
AUTOÉVALUATION DES ACTIVITÉS PRÉVENTIVES EN SOINS PRIMAIRES. VERS UNE IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ?

Communauté française Wallonie-Bruxelles – Budget 2007-2008 – Division organique 16 –
Allocation de base 33.07.24

RAPPORT FINAL NOVEMBRE 2009

Marc Vanmeerbeek

Jean-Luc Belche

DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DUMG ULG)

Chantal Vandoorne

APPUI EN PROMOTION ET EDUCATION POUR LA SANTÉ (APES-ULG)



SOMMAIRE

Rapport final	1
Sommaire	2
Introduction.....	10
Situation actuelle des médecins généralistes dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.....	10
Les MG et la santé publique	11
Les MG et les patients	11
Evolution possible.....	12
La recherche	13
Objectif.....	13
Méthodes	13
Chapitre 1 : Revue de littérature	15
1 Stratégie de recherche bibliographique	15
1.1 Choix des mots clés.....	15
1.2 Combinaisons de termes de recherche	16
1.2.1 Medline Pubmed.....	16
1.2.2 Catalogue et index des sites médicaux francophones : CISMef.....	17
1.2.3 Banque de données en santé publique : BDSP	17
1.2.4 Haute autorité de Santé : HAS.....	17
1.3 Critères d'inclusion/d'exclusion de la bibliographie	17
2 Résultats	18
2.1 Modélisation de l'activité préventive.....	18
2.1.1 Systems model of clinical preventive care (Walsh & McPhee, 1992)	19
2.1.2 Competing demands model (Jaén et al, 1994)	19
2.1.3 Chronic Care Model (Glasgow et al, 2001)	20
2.1.4 Les leçons de l'étude STEP-UP (Study To Enhance Prevention by Understanding Practice) et la théorie de la complexité (Ruhe et al, 2005)	21

2.2	Les généralistes et la prévention	22
2.2.1	Facteurs de prédisposition (connaissances, croyances, attitudes)	22
2.2.2	Facteurs d'habilitation (compétences et ressources)	23
2.2.3	Facteurs de renforcement (support social)	23
2.2.4	Facteurs organisationnels du système	25
2.2.5	Facteurs d'activité préventive	26
2.2.6	Facteurs situationnels, signaux d'activation (symptômes, rappels, échéancier)	26
2.3	Les généralistes et l'évaluation	27
2.4	Les généralistes et les recommandations	28
2.5	Conclusion	30
Chapitre 2 : Interviews individuelles de dix médecins généralistes		32
1	Méthodologie	32
1.1	Choix de la technique de récolte de données	32
2	La prévention	36
Résumé		36
2.1	Définition générale de la prévention	37
2.2	Objets de la prévention en MG cités par les médecins interviewés	37
2.2.1	Prévention primaire	38
2.2.2	Préventions secondaire	38
2.2.3	Prévention tertiaire	39
2.2.4	Prévention quaternaire	39
2.3	Coercition ou non ?	39
2.4	Importance de la prévention	39
2.5	Risques de la prévention	39
2.6	Acteurs en prévention	40
2.6.1	Les MG	40
2.6.2	Les spécialistes	41
2.6.3	Autres acteurs	41

2.6.4	Concurrence ou collaboration entre les différents acteurs	41
2.7	Attentes des patients.....	43
2.8	Importance quantitative.....	44
3	Gestion de la prévention.....	45
	Résumé	45
	Puissance de conviction	45
	Systématisation des activités	45
	Action collective	45
	Et les patients ?	46
3.1	Motivation.....	46
3.1.1	Cas vécus.....	46
3.1.2	Contacts avec les pairs	46
3.1.3	Facteurs personnels.....	47
3.1.4	Incitants et pressions extérieurs	48
3.2	Moyens.....	48
3.2.1	Compétences	48
3.2.2	Matériel	51
3.2.3	Organisation face aux patients	51
3.2.4	Ressources humaines	53
3.3	Pratique de la prévention.....	54
3.3.1	Déclencheurs.....	54
3.3.2	Facilitateurs.....	55
3.3.3	Freins.....	56
4	Référentiels	61
4.1	L'information.....	61
4.1.1	Sources d'information.....	61
4.1.2	Validité de l'information	62
4.2	De l'information à la pratique	63

4.2.1	Acquisition des connaissances	63
4.2.2	Des connaissances à la pratique	64
4.3	Caractéristiques des référentiels	64
4.3.1	Accessibilité.....	64
4.3.2	Acceptabilité.....	65
4.3.3	Limites	65
5	Évaluation.....	67
5.1	Perception de l'évaluation	67
5.2	Niveaux d'évaluation cités	68
5.2.1	Structures	68
5.2.2	Processus.....	68
5.2.3	Résultats.....	69
5.3	Acceptabilité de l'évaluation.....	69
5.3.1	Crainte du regard externe	69
5.3.2	Finalité de l'évaluation.....	69
5.3.3	Habilitation à l'évaluation externe	70
5.4	Modalités d'évaluation	70
5.4.1	Autoévaluation.....	70
5.4.2	Feed-back externe	71
5.5	Place des patients	72
6	Santé publique	73
	Résumé	73
6.1	Les grandes campagnes	73
6.1.1	Avis des MG sur les grandes campagnes.....	73
6.1.2	Place des MG comme relais de santé publique	75
6.2	Place des autorités	76
6.2.1	Financement spécifique de la prévention	76
6.2.2	Échelonnement des soins.	76

6.2.3	Mise en place d'incitants pour les patients.....	77
6.2.4	Financement stable de la profession.....	77
6.3	Place de la santé dans la société.....	78
6.3.1	Equité.....	78
6.3.2	Promotion de la santé.....	78
7	Synthèse structurée des résultats.....	80
7.1	Physician predisposing factors.....	81
7.1.1	Prevention as a part of comprehensive healthcare.....	81
7.1.2	Influence of GPs' personal attitude.....	81
7.1.3	Equity in health.....	81
7.1.4	GPs' views on patient predisposing factors.....	82
7.2	Physician reinforcing factors.....	82
7.2.1	External support.....	82
7.2.2	Internal support.....	82
7.2.3	Financial incentives.....	82
7.3	Internal physician enabling factors.....	83
7.3.1	Clinical skills.....	83
7.3.2	Relational skills.....	83
7.3.3	Guidelines.....	83
7.3.4	Lack of organizational skills.....	83
7.3.5	Lack of collective management.....	83
7.3.6	GPs' views on patient enabling factors.....	84
7.4	External enabling factors.....	84
7.4.1	Time limit.....	84
7.4.2	Primary care focused healthcare delivery?.....	84
7.4.3	Situational factors/cues to action.....	85
7.4.4	Public health campaigns.....	85
8	Discussion.....	86

8.1	Prévention opportuniste et systématisée	86
8.1.1	Facteurs prédisposants	86
8.1.2	Facteurs de renforcement	87
8.1.3	Facteurs capacitants	87
8.1.4	Facteurs organisationnels	87
8.2	Changements paradigmatiques	87
8.2.1	Des soins à la santé	87
8.2.2	De l'individuel au collectif	88
9	Conclusion.....	90
	Annexe : Guide d'entretien	91
	Chapitre 3 : Construction d'une échelle d'attitude	95
1	Objectif.....	95
2	Preliminaires	96
2.1	Attitudes et opinions	96
2.1.1	Attitude.....	96
2.1.2	Opinion	96
2.2	Axe individuel/collectif.....	97
3	Construction de l'échelle	99
4	Composition de l'échelle.....	101
5	Validation de l'échelle.....	102
5.1	Validité de contenu	102
5.2	Test de fiabilité de cohérence interne de Cronbach	102
5.3	Analyse de la structure factorielle par analyse factorielle exploratoire	102
6	Diffusion de l'enquête de validation.....	103
7	Échelle d'attitude du pré-test.....	104
7.1	Profil des répondants.....	104
7.2	Des soins à la santé	105
7.3	De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective	106

7.4	Evaluation.....	107
7.5	Du travail individuel au travail collaboratif.....	108
7.6	Attitude par rapport à la politique de santé publique.....	110
8	Résultats	112
8.1	Typologie des répondants.....	112
8.1.1	Genre	112
8.1.2	Université d'origine.....	112
8.1.3	Ancienneté dans le métier	112
8.1.4	Province de pratique	113
8.1.5	Type de pratique	113
8.1.6	Activité préventive structurée	113
8.2	Validation des items	114
8.2.1	Axe : Des soins à la santé	114
8.2.2	Axe : De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective.....	121
8.2.3	Axe : évaluation.....	129
8.2.4	Axe : Du travail individuel au travail collaboratif.....	133
8.2.5	Axe : Attitude par rapport à la politique de santé publique	139
8.3	Synthèse sur les tests de validation des items	147
8.4	Commentaires sur les modifications de l'échelle d'attitude	156
8.4.1	Indicateurs manquants.....	156
8.4.2	Cohérence interne du test	158
9	Echelle d'attitude définitive	160
9.1	Des soins à la santé	160
9.2	De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective	160
9.3	Evaluation.....	161
9.4	Du travail individuel au travail collaboratif.....	162
9.5	Attitude par rapport à la politique de santé publique.....	163
10	Analyse des résultats du pré-test	165

10.1	Attitude générale envers la prévention	165
10.2	Analyse factorielle exploratoire	167
10.2.1	Nombres de facteurs.....	167
10.2.2	Corrélations	169
10.2.3	Part de la variance expliquée.....	169
10.2.4	Poids factoriels.....	170
10.2.5	Facteur 1 : Formalisation.....	171
10.2.6	Facteur 2 : Organisation de la pratique clinique	171
10.2.7	Scores factoriels.....	172
10.3	Discussion	175
10.3.1	Biais.....	175
10.3.2	Facteurs prédictifs.....	176
10.4	Conclusion.....	177
	Bibliographie	178

INTRODUCTION

SITUATION ACTUELLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Parmi les recommandations préventives, quelques unes ont acquis une reconnaissance suffisante de la communauté scientifique pour être généralisées, et les autorités sanitaires de la Communauté française s'emploient à en diffuser la pratique, malgré des ressources limitées. Les résultats restent cependant en dessous des attentes dans divers domaines (mammographies, vaccination antigrippale des plus de 65 ans, bilan de risque cardio-vasculaire, etc.) avec une moins bonne couverture chez les personnes défavorisées (1-3). Les médecins généralistes (MG), souvent présentés dans les médias comme des acteurs incontournables en prévention et en promotion de la santé, ont-ils les moyens et l'envie d'être de bons relais d'une vraie politique de santé qui tienne compte des besoins autant que des demandes en santé ?

Des courants contradictoires rendent difficile la mise en place d'une politique de prévention et de promotion de la santé qui touche largement ses bénéficiaires potentiels sur des thématiques ciblées. La bonne volonté est certes présente chez tous les acteurs, mais des outils de communication et d'opérationnalisation manquent. Or, les objectifs prioritaires du plan communautaire opérationnel (PCO) ne sont probablement accessibles qu'avec une implication forte des médecins généralistes.

Même si la prévention et la promotion de la santé peuvent utiliser des techniques et des moyens communs (définition d'objectifs, évaluation) ces deux concepts restent distincts, ainsi que le rappelle Vandoorne (tableau 1) (4). Il serait pourtant souhaitable que les MG puissent définir leur place au sein des deux concepts (5). Dans le présent travail, seule sera abordée la place des MG en prévention.

Tableau 1 : Composantes de la prévention et la promotion de la santé (4)

	Promotion de la santé	Prévention
Finalités	Empowerment (plus grand contrôle sur sa santé et son milieu). Bien-être, qualité de vie ; santé	Diminuer l'incidence et la prévalence de problèmes de santé ou de facteurs de risque
Public	Population, communautés, milieux de vie	Groupes à risque
Stratégies et modes d'action	Organisation des services	Organisation des services de soins
	Action communautaire et participation des populations	Action communautaire et participation des populations
	Éducation pour la santé	Éducation pour la santé
	Action politique, lobbying	Action politique, lobbying

	Action intersectorielle	Action intersectorielle
	Modification de l'environnement	Modification de l'environnement
Contenus éducatifs	Transversaux, démultiplicateurs (compétences psycho-sociales, analyse critique de l'information, etc.)	Spécifiques (informations, services, apprentissages sensorimoteurs, etc.)
Référence de l'action	Santé vécue – Santé manifestée ou observée	Santé manifestée ou observée – santé objectivée

LES MG ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Les responsables de la Santé publique et les décideurs politiques souhaitent planifier des actions de grande envergure et tendent pour la réalisation de cet objectif vers une plus grande normalisation des comportements des soignants et une référence accrue aux recommandations de bonne pratique. Mais de leur côté, les MG expriment régulièrement leur opposition aux directives trop contraignantes, surtout si elles sont accompagnées de contraintes administratives. La profession, déjà fragilisée par la lutte pour sa survie face à la médecine spécialisée et technique, est devenue méfiante face aux autorités.

La santé publique et l'exercice de la médecine clinique se sont séparés il y a plusieurs décennies et éprouvent bien du mal aujourd'hui à œuvrer ensemble à ce qui devrait être leur objectif commun. La santé publique, considérée comme l'ensemble des efforts organisés par la société pour le mieux-être des populations s'adresse par vocation aux collectivités. Elle agit sur l'ensemble des déterminants de la santé et n'ignore pas que la qualité des soins ne représente qu'un déterminant mineur de la santé par rapport aux habitudes et conditions de vie (6-8). Elle se base sur des outils épidémiologiques et statistiques pour orienter ses interventions (9). On peut lui reprocher sa méconnaissance de la complexité de la clinique et de l'aspect relationnel des soins. La pratique clinique, elle, est centrée sur l'individu et ses problèmes de santé ; elle agit par des actions diagnostiques ou curatives (y compris la réhabilitation et les soins palliatifs) et se base sur la formation et l'expérience clinique des praticiens. Par essence, elle s'adresse aux consommateurs de soins et ignore les non-consommateurs. Elle voit rarement l'impact populationnel de ses actions ou de ses manques. La planification d'actions, leur évaluation, l'économie de la santé lui sont souvent étrangères ; ces dernières s'expriment d'ailleurs souvent dans un langage peu compréhensible aux cliniciens.

LES MG ET LES PATIENTS

Des enquêtes ont montré à plusieurs reprises les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin traitant en matière de prévention. La proximité des MG avec leurs patients et la durée dans laquelle leur action s'inscrit sont des facteurs favorisant la globalité de la prise en charge, y compris préventive (10). Pourtant, leur formation accorde une part restreinte aux aspects cliniques de la prévention, encore moins aux aspects organisationnels ou médico-économiques.

La systématisation de procédures préventives ne peut reposer sur la seule demande des patients et nécessite une attitude proactive du médecin, mais le financement des soins à l'acte ne favorise pas la planification d'activités appliquées à l'ensemble d'une patientèle.

De plus, il peut y avoir loin entre les attentes déclarées des patients et les (changements de) comportements nécessaires. La prise en compte des freins de toutes natures existant chez les patients par rapport à la prévention renvoie les MG à une prise en charge globale des individus qui s'inscrirait mieux dans une logique de promotion de la santé que de dispensation « simple » de soins. Le concept de promotion de la santé, d'introduction assez récente dans le paysage de la santé, est probablement encore moins familier aux MG que celui de prévention organisée ; il est d'ailleurs souvent aux mains d'opérateurs non médicaux avec lesquels les MG ont spontanément peu de contacts.

EVOLUTION POSSIBLE

Une certaine pression existe pour rapprocher la santé publique et la pratique clinique sous l'influence de divers facteurs. Breton et al. en citent trois (11) :

- *La transition épidémiologique.* Les maladies chroniques ont remplacé les maladies infectieuses depuis plusieurs décennies. Sous la pression engendrée par la morbidité importante qui y est liée, la prévention, le dépistage et la promotion de la santé deviennent une nécessité et concernent tant le secteur des soins que celui de la santé publique.
- *La transition technologique.* Les développements des techniques d'imagerie, de biologie, d'endoscopie, etc. permettent et justifient une programmation d'interventions médicales tout au long de la vie et non liées à des demandes primaires des patients. Il est devenu logique de vacciner « contre le cancer du col de l'utérus », de pratiquer des colonoscopies pour l'ablation de polypes précancéreux, de réaliser une prévention médicamenteuse des accidents vasculaires, etc.
- *La transition organisationnelle.* La médecine générale devient le lieu privilégié de la gestion de la complexité (12) : complexité des soins pour des pathologies intriquées, complexité de l'organisation multidisciplinaire entre divers niveaux de soins et complexité de l'intégration des programmes de santé publique ou de promotion de la santé dans l'activité de soins.

Les approches populationnelle et individuelles peuvent être complémentaires et réaliser des niveaux d'intégration différenciés selon les besoins. Elles participent toutes deux à la réalisation d'un continuum de la santé (figure 1). L'expertise pratique des cliniciens et leur connaissance du terrain constituent un relais idéal pour la diffusion individualisée de politiques de santé (prévention, promotion de la santé) ainsi qu'une source potentielle importante d'information pour les décideurs de santé publique. En retour, ces derniers peuvent en retour apporter un soutien important à la première ligne de soins en termes organisationnel, logistique, financier ou par l'initiation de collaborations nouvelles sur le terrain (9, 13).

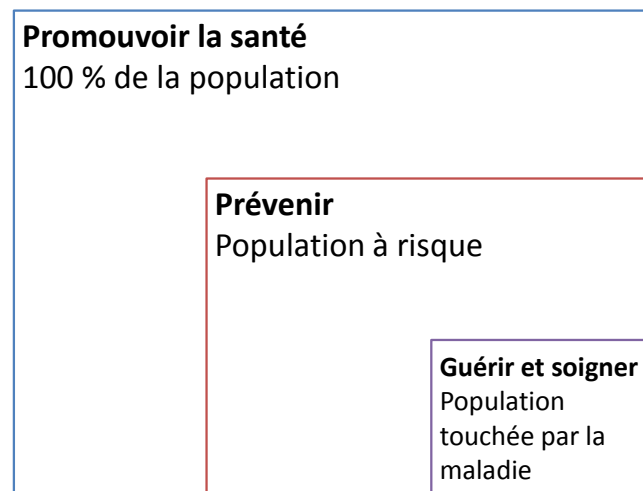


Figure 1 : Continuum de la santé (d'après Breton et al. (11))

Un modèle intégré pour certaines actions de prévention et/ou de promotion de la santé, soutenu par les pouvoirs publics et opérationnalisé au niveau local par les MG pourrait être envisagé. Il pourrait permettre une plus grande efficacité et une plus grande équité. Ce modèle implique l'intégration au niveau des soins ambulatoires de processus propres à la santé publique : travail par objectifs, évaluation de pratique, évaluation de résultats, cycle de qualité. Les MG sont-ils prêts à devenir acteurs dans ces processus, ou seront-ils des collaborateurs passifs ou des résistants ?

LA RECHERCHE

OBJECTIF

Explorer les raisons de l'implication imparfaite des MG dans la prévention, notamment dans les actions de santé publique à grande diffusion.

La présente recherche se penche sur un problème majeur que rencontre le système de santé belge en matière de prévention, à savoir l'implication imparfaite des médecins généralistes. Elle cherche à connaître les connaissances, représentations et pratiques des MG sur ce sujet. Cette étape de prise d'avis de la profession nous semble indispensable avant d'envisager de nouvelles actions à grande échelle en prévention dans lesquels la participation des MG est requise.

Un objectif secondaire est de tester auprès des intéressés l'hypothèse que l'auto-évaluation permettrait de les motiver à s'impliquer plus et mieux dans les programmes préventifs de grande diffusion, et dans l'appropriation des standards (EBM, recommandations de bonne pratique).

MÉTHODES

Il est nécessaire de connaître les attentes des intéressés vis-à-vis de leurs pratiques professionnelles et les possibilités de mobilisation vers un changement de pratique. Les modèles de modification des pratiques professionnelles, de rapport à la norme professionnelle seront

recherchés. Les rapports entre l'évaluation de pratique, l'assurance de qualité et les modifications de comportement, en particulier dans le domaine de la prévention seront étudiés.

Certaines représentations et/ou résistances des MG sont particulièrement explorées :

- Quelle place accordent-ils à la santé des patients, considérée comme un concept global, par rapport aux soins qui répondent à leurs plaintes ?
- Le sentiment de responsabilité professionnelle des MG se situe-il par rapport aux individus qui les consultent ou par rapport à la collectivité de leur patientèle ?
- Comment voient-ils leur place de thérapeutes face à l'organisation de la santé publique ?
- S'ils se sentent responsables de la prévention, sont-ils aussi intéressés par l'évaluation de leur pratique, et comment devrait-elle être pratiquée ?
 - Un feedback externe est-il efficace et acceptable ?
 - Y a-t-il une place pour une autoévaluation et à quelles conditions ?

Après une phase de recherche bibliographique, le projet utilisera des techniques d'enquête qualitative (entretiens individuels) et quantitative (questionnaire) pour étudier les représentations, attitudes et pratiques des MG en rapport avec la question de recherche.

CHAPITRE 1 : REVUE DE LITTÉRATURE

1 STRATÉGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Les bases de données suivantes ont été explorées :

- Medline, via le moteur de recherche Pubmed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- Banque de données en Santé publique (BDSP) <http://www.bdsp.ehesp.fr/>
- Doc'CISMef <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>
- Site web de la Haute autorité de Santé (HAS) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

Des documents complémentaires sur la thématique ont été recueillis dans un fonds documentaire personnel provenant de recherches précédentes.

1.1 CHOIX DES MOTS CLÉS

Chaque fois qu'il était possible, la recherche a été effectuée avec les mots clés MeSH, soit dans leur version originale anglaise, soit dans leur traduction française, validée par l'INSERM.

Prévention, activités préventives

La recherche des termes MeSH pour "prevention" donne soit "prevention and control", à utiliser avec un nom spécifique de maladie, pour en obtenir les moyens de prévention, y compris sociaux et environnementaux, soit « primary prevention », qui inclut la promotion de la santé et le contrôle des maladies transmissibles. Le MeSH insiste sur la distinction à faire entre prévention primaire, secondaire et tertiaire (mais ne connaît pas la quaternaire), sans proposer toutefois de mot-clé qui y donne accès.

On peut aussi considérer "preventive health services" qui inclut "early intervention", "health education", "health promotion", "immunization programs" et "primary prevention".

- **Prevention and control** : Used with disease headings for increasing human or animal resistance against disease (e.g., immunization), for control of transmission agents, for prevention and control of environmental hazards, or for prevention and control of social factors leading to disease. It includes preventive measures in individual cases.

Ce terme se situant à un niveau hiérarchique plus élevé dans le thesaurus MeSH, c'est cette dernière expression qui a été retenue.

Médecine générale

Pas de problème, définition univoque

- **Family Practice**: A medical specialty concerned with the provision of continuing, comprehensive primary health care for the entire family;
- **Family physicians**: Those physicians who have completed the education requirements specified by the American Academy of Family Physicians.

Résistance au changement

Sujet beaucoup plus difficile à cerner. "Attitude of Health personnel" est à la fois une division de "psychiatry and psychology category", sous "behavior and behavior mechanisms" et de "Health Care Quality, Access and Evaluation", "Delivery of Health Care".

- **Attitude of Health Personnel:** Attitudes of personnel toward their patients, other professionals, toward the medical care system, etc.

Attitude par rapport aux recommandations

- **Guideline Adherence:** Conformity in fulfilling or following official, recognized, or institutional requirements, guidelines, recommendations, protocols, pathways, or other standards.

Evaluation des soins

À noter que « self assessment » renvoie à une auto-évaluation des ses propres qualités psychologiques et non à la pratique. « Medical audit » ou « Process Assessment » conviennent mieux comme termes de recherche.

- **Process Assessment (Health Care):** An evaluation procedure that focuses on how care is delivered, based on the premise that there are standards of performance for activities undertaken in delivering patient care, in which the specific actions taken, events occurring, and human interactions are compared with accepted standards.
- **Medical Audit:** A detailed review and evaluation of selected clinical records by qualified professional personnel for evaluating quality of medical care.
- **Self-Evaluation Programs:** Educational programs structured in such a manner that the participating professionals, physicians, or students develop an increased awareness of their performance, usually on the basis of self-evaluation questionnaires.

1.2 COMBINAISONS DE TERMES DE RECHERCHE

1.2.1 MEDLINE PUBMED

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

Attitude des généralistes face à la prévention

Clé de recherche : ("prevention and control "[Subheading] AND "Family Practice"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh]

La limitation à 1990 comme date de publication donne 244 résultats (sur 271 sans limitation de date). Parmi ceux-ci, 64 ont été retenus sur base de l'abstract et 48 après une lecture critique (annexe).

Attitude face aux recommandations de bonne pratique

Clés de recherche : "Family Practice"[Mesh] AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh] AND "Guideline Adherence"[Mesh]: 66 résultats depuis 1997. Parmi ceux-ci, 38 ont été retenus sur base de l'abstract (annexe).

("Family Practice"[Mesh] AND "Guideline Adherence"[Mesh]) AND "Process Assessment (Health Care)"[Mesh]: 5 résultats ; 1 conservé (annexe).

("Self Assessment (Psychology)"[Mesh] AND "prevention and control "[Subheading]) AND "Family Practice"[Mesh]: 4 résultats ; 1 conservé (annexe).

Attitude des généralistes face à l'évaluation et l'auto-évaluation

"Family Practice"[Mesh] AND "Process Assessment (Health Care)"[Mesh]: 72 résultats

("Self-Evaluation Programs"[Mesh] OR "Medical Audit"[Mesh] OR "Process Assessment (Health Care)"[Mesh]) AND ("prevention and control "[Subheading] AND "Family Practice"[Mesh]): 104 résultats (94 si on se limite à 1990). 5 articles conservés (annexe).

1.2.2 CATALOGUE ET INDEX DES SITES MÉDICAUX FRANCOPHONES : CISMef

<http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

Cette base de données a fourni très peu de résultats pertinents pour le sujet.

Médecine générale (méta terme) et qualité, accès, évaluation soins (mot clé) : 33 ressource(s) trouvée(s), dont 2 résultats pertinents (Rapport KCE et Laperche) en Belgique (annexe).

1.2.3 BANQUE DE DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE : BDSP

<http://www.bdsp.ehesp.fr/>

mcl="audit medical" AND mcl="medecine generale": 23 réponses, 1 pertinente

mcl="prevention primaire" OR mcl="prevention secondaire") AND mcl="medecine generale": 2 résultats, non pertinents

mcl="norme soins" AND mcl="medecine generale" : 2 résultats, non pertinents

1.2.4 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : HAS

<http://www.has-sante.fr/>

Recherche : "EPP AND prevention AND medecine generale" : Il y a 9 résultats, non pertinents pour cette étude.

1.3 CRITÈRES D'INCLUSION/D'EXCLUSION DE LA BIBLIOGRAPHIE

Inclusion :

- Contexte de médecine générale
- Activités de prévention
- Attitude des MG face à la prévention

Exclusion

- Autres travailleurs de soins primaires, point de vue des patients sur la prévention
- Activités curatives, gestion de maladies chroniques
- Attitude professionnelle autre que face à la prévention

- Recommandation pratique pour une activité préventive
- Contexte légal particulier non transposable en Belgique
- Contexte hospitalier
- Articles publiés dans une langue difficile à faire traduire

2 RÉSULTATS

En 2006, Feightner se demandait pourquoi, malgré un intérêt de la part des médecins généralistes (MG) et malgré 20 ans de publications sur ce qu'il conviendrait de faire, on en était toujours à réfléchir aux obstacles à la mise en pratique de la prévention. Il décrivait trois voies à développer : les infrastructures de gestion de l'information clinique, la collaboration pluridisciplinaire et un support organisationnel et financier renforcé (14).

Dans un domaine proche de la prévention, un document récent de la Société française de Santé publique (SFSP) décrit les MG comme des acteurs de soins, plus rarement de prévention et jamais comme acteurs de santé publique, alors que leur position leur permettrait théoriquement d'être les traits d'union entre les niveaux individuel et collectif des soins. Parmi les quatre préalables à une possible intégration harmonieuse entre ces deux niveaux, la SFSP cite (15) :

- Une meilleure connaissance de sa patientèle : risques environnementaux, précarité, taux de couverture d'activités préventives, choix ciblé de la formation continue. Une gestion efficace de données internes et externes à la pratique est nécessaire.
- Une meilleure connaissance de sa pratique : audit interne, utilisation de référentiels, mesure d'écarts entre la réalité et l'idéal.

Le champ d'action de la MG est celui de la prévention médicalisée : vaccination, repérage de facteurs de risque et intervention précoces, dépistage opportuniste et organisé, prévention tertiaire, éducation thérapeutique du patient et éducation à la santé. Les MG peuvent être actifs à la fois dans les contacts individuels avec leurs patients et comme relais d'actions de santé publique collectives. Face à une demande de soins de la part des patients orientée majoritairement vers la résolution de problèmes, la réalité de terrain ne correspond toutefois pas cette vision intégrée, ni en Belgique ni probablement ailleurs dans le monde.

La place des généralistes dans le conflit d'intérêt potentiel entre soins individuels et attention à la collectivité est questionnée. (16) La gestion de l'information clinique à un niveau collectif dans une patientèle ouvre en effet des possibilités d'amélioration des performances en prévention et de positionner les MG comme des relais en santé publique.

Les positions des auteurs cités ci-dessus sont en lien direct avec l'objet-même de la présente recherche qui vise à tester l'hypothèse que l'auto évaluation des activités préventives pourrait améliorer les pratiques préventives des généralistes belges. L'hypothèse est-elle réaliste, et quelles seraient les conditions de sa mise en pratique. La revue de littérature qui suit va tenter de dresser un état des connaissances à ce sujet.

2.1 MODÉLISATION DE L'ACTIVITÉ PRÉVENTIVE

Au cours des vingt dernières années, divers modèles de fonctionnement ont été proposés pour rendre compte de l'activité préventive dans la délivrance des soins.

2.1.1 SYSTEMS MODEL OF CLINICAL PREVENTIVE CARE (WALSH & MCPHEE, 1992)

La délivrance ou non au cours de la consultation d'un message préventif tient à l'interaction entre des facteurs liés au médecin (connaissances et attitudes, type de consultation, maladie aiguë ou routine), au patient (connaissances et attitudes, type de maladie aiguë ou chronique), au système (organisation de la pratique, système de paiement, etc.). Le modèle de systèmes de soins cliniques préventifs (d'après Walsh, McPhee, 1992 (17) (figure 2) inclut :

- des facteurs prédisposants, chez le médecin et le patient : connaissances, croyances, attitudes ;
- des facteurs d'habilitation : compétences et ressources ;
- des facteurs de renforcement, chez le médecin et le patient : support social ;
- des facteurs organisationnels du système : accessibilité, disponibilité ;
- des facteurs d'activité préventive : coût, par exemple ;
- des facteurs situationnels, signaux d'activation : symptômes, rappels, échéancier.

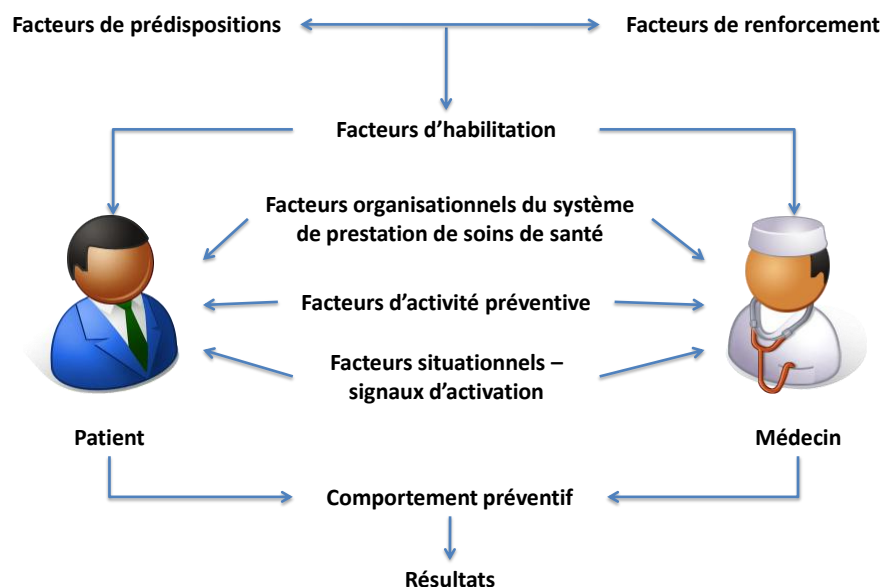


Figure 2

2.1.2 COMPETING DEMANDS MODEL (JAÉN ET AL, 1994)

En 1994, Jaén et al. présentaient le modèle de demandes en compétition pour les soins primaires, mettant la délivrance au centre de 3 types de contraintes : celles du médecin, celles du patient et celles de l'environnement de la pratique (18)(figure 3).

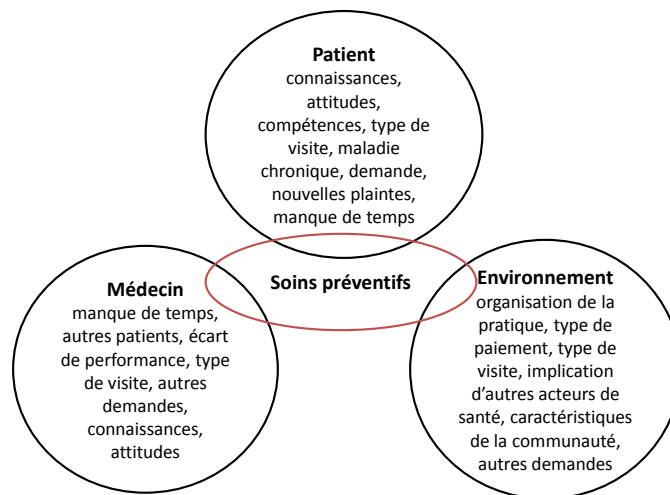


Figure 3 : Competing Demands Model

Le principal intérêt de ce modèle est de bien montrer la complexité des interactions qui conduisent au résultat final en matière de santé et ainsi d'éviter de rendre les médecins seuls responsables des résultats. Au chapitre organisationnel, retenons l'efficacité plus grande des infirmières associées à une pratique quant à la délivrance d'actes et de massages préventifs.

2.1.3 CHRONIC CARE MODEL (GLASGOW ET AL, 2001)

En 2001, Glasgow et al. (19) soulignent la similitude entre le développement de services préventifs efficaces et la modèle de gestion des maladies chroniques proposé par Wagner en 1998 (20)(figure 4). Les deux activités présentent en effet des similitudes (actions planifiées sur des populations bien définies, référence forte à l'EBM, implication active des patients, manque de formation des médecins, dépendance de supports extérieurs à la consultation) et des différences (la prévention demande moins d'assiduité mais est plus étrangère à la culture médicale, les maladies chroniques sont plus motivantes pour les patients, elles demandent des efforts plus conséquents à la société). Les systèmes de santé qui ont réussi à implémenter des activités préventives l'ont fait en travaillant par objectifs et systèmes de mesure de la qualité.

Plutôt que de se focaliser sur certains éléments des modèles précédents, les auteurs insistent sur la nécessaire intégration de tous les déterminants dans la réforme du système de soins, dirigé vers des objectifs de prévention.

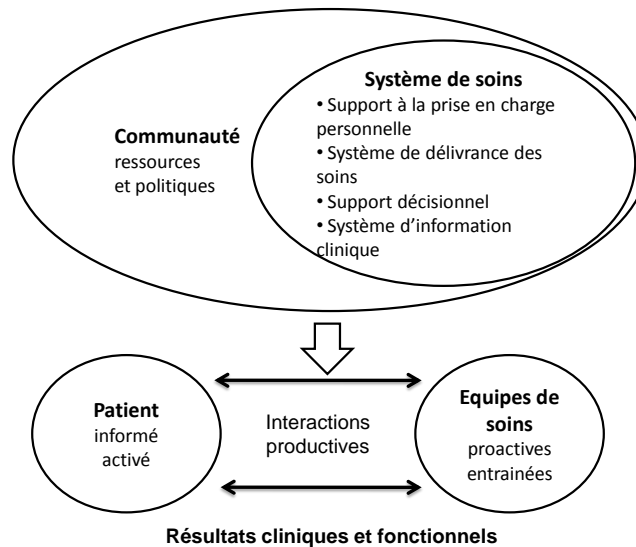


Figure 4 : Chronic Care Model

2.1.4 LES LEÇONS DE L'ÉTUDE STEP-UP (STUDY TO ENHANCE PREVENTION BY UNDERSTANDING PRACTICE) ET LA THÉORIE DE LA COMPLEXITÉ (RUHE ET AL, 2005)

Partant de l'observation des changements de pratique au cours d'une étude d'implémentation de la prévention, Ruhe et al. en 2005 plaident pour une approche multiple et adaptée sur mesure à chaque pratique à améliorer plutôt qu'à des mesures structurelles universelles qui ont toutes montré leurs limites (21).

Litaker et al. en 2006 (22) vont plus loin et expliquent les résultats observés dans STEP-UP par la théorie de la complexité mathématique (fractale) et de la complexité agrégée. Une action de promotion de la prévention ne peut se concevoir dans un tel environnement qu'à travers des actions sur mesure, adaptées aux particularités des pratiques et des praticiens chez lesquels elle doit s'implanter. Les auteurs avancent que les pratiques les plus enclines à changer leur mode de fonctionnement sont celles qui sont le plus près du chaos (au sens mathématique de ce terme), ouvertes au changement.

2.1.4.1 La complexité mathématique

Les systèmes de délivrance de soins sont décrits comme complexes et non linéaires dans leur fonctionnement, ce qui en rend le fonctionnement imprévisible. Le chaos reflète les interactions multiples et changeantes entre les déterminants et les acteurs du système. Les systèmes de soins décrits dans ce modèle présentent en outre une structure auto similaire ou fractale, organisée dans une structure hiérarchique à travers le pays (USA); ce dernier aspect n'est probablement pas transposable en Belgique. Cette théorie représente le pôle quantitatif de la complexité.

2.1.4.2 La complexité agrégée

Les pratiques de soins primaires peuvent être qualifiées de systèmes adaptatifs complexes, composés de soignants ayant la possibilité d'agir de façon non toujours prévisible, mais interdépendants les uns des autres. D'autres caractéristiques sont l'enchâssement (pas de mécanisme centralisé de contrôle), la connectivité (relations de travail interconnectées), la distribution du contrôle (entre tous les agents du système), les comportements émergents (le

système est qualitativement différent de la somme de ses composants), la non-linéarité (une même action à des endroits ou des moments différents n'a pas toujours le même résultat), la dépendance des conditions initiales et la coévolution (de différents éléments à cause du réseau d'interdépendance). Cette théorie représente le pôle qualitatif de la complexité.

2.2 LES GÉNÉRALISTES ET LA PRÉVENTION

De nombreux articles décrivent l'activité (ou les manques) des médecins généralistes en prévention. Pour la facilité de la lecture, des rubriques thématiques dérivées du modèle de systèmes en soins cliniques préventifs structurent ce chapitre.

2.2.1 FACTEURS DE PRÉDISPOSITION (CONNAISSANCES, CROYANCES, ATTITUDES)

La délivrance ou non au cours de la consultation d'un message préventif tient à l'interaction entre les facteurs connaissances et attitudes liés au médecin et au patient, et aux représentations qu'ils ont l'un de l'autre.

2.2.1.1 Connaissances

Les tests préventifs sont proposés aux patients d'autant plus opportunément que les connaissances des MG sont adéquates sur le sujet (formation initiale, formation continuée, pratique de la littérature scientifique) (18, 23-26). Une bonne compréhension des concepts de risque absolu et relatif est nécessaire pour bien ajuster l'attitude en prévention, mais cette connaissance peut faire défaut chez les MG (27).

Les MG ne sont pas toujours au courant des guidelines, même dans des domaines très médiatisés comme le risque cardio-vasculaire (28). Dans ce dernier domaine, les outils de management introduits dans les dernières années peuvent leur servir plutôt à l'éducation du patient qu'à la gestion du risque (27).

L'absence de recommandation n'est pas toujours mieux connue et peut les amener à effectuer des dépistages dont l'efficacité n'est pas reconnue, par exemple dans les cancers de la peau (29) ou de la prostate (30).

2.2.1.2 Croyances

Le médecin peut adapter son discours à ce qu'il pense que le patient attend de lui, ou au profil qu'il identifie chez le patient. Les messages délivrés sont ainsi différents selon l'âge et le sexe du patient, mais pas forcément sur des critères scientifiques. Le patient, en revanche, peut adapter sa demande à ce qu'il croit être de la compétence de son médecin (31, 32).

Les demandes aiguës des patients sont naturellement en compétition avec les besoins de gestion des problèmes de santé chroniques (25, 33) et les MG craignent parfois de susciter des réactions négatives de la part des patients lors de l'introduction dans le contact d'éléments étrangers au motif de consultation, surtout si ceux-ci sont en rapport avec le style de vie (34, 35). Ils peuvent aussi craindre de transformer des biens-portants en patients chroniques (36).

La crainte d'un résultat positif au dépistage peut aussi être un frein inconscient chez les MG (23, 36).

Chez les patients, les facteurs de prédisposition incluent leurs croyances et attitudes vis-à-vis de la prévention et leurs attentes par rapport à la consultation (18).

2.2.1.3 Attitudes

Les médecins présentant un positionnement favorable vis-à-vis des préoccupations de santé publique sont plus actifs en prévention (26).

Même correctement informés, les MG se retranchent volontiers derrière le manque de compliance des patients face aux pratiques des tests (prises de sang, recherche de sang occulte sur les selles) (23), de changement de comportement (33, 35) ou simplement de compréhension des concepts (27) ; faut-il y voir leur manque de confiance en leurs capacités d'information et de persuasion ?

2.2.2 FACTEURS D'HABILITATION (COMPÉTENCES ET RESSOURCES)

Augmenter les connaissances des médecins peut être inefficace si les facteurs de contexte des consultations ne sont pas pris en compte. Il est donc utile d'aider les MG à intégrer les messages préventifs aux consultations pour maladies chroniques ou construire avec eux des partenariats locaux pour la délivrance des soins préventifs (37).

Il peut exister un problème de légitimité ressentie par les MG envers l'attitude préventive, en lien avec leur sentiment d'efficacité ou non dans la phase ultérieure de traitement d'un problème détecté (38). Dans le cas de l'abus d'alcool par exemple, détecter le problème signifie pour le médecin qu'il va devoir s'en occuper personnellement, au moins en partie. Les MG qui se sentent compétents pour traiter seront donc plus actifs en détection (39), de même que ceux qui disposent de référents spécialisés facilement accessibles (25). Les MG doivent évidemment être convaincus de l'efficacité des traitements existant en aval du dépistage (40). Les actions de prévention sont donc favorisées par l'intérêt des MG pour la question, la perception de leur capacité à modifier les habitudes des patients et de leur donner un avis compétent, leur perception des rôles respectifs de l'hérédité et des comportements dans la pathogénie (33, 39).

Une attention particulière portée pour eux-mêmes à une thématique (p. ex. la diététique) renforce nettement la compétence des MG et augmente leur propension à l'aborder avec leurs patients (24, 26). En revanche, un comportement personnel inapproprié du médecin par rapport à un facteur de risque (par ex. le tabac, l'alcool) réduira son action et nuira à sa crédibilité (35, 41).

Certains domaines de prévention, certains tests demandent une compétence spécialisée que les MG ne pensent pas toujours devoir acquérir (p. ex. indication d'un screening précoce en fonction de déterminants familiaux dans les cancers); la limite entre leur rôle et celui des spécialistes et le moment à choisir pour la référence ne sont pas toujours clairs. Des aides à la décision, comme un programme informatique de calcul du risque ou un support d'institutions spécialisées (mais laissant leur part de compétence aux soins primaires !) pourraient apporter une solution (42). Mais les recommandations ne sont pas toujours suivies en raison de l'« inertie clinique » (manque d'une organisation de la pratique en fonction d'objectifs à atteindre).

Les patients peuvent présenter des caractéristiques de langue, de culture, d'habitudes de vie qui rendent la pratique difficile (36). Leurs connaissances des possibilités de prévention chez leur médecin influence également (18).

2.2.3 FACTEURS DE RENFORCEMENT (SUPPORT SOCIAL)

2.2.3.1 Favoriser le changement

Faire changer les médecins de comportement, d'habitudes, nécessite la prise en compte des résistances au changement expliquées dans les sciences sociales. Des actions de support ponctuelles peuvent être envisagées, comme un apprentissage particulier, un support téléphonique temporaire (43). Des aptitudes en communication avec le patient sont indispensables pour éviter des confrontations face à face stériles (44, 45).

Un programme de collaboration santé publique / MG n'est pas irréaliste, à condition de respecter quelques principes (46) :

- Intégrer l'approche populationnelle de la santé publique avec l'approche basée sur les pratiques des MG
- Personnaliser l'approche des patients via le MG
- Générer une charge de travail supplémentaire minimale
- Systématiser l'identification et le follow-up des patients au sein de la clientèle de MG
- Prévoir un feed-back envers les MG

Dans un article plus ancien, Elford et al. décrivaient un modèle de changement de pratique pour mettre la prévention au cœur de la pratique (47). Quatre éléments d'organisation sont nécessaires :

- Un coordinateur des activités de prévention
- Des descriptions de tâches axées sur la prévention pour toutes les personnes qui sont en contact avec les patients ;
- Un système de gestion de l'information qui met l'accent sur la prévention ;
- Des informations sur les effets de ces activités et une stratégie de résolution des problèmes.

2.2.3.2 Support des pouvoirs publics

Un support des autorités de santé publique peut aussi être envisagé et a été pratiqué dans les pays anglo-saxons. Par exemple, les listes de femmes éligibles pour une mammographie de dépistage sont préparées par les pouvoirs publics et les lettres d'invitation sont signées par les MG. Cette stratégie, proche du programme mammothest belge, suppose une collaboration d'égal à égal avec les MG (48). Les autorités sont tenues pour responsables de la cohérence des réglementations en matière de prescription de médicaments avec les recommandations et la gestion des risques (27).

En Belgique, un récent rapport du KCE (49) suggérait deux priorités pour favoriser l'implémentations des recommandations en matière de risque cardiovasculaire en Belgique : d'une part un développement des logiciels de dossier médical en vue de permettre une auto-évaluation de leur pratique par les MG (et une formation des MG à ce type de travail) et d'autre part le développement d'instruments de communication avec les patients en vue d'informer et de gérer les risques cardiovasculaires.

Si les recommandations sont claires, les MG se déclarent parfois favorables à une organisation des dépistages basée sur les pratiques plutôt qu'à une organisation centralisée (50).

2.2.3.3 Formation des MG

Une enquête australienne a révélé un bien plus grand intérêt des MG interrogés pour des formations avec des experts en prévention, ou des recommandations ou des feuilles d'information pour les patients, que pour une évaluation et un feed-back sur leur pratique (51). Une autre étude australienne sur un audit clinique à propos de l'enregistrement des facteurs de risque CV a montré un intérêt des praticiens pour montrer la réalité de leur pratique mais une certaine méfiance par rapport aux techniques d'échantillonnage et aux indicateurs mesurés (52).

La prévention sur des sujets peu « médicaux » (accidents domestiques par exemple) peut souffrir à la fois d'un manque d'intérêt des médecins, d'un manque de connaissances, d'un manque de support. Une information bien ciblée doit alors pointer les priorités à mettre en avant (53).

Des interventions multi facettes pour stimuler des pratiques de MG vers la prévention ont montré leur efficacité, mais il s'agit d'interventions lourdes et de longue durée, confiée à du personnel externe aux structures : audit de la structure, définition d'objectifs, feed-back des résultats ; leur rapport coût-efficacité n'est pas connu (54).

Parmi les autres facteurs de renforcement des médecins, on peut citer le support des pairs, le feedback positif du patient, les changements observés chez le patient dans le niveau de risque. Ces changements de comportement ou atteinte de résultats tangibles agissent comme renforcement également du côté du patient (18).

2.2.3.4 Faire bouger la société

La pratique de la prévention peut être très difficile ; par exemple, l'addiction à la nicotine est particulièrement forte et l'accompagnement des fumeurs particulièrement difficile ou décevant. Les médecins ne doivent pas rester seuls dans ce combat, et le support de la société toute entière est nécessaire, par exemple par des mesures de taxation, de restriction des endroits où fumer est autorisé, d'information du grand public... (55).

Certains médecins pensent que la gestion des facteurs de risque dans notre société mécanisée, informatisée et ... immobile est de la responsabilité du patient plus que de la leur. Le dire aux patients ne suffit pas à produire des changements durables. Il est sans doute inutile de culpabiliser les médecins pour le manque de résultats de la prévention sur le changement des comportements, alors qu'ils n'en maîtrisent pas les déterminants (48). Pour certains, des agences spécialisées seraient mieux appropriées pour travailler sur les déterminants (56).

2.2.4 FACTEURS ORGANISATIONNELS DU SYSTÈME

2.2.4.1 Le temps

Le manque de temps et de ressources sont bien sûr retrouvés parmi les freins à adopter une attitude positive vis-à-vis de la prévention, surtout pour les thématiques qui demandent du temps pour conseiller les patients (par ex. l'alcool, la nutrition) (26, 41, 56).

La réalisation d'une prévention « idéale », incluant tout ce qu'il est possible de faire, est matériellement impossible à cause du temps que cela demanderait, et des priorités doivent impérativement être établies (16, 31, 32). Les MG peuvent se tourner plus facilement vers des méthodes peu consommatrices de temps comme la prescription médicamenteuse pour l'abstention tabagique plutôt que d'investir du temps dans des méthodes comportementales (57).

2.2.4.2 Travail de groupe

Le système de paiement (acte/forfait) ne semble pas un facteur discriminant (58). Par contre, le fait de travailler en groupe rend la pratique de la prévention plus fréquente. La coordination des compétences diverses de travailleurs de 1^e ligne, permettant un support effectif de chacun d'entre eux, et des MG notamment, permettrait sans doute d'augmenter les performances individuelles dans le domaine. Les infirmières (de santé communautaire) sont à cet égard une ressource probablement sous employée (25). Le temps de la délégation à d'autres travailleurs que les MG est-il arrivé ? (16) Il ne faut cependant pas négliger le fait qu'un travail en équipe demande lui aussi du temps de coordination, de définition des tâches et des objectifs (36, 59).

On a pu montrer une relation positive entre la qualité des soins préventifs (mesurée par rapport au respect des recommandations de bonne pratique) et certains facteurs d'organisation de la pratique : tenue correcte des dossiers médicaux, délégation de tâches à des paramédicaux (ce qui permet d'augmenter le temps consacré par les médecins aux patients), respect des recommandations. La formation continue par contre n'est pas un facteur d'augmentation de la qualité en soi, mais le peer reviewing peut légèrement l'améliorer. Les pratiques de groupe délivrent des soins de meilleure qualité quand au respect des recommandations, sans que l'on puisse prouver une moindre qualité des résultats chez les praticiens solos (60).

2.2.4.3 Évaluation et organisation

Un pré requis indispensable est un système d'information fiable et performant. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), volontaire et anonyme, est un outil d'amélioration continue de la qualité. La formation initiale et continuée des MG devrait intégrer une culture de la santé publique, en développant le partenariat entre les DMG et les écoles de santé publique. Une action politique d'une part de soutien à ce développement et professionnelle d'autre part pour intégrer ces préoccupations aux référentiels de compétences souhaités des MG, sont nécessaires. Le soutien des pouvoirs publics est nécessaire dans le développement des systèmes d'information et dans le développement de stratégies incitatives et de nouvelles modalités de financement (15).

Les MG réalisent une faible proportion des activités préventives possibles, estimée entre 20 et 60 % (18), mais ils ont tendance à surestimer leurs résultats en prévention (61). Ce qui manque le plus aux MG n'est pas tellement les connaissances, mais une approche systématique et intégrée à leur pratique (16).

2.2.5 FACTEURS D'ACTIVITÉ PRÉVENTIVE

Le remboursement au patient des activités préventives constitue un facteur de renforcement (18), de même que le paiement du médecin pour l'atteinte d'objectifs prédéfinis à l'intérieur du système de soins (Pay for Performance).

Chaque pratique préventive peut amener son lot d'obstacles particuliers : le coût du traitement dérivé d'un dépistage positif, la charge de travail que représentent le dépistage, le suivi, l'organisation des soins ultérieurs, les procédures administratives (36).

2.2.6 FACTEURS SITUATIONNELS, SIGNAUX D'ACTIVATION (SYMPTÔMES, RAPPELS, ÉCHÉANCIER)

Peu de médecins utilisent des systèmes d'alerte intégrés au dossier médical pour rappeler des échéances de vaccins, et encore moins contactent les patients pour leur signifier l'échéance (62, 63). Pourtant, une organisation cohérente en lieu et temps définis peut apporter des résultats substantiels. Leur pérennité reste toutefois inconnue (64, 65).

Une approche opportuniste de la prévention, utilisant les consultations pour maladie, serait insuffisamment utilisée quoiqu'opportune et efficace ; si des systèmes de rappel sont utilisés dans le dossier médical, ils ne constituent pas pour autant une aide stratégique face aux obstacles habituels à la prévention (66). Des observations suggèrent que la délivrance de messages préventifs est toutefois associée à des consultations pour problèmes aigus dont les symptômes agissent comme déclencheur chez le médecin (67). Mais certains médecins attendent la présence de signes cliniques pour s'intéresser à la détection de pathologies, rendant ainsi caduques les notions mêmes de dépistage ou de prévention (25).

Une implication des patients eux-mêmes peut être envisagée dans certains contextes, à la fois pour assurer une meilleure adhésion et pour limiter la charge de travail des thérapeutes ; des tests sur urine ou sur frottis vaginaux ont été envisagés au Royaume Uni pour le dépistage de MST à Chlamydia (68).

2.3 LES GÉNÉRALISTES ET L'ÉVALUATION

Le taux de suivi des recommandations est loin d'être optimal dans les activités de prévention à tous les niveaux (prévention primaire, secondaire, tertiaire) (69-71). Les MG croient pourtant de bonne foi que leur activité est suffisante dans ce domaine. Il leur manque un feed-back qui leur ferait prendre conscience de la réalité pour les patients dont ils ont la charge.

Pourtant, la pratique de l'évaluation est loin d'être acceptée de façon générale : elle est perçue comme consommatrice de temps, intrusive si elle vient des questionnaires de l'assurance maladie, mal connue dans ses méthodes et peu crédible quant aux données recueillies. Les praticiens doutent de la pertinence de ses résultats, tant pour eux que pour les patients, et la trouvent ennuyeuse. Les questions sont donc de savoir quelles activités d'évaluation sont acceptables par les MG, et donc lesquelles ne le sont pas, quels sont les obstacles à leur pratique, et quelles sont les conditions de leur implémentation dans la pratique ? Les principaux problèmes proviennent du manque de temps, de la peur du regard externe sur sa pratique et du manque de motivation. Les guidelines sont parfois critiqués, les techniques de collection, de récolte et d'analyse des données mal connues. Une formation médicale continue basée sur l'évaluation des performances semble peu acceptable. Le principe même de l'audit suppose une charge de travail et des coûts supplémentaires. Face à tous ces inconvénients et obstacles, la stratégie d'implémentation des tâches souhaitables doit donc être multiple et différenciée selon les endroits et les moments (72).

Des initiatives soutenues par des leaders d'opinion proches des praticiens et encadrées correctement (ANAES en France, Communauté française en Belgique) montrent des résultats encourageants, différents selon les domaines (cardiovasculaire, mammographie) (73-75).

La France est engagée dans un processus d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) obligatoire, justifié par l'enjeu d'amélioration de la qualité. Les exigences croissantes des usagers en termes de sécurité, de qualité et d'efficience rendent difficilement acceptables les disparités de pratiques observées. L'EPP française est coordonnée avec la formation médicale continue et

repose en partie sur les organisations professionnelles (URML, CME) et les pairs (médecins habilités, organismes agréés)(76).

Un outil d'évaluation des pratiques a été développé au niveau européen (European Practice Assessment – EPA), testé dans plusieurs pays y compris la Belgique, et paraît relativement acceptable (77). L'activité préventive n'y est pas mesurée comme telle, mais les éléments évalués (infrastructure, personnel, information, finances, qualité et sécurité) sont des prérequis nécessaires à une pratique préventive organisée. Le premier test en Belgique a toutefois rencontré des difficultés : intérêt faible de la profession, coût et complexité de la mise en œuvre, peu de changements de pratiques observés après la procédure. Pour être utilisé à grande échelle, l'outil devrait être modifié pour s'adapter au contexte belge (en particulier les pratiques solos) et être soutenu par une association professionnelle reconnue et solide (78).

2.4 LES GÉNÉRALISTES ET LES RECOMMANDATIONS

Les MG peuvent en principe offrir un système intégré de multiples stratégies préventives. Ils ont toutefois tendance à surestimer la fréquence à laquelle ils offrent ces services. Deux étapes sont nécessaires : connaître les recommandations pertinentes et les intégrer à l'exercice quotidien.

Les recommandations de pratique clinique sont nées de la conjonction de recherche de qualité des soins au sein de chaque système de santé. La médecine basée sur les preuves, les recommandations de bonne pratique, les essais cliniques randomisés contrôlés ont commencé à s'imposer au début des années 80.

La complexité croissante de l'exercice de professions liées à la santé, la place croissante prise et accordée au patient, les coûts grandissants engendrés par cette interaction sont cités comme moteurs du développement des recommandations de pratique (79).

Rapidement, il est apparu que de la diffusion de ces recommandations, au changement escompté au niveau du comportement des praticiens, (et encore plus au niveau de résultats attendus pour les patients à un échelon individuel et collectif), la relation était loin d'être évidente : les médecins peuvent avoir connaissance d'une recommandation, cela ne se traduit pas toujours en changement dans leur pratique quotidienne.

Cabana propose une classification des barrières à l'adhésion des médecins aux recommandations de pratique à partir d'une revue de la littérature (80). Cette approche théorique repose sur la séquence de changement de comportement en reposant sur les connaissances, compétences et attitudes d'un praticien dans un environnement donné (patient, organisation, société) (tableau 2).

