des patientels comme ça je pense.</p> <p>Enfin, je suis quand même d'accord parce qu'il y a des patients qui restent et qui sont là depuis longtemps, donc s'ils avaient eu un problème, il y a longtemps qu'ils auraient changés!</p> <p>Oui, c'est vrai qu'on a des représentations différentes. Pour nous, les pathologies, c'est théorique, on sait la physiopathologie. C'est vrai que pour eux, c'est du quotidien et leurs représentations ne sont pas les mêmes que les notres, donc c'est vrai que c'est intéressant et</p>

		<p>que des fois, on est surpris par des réponses. Après, cela dépend de la culture aussi, je trouve que c'est très vaste, il y a pleins de choses à dire et c'est très différents pour tous les patients et tous les médecins, c'est difficile de donner... »</p> <p>On peut demander « c'est quoi pour vous? » « pourquoi est-ce que vous prenez ça? » « ça sert à quoi? », c'est vrai que des fois, ils ne savent pas. »</p> <p>Bah, c'est quoi pour vous le diabète? »</p> <p>C'est pas une maladie, c'est quelque chose qui m'embête, c'est quelque chose pour laquelle je dois venir tous les trois mois... »</p> <p>Où la question qui marche, « est-ce que vous pouvez m'expliquer ce qu'est votre maladie? » Lui faire expliquer, comme ça, on se rend compte quels schémas ils ont</p> <p>Par exemple, pour l'obésité, pour certaines cultures, la croyances, c'est qu'on est en bonne santé, on est gros, on est bien, donc ça c'est une croyance. Nous, notre croyance, notre savoir, est à l'opposé, ce n'est pas ça! Donc c'est vrai que c'est intéressant de savoir qu'est-ce qu'il croit et comment on peut agir à ce niveau là. »</p> <p>En fait, moi je pense que je ne le fais pas très souvent mais c'est très intéressant parce que effectivement, savoir ce que le patient pense de sa maladie, cela nous permettra de comprendre ce qu'il fait ou ne fait pas</p> <p>Moi, c'était sur le diabète, la patiente pensait qu'elle fabriquait son sucre. Mais je n'étais pas seule, j'étais avec le chef de clinique, donc on a dessiné ensemble etc... donc là, je trouve ça très intéressant</p>
	07 malaise du médecin	Moi, je pense que cela peut être très intéressant mais j'avoue que je ne le fais pas et je sais pas trop comment on peut, c'est difficile d'interroger, quelles questions on pourrait poser, enfin moi je sais que je ne le fais pas. »

		<p>Je pose la question, « est-ce que vous savez ce que vous prenez? » par contre, je ne me souviens pas avoir souvent posé la question, « c'est quoi pour vous le diabète? C'est quoi pour vous l'asthme? C'est quoi pour vous l'hypertension? » ça non.</p>
POSTURE DU MEDECIN PM	PM1 vision du médecin discours sûr)	<p>C'est rendre le patient acteur de soin, on n'est plus du tout dans le mode paternaliste où on dit il faut faire ci, il faut faire ça, parce qu'on sait très bien que ça ne marche pas auprès des patients. Là, c'est vraiment lui donner le pouvoir d'être le propre acteur de sa maladie et de sa santé</p> <p>« Lui donner un petit peu de notre savoir pour qu'il puisse avoir des clefs en main pour être maître de sa pathologie. »</p> <p>c'est pas à nous de lui dire fait-ci, fait-ça, on ne peut pas être dans l'autoritarisme ou le paternalisme</p> <p>Enfin, pour moi, tout ce qui est éducation, toute cette médecine là, c'est un peu l'idéal de la médecine, d'avoir plus de temps avec chaque patient pour qu'ils n'aient pratiquement plus besoin de nous</p> <p>tous les jours, on a des parents qui ne savent pas comment faire, parce qu'on ne leur a pas expliqué, on ne leur a pas montré, on leur a donné l'ordonnance mais on leur a dit, allez-y, débrouillez vous.</p> <p>Et nous, notre rôle est de le rendre acteur, de lui montrer que c'est lui qui a la maîtrise de sa santé, de sa vie. Nous, on est là pour l'aider, on n'est pas là pour lui imposer des choses, donc après, nous, on a plutôt une position basse par rapport au patient qui décide en fait. Je vois ça plus comme ça.</p> <p>Peut être pas basse mais sur un pied d'égalité simplement</p> <p>donner l'information, ça c'est le rôle du médecin et je dirais un rôle de guide pour pouvoir avancer avec lui dans sa maladie chronique. Moi, je me</p>

		<p>verrais plus comme un guide, soutien au moment où ça ne va pas, mais un guide. »</p> <p>Je m'étais dit qu'on accompagne en fait la personne qui a une maladie chronique, on l'aiguille un petit peu</p> <p>C'est comme l'école de l'asthme, il faudrait prendre le temps de parler avec les gens de leurs représentations de la maladie, pour qu'il la comprenne, qu'ils se l'approprient et qu'ils soient acteur. Ce serait l'idéal; d'avoir des consultations d'éducation, de prévention, intitulé comme ça! »</p>
	<p>PM2 la pratique</p>	<p>il faut être humble, on se rend compte qu'on ne peut pas tout faire, tout gérer, on ne peut pas faire à la place des gens</p> <p>c'est une part de nous même que l'on met dans le dialogue à deux, ce sera différent si c'est un autre médecin qui le fait, parce qu'il aura une vision différente des choses et une façon de parler différente et donc il faut que nous, on se connaisse bien nous même aussi et qu'on apprenne à se connaître dans cette fonction là qui est de discuter et d'éduquer le patient, je pense qu'on se construit aussi au fur et à mesure dans la pratique</p> <p>Dépistage, prévention, éducation, ça regroupe aussi un tout, je pense qu'on fait tous aussi passer des messages au quotidien dans les consultations. Ce sont des petites choses simples, mais ça fait partie aussi de notre rôle donc pour un enfant par exemple qui vient quand il a de la fièvre... Des petites choses, pas forcément toujours sur la même pathologie, mais sur les fièvres, sur les signes d'inquiétudes pour une bronchiolite ou sur d'autres choses, je pense qu'on le fait quand même au quotidien</p> <p>C'est une idée qui me revient en tête là rapidement, c'est par exemple pour le tabac, systématiquement, quand je demande et que quelqu'un fume, je fais le conseil minimum, est-ce que vous voulez arrêter de fumer,</p>

		<p>systematiquement, je leur propose</p> <p>je lui demande systématiquement de quand date son dernier frottis et s'il est temps de le faire, je lui en parle, soit elle est d'accord pour le faire à cette consultation là et très bien, on le fait comme ça, c'est bouclé, soit je lui en parle et je lui dit, bon, la prochaine fois, faudra penser à le faire, ça prend finalement 30 secondes de vérifier de quand date le dernier et je place dans la conversation</p> <p>moment privilégié pour quoi? »</p> <p>« Pour ouvrir la conversation à d'autres sujets que le patient pensait, lui, amener; on va aborder le tabac, le boulot, le moral, pleins de choses, auxquelles lui ne pensait pas quand il est arrivé; un bilan lipidique, est-ce que ça a été fait, oui, quand... »</p> <p>On peut, en 2-3 questions, tout en menant l'examen, de façon un peu banale, on discute avec lui et 2-3 questions sur comment se passe le collège, le lycée, sur ses problèmes de peau éventuels, sur sa sexualité, des choses comme ça, tout en faisant autres choses en même temps, peut-être pour éviter qu'il soit gêné. Où au moment de monter sur la balance pour un hypertendu, je lui demande de regarder le poids et je demande; est-ce que vous vous attendiez à ça? Chez vous, vous vous pesez aussi? Vous pensez que vous avez pris depuis la dernière fois et pourquoi? Des choses comme ça... Pareil pour le frottis, tout en regardant sur l'ordinateur, je demande à la patiente, est-ce que vous savez-vous quand vous devriez le refaire? Tout en regardant, mais j'attends que ce soit elle qui me donne la réponse</p> <p>on peut déjà commencer à leur parler des solutions qu'on peut leur proposer, s'il veulent en discuter, on est là, on est là pour les aider, on a des solutions à leur proposer</p> <p>on peut leur dire de faire un petit agenda sur une semaine, de marquer, je leur dis, sans jugement</p>
--	--	---

		<p>de valeur, vous écrivez tout ce que vous mangez, vous écrivez les temps où vous faites une activité sportive, tout ça sur une semaine et après on se revoit et on regarde s'il y a des petites choses qui peuvent être corrigées, améliorées</p> <p>parce que des fois, en 5 min, ça ne va pas porter ses fruits et de toutes façons, si nous on argumente avec nos arguments, ça ne va pas non plus. Le fait de leur faire faire un petit agenda et après de leur parler des choses posément, on sait que ça peut servir</p> <p>Par exemple, un diabétique, je vais lui demander s'il grignote du sucré, est-ce qu'il fait attention à son alimentation. A l'hypertendu, est-ce qu'il mange beaucoup de sel? Je n'hésiterai pas à reposer des questions dont je sais que le patient sait ce qu'il devrait répondre mais ce n'est pas obligatoirement la réalité et j'essaie d'avoir le temps de me positionner pour qu'il me dise la vérité et que ce ne soit pas quelque chose qui pose un problème. Voilà.</p> <p>Mais on peut aussi, éventuellement, il y a une autre technique qu'il m'arrive d'utiliser, je ne sais pas si c'est bien, c'est mettre le patient en face de sa responsabilité, lui dire; vous ne m'amenez jamais votre carnet de glycémie, votre dernière HbA1C n'était pas bonne, je ne parle pas de ça pour me faire plaisir à moi, mais c'est pour votre santé à vous. Essayer de lui faire sentir que c'est de sa responsabilité, que c'est sa santé aussi, finalement ce n'est pas pour nous</p> <p>Il faut qu'il prenne sa part dans le traitement, c'est une manière de faire</p> <p>Après, peut-être, avant de faire ça, essayer de voir pourquoi ils font ça, pourquoi ils ne prennent pas leur traitement, pourquoi ils en prennent pas leur carnet de glycémie avant de dire</p> <p>« Il y a sûrement quelque chose derrière, parce qu'ils savent qu'ils sont malade, ils savent pourquoi</p>
--	--	---

		<p>Je leur demande</p> <p>C'est la 2^{ème} fois que vous n'amenez pas votre carnet de glycémie, pourquoi?</p> <p>mon idée, ce n'est pas de me décharger de mes responsabilités, non pas non plus de culpabiliser le patient en disant c'est mal ce que vous faites, ce n'est pas du tout ça</p> <p>en disant que c'est vrai que c'est lourd à porter et qu'on veut bien croire que ce soit difficile, peut-être plus difficile en ce moment et essayer de comprendre pourquoi en ce moment c'est plus difficile et essayer de mettre en place une stratégie sans lui inculquer que c'est bien ou c'est mal parce que moi-même, je ne fais pas les bonnes choses mais plutôt voir avec lui comment on pourrait faire « au moins mal ».</p> <p>mais faut vraiment créer la confiance du patient, être dans l'alliance. C'est déjà ça le plus gros du travail pendant les premières consult, c'est arriver à être dans l'alliance et arriver à ce qu'il nous accorde sa confiance et puis après, on peut commencer à travailler.</p> <p>et ne pas parler sur la même consultation et du fait qu'il fume et qu'il boit trop et en plus il mange n'importe comment et en plus de ça, il ne fait pas de sport! »</p> <p>De toutes manières, on est là pour eux, on n'est pas là pour imposer des choses</p> <p>Pour moi, l'objectif, c'est aussi de leur faire parler de ça et de les faire prendre part à la pathologie, avant de leur imposer des choses. Je trouve qu'on n'arrive à rien en voulant imposer des choses finalement, on se rend compte que ça ne fonctionne pas.</p> <p>il y a aussi certains patients qui ont besoin de temps en temps, au-delà du fait de le motiver, de leur dire que c'est bien etc... d'être boosté, en leur disant; écoutez, à un moment donné, il faut! Certains patients ont besoin d'être réveillé aussi en leur disant que là, ça ne va pas et qu'il faut... il</p>
--	--	--

		<p>y a aussi des gens qui ont besoin de ça, d'être boosté, d'être remonté et de leur faire comprendre que là, il va être temps de faire quelque chose, parce que là, ça se dégrade et nous, on les voit se dégrader et c'est pas possible, donc il faut leur dire qu'il se prenne en main et peut être être plus incisif dans le discours</p> <p>... je ne sais pas, un diabétique qui ne prend pas ses traitements et qui a déjà des complications genre artériopathie, lui dire; écoutez, il y a déjà des conséquences de votre diabète, votre HbA1C n'est vraiment pas bonne si vous ne prenez pas votre traitement, pourquoi? Mais il va falloir qu'on trouve une solution pour que vous repreniez votre traitement. Et voilà, je ne sais pas.</p> <p>« Non, je pense vraiment qu'il y a des patients qui attendent ce rôle là aussi, d'être un peu plus incisif, je pense qu'il y a des moments où on devrait avoir ce rôle là. »</p> <p>Je suis un peu d'accord, parce que moi, il y a des patients qui ont peur que je les rouspète parce qu'ils y sont habitués et du coup ils me disent: « Ah super, vous prenez au moins le temps de parler! », mais des fois, ils attendent quand même. Moi, c'est pareil, je suis plutôt comme C., à temporiser, pas à rouspéter quoi, mais, c'est ce qu'ils attendaient, enfin c'est ce qu'ils me disent avoir attendu</p> <p>Oui, cela se joue sur une phrase, je ne vais pas passer 5 minutes à leur dire, « écoutez, ça ne va pas du tout... », non, non, c'est juste sur une phrase, leur faire comprendre qu'il faut aussi qu'ils se reprennent en main et qu'on est là pour les aider mais qu'on ne va pas faire tout le travail à leur place et que du coup, effectivement, on est inquiet pour eux</p> <p>Je pense que c'est bien de s'intéresser à ce qui peut se faire ailleurs pour essayer de s'accrocher: par exemple, essayer de s'intéresser à la chasse et ses passions, pour essayer de l'accrocher et à ce moment, commencer à essayer de créer du</p>
--	--	---

		<p>lien et puis: « Ah bon, la chasse vous êtes essoufflé, au moment où vous avez fait ça, qu'Est-ce que vous en pensez? Ca vous embête peut être? Est-ce qu'on pourrait y remédier? », essayez d'accrocher sur quelque chose qu'il aime</p> <p>Des fois, il faut vraiment les sortir de leur maladie, parce qu'ils la vivent au quotidien, il faut mettre de la légèreté là dedans et ça permet d'y revenir, d'avoir un autre angle d'attaque à une autre consultation, ça permet de créer du lien</p> <p>« Des fois, il faut agir sur quelque chose complètement autre, si on sait qu'il a des problèmes de couple ou avec son ado qui sèche les cours; réinstaurer la communication de couple ou avec l'ado, cela va lui permettre d'être mieux dans sa vie et lui, du coup, de se sentir mieux, il va mieux gérer son diabète qu'il avait complètement laissé à l'abandon, donc des fois, il faut mieux agir sur d'autres choses, de parler d'autres choses que sa maladie chronique, ça va influencer et avoir un retentissement indirect sur la maladie chronique en fait. On n'est pas obligé... on peut se décentrer et trouver... travailler sur autre chose et c'est l'effet domino. En général, quand ça va mieux dans leur vie, ils se prennent en charge, ils refont du sport... Cela peut être une autre façon de faire aussi. »</p> <p>Concrètement, on part de ce qui va bien dans leur vie ou ce qu'on aimerait qui aille mieux et à partir de là...</p> <p>« On peut mettre en évidence des choses pour lesquelles ça a marché, en disant, là, on a progressé à ce niveau là, c'est bien et comment est-ce que vous avez fait, est-ce qu'on peut faire ça dans d'autres domaines? » disons que l'on peut progresser dans certains domaines, pourquoi pas dans u autre, c'est possible d'avancer quoi. »</p> <p>Donc à ce moment là, je pose des questions, je leur demande sur leurs attentes, faire le point sur ce qu'ils aimeraient que l'on change. Il y en a qui</p>
--	--	--

		<p>me disent « on ne change rien ».</p> <p>Après, par rapport aux croyances, moi, je pense que c'est une question que je pose peu aussi parce que j'ai le sentiment de passer beaucoup de temps à expliquer, donc après, je fais sûrement l'erreur de ne pas leur redemander de me réexpliquer pour être sûre qu'ils ont bien compris, parce que j'ai l'impression de le faire! »</p> <p>Moi, j'ai l'impression que dans le déroulement d'une consultation, c'est pas vraiment facile, surtout en tant que médecin remplaçant, parce que le patient arrive, on regarde son dossier, « qu'est-ce que vous avez comme problème de santé? » « qu'est-ce que vous prenez comme traitement? » « qu'est-ce qui vous amène? » « On vous examine? » et puis c'est parti et en fait c'est au tout début de la consultation qu'il faudrait poser la question, « qu'est-ce que vous avez comme maladie? » « qu'est-ce que c'est comme maladie, expliquez moi? »</p> <p>« Moi, je suis au tout début de mon expérience, je n'ai jamais reconvoqué quelqu'un pour l'éduquer. »</p> <p>Moi, j'ai pas beaucoup d'expérience mais pour le moment je ne l'ai jamais fait juste pour ça!</p> <p>« Juste, moi je leur demande dans les troubles du sommeil, « pourquoi vous ne dormez pas bien? », c'est plus dans ce genre de contexte que je pose la question. »</p> <p>Dans ma tête, avant de commencer, je pensais que je pouvais le faire, mais là, à vraiment pratiquer, je ne suis pas sûre que je pourrais, Mais dans l'idéal, moi j'ai signé pour ça, donc... oui, je pensais pouvoir le faire, mais là, sur quelques remplacements, moi, je finis à 20h en ayant des nez bouchés, donc, je ne vois pas comment je pourrais intégrer ça, mais j'espère que oui</p> <p>je peux l'appliquer en pratique et c'est quand même quelque chose de très enrichissant et qui</p>
--	--	---

		<p>me paraît indispensable dans ma pratique future. En tous cas, cela se passe très bien au quotidien, donc je m'imagine le faire. Donc dans l'emploi du temps, c'est comme ça et ça se passe bien, on est rôdé comme ça et c'est vrai que les patients apprécient aussi de prendre plus de temps parfois, sur ce genre de questions et ça évite peut être aussi d'autres consultations ultérieures. »</p> <p>Parce que tu ne le fais pas systématiquement, après, c'est sûr, tu ne peux pas le faire sur toutes les consultations, mais c'est déjà un minimum. »</p>
	PM3 le ressenti	<p>moi, j'ai l'impression d'être frustrée assez souvent en fait parce qu'on n'a pas le temps</p> <p>en se positionnant comme ça, j'aurais peur de perdre la confiance du patient, de ne plus réussir à rien</p> <p>pas qu'il y ait ce non-dit qui traîne, mais je sais que c'est pas évident</p> <p>Moi, j'ai du mal à faire ça, dans ces moments là, je leur dis plutôt: Là, je suis inquiète pour vous! Mais je n'arrive pas à être incisive, mais par contre je dis, là je suis inquiète pour vous, mais moi, j'arriverai pas à ...</p> <p>parce que j'ai peur que si on leur dit: allez-y, bougez vous! Soit, il se ferme, soit, il se dit: j'ai pris une roustes par le médecin mais voilà</p> <p>En même temps, moi, je ne suis pas sûre qu'il y ait de bonnes ou mauvaises solutions</p> <p>Après, on fait avec ce qu'on a, c'est un échange, il faut faire avec tes outils à toi et les ressources du patient</p> <p>j'ai l'impression qu'on rentre dans un relation d'infantilisation du patient, on est le papa qui dit: « t'as pas bien travaillé! »,</p> <p>c'est encore très compliqué pour moi, ce genre de chose. »</p>

<p>POSTURE DU PATIENT PP</p>	<p>PP1 patient passif</p>	<p>quand ils sont hospitalisé, ils ne choisissent pas ce qu'ils vont manger, ils ne choisissent pas, enfin, tout est cadré pour eux, on leur dit à quelle heure se lever, à quelle heure se coucher, enfin voilà. Ils n'ont finalement pas beaucoup de décision à prendre au niveau de leur vie en général quand ils sont hospitalisé, donc, je trouve que c'est difficile de faire passer des messages quand ils sont à l'hôpital, parce que forcément ils ne font pas les choses</p> <p>« Ils y en a qui disent « vous m'écoutez », d'autres qui attendent plutôt que l'on soit plus paternaliste, qu'on leur dise quoi faire. »</p>
	<p>PP2 patient opposant</p>	<p>Et du coup, des fois, on se retrouve face à des têtes de mules qui s'en fichent complètement</p> <p>un patient qui est un peu une tête de mule entre guillemet et à qui on a du mal à faire passer le message</p> <p>... ils n'ont pas forcément la volonté de revenir que pour faire la prévention</p> <p>Avez-vous envie d'arrêter de fumer? Il y a ceux qui se sont déjà posé la question et qui vont s'accrocher assez vite à leur réponse en disant; j'y ai déjà pensé, mais je ne sais pas trop</p> <p>parce qu'il y a toujours ceux qui ne veulent pas, si on leur pose la question, ils répondent très vite non-non! J'ai pas envie! Je trouve qu'ils se ferment très rapidement de toutes façons</p> <p>Enfin voilà, il y a ceux qui ne veulent, ça se voit très vite, ils se ferment, non-non, j'ai pas envie, sous-entendu on arrête d'en parler, c'est pas la peine d'en discuter maintenant</p> <p>Ce qui arrive le plus souvent, c'est qu'on est face à des patients qui savent ce qu'il faudrait qu'ils fassent mais qu'ils ne font pas toujours</p> <p>frein à proposer de l'éducation, par exemple, un diabétique qui vient sans son carnet, déjà, il vient</p>

		<p>voir le remplaçant pour un renouvellement, en plus sans son carnet. Déjà, moi je trouve que c'est un frein, il sait très qu'on va lui demander et là, c'est un peu dur</p> <p>Et après, ils disent, ça ne sert à rien, c'est toujours haut</p> <p>En plus, souvent, ils baissent les bras parce qu'ils ont l'impression d'être dans une succession d'échec et de toutes façons cela ne pourrait pas être pire</p> <p>On peut proposer, mais tant qu'ils ne seront pas dans l'action eux-mêmes ou dans la prise en charge de leur propre pathologie puisque là, on est sur des pathologies où on ne pourra absolument rien faire</p> <p>Moi, j'avoue que ça me pose beaucoup de soucis, j'ai 3-4 patients en tête et je n'ai pas trouvé de solutions, donc, je n'ai pas forcément de réponse, parce qu'ils sont beaucoup dans l'opposition, avec le rejet du médecin, parce que justement, le médecin est petit peu pour eux, le reflet de tout ce qui ne va pas, donc voilà, pour l'instant c'est... je n'ai pas de solution sur ces 2-3 personnes que j'ai en tête. »</p> <p>Pour l'instant, toujours dans le cadre du remplacement, ce n'est pas là qu'on les voit le plus, donc moi, j'ai l'impression que je les vois aussi occasionnellement, certains viennent vraiment me voir parce qu'ils ne veulent plus en parler à côté, c'est un rejet aussi... ils ont envie que je renouvelle rapidement l'ordonnance pour être tranquille</p> <p>on avance mais ils sont toujours dans l'opposition. »</p> <p>et c'est marrant parce que c'est des patients que je ne pensais pas revoir, avec qui cela ne s'était pas forcément bien passé la première fois, ils étaient dans l'opposition, mais ils reviennent quand même, on se demande ce qu'ils recherchent</p>
--	--	---

	<p>PP3 patient acteur</p>	<p>que avant même qu'il soit malade, c'est lui qui est acteur effectivement de préserver sa santé et là,(...), c'est lui qui sera à même avec ce qu'on va lui transmettre de décider de l'hygiène de vie qu'il veut avoir, de comment il va se comporter, c'est eux qui sont acteurs de soin(...)... Enfin, acteur de leur santé quoi</p> <p>si elles ne sont pas d'accord pour le faire ce jour là, elles gardent ça dans un petit coin de leur tête que la prochain fois, ce serait pas mal de le faire. »</p> <p>mais j'attends que ce soit elle qui me donne la réponse</p> <p>Où au moment de monter sur la balance pour un hypertendu, je lui demande de regarder le poids et je demande; est-ce que vous vous attendiez à ça? Chez vous, vous vous pesez aussi? Vous pensez que vous avez pris depuis la dernière fois et pourquoi? Des choses comme ça</p> <p>, il y a ceux qui posent la question, Là, c'est un signe important, ils cherchent à comprendre.</p> <p>Mieux encore, ceux qui réclament parfois un bilan, alors qu'il n'y avait pas de raison d'en demander. Ils ont une petite inquiétude, il aimerait bien que l'on fasse un bilan, ils se doutent que leur hygiène de vie n'est pas parfaite, ou qu'il y a des petites choses</p> <p>Quand elles arrivent avec la feuille de la mammographie parce qu'elles viennent de l'avoir ou la feuille de l'hémocult. C'est vraiment un dépistage qui vient d'eux</p> <p>cela a servi à ouvrir le dialogue, à parler de quelque chose</p> <p>il me demande: je voulais vous demander, parce qu'ils en parlent à la télé, vous savez</p> <p>si ça les intéresse , comme ça, c'est eux qui font la démarche de prendre le RDV.</p> <p>les gens qui ne prennent pas leur traitement, les</p>
--	---------------------------	---

		<p>diabétiques, ils ont le choix entre prendre leurs 3 Novonorms ou faire leur piqure d'insuline, donc ils choisissent, ils sont acteurs, après, ils choisissent entre 2 traitements anti-diabétiques, ils choisiront celui qu'ils préfèrent, en général le novonorm donc ils finissent par le prendre, donc des fois, il ne faut pas trop hésiter.</p> <p>s'il ne veut pas équilibrer son diabète, qu'il sait clairement quelles peuvent être les conséquences, je l'accepte tout à fait, on essaie de travailler ensemble pour que ce soit convenu mais pas qu'il y ait ce non-dit qui traîne, mais je sais que c'est pas évident</p> <p>pour qu'il puisse prendre après sa propre décision</p> <p>Moi, je vois une petite grand-mère, on est arrivé à normaliser sa tension et du coup, maintenant, elle a envie de prendre ses anti diabétiques alors que jusqu'à présent, elle avait 8% d'HbA1C, 18/10 de TA et elle ne prenait aucun médicament, elle lisait toutes les notices et elle avait tous les effets indésirables à chaque fois dès qu'elle prenait 1 cpr, elle était dans le rejet total de la médecine et de prendre soin d'elle, et du jour où on a commencé à amorcer la prise en charge de la tension et à arriver dans des chiffres normaux, en la félicitant et en lui disant que c'était bien d'arriver à quelque chose, ça y est, elle voulait prendre ses anti diabétiques; je vais peut-être essayer de prendre les 3 la fois prochaine, on va voir. Du coup, on se dit ça y est c'est bon, on va pouvoir commencer à travailler. »</p> <p>du coup, on l'intègre vraiment plus dans sa prise en charge en lui disant qu'au bout d'un moment, on va avoir vraiment besoin de lui pour aussi faire avancer les choses. Donc voilà, il a besoin lui aussi de</p> <p>Je crois qu'on propose beaucoup mais c'est finalement le patient qui décide. »</p>
--	--	---

		<p>C'est quand même toujours eux qui décident</p> <p>Donc je pense que le plus important, c'est leur action à eux</p> <p>C'est pas vraiment égalité, mais, je pense que face à quelqu'un qui est atteint de maladie chronique, c'est bien de savoir où est-ce qu'il en est vis-à-vis de sa maladie. C'est-à-dire voir ce qu'il en sait, ce qu'il voudrait en savoir et ce qu'on peut faire pour l'aide</p> <p>mais qu'il faut aussi qu'ils comprennent que c'est à eux de jouer un rôle dans leur maladie. »</p> <p>Des fois, ce que l'on peut poser, enfin, je demande « alors qu'est-ce qu'on peut faire alors là? », c'est vrai que ça m'est arrivé certaines fois, « qu'est-ce qu'on fait? » et des fois, ils disent, « je pourrais faire attention à ce niveau là » ou « ah non, là, c'est pas le moment, je suis trop stressé, trop fatigué, c'est pas possible. » C'est vrai qu'on peut leur demander ce qu'ils en pensent et qu'est-ce qu'on peut faire pour les aider. C'est vraiment les rendre acteur</p>
	PP4 les limites des patients	<p>d'un patient à l'autre, les mêmes messages vont passer différemment, il ne vont pas retenir la même chose</p> <p>Par exemple, moi je pense aux régimes hypocholestérolémiant, les gens ne comprennent pas, ils font bien, ils ne comprennent pas</p> <p>il y a des gens qui en ont un peu marre, il y a des consultations où il ne faut pas trop y aller, il faut plutôt attendre la prochaine</p> <p>« Les patients poly-pourris</p> <p>... Enfin voilà, les gens qui sont hypertendus, diabétiques, qui fument, qui mangent, qui chassent et qui boivent</p>
LES FACILITATEURS	F1 le contexte	<p>c'est aujourd'hui, maintenant que la maman est réceptive et qu'on peut lui expliquer, c'est pas demain quand il sera à moitié en train d'étouffer,</p>

		<p>qu'elle ne saura pas comment brancher le masque et mettre la ventoline au bout</p> <p>il y a une cotation ALD pour une consultation une fois par an que l'on peut faire auprès des patients. Donc déjà, à la limite, cela existe déjà et cette consultation qui est plus rémunérée peut faire l'objet d'une consultation plus longue, vu que déjà elles sont plus rémunérées et cela nous permettrait de nous dire, effectivement cette consultation de synthèse, elles sont faites pour ça, à la base. Peut être que l'on a déjà un outils dont on ne se sert pas forcément et qui existe déjà et que tout un chacun pourrait mettre en pratique, en se disant au moins une fois par an, avec tel patient, lors de cette consultation de synthèse, c'est fait pour ça, après tout, je prends 30 minutes et on refait le point sur sa maladie. »</p>
	F2 le sujet	<p>Les consultations de contraception sont propices à ces trois thèmes, la prévention, l'éducation, le dépistage, c'est vrai que c'est un moment privilégié où on peut aborder différents sujets et on a un rapport privilégié avec la patiente en fait, donc c'est vrai que c'est un moment privilégié pour tout ça. Il n'y en a pas beaucoup...</p> <p>Certificat de sport aussi!</p> <p>Le certificat de sport, surtout pour accrocher un adolescent, c'est pas mal, une fois par an, l'adolescent, on le voit seul, donc ça va être le moment de parler avec lui de choses éventuellement intimes qui pourraient le déranger</p> <p>Le sommeil, c'est vrai que c'est peut être plus la chose où on interroge plus sur les croyances, surtout les personnes âgées qui ont des troubles du sommeil, qui sont sous hypnotiques. Leur expliquer...</p> <p>mais ça, facilement dans le sommeil, le tabac</p>
	F3 les supports	<p>je me posais la question de l'intérêt des affichettes qu'il peut y avoir dans les salles d'attentes ou les choses comme ça, je suis</p>

		<p>curieuse de voir si cela a un impact ou pas. Parce qu'il y a pas mal de panneau ou d'affiches dans la salle d'attente, des fois, je me dis, il y en a même un peu trop, enfin j'imaginai comment moi je ferais et si il y avait un intérêt à ce genre de choses, une affiches placardées dans la salle d'attente, ou des petits dépliants, des choses comme ça, je pense que c'est bien, maintenant, je suis curieuse de voir l'impact que cela peut avoir.</p>
<p>COMMUNICATION ET COMPETENCES RELATIONNELLES CR</p>	<p>CR1 faire une prise en charge globale</p>	<p>Des fois, il faut agir sur quelque chose complètement autre, si on sait qu'il a des problèmes de couple ou avec son ado qui sèche les cours; réinstaurer la communication de couple ou avec l'ado, cela va lui permettre d'être mieux dans sa vie et lui, du coup, de se sentir mieux, il va mieux gérer son diabète qu'il avait complètement laissé à l'abandon, donc des fois, il faut mieux agir sur d'autres choses, de parler d'autres choses que sa maladie chronique, ça va influencer et avoir un retentissement indirect sur la maladie chronique en fait. On n'est pas obligé... on peut se décentrer et trouver... travailler sur autre chose et c'est l'effet domino. En général, quand ça va mieux dans leur vie, ils se prennent en charge, ils refont du sport... Cela peut être une autre façon de faire aussi.</p>
	<p>CR2 savoir négocier</p>	<p>on peut déjà commencer à leur parler des solutions qu'on peut leur proposer, s'il veulent en discuter, on est là, on est là pour les aider, on a des solutions à leur proposer</p> <p>mais on a des informations et on a le savoir qui nous dit que ce serait mieux de faire comme ça mais que moi-même, je ne peux pas le faire, voir avec lui quelle stratégie on pourrait faire pour que ce soit moins difficile</p> <p>Un diabétique qui a vraiment envie de manger du sucre, on s'arrange pour qu'il le mange en fin de repas pour pas que ce soit trop déséquilibrant et lui dire que la friandise ce ne sera pas à 4h alors qu'il est à jeun, il a le droit mais plutôt en fin</p>

		<p>de repas, essayer d'avoir des stratégies</p> <p>Ce que tu dis, c'est très vrai, s'informer de ce que veut le patient et qu'on soit d'accord avec ça</p>
	<p>CR3 s'adapter au patient</p>	<p>il pourra avoir un discours plus adapté à chaque patient</p> <p>en menant l'examen, de façon un peu banale, on discute avec lui et 2-3 questions sur comment se passe le collège, le lycée, sur ses problèmes de peau éventuels, sur sa sexualité, des choses comme ça, tout en faisant autres choses en même temps, peut-être pour éviter qu'il soit gêné</p> <p>Donc je trouve que ça se sent bien finalement quand ils sont assez ouverts à la discussion que ce soit pour le tabac, l'alcool ou autre chose</p> <p>il y a des gens qui en ont un peu marre, il y a des consultations où il ne faut pas trop y aller, il faut plutôt attendre la prochaine</p> <p>Parfois, il y a certains patients, tu peux te permettre d'utiliser l'humour ou l'ironie pour un peu les provoquer, ils ont besoin un peu de la petite décharge électrique</p> <p>c'est en fonction de chaque patient qui est en face de nous</p> <p>c'est-à-dire que s'il est au début complètement dans le rejet d'arrêter de fumer ou de boire, il faut peut-être plus se focaliser sur quelque chose de moins accessible au patient dans le sens où pour sa tension, il n'a entre guillemet qu'à prendre son comprimé alors que s'il doit arrêter de fumer ou faire d'autres choses, cela va peut-être lui demander beaucoup plus d'efforts. Il faut peut-être commencer par des choses qui lui semble facile et qui lui demande moins d'effort et puis au fur et à mesure, avancer petit à petit vers</p> <p>Ou alors lui proposer, en discuter avec lui, savoir ce qui est vraiment plus important pour lui finalement. Est-ce que c'est commencer par arrêter de fumer, est-ce que c'est commencer par</p>

		<p>avoir une bonne tension? »</p> <p>Et souvent, ce qui est le plus important, c'est de reposer la question sur ce qu'ils veulent eux faire, parce qu'il y a qui n'ont pas du tout les mêmes objectifs, ils ne se sentent pas malade pour les diabétiques. Reposer des questions sur ce qu'ils savent, ce qu'ils en attendent. C'est souvent plus facile quand on leur demande ce qu'ils veulent changer, des fois, ils nous surprennent; ils nous disent, je ne sais pas, perdre du poids ou aller dans ce sens là. Enfin, je trouve que quand c'est eux qui décident, c'est plus facile, c'est pas toujours...mais bon. »</p> <p>plus un rôle de soutien et vraiment s'adapter au patient et à son cheminement et ses fluctuations du moral par rapport à sa maladie</p> <p>je pense que ça dépend des gens en face, après ça dépend du médecin mais à mon avis, il y a des gens qui entendent un petit peu ça... »</p> <p>Parce que c'est vrai que le mettre en face de ce qu'il a déjà, de ce qu'il risque encore plus, je trouve ça plus efficient, plus efficace que de lui rentrer dans le lard!</p> <p>Non, mais après, je pense que ça ne s'applique probablement qu'à une minorité de patient, mais je pense qu'il y en a avec qui ça marche plus que « je suis inquiète pour vous! ». »</p> <p>« Non, mais je pense que par l'humour, cela passe mieux, tu sais, il y a des gens qui ne vont jamais être réceptif à cet humour là et tu leur dis ça, ils ne reviendront jamais te voir. Mais certains que tu vois depuis 20 ans, tu connais la famille, tu connais un peu leur caractère, des fois tu peux te permettre et ils font se dire, c'est vrai, j'ai un peu poussé et je vais peut être me reprendre en main. »</p> <p>c'est bien de s'intéresser à ce qui peut se faire ailleurs pour essayer de s'accrocher: par exemple, essayer de s'intéresser à la chasse et ses passions, pour essayer de l'accrocher et à ce</p>
--	--	--

		<p>moment, commencer à essayer de créer du lien</p> <p>de montrer que l'on peut améliorer les choses pour qu'ils puissent faire ce qu'ils aiment, on peut avoir des moyens, qu'ils reprennent des activités qu'ils aimaient, que si on leur dit « ah non, il faut que votre glycémie elle soit mieux que ça! », ils s'en fichent!</p>
	<p>CR4 savoir motiver</p>	<p>Mais on peut aussi, éventuellement, il y a une autre technique qu'il m'arrive d'utiliser, je ne sais pas si c'est bien, c'est mettre le patient en face de sa responsabilité, lui dire; vous ne m'amenez jamais votre carnet de glycémie, votre dernière HbA1C n'était pas bonne, je ne parle pas de ça pour me faire plaisir à moi, mais c'est pour votre santé à vous. Essayer de lui faire sentir que c'est de sa responsabilité, que c'est sa santé aussi, finalement ce n'est pas pour nous</p> <p>« Il faut qu'il prenne sa part dans le traitement, c'est une manière de faire</p> <p>on a commencé à amorcer la prise en charge de la tension et à arriver dans des chiffres normaux, en la félicitant et en lui disant que c'était bien d'arriver à quelque chose, ça y est, elle voulait prendre ses anti diabétiques</p> <p>On a parfois aussi un rôle de remotivation. Je pense que nos paroles sont très importantes quand on leur dit « c'est super! Il faut positiver à fond! » Et ils repartent, allez c'est reparti</p> <p>il y a aussi certains patients qui ont besoin de temps en temps, au-delà du fait de le motiver, de leur dire que c'est bien etc... d'être boosté, en leur disant; écoutez, à un moment donné, il faut! Certains patients ont besoin d'être réveillé aussi en leur disant que là, ça ne va pas et qu'il faut... il y a aussi des gens qui ont besoin de ça, d'être boosté, d'être remonté et de leur faire comprendre que là, il va être temps de faire quelque chose, parce que là, ça se dégrade et nous, on les voit se dégrader et c'est pas possible, donc il faut leur dire qu'il se prenne en main et</p>

