Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Thèse n°

ANNEE 2016

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 13 Décembre 2016 à Poitiers

Mademoiselle India-Marie FOSSAT

Enquête

PREVENTION QUATERNAIRE CHEZ LES INTERNES

EN MEDECINE GENERALE DU POITOU-CHARENTES

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Jean Marc TOURANI
Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Isabelle DUMAS-REAM

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(détachement)**
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique **(surnombre)**
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie **(surnombre)**
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

6 rue de la Milétrie - B.P. 199 - 86034 POITIERS CEDEX - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOTCatherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse, le Docteur Isabelle REAM

Ma rencontre avec toi est une des plus belles choses qui m'est arrivé durant mes années d'internat. Tu m'as fait l'honneur et le plaisir de me proposer et de diriger ce sujet de thèse passionnant. Je te remercie pour ta patience, ton soutien, ta disponibilité et ton enseignement pendant l'élaboration de ce travail.

Au Docteur Marc JAMOULLE

Merci de l'aide précieuse que vous m'avez apporté durant ce travail, ainsi que pour vos nombreuses suggestions. Aussi j'espère bien continuer à faire connaître ce concept à mes confrères, et mes patients, et ainsi contribuer à la diffusion de ce concept si humaniste qui promet un bel avenir !

A Fanny HANSSENS

Merci de m'avoir permis de lire ton travail de mémoire, qui a largement contribué à l'élaboration de mon questionnaire, ainsi que de mon travail de thèse en générale.

Aux médecins et toutes personnes du réseau de la prévention quaternaire qui de près ou de loin sont impliqué dans la diffusion de ce concept, votre travail est remarquable.

A ma collègue Sandy

Merci pour ta disponibilité et tes conseils techniques pour la réalisation de ce travail.

A ma grande amie Emilie

Grâce à toi j'ai pu mener à bien, et ce, dans toutes ces étapes ce travail éprouvant.
Ton esprit de synthèse et ta disponibilité et ton humour m'ont été si précieux.

A Emmanuelle

Merci pour ta présence, ta disponibilité et ta maîtrise de la langue française ! Cela m'a été si agréable de travailler avec toi !

A Myriam

Ma chère voisine, sans toi, je n'aurai jamais pu finaliser mon travail de cette façon. Tes talents d'imprimeur m'ont été d'une grande et incroyable aide.

A Floréal

Merci pour ton amour, ta patience, ton soutien et toutes ces attentions si bienveillantes durant ces quinze ans de vie commune avec toi. Je suis si reconnaissante.

A ma mère Sylvie

Pour ton amour, ta confiance, tes conseils…tant de choses qui me font du bien, me rassure et contribue à illuminer ma vie.

A ma grand-mère Paulette

Merci de m'avoir toujours accompagné à ta façon dans toutes les étapes de ma vie. Et une pensée à mon papi qui doit être fier là-haut !

A mon père Jean-Hervé

Pour ton amour et ton humour.

Aussi une pensée à mes grands-parents parti bien trop tôt !

A Gérard

Pour ta présence et tes conseils.

A ma belle famille

Merci pour votre soutien et votre joie de vivre !

A tous mes amis et tous ceux qui j'ai oublié de citer…et qui ont contribué en l'élaboration de ce travail.

Liste des Abréviations

CAE : Carnet d'Auto-Evaluation

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DDA : Dossier d'Apprentissages

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

EBM : Evidence Based Medecine

ECN : Examen Classant National

GEAPI : Groupe d'Echange et d'Analyse des Pratiques pour les Internes

GEAPIT : Groupe d'Echange et d'Analyse des Pratiques pour les Internes avec les Tuteurs

IMG : Interne de Médecine Générale

MG : Médecin Généraliste

NBM : Narrative Based Medecine

OPE : Organe Personne Environnement (Modèle)

P4 : Prévention quaternaire

RIT : Rencontre Individuelle avec le Tuteur

RSCA : Récits de Situations Complexes et Authentiques

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

UEMO : European Union of General Practitioners – La représentation professionnelle des Médecins Généralistes et Médecins de famille en Europe

WICC : Wonca International Classification Committe. Groupe de travail de la Wonca, organisation mondiale de la médecine de famille

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - Organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 7

I- INTRODUCTION 11

II- PRESENTATION DU CONCEPT DE P4 12
A- Genèse de la prévention quaternaire 12
B- Champs d'action et outils de la P4 16
C- Etonnante diffusion internationale de la P4, et projets liés 16
D- Quelques moyens d'amélioration de la P4 17

III- MATERIELS ET METHODES 17
A- Type d'étude 17
B- Population et recueil des données 17
1- Population 17
2- Recueil des données 17
C- Analyse statistique 18

IV- RESULTATS 19
A- Caractéristiques démographiques des internes interrogés 19
B- L'internat en Poitou-Charentes, de la théorie à la pratique : la démarche médicale en soins primaires 21
1- Stage praticien niveau 1, SASPAS 21
2- Intérêt des internes, concernant les grands axes des enseignements proposés durant l'internat 21
3- RSCA 23
4- Modèle OPE 24
5- Diagnostic de situation 25
6- EBM 26
C- Actes et Prescriptions non nécessaires ou inutiles, vision des IMG interrogés 27
1- Concernant les séniors et co-internes en stage 27
2- Concernant les IMG interrogés en stage : auto-estimation 29
3- Autres estimations 30
4- Place de l'abstention de prescription dans la pratique des IMG interrogés 32
D- La prévention quaternaire en médecine générale 32
1- Etat des connaissances concernant la P4 des IMG interrogés 32
2- Notion de la P4 chez les confrères (médecins généralistes installés, ou les internes en médecine générale), vision des IMG interrogés 34
3- Principe de protection du patient en médecine générale : formation suffisante des internes interrogés ? 34
4- Evidence narrative medecine, NBM 34
5- Intérêt ou non des internes interrogés, pour une formation sur la P4 34
E- Suggestions des internes interrogés 35

V. DISCUSSION 36
A. Critiques de l'étude 36
1. Points forts 36
a) Enquête originale 36
b) Taux de réponse 36

2. Limites de l'enquête 37
a) Biais de sélection 37
b) Biais d'une étude déclarative 37
c) Biais lié au recueil de données 38
d) Autres remarques 38
B- Etat des lieux en matière de P4, chez les internes du DMG du PC 38
1- Sensibilisation des IMG 38
a) Notions théoriques : raisonnement et démarche décisionnelle en médecine générale 38
b) De la théorie à la pratique 40
2- Notion de l'existence du concept la P4 stricto-sensu et état des connaissances des IMG 41
C- Besoins en formation et intérêt des IMG à se former 41
1- Prescriptions inutiles, non nécessaires, ou surmédicalisation 41
a) Regard des IMG sur leurs confrères 41
b) Regard des IMG sur eux-mêmes 42
c) Vision globale de la surmédicalisation dans nos activités de santé 42
2- Intérêt des internes à se former à la P4 et perspectives 43

VI.CONCLUSION 44

VII.BIBLIOGRAPHIE 45

VIII.ANNEXES 47

IX.RESUME 60

X.Serment d'Hippocrate 61

I - INTRODUCTION

Depuis ces dernières décennies, la médecine n'a eu de cesse de croître : découvertes scientifiques et nouvelles technologies ont contribué à une meilleure santé globale des populations[1] [2]**.**
Le revers de la médaille est que malgré ses bonnes intentions, il arrive que la médecine, avec tous ses moyens, conduise à une surmédicalisation souvent inutile et même néfaste[3] et ainsi fasse plus de mal que de bien ! Le médecin généraliste, dont le rôle vise une prise en charge globale centrée sur les besoins de la personne, peut alors se trouver en conflit avec les visions maximalistes ou normatives de la médecine actuelle[4]. Ainsi, l'exercice du médecin généraliste consiste parfois à protéger le patient de la médecine elle-même. Depuis des centaines d'années, on enseigne aux futurs médecins le précepte «*primum non nocere*», «d'abord ne pas nuire». Mais derrière un concept simple et commun, se cachent de nombreux obstacles : culturels, pratiques, mercantiles. Ainsi, si personne ne contredira cet aphorisme, la réalité clinique s'en écarte bien souvent.

Dans un monde obsédé par la question de santé et la tentation du « faire », il est indispensable d'évaluer la pertinence des actes médicaux. Le concept de « prévention quaternaire », que j'appellerais dorénavant P4[a], s'inscrit dans ce courant de pensée. Il est né en Belgique il y a environ 20 ans et s'étend depuis à travers le monde ; un mouvement général de réflexion autour des limites de la pratique médicale est en train de grandir. La P4 réfléchit sur le bien-fondé de l'agir médical, en prévenant la médecine "non nécessaire". Elle propose des voies de réponses à trop ou trop peu de médecine. Adoptée par d'innombrables médecins et enseignants dans le monde, sa diffusion internationale rapide et étonnante rejoint et englobe le mouvement international sur la surmédicalisation[b].

En France, il semble que la P4 soit encore mal connue d'après notre bibliographie. On assiste tout juste au début de la diffusion du concept depuis la fin de l'année 2014. En revanche, la revue Prescrire[c5] est une référence en termes de prévention de la surmédicalisation et s'inscrit tout à fait dans la dynamique de la P4. Il existe aussi un site Internet lancé en France depuis peu, par le groupe Princeps et la SFTG[d]. Par contre, je n'ai pas trouvé durant mes recherches, de thèse de Doctorat en Médecine, ni de Médecine Générale, issue d'une Faculté Française, déjà soutenue ou en cours de réalisation, parlant ou traitant de la P4[e] [f].

[a] Prévention quaternaire
[b] http://surmedicalisation.fr
[c] http://www.prescrire.org
[d] SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
[e] http://www.sudoc.abes.fr
[f] http://scholar.google.fr

La P4 n'est semble-t-il pas encore au programme dans les enseignements universitaires des IMG[g], et encore moins au programme des ECN[h].

Dans la région Poitou-Charentes, l'organisation du DES[i] de médecine générale, a connue de nombreux changements en matière de méthodologie pédagogique ces 10 dernières années. De l'approche par objectif avant 2003, la pédagogie a évolué. Elle s'inscrit actuellement dans une approche par compétences à partir des 6 compétences du CNGE[j](*Annexe 1*) {elles-mêmes issues des 11 compétences de la WONCA[k](*Annexe 2*)}.

Qu'en est-il des connaissances des IMG inscrits à l'université de Poitiers en matière de P4 ? Sont-ils sensibilisés à certains axes de la P4 durant leur internat ? Ont-ils déjà entendu parler de la P4 ? Qu'en savent-ils réellement ? En tant qu'interne, sont-ils confrontés à la surmédicalisation ? Pensent-ils être assez informés pendant leur DES de Médecine Générale quant aux possibilités d'optimiser et garantir la protection de leur patient ?

En répondant à ces questions au moyen d'une enquête descriptive quantitative je veux d'abord faire l'état des lieux des connaissances des IMG de la région en matière de P4, et évaluer dans un second temps leurs besoins en formation et leur intérêt à se former à cette prévention.

II - PRESENTATION DU CONCEPT DE P4

A - Genèse de la prévention quaternaire

La P4 trouve son origine dans les travaux de I. Illch[6], J.Carpentier[7], M.Balint[8], J.McWhinney[9], C. Rogers[10] et de nombreux autres explorateurs du métier de médecin de famille.

Le terme de « prévention quaternaire » (P4) est issu de la réflexion de deux médecins belges : les Dr. Marc Jamoulle et Michel Roland.

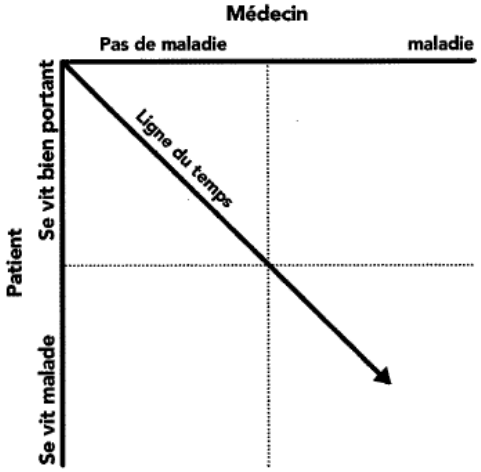
En 1986, alors que le Dr. Jamoulle assistait à un cours de santé publique (en cours de statistique sur le Chi²), il lui est venu l'idée de créer un tableau à double entrée, type Chi², basé sur la relation patient-médecin, et leur perception croisée de la maladie (« illness » vs « disease »)[3 11]. Celle-ci est elle-même traversée en oblique par la ligne du temps.

En dessinant ce tableau, on obtient quatre types de situations :

[g]Interne Médecine Générale
[h]Examen Classant National
[i]Diplôme d'Etudes Spécialisées
[j]Collège National des Généralistes Enseignants
[k] World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - Organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

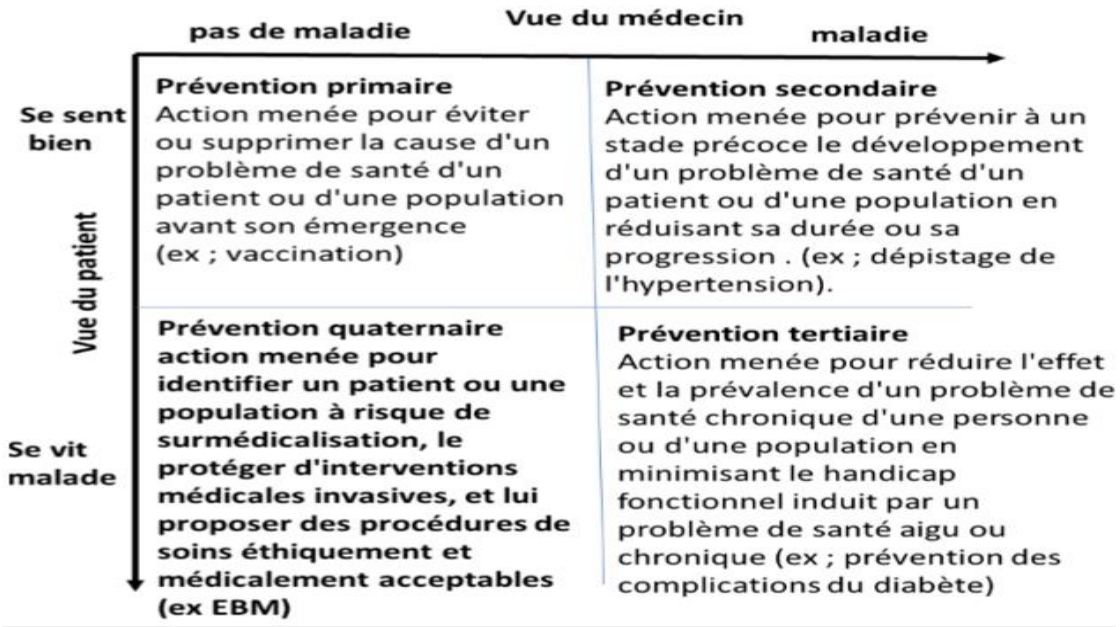
1) le patient et le médecin sont d'accord sur l'absence de maladie,
2) le patient se vit sain, mais le médecin voit en lui un malade,
3) le patient et le médecin sont d'accord sur la présence d'une maladie,
4) le patient se vit malade alors que le médecin le voit bien-portant. **(Figure 1)**

Figure 1 - Les quatre champs d'activité médicale[12]



Le Dr. Jamoulle s'amuse alors de constater que les définitions des préventions primaire (lutte contre les causes des problèmes de santé), secondaire (diagnostic précoce) et tertiaire (réduction des complications), publiées en 1995 dans le glossaire Wonca de médecine de famille[l], s'intègrent parfaitement à ce tableau. **(Figure 2)**

Figure 2 – Les quatre formes d'activité préventive[13]

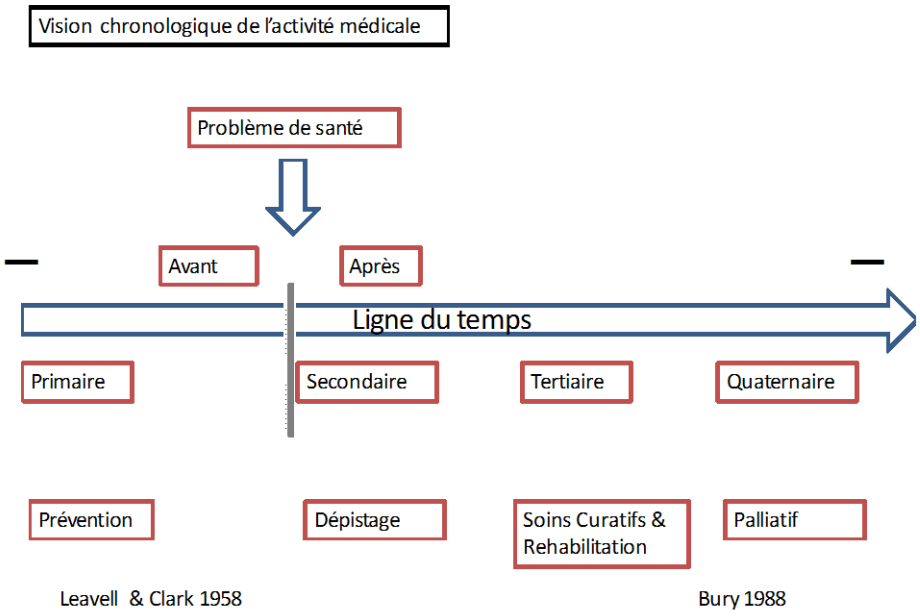


En 1999, il propose alors avec le Dr. Roland la définition d'un quatrième type de prévention, qui entrerait dans le dernier champ : la **prévention quaternaire**.