Obstacles liées aux Connaissances :
Le médecin ne connaît pas l'existence des recommandations.
Manque de familiarité avec les recommandations.
Obstacles liées aux Attitudes :
Manque d'accord sur le contenu de guidelines spécifiques :
Faiblement applicable au patient, peu d'efficience (coût/bénéfice), manque de

<p>confiance dans les auteurs du guidelines, difficulté d'interpréter l'évidence recommandée.</p> <p>Manque de perspective de résultat.</p> <p>Les praticiens estiment que les attitudes recommandées n'aboutiront pas au résultat escompté.</p> <p>Manque de confiance en soi.</p> <p>Les praticiens pensent qu'ils ne sont pas capables d'effectuer ce qui est conseillé dans les recommandations.</p> <p>Manque de motivation/ inertie.</p> <p>Les habitudes de pratique, la routine qui s'installe...</p> <p>La notion de guidelines en général n'est pas accueillie favorablement :</p> <p>Trop rigide pour être appliqué, synthèse biaisée, atteinte à l'autonomie, peu « pratique », trop « recette de cuisine ».</p>
<p>Obstacles Externes :</p> <hr/> <p>Facteurs liés patient : difficulté de concilier les préférences du patient avec les recommandations.</p> <p>Facteurs liés aux recommandations : plus difficile si un comportement doit être supprimé qu'adapté, perception de l'effet, complexité des recommandations.</p> <p>Facteurs environnementaux : manque de temps, manque de ressources, contraintes organisationnelles,</p>

Tableau 2: Barrières à l'adhésion des médecins aux recommandations pratiques en relation avec le changement de comportement (79).

D'autres auteurs ont ensuite étoffé cette énumération au regard de situation spécifique de la pratique clinique : Espeland (81) et l'attitude des médecins généralistes dans la prescription de radiographies lombaire, Kendrick (82) et les médecins généralistes face aux recommandations de prise en charge de la dépression, ...

Il apparaît de ces différentes « traductions » qu'une ou plusieurs barrières peuvent être prépondérantes, suivant les situations cliniques et le système de soins dans lequel le programme s'insère.

Des particularités locales, et même individuelles (genre, âge,...) sont à rechercher pour expliquer les succès variables d'application des recommandations (60, 71, 83, 84) : le travail en pratique de groupe ou pluridisciplinaire influence positivement, ainsi qu'une plus faible charge de travail et la présence d'un système organisé pour la continuité des soins. Les recommandations dont le processus d'implémentation a reposé sur les structures locales de soins ont été adoptées avec plus de succès.

L'adhésion du médecin à des recommandations semble encore différer suivant qu'il s'adresse à ses patients ou qu'il se les applique à lui-même (85) : il serait plus enclin à s'écarter des guidelines pour des problèmes de santé avec une répercussion sociale (dépression, fatigue) et aurait des difficultés à s'adapter aux guidelines existants en tant que patient. Ce manque de conviction personnelle du médecin dans certaines situations peut avoir des répercussions sur l'adoption de ces mesures par le patient.

Le paradigme professionnel dans lequel évolue le médecin peut représenter un obstacle en soi dans l'application de règles : les recommandations peuvent être perçues comme des atteintes à leur autonomie professionnelle, et cela de manière d'autant plus forte qu'elles apparaissent comme « étrangères » à leur pratique quotidienne. Hopkins (86) démontrait que des infirmières formées à des tâches préventives bien définies étaient plus performantes que des médecins dans les mêmes conditions. Les instruments d'évaluation du risque (par exemple cardio-vasculaire) peuvent sembler simplistes en n'incluant pas des facteurs importants comme le style de vie ou l'hérédité), conduire à une surévaluation du risque réel, à un surtraitement de patients asymptomatiques, et finalement se révéler inutiles en pratique courante (23, 87).

L'adaptation de recommandations au contexte spécifique et aux attentes du patient devant lequel il se trouve représente une autre forme d'autonomie qui doit être développée pour leur implémentation en pratique (88). L'approche centrée sur le patient peut ainsi faire entrer l'EBM dans le paradigme professionnel médical.

Les tentatives récentes d'implémentation de recommandations pratiques se basent sur une combinaison d'interventions complémentaires et répétitives, sur plusieurs niveaux : patients, médecins, médias, autorités (49, 89).

2.5 CONCLUSION

On le voit, beaucoup de chemin reste à parcourir pour faire entrer la pratique efficace de la prévention dans les soins primaires, en particulier en médecine générale. De nombreux auteurs s'accordent cependant à penser que la place des MG est centrale et essentielle.

La gestion de l'information clinique, de même que la pratique de groupe, éventuellement pluridisciplinaire, apparaissent bien comme des éléments centraux de la pratique préventive. L'évaluation de pratique semble bien être un facteur renforçant la qualité des soins, y compris préventifs. Elle reste cependant peu acceptée actuellement, car chargée de multiples défauts par les praticiens.

L'implémentation des changements nécessaires à une modification des pratiques devra toucher à la fois la formation des médecins, le support social des médecins et des patients. Pour être acceptable et efficace, elle devra agir simultanément sur plusieurs paramètres dans une offre de services souple, adaptable et motivante. Les difficultés liées à chaque programme préventif particulier devront chaque fois être prises en compte. Les recommandations sur lesquelles les actions sont basées doivent faire l'objet d'un consensus et d'une diffusion larges.

Afin d'identifier les facteurs propres aux MG qui pourraient expliquer la diffusion limitée et probablement inéquitable de la prévention en Belgique, il aurait été possible à ce stade de réaliser une enquête dont les éléments auraient été fournis par une approche déductive s'appuyant sur la revue de littérature. Néanmoins, ce type d'enquête n'a jamais été mené dans le

pays et il nous a semblé souhaitable de compléter notre vision préalable de la problématique par une approche inductive s'appuyant sur des entretiens individuels avec des MG.

CHAPITRE 2 : INTERVIEWS INDIVIDUELLES DE DIX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Février 2009

Marc Vanmeerbeek

Jean-Luc Belche

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 CHOIX DE LA TECHNIQUE DE RÉCOLTE DE DONNÉES

La récolte de données a été prévue initialement via des focus groups de médecins généralistes. Suite aux présentations du projet lors de réunions scientifiques internationales (voir ci-dessous), la validité de ce choix a été remise en cause. L'alternative a consisté en la réalisation d'interviews individuelles.

Le projet a été présenté à deux reprises dans des cercles scientifiques pratiquant la recherche qualitative. Des remarques constructives ont été émises sur les techniques de récolte de données. Elles ont porté d'une part sur l'évitement du « bruit de fond » pouvant être faites sur des aspects trop précis des programmes de prévention en Communauté française en centrant les entretiens sur les représentations face à la prévention. D'autre part, les avantages et inconvénients respectifs des focus groups et des interviews individuelles ont été discutés.

La récolte des connaissances, attitudes et pratiques dans un groupe peut être limitée par la réserve des participants à s'exprimer sur des aspects de leur pratique qu'ils ne jugent pas opportuns de communiquer. Par contre, la dynamique de groupe permet de stimuler les participants à dépasser leur niveau de réflexion de base. Les aspects collectifs, communément partagés dans un corps professionnel, s'expriment plus aisément en groupe.

Par contre, les interviews individuelles permettent de lever partiellement l'obstacle de la réserve à s'exprimer en groupe et d'aller plus en profondeur dans l'exploration des mécanismes qui sous-tendent les attitudes et pratiques. Un niveau important de profondeur d'analyse suppose toutefois des interviews de longue durée.

Dix médecins généralistes ont accepté de se soumettre à une interview approfondie, face à face, d'une heure environ, sur le thème de la prévention. Le guide d'entretien est joint en annexe.

Un échantillonnage raisonné a permis de sélectionner des participants de profils diversifiés. Les critères suivants ont été utilisés :

- Type de pratique : groupe (mono ou pluridisciplinaire, y compris maison médicale) ou solo ;
- Province : répartition équilibrée au sein de la Communauté française de Belgique, dans les diverses provinces et entre milieu rural ou urbain ;

- Prévention structurée : pratique ou non d'une activité préventive en dehors du cabinet, dans une structure organisée spécifiquement pour cet objet (ONE, PSE, planning);
- Genre : répartition équilibrée hommes/femmes ;
- Ancienneté de la pratique (moins de dix ans ou plus de 20 ans, en référence aux différences de curriculums de formation) (moins de dix ans = « jeune », plus de 20 ans = « vieux »).

Les caractéristiques des 9 médecins sont reprises dans le tableau 3.

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins interrogés

	Type de pratique	Province	Prévention structurée	Genre	Ancienneté
MG1	Solo	Liège	Non	M	Vieux
MG2	Groupe	Liège	Non	F	Jeune
MG3	Solo	Luxembourg	Oui	M	Jeune
MG4	Solo	Luxembourg	Non	M	Vieux
MG5	Groupe	Liège	Non	F	Vieux
MG6	Solo	Hainaut	Non	M	Jeune
MG7	Groupe	Liège	Non	M	Vieux
MG8	Solo	Bruxelles	Oui	M	Vieux
MG9	Solo	Hainaut	Oui	M	Jeune

Une revue de littérature a permis de faire émerger les thèmes à explorer :

- **Gestion de la globalité et de la complexité** : définition et place de la prévention, la prévention dans la relation médecin-patient ;
- **Organisation** : organisation de la prévention dans la pratique ;
- **Référentiels** : place des recommandations, influence des croyances du médecin sur la prévention pour lui-même et pour ses patients ;
- **Santé publique** : place des MG dans le dispositif préventif du pays, place des autorités sanitaires, évaluation de l'activité préventive.

Les MG ont été rencontrés chez eux par un des auteurs (MV ou JLB), en dehors de leurs temps de consultation, entre août et décembre 2008. La durée moyenne des entretiens a été d'une heure.

Ils ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Le contenu a été analysé à l'aide du logiciel NVivo 8.

L'analyse thématique du contenu a été faite en référence au modèle de soins cliniques préventifs de Walsh & McPhee (17) (Figure 5). Bien que publié en 1992, ce modèle propose une taxonomie utile à l'analyse du point de vue des médecins sur la prévention. Le classement des réponses des médecins interviewés dans ce modèle permet d'envisager plus aisément les interventions nécessaires pour améliorer les pratiques.

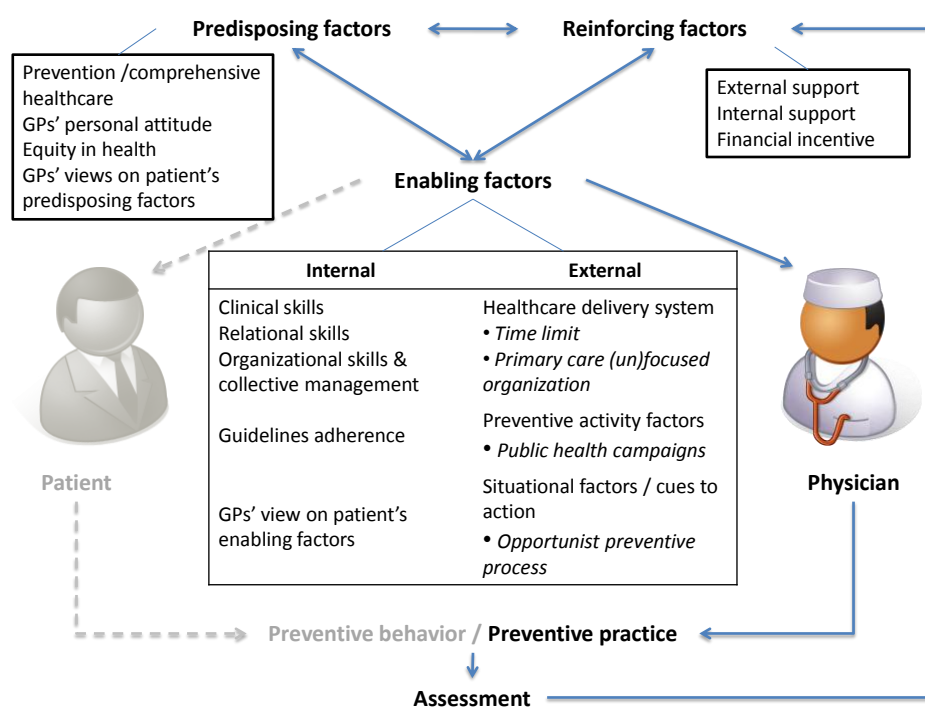


Figure 5 : Modèle de Walsh & McPhee, adapté pour le comportement préventif des médecins (avec l'aimable autorisation du Dr Judith M Walsh)

Nous avons du modifier légèrement le modèle, initialement destiné à décrire le comportement préventif, pour l'adapter aux pratiques des médecins vis-à-vis de la prévention, en concordance également avec le modèle PRECEDE (90). Dans notre modèle, les facteurs prédisposants concernent la motivation à entreprendre une forme ou l'autre de procédure préventive (croyances, attitudes, attentes, motivation, expérience clinique et pratiques du médecin en matière de prévention pour lui-même). Les facteurs de renforcement sont ceux qui encouragent ou récompensent le comportement préventif (information des firmes pharmaceutiques, feedback organisé à l'intérieur du système de santé, satisfaction du patient, approbation/encouragement par les pairs). Les facteurs de capacitation comprennent les ressources et connaissances nécessaires (connaissances pratiques et théoriques, expertise technique, disponibilité du matériel). Nous avons séparé ces facteurs capacitants en facteurs internes (compétences personnelles, facteurs organisationnels, y compris les compétences organisationnelles et les priorités qui y sont données, structure organisationnelle de la pratique) et facteurs externes (campagnes de santé publique, organisation du système de soins, incluant l'accessibilité, les mécanismes de remboursement et l'échelonnement ; Les facteurs de contexte

et les déclencheurs sont internes (symptômes ou parole du patient) ou externes (rappels du médecin invitant les patients à une procédure préventive).

Les résultats sont illustrés de citations provenant des interviews. Le nombre de citations proposées à la lecture est un indicateur indirect de l'importance que certains points ont eu dans les entretiens. Ainsi par exemple, la concurrence entre acteurs de prévention, la négociation avec les patients, le manque de temps, les freins perçus chez les patients, l'avis sur les grandes campagnes de santé publique sont des thèmes qui ont été beaucoup traités. À l'inverse, la systématisation de procédures, l'évaluation, l'équité sont des parents pauvres.

Un résumé est proposé en tête de chaque chapitre.

2 LA PRÉVENTION

Résumé

Place de la prévention

Interrogés sur une définition de la prévention, les MG ont dessiné les contours des trois niveaux classiques. Le domaine cardiovasculaire/diabète et l'hygiène de vie ont été le plus fréquemment cités, puis les vaccinations et les dépistages de certains cancers (sein, col, prostate). Des thématiques spécifiques (IST, chutes, BPCO, problèmes psychologiques, etc.) ont été citées plus rarement. La prévention quaternaire est quasi absente de leur discours. Certains ont admis que des domaines leur échappent, en raison de tabous personnels : la sexualité, la mort.

La prévention a été présentée comme un élément de la gestion globale de la santé, composante fondamentale de leur métier et nourrie par la connaissance approfondie des patients et de leur milieu de vie. La délivrance d'une information de qualité aux patients est une de leurs missions importantes, portant sur les avantages attendus et sur les risques intrinsèques aux activités (irradiation, effets indésirables de vaccins, effet anxiogène potentiel).

La concurrence

Les MG se sont déclarés des acteurs essentiels de la prévention, éventuellement aux côtés de paramédicaux, et ont été critiques par rapport aux interventions des spécialistes dans ce domaine, sauf en cas de besoin de prestations techniques qu'ils n'effectuent pas eux-mêmes. Les MG ont l'impression de se faire voler leur travail par les spécialistes, qui de plus retiennent parfois l'information. Par contre, ils ont déclaré tolérer assez bien la cohabitation avec les structures préventives anciennes et bien structurées comme l'ONE, les PSE, la médecine du travail. La circulation de l'information entre les divers prestataires d'actes préventifs (médecins spécialistes ou agences spécialisées comme la médecine scolaire ou le programme mammothest) toutefois a été fortement mise en question.

La motivation

Certaines thématiques ou groupes d'âge (gynécologie, enfants/ados, toxicomanes, gestion de base de données de la patientèle, etc.) attirent ou rebutent spécifiquement certains MG, parfois en lien avec leur condition personnelle (âge, genre, présence de facteur de risque, pratique d'un sport, tabagisme ou non). Leur comportement personnel est parfois mis en avant dans leur relation thérapeutique pour légitimer leur action. Il leur est donc difficile d'être vraiment « généraliste » en matière de prévention. Les compétences techniques ont souvent été développées en fonction de ces centres d'intérêt. Des expériences tirées de la pratique du MG, le plus souvent à l'issue négative ou dramatique et vécues comme des échecs professionnels peuvent parfois servir d'incitants. Le sentiment d'efficacité est mis en avant et la limite de temps à consacrer à la prévention est parfois vécue comme une frustration.

Le fait d'avoir une pratique de prévention dans un organisme structuré (ONE, PSE, association de terrain) est décrit comme un facilitateur.

Une pression existe de la part des médias pour certaines actions ; elle peut être incitante ou irritante selon le contexte. Les firmes pharmaceutiques orientent aussi la pratique professionnelle par les sujets abordés préférentiellement et répétitivement par les délégués médicaux. Ce type de pression, peu cité, est probablement assez puissant. Les contacts avec les pairs renforcent la motivation à la pratique de la prévention, par information ou par partages d'exemples fructueux. Certains outils pratiques (tables de calcul de risque SCORE) constituent un soutien appréciable pour certains MG.

2.1 DÉFINITION GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION

Interrogés sur une définition de la prévention, les MG ont dessiné les contours des trois niveaux classiques. Il existe d'une part des patients « qui n'ont rien » et chez lesquels il est important de préserver le capital santé, la qualité de vie, informer de façon plus ou moins contraignante sur les risques encourus, et d'autre part ceux qui sont déjà malades et chez lesquels il faut éviter les complications de la pathologie.

Pour plusieurs MG, la prévention s'arrête et le curatif commence lorsqu'un médicament est prescrit, à l'exception des vaccins. La limite entre préventif et curatif semble de toute façon bien floue par nature dans ce métier qui a pour volonté d'appréhender la santé de façon globale et les individus dans toutes leurs dimensions.

Les MG interrogés citent pêle-mêle les activités qu'ils classent dans la prévention. Un seul fait état de sa connaissance de différents types de prévention et cite 3 paliers. Le vocabulaire technique à propos des 4 niveaux de prévention n'est pas familier aux MG.

La prévention quaternaire est évoquée lorsque les MG parlent d'une dérive possible de la prévention vers l'hygiénisme quand, dans une logique poussée à son extrême, elle s'occupe des soignés de façon quasi totalitaire.

- *Le préventif s'arrête à partir du moment où on est dans le curatif. Donc à partir du moment où on prescrit une médication, pour moi je quitte le préventif et je deviens thérapeutique. Par exemple, quand je fais des vaccins, ben je fais du préventif, donc parce que le vaccin est un vaccin, ce n'est pas une médication au sens académique du mot hein (MG1)*
- *où est-ce que je mets la frontière ? ben... oh c'est dur parce que ça dépend, il y a la prévention chez les gens qui n'ont rien du tout et il y a la prévention chez les gens qui ont déjà des pathologies (MG2)*
- *Pour la prévention, ce n'est pas simplement faire des vaccins, c'est autre chose, c'est atteindre un élément culturel d'une certaine façon, bon faire des vaccins c'est important bien entendu, mais pour moi, mes interventions en terme de prévention, ça va bien au delà de la population que je vais vacciner (MG8)*
- *pour moi, la prévention, c'est un peu un mythe, c'est le but que l'on se fixe dans les différentes campagnes, dans toutes les façons dont on peut la décliner (MG8)*
- *c'est un peu la quête du Graal de trouver un instrument qui mesure de façon continue les différentes interventions pour individu, et là dedans il y a une conception un petit peu totalisante de la santé, qui moi me fait un peu frémir (MG8)*
- *c'est d'essayer à ce que les gens soient, le plus longtemps possible, en bonne santé en leur donnant des guides pour essayer d'acquérir cette santé qui soit la plus adéquate et avec une qualité de vie qui soit, évidemment, des plus correctes (MG9)*

2.2 OBJETS DE LA PRÉVENTION EN MG CITÉS PAR LES MÉDECINS INTERVIEWÉS

Les MG ont décrit des activités dans les 4 types de prévention habituellement reconnus (figure 5). Le domaine cardiovasculaire/diabète est le plus fréquemment cité et dans les 3 premiers

niveaux de prévention. Les vaccinations et les dépistages de certains cancers sont également souvent évoqués.

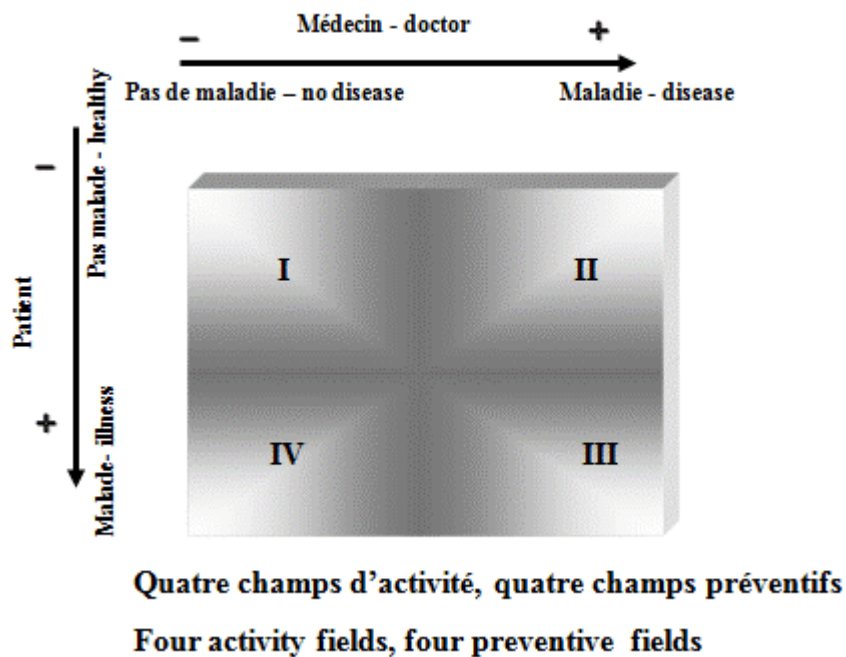


Figure 6 : Les 4 types de prévention (d'après M. Jamouille)

2.2.1 PRÉVENTION PRIMAIRE

Les MG citent le plus fréquemment la prévention cardio-vasculaire et l'hygiène de vie en général. Ils donnent des conseils en consultation de façon opportuniste. Une pratique ONE peut les y avoir sensibilisés pour le public des enfants. Tous ne croient pas cependant à un impact réel sur les patients.

Les vaccinations sont également fréquemment citées, spécifiquement pour les jeunes enfants et les adolescents (HPV). Les vaccinations antitétanique ou antigrippale ne sont pas spécifiquement citées.

La prévention des MST est plus rarement citée, sauf quand elle fait l'objet d'une pratique spécifique en dehors du cabinet. 1 MG ne se sent pas à l'aise dans cette thématique et 1 autre pense ne pas pouvoir influencer le comportement des patients.

2.2.2 PRÉVENTIONS SECONDAIRE

Tous les médecins interrogés abordent le domaine de la prévention cardio-vasculaire et du diabète, « parce que c'est la plus grande cause de mortalité ». Le dépistage des facteurs de risque, est régulièrement cité.

Plusieurs MG ont cité le dépistage des cancers dans leur activité : cancer du sein, du col et de la prostate. Le cancer colorectal n'a pas été cité.

Plusieurs MG ont cité une activité de dépistage dans le domaine ostéo-articulaire, en particulier pour l'ostéoporose post-ménopausique, et également pour l'arthrose. Un MG a cité une activité

préventive pour la BPCO, un autre pour les MST, mais pour un public ciblé, en dehors de son cabinet.

D'autres activités ont encore été citées : prévention des chutes de la personne âgée, dépistage des maladies anténatales, santé mentale (usagers de drogues et prescription de psychotropes).

2.2.3 PRÉVENTION TERTIAIRE

La prévention des complications du pré-diabète ou du diabète est l'activité la plus fréquemment citée : suivi des paramètres biologiques, prescriptions médicamenteuses, examen des pieds, fond d'œil. Des pathologies neuropsychiatriques ont également citées : suicide, anorexie mentale, toxicomanie, alcoolisme, maladie d'Alzheimer. Ces déclarations sont un peu en contradiction avec le franchissement de la limite entre curatif et préventif mise par certains dès qu'il y a prescription de médicaments.

2.2.4 PRÉVENTION QUATERNAIRE

Les MG abordent peu cet aspect particulier de la prévention.

2.3 COERCITION OU NON ?

Ou doit s'arrêter l'activité préventive et ou commence la liberté des patients de ne pas s'y soumettre ? Certains placent des limites pour l'empêcher la prévention de dériver vers l'hygiénisme. D'autres par contre seraient prêts à favoriser des pratiques préventives de façon coercitive.

- *c'est un peu la quête du Graal de trouver un instrument qui mesure de façon continue les différentes interventions pour individu, et là dedans il y a une conception un petit peu totalisante de la santé, qui moi me fait un peu frémir. C'est aussi un des paradoxes de la prévention : si on la pousse à l'extrême, ça devient quelque chose de quasi totalitaire (MG8)*
- *Il faut les forcer les gens parce que ça ne va pas leur faire... ça ne va pas le tuer d'aller faire un frottis ou un toucher rectal... Moi si je dois y aller, si le gouvernement m'oblige et qu'il me dit pour quelle raison et bien je lui dirai merci... Il faut expliquer au gens que renforcer le rôle du médecin généraliste ce serait le former à expliquer pourquoi ces mesures coercitives... Cela sauve des vies... ! (MG3)*

2.4 IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION

Les MG pensent globalement que la prévention est une activité importante, parce qu'elle participe au maintien de la qualité de la vie ou au maintien de la vie elle-même. Elle peut aussi contribuer à réduire les inégalités de santé liées au capital héréditaire ou au milieu social. Elle est de toutes façons intimement enchâssée dans l'activité médicale.

Certains se posent la question de la pertinence de leur action dès lors que les interventions préventives ne sont pas réparties de façon équitable dans la population.

- *Le capital santé de chacun, qui malheureusement, malheureusement est bien inégal hein, nous naissons tous avec un capital santé fort inégal (MG1)*
- *au niveau qualité de vie, je pense que c'est important, au niveau quantité aussi, mais je pense surtout au niveau qualité de la vie (MG5)*
- *Dans nos interventions, dans la population que nous desservons, le dépistage du diabète se fait correctement ; mais il y a tout les gens qui ne viennent pas alors savoir si nos interventions sont pertinentes ou non alors là c'est la lune et la face cachée de la lune (MG8)*

2.5 RISQUES DE LA PRÉVENTION

Les risques ou inconvénients de la prévention ont été abordés dans deux domaines principaux. D'une part, il y a des risques intrinsèques aux actions elles-mêmes : saignement sur aspirine, réactions indésirables immédiates des vaccins, irradiations répétées par les examens radiographiques, conseils de vie inadaptés voire dangereux. Pour un MG, les effets à long terme des vaccins sont encore trop peu connus pour qu'on y accorde une confiance totale.

D'autre part, la pratique même de la prévention peut se révéler anxiogène pour les patients et aboutir au résultat opposé à celui qui est recherché, à savoir le maintien de la qualité de vie.

- *est ce que irradier des seins à volonté est ce que ça ne peut pas provoquer des cancers par irradiation ? (MG3)*
- *par exemple au niveau vaccination etc., je pense que c'est un domaine où ne maîtrise pas encore vraiment tout et que peut-être on joue avec des choses dont on ne connaît pas vraiment les aboutissants (MG5)*
- *Donc en faisant de la prévention, d'une certaine manière, on est anxiogène. Je ne sais pas si c'est nocif, mais c'est un petit peu... on crée de l'anxiété chez le patient. Je pense que le côté un peu à craindre, c'est ça. (MG6)*
- *ben, faut pas conseiller à quelqu'un de 55 ans qui est obèse et qui fume de se mettre au sport sans aucun contrôle pré sportif. Il me semble. Pas l'envoyer non plus au casse pipe (MG7)*
- *les risques d'être un emmerdeur, parce qu'on est des emmerdeurs en préventif (MG4)*

2.6 ACTEURS EN PRÉVENTION

2.6.1 LES MG

De façon assez unanime, les MG considèrent que la prévention fait non seulement partie intégrante de leur métier, mais qu'elle en est une composante fondamentale. Les raisons en sont évidentes : les MG ont une vue globale de leurs patients, ont une compétence sur toutes les pathologies, voient le milieu de vie, atteignent tous ceux qui ne se mobiliseront pas pour une activité préventive, interviennent dans la durée. La prévention s'intègre « naturellement » dans leur activité.

Pourtant, certains admettent que des domaines de prévention leur échappent, en raison de tabous : la sexualité, la mort (voir plus loin).

- *je pense que c'est une partie importante de notre travail, je pense que surtout on fait de la prévention sans le savoir hein je, je pense que la médecine générale fait une activité de prévention tout à fait... importante, et je pense la plupart du temps inconsciemment (MG1)*
- *je trouve que c'est notre rôle de médecin généraliste de faire ça, c'est intégré dans notre travail donc on ne va pas le faire faire par d'autres (MG2)*
- *le gros avantage par rapport aux autres médecines spécialisées, c'est qu'on soigne les patients sur le long terme. On ne voit pas les patients qu'une fois dans leur vie et souvent on connaît le milieu social, économique dans lequel vit le patient et... je vais dire, on a pas besoin de voir ou d'inviter toute la famille à la consultation pour savoir que dans toute la famille, tout le monde est gros. Et souvent on sait... on sera plus... comme un éducateur du diabète par exemple, qui n'a pas toutes ces informations là (MG6)*
- *Ce n'est peut-être pas le meilleur endroit parce que nous sommes, en tous cas à l'heure d'aujourd'hui, nous sommes confrontés à un problème ou les gens viennent, c'est pour du curatif. Et alors parfois c'est embêtant de passer du temps avec du préventif, parce que ça prend du temps. Et vous n'avez pas le temps. C'est peut-être ça le problème. Ce n'est peut-être pas le meilleur endroit, ou alors il faudrait définir des jours où l'on ne fait que du préventif et pas du curatif. Mais ça, vous ne savez pas. Ne former que des généralistes à faire du préventif (MG9)*

2.6.2 LES SPÉCIALISTES

Les MG voient clairement les spécialistes dans un rôle différent du leur : interventions plus ponctuelles, techniques avec une compétence pointue. Ils critiquent majoritairement l'entrée de la seconde ligne dans les compétences préventives de la première, soit via l'activité « généraliste » des pédiatres, soit via les nombreuses cliniques spécialisées qui ont vu le jour dans les dernières années. Par contre, dans les domaines qu'ils ne maîtrisent pas techniquement comme la gynécologie, les MG trouvent l'activité des spécialistes bienvenue.

Parfois, le message préventif leur semble passer avec plus de force ou de conviction quand il est émis par un spécialiste.

- *Si on oblige les gens à faire ce frottis ça augmentera surtout le travail du gynéco... Parce que moi les frottis j'en fais une minorité (MG3)*
- *la deuxième ligne ne va pas voir quelqu'un qui fait de l'artériosclérose avant qu'il ait fait un problème, par exemple. Il ne va pas aller vacciner un petit gosse contre le tétanos, il va soigner le tétanos éventuellement, au cas où il aurait un tétanos. Pourquoi tu veux que la deuxième ligne vienne faire de la prévention ? (MG4)*
- *c'est ça le phénomène en fait, les services ont besoin d'assistants, donc ils forment, mais le problème c'est que quand ils sont formés, ils leur foutent un coup de pied au cul pour qu'ils aillent à l'extérieur, et si tu veux que ces spécialistes bouffent, ils doivent faire de la médecine générale (MG4)*

2.6.3 AUTRES ACTEURS

De nombreux autres acteurs de prévention sont cités de façon sporadique, certains avec force, comme des acteurs incontournables ou des partenaires avec lesquels les relations devraient être renforcées, d'autres comme des pions présents sur l'échiquier, plus ou moins gênants.

Parmi ceux qui sont bien acceptés ou désirés, citons l'ONE, les centres PSE, les planning familiaux, la médecine du travail. Ils s'adressent à des clientèles bien délimitées et pour des actions ponctuelles. Les kinés, les infirmières et autres paramédicaux, collaborateurs traditionnels des MG ont également leur place. Un des MG trouve normale la délégation de tâches envers eux, dans une logique de travail en réseau.

Un MG souhaite vivement une collaboration renforcée avec les dentistes, les pharmaciens, les vétérinaires, praticiens de même niveau de formation académique.

Les médias généralistes, la télévision sont également cités et bien acceptés.

- *je pense que le dentiste est quelque chose de fondamental, parce que des, une dentition saine est le reflet d'une saine physiologie... je pense que nous devrions beaucoup plus travailler en synchronisation avec les pharmaciens... nous devrions avoir de meilleures relations avec les vétérinaires, parce que, dans les couches sociales défavorisées, toutes les familles ont plusieurs animaux (MG1)*
- *Tout le système politique a une grosse part là-dedans je crois. Ces grandes campagnes sont quand même inventées par des cabinets ministériels, à quelque niveau que ce soit (MG5)*
- *Oui, les centres de promotion de la santé à l'école, les centres ONE, les centres de planning familiaux, euh... les centres de médecine du travail, ils font quand même partie des acteurs de la prévention (MG6)*
- *Je crois que les médias peuvent faire de la prévention. D'ailleurs, comme tout le monde est planqué devant sa TV, ce serait pas mal qu'il y ait des émissions de prévention (MG7)*

2.6.4 CONCURRENCE OU COLLABORATION ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS

Vis-à-vis des autres acteurs en prévention, les MG vivent parfois une situation de mise en concurrence ou de mise à l'écart, et parfois une situation de complémentarité.

Les centres de consultation de l'ONE ou PSE ne sont pas vécus comme des concurrents. Ces activités demandent une certaine compétence que tous les MG ne se sentent pas. Il faut savoir que de nombreux MG sont impliqués dans ce type de consultations.

Le choix par certains de collaborations structurées, avec des partenaires choisis (pharmaciens, dentistes), ayant eu éventuellement une base de formation commune, place de facto les autres acteurs en santé publique (ONE, grandes campagnes de prévention) comme des concurrents.

Les MG placent les spécialistes à leur juste place dans la pyramide des soins : en 2^e recours, avec un échelonnement, y compris pour des actions préventives dans lesquelles le MG ne se sent plus compétent. La pratique de la prévention par les spécialistes est vécue comme une concurrence, surtout dans les cliniques spécialisées dans un problème de santé particulier (ménopause, diabète, etc.) et le manque de communication avec la 1^{re} ligne est un facteur aggravant. Certaines spécialités sont particulièrement pointées du doigt : gynécologie, ophtalmologie.

Les grandes actions de santé publique ne sont pas appréciées unanimement, quoique certains y trouvent des avantages. Parfois, leur fiabilité ou leur intérêt sont mis en doute, notamment en raison du recouvrement possible avec les actions des MG. Les MG sont sensibles au gaspillage des ressources et la question de la circulation de l'information entre les niveaux de soins est posée dans les deux sens. Le retour d'information vers les MG est diversement apprécié : certains ne s'en plaignent pas, d'autres semblent ne jamais recevoir de résultats.

L'arrivée éventuelle d'opérateurs spécialisés en prévention dans certains domaines créerait des tensions. À l'opposé, pour certains la spécificité et la globalité de la MG la mettent peut-être plus en situation de complémentarité que de concurrence par rapport aux actions de santé publique, les publics touchés pouvant être différents. Certains regrettent que les investissements massifs réalisés dans ces campagnes échappent au budget de la MG.

Dans la logique de travail en réseau, la délégation de tâches à des paramédicaux semble évidente à certains, pour autant que les problèmes de transmission de l'information soient résolus. De même, les associations de terrain qui œuvrent dans une problématique spécifique (toxicomanie p.ex.) pourraient devenir des partenaires plus réguliers des MG.

Le travail spécifique de l'Observatoire de Santé du Hainaut a été cité, dans une logique d'appui sur un réseau d'intervenants très large. Le ton est différent lorsqu'il s'agit de citer les grandes campagnes organisées par les autorités sanitaires, les cars itinérants de dépistage.

- *la première des choses les plus simples, c'est d'avoir un ou deux cours post universitaires académiques en commun, où les dentistes nous apprendraient des choses et où nous pourrions un peu discuter de certaines choses avec les dentistes ou avec les vétérinaires et réciproquement. [Les autres niveaux d'organisation sont plutôt des concurrents alors pour toi ?] oui. Pour moi oui (MG1)*
- *l'ONE déjà ils font tous les vaccins de tous les bébés... donc ça c'est bien pratique, et là je n'ai pas l'impression qu'on me prend une partie de mon [travail] (MG2)*
- *Non, non. Ca je ne trouve pas que c'est une concurrence. Parce qu'il faut être quand même, pas spécialisé, mais avoir l'habitude de faire des vaccinations, connaître le schéma vaccinal, avoir le schéma vaccinal bien en tête. Il faut qu'il y ait des gens qui fassent ça un peu tous les jours pour bien le faire (MG6)*

- *Je pense qu'en prenant de réelles mesures de non-remboursement, je pense que c'est comme ça qu'on renforcerait notre rôle central dans la santé générale des patients. On n'est pas spécialiste, on est spécialiste en santé générale, donc on est sensé soigner la plupart des problèmes de santé des patients... mais bon, comme il y a beaucoup de spécialistes également, il y a beaucoup de polycliniques privées qui ouvrent, de centres spécialisés, de centres de santé mentale, centres de diabète, centres d'obésité, etc. Donc les gens ont tendance à court-circuiter le médecin généraliste et s'adresser directement à ces centres (MG6)*
- *on est allé faire un test et le médecin nous a dit que c'était bien, donc...'. Donc quoi ? Donc non ! On ne sait plus rien ! Et ça c'est un peu dommage parce qu'alors on disperse un peu les données (MG9)*
- *il y a tous ces cars là qui passent, et qui nous donnent les résultats quelques mois après euh... oui... pourquoi pas si le test est..., pourquoi pas si on définit certains critères et qu'on s'assure que le test est fiable (MG2)*
- *Non, parce qu'on est un petit peu mis à part... pas vraiment informé des résultats. Je me rends compte de plus en plus que : s'il n'y a rien, on ne dit rien à la patiente, s'il y a quelque chose, on l'avertit directement et nous on a pas forcément un retour... c'est la patiente qui nous dit « j'ai été faire un mammothest » (MG6)*
- *Oui, parce qu'en fait, les gens qui font du préventif, je pense à cela, ces gens-là sont vus là-bas, et nous on ne les verrait que pour du curatif. Donc ça veut dire que pour une certaine partie de cette médecine... oui, cela va créer des tensions. Je ne crois pas que ce soit... L'idéal serait ça, que les gens ne soient pris en charge par les médecins qui ne font du préventif. Mais dans la pratique quotidienne, ça va créer des animosités (MG9)*
- *ce n'est pas toujours très simple, je pense que ça le deviendra de plus en plus avec les outils technologiques, mais là aussi si on me dit, demain voilà il y a toute une série de choses qui doivent, par exemple, prises en charge par les infirmières, pour moi il n'y pas de problème... L'équilibration d'un patient diabétique enfin la surveillance d'un patient diabétique peut très bien être prise en main par des personnes qui sont des non-médecins, d'autres acteurs santé (MG8)*
- *pour reprendre l'exemple des usagers de drogue, je pense que l'intervention la plus valable c'est l'échange de seringue, la prévention par les pairs, j'ai eu l'occasion de faire une information dans un groupe d'usagers de drogue (MG8)*
- *je suis sensibilisé au travail qu'a fait l'observatoire de santé du Hainaut par rapport à une province qui est tout de même largement déshéritée au niveau médical et au niveau de paramètres de santé, il est clair que toute intervention préventive médicale qui ne s'appuierai pas sur tous les intervenants seraient totalement vouée à l'échec (MG8)*
- *si on me demande de publier mes chiffres de dépistage du cancer du col par frottis, je serais incapable de le faire, parce que bon nombre de mes patientes vont voir des gynécos qui ne me donnent pas un taux par rapport à ça (MG8)*

2.7 ATTENTES DES PATIENTS

Les MG voient d'une part des patients « modèles », dont la conscience s'éveille à la prévention et qui veulent le meilleur pour eux-mêmes et leur famille. D'autre part, entre les demandes purement curatives, les demandes systématiques inopportunes, les demandes d'interventions plutôt magiques, les MG sont aussi face à une population qui parfois ne demande rien.

À côté des demandes strictement médicales, il existe aussi une demande, parfois implicite, des patients pour de l'information, parfois utile, parfois servant d'alibi.

- *les personnes d'un certain âge elles aiment bien qu'on... oui, elles aiment qu'on vérifie leur cholestérol, leur tension euh, enfin des choses comme ça, vérifier que la machine fonctionne bien (MG2)*
- *à partir d'un certain âge, j'ai l'impression qu'il y a un certain niveau de conscience qui s'éveille. Les jeunes mamans pour leurs bébés, pour leurs enfants, elles veulent être sûres que tout soit bien fait (MG2)*
- *j'ai l'impression qu'il y a toute une tranche de population dans le quartier ici qui attendent encore un petit peu une espèce « d'effet miracle » de la médecine, par exemple des femmes qui viennent et qui demandent une radiographie du corps entier pour voir tout, ça arrive encore souvent, et qui espèrent*

que je vais avoir un produit vraiment miracle à leur donner qui va résoudre tout, sans efforts de leur part (MG5)

- *Et puis alors, il y en a manifestement qui attendent beaucoup d'explications. Ils ne sont à mon avis pas assez nombreux. Les autres, ben pff, ils entendent ce que beaucoup de gens racontent, mais savent très bien qu'ils ne les mettront pas en place. On a parfois l'impression qu'ils viennent se donner un alibi en venant chez le médecin pour continuer à faire ce qu'il ne faut pas (MG7)*
- *ils attendent des messages, des lignes de conduite, ils attendent peut-être une sorte d'art de vivre, de culte méta culturel par rapport à des messages parfois contradictoires qu'ils entendent, et ils essaient aussi d'avoir des réponses en posant des questions dans un sens ou dans un autre (MG8)*

2.8 IMPORTANCE QUANTITATIVE

Pour la plupart des MG, la pratique de la prévention est en augmentation dans leur activité, par une plus grande sensibilisation à la problématique, une meilleure connaissance de la patientèle au fil du temps. Pour ceux chez qui elle est indissociable de la clinique, cette évolution ne peut être perçue.

- *Mais au fur et à mesure qu'on suit les formations, qu'on lit, qu'on s'informe via les délégués, etc. on se rend compte que de plus en plus, notre rôle est préventif (MG6)*
- *j'aimerais bien que ce soit un peu en augmentation, de manière plus systématique, ça me rassurerait de savoir, dans ma pratique, que je fais les choses de manière plus systématique quoi (MG2)*

3 GESTION DE LA PRÉVENTION

Résumé

Puissance de conviction

Les avis sont partagés sur la pratique systématique de la prévention : le souci d'équité est mis en balance avec une conception « totalisante » de la santé, éloignée des préoccupations des MG et de leurs patients ; un aspect plus ou moins coercitif de certaines pratiques pourrait néanmoins avoir un effet rassurant pour certains MG, car il contribuerait à en accroître l'efficacité et à sauver des vies.

Les compétences cliniques sont parfois prises en défaut pour certains actes techniques (frottis de col, calendrier vaccinal, diététique). La démarche préventive semble construite, tantôt à partir des compétences du médecin, tantôt à partir de l'agenda du patient. Les compétences relationnelles pour assurer l'adhésion des patients aux messages préventifs, souvent apprises sur le tas, sont de qualité très variable. Un seul a parlé de la technique de l'entretien motivationnel. Certains MG sont mal à l'aise pour annoncer de mauvaises nouvelles (dépistage positif par ex.).

Systématisation des activités

Tout d'abord, il y a le constat qu'il est matériellement impossible de réaliser tout ce qui recommandé de faire. Ensuite, l'attitude préventive est noyée dans les demandes curatives du patient, la charge administrative, la surcharge de travail du médecin. Même dans les structures organisées pour la prévention comme les consultations ONE, la surcharge de travail peut limiter fortement le temps consacré à chacun.

En pratique, une action de prévention est souvent initiée soit à la demande du patient, soit de façon opportuniste par les MG. Les campagnes médiatiques sur une thématique constituent parfois une bonne opportunité pour aborder le sujet. Le temps constitue la plus grosse limite chez les MG, mais d'autres freins ont été cités, notamment psychologiques : sujets tabous ou touchant à l'intimité des patients (sexualité et examen gynécologique, cancers et mort, toxicomanies), peur de découvrir une pathologie.

Action collective

Une systématisation des activités préventives, pouvant garantir une certaine équité dans la dispensation des activités curatives, se heurte chez certains au manque de compétences organisationnelles : codification, structuration de l'information clinique, maîtrise des outils informatiques. En conséquence, l'organisation face au patient isolé est de loin meilleure que face à la collectivité d'une patientèle.

La gestion collective de la prévention par un médecin généraliste au sein de sa patientèle ne semble être possible qu'avec un outil informatique maîtrisé, une délimitation de population, un financement et des ressources humaines disponibles, car le temps manque souvent. Certains MG, mais pas tous, sont prêts à s'entourer de collaborateurs pour y parvenir (secrétariat,

paramédicaux, travail de groupe). Une attitude proactive envers la patientèle n'a été retrouvée dans l'échantillon interrogé qu'en équipe pluridisciplinaire. Il existe une certaine réticence à contacter ses patients en dehors de leur demande de soins, et certains pensent que c'est anti déontologique. Pour un des MG, l'approche systématique illustre un abord réducteur de la médecine, qui l'éloigne de l'art de pratiquer.

Et les patients ?

Selon les MG, les demandes des patients se répartissent sur un continuum entre surconsommation (inclinaison personnelle, effet de campagnes médiatiques, influence d'un accident de santé chez un proche, etc.) et refus de la prévention. Les problèmes familiaux, sociaux, les addictions, le niveau de risque accepté sont déterminants pour l'ordre des priorités des patients. La motivation au changement durable de mode de vie demande un engagement qui dépasse le cadre de la consultation.

La plainte des patients occupe le devant de la scène lors de la consultation ; le message préventif a de meilleures chances d'être entendu s'il a un rapport direct avec elle.

Certains milieux posent aux MG des problèmes particuliers : grande précarité, faible niveau intellectuel, différences culturelles et/linguistiques avec des patients immigrés (différences de concepts de santé, de plaisir).

3.1 MOTIVATION

3.1.1 CAS VÉCUS

Les expériences personnelles ou familiales du patient sont citées précisément comme élément de motivation dans la pratique de la prévention, de même que les expériences tirées de la pratique du médecin. Le plus souvent il s'agit d'expériences à l'issue négative ou dramatique, qui sont vécues comme des échecs professionnels.

- *A.D., un type qui fumait... et c'était le gars qui était capable de se foutre une biture de dieu le père, et à 7h du matin il était là avec ses clopes... un jour il est mort sur son patient (MG7)*
- *j'ai parfois des familles d'obèses ou d'hypertendus chez qui on a vu beaucoup d'accidents cardiaques. Le papa est mort à 46 ans, le frère du papa est mort à 46 ans, donc là ce sont des facteurs déclenchant (MG9)*

3.1.2 CONTACTS AVEC LES PAIRS

Des contacts structurés ou non ont un rôle d'information, permettent à certains médecins d'évaluer leur pratique, d'intégrer de nouvelles pratiques à partir de ce partage avec des confrères.

Parfois, une expérience marquante lors de la formation du MG détermine son comportement de façon durable.

- *j'ai des discussions en réunion de secteur, « ah ouf oui oulala je ne suis pas au point pour ça, c'est vrai que je n'y pense jamais euh, je vais essayer d'être un petit peu plus performante de ce côté là » (MG2)*
- *j'ai eu la grande chance de faire des stages avec une personne extraordinaire, qui est le Docteur W et qui avait une vision de santé publique extrêmement pertinente, et pour lui, la gynécologie était un moyen, ce n'était pas un but, et les moyens de gynécologie mettaient en place une attitude préventive*

qui était vraiment axée directement dans le concret, puisque pour lui, la santé des femmes, la santé des enfants à naître était à voir comme une finale de la santé des populations (MG8)

3.1.3 FACTEURS PERSONNELS

3.1.3.1 Appartenance au même groupe que les patients

Les médecins (en tout cas ceux qui en parlent) se placent le plus souvent dans le groupe des bons patients : ils pratiquent du sport, ne fument pas, ... et utilisent leur comportement dans leur relation thérapeutique à titre d'exemple, de légitimité.

Parfois, ils reconnaissent avoir des réticences à se soumettre personnellement à un examen de dépistage, et ce frein est transféré sur les patients.

- *je pense plus facilement à des choses auxquelles moi-même je dois faire attention par exemple. Je vais plus m'identifier à certaines patientes qu'à d'autres... (MG2)*
- *euh... bon, personnellement je dois passer la colono mais je n'ai pas trop envie, mais il faudra bien que j'y passe quand même, et peut-être que je projette ça sur mes patients (MG4)*
- *je pense que de le faire vis-à-vis de moi-même, ça me permet d'oser y aller par rapport à ma clientèle quoi, et de leur dire (MG5)*
- *je fais du vélo et je mange énormément de fruits, je ne consomme de l'alcool que le week-end (pas de vin en semaine)... j'essaie d'aller dormir tôt, à une époque je fumais un petit peu le week-end (MG7)*

3.1.3.2 Burn-out

Les conditions de travail des médecins ont un impact sur la pratique de la prévention (lien avec le mode d'organisation-temps).

Le fait de ne pouvoir intégrer la prévention dans sa pratique quotidienne pour des raisons organisationnelles peut être un élément perturbateur pour le médecin qui est conscient que la situation nécessiterait plus de pro-action et de prévention. Une certaine culpabilité s'ajoute à ces conditions de burn-out professionnel.

- *Je viens d'abandonner le sport là... J'étais judoka à haut niveau et je ne sais plus m'entraîner donc par raison plus que par envie, j'arrête... Mais c'est sûr que la santé des médecins est mise à mal mais moi je fais une garde une nuit par semaine quand ce n'est pas deux, cette semaine j'en fais trois... (MG3)*
- *Par exemple, le tabagisme des jeunes, je dis que ce n'est pas immédiat, et qu'il ne va pas y avoir un résultat concret, mais que dans 20 ans, 25 ans, 30 ans, si il a des soucis par rapport à son tabagisme, je ne voudrais pas qu'il se dise « oh ce connard de médecin ne m'a pas prévenu il y a 25 ans », donc c'est dans ce sens là que mon intervention est motivée (MG8)*

3.1.3.3 Inclination personnelle

On ne parle pas ici de la perception de l'importance professionnelle de la prévention pour le médecin généraliste.

Certains médecins pratiquent la prévention car elle leur permet d'exprimer un intérêt particulier pour une autre activité, peu développée en pratique courante. Sont cités en exemple l'informatique, la gynécologie, le public adolescent.

A l'opposé, cela peut aussi représenter un frein à la pratique de certains actes de prévention, quand le médecin présente un désintérêt ou une aversion sur un thème ou une démarche précise liée à la prévention. Ex : MST et homophobie, aversion pour l'informatique, ...

- *moi je suis quelqu'un qui est fort intéressé par la gestion des bases de données, donc c'est un sujet qui m'intéresse beaucoup (MG1)*

- *moi j'aime bien tout ce qui est ados, gynéco, tout ça, donc je vais être plus, plus là-dedans (MG2)*
- *si le médecin est homophobe, ça va contrecarrer la pertinence des messages qu'il peut faire passer, ou tout simplement scotomiser ces messages, parce qu'il va scotomiser le fait que ces patients peuvent éventuellement être gay, et que donc ça va l'empêcher de poser une série de questions (MG8)*

3.1.3.4 Sentiment d'efficacité

Certains MG ressentent un sentiment d'utilité, d'efficacité liée à leur attitude de travail, quitte à s'attribuer des résultats qui sont déterminés de façon multiple.

- *Quand on fait de la prévention cardiovasculaire et qu'on se dit qu'à long terme les gens vivent plus longtemps parce qu'au fond, nous avons fait de bons traitements (MG9)*

3.1.4 INCITANTS ET PRESSIONS EXTÉRIEURES

Les médecins généralistes peuvent ressentir une pression médiatique dans le sens de la multiplication de sujets de prévention. Elle peut être vécue comme incitante.

Les firmes pharmaceutiques orientent aussi la pratique professionnelle par les sujets abordés préférentiellement et répétitivement par les délégués médicaux. Ce type de pression, peu cité, est probablement assez puissant.

Les contacts avec les pairs renforcent la motivation à la pratique de la prévention, par information ou par partages d'exemples fructueux.

Les patients n'ont été cités qu'une fois, mais pour signifier leur faible impact incitant potentiel.

- *avec tout ce qui nous arrive comme information, à la prévention cardiovasculaire, la prévention du cancer du sein, la prévention de l'ostéoporose, etc. Nous sommes plus souvent matraqués avec ce genre de débats, donc on en fait plus (MG9)*
- *Oui plus il y a une pression... Moi je reçois des délégués médicaux, on me parle de certaines pathologies, en priorité tous les médicaments qui ont un grand marché – les antihypertenseurs, les hypocholestérolémiants, les antidiabétiques oraux – tout cela ça nous tourne vers le cardiovasculaire (MG3)*

3.2 MOYENS

3.2.1 COMPÉTENCES

3.2.1.1 Compétences cliniques

Certaines compétences cliniques sont requises pour certains actes, et tous les MG ne les possèdent pas : technique du frottis de col, maîtrise du schéma vaccinal, connaissances diététiques, fond d'œil. Un équipement particulier est quelque fois nécessaire à cette pratique et peut représenter un frein à l'application.

La pratique de la prévention dans une structure comme l'ONE ou la PSE, une expérience particulière en formation initiale favorisent l'acquisition de certaines d'entre elles.

- *par exemple les frottis de col, les fond d'œil ... parce que je n'ai pas le... je ne sais pas s'il y a des médecins qui font des fond d'œil ? (MG6)*

3.2.1.2 Compétences relationnelles

3.2.1.2.1 Formation à la relation

La formation à la relation semble avoir été embryonnaire pour tous les MG interrogés, quel que soit leur âge, et l'ancienneté dans la profession, quand elle est mentionnée, semble représenter un handicap à la pratique de la prévention. La compétence se construit sur le tas, au gré des aptitudes de chacun.

- *on ne nous apprend pas à communiquer avec les patients, je n'ai pas l'impression en tout cas qu'on m'a appris à communiquer avec les patients. On a fait quelques jeux de rôle plic ploc, mais par rapport à la communication je n'ai pas l'impression qu'on a appris quoi que ce soit, et que c'est sur le terrain qu'on se forme, en fonction de sa sensibilité... (MG2)*
- *dans la formation clinique de base, c'est de la part beaucoup trop peu développée de l'aspect relationnel par exemple, et du fait qu'on parle aux gens de connaissances techniques extrêmement sophistiquées qui seront probablement très vite périmées, alors que l'ABC, à savoir la clinique et le relationnel, ça ne changera pas, ça n'a pas changé depuis Hippocrate, ça ne changera pas dans les 150 ans qui suivent (MG8)*

3.2.1.2.2 *Négociation avec les patients*

Pour s'assurer de l'adhésion des patients aux messages préventifs dont ils sont convaincus, les MG utilisent diverses techniques, selon leur caractère : des plus négociateurs aux plus dirigistes. En fonction du niveau intellectuel de leurs interlocuteurs, ils expliquent consciencieusement les arguments, à coup de petits dessins ou de publications scientifiques, jouent sur le facteur émotionnel, se montrent en exemple. Ils peuvent prendre en compte l'environnement du patient.

L'agenda du patient (ses préoccupations, ses croyances, ses connaissances) ne semblent pas être le point de départ de la démarche, qui semble plutôt être construite à partir des compétences du médecin.

En principe, la décision finale revient au patient, mais on peut s'étonner que cet aspect n'ait été abordé que par un des MG interrogés.

- *c'est rarissime que après avoir pris le temps d'informer, d'expliquer les gens ne disent pas « ben oui docteur, on va faire ce que vous avez dit ». C'est très très très rare hein (MG1)*
- *et donc euh souvent, j'emploie des mots simples, des mots très simples, et parfois je fais des petits dessins euh, quand ça sert, quand c'est nécessaire ou... ou je m'aide de quelques illustrations, de quelques... oui j'ai un recueil d'imageries relativement simples qui me permet d'un peu expliquer (MG1)*
- *Je dis souvent aux gens quand c'est comme ça, je vous soigne comme si vous étiez mon père, je vous soigne comme si vous étiez ma sœur, etc. et ça, ça a une puissance de conviction puissante parce que les gens se disent ben en fait, ben oui euh, le médecin me donne ce qu'il pense être le meilleur (MG1)*
- *On va en discuter et puis, et puis parfois je vais comprendre que ce n'est vraiment pas leur moment pour arrêter de fumer, et je vais arrêter de leur en parler pendant tout un temps, parce qu'ils ont tellement d'autre problèmes sociaux que... qu'on va d'abord essayer de leur trouver un logement et des choses pareilles quoi...(MG2)*
- *Je crois qu'il y a des gens qui continuent à venir chez moi, parce que quelque part je ne gueule pas sur eux (MG7)*
- *les gens me voient courir, et me posent souvent des questions là-dessus et c'est souvent une manière d'aborder ce que c'est la médecine préventive (MG5)*
- *si elles ne se plaignaient pas, elles n'avaient pas vraiment de motivation pour prendre ce traitement, moi je respectais tout à fait, donc je ne suis pas un militant médical par rapport à des concepts thérapeutiques. Si les gens ne veulent pas, ils ne veulent pas, c'est les gens qui décident (MG8)*
- *Il a confiance en moi, j'ai confiance en lui. Et de respect. Nous devons nous respecter mutuellement, et quand je lui donne des guides pour telle ou telle chose, il doit les respecter (MG9)*

3.2.1.2.3 *Communication des résultats*

Si pour certains MG, la communication ne pose pas trop de problème, d'autres nous ont confié leur difficulté ou leur souffrance lors de l'annonce d'un résultat de dépistage alarmant.