		<p>peut être être plus incisif dans le discours</p> <p>Après, je pense sincèrement, et dans le quotidien, pas que en médecine, qu'il y a des gens qui ont besoin d'être boosté et que quelqu'un leur dise, écoute, maintenant, il faut y aller, je pense...</p> <p>« On peut mettre en évidence des choses pour lesquelles ça a marché, en disant, là, on a progressé à ce niveau là, c'est bien et comment est-ce que vous avez fait, est-ce qu'on peut faire ça dans d'autres domaines? » disons que l'on peut progresser dans certains domaines, pourquoi pas dans u autre, c'est possible d'avancer quoi. »</p> <p>« Je suis d'accord avec toi pour faire du renforcement positif et parler de ce qui a marché</p>
	<p>CR5 savoir transmettre ses connaissances</p>	<p>nous, on sait que c'est bien pour lui, mais après, il faut arriver à lui transmettre ça</p> <p>on a notre petit régime sur un papier qu'on va donner en disant « bon bah, regardez, il faut faire comme ça. »</p> <p>Parce que si on change son traitement pour une raison X ou Y, ce serait bien de prendre le temps de lui expliquer pourquoi on lui met ce médicament là, à quoi il sert... enfin de lui expliquer, parce que effectivement, il prend ses médicaments</p> <p>parce que des fois, en 5 min, ça ne va pas porter ses fruits et de toutes façons, si nous on argumente avec nos arguments, ça ne va pas non plus. Le fait de leur faire faire un petit agenda et après de leur parler des choses posément, on sait que ça peut servir</p> <p>Où même, les aider à comprendre vraiment ce que sont les complications possibles, qu'ils soient au même niveau de connaissance et qu'ils comprennent notre volonté</p> <p>essayer de le mettre à un niveau de connaissance qui lui permette éventuellement s'il en fait le</p>

		<p>choix de mieux se prendre en charge. »</p> <p>Mais tout en partant de notre savoir pour qu'il ait toutes les clés en main pour prendre la décision qu'il faut</p> <p>Il ne faut pas tout gérer d'un coup, parce qu'on ne peut pas leur donner trop d'information, ils n'arriveront pas à tout intégrer</p> <p>Il faut lui apporter éventuellement notre connaissance.</p>
	CR6 la place de cette compétence	<p>Moi, je crois qu'en médecine générale, c'est primordiale</p> <p>c'est quelque chose qui me paraît essentiel</p> <p>C'est une mission spécifique du médecin généraliste</p> <p>c'est juste pour dire que la prévention, l'éducation, c'est une mission de chaque médecin</p>
	CR7 qualités lié à ces compétences	<p>il faut être humble</p> <p>Moi, j'essaie de poser des questions assez directe, après j'essaie entre guillemets de dédramatiser même si ce n'est pas le terme adapté, mais je vais leur poser des questions régulièrement</p> <p>Moi, je leur pose des questions clairement, pas de stratégie particulière.</p> <p>Je n'hésiterai pas à reposer des questions</p> <p>j'essaie d'avoir le temps de me positionner pour qu'il me dise la vérité et que ce ne soit pas quelque chose qui pose un problème</p> <p>mais on sait qu'il ne faut pas brusquer les gens</p> <p>Après, peut-être, avant de faire ça, essayer de voir pourquoi ils font ça, pourquoi ils ne prennent pas leur traitement, pourquoi ils en prennent pas leur carnet de glycémie avant de dire</p> <p>Il y a sûrement quelque chose derrière, parce qu'ils savent qu'ils savent qu'ils sont malade, ils</p>

		<p>savent pourquoi</p> <p>Ce n'est pas une culpabilisation, excuse moi...</p> <p>j'essaie de travailler avec de l'empathie, en me disant que nous-mêmes médecin, on fait des choses mal aussi, il ne faut pas qu'il culpabilise qu'on n'a pas la science infuse et on n'est pas toujours les premiers, on fait bien des erreurs et c'est normal</p> <p>il faut être humble</p> <p>mais faut vraiment créer la confiance du patient, être dans l'alliance. C'est déjà ça le plus gros du travail pendant les premières consult, c'est arriver à être dans l'alliance et arriver à ce qu'il nous accorde sa confiance et puis après, on peut commencer à travailler.</p> <p>Dès qu'on le sent...tater le terrain</p> <p>on doit avoir une relation d'empathie, de bienveillance à l'égard du patient</p> <p>Avant de pouvoir le faire, il faut qu'il y ait une relation de confiance, il acceptera plus facilement s'il le connaît</p> <p>Le « je suis inquiète! », cela peut être vraiment de l'empathie; je suis inquiète, tracassée, mais ça peut être, « je suis inquiète là... » ça peut être ironique ou humoristique. »</p> <p>Des fois, il faut vraiment les sortir de leur maladie, parce qu'ils la vivent au quotidien, il faut mettre de la légèreté là dedans et ça permet d'y revenir, d'avoir un autre angle d'attaque à une autre consultation, ça permet de créer du lien</p>
	CR8 les difficultés	<p>comment on est aussi, parce que c'est vrai que quand on est fatigué, on n'a pas forcément envie de poser la question pourquoi</p> <p>On ne peut pas tout gérer d'un coup, on peut pas être parfait</p>
APPRENTISSAGE/	AQ1 modèle de rôle	après la mise en pratique, c'est notre métier de

ACQUISITION AQ		<p>médecin généraliste, je trouve que c'est important chez le praticien, qu'on soit deux, que l'on puisse comparer les pratiques. »</p> <p>mais par exemple, de manière concrète, comment est-ce qu'on donne un test hémocult à un patient, des choses qui paraissent bêtes mais c'est important, je pense vraiment que c'est en stage chez le prat que l'on a appris ça.</p> <p>Et ça, on apprend à faire face à ça avec les supervisions dans les stages chez le prat</p> <p>on apprend à faire face à ça avec les jeux de rôles pendant les cours à la fac, parce que c'est vrai qu'on a eu des cas cliniques où c'était cela en fait, c'était ce genre de situation là, comment faire face à quelqu'un qui a plusieurs FdRCV et avec qui on n'arrive pas à établir... à faire passer le message en fait, parce que ça on sait les facteurs de risques, on lui a expliqué mais après, on est dans l'impasse pour l'éducation, on ne sait pas trop comment s'y prendre mais avec les cours qu'on a eu et surtout les supervisions, j'ai l'impression qu'on apprend</p> <p>Moi, si si, on a fait des demi-journées à Nantes.</p> <p>Moi, j'ai eu la chance que certains chefs qui prenaient plus le temps justement, qui étaient plus dans l'éducation, qui prenaient le temps de montrer aux parents et donc de bien expliquer comment faire ou certaines puéricultrices,</p>
	AQ2 connaissances théoriques	<p>ce que l'on nous a transmis par le biais de la médecine hospitalière, par le biais de la théorie, c'est de la théorie</p> <p>C'est sûr qu'avant d'avoir été interne, on avait juste des bases théoriques très larges</p> <p>Juste quand même pour dire, les outils de dépistage, en particulier de dépistage, on les apprend beaucoup dans nos études, vraiment sur les bouquins, faut pas renier ça ! »</p> <p>« Pas trop pour l'éducation et pas pour la</p>

		<p>prévention. »</p> <p>les bases, on les a quand même apprises à la fac ; dans les livres et les cours</p> <p>Moi, j'ai pas eu l'impression d'apprendre des choses utiles, entre guillemets, pour cette thématique jusqu'à la fin de l'externat, c'est vraiment pendant l'internat que j'ai l'impression que l'on a appris des choses vis-à-vis de ça, parce que savoir qu'il faut faire une mammographie tous les deux ans, très bien, ça, on l'a appris</p> <p>c'est vrai que les bases, les facteurs de risque cardiovasculaires, toutes les choses que l'on va rechercher, dépister pour tel ou tel patient, on a quand même appris beaucoup de choses dans les premières années, très théoriques, je suis d'accord</p> <p>on a appris le plus facile, le plus dur, c'est après...</p> <p>Pour la mise en pratique, on a besoin des bases en pratique et si on ne sait pas par exemple le fonctionnement de l'hémocult, on pourrait, je pense, beaucoup plus difficilement l'appliquer en pratique</p> <p>mais je pense que ce qu'on appris en théorie, c'est important pour la pratique. »</p> <p>c'est vrai que ce que l'on apprend ; que le LDL doit être inférieur à 1,60, c'est bien beau, ce que l'on a appris, c'est la base, c'est la théorie mais c'est 25% de la pratique</p> <p>on aura beau faire toute la théorie que l'on veut, tant qu'on est pas confronté à un patient qui est un peu une tête de mule</p> <p>que tant qu'on n'est pas devant des patients comme ça, on ne peut pas le savoir. »</p> <p>je pense qu'on aura beau avoir tous les cours théoriques du monde, tant qu'on n'est pas confronté à la situation en temps réel, on ne peut pas savoir ni comment on va réagir, ni comment le patient va réagir</p>
--	--	--

		<p>... je trouve ça intéressant d'avoir des bases théoriques et très très important parce que si on n'a pas les bases, on ne va pas pouvoir construire au-dessus, que ce soit des définitions ou apprendre par cœur, mais c'est le B.A.BA pour pouvoir commencer à construire quelque chose dessus</p> <p>il faut agir par étape et la base théorique est un préalable effectivement pour pouvoir expliquer aux gens</p> <p>Je vais être juste un peu provocatrice, mais on a eu quelques cours sur la relation médecin/malade pendant l'externat et c'est vrai que c'est pas forcément les cours où il y avait le plus de monde, où on était forcément le plus intéressé, parce que tant qu'on n'a pas été confronté à la pratique, on ne peut pas répondre, on ne peut pas enrichir les choses et se réaliser vraiment ce que ça peut être. »</p> <p>« Après, je pense que c'est organisationnel, on travaille l'externat en vue du concours de l'internat et au concours de l'internat, jamais vous verrez un item avec quel type de personnalité à ce patient, comment va se passer son éducation... quand on parle d'éducation ou de prévention lors du concours de l'internat, ça va être « tous les combien vous faites la mammographie? », ça ne va pas être « comment vous allez faire passer tel message au patient? ». Et donc, partant de là, effectivement, je pense que les étudiants ne sont pas intéressés. »</p> <p>Et ça, on apprend à faire face à ça avec les supervisions dans les stages chez le prat</p> <p>on apprend à faire face à ça avec les jeux de rôles pendant les cours à la fac, parce que c'est vrai qu'on a eu des cas cliniques où c'était cela en fait, c'était ce genre de situation là, comment faire face à quelqu'un qui a plusieurs FdRCV et avec qui on n'arrive pas à établir... à faire passer le message en fait, parce que ça on sait les facteurs de risques, on lui a expliqué mais après, on est dans l'impasse pour l'éducation, on ne sait pas</p>
--	--	---

		<p>trop comment s'y prendre mais avec les cours qu'on a eu et surtout les supervisions, j'ai l'impression qu'on apprend</p>
	AQ3 ressources	<p>et puis l'échange avec les collègues, voilà. »</p>
	AQ4 expériences personnelles	<p>C'est quand même plus en pratiquant au cabinet finalement</p> <p>je pense que tout ça, prévention, éducation, c'est vraiment en pratiquant au fur et à mesure qu'on va se rendre compte de ce qui va marcher avec tel patient et pas avec un autre... et puis cela va prendre son sens, en pratiquant à ce moment là...</p> <p>on découvre et on progresse tous les jours en fait dans ces domaines là. »</p> <p>et après, on applique plus en stage, chez le praticien également</p> <p>on apprend à faire face ça en SASPAS souvent</p> <p>que c'est vrai que c'est la pratique qui aide beaucoup</p> <p>après comment s'en sortir face au patient, je pense qu'on ne peut pas se rendre compte tant qu'on n'est pas face au patient</p> <p>faire lors des compagnonnages avec des praticiens ou en SASPAS où du coup on est en confrontation et du coup on peut prendre du recul sur comment ça s'est passé, pourquoi j'ai réagi comme ça</p> <p>Maintenant que j'ai commencé un peu à remplacer, ça vient plus facilement, je trouve. On est plus dans une situation adéquate pour pouvoir faire de la prévention et de l'éducation</p> <p>je trouve cela très intéressant et intuitivement,</p>

		cela vient plus facilement qu'à l'hôpital. »
	AQ5 le manque de formation	<p>je pense aussi que pendant nos études, ce n'est pas ce qui est mis en valeur en priorité, ce n'est pas ce que l'on voit le plus finalement, on apprend beaucoup la pathologie. C'est assez catégorisé en pathologie, c'est pas la part la plus importante</p> <p>Enfin, c'est toute la communication, la relation médecin-patient, c'est tout ce pan là sur lequel on n'a pas été formé à ça.</p> <p>... nous, on sait que c'est bien pour lui, mais après, il faut arriver à lui transmettre ça et après à le mettre en pratique et c'est le gros de l'iceberg, nous, on a appris le tout petit bout qui émerge, tout le reste, on ne nous avait pas formé et préparé à ça. »</p> <p>on pourrait pas être formé à des techniques de communication ou des techniques de relations, ou simplement qu'on nous donne des supports écrits à transmettre aux patients, des choses claires et évaluées qui pourrait nous aider dans la relation dans ces situations là qui sont finalement ultra courante</p> <p>il y a quand même possibilité, je pense dans une formation initiale d'avoir un apprentissage de ces techniques de communication, ça existe dans d'autres métiers, en marqueting, ça existe aussi en médecine dans d'autres pays où ils sont bien plus formé que nous à cette relation médecin/patient et à toutes ces techniques de communications, de verbalisation, d'apprendre à gérer les patients difficile et ça peut être des bases, des outils, ça ne fera pas l'expérience mais ça peut nous donner des pistes pour justement ne pas être désarçonné dès le début et pouvoir mieux faire face... »</p> <p>Là, on n'a pas une approche même théorique de ça dans notre externat.</p> <p>C'est 2 heures et peut-être 2 heures trop tôt dans</p>

		<p>notre cursus. Et 2 Heures, ça ne résume pas tout, il faudrait un module, que ça se fasse vraiment, quelque chose qui ait du poids dans notre formation.</p> <p>Moi, j'ai pas du tout mis les pieds dans un cabinet de médecine générale avant l'internat en pratique</p> <p>Mais même en hospitalier, avec les chefs, on pourrait avoir des débriefings qui soit pas forcément quand il a un OAP, on met combien de lasilix, ça pourrait être, je ne sais pas, dans une situation de décès brutal ou d'arrêt ou gérer un alcoolique aux urgences, on pourrait faire des choses parfois, des débriefings sur quelles ont été mes difficultés, comment j'ai pu gérer. Nous, on est très focalisé, même en médecine universitaire hospitalière, c'est toujours le traitement, la prise en charge, mais on ne parle pas du tout du penchant relationnel... communication quoi. »</p> <p>c'est vrai qu'on n'y a pas vraiment été confrontée lors de nos études</p> <p>Ah oui, parce que je ne suis pas sûre que tout le monde ait eu un prat ou quelqu'un qui ait montré techniquement comment utiliser un baby haler. »</p> <p>mais je ne suis pas sûre qu'on ait une plage, un endroit en tant qu'étudiant où on peut nous montrer des choses comme ça pour pouvoir le... »</p> <p>« Bah, c'Est-ce qui est dramatique parce qu'on devrait, c'est quand même le B.A.BA! »</p>
REFLEXIVITE R	R1 le but	<p>... dépistage, c'est peut être essayer de mettre en évidence des pathologies ou un mal être chez un patient qui n'a pas encore développé de signe. Prévention, c'est faire en sorte de donner les renseignements, les conseils, pour qu'il ne développe pas de pathologie et le dernier terme, éducation, c'est prendre le temps nécessaire pour prodiguer conseils, informations pour que le patient ne développe pas de pathologie, ça revient un petit peu à prévention</p>

		<p>la prévention, c'est surtout pour limiter les conduites à risque, enfin essayer de limiter au maximum les conduites à risques...</p> <p>Moi, dans ma tête, alors, l'éducation, je mettrais plus par rapport à un patient donné, l'éducation par rapport à sa pathologie ou une pathologie que l'on pourra dépister. Du coup, de bien lui expliquer sa maladie pour qu'il la connaisse, qu'il comprenne, lui expliquer du coup les traitements que l'on va éventuellement mettre en place, un peu comme ce que tu disais (<i>s'adresse à C.</i>) pour qu'il prenne ou pas certains médicaments et l'éducation, c'est ce qui permettrait qu'il soit un peu le maître de sa maladie, par exemple, l'insuffisant cardiaque qui prend 3 kg en deux semaines, que ce soit de lui-même, qu'il vienne consulter pour ça</p> <p>On parle beaucoup de la pathologie, mais je pense que l'éducation, cela peut être aussi auprès d'un patient qui n'est pas malade. L'éducation, cela peut être aussi apprendre à un patient à ne pas consulter parce qu'il a le nez qui coule</p> <p>parce que finalement ce n'est pas que le LDL soit inférieur à 1,60, c'est d'arriver à faire passer le message au patient qu'il faut qu'il fasse en sorte que son LDL soit inférieur à 1,60, que ce serait quand même mieux pour lui</p> <p>... Le but serait de les rendre autonomes et qu'ils sachent se gérer. »</p> <p>Oui, c'est pour ça que je disais que c'est un peu l'idéal quelque part, parce que si tous les patients sont bien éduqués avec une prévention et tout, ils seront, beaucoup moins malade, beaucoup moins besoin de médecin, de l'hôpital</p>
	R2 les destinataires	De pouvoir peut-être voir un petit peu mieux quel est le type de personnalité du patient qui nous pose à nous problème
	R3 analyse de ses réactions	du coup on est en confrontation et du coup on peut prendre du recul sur comment ça s'est

		<p>passé, pourquoi j'ai réagi comme ça et comment faire après avec ma propre histoire pour faire mieux la prochaine fois. »</p> <p>pourquoi on réagit, pourquoi on est en confrontation vis-à-vis de ce patient</p> <p>on pourrait faire des choses parfois, des débriefings sur quelles ont été mes difficultés, comment j'ai pu gérer</p> <p>Oui, qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour que cet alcoolique n'aille pas taper son voisin, enfin, je ne sais pas, ou ne chute pas</p> <p>on apprend à faire face ça en SASPAS souvent</p>
	R4 discussion sur la compétence elle-même (ex: prostate)	
SANTE PUBLIQUE SP	SP1 participer a des actions collectives	<p>Après, on a aussi tout ce qui est dépistage organisé. Quand elles arrivent avec la feuille de la mammographie parce qu'elles viennent de l'avoir ou la feuille de l'hémocult. C'est vraiment un dépistage qui vient d'eux, enfin, non qui ne vient pas d'eux, mais que l'on subit un peu quelque part, je ne sais pas si... Enfin, c'est bien quelque part</p> <p>Et ça fait partie des propositions d'une maison pluridisciplinaire de santé. J'en connais une où ils ont pour objectif de prévoir comme ça des plages d'éducation. Pas forcément avec un patient mais avec plusieurs et de tourner entre professionnel et même eux de se former à l'éducation thérapeutique. Donc, je pense que c'est quand même tous ce qu'on veut faire un petit peu et c'est les regroupements de médecin qui peuvent nous aider à faire ça de bonne qualité et d'avoir du temps de dégagé pour ça. C'est bien d'avoir des plages horaires pour ça</p>
	SP2 les campagnes publiques	<p>Du coup, moi, je me posais la question de l'intérêt des affichettes qu'il peut y avoir dans les salles d'attentes ou les choses comme ça, je suis curieuse de voir si cela a un impact ou pas. Parce qu'il y a pas mal de panneau ou d'affiches dans la</p>

		<p>salle d'attente, des fois, je me dis, il y en a même un peu trop, enfin j'imaginai comment moi je ferais et si il y avait un intérêt à ce genre de choses, une affiches placardées dans la salle d'attente, ou des petits dépliants, des choses comme ça, je pense que c'est bien, maintenant, je suis curieuse de voir l'impact que cela peut avoir</p> <p>« Je pense que ça peut servir, parce que j'ai en tête un patient que je ne connaissais pas du tout, c'était lors d'un rempla et en fait, il a vu le spot publicitaire sur les dysfonctions érectiles et comme ça, il venait pour complètement autre chose et tout penaud, il me demande: je voulais vous demander, parce qu'ils en parlent à la télé, vous savez... Enfin voilà, le spot a amené la conversation sur ses problèmes et il me dit dans la pub, ils disent: parlez en avec votre médecin. Il me l'a dit plusieurs fois et pour lui, cela a servi à ouvrir le dialogue, à parler de quelque chose. Probablement que cela sert, cela peut servir de support, à ouvrir le dialogue avec certains. »</p>
	SP3 les campagnes privées	
COMPETENCE PARTAGEE CP	CP1 la place du généraliste	<p>je trouve que c'est plus logique de faire passer ça dans un cabinet de médecine générale qu'à l'hôpital parce que finalement tout est tellement cadré à l'hôpital que je trouve que ça a moins de sens de leur parle de tout ça quand ils sont hospitalisé que quand ils sont chez eux. »</p> <p>C'est une mission spécifique du médecin généraliste</p> <p>. Après, c'est vrai que le médecin généraliste, il garde une place privilégiée parce qu'il connaît mieux les patients, il sait plus leur habitude de vie...</p> <p>c'est plus difficile à organiser en ville, il faut pouvoir tout coordonner en fait</p> <p>avec l'appui du médecin traitant, on peut faire le point après.</p>

		<p>la médecine générale a un énorme rôle à jouer là dedans; montrer le fonctionnement du baby haler, avant que l'enfant n'arrive à l'hôpital, c'est aussi le rôle du médecin généraliste.</p> <p>je pense que le message d'éducation et de prévention du médecin généraliste, est beaucoup plus large que l'hôpital</p>
	<p>CP2 travailler en concertation avec d'autres professionnels</p>	<p>lui faire rencontrer différents acteurs, parce qu'à l'hôpital, on a la diététicienne... il y a pas mal d'acteurs qui sont sur place, c'est plus difficile à organiser en ville, il faut pouvoir tout coordonner en fait et là, à un moment T, on peut profiter entre guillemet d'un épisode aigu pour marquer l'esprit et puis donner un contact à ce moment là.</p> <p>sur les hôpitaux de jour et de semaine, ils ont quand même un rôle pour tout ce qui est maladie chronique, ça peut être un soutien, je trouve ça pas mal de les envoyer, ce sont des aides, pas dans l'aigu mais dans le long cours, j'ai eu des appuis comme ça, ils font bien leur rôle pour les maladies chroniques</p> <p>En diabète, pour l'asthme, enfin tout ça, après, ils fonctionnent bien et ils savent faire revenir les patients</p> <p>et ville-hôpital, on en peut pas faire une dichotomie comme cela, tout le monde devrait pouvoir, à son échelle, le faire, avec plus ou moins de temps en fonction de ses disponibilités et de son rôle dans son service</p> <p>De voir des enfants avec des mamans qui sont paniqués de voir des bébés qui sortent de l'hôpital depuis une semaine de la maternité qui ont le nez bouché et que le petit, il en a plein partout et qu'elle sait pas faire un lavage de nez parce qu'on lui a pas montré... Enfin, ça devrait être fait, c'est le B.A.BA, ça devrait être fait pendant les 5 jours à la maternité. Ou, on introduit un traitement par ventoline et puis la maman, finalement, elle ne le fait pas parce qu'on ne lui a jamais montré comment utiliser le</p>

		<p>baby haler quand le petit, il est passé aux urgences ou il a passé une semaine en pédiatrie communautaire. Ca ne prend pas beaucoup de temps, ça prend 5 min, mais c'est le rôle de chacun de le faire</p> <p>ce que je disais, c'est qu'il ne faut pas de dichotomie ville/hôpital, c'est le rôle de chaque médecin d'en faire et il ne faut pas dire, vous verrez ça avec votre médecin traitant, parce que c'est aujourd'hui, maintenant que la maman est réceptive et qu'on peut lui expliquer, c'est pas demain quand il sera à moitié en train d'étouffer, qu'elle ne saura pas comment brancher le masque et mettre la ventoline au bout. Donc, c'est du rôle de chacun et il ne faut pas dire ville ou hôpital, cela fait partie de notre métier à tous. On peut tous prendre 5 min pour délivrer un message d'éducation, de prévention. »</p>
<p>DEFINITION DE CES COMPETENCES DEF</p>		<p>dépistage, c'est peut être essayer de mettre en évidence des pathologies ou un mal être chez un patient qui n'a pas encore développé de signe. Prévention, c'est faire en sorte de donner les renseignements, les conseils, pour qu'il ne développe pas de pathologie et le dernier terme, éducation, c'est prendre le temps nécessaire pour prodiguer conseils, informations pour que le patient ne développe pas de pathologie, ça revient un petit peu à prévention</p> <p>l'éducation en santé, c'est une partie de la prévention en fait, pour moi</p> <p>L'éducation thérapeutique chez des patients qui ont déjà des pathologies et puis l'éducation en santé, sur des choses qui, du coup, recouvre la prévention</p> <p>Expliquer, ça fait partie de la prévention</p> <p>Du coup, moi, dans le dépistage, je mettrais plus la recherche des facteurs de risques, tout ce qui concerne le tabac, l'alcool, où du coup, je ne suis pas trop d'accord avec la recherche des pathologies avant qu'elles s'expriment, je dirais plus que c'est la recherche des facteurs de risque</p>

		<p>qui peuvent entraîner différentes pathologies à terme</p> <p>faire une prévention adaptée à chaque patient, c'est-à-dire qu'un type de patient à des risques de développer une certaine pathologie en fonction de son comportement etc.... et donc, du coup, pour moi, la prévention, c'est plutôt comme tu disais S., de l'éducation adaptée au type de patient qui a certaines caractéristiques et donc, c'est à nous de nous adapter en fonction du patient. Et dépistage, moi, ça me fait plutôt penser à ce que tu disais T., moi, j'ai en tête, dépistage du cancer. On me dit dépistage, ça vient tout de suite, dépistage du cancer avec des examens complémentaires qui sont à notre portée pour faire du dépistage de masse. Et l'éducation, moi, je rejoins plutôt A., pour moi, c'est donner des informations à un patient sur une hygiène de vie, sur la façon de prendre des médicaments ou de ne pas les prendre, notamment sur l'automédication et essayer de faire passer notre savoir à petite échelle pour qu'il puisse avoir une meilleure hygiène de vie en général. »</p> <p>Pour revenir à ce que disais M. aussi, elle nous parlait des facteurs de risque, je pense que l'on peut dissocier, dans les facteurs de risque, on peut parler d'éducation pour l'alcool, qui n'est pas un facteur de risque cardio-vasculaire mais un facteur de risque comportemental, mais les autres facteurs de risque qui sont accessibles au dépistage, qui sont les dyslipidémies, qui sont le diabète... je pense que l'on peut diviser ces deux aspects</p> <p>Je pense aussi que l'éducation, ça va recouper aussi une partie de la prévention, par exemple, avec des jeunes filles, quand on va faire une éducation sexuelle, on va faire aussi de la prévention pour les M.S.T, pour l'I.V.G, enfin, finalement, ça va se recouper aussi dans certaines disciplines de la médecine générale, en faisant de l'éducation auprès des patients, on fait de la prévention finalement. C'est un double</p>
--	--	---

		sens, en fait, on va délivrer au patient et après... c'est éducatif et préventif en fait.
--	--	--

7.5 ANNEXE 5 : Verbatim débutants

M : « voilà, alors la première grande question que je vais vous poser, c'est de savoir ce que recouvre pour vous l'éducation du patient, le dépistage et la prévention ? (...) autrement dit si je vous dit éducation du patient, prévention, dépistage, qu'est-ce que ça évoque pour vous ? »

Silence pendant 6 secondes

G : « je ne comprends pas, du coup il faut qu'on dise ce que ça veut dire les trois mots ? »

M : « oui, ce que ça évoque pour vous, on peut commencer par exemple, est-ce que vous avez une définition pour chacun de ces termes ? »

A : « pour les termes prévention, dépistage et ... »

M : « et éducation du patient »

V : « moi je mettrais, dépistage c'est dépister... enfin prendre en compte les choses actuelles, c'est-à-dire les facteurs de risque des maladies en cours, enfin voilà, des problèmes actuelles DEF. La prévention, c'est, ..., c'est agir sur ce qui pourrait se passer et éducation, c'est un moyen d'y arriver DEF. »

M : « d'accord. »

5 secondes de silence

M : « ça ne vous évoque rien d'autre les autres, vous êtes parfaitement d'accord avec ce qu'a dit Virgile, ou vous avez envie de rebondir, de préciser ? »

X : « pour l'éducation du patient, souvent on la voit dans les pathologie plus chroniques, par exemple comme le diabète ou l'hypertension artérielle R2. Par exemple dans le diabète, on éduque le patient sur sa façon de s'injecter l'insuline, ce qui va permette au patient d'avoir une bonne observance, de bien suivre son traitement R1. »

M : « d'accord »

X : « éduquer un patient dans le but en fait d'avoir de bons résultats R1 »

G : « l'éducation c'est surtout apprendre au patient à connaître sa maladie, son traitement R1, donc ça s'inscrit plus dans une prise en charge vraiment au long cours T2, expliquer pourquoi il prend tel ou tel médicament, comment le prendre, et aussi expliquer les règles d'hygiène, tout ce qui est un peu en parallèle de la prise en charge médicale pure sur le long cours, pour que ça marche R1, je sais pas si je me fais bien comprendre »

M : « oui... »

G : « pour l'observance, ce n'est pas juste prescrire un médicament et le laisser seul avec son ordonnance, c'est l'accompagner pour le médicament en lui disant comment et pourquoi le prendre et les règles qui sont à côté, les règles d'hygiène PM1. »

M : « oui »

A : « c'est quelque chose qu'on doit renouveler en permanence même si pour nous, on a l'impression que c'est acquis T4, mais pour le patient à chaque nouvelle rencontre, reprendre les points précédents, vérifier si la compréhension est toujours la même PM1. Sur l'introduction de nouveaux traitements ou même sur les anciens, savoir si c'est toujours bien compris, pourquoi, si c'est bien adapté et essayer de cibler en gros, en fait, si le patient comprend bien sa prise en charge PM1, pour pouvoir le rendre compliant en fait R1, qu'il comprenne pourquoi on lui prescrit telle ou telle chose, pourquoi on lui préconise des règles d'hygiène ou régime ou quoi que ce soit R1»

M : « Donc c'est s'assurer qu'il a bien compris... »

A : « oui et puis revenir en permanence même si on a l'impression que le message est bien passé, de redonner à chaque nouvelle consultation T4... »

G : « c'est aussi une façon de le responsabiliser PP3»

V : « oui, c'est d'intégrer le patient dans sa propre prise en charge R1 »

A : « qu'il devienne acteur de sa prise en charge R1 »

M : « d'accord, ...J... »

J : « non, non, c'est pour qu'il soit plus indépendant du médecin, qu'il soit moins dépendant du médecin et qu'il gère plus sa pathologie lui-même R1 »

M : « d'accord... »

C : « Ca lui permet quand même de gérer les aléas, les accidents dans sa pathologie, de réagir en fonction d'un élément qui pourraient se produire ; un diabétique, sur une hyperglycémie, qu'il ait pas forcément besoin de consulter, mais qu'il puisse lui gérer, qu'il ait une conduite à tenir sur les choses qui peuvent arriver ; un asthmatique s'il voit que ça passe pas, qu'il aille consulter OU qu'il gère lui-même en prenant autre chose ou en augmentant les doses, ça évite la multiplication des consultations R2... enfin moi je voulais repartir sur le dépistage, l'éducation et la prévention, pour moi c'est un peu tout un problème, enfin pas un problème mais une action de santé publique DEF, c'est quelque chose qui est fait pour diminuer les coûts de santé R1, l'éducation fait aussi partie de ça dans le sens où on va modifier, où on va diminuer le nombre de consultations R1 et aussi si le patient a bien compris, est bien éduqué, on va diminuer les pathologies associées ou les accidents qui pourraient survenir R1 et c'est la même chose avec prévention et dépistage. Tout cela s'inscrit un peu dans le même schéma en fait DEF. »

V : «les termes sont dépendants les uns des autres, c'est qu'on en peut pas faire d'éducation sans avoir dépisté avant d'éventuelles DEF... c'est ça, chez un asthmatique, un éventuel trouble de compréhension » PP4

G : « Il y a aussi, je trouve que ces trois termes, sont aussi de la prise en charge en cabinet CP1 , ça s'inscrit aussi je pense sur des campagnes, publicités, des choses plus larges SP2, parce que c'est pas facile, le patient, il va pas consulter pour se faire éduquer ou la prévention ou se faire dépister PP1,

que ce soit au médecin d'en parler quand il a la chance d'avoir le patient devant lui PM1 et après utiliser les médias, je sais pas.SP2

M : « d'accord, là vous parlez des campagnes de prévention plus globale et donc leur objectif... »

C : « c'est éviter la survenue de maladie ; sur une population étudiée avec des facteurs de risque, éviter la survenue de maladie R1. Après, il y a plusieurs types de prévention, primaire, secondaire ou tertiaire DEF. (rires) enfin, chez un patient qui n'a jamais rien eu, éviter la survenue de maladies ou alors faire de la prévention chez des personnes qui ont déjà eu des maladies pour éviter qu'elles se compliquent »R1

A : « Ca permet aussi de sensibiliser des patients qui est bien portant à un certain âge, il pense pas forcément qu'à plus long terme, il pourrait se passer quelque chose en fait, ça permet de leur dire que si effectivement... d'apporter la connaissance au patient des différents types de choses à surveiller et d'aller voir son médecin quand on a un certain âge même si on a pas forcément plaintes, parce qu'on peut vérifier, s'il n'y a pas de facteur de risque, ça permet de sensibiliser les patients quand ils vont bien à faire attention, à sensibiliser quoi... »R1

M : « d'accord, et tout ça, ça vous vient d'où ? Vous l'avez ... appris, vous l'avez croisé, vous l'avez rencontré en stage, c'était dans les cours, comment toutes ces... »

V : « un peu de tout »

C : « on l'a appris, tout ce qui est prévention, dépistage, ça on l'a appris AQ2 mais après c'est aussi quelque chose qu'on va exercer, ce n'est pas la même chose de l'apprendre et de l'exercer, c'est des choses totalement différentes AQ4

X : « après l'éducation, je trouve qu'on la voit surtout dans les services où on voit nos chefs faire de l'éducation des patients, c'est quelques qui moi, m'a plus marquée en stage qu'en cours. »AQ1

M : « Dans quelle situation clinique par exemple ? »

X : « Là par exemple, je suis en pneumologie et c'est surtout tout ce qui est broncho-pneumopathie chronique obstructive, donc toute l'éducation du patient sur la survenue de crise ou les situations d'urgence et puis aussi l'utilisation du matériel pour les asthmatiques, tout ce qui est ventoline, ce genre de choses. »PM1

M : « vous pouvez me décrire par exemple une fois où vous avez vu un de vos chef faire ça ? »

X : « comment ça ? »

M : « Me décrire ce qu'il s'est passé pendant une consultation... »

X : « euh...ça n'a pas été très détaillé mais c'est sur l'utilisation par exemple d'une VNI pour un BPCO, donc pour la pose du masque, le positionnement, le réglage de son appareil, des choses comme ça, après, pour les asthmatiques, il leur remontre aussi comment bien utiliser le matériel... »PM2

M : « Oui, allez-y, racontez moi comment ça se passe. »

X : « par exemple pour l'asthmatique, on lui apprend à bien respirer et d'inspirer la bouffée...PM2

M : « d'accord, donc il montre au patient asthmatique ? »

X : « bah, il prend l'appareil, après il n'inspire pas forcément, il leur montre, il leur explique et après il va dire au patient de faire.PM2

M : « OK, d'autres expériences ? »

V : « Moi, j'ai un diabétique de type 2 et justement, on se rend compte que ça va être difficile, parce que je suis en gériatrie chez le docteur L., d'où le dépistage, comme je le disais, des troubles cognitifs PP4, donc la prévention, ça va être de mettre en place... Il veut un retour à domicile... de mettre en place des aides, qu'il y ait des gens qui vérifient qu'il y ait la meilleure alimentation possible, que ce soit au niveau du régime...il n'y a pas d'éducation possible »PM2

M : « pourquoi pas d'éducation possible ? »

V : « Parce que c'est quelqu'un qui a une démence avérée, c'est quelqu'un qui vit dans des conditions, on va dire, précaire. Il est arrivé dans un état de dénutrition pas possible, on sent bien que de toutes les façons, il va rentrer chez lui et donc il va replonger O2 PP4 et là, ça fait un mois qu'on essaie de faire de notre mieux, ..., donc là du coup, l'éducation...une sensibilisation mais je pense qu'il est pas réceptif et donc du coup, la prévention, ça va être la mise en place d'aide PP2. Je pense que ça rentre aussi dans... »

M : « Donc là, on est dans la prévention d'accident en aidant le ... »

V : « Voilà, mais c'est difficile lui-même de le sensibiliser au problème O6. »

M : « D'accord, d'autres expériences ? »

C : « Moi, je fais de la prévention AVK, de l'éducation AVK, je suis en cardio PM2, mais c'est pareil, il ya certains patients de toutes façons, il ne voit pas assez clair pour couper les comprimés, ou pour adapter PP4, donc c'est pareil , là, il faut l'aide d'une tierce personne, moi, je sais qu'on fait des éducations un peu mari et femme, on éduque PM2 les deux en même temps pour que la femme qui elle est encore un peu valide puisse couper les comprimés en fonction de tout ça, et moi après, je vérifie qu'ils ont bien compris, en leur disant par exemple le jour de la sortie, qu'est-ce que vous faites si l'INR est à tant, enfin voilà, je fais comme ça quand je les éduquePM2, et puis c'est les infirmiers qui font beaucoup aussi, nous on est un peu (elle fait signe qu'elle se met un peu en retrait)CP2, par exemple, l'autre jour, il y en a un qui est sorti avec un INR à 4, je lui dis « bon voilà l'INR est à 4 », il me dit « bon je prends pas et je recommence demain et je diminue », donc bon là l'éducation, elle a bien été faite, ça été efficace et si je vois qu'il n'a pas compris, je recommence, j'en remets une petite couche.PM2

M : « remettre une petite couche... »

Rires

C : « Oui c'est ça ! »

G : « j'ai un autre exemple, c'est aussi un patient qu'on éduque PM2, mais c'est plus infirmier, c'est un patient qui a une trachéo et du coup on lui apprend à s'aspirer, donc c'est plus un travail..., enfin tout le monde s'y met un petit peu, mais c'est plus l'équipe... »CP2

C : « De toutes façons, toute personne sur le chemin de santé peut faire de l'éducation, de la prévention, chacun à son niveau, donc je pense que ça concerne vraiment tout le monde ; un kiné qui va faire de la prévention de chute, qui va donner des moyens à la personne âgée de ne pas faire de chute à la maison, enfin, ça concerne tout le monde, l'aide soignante, elle donne des conseils à la toilette. Tout le monde est concerné CP2, donc c'est vrai que c'est les infirmiers qui le font et moi je vérifie à la sortie la compréhension PM2 et finalement, c'est tout un travail en amont qui est fait et puis voilà... »

M : « A, qu'est-ce que... »

A : « Bah moi, en ce moment, je suis aux urgences donc ...*(sourire)*, c'est un peu compliqué, mais justement, nous aux urgences, on voit des gens qui viennent justement pour des raisons assez bénignes et on se rend compte qu'il y a vraiment un travail en médecine générale, parce que les messages passent mal CR8, du coup, c'est là qu'on se rend compte que les messages sont pas toujours bien passés et quand des fois on a le médecin généraliste au téléphone, il nous explique que lui, si si, il avait bien expliqué bien les choses concrètement, et c'est là qu'on voit qu'entre le message qu'on croit avoir laissé et fait passer et ce que les patients ont vraiment bien compris, il y a une énorme marge PM3 en fait, et donc aux urgences, on essaie de faire passer des choses mais on sait bien que c'est pas dans un box qu'on peut faire vraiment de la prévention, même si on dit des choses, ça se fait toujours de manière très rapide O5, éventuellement, on peut lui dire de reconsulter avec le médecin pour refaire le point sur toutes ces choses là. C'est là qu'on se rend compte justement que les messages justement, on pense qu'ils sont bien compris et finalement ça se passe mal

M : « D'accord »

J : « Moi je suis en gynéco et justement au planning familial, on se rend compte qu'il y a des tonnes de campagne sur la contraception ou sur les rapports protégés et c'est des filles qui regardent la télé, qui écoutent la radio et on se rend compte qu'il y a toujours des choses qui ne sont pas comprises SP2. Je trouve que c'est important de voir d'avance ce que les gens ont bien compris, et de refaire, de refaire, de refaire...