Celle-ci est définie comme une « **action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le/la protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables** »[14]. Cette définition sera approuvée lors d'une réunion du WICC[l] en 1999, avalisée par la UEMO[m] et publiée dans le dictionnaire Wonca de médecine de famille en 2003[15] [16].

Cette approche de la prévention rompt totalement avec la vision chronologique classique qui s'articule autour de l'apparition de la maladie, telle qu'elle est vue par le médecin[17] (Figure 3).

Figure 3 – Vision chronologique de l'activité médicale



(Dans cet exemple, le problème de santé surgit avant que le patient ne se sente malade et donc il s'agit de dépistage ou Prévention secondaire. Dans cette figure le terme Prévention quaternaire est usité dans le sens soins palliatifs.)

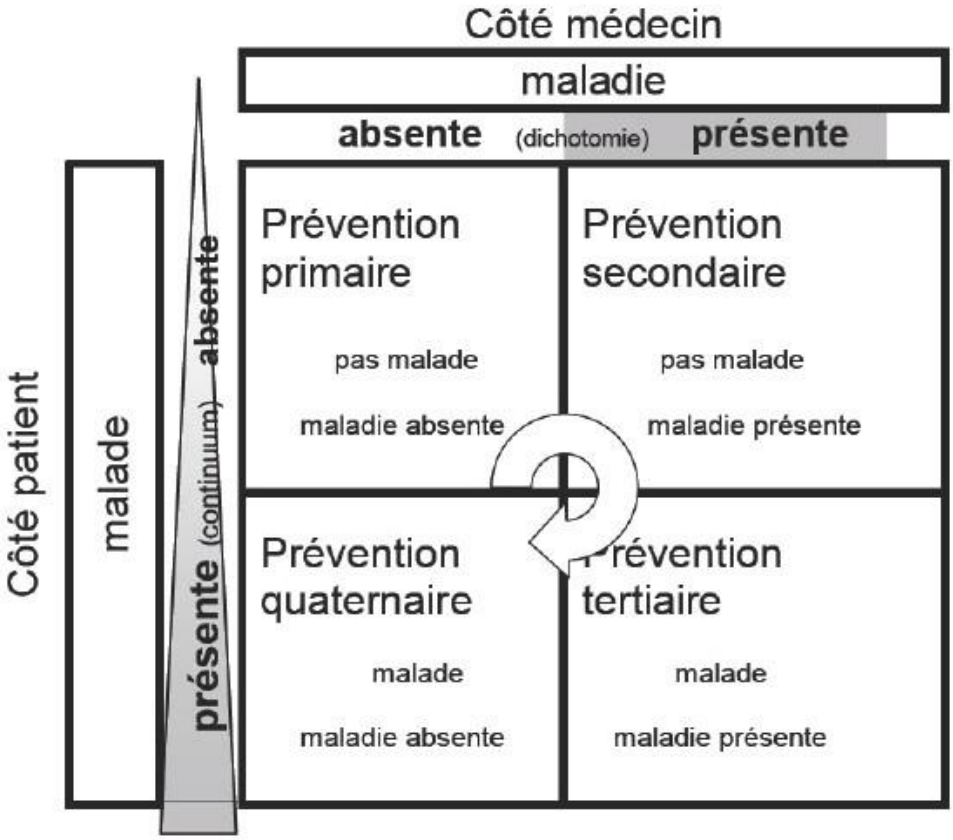
[l]Wonca International Classification Committe. Groupe de travail de la Wonca, organisation mondiale de la médecine de famille – http://www.globalfaamilydoctor.com

[m]European Union of General Practitioners – La représentation professionnelle des Médecins Généralistes et Médecins de famille en Europe.

Le paradigme change, le patient devient central aux soins. En effet, dans le modèle proposé par le Dr Marc Jamoulle, la prévention clinique est perçue au travers de **la relation entre le médecin et le patient.** La rencontre entre un praticien de l'art de guérir et un patient est marquée du double sceau de la **connaissance** et de la **certitude** et de **leur contraire.** Généralement le patient octroie au médecin une certitude qu'il n'a pas. Peu de médecins annoncent qu'ils travaillent dans l'incertain. Certitude et inquiétude sont dans un rapport inversement proportionnel, tant chez le médecin que chez le patient, et chacun joue souvent à cacher à l'autre (ou parfois à surexposer) son incertitude et son angoisse. Lorsque l'on introduit cette relation du patient au médecin[18] de ce tableau à double entrée, on voit aussi apparaître quatre possibilités d'accord ou de désaccord entre les protagonistes.

Par ailleurs, alors que dans le schéma chronologique le patient était l'objet de soins le long d'une ligne du temps (I, II, III ensuite), le tableau assimile mieux le fait qu'on puisse retrouver diverses situations préventives de manière synchrone pour un même patient. **(Figure 4)**

Figure 4 – Différentes formes de prévention selon le modèle relationnel



B - Champs d'action et outils de la P4.

Le concept P4 est vaste, il s'agit en fait d'une « attitude quaternaire »[19] qui implique un mouvement de contrôle de sa propre production par le médecin lui-même, une sorte de contrôle qualité permanent[20]**.** C'est une attitude de prévention de la médecine excessive sous toutes ses formes[21] ainsi qu'une évaluation constante du rapport bénéfice/risque.

Par exemple, en prévention primaire, il peut s'agir de ne pas donner des médicaments qui visent à réduire les facteurs de risque d'une maladie chez une personne qui a peu de risque de développer cette maladie. En prévention secondaire : la lutte contre les dépistages non ciblés, contre le surdiagnostic ou encore contre l'étiquetage abusif de moments de vie en maladie. En prévention tertiaire : la juste utilisation des données médicales probantes, la pharmacovigilance, la dé-prescription de médicaments inutiles ou dangereux[22] [23].

Les deux processus déterminants de la prévention quaternaire basée sur la relation sont l'application des connaissances adéquates, comme par exemple les **recommandations EBM**[n], littéralement la médecine basée sur les preuves[o] et une écoute humaine et empathique qui ne tente pas de médicaliser les problèmes de vie NBM[p]**,** médecine basée sur la narration[24] est un des outils permettant de mieux comprendre la relation entre un médecin et un patient.

C - Etonnante diffusion internationale de la P4, et projets liés.

Diffusé partout par les collègues du WICC, le concept a beaucoup voyagé depuis sa création. Il est aujourd'hui très étudié en Amérique du Sud et en Asie.

Depuis plusieurs années, de multiples autres organisations font la promotion d'une médecine plus tempérée. Aussi, sous l'impulsion d'auteurs devenus célèbres comme Moynihan ou Iona Heath[25]**,** on a vu apparaître une campagne de sensibilisation aux méfaits de la médecine, largement emmenée par les journaux British Medical Journal (BMJ) et Journal of the American Medical Association (JAMA) qui y ont dédié des séries spéciales : respectivement « Too much medicine »[26] et « Less is more »[27]**.**

Le concept de P4 englobe et rejoint celui de la Surmédicalisation, et des termes anglo-saxons Overdiagnosis (surdiagnostique), Overtreatment (surtraitement), Overscreening (surdépistage) ou Disease mongering (colporteur de maladie)[28].

---

[n]Evidence Based Medecine

[o] (https://www.ebmpracticenet.be/fr/Pages/Welkom.aspx),

[p]Narative Based Medecine

On répertorie actuellement des sites internet listes de diffusion P4, ainsi que des groupes de travail en P4 dans plusieurs pays du monde. Il existe un véritable réseau P4 en croissance (Annexe 3). Depuis 2011, on compte plusieurs Séminaires, Congrès, et Colloques internationaux de médecine de famille, dédiés à la P4. Elle s'invite aussi, dans certaines universités des métiers de la santé, parfois dès les premières années de médecine[29]**.**

D - Quelques moyens d'amélioration de la P4.

On retrouve dans la littérature plusieurs mesures qui permettraient d'optimiser la prévention quaternaire. Elles sont résumées dans le tableau présenté **l'Annexe 3.** Il a été réalisé par une jeune médecin de famille Belge en dernière année pour son mémoire de médecine générale qu'elle a soutenu au printemps 2016. L'objet de ce travail était d'identifier les opinions des médecins généralistes Belges sur les déterminants de la surmédicalisation et les facteurs favorisant la prévention quaternaire.

III – MATERIEL ET METHODES

A - Type d'étude

Etude observationnelle, descriptive, quantitative en région Poitou-Charentes.

B - Population et recueil des données

La population étudiée était l'ensemble des internes inscrits au DES du DMG de la faculté de médecine de Poitiers, des années universitaires correspondant aux promotions 2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016.

1 - Population

- Critères d'inclusion :
  - Internes en médecine générale de la Région Poitou-Charentes.
  - Inscrits au DES du DMG de la faculté de médecine de Poitiers.
  - Internes du 2eme semestre au 6eme semestre (années universitaires correspondant à la promotion d'internes de 2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016).
  - Dont l'adresse de la boite mail universitaire était valide.

- Critères de non-inclusion :
  - Les remplaçants en médecine générale ayant validés le DES de MG et mais non thésés.
  - Les questionnaires non conformément remplis.

2 – Recueil des données

- Diffusion du questionnaire (Annexe 4) :

Les internes ont été contactés par courrier électronique contenant une note de présentation et d'explication sur l'enquête ainsi qu'un lien hypertexte préalablement élaboré en format Google Forms©. Les questionnaires étaient remplis en ligne par les internes avec une procédure automatique d'anonymisation, ne permettant pas de relier les réponses à l'adresse électronique de l'interne répondeur. L'enquête s'est déroulée du 21 Juin 2016 au 05 Septembre 2016. Deux courriers électroniques de relance ont été adressés aux internes, le 28 juin et le 5 juillet 2016.

La diffusion du questionnaire a été réalisée à partir de la liste de courriers électroniques universitaires des internes de la faculté de médecine de Poitiers inscrits au DES de MG, grâce au personnel du service de la scolarité de la faculté, chargé de la modération des boites mails universitaires des IMG.

- Création du questionnaire

J'ai élaboré ce questionnaire à partir de ma recherche bibliographique et l'ai conçu pour que la durée de réponse ne dépasse pas cinq à six minutes.

Le questionnaire comportait une première partie permettant de caractériser l'interne répondeur. Six questions ont été posées afin de recueillir leur : âge, sexe, faculté d'origine, semestre au moment de l'enquête, mode d'installation envisagé et enfin type d'environnement envisagé pour exercer.

La seconde partie était composée de vingt-deux questions. Elle avait pour but l'évaluation de la sensibilisation des internes à certains axes de la P4 durant l'internat, en théorie dans les enseignements et les tâches, et en pratique durant leur stage. Je souhaitais également évaluer leur intérêt pour ces différents enseignements. Je leur ai également posé des questions visant à mieux appréhender leur vision concernant la surmédicalisation potentielle pratiquée ou observée sur le terrain.

La troisième partie du questionnaire comprenait neuf questions permettant d'une part de mesurer **l'étendue des connaissances des IMG de la région en matière de P4**. D'autre part, elle avait pour but de recueillir leur opinion quant à leurs besoins potentiels en formation et leur intérêt à se former à cette attitude quaternaire.

La dernière page du questionnaire donnait la possibilité aux internes interrogés de proposer une suggestion en une phrase.

C - Analyse statistique

Les données étaient recueillies automatiquement lorsqu'un interne répondait au questionnaire sur Google Forms© puis compilées en un fichier Excel©. L'exploitation des résultats a été réalisée à l'aide du logiciel Excel©. Les variables quantitatives étaient présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Le questionnaire a été testé une première fois auprès de 6 anciens IMG de la faculté de Poitiers, de la promotion 2011 et 2012 volontaires, afin d'en évaluer la clarté, la faisabilité et la durée nécessaire pour le compléter. Cela m'a amené à corriger certaines questions inappropriées ou trop imprécises.

IV - RESULTATS

A - Caractéristiques démographiques des internes interrogés

Q1 Répartition en pourcentage des internes interrogés en fonction de leur sexe.

Sur les 108 internes interrogés, 69% étaient des femmes (n=75) et 31% étaient des hommes (n=33). Soit un sex-ratio F/H de 2,27 en faveur des femmes.

Q2 Répartition en pourcentage des internes interrogés en fonction de leur tranche d'âge.

La tranche d'âge la plus importante est celle qui comprenait les internes âgés de 25 à 29 ans, elle représentait 86,11% (n=93) des internes interrogés. La tranche des internes ayant plus de 30 ans s'élevait à 9,26% (n=10) et enfin les 20-24 ans représentaient 4,63% (n=5) des répondants.

Q3 Faculté d'origine avant l'internat.

Les internes participants à l'enquête étaient principalement originaires de la faculté de médecine de Poitiers à 37.96% (n=41), en deuxième position 26.85% (n=29) étaient originaires de la faculté de Bordeaux.

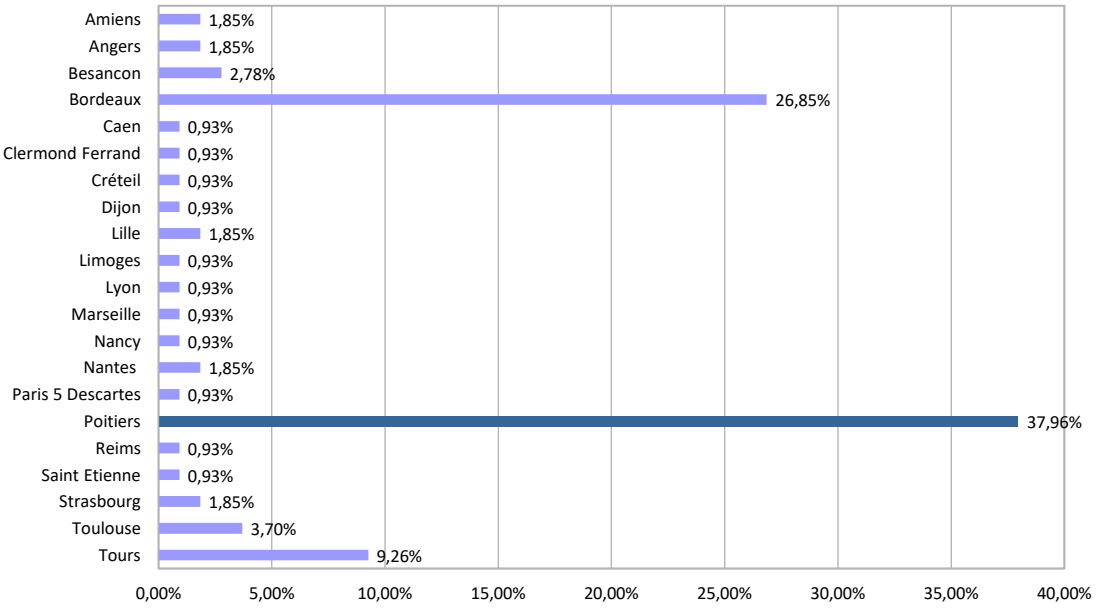


Tableau 1 - Répartition en pourcentage des internes interrogés en fonction de leur faculté d'origine.

Q4 Mode d'installation envisagé après l'internat.

L'installation en cabinet de groupe était le mode le plus envisagé par les internes interrogés, soit 87% (n=94). L'installation en cabinet, couplé avec une activité en hôpital, clinique, maison de retraite ou EHPAD était envisagée par 11% des participants (n=12). Enfin, 2 % des internes interrogés (n=2), envisageaient leur activité "uniquement" en hôpital, clinique, maison de retraite ou EHPAD.

Q5 Type d'environnement envisagé.

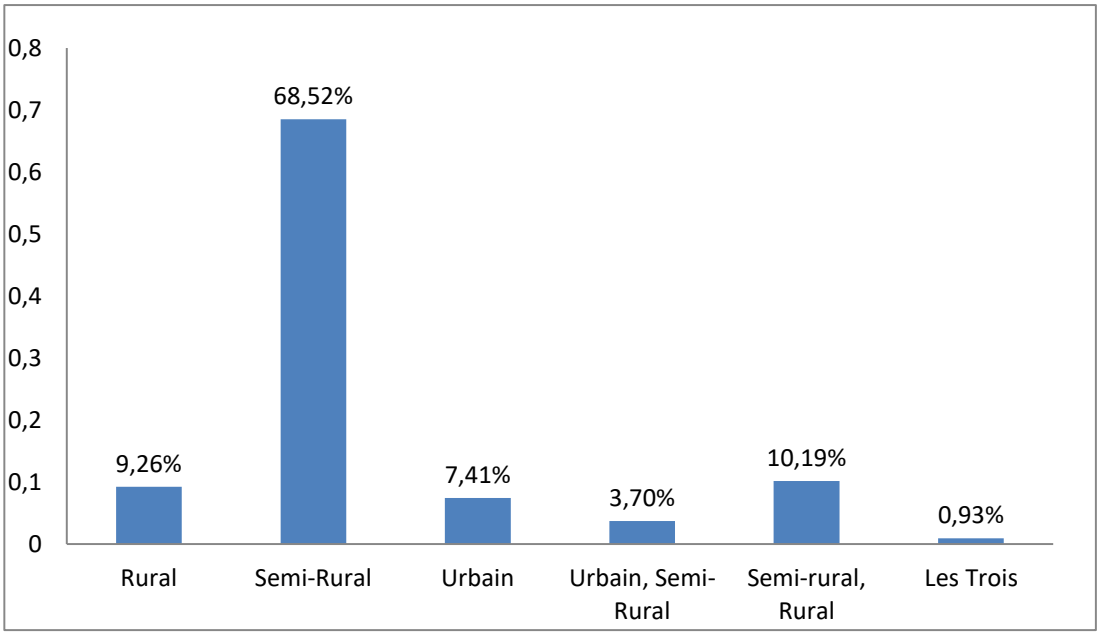


Tableau 2 - Répartition en pourcentage des internes interrogés en fonction du type d'environnement envisagé pour leur exercice futur.