La communication de résultat ne pose pas de problèmes pour certains généralistes, mais peut être associée à de la souffrance quand il s'agit d'une mauvaise nouvelle. Faut-il mettre cela en lien avec la faible formation « relationnelle » des généralistes (voir plus –haut) ? L'aspect relationnel, l'agenda du patient, jusqu'alors peu abordé, revient en force lors d'annonce de mauvaise nouvelle.

En cas de résultat négatif ou rassurant en prévention secondaire ou tertiaire, le moment est bon pour avancer dans l'information ou l'éducation du patient. Un seul MG a déclaré utiliser une technique de communication précise, en l'occurrence la technique de l'entretien motivationnel.

- *je leur dit il faut que vous passiez au cabinet parce que le frottis que je vous ai fait, ou la prise de sang que je vous ai faite euh, demande euh... je dois vous donner des explications. « ah docteur que se passe-t-il ? » et je leur dit « je ne peux pas discuter de ça avec vous par téléphone, c'est trop compliqué, venez à mon cabinet quand vous pourrez, mais c'est relativement urgent » (MG1)*
- *Quand un gars arrive avec 250 de diabète, c'est un chiffre. Ça veut rien dire. Mais derrière tout ça, je les mets en garde. Devant chaque cas, je les mets en garde de ce qui peut arriver (MG9)*
- *L'inconvénient de l'examen préventif c'est que ben, finalement, oh ! on ne s'y attendait vraiment pas hein ... je ne sais pas comment je vais devoir aborder la patiente, donc j'y vais avec un peu plus de douceur, j'essaye d'écouter un petit peu les questions qu'elle va me poser pour ne pas, enfin et d'expliquer les choses le plus clairement possible, et de manière plus transparente, sans alarmer non plus les gens tant qu'on n'a pas de résultats plus précis (MG2)*
- *C'est toujours dur, c'est toujours dur d'annoncer à des gens que « les nouvelles ne sont pas bonnes, que, si on s'en réfère à ce que la plupart des gens dans votre situation vivent, votre espérance de vie est raccourcie... » (MG3)*
- *quand ils viennent chercher un résultat, je lis un petit peu le rapport avec eux. J'essaie de mettre du français sur tous ces termes un peu compliqués pour eux. Et la dernière phrase c'est souvent ça : n'oubliez pas que ça fait une partie importante et qu'il faut bouger, il faut s'oxygéner (MG7)*
- *essayer d'évaluer dans un cycle motivationnel où la personne se trouve, et essayer de la faire bouger dans ce cycle, de faire quelque chose qui sera apte à l'amener à un changement (MG8)*

3.2.1.3 Compétences techniques et de gestion

Certains MG se rendent compte qu'une systématisation des actions préventives est utile. Les compétences techniques ne sont pas toujours à la hauteur, sauf dans la systématisation de procédures annuelles.

La codification et la structuration de l'information clinique en vue de son utilisation ultérieure, et a fortiori la gestion de la base de données de la patientèle posent un problème de disponibilité quand la technique est maîtrisée par le médecin.

- *prendre le dossier de quelqu'un, voir ses vaccinations, voir ses bios, voir quand il a eu un frottis de col, quand elle a eu une mammographie, tout ça prend du temps, je suppose que ça s'intègre dans la codification du DMG, mais c'est sûr que ça prend du temps, ça demande d'être systématique, précis, et à un moment donné, j'avais un petit aide-mémoire à ce niveau là, et c'est sûr que ça peut aider (MG5)*
- *c'est ça qu'on doit faire : standardiser, codifier les informations des patients pour qu'on ait, sur le long terme, toute une « stadification » des problèmes de santé du patient (MG6)*
- *Ben, systématiquement, quand on fait une prise de sang, je leur dis toujours 'l'année prochaine, à la même époque c'est une prise de sang d'office'. Ou parfois, je les rencontre en rue, je dis : « tiens, je ne t'ai pas encore vu... » (MG9)*

3.2.2 MATÉRIEL

Deux outils d'organisation sont cités : les logiciels informatiques et les fiches ou carnets en papier. Pour ceux qui savent se servir de leur outil informatique, celui-ci s'avère puissant pour cadrer l'activité préventive et les rappels. Malheureusement, peut-être par manque de convivialité, il est souvent sous- ou mal utilisé et sa rentabilité est réduite, surtout dans l'utilisation qui pourrait en être faite au niveau collectif dans la patientèle.

L'informatique peut, selon les compétences et affinités de chacun, représenter un gain de temps ou une autre activité chronophage.

Une standardisation des logiciels et des formats d'échange est souhaitée. Les MG se rendent bien compte que l'utilisation de leurs outils de systématisation prend elle-même du temps et que la gestion de la patientèle à ce niveau constitue un métier en soi. L'aide d'un secrétariat est envisagée par certains.

Les supports papier gardent leurs adeptes et, pour les plus convaincus, ont encore de beaux jours devant eux.

- *le risk calculator, je ne sais pas si tu connais, ben voilà c'est Pfizer qui fait ça, ça marche très bien, c'est un calculateur de risque et tout le bataclan, voilà clac 5 % tout y est et voilà, donc euh, donc ça marche très très bien (MG1)*
- *un petit carton systématique, enfin je ne sais pas mais, oui on pourrait imaginer ça, par âge et par facteurs de risque, je ne sais pas, un tableau qui rappelle tout ce qu'il faut faire comme ça, même quand on est débordé et tout ça (MG2)*
- *enfin je veux dire moi si c'est compliqué d'aller encoder dans mon dossier informatique une information euh... et ben, je vais moins le faire, ça c'est sûr... si je dois faire 14 clics, et puis que ça bogue, et puis que ça plante et puis voilà, ben je ne vais pas réessayer la fois suivante donc, enfin ça, ça dépend un petit peu (MG2)*
- *j'ai dû renoncer à cet outil qui me permettait de mieux de faire de la prévention parce que je ne savais pas échanger mes données avec mes confrères proches (MG3)*
- *avec le programme médical oui, c'est possible. Tu peux faire des plans d'action, on peut faire des rappels etc., mais c'est une gestion aussi hein (MG4)*
- *mais tu ne peux pas tout mettre sinon tu pers ton temps, tu ouvres ta page et as...des trucs que tu as oublié d'effacer et tout ça, non, je crois qu'il n'y a qu'un secrétariat qui pourrait, en partiel hein, qui pourrait résoudre ce genre de problème (MG4)*
- *je ne sais plus, j'avais un espèce de triptyque, chez les adultes, tous les ans, tous les 2 ans, tous les 5 ans, tous les 10 ans, enfin... c'est un truc que j'ai eu il y a longtemps je ne sais plus par quel moyen, mais on pourrait imaginer que dans les programmes informatiques aussi on ait des rappels, enfin je suis sûre que je pourrais faire en sorte que mon programme le fasse hein... (MG5)*
- *un outil informatique je pense que ça nous aide quand même à systématiser un petit peu les patients, les actes qu'on fait, les actes de prévention. Donc ça, ça nous facilite. Donc oui, je pense que c'est surtout avec l'informatique qui nous permet un peu des apports : qu'est-ce qu'on doit faire, à qui on doit le faire, des rappels, certains rappels de vaccination, etc. (MG6)*
- *Alors, je n'utilise pas le bon endroit pour la vaccination. Je le mets en caractère gras et je regarde toujours une vue générale de toutes les consultations qui a eu précédemment. Les vaccins me sautent aux yeux. Mais j'avoue que le programme de vaccination pour les généralistes, c'est un peu... pfff... je ne m'y retrouve pas bien (MG7)*
- *moi j'ai toujours trouvé que le carnet de santé français, c'était quelque chose de bien. Je déplore qu'en Belgique on n'a pas ça (MG7)*
- *c'est pour ça que je n'ai jamais voulu d'ordinateur, parce que quand vous êtes à l'ordinateur, vous parlez à votre machine et le patient qui est là, je ne lui parle plus (MG9)*

3.2.3 ORGANISATION FACE AUX PATIENTS

3.2.3.1 Individuellement

L'organisation au niveau individuel, avec un patient à la fois, est plus investie par les MG que l'organisation collective. Le rappel de l'opportunité de tel ou tel acte dans les conditions de consultation paraît être le point central de l'organisation.

Différents systèmes ou habitudes sont cités en tant que facilitateurs :

- Souhait d'un carnet de santé pour toute personne avec rappel systématique
- Programme informatique avec rappels systématiques, mais dépendants de l'encodage initial
- Centralisation et regroupement des données permettant une vue longitudinale des actes prestés : récapitulatif de biologies sanguines, carte de vaccination, programme de prescription de médicaments
- « épiluchage » des dossiers médicaux papier avec rappel

De facilitateurs, ils peuvent se transformer en véritables freins quand la maîtrise de l'outil informatique pose problème.

Sans systématisation, le médecin généraliste pratique de la prévention selon les patients, les moments, en fonction des incitants extérieurs et de la motivation personnelle. Pour un des MG, l'approche systématique illustre un abord réducteur de la médecine qui l'éloigne de l'art de pratiquer (MG 8).

Le temps est nécessaire à la pratique de la prévention et celle-ci est plus souvent délaissée quand la demande curative est importante (au niveau d'un patient, mais aussi de la patientèle-salle d'attente pleine).

Lien avec aptitudes relationnelles : intérêt d'être plus dirigiste ou au contraire comment rappeler sans être coercitif ou dictateur, responsabilisation du patient,...

- *si par contre je suis trop pressé ben, c'est enregistré dans l'ordinateur et quand je rouvrirai la page, je verrai que ce n'est pas, que ça n'a pas été abordé. Le logiciel, en fait c'est le logiciel qui va lui même faire le travail pour moi (MG1)*
- *c'est un patient diabétique, où on se fixe systématiquement un rendez-vous tous les 3 mois hein euh... (MG2)*
- *Si le patient ne me dit pas : tiens docteur est-ce qu'il ne faudrait pas refaire un vaccin ? ... alors que j'ai un programme qui...la je déplore. La, je suis mauvais. La je suis mauvais, oui (MG7)*
- *systématiquement pour les hommes il y a une prise de sang par an, une radio thorax et un examen de la prostate (MG9)*
- *des démarches de prévention qui sont collectives, bien souvent c'est désincarné par rapport à la pratique (MG8)*

3.2.3.2 Collectivement

Peu de MG interrogés ont déclaré pouvoir gérer l'ensemble des dossiers ou la base de données informatique de leurs patients, mais ils n'en tirent pas nécessairement profit pour avoir une attitude proactive en matière de prévention. Cette attitude proactive n'a été retrouvée qu'en maison médicale, avec une fonction dédiée à un groupe spécifique. Le temps à investir pour cette activité et la difficulté d'utilisation des logiciels sont des obstacles en pratique solo. Une aide

pourrait être bienvenue. Certains praticiens solos pensent que le mode de financement au forfait des maisons médicales favorise la réalisation de ce type de tâches. Certains pensent que l'Ordre des médecins pourrait réprimer la convocation systématique de patients.

En pratique donc, l'outil informatique est utilisé principalement comme rappel au niveau de la prise en charge individuelle, lors des contacts spontanés avec le patient. La difficulté de délimiter la population de responsabilité de chaque médecin généraliste est un frein à la réalisation d'actions préventives collectives, de même qu'à leur évaluation.

Des souhaits ou essais d'activités collectives de promotion / éducation à la santé ont été rapportées par les MG, mais semblent avoir échoué faute de moyens humains ou financiers.

- *je fais régulièrement des, des statistiques et des suivis sur la vaccination antigrippale, sur la vaccination anti-pneumococcique par exemple, je sais dire à l'unité près combien j'ai fait de vaccins cette année de ceci ou de cela... non, non je n'écris jamais à aucun de mes patients et je ne leur téléphone jamais (MG1)*
- *en fonction des pathologies encodées, et donc ceux qui ne sont pas vaccinés, ben on leur envoie l'ordonnance et puis on est de plus en plus proactif mais bon euh, je pense qu'on ne peut pas, en tout cas ici, on pourrait décider, et ça demanderait un investissement plus important, d'augmenter ce genre de procédure. Par exemple pour les femmes qui doivent avoir une mammographie, tous les 2 ans elles reçoivent un papier de la maison médicale... qui les invite à prendre contact avec leur médecin pour re-prévoir la mammographie,... il y a un groupe ADEQUA hein qui s'occupe de ça... qui assure l'assurance de qualité (MG2)*
- *j'ai voulu aller vers Médigest parce qu'il avait une meilleure manière de gérer les données horizontales : rechercher tous les patients de plus de 50 ans, masculins, des choses comme ça... Ce qu'Omnipro ne me permet pas spontanément. Mais je suis revenu en arrière parce que ce n'était pas assez intuitif (MG3)*
- *il faudrait être beaucoup plus systématique, et là il faut de l'aide (MG4)*
- *c'est possible de faire des analyses de population mais bon, et alors quand tu as les populations pas vaccinées, il faut commencer à envoyer un courrier à tous ces gens là, en essayant de ne pas faire de la retape, au niveau du Conseil de l'Ordre hein (MG4)*
- *Tandis que si on limitait, si on avait la possibilité de limiter le nombre de patients sur une journée, je pense qu'on pourrait faire une meilleure médecine. Non plus une médecine à la chaîne, on passerait plus de temps avec le patient (MG6)*
- *on avait déjà imaginé avoir certains jours une interprète marocaine qui viendrait parler à toutes les mamans marocaines de la façon d'alimenter les enfants, hein. Quand vous voyez les enfants partir le matin avec des paquets de chips comme dix heures, et puis quand on voit la façon dont ils mangent des sucreries... on avait déjà imaginé tout ça. Mais on n'a jamais mis vraiment en route ce qu'on imagine en refaisant le monde le soir (MG7)*
- *à l'époque, j'avais pensé organiser la journée du diabétique dans la région de B., où la je suis un acteur de terrain. Je convoque tous les patients diabétiques qui soit chez moi ou ailleurs. Et que chacun puisse expliquer ses problèmes. On donne des réponses, on explique les façons de s'alimenter correctement, d'éviter certains trucs, donc c'étaient des choses intéressantes (MG9)*

3.2.4 RESSOURCES HUMAINES

Structurer ou développer l'activité préventive, à laquelle ils se disent très attachés, demanderait pour plusieurs MG une aide humaine, sous diverses formes :

- secrétariat
- une collaboration avec des paramédicaux
- collaboration en groupe mono disciplinaire

- une réduction de la charge de travail que beaucoup estiment excessive
- aide d'un organisme extérieur qui analyserait les données.

Ce type d'aide est vécu différemment suivant les médecins généralistes : certains se sentiraient dépossédés d'une partie de leur travail alors que d'autres semblent ouverts à cette possibilité. Les mesures d'aide IMPULSEO sont déclarées insuffisantes et semblent peu connues.

- *ça fait partie vraiment de la spécificité du travail de médecin généraliste, donc si quelqu'un fait ce travail à ma place, moi personnellement je considérerais qu'on me prend une partie de mon travail, donc je n'ai pas trop envie qu'on le fasse (MG1)*
- *Moi je pense qu'il faudrait plus de médecins, parce que les médecins sont isolés, enfin moi je suis isolé... Donc j'ai des difficultés à partager mes expériences, à faire évoluer ma pratique ... je croule déjà sous des papiers, moi je ne demanderai qu'à avoir une secrétaire... (MG3)*
- *ben parce qu'un secrétariat tu lui dis voilà, je mets « t'as eu ton vaccin tétanos, dans 10 ans tu dois avoir ton vaccin du tétanos », donc c'est quelqu'un qui rappelle, qui envoie du courrier, qui téléphone, moi je peux pas faire tout ça, je n'ai pas les moyens... [le programme informatique] tu ne peux pas tout mettre sinon tu perds ton temps, tu ouvres ta page et as...des trucs que tu as oublié d'effacer et tout ça, non, je crois qu'il n'y a qu'un secrétariat qui pourrait, en partiel hein, qui pourrait résoudre ce genre de problème (MG4)*
- *c'est archaïque cette façon de travailler, si on veut très bien travailler, il faut faire des petits groupes avec du personnel... enfin pas beaucoup de personnel hein, mais... (MG4)*
- *dans les Impulseo II, III c'est vrai que pour le généraliste seul, il n'y a pas grand-chose (MG5)*
- *Ben, c'est à dire qu'en groupe, il y a plus d'idées. Tout le monde émet des idées. Une des idées qui a bien marché, c'était de mettre sur la table : êtes-vous en ordre de tétanos ? Ben, ça a bien marché. Moi tout seul, je n'y aurais pas pensé (MG7)*
- *Ben, comme je vous dis, pour le moment la manière dont on travaille, médecine générale libérale où on travaille à l'acte, c'est difficile de faire des statistiques, des graphiques ou des tableaux et donc pour le moment ce serait plus... ça serait la bienvenue que ce soit un organisme qui fasse ça (MG6)*

3.3 PRATIQUE DE LA PRÉVENTION

3.3.1 DÉCLENCHEURS

3.3.1.1 Attitude positive/demande des patients

La prévention répond parfois à une demande des patients, ou, si le MG en a le temps, à leur réceptivité, plus ou moins influencée par les médias.

- *La vaccination en tétanos, par exemple je suis ça assez mal. Si le patient ne me dit pas : tiens docteur est-ce qu'il ne faudrait pas refaire un vaccin ? (MG7)*
- *de temps en temps vous avez des gens qui viennent et qui disent 'tiens, j'avais fait un test. Ben voilà, j'avais autant de glucose... ça veut dire quoi docteur ? Alors je dis « je vais vous expliquer... » (MG9)*

3.3.1.2 Prévention opportuniste

Dans un certain nombre de cas, l'attitude préventive du médecin face à son patient est guidée par son intuition clinique, au coup par coup, par des routines plus ou moins bien établies. Cette attitude est à mettre en lien avec une pratique de la prévention surtout au niveau individuel.

- *je pense que je suis comme tous mes confrères hein, donc je pense que j'ai mon inconscient médical qui est très actif et je pense que quand je vois des choses euh... V. appelait ça le sens clinique etc., ou on peut appeler ça l'intuition mais je pense que, je pense que l'intuition médicale est une réalité en médecine générale (MG1)*
- *je vais pour un enfant, puis le monsieur « oh prenez un peu ma tension » et puis il avait 18 de tension, et il était un , et finalement il est diabétique (MG2)*

- *Ben je vais dire, c'est un peu au coup par coup... je sais qu'un PSA on fait ça tous les ans, et comme ça pour tous les trucs... mais je n'ai pas... C'est en fonction de ma formation, des... mais je n'ai pas de référence bien... (MG5)*
- *pendant la période des gripes je vaccine, hein. Mais par exemple pour le pneumocoque, je remarque que je ne pose pas toujours la question (MG7)*
- *cette consommation [de benzodiazépines], c'est vraiment quelque chose qui s'allume sur son tableau de bord, et qui va déclencher une série de réflexes (évaluation de la consommation d'alcool, évaluation du pôle antidépresseur) (MG8)*

3.3.1.3 Systématisation

En opposition avec l'attitude opportuniste, l'attitude préventive des MG est parfois qualifiée par eux de systématique. Tout en le déclarant, ils citent de nombreux freins, dont le manque de temps disponible. La situation de terrain est probablement plus proche de celle décrite par ceux qui déclarent faire de la prévention « sans le savoir ».

- *ça ne passe pas par la colonne prévention dans ma case, dans mon cerveau de médecin, ça ne passe pas par cette... tableur prévention. Ça passe par le cas particulier d'un patient en particulier chez qui, oui en fait, je fais de la prévention sans le savoir (MG1)*
- *les conseils que je vais donner à un diabétique de type 2, je vais les donner aussi à toute une population que je sens sur cette voie-là (MG5)*
- *j'ai énormément de difficulté à faire les choses de manière standardisées (MG8)*
- *Non, c'est quasiment chez tout le monde. Il n'y a pas de sélectivité. La prévention, on en fait un peu chez tout le monde, que ce soit chez les jeunes ou chez les vieux (MG9)*

3.3.2 FACILITATEURS

3.3.2.1 Pour les médecins

Le profil personnel du MG, son expérience du métier peuvent l'aider à initier une action préventive. Des outils bien conçus (tables SCORE de risque CV p.ex.) permettent de structurer l'entretien et de concrétiser le risque éventuel à prévenir. Le fait d'avoir une pratique de prévention dans un organisme structuré (ONE, PSE, association de terrain) est également un facilitateur.

Le support médiatique facilite en général l'entrée en matière.

- *j'ai l'impression que ma position de jeune femme me rend plus à l'aise pour tout ce qui est prévention chez les adolescentes, chez les jeunes femmes, euh je sais bien que j'ai un contact facile avec les enfants par exemple euh donc ça, ça va faciliter certaines choses (MG2)*
- *Mais les gens, quand ils ont déjà vu une affiche, ou ils ont entendu parler, il y a déjà 2 personnes, une affiche et le médecin qui en parle, ça fait déjà... non je suis pour les campagnes (MG4)*
- *je trouve que c'est utile pour nous parce que ça permet de visualiser le risque du patient, et, surtout, ça nous permet de le faire visualiser au patient. Ne fut-ce que lui dire qu'il est dans la zone rouge ou dans la zone à risque, je pense que c'est un bon moyen de faire prendre conscience au patient de se prendre en main (MG5)*

3.3.2.2 Perception par les médecins des freins chez les patients

Les patients sont décrits avec des comportements très différents, de ceux qui surconsommant de la prévention ou des soins de façon tout à fait redondante et inutile à ceux qui fuient le système.

Le vécu personnel ou chez un proche d'un problème de santé, la découverte d'un problème ou l'amélioration du niveau de santé après une intervention sont des incitants. Les campagnes médiatiques agissent de même.

- *On reconnaît rapidement les gens qui veulent se soigner et ceux qui veulent échapper à toute supervision médicale (MG3)*
- *Disons qu'en général, c'est quand ils ont eux-mêmes une histoire, vécu quelque chose oui, plus, à mon avis, ce qui fait aussi quand même pas mal de positif, ce sont les campagnes hein, malgré tout (MG4)*
- *c'est qu'on voit parfois des personnes qui sont vraiment des obsessionnels de la santé, qui vont multiplier les interventions de prévention, de dépistage précoce, et qui vont encore demander des interventions individuelles, et donc à ce moment là, ce n'est pas vraiment un danger, mais c'est quelque chose qui est redondant et inutile, qui implique une charge économique importante pour un résultat complètement nul (MG8)*

3.3.3 FREINS

3.3.3.1 Chez les médecins

3.3.3.1.1 Manque de temps

Sans surprise, les MG citent le plus fréquemment le manque de temps comme un frein.

Tout d'abord, il y a le constat qu'il est matériellement impossible de réaliser tout ce qui recommandé de faire. Ensuite, l'attitude préventive est noyée dans les demandes curatives du patient, dans la charge administrative, dans la surcharge de travail du médecin. Même dans les structures organisées pour la prévention comme les consultations ONE, la surcharge de travail peut limiter fortement le temps consacré à chacun.

Certains diffèrent l'activité préventive à une rencontre ultérieure, parfois sur rendez-vous, parfois avec un rappel inscrit dans le logiciel de dossier médical.

Tout en parlant de ce problème les MG citent des ébauches de solution :

- limiter le nombre de consultations par jour ;
- revaloriser le montant des honoraires de consultation (avec une partie du budget des grandes campagnes de prévention organisées au niveau de la santé publique), sans d'ailleurs pouvoir expliquer en quoi cela dégagerait du temps ;
- créer des consultations dédiées à la prévention, tout en soulignant que cela semblerait étranger à leur façon de travailler ;
- travailler dans une maison médicale (ce qui, pour ceux qui n'y travaillent pas, semble être une sorte de nirvana) avec une rétribution au forfait.

La codification et la structuration de l'information clinique en vue de son utilisation ultérieure, et a fortiori la gestion de la base de données de la patientèle se heurtent à la même limite. Il faudrait prendre du temps le week-end, sur le temps libre, pour s'en occuper.

- *C'est évident que quand la salle d'attente est remplie à mac et que toutes les sièges, les chaises sont occupées, je ne vais pas passer mon temps à faire de la prévention (MG1)*
- *en médecine générale, pff, on a un mammoth sur le dos, on ne peut, il est impossible de tout faire en médecine générale, impossible, ou alors, on dort une demi-heure par nuit (MG1)*
- *on essaye de parler prévention, puis le patient dit qu'il a un bouton là depuis 3 jours et qu'il a mal au pied et que... et parfois ça se noie un petit peu (MG2)*
- *Je manque de temps, je suis surmené ! Je me débats pour garder une vie de famille et ce qui me manque dans ma capacité de gérer la médecine préventive c'est du temps... (MG3)*
- *je me retrouve dans des cars ONE où je parcours un secteur, les secteurs avoisinants sont relativement souvent en manque de médecin donc je me retrouve avec surpopulation d'enfants sur mon secteur, les*

mamans des villages avoisinants font le déplacement pour venir sur le car et c'est la course... C'est la course... (MG3)

- *changer complètement la manière de travailler et travailler au forfait en maison médicale. Ce serait ... ça nous permettrait de faire plus de prévention... on est conscient que, si par exemple on travaillait en maison médicale, on aurait plus le temps et je pense qu'on soignerait peut-être mieux les patients. On aurait plus le temps de s'attarder... (MG6)*
- *si on avait la possibilité de limiter le nombre de patients sur une journée, je pense qu'on pourrait faire une meilleure médecine. Non plus une médecine à la chaîne, on passerait plus de temps avec le patient (MG6)*
- *Ou peut-être consacrer moins d'argent dans les campagnes d'information et donner plus de moyens aux généralistes. Par exemple en revalorisant l'acte intellectuel, ça nous permettrait de consacrer plus de temps aux patients, de leur expliquer et d'avoir une information personnalisée, plutôt que ces grandes campagnes d'information publique, qui sont utiles, mais qui ne sont qu'une partie de la prévention (MG6)*

3.3.3.1.2 Manque de formation

De façon plus accessoire, les MG dénoncent d'une part le manque de formation à la pratique de la prévention et d'autre part le manque de formation à certains actes techniques utilisés en prévention.

- *Je dois vous dire que j'ai envie de compléter ma formation en médecine préventive, ... Pour avoir un peu des bases de données pour avoir une médecine préventive parce que j'ai pas tellement l'impression que les cours que j'ai reçus étaient orientés dans ce sens là, c'était fort la pathologie et on traitait la maladie quand elle était là (MG3)*
- *moi, je fais ce que je sais bien faire. Ce n'est pas les choses que je fais, je ne sais pas moi, par exemple des frottis de col, etc. (MG6)*

3.3.3.1.3 Crainte de découvrir une pathologie

Parfois, peut-être plus chez les jeunes médecins, chercher les pathologies dans un dépistage les confronte à la maladie, à l'éventualité de la mort du patient.

- *c'est plus délicat quand le risque c'est quelque chose de plus grave, on va dire mammographie, mais ce n'est pas difficile à aborder, l'aborder n'est pas difficile mais... c'est quand même de leur faire faire un examen avec le risque qu'il y ait quelque chose de, de plus, dans leur représentation et même dans la mienne, de plus grave, je veux dire un cancer du sein ou un cancer de la prostate ce n'est pas une glycémie un petit peu élevée, ou un peu trop de tension, ou un frottis gynéco un peu limite qu'on refait dans 6 mois, quoi (MG2)*

3.3.3.1.4 Sujets tabous

Certains MG sont bien conscients des limites que leur imposent des sujets tabous, chez eux et chez les patients : ce qui touche à la sexualité, et ensuite à l'examen gynécologique, ce qui touche aux cancers, et donc à la mort, ce qui touche aux toxicomanies.

Les réticences chez les MG peuvent se situer au niveau de la pratique d'un acte technique comme le toucher rectal par exemple. Des MG pensent que certains patients craignent une divulgation du secret médical.

Le blocage chez le MG peut l'amener à adopter un comportement inapproprié vis-à-vis des patients.

- *moi j'ai des difficultés au départ à parler de certaines choses, quel que soit le domaine mais bien sûr quand ça touche l'intimité c'est difficile mais à force d'aborder le sujet ça devient plus simple. Donc*

actuellement c'est sûr qu'au niveau de la prévention du SIDA je ne me sens pas à l'aise avec les jeunes pour évoquer le sujet (MG3)

- *Les gens qui viennent vous confier leur problème de cœur, ils viennent moins facilement se déshabiller chez le généraliste...(MG3)*
- *Ben, tout ce qui a trait aux cancers : cancer de la prostate chez l'homme, cancer utérin chez la femme, ce sont des sujets qui sont beaucoup plus difficile à aborder. Systématiquement, on en parle pas, et puis c'est un peu tabou quoi. Mais, petit à petit, aux hommes je leur demande de passer un examen parce que la prostate c'est quelque chose chez nous (MG9)*
- *moi je n'aime pas trop mettre mon doigt dans le derrière des mecs, je suis longitudinalement le PSA donc euh, jusque maintenant je n'ai pas eu de problèmes (MG4)*
- *par exemple, par rapport aux usagers de drogue, quand on voit pas mal de médecins qui ont, en fonction de leurs blocages par rapport à ces populations là, forcément des actions totalement inadaptées, inappropriées, et bien c'est par rapport à leur conception de la population des usagers de drogue. Qu'ils l'aient comme citoyens, d'accord, mais comme médecin, ce n'est pas normal (MG8)*
- *je pense par exemple aux IST par rapport au public cible, et particulièrement par rapport au public gay, ou là, la problématique est importante, et bien évidemment, si le médecin est homophobe, ça va contrecarrer la pertinence des messages qu'il peut faire passer, ou tout simplement scotomiser ces messages (MG8)*

3.3.3.1.5 Pertinence des référentiels

Les référentiels sont diversement appréciés par les MG. Ce point fait l'objet d'un développement plus loin.

3.3.3.2 Perception par les médecins des freins chez les patients

3.3.3.2.1 Manque d'intérêt ou attitude négative

Dans la population, la santé est souvent perçue comme l'absence de maladie. On consulte donc lorsqu'on est malade et diverses raisons peuvent amener les patients à ne pas écouter les messages préventifs :

- La problématique est trop abstraite pour eux, ils ne se sentent pas personnellement concernés ;
- Ils n'ont pas envie d'entendre le message, par peur qu'on découvre un problème ou par manque de motivation à changer quelque chose dans leur vie (alimentation, comportement sexuel à risque,...) ;
- La consultation a été initiée pour un problème aigu étranger à la problématique de prévention ;
- Le patient est convaincu du bien fondé de ses connaissances, de son comportement.
- Les messages préventifs d'origines multiples ont saturé le potentiel d'absorption du patient, conduisent au rejet d'une maladie pouvant devenir stigmatisante.

Quelques exemples :

- *c'est des gens qui volontairement viennent toujours à 6 h moins 5 en fin de cabinet, c'est des gens qui sont toujours pressés, c'est des gens qui manifestement montrent qu'ils ne veulent pas ...? ils sont un peu fautifs hein... il y a des gens chez qui tu as manifestement fait des efforts pour essayer de leur parler et puis tu vois que ça reste des lettres mortes euh, eh minute hein ! je suis pas Dieu le père hein. Je suis docteur en médecine donc euh... je suis docteur, pas curé hein (MG1)*

- *les femmes s'en fichent un petit peu de la prévention gynéco, il faut leur rappeler euh, c'est... la mammographie je pense qu'en général elles sont... soit elles disent non parce que ça ne les intéresse pas, elles ont peur (MG2)*
- *va-t-en dire à un syndrome métabolique qu'il faut changer de vie, qu'il faut maigrir, qu'il faut régler sa tension etc., alors que lui il est bien, il est en super forme le mec (MG4)*
- *je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ne sont pas prêts à faire des efforts au quotidien, minute après minute (MG5)*
- *[Chuchotis : Les emmerdeurs]. Ben oui, ou on ne parvient jamais à parler de ça avec eux, parce qu'ils savent toujours tout mieux que tout le monde et... pour finir non (MG7)*
- *Avoir certains problèmes de santé devient presque stigmatisant, et rappeler à la personne qu'elle ferait bien de faire ceci ou cela, peut conduire à l'effet inverse de ce qu'on recherche parce que les gens en ont par dessus la tête, et ils s'inscrivent quelque part dans le cycle motivationnel, vu non plus au niveau singulier, mais au niveau de la société (MG8)*

3.3.3.2.2 Conflit avec d'autres préoccupations

Les dépendances, alcoolisme ou autre toxicomanies, placent parfois les patients dans un monde parallèle, où les priorités sont différentes. Le message préventif à délivrer doit alors s'adapter à la situation et se mettre en cohérence avec le vécu du patient à ce moment de son existence.

Les jeunes comme les personnes âgées ont des préoccupations liées à leur âge ; pour elles, le message préventif vient soit trop tôt, soit trop tard dans leur vie et ils y prêtent moins attention.

Une situation sociale difficile pourra également être un frein important.

- *c'est évident que le toxicomane qui est simplement au début de sa toxicomanie ne sera, il n'est pas réceptif du tout hein, ce n'est pas la peine de euh, de prêcher dans le désert hein, il n'écouterait pas, ou il t'écouterait pour te faire plaisir (MG1)*
- *Un exemple de cela, c'est les patients usagers de drogue qui sont atteints par l'hépatite C, donc c'est bien entendu absurde de les traiter pour l'hépatite C ou d'en faire un objectif en soi, puisque la problématique dépasse très largement celle de l'hépatite C, et donc au moment où on les voit, si on leur parle de l'hépatite C, c'est comme si on leur parlait d'un voyage sur Mars, ça n'a absolument rien à voir avec leur préoccupations (MG8)*
- *les jeunes ne viennent pas me trouver pour dire « Docteur qu'est ce que je dois faire pour ne pas attraper le SIDA ? ». Les jeunes ce n'est pas une population qui consulte, ils viennent chercher la pilule et à cette occasion là je dis « le préservatif reste indispensable pour vous protéger des maladies sexuellement transmissibles, la pilule ne fait rien... » mais ça ne va pas plus loin (MG3)*
- *il me semble qu'à 80 ans, ils n'écoutent plus tellement. Ou bien ils se disent, « ah docteur vous savez, moi à mon âge, je ne vais plus me tracasser pour ça » (MG7)*
- *face à quelqu'un qui est déjà polymédiqué, qui a déjà des tas de problèmes, c'est vrai que je vais avoir plus de difficultés à faire des examens de dépistage (MG5)*

3.3.3.2.3 Niveau intellectuel et social

De temps en temps, les MG sont face à des patients qui n'ont pas un niveau intellectuel suffisant pour comprendre l'intérêt de la prévention.

- *Oui, il y a parfois des jours où on prêche dans le désert parce que les gens ne captent pas bien ce qu'on leur dit. Même s'il y a des points d'appel, ces gens là n'arrivent pas. Parce qu'ils n'ont pas cette faculté d'arriver à comprendre ce qu'on veut leur dire (MG9)*

Plus fréquemment, c'est le faible niveau social des patients qui pose problème : illettrisme, priorité de vie accaparée par des problématiques plus urgentes (logement, chômage, etc.). Le MG peut être d'une certaine façon « complice » de ces situations en omettant d'adapter son discours

préventif à cette frange de sa patientèle, par découragement, par manque de compétences relationnelles dans ce type de milieu.

- *On va en discuter et puis, et puis parfois je vais comprendre que ce n'est vraiment pas leur moment pour arrêter de fumer, et je vais arrêter de leur en parler pendant tout un temps, parce qu'ils ont tellement d'autres problèmes sociaux que... qu'on va d'abord essayer de leur trouver un logement et des choses pareilles quoi... (MG2)*
- *je suis sûre que si on regardait par exemple les mammographies par rapport au standing de nos patientes, que je suis beaucoup plus attentive chez des femmes d'un niveau socioculturel plus élevé que les autres (MG5)*
- *je pense à cette partie là de la population d'un point de vue de la prévention beaucoup plus large, qui reçoit peut être des papiers pour la mammographies par la Communauté française, mais qui n'y prête absolument pas attention, parce qu'ils ne savent tout simplement pas lire, et qui n'ont pas un contact avec un professionnel qui va leur expliquer combien c'est important, et quel est la philosophie de ce dépistage, donc ces gens là n'ont forcément pas accès à la prévention (MG8)*

3.3.3.2.4 Problème culturel ou linguistique

La barrière du langage est évidemment un obstacle pour aborder une question de prévention.

- *parce que parfois je ne sais pas bien communiquer avec les gens parce qu'ils sont d'origine étrangère et que je n'arrive pas bien à parler de prévention parce qu'on ne se comprend pas (MG2)*

Au-delà de la langue, la culture aussi peut faire obstacle parce que les concepts de santé, de risque, de plaisir peuvent être différents.

- *par rapport à un africain ou un oriental, où vraiment c'est une alimentation différente, ici je me dis, au Kosovo, ils ne mangent sans doutes pas la même chose que nous, mais ce sont des choses que je peux comprendre, ce n'est pas une culture tout à fait exotique. Et donc c'est vrai que c'est parfois décourageant, face aux différences culturelles ; et c'est la même chose avec les femmes musulmanes, c'est parfois difficile aussi, je sens bien que les concepts sont différents, les concepts de plaisir (MG5)*
- *les familles plus difficiles, c'est les familles turques, ou les musulmans, etc. où là, ils ont un esprit carré. Je suis parvenu à tourner ça en dérision, parfois en rigolant un peu, mais les filles sont vaccinées (MG9)*

3.3.3.2.5 Prix

La prévention coûte cher et les patients qui paient des consultations à l'acte n'ont pas d'incitant à revenir chez le MG. Les traitements qui pourraient être proposés à titre préventif, les consultations de spécialistes pour avis ou prise en charge après détection d'un problème, les consultations en diététique (et le prix d'éventuels changements d'alimentation) alourdissent la facture pour le patient.

- *nous sommes dans des couches sociales défavorisées et qui n'ont pas les moyens de, de se payer des médications de cette nature (MG1)*
- *parce que parfois ils n'ont pas les moyens de s'acheter des médicaments, ou pas les moyens d'aller chez une diététicienne, même si on essaye de rendre la première consultation gratuite (MG2)*
- *certains patients qui ne savent pas, qui m'expliquent clairement qu'ils ne savent pas revenir la semaine d'après pour un contrôle, etc., ça c'est des gens qui ne peuvent pas bénéficier pleinement de la prévention... pour des raisons financières (MG6)*

4 RÉFÉRENTIELS

Résumé

De leur propre aveu, les MG ne disposent pas de plus de temps pour leur formation personnelle que pour pratiquer la prévention. Le choix des sources d'information est très variable selon les médecins (presse médicale scientifique, recommandations, presse médicale d'information générale, toutes-boîtes médicaux, délégués pharmaceutiques), parfois peu structuré et semble guidé par la rentabilité et l'accessibilité : en consultation, les MG ont besoin d'une information immédiatement disponible. L'Internet n'est utilisable que par ceux qui en ont une pratique régulière. Les avis d'experts (conférences, dodécagroupes) tiennent une place importante dans l'information, l'EBM une place moindre, variable selon la qualité des lectures et le temps qui y est consacré. Peu de MG déclarent avoir eu une formation spécifique à la prévention, en formation initiale ou en formation continue.

Pour être acceptables, les référentiels doivent idéalement émaner de gens en qui les MG ont confiance et être applicables aux situations de médecine générale. Les obstacles administratifs ou financiers, différents d'une problématique à l'autre, sont irritants. Pour certains, il faut que les recommandations aient fait leurs preuves un certain temps avant d'être intégrées à leur pratique, car certains revirements abrupts ou querelles d'experts les ont échaudés (par ex. le traitement hormonal substitutif de la ménopause).

4.1 L'INFORMATION

4.1.1 SOURCES D'INFORMATION

Plusieurs sources sont citées par les MG interrogés :

- Personnes ressources médicales : personnel académique, spécialistes, pairs généralistes avec expérience reconnue, lors de contacts structurés (GLEMS, Dodécagroupes, conférences,...) ou non ;
- Délégués médicaux commerciaux ;
- Presse médicale secondaire : on y trouve des revues indépendantes comme The Lancet, Louvain médical, la Revue médicale de Liège, mais aussi des toutes-boîtes médicaux gratuits comme Tempo Médical ou Patient Care ;
- Littérature tertiaire : Prescrire, Minerva, Folia Pharmacotherapeutica, la Revue de la Médecine générale (SSMG), CBIP (souvent cité), guide BAPCOC ;
- Littérature quaternaire : Recommandations de bonne pratique (SSMG) ;
- Presse médicale d'information générale : le Généraliste, le Journal du Médecin ;
- Presse générale : Le Soir.

La liste ci-dessus comprend des sources d'information tout à fait honorables et fiables, et même le titre prestigieux d'une des cinq plus grandes revues médicales mondiales (malheureusement,

le MG n'y est plus abonné). Mais il faut aussi remarquer que pour certains MG, les références sont extrêmement floues, voire quasi inexistantes, de leur propre aveu. Le temps disponible pour la formation personnelle n'est pas plus étendu que pour pratiquer la prévention en consultation, et la qualité peut en pâtir.

Les versions papier ou informatique ont chacune leurs adeptes.

- *des références... elles sont extrêmement floues, extrêmement euh diverses, extrêmement variables et peu structurées... je picore un peu... un peu là, un peu là, je, je, je suis, je vais sur Internet euh, j'écoute les confrères euh, je discute avec mes confrères (MG1)*
- *bon ben pas... pas grand chose, j'ai mes..., je ne suis pas sortie il y a très longtemps, puis on reçoit les..., les courriers qu'on reçoit systématiquement pour les recommandations de bonne pratique, les Folia, l'expérience de mes collègues euh... et puis, et puis voilà, parfois on voit une accréditation ou l'autre, et alors on a des informations supplémentaires euh, enfin c'est, mais je n'ai pas, j'avoue que je ne sais même pas où je peux trouver les guidelines sur Internet... sur le CBIP ? (MG2)*
- *Les sources d'information ? Les revues médicales qui arrivent dans mon courrier la plupart du temps, c'est le plus simple... (MG3)*
- *Les dodécagroupes ça c'est quand même certainement le meilleur endroit pour apprendre parce que là on discute entre confrères, on échange nos expériences et on relativise un peu toutes les lois qui nous sont proposées... (MG3)*
- *la littérature qu'on a dans les journaux médicaux, et puis des littératures un peu plus sur la SSMG, et puis Minerva, des trucs comme ça... le Folia. Disons qu'il y a des trucs que je parcours dans les journaux, même dans Le Soir, il y a des trucs que j'apprends (MG4)*
- *le fait d'aller à des conférences c'est des ressources aussi, il n'y a pas que la littérature (MG4)*
- *C'est en fonction de ma formation, des... mais je n'ai pas de référence bien... (MG5)*
- *mais la présentation des études par des experts, ça je pense que ce sont quand même des gens qui sont fiables (MG6)*
- *je suis un grand lecteur de la revue Prescrire, à la fois je l'aime beaucoup et à la fois je la déteste car je n'y apprend jamais rien de neuf, il ne faut quand même pas être prix Nobel pour savoir qu'il y a énormément de poudre aux yeux dans les prétendues nouveautés (MG8)*
- *un, les études, et deuxièmement, ça vient de quand vous lisez – avant j'étais abonné à des revues scientifiques, le Lancet ou quoi... j'étais abonné à Louvain médical, Louvain médical que j'aime bien, moi je viens de Louvain... je lis les gros titres (MG9)*

4.1.2 VALIDITÉ DE L'INFORMATION

Le contact direct avec une personne ressource retient l'attention des MG. L'expert est validé par son appartenance à une institution reconnue (universitaire) ou si sa spécialisation lui permet de revendiquer une maîtrise du sujet. La validation peut aussi se faire entre pairs, lors de réunions comme les dodécagroupes ou les GLEMs.

La neutralité par rapport aux firmes pharmaceutiques est recherchée, voir indispensable pour certains MG. D'autres leur reconnaissent une part dans leurs sources d'information.

Les sources issues du ministère ou d'un organisme de santé gouvernemental ou provincial sont plutôt bien reçues mais elles peuvent aussi être soumises à un regard critique car pas toujours garantes d'actions validées (ex : car de dépistage cancer de la prostate, vaccin HPV).

Le choix d'une information semble dépendre pour certains plus de son accessibilité et sa disponibilité que de sa validité. D'autres choisissent soigneusement leurs sources (revues indépendantes, littérature tertiaire ou quaternaire).

- *ça nous permet justement de voir de par nos cas cliniques qu'on a, je pense que nous-mêmes on peut, en se réunissant, en réfléchissant ensemble, en discutant, en donnant notre avis, en disant « tiens moi j'aurais plus fait ça », « tiens moi j'ai fait ça, mais je n'ai pas eu de bons résultats »... alors on ... en réfléchissant entre nous je pense qu'on n'est pas trop bête (MG6)*
- *par exemple en matière de prévention vaccinale, c'est clair que si j'ai quelqu'un qui est un épidémiologiste de renom qui vient me parler de prévention, de la prévention hein du papillomavirus, parce que c'est à la mode par exemple... il est évident que je serai bien plus convaincu par quelqu'un comme ça que par un délégué de chez GSK ou de chez Sanofi-Aventis, ... parce que forcément il y a des outils de mesure que Sanofi-Aventis et GSK ont, mais n'ont pas nécessairement envie de me mettre tout cru euh... euh dans la présentation (MG1)*
- *c'est une tendance hein, de critiquer les firmes à tout prix etc. alors que une grosse partie de notre formation médicale arrive quand même par là d'une manière ou d'une autre, donc c'est un peu à nous à justement apprendre à faire la part des choses mais il faut éviter de cracher dans la soupe hein (MG1)*
- *il y a certaines personnes qu'on connaît et qui ne sont plus... qui sont complètement achetées par les firmes pharmaceutiques (MG6)*
- *je ne sais pas si c'est très fiable... le mammothest en terme de dépistage du cancer du sein, quand on discute avec A.C., il est très mitigé. Est-ce que le test qu'on fait pour l'ostéoporose, est-ce que c'est bien efficace comme façon de dépister l'ostéoporose ? Euh, les PSA, si on fait ça chez un pépé de 80 ans, le risque, enfin voilà, on fait sa PSA (MG2)*
- *moi je n'ai pas de temps à perdre pour aller dans des les revues primaires ou dans des articles tout à fait originaux dont la validité ne serait établie que X temps après, et en sachant aussi les confusions entre les auteurs, entre des intérêts parfois divergents, et donc moi je préfère me référer à du travail prédigéré, des recommandations de bonne pratique, ou bien des avis d'experts, qui en général ne m'étonnent pas, puisque c'est en général le résultat d'une réflexion artisanale en quelque sorte. J'essaie de me souvenir où j'ai été pris en défaut par rapport à des impressions que j'avais, et qui n'ont pas été vérifiées dans la littérature, dans les recommandations de bonne pratique, c'est vrai que parfois je me rends compte qu'il y a certaines avancées que j'adopte avec un certain retard d'une certaine façon (MG8)*

4.2 DE L'INFORMATION À LA PRATIQUE

4.2.1 ACQUISITION DES CONNAISSANCES

Les MG nous donnent une image de leur formation initiale en légère évolution : les anciens parlent d'une formation basée sur le curatif et les sciences de base, et les plus jeunes décrivent une formation un plus orientée vers le préventif, mais pas suffisamment ancrée dans la pratique quotidienne. Certains sont nostalgiques du temps passé et critiques sur la formation actuelle.

Il semble que la formation avec des stages hospitaliers majoritaires ne préparent à l'environnement de la MG et à la pratique de la prévention.

La formation se fait alors sur le tas, via les contacts avec les pairs, structurés ou non (GLEM, contacts informels avec des spécialistes), ou alors au contact de référentiels choisis ou des délégués médicaux. La formation continue peut offrir un moyen de se « rattraper » mais certains y décèlent aussi l'influence des firmes pharmaceutiques (ex : promotion de vaccins).

Il n'y pas de notion de cours, d'évaluation de connaissances, de structuration...

- *c'était ça la formation en médecine, donc c'est comme si au bout de ton 3^e Doc, sans cours de médecine générale etc. on te disait « voilà, tu te démerdes »... ah c'était la belle époque hein ! Et tu devais sucer tout de ton pouce ; donc à l'époque, on n'avait pas de formation (MG4)*

- *IL n'y avait aucun cours de médecine préventive. En pneumo, on nous disait bien il ne faut pas fumer, on parlait bien des problèmes de l'amiante, etc. mais c'était une petite phrase que le prof distillait pendant son cours (MG7)*
- *j'ai eu la grande chance de faire des stages avec une personne extraordinaire, qui est le Docteur W. P. et qui avait une vision de santé publique extrêmement pertinente, et pour lui, la gynécologie était un moyen, ce n'était pas un but, et les moyens de gynécologie mettaient en place une attitude préventive qui était vraiment axée directement dans le concret (MG8)*
- *je pense que l'université, ne peut pas former à tout, elle peut sensibiliser à l'aide de conférences mais on n'a pas de formation finie d'une certaine façon quand on sort de l'université. Donc on peut sensibiliser, je pense qu'il faut sensibiliser. Moi j'ai l'impression oui que j'ai quand même été peut être pas formé mais sensibilisé. Maintenant je n'ai peut-être pas été formé par rapport aux instruments actuels, mais ça, ça va de soi bien entendu (MG8)*
- *Parce qu'on a quand même une formation ONE, on a quand même suivi des cours supplémentaires en pédiatrie... donc finalement, je ne vais pas dire que je me sens comme pédiatre, loin de là, mais j'estime que ma démarche est bonne (MG9)*
- *j'ai eu un cours là dedans euh... je me souviens (rires), mais ce n'était pas très pratique... je me souviens qu'on est allé dans... les petits locaux là, où il y avait les ordinateurs, on nous apprenait à faire des recherches et tout ça... mais j'ai l'impression qu'on est pas encore dans notre pratique... En fait, il y a une partie de notre formation qui nous échappe parce qu'on a beau être en stage, on a beau être attentifs, on ne se sent pas encore concerné de la même façon que quand on est vraiment responsable, et qu'on a vraiment besoin des outils (MG2)*
- *Chaque fois une attitude préventive, un schéma préétabli différent, donc moi je suis un peu perdu, je vous avouerai, dans toutes les attitudes préventives (MG3)*
- *à la sortie d'un nouveau vaccin contre le cancer du col, mais bon il y a des firmes évidemment qui ont poussé un peu pour leur produit (MG4)*
- *je n'ai pas eu l'impression d'avoir des modules de formation continue, mais c'est aussi en fonction de ce que moi j'ai choisi, on a ... moi je n'ai pas grand-chose (MG5)*
- *ce qu'on nous appris à l'hôpital n'est pas toujours transférable dans un cabinet médical (MG6)*
- *à force justement d'aller euh dans le sérail académique et d'entendre parler de ça et de ça, je pense que, inconsciemment, on est beaucoup plus euh... attentifs à certaines choses (MG1)*

4.2.2 DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE

La mise en pratique des nouvelles connaissances dépend d'un résultat immédiat perçu, de la confiance accordée à la source (référentiel, expert, ...). La probabilité de mise en pratique du référentiel est plus élevée dans les suites immédiates du contact avec l'information.

Lien avec les freins et les facilitateurs cités plus haut : temps, matériel, compétences, ...

- *si je vois que la réflexion est pertinente, ça, ça, ça a réellement aidé mon patient, ou que ça a réellement apporté des résultats, ben c'est évident qu'alors ça change quasi immédiatement ma, ma façon d'agir, ah oui, oui. Là je dirais que c'est, je suis capable de changer, et sur une demi journée hein euh, oui. Et radicalement oui, oui (MG1)*
- *j'ai l'impression que c'est quelque chose que tu lis, et où tu as directement un intérêt direct à l'appliquer, où tu lis un truc et c'est un une culture générale, il y a un moment où tu te dis « il me semble que j'ai lu un truc là dessus », soit tu t'en rappelles, soit tu ne t'en rappelles pas du tout, et on va essayer de le rechercher, mais il y a quand même quelque chose qui reste dans ton cerveau, ce n'est pas structuré, c'est lire beaucoup, écouter beaucoup, ce n'est pas structuré, j'ai l'impression que c'est des déclics qui se font à un moment donné (MG4)*

4.3 CARACTÉRISTIQUES DES RÉFÉRENTIELS

4.3.1 ACCESSIBILITÉ

L'information par voie informatique est accessible quand on sait utiliser l'outil *ad hoc*.

L'information se doit aussi d'être disponible en temps réel, à portée de main, lorsqu'un contact avec le patient le nécessite. La version papier trouve encore sa place dans ce cadre-là.

On peut imaginer une perception différente de l'outil informatique par les nouvelles générations de médecins.

- *ne pas passer par 36 chemins compliqués parce que moi, les ordinateurs ça va, mais il ne faut pas que ça soit trop compliqué (MG2)*
- *j'aime bien aussi plutôt ce qui est papier, c'est comme on a le petit BAPCOC là, avec les antibiotiques, je trouve un petit truc comme ça, super fin, super fonctionnel euh... voilà, maintenant il faut encore l'ouvrir hein... ou alors une carte qui, comme les cartes de vaccination qu'ils nous sortent tous les ans ou chaque fois qu'il y a une modification ben, hop, c'est clair, on a l'info tout de suite (MG2)*
- *c'est via des sites Internet. Là, l'information est rapide, facilement... oui, c'est surtout via Internet (MG6)*

4.3.2 ACCEPTABILITÉ

Pour être acceptables, les référentiels et recommandations doivent émaner de gens proches de la pratique de terrain des MG. Le langage utilisé doit être simple et aisément compréhensible.

- *il y a des médecins psychiatres qui n'ont jamais fait que de la psychiatrie, et il y a des médecins psychiatres qui ont fait 10 ou 12 ans de médecine générale, et puis qui ont fait de la psychiatrie, ben je serais quand même plus enclin à considérer le confrère qui a fait 10 ou 12 ans de médecine générale et puis qui a fait de la psychiatrie, je serais plus, à mon avis je serais plus réceptif à ses arguments, d'ailleurs je pense que son discours ne sera pas du tout le même et... sera empreint d'un certain pragmatisme que l'autre n'aura pas (MG1)*
- *en médecine générale, pfff, on a un mammoth sur le dos, on ne peut, il est impossible de tout faire en médecine générale, impossible, ou alors, on dort une demi-heure par nuit (MG1)*
- *Le gouvernement, il nous abreuve « c'est comme ça qu'il faut prescrire les antibiotiques et pas autrement » mais sur le terrain on s'aperçoit que ce n'est pas toujours réalisable et ça on ne vient pas nous écouter (MG3)*
- *Oui, parce qu'elles sont disponibles, et que c'est relativement accessible comme langage. Il y a parfois dans la Revue médicale de Liège, il y a parfois des choses difficiles... (MG7)*
- *moi, je suis extrêmement sceptique, donc avant qu'on information ne se montre vraiment valide pour faire changer quelque chose dans mon attitude, il faut vraiment qu'elle soit solidement établie, donc je ne suis pas très gros lecteur, je n'ai pas beaucoup de temps à consacrer à ça (MG8)*

4.3.3 LIMITES

La validité d'une information n'est pas constante : les recommandations varient dans le temps (ex : ménopause), les avis d'experts divergent sur des points précis (ex : ostéoporose, ...).

Ceci amène certains médecins généralistes à envisager les sources d'information avec beaucoup de réserves. Pour certains, elles doivent avoir fait leurs preuves un certain temps avant d'être intégrées à la pratique, car les revirements abrupts de certaines recommandations les ont échaudés.

Les référentiels pêchent aussi quelque fois par un manque de réalisme, éloigné de la situation du médecin généraliste et du patient : des aspects pratiques (modalités thérapeutiques, modalités de suivi, gestion temporelle d'une consultation...), des aspects financiers, principalement au niveau des patients, sont oubliés et limitent leur applicabilité.

- *si on parle d'ostéoporose avec un rhumatologue par exemple, ou si on parle d'ostéoporose avec un endocrinologue, ben les points de vue ne seront pas nécessairement les mêmes et euh, et forcément il y aura, il y aura plus que des nuances (MG1)*
- *il y a eu un exemple classique, c'est la fameuse question des œstro-progestatifs dans le traitement de la ménopause et de la pré-ménopause, là il y a eu un flou artistique qui a été tout à fait préjudiciable hein, tantôt on parlait de la prévention de l'ostéoporose, on peut parler également de l'action préventive au niveau de la ménopause et de ses complications, ben là par exemple voilà euh le flou académique hein, sur euh la thérapie hormonale substitutive dans lequel nous avons dû tous nous dépatouiller pendant trois ou quatre ans, ça, ça a été hautement préjudiciable, et oui ça m'a compliqué la vie (MG1)*
- *Dans mon expérience, je n'ai jamais eu des changements de dogmes qui m'ont posé problèmes, parce que je n'ai jamais été aficionado d'un dogme en particulier donc les restrictions en terme d'antibiotiques, ça n'a rien changé, c'est du pareil au même, les nouvelles recommandations par rapport au traitement de la ménopause, je n'ai pas eu de manifestations devant mon cabinet (MG8)*
- *si je ne suis pas sûre de l'intérêt euh... de l'intérêt euh à long terme de l'action que je mène, et que je sais que ça va coûter 150 € par patiente à la société, ou enfin, alors je me dis qu'on pourrait faire, enfin je ne sais pas quel type hein, mais qu'il y a d'autres actions peut-être plus pertinentes à mener... (MG2)*

5 ÉVALUATION

Résumé

L'évaluation ne fait pas encore partie de la culture des MG et on sent un certain désarroi face à ce concept. Dans la triade de Donabedian « structure / processus / résultats », l'évaluation de processus est ce qui poserait le moins de problème, pour autant que les MG disposent de toute l'information nécessaire, ce qui n'est pas le cas en raison de la dispersion des acteurs et de la mauvaise qualité de transmission des données. La mesure de taux de couverture par les MG poserait à leur majorité le problème du dénominateur : en Belgique, les patientèles ne sont en général pas délimitées.