M : « Et alors comment vous faites pour refaire, refaire ... »

J : « Là, c'est pareil, c'est comme aux urgences, c'est pas un suivi sur le long cours, c'est différent de l'activité d'un médecin généraliste en ville O5, c'est de voir avec elles ce qu'elles en ont compris, comprendre pourquoi ça n'a pas marché et essayer de ré analyser qu'elle serait la solution la plus adaptée pour elles, qu'elles soient vraiment actrice, de leur proposer plusieurs solutions et de leur faire comprendre que c'est elle qui choisissent leur contraception et que c'est pas quelque chose qu'on leur impose et ça je trouve que c'est hyper important et c'est pour ça quand ça marche pas, les IVG, c'est parce que c'était pas adapté, faut leur expliquer qu'il y a une solution et c'est quelque chose qui se fait ensemble, et le médecin et le patient, c'est pas quelque chose qu'on leur impose, qu'elles soient obligées de faire et les culpabiliser quand ça marche pas PM1! *Pause...* Je pense que ce n'est pas facile, faire des campagnes de santé publiques qui soient vraiment efficaces, c'est difficile je pense. »SP2

M : « G...)

G : « Moi je suis aux urgences, donc c'est un peu délicat O5, on n'a pas forcément le temps de d'éduquer les patients T1 ou quoi que ce soit mais je trouve que d'une part dans les patients qui ont une pathologie chronique qui va venir aux urgences, ça peut être l'occasion de dire là, il y a peut être un petit problème sur le traitement de fond, on va lui parler d'éducation en général et lui dire que venir aux urgences quand il a ce problème, faut pas que ça se reproduise F1 et après renvoyer la balle au médecin traitant, ce serait peut-être bien d'en parler au médecin traitant pour éviter de revenir de façons répétées, mais on ne rentrera pas, je pense aux urgences, dans l'éducation, ce sera plus le sensibiliser mais pas forcément avoir ce temps d'éducation, et après comme tu dis, je pense qu'il y a beaucoup de patient qui viennent pour un problème de médecine générale qui pourraient être géré chez le médecin traitant et là je pense que c'est pas difficile pour nous d'en profiter et demander pourquoi vous êtes venus aux urgences, pourquoi vous n'avez pas demandé au médecin traitant et ça je pense qu'on peut prendre 2-3 minutes et essayer de les sensibiliser à ça PM2. »

M : « D'accord, adepte des interventions brèves »

G : « Pas forcément, mais c'est un peu du bon sens aussi, nous on a la connaissance médicale, donc on sait ce qui relève des urgences ou pas, le patient pas forcément, donc il faut savoir aussi ne pas le prendre de haut et lui dire, fallait pas venir, c'est ridicule, mais lui expliquer qu'il ne faut pas que ça se reproduise quand c'est un cas qui relève pas des urgences PM2. A notre échelle, je trouve que c'est important, nous aux urgences, ce n'est pas comme dans les services, on n'a pas trop les chefs, on ne voit pas trop les chefs faire en fait, on est un peu tout seul, donc on improvise un peu aussi, ce qu'il nous semble utile ou pas à dire au patient AQ4. »

Acquiescement des autres participants

M : « Donc je vois que chacun d'entre vous, en fait, a commencé à intégrer dans sa pratique, dans le service où il est, quel qu'il soit, un petit peu de ces notions de prévention, dépistage, éducation, V... tu nous as dit les situations qui te paraissent un peu difficile, en gériatrie, le trouble cognitif, est-ce qu'il y a des situations qui vous paraissent vraiment difficile à prendre en charge dans ce cadre là ? Ou d'autres au contraire où vous avez l'impression que c'est beaucoup plus facile et que c'est plus simple de les prendre en charge dans le cadre de la prévention ou de l'éducation ou du dépistage ? »

C : « Ca dépend de toutes façons du patient qu'on a en face de soi ; il y a des patients qui de toutes façons en ont rien à faire, voudront pas faire d'effort, on aura beau leur dire PP4... enfin c'est pessimiste , mais de toutes façons, il faut qu'on passe nous notre message PM3 mais les patients qui sont dans le déni de leur maladie, qu'ont pas les moyens cognitifs ou qui ne sont pas aptes à comprendre et tout ça mais suivant à qui on s'adresse, le message va être plus ou moins bien perçu et le traitement plus ou moins bien respecté et tout ça, donc ça dépend du patient PP4. »

A : « Ca dépend aussi du médecin, il y a des médecins qui vont plus ou moins bien se faire comprendre, informer plus ou moins bien, il y a pleins d'autres critères en fait CR5. »

V : « D'où, je pense, comme tu dis, ça dépend l'intérêt du patient PP4, d'où je pense, utiliser le mot dépistage enfin diagnostiquer « le pourquoi ça va pas ». Tu vois, c'est facile de se dire quand on voit un patient, bon bah lui, de toutes façons, ça ne marchera pas, mais je pense que c'est essayer de trouver les trucs qui font que le message ne va pas passer et de travailler en fonction, en ciblant là où

sont les problèmes PM1. J'en sais rien, si c'est un qui a des troubles cognitifs ou un autre, c'est parce qu'il est occupé et qu'il bosse comme un malade, ou un type qui est dans le déni de sa maladie, c'est quelque chose qu'il accepte pas, je pense qu'il y a plusieurs axes...

C : « Il faut trouver des moyens adaptés à chaque patient pour que ça puisse passer »PM1

V : « C'est peut être théorique mais... »

C : « C'est plus utopiste que théorique... »PM3

Rires...

M : « Vous avez l'impression que c'est utopiste ce que vient de dire V »

C : « Non, moi j'étais partie beaucoup plus pessimiste sur le fait que des fois ça ne passera pas, alors que non, faut jamais baisser les bras mais... »PM1

V : « Des fois quand ça ne passe pas, ça ne passe pas, il y a des diabétiques, ce n'est pas possible »PP2

C : « Mais voilà, ça me rappelle des pistes »

M : « Et ça vous paraît difficile »

C : « Il y a certaines situations où c'est très difficile. »PM3

M : « Par exemple. »

C : « Par exemple, un asthmatique qui fume 15 cigarettes par jour et qui décompense son asthme tout le temps mais qui ne veut absolument pas arrêter de fumer, parce que, voilà, il a une vie assez difficile, il a des soucis de boulot. Enfin, voilà, des situations comme ça, où la cause, elle est trouvée, mais il ne veut absolument pas arrêter de fumer. »PP2

X : « Le sevrage tabagique, je pense que c'est une situation qui est vraiment difficile, des patients qui ont fumé pendant 30 ans à qui on dit qu'il faut vraiment s'arrêter soit parce qu'ils ont un cancer ou qu'ils sont asthmatiques ou BPCO, c'est très difficile PM3. Nous, en pneumologie, la moitié des patients qui sont asthmatiques ou BPCO fument encore et on sait qu'il y a vraiment un manque, pas d'éducation parce que l'éducation, elle doit être faite, mais pas suffisamment bien faite ou pas suffisamment répétée. »PM3

C : « Après, ça ne dispense pas de l'éducation sur la pathologie. Le tabac, ça fait un peu se casser la figure à tout ce qu'on fait derrière, parce qu'on aura beau mettre tous les traitements que l'on veut, s'il continue de fumer, il continuera de faire son asthme, ses BPCO avec des exacerbations, même s'il a bien compris, même s'il prend bien tous ses traitements, ça c'est une situation difficile. »PP2

M : « Le sevrage tabagique, c'est une situation difficile... »

C : « On peut le dire et même le dire plusieurs fois, mais entre le dire et que le patient le fasse vraiment... »PP2

M : « Le dire... Allez-y, dites moi comment ça se passe, j'en reviens toujours à dites moi comment ça se passe, mais c'est pour tout le monde. »

V : « Pour le sevrage tabagique ? »

M : « Bah là, X. est en pneumo, donc il semblerait qu'elle y soit confrontée. »

X : « Je n'ai pas assisté au médecin qui... En fait, c'est comme si du coup, c'était peine perdue... »PM2 PM3

V : « Oui, je suis d'accord avec toi, dans tous les services qu'on a fait, en externat, j'ai jamais vu un médecin qui ce soit arrêté... »PM2

C : « J'en ai vu, enfin on en parle, après, il faut informer, il faut lui dire que le premier traitement de sa pathologie, c'est l'arrêt du tabac PM2, ça après, il va oublier PP2, mais après, lui proposer tout ce qu'on peut pour l'aider à arrêter et de toutes façons s'il reste tabagique, c'est comme pour l'alcool, ça part du patient PP2. A nous de mettre à la disposition du patient tous les moyens qu'on a et peut être ciblé celui qui lui correspond le mieux et le conseiller PM1, mais après, ce sera à lui de prendre sa décision et de toute façon, on ne pourra pas prendre la décision pour lui, c'est vraiment personnel, ça doit partir du patient PP3, mais il faut qu'il ait tous les moyens à sa disposition au moins. »

G : « Et toi, tu penses que ce n'est pas le cas dans les services ? »

C : « Bah moi, en cardio, c'est pareil, les facteurs de risque cardio-vasculaire, le tabac, on ne parle pas énormément de ces choses là, c'est hyper rare en fait... »PM2

V : « On ne voit pas de médecin s'asseoir au bord du lit et dire « on va discuter un peu du tabac... » »PM2

G : « Non, non, mais je demandais juste... »

Rires...

C : « Par contre, tu as des consultations exprès pour le sevrage, ils en font des consultations pour sevrage PM1, par contre, j'ai jamais assisté à ces consultations mais en visite, ils n'en parlent pas, tous les patients sont sous patch de nicotine mais il y en a qui fument encore. »PP2

G : « Je pense que ce sont des sujets à aborder plus en consultation en effet et pas dans le service et c'est pour ça que nous externes ou en tant qu'internes... donc j'espère que c'est des sujets abordés en consultation.O5

Bruit d'ambulance donc on fait répéter...

A : « Oui, ce que je disais, c'est sur que quand le patient est hospitalisé, on fait juste la visite, tout ça, ce n'est pas facile d'aborder ce genre de sujet O5. Mais en consultation, quand on est face à face avec le patient, c'est vraiment à ce moment là, qu'on peut aborder ce genre de choses F1. Je pense à quelque chose de vraiment important, comme je disais tout à l'heure, c'est d'arriver à cibler le patient, parce que chaque patient est différent et on peut, si on connaît les choses à dire pour le sevrage tabagique, ou quoi que ce soit, penser que tel message ne passera pas chez ce patient là,

parce que, lui, si on lui dit qu'il aura un cancer dans 10 ans s'il continue comme ça, ça ne lui parle pas, alors que jouer sur d'autres tableaux, ça pourra davantage le toucher. »CR3

M : « Concrètement, concrètement, des exemples... »

A : « On peut imaginer, je sais pas, un patient qui aurait une situation un peu précaire, lui dire que l'avantage des économies d'arrêter de fumer, ça lui parlera plus que dans 10 ans, il aura un cancer CR3 ou... et je pense que c'est ça qui est vraiment difficile PM3, d'arriver à prendre le temps de cibler le patient, de comprendre toutes ses caractéristiques, qui font qu'il ne veut pas, qu'il est en rupture de soin, qu'il n'accepte pas sa maladie, pour arriver à cibler vraiment et à dire des choses qui le toucheront, parce que si on met le même discours pour chaque patient, il y en aura peut-être un sur lequel ça marchera mais la plupart, ça ne marchera pas parce qu'il aura pas su trouver quelque chose qui est important pour lui et qui lui conviendra. »CR7

V : « Après, c'est très dur, parce que à notre niveau, il y a, je sais pas, un manque d'expérience AQ5, de cibler les différents types de patients, par rapport à l'éventuelle mise en place d'un traitement ou moyen de prévention, et d'avoir des réponses adaptées à son type de patient. Moi par exemple, j'ai un truc à l'œsophage, on me dit qu'il faut que j'arrête de fumer, que j'arrête de boire, je n'arrête pas de fumer et je continue à prendre des apéros et je sais pas comment, concrètement, on pourrait me dire de ... »

M : « D'accord, J. vous ne vous êtes pas encore exprimée là-dessus. »

J : « Je pense qu'il y a une question de moment aussi T3. Dans mon stage par exemple, en post-partum, il y a pleins de trucs, c'est pas le moment et du coup, c'est difficile O1, parce qu'après, elles repartent un peu dans la nature en dehors de l'hôpital et pour rattraper le coup, c'est difficile. Par exemple, pour revenir sur la contraception, il y a beaucoup d'IVG en post-partum et c'est vraiment une situation que je trouve extrêmement délicate et c'est vraiment dommage, ça aurait pu être évité... »

M : « Même chose que pour les autres, concrètement comment ? »

J : « concrètement comment, pas en parler juste le jour où elles sortent au moment de leur donner toutes les ordonnances et en leur disant au fait, vous avez prévu quoi ? je vous mets ça et puis à bientôt ! En parler déjà avant, je pense, l'accouchement, en parler, tous les jours après et voilà, de discuter un peu de ce qui est le mieux pour elles, lui redire que le point sera refait après, à la visite post-natale, des choses comme ça PM1 ... Après, il y a des moments qui sont plus ou moins propices, c'est ce que vous disiez vous aux urgences, il y a des fois, c'est pas le moment. »O1

M : « Alors, vous avez plus évoqué des situations qui vous paraissent difficiles dans votre pratique, est-ce qu'il y a des situations qui vous paraissent au contraire, plutôt facile ?... Silence consterné à ma question !!! »

Rires...

C : « Je pense qu'il faut jamais partir en se disant, c'est facile, enfin, ça peut l'être, mais faut pas se dire, bon bah ça y est, c'est acquis... »CR7

M : « Non, non, je vous parle de situations plus faciles à gérer pour vous. »

J : « Bah il y en a, quand ce sont des gens de niveau socio-culturel et de compréhension assez élevé et qui sont déjà un peu informé sur la question, c'est plus facile que d'autres. »F1

C : « et il y a des situations qui sont beaucoup plus faciles, c'est quand les gens ont des infections ou des choses comme ça et qu'on met des antibiotiques, les gens sont toujours observants, je trouve, sur la prise d'antibiotiques, là, c'est pour guérir une infection, on est d'accord, ça ils comprennent bien. C'est des choses qui passent bien. »F2

M : « D'accord mais là on est plutôt dans le traitement, là, enfin je ne sais pas, plutôt que dans la prévention ou éducation ou dépistage. »

C : « Après des situations que l'on vit, c'est des maladies familiales, quand le patient a vu quelqu'un de sa famille qui a eu une maladie chronique, il peut voir ce que ça donne, il a ressenti ce que ça avait fait pour sa mère ou autre, et du coup il connaît la pathologie, il connaît les risques et du coup, c'est peut-être quelqu'un qui va être plus observant et plus compliant sur tout ça, pour pas reproduire ce qu'il a vu chez quelqu'un de sa famille. »F2

M : « Du genre ? je suis embêtante... »

C : « Oh bah oui, là, je ne sais pas... »

Rires

C : « Non mais un diabétique qui a sa mère qui a plus de pied, ou j'en sais rien, enfin quelque chose comme ça, si on lui dit qu'il faut bien traiter le diabète pour pas lui couper les pieds, peut-être que ça va le motiver un peu plus et que du coup ce sera un peu plus simple comme situation, une éducation un peu plus simple. »F2

M : « Alors ça, c'est quelque chose que vous imaginez, à laquelle vous n'avez pas été confrontée jusqu'à présent ? »

C : « Non ! »

M : « C'est une question, c'est tout, c'est pas du tout...c'est pour qu'on précise bien les choses. »

G : « enfin là, c'est un peu de l'éducation par la menace... »PM3

C : « Mais non, ce n'est pas de la menace, parce qu'il l'a vu. Moi, je ne vais pas lui dire, sinon ça va être comme pour votre mère, on va vous enlever les pieds, c'est lui qui va se dire tout seul, il va se dire ; « ma maman était diabétique, on lui a coupé les pieds à cause de ça. »

G : « là encore, je pense que ça dépend du patient, on ne peut pas encore vraiment le dire, il y a des patients chez qui ça peut ne pas marcher, il faut faire attention PP4... bruit d'ambulance

M : « Je reprends juste par rapport au bruit de l'ambulance, ce que vous venez de dire, c'est que entre ce que vous avez appris pour les questions d'internat, « voilà comment il faut faire » et en pratique quand vous vous retrouvez face au patient, c'est plus... »

G : « J'ai pas d'exemple précis, mais par exemple, si par rapport à mon cours, je sais qu'il y a 5 points à aborder, un peu théorique, j'imagine que je peux en aborder peut-être un ou deux en fonction du

moment et du patient et de la compréhension. C'est bien d'avoir pleins de choses en tête pour aborder petit à petit chaque point PM2. Par exemple, à l'internat, dans un dossier, dès que le mot tabac était prononcé, on mettait prise en charge du tabac, ça prenait une seconde à écrire, mais en pratique AQ2, à faire, on en a parlé tout à l'heure, ça peut prendre des années... »T2

V : « Pour moi, c'est quand les gens sont cortiqués F1, pour moi, je suis en gériatrie, j'en ai fait plein cet été et dans la gériatrie, ça va vraiment être le truc qui va faire que c'est plus simple ou pas. C'est si les gens n'ont pas de troubles cognitifs et après, ce que je trouve pas mal aussi, ce que je trouve plus facile, c'est quand c'est très protocolisé, je pense aux dames qui se sont fait une fracture, on sait qu'on va leur donner des conseils diététiques sur les apports calciques, alors on a des feuilles toutes prêtes, des trucs, des petits calculs, ça je trouve que c'est pas mal, ça marche bien. On a la vitamine D, on leur explique bien, je trouve que c'est pareil, on va recharger de tant, après on va faire un contrôle, après machin. . . quand c'est très protocolisé, c'est plus fastoche que le tabac... ouais, ça, ça marche bien je trouve. »F3

M : « Et quand vous me dites, aux ECN, faut penser aux FDRCV, prendre en charge le sevrage tabagique, vous avez eu des cours sur prendre en charge le sevrage tabagique dans le deuxième cycle, moi, je ne sais pas, je vous demande. »

C : « En pneumologie, on a peut-être eu des cours, mais c'était rapide. »AQ2

A : « En psy... »

Brouhaha des participants pour essayer de se rappeler

X : « On sait qu'il y a le test de Fagerström, des trucs comme ça où on évalue un petit peu AQ2, maintenant après, c'est vrai que, concrètement, on ne se rend pas compte, parce que c'est de l'expérience, c'est parler avec les gens.AQ5

M : « Et dans vos stage d'externe, vous ne vous rappelez pas d'expérience qui vous ont été marquantes ? pour l'apprentissage de cette compétence ? compétence dépistage, prévention, éducation en santé... »

V : « Moi je me souviens, pour l'éducation, c'était en gériatrie, à Bellier, pour les AVK, je repense à ça, c'était Dr C. qui s'asseyait tous les matins, je revois très bien la patiente, et il lui posait pleins de colles comme ça. « tous les combien, il faut faire la prise de sang » « l'INR doit être entre... », clac, clac, tous les matins, il faisait ça. »AQ1

M : « Elle avait des troubles cognitifs ? »

V : « Léger, mais ça allait, c'était un jeu. »

C : « Ca, c'est pareil, c'est avec certains patients... »CR3

V : « Elle rigolait, ça passait bien... »

M : « C, vous disiez ? »

C : « Non, je disais, ça dépend du patient aussi, parce que certains patients, on leur fait ça, il vont dire, « vous me prenez pour un con ou quoi » »PP2

V : « Non, non, bien sûr, mais elle, ça la faisait marrer, c'était le rituel. »

C : « Moi je l'ai fait aussi... »

M : « Vous l'avez fait aussi ? »

C : « Oui, je l'ai fait avec un patient. Mais je ne le fais pas avec tous, on s'adapte à qui on a en face de soi. »CR3

M : « Et comment ça s'était passé avec ce patient ? »

C : « Bah, c'était avant-hier, c'est pas vieux, c'est un patient où j'avais mis sur l'ordonnance la prise de sang qui n'était pas le bon jour en fait. Et je lui dis, la prise de sang, elle doit être faite quand, « 3 jours après la prise la plus forte », je lui fais, c'est quand ?, et du coup, c'est lui qui m'a dit, je dois faire ma prise de sang mardi, et puis il me dit, c'est moi qui lui ai dit, enfin je ne sais plus, enfin voilà... »PM2

M : « Il m'a dit, je lui ai dit, il m'a dit, je lui ai dit... »

C : « Non, non, mais je lui ai dit, vous prenez quand votre prise la plus forte, -bah jeudi-, donc la prise de sang c'est quand ?, -vendredi-, et je lui fait et si c'est au-dessus de trois ?, -j'arrête et puis je reprends...-, c'est comme ça que ça s'est passé. »

M : « D'accord, ok, J. »

J : « moi c'était en diabéto, par exemple en stage d'externe, les gens étaient vraiment... on va faire des exercices sur le calcul des doses d'insuline, on contrôle la glycémie, qu'ils connaissent exactement quels étaient les objectifs de LDL, d'HbA1C, etc... »PM2

M : « D'accord, des petits tests... »

J : « Oui, c'est ça, des petits exercices... »

M : « Interrogations écrites, c'est ça ? »

Rires

M : « D'après ce que vous décrivez, ça ressemble à ça, alors avec de l'humour, pas d'humour »

C : « Enfin, si, c'était avec de l'humour aussi »CR7

M : « D'accord »

V : « Enfin, comme tu dis, ça dépend des patients, si c'est pas un drôle, tu tentes pas ça, tu fais un truc... »

C : « Plus carré »CR3

M : « Et est-ce que vous avez repéré des situations, là, vous parlez de situations en tant qu'externes où vous avez un petit peu commencé à aborder cette question là, et est-ce que vous vous rappelez de situation où vous aviez l'impression que c'était un obstacle complet à votre progression dans l'apprentissage de cette compétence, est-ce que vous avez des souvenirs de

situations où du coup vous vous êtes senti complètement bloqué parce qu'on vous disait, on pourrait faire comme ci, comme ça, ça à l'air intéressant, donc ça, c'est plutôt des situations qui vous aident à progresser, et puis des situations où vous vous êtes plutôt dit, oh là là, c'est même pas la peine d'essayer, ..., ou ça sert à rien de toutes façons, de faire de la prévention, du dépistage, ou des choses comme ça, est-ce que vous avez souvenir d'expérience de ce type là ? »

Silence complet pendant 15 secondes

M : « Apparemment non! Apparemment, ça vous dit rien, d'accord. Donc on arrive à la troisième grande question, je ne vous ai pas dit quand on est passé sur la deuxième, c'est vous qui y êtes passé tout seul... »

C : « C'était quoi la deuxième question ? »

M : « La deuxième, c'était au-delà de ces définitions, les avez-vous intégré à votre pratique ? et comme vous avez démarré tout seul sur le sujet, voilà. Et donc en fait la question, c'est, alors là, pour vous, à quoi ça sert, enfin non, pas à quoi ça sert, pardon, à quoi sert le médecin dans l'éducation du patient, dans la prévention, dans le dépistage. »

X : « Moi, je pense que le médecin traitant, il a un rôle principal CP1, par rapport au médecin en hospitalisation, comme on en parlait tout à l'heure, en hospitalisation, on voit pas vraiment les médecins prendre du temps au cours des visites pour que ce soit éduquer, faire de la prévention O5, on est souvent en train de dire, -de toutes façons, on va vérifier pour son INR, mais c'est le médecin traitant qui verra et qui reverra ça avec lui en fonction de l'INR, si-..., en fait, c'est vrai qu'on laisse beaucoup de choses au médecin traitant, en se disant, le médecin traitant prendra le temps, aura le temps, il connaît son patient, donc c'est à lui de faire ça. Et c'est vrai que je m'imagine que quand je serai médecin traitant, ce sera une part importante de mon exercice, prendre du temps pour les patients, se poser, les éduquer. »PM1

V : « Je suis d'accord avec toi, je pense qu'il a une part hyper importante CP1 et que des fois en hospitalier, je pense qu'on ne s'en rend pas compte. Là, je repense à notre service, on essaie d'arrêter vachement les BZD et les hypnotiques chez les gens et ma chef me fait, de toutes façons, on va les arrêter, mais ce sera remis le mois prochain par le médecin traitant. Et je pense que dans un service, on ne se rend pas vraiment compte de la difficulté du médecin traitant en ayant un quart d'heure de consultation, le patient arrive, j'arrive pas à dormir et clac, on repart sur... je trouve qu'on ne se rend pas assez compte de ça. »T1

A : « Même aux urgences, souvent, on se dit, que de toutes façons, ça, ce sera revu par le médecin traitant, retournez voir votre médecin traitant, il vous expliquera comment faire... »O5

Brouhaha général

A : « C'est vrai que dans les services, c'est un peu la facilité. »

V : « Le rôle du médecin traitant, c'est important, mais je pense que c'est très difficile PM3, parce que tu n'as pas beaucoup de temps, on se dit là c'est cool, on a pu le sevrer un peu, etc, mais on a passé vachement de temps, on a pu discuter... »T1

A : « Le patient était là pendant des semaines... »

V : « Ca c'est quelque chose à laquelle, on est absolument pas du tout confronté encore. »PM3

C : « On se rend compte que c'est du boulot, parce que quand j'ai 4 sorties et que j'ai tout mes INR, avec les résultats adressés au medecin traitant, ça fait de la gestion d'INR plus tard... »

Rires

A : « Je me disais que le médecin traitant, vu qu'il suit les patients sur le long terme par rapport au spécialiste T2, il y a une relation de confiance qui va s'installer aussi et du coup les messages vont passer peut-être plus facilement CR7, c'est vraiment le médecin traitant qui au niveau de la prévention, a un rôle très important, de par sa position CP1 de suivi sur le long terme T2, on peut espérer qu'au niveau des gens, il y ait quand même une certaine confiance qui s'installe. C'est pas la même chose que le spécialiste qui voit quelqu'un tous les 2 ans. Le médecin, ce qu'il dit en connaissant bien la personne, je pense qu'il y aura peut-être plus d'efficacité dans le message. »

V : « Ca demande du temps. »T2

G : « Et surtout que le patient suive le médecin traitant, entre les patients qui changent de ville, ou qui changent de médecin traitant parce qu'ils sont pas contents, ou c'est le remplaçant parce qu'il est en vacances. Enfin, je ne sais pas si en pratique, un médecin traitant peut se vanter d'avoir une grande partie de sa clientèle sur le long cours. »

Brouhaha général de protestation

A : « Je crois qu'en pratique au contraire, les patients sont très attachés à leur médecin traitant. »PM1

G : « Je pense que c'est valable sur la tranche des plus petits, parce que c'est les parents qui emmènent ou chez les plus vieux qui ont des pathologies chroniques... »

Brouhaha général à nouveau

M : « Et à votre avis, il faut avoir quoi comme compétence quand on est médecin. »

V : « Médecin en cabinet ? »

M : « Comme médecin, pour faire de la prévention, du dépistage et... »

J : « Il faut avoir une bonne connaissance de la pathologie pour expliquer aux patients quelles sont les enjeux de l'avenir, quels sont les risques qu'ils encourrent si jamais, ils ne le font pas, il faut aussi expliquer pourquoi on fait ça, pourquoi on surveille tel paramètre. »CR5

A : « Faut savoir communiquer et se faire comprendre. »CR7

M : « Se faire comprendre... »

A : « Adapter son discours, enfin, il y en a qui sont exigeants, on sent bien qu'ils ont osé aller sur internet avant, du coup, on va pouvoir peut-être aller plus loin dans l'explication, on sent qu'ils ont besoin de comprendre ce qu'il se passe, et d'autres, non, ils veulent juste qu'on dise simplement les choses. Je pense que c'est cerner et adapter son langage en fonction du patient. »CR3

G : « Je pense que ce qui est presque le plus important, c'est d'être à l'écoute et super disponible CR7. C'est ce qu'on disait tout à l'heure pour le tabac, c'est facile d'en parler mais que le plus important, c'est que ça vienne du patient PP3, faut que le patient sente, qu'il peut parler de ses problèmes, s'il sent chaque fois le médecin traitant un peu rapide, à vouloir passer au suivant, il aura peut être l'impression qu'il n'est pas aussi disponible, à l'écoute. Le patient ira peut être plus facilement aborder d'autres sujets, c'est là qu'il devient remplaçant. Si c'est juste pour dire, ok, on en parle rapidement, mais le patient, je ne pense pas qu'il va se lâcher à ce moment là. Faut que ce soit au patient d'aborder le sujet, enfin ce serait l'idéal... »PP3

M : « d'accord, vous pensez à d'autres compétences, vous avez parlé de bonnes connaissances, bonne communication, bonne écoute... »

J : « D'être constant aussi, ça je pense que c'est le problème des gens qui sont suivis par plusieurs personnes, qui n'ont pas toujours le même discours ou la même opinion sur le même sujet, donc d'être assez constant dans ce qu'on dit. »CR7

M : « Je ne comprends pas...il peut y avoir plusieurs discours, ça veut dire que vous pensez que certains malades peuvent rencontrer des médecins qui leur conseillent de fumer (*rires*), que certaines jeunes filles, on leur conseille de faire des IVG, enfin expliquez moi ! »

J : « Non pas ça, mais qu'on n'ait pas forcément la même approche, ou le même discours sur ce qu'on leur dit, par exemple sur la contraception, des choses hallucinantes sur des jeunes filles à qui on a dit telle ou telle chose sur telle méthode de contraception. »

M : « Précisez. »

J : « Elles ont été voir leur médecin traitant qui leur a dit que la pilule à 15 ans, c'était hors de question, parce que, elles allaient grossir et que c'était pas la peine d'en parler, enfin voilà, des trucs comme ça et donc après, il faut reprendre et essayer de leur expliquer des choses. »PM2

M : « D'accord, donc à votre avis, est-ce que c'est la constance du discours du médecin qui est en jeu là, ou la substance du discours du médecin ?...Vous me parlez de médecins qui disent... »

J : « Non, c'est elles qui disent, enfin, c'est toujours le même médecin, la question se pose pas vraiment. »

M : « Donc ce qu'il dit est très constant, il dit toujours que... »

J : « oui euh à priori oui »

M : « Bon, alors expliquez moi mieux. »

J : « Après je ne sais pas, peut-être avec la famille, je ne sais pas de... »

M : « Non, allez au bout de votre histoire là. »

J : « enfin heu... »

M : « Qu'est-ce qui se passe quand ce médecin dit à une jeune fille de 15 ans, qu'il vaut pas lui donner la pilule, pour..., parce que ça va la faire grossir ! Q'est-ce qui se passe exactement dans le cadre de cette consultation ?...silence... Que fait le médecin ? »

J : « Je pense qu'il a certains à priori ou certaines les choses...

M : « Et ?... »

J : « Et que la patiente quand quelqu'un d'autre va lui dire autre chose, elle va se sentir peut être un petit peu perdue sur la question... »

M : «Donc quand elle vient vous voir, vous dites la même chose que son médecin traitant... »

J : « Non justement, non mais du coup, c'est pas forcément évident de ... Alors, c'est pas forcément pour prouver que c'est nous qui avons raison, je pense que pour elle, il peut y avoir une perte de confiance dans le corps médical, s'il y a différences de discours entre les différents intervenants. Mais c'est sûr que pour un seul médecin, la question se pose pas vraiment. »

M : « Non, c'est sûr que si le même médecin dit à toutes ses patientes de 15 ans qu'il faut pas qu'elles prennent la pilule, dans une constance absolue, il dit quoi à celle de 25 ? »

J : « Non, mais je ne sais pas... »

M : « Vous ne savez pas, j'essaie que vous m'expliquiez bien, parce que vous me dites, il faut que le discours soit constant, d'accord, donc quelque part, ce que vous me dites, c'est que ce médecin là à raison, s'il a toujours le même discours constant avec ses patientes, à qui il dit qu'elles ne peuvent pas prendre la pilule à 15 ans. Patientes, que vous, vous revoyez au centre d'IVG, pour une interruption de grossesse parce qu'elle n'avait pas de pilule, c'est bien la situation que vous m'avez décrit ? *hochement de tête de J.*, Donc, si fallait être constant, soit vous me dites, le médecin a raison d'être tout le temps constant dans ce qu'il dit et dans ce cas là, il faudrait que vous soyez dans la même constance, que le discours, soit pas opposé et que vous disiez à la jeune fille, il a tout à fait raison, faut pas prendre la pilule et je vous attends pour votre prochaine IVG. »

J : « Non, c'est pas qu'un même médecin doit être constant, c'est que les patients aient toujours le même discours en matière d'éducation en fonction des différents intervenants. »

M : « Oui, mais ce dont vous me parlez, ce n'est pas simplement une différence de discours, ..., mais ça n'a l'air clair pour personne ce que je dis. Vous me parlez d'un médecin qui fait passer ses croyances, ses convictions et ses opinions devant l'intérêt de sa patiente. C'est de ça que vous me parlez ! »

J : « Peut-être pas à ce point là non plus, mais... »

M : « C'est de ça dont vous me parlez ! »

J : « Oui mais moi c'est mon opinion, je pense qu'on a toujours aussi forcément ses opinions...

M : « Alors quelle est votre opinion ? »

J : « Moi, je pense qu'il aurait pas du lui dire ça, mais, on a toujours des opinions sur les choses. »

M : « Alors, on a des opinions sur les choses, d'accord, et donc quelle part doit avoir votre opinion dans la prise en charge d'une patiente ? »

J : « Je pense de toujours faire dans son intérêt à elle. C'est pas forcément évident PM2 , voilà. »

V : « Etre neutre CR7, moi, j'ai déjà aussi été confronté à ça selon les médecins, chez le prat quand j'y suis passé en D4, et c'est vrai que c'est un peu délicat, de montrer ses convictions personnelles, après, je pense que c'est quelque chose que le médecin traitant n'a presque pas le droit de faire, je pense qu'il faut être neutre quoi qu'il arrive CR7. Je ne sais pas si c'est clair ce que je dis. C'est ce que j'ai ressenti. »

M : « Donc, quelles sont les recommandations sur la contraception chez une jeune fille de 15 ans ? »

J : « C'est la contraception oestro-progestative en première intention... »

M : « Donc, est-ce que la contraception oestro-progestative est interdite à la jeune fille de 15 ans ? Est-ce que vous avez un référentiel sur lequel vous appuyez ? »

J : « Pour prescrire une pilule ? »

M : « Non, un référentiel qui vous dit que vous avez le droit de prescrire la pilule à une jeune fille de 15 ans ?... acquiescement général... Donc ce n'est pas votre opinion qui rentre en jeu là ! »

J : « Non... » *incertain,*

M : « Ca ne vous paraît pas clair. Quand vous proposez une contraception à une jeune fille de 15 ans, c'est pas votre opinion qui l'emporte dans l'histoire, c'est parce que vous vous appuyez sur des recommandations qui sont validées, qui sont... »

J : « Oui, mais le fait de ne pas le faire à l'inverse, s'appuie aussi sur une certaine conviction. »

M : « Là, je ne vous parle pas de conviction, bon, on s'éloigne du sujet, rires . Hop, on s'arrête. Mais on n'est pas si loin du sujet de l'éducation, puisqu'en fait, ce que vous disiez, quelque part, c'est, on parlait de la conviction du médecin, du coup, vous avez parlé de sa neutralité, on était sur les compétences du médecin, donc, face à cette conviction, vous avez parlé de neutralité. »

G : « J'ai juste dis ça, parce que pour moi c'était un peu la même chose. »

V : « Oui, mais finalement, il va jusqu'où le médecin la dedans, parce que je sais qu'il y a des pédiatres qui sont pas, enfin, il y en a un à Nantes qui n'est pas pour la vaccination. Enfin, il a droit ? C'est une question. »R1

M : « Dont on discutera peut-être après. Enfin, on est un peu dans le même registre, c'est les opinions prévalents sur... »

V : « Non, non, mais c'est un autre sujet. »

M : « Mais quand on fait de l'éducation, prévention, vous l'avez dit, vous avez dit souvent, est-ce que vous avez employé ce mot ? On l'informe, on lui dit. Donc la question, c'est qu'est-ce qu'on lui dit ?... quand on l'informe, on est vraiment là dedans. Donc, là, vous êtes reparti sur le fait que

pour lui dire, il faut des connaissances sur le sujet, il faut savoir communiquer avec son patient, faut savoir l'écouter. Et ce que vous posez, c'est... »

V : « Non, mais ça n'avait rien à voir avec le sujet. »

M : « Mais la vaccination, c'est dans la prévention. »

V : « Oui, c'est de la prévention. »

...