Q6 Répartition en pourcentage des répondants en fonction de leur semestre d'internat au moment de l'enquête.

Les participants étaient 46% (n=50) en 6ème semestre, puis le semestre 4 et 2 étaient représentés chacun par 23% des internes (n=25), 7% (n=7) étaient issus du semestre 5 enfin 1% (n=1) étaient en 3ème semestre moment de l'enquête.

B - L'internat en Poitou-Charentes, de la théorie à la pratique : démarche médicale en soins primaires.

1 - Stage praticien niveau 1, SASPAS[q]

Q7 Réalisation du stage chez le praticien niveau 1 au moment de l'enquête.

Parmi les internes interrogés la majorité, 78% (n=84) avaient déjà effectué leur stage niveau 1, 14% étaient en cours de réalisation (n=15) et 8% ne l'avaient pas encore réalisé (n=9).

Q8 Réalisation du stage chez le praticien niveau 2 (SASPAS) au moment de l'enquête.

La plupart des internes interrogés, 66% (n=71) n'avaient pas réalisé leur SASPAS (n=71), 24% l'avaient déjà effectué (n=26), et 10% étaient en cours de réalisation (n=11).

2 - Intérêt des internes concernant les grands axes des enseignements proposés durant l'internat

Q9 Absentéisme aux enseignements durant le DES de MG.

La majorité des internes participants à l'enquête, 72% (n=79), n'avaient jamais été absent aux enseignements durant le DES de MG.

Le taux d'absentéisme en fonction des enseignements montre des résultats hétérogènes.

Le taux d'absentéisme le plus important 13% (n=14) concernait les GEAPI's sur les réseaux de soins et la santé publique.

[q] Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

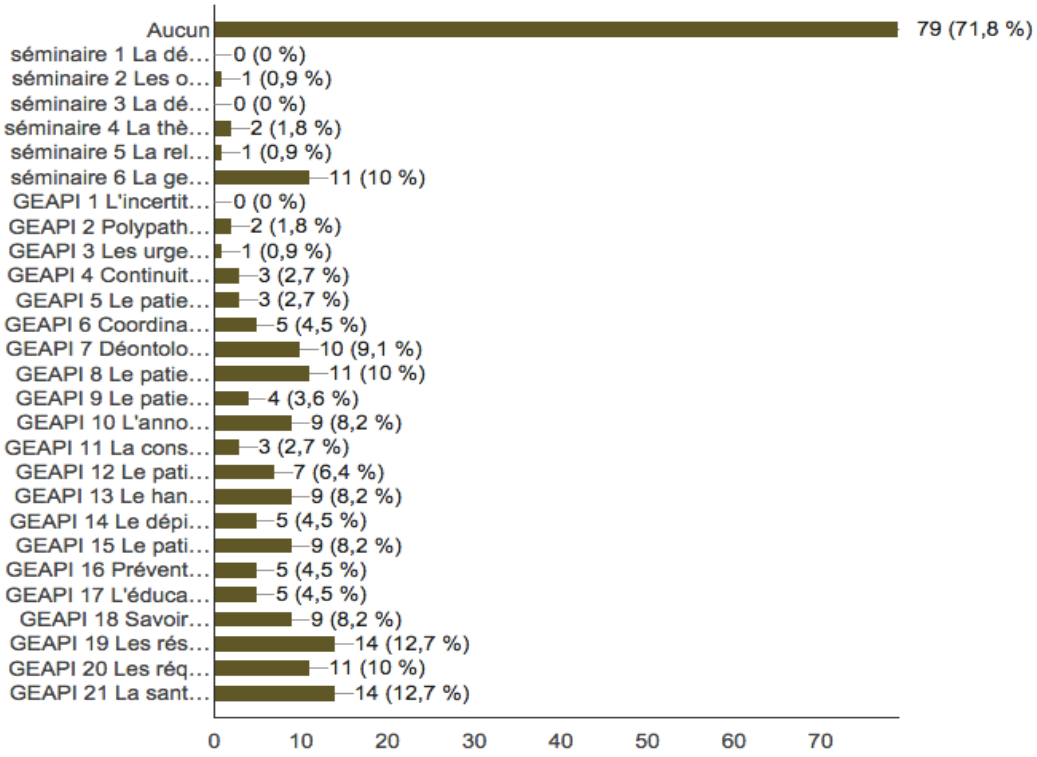


Tableau 3 - Taux d'absentéisme des répondants en fonction des enseignements durant le DES de MG. *(cf. : Annexe 5 – pour détail des libellés)*

Q10 Les thèmes abordés pendant les séminaires ayant suscités le plus d'intérêt. (Tableau 4)

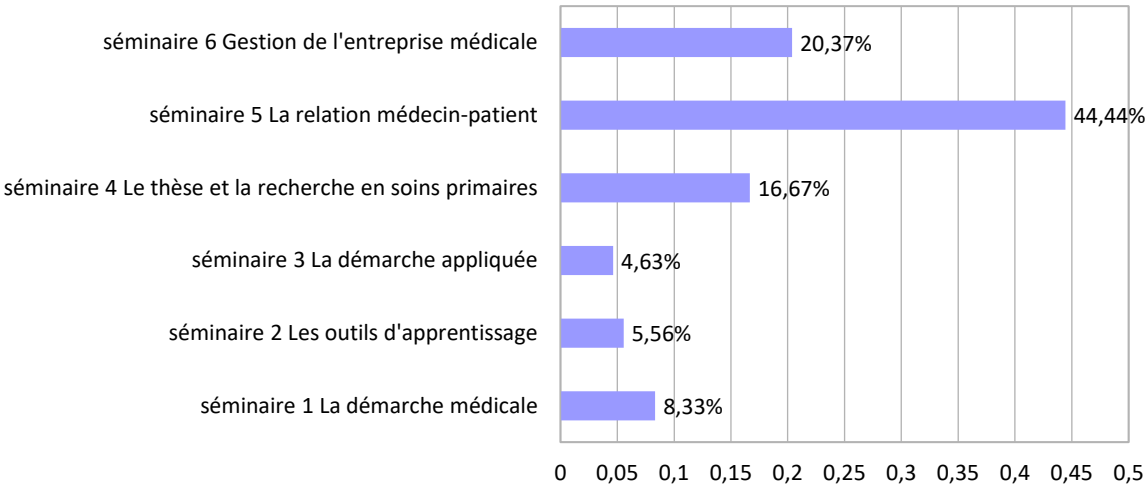


Tableau 4 - Répartition en pourcentage des thèmes abordés pendant les séminaires suscitant le plus d'intérêt chez les répondants.

Les thèmes de séminaires intéressant le plus les internes interrogés étaient d'abord la **relation médecin-patient** 44% (n=48), puis la gestion de l'entreprise 20% (n=22) et enfin la thèse et la recherche en soins primaires 17% (n=18).

Q11 Thèmes abordés pendant les GEAPI'S ayant suscités le plus d'intérêt.

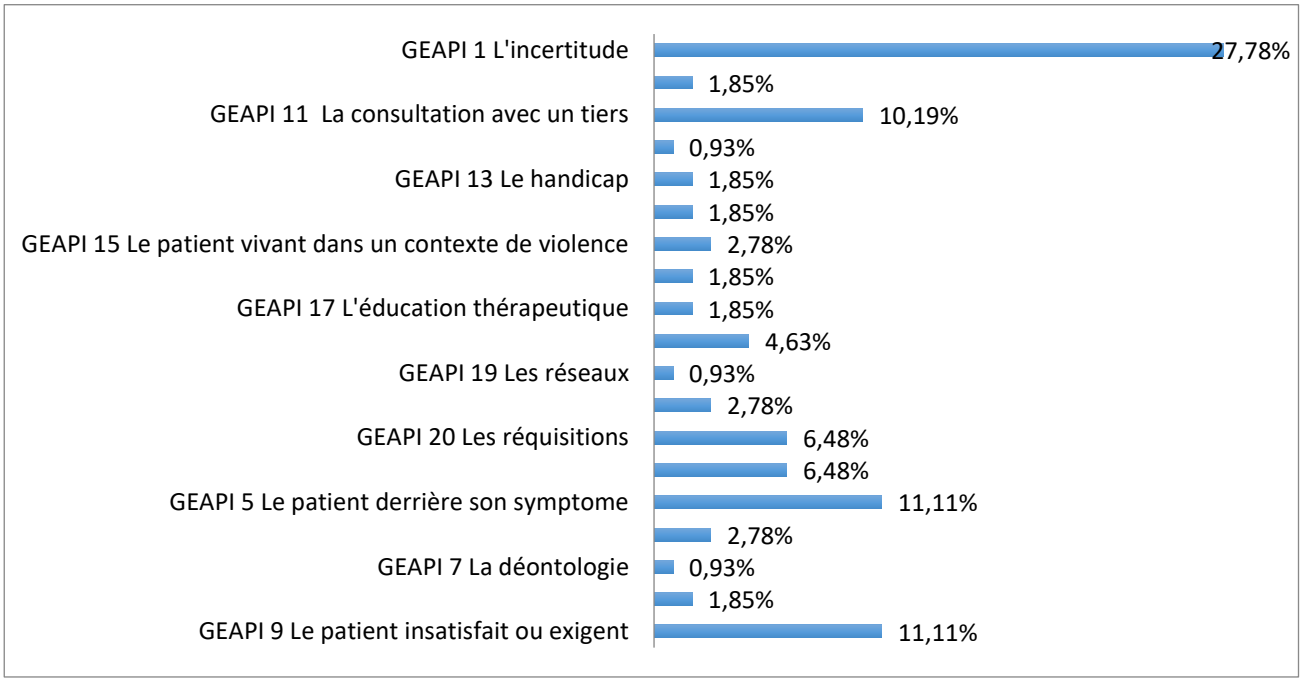


Tableau 5 - Répartition en pourcentage des thèmes abordés pendant les GEAPI'S suscitant le plus d'intérêt chez les répondants.

Le GEAPI sur le thème de l'incertitude suscitait le plus d'intérêt pour la majorité 28% (n=30) des internes participants au moment de l'enquête.

3 - RSCA

Q12 Réalisation d'au moins un RSCA validé par le tuteur.

Les participants étaient 76% à avoir validé un RSCA (n=82) au moment de l'enquête, 14% en cours de réalisation (n=15), et 10% d'entre eux n'avaient pas encore réalisé cette tâche (n=11).

Q13 RSCA et aide à l'adaptation de l'attitude décisionnelle des internes

La majorité des internes interrogés ayant validés ou étant en cours de réalisation du RSCA au moment de l'enquête, soit 42% (n=41) qui pensaient que le RSCA les aidait à adapter leur attitude décisionnelle, contre 39% (n=38) qui pensaient que le RSCA ne les aidait pas à adapter leur attitude. 19% (n=19) étaient sans avis.

4 - Modèle OPE[r]

Q14 La sphère psycho-comportementale du patient lors de la prise de décision en consultation (modèle OPE – Annexe 5), degré d'importance, vision des internes.

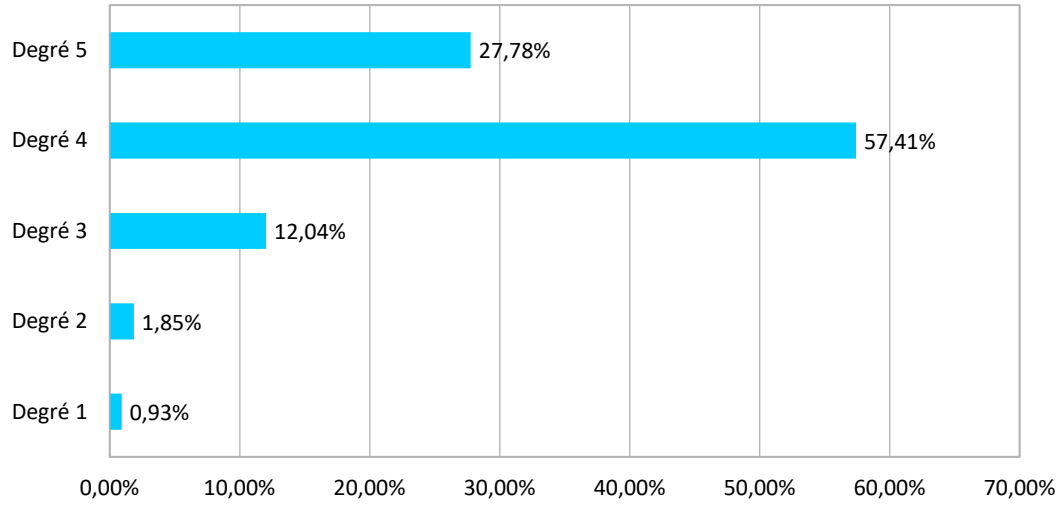


Tableau 6 - Degré d'importance selon les interrogés, accordé à la sphère psycho-comportementale de leur patient lors de la prise de décision en consultation (modèle OPE).

(Degré d'importance 1 : très faible, 2 : faible, 3: modérée, 4 : élevée, 5 : très élevée)

Q15 La sphère socio-environnementale du patient lors de la prise de décision en consultation (modèle OPE), degré d'importance, vision des internes.

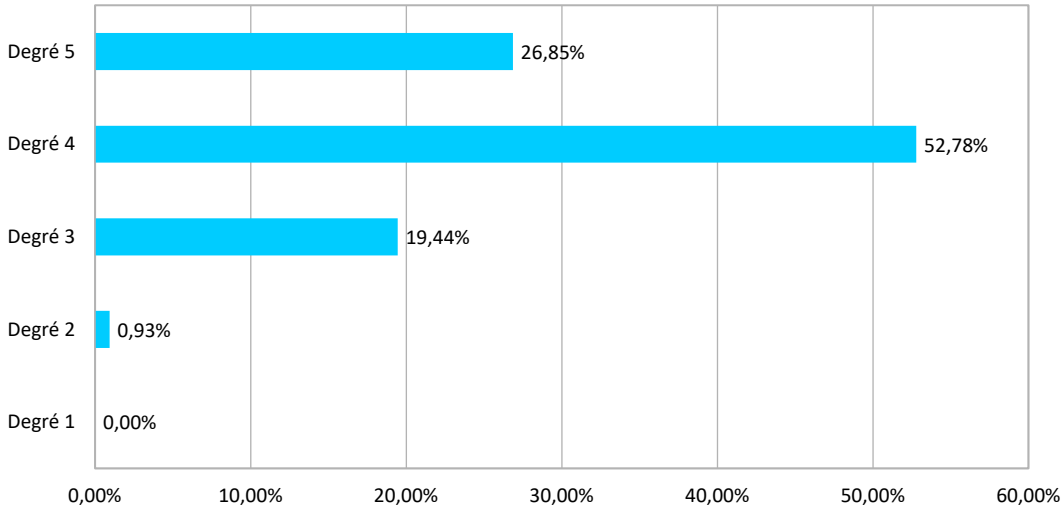


Tableau 7 - Degré d'importance selon les interrogés, accordé à la sphère socio-environnementale de leur patient lors de la prise de décision en consultation (modèle OPE).

(Degré d'importance 1 : très faible, 2 : faible, 3: modérée, 4 : élevée, 5 : très élevée)

[r]Modèle : Organe Personne Environnement

Pour la majorité des internes interrogés, la sphère psycho-comportementale 57% (n=62) et la sphère socio-environnementale 53% (n=57) étaient d'une importance élevée lors de la prise de décision en consultation.
Pour la sphère psycho-comportementale 28% (n=30) et pour la sphère socio-environnementale 27% (n=29) l'importance était très élevée lors de la prise de décision en consultation.
Pour la sphère psycho-comportementale 12% (n=13) et pour la sphère socio-environnementale 19% (n=21) l'importance était modérée, lors de la prise de décision en consultation.

5 - Diagnostic de situation

Q16 Degré de sensibilisation depuis le début de l'internat au diagnostic de situation, des internes interrogés au moment de l'enquête.