Les résultats de l'action en prévention ne leur sont pas directement accessibles aux MG et ils ne l'appréhendent qu'à travers quelques cas exemplatifs de leur pratique, quand un problème de santé survient de façon impromptue. Pourtant, certains ont exprimé leur besoin de se sentir utiles (de donner un sens à leur carrière ?) et se construisent une évaluation totalement subjective mais gratifiante.

Ils n'imaginent ou ne citent pas d'évaluation de structures, alors que par ailleurs leur discours laisse penser qu'il y a là un problème : le manque chronique de temps et la difficulté à déléguer des tâches administratives en sont des indicateurs.

L'évaluation semble pourtant acceptable dans son principe, surtout si les MG sentaient qu'elle est dirigée vers une amélioration de la santé des patients et non vers des objectifs de réduction des coûts liés aux soins. Elle devrait être débarrassée de son versant répressif et pratiquée par des instances jugées neutres. Assortie de formations ciblées en lien avec les résultats, elle deviendrait presque attractive pour certains. Les MG ne souhaitent pas être pénalisés en raison de mauvais résultats liés au comportement des patients.

La pratique de l'autoévaluation est encore très limitée et un feed-back externe, avec ou sans benchmarking, ne serait pas trop mal accepté en vue de conforter les MG dans la qualité de leur pratique. Il y a un risque que de tels feed-back mettent le focus sur une problématique durant une période limitée, puis que celle-ci retombe dans l'oubli après quelques temps.

5.1 PERCEPTION DE L'ÉVALUATION

L'évaluation de la pratique en prévention pourrait rassurer certains MG sur la qualité de leur pratique, mettre l'accent sur des aspects à améliorer, ou simplement les renforcer dans leur attitude orientée vers la prévention.

Certains mettent l'accent sur la difficulté à évaluer certains types de prévention, puisque par essence le résultat attendu ne donne pas de problème de santé, donc pas de consultation.

Des MG imaginent des mesures de résultats intermédiaires, par exemple des taux de cholestérol, pour évaluer leur activité préventive. D'autres pensent en termes de résultats à long terme et d'impact en matière de santé (par exemple le poids à la naissance), mais sont alors confrontés à la difficulté pour des MG de recueillir des mesures de tous les déterminants qui influenceraient les indicateurs. Certains se font une évaluation subjective à travers la casuistique de leur patientèle.

L'évaluation de procédure met de suite en avant le problème du dénominateur dans la patientèle des MG. Seuls les MG travaillant au forfait disposent aisément de ce chiffre pourtant essentiel dans tout calcul de couverture.

- *Pour que cette prévention soit efficace, il faut qu'au bout, il en ressort quelque chose. Ça veut dire quoi ? Si je m'évertue à leurs donner des conseils, à leurs donner des médicaments, c'est pour qu'au bout, ils y voient quand même quelque chose (MG9)*
- *Si, quelqu'un qui n'est pas malade, il ne vient pas (MG6)*
- *Par exemple la prévention du cholestérol, on donne un traitement hypocholestérolémiant à un patient, 3 mois après on le voit pour sa prescription ou contre sa tension et éventuellement, surtout les 3 premiers mois de traitement on refait une prise de sang à ce moment-là, et on voit le mauvais cholestérol qui baisse dans la mesure du possible et le bon cholestérol qui augmente. Donc on sait voir que le traitement est efficace (MG6)*
- *Si on veut évaluer la pertinence sur la santé publique, il fait mesurer le poids à la naissance, ça c'est un paramètre qui peut être intéressant, mais en quoi est-ce que moi je suis intervenu dans l'augmentation du poids de naissance ou dans la diminution de la prématurité ? ça je ne le sais pas, mais c'est là dessus que ça joue d'une certaine façon. Donc entre les deux, il y a énormément de chaînons manquants (MG8)*
- *Et je dis « oh ben dis donc t'es devenu un adulte », il a 18 ans lui. Sportif et tout, grand, mince, et je dis « ben t'as vachement changé depuis ton enfance. Quand je t'ai connu, la dernière fois, tu étais plutôt un petit rondouillet ! » Il dit « c'est parce que vous avez dit que je ne devais plus manger de chips ! ». Donc ça avait de l'impact. Etonnant ! (MG7)*
- *je m'efforce d'encoder tous les patients que j'ai vaccinés contre la grippe. Donc ça je peux le sortir assez aisément, mais ce n'est pas pertinent je dirais, parce que ma population cible est une population relativement stable, et là oui, on a un dénominateur, je peux déterminer un numérateur et sortir un chiffre, mais je ne connais pas ma population globale, donc ce chiffre est de toute façon biaisé (MG8)*

5.2 NIVEAUX D'ÉVALUATION CITÉS

5.2.1 STRUCTURES

Rien n'a été dit directement par les MG interrogés qui puisse se rapprocher d'une évaluation des structures de soins, au sens où Donabedian l'entendait.

Indirectement, on peut imaginer que le manque de temps invoqué de façon quasi unanime et la difficulté à imaginer une délégation de tâches à du personnel administratif constituent une évaluation criante du manque de structures adaptées à une pratique plus efficace de la prévention en MG.

5.2.2 PROCESSUS

Les MG imaginent assez aisément qu'il est possible de mesurer des indicateurs de processus, par exemple en matière de vaccinations, et certains le pratiquent déjà.

Une limite importante vient du fait que des actes préventifs sont effectués par d'autres prestataires sur des patients des MG et que ces derniers ne sont pas informés de la réalisation de ces procédures (vaccins effectués à l'ONE, frottis de col effectués chez des gynécologues, etc.).

- *je peux mesurer qui est vacciné et qui ne l'est pas, et qui aurait dû l'être (MG2)*
- *là je mesure une intervention, et je peux éventuellement dire d'une année à l'autre si j'ai vacciné plus de patients par rapport à la population desservie, mais bon, ça peut faire une belle publication et après ça ? (MG8)*
- *c'est concrètement très difficile à mesurer et à organiser, donc on reste dans le flou artistique, moi ça même gêne pas parce que j'aime bien le flou artistique, mais si on veut mesurer correctement des*

choses mesurables, je ne sais pas très bien comment on peut faire. Par exemple en matière de vaccination des gosses, c'est très difficile parce qu'on vaccine à l'ONE par exemple, mais tout n'est pas enregistré, parce qu'il y a des vaccinations qui se font en dehors, donc c'est très difficile d'arriver à un instrument qui mesure correctement le travail qui est réellement effectué (MG8)

5.2.3 RÉSULTATS

Les MG pointent bien la difficulté en soins primaires d'obtenir une évaluation de résultats. Tout au plus peuvent-ils mesurer des résultats intermédiaires comme les variations de constantes biologiques liées aux facteurs de risques.

Le manque de recul temporel par rapport à l'évolution de pathologies sur plusieurs décades, l'absence de symptômes dans le cas d'une prévention réussie, la multiplicité des facteurs confondants rendent aléatoire les mesures à leur niveau de soins.

Par contre, les MG disposent d'une certaine évaluation de résultats lorsqu'un de leurs patients déclare une pathologie ; ils sont alors remotivés vis-à-vis des autres patients pour ce type de pathologie.

Certains MG se déclarent très satisfaits des résultats de leur action, ce qui les renforce et les incite à la reproduire.

- *Mais comment mesurer l'impact de la médecine générale, c'est difficile parce que tous ceux à qui on a permis de ne pas avoir d'infar et tout ça, ça ne rentrera pas dans les feuilles de calculs... C'est très difficile aussi d'évaluer l'impact de la prévention je suppose... (MG3)*
- *moi je dis toujours à mes assistants « notre travail, c'est que les spécialistes n'en ai plus »... mais je leur dit aussi « c'est un travail qui est aussi très ingrat », il n'y a personne qui se dit en se levant « merci monsieur Sabin » et pourtant le mec s'est creusé pour trouver le vaccin (MG4)*
- *ben l'année dernière j'ai eu un infar, cette année j'en ai 10, je me dis « oups, il y a peut-être 2-3 ans que tu es en train de te laisser aller », ça, c'est une chose. C'est souvent les échecs qui te ramènent à l'ordre (MG4)*
- *Ben, je pense qu'on a quand même 80 % de bons résultats. Si on chiffre si, quand on a un acte préventif on évite la survenue d'une maladie, je pense qu'on peut chiffrer ça à 80 % (MG6)*
- *Quand on fait de la prévention cardiovasculaire et qu'on se dit qu'à long terme les gens vivent plus longtemps parce qu'au fond, nous avons fait de bons traitements (MG9)*
- *en quoi est-ce que moi je suis intervenu dans l'augmentation du poids de naissance ou dans la diminution de la prématurité ? ça je ne le sais pas, mais c'est là dessus que ça joue d'une certaine façon. Donc entre les deux, il y a énormément de chaînons manquants (MG8)*

5.3 ACCEPTABILITÉ DE L'ÉVALUATION

5.3.1 CRAINTE DU REGARD EXTERNE

Le regard externe sur la pratique n'est pas rejeté à priori, mais la crainte qu'il soit assorti de sanctions est bien réelle. Les MG ne souhaitent pas être pénalisés en raison de difficultés liées au comportement des patients.

- *ou alors il faudrait qu'on encode le refus des patients, comme ça on pourrait se dire qu'on fait de la prévention mais les patients ne sont pas d'accord (MG2)*
- *en général les feed-back, moi je les prends avec philosophie mais qu'il y en a beaucoup qui les prennent de manière coercitive. Je crois que... je ne suis pas sûre que ça serait bien reçu (MG5)*

5.3.2 FINALITÉ DE L'ÉVALUATION

L'évaluation de la pratique préventive serait bien plus acceptable si les MG sentaient qu'elle est dirigée vers une amélioration de la santé des patients et non vers des objectifs de réduction des coûts liés aux soins. Un effort de formation concomitant à la publication de l'évaluation serait désiré par certains.

- *Ce qui serait peut-être intéressant, c'est d'avoir une question de rentabilité. Quand vous prenez, ça je le fais d'office, quand vous prenez la tension... un peu comme quand on fait un audit énergétique dans une maison... si vous faites ceci, le rapport d'efficacité est de... je me dis que ce serait peut-être intéressant d'avoir un rapport d'efficacité. Si vous prescrivez vraiment, de façon systématique, des mammographies pour les femmes, voilà le nombre de vies que vous avez épargnées (MG5)*
- *je ne pense pas que ce soit dans le bien-être et l'intérêt du patient, je pense que c'est dans un souci économique. Donc je ne sais pas si l'INAMI serait vraiment l'organisme adéquat pour quantifier ce genre de choses (MG6)*
- *le feed-back antibiotique qu'on a eu je trouve ça vraiment intéressant de pouvoir être profilé mais d'un autre côté on n'a pas de formations qui suivent, on a l'impression qu'il y a une rétention d'information (MG3)*

5.3.3 HABILITATION À L'ÉVALUATION EXTERNE

Pour qu'une évaluation externe soit déclarée acceptable, voir intéressante, elle devrait émaner d'instances jugées neutres, donc non sanctionnantes. Elle pourrait provenir de l'INAMI à condition qu'il sorte de son rôle traditionnel de contrôle et de sanction et de régulateur économique de l'activité de soins. Les mutuelles, des instances scientifiques comme les départements universitaires de médecine générale, la société scientifique de médecine générale, la fédération des maisons médicales sont également cités.

Même dans le contexte actuel de la pratique de profilage pratiquée par l'INAMI, plus ou moins bien acceptée, les MG semblent n'avoir pas beaucoup imaginé d'alternatives.

- *pas d'une firme pharmaceutique, mais si c'est l'INAMI, les mutuelles qui font des études, enfin qui regardent quel profil de prescription, enfin je ne sais pas... mais je peux l'accepter de plein de gens, et puis le regarder avec un regard critique (MG2)*
- *De la part des mutuelles, enfin, je me dis que ce sont peut-être les mutuelles qui sont les mieux placées à ce niveau-là. Qui savent, elles, ce qu'on a fait comme examen chez nos patients (MG5)*
- *Je ne sais pas... des associations scientifiques comme la SSMG, plus au niveau universitaire ou scientifique mais pas au niveau ministériel... (MG6)*

5.4 MODALITÉS D'ÉVALUATION

5.4.1 AUTOÉVALUATION

Les MG interrogés se partagent en deux groupes : ceux qui sont capables d'évaluer certains aspects de leur activité préventive et qui le pratiquent plus ou moins régulièrement, et les autres, qui en ont les moyens mais ne les utilisent pas, qui n'en ont pas les moyens ou les compétences techniques ou qui ne s'en posent pas la question.

Les mesures réalisées par le MG sont parfois confrontées au feed-back provenant de l'INAMI, ce qui peut révéler des différences d'interprétation. Au-delà de son exactitude mathématique, cet exercice est stimulant.

Parfois, le fait de ne pas pouvoir mesurer de résultat génère un certain regret. Mesurer permettrait de faire de la meilleure prévention, ou de savoir si on fait un travail de qualité, un travail utile.

Toutefois, le fait de ne pas disposer de mesures n'empêche pas certains MG d'avancer des chiffres de couverture... et d'en être satisfaits.

- *j'aime beaucoup confronter cette vue qui est la mienne et que je considère comme réelle et fiable par rapport à celle que l'INAMI m'envoie et qui me fait bien rigoler, parce que souvent, les chiffres de l'INAMI ne sont pas, ne corroborent pas (MG1)*
- *ben si, je peux vérifier, « ah ben c'est bien ils ont une bonne hémoglobine glycosylée, c'est bien, la tension de mes patients est plus ou moins correctement équilibrée, c'est bien... (MG2)*
- *j'ai un logiciel, mais j'ai un problème avec la standardisation, et donc avec l'informatique aussi, et là je m'efforce d'encoder tous les patients que j'ai vacciné contre la grippe (MG8)*
- *on a fait quand même de petites enquêtes dans nos pratiques, notamment quand on a la présence d'étudiant, on évalue certain problème de manière simple avec des questionnaires extrêmement simples pour les sensibiliser justement à la possibilité d'évaluation de nos interventions. Dans nos interventions, dans la population que nous desservons, le dépistage du diabète se fait correctement (MG8)*
- *Oui, je pourrais le faire. Mais je ne le fais pas, non. Mais c'est vrai que ce serait une bonne manière d'avoir... ça, ce serait de la bonne prévention (MG6)*
- *Chez mes patients, je pense qu'il y a quand même aux alentours de... 70 % [de couverture de vaccin antigrippal]. J'allais dire 65, mais 70 %. [De choses mesurées dans votre logiciel de dossiers, ou c'est une évaluation ?] ...non, c'est une évaluation globale, comme ça (MG6)*
- *En tous cas moi, c'est difficile. Si j'étais informaticien je trouverais un... c'est vrai que ce serait un récapitulatif. Moi, c'est un petit peu plus difficile... mais je ne me suis jamais posé la question (MG9)*
- *quelqu'un de bien organisé, quelqu'un de bien systématique pourrait peut-être tirer des conclusions sur les patients où il a réussi à faire tomber le cholestérol en dessous de 190, par exemple. Et ceux qui ne l'ont jamais fait. Peut-être qu'après 20 ans il verrait une différence dans ses courbes de morbi-mortalité. Non, je crois que je n'évalue pas l'impact que j'ai... Parfois, quand on est en solitaire on se demande si on fait du bon boulot (MG7)*

5.4.2 FEED-BACK EXTERNE

Globalement, l'idée de recevoir un feed-back externe est plutôt vue positivement par les MG interrogés. Idéalement, il devrait être assorti d'un rappel des recommandations relatives aux résultats mesurés et de l'impact attendu de la prévention, de façon à joindre un aspect formatif et une motivation à l'évaluation.

Il y a un risque que de tels feed-back mettent le focus sur une problématique durant une période limitée, puis que celle-ci retombe dans l'oubli après quelques temps.

Le benchmarking est perçu comme potentiellement intéressant et porte intrinsèquement un potentiel de rassurance de ceux qui sont inquiets par rapport à la qualité de leur pratique. Toutefois, il faudrait veiller à distinguer les moyennes des pratiques comparées et les objectifs attendus.

- *qu'est-ce que j'attendrais ben, je ne sais pas d'abord des statistiques pour voir comment je me situe par rapport aux autres euh, mais c'est les points faibles qu'on me rappelle l'attitude à avoir dans certains domaines, et quel est l'intérêt de l'avoir à long terme (MG2)*
- *je suis pour les feed-back externes... moi je tiens compte de ça, parce que tu ne sais pas te situer correctement si tu n'as pas ce genre d'outils (MG4)*
- *Moi je crois que ce serait intéressant parce que ça nous fera, ça me fera réfléchir sur ma pratique. Je vous disais, moi les papiers de l'INAMI, je ne les considère pas comme quelque chose d'épouvantable. Je trouve que... ça me conforte dans mon truc, parce que moi je suis toujours dans la moyenne. Je ne suis pas mauvais, et je ne suis pas... (MG7)*
- *pour nous c'est intéressant d'avoir une évaluation extérieure si ça met le doigt sur quelque chose sur lequel on peut s'améliorer, tant mieux ! Moi je ne prends pas ça comme étant une critique ou entre*

guillemets comme étant une menace, ou une sanction mais plutôt comme un élément positif qui peut améliorer ma pratique (MG8)

- *Oui, c'est un surcroît de travail, mais je vous dis, de nouveau, ça va peut-être marcher deux mois, trois mois, et pendant ce temps-là je serai peut-être moins active sur... comme je disais tout à l'heure, il y a tellement de volets à la prévention que je me rends bien compte que j'ai des marottes par moment, et puis que ça va changer... je ne saurais pas tout faire en même temps (MG5)*
- *oui ça me rassure, oui mais enfin je n'ai pas du tout peur du résultat, cela me donne des indications car je ne peux pas évaluer. De la même façon le feed-back INAMI, je suis content de cette évaluation extérieure, ce type d'audit, cela permet de discuter à partir d'un recueil de données. On a des chiffres comparables qui permettent de se situer dans un environnement (MG8)*
- *c'est pas parce que j'ai des bons chiffres que j'atteins nécessairement des objectifs de santé. Par exemple avec les antibiotiques, si on est dans la moyenne on est encore trop haut par rapport aux recommandations. C'est quelque chose que la moyenne des médecins ne comprend absolument pas « nous sommes dans la moyenne donc c'est bien » (MG8)*

5.5 PLACE DES PATIENTS

Les MG interrogés ne voient que peu de place pour les patients à un quelconque niveau d'évaluation de la prévention.

Éventuellement, ils pourraient être dépositaires des informations les concernant, permettant idéalement de les rassembler facilement. Mais même ceci semble voué à l'échec, les patients n'étant pas plus fiables que les médecins à cet égard.

- *il pourrait être dépositaire d'un instrument de collecte, mais on a essayé de faire ça et on sait que ça se perd, que ça ne se remplit pas, c'est un peu la quête du Graal de trouver un instrument qui mesure de façon continue les différentes interventions pour un individu (MG8)*

6 SANTÉ PUBLIQUE

Résumé

Le bilan que les MG tirent des grandes campagnes de santé publique est souvent mitigé. L'organisation leur semble désordonnée : trop de thèmes et trop d'opérateurs pour des procédures différentes. Le coût leur semble excessif et le retour d'information vers eux insuffisant. Ils se sentent parfois dépossédés de leur métier. Parfois, le support médiatique de ces campagnes est perçu comme un soutien à l'activité des MG. Une activité qui les fait participer directement comme le dépistage cardio-vasculaire encadré par Promosanté (74) ou le travail spécifique de l'Observatoire de Santé du Hainaut dans une logique d'appui sur un réseau d'intervenants très large ont été mieux reçues.

Pour prendre une place effective dans un dispositif de santé publique, les MG demandent une organisation centrée sur leur niveau de soins, dans laquelle ils auraient des responsabilités, assorties d'un échelonnement réel et sans surcharge administrative inutile. Une standardisation des logiciels et des formats d'échange est souhaitée.

Ils demandent aux autorités un meilleur financement de la prévention à leur échelon, éventuellement par un système « Pay for Quality ». Des incitants financiers pour les patients pourraient être mis en place. De façon plus implicite, ils demandent aussi un meilleur financement de leur profession qui leur permette de limiter leur surcharge de travail.

L'équité ne semble pas au centre des préoccupations pour la plupart des MG interrogés. Ils ont déclaré avoir peu de moyens d'atteindre les habituels exclus du système et de modifier les déterminants de santé à un niveau collectif, sauf dans un centre de santé intégré où le pessimisme est tempéré. Le terrain d'action privilégié reste pour beaucoup la relation individuelle.

Pour prendre une place effective dans un dispositif de santé publique, les MG demandent une organisation centrée sur leur niveau de soins, dans laquelle ils auraient des responsabilités, assorties d'un échelonnement réel et sans surcharge administrative inutile.

Ils demandent aux autorités un meilleur financement de la prévention à leur échelon, et, de façon plus implicite, un meilleur financement de leur profession qui leur permette de limiter leur surcharge de travail.

6.1 LES GRANDES CAMPAGNES

6.1.1 AVIS DES MG SUR LES GRANDES CAMPAGNES

Régulièrement, le pays est traversé par de grandes campagnes de promotion de l'une ou l'autre activité de prévention ou de promotion de la santé. Certains MG interrogés pensent qu'il y a en ce domaine beaucoup trop d'opérateurs différents, beaucoup trop de thèmes abordés sans ordre ni logique. Une des raisons invoquée est le découpage institutionnel belge particulièrement poussé des compétences en santé. Il faut en outre ajouter que des opérateurs privés s'ajoutent à cette cacophonie.

Dès lors, la perception de ces grandes campagnes est souvent négative, mais pas chez tous les MG. Certains les apprécient même comme support ou introduction à leur propre discours de prévention vis-à-vis de leurs patients. Certains ont participé au dépistage cardiovasculaire systématisé relayé par Promosanté asbl (74).

- *Moi les campagnes je suis pour. Ça nous aide hein. Ça nous sensibilise aussi un peu, nous on se dit « tiens, on pourrait penser à ça ou à ça ». Mais les gens, quand ils ont déjà vu une affiche, ou ils ont entendu parler, il y a déjà 2 personnes, une affiche et le médecin qui en parle, ça fait déjà... non je suis pour les campagnes (MG4)*
- *Oui, moi je suis assez favorable. Je crois que ça touche quand même une marge importante de la population, et pour bien faire ça nous ouvre la porte à parler d'autres choses éventuellement... mammothests, dépistages du cancer de la prostate, etc. oui. Et je me rends compte qu'il y a des gens qui y sont sensibles... (MG5)*
- *les grandes campagnes comme le mammothest ont des avantages qui l'emportent largement sur les inconvénients, il est certain que ces campagnes ont un intérêt, et elle doivent être relayées, on doit s'appuyer sur ces campagnes pour être plus pertinents dans nos interventions, ça c'est certain, donc je pense que pour la majorité des gens, ces campagnes ont un intérêt (MG8)*

Malheureusement, nombreux sont les MG qui ont répondu n'avoir soit que très peu de connaissance de l'existence de ces campagnes, soit ne les approuvent pas et se tiennent à l'écart. Le coût pour la collectivité jugé excessif, la fiabilité des tests pratiqués, la pertinence même des examens, le manque de retour d'information vers eux sont les arguments les plus fréquemment avancés. Même dans une campagne structurée comme celle du mammothest, certains médecins déclarent ne jamais recevoir de résultats ! Parfois, les résultats reçus ne sont pas traités tant que le patient n'en fait pas la demande, avec les conséquences du retard éventuel.

Certains de ceux qui sont contre ces campagnes se sentent dépossédés d'une partie de leur travail et ne le vivent pas bien. Les campagnes ne sont pas perçues comme une aide par rapport à la surcharge dont ils se plaignent par ailleurs. Au contraire, la demande induite chez les patients, alors qu'aucun support sur le terrain n'est prévu, peut l'aggraver.

Le message n'est pas toujours bien compris des patients et la demande qui arrive aux MG n'est pas forcément opportune (ex. : vaccination antigrippe, vaccination HPV). La consommation des patients dans ce système peut être redondante.

- *je suis fort mitigé... je trouve que le rendement de ces campagnes est fort fort euh, sujet à caution. Ça coûte beaucoup d'argent, beaucoup d'argent hein, euh je ne suis pas du tout convaincu que ça porte réellement euh chez l'individu (MG1)*
- *[quand un ministère organise le dépistage par mammographie] ... souvent ça va à la poubelle... et je n'en parle pas... [le support en matière de vaccin pour les gosses ?]... ça je le fais moi-même (MG1)*
- *est-ce qu'il n'y a pas moyen de faire d'autres activités préventives beaucoup plus globales, qui coûtent moins chers, ou alors le prostate-mobile là, ou le glucomètre-mobile, ou l'ostéoporose-mobile euh pfff, enfin voilà c'est bien, mais est-ce qu'il n'y a pas d'autres manières ? (MG2)*
- *on va avoir des patients qui veulent faire le vaccin grippe et qui ne sont pas dans les critères de vaccination donc euh, en plus le vaccin est remboursé partiellement pour ceux-là aussi, donc voilà tout le monde veut se faire vacciner... ce n'est pas forcément l'action la plus pertinente... ou alors le Gardasil hein, vaccin contre le cancer du col, et il faut tout réexpliquer de A à Z (MG2)*
- *« Bilan santé » l'an passé... ça tombe au milieu d'une pratique qui est malade... ça ne va pas, la médecine, ça ne va pas... Il faut donner des moyens différents, ça ne va pas de faire des campagnes... Quelqu'un qui tourne comme un malade vous lui proposez des outils mais il continue à tourner comme un malade... Je ne vais pas m'embêter avec des outils qui ne sont pas top, qui ne sont pas adaptés à ma pratique... (MG3)*

- *ben mammothest, en fait, on n'a rien à voir la dedans : la bonne femme, elle reçoit sa convocation, toi tu ne reçois pas les résultats (MG4)*
- *il y a aussi la journée mondiale de ceci, la journée mondiale de cela... la journée sans tabac. Ce jour là, il y en a quand même 2 ou 3 qui en reparlent. Et on sait en parler plus facilement ce jour là (MG7)*
- *je trouve qu'on se disperse fort en Belgique. Mais ça c'est logique puisqu'on a trois niveaux, le fédéral, le communautaire, puis alors le provincial, tout ça (MG7)*
- *parfois, ça me fait sourire, le monsieur qui sort de chez l'urologue et qui a fait son PSA avec moi et puis qui se précipite dans le car de la prostate. Enfin, c'est dépenser des sous pour rien. « Ben oui, puisque c'était pour rien, docteur, j'y suis allé » (MG7)*
- *Donc, ce genre de campagne, moi je les mets de côté. Je préfère moi-même les prendre en charge, et de toute façon, je les prends en charge. Tu dois faire ta mammographie à tel endroit, tu reviens avec les résultats et on en discute (MG9)*
- *Je reçois un truc à un moment donné : mammothest. Je m'y intéresse pas trop, je n'ai pas fait la demande moi-même. Et cette dame là, 6 mois après, elle me dit : « tiens, dans le fond, tu avais reçu mon mammothest ? », alors je dis « oui », « et alors ? » En fait il y avait quelque chose... et on a perdu 6 mois (MG9)*

Seul un MG s'est déclaré ouvertement favorable à une organisation de la prévention dont l'opérateur pourrait être choisi en fonction de son efficacité, quitte à ce que l'organisation revienne aux pouvoirs publics et que le domaine de soins curatifs en soit dépossédé.

- *Si on me dit que demain, tu ne fais plus de vaccinations et que les vaccinations doivent être faites par un office centralisé, moi il n'y a pas de problème et je signe des deux mains. Moi j'ai vécu la campagne de vaccination contre la polio, la première du genre. Eh bien les pouvoirs publics étaient tout à fait dans leur rôle, de vacciner à grande échelle tout la population et la médecine libérale aurait été tout à fait incapable de le faire (MG8)*

6.1.2 PLACE DES MG COMME RELAIS DE SANTÉ PUBLIQUE

Si une place est à prendre par la médecine générale comme relais des actions de santé publique, il reste du chemin à parcourir.

Plusieurs conditions ont été énoncées par les MG interrogés :

- Ne pas aggraver la surcharge administrative chronique dont les MG se plaignent.
- Organiser un échelonnement effectif. Il est difficile que les MG se sentent concernés par le résultat de procédures qu'ils n'ont pas initiées et dont le résultat ne leur revient pas en priorité.
- Organiser le dispositif autour des MG. Les MG ne se sentent au centre du dispositif que si on les y place expressément et qu'on leur y donne des responsabilités.

Certains voient plus loin et imaginent un futur où le partage des tâches entre les prestataires de soins au niveau primaire va devoir se réorganiser, notamment en raison de la pression démographique dans la profession médicale. Dans ce contexte, la prise en charge des tâches organisationnelles et administratives pourrait se faire par d'autres professions que les médecins.

- *Le bilan santé ça me faisait des papiers supplémentaires à faire... Des papiers, je croule déjà sous des papiers (MG3)*
- *Je pense par exemple au mammothest, où là il y a des campagnes, mais on pourrait imaginer qu'il faille passer par son généraliste pour aller voir le spécialiste qui va pratiquer ce test-là. Donc c'est qu'il y ait*

un retour... un échelonnement naturel, que l'on pousse les gens à aller chez le généraliste pour demander un mammotest, ou une prise de sang cholestérol, PSA, une glycémie... (MG5)

- *à condition que tout soit organisé, réunion, etc. et qu'on soit en ligne, et qu'on nous donne des responsabilités. Parfois, c'est ce que nous attendons, c'est d'avoir des responsabilités et qu'on soit des acteurs de terrain. Parfois on nous considère un petit peu... on arrive en bout de chaîne quoi. Et ça c'est un peu dommage, vous comprenez ? (MG9)*
- *bien entendu, mais je veux dire que le pain quotidien du médecin va changer aussi. Si on s'achemine vers une diminution du nombre de médecin, le médecin va devoir effectivement réorganiser son travail, je n'ai pas de problème avec cela. Il aura peut-être une fonction beaucoup plus organisationnelle, d'encadrement... pourquoi pas ? le pain quotidien, le pain quotidien... si on change de fournisseur, ben pour moi il n'y a pas de soucis... (MG8)*

6.2 PLACE DES AUTORITÉS

À travers les déclarations des MG, on devine une série de demandes implicites aux autorités.

6.2.1 FINANCEMENT SPÉCIFIQUE DE LA PRÉVENTION

Cela pourrait se faire par la création d'un honoraire spécifique, par l'officialisation du remboursement des consultations qu'elles soient curatives ou préventives, par un meilleur remboursement de certains vaccins. Le financement pourrait provenir du détournement d'une partie du budget des campagnes préventives vers une organisation efficiente au sein des soins primaires. La dissociation des activités de soins curatifs et préventifs n'est pas en soi un objectif intéressant pour les MG.

Un système de « Pay for Performance » ou « Pay for Quality (P4Q) » serait envisageable et probablement efficace, mais éthiquement douteux.

- *quand un médecin, quand un dentiste, quand un vétérinaire, quand un pharmacien, a une action spécifiquement préventive, il devrait, en fonction de son cadre professionnel, de sa nomenclature propre, ou de l'absence de nomenclature puisque les pharmaciens n'en ont pas, mais il devrait y avoir un budget, il devrait y avoir une rémunération spécifiquement faite pour ça... (MG1)*
- *si il y avait un numéro de nomenclature spécifique, avec une reconnaissance à ce niveau là, ça faciliterait certainement les choses, mais je pense que même si on faisait une consultation préventive, on m'a déjà dit que ce n'était pas codifié (MG5)*
- *Un bon carnet coûterait moins cher que toutes ces cars... (MG7)*
- *[Un système P4Q]... Je crois que ça marcherait. Parce que malheureusement beaucoup de choses marchent avec une gratification. Dans l'absolu, c'est dégueulasse comme truc. Sur le plan purement conceptuel, c'est dégueulasse de se dire que le médecin va être plus attentif parce qu'on va lui donner plus. Mais je crois que ça marcherait (MG7)*
- *mettre à notre disposition plus de matériel. Je pense à l'ostéoporose, on en parlait beaucoup à un moment donné, c'est de mettre du matériel à notre disposition. Parce que quand on voit... j'ai eu un appareil qui coûtait quand même 25.000 € à ma disposition pendant une semaine (MG9)*
- *le remboursement par exemple du col de l'utérus, élargir la gamme des remboursements parce qu'on est limité à une tranche d'âge, mais... c'est un peu illusion ! Parce que la tranche d'âge qui vient juste après les 18-25 ans, c'est là que la demande est la plus forte (MG9)*
- *on parle beaucoup de chèques prévention, de rembourser une consultation, qui sont des moyens incitatifs, moi je suis relativement sceptique par rapport à ça parce que ça voudrait dire que l'on dissocie une action prévention d'une action curative (MG8)*

6.2.2 ÉCHELONNEMENT DES SOINS.

Les MG sont bien conscients des économies potentielles qui pourraient être réalisées par un échelonnement des soins, en médecine préventive comme dans le secteur curatif. Leur fonction s'en trouverait revalorisée.

- *Commencer par écouter les généralistes, commencer par faire des études de coût de la médecine générale... Qu'est-ce que nous on peut générer comme coût ? Et qu'est-ce que ça génère la médecine hospitalière ? A mon avis le pire des médecins généralistes il coûte moins cher que le meilleur des spécialistes... (MG3)*
- *Je pense que, en ficelant bien cette histoire des trajets des soins de santé, pas empêchant le patient d'aller voir directement le spécialiste, mais en obligeant le patient de passer de manière systématique chez le médecin traitant avant d'aller voir le spécialiste... (MG6)*

6.2.3 MISE EN PLACE D'INCITANTS POUR LES PATIENTS

Certains MG verraient bien l'introduction d'incitants pour les patients de façon en modulant les conditions de remboursement des prestations, comme cela se pratique en dentisterie.

- *« les femmes sont moins bien remboursées si elles n'ont pas été faire leur frottis dans un tel délai de trois ou cinq ans... » mais qu'on fasse ça, qu'on oblige les gens, qu'on diminue leur remboursement de frais de santé ou de quoi que ce soit, qu'on augmente leur impôts ou quoi s'ils ne se font pas suivre correctement... (MG3)*
- *Je pense que si chacun venait checker sa tension ou son diabète, son cholestérol de manière coercitive ce serait bien... Ce serait l'occasion de faire de la prévention à ce moment-là, quand les gens viendraient « bon docteur, je viens parce que le gouvernement m'embête, parce que ça va me coûter des sous si je ne viens pas » moi là je vais pouvoir défendre le gouvernement et dire « écoutez c'est pour votre bien, si on ne le fait pas vous risquez ceci-cela » là le dialogue sera ouvert ! Si le gouvernement veut nous aider, qu'il pousse les gens, qu'il les oblige... On oblige les gens à mettre leur ceinture, on peut bien les obliger à faire de la médecine... ! (MG3)*

6.2.4 FINANCEMENT STABLE DE LA PROFESSION.

Derrière les revendications d'un meilleur financement de la prévention, on devine parfois une remarque plus générale sur le niveau de revenus des MG et la façon dont ils l'atteignent dans un système de soins majoritairement financé à l'acte.

Sans le dire clairement, des MG se rendent bien compte que seule la répétition des actes les finance au niveau qu'ils souhaitent et génère une surcharge chronique et probablement auto-entretenu. Certains en appellent à une limitation de leur charge de travail et pourraient envisager une délimitation de patientèle, voire un financement forfaitaire.

- *Le médecin ne sait pas faire de noir, je suis sûr que si demain j'étudie pour faire plombier, je gagne plus de fric en travaillant le même nombre d'heure, je suis sûr ! Et moi je ne demande pas à avoir plus d'argent de toute manière je n'ai pas le temps de le dépenser mais il faut avoir plus de temps donc si on dit « bon, demain tu gagnes un salaire beaucoup moins important mais il est fixe quelle que soit ton activité » je serai beaucoup plus à l'aise... (MG3)*
- *Oui c'est plus pour soigner le soignant mais pour améliorer la qualité des relations entre médecins je pense qu'il faut lutter contre les prix de concurrence... Et il y a des moyens, si on devenait salarié ou... Il y a sûrement des moyens pour limiter la concurrence... (MG3)*
- *C'est un peu facile, en revalorisant l'acte intellectuel, en revalorisant les honoraires. Ou alors changer complètement la manière de travailler et travailler au forfait en maison médicale. Ce serait ... ça nous permettrait de faire plus de prévention. On ne serait plus obligé de faire autant de contacts par jour pour assurer... 'fin pour avoir une rentrée, etc. et il n'y a plus cette barrière de, on ne doit plus se tracasser de « aujourd'hui, je n'ai pas vu assez de patients... aujourd'hui, j'ai vu trop de patients... », et il n'y a plus cette notion de quantité d'acte à faire (MG6)*
- *Il faudrait peut-être avoir des honoraires supérieurs pour pouvoir limiter le nombre de patients ... plus ou moins, de dire votre clientèle ne dépassera pas la possibilité de 1.500 patients potentiels. Je me dis parfois que ça peut être plus vivable. Et qu'on pourrait développer d'autres aspects de la médecine (MG7)*

6.3 PLACE DE LA SANTÉ DANS LA SOCIÉTÉ

6.3.1 ÉQUITÉ

Les chances des patients face à la santé sont inégales, et les MG le constatent. Il y a bien sûr les causes génétiques, mais aussi sociales.

L'information ne circule pas de façon optimale, parfois elle ne touche pas ses cibles, parfois elle n'est pas appropriée et peut se trouver sous l'influence du marketing pharmaceutique.

- *le capital santé de chacun, qui malheureusement, malheureusement ! est bien inégal hein, nous naissons tous avec un capital santé fort inégal (MG1)*
- *Ce n'est pas que son attitude à lui, c'est... le manque d'informations peut-être qui circule ... oui... le manque d'informations en général dans la société... (MG2)*
- *alors voilà, mais en attendant, on fait tellement de marketing avec ça que quand les patientes viennent, on explique toute la situation de A à Z, mais qu'on ne peut pas empêcher une maman de vouloir faire un vaccin « contre le cancer du col » comme le dit la publicité au cinéma ... on va vacciner toutes les jeunes filles euh pour le Gardasil, ça va coûter très cher, est-ce que ce ne serait pas plus malin de renforcer le dépistage du cancer du col chez les femmes d'un certain âge qui s'oublient complètement (MG2)*

Si les MG constatent que ce sont toujours les mêmes qui bénéficient des soins préventifs, ils ne proposent pas de solution pour aider les laissés-pour-compte à s'insérer dans la démarche, si ce n'est de façon coercitive. Heureusement pour l'éthique de la profession, la tentation de l'hygiénisme est dénoncée par certains MG, même si alors il ne reste plus qu'à s'en remettre à la maturité des patients pour gérer correctement le capital santé. Et puis, pour certains, ce qui n'est pas fait chez eux est sûrement fait ailleurs.

- *ne se présentent à ces tests que les plus assidus dans la prévention, les patients qui se surveillent eux-mêmes... Le Popeye qui a un super cholestérol, qui est obèse et qui est diabétique et qui ne vient jamais, il est sûrement concerné par le problème, et il n'ira jamais à ce truc là... (MG3)*
- *c'est toujours ces gens qui ne sont pas prédisposés à la prévention qui échapperont toujours ! Si on ne les oblige pas, c'est ces gens dans le quart-monde qui échappent à tout contrôle qui n'appellent le médecin que quand l'enfant est prêt à être hospitalisé « non pas l'hôpital docteur, pas l'hôpital... » c'est ceux là qu'il faut toucher et on va s'évertuer à faire des mains et des pieds, on va perdre une énergie folle et un temps fou face à des gens qui seraient bien aidés si on les obligeait... (MG3)*
- *ben oui je suppose que la bonne femme qui a 2 gosses, en monoparental, qui est au CPAS, qui est certainement plus obnubilée par les huissiers qu'il y a dans sa maison que par sa santé, ça... il y a des gens qui ont des priorités qui ne sont pas médicales, ça c'est sûr, je mettrais certainement ça dans les gens précaires (MG4)*
- *Je vois par exemple des femmes qui se font mammographier de manière abondante, et puis il y a un stock de femmes qui ne sont jamais mammographiées (MG8)*
- *moi je pense qu'il faut faire confiance à l'autonomie, à la maturité du public, ce sont des adultes, il ne faut certainement pas les imaginer comme étant un public d'assistés qui peut être ce que l'on risque de faire si on est trop incitatif (MG8)*
- *Moi je me dis toujours que s'ils ne sont pas chez moi, ils sont chez quelqu'un d'autre. C'est pas qu'ils sont dans la nature. S'ils ne sont pas chez moi, ils sont chez quelqu'un d'autre (MG9)*

6.3.2 PROMOTION DE LA SANTÉ

Si certains MG situent bien la santé parmi ses déterminants liés aux habitudes et conditions de vie, ils ne se sont pas positionnés comme des acteurs de changement à ce niveau. Leur terrain d'action privilégié est la relation individuelle, et de la même manière qu'ils envisagent peu d'actions collectives de promotion de la prévention au sein de leur patientèle, ils envisagent

aussi peu d'action de promotion de la santé. Cette pratique semble rester dans le champ d'action des maisons médicales. Face à ces besoins de santé, les MG ne voient pas où s'adresser, où agir pour modifier les déterminants.

Il pourrait même y avoir une réticence à s'occuper « trop » de la santé, de peur de stigmatiser les comportements qui n'entrent pas dans la norme, au mépris de la liberté individuelle.

- *On parle beaucoup de prévention de la santé en tant que telle mais euh... je ne sais pas, qu'on donne des conditions de vie décente aux gens, qu'on leur donne un salaire correct, qu'on les fasse vivre dans moins de stress, qu'on leur permette de manger convenablement, ça coûte cher de manger convenablement, de manger de la viande, de manger des légumes, enfin pff... enfin oui, « arrêtez de fumer » puis ils sont méga stressés tout le temps, ils viennent de perdre leur boulot, ils divorcent ou n'importe quoi enfin, je trouve que la société elle va... parfois ça me perturbe de devoir focaliser sur un taux de cholestérol alors que je trouve qu'on devrait plus s'occuper globalement, même que la santé publique fasse partie d'un tout (MG2)*
- *on est un peu impuissant. Il faudrait pouvoir relayer une information, mais à qui ? je veux dire, ça ne va pas, enfin, je vais quoi, je vais donner un médicament pour l'hypertension de mon patient, qui vient de se faire virer de son boulot, et puis quoi, il ne retrouvera pas de boulot, il n'a pas de diplôme, à qui est-ce que je vais dire tout ça ? à qui ? je veux dire, je veux bien aller le crier dans la rue mais je veux dire, je n'ai pas d'interlocuteur, je n'ai pas l'impression d'avoir un interlocuteur, enfin il y en a peut-être mais je n'ai pas connaissance ... (MG2)*
- *ils [les patients] attendent des messages, des lignes de conduite, ils attendent peut-être une sorte d'art de vivre, de culte méta culturel par rapport à des messages parfois contradictoires qu'ils entendent, et ils essaient aussi d'avoir des réponses en posant des questions dans un sens ou dans un autre (MG8)*
- *le frein principal est cette dérive verte « flashi », où on doit être tout à fait conforme à une sorte de sanitaire idéale, où la personne est responsabilisée par rapport à sa santé, et où prendre un verre de vin, une cigarette, c'est quelque chose d'extrêmement stigmatisant (MG8)*

7 SYNTHÈSE STRUCTURÉE DES RÉSULTATS

The content of the interviews was analyzed in a thematic way with reference to the Walsh & McPhee systems model of clinical preventive care (17)(Figure 7). Although created as long ago as 1992, the Walsh & McPhee model provides a useful taxonomy for the present study, which focused only the physicians' point of view. The ranking of GPs' responses in this model was used to guide us towards intervention methods that may enhance preventive practice.

We adapted the model slightly to make it applicable to preventive practice rather than to the original target of preventive behavior, and in accordance with the PRECEDE model (90). In our model, predisposing factors relate to the motivation to undertake particular forms of preventive practice (beliefs, attitudes, expectations, motivation, prior clinical experience, and the personal health practices of the physician). Reinforcing factors are those that support or reward the behavior (pharmaceutical advertisement, healthcare system feedback, patient satisfaction, support/approval of peers). Enabling factors include the skills and resources necessary to practice prevention (skills, training, technical expertise, and availability of materials). We divided the enabling factors into internal factors (personal skills, organizational factors including organizational priorities and skills, structure of office practice) and external factors (public health campaigns and the healthcare delivery system, including access to care, reimbursement mechanisms and gatekeeping; situational factors/cues to action are triggers to preventive practice and include internal cues, such as symptoms and external cues such as reminders from physicians inviting patients to participate in preventive procedures).

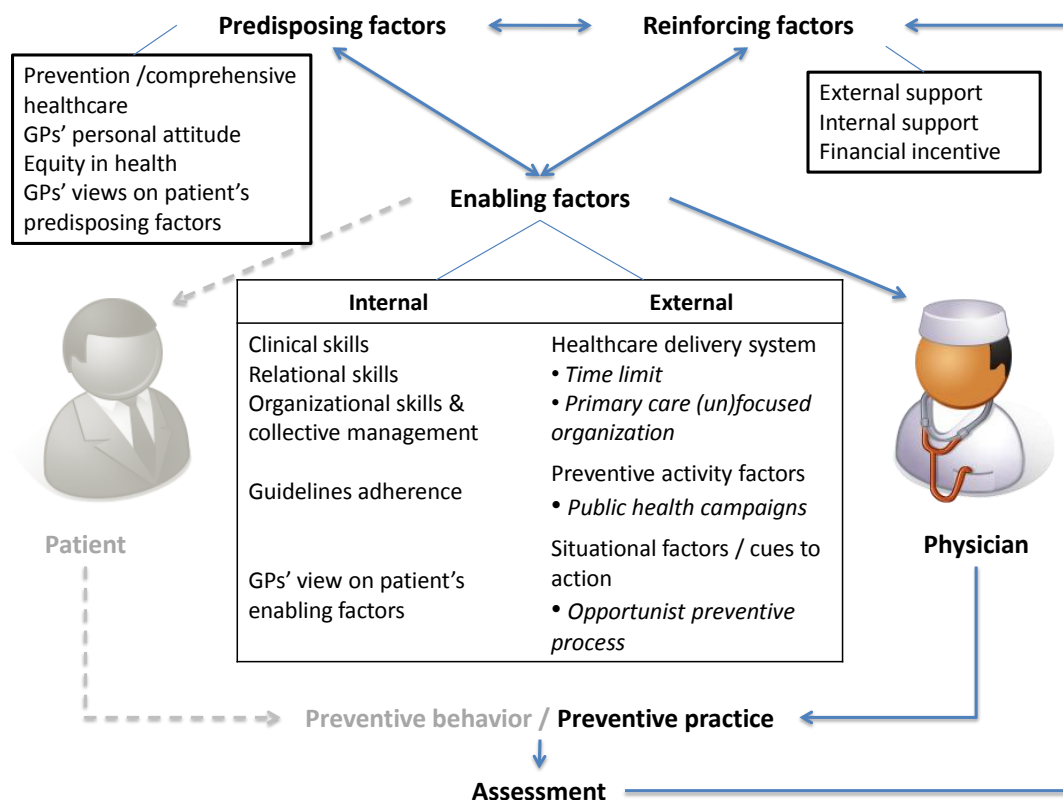


Figure 7: A systems model of clinical preventive care, adapted from Walsh & McPhee, focusing on the physician's point of view (17)

7.1 PHYSICIAN PREDISPOSING FACTORS

7.1.1 PREVENTION AS A PART OF COMPREHENSIVE HEALTHCARE

- *Where do I draw the line? Well... that's difficult because it depends... there's prevention for people who don't have anything wrong with them, and there's prevention for people with pathologies (GP10).*

When asked to give a definition of prevention in healthcare, GPs outlined the three classical levels: primary, secondary and tertiary prevention. Cardiovascular problems, diabetes mellitus and lifestyle were the aspects mainly cited, followed by immunization and screening for certain cancers (breast, cervix, prostate). Specific themes (STDs, falls, COPD, mental health, etc.) were cited more rarely. Quaternary prevention was barely cited at all.

Prevention was presented as a part of comprehensive health management, a fundamental part of a GP's job, and fed by their knowledge of the patients and their background. GPs considered it to be one of their missions to deliver quality information to patients, regarding the expected advantages and the intrinsic risks involved in preventive procedures (irradiation, adverse effects of vaccines, potential stressful effects, etc.).

7.1.2 INFLUENCE OF GPs' PERSONAL ATTITUDE

- *I personally have to have a colonoscopy but I don't really want to; however, I'll have to have it, and maybe I project that onto my patients (GP4).*

Although the patient's agenda heavily influences a GP's decision to take a preventive approach, the doctor's choice to take the preventive route is also built on his/her specific skills and interests. Certain themes or tasks (e.g. gynecology, addictions, clinical data management for the practice) and certain age groups (e.g. children / teenagers) were attractive or not, specifically according to a doctor's particular characteristics (age, gender, individual risk factors, practice of a sport, smoking). Sometimes GPs legitimized their action in their therapeutic relationship through their own personal behavior.

- *I don't really like putting my finger up a bloke's behind; so I do a PSA follow-up and, uh, up until now, I haven't had any problems (GP4).*

Other limitations were cited, particularly psychological ones: taboo subjects involving either intimate matters (sexuality and gynecological examination, cancer and death, drug addiction), or fear of discovering a pathology.

7.1.3 EQUITY IN HEALTH

- *I suppose a woman with two kids, who is a single parent and on welfare, is undoubtedly more focused on the bailiffs coming round to her house than on her health... medical issues aren't a priority for some people (GP4).*

Equity did not seem a major concern for most of the GPs we interviewed. They said they had few means to reach the socially excluded or to modify health determinants at a collective level. The exception to this attitude was found in a multidisciplinary group, where pessimism was tempered by additional human resources. Most GPs preferred to work in an environment oriented towards individual relationships.

Opinions were divided on the systematic practice of prevention: the trend towards equity was contrasted with a totalizing conception of health. For one GP, the systematic approach illustrated a reductive approach to medicine, which removes it from the art of practice. A comparatively coercive approach from health authorities regarding certain preventive procedures could have a reassuring effect for other GPs, because it would help to increase efficiency and save lives.

7.1.4 GPs' VIEWS ON PATIENT PREDISPOSING FACTORS

- *Young people don't come to see me to say, "Doctor, what do I have to do to avoid catching AIDS?" Young people don't come for a consultation, they come for the pill and when they do, I say, "Condoms are essential to protect you from sexually transmitted diseases, the pill doesn't do anything..." But it doesn't go any further than that (GP3).*

The patient's complaint occupies centre stage during the consultation; the preventive message has a better chance of being understood if it has a direct relationship to the problem being discussed.

The motivation to make a long-lasting change in lifestyle requires a commitment that must be discussed in an iterative way.

7.2 PHYSICIAN REINFORCING FACTORS

7.2.1 EXTERNAL SUPPORT

- *Medical representatives come to visit me to talk to me about certain pathologies, mainly all those drugs with a huge market – antihypertensive drugs, anticholesterol drugs, antidiabetic drugs – all that turns our focus to cardiovascular disease (GP3).*

There is a real pressure from the media through their emphasis on certain preventive actions; this can be a facilitating or an irritating factor for GPs, depending on the context. Pharmaceutical firms also influence preventive practice through the topics preferentially and repetitively covered by medical sales representatives.

Administrative or financial impediments, varying from one problem to another, are found to be irritating.

Assessment is not yet part of the GP culture but it does seem to be acceptable in principle; especially if GPs perceive it to be directed towards health improvement and not towards healthcare cost reduction targets. In that case, assessment would no longer be punitive and would be carried out by neutral bodies. Targeted training, linked to results, would be attractive to some. GPs do not want to be penalized for bad outcomes linked to patient behavior.

7.2.2 INTERNAL SUPPORT

- *When you work on cardiovascular prevention... you tell yourself that people live longer because, basically, they've received good treatment (GP9).*

Some practical tools (e.g. SCORE tables for cardiovascular risk assessment) are a valuable support for some GPs. The existence of preventive activities within a structured organization (mother and child healthcare, school health, field association) was also described as a facilitating factor.

Contact with peers reinforces motivation to practice prevention through the sharing of successful examples. Some other reinforcing factors were also cited: experiences from the GP's own practice (mostly with a negative or dramatic outcome, and experienced as a professional setback) and practice assessment, sometimes performed in a subjective way.

7.2.3 FINANCIAL INCENTIVES

- *On a purely conceptual level, it's rotten to think that doctors will be more careful because they're going to be paid more. But I think it would work (GP7).*

Most of the GPs we interviewed had asked the authorities for better funding of prevention at their level, possibly via a "Pay for Quality" system. GPs thought that financial incentives for patients could be established. More implicitly, GPs are also calling for better funding of their profession in order to enable them to reduce their workload.

7.3 INTERNAL PHYSICIAN ENABLING FACTORS

7.3.1 CLINICAL SKILLS

Clinical skills among the GPs we interviewed were sometimes lacking for certain technical procedures (e.g. pap smears, scheduling immunization, giving dietary advice). Technical skills had often been developed according to the GP's particular area of interest or a specific activity (mother-child consultation, family planning).

7.3.2 RELATIONAL SKILLS

- *I often say to people... I'm taking care of you as though you were my father, or my sister, etc. And that has a strong power of conviction (GP1).*

The quality of relational skills needed to ensure patient adherence to preventive messages, often learned on the job, was highly variable. Only one GP spoke of the motivational interviewing technique. Some were uncomfortable about giving bad news (e.g. positive test results).

7.3.3 GUIDELINES

- *I rather prefer paper... very fine, very functional..., but you still have to open it, don't you... like the vaccination cards they send us every year or whenever there's a change, then poof! You have the information straight away, of course (GP2).*

By their own admission, the GPs had no more time for their own personal training than for practicing prevention. The choice of information sources consulted varied according to the doctor (scientific medical journals, guidelines, general medical press, freely distributed scientific journals, medical sales representatives), was sometimes loosely structured (*I take a bit from here, a bit from there... GP1*) and seemed guided by cost effectiveness and accessibility; during the consultation, GPs need immediately available information.

Only those who had regular practice of using the Internet were able to use this resource as part of their work. Expert opinion (conferences, peer groups) were important sources of information, more so than evidence based medicine (EBM), depending on the quality of reading and time spent on it. Very few GPs said that they had undergone specific training in prevention, either in initial training or during continuing medical education.

7.3.4 LACK OF ORGANIZATIONAL SKILLS

Systematization of preventive health activities comes into conflict with a lack of organizational skills within a GP's practice: i.e. clinical data coding and structuring, computer literacy. Consequently, the level of organization among individuals is far better than that of the whole practice, although it is of variable quality depending on the GP.

7.3.5 LACK OF COLLECTIVE MANAGEMENT

- *We already thought of having a Moroccan interpreter on certain days who would come and speak to all the Moroccan mothers about how to feed their children... But we never really do what we envisage doing when we think of putting the world to rights (GP7).*

Collective management of prevention by a GP within his/her practice seemed to be possible only with good IT management, a defined population, funding, and available human resources. Some GPs were ready to collaborate with a secretarial department, other health care professionals, or in a group practice.

A proactive attitude to the practice was found in our sample only within a multidisciplinary team. Many GPs hesitated to get in contact with their patients except when they asked for care, and some GPs thought that it was not ethical to contact them under other circumstances.

7.3.6 GPs' VIEWS ON PATIENT ENABLING FACTORS

- *My interventions in terms of prevention go far beyond the population that I'm going to vaccinate; in a way, it's a cultural thing (GP8).*

According to the GPs, patients' requests for preventive procedures are influenced by their respective degrees of knowledge and acceptance of the preventive proposals (personal inclination, effect of media campaigns, influence of a health issue experienced by a close relative, etc.). The family, social problems, addictions, and the level of accepted risk are determining factors in patients' order of priorities.

GPs had particular problems with dealing with patients from certain social spheres: the socially disadvantaged or those with a low intellectual level, unfamiliar speech characteristics, or cultural particularities (differences in concepts of health, pleasure etc., e.g. immigrant patients).

7.4 EXTERNAL ENABLING FACTORS

7.4.1 TIME LIMIT

- *[The software program], you can't put everything on it, otherwise you waste time; you open the page and you see stuff that you've forgotten to delete and all that. No, I think that only a secretary would solve this kind of problem (GP4).*

Time constraints constitute the greatest limit on implementing preventive care. Prevention is lost in patients' curative requests, the administrative burden, and doctors' work overload. Even in prevention-dedicated structures such as mother-child consultations, the work overload can limit substantially the time dedicated to each patient. It was important for the GPs we interviewed to feel efficient in their work, but the limited time available for prevention was sometimes frustrating. It was thus difficult for the GPs to be truly part of a preventive general practice.

GPs also noted that it was impossible to undertake all the preventive measures recommended by the literature.

7.4.2 PRIMARY CARE FOCUSED HEALTHCARE DELIVERY?

- For instance, secondary care won't see anyone with arteriosclerosis unless they've had a health issue. They won't vaccinate a young child against tetanus; they'll probably treat tetanus if someone has it. Why would you want secondary care to deal with prevention? (GP4).

GPs said that they play a key role in prevention, possibly alongside other health care professionals, and were critical of the interventions of specialists in this field, except when necessary for technical reasons. GPs have the feeling of being dispossessed of their work by specialists, who may withhold information. By contrast, they said that they more or less tolerate working alongside established and well structured preventive structures such as mother and child healthcare, school health and occupational medicine. The effectiveness of the circulation of

data between the various providers of preventive care (medical specialists or organized services such as the breast cancer screening program) was strongly questioned.

In order to participate in an effective public health system, GPs require a primary care focused organization, in which they have responsibilities and are real gatekeepers, without an unnecessary administrative burden. Standardization of software and data exchange formats would be desirable.

7.4.3 SITUATIONAL FACTORS/CUES TO ACTION

In practice, a preventive process is often introduced in an opportunistic way by the GP, or at the patient's request. Thematic media campaigns sometimes constitute good opportunities to introduce the subject, but their effect is brief.

7.4.4 PUBLIC HEALTH CAMPAIGNS

- Breast screening... actually, we're not involved in it: the woman receives a letter asking her to attend, but you don't receive the results (GP4).

GPs' assessment of large public health campaigns is often mixed. The organization of such campaigns seems uncoordinated: too many themes and practitioners for different procedures. The cost seems excessive and the feedback is insufficient. On the other hand, the media support for these campaigns is sometimes seen as supporting the practice of GPs.