G : «Moi, je trouve que dans l'éducation, le support papier... après, je sais pas en pratique si ça marche bien à domicile, mais je trouve ça vraiment bien, enfin, ça rassure toujours. En médecine générale, je ne sais exactement comment ça se passe, mais, je trouve qu'aux urgences, typiquement, le malade qui a un plâtre, le fait de le faire partir avec une petite feuille de « surveillance du malade sous plâtre »... »F3

Brouhaha d'acquiescement sur le fait que les patients sont rassurés

V : « Moi, je serais patient, je trouverai ça pas mal. »

G : « Mais après, il faut que ce soit des patients capables de bien percuter et comprendre PP4. En tous cas, je ne sais pas si ça se fait beaucoup en médecine générale, si on peut avoir un type de logiciel, avec chaque type de prévention. Je dis pas être systématique et le donner sans en parler, mais avoir le support papier et en parler en même temps, ça peut être intéressant. »F3

V : « C'est vrai que quand on était externe, on en discutait et tout le monde le trouvait. Quand on était en consultation et qu'il y avait un chirurgien ou un spécialiste qui expliquait avec un dessin ou papier, je trouvais ça vachement bien, c'était un critère...de... »F3

G : « Ca garde une trace. »

V : « Et je trouve que pour en revenir au médecin qui a un rôle important en prévention, éducation. CR6 Je pense qu'il doit être rassurant CR7 et il doit synthétiser toutes les informations que les gens ont de partout, internet, de la télé, du kiné, de la voisine, etc. Il doit avoir ce rôle justement de synthèse et il doit, de par son caractère, je ne sais pas, ou la relation de confiance qu'il a établit avec son patient, mais il doit avoir un rôle CP2, en quelques sortes, enfin, il doit avoir la connaissance CR7. Ca doit être... Le référent, voilà ! (soufflé par G) Il synthétise tout ça et pour qu'une relation se passe bien entre soignant, entre le médecin et son patient, il faut qu'il y ait une vraie relation de confiance et pour ça, je pense que ça doit être quelqu'un de très rassurant. Voilà ! »PM1

M : « Compétence ; être rassurant ! »

V : « Après, il y a sûrement différent moyen, après, je pense qu'un compliment qu'on pourrait me faire, c'est ça, « docteur, vous me rassurez, ça, je serais content ». »CR7

C : « C'est vrai qu'il faut toujours rassurer... »

V : « Non, mais c'est vrai, moi, j'ai changé de médecin un jour parce qu'il me donnait un traitement et il me disait « ouais, vous pouvez le prendre de tant de temps, si vous voulez » (*ton désabusé*), et bien non, ça ne me va pas. »AQ1

C : « Faut que ce soit clair ! »

V : « Je ne le trouvais pas rassurant, j'étais pas sûr qu'il maîtrisait son truc, en tous cas, moi, il ne m'allait pas AQ1. Voilà, je pense que chacun...Je pense que c'est ça la principale vertu ! »

M : « Vertu, compétence... »

Rires

V : « Enfin, qualité ! »

M : « Ok ! Et la place du patient ? A votre avis, la place du patient dans la prévention, l'éducation, le dépistage ? »

C : « Elle est centrale, parce que tout est centré sur lui ! Il est acteur de ce qu'il paye... »PP3

A : « Il faut qu'on lui donne aussi l'impression, enfin, cela peut n'être qu'une impression justement, qu'il a un véritable rôle à jouer dans sa santé PP3, que ce n'est pas que... Enfin, c'est plus le côté où justement, parce que la dérive avec tout ce qu'on dit, c'est un peu le côté, le médecin a la connaissance, il va dire au patient ce qui est bon pour lui, et le patient aura juste à dire amen, et après... »PM1

V : « Ouais, mais c'est important ! » (*ton péremptoire*)

A : « C'est important, mais faut aussi ne pas être du côté paternaliste (protestation de V), non, mais c'est ce que je dis, c'est de la dérive. Je sais très bien que ce n'est pas ce que l'on pense, et que c'est un peu la dérive dans laquelle on peut tomber et dans laquelle, il ne faut pas tomber PM1, il faut que malgré tout ça... Et c'est ça qui n'est pas facile PM3, il faut jouer sur les 2 tableaux où effectivement, on a la connaissance, on donne des conseils, etc, mais il faut aussi que l'on fasse sentir au patient que c'est lui qui va décider de ce qui est bien pour lui et je trouve que c'est ça qui n'est pas facile à faire. Trouver le juste milieu entre, justement le côté rassurant parce que d'un côté, on maîtrise notre truc, mais on est pas juste à dire « voilà, on est les grands connaisseurs, vous avez juste à faire et même pas à comprendre ce que vous faites ». Il faut arriver à trouver le bon compromis dans la relation. »PM1

G : « Après, c'est le médecin qui s'adapte au patient, c'est pas le patient. Donc, il faut que le médecin soit bon et puisse s'adapter à tout PM1. Et sinon le rôle du patient... finalement, le patient, il est comme il est. »PP1

A : « Même si des fois, le patient , il va changer... »PP3

V : « Non, mais, c'est ça, il faut trouver un espèce de contrat de confiance, (*rires*), on va se plaire... »

M : « J ? »

J : « C'est le placer en acteur central et qu'il soit indépendant du médecin, qu'il connaisse suffisamment sa maladie et ses traitements et les choses à surveiller, pour pouvoir se gérer tout seul. »PP3

X : « Moi, je pense que le patient doit faire suffisamment confiance à son médecin pour pouvoir suivre son traitement, tout ça. Mais après, il peut rester aussi critique, et il ne faut pas que le médecin soit fermé si le patient lui pose par exemple des questions. Il faut laisser quand même libre cours au patient et je pense que c'est quand même important que le patient pose des questions, s'intéresse et reste critique par rapport à ce que le médecin fait. Je trouve ça important, c'est ça aussi qui anime la discussion entre les deux. Savoir que si le patient pose des questions, le médecin lui répond bien, c'est quelque chose d'important pour l'échange. »PP3

G : « D'autant plus maintenant, avec internet et tout, si jamais le médecin ne le fait pas, le patient le fera par ses propres moyens, c'est vraiment une qualité PP3. Tout ce qu'on dit sur la prévention et l'éducation, ça marche que si, c'est un peu le même médecin qui va suivre le même patient sur au moins quelques années. Si le patient décroche, après, c'est fini. Il faut tout recommencer à zéro. »T2

M : « C'est ce que vous vouliez dire tout à l'heure quand vous parliez de la constance ? »

J : « Oui, je pense. »

M : « C'était ça ? »

G : « J'ai une anecdote de V. qui avait un médecin, où un patient a demandé quelque chose qui n'était pas vraiment indiqué dans ce type de pathologie là et finalement le médecin a expliqué à l'interne qui était là, qu'il se sentait obligé parfois à aller dans le sens du patient pour pouvoir garder le patient dans sa patientèle, parce qu'il savait que si jamais, de temps en temps, le médecin n'allait pas dans le sens du patient, il allait perdre une partie de sa patientèle PM2, je ne sais pas si je suis très clair ? »

V : « C'était pas moi, c'était un autre pote, mais c'est ça, oui, c'était un patient pas facile qui avait une maladie chronique, une hypothyroïdie ou quelque chose comme ça et il arrive en même temps qu'une consultation pour ses enfants dans un contexte familial assez difficile, le médecin voit les enfants et à la fin, le patient lui fait « au fait, vous me renouvellez mon ordonnance », et l'interne qui faisait la consult à côté du prat, lui dit « alors on va peut être faire un contrôle de TSH... », et l'autre : « Non, j'en ai rien à foutre, vous pouvez me prescrire une prise de sang, je m'en fout, je la ferais pas, je veux mon lévothyrox. »PP2. Là, le prat a repris la consult en main et a dit, si si, on vous donne votre ordonnance. Et après, mon copain s'était interrogé, avait interrogé le prat qui avait dit « Si je le braque, il va s'en aller et ses enfants, je les suis depuis des années et je veux continuer. ». Donc il a fait un espèce de compromis. »CR2

G : « Je voulais parler de ça dans le sens, où c'est au médecin de garder ses patients, parce que sinon, il n'y a pas de prise en charge au long cours, ce n'est pas possible. »CR2

M : « A tout prix ? »

G : « Pas forcément à tout prix, mais je ne sais pas, après, c'est l'expérience qui fait que l'on pèse le pour et le contre sur des situations CR7 qui peuvent être... »

V : « Là, de toutes les façons, ce prat disait, ce mec est un con, est un con, mais ses enfants n'ont pas à en pâtir. »PP2

G : « On en avait parlé ensemble, parce que c'est une dimension qui nous dépasse complètement et on ne pensait pas pouvoir se poser ce genre de questions un jour et ça à mon avis, c'est en cabinet que l'on se rend compte de tout ça. »PM3

M : « Ok, on va terminer sur le bouquet final, donc, j'ai déjà une toute petite idée de vos réponses, mais, c'est quelle importance vous donnez vous à l'éducation thérapeutique, la prévention, le dépistage et comment vous pensez que ça doit être intégré dans la pratique médicale ? Et pourquoi ? »

X : « Ca rejoint un peu ce qu'on a dit, le rôle du médecin traitant est très important CP1, c'est lui qui suis son patient au long cours, après, comment l'intégrer dans la pratique ?... Je pense que ça dépend des consultations, on ne fait pas de la prévention et du dépistage à chaque consultation... Je ne sais pas, c'est vrai que nous, on n'a jamais pratiqué. »PM1

C : « moi, je pense que c'est quelque chose de majeur et que c'est une des choses les plus dures à faire PM3. Traiter quelque chose en aigu, on sait le faire, mettre des antibiotiques... Là, c'est quelque chose qui est tellement sur la durée T2... il faut prévoir, on est dans notre cabinet, mais il faut voir plus loin sur chaque patient, prendre l'ensemble du patient, ses antécédents, il est à risque de mefaire quoi, faut que je dépiste ça, faut que je demande ça à un moment CR1. C'est quelque chose de très dur à faire, enfin, il faut s'y mettre et c'est quelque chose qui demande beaucoup d'énergie. Il faut le faire, c'est une part majeure de notre travail mais c'est une des parties les plus difficiles de notre travail, de notre futur métier. C'est un des plus gros chantier de notre métier PM3. » *souires des autres*

A : « Surtout que le patient, il vient, il a une demande, on répond à cette demande et après, nous, en plus, on va...au sein de la consultation, le patient vient parce qu'il a quelque chose donc on résout cette plainte et après, nous, on doit aller, lui dire, en gros, ce qu'on attend de lui, ce qu'on veut PM1, et du coup chaque consultation prend beaucoup de temps T1. Et aussi, comme je disais tout à l'heure, il y a le moment, il y a des consultations qui s'y prêtent plus que d'autres et pour des patients que l'on suit au long cours, si c'est le renouvellement d'ordonnance tous les trois mois, on va essayer quand même régulièrement de... sur des consultations quand même plus rapide... d'instaurer un temps, de se dire, de se forcer à l'aborder, parce que sinon, c'est facile de juste répondre à la plainte, de juste répondre à la demande et perdre du coup cette démarche plus active, mais aller dans l'éducation T3 ! Pour reprendre la place que ça peut apporter, ça peut éviter la survenue d'autres pathologies, c'est un peu cela qui assure le confort de vie du patient à long terme. »R1

X : « je pense que c'est travail très difficile à faire quand on est jeune médecin, parce que la plupart des patients sont nouveaux et je pense que c'est un travail très important d'avoir un patient nouveau, il faut être très perfectionniste, très rigoureux, sur, on a patient, on en sort ça, ça, ça. Faut voir un petit peu tout pour le prendre en charge globalement et en fonction de ses antécédents, de ses antécédents familiaux, de tirer plusieurs choses et en fonction, d'aller un peu plus par là, pour essayer de dépister certaines choses puisque dans la famille, il y a déjà ça. Donc, je pense que c'est un gros travail au début au cours des consultations, et après, de toutes façons, au fur et à mesure, je

pense qu'on connaît mieux le patient, on connaît aussi un petit peu ce qu'il s'est passé dans les antécédents. Donc, il faut le prendre au fur et à mesure et avec plusieurs consultations, revoir les choses qui ne vont pas T2. »

C : « Ce que je trouve dur là dedans, à part les vaccinations F2, les choses comme ça, c'est que c'est jamais un motif de consultation ; la prévention, le dépistage, l'éducation, c'est jamais le motif principal de la consultation, donc c'est à nous, à chaque fois, de répondre à la demande du patient et repartir sur de la prévention, du dépistage PM3 et donc sur la journée un peu chargée ou sur un manque de temps T1, il fait vraiment... pas se forcer parce que ça devient naturel, je pense quand on connaît bien le patient, on va vraiment penser au patient dans sa globalité quand on a toutes les données, mais au début, c'est très dur de finalement ressortir de la consultation, de reprendre tout ce travail, où on en est au niveau du dépistage de ça, la prévention de ça, l'arrêt du tabac ou quoi que ce soit au niveau de l'éducation. »PM3

G : « Moi, je ne sais pas vraiment comment ça se passe vraiment en pratique, mais si on en parle un petit peu à chaque fois, on peut se dire pourquoi pas, proposer une consultation dédiée T5... *vague de protestations...* »

C : « Je veux bien, mais c'est jamais le motif... »

G : « Non, mais si t'as un renouvellement d'ordonnance, tu dis « bon, vous revenez la semaine prochaine et on en discute ». Je ne sais pas si ça se fait des consultations dédiées à ça. Il y a peut être des cotations particulières sur un temps plus long. *Signe de tête négatif du modérateur.* Non, mais ce serait bien, d'instaurer des choses comme ça. »O3

C : « Mais, je pense que c'est nécessaire sur certaines pathologies. »

G : « Parce que c'est sûr que l'éducation, ça ne se passe pas en deux minutes, après, il y a peut être aussi des contraintes financières. Le médecin n'a pas forcément une demi-heure à accorder à chaque patient pour parler du tabac. »O3

V : « Je pense que ça doit être usant au quotidien, ça doit être nerveusement fatigant de devoir en plus, après, je n'en sais rien, c'est une supposition, on doit être assez souvent mis en échec, on pense avoir touché le truc, ça y est, il a compris, et voilà ! »PM3

C : « Mais où est passée ton utopie ! » rires

G : « Je l'ai perdue !!! »

J : « Faut en faire tout le temps, un petit peu à chaque fois. »

M : « Et quelle place vous avez envie d'y mettre dans votre pratique ?

J : « C'est primordial, ça permet d'éviter pas mal de soucis par la suite. »R1

X : « Même si ça doit être très difficile de faire ça au début parce qu'il y a beaucoup de choses, peut être qu'en se forçant au fur et à mesure en essayant de le faire à chaque fois pour chaque patient, peut être que ça devient quelque chose de naturel et j'espère que ça deviendra quelque chose d'évident de faire ça à chaque consultation. Essayer de se forcer, à faire du dépistage, de la

prévention, tout ça, que ça devienne quelque chose de naturel, au bout d'un moment, avec l'expérience. »PM3

C : « C'est vrai qu'au point où on en est, enfin, je parle pour moi, au point où j'en suis, j'ai du mal à me dire, c'est hyperspécialisé, je mets ça comme traitement, ça, donc déjà quand j'ai réussi à traiter mon monsieur qui fait son syndrome coronarien aigu, je suis contente. Donc après, quand on n'est plus dans l'urgence, on peut sortir de toute cette thérapeutique qui moi me prend beaucoup d'énergie, pour un peu plus se détacher et repartir sur la prévention et tout ça PM3. Et en plus en hospitalier, c'est complètement différent aussi, je pense qu'avec l'expérience, il y a des choses qui vont beaucoup plus vite et qui laisseront plus de temps pour le dépistage et tout ça. »O5

M : « Est-ce que l'un d'entre vous a envie de rajouter quelque chose ? »

G : « Il y a juste, je pense à ça, le fait qu'il existe des logiciels qui en fonction de l'âge du patient, il y a telle vaccination, il faut la faire à cet âge là, là, il faut faire une mammographie, elle ne l'a pas eu depuis 2 ans et c'est vrai que c'est des outils hypers utiles au médecin, si à chaque fois qu'il ouvre la page du patient, il voit la mammographie qui n'a pas été faite, ou lui, il faut lui faire un toucher rectal, je trouve que c'est des outils... »F3

C : « C'est indispensable. »

G : « Parce qu'on ne peut pas, je trouve...

Brouhaha général où tout le monde est d'accord pour dire que c'est super !

M : « Là, vous parlez d'outils de rappel de dépistage, de chose comme ça. »

G : « Parce que je pense qu'un bon médecin, ne peut pas se rappeler de tout en permanence. Penser que pour chaque patient, il faut faire telle chose, en théorie, c'est facile de savoir qu'il faut faire tel examen tous les 2 ans, en pratique... »PM3

M : « Ok ! Bon, je vous remercie, c'était très riche, c'était très riche... »

7.6 ANNEXE 6 : Verbatim intermédiaires

M : « Ma première grande question est plus une question de définition ; c'est de savoir ce que recouvrent pour vous les notions de dépistage, de prévention et d'éducation. Alors, est-ce que quelqu'un veut commencer ? »

E : « Vaste question ! »

M : « Vas-y E. »

E : « Du coup, peut être au niveau du dépistage, pour moi, cela évoque un peu des check-point à chaque âge auxquels on doit penser DEF; le frottis chez la femme, les mammos à partir d'un certain âge, le PSA, le TR... Pour moi, au premier abord, c'est des gros check points en fonction de l'âge, que l'on doit évoquer pour un patient quand ils sont au cabinet pour un motif X ou Y, mais il faut savoir l'évoquer avec lui, qu'il soit au point et qu'on soit d'accord avec lui sur où il en est. »SP1

Ma : « L'intérêt, ce serait de dépister des maladies qui ne seraient pas symptomatique encore et de dépister le plus vite possible pour qu'on puisse les traiter le plus tôt possible également R1. Après, un dépistage, c'est faire par exemple une prise de sang, c'est chercher un cancer de la prostate et on peut, oui ou non en trouver un, du coup, il faut que le patient soit aussi clair ; oui, on peut en trouver un et bien sûr, le but c'est de ne pas en trouver... »

P : « Ou de le dépister tôt, pour qu'on le prenne en charge le plus tôt possible. »R1

T : « Moi, ça m'évoque le slogan que l'on entend en ce moment à la radio ; « dépister à temps, le cancer colorectal n'est pas méchant ! » qui me fait toujours un peu sourire, parce que un cancer pas méchant, ça met du temps à entrer dans les consciences des gens, parce que quand on parle de cancer, ça évoque tout de suite une maladie grave et c'est aussi pour moi, un des freins des dépistages organisés des cancers, c'est que pour moi, c'est quelque chose qui fait peur et de faire entrer ça dans la conscience générale qu'un cancer même dépisté très tôt est pas forcément méchant ! Voilà, ça m'évoque ça. »O6

M : « Alors, tu as évoqué le dépistage organisé... »

T : « Du cancer colorectal oui. »

M : « Est-ce qu'il y a d'autre type de dépistage... »

Mar : « Dépistage de masse, dépistage individuel, donc le dépistage de masse, c'est la mammo qui est organisée et les gens reçoivent un courrier chez eux, le cancer colorectal SP2 aussi, après, il y a les dépistages plus ponctuels, par exemple, le dépistage du SIDA, où les gens viennent nous voir et disent, voilà, je voudrais faire le point sur ça et du coup, voilà et ça c'est plutôt du dépistage individuel. »PP3

E : « En fonction des facteurs de risque de chaque personne, s'il y a des antécédents familiaux, s'il y a des prises de risque, effectivement, après on adapte à chaque patient certain dépistage. »CR3

Mar : « Moi, ça me fait penser qu'en consultation, souvent on a des gens qui viennent en disant, oui, je voudrais faire la prise de sang complète et moi ça me pose toujours question de me dire, le dépistage, c'est bien la prise de sang complète, c'est pas possible à chaque fois, et qu'est-ce qu'on fait et je trouve qu'à chaque fois, on n'a pas vraiment de réponse, on fait au mieux... »PM3

AS : « C'est vrai que le dépistage, ça va forcément aussi avec l'éducation DEF, moi, je vois, il y a beaucoup de gens qui viennent pour demander un dépistage pour le VIH, soit parce qu'ils ont eu un rapport à risque, soit ils sont inquiets PP3, mais si l'éducation du coup ne va pas avec, si la prévention ne va pas avec, ça n'a pas vraiment d'intérêt de faire un dépistage R1. Et à en discuter avec les gens, souvent, il y a des gens qui ont eu des dépistages pour le VIH, par exemple pour des suivis de grossesse et dans le certificat prénuptial et il n'y a pas forcément l'éducation et la prévention qui va avec, ils disent, oui oui, je l'ai déjà eu et quand on pose des questions, ils disent, ben non, on ne m'a jamais dit ça, voilà, on me l'a fait, c'était négatif, donc on n'a pas été plus loin et c'est un peu ridicule, parce que du coup, on voit des jeunes qui en ont eu plusieurs fois des dépistages et finalement quand on leur demande pourquoi vous avez demandé des dépistages, bah parce que c'est comme ça et c'est pas des conduites à risque, donc on multiplie le dépistage et parfois c'est pas forcément adapté.PM2 Donc, dépistage oui, mais il faut aller avec la prévention, expliquer pourquoi on fait ce dépistage et ce que ça peut apporter aussi, parce que si on fait un dépistage sans... on se dit par exemple, c'est une jeune fille, il faut faire un frottis tous les trois ans, mais, si on ne dit pas qu'un frottis, c'est peut être pour dépister un cancer, bah, le jour où le résultat est positif, les gens ne sont pas forcément préparés, donc, faire du dépistage oui, mais il faut l'encadrer... »R2

Mar : « Et par rapport à ce que tu dis, moi, je trouve ça intéressant parce que justement, c'est le problème des patients qui ont une persistance des conduites à risque, notamment, là, j'ai été confronté à un jeune homme de trente ans à peu près qui avait eu un dépistage hyper complet de toutes les IST et qui revient après un traitement pour un chlamydia je crois, qui avait été découvert dans le cadre de ce bilan et il avait traité, il revient et il me dit, je pense qu'il faudrait refaire le dépistage PP2, sauf que cela avait été fait très récemment et je lui dis : « je veux bien vous refaire la prise de sang, mais il faut quand même savoir qu'on ne va pas vous refaire ça tous les 3 mois pour vous rassurer et ce qu'il faudrait, ce serait vraiment vous protéger et c'est vrai que le dépistage dans ces cas là, on ne sait pas très bien tous les combien il faut le refaire... Ce n'est pas une question simple. »PM2

Ma : « C'est vrai, dépister oui, savoir qu'est-ce qu'on dépiste et il faut que les patients aient compris que quand c'est dépister tôt, ce n'est pas méchant, mais il faut aussi s'attendre à une mauvaise nouvelle derrière. Et ça, souvent, ils font la mammographie pour ne pas avoir le cancer du sein R2 et ce n'est pas vraiment ça la démarche, c'est pour dépister éventuellement un cancer du sein et je pense qu'il faut qu'ils sachent exactement ce que l'on cherche dans les PSA... Enfin voilà, ça je ne sais pas si c'est toujours très clair. »

P : « Il faut qu'on leur explique du coup et c'est notre boulot. »CR6

Mar : « Ca me fait penser aussi justement au dépistage de la trisomie 21 dans le cadre des grossesses, c'est que très souvent, les femmes ne savent pas que si on leur trouve des taux anormaux, on leur proposera une amniocentèse. Souvent, elles le font parce qu'on ne leur a pas forcément expliqué et après, elles sont étonnées qu'on puisse leur proposer une amniocentèse et à ce moment, elles vont

demander les conséquences et les risques de l'amniocentèse etc.... et là, elles vont se dire, peut-être, je choisis de ne pas faire une amniocentèse et dans ce cas là, on se dit que cela aurait été intéressant d'en parler avant avec elle pour que le dépistage ait pas été fait, parce que cela coûte quand même assez cher, si c'est pour pas faire après l'amniocentèse. »R4

M : « Et pour vous, cette partie là, ça concerne la prévention ? Qui est couplée au dépistage ? Le fait d'expliquer. »

Ma : « Quelque part, c'est aussi de l'éducation, moi je sais que j'ai eu à faire des gardasils et des vaccins et à chaque fois, je demandais à la jeune fille si elle savait à quoi cela servait, si elle savait de quoi il s'agissait tout simplement et que de toutes façons, il faudrait quand même qu'elle fasse des frottis PM2. C'est hyper lié, la prévention, l'éducation et le dépistage et malgré tout, ce ne sont que des atouts de santé publique, ça permet de maintenir une population en bonne santé. »R1

P: « Moi, j'aurais plus mis ça en lien avec la prévention que l'éducation en santé, j'ai l'impression que l'éducation en santé, on rentre déjà sur un suivi plutôt d'une maladie chronique DEF chez quelqu'un chez qui le diagnostic a déjà été porté, qu'on va essayer de rendre autonome, vis à vis de sa maladie, en fonction de ce qu'il peut, ce qu'il souhaiterait savoir et ce qu'il peut faire sur sa maladie R1. Alors que dépistage et prévention, je trouve qu'on reste plutôt dans la globalité de quelque chose dont on n'est pas encore sûr. »

A: « en fait, il y a peut être plusieurs type d'éducation, parce que je pense que tu voulais parler d'éducation thérapeutique, maintenant, on utilise le terme assez couramment, où là, effectivement, c'est pour des diagnostics établis... enfin voilà. Et puis, il y a peut être différents types d'éducation. »DEF

M : « Et à part justement, cette éducation thérapeutique, tu penses à quoi? »

A: « Il y a quand même de l'éducation dans la prévention...*hésitations*

AS: « Il y a de l'éducation par exemple à bien manger, à bien bouger, sans qu'il y ait forcément de pathologie, on peut faire de l'éducation chez les ados pour qu'ils se couchent tôt, qu'ils dorment bien ou... moi, je trouve que c'est aussi de l'éducation, de l'éducation primaire... »R2

M : « Education primaire... »

AS : « Cela rendre dans le cadre où il n'y a pas encore de pathologie, on va essayer de les éduquer pour que ce soit le mieux possible, dans leur vie R1. Par rapport à l'éducation secondaire où il y aurait déjà une pathologie et dans ce cas là, c'est de l'éducation thérapeutique pour le diabétique...DEF

M : « Donc tu différencies deux types d'éducation... »

AS : « Oui, je trouve que l'éducation, ça va bien chez le patient malade mais aussi chez le patient qui va bien et qui vient de temps en temps pour X ou Y raison. »R2

M : « J. tu voulais rebondir là-dessus ? »

J : « Je voulais dire que c'est la prévention primaire aussi ce que tu disais... »

AS : « C'est vrai que les deux termes... je ne sais pas mais moi j'ai l'impression que quand je vois quelqu'un de jeune et qu'il me dit qu'il est fatigué, et que je lui dis que ce serait bien d'avoir des horaires réguliers de sommeil, de prise alimentaire, je trouve que c'est aussi de l'éducation, en même temps, c'est aussi de la prévention sur sa fatigue, mais c'est aussi lui apprendre à bien régler sa vie. Je trouve que c'est de l'éducation aussi. »DEF

M: « Donc la différence entre les termes éducation, prévention, ce n'est pas évident pur vous? »

AS: « A partir du moment où j'apprends quelque chose, je trouve qu'on éduque aussi, c'est dans le cadre d'une prévention, oui sûrement... »

M: « Est-ce qu'il y en a d'autres parmi vous qui ressentent ça par rapport aux définitions? »

E: « Moi, je ne fais pas forcément la distinction entre prévention et éducation parce que l'un ne va pas sans l'autre, quand on fait de l'éducation, on fait aussi de la prévention. Effectivement, moi, je ne fais pas vraiment de distinction entre prévention et éducation. »DEF

A: « Ca, c'est la prévention primaire, parce qu'il y a prévention... »

M: « Oui, il y a différents niveaux de prévention, différents niveaux d'éducation aussi, et vous trouvez que les notions se recoupent un petit peu, c'est ça? »

A: « Entre éducation et prévention primaire, je trouve oui. »

AS: « Pas forcément parce que quand on parle de dépistage c'est plutôt de la prévention, le dépistage du cancer du sein par exemple, en prévention primaire, du coup, ce n'est pas forcément de l'éducation DEF parce que c'est vrai que des fois, les dépistages sont fait par les CAPS, les patients ne posent pas forcément de question sur ce qu'on va faire, qu'est-ce qu'on va trouver, qu'est-ce qu'on a trouvé. Sur les frottis, le nombre de frottis que l'on reçoit, on reçoit les doubles et les patientes ne viennent pas les chercher, personne ne vient demande ce que cela à donner alors que c'est de la prévention, il n'y a pas d'éducation derrière O4, enfin... »

E: « Oui, mais l'éducation pour le cancer du sein, tu vas quand même dire aux gens de faire l'autopalpation, dire que s'il y a un écoulement... ça fait quand même partie de l'éducation, tu vas les éduquer. »PM1

AS: « Oui, mais je trouve qu'il y a des patients qui ne veulent pas savoir non plus. Ils ne sont pas curieux, c'est à dire que si on ne va pas vers eux, si on ne les voit pas suite à leur mammographie et que finalement, on les voit pour autre chose et que dans la consultation suivante... ça ne rentre jamais dans le... et que nous aussi, on n'a jamais le temps d'en parler T1... il y a des gens qui ne sont pas très curieux et il n'y a pas d'éducation derrière ou, il n'y a pas l'occasion d'apporter l'éducation. »PP1

Mar: « Moi, je trouve aussi que les gens n'aiment pas que l'on médicalise leur vie, qui disent; moi, je n'avais pas de problème de santé, je n'avais aucune raison de venir vous voir et je n'ai pas envie que l'on m'embête, là, j'ai un problème, j'ai envie de le régler mais...PP2 » et je pense que c'est pour ça que les gens ne posent pas trop de question et font ce qu'on leur demande de faire, parce que c'est obligatoire ou fortement conseillé, mais la plupart des gens aiment bien ne pas trop se poser de questions par rapport à leur santé, cela fait une contrainte de plus. »PP1

M : « Justement, ça me fait rebondir sur une des questions que je veux vous poser, est-ce que vous avez l'impression de rencontrer des obstacles dans votre pratique par rapport à ces messages là que vous essayer de faire passer, tu disais que les gens n'étaient pas forcément intéressés, est-ce qu'il y a d'autres moment où vous avez senti des obstacles, des difficultés et lesquelles ? »

AS : « Déjà, sur le niveau socioculturel, ou intellectuel, je me revois expliquer la découverte d'un diabète chez une dame...ou il y a trop d'informations, ou je n'ai pas bien expliqué, ou alors elle n'était pas prête à l'entendre, mais en tous cas, il y a 1% des informations qui sont passées et ça c'est vrai que c'est compliqué ; la compréhension du patient, ce qu'il entend et la compréhension intellectuelle qu'il en a du problème PP4, moi je trouve ça assez difficile PM3. Il faut bien choisir ses mots, adaptés au patient en sachant que l'on veut tout sortir d'un seul coup pour être sure de ne rien oublier, je trouve cela difficile. »CR3 PM3

M : « D'accord, est-ce que d'autres ont ressenti cela aussi ? »

P : « Ca et puis l'environnement socioculturel, les habitudes, quand il s'agit de faire changer petit à petit des habitudes, par exemple alimentaires O6, je trouve cela difficile PM3, parce qu'il a toujours fonctionné comme ça et c'est difficile de changer son mode de vie en fait O6, ou l'activité physique, quand on essaie de dire qu'il faudrait avoir un peu plus d'activité physique à quelqu'un qui n'en a pas fait, qui n'a pas le gout, voilà, je trouve que les habitudes sont dures à faire changer O6, mais bon, en même temps que ce soit en prévention ou en éducation quand on a une maladie qui est ciblée, c'est un travail au long cours, donc c'est souvent pas pressé T2, mais je trouve ça assez dur ! »PM3

Mar : « C'est pour ça à mon avis que c'est intéressant de faire de la prévention primaire très tôt, avant qu'il y ait des habitudes et c'est pour ça que je trouve ça dommage qu'à l'école, il n'y ait pas plus de message de prévention. Moi qui suis dans le métier, je me dis qu'on a eu extrêmement peu de message de prévention primaire à l'école, je trouve que c'est limite honteux, d'avoir eu aussi peu d'information. »O3

M : « Oui, pour toi, la prévention, c'est quelque chose qui se fait même en dehors du cabinet, à l'école par exemple... »

Acquiescement général

Mar : « Oui, c'est essentiel. »

E : « Je trouve ça important de faire de la prévention très tôt R2, j'avais le cas de patients au cabinet qui faisait de la prévention alimentaire notamment au niveau de anomalies lipidiques, ils avaient une anomalie lipidique, du coup, le fait d'expliquer les différentes démarches à suivre, c'était vraiment vécu comme une intrusion PP2. Et du coup, je pense qu'effectivement si le message était passé vraiment plus tôt, il n'y aurait peut être pas eu ces anomalies aussi prononcées et ils l'auraient peut être pas aussi mal vécu R1, car il vivait ça comme une sanction, comme si j'étais un prof qui dispute son élève alors que c'était sûrement moi qui ait pas su faire passer le message, mais ce n'était pas le but PM3 PP2... Donc voilà, je pense que si on ne fait pas de la prévention tôt ou au moins qu'il y ait des messages qui passent pour les approfondir plus tard, je pense que plus tard, on a du mal à faire passer ces messages. »O3

Ma : « Et puis des fois, c'est vrai que c'est incroyable, moi, j'ai été très surprise à Noël PM3, des gens qui ne savent pas ce qui est salé ! C'est assez hallucinant, on leur disait pas trop d'huitres à Noël, c'est salé, il y a beaucoup de sel dedans. Enfin, je veux dire, on est dans un endroit où on mange des huitres tout le temps et les gens ne savent pas que c'est salé ! Donc, je me dis, quand on leur dit pas trop de sel, il ne pense qu'au sel PP4...Enfin voilà, expliquer aussi ça, par rapport aux règles hygiéno-diététiques, c'est des choses que les gens n'ont pas du tout intégré et effectivement dans une consultation de médecine générale, on a pas forcément le temps chaque fois de reprendre tout ça. T1 Après, il y a des campagnes radiotélévisées qui peuvent quand même faire un effet ; les antibiotiques, ce n'est pas systématique... il y a quand même des messages qui sont passés. Effectivement, le cancer qui n'est pas méchant, pour l'instant, je pense que ce n'est pas encore intégré, mais je pense qu'il faut être aidé par des médias, des campagnes d'information, par le ministère de la santé SP2...voilà »

A : « Ca me fait penser qu'en matière d'éducation et d'information, je pense qu'on n'utilise pas suffisamment de support papier, soit déjà disponible sur l'INPES ou même qu'on se serait fabriqué entre guillemet F3. Je pense que les patients, on leur dit quelque chose à un instant T, ils en retiennent déjà une partie infime et que à moyen ou à long terme, ça s'oublie, et on a beau, même si on les voit tous les 3 ou 6 mois, leur dire les choses, je pense que ça ne suffit pas PM3 et que d'avoir un support papier et de pouvoir leur donner ou même écrire sur une ordonnance. Ils ont le document, ils peuvent le relire, même si ça reste dans un coin, ils peuvent le ressortir. »F3

M : « C'est ce que tu fais dans ta pratique ? »

A : « Ben oui, j'essaie de me faire sur des thèmes précis, des documents destinés aux patients. »PM2

M : « D'accord, dans quel domaine par exemple tu as pu déjà expérimenter ça ? »

A : « Et bien, surtout pour l'instant, parce que c'est très vaste, plus sur le plan alimentaire, c'est le plus simple, alors après, je pense qu'il faut vraiment l'adapter à chaque personne CR3, mais je pense que c'est important qu'on liste, qu'on voit avec eux ce qu'on peut modifier et vraiment de le noter. Après, il y a des papiers plus... qu'est-ce que j'ai eu ?... enfin, il y a pleins de domaines... »

Ma : « C'est vrai qu'il y a pas mal de labo qui proposent des petites fiches sur l'école du dos F3, les gens qui ont des lombalgies chroniques, comment se mouvoir sans solliciter trop son dos ou la dernière fois, j'ai eu des petites fiches sur l'énurésie pour les enfants avec des conseils pour avoir une bonne hygiène pour pouvoir essayer d'éliminer ce symptôme, enfin, il y a quand même des fiches et des supports, moi, je n'en ai pas encore fait pour moi-même, mais j'en ai trouvé des toutes faites par les labos. Des fiches à distribuer comme ça au fur et à mesure des consultations quand on en a l'occasion et c'est vrai que c'est vraiment important d'avoir ce support papier pour consulter SP3, parce que j'ai entendu dire qu'il y avait des études qui étaient faites et dans une consultation, il y a trois messages qui passent. Quand on en dit 10, il y en a que 3 qui passent, donc il y a très peu d'informations qui sont vraiment intégrées par le patient et on ne s'en rend pas vraiment compte parce qu'on a une culture médicale et eux ne l'ont pas du tout. »PP4

Mar : « Dans prescrire aussi, il y a des fiches comme ça qui sont destinées au patient et qui sont vraiment très bien faites et moi, je pense que je mettrai ça dans mon cabinet, je les garde précieusement ! »AQ3

A : « Ca coûte cher de lire prescrire ! »O2

Rires

E : « Justement, par rapport à la différence des sources des messages que l'on peut présenter au patient, moi, j'étais gênée justement, par le fait que ce soit les labos F3 qui donnent les feuilles pour les patients en prévention, parce que leur but, c'est quand même que l'on mette des médicaments. Je ne sais pas s'ils mettent assez le focus sur les règles hygiéno-diététique par que justement, le but, c'est quand même parfois de prescrire un médicament, donc j'étais assez gênée...SP3

Ma : « Moi, celles que j'ai vu, même si elles étaient, je pense, imprimées et fabriquées par un labo, à aucun moment c'était écrit l'enseigne du médicament, c'était vraiment une fiche de conseils, de règles sur la vie de tous les jours et c'était pas du tout orienté... après, s'il y en a des comme ça, je pense que ça me dérangerait... »SP3

P : « Rien ne nous empêche de faire, de prendre ce qui nous intéresse et d'en refaire une sur feuille blanche pour les conseils qui nous semblent pertinents à nous et dans la littérature et que l'on veut rajouter... »CR5

M : « Là, on a parlé des campagnes nationales, des supports papiers qui sont donnés par différents organismes, est-ce qu'il y a d'autres moyens que vous connaissez pour parler d'éducation, de prévention ? »

Mar : « Moi, j'ai fait une formation, il n'y a pas longtemps avec le DMG sur ça, c'était sur de l'éducation thérapeutique, et c'était par exemple des journées qui étaient organisées par exemple pour l'asthme ; « quels sont les symptômes dont il faut se méfier ? », « Qu'est-ce qu'il faut prendre en premier lieu et après ? »...AQ3

A : « des journée d'information organisée par le réseau asthme 44... »SP1

Mar : « Des associations de malade aussi avec des journée d'informations. »SP1

AS : « Et puis tout simplement, je pense aussi, c'est un patient qui me l'a fait remarquer, dans la salle d'attente du médecin généraliste, les grandes affiches qui sont parfois envoyées ou qu'ils se procurent, d'ailleurs, je ne sais pas trop comment ils se les procurent... rires... enfin, il y en a beaucoup qui sont envoyées et la dernière fois, j'avais un monsieur qui en avait vu une dans la salle d'attente sur la BPCO, je crois, c'est vrai que c'est intéressant, parce que c'est vraiment visuel et des fois, ils attendent plus ou moins longtemps et ils ont le temps de faire le tour de tous les murs et parfois, c'est rare, ils nous interpellent sur ces affiches là, sur ce qu'ils en pensent ou s'il veulent des informations supplémentaires. Je trouve ça intéressant. »F3

Ma : « Moi, j'ai ressenti que ça pouvait être très anxiogène pour les patients PM3 parce que quand ils ont 50 000 patients VIH ne sont pas dépistés... Enfin des choses comme ça... C'est vrai que dans une salle d'attente, on peut avoir toutes les maladies les pires et imaginables pour un patient, après, ils arrivent et ils ont de l'hypertension dans le cabinet ! Donc, il y a ça et aussi une fois, j'avais vu une affiche sur la spondylarthrite ankylosante et en fait, les symptômes sont tellement frustré et tellement... donc, je me dis si on met ça dans une salle d'attente de médecin généraliste, tous les patients vont venir en disant, j'ai une SPA O6! Donc, je pense que c'est très intéressant mais il faut savoir choisir celles qui ne nous paraissent pas trop anxiogènes et à peu près ciblées. »

Mar : « Tu sais, cette information qui est anxiogène, on la retrouve partout, parce qu'on la trouve aussi dans les magazines féminins ou sur les forums d'internet et c'est vrai que des fois, on voit des choses dans des revues de santé féminine, mais c'est pas vrai, ils ont pas réfléchi avant de mettre cet article là et à la fois, je me dis, au moins, les gens, ça leur permet de se poser des questions et je pense que ça peut orienter certaines femmes qui n'ont pas consultées de généraliste et que peut être elles vont poser une question qui n'est pas forcément pertinente, parce qu'elles ont lu ça dans le magazines et vont demander « est-ce que j'ai ça docteur ? », mais ça peut entraîner des femmes chez le médecin et que le médecin puisse faire de la prévention plus ciblée alors que peut être ces femmes là ne serait pas allée chez le médecin. Enfin, je ne sais pas... »SP2