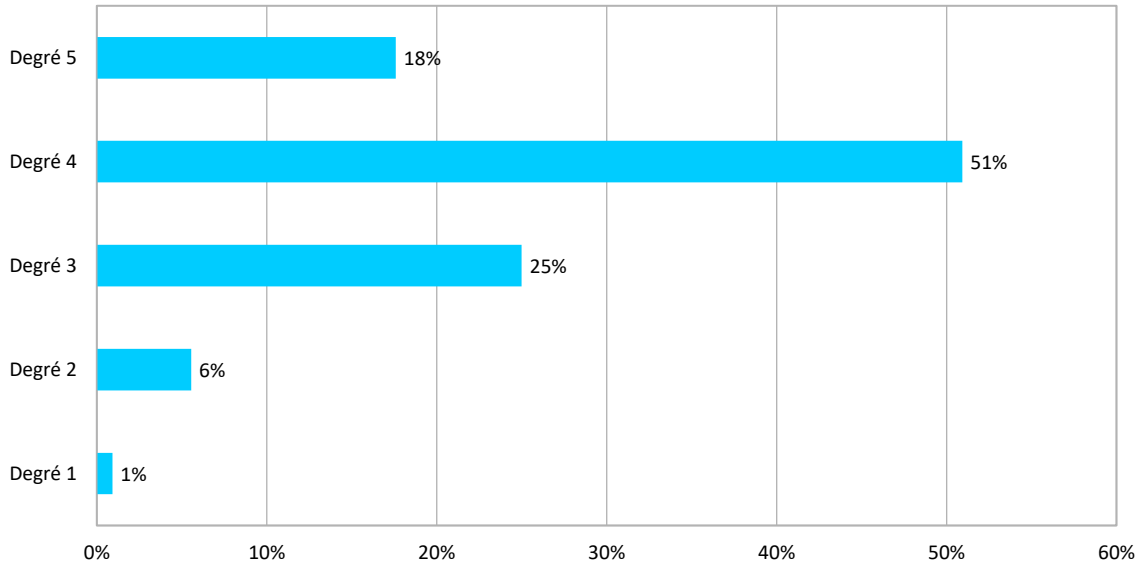


Tableau 8 - Degré de sensibilisation au diagnostic de situation des internes interrogés, depuis le début de l'internat.

(Degré de sensibilisation 1 : très faible, 2 : faible, 3: modéré, 4 : élevé, 5 : très élevé)

Le degré de sensibilisation au diagnostic de situation depuis le début de l'internat était élevé, pour la majorité des internes interrogés, soit 51% (n=55), modéré pour 25% (n=27), et très élevé pour 18% (n=19).

Q17 Notion “diagnostic de situation“ avant l’internat.

La majorité des internes interrogés, soit 78% (n=84), n’avaient jamais entendu parler du diagnostic de situation avant l’internat, contre 22% (n=24) qui en avaient déjà entendu parler avant leur internat.

Q18 Formation théorique au diagnostic de situation : suffisante ou non pendant l'internat ?

80% (n=86) déclaraient être suffisamment formé au diagnostic de situation pendant l’internat, et 20% (n=22) non suffisamment formés au diagnostic de situation pendant l’internat.

6 - EBM

Q19 Degré de sensibilisation aux principes de l'EBM depuis le début de l’internat, des internes interrogés, au moment de l'enquête.

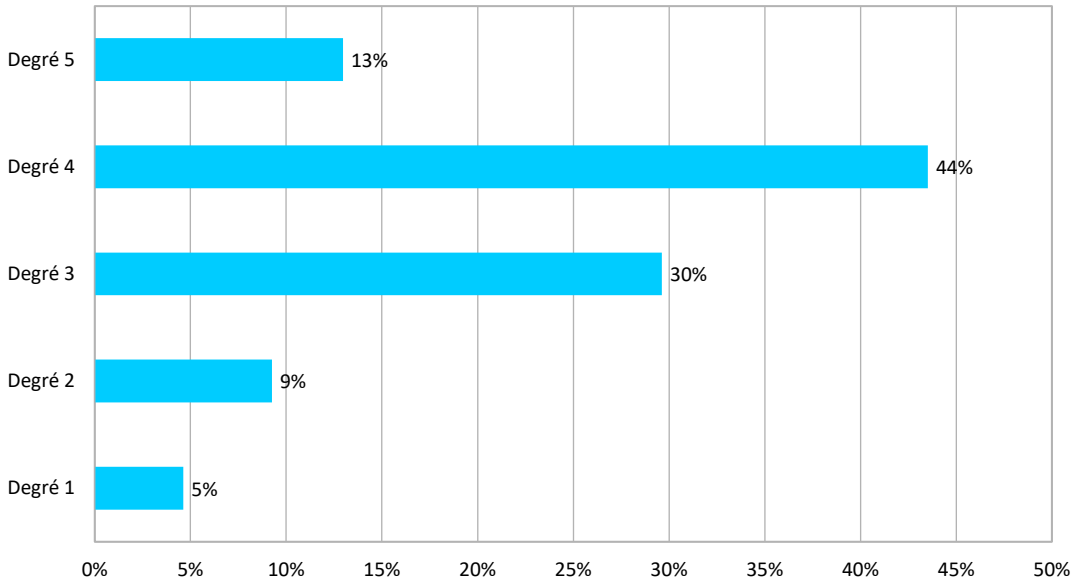


Tableau 9 - Degré de sensibilisation aux principes de l’EBM des internes interrogés, depuis le début de l’internat.

(Degré de sensibilisation 1 : très faible, 2: faible, 3: modéré, 4 : élevé, 5 : très élevé)

Le degré de sensibilisation aux principes de l‘EBM depuis le début de l’internat était élevé, pour la majorité des internes interrogés, soit 44% (n=47), modéré pour 30% (n=32) et très élevé pour 13% (n=14).

Q20 Principes de l'EBM et/ou du diagnostic de situation : application en pratique

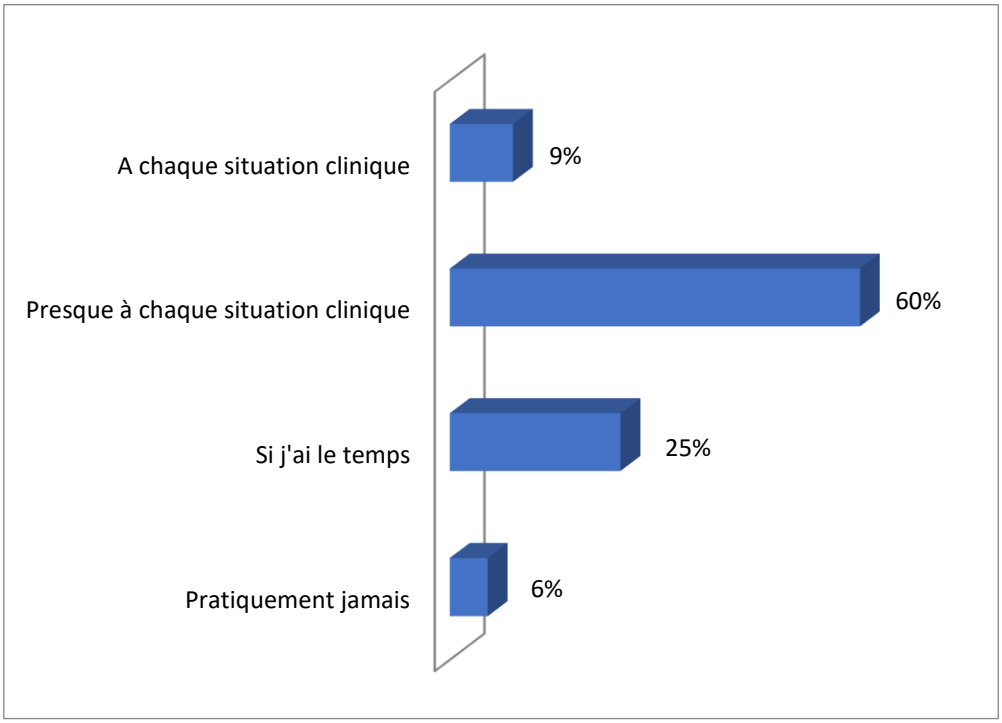


Tableau 10 - Fréquence d'application des principes de l'EBM et/ou du diagnostic de situation dans leur pratique de la médecine, chez les internes interrogés.

La majorité, 60% (n= 65), des participants appliquaient les principes de l'EBM et/ou du diagnostic de situation dans leur pratique de la médecine presque à chaque situation, suivi de 25% (n=27) qui n'appliquaient ces outils que s'ils avaient le temps lors de la consultation et 6% ne les appliquaient jamais.

C - Actes et prescriptions non nécessaires ou inutiles, vision des IMG interrogés.

1 - Concernant les intervenants, seniors et co-internes en stage.

Q22 Estimation de la fréquence des prescriptions non nécessaires réalisées par les seniors, selon les connaissances scientifiques actuelles des internes interrogés, au cours de situations cliniques rencontrées en stage.

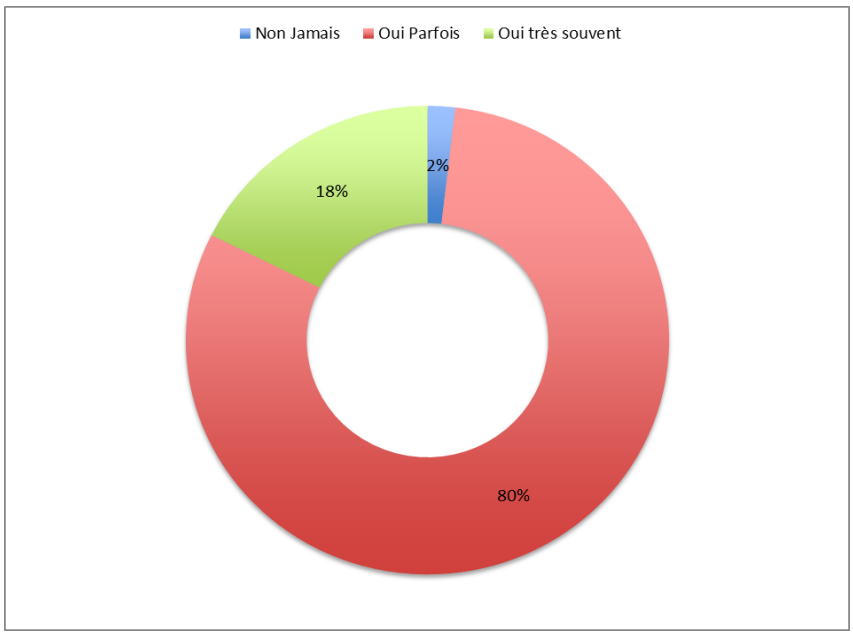


Tableau 11 - Estimation de la fréquence des prescriptions non nécessaires, réalisées par les seniors, selon les connaissances scientifiques actuelles des internes interrogés.

80% (n=87) estimaient avoir parfois déjà eu l'impression que certaines prescriptions/actions proposées par leurs seniors n'étaient pas nécessaires selon leurs connaissances scientifiques actuelles. Ils étaient 18% (n=19) à estimer avoir eu très souvent eu cette impression. 2% (n=2) estimaient ne jamais l'avoir eu.

Q23 Estimation de la fréquence des prescriptions non nécessaires réalisées par les co-internes en stage, selon les connaissances scientifiques actuelles des internes interrogés.

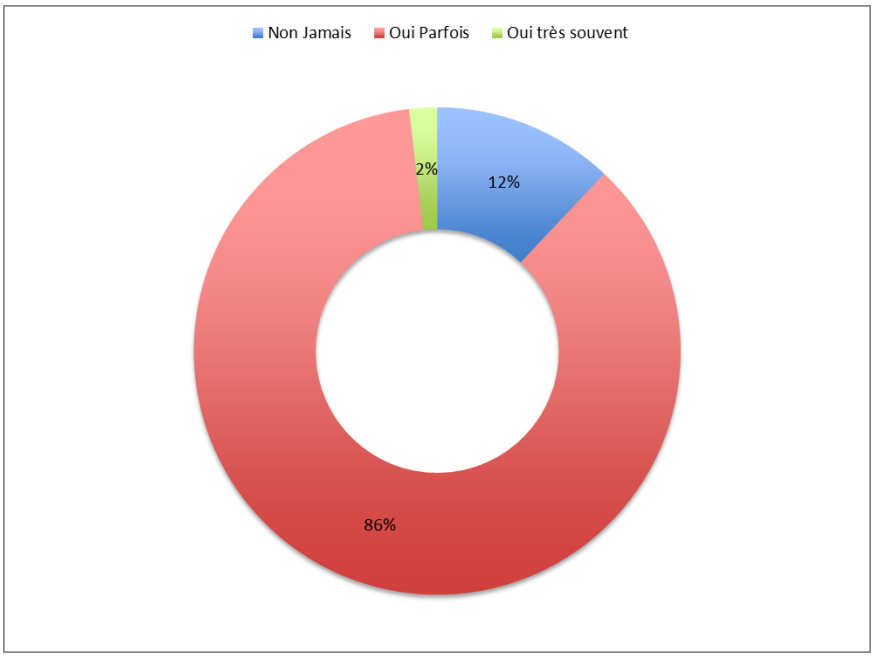


Tableau 12 - Estimation de la fréquence des prescriptions non nécessaires, réalisées par les co-internes en stage, selon les connaissances scientifiques actuelles des internes interrogés.

86% (n=93) estimaient avoir parfois déjà eu l'impression que certaines prescriptions/actions proposées par les co-internes en stage n'étaient pas nécessaires selon leurs connaissances scientifiques actuelles. Ils étaient 12% (n=13) à estimer avoir eu très souvent eu cette impression. 2% (n=2) estimaient ne l'avoir jamais eu.

2 - Concernant les IMG interrogés en stage : auto-estimation.

Q24 Prescriptions non nécessaires réalisées par manque de temps, manque de confiance en soi, ou encore pour "faire absolument quelque chose.

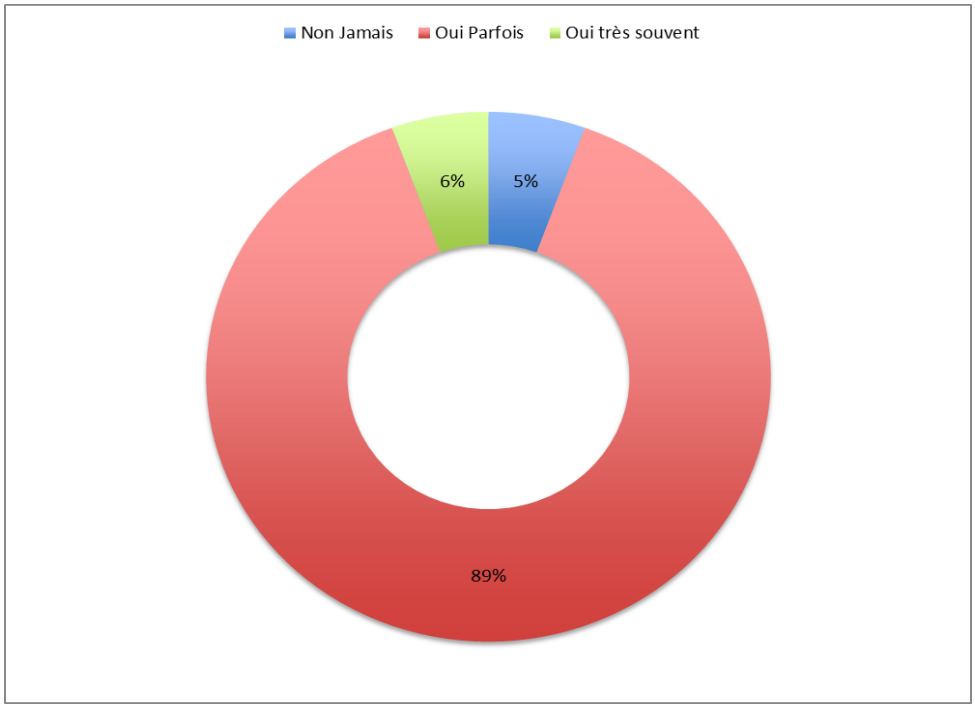


Tableau 13 – Auto-estimation de la fréquence des prescriptions non nécessaires, réalisées par manque de temps, manque de confiance en soi, ou encore pour « faire absolument quelque chose ».

89% (n=96) déclaraient avoir **parfois** déjà réalisé par manque de temps, manque de confiance en eux ou encore pour « faire absolument quelque chose », des prescriptions non nécessaires. Ils étaient 6% (n=6) à avoir été **très souvent** dans cette situation. 5% (n=6) estimaient ne l'avoir jamais été.

Q25 Prescriptions non nécessaires, réalisées à la demande du patient.

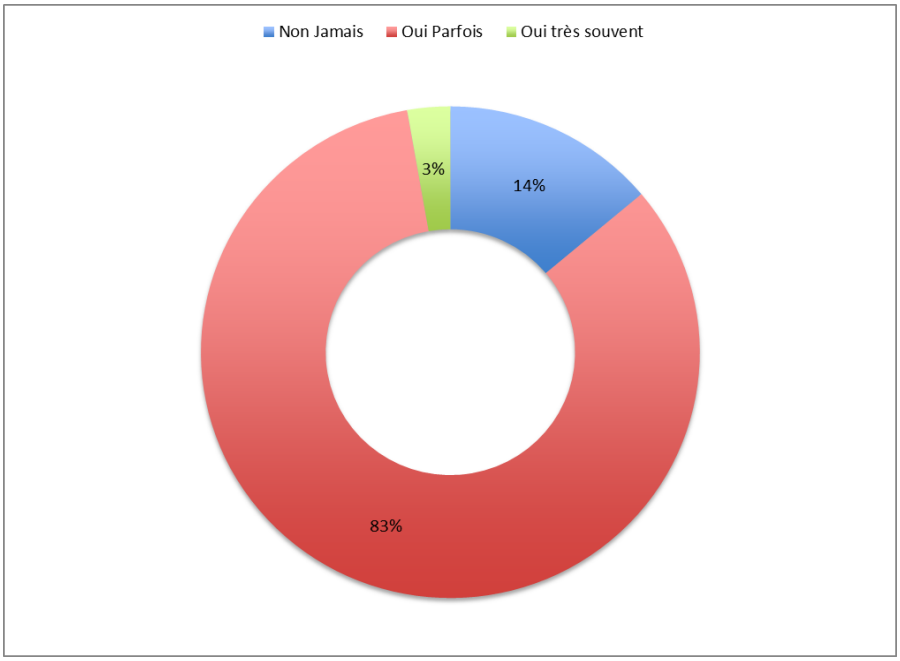


Tableau 14 - Auto-estimation de la fréquence des prescriptions non nécessaires, réalisées à la demande du patient.