Activities that involve GPs directly, such as peer-organized cardiovascular screening, or networking on specific themes, has been better accepted.

8 DISCUSSION

Le but de cette étude était d'explorer les perceptions des MG face à leur rôle préventif en tant que praticiens indépendants et relais d'actions de santé publique organisées. La situation décrite présente des forces et des faiblesses. Certaines caractéristiques concernent la prévention, indépendamment des facteurs organisationnels, d'autres concernent l'approche collective des MG face à leur patientèle quand il s'agit d'implémenter des programmes de santé publique.

Le petit nombre de médecins interviewés ne permet pas de généraliser les constatations de cette enquête. Il n'est pas possible d'affirmer que la saturation des données a été atteinte, mais une certaine uniformité dans le discours de plusieurs MG permet de croire qu'on s'en est approché.

8.1 PRÉVENTION OPPORTUNISTE ET SYSTÉMATISÉE

Les activités préventives et curatives sont intimement liées dans la pratique de la médecine générale. Cette symbiose est logique et souhaitable dans un secteur dédié principalement aux soins globaux dispensés de façon individuelle. La prévention tertiaire se confond d'ailleurs avec la gestion des maladies chroniques, activité importante des MG, au point que certains y ont vu une opportunité de les développer et de les organiser selon le même modèle conceptuel (19). A ce titre, l'approche suivie dans ce travail orienté vers la prévention renseigne sur d'autres aspects structurels de la pratique de la médecine générale en Belgique.

Conceptuellement, on pourrait opposer d'une part la prévention pratiquée de façon opportuniste, au cabinet de consultation du généraliste, et d'autre part celle qui est organisée systématiquement à grande échelle par des opérateurs en santé publique. Il existe aussi une troisième voie « bimodale », opportuniste-organisée : opportuniste dans le moment choisi pour introduire la prévention au sein des consultations portant sur les demandes curatives des patients ; organisée par un système de rappels d'échéances dans les dossiers médicaux, par la mise en place d'une logistique qui permette de retrouver parmi les patients ceux qui échappent d'habitude aux actions préventives.

8.1.1 FACTEURS PRÉDISPOSANTS

La situation belge telle que les MG l'ont décrite présente des forces et des faiblesses. Certaines de ces caractéristiques concernent la prévention quel que soit son niveau d'application, d'autres concernent uniquement l'approche collective, comme relais d'actions de santé publique.

Les connaissances et les croyances des MG sont probablement de même niveau que celles mobilisées dans la gestion des soins chroniques, soit de qualité variable, mais globalement satisfaisante. Ceci est en accord avec les conclusions d'un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur la prévention cardio-vasculaire (49).

Les compétences cliniques et relationnelles sont parfois faibles, et l'influence de facteurs psychologiques personnels peut constituer une limitation.

L'attitude par rapport à une action de santé publique au sein de leur patientèle et donc une gestion globale et collective de cette dernière est par contre peu développée. La diffusion d'attitudes basées sur l'EBM serait à encourager.

Les pressions directes ou indirectes de l'industrie pharmaceutique sont à prendre en compte dans la qualité des connaissances mises en pratique.

8.1.2 FACTEURS DE RENFORCEMENT

La gestion des données cliniques et l'(auto)évaluation de pratique sont peu développées. Cette culture est encore embryonnaire et une expérience récente de mise en pratique en Belgique de l'European Practice Assessment a rencontré un intérêt mitigé de la part des MG (78). Pourtant, un feedback sur l'activité reste probablement un incitant majeur pour entrer dans un cercle vertueux d'amélioration continue.

8.1.3 FACTEURS CAPACITANTS

Les demandes actuelles des pouvoirs publics (mammotest, screening colorectal, vaccination antigrippale saisonnière, etc.) sans support organisationnel ni financier adéquat, ni incitants positifs, ne peuvent être pleinement satisfaites sans le développement d'initiatives fortes qui définissent et organisent les compétences des MG dans ces matières. Les demandes recueillies dans les interviews sont claires et réalistes. Des initiatives isolées (74) viennent un peu tempérer ce constat, et vu leur bonne acceptabilité elles devraient être multipliées. Le support des pouvoirs publics relayé par les pairs a de meilleures chances d'être bien reçu sur le terrain.

8.1.4 FACTEURS ORGANISATIONNELS

Les facteurs organisationnels sont directement questionnés. La pression du temps semble très importante pour la majorité des MG interrogés. Or le système de paiement à l'acte induit une activité élevée, axée principalement sur la demande des patients. Dans ces conditions, prescrire un médicament reste plus aisé que prendre du temps pour du counselling, encore moins pour développer une activité collective. La délégation de tâches, notamment administratives (gestion d'un échéancier, contacts proactifs envers les patients), semble encore trop peu développée. Les récents systèmes de soutien à l'engagement de personnel administratif pour des MG constituent une ébauche de solution (91).

Les MG subissent la concurrence d'autres opérateurs en prévention sans transmission automatique d'informations.

8.2 CHANGEMENTS PARADIGMATIQUES

Les objectifs de cette étude étaient d'explorer les représentations des généralistes dans leur rôle d'opérateurs autonomes en prévention pour leur patientèle et dans un éventuel rôle de relais d'actions préventives organisées par des opérateurs de santé publique.

Pour atteindre l'objectif de d'intégrer progressivement les MG aux actions de santé publique, leur formation initiale et continuée devrait idéalement les y sensibiliser. Le partenariat entre les départements académiques de médecine générale et les écoles de santé publique pourrait y contribuer, ainsi qu'une action politique de soutien pour intégrer ces aspects aux référentiels de compétences des MG. L'organisation et la systématisation des actions préventives demandent une double évolution paradigmatique.

8.2.1 DES SOINS À LA SANTÉ

Le premier changement paradigmatique concerne l'élargissement du champ d'action des MG **de la prise en charge des soins vers la prise en charge de la santé** de leurs patients ou, formulé

autrement, le passage de la réponse à la demande des patients à une action plus proactive envers eux. Guidés un peu plus par les besoins de santé que par les demandes, les MG renforceraient l'approche globale du patient, un concept déjà bien accepté et assumé par la profession, et d'ailleurs inclus dans les compétences fondamentales décrites dans la définition européenne de la médecine générale (92). La rareté des mesures ou d'évaluation de l'activité médicale peut donner un faux sentiment de satisfaction aux MG alors qu'il est probable qu'une frange de la patientèle est rarement concernée.

Il serait intéressant d'évaluer le positionnement actuel des MG sur cet axe des soins à la santé afin d'évaluer le besoin éventuel de formation et d'intervention.

8.2.2 DE L'INDIVIDUEL AU COLLECTIF

Le second changement paradigmatique concerne l'élargissement du cadre d'action des MG **du niveau individuel au niveau collectif**, d'une part pour la cible d'action que constituent les patients et d'autre part face aux autres professionnels de la santé.

8.2.2.1 Face aux patients

La définition européenne de la médecine générale (92) évoque une dimension communautaire à l'exercice de la médecine générale. Dans les interviews, cette dimension a été rarement retrouvée et il est probable que cela reflète la situation dans notre pays.

La gestion de la dimension collective amène plusieurs exigences :

- L'organisation des données cliniques dans les dossiers individuels : liste de problèmes de santé, listes de procédures effectuées et en attente ;
- La maîtrise de la gestion des bases de données cliniques : structuration et codification des données de manière à permettre leur tri en fonction des besoins : identification de profils de patients, de populations-cible, mesure de taux de couverture, etc.
- Une évaluation de pratique dans un cycle de qualité qui amène à une organisation du travail par objectif ;
- Une attitude proactive envers la patientèle qui permette d'atteindre pour des objectifs définis une proportion raisonnable de patients, surtout parmi ceux qui ne sont habituellement pas demandeurs.

Dans ce domaine, la valeur ajoutée par les MG est de pouvoir tenir compte de leur connaissance individuelle des patients afin d'adapter les messages dans le respect du contexte propre à chacun.

Ces exigences ne sont pas seulement organisationnelles ; elles questionnent la représentation que les MG ont de leur profession.

- Dans quelle mesure les MG se sentent-ils *responsables de la communauté de leurs patients*, prise comme un ensemble ? Leur formation et leurs habitudes de travail les ont plus habitués à la prise en charge individuelle des patients.

- Les MG sont-ils prêts à intégrer de *nouvelles compétences* dans les domaines de la gestion des données générées par l'activité clinique, de l'évaluation de pratique et du développement de la qualité des soins ?
- Comment les MG vont-ils trouver de la *satisfaction dans leur métier* avec des méthodes de travail et des indicateurs provenant du monde de la santé publique ? Par exemple, la satisfaction de voir se normaliser un taux de cholestérol sous traitement (indicateur intermédiaire de résultat, individuel) peut-elle être remplacée par la satisfaction d'obtenir un bon taux de couverture de vaccination parmi la patientèle (indicateur de processus, collectif). Le premier type d'indicateur peut amener au médecin le sourire du patient pris en charge. Le second type ne le peut pas : le résultat est abstrait, différé dans le temps et difficile à mesurer ; il demande la maîtrise d'une base de données et un calcul mathématique de taux de couverture, activités auxquelles les MG ne sont pas formés.

Trouver de la satisfaction dans ce domaine demande au médecin de projeter sa vision humaniste du métier dans un projet professionnel aux dimensions plus sociétales, de faire coïncider son projet personnel avec des indicateurs concrets et des protocoles d'intervention techniques, une culture et des instruments de santé publique étrangers à sa formation.

Il serait intéressant de comprendre finement ce qui pourrait motiver les MG à investir ce nouveau champ d'activité en explorant leur positionnement dans différents aspects de l'axe individuel/collectif dans la prise en charge clinique.

8.2.2.2 Face aux autres acteurs en santé

Comment les MG pourraient-ils conserver leur identité professionnelle dans un processus collaboratif et passer du paradigme individuel au collectif face aux autres acteurs en santé ?

8.2.2.2.1 Au niveau des soins primaires

Le manque de temps est une des plaintes principales des MG. Plutôt que d'acquérir de nouvelles compétences personnelles, ils peuvent se diriger vers un partage de tâches plus important. Certaines tâches de gestion de pathologies chroniques peuvent se déléguer à des paramédicaux, d'autres tâches à du personnel administratif. On peut également imaginer une collaboration avec des agents spécialisés dans la gestion de projets de promotion de la santé (5).

8.2.2.2.2 Avec le niveau secondaire des soins

Une nouvelle organisation est à trouver face à la dispersion des actions en santé, aux différents niveaux d'organisation politique de notre pays, entre les différentes lignes de soins, entre les agences spécialisées et les soins individuels. Les MG devront définir avec les autres acteurs leur positionnement spécifique, leur insertion dans un système harmonieux où les compétences sont utilisées de façon rationnelle et efficiente. La délimitation des compétences, la circulation efficace de l'information en sont des conditions préliminaires.

Les différents aspects qui structurent la collaboration entre MG et santé publique devraient être étudiés. Le modèle quadridimensionnel de D'Amour et al, bien qu'encore non testé dans ce type de situation, pourrait être utile (93). La situation belge qui apparaît dans cette étude semble indiquer un déficit marqué surtout dans les dimensions d'internalisation (conscience de l'interdépendance entre les acteurs et de l'importance de bien la gérer) et de formalisation

(définition des procédures et évaluation de leur utilisation), mais ceci devrait être mesuré de façon plus précise (94).

9 CONCLUSION

Cette approche qualitative des représentations des MG sur la prévention révèle que leur pratique est encore largement orientée vers la prévention individuelle opportuniste.

La profession est à un tournant de son histoire, sous la pression de diverses forces : pléthore ou pénurie de praticiens selon les zones de travail, abandon massif et précoce de la profession par les plus jeunes, pressions financières visant à une prescription rationnelle des soins et des médicaments, etc. Dans ce contexte, il est possible de se replier vers ce qui fait le cœur de la profession, la relation individuelle avec le patient dans le colloque singulier ; mais il est également possible de s'ouvrir à de nouvelles formes de pratiques.

Dans une évolution vers une organisation de la prévention plus systématique, équitable et efficiente, les MG représentent un potentiel jusqu'ici peu exploité. Pour le développer, les autorités de santé devraient œuvrer à l'amélioration de facteurs organisationnels (gestion du temps et de l'administration) et créer des renforcements positifs.

Les MG de leur côté devraient probablement modifier leur vision de la profession dans le sens d'une approche plus orientée vers la communauté.

ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN

Définition et place de la prévention

- Que représente pour vous la prévention ?
- Ou situez-vous la frontière entre prévention et soins curatifs ?
- Que peut-elle apporter aux patients ?
- Pour vous, y-a-t'il aussi des risques liés à la pratique de la prévention par les médecins ?
- Dans quelles thématiques de prévention pensez-vous que vous avez une place en tant que généraliste ?

Relation médecin-patient

Attentes des patients

- Que pensez-vous que vos patients attendent de vous dans le domaine de la prévention ?
- Pouvez-vous donner des exemples ?

Habileté au dialogue sur la prévention

- Qu'est-ce qui chez certains patients vous pousse à parler de prévention et chez d'autres pas ? Donner des exemples (âge, sexe, profession, profil particulier).
- Certaines thématiques vous sont-elles plus difficiles à aborder avec les patients ? Pourquoi ?
- Proposer des tests préventifs vous pose-t-il parfois un problème (personnel ? ex : MST)
- Comment abordez-vous avec le patient le résultat de votre activité préventive ?

Organisation

Place dans la pratique

- Quelle place tient-elle dans votre pratique ? Pouvez-vous donner des exemples ?
- A-t-elle toujours eu cette place ?
- Pourquoi certaines thématiques sont-elles plus travaillées que d'autres ? (consignes plus claires ? adhésion plus facile ? maîtrise du processus ?)
- Comment arrivez-vous à l'intégrer au quotidien dans la pratique ?
- Qu'est-ce qui vous aide/you freine ?

- Comment avez-vous été intéressé à cet aspect de votre métier ?
- Vous est-il possible d'effectuer toutes les procédures recommandées en pratique ?
- Comment imaginez-vous pouvoir alléger votre charge de travail en prévention ?

Systematisation

- Comment choisir ce que l'on fait et ce que l'on ne fait pas en prévention ?
- Est-ce un choix conscient, volontaire ?
- Pensez-vous que certains patients sont toujours laissés en dehors des activités préventives ? Comment pourriez-vous les retrouver et les y inclure ?

Organisation de la pratique quotidienne

- Qu'est-ce que vous utilisez comme outil, comment vous organisez-vous
 - Au niveau du suivi d'un patient ?
 - Au niveau de l'ensemble de vos patients ?
 - Au niveau de certains groupes cibles ?
- Pensez-vous que votre type de pratique influence positivement/négativement votre activité préventive ? (mode d'organisation, leadership ?)

Évaluation

Autoévaluation

- Comment pouvez-vous mesurer l'impact de la prévention dans votre pratique ?
- Qu'est-ce qu'un généraliste est capable de mesurer à son échelle ?
- Qu'est-ce que vous pourriez retirer de certaines mesures à l'échelle de votre patientèle ?
Par exemple vaccin grippe chez les + de 65 ans ou exemple cité par le MG interviewé.

Hétéro évaluation

- Qu'attendriez-vous d'un feed-back externe sur votre activité en prévention ?
- Qui serait habilité à vous en fournir un ?
- Quelle place les patients pourraient-ils avoir dans ce processus ?

Place des autorités

Influence des grandes campagnes

- Avez-vous connaissance de grandes campagnes de prévention ? (nationale, régionale). Par exemple le mammothest (fédéral, gouvernemental), le dépistage CV (communautaire, SSMG/FDMM). En connaissez-vous d'autres ?
- Comment les percevez-vous ?
- Vous aident-elles ou vous compliquent-elles la vie ? En quoi ?
- Que pensez-vous que les autorités attendent de vous en matière de prévention ?

Support

- Comment imagineriez-vous un support des autorités ?
- Pouvez-vous donner des exemples de choses qui vous empêchent de/qui vous aident à pratiquer la prévention comme vous le voudriez ? (valorisation ?)

Guidelines

- Quelles sont vos références pour déterminer si un patient devrait bénéficier d'une action préventive ?
- Comment les choisissez-vous ? (accessibilité, validation)
- Comment les percevez-vous ?
- Vous aident-elles ou vous compliquent-elles la vie ? En quoi ? (aussi par exemple en cas de dépistage positif)
- Comment les intégrez-vous dans votre pratique ? Est-ce facile et pourquoi ?
- Si vous ne les intégrez pas, pouvez-vous expliquer pourquoi ? (thèmes pratiqués/pas pratiqués d'après l'interview)
- Comment jugez-vous la formation (initiale/continue) que vous avez reçue dans ce domaine ?
- Qui est habilité à dire ce qu'il faudrait faire ?
- Comment imaginez-vous l'aide efficace dont vous auriez éventuellement besoin ?

Attitude personnelle

- Comment vous sentez-vous concerné personnellement, comme sujet, par la prévention ? Appliquez-vous des attitudes préventives pour vous-même ? Lesquelles ?
- Des facteurs personnels, propre au médecin, peuvent-ils influencer sur la pratique de la prévention ? (croyances personnelles, attitude et pratique personnelle)
- Quelle influence votre comportement personnel a-t-il sur votre façon de pratiquer ?

Discussion générale. Place des généralistes en prévention

- Quels sont les autres acteurs en prévention ?
- Y a-t'il une concurrence entre les différents niveaux d'organisation ?
- La médecine générale est-elle un bon endroit pour faire de la prévention ?
- À quelles conditions le MG peut-il être opérateur de santé publique ?
- La littérature est souvent négative quant au rôle des MG en prévention. Qu'en pensez-vous ?

CHAPITRE 3 : CONSTRUCTION D'UNE ÉCHELLE D'ATTITUDE

1 OBJECTIF

L'objectif de cette échelle est d'évaluer les attitudes des MG sur les axes soins/santé et individuel/collectif préalablement définis (chapitre 2). Leur positionnement sur ces axes a pour but de vérifier l'existence de profils particuliers de MG face à la prévention et les éléments qui déterminent les praticiens dans ces profils.

Cette étude est focalisée sur la prévention, mais les résultats quant à l'aspect global de la prise en charge ou le degré de préoccupation des MG envers la collectivité sont probablement similaires dans le domaine curatif.

2 PRÉLIMINAIRES

2.1 ATTITUDES ET OPINIONS

L'attitude envers la prévention est un phénomène non directement observable. Pour tenter de le mesurer, le choix s'est porté sur les méthodes psychométriques de mesure des concepts attitudinaux développées dès les années 1930 par Likert, Thurstone et Guttman, puis en 1954 par Lazarsfeld, qui a proposé son modèle d'évaluation des attitudes sous le nom d' « analyse de structure latente » (95).

Pour Lazarsfeld, l'attitude n'est pas une manière de prendre personnellement parti, mais un indice de participation à un groupe (« groupe d'opinion »). Dès lors, le problème de la mesure des attitudes devient celui de la détermination des groupes d'opinion dans une population donnée. L'analyse de structure latente signifie « révélation, par le calcul, de la répartition des groupes d'opinion dans une population donnée, et de leur nombre » (96). Les variables latentes sont calculées par analyse factorielle au départ de variables observables ou indicateurs, dont l'ensemble forme l'échelle d'attitude.

L'échelle mesure ce que les MG pensent face aux questions posées (attitude), et non ce qu'ils font réellement (opinion). Elle explore donc leur potentiel de changement plutôt que leur comportement actuel. Il est fait référence ici aux définitions des mots « attitude » et « opinion » données par De Landsheere (97) et qui semblent un peu paradoxales par rapport au sens généralement admis pour ces mots :

2.1.1 ATTITUDE

Thurstone définit l'attitude comme « le degré du sentiment positif (aimer, être favorable) ou négatif associé à un objet psychologique ».

L'attitude est dynamique. C'est une disposition à agir ou à réagir sous l'impulsion de l'amour ou de la haine, de la crainte ou du ressentiment. Elle a donc un caractère affectif plus ou moins profond et durable. Il s'agit donc, au sens large, du jugement personnel concernant soi, les autres, le monde, sous-jacent aux comportements. L'attitude est tributaire des émotions, de l'interprétation des faits en fonction des croyances ou de systèmes de croyances plus que de la rationalité. Le terme attitude fait alors référence à une organisation mentale individuelle et/ou collective et aussi à un style cognitif : le traitement de l'information en fonction de schémas préétablis (98).

L'attitude est spécifique (« je n'aime pas tel peuple ») ou générale (« il faut se méfier des étrangers »).

2.1.2 OPINION

L'opinion est l'expression verbale ou gestuelle de l'attitude.

On peut en proposer cinq dimensions :

- *La direction* : on est *pour ou contre* l'admission d'un étranger dans un groupe, ou pour ou contre la coéducation des sexes ;

- *Le degré* : étendue de l'attitude. Pensons-nous que les étudiants doivent être associés à tous les problèmes de gestion universitaire ou à quelques-uns seulement ?
- *L'intensité* : elle indique à quel point l'attitude est importante pour le sujet. Un enseignant peut penser et affirmer sincèrement que l'éducation des enfants handicapés est une tâche exaltante et cependant n'avoir ni l'envie ni le courage de se consacrer aux petits déshérités.
- *La cohérence* : elle indique la cohérence entre les attitudes et les opinions, d'une part, et le comportement réel, d'autre part. on peut prôner les avantages d'une atmosphère démocratique à l'école, mais en même temps être autoritaire dans sa propre classe.
- *Le jaillissement* : il indique la mesure dans laquelle l'attitude influence le comportement réel de l'individu.

2.2 AXE INDIVIDUEL/COLLECTIF

Comme indiqué dans le chapitre 2, l'axe individuel/collectif se compose en fait de plusieurs parties :

- Les attitudes des MG face à la collectivité de leurs patients plutôt que face à la somme des relations individuelles qu'ils nouent avec chacun d'eux ;
- Les attitudes des MG dans leurs relations interprofessionnelles et face aux autorités de santé publique.

L'enquête par interviews a révélé un manque chronique de temps des MG pour être actifs et performants dans le domaine de la prévention. Il est donc logique que dans ce domaine ils développent des collaborations fonctionnelles efficaces, tirant parti du support organisationnel ou médiatique provenant de la santé publique comme des collaborations avec les paramédicaux dans les équipes de soins ambulatoires.

Il est possible de modéliser les relations complexes entre les différents acteurs des soins et les déterminants qui influencent la collaboration horizontale (entre acteurs de soins primaires) ou verticale (entre les soins primaires et la santé publique) (figure 8). Ces différentes dimensions sont explorées dans l'échelle d'attitude.

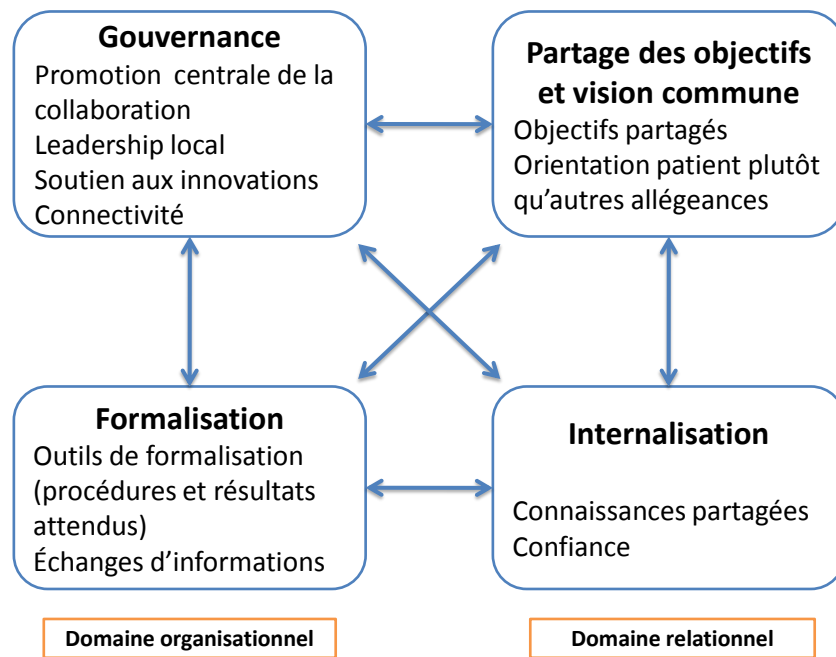


Figure 8 : Modèle quadridimensionnel de la collaboration (d'après D'Amour et al.) (93)

3 CONSTRUCTION DE L'ÉCHELLE

Le développement de l'échelle se base sur le paradigme méthodologique de Churchill, qui permet d'une part de réduire les biais que pourraient engendrer un effet d'instrumentation (effets de halo¹, de désirabilité sociale, de contamination, de polarisation des réponses) et d'autre part de vérifier la validité interne de la recherche. La validité est assurée par l'analyse de la fiabilité de cohérence interne (dans des contextes différents, réponses similaires aux items représentant une même variable conceptuelle), de la validité convergente (corrélation entre les items explorant une même variable conceptuelle) et de la validité discriminante (indépendance des items explorant des variables conceptuelles différentes) (95).

La démarche de Churchill étudie le modèle de la *vraie valeur* :

$$\text{Mesure obtenue} = \text{vraie valeur} + \text{erreur systématique} + \text{erreur aléatoire}$$

La phase exploratoire de la méthode est décrite dans ce rapport et est destinée à réduire surtout l'erreur aléatoire. Celle-ci provient de facteurs aléatoires exposant l'échelle aux effets d'instrumentation. Une phase ultérieure de validation devra renforcer cette réduction de l'erreur aléatoire, mais aussi de l'erreur systématique, liée à la conception même de l'échelle d'attitude : définition non pertinente ou insuffisante des variables conceptuelles, mauvaise représentation par les items de l'échelle.

La construction de l'échelle proprement dite s'appuie sur le travail décrit dans les chapitres précédents et comporte 4 phases :

I. Revue de littérature, portant sur les pratiques des généralistes envers la prévention et sur les modèles opérants (chapitre 1), permettant de construire de façon déductive la structure de l'échelle en 5 sous-échelles.

II. Intégration des opinions recueillies dans les interviews individuelles, de façon à envisager toutes les alternatives de positionnement par rapport à l'objet d'attitude (indicateurs) et à permettre l'écriture des items dans un langage réellement utilisé par les MG (approche inductive) (chapitre 2).

III. Validation de contenu des items par des pairs de l'équipe de recherche du département de médecine générale (médecins, pédagogue et sociologue) et une pédagogue d'Appui en Promotion et Education pour la Santé (APES-ULg) lors de réunions de groupe, en vue de confirmer la pertinence et la représentativité du contenu des propositions pour mesurer l'attitude envers la prévention, ainsi que la clarté et l'univocité de la formulation. Techniquement, les items répondent à des caractéristiques qui en rendent le sens univoque et la compréhension aisée (95, 99) :

- Brefs (< 25 mots), simples et compréhensibles, sans abréviations ;
- 1 seul élément d'information ;

¹ Une caractéristique jugée positive à propos d'un concept a tendance à rendre plus positives les autres caractéristiques de ce concept.

- Pas d'expression de fréquence (toujours, souvent, etc.), pas de double négation, pas de fausse prémices ;
- S'appliquer à l'expérience actuelle du sujet ;
- Éviter les items tendancieux qui incitent à répondre dans un sens.

Face à une problématique réputée peu porteuse dans la population étudiée, il semble préférable d'inciter les répondants à se situer plus nettement. Deux techniques sont utilisées pour y parvenir :

- La formulation des items est volontairement polarisée vers l'une ou l'autre extrémité de l'axe. Un nombre équivalent d'items a été rédigé dans le sens plutôt « conservateur » et dans le sens plutôt « progressiste ».
- Les réponses aux items seront notées sur une échelle de Likert à 4 positions (pas du tout d'accord / plutôt pas d'accord / plutôt d'accord / tout à fait d'accord). Un nombre pair de propositions est choisi pour éviter les réponses peu tranchées se situant au milieu.

IV. Classement des items sur les différents axes à explorer, définis par l'analyse déductive.

4 COMPOSITION DE L'ÉCHELLE

Pour des raisons pratiques, les items de l'échelle d'attitude ont été répartis en trois axes principaux et deux axes secondaires :

1. Des soins à la santé

La globalité de la santé est-elle abordée aussi systématiquement en prévention que dans le domaine curatif où la plainte du patient sert de déclencheur ?

2. De l'individuel au collectif, face aux patients

Les généralistes se sentent-ils responsables de la communauté de leurs patients, prise comme un ensemble ? Sont-ils prêts à intégrer de nouvelles compétences dans les domaines de la gestion des données générées par l'activité clinique ?

- Axe secondaire : l'évaluation de pratique

Les généralistes trouvent-ils de la satisfaction dans leur métier avec des méthodes de travail et des indicateurs provenant du monde de la santé publique ?

3. De l'individuel au collectif, face aux autres acteurs en santé

Les généralistes manquent de temps. Sont ils prêts à déléguer à des tâches à des paramédicaux ou du personnel administratif, à collaborer avec des acteurs en promotion de la santé ?

- Axe secondaire : les généralistes face à l'organisation de la santé publique

Les généralistes voient-ils dans les structures de santé publique des partenaires fiables ?

La technique des échelles d'attitude permet ce type d'explorations multiaxiales.

Chaque groupe est détaillé en plusieurs d'indicateurs. Pour les 5 groupes, 40 indicateurs sont décrits, soit 7 pour le groupe « des soins à la santé », 9 pour le groupe « de la prise en charge individuelle à la prise en charge collective », 6 pour le groupe « évaluation », 9 pour le groupe « du travail individuel au travail collaboratif » et 9 pour le groupe « Attitude par rapport à la politique de santé publique ». Pour certains indicateurs, plusieurs items seront testés. Leur total est de 53.

5 VALIDATION DE L'ÉCHELLE

5.1 VALIDITÉ DE CONTENU

Les items ont été préalablement relus par des pairs, chercheurs du département de médecine générale de l'ULg (médecins, pédagogue et sociologue) et une pédagogue d'Appui en Promotion et Education pour la Santé (APES-ULg) en vue de confirmer la pertinence et la représentativité du contenu des propositions pour mesurer l'attitude envers la prévention, ainsi que la clarté et l'univocité de la formulation.

5.2 TEST DE FIABILITÉ DE COHÉRENCE INTERNE DE CRONBACH

Ensuite, la première version de l'échelle d'attitude a été soumise à un panel de médecins généralistes, maîtres de stage ou anciens étudiants du département de médecine générale. L'objectif était de sélectionner pour une version ultérieure des propositions répondant aux critères suivants (100) :

- Discrimination claire des répondants ayant une attitude favorable ou défavorable à la prévention ;
- Maintien d'un équilibre entre les propositions jugées favorables et défavorables à la prévention ;
- Cohérence interne entre les propositions ;
- Représentation équilibrée des axes à explorer.

Dans une échelle d'attitude, si des réponses à des items sont déterminées par une même variable sous jacente (l'attitude), elles doivent être en corrélation les unes avec les autres. Pour être considéré comme un bon indice de l'attitude, chaque item doit présenter une relation monotone croissante avec l'attitude, c'est-à-dire que si la note globale d'un sujet est élevée ses notes élémentaires doivent l'être également et si sa note globale est faible les notes élémentaires sont faibles. La cohérence interne de l'échelle a été mesurée, axe par axe et pour l'échelle globale ensuite, par le calcul de l'alpha de Cronbach (95).

5.3 ANALYSE DE LA STRUCTURE FACTORIELLE PAR ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE

Les résultats ont été soumis à une analyse factorielle exploratoire de façon à rechercher les variables latentes qui pourraient expliquer les attitudes des généralistes envers la prévention.

L'analyse a été réalisée en composante principale, en appliquant une rotation de type Varimax normalisée (95).

6 DIFFUSION DE L'ENQUÊTE DE VALIDATION

Cent MG ont été contactés par téléphone pour leur proposer la passation du questionnaire. L'enquêteur disposait d'un guide de conversation pour présenter l'enquête et proposait soit un envoi postal avec une enveloppe timbrée pour la réponse, soit la passation *on line* sur un site conçu à cet effet (<https://www.surveymonkey.com/>). Dans les deux cas, l'enquêteur insistait sur le côté préliminaire du stade de la recherche et s'assurait d'une réponse rapide du MG (endéans la semaine par ex.). Le nombre de réponses minimum attendu était ≥ 60 pour assurer une validité statistique au pré-test.

Pour chaque item, il a été établi un histogramme de fréquence des réponses.

Les réponses sur l'échelle de Likert (4 modalités de réponse, de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ») ont été codées de 1 à 4, la note 1 étant attribuée à l'attitude jugée la moins favorable à la prévention et la note 4 à l'attitude jugée la plus favorable à la prévention.

Dans cette phase de pré-test, les répondants avaient également la possibilité de noter des commentaires sur la formulation et la clarté des items. Ces commentaires ont été rassemblés item par item. Il n'a pas été tenu compte dans cette phase d'analyse des nombreux commentaires sur le fond du problème, à savoir la pratique de la prévention par les MG ; ceux-ci témoignent de l'intérêt du public cible pour la problématique.

L'échelle validée (et transformée en fonction des résultats) sera proposée dans une phase ultérieure à un grand nombre de MG en communauté française ($n > 1000$).

7 ÉCHELLE D'ATTITUDE DU PRÉ-TEST

Consigne de départ dans la version pour les répondants :

« Pour chaque proposition, cochez la case qui correspond le mieux à votre conception du rôle du médecin généraliste ».

Les réponses sont cochées dans une échelle de Likert à 4 modalités de réponse.

Dans la version ci-dessous du questionnaire, les indicateurs et les items sont proposés dans un ordre logique, correspondant aux axes qui sont explorés. Pour les répondants, les items sont proposés dans un ordre aléatoire de façon à ne pas que des propositions proches s'influencent mutuellement.

7.1 PROFIL DES RÉPONDANTS

Indicateur	ITEMS
Genre	1. Vous êtes <ul style="list-style-type: none">• Un homme• Une femme
Lieu de formation	2. Dans quelle(s) université(s) avez-vous obtenu vos diplômes ? <ul style="list-style-type: none">• Diplôme de médecine :<ul style="list-style-type: none">○ ULg○ ULB○ UCL○ Autre (précisez) :• Certificat de médecine générale :<ul style="list-style-type: none">○ ULg○ ULB○ UCL○ Autre (précisez) :
Ancienneté	3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? <ul style="list-style-type: none">• 1959 → 2008
Lieu de pratique	4. Dans quelle province exercez-vous ? <ul style="list-style-type: none">• Brabant wallon• Bruxelles capitale• Hainaut• Liège

	<ul style="list-style-type: none"> • Luxembourg • Namur
Type de pratique	<p>5. Quel est votre type de pratique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo • Association de médecins • Groupe pluridisciplinaire (ex. maison médicale) • Autre (précisez ci-dessous)
Pratique préventive organisée en dehors de la médecine générale	<p>6. Si en plus de votre cabinet de médecine générale vous travaillez dans une structure dédiée à la prévention, veuillez indiquer ci-dessous laquelle (plusieurs choix possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ONE • PSE • Planning familial • Autre pratique

7.2 DES SOINS À LA SANTÉ

INDICATEURS		ITEMS
Soins	Santé	
Réponse à la demande du patient	Exercice proactif envers le patient, envoi de rappels	<p>1. Une des tâches du généraliste est d'inviter ses patients à évaluer leur état de santé à intervalles réguliers.</p> <p>2. Le travail du MG est surtout de répondre aux plaintes de ses patients.</p>
Délivrance de soins	Travail par objectif	<p>3. Dans certaines situations, le généraliste doit planifier des objectifs avec le patient.</p>
Temps moyen de contact court (< 15 min)	Temps moyen de contact long (> 15 min)	<p>4. Les consultations de médecine générale devraient durer plus de 15 minutes en moyenne.</p>
Gestion du temps orientée principalement vers la réponse aux demandes des patients	Gestion du temps permettant de revoir des patients pour un approfondissement de certains thèmes	<p>5. Travailler (en partie) sur rendez-vous permet de mieux gérer la santé des patients.</p> <p>6. Les consultations sans rendez-vous respectent le mieux les besoins des</p>

		patients.
Gestion opportuniste ou à la demande des facteurs de risque et des actions préventives et de dépistage	Proposition de gestion systématique des facteurs de risque et des actions préventives et de dépistage	7. La prévention ne s'insère dans les consultations que si le contexte s'y prête. 8. Il est indispensable que les MG disposent d'une fonction de rappel dans le dossier médical individuel pour se souvenir des échéances à gérer.
Vision biomédicale	Vision bio-psycho-sociale	9. Les généralistes n'ont pas à s'encombrer du contexte social de leurs patients.
Rencontre centrée sur l'agenda du médecin	Rencontre centrée sur l'agenda du patient	10. Face à son patient, le médecin est seul compétent pour proposer un dépistage. 11. Les patients devraient participer l'élaboration de leur plan de prévention.

7.3 DE LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE À LA PRISE EN CHARGE COLLECTIVE

INDICATEURS		ITEMS
Individuel	Collectif	
Structuration faible des données cliniques, suffisante pour une gestion individuelle	Forte structuration des données cliniques permettant la gestion de profils de patients	12. Les dossiers médicaux sont utiles essentiellement pour aider à la gestion des contacts avec les patients. 13. Les dossiers médicaux devraient permettre d'y retrouver facilement des patients aux caractéristiques semblables (ex. : âge, pathologie, traitement, etc.)
Rappels d'échéances individuelles lors des contacts avec les patients	Gestion de rappels individualisés pour des groupes cibles contactés de façon active	14. C'est le rôle du généraliste de prévenir tous ses patients à risque pour les inviter à recevoir la vaccination antigrippale.
Offre de soins à la demande	Gestion populationnelle des besoins en santé	15. Le généraliste n'a de responsabilité qu'envers les patients qui décident de le consulter.
Peu de maîtrise des outils informatiques	Maîtrise des outils informatiques ou collaboration fonctionnelle dans ce	16. De nos jours, une utilisation de l'informatique est indispensable au généraliste.

domaine		
Travail à la demande	Travail par objectif au sein de la patientèle	<p>17. Chaque année, le généraliste devrait se fixer un objectif de taux de couverture de mammographie de ses patientes de 50 à 69 ans.</p> <p>18. En matière de dépistage du cancer colorectal, le rôle du généraliste est de répondre à la demande de ses patients.</p>
L'organisation du temps est entièrement dédiée à l'activité clinique	L'organisation du temps permet la gestion collective des données	19. Idéalement, un généraliste doit s'octroyer du temps pour gérer les données des dossiers de sa patientèle.
Travail clinique uniquement	Travail clinique et communautaire	<p>20. Il est intéressant que le généraliste participe à des rencontres avec des groupes de patients pour aborder un sujet de santé (ex. : information, question/réponses, atelier pratique, etc.).</p> <p>21. Le généraliste est exclusivement l'acteur des soins individualisés.</p>
Gestion d'un échéancier individuel par patient	Gestion d'un échéancier collectif pour la patientèle	22. Un échéancier doit permettre d'envoyer des rappels aux patients qui sont en retard pour une procédure de dépistage ou prévention
Sentiment de responsabilité pour la santé d'un patient à la fois	Sentiment de responsabilité pour la santé de l'ensemble de la patientèle	23. Un généraliste est responsable de la santé de sa patientèle autant que de celle de chaque patient.

7.4 EVALUATION

INDICATEURS		ITEMS
Pas d'évaluation	Evaluation	
Evaluation subjective de la qualité des soins	Evaluation objective de la qualité des soins	24. Les soins sont de bonne qualité dès que les patients sont satisfaits.
Peu d'intérêt pour la récolte des données	Intérêt pour la récolte	25. Les généralistes récoltent une grande quantité d'informations

cliniques	des données cliniques	cliniques potentiellement utiles (p.ex. pour l'évaluation de pratique, la recherche, l'enseignement de la discipline, etc.)
Absence de délimitation de patientèle	Délimitation de patientèle (dénominateur) en vue de l'évaluation de pratique	26. Evaluer sa pratique suppose de connaître le nombre précis de ses patients.
Attitude négative vis-à-vis de l'évaluation de pratique (interne ou externe)	Attitude ouverte vis-à-vis de l'évaluation de pratique (interne ou externe)	27. Les profils réalisés par l'INAMI sont inutiles pour les généralistes.
Évaluation subjective de sa pratique	Pratique d'une autoévaluation objective pour certains aspects	28. Il est utile pour un généraliste de connaître le taux de réalisation d'une procédure (mammographie, dosage HbA _{1c} , etc.) parmi un groupe particulier de ses patients.
Méconnaissance de l'évaluation de pratique	Maîtrise du vocabulaire, des concepts et des techniques de l'évaluation de pratique	29. L'évaluation de pratique est une affaire de spécialistes en santé publique.

7.5 DU TRAVAIL INDIVIDUEL AU TRAVAIL COLLABORATIF

INDICATEURS		ITEMS
Travail en solo	Travail collaboratif	
Travail en solo	Travail en équipe	30. Le travail en groupe est une évolution souhaitable du métier de généraliste.
Gestion totale du temps et de l'activité	Délégation de tâches en confiance (internalisation)	31. La gestion administrative d'échéances relatives à la prévention pourrait être déléguée sous conditions à d'autres personnes que des médecins. 32. Les infirmières sont compétentes pour assurer la gestion courante d'actes préventifs (ex. rappels de

		dates de vaccins, de mammographies de dépistage) en collaboration avec les généralistes.
Collaboration verticale avec la 2e ligne de soins et les professions paramédicales dans un modèle hiérarchique	Collaboration horizontale avec la 2e ligne de soins et les professions paramédicales dans un modèle plus égalitaire (internalisation)	33. Le généraliste doit être le responsable naturel de l'équipe de soins au domicile. 34. L'avis des infirmières et des kinés devrait être systématiquement pris en compte par les médecins généralistes.
Collaboration opportuniste	Formalisation de la collaboration interprofessionnelle	35. Dans les soins ambulatoires, il serait très utile de créer des protocoles de collaboration pluridisciplinaire.
Pas d'objectif de soins définis ou objectifs non partagés	Objectifs partagés dans l'équipe de soins	36. Dans une prise en charge pluridisciplinaire à domicile, c'est le généraliste seul qui doit définir les objectifs de soins.
Méconnaissance des compétences des autres disciplines	Connaissance des compétences des autres disciplines (internalisation)	37. Il est inutile qu'un généraliste sache ce qu'est un plan de soins infirmiers
Attitude négative vis-à-vis du partage de données	Attitude positive vis-à-vis du partage de données (gouvernance, connectivité)	38. Les données des dossiers des patients doivent être gérées uniquement par les médecins traitants.
Communication de données à la demande	Utilisation de protocoles performants d'échange de données entre soignants (formalisation)	39. Le transfert efficace de données cliniques entre soignants augmente la confiance mutuelle. 40. Le généraliste communique les données du dossier médical uniquement à la demande des autres soignants
Méconnaissance de la	Participation à des activités de promotion de la santé	41. Les généralistes sont à leur place quand ils participent,

promotion de la santé	(internalisation)	avec d'autres professionnels, à des actions thématiques en santé dans leur quartier.
-----------------------	-------------------	--

7.6 ATTITUDE PAR RAPPORT À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

INDICATEURS		ITEMS
Curatif	Santé ouverte	
Résistance à l'intégration dans les actions de santé publique	Intégration souhaitée dans les actions de santé publique (gouvernance)	42. Les médecins généralistes n'ont pas leur place dans les programmes fédéraux de dépistage organisé.
Souhait d'une ingérence minimale de l'Etat dans la gestion des soins	Souhait d'un partage clair des tâches, des objectifs et des responsabilités dans l'organisation des soins entre l'Etat et les praticiens (formalisation)	43. C'est le ministère de la santé qui devrait impulser la mise en place d'un échelonnement entre niveaux de soins. 44. L'exercice de la médecine doit rester indépendant des contraintes étatiques.
Identité professionnelle définie par rapport aux spécialités médicales	Définition de compétences spécifiques aux soins primaires (internalisation)	45. Le travail en réseau de soins coordonnés fait partie des compétences spécifiques des généralistes. 46. Les généralistes sont le plus utile quand ils réfèrent leur patient à un spécialiste compétent.
Tendance à la centralisation de toute action en santé dans le cadre de la relation individuelle	Acceptation du transfert de l'organisation de certaines actions au niveau collectif pour en augmenter l'efficacité (formalisation)	47. La généralisation d'une action préventive dans la population doit s'appuyer plutôt sur des opérateurs spécifiques que sur les généralistes.
Rejet de l'intervention des pouvoirs publics dans la gestion de la santé	Satisfaction professionnelle dans la valorisation par les pouvoirs publics (formalisation)	48. Il est satisfaisant d'être dans la norme des profils réalisés par l'INAMI.
Peu d'adhésion aux normes et recommandations	Satisfaction professionnelle dans l'adhésion à des normes (formalisation)	49. Les guidelines sont rarement applicables en médecine générale.

Faible référence scientifique	Forte référence scientifique (EBM), esprit critique	50. Les toutes-boîtes médicaux offrent une information scientifique de qualité.
Lien fort avec l'industrie du médicament	Indépendance face à la marchandisation de la santé	51. Les délégués médicaux apportent une information scientifique utile aux médecins.
Projet professionnel humaniste	Projet professionnel sociétal	<p>52. Les généralistes doivent contribuer à faire monter le niveau global de santé dans la société.</p> <p>53. L'amélioration de l'état de santé de la population au cours des dernières décennies est due principalement aux progrès de la médecine.</p>

8 RÉSULTATS

Quatre-vingt MG ont répondu à l'enquête, dont 39 sur le formulaire papier et 41 sur le site internet. Cinq questionnaires ont été éliminés en raison d'un taux de réponse insuffisant (>5 réponses manquantes sur l'ensemble du questionnaire).

8.1 TYPOLOGIE DES RÉPONDANTS

Dans ce pré-test, les résultats sont entachés d'un biais lié au mode de recrutement des répondants parmi les maîtres de stage de l'université de Liège : la plupart ont de nombreuses années de pratique, ont fait leurs études à l'ULg et travaillent toujours dans la province de Liège.

8.1.1 GENRE

17 femmes (23%) et 58 (77%) hommes ont répondu au questionnaire.

8.1.2 UNIVERSITÉ D'ORIGINE

Les répondants sont originaires majoritairement de l'ULg (80%), ensuite de l'UCL (12%) puis de l'ULB (8%).

8.1.3 ANCIENNETÉ DANS LE MÉTIER

Il y a une surreprésentation des généralistes ayant de 25 à 35 années de pratique (figure 9).

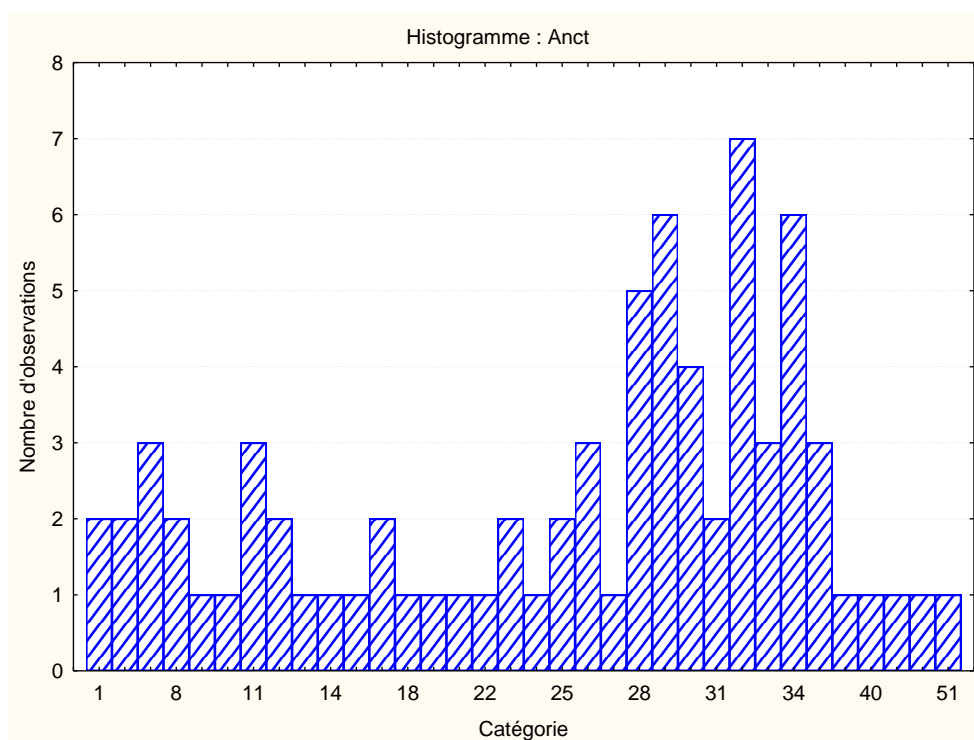


Figure 9 : Nombre d'années de pratique des répondants

Les médecins pratiquant en maison médicale sont en moyenne plus jeunes dans le métier que leurs confrères travaillant en solo ou en association (figure 10).

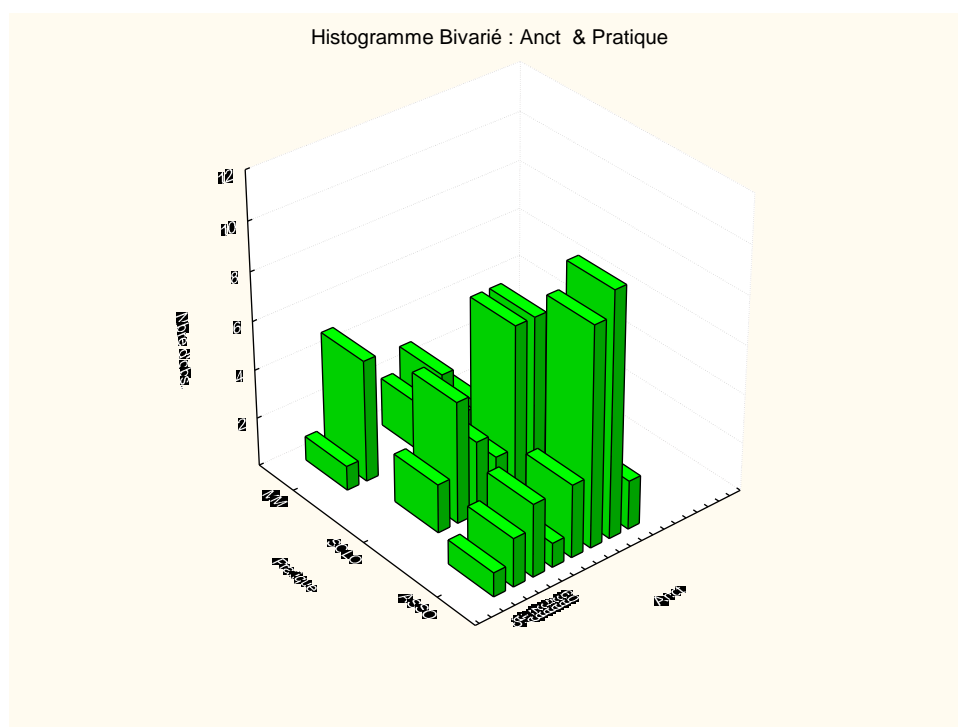


Figure 10

8.1.4 PROVINCE DE PRATIQUE

82% des répondants exercent dans la province de Liège, les autres provinces francophones se partagent les 18% restant.

8.1.5 TYPE DE PRATIQUE

Les médecins travaillant en solo et en association monodisciplinaire sont également représentés. Les médecins travaillant en maison médicale représentent 17% de l'échantillon (figure 11).

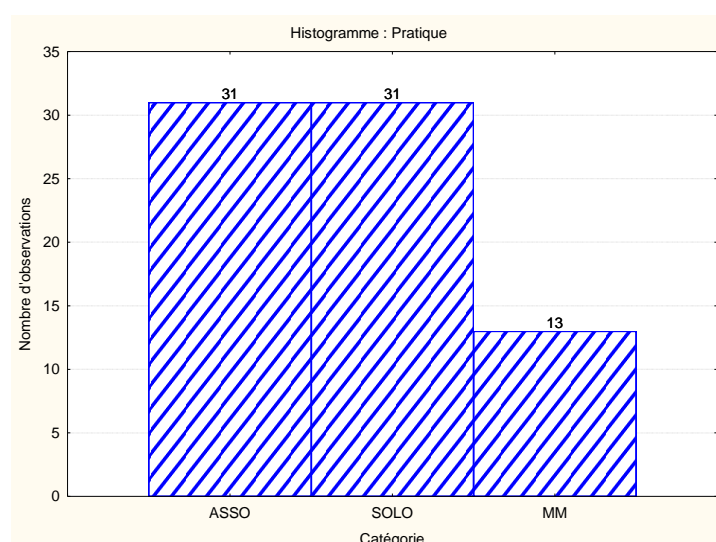


Figure 11 : Répartition des répondants selon le type de pratique

8.1.6 ACTIVITÉ PRÉVENTIVE STRUCTURÉE

29% des répondants déclarent avoir une activité préventive au sein d'une structure spécialement dédiée : ONE, PSE, planning familial, maison d'enfants, etc.

8.2 VALIDATION DES ITEMS

8.2.1 AXE : DES SOINS À LA SANTÉ

8.2.1.1 Calcul de l'alpha de Cronbach

La première analyse de cet axe par l'alpha de Cronbach donne une valeur assez faible de 0,57 (tableau 4).

Tableau 4 : Axe "Des soins à la santé"; analyse préliminaire

Variable	Synthèse échelle : Moy.=32,9600 Ec-T.=3,40286 N actif:75 Alpha Cronbach : ,571104 Alpha Standardisé : ,571310 Corrél. moy. inter-quest.: ,110210				
	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Question 1	29,74667	11,44249	3,382675	-0,092331	0,612109
Question 2	30,80000	9,81333	3,132624	0,203084	0,558696
Question 3	29,53333	10,51556	3,242770	0,207279	0,556513
Question 4	29,96000	8,83840	2,972945	0,358127	0,514388
Question 5	29,82667	8,35662	2,890782	0,536386	0,463440
Question 6	30,20000	10,29333	3,208323	0,089870	0,589637
Question 7	30,64000	10,12373	3,181782	0,145222	0,573058
Question 8	29,62667	9,40729	3,067130	0,390826	0,513728
Question 9	29,28000	9,82827	3,135007	0,356410	0,526735
Question 10	30,09333	9,92462	3,150337	0,229614	0,550839
Question 11	29,89333	9,77529	3,126546	0,310338	0,533186

L'élimination successive de la question 1 puis des questions 3, 6 et 7, amène l'alpha à une valeur plus acceptable, quoique faible, de 0,64 (tableau 5). L'élimination d'un item supplémentaire n'amène plus d'amélioration significative.

Tableau 5 : Axe "Des soins à la santé"; Alpha de Cronbach final

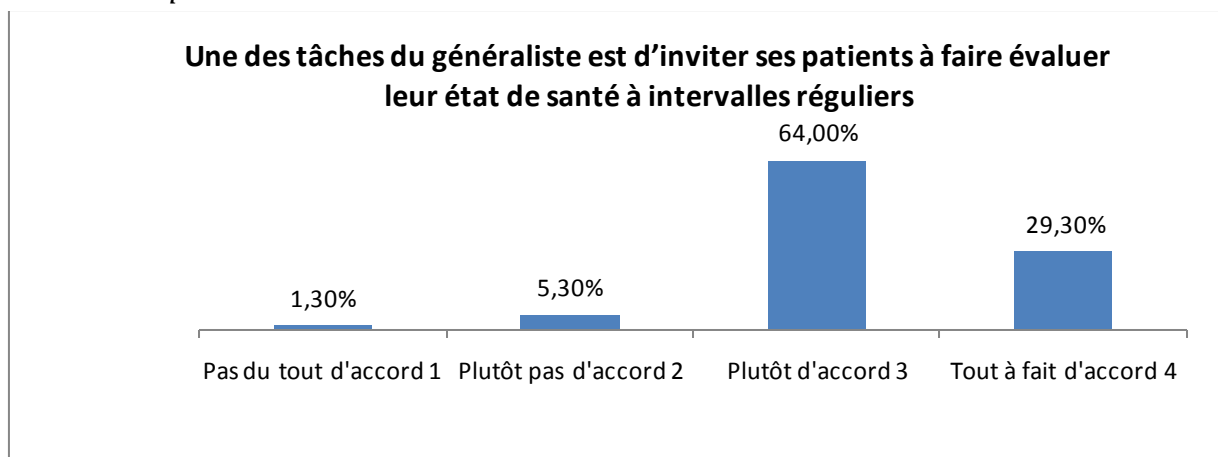
variable	Synthèse échelle : Moy.=21,2237 Ec-T.=2,81708 N actif:76 Alpha Cronbach : ,628429 Alpha Standardisé : ,635485 Corrél. moy. inter-quest.: ,202165				
	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Question 2	19,06579	6,166724	2,483289	0,273546	0,614975
Question 4	18,22368	5,831544	2,414859	0,304683	0,608141
Question 5	18,10526	5,409972	2,325935	0,484750	0,538479
Question 8	17,89474	6,094182	2,468640	0,402822	0,573477
Question 9	17,53947	6,537916	2,556935	0,335409	0,595821
Question 10	18,35526	6,334314	2,516806	0,290107	0,606970
Question 11	18,15789	6,396122	2,529056	0,321124	0,597856

8.2.1.2 Question 1

8.2.1.2.1 Indicateur

De « Réponse à la demande du patient » à « Exercice proactif envers le patient, envoi de rappels ».

8.2.1.2.2 Réponses



8.2.1.2.3 Commentaires sur la formulation

Remplacer « faire évaluer » par « faire réfléchir ».