M : « Et vous, au niveau de ces compétences de prévention, éducation, dépistage, comment vous les avez acquis, comment vous vous les êtes appropriées ? »

J : « En voyant les médecins faire, les généralistes chez qui je suis, notamment AQ1 et puis les formations du DMG AQ3, après, j'avais des notions antérieures que j'avais appris pendant mes études AQ2, mais après, en pratique, comment introduire ça dans une consultation quand les gens ne viennent pas pour ça ou consultent pour autre chose, du coup, c'est plus en voyant faire et en amenant la chose naturellement... donc voilà, plus en voyant faire et de voir la façon dont nous, ça nous semble facile d'amener les choses AQ1. Après, ça vient un peu naturellement, au début, je trouve que ça fait pas trop naturel, enfin, ça ne me paraissait pas très naturel CR8 et puis finalement quand on est un peu habitué, qu'on a un peu d'expérience, même si elle n'est pas très grande, je trouve que ça se fait plus naturellement. »AQ4

Mar : « Moi, je suis d'accord avec toi, je trouve que quand les patients n'amènent rien du tout PP1, moi, j'essaie quand même de faire le conseil minimal par rapport au tabac PM2. Mais je trouve que très souvent pendant la consultation, le patient amène la question qui fait qu'on va pouvoir aborder un problème d'éducation PP3 et moi, je suis surprise parce que je me dis, « oh là là, j'ai un peu de retard, je vais rattraper, je vais faire vite. » et finalement, le patient me tend une perche et je me dis, je peux quand même pas, il faut que je la prenne ! Et je trouve ça bien, parce que je me dis que ce n'est pas si compliqué que ça. »PM2 PM3

M : « Alors, je reviens un petit peu sur ma question, comment vous avez acquis ça ? Donc tu nous as dit en regardant tes pratiques, est ce que vous avez des exemples à nous donner sur la façon dont vous vous êtes appropriés ces compétences là ? »

T : « Moi, je dirais qu'on est en médecine donc on est sensibilisé à la santé et moi, je me considère un peu comme une éponge qui prend les infos un peu de partout et pas que par l'expérience, à la télé des fois, à la radio, je l'ai dit tout à l'heure, je suis une sorte d'éponge AQ3 et après je considère que

je vais utiliser mes capacités de communication propres et celles qui m'ont été apprises au cours de ma formation et je vais utiliser ces capacités de communication là pour retransmettre ce qu'il y a dans cette éponge, un peu pressé l'éponge en fait CR5 et redonner à la personne l'information dont j'estime qu'elle a besoin et celle qu'elle me demande aussi, donc quelque part, on fait un peu la synthèse de tout ce qui vient nous influencer et c'est comme ça que je vois mon rôle, comme quelqu'un qui est là pour familiariser le patient et pour lui retransmettre l'information de la meilleure manière pour que lui puisse se l'approprier. »CR3 CR7

M : « Donc, à la faculté, vous avez eu des cours d'éducation, de prévention, de dépistage... »

Tous « Oui... »

P : « Euh... Dépistage et prévention, on nous en a parlé tout au long de nos études, des cours en particulier, je n'en ai pas souvenir, par contre, pour l'éducation thérapeutique, oui, à la formation organisée par le DMG ! »AQ2

J : « C'est vrai que le dépistage, on nous en a parlé tout au long de nos études, mais sans cours spécifique, plus au niveau d'une matière en particulier, par exemple la gynéco pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, en gastro, on parle du dépistage du cancer du colon... »AQ2

M : « Et est-ce qu'on vous a appris justement à amener ces éléments de prévention dans la discussion ou est-ce que c'était... Enfin, comment on vous a présenté les choses ? »

A : « Les cours que l'on a, c'est théorique AQ2! Après l'avantage que l'on a quand on est chez les praticiens, c'est là que prend toute la valeur de ce qu'on a pu apprendre ; comment dire les choses,AQ1 parce qu'on a beau avoir pleins de choses en tête, dans une consultation de 20 minutes, il faut déjà cibler, se définir un ou deux objectifs dans la consultation et je pense que comme disais T., l'information, elle va être mieux retenue si c'est à sa propre demande, adaptée au patient, alors que si on lui donne pleins d'informations différentes, je pense que ce n'est pas très efficace, donc c'est mieux quand ça vient d'une demande particulière du patient, pour plus approfondir nos propos et je pense que c'est mieux entendu, après, chez une personne qui n'a aucune demande, c'est vrai qu'il faut peut être se forcer à se fixer un objectif par consultation de prévention ou d'éducation. »PM1

M : « C'est quelque chose que tu fais en pratique ? »

A : « J'essaie... »

M : « Oui, par exemple sur quoi ? »

A : « Oh, le tabac, c'est un exemple, on en parle beaucoup, le conseil minimal, est-ce que vous fumez ? Enfin, je pense que pour nous, c'est peut être plus facile pour nous parce que souvent, on ne connaît pas les patients et donc, moi, souvent, je le fais au moment de l'auscultation pulmonaire : « est-ce que vous fumez ? », moi ça me paraît logique de le poser à ce moment là, pas forcément quand je suis face au patient et que... voilà. Au moment de l'auscultation pulmonaire, je me suis appropriée ça comme moyen, parce que je trouve qu'il y a quand même un lien, poumon/tabac et le patient me dit oui ou non et là, ça me permet de poser la question, est-ce que vous avez déjà eu envie d'arrêter ? Je trouve que cela passe bien. Enfin, je dis ça parce que c'est moyen que je me suis appropriée moi et j'ai l'impression que ça fonctionne, mais après... c'est un exemple précis. »PM2

M : « Là, ce n'est pas forcément à la demande du patient, c'est toi qui introduis ça dans la consult. »

A : « oui, voilà. »

M : « Est ce que vous avez d'autres exemples comme ça ? »

Ma : « Je trouve que finalement, les consultations de renouvellement d'ordonnance qui sont quand même pas très intéressante et où on ne va pas créer de magie dans cette consultation, je trouve que c'est le moment de refaire le point sur chaque médicament et puis de vérifier, la dernière prise de sang, c'était quand, la dernière mammo... enfin voilà, et finalement, c'est consultations là qui pourraient durer 5 minutes montre en main, on peut en profiter pour un peu faire le point T3 PM2. Surtout que c'est des gens qui viennent pour des renouvellements d'ordonnance, ils ont forcément des pathologies chroniques, donc il faut plus faire le point là dessus. Après, pour les sujets jeunes, j'ai l'impression que c'est plus une demande de leur part, mais c'est souvent des gens qui viennent consulter avec deux ou trois motifs et ils vont commencer par dire qu'ils ont un rhume et en passant la porte, ils vont dire qu'ils veulent une prise de sang pour le VIH, et voilà, c'est à ce moment qu'il faut reprendre les choses et recommencer les messages de prévention PP2. Après, c'est des choses qui prennent vraiment beaucoup de temps T1 et je me demande si on ne s'en lasse pas au bout d'un moment de toujours ressasser les mêmes choses, en tant que médecin, je veux dire et moi, j'étais assez étonnée de voir les praticiens chez qui je travaille qui je trouve n'en font pas beaucoup PM3,

enfin à mon goût. Après, c'est peut être que je suis en tout début de cursus, on va dire, enfin voilà, j'étais... »

Mar : « En tous cas, par rapport à ce que tu disais, par rapport à est-ce qu'on a été formée, moi, j'ai trouvé que dans nos études globalement, on n'avait pas été assez formé à la communication AQ5 et moi, j'ai un de mes prats qui m'a fait un commentaire une fois et ça m'a vexé sur le coup, mais je me suis dit qu'il avait raison, il m'a dit : « Là, tu as parlé d'un truc à la dame, je ne me rappelle même plus sur quoi c'était, on a abordé un sujet et la dame elle n'en avait rien à foutre de ce que tu lui as dit, elle ne venait pas pour ça, toi, tu t'es dit que t'avais ton message à faire passer, alors tu avais ton message dans la tête, tu n'as pas écouté la dame, elle avait besoin de parler d'autre chose et du coup, c'est dommage parce que j'avais envie de faire bien et j'ai mal... Bon, j'aurais du probablement du écouter plus cette dame, mais j'ai aussi probablement mal communiqué R3 et je trouve ça dommage qu'on n'ait pas de cours de communication, parce que ce n'est pas toujours inné de justement savoir amener ces problèmes là ou... enfin, je trouve que ce n'est pas inné. »AQ5

Ma : « Je suis assez d'accord avec toi, mais je pense qu'il ne faudrait pas qu'on les ait tôt, parce que ça ne sert à rien tant que l'on n'a pas... sans avoir vécu l'expérience du prat, je pense que ça ne sert à rien. A l'hôpital, on nous demande de poser des questions totalement indiscrete, s'il sont là, c'est parce qu'ils ont déjà franchit toutes les étapes du parcours de soin, du coup, on s'autorise à poser toutes les questions que l'on en poserait pas forcément en cabinet de médecine générale, et je pense que cette communication là, il faut qu'on l'apprenne, mais il faut qu'on ait absolument une expérience de médecin généraliste, pour qu'on se rende compte de l'enjeu, parce que moi, personnellement, je n'avais pas pris la mesure de ça avant d'être chez le prat. »AQ1

Mar : « Peut être cela pourrait être une formation proposée par le DMG... »AQ5

Regards et rires vers l'observateur, enseignante au DMG.

AS : « C'est vrai que c'est de la médecine générale, donc comme dis Mar, il faut sauter d'un sujet à l'autre assez facilement tout en restant homogène pour la cohérence du patient, pour ne pas que l'on tombe comme un cheveu sur la soupe et je trouve cela très difficile, parce qu'il faudrait parler de tout, en un temps limité, avec des phases d'approches différentes en fonction des patients, et puis de la façon dont on est nous en tant que médecin généraliste, cela dépend des personnalités PM3 ; il y a des gens qui sont très dans la communication, des médecins qui ne le sont pas du tout CR7. Moi, c'est vrai que j'ai la chance d'avoir 3 praticiens qui sont complètement différent dans leur exercice et leur relation avec les patients et c'est vrai que moi, au niveau de la prévention, ce n'est pas du tout la même chose au niveau des trois, il y en a un qui est très, on va à l'essentiel, on va au direct, si la

tension est trop haute, c'est là qu'on aborde le sujet du sel mais sinon, on n'en parlera pas forcément. Je pense que ça dépend aussi de la personnalité du médecin. »AQ1

M : « Toi, est-ce que tu as trouvé des moyens, est-ce que tu t'es dit je pourrais faire comme ça pour parler de prévention ? »

AS : « Je trouve ça dur à notre stade, parce que j'ai l'impression qu'il faut ouvrir tellement d'éventails quand le patient est là et qu'il a un problème, pour penser à tout, pour oublier rien, pour aller à l'essentiel et ne pas prendre de retard sur la consultation, je trouve ça très difficile PM3 et c'est vrai que des fois, je me dis, j'aurais peut être pu parler de ça, c'est pas évident de penser à tout et d'intervenir au bon moment R3, de glisser alors qu'on est en train de gérer un problème que l'on ne maîtrise pas très bien parce que c'est la première fois que je vois ce problème là. Je trouve cela difficile d'être organisé dans sa tête et de penser à tout CR8. Et puis, j'ai l'impression aussi que parfois on est trop intrusif en tant que... vu que je ne connais pas le patient, ce n'est pas ma patientelle. Je trouve ça difficile de dire à un jeune, est ce que tu as des rapports sexuels, faut se protéger, alors que le pauvre, il vient pour une rhinopharyngite, je ne le connais pas, il a peut être pas envie de me raconter sa vie, donc c'est vrai que c'est compliqué, il y a certaines questions en prévention qui sont très intrusive et faut avoir une certaine relation « intime » avec le patient pour le connaître et ... voilà »O7

M : « Pour toi, ça c'est quelque chose qui est important, pour faire de l'éducation et de la prévention, il faut avoir une relation privilégiée avec le patient ? »

AS : « Pas forcément, mais sur certains sujets, je trouve que oui, notamment l'alcool et les maladies sexuellement transmissibles, parce que le tabac, c'est vrai que moi aussi, notamment chez les jeunes, je pose assez facilement la question, après les relations sexuelles protégées, moi, je ne demande jamais. »O7

M : « Ca, c'est difficile d'en parler. »

AS : « Pas forcément difficile pour moi en tant que médecin de poser la question, mais de trouver la bonne personne à qui poser la question, sans que ça fasse complètement intrusion, sans que ça vienne complètement plomber la consultation quoi. »O7

Ma : « Après, quand c'est le patient qui l'amène, ça va, mais après, j'ai peut être la sensation inverse de toi, j'ai l'impression qu'en tant qu'interne, les gens, on ne les connaît pas et on pose les questions

beaucoup plus librement que les médecins eux-mêmes en fait F1. Les médecins connaissent les gens, mais je ne sais pas encore pourquoi, ils ont plus de mal à poser des questions O7 et les prats me disent « bah dis donc, tu y vas cash avec les patients ! », je fais « oui, comme d'habitude », parce qu'à l'hôpital, je pense que comme on ne connaît pas les gens, on peut leur poser des questions très terre à terre et derrière, on ne va pas le revoir donc même s'il nous dit qu'il a eu des relations homosexuelles non protégées, cela reste un peu l'anonymat de l'hôpital. Mais on sait que dans un cabinet de médecin généraliste, on va être amené à le revoir et du coup, le patient change son image vis-à-vis du médecin et je pense que c'est très difficile »O6

AS : « Mais est-ce que tu crois que les patients sont francs avec toi ? Si tu leur poses une question intrusive alors que tu es que « l'interne ». »O6

Ma : « Est-ce que les réponses sont honnêtes ? »

AS : « Oui ! »

Ma : « je ne peux pas le savoir... »

Rires

AS : « Non, mais peut être qu'ils disent « je n'ai pas envie de répondre » ou »

T : « Est-ce qu'il ne vaut mieux pas avoir une réponse malhonnête ou différente de la réalité ou carrément un non à la question, « je ne veux pas y répondre », que de ne pas avoir posé la question ? Je suis assez d'accord avec toi sur ce sujet là, j'ai l'impression qu'en tant que personne extérieure à la relation entre médecin traitant et son patient, donc là, je me place dans le rôle de l'interne, la personne externe qui est là, j'ai souvent plus de facilités à entrer dans l'intimité des gens, F1 j'espère pouvoir la garder à long terme dans ma pratique future parce que n'ayant pas cette relation d'intimité et en gardant cette distance, j'ai l'impression de pouvoir rester un conseiller objectif par rapport à ce que vient m'amener le patient et donc d'avoir une sorte de position d'expert, on vient me poser une question et moi, je vais répondre objectivement ; « je ne suis pas là pour vous juger, on ne se connaît pas, on ne se verra peut être plus, je vous pose une question, je m'intéresse à vous et je veux vous apporter une aide... »PM1

E : « Après, il y a le fait que le médecin généraliste connaisse très bien ses patients, ça lui permet aussi parfois de cibler les secteurs de prévention CR7. Justement, nous, on va arriver, on ne sait pas trop quoi lui poser comme question, le médecin, le fait de le connaître, je pense que c'est un atout pour lui du coup parce qu'il sait où aller CR7 et le fait que nous on ne le voit qu'une fois et que du coup, on puisse répondre de manière un peu franche. Je pense que le médecin peut revoir son patient sur plusieurs consultations et être peut être un peu moins frontal et aborder les éléments un peu plus progressivement. »T2

Mar : « Ce qu'on peut faire de manière intermédiaire aussi, moi, ça m'est arrivé plusieurs fois de dire à des jeunes filles qui venaient avec leur maman pour autre chose qui disait qu'elle avait un copain depuis peu de temps et elles se regardaient avec la maman en rigolant et je pouvais pas faire autrement que de leur dire, vous savez ici, c'est un cabinet médical, de lui dire que si elle avait besoin de parler de contraception ou de protection par rapport aux IST, c'est un cabinet médical et elle pouvait venir là, juste pour parler de ça, que c'est un lieu totalement adapté. Je pense que c'est un peu moins... enfin, moi j'ai du mal à poser hyper cash les questions comme toi O7 mais, je me dis des fois que lui dire qu'elle peut en parler au cabinet médical, que c'est un lieu où elle peut reprendre une consultation pour ça T5, je trouve que des fois, c'est une manière qui me convient mieux. »

M : « Quelque part, tu proposes de dédier une consultation à faire de la prévention. »

Mar : « En pratique, c'est rarement le cas, parce que les gens arrivent avec leur liste en disant « j'ai mal à l'épaule, j'ai mal ci, j'ai mal là ! » et puis à un moment, il faut faire passer des messages de prévention et de dépistage, mais finalement, je pense que c'est des consultations qui sont plus efficaces. « J'ai 15 ans, j'ai un petit copain, est-ce qu'on peut parler de contraception. ». Voilà, je pense que si on a une consultation dédiée à ça, on est plus à l'aise, elle peut poser des questions, on a plus le temps. »F2

P : « C'est assez facile, il me semble de reconvoquer les gens, mes prats le font, je propose facilement de revoir les gens pour parler de quelque chose précisément. »T5

M : « Tu as des exemples concrets à nous donner ? »

P : « Moi, j'avais vu le cas surtout en pédiatrie, je pense avoir pas mal appris avec un pédiatre qui participait au réseau asthme 44, donc du coup, je l'ai vu faire en consultation AQ1 et c'est vrai qu'on ne peut pas tout dire dans une consultation, c'est ce qu'on disait, ils ne retiennent pas tout, on le sait et on le voit très vite. Du coup, il faut savoir dire, aujourd'hui, on a parlé de ça, il m'a semblé –il faut

toujours repartir de ce que les gens attendent- il m'a semblé que vous aviez envie que l'on avance sur autre chose, on ne va pas pouvoir le faire aujourd'hui, mais je vous encourage à reprendre RDV. Et les gens, ils le font facilement, en tous cas si c'est une demande qui vient de leur part T5... Mais de toutes façons, on ne pourra jamais, si ce n'est pas une demande qui vient d'eux, en tous cas pour l'éducation thérapeutique, cela ne sert à rien de les reconvoquer pour parler d'autre chose si ça ne vient pas d'eux, ça n'avancera pas, ils n'enregistreront pas PP2. Donc, je trouve ça assez facile en fait et ce n'est pas leur imposer, d'abord, ils reprennent le RDV ou pas, mais ils le prennent facilement pour reparrer de choses comme ça. »

J : « Moi, ça m'est déjà arrivé pour une fille qui m'a demandé en toute fin de consultation, elle venait pour un tout autre problème, elle me dit « au fait, vous pourriez me prescrire du champix parce que ma mère, elle en prend et ça marche » et du coup là comme ça, ça me paraît un peu dur, la consultation était finie, j'allais la raccompagner à la porte donc, je lui ai dit de reprendre RDV pour discuter de l'arrêt du tabac T5 et du coup, on en a profité pour parler d'autres choses, et puis, les contraceptions aussi, ça m'est arrivé plusieurs fois, des jeunes filles qui disent « au fait, je voudrais prendre la pilule », mais je ne donne pas la pilule comme ça sans pouvoir un minimum expliquer, si c'est la première fois et qu'elle ne l'a jamais prise F2, ça m'est déjà arrivé de reconvoquer pour reparrer de ça et ça permet de ne pas parler seulement de contraception mais aussi autres choses T5 parce que sinon, je trouve que... enfin, moi ça m'est très peu arrivé lors de consultation avec des jeunes, des adolescent de leur demander, alors qu'ils venaient pour complètement autre chose de demander, est-ce que tu as des rapports, est-ce qu'ils sont protégés... »

A : « Moi, c'est pareil... »

Mar : « Ah, mais moi, c'est quand eux m'en parle... »

Rires

J : « Ah oui, d'accord, je croyais que ça t'arrivait... du coup, vous parliez tout à l'heure d'avoir un message à faire passer et c'est vrai que moi, je suis plus à l'aise quand c'est quelque chose que je cible et pas de me dire ; alors tel patient, qu'est-ce que je pourrais lui faire comme prévention. Il faut que ce soit quelque chose qui me vienne naturellement parce que sinon, je sais que ce ne sera pas forcément bien fait. Mais, je n'en fait pas à toutes les consultations. »PM2

P : « Il ne faut pas en faire pour tout, parce que les gens... je pense qu'on ne peut pas en faire à chaque consultation. Il faut s'imaginer quelqu'un qui vient 3 ou 4 fois par an pour son renouvellement, si à chaque fois qu'il vient, il entend des choses qui ne lui parlent pas, c'est-à-dire ;

est-ce que vous marchez tous les jours 1/2heures, et puis il faudrait aussi faire attention à votre alimentation, s'il entend ça à chaque fois... je pense qu'il y a pleins de gens pour qui ça passe pas. PP2 Alors, on se dit, il faut qu'on le dise, il faut qu'on le dise, mais il faut que les gens soient prêts à l'entendre aussi. Pas forcément en se disant ouf, je l'ai dit, c'est bon, j'ai fait mon ¼ d'heure de prévention. »PM3

M : « Et justement, comment vous réagissez face à des gens qui n'écourent pas forcément, qui ne sont pas dans cette optique là, d'écouter vos messages ? Est-ce que ça vous est déjà arrivé et comment vous réagissez dans ces cas là ? »

Mar : « Moi, ça me met très mal à l'aise O7, je pense notamment à un vieux monsieur qui venait, qui avait déjà un traitement anti hypertenseur, qui n'était pas du tout bien équilibré et je lui parle du régime sans sel, il me dit je fais déjà le régime sans sel, alors, je lui demande un petit peu ses repas, donc il y a fromage à tous les repas, son vin rouge, ça ce n'était pas le problème du régime sans sel, mais le vin rouge, des boites de conserve hyper régulièrement et des repas préparé. Je lui explique que tout ça, c'était des choses complètement salée et à chaque fois que je lui parlais d'un des aliments qu'il mangeait, il me disait « non mais de toutes façons, ça je n'en mange pas beaucoup. », mais sauf que tout ce qu'il mangeait, c'était des choses contre-indiquées et à chaque que j'essayais, lorsqu'il m'avait contredit sur un aliment, je changeais d'aliment et à chaque fois, il me disait mais non, mais non PP2, et moi, ça me mettait très mal à l'aise parce que je me dis à la fois, c'est un monsieur à qui je ne vais pas apprendre la vie, c'est un monsieur qui en connaît certainement beaucoup plus que moi sur beaucoup de choses et c'est pas moi, une gamine de 28 ans qui va lui apprendre et à la fois, j'essaie de lui dire quelque chose parce que c'est mon métier et voilà PM3. Et à la fois, pour lui, il y a des choses qui sont évidentes et ce monsieur là, manifestement, il pensait qu'il n'avait pas à apprendre de moi PP2 et je trouve que des fois, on finit par se dire, bon bah tant pis, j'abandonne parce que moi, j'arriverais jamais à lui expliquer PM2. »

P : « Il faut peut être accepter des fois que les patients viennent juste chercher leur traitement et ils ne sont pas prêts à entendre nos conseils ce jour là ! Alors, c'est hyper frustrant ! »PM3

J : « C'est comme un déni ! »PP3

P : « Il faut savoir où ils en sont dans leur maladie, est-ce qu'ils ont vraiment envie d'aller plus loin dans son hypertension ou ça lui convient d'avoir toujours 15,5/9 et bref et puis il n'a pas envie de faire plus et si nous, on dit qu'il faut qu'il fasse plus et qu'il est pas prêt, bah... malheureusement PP2. Par petites touches, à chaque fois, on peut essayer... »PM2

Ma : « Je pense que c'est quelque chose sur lequel on a tous ressenti de la colère en fait, c'est quasiment, on dit – bon, il ne veut pas se soigner ! Tant pis !- Enfin, il y a un moment, en fonction de nos limites à nous, alors, après, c'est aussi vécu comme un échec parce qu'on n'a pas réussi à faire passer des messages correctement, donc je pense que c'est un mélange un peu des deux. Après, effectivement, faut accepter PM3... il y aura toujours des gens qui ne voudront pas se soigner. »PP2

P : « Peut être un jour, il faut être là et peut être un jour, il y aura un truc en plus. »T3

Ma : « Et c'est vrai qu'il y a des gens qui viennent en disant –moi, je voudrais faire une radio pulmonaire, et si on me dit que c'est grave...- c'était une jeune fille qui était venue- si on me dit qu'il y a des images anormale, j'arrêtera de fumer !- On lui a dit, bon, on va vous faire la radio pulmonaire, il y aura probablement rien d'anormal, et elle répond – oui, mais j'ai besoin d'un déclic pour arrêter de fumer. Donc, après, faut aussi s'adapter, même si c'est dans aucune recommandations qu'il faut faire une radio pulmonaire pour arrêter de fumer, il faut varier et encore une fois, c'est avec la communication, on a un discours de prévention qui est assez stigmatisé par rapport à ce qu'on a appris, on a une formation qui est très homogénéisée en France. Et des fois, je pense qu'il faut tendre une perche qui n'est pas celle que l'on nous a appris à tendre CR3. Moi, sur l'histoire d'arrêter de fumer, j'ai déjà vu un médecin qui m'a dit qu'il essaie toujours de le faire avec une petite touche d'humour, une petite touche de décalage et donc quand quelqu'un vient avec une décompensation de BPCO, il répond –j'imagine que vous avez arrêté de fumer CR7.- et là, le patient n'est pas content parce qu'on lui dit et qu'il fait une infection. Donc, je pense qu'il faut que l'on apprenne à changer et à faire des pirouettes et à pas toujours dire –vous savez, il y a le cancer...- même si c'est des choses que l'on a apprises finalement. »

T : « Je pense qu'il nous manque quand même pas mal de chose dans la boîte à outil de la communication AQ5, parce que là, si on résume, et c'est vrai que c'est ce que je fait, on marche à la perche tendue, à la porte ouverte, on attend que l'on vienne vers nous pour pouvoir transmettre un message et peut être que c'est aussi à nous de faire en sorte que la personne finisse par ouvrir cette porte ; de l'amener sur un sujet, peut être de manière très subtile, pour que lui en vienne à ouvrir cette porte et à nous tendre cette perche mais la communication, elle commence bien avant que lui vienne nous voir pour ça. »PM1

M : « Et comment concrètement ? »

T : « Et bien, on en a un petit peu parlé, il y a des messages de prévention pour le grand public, des affiches F3... voilà, mais en terme de pratique pour le médecin généraliste, à notre niveau à nous, je pense qu'il y a des choses à faire. Malheureusement, je ne les connais pas, j'aurais aimé les apprendre, ces techniques de communication, sans doute pour nous amener à mieux ouvrir ces

portes là AQ5. Là, on attend que ça vienne à nous et voilà... On fait presque du secondaire, il faudrait faire du primaire ! »

Mar : « Ce que tu dis, moi, ça me fait penser à un cours sur le suivi au long cours, il y avait des cas cliniques et des jeux de rôles et les uns critiquaient la conduite des autres et je trouvais qu'on apprenait pas mal, parce que par exemple, moi je me disais, je ferais pas ça, ou ça, oui, c'est une bonne idée de le faire AQ2, mais le problème, c'est qu'il n'y a pas de réponse toute faite, je pense qu'avec l'expérience, on se trouve une réponse mais c'est ça qui est aussi un peu agaçant, c'est de se dire qu'il n'y a pas vraiment de méthode AQ4, c'est ... »

AS : « Et puis, je trouve que les gens sont éduqués, parce que quand on reprend l'histoire de la communication du grand public... Alors, c'est sûr que quand ils entendent à la radio, il pourrait venir nous en parler, j'ai entendu à la radio qu'il y avait... mais après, ils entendent ce qu'ils veulent aussi, dans le cadre de l'histoire du médiateur, là, tout le monde était au courant et voulait nous en parler, j'ai même vu une patiente qui a pris RDV exprès pour parler des médicaments qu'il y a sur la liste et c'est comme l'iode qu'on entend sur le japon, alors, tout le monde veut savoir des trucs sur l'iode et la radioactivité parce que les gens entendent ce qu'ils veulent et ils prennent ce qu'ils veulent aussi PP2. Alors c'est vrai qu'après, il y a peut être moyen de les faire dévier, mais c'est ce qu'on disait tout à l'heure, quand ils viennent en consultation avec une idée fixe, c'est difficile aussi de les faire dévier. C'est un paramètre qu'on ne maîtrise pas toujours, ce qu'ils veulent bien entendre à la radio. Pour l'instant, je n'ai pas eu d'impact moi sur le cancer colorectal suite à la campagne d'information à la radio, personne n'est venu me dire, je ne comprends, je n'ai pas reçu ou comment ça se passe ou à partir de quel âge... pour l'instant, je n'ai rien entendu du tout, alors que l'histoire des médicaments interdits, ça... »PP2

M : « J'en reviens un petit peu au patient qui est buté et qui tout à coup va peut être évolué et être prêt à entendre le message, comment vous allez le ressentir que justement, il a évolué et que c'est peut être le moment, est-ce qu'il y a des choses qui vous font penser que c'est le moment ? »

A : « J'ai l'impression que c'est souvent parce que dans leur entourage, eux vont bien, mais dans la famille, les amis, un proche, qui a eu un problème de santé particulier pour lequel, il y a un dépistage par exemple et du coup, ils vont aborder ça avec nous parce que cela leur a fait peur ou ça les a touché, je pense. J'ai l'impression que c'est assez fréquemment T3... »

Ma : « En rapport avec leur histoire personnelle. »

A : « Oui, voilà. »

Mar : « Ce n'est pas toi qui fais que... »

A : « Pas forcément... »

Brouhaha...

Mar : « Après, moi, je ne sais pas, je ne pourrais pas répondre à cette question, je trouve que ça ne fait que 4, 5 mois que l'on est chez le médecin généraliste, je n'ai pas assez de recul pour ça, je trouve. »PM3

P : « Moi, j'ai l'impression qu'il y a les décompensations, ou les déséquilibres dans les maladies chroniques, c'est souvent le moment où la personne va dire –je ne comprends pas, je prends mon traitement tous les jours, j'essaie de faire ça et voilà, la tension, elle monte ou le diabète, il se déséquilibre- donc, je trouve que c'est un bon moment pour essayer de comprendre ce qu'il se passe et si le patient veut en savoir un peu plus sur sa maladie et comment la gérer, je trouve que c'est le bon moment pour intervenir. » T3

E : « Par rapport à l'entourage, où tout à l'heure, A. évoquait que cela pouvait être un déclic, ça peut parfois aussi être un frein, par exemple, le BPCO qui a un entourage qui fume ou le diabétique qui est dans une famille où personne ne fait attention aux règles hygiéno-diététiques et du coup, on est confronté au problème de la prévention individuelle, mais qui implique aussi les autres personnes de la famille O2. C'est pour ça que je pensais que peut être une consultation dédiée où on implique les autres membres de la famille, ou à l'inverse, la jeune fille, pour un problème d'IST, de la faire revenir mais du coup, sans sa mère. Il faut plus se poser le problème de l'entourage, est-ce qu'il faut qu'ils soient plus ou moins présent pour que le message passe mieux, ou s'en servir si cela peut être un déclic... »PM2

M : « Dans quelles situations par exemple tu pourrais envisager de reconvoquer un patient avec son entourage ? »

E : « Du coup, cela implique aussi de très bien connaître l'entourage, du coup, je trouve que c'est le rôle du médecin généraliste qui connaît, qui est le médecin de famille parfois encore, au contraire du spécialiste, il a lui accès au reste des membres de la famille CP1. Je pense que le problème de

l'entourage, il faut plus se le poser parfois. Et même si le patient veut parfois arrêter de fumer mais il vit dans une famille de fumeur, ça doit pas être facile... »O2

J : « Moi, il y avait un exemple, c'était pas la consultation réelle, mais un médecin m'avait raconté qu'au début, il donnait des conseils d'alimentation à un monsieur qui était diabétique ou hypertendu et puis en fait, au bout d'un moment, il avait appris que ce monsieur ne faisait jamais la cuisine, c'était sa femme qui cuisinait tout le temps ! Donc, c'était plus logique de faire de la prévention en présence de l'épouse qui faisait les plats etc.... le monsieur, il disait oui oui, mais finalement... ça m'y a fait penser. »O2

Mar : « Moi, ça me fait penser aussi à un cas comme ça, un monsieur que j'ai vu, qui avait été adressé par le médecin du travail pour 2 prises de tension qui était au-dessus de la normale CP2 et le monsieur vient avec sa femme et 3 bambins adorables mais qui faisait un vacarme pas possible, donc à un moment, j'ai demandé à la maman si elle pouvait attendre avec les 3 enfants dans la salle d'attente et puis on a commencé à parler un petit peu du régime sans sel, etc., etc.... et puis au bout d'un moment, le monsieur me disait oui oui et j'ai fini par proposer à la dame de revenir avec ses enfants aussi, donc, je ne sais pas très bien ce qu'elle a entendu, après, j'en ai parlé avec le prat qui m'a dit –oui, tu as raison, il faut souvent en parler à la femme parce que les femmes sont les premières motivées par les problèmes de santé et je ne fait pas de machisme, mais c'est vrai qu'elle sont souvent plus maniaque... et en plus, que le patient ne soit pas seul par rapport à ça et que la femme se rende compte qu'il y a un enjeu important, c'est beaucoup plus important qu'on ne l'imagine dans l'efficacité de ce qu'on propose au patient. »R3

AS : « Juste pour revenir à ta question, pour savoir quand un patient est prêt à changer, il y a une patiente assez jeune, la quarantaine, chez qui on a découvert un diabète par surpoids. En fait, elle a encore toute sa vie devant elle et c'est vrai que naturellement, après avoir abordé tous les problèmes liés au diabète, naturellement, elle a refait du sport elle-même, mais sans que l'on ait franchement abordé la question, parce qu'on était parti plutôt sur l'alimentation et la consultation suivante, elle est revenue toute contente, parce que son HbA1C était diminuée, elle avait perdu du poids, elle se sentait aussi psychologiquement beaucoup mieux et c'est vrai que là, on a attrapé la perche tendue par le patient ; elle nous a dit - depuis que je fais du sport, je suis...- et là, on reprend que oui, le sport, ça permet de faire descendre l'HbA1C, ça permet aussi de perdre du poids qui fait aussi baisser l'HbA1C et ça c'était vraiment parce qu'elle nous a dit qu'elle avait fait quelque chose et que ça allait mieux avec ça et nous, on peu prendre les choses en cours et lui expliquer que naturellement, ils ont fait les choses qu'il fallait faire et que l'éducation passe aussi par là, dans le sport pour le diabète. »PP3

Ma : « surtout sur le diabète, on ne va pas leur faire un cours sur le diabète, c'est un cours qui fait 20 pages, qu'il faut lire, bien comprendre et pour pouvoir retranscrire ça en disant, bon voilà, les facteurs qui font diminuer, si ça se trouve, on avait jamais dit à cette dame que le sport, ça faisait

diminuer l'HbA1C alors que... parce qu'il y avait tellement de messages à faire passer que celui là, il est pas passé CR5, l'éducation thérapeutique sur les maladies chroniques, c'est quelque chose qui prend un temps fou. »T1

P : « L'avantage du médecin généraliste, c'est qu'il s'inscrit dans le suivi, on est pas obligé de tout donner dans une consult. »T2

T : « C'est vrai qu'en fait, on parle toujours de maladie, les gens viennent, ils attendent d'avoir une maladie pour venir nous voir, alors, on leur fait de la prévention et c'est vrai que je pense que ce n'est pas encore assez passé dans l'inconscient général qu'on parle de santé aussi et la prévention, c'est cela qui est difficile parce que quand on parle de santé, les gens n'accrochent pas forcément autant que quand on parle de maladie PP2. Quand on leur parle de prévention pour éviter une maladie, on reste autour de la maladie, alors que quand on leur parle de manger, bouger, c'est quelque chose qui n'est pas pour éviter une maladie en particulier, c'est pour être en bonne santé et les gens ne viennent pas nous voir pour être en bonne santé, ils ne viennent pas nous dire –bonjour, je suis en bonne santé, je voudrais le rester ! Qu'est-ce que je peux faire ?- ça, c'est un vrai problème PP2, effectivement, du coup, on commence la consultation, on parle de la maladie, s'il nous reste un peu de temps, là, on va essayer de parler de santé T1 et on aura évacué le problème de la maladie et le patient sera satisfait d'avoir évacué le problème de la maladie et puis ça y est, les messages, ils sont déjà... »

M : « Et comment on pourrait faire justement pour améliorer les choses à ce niveau là ? »

P : « Il faudrait des consultations remboursées de prévention, qui n'existent pas O3. On peut le faire avec les enfants, je trouve à la rigueur, parce qu'il y a des examens systématiques ou avec des consultations plus légères sur des vaccinations... »F2

T : « La grossesse... »F2

P : « C'est vrai, qu'après, il y a toute une période où on ne voit plus les gens parce qu'ils sont globalement en bonne santé. »O4

Ma : « En particulier, je trouve qu'à la fin de l'adolescence et jusqu'à l'arrivée des premières maladies vers 40 ans, surtout pour les garçons, on ne les voit jamais en fait ! »O4

A : « Si, les certificats de sport, ça peut être un bon point d'accroche ! »F2

Ma : « Et c'est vrai qu'il y a toute une tranche de la population, alors effectivement, ils sont en bonne santé, donc tant mieux, mais il n'y a pas du tout de relation médicale et c'est un moment où ils sont sous médicalisé, enfin pas sous médicalisé, mais il n'y a pas de message qui peut passer parce que de toutes façons, ils ne viennent jamais voir le médecin ! »O4

M : « A., tu disais, le certificat de sport, cela peut être... »

A : « Oui, cela peut être un bon moment T3 pour faire un peu le même type qu'un renouvellement d'ordonnance chez quelqu'un d'un peu plus âgé, cela permet de revoir pour les vaccins, parce que la prévention, on n'en pas beaucoup parlé mais il y a aussi tout ce qui est vaccination, donc c'est important de sensibiliser les gens. »R1

Ma : « parler aussi du tabac aussi plus facilement... »

A : « Avec le sport, l'essoufflement éventuel, je trouve qu'il y a des points d'accroche quand même. »F2

Ma : « on dit que les consultations pour les certificats de sport ne sont pas remboursé par la sécurité, je trouve qu'à partir du moment où la personne vient se faire examiner pour faire un certificat de sport, on va prendre la tension, essayer de trouver des points d'attaches pour faire de la prévention, je trouve que c'est une consultation médicale quoi qu'il arrive et c'est la seule peut être qu'il va avoir dans l'année ou dans les 2 ou 3 ans. »O3

P : « D'ailleurs, qu'est-ce qu'ils font vos prats, moi, j'ai l'impression... »

Ma : « Moi, il les fait rembourser... »

: « Pas tous moi. »

P : « Parce que en général, quasiment tout le temps, on en a profité pour parler d'autres choses, et j'ai l'impression que globalement, elles sont remboursées. »

Ma : « Oui, elle est plus remboursée que non remboursée. »

M : « Ce qui est un peu sous entendu dans tout ce que vous venez de dire, c'est que le fait de faire de la prévention ou de l'éducation avec le patient, ce n'est pas tellement reconnu par la sécurité sociale, c'est ça que vous ressentez. »

T : « Moi, je trouve que ce n'est pas très reconnu par la sécurité sociale O3 et paradoxalement, c'est très reconnu par les assurances privées, qui beaucoup nous font des consultations quasi exclusivement de prévention avec un bilan complet et donc je pense que forcément s'il le font, au-delà du bénéfice pour la personne, je pense que si on veut penser en rentabilité, c'est pas forcément une mauvaise chose que de faire des consultations uniquement dédiées à la prévention. »R1

Mar : « Moi, je trouve quand même aussi, qu'il y a un petit effort que l'on peut faire quand on est interne ou médecin, c'est que très souvent, on a des femmes qui demandent –est-ce que vous pouvez me prescrire ça pour mon mari- notamment, quand je suis passée en suite de couches, il y avait le boostrix tetra à proposer aux femmes et à leur mari et le nombre de fois où les dames me disaient –est-ce que vous pouvez me faire ça pour mon mari !- et on en avait discuté et l'idée, c'est peut être de dire aux dames, non, votre mari, il va aller consulter son médecin généraliste, je ne fais pas l'ordonnance, c'est le médecin généraliste qui va voir un petit peu et en profitera pour parler des problèmes de santé et finalement, ça demandait un effort parce que c'est plus long de le dire et en plus T1 , on est mal vu quand on dit non PM3, mais je pense que c'est mieux. "PM2

P : « J'avais une technique parallèle du coup, je faisais l'ordonnance parce que je me disais que si je ne la faisais pas, c'était en néo-nat, si je ne la faisais pas en disant au mari d'aller chez son médecin traitant, globalement, je me disais peut être qu'il n'ira pas, alors du coup, je faisais l'ordonnance en disant que moi, je ne le faisais pas parce que le mari n'était pas hospitalisé donc je ne pouvais pas le faire et par contre je faisais l'ordonnance en disant aller chez votre médecin traitant et je me disais que j'avais peut être un petit peu plus de chance qu'il y aille vraiment PM2. Et j'espère que le médecin traitant en profite pour parler d'autres choses que faire simplement la vaccination PM1. »

Mar : « Mais c'est vrai que ce problème là de la femme qui fait trop de chose pour son mari, qui dit, si vous pouviez me faire un ordonnance pour lui, souvent pour des trucs basiques, des fois, il faut les stimuler pour dire, peut être que votre mari doit aller chez son généraliste et des fois, je pense qu'on peut faire de la prévention auprès des femmes, on peut leur dire que c'est un important, elle, elle est

suivie parce qu'elle a son suivi gynéco etc., c'est important que votre mari se fasse suivre. On devrait, et je ne le fais pas assez, on devrait plus leur dire et votre mari, est-ce qu'il est suivi... »PM2

M : « Alors, on va passer à la troisième question, parce que le temps passe vite et vous avez abordé la deuxième question spontanément en donnant des exemples pratiques. Donc la troisième question, c'est comment vous concevez votre place de médecin dans la relation avec un patient atteint de maladie chronique et comment vous concevez la place du patient aussi ? »

Mar : « Tu peux reposer la question... »

Rires

M : « Comment vous trouvez votre place dans la relation avec le patient atteint d'une maladie chronique et comment vous concevez la place du patient ? »

P : « Je pense qu'il faut quand même lui expliquer ce que c'est que sa maladie PM1 mais après... C'est une démarche que je fais actuellement mais je pense que l'on a trop tendance à vouloir les soigner et il faut vraiment être à l'écoute et qu'est-ce que le patient veut faire, est-ce que ça le dérange ou pas, est-ce qu'il a conscience des complications qu'il peut y avoir et est-ce qu'il veut faire quelque chose, parce que de toutes façons, s'il ne veut pas faire, on aura beau prescrire, dire qu'elles sont les complications... ça ne mènera à rien et le patient sera déséquilibré... il faut vraiment faire ce à quoi est prêt le patient ! »PM1 PP3

M : « Et comment tu fais pour savoir ça ? »

P : « ...euh... il faut lui demander quels sont ses objectifs ! qu'est-ce qu'il sait de sa maladie, qu'est-ce qu'il veut en faire ? Quels sont ses objectifs de vie pour pouvoir proposer après une thérapeutique ou une prise en charge adaptée à ce qu'il veutPM1. Si a un moment de sa vie, de toutes façons, la tension n'est pas le souci parce que sa femme est malade ou je ne sais pas quoi, malheureusement, il faut peut être accepter ça, parce que de toutes façons, lui prescrire un traitement et lui dire qu'il risque l'AVC, ce n'est pas le moment, il n'entendra pas, il prendra peut être pas le traitement. »PP2

M : « Comment ça s'appelle de faire ça, est-ce que ça vous parle, est-ce que ça vous dit quelque chose ? »

E : « Ca ressemble à l'éducation thérapeutique... »

Ma : « De faire quoi ? De faire peur au patient ?