85% (n=90) estimaient avoir **parfois** déjà réalisé des prescriptions non nécessaires à la demande du patient. Ils étaient 14% (n=15) à estimer avoir été **très souvent** dans cette situation. 3% (n=3) estimaient ne l'avoir jamais été.

3 - Autres estimations

Q28 Doute sur un diagnostic et/ou sur une prise en charge, choix de l'action estimée la plus facile, vision des internes interrogés au moment de l'enquête :

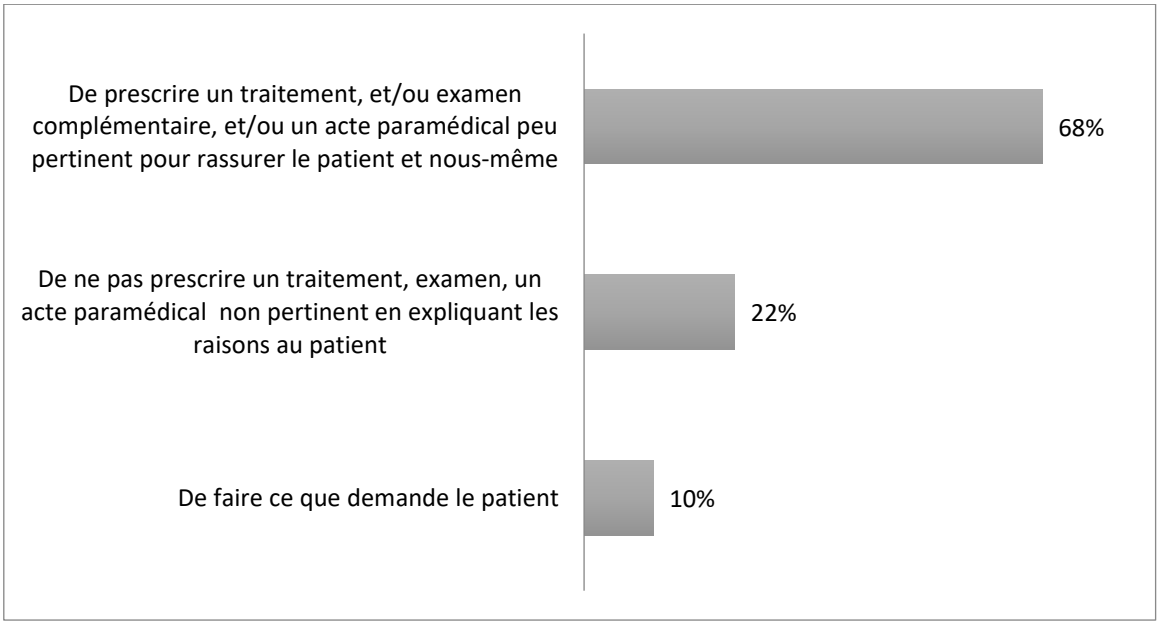


Tableau 15 - Estimation selon les internes, de l'action la plus facile à choisir, en cas de doute sur un diagnostic et/ou sur une prise en charge.

La majorité des internes interrogés, 68% (n=73), estimaient que l'action la plus facile à choisir en cas de doute sur un diagnostic et/ou sur une prise en charge était de prescrire un traitement, et/ou examen complémentaire, et/ou un acte paramédical peu pertinent pour rassurer le patient et se rassurer. 22% (n=24) estimaient eux qu'il était plus facile était de ne pas prescrire un traitement, examen, un acte paramédical non pertinent en expliquant les raisons au patient. 10% (n=11) estimaient que l'action la plus facile était de faire ce que demande le patient.

Q35 Part des prescriptions inutiles en médecine, vision des internes interrogés.

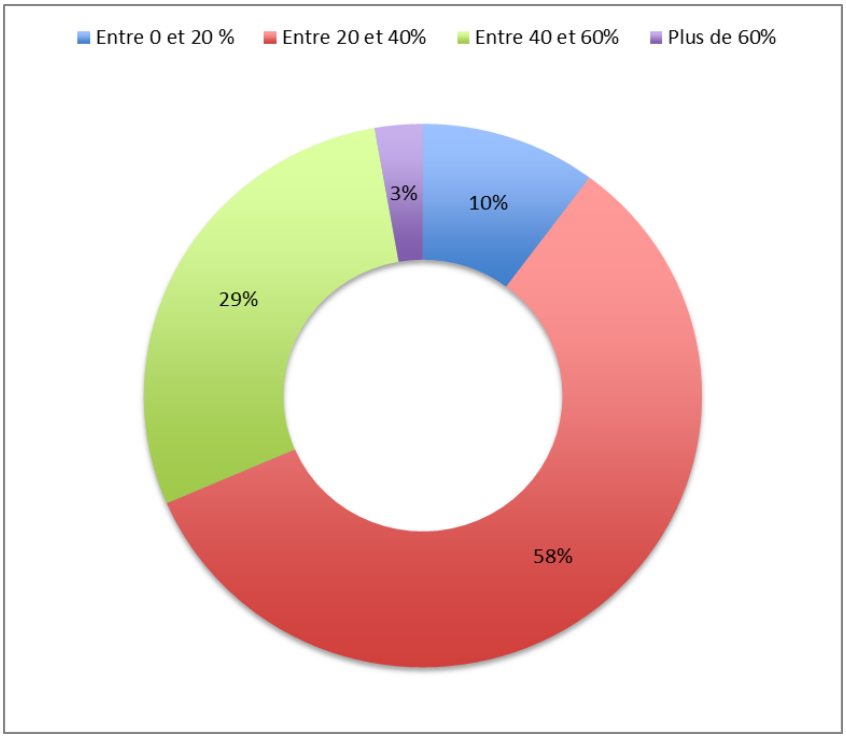


Tableau 16 - Estimation de la part des prescriptions inutiles en médecine, selon les internes interrogés.

58% (n=63) estimaient la part des prescriptions inutiles en médecine entre 20 et 40%. Ils étaient 29% (n=31) à estimer cette part entre 40 et 60%, 10% (n=11) l'estimaient entre 0 et 20%, et 3% (n=3) à plus de 60%.

Q36 Les préventions primaires, secondaires et tertiaires, toujours justifiées et utiles, avis des internes interrogés.

Les préventions primaires, secondaires et tertiaires étaient toujours justifiées et utiles, selon la majorité, soit 52% (n=56) des internes interrogés. 47% (n=52) pensaient qu'elles ne l'étaient pas toujours.

4 - Place de l'abstention de prescription dans la pratique des IMG interrogés

Q26 Consultations sans prescription, autoestimation de leur fréquence en pratique.

La majorité des internes 82% (n= 88) estimaient avoir parfois terminé une consultation sans aucune prescription, 11% (n=12) d'entre eux estimaient ne jamais l'avoir fait et 7% (n=8) estimaient l'avoir fait très souvent.

Q27 Motif de la consultation : le patient demande une prescription

Un peu moins de la moitié des internes interrogés soit 49% (n=53), avaient déjà choisi de ne pas prescrire, alors que le patient était demandeur en début de consultation ; tandis que 51% (n=55) avaient déjà choisi de prescrire dans ce contexte.

D - La prévention quaternaire en médecine générale

1 - Etat des connaissances concernant la P4 des IMG interrogés

Q29 Notion de l'existence du principe de prévention quaternaire.

La majorité des internes interrogés au moment de l'enquête soit 83% (n=86), n'avaient jamais entendu parler de cette prévention contre 17% (n=18) qui en avaient déjà entendu parlé.

Q30 Contexte dans lequel les internes en avaient entendu parler. (Répondre uniquement si réponse positive Q29)

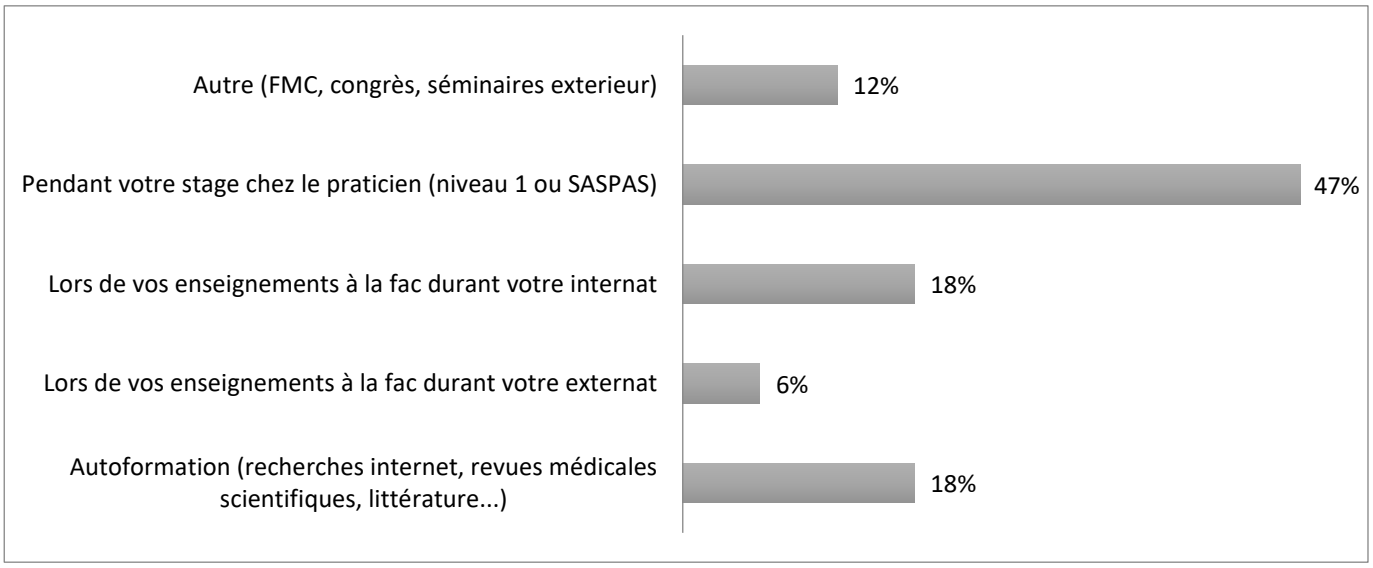


Tableau 17 - Contexte dans lequel les internes interrogés avaient entendu parler de la prévention quaternaire

47% (n=8) avaient entendu parler de la prévention quaternaire pendant leur stage chez le praticien (niveau 1 ou SASPAS), 18% (n=3) lors de leurs enseignements à la faculté durant l'internat, 18% (n=3) par autoformation (recherches internet, revues médicales scientifiques, littérature...), 12% (n=2) par d'autres moyens (FMC, congrès, séminaires extérieur) et 6% (n=1) lors de leurs enseignements à la faculté durant l'externat.

Q31 Proposition d'explication de la P4, en une phrase par les internes interrogés.

(Répondre uniquement si réponse positive Q29)**.**

Parmi la minorité d'internes ayant déjà entendu parler de la P4, à savoir 17% (n=18), 12 internes avaient tenté d'expliquer en une phrase le principe de prévention quaternaire, dont 3 ayant déclaré ne plus s'en souvenir.

Voici les 09 réponses telles qu'elles ont été déclarées par les IMG au moment de cette enquête :

- « Prévention des risques liés aux actes de soins au sens large. »
- « Prévention des effets néfastes dus aux prescriptions (de médicaments ou d'examens). »
- « Soins palliatifs. »
- « Prévenir les effets secondaires et complications d'un acte médical. »
- « Identifier et protéger de la iatrogénie les patients susceptibles d'être surmédicalisés.»
- « Eviter que les patients ne se sentent malades. »
- « Eviter les effets secondaires ou rechutes d'un traitement. »
- « Eviter des pathologies ou complications liées a la iatrogénie. »
- « Diminuer les dépenses de santé inutiles et surtout les prescriptions non nécessaires. »

Q32 Cadre de soin dans lequel s'applique la P4, vision des internes interrogés.

Qu'ils connaissent ou non la P4, la plus grande partie des répondants, soit 72% (n= 78), pensaient qu'il s'agissait d'une prévention applicable à tous les champs de la médecine générale, 10% (n=11) d'une prévention concernant plutôt les médecines alternatives et/ou complémentaires, 8% (n=9) réservée au patient en fin de vie et 2% (n=2) réservée au patient de plus de 65 ans.

2 - Notion de la P4 chez les confrères (médecins généralistes installés, ou les internes en médecine générale), vision des internes interrogés.

Q33 : La majorité des internes interrogés 62% (n=67) au moment de l'enquête pensaient que leurs confrères n'avaient pas connaissance de cette prévention ; 34% (n=37) étaient sans avis ; et 4% (n=4) pensaient que la P4 était connue de leurs confrères.

3 - Principe de protection du patient en médecine générale : formation suffisante des internes interrogés ?

Q34 : La plupart des internes interrogés, soit 51% (n=55) au moment de l'enquête, ne pensaient pas être pleinement formés à la protection du patient, contre 49% (n=53) qui pensaient l'être.

4 - Narrative Based Medecine, NBM

Q21 Notion de l'existence du principe de la médecine basée sur la narration (NBM) dans le parcours de formation des internes participants à l'enquête.

Parmi les internes répondants, ils étaient 94% (n=102) à ne pas avoir entendu parler de la NBM, contre 6% (n=6) à en avoir déjà entendu parler de l'NBM durant leur parcours de formation.

5 - Intérêt ou non des internes interrogés, pour une formation sur la P4 (Q37)

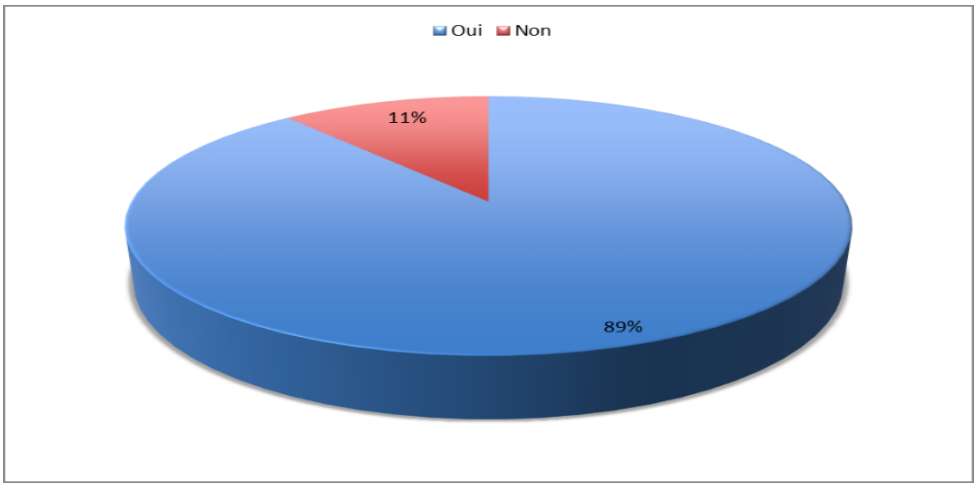


Tableau 18 - Pourcentage des internes interrogés intéressés ou non par une formation sur la P4,

89% (n=96) des internes interrogés étaient intéressés par une formation sur la P4, tandis que 11% (n=12) ne l'étaient pas.

E - Suggestions des internes interrogés

Q38 9 suggestions ont été proposées à la fin du questionnaire (classement en 2 groupes).

- **Constat d'un biais de <mesure> : GEAPI/séminaire**
  - « Tes questions ne sont pas adaptées aux enseignements actuels, le nom des GEAPI'S et séminaires ont changé. »
  - « Questions sur les séminaires et Geapi inadaptées. Le programme a changé ... »
  - « Les noms des séminaires et GEAPI ne correspondent pas à ceux que nous avons eu... »
  - « Sur les questions concernant les GEAPI/séminaires, notre formation a changée, mon année d'internat comprenait seulement 10 GEAPI et 9 séminaires, je ne pouvais donc pas répondre correctement a tes questions sur ce sujet. »

- **demande d'information à propos de la P4, et autres suggestions**
  - « Sensibiliser les patients aux risques des actes médicaux. »
  - « Anticiper les directives du patient et le prévenir des situations possibles en fonction de l'évolution de sa pathologie. »
  - « La revue Prescrire est très utile concernant ce sujet. »
  - « Concept sympa qui va avoir beaucoup de mal a se mettre en place du fait de l'exigence des patients ... »
  - « Informations via mail.