8.2.1.2.4 Commentaires

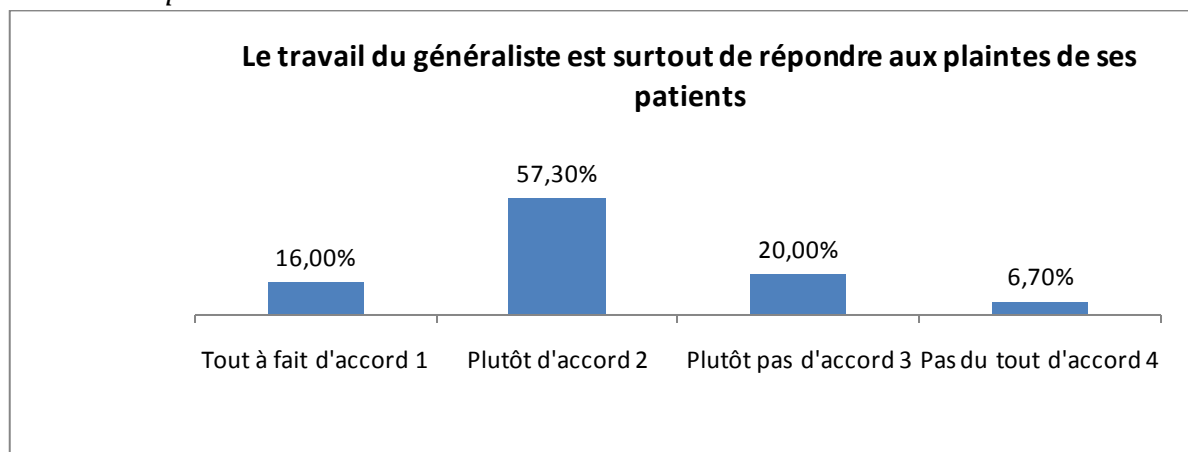
Item recueillant un très large consensus. Cohérence interne insuffisante par rapport à l'axe exploré. Ne peut être retenu dans l'échelle définitive.

8.2.1.3 Question 2

8.2.1.3.1 Indicateur

De « Réponse à la demande du patient » à « Exercice proactif envers le patient, envoi de rappels ».

8.2.1.3.2 Réponses



8.2.1.3.3 Commentaires sur la formulation

« Uniquement » plutôt que « surtout » permettrait une réponse plus tranchée.

8.2.1.3.4 Commentaire

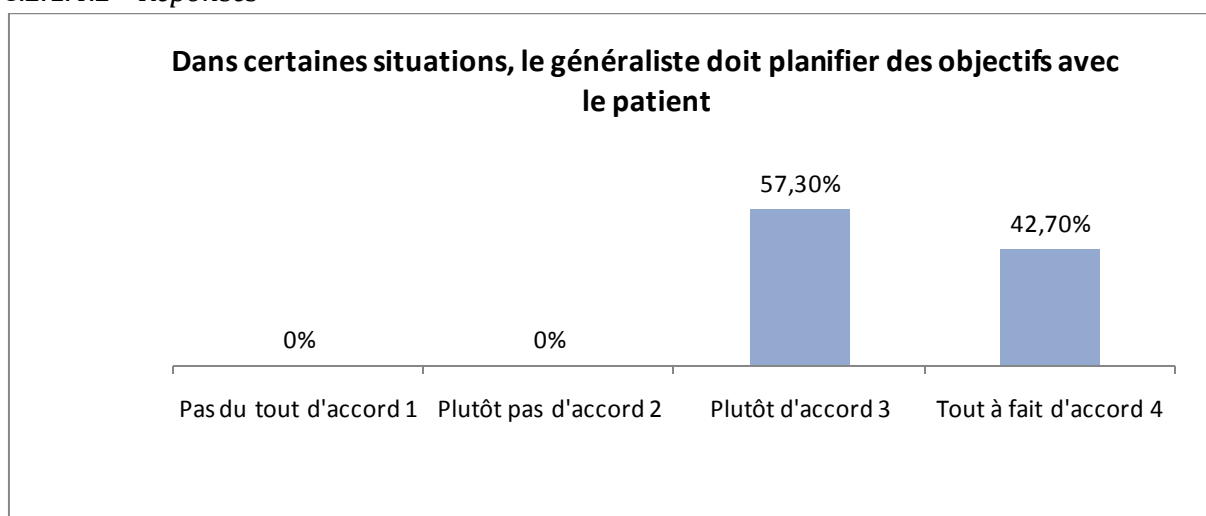
L'item est cohérent par rapport à l'axe.

8.2.1.4 Question 3

8.2.1.4.1 Indicateur

De « Délivrance de soins » à « Travail par objectif ».

8.2.1.4.2 Réponses



8.2.1.4.3 Commentaire

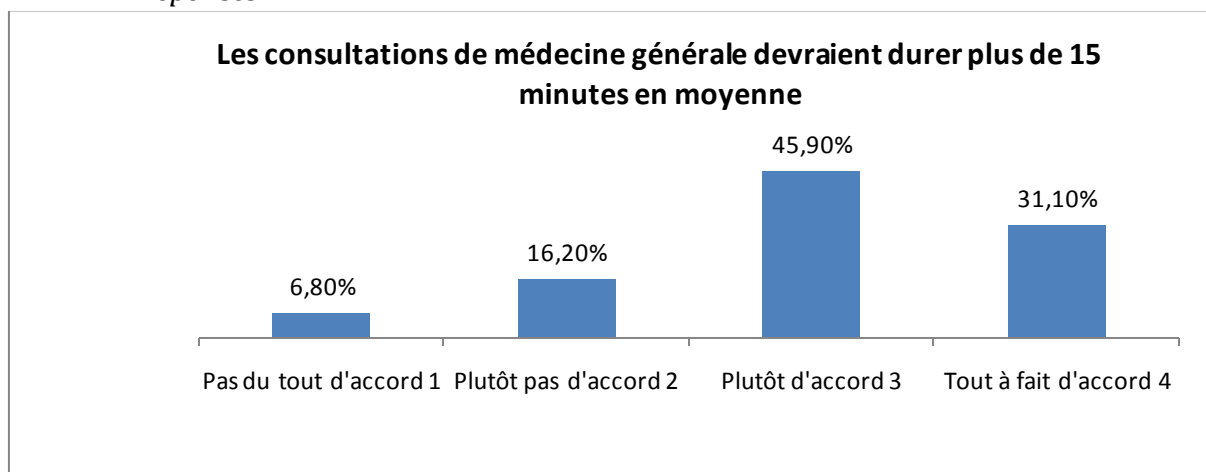
Cet item est cohérent avec les autres items de l'axe, mais donne lieu à un tel consensus que sa pertinence en est limitée. Ne sera pas conservé dans l'échelle définitive.

8.2.1.5 Question 4

8.2.1.5.1 Indicateur

Temps de contact moyen court (< 15 min) ou long (> 15 min).

8.2.1.5.2 Réponses



8.2.1.5.3 Commentaire

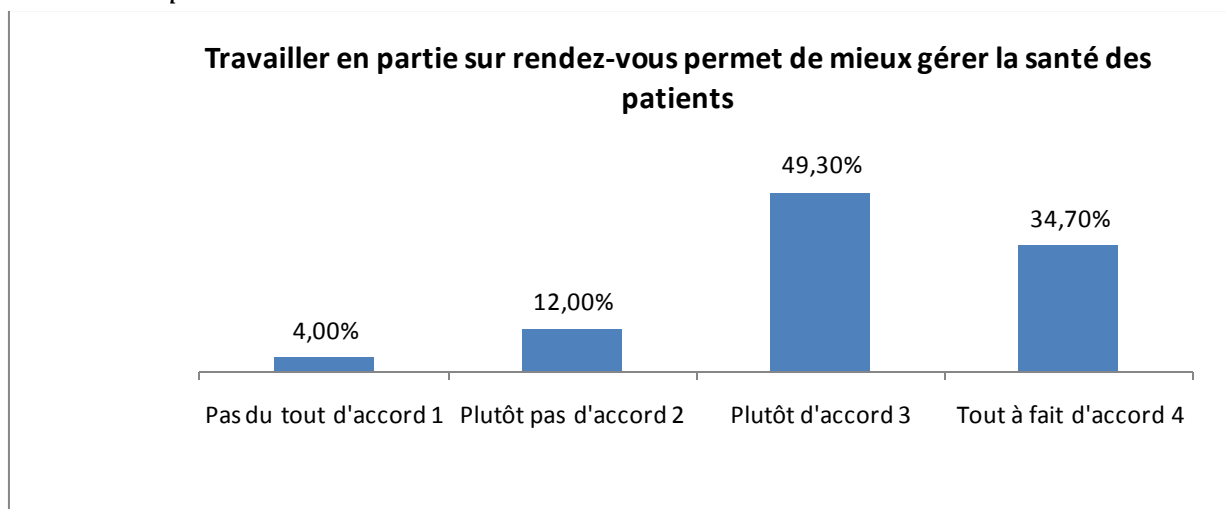
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.1.6 Question 5

8.2.1.6.1 Indicateur

Gestion du temps : de « orientée principalement vers la réponse aux demandes des patients » à « permettant de revoir des patients pour un approfondissement de certains thèmes ».

8.2.1.6.2 Réponses



8.2.1.6.3 Commentaire

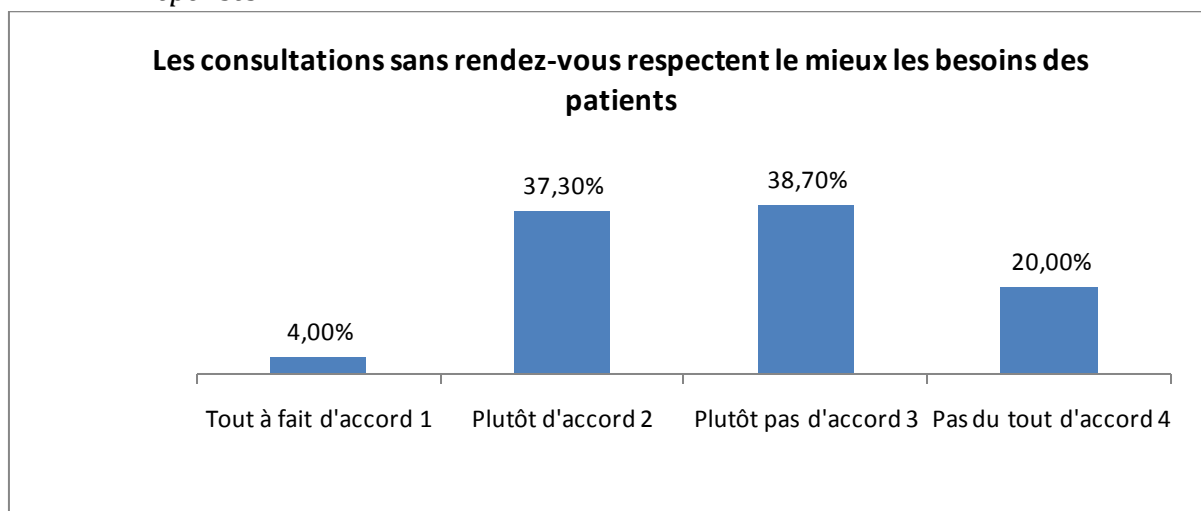
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.1.7 Question 6

8.2.1.7.1 Indicateur

Gestion du temps : de « orientée principalement vers la réponse aux demandes des patients » à « permettant de revoir des patients pour un approfondissement de certains thèmes ».

8.2.1.7.2 Réponses



8.2.1.7.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant propose « respectent aussi » les besoins.

8.2.1.7.4 Commentaire

La cohérence avec l'axe et avec l'échelle est insuffisante. De plus, la question 5 place le répondant face à la gestion de la santé des patients, alors que la question 6 le place face à leur besoins, tels

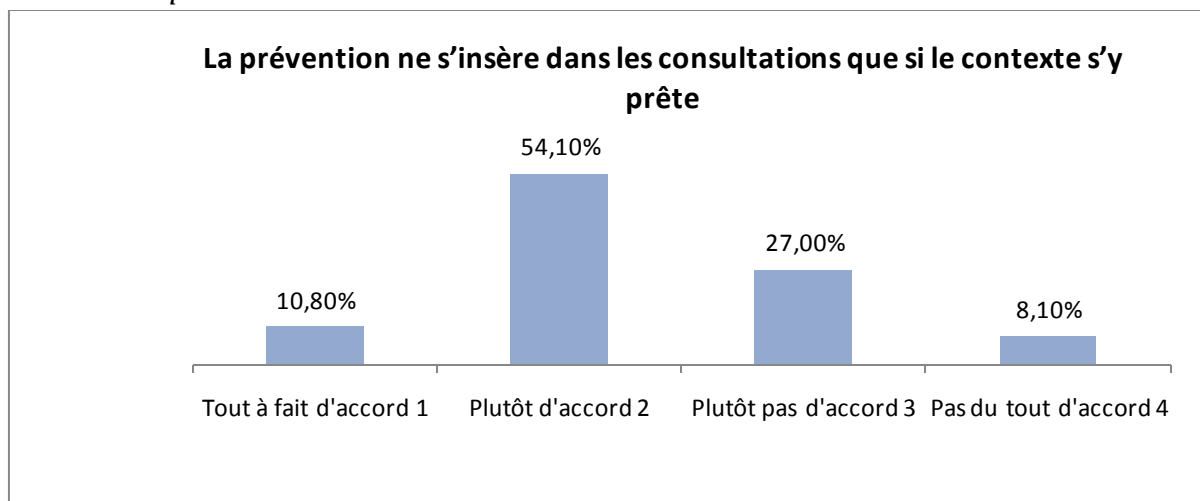
qu'il les ressent. Dans le contexte de cette étude, la confrontation à la gestion de la santé semble plus pertinente. La question 6 ne sera donc pas reprise dans l'échelle définitive.

8.2.1.8 Question 7

8.2.1.8.1 Indicateur

Gestion des actions de prévention et de dépistage : opportuniste ou systématique.

8.2.1.8.2 Réponses



8.2.1.8.3 Commentaires sur la formulation

Plusieurs répondants ont signalé une mauvaise compréhension du mot « contexte ». Ce mot se voulait suffisamment général pour englober les réponses du type « pas le temps », « patient trop préoccupé par un autre problème », « pas pensé ».

8.2.1.8.4 Commentaire

La cohérence interne par rapport à l'axe est particulièrement faible. Il est permis de se demander si la cotation « favorable à la prévention (valeur 4) » attribuée à la réponse « pas du tout d'accord » est pertinente. La réponse « favorable à la prévention » attendue devait éveiller l'idée chez le répondant que la prévention est aussi affaire de planification en dehors des consultations. Même avec une attitude très favorable envers la prévention, il est possible que bon nombre de MG préfèrent l'attitude pragmatique qui leur est proposée dans l'énoncé.

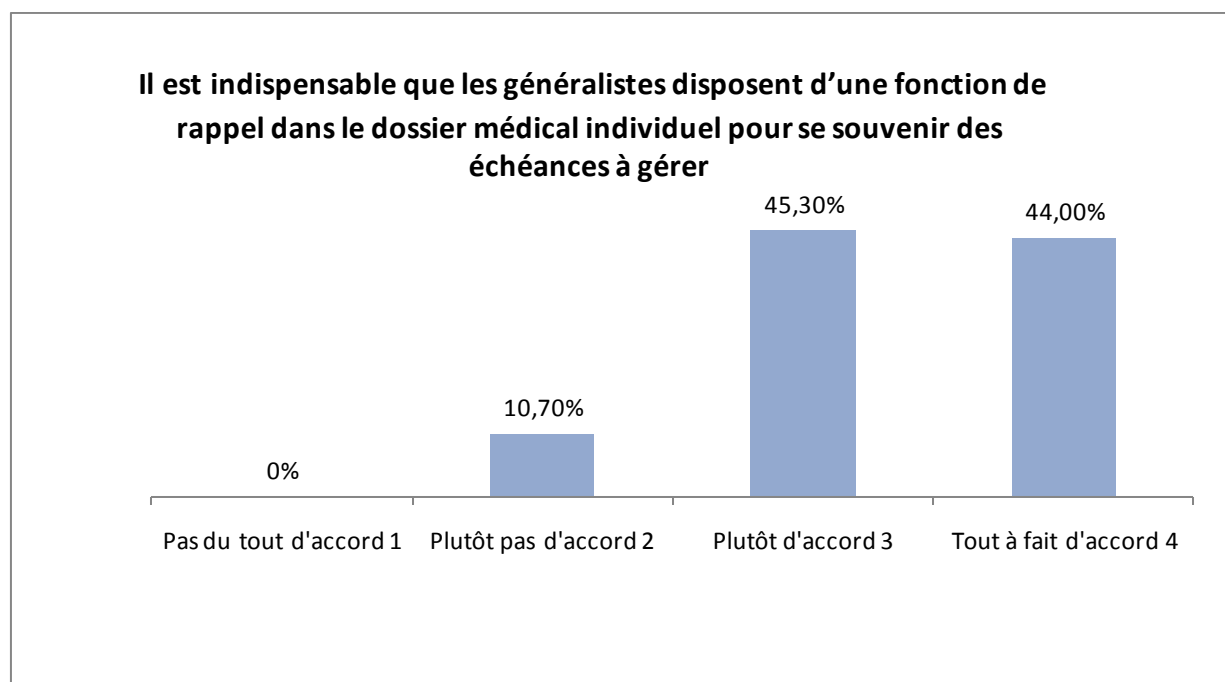
Ne peut être retenu dans l'échelle définitive.

8.2.1.9 Question 8

8.2.1.9.1 Indicateur

Gestion des actions de prévention et de dépistage : opportuniste ou systématique.

8.2.1.9.2 Réponses



8.2.1.9.3 *Commentaire*

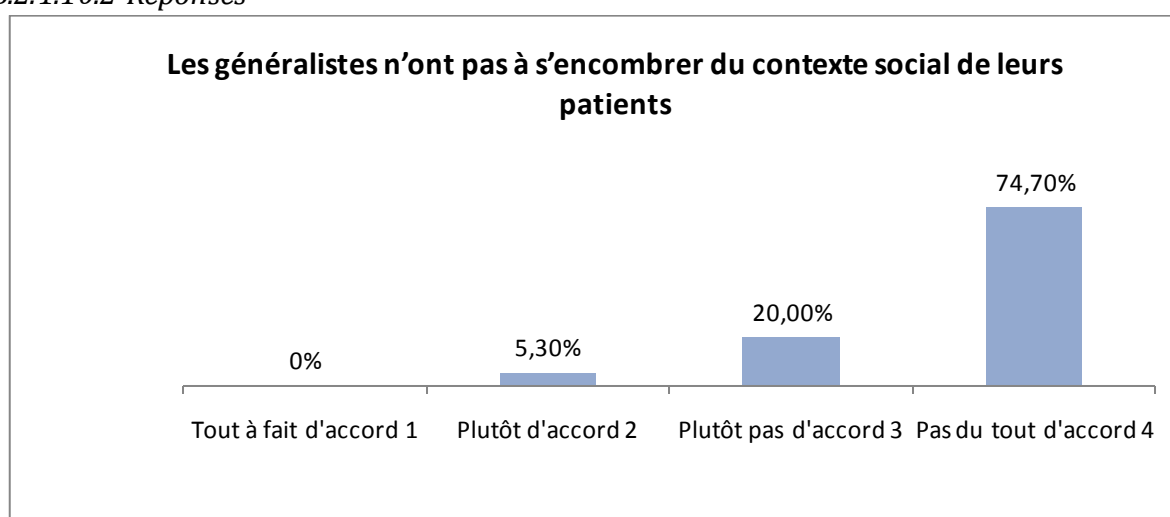
Item cohérent avec l'axe.

8.2.1.10 **Question 9**

8.2.1.10.1 *Indicateur*

De la vision biomédicale à la vision bio-médico-sociale de la santé.

8.2.1.10.2 *Réponses*



8.2.1.10.3 *Commentaires sur la formulation*

La question a été jugée trop vague par certains répondants.

8.2.1.10.4 *Commentaire*

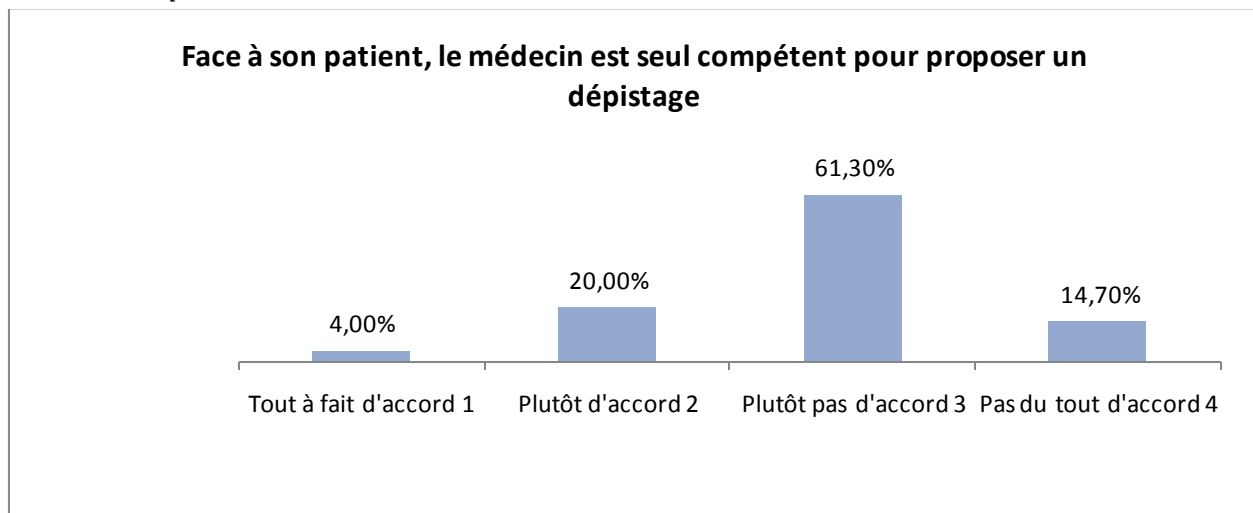
Le consensus très large sur la réponse et la formulation un peu caricaturale de cet item en limitent peut-être la pertinence. Il est conservé dans l'échelle définitive, en raison de son bon niveau de cohérence interne.

8.2.1.11 Question 10

8.2.1.11.1 Indicateur

Rencontre centrée sur l'agenda du patient ou du médecin. Le terme « agenda » doit être compris ici dans le sens qu'on lui donne en Amérique du Nord, à savoir l'ensemble des préoccupations que le patient amène lors de la consultation d'un professionnel de santé.

8.2.1.11.2 Réponses



8.2.1.11.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant a suggéré d'écrire « face à "un" patient » pour éviter toute confusion avec le colloque singulier.

8.2.1.11.4 Commentaire

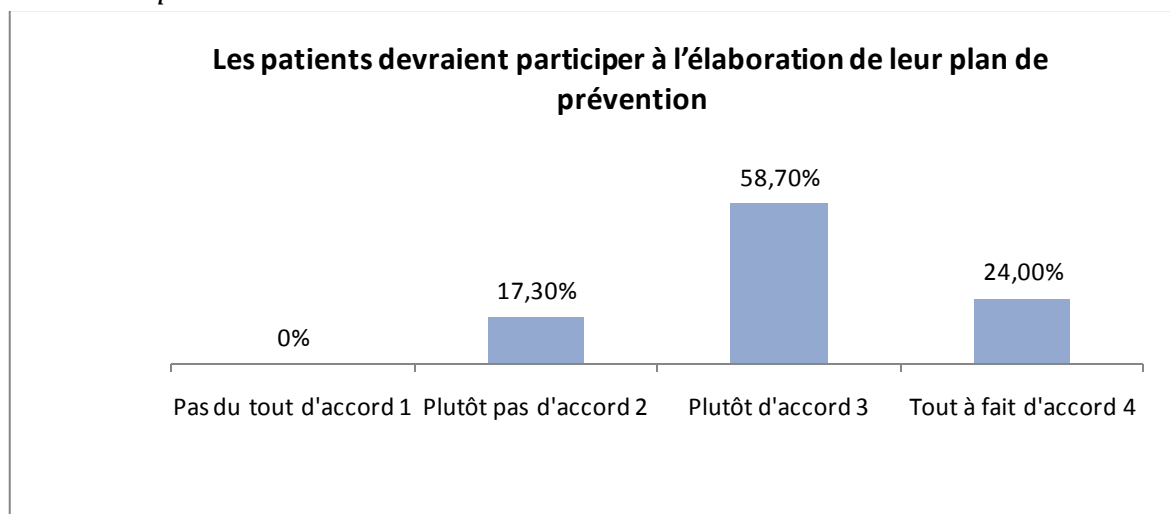
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.1.12 Question 11

8.2.1.12.1 Indicateur

Rencontre centrée sur l'agenda du patient ou du médecin.

8.2.1.12.2 Réponses



8.2.1.12.3 Commentaires sur la formulation

Plusieurs remarques des répondants ont insisté sur la responsabilisation du patient.

8.2.1.12.4 Commentaire

L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.2 AXE : DE LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE À LA PRISE EN CHARGE COLLECTIVE

8.2.2.1 Calcul de l'alpha de Cronbach

La première analyse de cet axe donne d'emblée une bonne valeur de l'alpha à 0,80 (tableau 6).

Tableau 6 : Axe "De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective"; analyse préliminaire

Variable	Synthèse échelle : Moy.=31,3284 Ec-T.=5,28402 N actif:67 Alpha Cronbach : ,801840 Alpha Standardisé : ,805096 Corrél. moy. inter-quest.: 280895				
	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Question 12	28,04478	23,74426	4,872808	0,560549	0,780138
Question 13	28,38806	22,92404	4,787905	0,578386	0,775638
Question 14	29,14925	21,97772	4,688040	0,535208	0,777861
Question 15	28,02985	23,90956	4,889740	0,370520	0,795201
Question 16	28,50746	22,19024	4,710652	0,629763	0,769095
Question 17	28,91045	25,51437	5,051175	0,161737	0,815246
Question 18	28,02985	24,74538	4,974473	0,363695	0,795148
Question 19	28,73134	21,71887	4,660351	0,580004	0,772567
Question 20	28,47761	24,45845	4,945549	0,266868	0,806682
Question 21	28,46269	21,56204	4,643495	0,588919	0,771391
Question 22	28,55224	22,24727	4,716702	0,502470	0,781743

L'élimination successive des questions 17 et 20, puis de la question 14 (voir commentaires) amène l'alpha à la valeur très satisfaisante de 0,83 (tableau 7).

Tableau 7 : Axe "De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective"; Alpha de Cronbach final

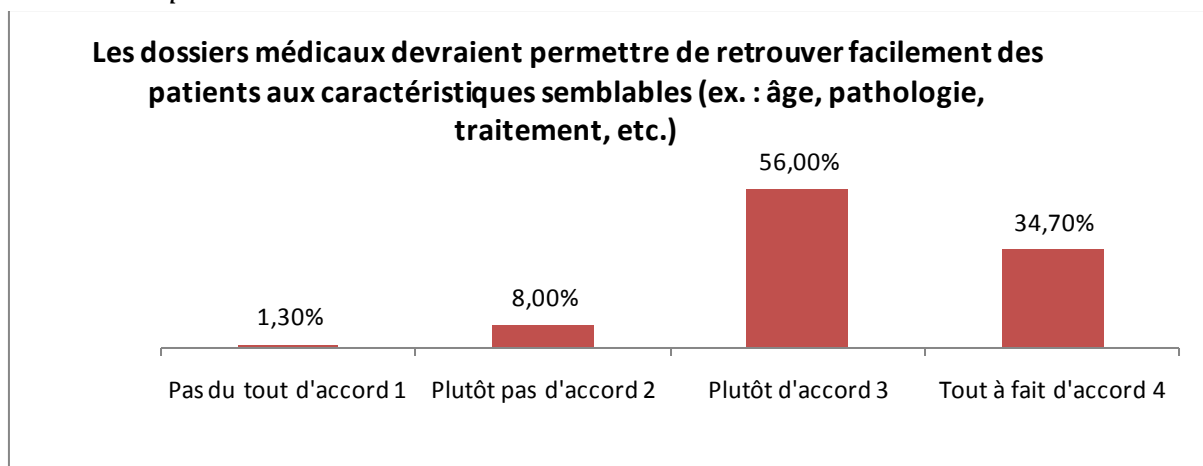
Variable	Synthèse échelle : Moy.=23,9286 Ec-T.=4,32492 N actif:70 Alpha Cronbach : ,820449 Alpha Standardisé : ,826804 Corrél. moy. inter-quest.: ,378584				
	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Question 12	20,64286	15,28673	3,909825	0,579221	0,798358
Question 13	20,98571	14,52837	3,811610	0,601773	0,792309
Question 15	20,62857	14,86204	3,855132	0,461850	0,810726
Question 16	21,08571	13,87837	3,725368	0,672791	0,781381
Question 18	20,61429	15,63694	3,954357	0,467894	0,809591
Question 19	21,32857	14,16347	3,763438	0,497831	0,807409
Question 21	21,05714	13,22531	3,636661	0,619113	0,788280
Question 22	21,15714	14,24673	3,774485	0,487181	0,808974

8.2.2.2 Question 12

8.2.2.2.1 Indicateur

Structuration des données cliniques : faible, mais suffisante pour une gestion individuelle ou forte, permettant la gestion de profils de patients.

8.2.2.2 Réponses



8.2.2.2.3 Commentaire

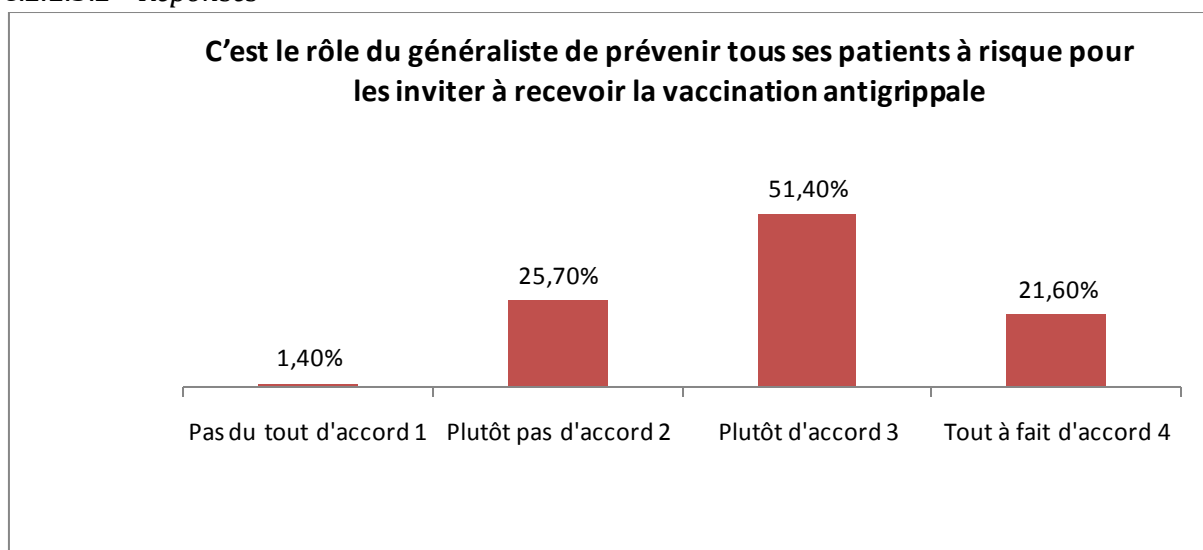
En raison des commentaires des répondants, la formulation alternative « **Les dossiers médicaux ne sont utiles que pour aider à la gestion des contacts avec les patients** » sera proposée dans l'échelle définitive. Cette formulation provient d'une question qui n'a été explorée au pré-test que dans les questionnaires en ligne, la version papier ayant « perdu » cette question. Cette formulation, qui n'est donc pas analysée ici, place le MG directement face au choix de l'utilisation individuelle (évidente) ou collective de ses dossiers.

8.2.2.3 Question 13

8.2.2.3.1 Indicateur

Rappels d'échéances : individualisés, utilisés lors des contacts avec les patients, ou de rappels individualisés pour des groupes cibles contactés de façon active.

8.2.2.3.2 Réponses



8.2.2.3.3 Commentaires sur la formulation

Plusieurs remarques des répondants soulignent l'importance de la responsabilisation des patients.

8.2.2.3.4 *Commentaire*

L'item est cohérent dans cet axe.

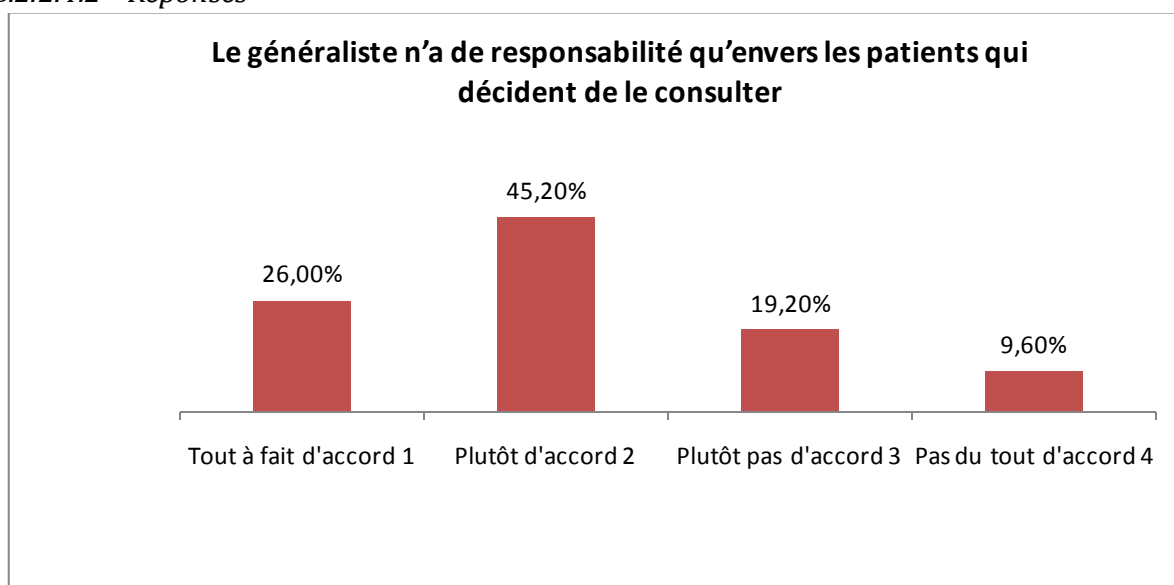
Toutefois, on peut se poser la question de la validité et de la reproductibilité des réponses à des questions mettant directement en lien avec des programmes précis de prévention, surtout si, comme dans cet exemple concernant la vaccination antigrippale, la période de passation du test coïncide avec la saison où la procédure concernée est activée. Les réponses peuvent être entachées de facteurs liés à l'organisation des campagnes de prévention et leur acceptabilité au sein de la population médicale. La version définitive supprimera la référence au contexte précis de la grippe dans la formulation suivante : « ***C'est le rôle du généraliste de prévenir tous ses patients à risque pour les inviter à recevoir une vaccination*** ».

8.2.2.4 Question 14

8.2.2.4.1 *Indicateur*

Offre de soins à la demande ou gestion populationnelle des besoins en santé.

8.2.2.4.2 *Réponses*



8.2.2.4.3 *Commentaires sur la formulation*

Deux répondants ont signalé n'avoir pas compris le sens de la question. Un a demandé si cette question ne faisait pas double emploi avec la question 22 qui explore le sentiment de responsabilité envers la patientèle considérée globalement. La remarque est pertinente, les indicateurs explorés correspondant à la même réalité sous des formulations différentes.

8.2.2.4.4 *Commentaire*

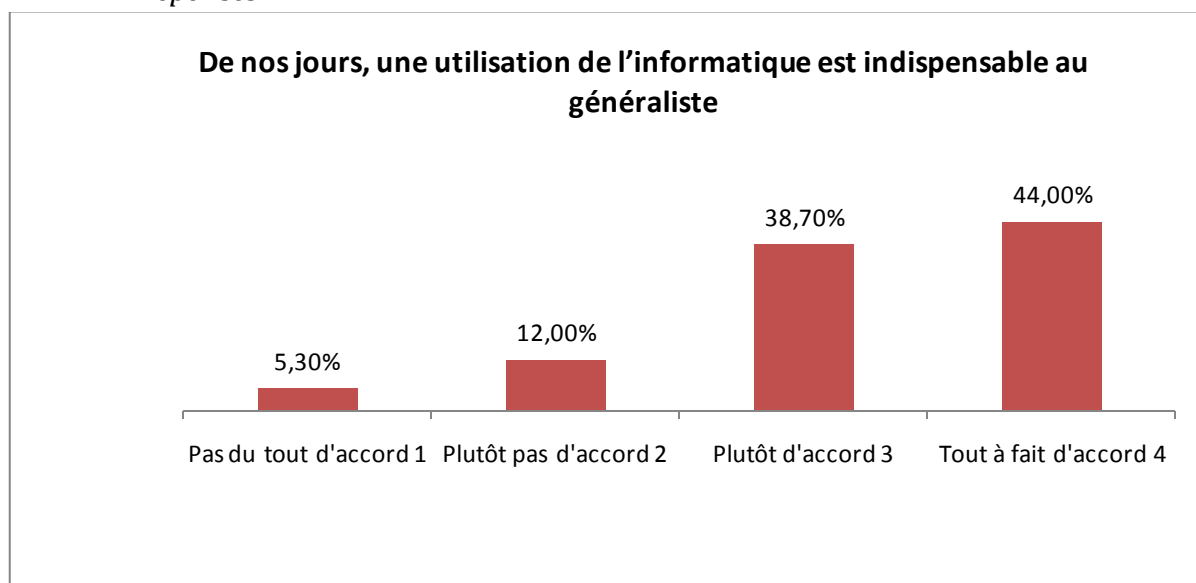
L'item est cohérent dans cet axe, mais peut être supprimé de l'échelle définitive moyennant une réduction minimale de l'alpha de Cronbach.

8.2.2.5 Question 15

8.2.2.5.1 *Indicateur*

Maîtrise des outils informatiques ou collaboration fonctionnelle dans ce domaine.

8.2.2.5.2 Réponses



8.2.2.5.3 Commentaire

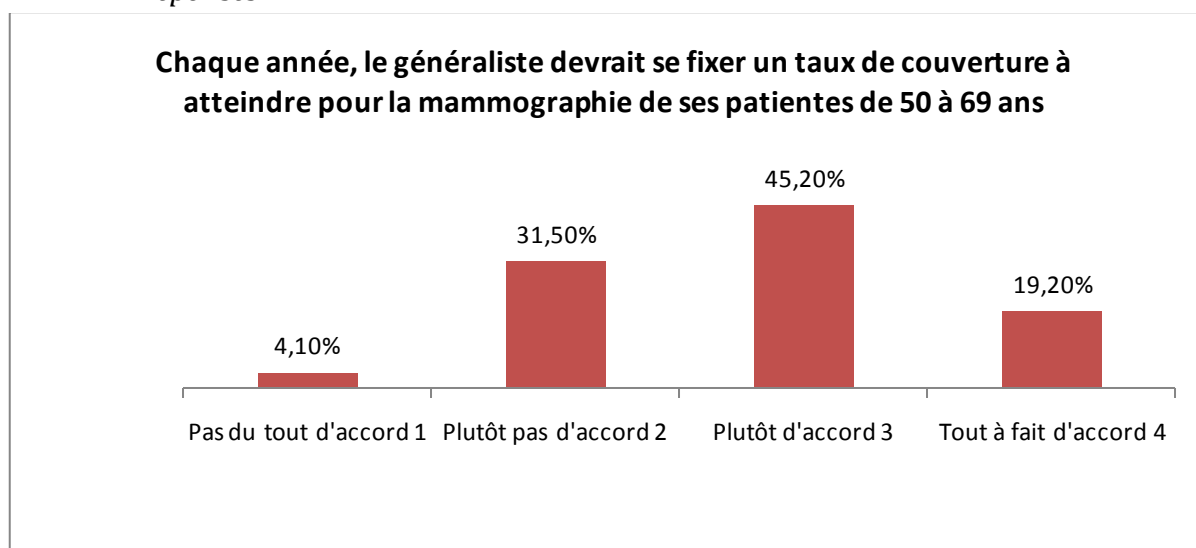
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.2.6 Question 16

8.2.2.6.1 Indicateur

Travail à la demande ou travail par objectifs au sein de la patientèle.

8.2.2.6.2 Réponses



8.2.2.6.3 Commentaire

L'item est cohérent dans cet axe.

Comme pour la question 13, la pertinence de citer ici un programme de prévention précis est posée. La question pourrait explorer l'indicateur de façon plus neutre dans l'échelle définitive

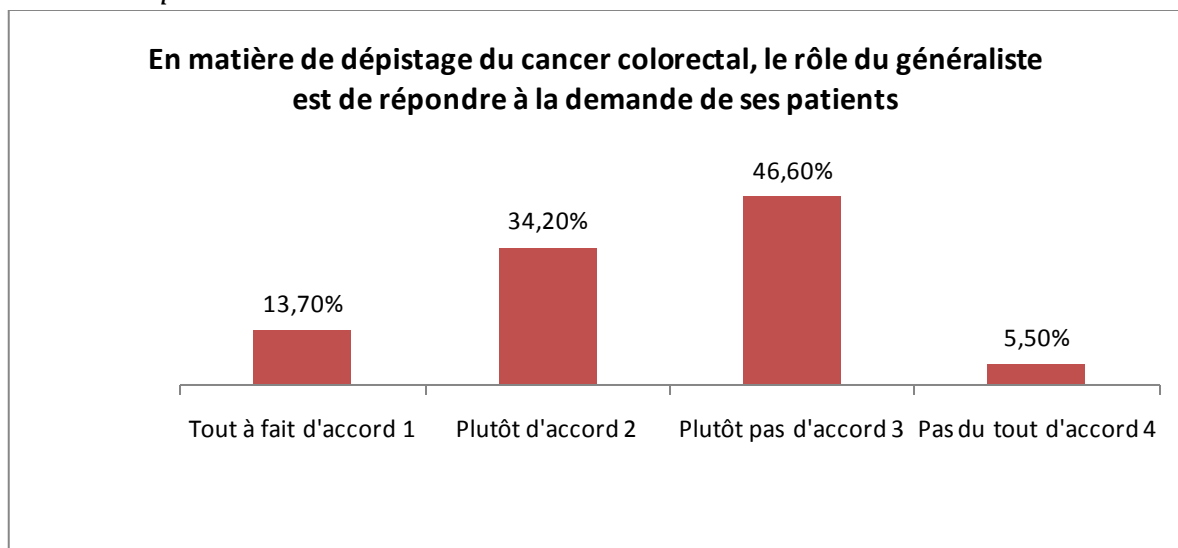
avec la formulation « *Chaque année, le généraliste devrait se fixer un taux d'actes préventifs à atteindre chez certains groupes cibles de ses patients* ».

8.2.2.7 Question 17

8.2.2.7.1 Indicateur

Travail à la demande ou travail par objectifs au sein de la patientèle.

8.2.2.7.2 Réponses



8.2.2.7.3 Commentaire

La cohérence interne n'est pas atteinte avec l'axe.

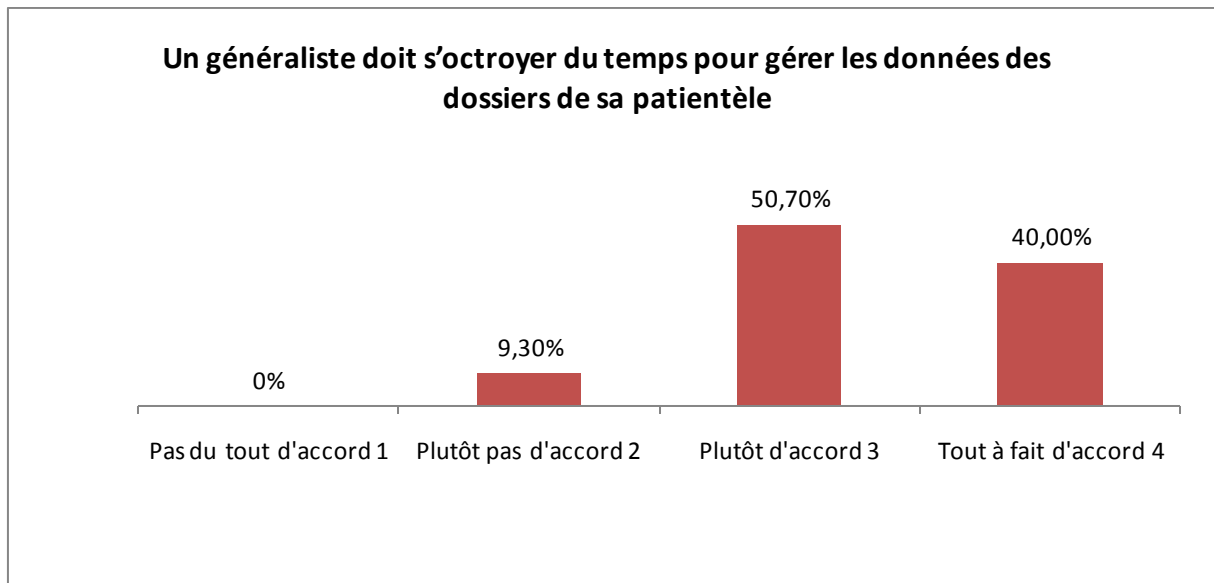
Comme pour les questions 13 et 16, la pertinence de citer ici un programme de prévention précis est posée. La question pourrait explorer l'indicateur de façon plus neutre dans l'échelle définitive avec la formulation « ***En matière de campagnes de dépistage de masse, le rôle du généraliste est de répondre à la demande de ses patients*** ». Cet item explorant le même indicateur que la question précédente, il peut être enlevé sans problème de l'échelle définitive.

8.2.2.8 Question 18

8.2.2.8.1 Indicateur

Organisation du temps: entièrement dédiée à l'activité clinique ou permettant la gestion collective des données.

8.2.2.8.2 Réponses



8.2.2.8.3 *Commentaire*

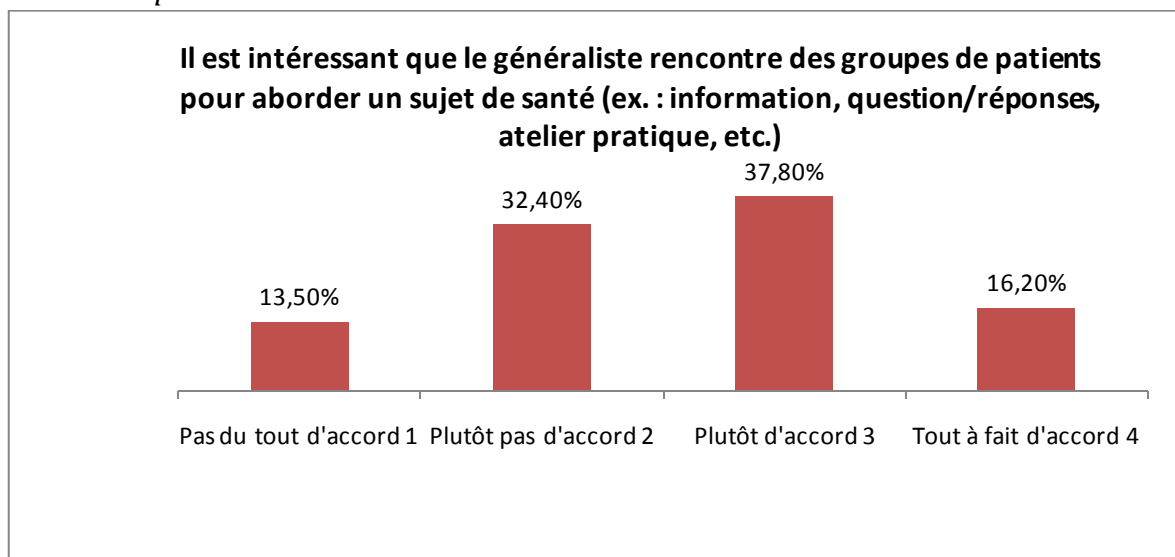
L'item présente un bon niveau de cohérence interne.

8.2.2.9 **Question 19**

8.2.2.9.1 *Indicateur*

Travail clinique uniquement ou travail clinique et communautaire.

8.2.2.9.2 *Réponses*



8.2.2.9.3 *Commentaire*

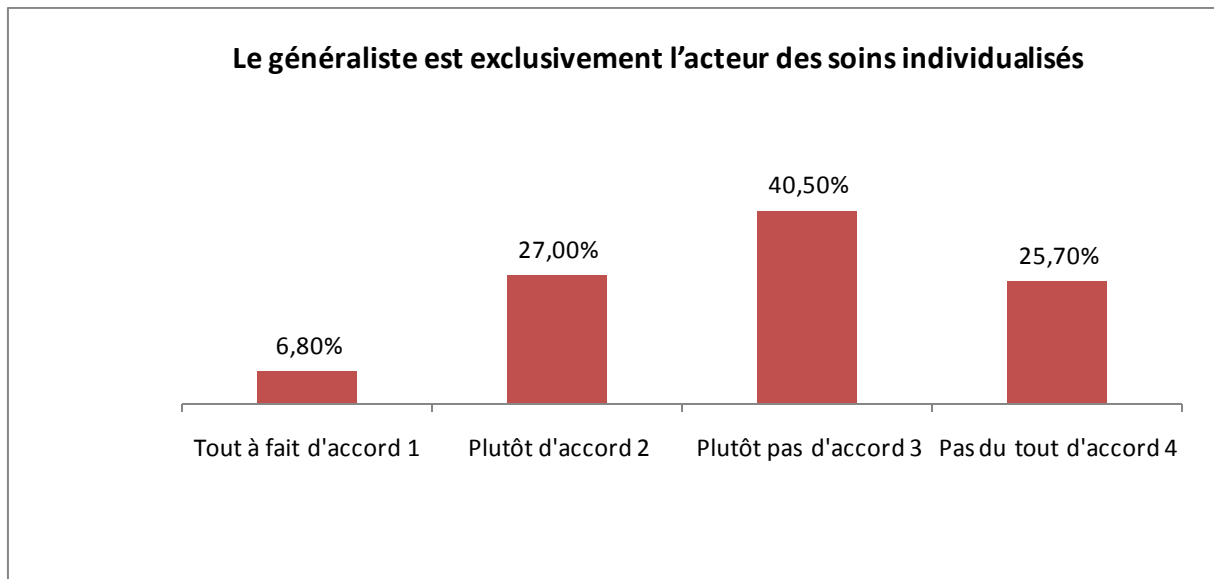
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.2.10 **Question 20**

8.2.2.10.1 *Indicateur*

Travail clinique uniquement ou travail clinique et communautaire.

8.2.2.10.2 *Réponses*



8.2.2.10.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant n'a pas bien compris la question et un autre se demande – non sans raison – si l'expression « soins individualisés » est opposée à « santé publique ».

8.2.2.10.4 Commentaire

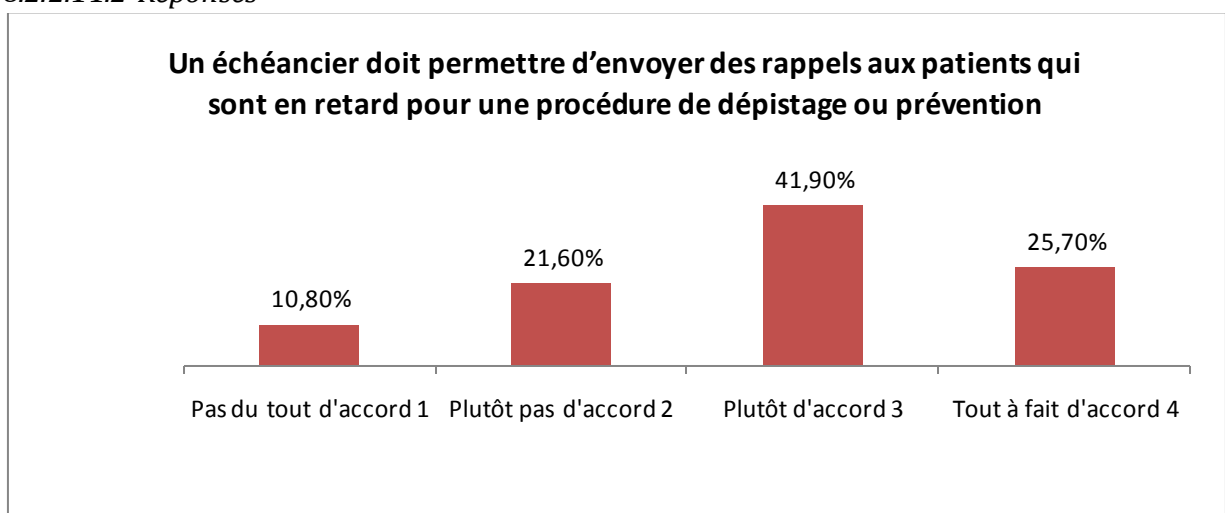
Pas de cohérence interne suffisante avec cet axe. La question précédente, qui explore le même indicateur, est d'une signification bien meilleure. Cet item-ci ne sera donc pas conservé pour l'échelle finale.

8.2.2.11 Question 21

8.2.2.11.1 Indicateur

Gestion d'un échéancier : gestion individuelle, par patient, ou gestion collective, pour l'ensemble de la patientèle.

8.2.2.11.2 Réponses



8.2.2.11.3 Commentaire

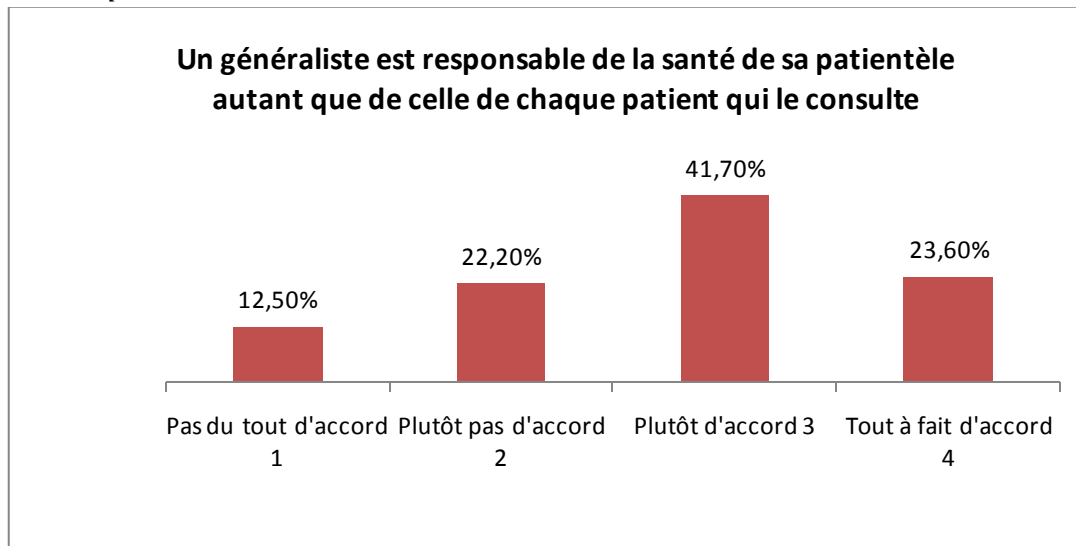
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.2.12 Question 22

8.2.2.12.1 Indicateur

Sentiment de responsabilité du MG pour la santé d'un patient à la fois ou pour la santé de l'ensemble de la patientèle.

8.2.2.12.2 Réponses



8.2.2.12.3 Commentaires sur la formulation

Cette question est celle qui a suscité le plus de commentaires.

Trois répondants ont signalé une difficulté de compréhension de la question. Le double emploi avec la question 14 a été souligné une fois.

La question ne précise pas suffisamment si la responsabilité s'applique aux moyens (information du patient par exemple) ou aux résultats (outcomes).

Enfin, trois répondants ont manifestement été heurtés par l'évocation de la responsabilité du médecin plutôt que de celle du patient.

8.2.2.12.4 Commentaire

L'item est cohérent dans cet axe.

La remarque sur le partage des responsabilités entre soignant et soigné est au cœur du problème que cette question veut explorer. Il serait possible d'atténuer le malentendu en précisant que le sentiment de responsabilité du MG n'est agissant qu'en accord avec celui du patient concernant sa propre santé.

Les réponses à cette question indiquent une majorité de réponses « favorables à la prévention » (65,3 %), alors que la formulation de la question 14 qui explore un indicateur très semblable indique une majorité de réponses « défavorables à la prévention » (71,2 %). La contradiction n'est peut-être qu'apparente : la formulation de la question 14 « *le MG n'a de responsabilité qu'envers les patients qui décident de le consulter* » permet au répondant de comprendre que les patients qui ne le consultent pas n'appartiennent pas à sa patientèle. Dans une région du pays où la délimitation précise de la patientèle n'existe que de façon très lâche (DMG uniquement à la

demande et peu contraignant), ce n'est pas très étonnant. Par contre, la formulation de la question 22 « *Un MG est responsable de la santé de sa patientèle autant que de celle de chaque patient qui le consulte* » qui fait explicitement référence à sa patientèle – peu importe comment le médecin estime qu'elle est délimitée – supprime ce malentendu.

Les deux questions explorant le même indicateur, seule la question 22 sera maintenue pour le test définitif. Sa formulation sera revue en fonction des remarques et deviendra « ***Chaque patient est responsable de sa santé, mais un généraliste se préoccupe de la santé de l'ensemble de sa patientèle*** ».

8.2.3 AXE : ÉVALUATION

8.2.3.1 Calcul de l'alpha de Cronbach

La première analyse de cet axe par l'alpha de Cronbach donne une valeur assez faible de 0,56 (tableau 8).

Tableau 8 : Axe "Evaluation"; analyse préliminaire

Variable	Synthèse échelle : Moy.=17,6216 Ec-T.=2,75831 N actif:74 Alpha Cronbach : ,560993 Alpha Standardisé : ,559703 Corré. moy. inter-quest.: ,181857				
	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corré. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Question 23	14,68919	6,403396	2,530493	0,158446	0,571795
Question 24	14,29730	5,965668	2,442472	0,362480	0,498117
Question 25	14,83784	4,649379	2,156242	0,507236	0,402691
Question 26	14,90541	5,572133	2,360537	0,269270	0,532396
Question 27	14,70270	5,208912	2,282304	0,420233	0,457948
Question 28	14,67568	6,219138	2,493820	0,131589	0,592774

L'élimination des questions 23, 26 et 28 permet d'obtenir un alpha de 0,67 (tableau 9). Il serait possible d'obtenir un alpha de 0,75 en supprimant la question 24, mais l'échelle se réduirait alors à 2 items.