M : « Non ! » rires

P : « C'est le diagnostic éducatif. »PM1

Obs : « Tu as l'impression que ce qu'à dit P., c'était faire peur au patient. »

Ma : « Non, mais c'est ce qu'elle a dit à la fin, de dire qu'il y avait un risque d'AVC. »

Obs : « Ah oui, d'accord. »

P : « Non, justement, je me dis qu'il ne faut pas dire ça, enfin, je ne sais pas. »

Mar : « En tous cas, moi, je pense que c'est bien de rendre le patient sujet et de lui dire –c'est vous qui êtes sujets et c'est en fonction de ce que vous allez choisir de faire et de ce que vous ferez que...
Moi, je n'y peux rien, je vous explique simplement et c'est vous qui décidez- oui, c'est rendre le patient sujet. »PP3

A : « Acteur de soinPP3, non, c'est ça ?... je ne sais plus, il y a des termes maintenant. »

M : « oui, est-ce que vous connaissez des termes justement par rapport à ça ? »

A : « acteur de sa maladie... »PP3

P : « et le médecin est accompagnant CR7, il ne faut pas se poser en juge ou gendarme CR7, il ne faut pas que le patient vienne chez nous en se disant –ohlala, mon hémoglobine glyquée est à 9, je vais me faire gronder ! On peut être là juste pour l'aider et pas pour lui dire –bon ben qu'est-ce que vous avez fait ! »PM1

M : « Et justement, quelles compétences le médecin doit avoir pour ça ? AS ? Est-ce que tu as des idées par rapport à ça ? »

AS : « Pour être entendu...psychologue CR7...rires... je ne sais pas si cela s'acquière ? On a peut être des consignes pour faire que le message passe mieux, ne pas s'énerver, avoir une attitude positive CR7 peut être mais moi, je reste très en colère, j'ai du mal quand les gens ne font pas forcément ce que je dis et je sais que je réagis comme ça et je sais qu'il faut que je fasse attention, enfin, je le dis, je ne l'exprime pas au patient mais c'est vrai que j'ai tout de suite un mur. Je me dis, de toutes façons, il ne m'a pas écouté ; le résultat est là, qu'est-ce que je vais dire de plus PM3 et je sais qu'il faut que je travaille dessus,R3 mais après, je ne sais vers qui m'adresser ou m'inscrire pour apprendre à faire ça, je n'en ai aucune idée. »AQ5

Mar : « Moi, je me rends compte que je ressens un petit peu la même chose que toi et je me rends compte que des fois, j'arrive à calmer un peu ma colère si je valorise un peu le patient PM3 et que j'essaie de lui dire qu'il y a forcément un truc de bien, faut que j'arrête de m'énerver et en fait, des fois, le fait de valoriser le patient, on se calme tout seul PM2. Moi, je m'en rends compte parce qu'il y a des moments où je me disais arrête de te mettre dans des états pareils, rien que dans ta tête, ce n'est pas bon pour toi... » PM3

Rires

P : « J'ai lu un bouquin, il n'y a pas longtemps –s'asseoir pour parler- c'était sur l'annonce d'une maladie grave, du coup, j'ai l'impression d'avoir tiré des choses pour par exemple l'éducation thérapeutique AQ3, mais j'aurais tendance à essayer, parce que je ne pense pas avoir mis encore en concret, de poser une question, j'imagine le patient qui arrive avec son HbA1C à 8 ou 9, et au lieu de lui dire – qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce que vous avez fait ?- j'aurais tendance à poser une question genre –qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que ça vous inquiète ?- une question plus ouverte et pas négative. »PM1

Ma : « Tout ce que vous racontez, ça a un sens si le patient a conscience de pourquoi on le traite PP4, qu'est-ce que ça veut dire une HbA1C... il y a déjà des pré requis et on est quand même bien obligé de leur dire et je pense que traiter quelqu'un pour le diabète sans lui expliquer les complications

neurologiques, rénales... sans vouloir forcément effrayer le patient, mais un patient qui est diabétique, il n'a pas de symptômes, donc faut quand même qu'il sache, on ne traite pas un chiffre, c'est pas ça le but, après le chiffre, il nous aide à savoir si oui ou non ça va, mais il y a quand même des choses que l'on est bien obligé de dire CR5... enfin le patient n'est peut être pas prêt à l'entendre, mais c'est compliqué. »PP4

M : « Donc d'après toi, quelles compétences cela requiert pour ça ? »

Ma : « Une grande compétence d'adaptation face à chaque patient et encore une fois, de la communication. »CR3

AS : « Peut être un peu d'empathie CR7. Mais je ne sais pas si c'est bien de se placer dans l'empathie complète aussi, parce qu'on a un rôle de les secouer aussi CR7 pendant que eux... sont pour certains très passifs PP1, mais c'est vrai que, on revient sur le problème que je suis une interne, je ne suis pas le médecin de famille et il ne nous raconte peut être pas toute leur vie non plus quand ça ne va pas, quand il y a des choses peut être un peu plus profonde que juste le fait qu'il mange trop de sucre CR8, mais je ne sais pas, peut être un peu d'empathie mais pas trop... »

M : « Mais, c'est quoi l'empathie pour toi ? »

AS : « C'est arriver à se mettre à leur place pour ce problème là et essayer d'entendre pourquoi ils n'arrivent pas à appliquer ce que nous, on leur explique de façon très carrée et très claire, essayer d'être un peu plus ouvert d'esprit, de ne pas être borné à des chiffres, à des théories d'application d'éducation thérapeutique etc PM1.... je trouve ça dur dans le sens où la consultation est très courte T1, on ne les connaît pas très bien et puis nous, on voit tous les dégâts que peut causer le diabète à long terme et on n'entend pas que là, au boulot, ils sont un peu stressé, et bon, on peut être un peu stressé mais ça ne vous empêche pas de ne pas manger de sucre. »PM3

M : « Et est-ce que cela t'es déjà arrivé à la fin d'une consultation de te dire que là tu t'es sentie en empathie avec un patient ? »

AS : « Pour les... les petits vieux, j'allais dire... les messieurs un peu âgés qui ont de la tension et il y en avait un, une fois, dont la femme n'allait pas bien, il s'occupe d'elle, elle est Alzheimer et il gère tout et il est très mignon et c'est vrai que dans ces cas là, la tension, si elle est à 16... c'est pas là que je vais dire... »

M : « Quelle différence tu fais entre sympathie et empathie dans ce cas là ? »

AS : « La sympathie, c'est une émotion ressentie à la place du patient, alors que l'empathie, c'est se mettre à sa place, je ne sais pas si je m'exprime très bien... »

M : « est-ce que quelqu'un veut rebondir... »

P : « J'ai ressenti de la sympathie dans ce que tu disais et je pense que je l'aurais ressenti aussi PM3 et du coup, l'empathie, je dirais plutôt comprendre pourquoi le patient souffre mais pas souffrir avec lui CR7, j'ai l'impression que du coup, là on se dit, oh le pauvre ! Et j'ai l'impression que l'on souffre un peu avec lui parce qu'on sait très bien que de s'occuper de son épouse Alzheimer, ça doit être abominable, c'est difficile... »

M : « Et est-ce que cela vous choque de ressentir cela ? »

P : « Non, tant que l'on sait ce que l'on ressent. »PM3

Mar : « Oui, et puis, il y a des limites quand même, parce qu'il y a des fois où cela m'arrive de repenser à des situations le soir et je me dis que ce n'est pas bien, on n'est pas là pour souffrir, enfin souffrir, ça va un peu loin quand même, mais des fois, c'est un petit peu ça quand même, d'être pas bien, parce qu'on se dit que le patient n'est pas bien du tout, son histoire, c'est affreux et je pense qu'il faut savoir quand même garder des distances pour se protéger. »PM3

M : « Ca aussi, c'est des compétences à avoir quand on fait de l'éducation ? »

Mar : « Oui, je pense que c'est essentiel, sinon on ne peut pas en faire toute sa vie, je pense qu'on apprend à prendre des distances, après, il faut apprendre à ne pas en prendre trop et je trouve que c'est vachement difficile, il y a des moments où on en prend trop, on se dit là, je devrais ressentir un peu plus de truc et des fois, on se dit, il faut que j'arrête d'y penser... »PM3

P : « Je pense que c'est ça l'empathie, mais c'est dur de doser, mais je pense que c'est cela, prendre la souffrance des gens sans souffrir. »CR7

T : « Moi, je pense en plus que si on n'est pas dans cette empathie, on peut difficilement aider la personne CR7! Quand tu dis que tu rapportes des choses à la maison et cela m'est arrivé aussi dans certains cas, à chaque fois, c'était des situations pour lesquelles je m'étais trouvé en grande difficulté pour aider la personne. Je vivais sa souffrance avec elle mais du coup, je n'avais plus cette objectivité et cette capacité à prendre des décisions pour pouvoir l'aider. »PM3

Ma : « C'est pour ça aussi qu'on nous recommande, et je pense que tout le monde en a fait l'expérience une fois, de ne pas soigner nos proches parce qu'on ressent trop de sympathie, de sentiments et d'émotion PM3 mais après en médecine générale, je pense qu'on est suffisamment proche de nos patients pour avoir des patients « sympathiques » parce qu'on les connaît aussi parfois ailleurs, surtout dans les campagnes où tout le monde se connaît dans le village, mais cette distance là, elle est vraiment difficile à trouver. »PM3

M : « Et comment vous faites quand vous êtes en difficulté comme ça avec des patients ? »

Mar : « moi, déjà, je sais que j'en parle après mais j'ai la chance d'avoir à la maison quelqu'un qui est du milieu donc ça le traumatise pas des fois quand je lui parle des situations, mais pour moi, c'est essentiel d'en reparler et juste d'en reparler des fois, cela fait du bien PM3 et avec les patients, des fois je me dis que je ne suis pas bénéfique, je ne sais pas quoi lui apporter. Il y a des fois, où je n'ai même pas de solution, je me dis, on va essayer de finir la consultation au mieux, mais je ne donne pas de solution et la solution PM3, je me la trouve juste pour moi après pour aller mieux. »

M : « Les autres, est-ce que vous avez des solutions à apporter dans des cas comme ça quand vous êtes en difficulté ? »

T : « Je pense qu'une chose que j'ai réussi à faire, c'est quand je suis en difficulté professionnelle quand je suis en consultation parce que j'éprouve une colère vis-à-vis de l'attitude du patient PM3 ou parce que justement, je suis trop pris dans son truc, c'est justement de le dire ! De dire dans la consultation –écoutez, ce que vous faites, ce qui se passe, moi, voilà ce que je ressens, je suis votre médecin, à priori, je ne devrais pas ressentir tout ça- et après, on fait un retour PM2, ça fait un échange et ça permet de replacer chacun dans sa position et chaque fois, cela m'a aidé de faire ça. De dire au patient, même quand je suis en colère de dire –écoutez, ça me mets en colère ce que vous faites.- et à partir de là, pouf, ça y est plus de colère ! »R3

Mar : « Et il te dit quoi le patient ? »

T : « Et bien souvent, le patient, ça peut arriver qu'il se braque, mais de toutes façons, finalement, en étant en colère, je n'aurais pas apporté grand-chose, à la limite, s'il se braque, bon bah tant pis ! Mais ça a permis parfois de faire prendre conscience au patient qu'effectivement, on fait le constat tous les deux que ce n'est pas une situation qui peut apporter quelque chose, mais le fait de l'avoir dit de mon côté, ça dégonfle le truc et on repart sur d'autres bases et ça se passe bien en général. »R3

M : « Si on remet un peu plus l'accent sur le patient, quelle place vous lui donnez au patient là dedans ? »

A : « Je pense que nous, on est au-delà de la prévention où on peut être à l'initiative de pas mal de choses, le patient vient pour un motif, pour avoir une réponse, pour qu'on l'aide, nous notre rôle, à mon sens, c'est de répondre à sa demande. »R1

T : « Je le considère vraiment comme un acteur PP3, je me considère comme quelqu'un qui est à sa disposition PM2... acquiescement général... je fais souvent le comparatif avec les juristes par exemple, ou un avocat, la personne vient, elle a un problème et elle veut obtenir un résultat, elle dit voilà mon problème, aidez moi à le résoudre et moi, je me sers de la médecine, des mes « compétences », pour pouvoir en tant que détenteur de la connaissance et donc, je lui apporte mon expertise PM2, mais c'est lui qui apporte la question PP3. Mais ça ne recouvre pas non plus tous les aspects de notre travail, parce qu'effectivement, je disais tout à l'heure qu'on était là pour les sensibiliser à certaines choses sans même qu'ils apportent quelque chose eux-mêmes PM1, là, on est plus vraiment dans cette optique là. »

M : « Là, on n'est plus dans le cadre d'un patient qui a une maladie chronique. Quand il y a une maladie à la base... tu dis que tu lui apportes tes connaissances, est-ce que parfois tu te dis, je suis limite au niveau de mes connaissances, je ne sais pas quoi lui apporter et qu'est-ce que tu fais dans ces cas là ? »

T : « En fait, je ne lui apporte pas uniquement mes connaissances, je lui apporte mon savoir faire aussi et donc comme l'avocat ira chercher dans le code l'article dont il a besoin pour résoudre le problème, moi, je vais sur internet chercher la recommandation, le texte de référence ou je vais ouvrir un bouquin qui va m'aider à résoudre le problème relationnel que j'ai avec ce patient là, pour trouver des solutions pour trouver la meilleure manière d'aborder la relation avec lui. On n'est pas uniquement des « sachants », on sait trouver, on sait faire. »AQ3

Ma : « Il y a aussi la possibilité d'adresser à un confrère, de commencer un suivi en alternance avec un endocrinologue, des choses comme ça. »CP2

Mar : « par rapport au patient acteur, je pense aussi que c'est important de poser des questions au patient pour que le patient réponde lui-même et trouve lui-même les solutions PP3, c'est-à-dire, par exemple, par rapport au résultat d'une HbA1C, qu'est-ce que vous avez trouvé compliqué ? Comment ça s'est passé pour vous ce mois ci ? Qu'est-ce que vous voulez de neuf, est-ce que vous avez des questions ? Je pense que lui poser des questions PM2 et que ce soit lui qui y réponde avec ses propres solutions à mon avis, cela lui donne plus le rôle d'acteur PP3 que si on se dit... Enfin, c'est vrai ce que tu dis sur le médecin qui a une connaissance médicale etc.... mais il y avait un prat qui m'avait dit, on ne te demande pas de débiller des connaissances, on te demande de faire avec ces connaissances pour que le patient s'y retrouve et je pense que c'est assez vrai. Laisser le patient trouver par lui-même PP3 et en même temps orienter de temps en temps et savoir dire, oui, ça c'était très bien, il faut continuer comme ça, ça, ça fait partie effectivement de ce qui est bien à faire CR4. Parce que dans une consultation en fait, je suis sûre que ce n'est pas le patient qui parle plus de la moitié du temps, souvent on parle en se disant, il faut que je fasse passer tant de messages, mais on parle trop et le patient n'est plus acteur. Nous, on essaie de faire passer notre message et ce n'est pas ça que l'on nous demande peut être... »R3

T : « Tu fais référence à une technique de communication que j'ai apprise dans un livre qui s'appelle « la technique du pied dans la mémoire »AQ3, c'est-à-dire, il est prouvé par des recherches en psychologie méthodique que de demander à la personne en face de toi, de se remémorer une action ou une conduite, de réfléchir sur un sujet de son expérience, ça l'amène à changer ses conduites dans le futur. C'est-à-dire, tu amorces une réflexion en faisant ça et c'est une méthode de réflexion aussi pour l'amener à quelque chose, pour l'amener à améliorer... sa prise en charge diététique pour améliorer ses résultats d'HbA1C, tu l'as amené à réfléchir par lui-même, c'est une méthode de communication ! »PM1

E : « Cela revient beaucoup dans notre conversation, la communication, ça me semble le centre du truc ! »CR6

P : « Pour les patients qui nous posent problèmes, il y a peut être une autre solution aussi, c'est parfois en parler à un confrère médecin généraliste. Nous, c'est assez pratique, parce que l'on a nos prats mais je me dis après dans un cabinet, dans l'idéal, cela peut être bien de discuter, de savoir comment l'autre qui exerce à côté voit la chose et comment il aurait pu faire. Des fois, je suis sûre qu'un collègue peut nous donner un bon truc en nous disant, peut être que moi j'aurais fait ça ou... je sais que ça se fait dans certains cabinets ou entre médecin. »CP2

E : « Comme nous, on a besoin d'en référer à d'autres confrères, le patient, je pense qu'il a besoin d'en référer à d'autres patients. Du coup quand on arrive à la limite d'une communication, qu'on ne sait plus quoi faire, je trouve que cela peut être pas mal de faire appel aux réseaux, aux associations. Je trouve qu'en médecine générale, on n'y pense pas forcément assez. Au réseau asthme, ils disaient qu'ils avaient un problème de recrutement, je trouve que dans le réseau, on peut avoir les différentes étapes de l'éducation thérapeutique que l'on va avoir plus de mal à mettre en place tout seul ou au cabinet. »CP2

M : « Tu parlais du réseau asthme, c'était dans le cadre de la journée de formation ? »

E : « Non ; c'était dans le cadre d'un DU de médecine préventive de l'enfant, du coup, on avait les différents réseaux qui étaient présentés AQ3 et ils avaient un problème de recrutement auprès des médecins généralistes. Peut être aussi qu'il y a un problème de formation, c'est vrai qu'avant, j'entendais parler des réseaux, après, je me disais que c'était plus hospitalier, alors que non, c'est aussi pour les patients que l'on suit nous ! »AQ5

M : « Et donc toi, dans ta pratique, c'est quelque chose que tu intégreras ? »

E : « Oui, c'est quelque chose que j'essaierai de faire, alors qu'avant, c'est quelque chose auquel je ne pensais pas forcément et puis surtout l'évolution, savoir ce que le patient sait, ce qu'on lui apprend, ce qu'il sait, comment on peut évoluer comme ça... C'est peut être plus facile à mettre en place dans un réseau où il y a différents acteurs, il n'y a pas que le médecin. »CP2

Ma : « Je pense que changer d'acteur, c'est vraiment important pour avoir... pas des discours différents mais dans la façon de les dire, la façon de l'énoncer CP2. Ca nous arrive souvent d'être à l'hôpital et de dire est-ce que ça, on vous a expliqué ? – ah bah non, ça, on ne m'a jamais expliqué !- alors que probablement, on lui a déjà expliqué et que c'est passé au travers PP4 parce qu'on ne l'a pas dit de la même façon, il y a aussi tout le contexte et quand on est plusieurs intervenants, l'endocrinologue a un discours sur le diabète, le médecin généraliste en a un autre, enfin dit différemment et comme dans tout apprentissage, le fait d'avoir différents sons de cloche, ça permet de pouvoir intégrer différentes choses à différents moments. »CP2

P : « Et puis les réseaux, je pense permettent d'aborder la maladie hors contexte médical aussi, parce qu'ils se retrouvent entre plusieurs patients avec peut être des médecins mais qui ne sont pas là derrière un bureau, ce n'est pas pareil, on discute, on parle de nos expériences, tout le monde est là pour entendre et pas pour flécher un résultat ou une thérapeutique qui a mal été prise et ainsi de

suite. Et puis, ce n'est pas que le médecin-patient, il y a d'autre personnel soignant, des infirmières ou des psychologues... »CP2

Ma : « Patient/patient aussi... »

P : « Oui voilà. »

A : « on est peut être moins... Dans le cabinet, on est peut être trop dans l'optique de vouloir guérir ou soigner qu'en groupe de parole ou dans les réseaux, c'est plus accepter la maladie, comment mieux vivre avec, plus que guérir soigner... Oui, il y aura des crises d'asthme, oui, j'en referai, je sais que j'ai cette maladie là, je sais comment la gérer, pour la prendre en charge plus tôt et mieux parce que j'aurai compris et pour les enfants, je pense qu'ils comprennent énormément de choses mais il faut prendre le temps d'expliquer et dans les réseaux, je crois que c'est asthme 44, il y a des journées où là, il y a un vrai travail sur comment accepter la maladie et comment je vais vivre avec, plus que de soigner et guérir. »CP2

M : « Et ça, tu penses que c'est plus au sein des réseaux que cela doit être fait ? »

A : « Je pense que c'est notre rôle aussi, mais c'est peut être plus difficile parce que nous, au niveau temps de consultation T1, mettons un enfant qui vient pour une crise d'asthme, on va traiter la crise d'asthme, ce ne sera pas le moment opportun pour parler de... enfin, on va faire une piqure de rappel sur les premiers signes, sur comment gérer la crise et tout ça, mais on ne peut pas tout aborder sur cette consultation qui est un moment de crise. »O1

P : « Parfois le temps manque T1 et parfois, on n'a pas le matériel, cela peut être bien de dessiner un truc... il faut essayer de le faire bien sûr, c'est l'idéal, mais de temps en temps, cela peut être bien de faire rentrer un patient dans un réseau ou de nous même participer à un réseau pour pouvoir leur communiquer des choses sur la maladie d'une autre manière que verbalement, en parlant de physiologie et des complications... »CP2

T : « Les réseaux, ça peut aussi abolir le problème du nombre, dans un cabinet, on est un médecin versus un patient, là il y a un ou deux médecins versus pleins de patients, donc forcément le principal acteur c'est le patient si on arrive à bien trouver le fonctionnement, mais on est remis forcément à notre place de médecin, seulement accompagnant plutôt qu'acteur principal. »CP2

Ma : « Cela ne résout pas le problème des gens qui ne veulent pas être soigné ! Ce que je veux dire, c'est que par définition, celui qui ne veut pas se soigner, il ne veut ni du réseau, ni de l'hôpital quand c'est en cas d'extrême nécessité. Mais on se retrouve facilement dans l'impasse avec des gens qui font leur HbA1C tous les 2 ans et qui est à 13 et on ne sait pas quoi faire, parce qu'encore plus en ville qu'à l'hôpital, on ne peut pas obliger les gens à se soigner PP4. C'est ce dont on a parlé tout à l'heure, tous ces réseaux c'est très bien mais c'est déjà sélectionné des gens qui sont déjà intéressé par la maladie, qui ont déjà pris conscience de certaines choses, de leur maladie, de leur problème et du coup qui ont envie d'échanger. C'est des gens qui sont déjà très sélectionné par rapport à la population générale que l'on voit tous les jours. »

Mar : « C'est pour ça qu'il faut être très humble en fait, il faut être réaliste, on ne va pas changer le monde et il faut se faire à cette idée là !!! »CR7

Rires

Mar : « Non, mais c'est vrai, on ne peut pas sauver tout le monde ! »PM3

P : « Il faut accepter qu'il y ait des gens qui ne soit pas prêts à se soigner, j'y pense de plus en plus PM3, je pense qu'au départ, on part en se disant qu'il faut... »

Ma : « On a beaucoup d'illusions qui sont en train de tomber chez le prat ! »

P : « Oui, mais en même temps, si les gens ne sont pas prêts à se soigner, je ne vois pas pourquoi nous... il faut être là et essayer de temps en temps de les entendre, on ne peut pas ignorer, on ne peut pas dire, c'est pas grave, vous avez 20 de tension, vous voulez rien faire, ce n'est pas grave, il faut dire un petit peu PM1... mais c'est vrai qu'après... »

Ma : « tout à l'heure, dans les différentes méthodes, on disait il faut réprimander, il ne faut pas faire le gendarme etc.... mais des fois, il y a des gens qui ont besoin de ça. On leur fixe un objectif, vous voulez perdre 30kg, on se revoit tous les mois, il y a des gens qui ont besoin d'avoir un espèce de cadre et ça c'est difficile aussi parce qu'on ne nous demande pas d'être comme ça mais si on l'est, des fois, ça marche, des fois, ça ne marche pas du tout PM2, il y a des gens qui vont arrêter le suivi parce que c'est trop rigide O4. Encore une fois, est-ce qu'il faut que ce soit à la demande du patient, un patient qui veut quelque chose de très strict qui dit, je veux vous voir une fois par semaine... je pense qu'il n'y a pas qu'une seule méthode, ça c'est clair. »

Obs : « Ca vous est arrivé dans des situations difficile comme ça où vous avez l'impression que les gens ne veulent absolument pas se soigner, de vous intéresser et d'approfondir les croyances que le patient avait ? »

Silence

Ma : « faudrait que j'ai un cas précis en tête mais...je vois pas »

Obs : « je ne vous parle pas de ces croyances religieuses, je parle des croyances et des représentations qu'il a de sa propre maladie. »

Ma : « oui, oui. »

Obs : « est-ce que ça vous est arrivé déjà dans une situation où vous êtes dans une impasse absolue comme ça, d'explorer les croyances et les représentations du patient ? »

Silence

Ma : « je pense que oui, après, c'était dans un cadre particulier, parce que j'avais fait un stage en Afrique et les gens pensait que le cœur était là, parce qu'il sentait le cœur battre ici, des choses comme ça. »

Obs : « Non, je vous parle de votre patient lambda, à la maison, celui dont vous parlez qui a une HbA1C à 13 et qui vient tous les 3 ans, c'est ce que vous nous avez donné comme exemple, donc vous avez peut être appris à interroger les croyances en Afrique mais du coup est-ce que ça vous arrive de le faire pour des patients avec lesquels vous n'arrivez pas à avancer ? »

Ma : « Non, je ne pense pas, mais encore une fois, je n'ai jamais vraiment vu faire et je ne saurais pas forcément faire, je pense O7. On ne m'a jamais, même si j'ai i pleinement conscience qu'il y a des patients pakistanais, qui viennent de... »

Obs : « Non, je vous parle de votre patient vendéen, français. »

P : « Moi, ça me donne un exemple du coup, je ne l'ai pas fait intentionnellement mais une dame qui avait une acfa en cardio et on voulait la mettre sous préviscan et puis ça ne passait pas, elle ne voulait pas, tous les jours à la visite, c'était non, pourquoi et en fait, c'est elle qui nous l'a dit mais je pense qu'on aurait pu lui demander. Le préviscan pour elle, c'était représentatif de son mari qui était décédé quelque temps avant, visiblement d'un infarctus mais il avait du préviscan. Elle s'était mis dans l'idée que c'était le préviscan, on n'aurait peut être du lui demander, on ne l'a pas fait, c'est elle qui nous l'a amené. C'est peut être ça d'interroger sur les croyances et ses représentations. »06

M : « Bon, je pense qu'on va s'arrêter là, parce que vous avez dit pleins de choses intéressantes mais malheureusement le temps passe, on a exploré pas mal de choses intéressantes, merci beaucoup.

7.7 ANNEXE 7 : Verbatim compétents

M : « On commence avec la première grande question, qui est : qu'est-ce que recouvre pour vous les termes dépistage, prévention, éducation du patient ? J... »

J : « Je vais essayer. Euh... dépistage, c'est peut être essayer de mettre en évidence des pathologies ou un mal être chez un patient qui n'a pas encore développé de signe. Prévention, c'est faire en sorte de donner les renseignements, les conseils, pour qu'il ne développe pas de pathologie et le dernier terme, éducation, c'est prendre le temps nécessaire pour prodiguer conseils, informations pour que le patient ne développe pas de pathologie, ça revient un petit peu à prévention. DEF R1 Voilà, c'est pas facile. »

T : « Je peux prendre la parole, excusez moi, pour compléter ce qui s'est dit par rapport à la prévention, c'est surtout pour limiter les conduites à risque, enfin essayer de limiter au maximum les conduites à risques... »R1

S : « Et puis, l'éducation en santé, c'est une partie de la prévention en fait, pour moi.DEF

M : « Développe. »

S : « C'est-à-dire que pour faire de la prévention, il y a plusieurs choses que l'on peut mettre en place, et l'éducation, ça peut en faire partie. Expliquer, ça fait partie de la prévention. »DEF

A : « Peut être juste, sur l'éducation, il y a peut être... on peut faire deux choses différentes. L'éducation thérapeutique chez des patients qui ont déjà des pathologies et puis l'éducation en santé, sur des choses qui, du coup, recouvre la prévention. DEF Pour le reste, la définition du dépistage, j'ai oublié ce que tu as dit exactement, mais j'ai mangé les mots... »

J : « C'est mettre en évidence des pathologies avant... »

A : « Avant qu'elles ne s'expriment cliniquement. »

Ma : «Du coup, moi, dans le dépistage, je mettrais plus la recherche des facteurs de risques, tout ce qui concerne le tabac, l'alcool, où du coup, je ne suis pas trop d'accord avec la recherche des pathologies avant qu'elles s'expriment, je dirais plus que c'est la recherche des facteurs de risque qui peuvent entraîner différentes pathologies à terme. »DEF

T : « Dans le dépistage, je suis d'accord avec toi sur tout ça, mais on a aussi par exemple hémocult pour le dépistage du cancer du côlon, enfin toutes les pathologies qui existent et que l'on arrive a... Le frottis... là ; on n'est pas exactement pareil, la pathologie existe. »

C : « Moi, sur prévention, justement, je mettrais plutôt, faire une prévention adaptée à chaque patient, c'est-à-dire qu'un type de patient à des risques de développer une certaine pathologie en fonction de son comportement etc.... et donc, du coup, pour moi, la prévention, c'est plutôt comme tu disais S., de l'éducation adaptée au type de patient qui a certaines caractéristiques et donc, c'est à nous de nous adapter en fonction du patient. Et dépistage, moi, ça me fait plutôt penser à ce que tu disait T., moi, j'ai en tête, dépistage du cancer. On me dit dépistage, ça vient tout de suite, dépistage du cancer avec des examens complémentaires qui sont à notre portée pour faire du dépistage de

masse. Et l'éducation, moi, je rejoins plutôt A., pour moi, c'est donner des informations à un patient sur une hygiène de vie, sur la façon de prendre des médicaments ou de ne pas les prendre, notamment sur l'automédication et essayer de faire passer notre savoir à petite échelle pour qu'il puisse avoir une meilleure hygiène de vie en général. »DEF

M : « Ca, tu le mets dans éducation ? »

C : « Oui »

T : « Pour revenir à ce que disais M. aussi, elle nous parlait des facteurs de risque, je pense que l'on peut dissocier, dans les facteurs de risque, on peut parler d'éducation pour l'alcool, qui n'est pas un facteur de risque cardio-vasculaire mais un facteur de risque comportemental, mais les autres facteurs de risque qui sont accessibles au dépistage, qui sont les dyslipidémies, qui sont le diabète... je pense que l'on peut diviser ces deux aspects. »DEF

L : « Je pense aussi que l'éducation, ça va recouper aussi une partie de la prévention, par exemple, avec des jeunes filles, quand on va faire une éducation sexuelle, on va faire aussi de la prévention pour les M.S.T, pour l'I.V.G, enfin, finalement, ça va se recouper aussi dans certaines disciplines de la médecine générale, en faisant de l'éducation auprès des patients, on fait de la prévention finalement. C'est un double sens, en fait, on va délivrer au patient et après... c'est éducatif et préventif en fait. »DEF

An : « Moi, dans ma tête, alors, l'éducation, je mettrais plus par rapport à un patient donné, l'éducation par rapport à sa pathologie ou une pathologie que l'on pourra dépister. Du coup, de bien lui expliquer sa maladie pour qu'il la connaisse, qu'il comprenne, lui expliquer du coup les traitements que l'on va éventuellement mettre en place, un peu comme ce que tu disais (*s'adresse à C.*) pour qu'il prenne ou pas certains médicaments et l'éducation, c'est ce qui permettrait qu'il soit un peu le maître de sa maladie, par exemple, l'insuffisant cardiaque qui prend 3 kg en deux semaines, que ce soit de lui-même, qu'il vienne consulter pour ça R1 et voilà. Pour moi, l'éducation, je la mettrais un petit peu aussi dans vraiment plus personnelle, adaptée à chaque patient et à sa pathologie. »

L : « C'est rendre le patient acteur de soin, on n'est plus du tout dans le mode paternaliste où on dit il faut faire ci, il faut faire ça, parce qu'on sait très bien que ça ne marche pas auprès des patients. Là, c'est vraiment lui donner le pouvoir d'être le propre acteur de sa maladie et de sa santé. »PM1

C : « Lui donner un petit peu de notre savoir pour qu'il puisse avoir des clefs en main pour être maître de sa pathologie. »PM1

M : « L., est-ce que tu avais fini de dire ce que tu voulais dire ? »

L : « Sa pathologie et SANTE, parce que avant même qu'il soit malade, c'est lui qui est acteur effectivement de préserver sa santé et là, on va retrouver la prévention des facteurs de risque cardio-vasculaire, enfin tout ça en fait, c'est lui qui sera à même avec ce qu'on va lui transmettre de décider de l'hygiène de vie qu'il veut avoir, de comment il va se comporter, c'est pas à nous de lui dire fait-ci, fait-ça, on ne peut pas être dans l'autoritarisme ou le paternalisme, c'est eux qui sont acteurs de soin... Enfin, acteur de leur santé quoi ! » PM1 PP3

J : « On parle beaucoup de la pathologie, mais je pense que l'éducation, cela peut être aussi auprès d'un patient qui n'est pas malade. L'éducation, cela peut être aussi apprendre à un patient à ne pas consulter parce qu'il a le nez qui coule R1 pour moi, il faut évoquer ça qu'on avait pas évoqué. »

Acquiescement de C qui poursuit...