V- DISCUSSION

A - CRITIQUES DE L'ETUDE

1 - Points fort

a) Enquête originale

Il s'agit de la **première étude** de ce genre en France, autour du concept P4, interrogeant des internes en médecine générale**.** Je n'ai trouvé dans la littérature aucune étude ou thèse réalisée en France, comparable à cette enquête.

En revanche, dans la littérature internationale, j'ai pu lire plusieurs études concernant la P4 réalisées elles, auprès de médecins généralistes. Par exemple, une étude pionnière, réalisée au Pérou par le Dr S. Cuba[s], médecin de famille et enseignante à Lima, en collaboration avec une université Canadienne[t] [30]. Un autre exemple, cette étude Belge, réalisée par F. Hanssens, jeune diplomée en médecine de famille[u]**,** dont je vous ai présenté en Annexe une petite partie de son travail de mémoire de médecine générale. (*Cf. partie II- D- et Annexe 4*)

J'ai choisi de ne pas donner la définition du concept de P4, ni dans le questionnaire, ni même dans le mail accompagnant le lien pour répondre au questionnaire en ligne. Ceci dans le but de ne pas surestimer les réponses des participants se rapportant spécifiquement à l'état des lieux des connaissances de la P4. Ainsi, les réponses se rapportant à la définition et aux connaissances liées au concept de la P4 ont été plus spontanées, et reflètent donc mieux la réalité de notre état des lieux.

La force de cette enquête tient aussi au fait qu'elle aborde un **vaste champ de la médecine générale**. Les questions portent à la fois sur l'exercice du métier de médecin généraliste mais aussi sur leur formation théorique et pratique.

b) Taux de réponse.

A la fin de la période de notre enquête, 110 questionnaires avaient été récoltés au total. Après analyse, seuls 108 étaient exploitables, 2 d'entre eux répondant au moins à un des critères d'exclusions cités précédemment.

---

[s] Professeur à l'UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia, Directrice de la Promotion de Santé et de Gestion territoriale au Ministère de la Santé du Pérou , membre de la WONCA

[t] Department of Family Medicine & School of Health Studies, Western University, Canada

[u] Université libre de Bruxelles (ULB)

Le **taux de réponse de notre enquête est de 27%** (408 questionnaires envoyés pour 110 réponses). Ce chiffre est très satisfaisant pour une thèse de médecine générale d'envergure aussi modeste. Ce taux de réponse montre bien que les internes de Médecine Générale formés en Poitou-Charentes sont **intéressés, impliqués et se sentent concernés** par le thème de la prévention en général.

Le fait que les internes en **sixième semestre étaient les plus représentés** dans l'étude (47%), rend ce taux encore plus pertinent. Nous pouvons en effet supposer qu'à ce stade, ils ont une vision plus aboutie, pour certains même plus mature, de leurs apprentissages théoriques et de leur vécu sur le terrain.

De plus **78% des répondants avaient effectué, au moment de l'enquête, le stage niveau 1 chez le praticien**, et avaient donc été confrontés à la réalité pratique du métier de généraliste. (Personnellement, ce stage a été ma toute première immersion dans le métier de généraliste. Aucun stage en ambulatoire, ou en libéral n'était ouvert aux externes de la faculté de Médecine à Bordeaux à la période de mon externat.)

Ces deux derniers points viennent renforcer la **pertinence** des résultats de cette enquête.

2 - Limites de l'enquête

a) Biais de sélection

Remarquons qu'il n'y avait aucun interne en 1er semestre participant, étant donné la période de l'étude.

Nous pouvons supposer que les internes ayant accepté de répondre à ce questionnaire sont les plus intéressés ou les plus motivés par le thème de la prévention en général, et peut-être même par la P4. Cela a pu entraîner une surestimation des réponses aux questions concernant l'implication et l'intérêt dans ce domaine.

Certains internes n'ont pas souhaité répondre ou encore ont décidé de ne pas terminer de répondre au questionnaire par peur de l'inconnu. Soit par peur de se tromper, ou alors par crainte de donner leur opinion s'agissant de questions pouvant être vécues comme culpabilisantes. Pour palier à ces biais éventuels, ma description en introduction du questionnaire était rédigée de façon à déculpabiliser le répondant. Le questionnaire était facile à remplir et peu intrusif.

b) Biais d'une étude déclarative

Cette étude est une enquête d'observation, limitée par le système déclaratif d'un tel questionnaire. La compréhension et l'interprétation des questions posées restent soumises à la subjectivité des IMG interrogés au moment de l'enquête, et les réponses susceptibles d'évoluer au cours de leur formation.

c) Biais lié au recueil de données

Pour faciliter l'analyse des données, les questions étaient principalement des questions fermées, pour lesquelles plusieurs réponses étaient possibles (la liste étant parfois non exhaustive).

Pour affiner l'analyse des données et ainsi mieux répondre aux objectifs de l'étude, j'ai élaboré le questionnaire de façon à ce que le répondant ne puisse cocher qu'une seule réponse par question, dans la mesure du possible. J'ai également évité de proposer des réponses du type <<sans avis>> ou <<ne sait pas>>, sauf quand cela me paraissait pertinent.

Les résultats de mon étude étant **purement descriptifs**, je ne fais dans ce travail que des constatations, relatives à l'**échantillon d'IMG en Poitou-Charentes interrogés à la période donnée de l'enquête.**

d) Autres remarques

L'analyse des suggestions rédigées par les IMG participants **(*Cf. : IV- E-*)** a montré que les choix proposés aux questions n° 9 à 11, reprenant la liste des thèmes abordés dans les GEAPI's et séminaires **(*Cf. Questionnaire, Annexes 4*),** ne sont plus traités dans le même ordre chronologique depuis l'année universitaire 2014-2015.

Les thèmes étaient manifestement identiques à ceux proposés dans mon questionnaire, comme le confirme le livret de l'IMG Promotion 2015[v]**.** J'ai pu remarquer que certains internes en ont été gênés **(*Cf. IV- E-*).**

B - ETAT DES LIEUX EN MATIERE DE P4 CHEZ LES IMG DU POITOU-CHARENTES

1 - Sensibilisation des IMG

a) Notions théoriques : raisonnement et démarche décisionnelle en médecine générale

Le degré de sensibilisation au diagnostic de situation depuis le début de l'internat était élevé pour la majorité des internes interrogés, soit 51% (n=55), modéré pour 25% (n=27), et très élevé pour 18% (n=19). **La majorité, 80 % (n=86), estimaient être suffisamment formés au diagnostic de situation** durant les enseignements théoriques du DES de MG.

Pour rappel, le diagnostic de situation est un outil d'aide à la démarche diagnostique en soins primaires, émergeant des travaux de Lévy L[31]**.** Cet outil préconise deux analyses : une analyse

[v] Consultable sur le site : https://ent.univ-poitiers.fr

simultanée du <<problème de santé>> du patient dans ses dimensions organiques, psycho-relationnelles et environnementales, appelée le modèle OPE* et qui reprend le modèle bio-psycho-social décrit par Engel GL[32]; une analyse de leurs interactions réciproques passées et à venir. Le diagnostic de situation s'inscrit dans une démarche médicale centrée sur le patient, dans laquelle la relation médecin-patient est primordiale. Il familiarise l'interne aux multiples problématiques spécifiques en soins primaires. *En cela cette approche rejoint les 2 axes majeurs de la P4***, celui de la <<médecine basée sur la narration>> *(« le PE » du modelè OPE*) et celui de la science (*le « O » du modelè OPE*).**

J'insiste sur le fait que la notion de diagnostic de situation est abordée dès le début de l'internat de MG en Poitou-Charentes, et structure la plupart des tâches obligatoires venant constituer le DDA* de fin de cycle de chaque interne.

Au moment de l'enquête, les participants étaient 76% (n=82) à avoir validé un RSCA .

Le RSCA consiste en un récit écrit à la première personne du singulier qui engage son auteur dans une analyse réflexive vis-à-vis d'une situation clinique réellement vécue, ou **situation complexe authentique**. Il est d'ailleurs vivement conseillé de s'aider du diagnostic de situation pour analyser l'expérience vécue. L'interne doit ensuite explicitement choisir des objectifs d'apprentissages en fonction des problématiques soulevées par l'analyse de la situation. Enfin, il doit démontrer qu'il a cherché, trouvé et utilisé les apprentissages pour la compréhension et la résolution de la situation clinique rapportée **(***LIVRET DE l'interne de médecine générale 2015***).**

Le RSCA est donc un travail qui sensibilise l'interne à la philosophie de l'approche P4. Il favorise une autoréflexivité du futur praticien vis-à-vis de ses propres difficultés, qu'elles soient de l'ordre des connaissances scientifiques et/ou d'une autre nature ! Cette philosophie est merveilleusement exprimée par le Dr M. Jamoulle lorsqu'il dit que, je cite : « La consultation est la rencontre de deux êtres porteurs de doutes différents. L'un porte le doute de son être, l'autre porte le doute de sa connaissance. On peut dire que la consultation est le croisement d'une science et d'une conscience »[33]

Le degré de sensibilisation aux principes de l'EBM depuis le début de l'internat était quant à lui élevé pour la majorité des internes interrogés, soit 44% (n=47), modéré pour 30% (n=32) et très élevé pour 13% (n=14). L'EBM est donc une approche connue de la majorité des IMG répondants. Cet outil est la deuxième clé fondamentale de la mise en oeuvre de la P4. Il permet d'avoir une vision scientifique du problème, c'est la « médecine basée sur des preuves scientifiques ». Par exemple, la connaissance de la prévalence des maladies et de la valeur prédictive positive de tests diagnostiques, permet au médecin de ne rien faire et d'arrêter des investigations sans fin à la recherche de maladies rares, dont la prévalence en soins primaires est quasi nulle (*www.sfmg.org*).

Il est également intéressant de noter que la philosophie de la pédagogie d'enseignement du DES MG à Poitiers* (***cf. Annexe 6***) préconise lui aussi une approche, réflexive et centrée sur le patient.
Tous ces éléments nous montrent que les IMG du Poitou-Charentes sont plutôt sensibilisés au cours de leur formation théorique à des notions qui s'intègrent dans le concept de la P4.

b) De la théorie à la pratique

Pour la majorité des internes interrogés, la sphère psycho-comportementale (n=62) et la sphère socio-environnementale (n=57) étaient d'une importance élevée lors de la prise de décision en consultation.
Les principes de l'EBM et/ou ceux du diagnostic de situation étaient appliqués par la majorité des participants, soit 60% (n= 65), dans **presque chaque situation**.
La majorité des internes, soit 82% (n= 88), estimaient avoir **parfois terminé une consultation sans aucune prescription**. Il était déjà arrivé à un peu moins de la moitié des internes interrogés, soit 49% (n=53), de ne pas prescrire alors que le patient était demandeur en début de consultation, tandis que 51% (n=55) avaient eux choisi de prescrire dans ce contexte. Ce résultat suggère que près d'un interne sur deux, au terme d'une consultation motivée par une demande de prescription, seraient arrivé à convaincre son patient de l'inutilité, et/ou du manque de pertinence d'une prescription quelle qu'elle soit, dans le contexte particulier du patient en question.
Cette enquête observationnelle nous révèle que la plupart des IMG interrogés mettent fréquemment en application dans leur pratique les notions théoriques précédemment discutées, ce qui confirme une forme de sensibilisation à des axes de la philosophie P4.

Toutefois certains résultats interpellent.
Si 60% des participants affirmaient appliquer les principes de l'EBM et/ou ceux du diagnostic de situation dans presque chaque situation, sur les 40% restants seuls 9% les appliquaient à chaque situation. Il est également surprenant de voire que 25% ne les appliquaient que s'ils avaient le temps, et 6% ne les appliquaient même jamais.
De la même façon il est étonnant d'observer que 11% (n=12) des IMG participant à l'enquête estimaient n'avoir jamais terminé une consultation sans aucune prescription.
Ces chiffres nous montrent que le passage de la théorie à la pratique de ces notions d'EBM et/ou de diagnostic de situation peut poser des difficultés.

2 - Notion de l'existence du concept de la P4 stricto-sensu et état des connaissances des IMG

Parmi les 108 formulaires traités grâce à un tableau EXCEL répertoriant les résultats du questionnaire qui rangeait par numéros anonymisés de 1 à 108 les formulaires de chaque participant**,** j'ai pu identifier 4 formulaires incohérents pour les réponses 29, 30 et 31. Ils ont été exclus de l'analyse des résultats aux questions précédemment citées.

En effet, ces IMG avaient répondu ne pas avoir entendu parlé de la P4 en réponse à la question 29 mais avaient quand même répondu aux questions suivantes (Q30 et 31). Or il était mentionné dans l'intitulé de celles-ci de n'y répondre qu'en cas de réponse positive à la question 29.

La majorité des internes interrogés au moment de l'enquête, soit 83% (n=86), n'avaient jamais entendu parler de cette prévention.

Parmi les IMG restants, 17% (n=18) qui en avaient déjà entendu parler, soit 18 des 108 participants, seuls 12 avaient tenté d'expliquer en une phrase le principe de prévention quaternaire, dont 3 ayant déclaré ne plus s'en souvenir. **6 d'entre eux avaient donné une explication correcte ou se rapprochant de la définition de la P4**.

Il est à noter que, la proposition : « soins palliatif », nous renvoie à la vision chronologique de la prévention clinique, décrit plus haut (*cf : II- A-*). Celle-ci s'éloigne définitivement du concept P4, axé sur la relation et le temps, tel qu'il est décrit par le Dr Jamoulle (*cf : Présentation, Figure 1*).

De même ils étaient seulement 6% (n=6) à avoir déjà entendu parler de la NBM durant leur parcours de formation, ce qui montre que la notion de « Médecine basée sur la narration », est-elle aussi très peu connue des IMG interrogés.

Ces résultats dessinent l'état des lieux de la connaissance du concept P4 stricto-sensu, et nous permettent de faire ce constat : la P4 est mal identifiée, peu connue voire même inconnue des IMG en Poitou-Charentes ayant participé à cette enquête.

C - BESOINS EN FORMATION ET INTERET DES IMG A SE FORMER

1 - Prescriptions inutiles, non nécessaires, ou surmédicalisation

a) Regard des IMG sur leurs confrères

La plupart des IMG interrogés, 87% (n=87), estimaient avoir parfois déjà eu l'impression que certaines prescriptions/actions proposées par leurs seniors en stage n'étaient pas nécessaires

selon leurs connaissances scientifiques actuelles. Plus préoccupant, ils étaient 18% (n=19) à déclarer avoir très souvent eu cette impression.

Même constat pour leurs co-internes, puisque 86% (n=93) déclaraient avoir parfois déjà eu l'impression que certaines prescriptions/actions proposées par leurs co-internes en stage n'étaient pas nécessaires selon leurs connaissances scientifiques actuelles, et 12% (n=13) à avoir eu très souvent cette impression.

b) Regard des IMG sur eux-mêmes

Une très grande majorité, 89% (n=96), estimaient avoir parfois déjà réalisé par manque de temps, manque de confiance en eux ou encore pour « faire absolument quelque chose », des prescriptions pourtant peu pertinentes au vue de la situation rencontrée. Pour 6% (n=6) d'entre eux, cette situation s'était produite très souvent.

Concernant les prescriptions non nécessaires mais cette fois à la demande du patient, un grand nombre, 85% (n=90), estimaient avoir parfois été dans cette situation, et 14% (n=15) reconnaissaient même l'avoir été très souvent.

c) Vision globale de la surmédicalisation dans nos activités de santé

La plupart des IMG participants à l'étude soit 58% (n=63), estimaient entre 20 et 40% la part des prescriptions inutiles ordonnées par les médecins, et 29% (n=31) estimaient cette part entre 40 et 60%. Il est intéressant de remarquer que cette vision de la surmédicalisation se retrouve dans les résultats du sondage de la FHF en 2013. Dans ce sondage, les médecins hospitaliers toutes spécialités confondues ont considéré que seuls 72 % de leurs actes étaient pleinement justifiés[w], et que par conséquent, 28 % de prescriptions seraient non pertinentes.

Quant à l'impact de l'incertitude sur le diagnostic et/ou sur une prise en charge, les IMG interrogés pensaient en grande majorité, 68% (n=73), que dans nos activités de santé en cas de doute il est plus facile de prescrire un traitement, et/ou examen complémentaire, et/ou un acte paramédical peu pertinent pour rassurer le patient et se rassurer. A l'inverse, 22% (n=24) pensaient qu'il est plus facile de ne pas prescrire un traitement, et/ou examen complémentaire, et/ou un acte paramédical non pertinent en expliquant les raisons au patient. J'ai été étonnée de constater que 10% (n=11) estimaient plus facile de faire ce que demande le patient.

Ces résultats montrent bien que les IMG sont confrontés à la surmédicalisation durant leur formation d'interne, et deviennent eux-mêmes acteurs de la surmédicalisation par la suite. Ils

[w] Enquête_pertinence_des_actes_07-2012.pdf

nous obligent également à constater que dans la pratique nous sommes loin des axes théoriques de la formation universitaire que nous avons abordé en début de discussion. Je pense que la méconnaissance du concept de la P4 mis en évidence plus tôt explique en partie ce constat.
En effet, nous avons vu que l'objectif de la P4 était de prévenir la surmédicalisation. Il apparait donc évident qu'une meilleure formation des IMG au concept de la P4 entrainera une réduction de la surmédicalisation**. Les IMG expriment d'ailleurs manifestement ce besoin de formation puisque plus de la moitié d'entre eux, soit 51% (n=55), ne pensaient pas être pleinement formés à la protection du patient.** Autrement dit, un interne sur deux ayant participé à l'enquête estime ne pas être pleinement formé à l'adage multiséculaire « PRIMUM NON NOCERE ».