Tableau 9 : Axe "Evaluation"; Alpha de Cronbach final

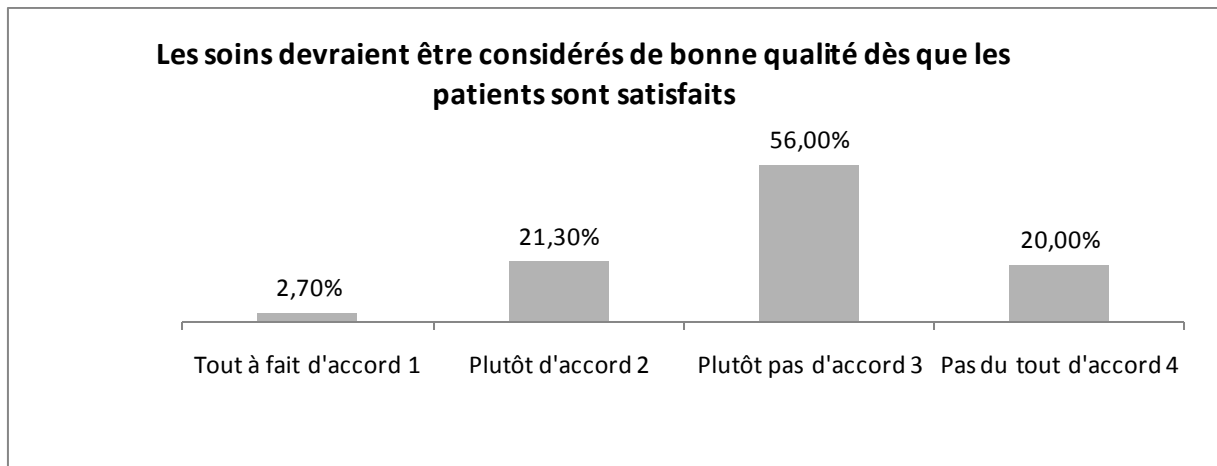
Variable	Synthèse échelle : Moy.=9,03947 Ec-T.=1,87930 N actif:76 Alpha Cronbach : ,669564 Alpha Standardisé : ,660917 Corré. moy. inter-quest.: ,406591				
	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corré. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Question 24	5,710526	2,442521	1,562857	0,320658	0,751630
Question 25	6,263158	1,430748	1,196139	0,560621	0,465150
Question 27	6,105263	1,541551	1,241592	0,605010	0,395777

8.2.3.2 Question 23

8.2.3.2.1 Indicateur

Évaluation de la qualité des soins : objective ou subjective.

8.2.3.2.2 Réponses



8.2.3.2.3 *Commentaire*

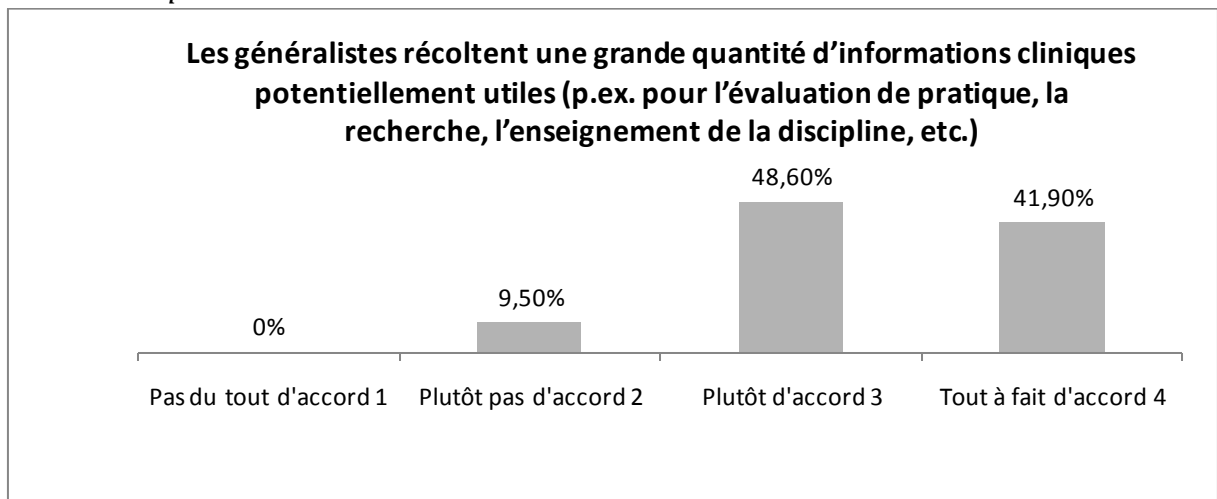
La cohérence est limitée par rapport à l'axe. L'item ne sera pas conservé dans l'échelle définitive.

8.2.3.3 **Question 24**

8.2.3.3.1 *Indicateur*

Intérêt pour la récolte des données cliniques.

8.2.3.3.2 *Réponses*



8.2.3.3.3 *Commentaire*

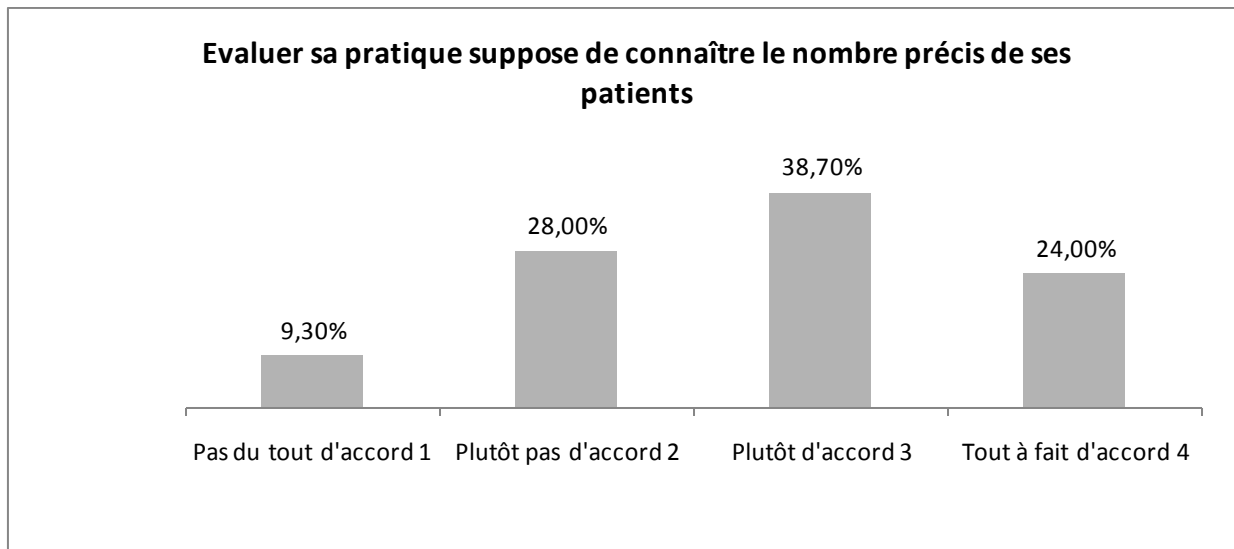
L'item est cohérent dans cet axe. Les réponses sont très consensuelles. Les réponses sont toutefois trop consensuelles, et une formulation alternative sera proposée dans l'échelle définitive : « **Les informations récoltées par les MG ne sont utiles que si on peut les traiter (p.ex. pour l'évaluation de pratique, la recherche, l'enseignement de la discipline, etc.)** »

8.2.3.4 **Question 25**

8.2.3.4.1 *Indicateur*

Délimitation de patientèle (dénominateur) en vue de l'évaluation de pratique.

8.2.3.4.2 *Réponses*



8.2.3.4.3 *Commentaire*

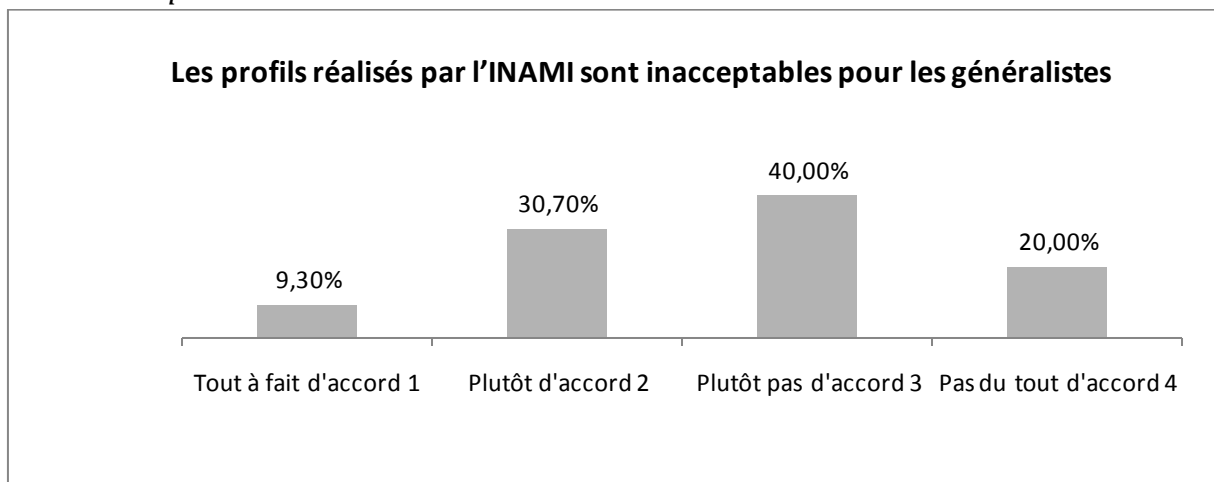
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.3.5 **Question 26**

8.2.3.5.1 *Indicateur*

Attitude vis-à-vis de l'évaluation de pratique (interne ou externe) : ouverte ou négative.

8.2.3.5.2 *Réponses*



8.2.3.5.3 *Commentaire*

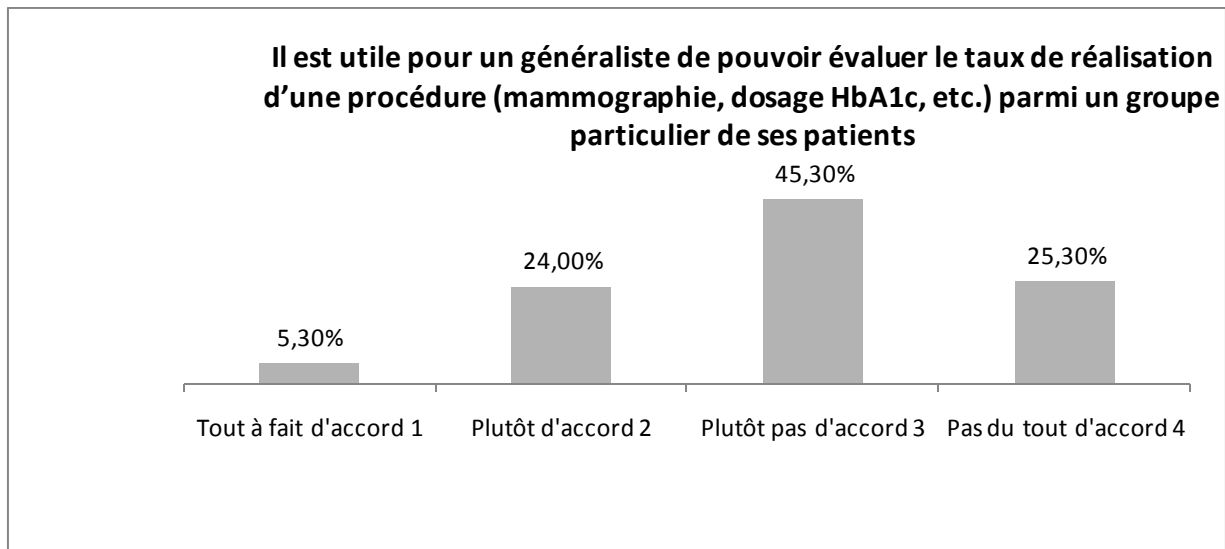
Rejeté à cause du faible degré de cohérence dans cet axe. Il existe probablement une interférence liée à l'image de l'INAMI auprès des MG.

8.2.3.6 **Question 27**

8.2.3.6.1 *Indicateur*

Evaluation de sa propre pratique : subjective ou pratique d'une autoévaluation.

8.2.3.6.2 *Réponses*



8.2.3.6.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant a déclaré n'avoir pas compris la question. Un autre s'est demandé si l'expression « taux de réalisation » était correcte en français.

8.2.3.6.4 Commentaire

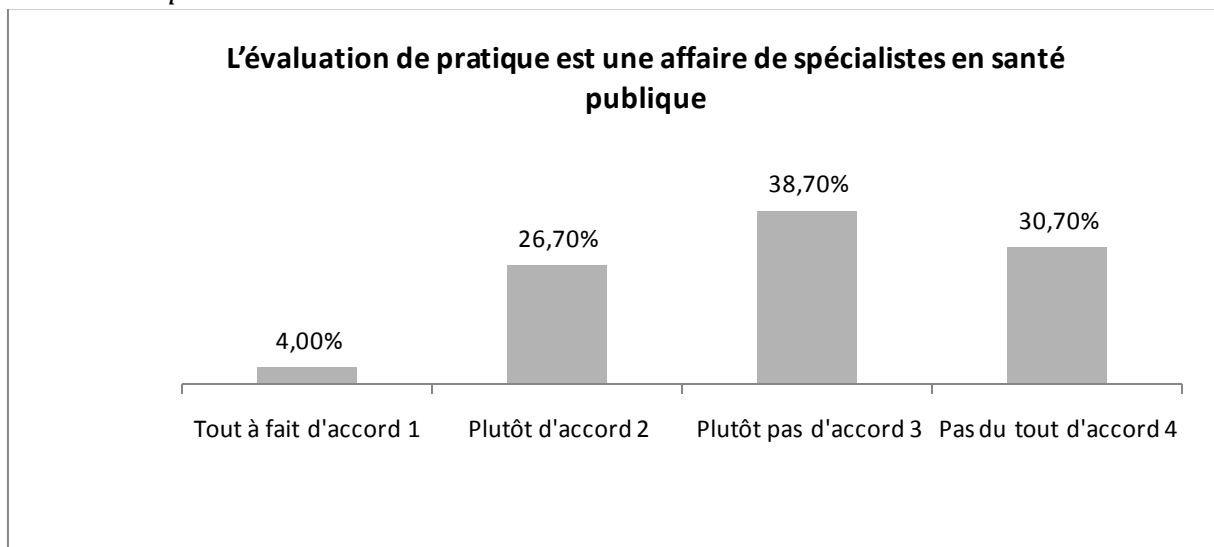
L'item est cohérent dans cet axe. Compte tenu des remarques sur la formulation l'item pour l'échelle définitive deviendra : « ***Il est utile qu'un généraliste évalue pour quelle proportion de ses patients certaines procédures préventives (mammographie, dosage HbA1c, etc.) sont réalisées.*** ».

8.2.3.7 Question 28

8.2.3.7.1 Indicateur

Connaissance des concepts et du vocabulaire de l'évaluation de pratique.

8.2.3.7.2 Réponses



8.2.3.7.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant a déclaré n'avoir pas compris la question. Un autre a souligné une ambiguïté dans la formulation, ne permettant pas de trancher si on voulait comparer les compétences en évaluation des MG et des spécialistes en santé publique, ou si l'évaluation de pratique n'était pas du ressort des MG.

8.2.3.7.4 *Commentaire*

La question, telle que formulée, ne semble pas mesurer la valeur de l'indicateur correspondant. Elle ne sera pas conservée dans l'échelle définitive.

8.2.4 *AXE : DU TRAVAIL INDIVIDUEL AU TRAVAIL COLLABORATIF*

8.2.4.1 **Calcul de l'alpha de Cronbach**

Le calcul de l'alpha de Cronbach sur cet axe donne d'emblée une bonne valeur de 0,78 (tableau 10).

Tableau 10 : Axe "Du travail individuel au travail collectif"; analyse préliminaire

Variable	Synthèse échelle : Moy.=33,6892 Ec-T.=5,44443 N actif:74 Alpha Cronbach : ,782048 Alpha Standardisé : ,777775 Corrél. moy. inter-quest.: ,231423				
	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Question 29	30,48649	24,00658	4,899651	0,566281	0,751591
Question 30	30,63514	24,96147	4,996145	0,396260	0,769579
Question 31	31,01351	23,17549	4,814093	0,556442	0,750807
Question 32	32,08108	27,61505	5,255002	0,122312	0,794790
Question 33	30,47297	25,06008	5,006004	0,434737	0,765397
Question 34	30,66216	23,19668	4,816293	0,603763	0,745826
Question 35	31,04054	24,20106	4,919457	0,507416	0,757404
Question 36	30,44595	26,65248	5,162604	0,294173	0,778183
Question 37	31,51351	24,30387	4,929896	0,471822	0,761209
Question 38	30,20270	26,62107	5,159561	0,293559	0,778286
Question 39	31,33784	27,03451	5,199472	0,169788	0,792212
Question 40	30,68919	23,86285	4,884962	0,634994	0,745781

La suppression des questions 32, 32, 38 et 39 permet d'augmenter la valeur de l'alpha à 0,81 (tableau 11).

Tableau 11 : Axe "Du travail individuel au travail collectif"; Alpha de Cronbach final

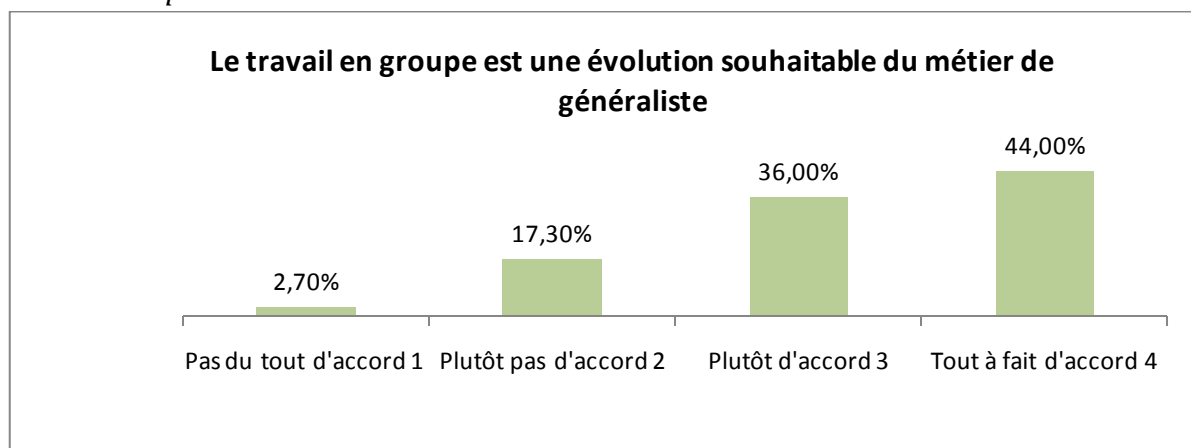
Variable	Synthèse échelle : Moy.=23,0267 Ec-T.=4,51416 N actif:75 Alpha Cronbach : ,806435 Alpha Standardisé : ,807626 Corrél. moy. inter-quest.: ,346967				
	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Question 29	19,81333	15,64515	3,955396	0,582786	0,775613
Question 30	19,97333	16,15929	4,019862	0,450070	0,794986
Question 31	20,34667	14,97316	3,869516	0,571577	0,776485
Question 33	19,81333	16,41849	4,051973	0,466013	0,792137
Question 34	19,98667	15,26649	3,907235	0,572077	0,776401
Question 35	20,37333	16,18062	4,022514	0,463406	0,792784
Question 37	20,85333	15,93849	3,992304	0,478893	0,790773
Question 40	20,02667	15,97262	3,996576	0,579304	0,777215

8.2.4.2 Question 29

8.2.4.2.1 Indicateur

Intérêt pour la pratique en équipe.

8.2.4.2.2 Réponses



8.2.4.2.3 Commentaire

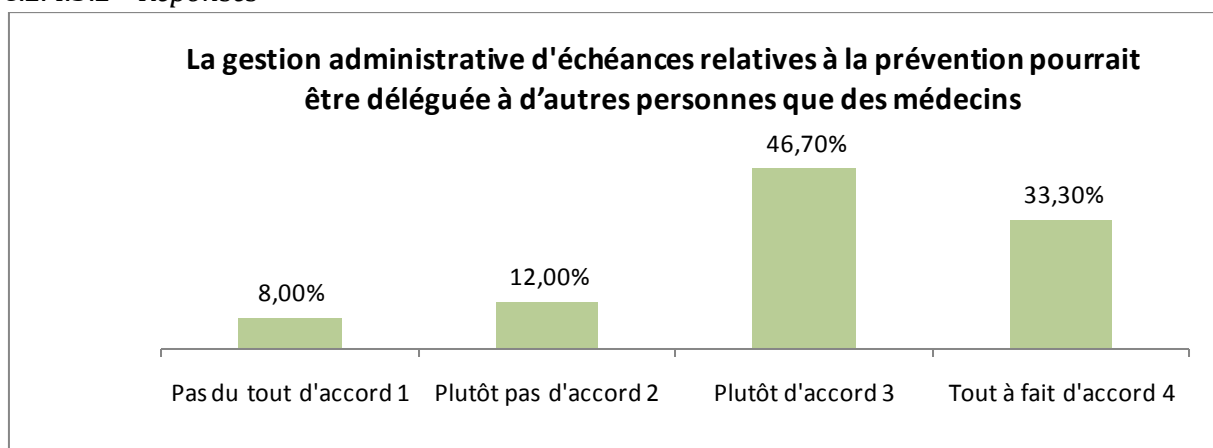
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.4.3 Question 30

8.2.4.3.1 Indicateur

Gestion du temps : délégation de tâches en confiance (internalisation) ou non.

8.2.4.3.2 Réponses



8.2.4.3.3 Commentaire

L'item est cohérent dans cet axe.

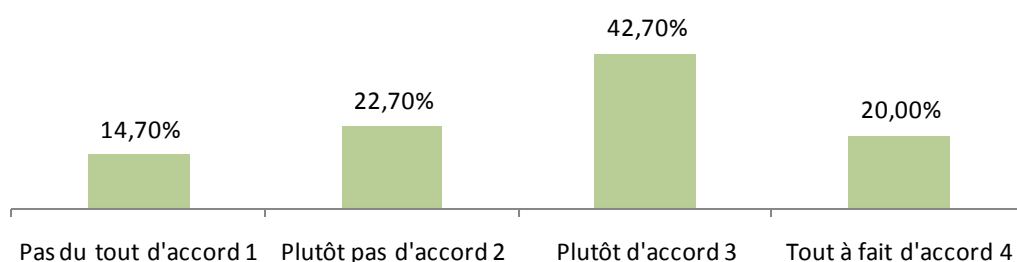
8.2.4.4 Question 31

8.2.4.4.1 Indicateur

Gestion du temps : délégation de tâches en confiance (internalisation) ou non.

8.2.4.4.2 Réponses

Les infirmières sont compétentes pour assurer la gestion courante d'actes préventifs (ex. rappels de dates de vaccins, de mammographies de dépistage) en collaboration avec les généralistes



8.2.4.4.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant a souligné que les exemples évoquent plutôt un travail de secrétariat et pas d'actes pratiqués. Cette remarque est d'autant plus pertinente que la question précédente explorait déjà la délégation de tâches administratives. Cet item-ci pourrait aller plus précisément dans l'exploration de tâches techniques. La formulation dans l'échelle définitive deviendrait alors : « *Les infirmières sont compétentes pour assurer **la réalisation d'actes préventifs courants (ex. rappels de vaccins) sous la supervision des généralistes*** ».

8.2.4.4.4 Commentaire

L'item est cohérent dans cet axe.

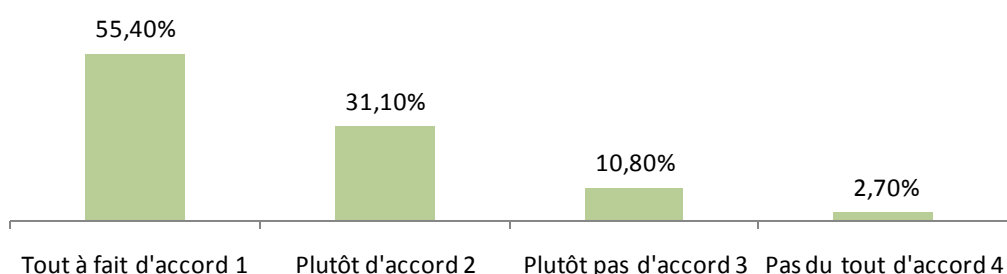
8.2.4.5 Question 32

8.2.4.5.1 Indicateur

Collaboration verticale avec la 2e ligne de soins et les professions paramédicales dans un modèle hiérarchique, ou collaboration horizontale avec la 2e ligne de soins et les professions paramédicales dans un modèle plus égalitaire (internalisation).

8.2.4.5.2 Réponses

Le généraliste doit être le responsable naturel de l'équipe de soins au domicile



8.2.4.5.3 Commentaire

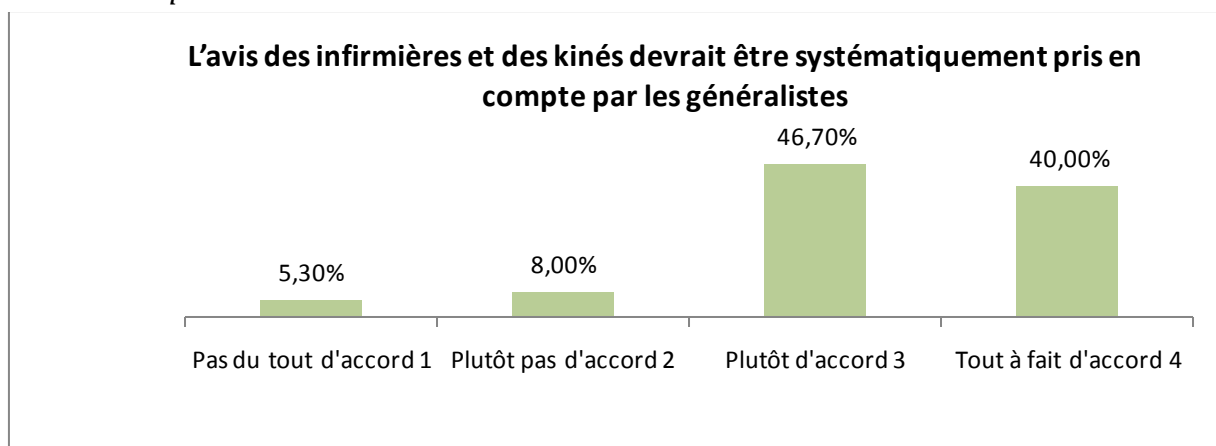
La cohérence interne n'est pas suffisante dans l'axe exploré. Il ne peut être conservé dans l'échelle définitive. L'item suivant permet d'explorer cet indicateur avec plus de fiabilité.

8.2.4.6 Question 33

8.2.4.6.1 Indicateur

Collaboration verticale avec la 2e ligne de soins et les professions paramédicales dans un modèle hiérarchique, ou collaboration horizontale avec la 2e ligne de soins et les professions paramédicales dans un modèle plus égalitaire (internalisation).

8.2.4.6.2 Réponses



8.2.4.6.3 Commentaire

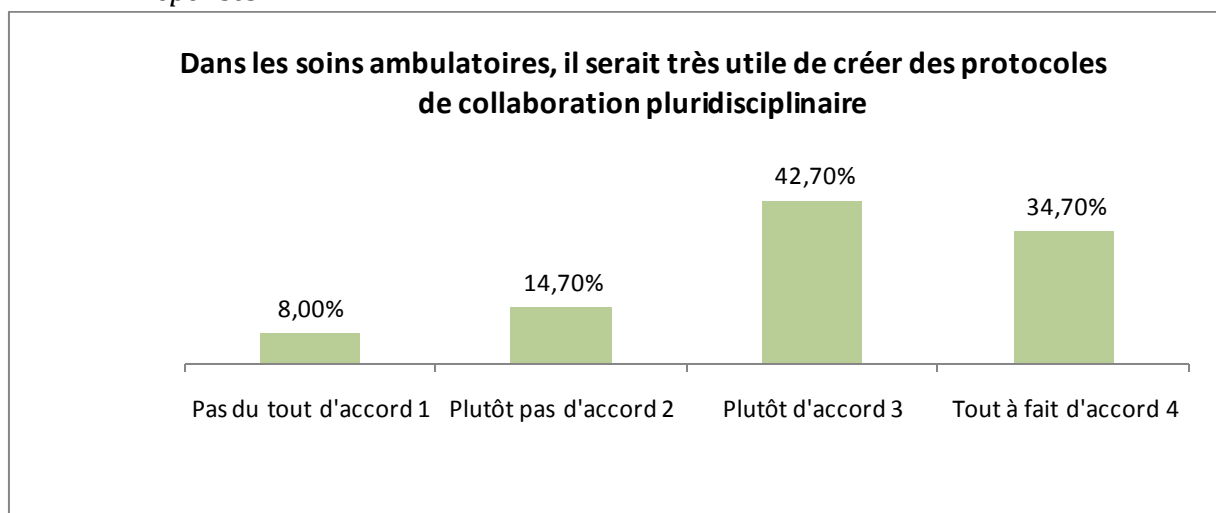
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.4.7 Question 34

8.2.4.7.1 Indicateur

Collaboration interprofessionnelle formalisée ou opportuniste.

8.2.4.7.2 Réponses



8.2.4.7.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant signale une confusion possible entre protocoles de collaboration pluridisciplinaire et « contrats » ou trajets de soins, mal acceptés par certains. Un autre s'interroge sur la définition de « protocoles de collaboration ».

8.2.4.7.4 *Commentaire*

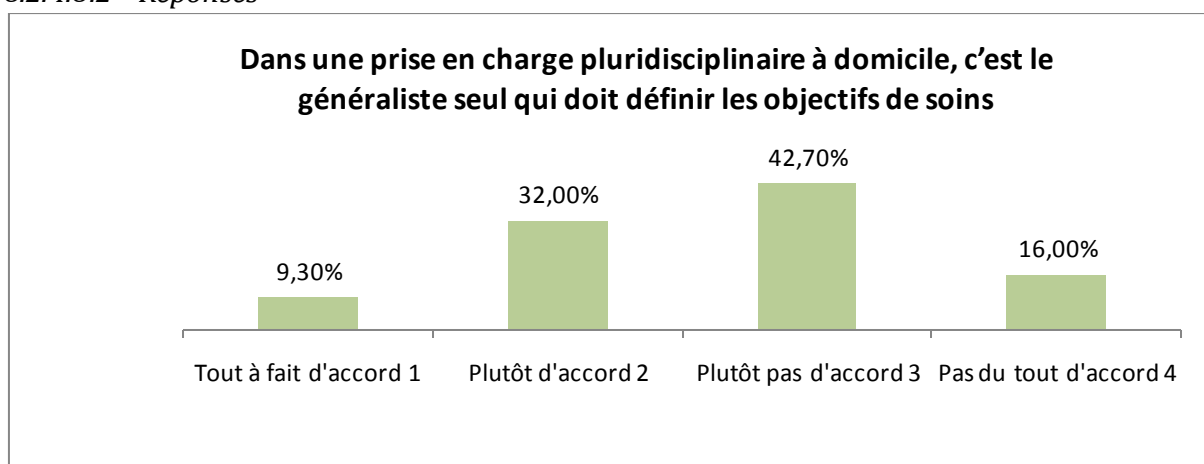
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.4.8 **Question 35**

8.2.4.8.1 *Indicateur*

Présence d'objectifs partagés dans l'équipe de soins.

8.2.4.8.2 *Réponses*



8.2.4.8.3 *Commentaires sur la formulation*

Cette formulation peut faire penser certains à une responsabilité médico-légale du MG.

8.2.4.8.4 *Commentaire*

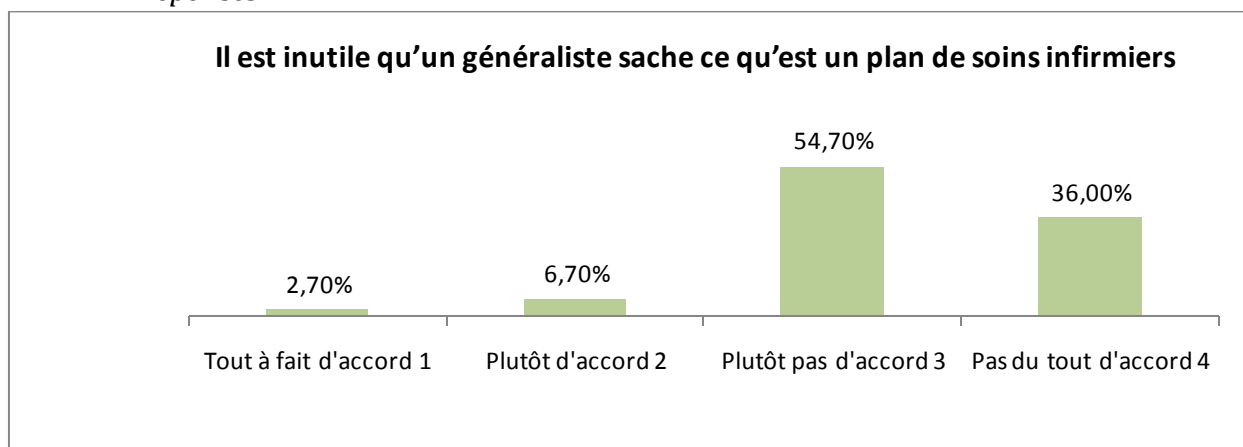
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.4.9 **Question 36**

8.2.4.9.1 *Indicateur*

Connaissance des compétences des autres disciplines (internalisation).

8.2.4.9.2 *Réponses*



8.2.4.9.3 *Commentaire*

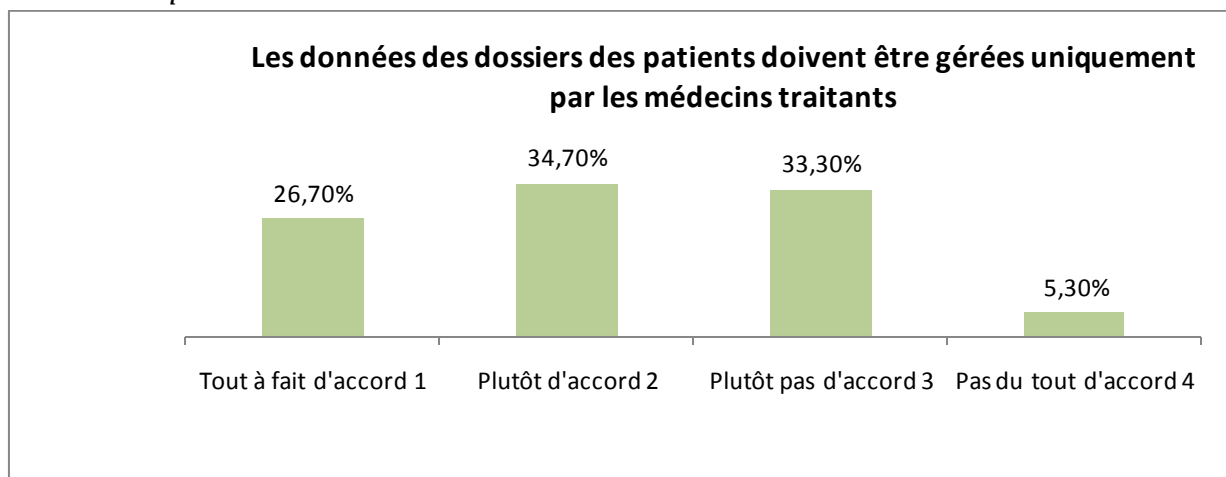
L'item ne peut être conservé dans l'échelle définitive. Les réponses sont très consensuelles.

8.2.4.10 **Question 37**

8.2.4.10.1 *Indicateur*

Attitude vis-à-vis du partage de données (gouvernance, connectivité).

8.2.4.10.2 *Réponses*



8.2.4.10.3 *Commentaires sur la formulation*

Un répondant propose d'ajouter « dans le respect du secret médical ».

8.2.4.10.4 *Commentaire*

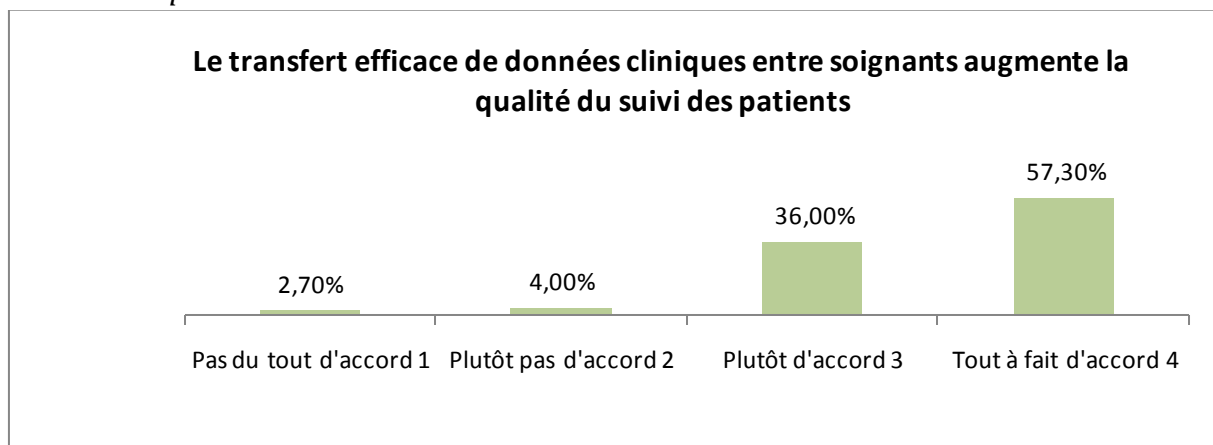
L'item est cohérent dans cet axe. La remarque sur le secret médical ne peut être prise en compte, car la formulation proposée explore précisément le degré d'adhérence au partage des données ; le respect du secret professionnel par tous est implicite.

8.2.4.11 **Question 38**

8.2.4.11.1 *Indicateur*

Existence de protocoles performants d'échange de données entre soignants (formalisation) ou communication à la demande.

8.2.4.11.2 *Réponses*



8.2.4.11.3 *Commentaire*

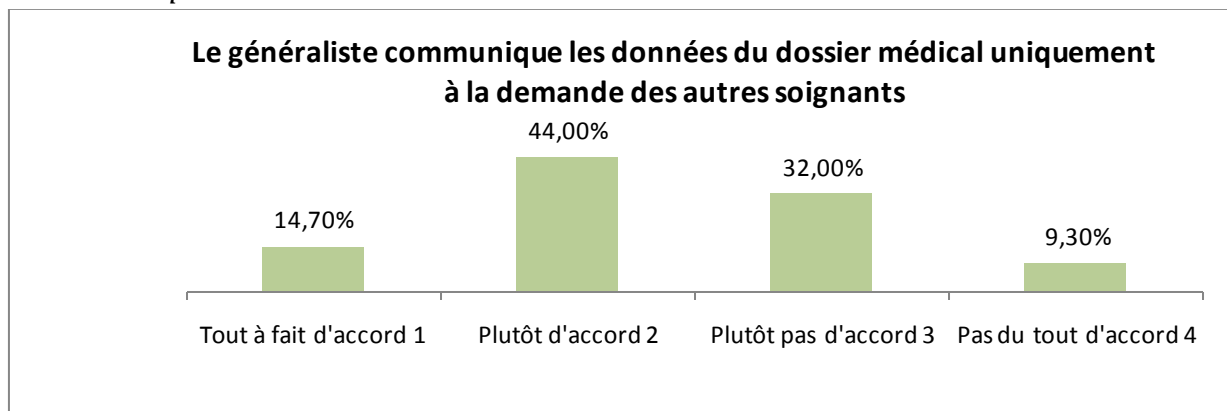
L'item présente une cohérence interne faible et les réponses sont très consensuelles. L'item n'est pas retenu pour l'échelle définitive.

8.2.4.12 **Question 39**

8.2.4.12.1 *Indicateur*

Existence de protocoles performants d'échange de données entre soignants (formalisation) ou communication à la demande.

8.2.4.12.2 *Réponses*



8.2.4.12.3 *Commentaires sur la formulation*

Un répondant a demandé « à qui » communique-t-il les données ?

8.2.4.12.4 *Commentaire*

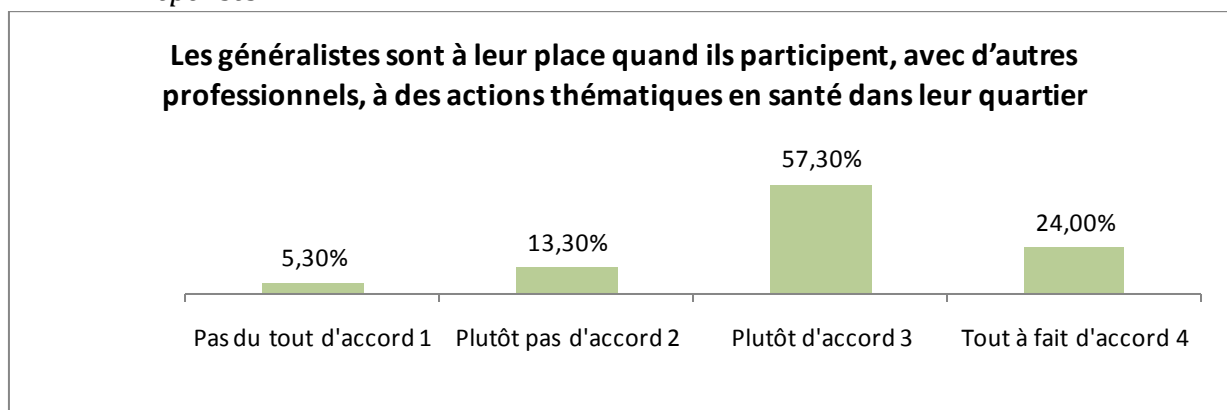
L'item ne peut être conservé dans l'échelle définitive. La cohérence interne est insuffisante.

8.2.4.13 **Question 40**

8.2.4.13.1 *Indicateur*

Participation à des activités de promotion de la santé (internalisation).

8.2.4.13.2 *Réponses*



8.2.4.13.3 *Commentaire*

L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.5 **AXE : ATTITUDE PAR RAPPORT À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE**

8.2.5.1 Calcul de l'alpha de Cronbach

Le calcul de l'alpha sur toutes les variables donne une valeur initiale de 0,69 (tableau 12).

Tableau 12 : Axe "Attitude par rapport à la politique de santé publique"; analyse préliminaire

Variable	Synthèse échelle : Moy.=33,8714 Ec-T.=4,56807 N actif:70 Alpha Cronbach : ,689816 Alpha Standardisé : ,684414 Corrél. moy. inter-quest.: ,157635				
	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Question 41	30,42857	18,93061	4,350932	0,204918	0,686516
Question 42	31,28572	17,31837	4,161534	0,306305	0,674985
Question 43	31,85714	16,35102	4,043640	0,466513	0,645996
Question 44	30,91429	18,59265	4,311920	0,268116	0,678662
Question 45	31,00000	17,42857	4,174754	0,264169	0,683855
Question 46	30,78572	19,36837	4,400951	0,103291	0,700903
Question 47	31,37143	18,57633	4,310026	0,220619	0,685591
Question 48	31,14286	17,46531	4,179152	0,362060	0,664936
Question 49	30,75714	17,55531	4,189905	0,392146	0,661118
Question 50	31,05714	16,22531	4,028065	0,528767	0,636280
Question 51	30,28572	19,28979	4,392015	0,239597	0,682577
Question 52	31,70000	16,15285	4,019062	0,530645	0,635520

L'élimination des questions 41, 45, 46 et 51 permet d'amener l'alpha à 0,72 (tableau 13).

Tableau 13 : Axe "Attitude par rapport à la politique de santé publique"; Alpha de Cronbach final

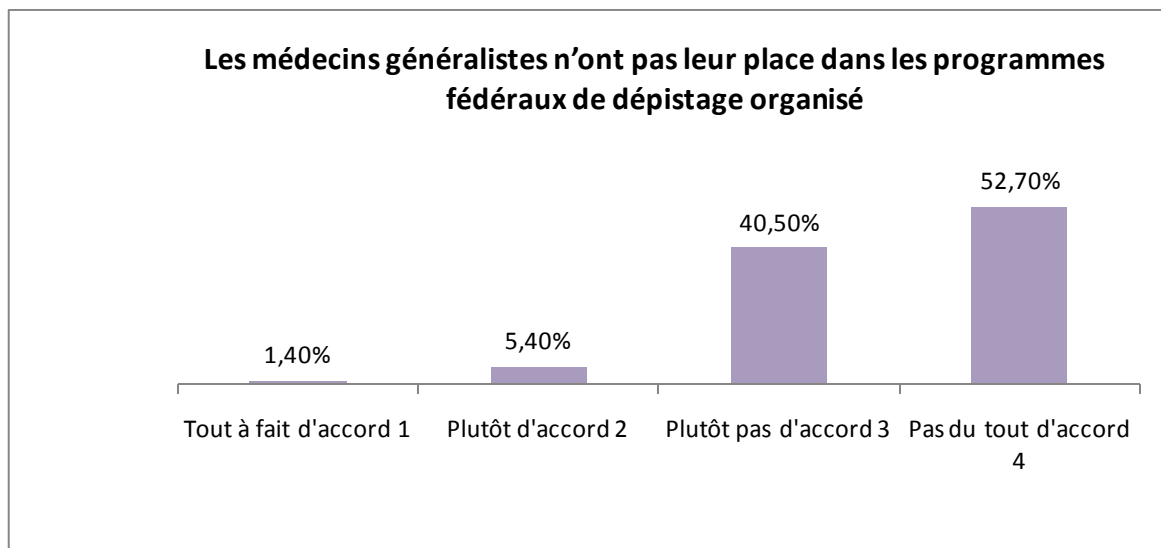
Variable	Synthèse échelle : Moy.=20,9577 Ec-T.=3,84870 N actif:71 Alpha Cronbach : ,722059 Alpha Standardisé : ,717835 Corrél. moy. inter-quest.: ,247664				
	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Question 42	18,38028	11,55961	3,399943	0,345042	0,711148
Question 43	18,92958	10,85420	3,294571	0,492822	0,676426
Question 44	18,00000	12,84507	3,584002	0,280098	0,717780
Question 47	18,45070	12,47292	3,531703	0,297286	0,716076
Question 48	18,21127	11,68776	3,418737	0,402223	0,696618
Question 49	17,83099	11,94327	3,455903	0,405345	0,696249
Question 50	18,12676	10,50506	3,241151	0,607061	0,650792
Question 52	18,77465	11,13231	3,336512	0,475292	0,680815

8.2.5.2 Question 41

8.2.5.2.1 Indicateur

Intégration souhaitée dans les actions de santé publique (gouvernance).

8.2.5.2.2 Réponses



8.2.5.2.3 *Commentaire*

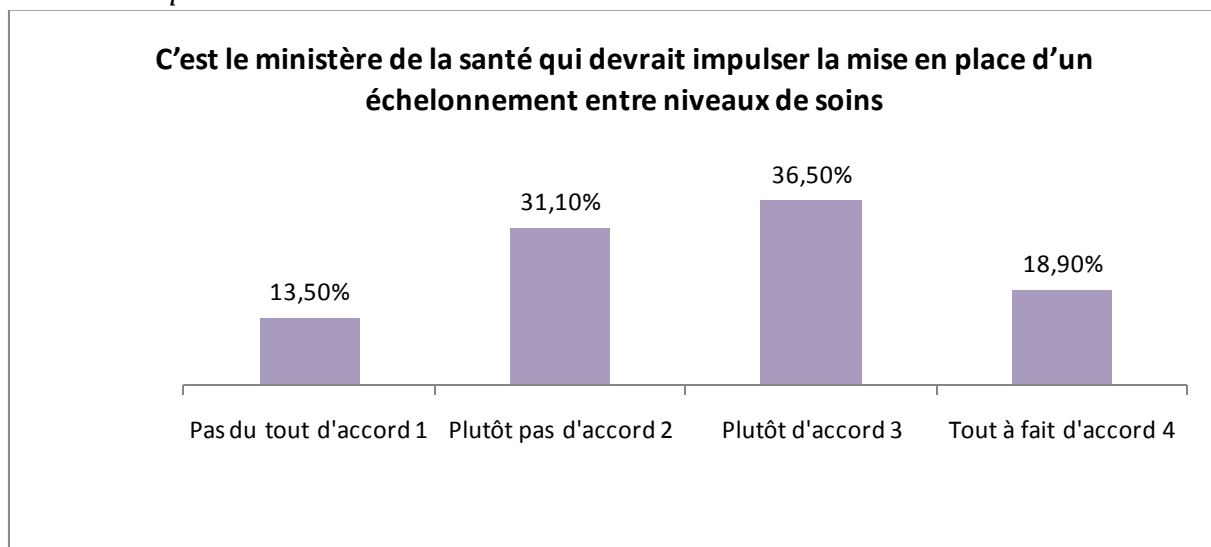
L'item présente un faible degré de cohérence interne dans cet axe. Il ne sera pas conservé pour l'échelle définitive.

8.2.5.3 Question 42

8.2.5.3.1 *Indicateur*

Souhait d'un partage clair des tâches, des objectifs et des responsabilités dans l'organisation des soins entre l'Etat et les praticiens (formalisation).

8.2.5.3.2 *Réponses*



8.2.5.3.3 *Commentaire*

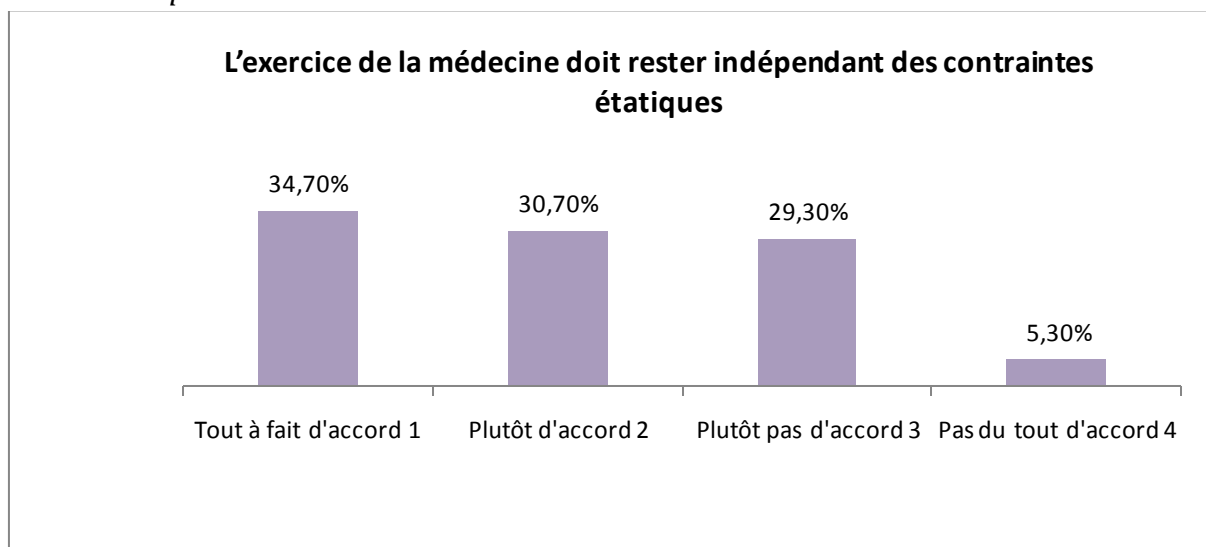
L'item est cohérent dans cet axe. La formulation cependant mesure mal l'indicateur de formalisation du partage des tâches entre l'Etat et les praticiens. Une formulation alternative sera testée dans l'échelle définitive : « **Il revient aux pouvoirs publics d'impulser des programmes préventifs et d'y prévoir le rôle des généralistes** ».

8.2.5.4 Question 43

8.2.5.4.1 Indicateur

Souhait d'un partage clair des tâches, des objectifs et des responsabilités dans l'organisation des soins entre l'Etat et les praticiens (formalisation).

8.2.5.4.2 Réponses



8.2.5.4.3 Commentaire

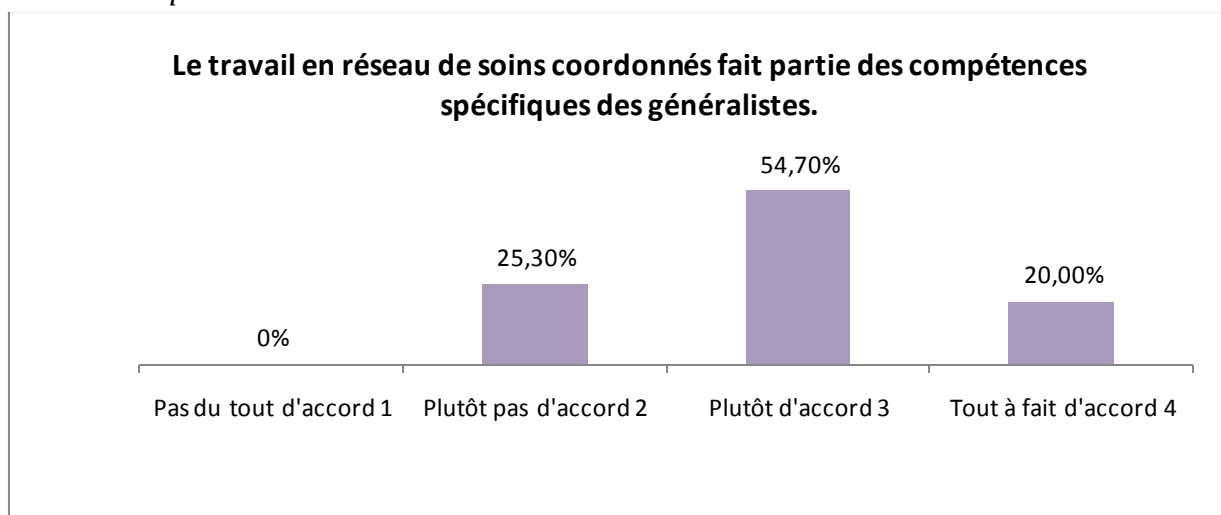
L'item a une bonne cohérence interne par rapport à l'axe exploré.

8.2.5.5 Question 44

8.2.5.5.1 Indicateur

Définition de compétences spécifiques aux soins primaires (internalisation).

8.2.5.5.2 Réponses



8.2.5.5.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant a déclaré mal comprendre le mot "spécifique".

8.2.5.5.4 Commentaire

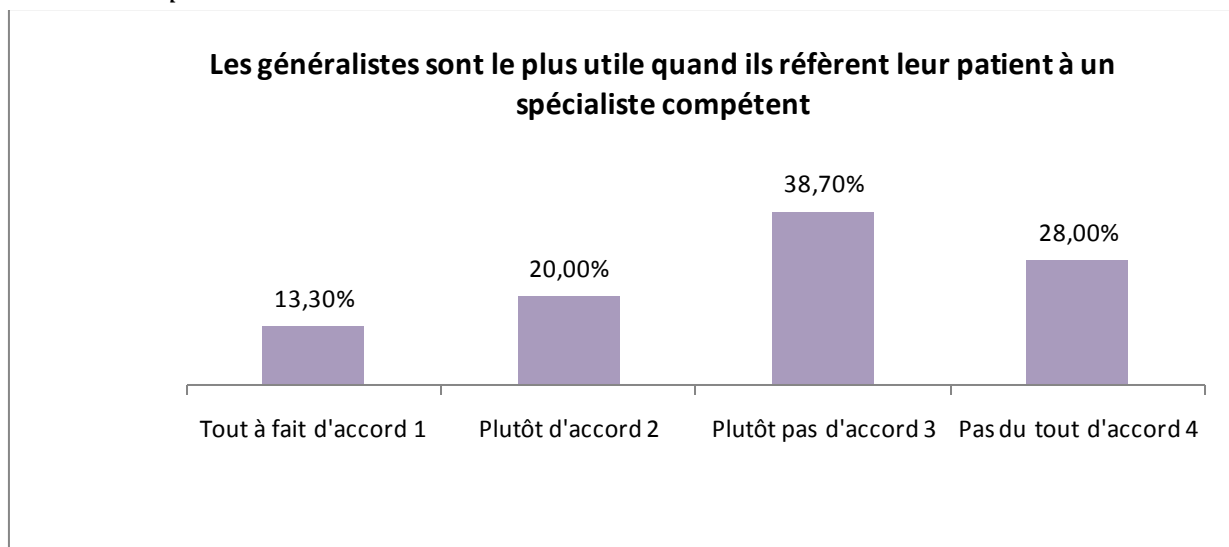
L'item est cohérent dans cet axe. La formulation mesure cependant mal l'indicateur d'internalisation des compétences spécifiques aux MG en prévention. Une formulation alternative sera proposée dans l'échelle définitive : « *L'image des généralistes auprès des patients est peu influencée par leur activité en prévention* ».

8.2.5.6 Question 45

8.2.5.6.1 Indicateur

Définition de compétences spécifiques aux soins primaires (internalisation).

8.2.5.6.2 Réponses



8.2.5.6.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant a déclaré ne pas comprendre la question. Un autre s'est demandé si la question signifiait que les MG étaient seulement capables de référer à un spécialiste, ou si le choix du moment adéquat et du bon spécialiste faisait partie de leurs compétences spécifique.

8.2.5.6.4 Commentaire

Par rapport à la question précédente qui explore le même indicateur, celle-ci présente une cohérence interne plus faible. La formulation positive de la question 44 est moins équivoque et est choisie pour l'échelle définitive.