C : « Où apprendre aux parents à savoir temporiser devant une fièvre ou savoir à quel moment s'inquiéter sur une bronchiolite, à quel moment faire appel à un médecin. »

M : « Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ? Autour de cette première approche, on va approfondir. Et tout ce que vous venez de dire, vous pensez que vous l'avez appris dans quelles circonstances ? Où est-ce que vous avez l'impression d'avoir appris tout ça ? »

L : « C'est quand même plus en pratiquant au cabinet finalement AQ4, parce que ce que l'on nous a transmis par le biais de la médecine hospitalière, par le biais de la théorie, c'est de la théorie AQ2! Et finalement dans le cabinet, c'est ce dont on parlait hier, il faut être humble CR7, on se rend compte qu'on ne peut pas tout faire, tout gérer, on ne peut pas faire à la place des gens PM2 et du coup, moi je pense que tout ça, prévention, éducation, c'est vraiment en pratiquant au fur et à mesure qu'on va se rendre compte de ce qui va marcher avec tel patient et pas avec un autre... et puis cela va prendre son sens, en pratiquant à ce moment là... » AQ4

S : « C'est sûr qu'avant d'avoir été interne, on avait juste des bases théoriques très larges AQ2 mais on n'avait pas mis en pratique et on découvre et on progresse tous les jours en fait dans ces domaines là. »AQ4

J : « Juste quand même pour dire, les outils de dépistage, en particulier de dépistage, on les apprend beaucoup dans nos études, vraiment sur les bouquins, faut pas renier ça ! »AQ2

S : « Pas trop pour l'éducation et pas pour la prévention. »AQ2

E : « Je suis d'accord avec J., c'est ce que je voulais dire, les bases, on les a quand même apprises à la fac ; dans les livres et les cours AQ2, après la mise en pratique, c'est notre métier de médecin généraliste, je trouve que c'est important chez le praticien, qu'on soit deux, que l'on puisse comparer les pratiques. »AQ1

T : « Moi, j'ai pas eu l'impression d'apprendre des choses utiles, entre guillemets, pour cette thématique jusqu'à la fin de l'externat, c'est vraiment pendant l'internat que j'ai l'impression que l'on a appris des choses vis-à-vis de ça, parce que savoir qu'il faut faire une mammographie tous les deux ans, très bien, ça, on l'a appris AQ2, mais par exemple, de manière concrète, comment est-ce qu'on donne un test hémocult à un patient, des choses qui paraissent bêtes mais c'est important, je pense vraiment que c'est en stage chez le prat que l'on a appris ça. »AQ1

An : « Moi, je reviendrai quand même sur ce qu'on dit J. et E., c'est vrai que les bases, les facteurs de risque cardiovasculaires, toutes les choses que l'on va rechercher, dépister pour tel ou tel patient, on a quand même appris beaucoup de choses dans les premières années, très théoriques, je suis d'accord AQ2 et après, on applique plus en stage, chez le praticien également. »AQ4

T : « Je pense pas que ce soit le plus facile, enfin, on a appris le plus facile, le plus dur, c'est après... »AQ2

An : « Oui, la mise en pratique ! Je suis d'accord. »

A : « Pour la mise en pratique, on a besoin des bases en pratique et si on ne sait pas par exemple le fonctionnement de l'hémocult, on pourrait, je pense, beaucoup plus difficilement l'appliquer en pratique AQ2. Après, je pense aussi que pendant nos études, ce n'est pas ce qui est mis en valeur en priorité, ce n'est pas ce que l'on voit le plus finalement, on apprend beaucoup la pathologie. C'est assez catégorisé en pathologie, c'est pas la part la plus importante AQ5, mais je pense que ce qu'on appris en théorie, c'est important pour la pratique. »AQ2

L : « Moi, je vais rejoindre un petit peu ton idée, c'est vrai que ce que l'on apprend ; que le LDL doit être inférieur à 1,60, c'est bien beau, ce que l'on a appris, c'est la base, c'est la théorie mais c'est 25% de la pratique AQ2 parce que finalement ce n'est pas que le LDL soit inférieur à 1,60, c'est d'arriver à faire passer le message au patient qu'il faut qu'il fasse en sorte que son LDL soit inférieur à 1,60, que ce serait quand même mieux pour lui R1 et du coup, il faut arriver à ... Enfin, c'est toute la communication, la relation médecin-patient, c'est tout ce pan là sur lequel on n'a pas été formé à ça. AQ5 Accord général. Et du coup, des fois, on se retrouve face à des têtes de mules qui s'en fichent complètement PP2; oui c'est bien beau, LDL, ça veut dire quoi, 1,60, c'est bien mais pourquoi... nous, on sait que c'est bien pour lui, mais après, il faut arriver à lui transmettre ça CR5 et après à le mettre en pratique et c'est le gros de l'iceberg, nous, on a appris le tout petit bout qui émerge, tout le reste, on ne nous avait pas formé et préparé à ça. »AQ5

S : « Et ça, on apprend à faire face à ça avec les supervisions dans les stages chez le prat AQ1 ou en SASPAS souvent AQ4, et puis, avec les jeux de rôles pendant les cours à la fac, parce que c'est vrai qu'on a eu des cas cliniques où c'était cela en fait, c'était ce genre de situation là, comment faire face à quelqu'un qui a plusieurs FdRCV et avec qui on n'arrive pas à établir... à faire passer le message en fait, parce que ça on sait les facteurs de risques, on lui a expliqué mais après, on est dans l'impasse pour l'éducation, on ne sait pas trop comment s'y prendre mais avec les cours qu'on a eu et surtout les supervisions, j'ai l'impression qu'on apprend AQ1 et puis l'échange avec les collègues, voilà. »AQ3

A : « je voulais juste poser une question, maintenant que l'on a dit ça, qu'est-ce qu'on pourrait dire pour améliorer les choses pendant l'externat, qu'est-ce qu'il faudrait faire finalement en pratique pour améliorer les choses pour que ça nous aide plus, parce que c'est vrai que c'est la pratique qui aide beaucoup AQ4 mais comment faire pour que ça nous aide encore plus avec la théorie du coup. C'est difficile, je trouve de répondre à la question. »

Ma : « moi, je pense qu'il n'y a pas de réponse de toutes façons, on aura beau faire toute la théorie que l'on veut, tant qu'on est pas confronté à un patient qui est un peu une tête de mule entre guillemet et à qui on a du mal à faire passer le message PP2, de toutes façons... de toutes façons, je pense qu'on aura beau avoir tous les cours théoriques du monde, tant qu'on n'est pas confronté à la situation en temps réel, on ne peut pas savoir ni comment on va réagir, ni comment le patient va réagir, ni ce qu'il faut lui dire et en plus, d'un patient à l'autre, les mêmes messages vont passer différemment, il ne vont pas retenir la même chose PP4 donc je pense que malheureusement, il n'y a pas de solution miracle et que tant qu'on n'est pas devant des patients comme ça, on ne peut pas le savoir. »AQ2

C : « moi aussi, je suis d'accord avec M., je pense que... je trouve ça intéressant d'avoir des bases théoriques et très très important parce que si on n'a pas les bases, on ne va pas pouvoir construire

au-dessus, que ce soit des définitions ou apprendre par cœur, mais c'est le B.A.BA pour pouvoir commencer à construire quelque chose dessusAQ2 et après comment s'en sortir face au patient, je pense qu'on ne peut pas se rendre compte tant qu'on n'est pas face au patient AQ4 et confronté soit même parce que c'est une part de nous même que l'on met dans le dialogue à deux, ce sera différent si c'est un autre médecin qui le fait, parce qu'il aura une vision différente des choses et une façon de parler différente et donc il faut que nous, on se connaisse bien nous même aussi et qu'on apprenne à se connaître dans cette fonction là qui est de discuter et d'éduquer le patient, je pense qu'on se construit aussi au fur et à mesure dans la pratique PM2 et je pense que s'il y avait à le faire à la fac, ce serait de faire lors des compagnonnages avec des praticiens ou en SASPAS où du coup on est en confrontation et du coup on peut prendre du recul sur comment ça s'est passé, pourquoi j'ai réagi comme ça AQ4 et comment faire après avec ma propre histoire pour faire mieux la prochaine fois. »R3

T: « Je suis d'accord qu'effectivement, probablement, il faut agir par étape et la base théorique est un préalable effectivement pour pouvoir expliquer aux gens AQ2, mais malgré tout, je me demande, alors, je suis pas du tout spécialiste en ça mais, on pourrait pas être formé à des techniques de communication ou des techniques de relations AQ5, ou simplement qu'on nous donne des supports écrits à transmettre aux patients, des choses claires et évaluées qui pourrait nous aider dans la relation dans ces situations là qui sont finalement ultra courante et... »AQ5

L: « Je rejoins complètement ton idée, je pense que finalement, on ne puisse pas enlever l'expérience et la pratique, il y a quand même possibilité, je pense dans une formation initiale d'avoir un apprentissage de ces techniques de communication, ça existe dans d'autres métiers, en marqueting, ça existe aussi en médecine dans d'autres pays où ils sont bien plus formé que nous à cette relation médecin/patient et à toutes ces techniques de communications, de verbalisation, d'apprendre à gérer les patients difficile et ça peut être des bases, des outils, ça ne fera pas l'expérience mais ça peut nous donner des pistes pour justement ne pas être désarçonné dès le début et pouvoir mieux faire face... »AQ5

T: « De pouvoir peut-être voir un petit peu mieux quel est le type de personnalité du patient qui nous pose à nous problème R2, personnellement, pourquoi on réagit, pourquoi on est en confrontation vis-à-vis de ce patient R3. Là, on n'a pas une approche même théorique de ça dans notre externat. »AQ5

A: « Je vais être juste un peu provocatrice, mais on a eu quelques cours sur la relation médecin/malade pendant l'externat et c'est vrai que c'est pas forcément les cours où il y avait le plus de monde, où on était forcément le plus intéressé, parce que tant qu'on n'a pas été confronté à la pratique, on ne peut pas répondre, on ne peut pas enrichir les choses et se réaliser vraiment ce que ça peut être. »AQ2

T: « Oui, c'est dommage! »

L: « C'est 2 heures et peut-être 2 heures trop tôt dans notre cursus. Et 2 Heures, ça ne résume pas tout, il faudrait un module, que ça se fasse vraiment, quelque chose qui ait du poids dans notre formation. »AQ5

T: « Après, je pense que c'est organisationnel, on travaille l'externat en vue du concours de l'internat et au concours de l'internat, jamais vous verrez un item avec quel type de personnalité à ce patient, comment va se passer son éducation... quand on parle d'éducation ou de prévention lors du concours de l'internat, ça va être « tous les combien vous faites la mammographie? », ça ne va pas être « comment vous allez faire passer tel message au patient? ». Et donc, partant de là, effectivement, je pense que les étudiants ne sont pas intéressés. »AQ2

S: « C'est pas du tout mis en valeur. »

M: « spontanément, vous avez repéré ce qui a facilité pour vous, en gros, c'est le prat, les jeux de rôles en formation, et ce qui fait obstacle, c'est le fait que tant qu'on est externe, on n'est pas mis en situation et que le concours de l'internat ne porte pas là dessus donc on ne voit pas trop l'intérêt de se former là-dessus. Une autre petite question subsidiaire, parmi vous, il y en a qui on fait le certificat optionnel de médecine générale pendant qu'ils étaient externe. »

Brouhaha général « Ca n'existait pas encore. » « Ca commençait tout juste... » « cela ne me dit rien »

T: « il y en a deux qui l'on fait dans notre promo. »

J: « Je crois que cela ne nous a jamais été proposé, cela ne me dit rien du tout, je crois que je ne sais même pas ce que c'est! »

M: « Vous avez du passer juste avant. »

A: « Moi, j'ai pas du tout mis les pieds dans un cabinet de médecine générale avant l'internat en pratique. »AQ5

J: « Moi, si si, on a fait des demi-journées à Nantes. »AQ1

T: « En 2^{ème} ou 3^{ème} année. »

L: « Mais même en hospitalier, avec les chefs, on pourrait avoir des débriefings qui soit pas forcément quand il a un OAP, on met combien de lasilix, ça pourrait être, je ne sais pas, dans une situation de décès brutal ou d'arrêt ou gérer un alcoolique aux urgences, on pourrait faire des choses parfois, des débriefings sur quelles ont été mes difficultés, comment j'ai pu gérer R3. Nous, on est très focalisé, même en médecine universitaire hospitalière, c'est toujours le traitement, la prise en charge, mais on ne parle pas du tout du penchant relationnel... communication quoi. »AQ5

M: « Mais même à travers ce que tu dis L., on ne parle pas du tout non plus de comment on aurait pu éviter d'en arriver là. »

L: « Oui, qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour que cet alcoolique n'aille pas taper son voisin, enfin, je ne sais pas, ou ne chute pas. »R3

J: « On est dans le soin actif en fait, plutôt que dans la santé... enfin voilà, c'est plus le soin. »

M: « Le soin dans le sens thérapeutique »

Ensemble « oui »

M: » D'accord, OK! Bon et je vous pose quand même la question même si ça ressortait pas mal, quelle importance vous accordez vous à cette fonction là, de prévention dépistage et éducation thérapeutique ou éducation du patient. »

J: « Moi, je crois qu'en médecine générale, c'est primordiale CR6 et c'est très peu valorisant parce qu'on n'a pas le temps, on est mal payé pour le faire, finalement parce que si on veut prendre le temps, on ne consulte pas, il y a un grave défaut dans notre système de soin à ce niveau là, on devrait pouvoir le faire avec plus de temps et plus les moyens de le faire et ce n'est pas le cas. »T1 O3

L: « C'est vrai qu'on est souvent, enfin moi, j'ai l'impression d'être frustrée assez souvent en fait parce qu'on n'a pas le temps T1 PM3, ou alors, on a notre petit régime sur un papier qu'on va donner en disant « bon bah, regardez, il faut faire comme ça. »CR5 Mais, du coup, prendre le temps d'expliquer au patient ce qu'il faut qu'il mange, qu'il ne mange pas et pourquoi, on n'a pas le temps, on peut pas tout gérer. Il faudrait les faire revenir que pour ça T5, mais du coup, les patients ne sont pas forcément aussi... ils n'ont pas forcément la volonté de revenir que pour faire la prévention PP2, c'est vrai que c'est pas trop valorisé. »T1

C: « Du coup, j'y avais été très peu confrontée lors de l'internat où j'ai fait plus de stage hospitalier, j'y pensais de temps en temps dans certaines situations mais c'était très bref et en même temps, cela ne me venait pas forcément à l'esprit, parce que c'était certainement pas les conditions idéales. O5 Maintenant que j'ai commencé un peu à remplacer, ça vient plus facilement, je trouve. On est plus dans une situation adéquate pour pouvoir faire de la prévention et de l'éducation AQ4 et c'est quelque chose qui me paraît essentiel CR6 et très intéressant dans la relation à l'autre et j'avoue que je n'avais pas trouvé qu'il y avait de la place à l'hôpital O5. Etant donné qu'on a fait 2/3 de stage hospitalier, c'est vrai qu'on n'y a pas vraiment été confrontée lors de nos études AQ5 mais maintenant, moi en tous cas, je trouve cela très intéressant et intuitivement, cela vient plus facilement qu'à l'hôpital. »AQ4

Ma: « Mais finalement, moi je trouve qu'à l'hôpital, on se décharge beaucoup de ce genre de chose sur le médecin traitant O5 mais c'est pas complètement illogique, parce que, quand ils sont hospitalisé, ils ne choisissent pas ce qu'ils vont manger, ils ne choisissent pas, enfin, tout est cadré pour eux, on leur dit à quelle heure se lever, à quelle heure se coucher, enfin voilà. Ils n'ont finalement pas beaucoup de décision à prendre au niveau de leur vie en général quand ils sont hospitalisé, donc, je trouve que c'est difficile de faire passer des messages quand ils sont à l'hôpital, parce que forcément ils ne font pas les choses PP1. Alors que quand ils sont rentré chez eux... Alors après, manque de temps en cabinet etc.... on est d'accord T1, mais je trouve que c'est plus logique de faire passer ça dans un cabinet de médecine générale qu'à l'hôpital parce que finalement tout est tellement cadré à l'hôpital que je trouve que ça a moins de sens de leur parler de tout ça quand ils sont hospitalisé que quand ils sont chez eux. »CP1

T: « C'est une mission spécifique du médecin généraliste. »CR6 CP1

An: « Moi, effectivement, je trouve que c'est pas beaucoup fait à l'hôpital, mais c'est peut-être dommage O5, parce que, à la limite, si c'est une question de temps, on aurait presque plus le temps à l'hôpital T1. Parce que si on change son traitement pour une raison X ou Y, ce serait bien de prendre le temps de lui expliquer pourquoi on lui met ce médicament là, à quoi il sert... enfin de lui expliquer, parce que effectivement, il prend ses médicaments CR5, on lui sert tous les matins et tous

les soirs et puis il ne sait pas ce qu'il prend et du coup cela pourrait être intéressant de mettre l'hôpital un peu plus actif dans tout ce qui est éducation aussi et puis la prévention et le dépistage, je pense que ça pourrait avoir une place importante. Après, c'est vrai que le médecin généraliste, il garde une place privilégiée parce qu'il connaît mieux les patients, il sait plus leur habitude de vie... CP1 donc il pourra avoir un discours plus adapté à chaque patient CR3. Enfin, pour moi, tout ce qui est éducation, toute cette médecine là, c'est un peu l'idéal de la médecine, d'avoir plus de temps avec chaque patient pour qu'ils n'aient pratiquement plus besoin de nous PM1... rires... Le but serait de les rendre autonomes et qu'ils sachent se gérer. »R1

S: « C'est vrai qu'on pourrait profiter au cours d'une hospitalisation, pendant une décompensation aiguë en fait pour pointer les choses qui ont été à l'origine de ça et ça peut permettre de mettre un doigt sur des choses à changer et justement de vraiment marquer l'esprit du patient à ce moment là T3, lui faire rencontrer différents acteurs, parce qu'à l'hôpital, on a la diététicienne... il y a pas mal d'acteurs qui sont sur place, c'est plus difficile à organiser en ville, il faut pouvoir tout coordonner en fait CP1 et là, à un moment T, on peut profiter entre guillemet d'un épisode aigu pour marquer l'esprit et puis donner un contact à ce moment là. »CP2

Ma: « Ouais, alors après en pratique, je trouve que c'est pas si simple, pour l'avoir vécu dans certains services de médecine, où la diététicienne et le podologue, ils ne sont accessibles que dans les services de diabète, c'est un calvaire de les faire venir dans un autre service parce qu'ils n'ont pas le temps, parce qu'ils ne sont pas dispo pour ça et du coup, à par renvoyer le patient chez lui mettant un mot dans la lettre pour le médecin traitant en disant, ce serait bien de faire telle chose, telle chose, je trouve qu'on n'a pas forcément plus les moyens à l'hôpital de le faire. »O3

A: « Juste deux petites choses, c'est vrai qu'à l'hôpital, ils sont souvent hospitalisés pour une pathologie. Dépistage, prévention, éducation, ça regroupe aussi un tout, je pense qu'on fait tous aussi passer des messages au quotidien dans les consultations. Ce sont des petites choses simples, mais ça fait partie aussi de notre rôle donc pour un enfant par exemple qui vient quand il a de la fièvre... Des petites choses, pas forcément toujours sur la même pathologie, mais sur les fièvres, sur les signes d'inquiétudes pour une bronchiolite ou sur d'autres choses, je pense qu'on le fait quand même au quotidien PM2. Et la deuxième chose, je ne sais plus mais c'est pas grave. »

M: « Ca reviendra! »

E: « Moi, je voulais juste revenir par rapport à l'hôpital et l'éducation... »

M: « On ne fait pas un focus group sur l'hôpital... »

E: « Non, mais je voulais juste revenir sur les hôpitaux de jour et de semaine, ils ont quand même un rôle pour tout ce qui est maladie chronique, ça peut être un soutien, je trouve ça pas mal de les envoyer, ce sont des aides, pas dans l'aigu mais dans le long cours, j'ai eu des appuis comme ça, ils font bien leur rôle pour les maladies chroniques. »CP2

M: « Vous pensez à quel service précisément? »

E: « En diabète, pour l'asthme, enfin tout ça, après, ils fonctionnent bien et ils savent faire revenir les patients CP2. En aigu, ils n'ont pas eu le temps T3 mais avec l'appui du médecin traitant, on peut faire le point après. »CP1

L: « Oui, moi, c'est juste pour dire que la prévention, l'éducation, c'est une mission de chaque médecin CR6 et ville-hôpital, on en peut pas faire une dichotomie comme cela, tout le monde devrait pouvoir, à son échelle, le faire, avec plus ou moins de temps en fonction de ses disponibilités et de son rôle dans son service CP2. De voir des enfants avec des mamans qui sont paniqués de voir des bébés qui sortent de l'hôpital depuis une semaine de la maternité qui ont le nez bouché et que le petit, il en a plein partout et qu'elle sait pas faire un lavage de nez parce qu'on lui a pas montré... Enfin, ça devrait être fait, c'est le B.A.BA, ça devrait être fait pendant les 5 jours à la maternité. Ou, on introduit un traitement par ventoline et puis la maman, finalement, elle ne le fait pas parce qu'on ne lui a jamais montré comment utiliser le baby haler quand le petit, il est passé aux urgences ou il a passé une semaine en pédiatrie communautaire. Ca ne prend pas beaucoup de temps, ça prend 5 min, mais c'est le rôle de chacun de le faire. »CR6

C: « Juste une question, est-ce que toi, quelqu'un t'a montré comment l'utiliser? »

L: « Oui. »

C: « Ah oui, parce que je ne suis pas sûre que tout le monde ait eu un prat ou quelqu'un qui ait montré techniquement comment utiliser un baby haler. »AQ5

L: « Moi, j'ai eu la chance que certains chefs qui prenaient plus le temps justement, qui étaient plus dans l'éducation, qui prenaient le temps de montrer aux parents et donc de bien expliquer comment faire ou certaines puéricultrices AQ1, mais ce n'est pas le cas de tout le monde et la preuve, c'est que tous les jours, on a des parents qui ne savent pas comment faire, parce qu'on ne leur a pas expliqué, on ne leur a pas montré, on leur a donné l'ordonnance mais on leur a dit, allez-y, débrouillez vous. »PM1

C: « Oui, mais toi, en tant que médecin, est-ce que dans ton cursus... Enfin, toi, tu as eu de la chance, enfin, moi aussi, on m'a montré, mais je ne suis pas sûre qu'on ait une plage, un endroit en tant qu'étudiant où on peut nous montrer des choses comme ça pour pouvoir le... »

L: « Bah, c'Est-ce qui est dramatique parce qu'on devrait, c'est quand même le B.A.BA! »AQ5

M: « Je vois A. qui veut réagir... »

A: « Je me disais juste qu'on ne fait pas le procès de l'hôpital en pratique, la médecine générale a un énorme rôle à jouer là dedans; montrer le fonctionnement du baby haler, avant que l'enfant n'arrive à l'hôpital, c'est aussi le rôle du médecin généraliste. »CP1

L: « Non, mais là ce que je dis, c'est des gens à qui on a donné de la ventoline en premier à l'hôpital en leur disant vous faites comme ça et justement, ce que je disais, c'est qu'il ne faut pas de dichotomie ville/hôpital, c'est le rôle de chaque médecin d'en faire et il ne faut pas dire, vous verrez ça avec votre médecin traitant, parce que c'est aujourd'hui, maintenant que la maman est réceptive et qu'on peut lui expliquer, c'est pas demain quand il sera à moitié en train d'étouffer, qu'elle ne saura pas comment brancher le masque et mettre la ventoline au bout F1. Donc, c'est du rôle de chacun et il ne faut pas dire ville ou hôpital, cela fait partie de notre métier à tous. On peut tous prendre 5 min pour délivrer un message d'éducation, de prévention. »CP2

T: « Moi, je pense que le message d'éducation et de prévention du médecin généraliste, est beaucoup plus large que l'hôpital CP1. A l'hôpital, à part le diabète et l'asthme qui sont des services spécialisés pour des pathologies précises, ça n'englobe pas du tout, loin de là, tout le champ de la prévention du médecin généraliste O5. Et je voulais revenir sur ce que disais An tout à l'heure, vis-à-vis du temps, tu disais finalement que c'était très chronophage l'éducation, mais en même temps, je pense que sur un calcul à plus long terme, ça fait gagner du temps. »T6

An: « Oui, c'est sûr. »

T: « C'est l'exemple des rhinopharyngites... »

An: « Oui, c'est pour ça que je disais que c'est un peu l'idéal quelque part, parce que si tous les patients sont bien éduqués avec une prévention et tout, ils seront, beaucoup moins malade, beaucoup moins besoin de médecin, de l'hôpital... »R1

M: « Vous avez commencé à glisser sur la 2^{ème} question, c'est parfait, je vous donne quand même l'intitulé de la 2^{ème} question qui va affiner ce que vous venez de dire, je vais vous demander de me donner des exemples de la façon dont vous mettez en œuvre dans vos cabinets maintenant, l'éducation du patient, la prévention, le dépistage dans votre quotidien justement. Là vous avez parlé un petit peu des difficulté de temps, vous avez parlé du fait que ça concerne tous les médecins mais que la place du généraliste est prépondérante et vous avez parlé de coordination à un moment par rapport à ça et de difficultés éventuelles à coordonner, voilà, donc, j'aimerais que vous me disiez concrètement comment vous faites, comment vous dégagez le temps, vous fonctionner, comment vous repérez qu'un patient est prêt à bouger, là, vous avez donné des exemples, en disant, là ce moment là, il est propice, comment vous cherchez tout ça concrètement. »

T: « C'est une idée qui me revient en tête là rapidement, c'est par exemple pour le tabac, systématiquement, quand je demande et que quelqu'un fume, je fais le conseil minimum, est-ce que vous voulez arrêter de fumer, systématiquement, je leur propose PM2 et à ce moment là, la plupart du temps, c'est non, pas tout de suite ou peut être plus tard... mais quand on arrive à dire oui et j'aimerais que vous m'aidiez. Là, on tient quelque chose T3 et là, à ce moment là, on développe sur une consultation longue ou je redonne un rdv uniquement pour ça T5, mais essayer de proposer ce moment là, je le fais systématiquement, du moins, en ce qui concerne le tabac. »

J: « Et même, je fais pareil et quand ils me disent non, je leur dit quand vous aurez envie, sachez qu'on est là pour vous aider. »T2

Ma: « Moi, j'ai un autre exemple, qui va concerner plus la gynéco et les frottis tous ces trucs là, une femme qui vient pour le renouvellement de sa contraception ou quoi que ce soit, du coup, je lui demande systématiquement de quand date son dernier frottis et s'il est temps de le faire, je lui en parle, soit elle est d'accord pour le faire à cette consultation là et très bien, on le fait comme ça, c'est bouclé, soit je lui en parle et je lui dit, bon, la prochaine fois, faudra penser à le faire, ça prend finalement 30 secondes de vérifier de quand date le dernier et je place dans la conversation PM2, soit, c'est pas nécessaire de le refaire et tant mieux, soit c'est nécessaire et auquel cas, si elles ne sont pas d'accord pour le faire ce jour là, elles gardent ça dans un petit coin de leur tête que la prochain fois, ce serait pas mal de le faire. »PP3

S: « Les consultations de contraception sont propices à ces trois thèmes, la prévention, l'éducation, le dépistage, c'est vrai que c'est un moment privilégié où on peut aborder différents sujets et on a un rapport privilégié avec la patiente en fait, donc c'est vrai que c'est un moment privilégié pour tout ça. Il n'y en a pas beaucoup...F2

J: « Certificat de sport aussi! »F2

M: « Vous le repérez comme moment privilégié pour quoi? »

J: « Pour ouvrir la conversation à d'autres sujets que le patient pensait, lui, amener T3; on va aborder le tabac, le boulot, le moral, pleins de choses, auxquelles lui ne pensait pas quand il est arrivé; un bilan lipidique, est-ce que ça a été fait, oui, quand... »PM2

C: « Le certificat de sport, surtout pour accrocher un adolescent, c'est pas mal, une fois par an, l'adolescent, on le voit seul, donc ça va être le moment de parler avec lui de choses éventuellement intimes qui pourraient le déranger F2. On peut, en 2-3 questions, tout en menant l'examen, de façon un peu banale, on discute avec lui et 2-3 questions sur comment se passe le collège, le lycée, sur ses problèmes de peau éventuels, sur sa sexualité, des choses comme ça, tout en faisant autres choses en même temps, peut-être pour éviter qu'il soit gêné. Où au moment de monter sur la balance pour un hypertendu, je lui demande de regarder le poids et je demande; est-ce que vous vous attendiez à ça? Chez vous, vous vous pesez aussi? Vous pensez que vous avez pris depuis la dernière fois et pourquoi? Des choses comme ça PP3... Pareil pour le frottis, tout en regardant sur l'ordinateur, je demande à la patiente, est-ce que vous savez-vous quand vous devriez le refaire? Tout en regardant, mais j'attends que ce soit elle qui me donne la réponse PP3. »PM2

M: « Est-ce que par exemple, il y a des choses qui vous permettent de repérer qu'un patient est prêt à... que vous sentez qu'il est prêt à un travail en éducation par exemple? »

C: « Oui, sur les résultats des bilans par exemples, quand on vient de faire un bilan sanguin, il y a ceux qui posent la question PP3; au fait qu'est-ce que ça a donné mon bilan? Et qui pose des questions sur; qu'est-ce que c'est, et pourquoi celui là a une petite étoile? Qu'est-ce que ça veut dire? Là, c'est un signe important, ils cherchent à comprendrePP3. »T3

M: « Ceux qui posent des questions, qui cherchent à comprendre. »

J: « Mieux encore, ceux qui réclament parfois un bilan, alors qu'il n'y avait pas de raison d'en demander. Ils ont une petite inquiétude, il aimerait bien que l'on fasse un bilan, ils se doutent que leur hygiène de vie n'est pas parfaite, ou qu'il y a des petites choses PP3. Quand on les ausculte, je pense qu'ils sont persuadés que quand on va écouter les poumons, on va savoir qu'ils fument... et là aussi, il y a un truc à saisir par rapport au tabac, je pense. »T3

Ma: « Mais après, pour revenir sur ce que disait T. sur une question simple; Avez-vous envie d'arrêter de fumer? Il y a ceux qui se sont déjà posé la question et qui vont s'accrocher assez vite à leur réponse en disant; j'y ai déjà pensé, mais je ne sais pas trop PP2. C'est aussi à ce moment là qu'il y a un petit créneau, il faut essayer d'y passer et de leur donner les infos T3, même s'il ne sont pas prêt ce jour là, à franchir le pas, on peut déjà commencer à leur parler des solutions qu'on peut leur proposer, s'il veulent en discuter, on est là, on est là pour les aider, on a des solutions à leur proposer PM2 CR2... parce qu'il y a toujours ceux qui ne veulent pas, si on leur pose la question, ils répondent

très vite non-non! J'ai pas envie! Je trouve qu'ils se ferment très rapidement de toutes façons PP2. Ceux qui ne se ferment pas trop, ça se voit assez facilement finalement en fonction de leur réponse et de leur attitude. Enfin voilà, il y a ceux qui ne veulent, ça se voit très vite, ils se ferment, non-non, j'ai pas envie, sous-entendu on arrête d'en parler, c'est pas la peine d'en discuter maintenant PP2 T3. Donc je trouve que ça se sent bien finalement quand ils sont assez ouverts à la discussion que ce soit pour le tabac, l'alcool ou autre chose CR3. »

T: « Après, on a aussi tout ce qui est dépistage organisé. Quand elles arrivent avec la feuille de la mammographie parce qu'elles viennent de l'avoir ou la feuille de l'hémocult. C'est vraiment un dépistage qui vient d'eux PP3, enfin, non qui ne vient pas d'eux, mais que l'on subit un peu quelque part, je ne sais pas si... Enfin, c'est bien quelque part. »SP1

M: « Et alors comment vous faites, à contrario, pour essayer de les motiver à... Vous avez parlé du conseil minimum, des questions que vous pouvez poser... Est-ce que vous avez d'autres façons de... dans les 3 domaines, en éducation thérapeutique aussi? »

C: « Du coup, moi, je me posais la question de l'intérêt des affichettes qu'il peut y avoir dans les salles d'attentes ou les choses comme ça, je suis curieuse de voir si cela a un impact ou pas. Parce qu'il y a pas mal de panneau ou d'affiches dans la salle d'attente, des fois, je me dis, il y en a même un peu trop, enfin j'imaginai comment moi je ferais et si il y avait un intérêt à ce genre de choses, une affiches placardées dans la salle d'attente, ou des petits dépliants, des choses comme ça, je pense que c'est bien, maintenant, je suis curieuse de voir l'impact que cela peut avoir. »SP2 F3

L: « Je pense que ça peut servir, parce que j'ai en tête un patient que je ne connaissais pas du tout, c'était lors d'un rempla et en fait, il a vu le spot publicitaire sur les dysfonctions érectiles et comme ça, il venait pour complètement autre chose et tout penaud, il me demande: je voulais vous demander, parce qu'ils en parlent à la télé, vous savez... Enfin voilà, le spot a amené la conversation sur ses problèmes et il me dit dans la pub, ils disent: parlez en avec votre médecin. Il me l'a dit plusieurs fois et pour lui, cela a servi à ouvrir le dialogue, à parler de quelque chose PP3. Probablement que cela sert, cela peut servir de support, à ouvrir le dialogue avec certains. »SP2

M: « Et vous dans votre consultation, vous parliez tout à l'heure du facteur temps qui faisait que c'était pas forcément facile de faire de l'éducation de patient. »

L: « Par exemple, moi je pense aux régimes hypocholestérolémiants, les gens ne comprennent pas, ils font bien, ils ne comprennent pas PP4, donc on peut leur dire de faire un petit agenda sur une semaine, de marquer, je leur dis, sans jugement de valeur, vous écrivez tout ce que vous mangez, vous écrivez les temps où vous faites une activité sportive, tout ça sur une semaine et après on se revoit T5 et on regarde s'il y a des petites choses qui peuvent être corrigées, améliorées PM2, parce que des fois, en 5 min, ça ne va pas porter ses fruits et de toutes façons, si nous on argumente avec nos arguments, ça ne va pas non plus. Le fait de leur faire faire un petit agenda et après de leur parler des choses posément, on sait que ça peut servir PM2 CR5. Comme tu disais T., les reconvoquer, refaire une consultation que pour le tabac, si ça les intéresse T5, comme ça, c'est eux qui font la démarche de prendre le RDV. »PP3

M: « Donc là, vous êtes plutôt dans la stratégie où vous repérez et vous proposez de nouvelles consultations ou un suivi dans le temps et par rapport à... Vous êtes avec un patient qui a une

pathologie, est-ce que vous avez des stratégies ou des façons de faire pour repérer où il en est de sa motivation à faire quelque chose ou à ne pas le faire. De façon à intégrer l'éducation dans votre quotidien de médecin. »

J: « Moi, j'essaie de poser des questions assez directe, après j'essaie entre guillemets de dédramatiser même si ce n'est pas le terme adapté, mais je vais leur poser des questions régulièrement. Ce qui arrive le plus souvent, c'est qu'on est face à des patients qui savent ce qu'il faudrait qu'ils fassent mais qu'ils ne font pas toujours PP2. Moi, je leur pose des questions clairement, pas de stratégie particulière. »CR7

M: « Quel type de question? »

J: « Par exemple, un diabétique, je vais lui demander s'il grignote du sucré, est-ce qu'il fait attention à son alimentation. A l'hypertendu, est-ce qu'il mange beaucoup de sel? Je n'hésiterai pas à reposer des questions CR7 dont je sais que le patient sait ce qu'il devrait répondre mais ce n'est pas obligatoirement la réalité et j'essaie d'avoir le temps de me positionner pour qu'il me dise la vérité et que ce ne soit pas quelque chose qui pose un problème CR7. Voilà. »PM2

E: « Moi, je pensais répondre à la question, vous avez demandé qu'est-ce qui est un frein à proposer de l'éducation, par exemple, un diabétique qui vient sans son carnet, déjà, il vient voir le remplaçant pour un renouvellement O4, en plus sans son carnet. Déjà, moi je trouve que c'est un frein, il sait très qu'on va lui demander et là, c'est un peu durPP2. Enfin si, on peut rebondir en leur disant pourquoi, est-ce que vous surveillez vraiment, avec les dextros par exemple et puis, il y a des gens qui en ont un peu marre, il y a des consultations où il ne faut pas trop y aller, il faut plutôt attendre la prochaine.PP4 CR3 Enfin ça, c'est plutôt dans les remplacements réguliers de pouvoir, nous revoir des gens, il faut se donner du temps, et c'est vrai que c'est vrai que c'est Est-ce qui nous manque parfois quand on est remplaçant, on aimerait bien faire pleins de choses, surtout que des fois on a du temps, mais on sait qu'il ne faut pas brusquer les gens. » T2 T3 CR7

T: « Mais on peut aussi, éventuellement, il y a une autre technique qu'il m'arrive d'utiliser, je ne sais pas si c'est bien, c'est mettre le patient en face de sa responsabilité, lui dire; vous ne m'amenez jamais votre carnet de glycémie, votre dernière HbA1C n'était pas bonne, je ne parle pas de ça pour me faire plaisir à moi, mais c'est pour votre santé à vous. Essayer de lui faire sentir que c'est de sa responsabilité, que c'est sa santé aussi, finalement ce n'est pas pour nous. »PM2 CR4

J: « En fait c'est un principe que je n'utilise jamais, ça m'est peut-être arrivé quand j'étais en psychiatrie parce que je pense qu'en médecine générale, en se positionnant comme ça, j'aurais peur de perdre la confiance du patient, de ne plus réussir à rien. »PM3

T: « Il faut qu'il prenne sa part dans le traitement, c'est une manière de faire. »PM2 CR4

L: « Parfois, il y a certains patients, tu peux te permettre d'utiliser l'humour ou l'ironie pour un peu les provoquer, ils ont besoin un peu de la petite décharge électrique CR3, les gens qui ne prennent pas leur traitement, les diabétiques, ils ont le choix entre prendre leurs 3 Novonorms ou faire leur piqure d'insuline, donc ils choisissent, ils sont acteurs, après, ils choisissent entre 2 traitements anti-diabétiques, ils choisiront celui qu'ils préfèrent, en général le novonorm donc ils finissent par le prendre, donc des fois, il ne faut pas trop hésiter. »PP3

T: « Où même, les aider à comprendre vraiment ce que sont les complications possibles, qu'ils soient au même niveau de connaissance et qu'ils comprennent notre volonté. »CR5

S: « Après, peut-être, avant de faire ça, essayer de voir pourquoi ils font ça, pourquoi ils ne prennent pas leur traitement, pourquoi ils en prennent pas leur carnet de glycémie avant de dire... »

Coupant la parole T: « Ce n'est pas une culpabilisation, excuse moi... »CR7

S: « Il y a sûrement quelque chose derrière, parce qu'ils savent qu'ils sont malade, ils savent pourquoi... »PM2 CR7

M: « Et alors, comment tu fais S. »

S: « Je leur demande »

M: « Pareil, concrètement. »

S: « C'est la 2^{ème} fois que vous n'amenez pas votre carnet de glycémie, pourquoi? PM2 Et après, ils disent, ça ne sert à rien, c'est toujours hautPP2. Après, on leur dit mais pourquoi c'est toujours haut et c'est en fonction de chaque patient qui est en face de nous CR3, donc je ne peux pas trop dire, ça dépend du moment, avec qui on est et comment on est aussi, parce que c'est vrai que quand on est fatigué, on n'a pas forcément envie de poser la question pourquoi. »CR8

M: « T., droit de réponse. » rires

T: « Oui, mon idée, ce n'est pas de me décharger de mes responsabilités, non pas non plus de culpabiliser le patient en disant c'est mal ce que vous faites, ce n'est pas du tout ça PM2, mais essayer de le mettre à un niveau de connaissance qui lui permette éventuellement s'il en fait le choix de mieux se prendre en charge. » CR5