2 - Intérêt des internes pour se former à la P4 et perspectives.

Le thème du séminaire pour lequel les internes interrogés avaient eu le plus d'intérêt, au moment de l'enquête, était de loin celui concernant la relation médecin-patient, soit 44% (n=48). En GEAPI, c'est le thème de l'incertitude qui les avait intéressés le plus, soit 28% (n=30). Notons que les 2 questions concernant les thèmes intéressants le plus les IMG à leur stade du TCEM au moment de l'enquête, étaient les premières du questionnaire (Q10 et 11 sur 38Q au total). Il est amusant, et coïncidence de constater que **la relation médecin-patient et l'incertitude liée aux soins** (deux thèmes qui en début de questionnaire intéressaient le plus les IMG), correspondent parfaitement, à ceux situés dans la cible des préoccupations de la P4.
Dans nos activités médicales, il est souvent plus confortable de se rassurer (médecin et patient) que de rester dans l'inquiétude, et ce, en prescrivant par exemple, (ou en demandant côté patient) peut-être un peu trop ? En effet, les IMG avaient pour la majorité d'entre eux, fait le choix de la réassurance. Nous remarquerons, que le résultat obtenu à la question **28** (*cf..Doute sur un diagnostic et/ou sur une prise en charge : choix de l'action estimée la plus facile, vision des internes interrogés au moment de l'enquête, partie VI-C-3-*), résume très bien la problématique, que tente de résoudre la prévention quaternaire. (discuté partie V-C-1-c). Je parle, vous l'aurez compris, de la lutte contre la « nuisance » potentielle dans nos diverses activités de santé.
Enfin, le tout dernier résultat de l'enquête était le suivant : la très grande majorité, soit 89% (n=96) des internes interrogés déclaraient être intéressés par une formation sur la P4. Ce résultat confirme un intérêt certain des IMG interrogés, pour se former à la P4. Pourtant, la plupart d'entre eux ne savait toujours pas en quoi consistait réellement la P4, aucune définition n'ayant jamais été donné dans le questionnaire de l'étude.

VI - CONCLUSION

Ce travail exploratoire permet de dresser un premier état des lieux concernant les connaissances des IMG du Poitou-Charentes en matière de prévention quaternaire (P4).

Tout d'abord, les IMG du Poitou-Charentes sont sensibilisés au cours de leur formation théorique à des notions comme par exemple le modèle OPE, qui s'intègrent dans le concept de la prévention quaternaire.

En revanche, cette étude montre que la P4 selon le modèle relationnel est mal identifiée, peu connue voir inconnue des IMG en Poitou-Charentes ayant participé à cette enquête.

Cette étude avait comme objectifs secondaires d'évaluer les besoins en formation et l'intérêt des IMG à se former à cette prévention. Les IMG sont confrontés à la surmédicalisation durant leur formation d'interne, et en deviennent eux-mêmes acteurs. Au terme de cette enquête, une grande majorité des IMG ayant participée est intéressée par une formation sur la P4.

Les IMG, semblent avoir besoin d'outils pédagogiques, qui leurs permettraient une meilleure compréhension de la complexité de la relation médecin-patient, ainsi qu'une meilleure gestion de leurs propres doutes et de ceux de leur patient.

On peut se demander ce qu'il en est des connaissances concernant la P4 chez les médecins généralistes en Poitou-Charentes. Une thèse est d'ailleurs en cours de réalisation concernant cette question.

Qu'en est -t-il chez les IMG des autres universités en France ?

La mise en œuvre de la prévention quaternaire ouvre une nouvelle ère de recherche en médecine générale.

VIII - BIBLIOGRAPHIE

[1] Widmer D, Herzig L, Jamoulle M. Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille? Rev Med Suisse. 2014 Mai 14;10(430):10526.

[2] Regard S, Gaspoz JM, Kherad O. Less is more. Rev Med Suisse. 2013 Avr 10;381(14):7704.

[3] Jamoulle M, Roland M. Prévention quaternaire De Wonca world Hong Kong 1995 à Wonca world Prague 2013. 2013 ; Disponible sur: http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/188699.

[4] Revue Médecine.Prévention quaternaire : un concept fondé sur le temps et la relation (2ème partie. L'étonnante diffusion internationale du concept);10.1684/med.2014.1066.

[5] Ilich I. Némésis médicale. Paris : Seuil, 1975

[6] Ilich I. Némésis médicale. Paris : Seuil, 1975

[7] Carpentier L. Médical flipper. Cahiers Libres 402. Paris : La Découverte : 1989.

[8] Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 1996.

[9] Whinney Mc. IR, Freeman T. A textbook of family medicine. 3d edition. New York : Oxford Univerrsity Press,2009.

[10] Rogers, C. (2001) : L'Approche centrée sur la personne. Anthologie de textes. éd. Randin, Lausanne

[11] Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoulle M. La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste. PrimaryCare. 2010;10(18):3504.

[12] Nève J, Jamoulle M. La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste. Rev Prescrire. 2012 Juil ;32(345) :552-4.

[13] Bentzen N. An international glossary for general practice/family medicine. Fam Pract. 1995;12:341–369.

[14] Bentzen N, ed. Wonca Dictionary of General/Family Practice. Copenhagen: Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning; 2003.

[15] Revue Médecine.Prévention quaternaire : un concept fondé sur le temps et la relation (1ère partie. Un test improbable : la connaissance de quelques-uns contre le doute de la plupart);10.1684/med.2014.1051.

[16] Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. BMJ. 2013 Juil 2; 347:f4247.

[17] Jamoulle M. Prévention quaternaire : D'abord, ne pas nuire. SBMFC 11ème Congrès ; 2011 Juin 23-26, Brésil.

[18] Pratiques. La médecine autrement. En faire trop ? 2013 :63

[19] Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002;324(7342):886–891. doi:10.1136/bmj.324.7342.886.

[20] Heath I. Waste and Harm in the Treatment of Mild Hypertension. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2013;173(11):956–957. doi:10.1001/jamainternmed.2013.

[21] British Medical Journal. Too much medicine | The BMJ. Disponible sur: http://www.bmj.com/too-much-medicine.

[22] JAMA Internal Medicine. Less is more. Disponible sur: http://archinte.jamanetwork.com/collection.aspx?categoryid=6017

[23] Jamoulle M, Gavilán E, Cardoso RV, et al. The words of prevention, part II: ten terms in the realm of quaternary prevention. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2015;10(35):1.

[24] Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. In: Greenhalgh T, Hurwitz B, editors. Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books; 1998. pp. 247–6.

[25] Heath I. Waste and Harm in the Treatment of Mild Hypertension. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2013;173(11):956–957. doi:10.1001/jamainternmed.2013.

[26] British Medical Journal. Too much medicine | The BMJ. Disponible sur: http://www.bmj.com/too-much-medicine.

[27] JAMA Internal Medicine. Less is more. Disponible sur: http://archinte.jamanetwork.com/collection.aspx?categoryid=6017

[28] Jamoulle M, Gavilán E, Cardoso RV, et al. The words of prevention, part II: ten terms in the realm of quaternary prevention. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2015;10(35):1.

[29] Jamoulle M. Une formation en médecine exigeante et novatrice. Problem-based learning à l'Université de Fortaleza Bresil. Primary Care. 2010;10(19):375-9.

[30] Estudio primario medwave 2016 Abre ; 16 (3 :e6433doi :10.5867 /medwave.2016.03.6433

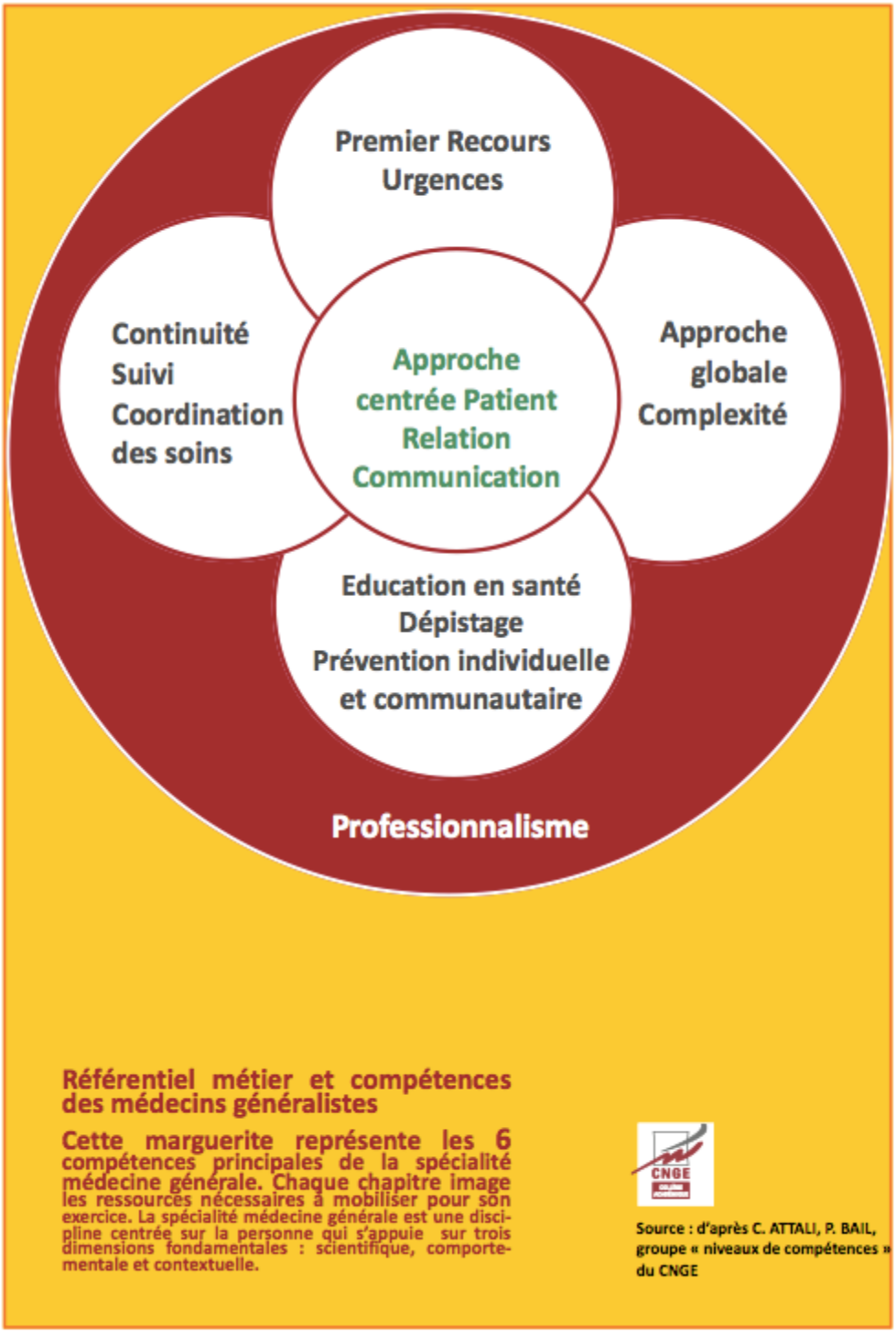
[31] Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. La Revue du praticien Médecine générale. 2004. Tome 18. N° 674-675)

[32] Engel GL. The biopsychosocial model and medical education. N Engl J Med. 1982, 306 : 802-5

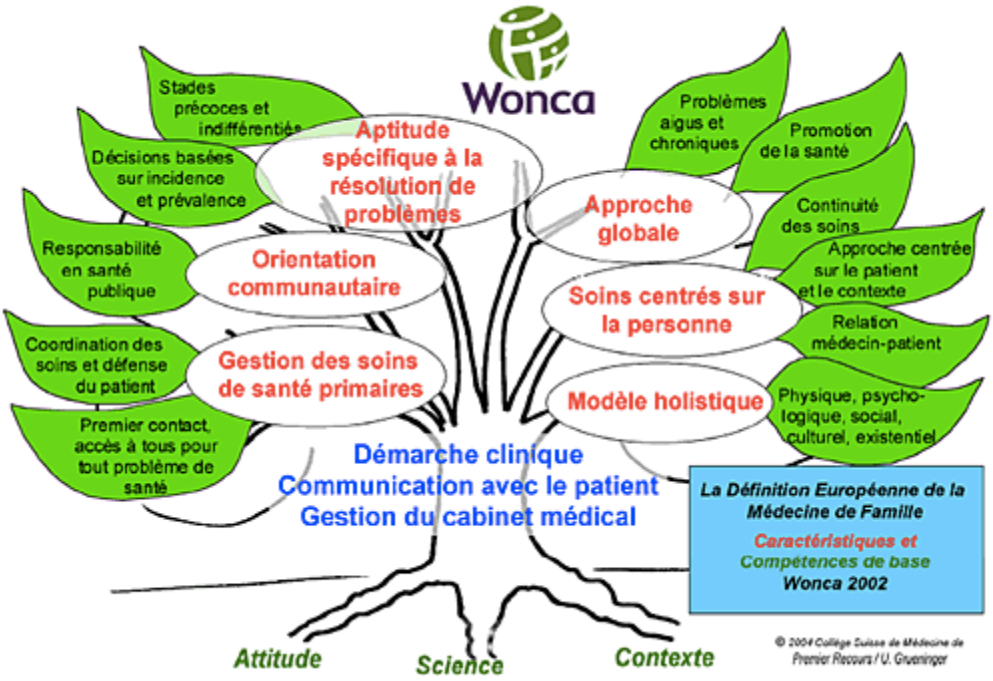
[33] Article paru dans <Louvain médical> n°122 : 358-365, 2003, bas de page : Santé conjugée-juillet 2005-N°33:

IX - ANNEXES

Annexe 1 : Les six compétences du CNGE*



Annexe 2 : Les 11 compétences de la WONCA



Annexe 3 : Moyens d'optimisation de la P4.

Moyens d'optimisation de la P4		
Sensibilisation des médecins à la P4	Pour les étudiants : les conscientiser à la nocuité potentielle d'une médecine mal dosée. Pour les professionnels : encourager la remise en question, le « contrôle-qualité » permanent (1), les discussions autour des problématiques rencontrées dans l'exercice de la P4. (2)	
Relation au patient	Des soins centrés sur le patient	On ne soigne ni des prises de sang, ni des imageries. Il est important de prendre le patient dans sa globalité, considérer son vécu, évaluer le bien-fondé d'un examen ou d'un traitement en fonction de son contexte de vie. (3,4)
	Communication	Empathie et dialogue sont essentiels pour gérer les inquiétudes du patient et pour cerner d'éventuels problèmes inorganiques sous-jacents. (1,5)
	Redonner le pouvoir au patient (6,7)	Lui fournir les informations nécessaires aux décisions éclairées concernant sa santé (avantages et désavantages des interventions proposées, explication des NNT, implications des résultats d'un test qui reviendrait positif etc.). Etablir avec lui ses priorités. (8,3)
Connaissances rigoureuses	Clinique	Les compétences des médecins à l'examen clinique ont décliné au cours du temps (9), une meilleure sémiologie permettrait d'éviter de nombreux tests inutiles, d'imagerie notamment.
	Médecine factuelle, avec une dose d'esprit critique et de pragmatisme	Maîtriser l'EBM. Avoir une bonne connaissance des guidelines. Evaluer les nouveaux protocoles et les comparer entre eux. (2) Avoir conscience que les résultats publiés des études sur les bénéfices présumés de telle ou telle intervention ne sont pas toujours représentatifs des situations qu'on retrouve fréquemment dans notre pratique quotidienne, à savoir des plaintes vagues chez des patient polymorbides. (10,4) Garder en tête que les guidelines ont pour but d'aider les décisions cliniques, pas de les remplacer et qu'il est indispensable de les adapter en fonction du patient. (2) C'est ce qui fait de la médecine un art : les prises de décisions ne se résument pas à un de simples raisonnements probabilistes ou mathématiques, il faut y intégrer l'individualité de chaque patient. (11)
	Maîtrise des statistiques	La familiarisation avec des notions telles que l'utilisation des risques relatifs au lieu des risques absolus aidera à l'analyse avisée de certains discours commerciaux. La compréhension des biais statistiques aidera à la lecture critique d'articles. Et enfin la connaissance des lois de Bayes, des NNT et NNH de différentes interventions permettra d'évaluer avec plus de discernement la pertinence de leur prescription. (2)

Intégrité	Garder un esprit critique et essayer d'être le moins possible exposés aux influences commerciales. « *There is no free lunch* ». (12) Se demander à qui profite la labellisation de certaines « maladies ». (13,3)
Remise en question	S. Morgan et J. Coleman proposent une série de questions que devraient se poser les médecins avant de prescrire des tests : (9) - Pourquoi prescrire ce test ? - Comment le résultat va-t-il influencer votre prise en charge ? - Quels sont les risques de prescrire/ne pas prescrire ce test ? - Y a-t-il un risque de surdiagnostic ? - Quelle est la vraisemblance d'un résultat positif ? - Quelle est la prévalence du diagnostic provisoire ? - Est-ce que d'autres facteurs vous ont influencés à prescrire ce test ? - Est-ce qu'il y a des recommandations en rapport à cette présentation clinique ?