C: « Moi, c'est vrai que j'essaie, j'essaie de travailler avec de l'empathie, en me disant que nous-mêmes médecin, on fait des choses mal aussi, il ne faut pas qu'il culpabilise CR7 s'il fume, si un diabétique a mangé du sucre à l'anniversaire de je ne sais quoi, en disant que c'est vrai que c'est lourd à porter et qu'on veut bien croire que ce soit difficile, peut-être plus difficile en ce moment et essayer de comprendre pourquoi en ce moment c'est plus difficile et essayer de mettre en place une stratégie sans lui inculquer que c'est bien ou c'est mal parce que moi-même, je ne fais pas les bonnes choses mais plutôt voir avec lui comment on pourrait faire « au moins mal »PM2. En me disant que moi-même, je ne fais pas forcément les bonnes choses mais on a des informations et on a le savoir qui nous dit que ce serait mieux de faire comme ça mais que moi-même, je ne peux pas le faire, voir avec lui quelle stratégie on pourrait faire pour que ce soit moins difficile CR2. Un diabétique qui a vraiment envie de manger du sucre, on s'arrange pour qu'il le mange en fin de repas pour pas que ce soit trop déséquilibrant et lui dire que la friandise ce ne sera pas à 4h alors qu'il est à jeun, il a le droit mais plutôt en fin de repas, essayer d'avoir des stratégies CR2 en se disant toujours qu'on n'a pas la science infuse et on n'est pas toujours les premiers, on fait bien des erreurs et c'est normal. »CR7

T: « Ce que tu dis, c'est très vrai, s'informer de ce que veut le patient et qu'on soit d'accord avec ça,CR2 s'il ne veut pas équilibrer son diabète, qu'il sait clairement quelles peuvent être les conséquences, je l'accepte tout à fait, on essaie de travailler ensemble pour que ce soit convenu mais pas qu'il y ait ce non-dit qui traîne, mais je sais que c'est pas évident. »PP3 PM3

C: « Mais tout en partant de notre savoir pour qu'il ait toutes les clés en main pour prendre la décision qu'il faut CR5. Est-ce qu'il sait les conséquences comme tu disais, est-ce qu'il sait ce qu'il encourt pour qu'il puisse prendre après sa propre décision. »PP3

A: « Il y a juste une chose, moi, c'est vrai que je ne suis pas sur un remplacement très régulier et les renouvellements en général, ce n'est pas ce que je vois le plus non plus, en général, ils viennent voir leur médecin, après, quand j'en vois, ce que j'aime bien, c'est avancer au fur et à mesure des consultations. Lancer quelque chose à la consultation et le reprendre à la consultation suivante pour que ce soit plus constructif, peut être un mot, une phrase de la consultation d'avant, ça permettra d'avancer après si on se souvient, en mettant juste un petit mot dans le dossier, je trouve que ça permet d'avancer, en disant, on en avait parlé la dernière fois et je trouve que ça les marque pas mal, ils se disent; tiens, il s'en souvient, on en avait parlé... »T2

M: « M. vous n'avez pas exprimé votre point de vue... »

Ma: « Non, rien à ajouter, là, tout de suite... »

M: « D'accord, bon, vous en avez un peu parlé, mais est-ce qu'il y a des situations qui vous semblent plus difficile à gérer, vous parliez des patients têtes de mule, vous avez utilisé des expressions comme ça... »

L: « Les poly-pourris! »

M: « Je n'ai pas compris... »

L: « Les patients poly-pourris PP4! » rires

M: « Les patients poly-pourris! Ah, je ne connaissais pas l'expression! »

L: « C'est là où il faut se dire, il faut être humble CR7, une chose après l'autre, on ne va pas pouvoir lui mettre une TA à 12/8 ou une glycémie... Enfin voilà, les gens qui sont hypertendus, diabétiques, qui fument, qui mangent, qui chassent et qui boivent PP4! On ne peut pas tout gérer d'un coup, on peut pas être parfait CR8 donc on peut essayer à notre échelle et avec son accord, si on peut travailler sur un petit truc et 2-3 séances après sur un autre petit truc et de fil en aiguille, des fois, on arrive à faire des choses pas mal T2 mais faut vraiment créer la confiance du patient, être dans l'alliance. C'est déjà ça le plus gros du travail pendant les premières consult, c'est arriver à être dans l'alliance et arriver à ce qu'il nous accorde sa confiance et puis après, on peut commencer à travailler. PM2 CR7 Il ne faut pas tout gérer d'un coup, parce qu'on ne peut pas leur donner trop d'information, ils n'arriveront pas à tout intégrer. »CR5

Ma: « Non seulement ils ne peuvent pas tout intégrer mais si on leur balance en une seule consultation tout ce qui ne va pas. Au final, ils le savent très bien qu'ils boivent, fument et que c'est pas bien, mais voilà, je suis d'accord avec toi, prendre une consultation pour parler d'une chose et la consultation suivante, essayer d'amener autre chose, vraiment, y aller par étape T2 et ne pas parler sur la même consultation et du fait qu'il fume et qu'il boit trop et en plus il mange n'importe comment et en plus de ça, il ne fait pas de sport! » PM2

L: « En plus, souvent, ils baissent les bras parce qu'ils ont l'impression d'être dans une succession d'échec et de toutes façons cela ne pourrait pas être pire... » PP2

Ma: « Y a rien qui va. »

L: « Moi, je vois une petite grand-mère, on est arrivé à normaliser sa tension et du coup, maintenant, elle a envie de prendre ses anti diabétiques alors que jusqu'à présent, elle avait 8% d'HbA1C, 18/10 de TA et elle ne prenait aucun médicament, elle lisait toutes les notices et elle avait tous les effets indésirables à chaque fois dès qu'elle prenait 1 cpr, elle était dans le rejet total de la médecine et de prendre soin d'elle, et du jour où on a commencé à amorcer la prise en charge de la tension et à arriver dans des chiffres normaux, en la félicitant et en lui disant que c'était bien d'arriver à quelque chose, ça y est, elle voulait prendre ses anti diabétiques CR4; je vais peut-être essayer de prendre les 3 la fois prochaine, on va voir. Du coup, on se dit ça y est c'est bon, on va pouvoir commencer à travailler. »PP3

S: « Ce qui est bien, c'est qu'on est pas dans l'urgence en fait, c'est une relation sur le long terme, que l'on peut avancer petit à petit. »T2

L: « Des fois, on apprend beaucoup à apprendre à prendre son temps et que effectivement, il n'y a rien d'urgent. »T2

M: « Et vous les fixez comment ces petits objectifs? »

Ma: « Dès qu'on le sent...tater le terrain CR7, c'est-à-dire que s'il est au début complètement dans le rejet d'arrêter de fumer ou de boire, il faut peut-être plus se focaliser sur quelque chose de moins accessible au patient dans le sens où pour sa tension, il n'a entre guillemet qu'à prendre son comprimé alors que s'il doit arrêter de fumer ou faire d'autres choses, cela va peut-être lui demander beaucoup plus d'efforts. Il faut peut-être commencer par des choses qui lui semble facile et qui lui demande moins d'effort et puis au fur et à mesure, avancer petit à petit vers CR3 ce qui... Donc du coup, on l'intègre vraiment plus dans sa prise en charge en lui disant qu'au bout d'un moment, on va avoir vraiment besoin de lui pour aussi faire avancer les choses. Donc voilà, il a besoin lui aussi de ... »PP3

M: « J'ai une réaction par ici. »

T: « Ou alors lui proposer, en discuter avec lui, savoir ce qui est vraiment plus important pour lui finalement. Est-ce que c'est commencer par arrêter de fumer, est-ce que c'est commencer par avoir une bonne tension? » CR3

M: « D'accord. »

J: « Je crois qu'on propose beaucoup mais c'est finalement le patient qui décide. »PP3

Acquiescement général

E: « Et souvent, ce qui est le plus important, c'est de reposer la question sur ce qu'ils veulent eux faire, parce qu'il y a qui n'ont pas du tout les mêmes objectifs, ils ne se sentent pas malade pour les diabétiques. Reposer des questions sur ce qu'ils savent, ce qu'ils en attendent. C'est souvent plus facile quand on leur demande ce qu'ils veulent changer, des fois, ils nous surprennent; ils nous disent, je ne sais pas, perdre du poids ou aller dans ce sens là. Enfin, je trouve que quand c'est eux qui décident, c'est plus facile, c'est pas toujours...mais bon. »CR3

A: « C'est quand même toujours eux qui décident PP3. De toutes manières, on est là pour eux, on n'est pas là pour imposer des choses PM2. Donc je pense que le plus important, c'est leur action à eux PP3. On peut proposer, mais tant qu'ils ne seront pas dans l'action eux-mêmes ou dans la prise en charge de leur propre pathologie puisque là, on est sur des pathologies où on ne pourra absolument rien faire PP2. Pour moi, l'objectif, c'est aussi de leur faire parler de ça et de les faire prendre part à la pathologie, avant de leur imposer des choses. Je trouve qu'on n'arrive à rien en voulant imposer des choses finalement, on se rend compte que ça ne fonctionne pas. »PM2

M: « Bien, on va passer à la troisième question mais vous avez déjà pas mal amorcé aussi, c'est comment vous concevez votre place de médecin avec un patient atteint de maladie chronique? On a commencé un peu. Et comment vous concevez la place du patient? Vous avez déjà commencé à faire la transition. »

L: « Pour reprendre le terme de C., on doit avoir une relation d'empathie, de bienveillance à l'égard du patient CR7. Et nous, notre rôle est de le rendre acteur, de lui montrer que c'est lui qui a la maîtrise de sa santé, de sa vie. Nous, on est là pour l'aider, on n'est pas là pour lui imposer des choses, donc après, nous, on a plutôt une position basse par rapport au patient qui décide en fait. Je vois ça plus comme ça. »PM1

T: « Peut être pas basse mais sur un pied d'égalité simplement PM1. Il faut lui apporter éventuellement notre connaissance. »CR5

C: « C'est pas vraiment égalité, mais, je pense que face à quelqu'un qui est atteint de maladie chronique, c'est bien de savoir où est-ce qu'il en est vis-à-vis de sa maladie. C'est-à-dire voir ce qu'il en sait, ce qu'il voudrait en savoir et ce qu'on peut faire pour l'aider PP3 et après, une fois qu'on a fait l'état des lieux, donner l'information, ça c'est le rôle du médecin et je dirais un rôle de guide pour pouvoir avancer avec lui dans sa maladie chronique. Moi, je me verrais plus comme un guide, soutien au moment où ça ne va pas, mais un guide. »PM1

S: « Je m'étais dit qu'on accompagne en fait la personne qui a une maladie chronique, on l'aiguille un petit peu. »PM1

J: « On a parfois aussi un rôle de remotivation. Je pense que nos paroles sont très importantes quand on leur dit « c'est super! Il faut positiver à fond! » Et ils repartent, allez c'est reparti! »CR4

An: « Oui, je pense qu'il faut aussi avancer au rythme du patient, c'est-à-dire, qu'il y a des moments où il va en avoir ras le bol et il ne faut plus lui parler de son diabète ou quoi T3. Bon bah, savoir attendre un petit peu, son HbA1C était à 8,5 ou je ne sais pas mais voilà, avancer à son rythme, comme tu disais, plus un rôle de soutien et vraiment s'adapter au patient et à son cheminement et ses fluctuations du moral par rapport à sa maladie CR3 pour l'accompagner tout au long de sa maladie, au long cours. »T2

Ma: « Moi je verrais un rôle en plus, par rapport à ce qu'on disait tout à l'heure, il y a aussi certains patients qui ont besoin de temps en temps, au-delà du fait de le motiver, de leur dire que c'est bien etc... d'être boosté, en leur disant; écoutez, à un moment donné, il faut! Certains patients ont besoin d'être réveillé aussi en leur disant que là, ça ne va pas et qu'il faut... il y a aussi des gens qui ont besoin de ça, d'être boosté, d'être remonté et de leur faire comprendre que là, il va être temps de

faire quelque chose, parce que là, ça se dégrade et nous, on les voit se dégrader et c'est pas possible, donc il faut leur dire qu'il se prenne en main et peut être être plus incisif dans le discours. »PM2 CR4

M: « Comment vous faites concrètement? »

Ma: « Euh... je ne sais pas, un diabétique qui ne prend pas ses traitements et qui a déjà des complications genre artériopathie, lui dire; écoutez, il y a déjà des conséquences de votre diabète, votre HbA1C n'est vraiment pas bonne si vous ne prenez pas votre traitement, pourquoi? Mais il va falloir qu'on trouve une solution pour que vous repreniez votre traitement. Et voilà, je ne sais pas. »PM2

C: « Moi, j'ai du mal à faire ça, dans ces moments là, je leur dis plutôt: Là, je suis inquiète pour vous! Mais je n'arrive pas à être incisive, mais par contre je dis, là je suis inquiète pour vous, mais moi, j'arriverai pas à ... »PM3

M: « T. et S. opine du chef... »

Rires

T: « Oui, je suis plus en phase avec ce que dit C. quand même, parce que j'ai peur que si on leur dit: allez-y, bougez vous! Soit, il se ferme, soit, il se dit: j'ai pris une rousté par le médecin mais voilà... »PM3

C: « En même temps, moi, je ne suis pas sûre qu'il y ait de bonnes ou mauvaises solutions PM3, je pense que ça dépend des gens en face, après ça dépend du médecin mais à mon avis, il y a des gens qui entendent un petit peu ça... »CR3

Ma: « Non, mais je dis juste qu'il y a des gens qui en ont besoin. Je ne dis pas que ça doit s'appliquer à tout le monde et à toutes les situations. Après, je pense sincèrement, et dans le quotidien, pas que en médecine, qu'il y a des gens qui ont besoin d'être boosté et que quelqu'un leur dise, écoute, maintenant, il faut y aller, je pense... »CR3

A: « Avant de pouvoir le faire, il faut qu'il y ait une relation de confiance, il acceptera plus facilement s'il le connaît. »CR7

L: « Je pense que tu peux te permettre avec des gens que tu suis depuis 20 ans, tu peux les pousser dans leur retranchements T2. Le « je suis inquiète! », cela peut être vraiment de l'empathie; je suis inquiète, tracassée, mais ça peut être, « je suis inquiète là... » ça peut être ironique ou humoristique. »CR7

C: « Non, je pense vraiment qu'il y a des patients qui attendent ce rôle là aussi, d'être un peu plus incisif, je pense qu'il y a des moments où on devrait avoir ce rôle là. »PM2

T: « C'est peut être personnel aussi... »

L: « Après, on fait avec ce qu'on a, c'est un échange, il faut faire avec tes outils à toi et les ressources du patient. »PM3

T: « Parce que c'est vrai que le mettre en face de ce qu'il a déjà, de ce qu'il risque encore plus, je trouve ça plus efficient, plus efficace que de lui rentrer dans le lard! »CR3

Ma: « Non, mais après, je pense que ça ne s'applique probablement qu'à une minorité de patient, mais je pense qu'il y en a avec qui ça marche plus que « je suis inquiète pour vous! ». »CR3

C: « oui, je suis d'accord. »

Ma: « Je pense qu'il y en a certains que ça ne va pas faire réagir! »

L: « Parce qu'ils ont une bonne assurance obsèques ou des choses comme ça! »

Rires

Ma: « Non, mais il y en a qui ... »

L: « Non, mais je pense que par l'humour, cela passe mieux, tu sais, il y a des gens qui ne vont jamais être réceptif à cet humour là et tu leur dis ça, ils ne reviendront jamais te voir. Mais certains que tu vois depuis 20 ans, tu connais la famille, tu connais un peu leur caractère, des fois tu peux te permettre et ils font se dire, c'est vrai, j'ai un peu poussé et je vais peut être me reprendre en main. »CR3

J: « Et pour conclure... »

T: « Ah bon, c'est fini... »

J: « Moi, je trouve que quand on est remplaçant, on voit que d'un médecin à l'autre, on a des lots de patientel qui sont différents et sûrement parce que justement par rapport à notre conversation actuelle, en fait, les patients attendent sûrement plus ou moins une attitude, une façon de communiquer, du coup, inconsciemment, ils s'orientent vers le medecin pour lequel ils vont avoir cette communication là. Et du coup, nous remplaçants quand on va à gauche à drouite, on ne voit plus du tout les mêmes gens et voilà, cela doit sûrement s'expliquer comme ça. »O6

M: « Dans la personnalité du médecin... »

J: « Du médecin et de la relation qu'il entretient avec le patient et de ce qu'attendait ce patient aussi. Si ce qu'il attendait n'est pas là, il ira voir quelqu'un d'autre. Du coup, il se crée des patientels comme ça je pense. »O6

E: « Je suis un peu d'accord, parce que moi, il y a des patients qui ont peur que je les rouspète parce qu'ils y sont habitué et du coup ils me disent: « Ah super, vous prenez au moins le temps de parler! », mais des fois, ils attendent quand même. Moi, c'est pareil, je suis plutôt comme C., à temporiser, pas à rouspéter quoi, mais, c'Est-ce qu'ils attendaient, enfin c'Est-ce qu'ils me disent avoir attendu... »PM2

M: « Vous dites que vous êtes d'accord avec J., mais en fait, c'est le contraire, de dire que parfois, les patients sont obligés de subir le caractère de leur médecin, sans doute parce qu'ils n'ont pas trop le choix, ça dépend où on fait le remplacement, c'est-à-dire dans une zone désertifiée, le patient ne peut pas changer et ... »

E: « Enfin, je suis quand même d'accord parce qu'il y a des patients qui restent et qui sont là depuis longtemps, donc s'ils avaient eu un problème, il y a longtemps qu'ils auraient changés! »O6

M: « Quand vous dites ils pensent que je vais les engueuler parce que c'est-ce que le médecin fait habituellement, et ils sont très contents parce que c'est autre chose et ils disent: « Ah enfin, vous vous m'écoutez! » »

E: « Ils y en a qui disent « vous m'écoutez », d'autres qui attendent plutôt que l'on soit plus paternaliste, qu'on leur dise quoi faire. »PP1

M: « Mais, ils n'ont pas trop eu l'occasion de changer. Et par rapport à ce que disais Ma., si je peux me permettre, elle disait pas de les engueuler! Elle disait d'avoir, si j'ai bien compris, d'avoir une parole un peu incisive, une intervention... »

Ma: « Oui, cela se joue sur une phrase, je ne vais pas passer 5 minutes à leur dire, « écoutez, ça ne va pas du tout... », non, non, c'est juste sur une phrase, leur faire comprendre qu'il faut aussi qu'ils se reprennent en main et qu'on est là pour les aider mais qu'on ne va pas faire tout le travail à leur place et que du coup, effectivement, on est inquiet pour eux PM2 mais qu'il faut aussi qu'ils comprennent que c'est à eux de jouer un rôle dans leur maladie. »PP3

T: « Le soucis- alors, je comprends bien ce que tu dis et je comprends que ça ne s'applique pas à tout le monde et je comprends aussi que cela peut être un outil, d'accord- le problème, c'est que si ça devient systématique ou si cela devient quelque chose de banal, j'ai l'impression qu'on rentre dans un relation d'infantilisation du patient, on est le papa qui dit; « t'as pas bien travaillé! »PM3, ça ne rentre pas dans le cadre de ce que tu dis, mais... »

Ma: « Non, cela ne va pas aussi loin que ça! C'est qu'une phrase, pour leur faire comprendre que... »

M: « Est-ce que c'est, en reformulant, est-ce que c'est quand vous êtes face à une situation où vous vous sentez complètement bloquée, en tous cas c'est dans ce cadre là que vous l'avez proposé, des patients que vous voyez s'enfoncer dans leur maladie, s'aggraver et qui ne bougent pas et que vous allez chercher quelque chose qui va permettre faire un déclic? »

Ma: « Oui, c'est plus ça! »

M: « comme le « je suis inquiète » pour vous, est une façon de répondre aussi à ce genre de situations, là, le côté un peu incisif, l'injection un peu... elle a un terme mais je n'arrive plus à m'en rappeler...pour faire prendre conscience. »

Ma: « Oui, c'est plus ça. »

M: « D'accord, et face à ces situations très difficiles que vous appelez les « poly-pourris! » (rires), ça me rappelle les familles mono-parentale, poly carencées, poly recomposées, est-ce que d'autres ont des stratégies, des façons de faire dans ces situations là? On terminera là-dessus. »

C: « Je pense que c'est bien de s'intéresser à ce qui peut se faire ailleurs pour essayer de s'accrocher: par exemple, essayer de s'intéresser à la chasse et ses passions, pour essayer de l'accrocher et à ce moment, commencer à essayer de créer du lien CR3 et puis: « Ah bon, la chasse vous êtes essoufflé, au moment où vous avez fait ça, qu'est-ce que vous en pensez? Ca vous embête peut être? Est-ce qu'on pourrait y remédier? », essayez d'accrocher sur quelque chose qu'il aime. »PM2

L: « Des fois, il faut vraiment les sortir de leur maladie, parce qu'ils la vivent au quotidien, il faut mettre de la légèreté là dedans et ça permet d'y revenir, d'avoir un autre angle d'attaque à une autre consultation, ça permet de créer du lien. »CR7 PM2

C: « Et essayer de trouver comment on peut l'améliorer dans ce qu'il aime, parce qu'il doit être gêné par cette maladie dans ce qu'il peut aimer. Du coup, c'est peut être par ce biais là que l'on va pouvoir l'accrocher. »

An: « Oui, c'était un peu dans le même sens que C., effectivement, cela peut être le moyen de faire accepter un traitement ou n'importe quoi, de dire « vous êtes essouffé quand vous faites ça, du coup, vous n'allez plus à la chasse depuis un mois, c'est embêtant quand même, qu'est-ce qu'on peut faire? Il faut que vous preniez ce traitement là parce que... », de montrer que l'on peut améliorer les choses pour qu'ils puissent faire ce qu'ils aiment, on peut avoir des moyens, qu'ils reprennent des activités qu'ils aimaient, que si on leur dit « ah non, il faut que votre glycémie elle soit mieux que ça! », ils s'en fichent! »CR3

L: « Des fois, il faut agir sur quelque chose complètement autre, si on sait qu'il a des problèmes de couple ou avec son ado qui sèche les cours; réinstaurer la communication de couple ou avec l'ado, cela va lui permettre d'être mieux dans sa vie et lui, du coup, de se sentir mieux, il va mieux gérer son diabète qu'il avait complètement laissé à l'abandon, donc des fois, il faut mieux agir sur d'autres choses, de parler d'autres choses que sa maladie chronique, ça va influencer et avoir un retentissement indirect sur la maladie chronique en fait. On n'est pas obligé... on peut se décentrer et trouver... travailler sur autre chose et c'est l'effet domino. En général, quand ça va mieux dans leur vie, ils se prennent en charge, ils refont du sport... Cela peut être une autre façon de faire aussi. »PM2 CR1

T: « Ou comme on disait pour le tabac tout à l'heure, garder le lien et essayer de toujours proposer même de manière rapide, toujours proposer de prendre en charge ce qu'ils veulent cacher et puis peut être à un moment le saisir quand ils nous tendent une perche. »T4

M: « Voilà la réponse de tout un chacun sur cette question, sur ces patients difficiles, des situations complexes lourdes, des stratégies... »

A: « Moi, j'avoue que ça me pose beaucoup de soucis, j'ai 3-4 patients en tête et je n'ai pas trouvé de solutions, donc, je n'ai pas forcément de réponse, parce qu'ils sont beaucoup dans l'opposition, avec le rejet du médecin, parce que justement, le médecin est petit peu pour eux, le reflet de tout ce qui ne va pas, donc voilà, pour l'instant c'est... je n'ai pas de solution sur ces 2-3 personnes que j'ai en tête. »PP2

M: « Et alors, quelle attitude tu auras par rapport à ces patients là du coup? »

A: « Pour l'instant, toujours dans le cadre du remplacement, ce n'est pas là qu'on les voit le plus, donc moi, j'ai l'impression que je les vois aussi occasionnellement, certains viennent vraiment me voir parce qu'ils ne veulent plus en parler à côté, c'est un rejet aussi... ils ont envie que je renouvelle rapidement l'ordonnance pour être tranquille PP2, donc j'essaie de ne pas jouer là-dessus justement et d'essayer d'en parler mais peut être plus en partant sur autre chose aussi, mais concrètement, c'est encore très compliqué pour moi, ce genre de chose. »PM3

L: « Concrètement, on part de ce qui va bien dans leur vie ou ce qu'on aimerait qui aille mieux et à partir de là... »PM2

A: « Après, j'essaie de refaire le point parce qu'il y a des poly pathologies justement donc je leur dis « je vais essayer de me mettre en tête un petit peu tout ce que vous avez! » et petit à petit, on avance mais ils sont toujours dans l'opposition. »

S: « On peut mettre en évidence des choses pour lesquelles ça a marché, en disant, là, on a progressé à ce niveau là, c'est bien et comment est-ce que vous avez fait, est-ce qu'on peut faire ça dans d'autres domaines? » disons que l'on peut progresser dans certains domaines, pourquoi pas dans un autre, c'est possible d'avancer quoi. »PM2 CR4

M: « De se baser sur ce qui a été positif pour eux, d'accord. »

E: « Je suis d'accord avec toi pour faire du renforcement positif et parler de ce qui a marché CR4, mais en fait, en tant que remplaçant, je trouve que c'est vraiment le temps qui joue parce que moi, je fais des remplacements réguliers, donc il y a des patients que je revoie T2 et c'est marrant parce que c'est des patients que je ne pensais pas revoir, avec qui cela ne s'était pas forcément bien passé la première fois, ils étaient dans l'opposition, mais ils reviennent quand même, on se demande ce qu'ils recherchent PP2. Donc à ce moment là, je pose des questions, je leur demande sur leurs attentes, faire le point sur ce qu'ils aimeraient que l'on change. Il y en a qui me disent « on ne change rien ». PM2 C'est le temps en fait, je n'ai pas encore assez de recul pour leur dire... Avec ces patients là, je suis dans l'attente, enfin, pas dans l'attente, mais de ne pas les brusquer, de proposer mais sans... et puis qu'ils reviennent en fait. »T3

M: « Vous parlez de ne pas rompre l'alliance, de maintenir le lien de confiance, en tenant compte de ce qu'il pense, de ce qu'il est, de ce qu'il aime faire, de ce qui a fonctionné pour lui. Vous interrogez ses croyances parfois? S. acquiesce, mais elle ne nous en a pas parlé jusqu'à présent! »

Rires

S: « Oui, c'est vrai qu'on a des représentations différentes. Pour nous, les pathologies, c'est théorique, on sait la physiopathologie. C'est vrai que pour eux, c'est du quotidien et leurs représentations ne sont pas les mêmes que les nôtres, donc c'est vrai que c'est intéressant et que des fois, on est surpris par des réponses. Après, cela dépend de la culture aussi, je trouve que c'est très vaste, il y a pleins de choses à dire et c'est très différents pour tous les patients et tous les médecins, c'est difficile de donner... »O6

M: « Oui, mais chacun d'entre vous, dans sa subjectivité de médecin interpelle la subjectivité du patient, enfin, c'est-ce que j'ai ressenti de ce que vous disiez. Face aux poly pourris -ça va me rester dans la tête, rires, cela a une connotation, on part un peu battu d'avance quand même! C'est très affectueux comme expression!-... »

L: « C'est un défi! »

M: « C'est un défi! Donc face à ces patients qui sont difficiles, qui nous mettent en échec et ne facilitent pas, le fait d'interroger leur croyances, est-ce que c'est quelque chose que vous utilisez concrètement? »

C: « Moi, je pense que cela peut être très intéressant mais j'avoue que je ne le fais pas et je sais pas trop comment on peu, c'est difficile d'interroger, quelles questions on pourrait poser, enfin moi je sais que je ne le fais pas. »O7

S: « On peut demander « c'est quoi pour vous? » « pourquoi est-ce que vous prenez ça? » « ça sert à quoi? », c'est vrai que des fois, ils ne savent pas. »O6

C: « Oui, mais ça, c'est pas vraiment des croyances... »

S: « Bah, c'est quoi pour vous le diabète? »O6

C: « Oui là, « c'est quoi pour vous le diabète? » mais ça moi je le pose pas. »

S: « C'est pas une maladie, c'est quelque chose qui m'embête, c'est quelque chose pour laquelle je dois venir tous les trois mois... »O6

C: « Je pose la question, « est-ce que vous savez ce que vous prenez? » par contre, je ne me souviens pas avoir souvent posé la question, « c'est quoi pour vous le diabète? C'est quoi pour vous l'asthme? C'est quoi pour vous l'hypertension? » ça non. »O7

T: « Où la question qui marche, « est-ce que vous pouvez m'expliquer ce qu'est votre maladie? » Lui faire expliquer, comme ça, on se rend compte quels schémas ils ont O6. Et après, ils se disent « ah bah le médecin, il connaît vraiment rien, il m'a demandé ce que j'avais... »

Rires

S: « Des fois, ce que l'on peut poser, enfin, je demande « alors qu'est-ce qu'on peut faire alors là? », c'est vrai que ça m'est arrivé certaines fois, « qu'est-ce qu'on fait? » et des fois, ils disent, « je pourrais faire attention à ce niveau là » ou « ah non, là, c'est pas le moment, je suis trop stressé, trop fatigué, c'est pas possible. » C'est vrai qu'on peut leur demander ce qu'ils en pensent et qu'est-ce qu'on peut faire pour les aider. C'est vraiment les rendre acteur. »PP3

M: « J., vous opinez... »

J: « Oui, parce que c'est une question que j'utilise assez souvent, ce que l'on peut faire et jusqu'où on peut aller. Après, par rapport aux croyances, moi, je pense que c'est une question que je pose peu aussi parce que j'ai le sentiment de passer beaucoup de temps à expliquer, donc après, je fais sûrement l'erreur de ne pas leur redemander de me réexpliquer pour être sûre qu'ils ont bien compris, parce que j'ai l'impression de le faire! »PM2

M: « Alors, c'est pas tout à fait la même chose de vérifier qu'ils ont compris les explications et l'interrogations autour des croyances. »

J: « Donc, c'Est-ce qu'ils en avaient déjà comme interprétation ou comme idée reçue? »

S: « Par exemple, pour l'obésité, pour certaines cultures, la croyances, c'est qu'on est en bonne santé, on est gros, on est bien, donc ça c'est une croyance. Nous, notre croyance, notre savoir, est à l'opposé, ce n'est pas ça! Donc c'est vrai que c'est intéressant de savoir qu'est-ce qu'il croit et comment on peut agir à ce niveau là. »O6

C: « Et tu le fais souvent? »

S: « Non, pas très souvent, mais je le fais de temps en temps. »

An: « En fait, moi je pense que je ne le fais pas très souvent mais c'est très intéressant parce que effectivement, savoir ce que le patient pense de sa maladie, cela nous permettra de comprendre ce qu'il fait ou ne fait pas O6. Moi, j'ai l'impression que dans le déroulement d'une consultation, c'est pas vraiment facile, surtout en tant que médecin remplaçant, parce que le patient arrive, on regarde son dossier, « qu'est-ce que vous avez comme problème de santé? » « qu'est-ce que vous prenez comme traitement? » « qu'est-ce qui vous amène? » « On vous examine? » et puis c'est parti et en fait c'est au tout début de la consultation qu'il faudrait poser la question, « qu'est-ce que vous avez comme maladie? » « qu'est-ce que c'est comme maladie, expliquez moi? » PM2 et c'est vrai que dans le déroulement d'une consultation de médecine générale qui dure 15 ou 20 minutes, il y a aussi une question de temps, là encore, mais moi, j'ai effectivement l'impression que je ne le fais pas assez. »T1

M: « Est-ce que vous avez le souvenir d'une fois où vous l'avez fait? »

An: « Je crois, peut être plus à l'hôpital. »

L: « C'est comme l'école de l'asthme, il faudrait prendre le temps de parler avec les gens de leurs représentations de la maladie, pour qu'il la comprenne, qu'ils se l'approprient et qu'ils soient acteur. Ce serait l'idéal; d'avoir des consultations d'éducation, de prévention, intitulé comme ça! »PM1

C: « Moi, c'était sur le diabète, la patiente pensait qu'elle fabriquait son sucre. Mais je n'étais pas seule, j'étais avec le chef de clinique, donc on a dessiné ensemble etc... donc là, je trouve ça très intéressant. »O6

M: « La toute dernière petite question, aucun d'entre vous ne dédie parfois une consultation spécifiquement pour ça, ou propose? »

L: « Pour l'éducation ou les croyances? »

M: « L'éducation. »

Beaucoup de: « si si »

T: « Pour le tabac spécifiquement »

L: « Pour l'asthme »

J: « Pour les régimes »T5

M: « Et quand vous dédiez ces consultations, vous n'interrogez pas les croyances de vos patients? C'est une question, c'est pas du tout... »

J: « Moi, je réponds non. »

M: « C'est une question, c'est pas du tout... on est dans l'exploration de ce que vous faites. »

C: « Moi, je suis au tout début de mon expérience, je n'ai jamais reconvoqué quelqu'un pour l'éduquer. »PM2

An: « Moi, j'ai pas beaucoup d'expérience mais pour le moment je ne l'ai jamais fait juste pour ça! »PM2

A: « Juste, moi je leur demande dans les troubles du sommeil, « pourquoi vous ne dormez pas bien? », c'est plus dans ce genre de contexte que je pose la question. »PM2

L: « Le sommeil, c'est vrai que c'est peut être plus la chose où on interroge plus sur les croyances, surtout les personnes âgées qui ont des troubles du sommeil, qui sont sous hypnotiques. Leur expliquer... »F2

J: « Moi, je poserai cette question, mais ce serait plus à viser d'introspection. Donc, je ne sais pas si ça se rapproche, mais ça, facilement dans le sommeil, le tabac F2. Je vais facilement avoir recours à ça, mais je crois que les croyances, je ne les ai jamais utilisées. »

M: « S., quand tu disais que ça t'arrivait d'interroger, c'est dans des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique. »

S: « Je l'ai vu une fois, c'était une petite avec sa mère, qui avait fait une crise d'asthme. Cela arrivait assez souvent, en fait, et la mère était toujours paniquée, elle ne savait pas ce qu'il fallait faire, donc du coup, on a traité la crise, et après, je leur ai dit de revenir pour parler de ce qu'était l'asthme et de discuter là-dessus. On avait prévu 30 ou 45 minutes pour le faire. »T5

M: « Et ça, c'est quelque chose que vous imaginez pouvoir intégrer dans votre temps de généraliste de prévoir des consultations qui peuvent être spécifiques et un peu longue pour ce genre de chose? »

C: « Dans ma tête, avant de commencer, je pensais que je pouvais le faire, mais là, à vraiment pratiquer, je ne suis pas sûre que je pourrais, Mais dans l'idéal, moi j'ai signé pour ça, donc... oui, je pensais pouvoir le faire, mais là, sur quelques remplacements, moi, je finis à 20h en ayant des nez bouchés, donc, je ne vois pas comment je pourrais intégrer ça, mais j'espère que oui! »PM2

A: « Moi, je suis sur plusieurs cabinets de médecine générale, et il y a un cabinet en particulier qui réserve ce qu'ils appellent des rdv longs, en début d'AM quand il n'y a pas de visite, donc, il y a toujours 2 rdv calés de 30 min pour ce genre de consultation T5. Je trouve cela vraiment très intéressant et c'est vrai que du coup, je peux l'appliquer en pratique et c'est quand même quelque chose de très enrichissant et qui me paraît indispensable dans ma pratique future. En tous cas, cela se passe très bien au quotidien, donc je m'imagine le faire. Donc dans l'emploi du temps, c'est comme ça et ça se passe bien, on est rôdé comme ça et c'est vrai que les patients apprécient aussi de prendre plus de temps parfois, sur ce genre de questions et ça évite peut être aussi d'autres consultations ultérieures. »PM2

J: « Une ou deux consultations par jour, ce n'est pas suffisant! »

A: « Oui, mais c'est déjà pas mal, je trouve. Parce que tu ne le fais pas systématiquement, après, c'est sûr, tu ne peux pas le faire sur toutes les consultations, mais c'est déjà un minimum. »PM2

E: « Et ça fait partie des propositions d'une maison pluridisciplinaire de santé. J'en connais une où ils ont pour objectif de prévoir comme ça des plages d'éducation. Pas forcément avec un patient mais avec plusieurs et de tourner entre professionnel et même eux de se former à l'éducation thérapeutique. Donc, je pense que c'est quand même tous ce qu'on veut faire un petit peu et c'est les regroupements de médecin qui peuvent nous aider à faire ça de bonne qualité et d'avoir du temps de dégagé pour ça. C'est bien d'avoir des plages horaires pour ça. »SP1

A: « C'est une solution comme une autre mais c'est intéressant. »

E: « Il faut pas avoir de visite quoi! »

M: « Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose? A propos de ces échanges. »

L: « Moi, je suis en train de réfléchir à ça, il y a une cotation ALD pour une consultation une fois par ans que l'on peut faire auprès des patients. Donc déjà, à la limite, cela existe déjà et cette consultation qui est plus rémunérée peut faire l'objet d'une consultation plus longue, vu que déjà elles sont plus rémunérées et cela nous permettrait de nous dire, effectivement cette consultation de synthèse, elles sont faites pour ça, à la base. Peut être que l'on a déjà un outils dont on ne se sert pas forcément et qui existe déjà et que tout un chacun pourrait mettre ne pratique, en se disant au moins une fois par an, avec tel patient, lors de cette consultation de synthèse, c'est fait pour ça, après tout, je prends 30 minutes et on refait le point sur sa maladie. »F1

Ma: « Et puis, je pense que si le patient vient pour cette consultation là, il va peut être parler beaucoup plus facilement. »

L: « Il faut bien expliquer que c'est une consultation de synthèse. »

Ma: « et pourra expliquer pourquoi, telle ou telle chose lui pose problème. Ce sera peut être plus facile que lors d'une consultation X, où il vient pour son renouvellement et que finalement, il a juste envie de passer 10 min chez le médecin et de sortir avec son ordonnance et point barre. »

L: « Il faudrait peut être faire passer le message auprès des patients et dans notre pratique, de se dire, la prochaine fois, on se voit pour votre consultation de synthèse et on refera le point sur votre maladie, ce ne sera pas le renouvellement, ce sera vraiment autre chose. »T5

A: « Juste pour rebondir là-dessus, je me pose la question de savoir, combien de patient en ALD connaissent cette consultation de synthèse en pratique. »

L: « Par contre, c'est côté par pas mal de médecin. »

A: « je sais... et ils ne le disent pas forcément que c'est une consultation de synthèse. »

L: « Oui, c'est pour ça que ça doit leur paraître bizarre. »

M: « Ok, on s'arrête. Merci beaucoup, c'était très riche et très dense. »

**Titre de la thèse : LES NIVEAUX DE COMPETENCE DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE
DE NANTES EN MATIERE D'EDUCATION PREVENTION ET DEPISTAGE**

RESUME

La reconnaissance du métier de médecin généraliste passe par un processus de certification. Dans ce cadre, le Collège National des Généralistes Enseignants a publié un référentiel métier avec la description de six grandes compétences. La région grand ouest a reçu pour mission d'examiner la compétence éducation, prévention et dépistage dans le but d'établir des indicateurs de niveau. Ce travail s'articule autour de deux axes, d'une part, la constitution d'un groupe de travail expert élaborant des hypothèses, d'autre part, la réalisation d'une enquête qualitative sous forme de focus group pour chaque niveau débutant, intermédiaire et compétent, par six thésards. Il s'agit ici de l'analyse de l'acquisition de cette compétence par les internes de Nantes. Des premiers indicateurs ont été mis en avant ; l'évolution de la posture du médecin et du patient, la reconnaissance des techniques d'apprentissage, l'étude des difficultés exprimées, les propositions de gestion du temps, la vision d'une compétence partagée et la réflexivité des étudiants.

MOTS-CLES

Certification, Indicateurs, Niveau de compétence, Education, Prévention, Dépistage, Internes, Médecine Générale.