REFERENCES :

(1) Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015 Fév 4;4(2):61-4.
(2) Gomes LE, Gusso G, Jamoulle M. Teaching and learning Quaternary prevention. Rev Bras Med Fam E Comunidade. 2015;10(35):1-14.
(3) Widmer D, Herzig L, Jamoulle M. Prévention quaternaire: agir est-il toujours justifié en médecine de famille? Rev Med Suisse. 2014 Mai 14;10(430):1052-6.
(4) Rédaction Prescrire. Petit manuel de pharmacovigilance. Rev Prescrire. 2011 ; 31 Suppl (338) S41-75.
(5) Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoulle M. La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste. PrimaryCare. 2010;10(18):350-4.
(6) Moynihan R, Smith R. Too much medicine? BMJ. 2002 Avr 13;324(7342):859-60.
(7) Jamoulle M, Bernstein J, Báez MP, Da Silva A, Wagner H. Prévention quaternaire: un concept fondé sur le temps et la relation. Première partie. Un test improbable: la connaissance de quelques-uns contre le doute de la plupart. Médecine. 2014 Jan;10(1):24-7.
(8) Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Commun H. 2008;62(7):580-3.
(9) Morgan S, Coleman J. We live in testing times: Teaching rational test ordering in general practice. Aust Fam Physician. 2014 Mai;45(5):273-6.
(10) Visentin G. The Difficult Choice of « Not Doing ». Comment on "Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Overmedicalization". Int J Health Policy Manag. 2015 Juin 2;4(8):559-60.
(11) Widmer D. Care and Do Not Harm: Possible Misunderstandings With Quaternary Prevention (P4) Comment on « Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Over Medicalization ». Int J Health Policy Manag. 2015 Août;4(8):561-3.
(12) Bernstein J, Valle RL. Because of Science You Also Die... Comment on « Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Over Medicalization ». Int J Health Policy Manag. 2015;4(9):615-6.
(13) Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002 Avr 13;324(7342):886-91.

Annexe 4 : Questionnaire de thèse

Bonjour à tous,

J'ai pu constater lors de la réalisation de ma bibliographie, que nous étions en France plutôt en retard en matière de prévention quaternaire, donc rassurez-vous si ce thème ne vous évoque pas grand-chose. Dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine générale, je réalise actuellement une enquête descriptive transversale quantitative auprès des internes en médecine générale du Poitou-Charentes, afin de faire un état des lieux des connaissances sur le thème de la prévention quaternaire. Je vous rappelle que ce questionnaire est anonyme et a pour but de faire avancer notre si belle discipline qu'est la médecine générale.
Alors s'il vous plait, répondez le plus franchement possible à ce questionnaire, ne faites pas de recherche sur le thème avant d'y avoir répondu! La validité de ma thèse dépendra de votre engagement.
Merci d'avance pour votre franchise et vos réponses !

*Obligatoire

Qui êtes-vous ?

Q°1 Quel est votre sexe ? * Une seule réponse possible.

- Homme
- Femme

Q°2 Cochez ci-dessous, la tranche d'âge qui vous correspond ? * Une seule réponse possible.

- Entre 20 et 24 ans
- Entre 25 et 29 ans
- Entre 30 et 35 ans
- Plus de 35 ans

Q°3 Quelle est votre faculté d'origine (Externat) ? *

Q°4 Quel mode d'installation envisagez-vous plus tard ? * Une seule réponse possible.

- A L'hôpital, en clinique, en maison de retraite
- Cabinet seul
- Cabinet de groupe
- Mixte

Q°5 Dans quel type d'environnement souhaitez-vous exercer ? * Plusieurs réponses possibles.

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

Votre internat ?

Q°6 En quel semestre êtes-vous actuellement ? * Une seule réponse possible.

- Semestre 2
- Semestre 3
- Semestre 4
- Semestre 5
- Semestre 6

Q°7 Avez-vous effectué le stage niveau 1 chez le praticien ? * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- En cours

Q°8 Avez-vous effectué le SASPAS ? * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- En cours

Q°9 Si vous avez déjà manqué un(des) séminaire(s) ou GEAPI(s), indiquez ci-dessous précisément le(s)quel(s) ? (Vous pouvez cochez plusieurs réponses, 3 au maximum.) * Plusieurs réponses possibles.

- Aucun
- Séminaire 1 La démarche médicale
- Séminaire 2 Les outils d'apprentissage
- Séminaire 3 La démarche appliquée
- Séminaire 4 La thèse et la recherche en soins primaires
- Séminaire 5 La relation médecin patient
- Séminaire 6 La gestion de l'entreprise médicale
- GEAPI 1 L'incertitude
- GEAPI 2 Poly pathologies
- GEAPI 3 Les urgences somatiques
- GEAPI 4 Continuités des soins
- GEAPI 5 Le patient derrière son symptôme
- GEAPI 6 Coordination des soins

GEAPI 7 Déontologie

GEAPI 8 Le patient qui ne s'améliore pas

GEAPI 9 Le patient insatisfait ou exigent

GEAPI 10 L'annonce d'un diagnostic grave ou situation irréversible

GEAPI 11 La consultation avec un tiers

GEAPI 12 Le patient séduisant

GEAPI 13 Le handicap

GEAPI 14 Le dépistage

GEAPI 15 Le patient vivant dans un contexte de violence

GEAPI 16 Prévention

GEAPI 17 L'éducation thérapeutique

GEAPI 18 Savoir dire non, le patient pharmacodépendant, les demandes indues, l'accueil de l'adolescent

GEAPI 19 Les réseaux

GEAPI 20 Les réquisitions

GEAPI 21 La santé publique

Q°10 Parmi les séminaires que vous avez déjà réalisés, lequel a eu le plus d'intérêt pour vous ? *
Une seule réponse possible.

Séminaire 1 La démarche médicale

Séminaire 2 Les outils d'apprentissage

Séminaire 3 La démarche appliquée

Séminaire 4 Le thèse et la recherche en soins primaires

Séminaire 5 La relation médecin patient

Séminaire 6 Gestion de l'entreprise médicale

Q°11 Parmi les Geais que vous avez déjà réalisés, lequel a eu le plus le plus d'intérêt pour vous ? *
Une seule réponse possible.

GEAPI 1 L'incertitude

GEAPI 2 Poly pathologie

GEAPI 3 Les urgences somatiques

GEAPI 4 La continuité des soins

GEAPI 5 Le patient derrière son symptôme

GEAPI 6 La coordination des soins

GEAPI 7 La déontologie

GEAPI 8 Le patient qui ne s'améliore pas

GEAPI 9 Le patient insatisfait ou exigent

GEAPI 10 L'annonce d'un diagnostic grave ou situation irréversible

GEAPI 11 La consultation avec un tiers

GEAPI 12 Le patient séduisant

GEAPI 13 Le handicap

GEAPI 14 Dépistage

GEAPI 15 Le patient vivant dans un contexte de violence

GEAPI 16 Prévention

GEAPI 17 L'éducation thérapeutique

GEAPI 18 Savoir dire non, le patient pharmacodépendant, les demandes indues, l'accueil de l'adolescent

GEAPI 19 Les réseaux

GEAPI 20 Les réquisitions

GEAPI 21 La santé publique

Q°12 Avez-vous déjà rédigé un RSCA dans votre DDA (Corrigé et validé par votre tuteur) ?*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

En cours

Q°13 Si "Oui" ou "En cours", pensez-vous que ce travail vous aide à adapter votre attitude décisionnelle ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Sans avis

Passez à la question 14.

Votre pratique de la médecine générale ?

Q°14 Sur une échelle de 1 à 5, quel degré d'importance accordez-vous à la sphère psycho comportementale de vos patients (modèle O.P.E/OrganePersonneEnvironnement/BioPsychoSocial) lors de votre prise de décision pour une prescription ou un projet de soin à l'issue d'une consultation (visite) ? * Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Q°15 Sur une échelle de 1 à 5, quel degré d'importance accordez-vous à la sphère socio environnementale du patient (modèle OPE) lors de votre prise de décision pour une prescription ou un projet de soin à l'issue d'une consultation (visite) ? * Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Q°16 Selon vous, depuis le début de votre internat, quel est votre niveau de sensibilisation au diagnostic de situation, sur une échelle de 1 à 5 ? * Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Q°17 Avez-vous entendu parler du diagnostic de situation avant votre internat sur Poitiers? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Q°18 A ce jour, estimezvous que la formation au diagnostic de situation dans votre exercice de la médecine générale est suffisante lors de vos enseignements théoriques d'interne ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Q°19 Selon vous, quel est votre niveau de sensibilisation aux principes de l'EBM

(Evidence Base medecine) du patient depuis le début de votre internat, sur une échelle de 1 à 5 ? *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Q°20 Quand vous arrivetil d'appliquer les principes de l'EBM et/ou ceux du diagnostic de situation ? : *

Une seule réponse possible.

A chaque situation clinique

Presque à chaque situation clinique

Si j'ai le temps

Pratiquement jamais

Jamais

Q°21 Avezvous déjà entendu parler de la médecine basée sur la narration dans votre parcours de formation ? : * Une seule réponse possible.

Oui

Non

Q°22 Au cours de situations cliniques rencontrées en stage, avezvous déjà eu l'impression que certaines prescriptions/actions proposées par vos seniors

(thérapeutique, examen complémentaire, administrative, ou avis de confrères) n'étaient pas nécessaire selon vos connaissances scientifiques actuelles ? : * Une seule réponse possible.

Oui, très souvent

Oui, parfois

Non, jamais

Q°23 Au cours de situations cliniques rencontrées en stage, avezvous déjà eu l'impression que certaines prescriptions/actions proposées par vos collègues internes (thérapeutique, examen complémentaire, administrative, ou avis de confrères) n'étaient pas nécessaire selon vos connaissances scientifiques actuelles ? * Une seule réponse possible.

Oui, très souvent

Oui, parfois

Non, jamais

Q°24 Par manque de temps, par manque de confiance en soi, ou encore pour "faire absolument quelque chose", vous estil déjà arrivé de prescrire un traitement, examen complémentaire, avis de confrères, certificat médical administratif pourtant peu pertinent au vue de la situation ? * Une seule réponse possible.

Oui, très souvent

Oui, parfois

Non, jamais

Q°25 A la demande du patient, vous estil déjà arrivé de prescrire un traitement, examen complémentaire, avis de confrères, certificat médical administratif que vous l'estimiez non nécessaire au vue de la situation ? * Une seule réponse possible.

Oui, très souvent

Oui, parfois

Non, jamais

Q°26 Vous arrive til de terminer une consultation sans aucune prescription thérapeutique médicamenteuse, paramédicale, ou "administrative"? * Une seule réponse possible.

Oui, très souvent

Oui, parfois

Non, jamais

Q°27 Avezvous déjà terminé une consultation sans aucune prescription thérapeutique médicamenteuse, paramédicale, ou "administrative" alors que le motif premier du patient était la demande d'une prescription ? * Une seule réponse possible.

Oui

Non

Q°28 Selon vous, dans nos activités de santé, en cas de doute sur un diagnostic et/ou sur une prise en charge il est plus facile : * Une seule réponse possible.

De prescrire un traitement, et/ou examen complémentaire, et/ou un acte paramédical peu pertinent pour rassurer le patient et nous-mêmes

De ne pas prescrire un traitement, examen, un acte paramédical non pertinent en expliquant les raisons au patient

De faire ce que demande le patient

Passez à la question 29.

La prévention quaternaire en médecine générale

Q°29 Avezvous déjà entendu parler du principe de prévention quaternaire en médecine générale ? * Une seule réponse possible.

Oui

Non

Q°30 Si oui, dans quel contexte ? Une seule réponse possible.

- Lors de vos enseignements à la fac durant votre externat
- Lors de vos enseignements à la fac durant votre internat
- Pendant votre stage chez le praticien (niveau 1 ou SASPAS)
- Autoformation (recherches internet, revues médicales scientifiques, littérature...)
- Autre (FMC, congrès, séminaires exterieur)

Q°31 Si oui, expliquez en une phrase le principe de prévention quaternaire.

Q°32 Que vous connaissiez ou non cette prévention, diriez-vous qu'il s'agit :

- d'une prévention réservée au patient en fin de vie.
- d'une prévention réservée au patient de plus de 65 ans.
- d'une prévention applicable à tous les champs de la médecine générale.
- d'une prévention concernant plutôt les médecines alternatives et/ou complémentaires.

Q°33 Pensezvous que cette prévention est connue par vos confrères médecins généralistes ou internes en médecine générale? * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Q°34 Souvenezvous, le principe fondateur de la pratique de la médecine selon Hippocrate et son "PRIMUM NON NOCERE". Pensezvous être pleinement formé à cet adage qui signifie littéralement, "La Protection du Patient"? * Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Q°35 Selon la littérature, les médecins considèrent qu'une partie de leurs prescriptions ne sont pas pleinement justifiées. Selon vous, à combien s'élève cette part de prescriptions inutiles? * Une seule réponse possible.

- Entre 0 et 20 %
- Entre 20 et 40%
- Entre 40 et 60%
- Plus de 60%

Q°36 Selon vous, les préventions primaires, secondaire, et tertiaire sontelles toujours justifiées et utiles ? : Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Q°37 Seriez-vous intéressé par une formation sur la prévention quaternaire ? * Une seule **réponse possible.**

Oui

Non

Q°38 Suggestion : si vous avez envie (une seule en une phrase)

Annexe 6: Résumé de la pédagogie d'enseignement du DES MG à Poitiers.

De l'approche par objectif avant 2003, à l'approche par compétences depuis 2004, actuellement à partir des 6 compétences du CNGE (issue des 11 compétences de la WONCA), la formation des étudiants en médecine générale à Poitiers, est organisée par auto-apprentissage, auto-évaluation et des enseignements interactifs. Il s'agit d'une démarche réflexive, conduisant à l'acquisition des compétences requises citées ci-dessus. Plusieurs outils pédagogiques en découlent : RSCA, CAE, traces d'apprentissage, le tout formalisé dans le DDA. Un mémoire de MG doit être également soutenu dont le contenu est un travail réflexif basé sur une sélection des meilleures traces du DDA. Les séminaires et GEAPI'S mettent l'accent sur des thèmes spécifiques aux soins primaires, pratiquement jamais abordés avant l'internat, notamment la spécificité de la démarche diagnostique et décisionnelle au raisonnement en médecine générale.

*Source : Livret de l'IMG, Poitiers 2015.

X – RESUME

OBJECTIF : Etat des lieux des connaissances des IMG de la région Poitou-Charentes en matière de prévention quaternaire, et évaluer dans un second temps leurs besoins en formation et leur intérêt à se former à cette prévention.

MATERIELS ET METHODES : Nous avons réalisé du 21 Juin 2016 au 05 Septembre 2016 une enquête observationnelle, descriptive, quantitative en région Poitou-Charentes. Un questionnaire anonyme a été diffusé par mail avec un lien internet pour les réponses. La population étudiée était l'ensemble des internes inscrits au DES du DMG de la faculté de médecine de Poitiers, des années universitaires correspondant aux promotions 2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016.

RESULTATS : Le degré de sensibilisation au diagnostic de situation depuis le début de l'internat était élevé pour la majorité des internes interrogés, soit 51% (n=55), modéré pour 25% (n=27), et très élevé pour 18% (n=19). Au moment de l'enquête, les participants étaient 76% (n=82) à avoir validé un RSCA . Le degré de sensibilisation aux principes de l'EBM depuis le début de l'internat était quant à lui élevé pour la majorité des internes interrogés, soit 44% (n=47), modéré pour 30% (n=32) et très élevé pour 13% (n=14). Parmi les IMG restants, 17% (n=18) qui avaient déjà entendu parler de la P4, soit 18 des 108 participants, seuls 12 avaient tenté d'expliquer en une phrase le principe de prévention quaternaire, dont 3 ayant déclaré ne plus s'en souvenir. 6 d'entre eux avaient donné une explication correcte ou se rapprochant de la définition de la P4. La moitié d'entre eux, soit 51% (n=55), ne pensaient pas être pleinement formés à la protection du patient. Le thème du séminaire pour lequel les internes interrogés avaient eu le plus d'intérêt, au moment de l'enquête, était celui concernant la relation médecin-patient, soit 44% (n=48). En GEAPI, c'est le thème de l'incertitude qui les avait intéressés le plus, soit 28% (n=30). La très grande majorité, soit 89% (n=96) des internes interrogés déclaraient être intéressés par une formation sur la P4.

CONCLUSION : Cette étude montre que la P4 selon le modèle relationnel est mal identifiée, peu connue voir inconnue des IMG en Poitou-Charentes ayant participé à cette enquête. Pourtant, les IMG, semblent avoir besoin d'outils pédagogiques comme ceux de la P4, ce qui leurs permettraient une meilleure compréhension de la complexité de la relation médecin-patient, ainsi qu'une meilleure gestion de leurs propres doutes et de ceux de leur patient.

MOTS CLES : Prévention quaternaire – Surmédicalisation – Surdiagnostique – Médecine générale

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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