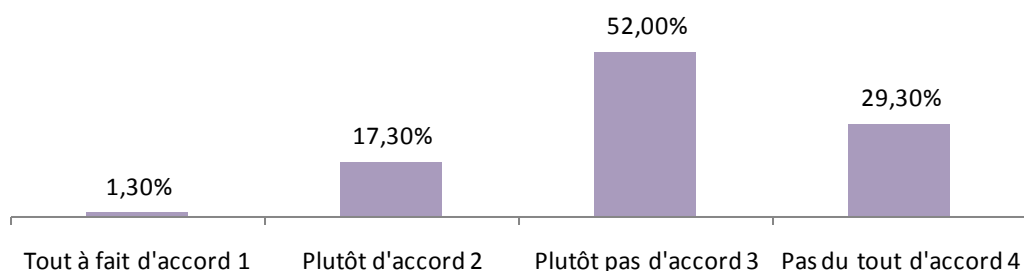
8.2.5.7 Question 46

8.2.5.7.1 Indicateur

Acceptation du transfert de l'organisation de certaines actions au niveau collectif pour en augmenter l'efficacité (formalisation).

8.2.5.7.2 Réponses

La généralisation d'une action préventive dans la population doit s'appuyer plutôt sur des opérateurs spécifiques que sur les généralistes.



8.2.5.7.3 Commentaires sur la formulation

L'expression "opérateurs spécifiques" n'était pas claire pour un répondant.

8.2.5.7.4 Commentaire

La cohérence interne de l'item est insuffisante, il ne sera pas conservé dans l'échelle définitive.

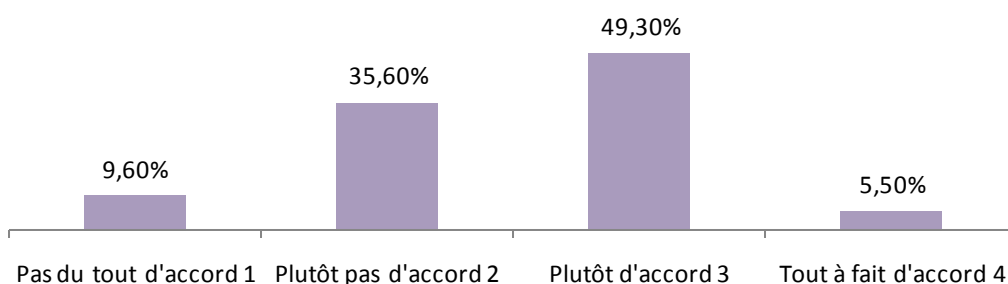
8.2.5.8 Question 47

8.2.5.8.1 Indicateur

Satisfaction professionnelle dans la valorisation par les pouvoirs publics (formalisation).

8.2.5.8.2 Réponses

Il est satisfaisant d'être dans la norme des profils réalisés par l'INAMI



8.2.5.8.3 Commentaire

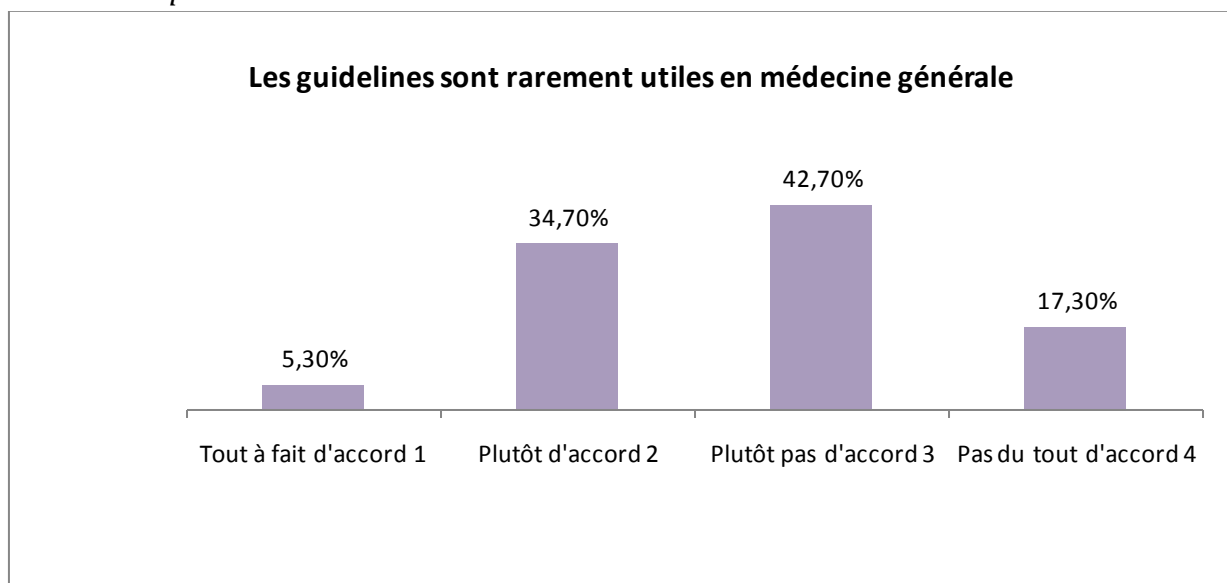
L'item est cohérent dans cet axe. Toutefois, il paraît souhaitable de supprimer le « bruit de fond » généré par l'évocation de l'INAMI. La formulation suivante sera utilisée dans l'échelle définitive :
« L'Etat devrait récompenser les MG actifs en prévention ».

8.2.5.9 Question 48

8.2.5.9.1 Indicateur

Satisfaction professionnelle dans l'adhésion à des normes (formalisation).

8.2.5.9.2 Réponses



8.2.5.9.3 Commentaire

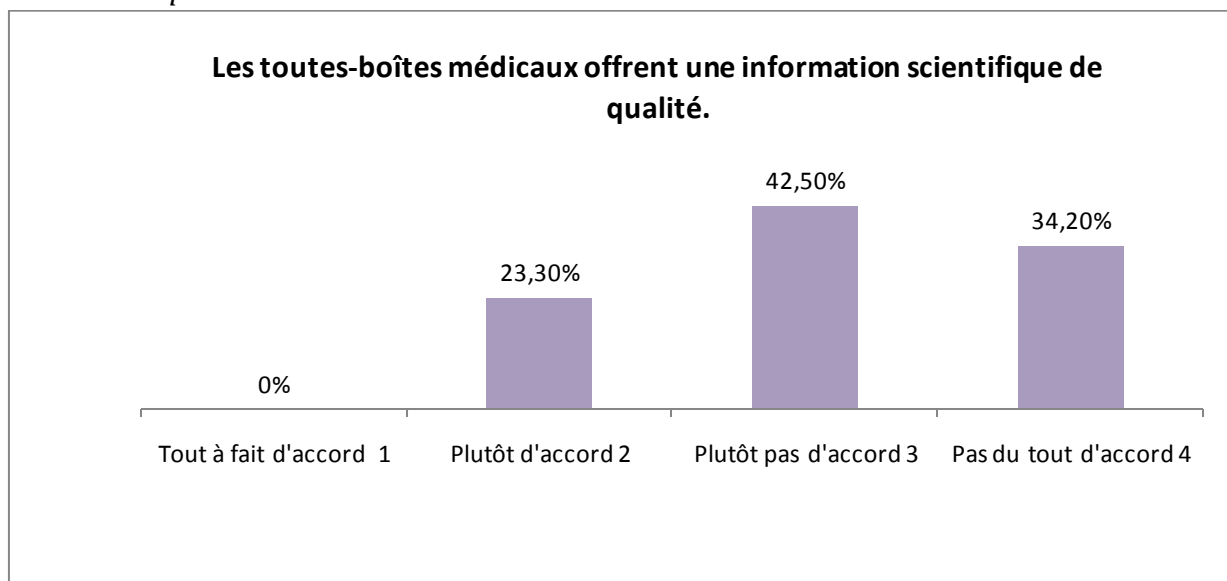
La cohérence interne est bonne. La formulation dans l'échelle définitive veillera à éliminer la confusion entre guidelines en prévention et en soins curatifs : « *Les guidelines sont rarement utiles **en prévention*** ».

8.2.5.10 Question 49

8.2.5.10.1 Indicateur

Forte référence scientifique (EBM), esprit critique.

8.2.5.10.2 Réponses



8.2.5.10.3 Commentaire

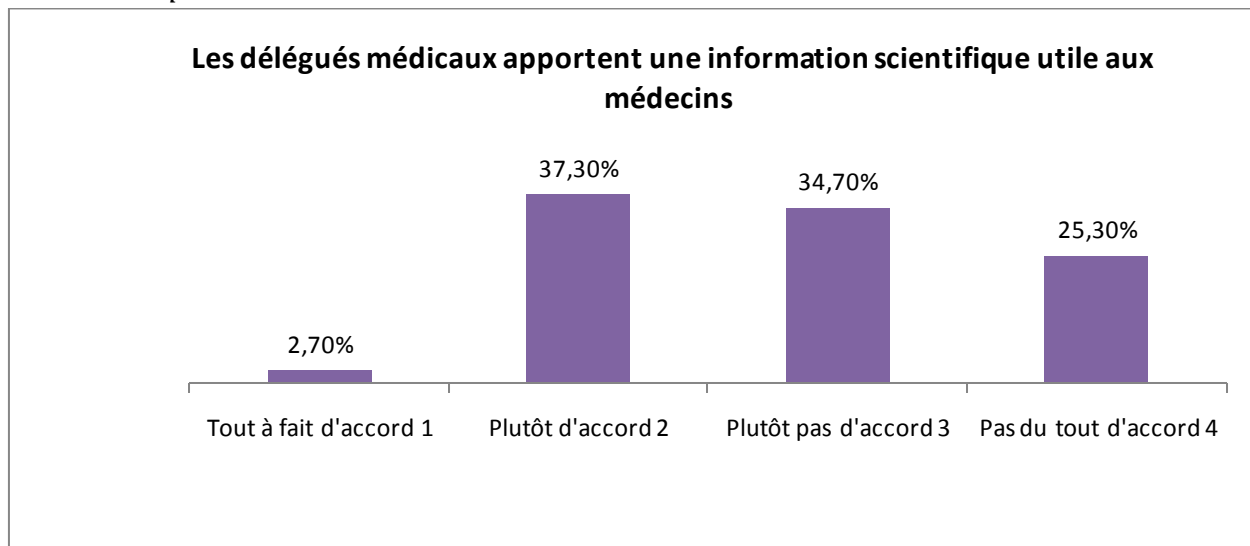
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.5.11 Question 50

8.2.5.11.1 Indicateur

Indépendance face à la marchandisation de la santé.

8.2.5.11.2 Réponses



8.2.5.11.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant se demandait le sens de « information scientifique ».

8.2.5.11.4 Commentaire

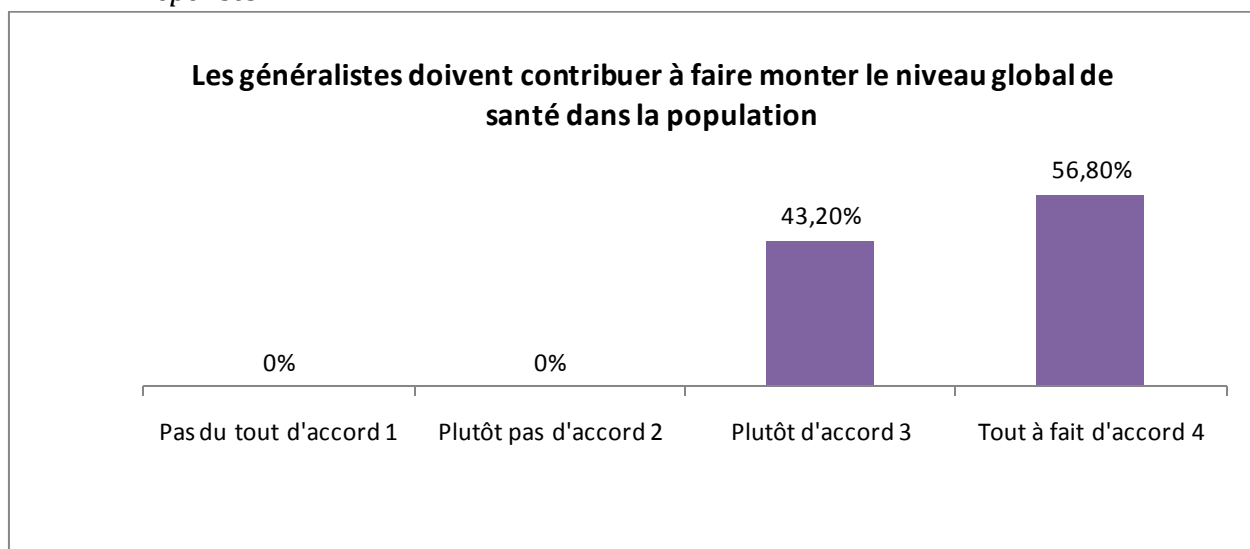
L'item est cohérent dans cet axe.

8.2.5.12 Question 51

8.2.5.12.1 Indicateur

Projet professionnel sociétal.

8.2.5.12.2 Réponses



8.2.5.12.3 Commentaire

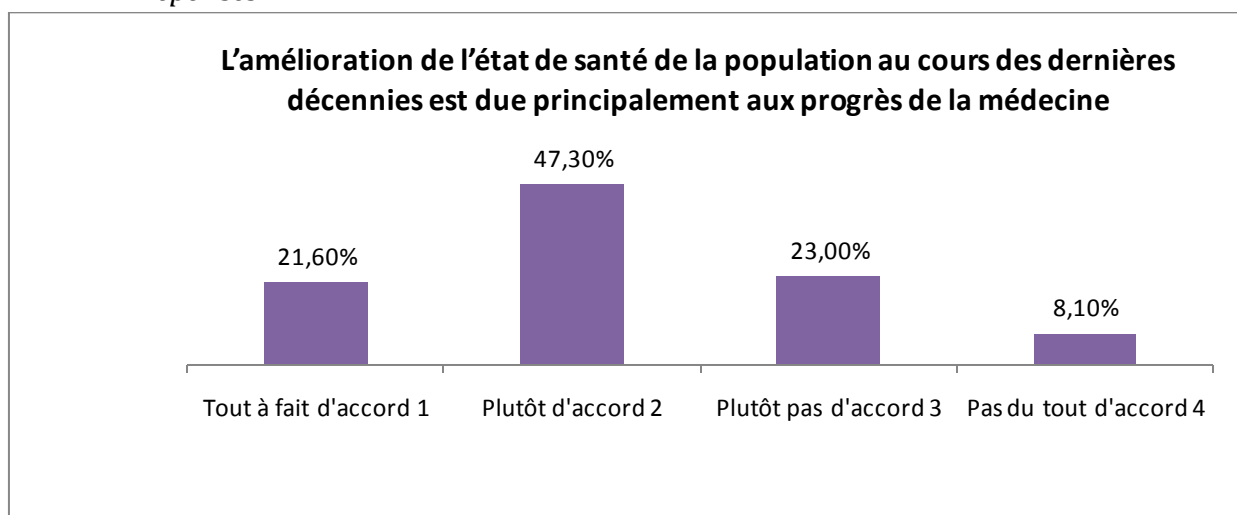
L'item ne peut être conservé pour l'échelle finale. La question suivante explore le même indicateur avec beaucoup plus de précision.

8.2.5.13 Question 52

8.2.5.13.1 Indicateur

Projet professionnel sociétal.

8.2.5.13.2 Réponses



8.2.5.13.3 Commentaires sur la formulation

Un répondant a signalé que l'adverbe "uniquement" à la place de « principalement » trancherait mieux la réponse.

8.2.5.13.4 Commentaire

L'item est cohérent dans cet axe.

8.3 SYNTHÈSE SUR LES TESTS DE VALIDATION DES ITEMS

N°	Indicateur	Item	Décision	Commentaires
Des soins à la santé				
α de Cronbach = 0,64				
1	Exercice proactif envers le patient	Une des tâches du généraliste est d'inviter ses patients à faire évaluer leur état de santé à intervalles réguliers	Rejet	Cohérence interne insuffisante par rapport à l'axe exploré.
2	Exercice proactif envers le patient	Le travail du généraliste est surtout de répondre aux plaintes de ses patients	OK	

3	Travail par objectif	Dans certaines situations, le généraliste doit planifier des objectifs avec le patient	Rejet	Bien qu'il soit cohérent avec les autres items de l'axe, cet item donne lieu à un tel consensus qu'il ne permet pas de discriminer les groupes de répondants.
4	Temps de contact moyen	Les consultations de médecine générale devraient durer plus de 15 minutes en moyenne	OK	
5	Gestion du temps	Travailler en partie sur rendez-vous permet de mieux gérer la santé des patients	OK	
6	Gestion du temps	Les consultations sans rendez-vous respectent le mieux les besoins des patients	Rejet	La question 5 qui explore le même indicateur est plus pertinente.
7	Gestion des actions de prévention et de dépistage	La prévention ne s'insère dans les consultations que si le contexte s'y prête	Rejet	Même avec une attitude très favorable envers la prévention, il est possible que bon nombre de MG préfèrent l'attitude pragmatique qui leur est proposée dans l'énoncé.
8	Gestion des actions de prévention et de dépistage	Il est indispensable que les généralistes disposent d'une fonction de rappel dans le dossier médical individuel pour se souvenir des échéances à gérer	OK	
9	vision bio-médico-sociale de la santé	Les généralistes n'ont pas à s'encombrer du contexte social de leurs patients	OK	Le consensus très large sur la réponse et la formulation un peu caricaturale de cet item en limitent peut-être la pertinence.

10	Rencontre centrée sur l'agenda du patient	Face à son patient, le médecin est seul compétent pour proposer un dépistage	OK	
11	Rencontre centrée sur l'agenda du patient	Les patients devraient participer à l'élaboration de leur plan de prévention	OK	
De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective α de Cronbach = 0,83				
12	Structuration des données cliniques	Les dossiers médicaux devraient permettre de retrouver facilement des patients aux caractéristiques semblables (ex. : âge, pathologie, traitement, etc.)	OK. Modifié	« Les dossiers médicaux ne sont utiles que pour aider à la gestion des contacts avec les patients »
13	Rappels d'échéances	C'est le rôle du généraliste de prévenir tous ses patients à risque pour les inviter à recevoir la vaccination antigrippale	OK. Modifié	Suppression de la référence au contexte précis de la grippe. « C'est le rôle du généraliste de prévenir tous ses patients à risque pour les inviter à recevoir une vaccination ».
14	Gestion populationnelle des besoins en santé	Le généraliste n'a de responsabilité qu'envers les patients qui décident de le consulter	Rejet	Double emploi avec question 22
15	Maîtrise des outils informatiques	De nos jours, une utilisation de l'informatique est indispensable au généraliste	OK	

16	Travail par objectifs	Chaque année, le généraliste devrait se fixer un taux de couverture à atteindre pour la mammographie de ses patientes de 50 à 69 ans	OK. Modifié	Suppression de la référence au contexte précis de la mammographie. « Chaque année, le généraliste devrait se fixer un taux d'actes préventifs à atteindre chez certains groupes cibles de ses patients ».
17	Travail par objectifs	En matière de dépistage du cancer colorectal, le rôle du généraliste est de répondre à la demande de ses patients	Rejet	Manque de cohérence interne avec l'axe. La question 16 explore aussi cet indicateur.
18	Organisation du temps	Un généraliste doit s'octroyer du temps pour gérer les données des dossiers de sa patientèle	OK	
19	Travail clinique et communautaire	Il est intéressant que le généraliste rencontre des groupes de patients pour aborder un sujet de santé (ex. : information, question/réponses, atelier pratique, etc.)	OK	
20	Travail clinique et communautaire	Le généraliste est exclusivement l'acteur des soins individualisés	Rejet	La question 19 est plus performante pour explorer cet indicateur.
21	Gestion d'un échéancier	Un échéancier doit permettre d'envoyer des rappels aux patients qui sont en retard pour une procédure de dépistage ou prévention	OK	

22	Sentiment de responsabilité du MG pour la santé de l'ensemble de la patientèle	Un généraliste est responsable de la santé de sa patientèle autant que de celle de chaque patient qui le consulte	OK. Modifié	Correction du malentendu à propos de la responsabilité des patients dans la gestion de leur santé. « Chaque patient est responsable de sa santé, mais un généraliste se préoccupe de la santé de l'ensemble de sa patientèle »
<p align="center">Evaluation</p> <p align="center">α de Cronbach = 0,66</p>				
23	Evaluation objective de la qualité des soins	Les soins devraient être considérés de bonne qualité dès que les patients sont satisfaits	Rejet	Cohérence interne limitée par rapport à l'axe
24	Récolte des données cliniques	Les généralistes récoltent une grande quantité d'informations cliniques potentiellement utiles (p.ex. pour l'évaluation de pratique, la recherche, l'enseignement de la discipline, etc.)	OK. Modifié	Réponses trop consensuelles. « Les informations récoltées par les MG ne sont utiles que si on peut les traiter (p.ex. pour l'évaluation de pratique, la recherche, l'enseignement de la discipline, etc.) »
25	Délimitation de patientèle	Evaluer sa pratique suppose de connaître le nombre précis de ses patients	OK	
26	Attitude vis-à-vis de l'évaluation de pratique	Les profils réalisés par l'INAMI sont inacceptables pour les généralistes	Rejet	Faible degré de cohérence interne. Probable interférence liée à l'image de l'INAMI

27	Evaluation de sa propre pratique	Il est utile pour un généraliste de pouvoir évaluer le taux de réalisation d'une procédure (mammographie, dosage HbA1c, etc.) parmi un groupe particulier de ses patients	OK. Modifié	Remarques sur la clarté de la formulation. « Il est utile qu'un généraliste évalue pour quelle proportion de ses patients certaines procédures préventives (mammographie, dosage HbA1c, etc.) sont réalisées ».
28	Connaissance des concepts et du vocabulaire de l'évaluation de pratique	L'évaluation de pratique est une affaire de spécialistes en santé publique	Rejet	Pouvoir discriminant limite. L'item ne mesure pas l'indicateur. <i>« L'évaluation de pratique fait appel à des techniques que les MG n'ont pas à maîtriser eux-mêmes ».</i>
<p align="center">Du travail individuel au travail collaboratif</p> <p align="center">α de Cronbach = 0,81</p>				
29	Pratique en équipe	Le travail en groupe est une évolution souhaitable du métier de généraliste	OK	
30	Délégation de tâches en confiance (internalisation)	La gestion administrative d'échéances relatives à la prévention pourrait être déléguée à d'autres personnes que des médecins	OK	

31	Délégation de tâches en confiance (internalisation)	Les infirmières sont compétentes pour assurer la gestion courante d'actes préventifs (ex. rappels de dates de vaccins, de mammographies de dépistage) en collaboration avec les généralistes	OK. Modifié	Commentaires sur la formulation ; l'item 30 explore déjà les tâches administratives. « Les infirmières sont compétentes pour assurer la réalisation d'actes préventifs courants (ex. rappels de vaccins) sous la supervision des généralistes ».
32	Collaboration horizontale	Le généraliste doit être le responsable naturel de l'équipe de soins au domicile	Rejet	L'item suivant est plus cohérent avec l'axe
33	Collaboration horizontale	L'avis des infirmières et des kinés devrait être systématiquement pris en compte par les généralistes	OK	
34	Collaboration interprofessionnelle formalisée	Dans les soins ambulatoires, il serait très utile de créer des protocoles de collaboration pluridisciplinaire	OK	
35	Objectifs partagés	Dans une prise en charge pluridisciplinaire à domicile, c'est le généraliste seul qui doit définir les objectifs de soins	OK	
36	Connaissance des compétences des autres disciplines (internalisation)	Il est inutile qu'un généraliste sache ce qu'est un plan de soins infirmiers	Rejet	Réponses trop consensuelles.

37	Attitude vis-à-vis du partage de données	Les données des dossiers des patients doivent être gérées uniquement par les médecins traitants	OK	
38	Protocoles performants d'échange de données entre soignants (formalisation)	Le transfert efficace de données cliniques entre soignants augmente la qualité du suivi des patients	Rejet	Réponses trop consensuelles.
39	Protocoles performants d'échange de données entre soignants (formalisation)	Le généraliste communique les données du dossier médical uniquement à la demande des autres soignants	Rejet	L'item explore plus l'adhésion au secret médical que la formalisation des échanges de données.
40	Promotion de la santé (internalisation)	Les généralistes sont à leur place quand ils participent, avec d'autres professionnels, à des actions thématiques en santé dans leur quartier	OK	
Attitude par rapport à la politique de santé publique α de Cronbach = 0,72				
41	Intégration souhaitée dans les actions de santé publique (gouvernance)	Les médecins généralistes n'ont pas leur place dans les programmes fédéraux de dépistage organisé	Rejet	Réponses trop consensuelles.
42	Partage clair des tâches, des objectifs et des responsabilités (formalisation)	C'est le ministère de la santé qui devrait impulser la mise en place d'un échelonnement entre niveaux de soins	OK. Modifié	La formulation mesure mal l'indicateur de formalisation du partage des tâches entre l'Etat et les praticiens. « Il revient aux pouvoirs publics d'impulser des programmes préventifs et d'y prévoir le rôle des généralistes »

43	Partage clair des tâches, des objectifs et des responsabilités (formalisation)	L'exercice de la médecine doit rester indépendant des contraintes étatiques	OK	
44	Compétences spécifiques aux soins primaires (internalisation)	Le travail en réseau de soins coordonnés fait partie des compétences spécifiques des généralistes	OK. Modifié	La formulation mesure mal l'indicateur d'internalisation des compétences spécifiques aux MG en prévention. « L'image des généralistes auprès des patients est peu influencée par leur activité en prévention ».
45	Compétences spécifiques aux soins primaires (internalisation)	Les généralistes sont le plus utile quand ils réfèrent leur patient à un spécialiste compétent	Rejet	Même indicateur que la question 44, mais cohérence interne de la question un peu moindre
46	Transfert de l'organisation de certaines actions au niveau collectif	La généralisation d'une action préventive dans la population doit s'appuyer plutôt sur des opérateurs spécifiques que sur les généralistes	Rejet	Cohérence interne faible
47	Valorisation par les pouvoirs publics (formalisation)	Il est satisfaisant d'être dans la norme des profils réalisés par l'INAMI	OK. Modifié	Suppression du « bruit de fond » généré par l'évocation de l'INAMI. « L'Etat devrait récompenser les MG actifs en prévention »

48	Adhésion à des normes (formalisation)	Les guidelines sont rarement utiles en médecine générale	OK. Modifié	Suppression de la confusion entre guidelines en prévention et en soins curatifs. « Les guidelines sont rarement utiles en prévention »
49	Forte référence scientifique	Les toutes-boîtes médicaux offrent une information scientifique de qualité	OK	
50	Indépendance face à la marchandisation de la santé	Les délégués médicaux apportent une information scientifique utile aux médecins	OK	
51	Projet professionnel sociétal	Les généralistes doivent contribuer à faire monter le niveau global de santé dans la population	Rejet	La question suivante explore le même indicateur avec plus de précision.
52	Projet professionnel sociétal	L'amélioration de l'état de santé de la population au cours des dernières décennies est due principalement aux progrès de la médecine	OK	

8.4 COMMENTAIRES SUR LES MODIFICATIONS DE L'ÉCHELLE D'ATTITUDE

8.4.1 INDICATEURS MANQUANTS

En résumé, les 52 items qui ont subi le pré-test se répartissent en 3 groupes :

- 23 Items sont validés par le pré-test sans modification ;
- 11 Items sont modifiés suite au pré-test ;
- 18 Items sont rejetés au terme du pré-test.

Il reste donc 34 items pour l'échelle d'attitude définitive. Toutefois, certains indicateurs ne sont plus mesurés, à savoir :

- Dans l'axe « des soins à la santé » :
 - Délivrance de soins/Travail par objectif. Cet indicateur est toutefois exploré dans l'axe « De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective » ;
- Dans l'axe « De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective » :

- Offre de soins à la demande/Gestion populationnelle des besoins en santé. Le concept supporté par cet indicateur est par ailleurs exploré par les autres indicateurs de cet axe ; il n'est donc pas indispensable de remplacer l'item.
- Dans l'axe « Evaluation » :
 - Evaluation de la qualité des soins : objective ou subjective ;
 - Attitude vis-à-vis de l'évaluation de pratique (interne ou externe) : ouverte ou négative ;
 - Connaissance des concepts et du vocabulaire de l'évaluation de pratique. L'item sera remplacé, et le concept exploré deviendra « Attitude ouverte envers la pratique personnelle d'une technique d'évaluation de pratique ».
- Dans l'axe « Du travail individuel au travail collaboratif » :
 - Méconnaissance des compétences des autres disciplines/Connaissance des compétences des autres disciplines (internalisation). Même commentaire que ci-dessus ; l'item n'a donc pas été remplacé.
 - Protocoles performants d'échange de données entre soignants (formalisation)
- Dans l'axe « Attitude par rapport à la politique de santé publique » :
 - Résistance à l'intégration dans les actions de santé publique/Intégration souhaitée dans les actions de santé publique (gouvernance) ; cet indicateur est toutefois très proche du suivant « Souhait d'un partage clair des tâches, des objectifs et des responsabilités dans l'organisation des soins entre l'Etat et les praticiens (formalisation) ». L'item n'a donc pas été remplacé.
 - Tendance à la centralisation de toute action en santé dans le cadre de la relation individuelle/Acceptation du transfert de l'organisation de certaines actions au niveau collectif pour en augmenter l'efficacité (formalisation).

Les indicateurs manquants seront évalués dans l'échelle définitive par les items suivants :

EVALUATION		
INDICATEURS		ITEMS
Pas d'évaluation	Evaluation	
Evaluation subjective de la pratique préventive	Evaluation objective de la pratique préventive	24. L'activité préventive d'un MG avec ses patients devrait être comparée à un taux de couverture de référence dans la population
Attitude négative vis-à-vis de l'évaluation de pratique (interne ou externe)	Attitude ouverte vis-à-vis de l'évaluation de pratique (interne ou externe)	27. L'évaluation de l'activité de prévention d'un MG en améliorerait la réalisation équitable parmi ses patients
DU TRAVAIL INDIVIDUEL AU TRAVAIL COLLABORATIF		
INDICATEURS		ITEMS

Travail en solo		Travail collaboratif	
Communication de données à la demande		Utilisation de protocoles performants d'échange de données entre soignants (formalisation)	39. Les MG devraient alimenter une base de données centralisée de certaines actions préventives réalisées par leurs patients (ex : vaccins, mammographies, etc.)
ATTITUDE PAR RAPPORT À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE			
INDICATEURS		ITEMS	
Curatif	Santé ouverte		
Tendance à la centralisation de toute action en santé dans le cadre de la relation individuelle	Acceptation du transfert de l'organisation de certaines actions au niveau collectif pour en augmenter l'efficacité (formalisation)	47. Dans certains cas, la prévention est mieux organisée par les autorités de santé que par les MG	

8.4.2 COHÉRENCE INTERNE DU TEST

Les cinq axes présentent une cohérence interne variable :

Axe	α de Cronbach
Des soins à la santé	0,64
De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective	0,83
Evaluation	0,67
Du travail individuel au travail collaboratif	0,81
Attitude par rapport à la politique de santé publique	0,72

Trois axes présentent un score α inférieur à 0,80 et sont donc de qualité insuffisante. L'axe « évaluation » est en outre réduit à trois indicateurs seulement. Ce dernier, ainsi que l'axe « attitude par rapport à la santé publique » viennent d'être complétés par de nouveaux items. Un nouveau test devra déterminer leur impact sur la cohérence interne.

L'axe « des soins à la santé » devrait être renforcé par de nouveaux items soigneusement choisis dans les thématiques révélées par l'analyse qualitative des interviews : attitudes personnelles du MG, connaissances théoriques et adhésion aux recommandations.

INDICATEURS	ITEMS
Indépendance vis-à-vis d'influences liées à la situation personnelle du médecin (ex.	1. Un MG doit aussi proposer de la prévention dans les thématiques qui ne

facteur de risque présents chez le médecin)

Gestion de ses tabous personnels portant sur certaines thématiques de prévention (ex. santé sexuelle)

Connaissances théoriques (RBP)

Opinion favorable sur l'utilisation de supports opérationnels standardisés

font pas partie de sa pratique curative.

2. En prévention, un MG doit aborder tous les sujets, même les plus intimes.

3. La connaissance des recommandations améliore la pertinence des pratiques préventives.

4. Des aide-mémoire standardisés (ex. tables SCORE, calendrier vaccinal) aident à pratiquer une prévention adéquate

9 ECHELLE D'ATTITUDE DÉFINITIVE

Au terme de ces transformations, l'échelle d'attitude définitive comporte 43 items explorant autant d'indicateurs (à partir de ce point, nouvelle numérotation des items !).

9.1 DES SOINS À LA SANTÉ

N°	Indicateur	Item
1	Exercice proactif envers le patient	Le travail du généraliste est surtout de répondre aux plaintes de ses patients
2	Temps de contact moyen	Les consultations de médecine générale devraient durer plus de 15 minutes en moyenne
3	Gestion du temps	Travailler en partie sur rendez-vous permet de mieux gérer la santé des patients
4	Gestion des actions de prévention et de dépistage	Il est indispensable que les généralistes disposent d'une fonction de rappel dans le dossier médical individuel pour se souvenir des échéances à gérer
5	Vision bio-médico-sociale de la santé	Les généralistes n'ont pas à s'encombrer du contexte social de leurs patients
6	Rencontre centrée sur l'agenda du patient	Face à son patient, le médecin est seul compétent pour proposer un dépistage
7	Rencontre centrée sur l'agenda du patient	Les patients devraient participer à l'élaboration de leur plan de prévention
8	Indépendance vis-à-vis d'influences liées à la situation personnelle du médecin	Un MG doit aussi proposer de la prévention dans les thématiques qui ne font pas partie de sa pratique curative.
9	Gestion de ses tabous personnels	En prévention, un MG doit aborder tous les sujets, même les plus intimes.
10	Connaissances théoriques (RBP)	La connaissance des recommandations améliore la pertinence des pratiques préventives.
11	Utilisation de supports opérationnels standardisés	Des aide-mémoire standardisés (ex. tables SCORE, calendrier vaccinal) aident à pratiquer une prévention adéquate

9.2 DE LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE À LA PRISE EN CHARGE COLLECTIVE

N°	Indicateur	Item
----	------------	------

12	Structuration des données cliniques	Les dossiers médicaux ne sont utiles que pour aider à la gestion des contacts avec les patients
13	Rappels d'échéances	C'est le rôle du généraliste de prévenir tous ses patients à risque pour les inviter à recevoir une vaccination
14	Maîtrise des outils informatiques	De nos jours, une utilisation de l'informatique est indispensable au généraliste
15	Travail par objectifs	Chaque année, le généraliste devrait se fixer un taux d'actes préventifs à atteindre chez certains groupes cibles de ses patients
16	Organisation du temps	Un généraliste doit s'octroyer du temps pour gérer les données des dossiers de sa patientèle
17	Travail clinique et communautaire	Il est intéressant que le généraliste rencontre des groupes de patients pour aborder un sujet de santé (ex. : information, question/réponses, atelier pratique, etc.)
18	Gestion d'un échéancier	Un échéancier doit permettre d'envoyer des rappels aux patients qui sont en retard pour une procédure de dépistage ou prévention
19	Sentiment de responsabilité du MG pour la santé de l'ensemble de la patientèle	Chaque patient est responsable de sa santé, mais un généraliste se préoccupe de la santé de l'ensemble de sa patientèle

9.3 EVALUATION

N°	Indicateur	Item
20	Récolte des données cliniques	Les informations récoltées par les MG ne sont utiles que si on peut les traiter (p.ex. pour l'évaluation de pratique, la recherche, l'enseignement de la discipline, etc.)
21	Délimitation de patientèle	Evaluer sa pratique suppose de connaître le nombre précis de ses patients

22	Evaluation de sa propre pratique	Il est utile qu'un généraliste évalue pour quelle proportion de ses patients certaines procédures préventives (mammographie, dosage HbA1c, etc.) sont réalisées
23	Evaluation objective de la pratique préventive	L'activité préventive d'un MG avec ses patients devrait être comparée à un taux de couverture de référence dans la population
24	Attitude ouverte vis-à-vis de l'évaluation de pratique (interne ou externe)	L'évaluation de l'activité de prévention d'un MG en améliorerait la réalisation équitable parmi ses patients
25	Attitude ouverte envers la pratique personnelle d'une technique d'évaluation de pratique	Un MG devrait apprendre à pratiquer personnellement au moins une technique d'évaluation de sa pratique préventive

9.4 DU TRAVAIL INDIVIDUEL AU TRAVAIL COLLABORATIF

N°	Indicateur	Item
26	Pratique en équipe	Le travail en groupe est une évolution souhaitable du métier de généraliste
27	Délégation de tâches en confiance (internalisation)	La gestion administrative d'échéances relatives à la prévention pourrait être déléguée à d'autres personnes que des médecins
28	Délégation de tâches en confiance (internalisation)	Les infirmières sont compétentes pour assurer la réalisation d'actes préventifs courants (ex. rappels de vaccins) sous la supervision des généralistes
29	Collaboration horizontale	L'avis des infirmières et des kinés devrait être systématiquement pris en compte par les généralistes
30	Collaboration interprofessionnelle formalisée	Dans les soins ambulatoires, il serait très utile de créer des protocoles de collaboration pluridisciplinaire
31	Objectifs partagés	Dans une prise en charge pluridisciplinaire à domicile, c'est le généraliste seul qui doit définir les objectifs de soins

32	Attitude vis-à-vis du partage de données	Les données des dossiers des patients doivent être gérées uniquement par les médecins traitants
33	Promotion de la santé (internalisation)	Les généralistes sont à leur place quand ils participent, avec d'autres professionnels, à des actions thématiques en santé dans leur quartier
34	Utilisation de protocoles performants d'échange de données entre soignants (formalisation)	Les MG devraient alimenter une base de données centralisée de certaines actions préventives réalisées par leurs patients (ex : vaccins, mammographies, etc.)

9.5 ATTITUDE PAR RAPPORT À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

N°	Indicateur	Item
35	Partage clair des tâches, des objectifs et des responsabilités (formalisation)	Il revient aux pouvoirs publics d'impulser des programmes préventifs et d'y prévoir le rôle des généralistes
36	Partage clair des tâches, des objectifs et des responsabilités (formalisation)	L'exercice de la médecine doit rester indépendant des contraintes étatiques
37	Compétences spécifiques aux soins primaires (internalisation)	L'image des généralistes auprès des patients est peu influencée par leur activité en prévention
38	Valorisation par les pouvoirs publics (formalisation)	L'Etat devrait récompenser les MG actifs en prévention
39	Adhésion à des normes (formalisation)	Les guidelines sont rarement utiles en prévention
40	Forte référence scientifique	Les toutes-boîtes médicaux offrent une information scientifique de qualité
41	Indépendance face à la marchandisation de la santé	Les délégués médicaux apportent une information scientifique utile aux médecins
42	Projet professionnel sociétal	L'amélioration de l'état de santé de la population au cours des dernières décennies est due principalement aux progrès de la médecine

43	Acceptation du transfert de l'organisation de certaines actions au niveau collectif pour en augmenter l'efficacité (formalisation)	Dans certains cas, la prévention est mieux organisée par les autorités de santé que par les MG
----	--	---

10 ANALYSE DES RÉSULTATS DU PRÉ-TEST

Malgré le manque de représentativité de l'échantillon de répondants du pré-test et le nombre insuffisant de répondants, une analyse exploratoire des attitudes des généralistes vis-à-vis de la prévention a été réalisée dans le but de retrouver les variables latentes expliquant les comportements des MG (95). Dans ces conditions, cette analyse ne peut fournir de résultats fiables, mais indiquer les tendances et préparer l'analyse des résultats d'une enquête menée à plus grande échelle et dans des conditions expérimentales rigoureuses.

Pour cette analyse, seuls ont été pris en compte les items non rejetés à l'étape de validation. Les résultats bruts ont été regroupés par axe exploré dans l'échelle (5 axes). Les notes des répondants ont été converties en pourcentages.

L'analyse a été réalisée au moyen du logiciel Statistica 8.0.

10.1 ATTITUDE GÉNÉRALE ENVERS LA PRÉVENTION

Les notes les plus favorables à l'attitude envers la prévention sont obtenues dans les axes « Des soins à la santé », puis dans l'axe « Evaluation » (mais avec une dispersion plus grande des valeurs). L'axe « Attitude par rapport à la politique de santé publique » obtient les valeurs les plus basses. Une synthèse des résultats est présentée ci-dessous (figure 1, tableau 1).

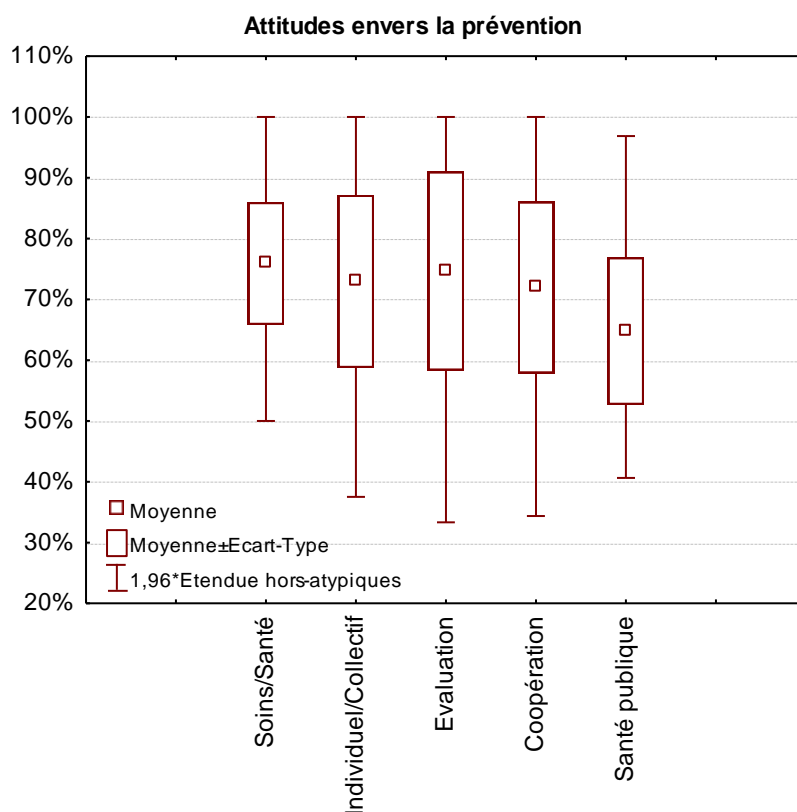


Figure 12 : Attitudes envers la prévention (notes globales par axe exploré)

Tableau 14 : Notes globales par axe exploré

	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
% Soins/Santé	75	75,90	50,00	100,00	10,08
% Individuel/collectif	75	72,95	37,50	100,00	14,21
% Evaluation	75	74,66	33,33	100,00	16,35
% Coopération	75	71,95	34,37	100,00	14,10
% Santé publique	75	64,79	40,62	96,87	12,10

En analyse statistique multivariée, le comportement des répondants vis-à-vis de la prévention n'est pas influencé de façon significative par le genre, l'ancienneté dans la profession, l'université d'origine, ni même par le fait de travailler dans une structure préventive, mais bien par le type de pratique : les médecins de maisons médicale (« MM ») obtiennent globalement des notes significativement plus en faveur de la prévention que les médecins travaillant en solo (« SOLO ») ou en association mono-disciplinaire (« ASSO ») ($p=0,0000$) (tableau 3, figure 2).

Les médecins travaillant en solo et en association mono-disciplinaire ont des attitudes qui ne sont pas significativement différentes entre eux, sauf dans l'axe « Du travail individuel au travail collaboratif » dans lequel les médecins associés obtiennent des notes supérieures.

Pratique; Moy. Moindres Carrés
 Lambda Wilk =,47415, F(10, 136)=6,1507, p=,00000

Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 0,95

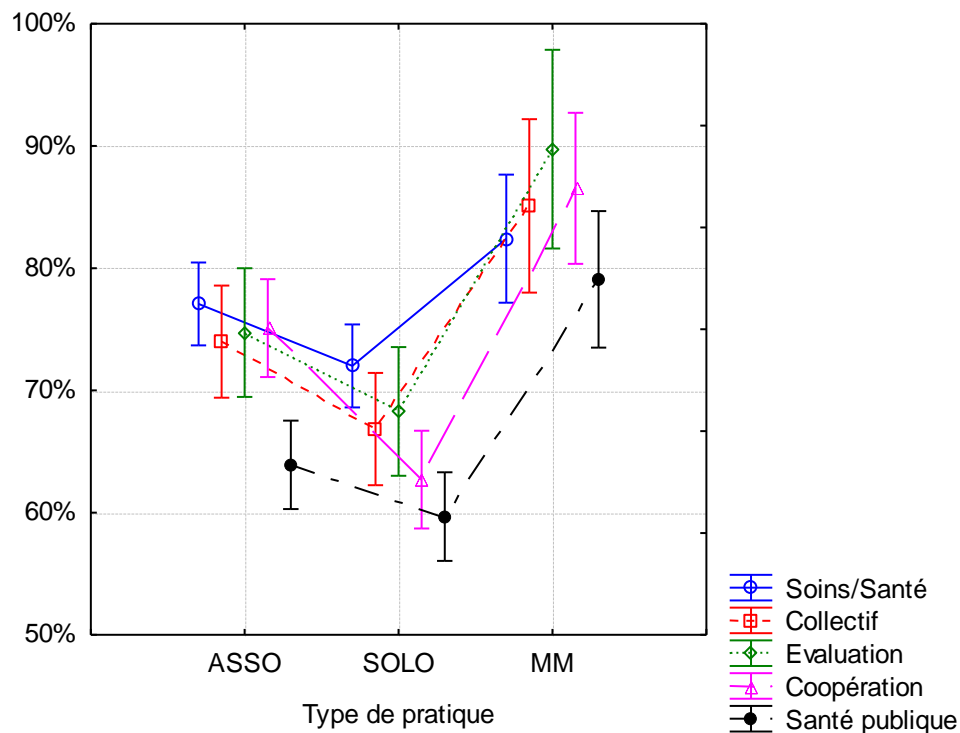


Figure 13 : Notes des médecins de différents types de pratique dans les 5 axes explorés

Tableau 15 : Analyses de variance univariée pour les 5 axes par rapport au type de pratique

	Multiple - R	Multiple - R ²	Ajusté - R ²	F	p
Soins/Santé	0,376188	0,141517	0,117671	5,93445	0,004115
Individuel/Collectif	0,456145	0,208068	0,186070	9,45847	0,000225
Evaluation	0,461848	0,213303	0,191451	9,76097	0,000177
Coopération	0,623564	0,388833	0,371856	22,90366	0,000000
Santé publique	0,567352	0,321888	0,303052	17,08858	0,000001

10.2 ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE

Les résultats ont été soumis à une analyse factorielle exploratoire de façon à rechercher les variables latentes qui pourraient expliquer les attitudes des généralistes envers la prévention.

L'analyse a été réalisée en composante principale, en appliquant une rotation de type Varimax normalisée.

10.2.1 NOMBRES DE FACTEURS

Une première analyse visuelle sans limitation du nombre de facteurs montre qu'il est pertinent d'en retenir 2, éventuellement 3 (le maximum est évidemment de 5 puisque l'exploration porte sur les 5 axes de l'échelle d'attitude, mais en ce cas l'analyse factorielle est inutile) (figure 3).

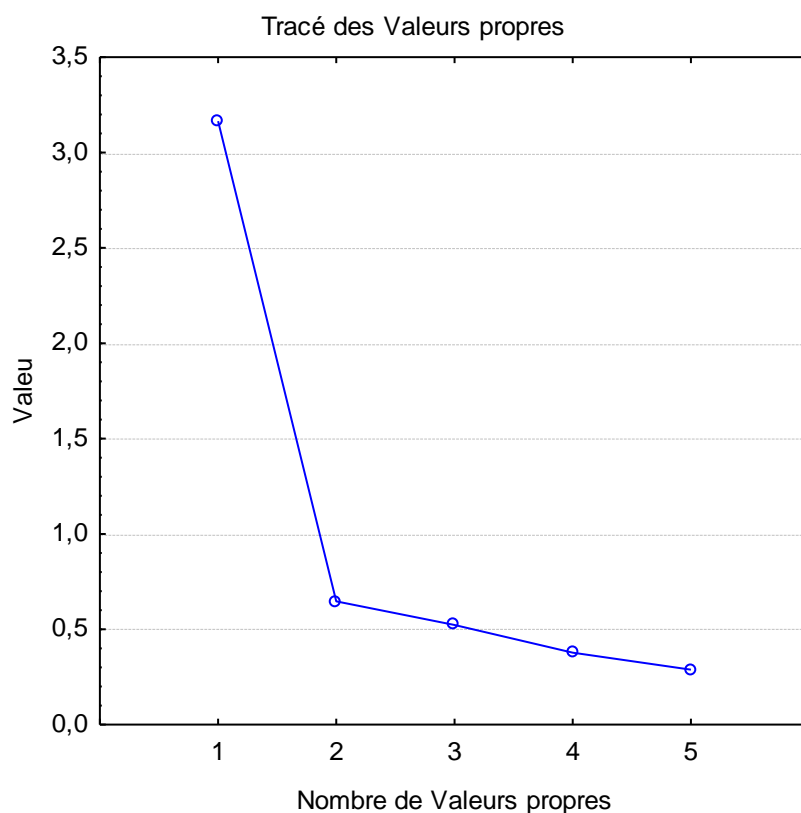


Figure 14 : Scree test

Pour 3 facteurs, la matrice des corrélations résiduelles donne des valeurs très faibles (tableau 3).

Tableau 16 : Matrice des corrélations résiduelles pour 3 facteurs

	Soins/Santé	Individuel/ Collectif	Evaluation	Coopération	Santé publique
Soins/Santé	0,14	-0,03	0,03	-0,14	0,00
Individuel/Collectif	-0,03	0,26	-0,16	-0,06	-0,02
Evaluation	0,03	-0,16	0,10	0,03	0,01
Coopération	-0,14	-0,06	0,03	0,17	0,01
Santé publique	0,00	-0,02	0,01	0,01	0,00

Si on ne sélectionne que 2 facteurs, les corrélations résiduelles deviennent un peu plus importantes mais restent acceptables (tableau 9). L'analyse a donc été réalisée avec 2 facteurs.

Tableau 17 : Matrice des corrélations résiduelles pour 2 facteurs

	Soins/Santé	Individuel/ Collectif	Evaluation	Coopération	Santé publique
Soins/Santé	0,14	-0,04	0,03	-0,14	0,01
Individuel/Collectif	-0,04	0,29	-0,09	-0,06	-0,13
Evaluation	0,03	-0,09	0,23	0,03	-0,21
Coopération	-0,14	-0,06	0,03	0,17	-0,01
Santé publique	0,01	-0,13	-0,21	-0,01	0,35

10.2.2 CORRÉLATIONS

Aucune corrélation observée n'est particulièrement forte, ce qui explique la difficulté à trouver plus d'un facteur nettement individualisé. La corrélation la plus importante est entre les axes « Soins/Santé » et « Du travail individuel au travail collaboratif (« coopération ») » (tableau 5).

Tableau 18 : Matrice des corrélations (N = 75)

	Soins/Santé	Individuel/ Collectif	Evaluation	Coopération	Santé publique
Soins/Santé	1,00	0,58	0,45	0,71	0,48
Individuel/Collectif	0,58	1,00	0,60	0,57	0,53
Evaluation	0,45	0,60	1,00	0,50	0,49
Coopération	0,71	0,57	0,50	1,00	0,49
Santé publique	0,48	0,53	0,49	0,49	1,00

10.2.3 PART DE LA VARIANCE EXPLIQUÉE

La décomposition en 2 facteurs permet d'expliquer 76 % de la variance, ce qui constitue un bon résultat. Il faut noter que le critère de Kaiser (valeur propre > 1) n'est rempli que pour le 1^{er} facteur (tableau 7).

Tableau 19 : Valeurs propres

	Val Propre	% Total - variance	Cumul - Val propre	Cumul - %
Facteur 1	3,164641	63,29282	3,164641	63,29282
Facteur 2	0,646621	12,93243	3,811263	76,22525

Le tableau des communautés (part de la variance de chaque variable expliquée par les facteurs communs) montre de bonnes valeurs, sauf pour l'axe « Santé publique » qui n'obtient que 65% (tableau 8).

Tableau 20 : Communautés

	Pour 1 - Facteur	Pour 2 - Facteurs	R-deux - Multiple ²
Soins/Santé	0,077529	0,859291	0,549757
Individuel/Collectif	0,479491	0,707876	0,519160
Evaluation	0,720215	0,766668	0,423804
Coopération	0,109746	0,829591	0,559827
Santé publique	0,564324	0,647838	0,367849

10.2.4 POIDS FACTORIELS

On observe que les axes « Evaluation » et « Attitude par rapport à la politique de santé publique »aturent dans le facteur 1. Les axes « Des soins à la santé » et « Du travail individuel au travail collaboratif (« coopération ») »aturent dans le facteur 2 et obtiennent des poids factoriels très proches. L'axe « De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective » se partage entre les facteurs 1 (surtout) et 2 (accessoirement) (tableau 8, figure 4).

Tableau 21 : Poids factoriels

	Facteur - 1	Facteur - 2
Soins/Santé	0,278440	0,884173
Individuel/Collectif	0,692453	0,477896
Evaluation	0,848655	0,215529
Coopération	0,331279	0,848437
Santé publique	0,751215	0,288988
Variance expliquée	1,951305/5	1,859958/5
Proportion du total	39,0261%	37,1992%

² R-deux-multiple : Coefficient de détermination de chacune des variables sur toutes les autres variables.

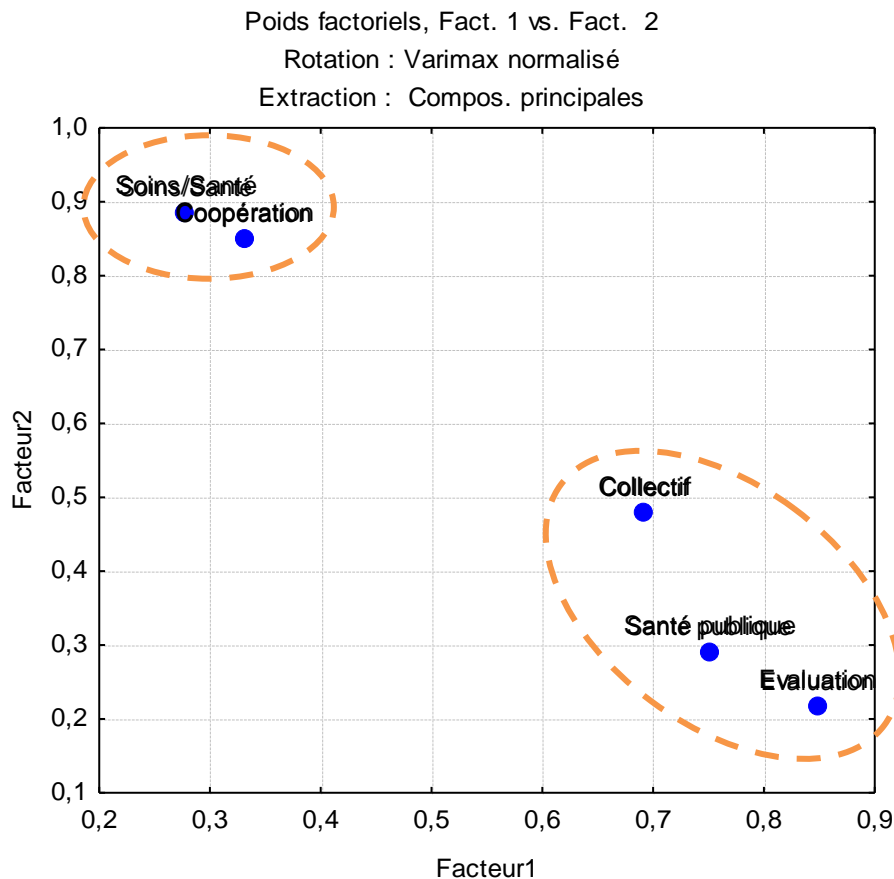


Figure 15 : Représentation graphique des poids factoriels

10.2.5 FACTEUR 1 : FORMALISATION

L'analyse factorielle rapproche assez fortement les attitudes des généralistes dans les axes « Evaluation », « Attitude par rapport à la santé publique » et « De la prise en charge individuelle à la prise en charge collective », quiaturent sur le facteur 1, lequel explique lui seul plus de 63% de la variance.

Dans ces axes, on peut considérer que le médecin est confronté à une « formalisation » de sa pratique, soit une codification précise et structurée des éléments de sa pratique, assortie ou non de mesures ou de contrôles, et à une systématisation de son activité.

La formulation brute du concept de formalisation, incluant la notion de contrôle, ne plairait sans doute pas à la majorité des généralistes. Si on se détache de cette réaction épidermique, il apparaît bien que l'attitude envers la prévention telle que proposée dans l'échelle testée dans ce travail demande l'intégration des généralistes dans une organisation à l'échelle de la santé publique, appliquée à leur patientèle. L'évaluation (ou l'auto-évaluation) d'une part, et la systématisation de l'activité préventive au bénéfice de la collectivité de leur patients d'autre part, en sont les éléments constitutifs.

10.2.6 FACTEUR 2 : ORGANISATION DE LA PRATIQUE CLINIQUE

Les axes « Des soins à la santé » et « Du travail individuel au travail collaboratif (« coopération ») » semblent très proches etaturent fortement sur le facteur 2, qui explique près de 13% de la variance.

Ces deux axes peuvent être rapprochés par le côté organisationnel au sein de l'activité clinique : vision bio-psycho-sociale du métier, temps de consultation, gestion d'un échancier pour le patient, mais aussi travail en groupe, délégation de tâches, formalisation de la collaboration interprofessionnelle et de la gestion des données cliniques, promotion de la santé.

10.2.7 SCORES FACTORIELS

Les scores des répondants au pré-test ont été mesurés pour les 2 facteurs retenus. Ils donnent une idée de la répartition des généralistes par rapport à ces deux facteurs (figure 5). Les généralistes se partagent autour des axes représentant les facteurs de façon très homogène, environ un quart dans chaque quadrant. Entre les attitudes proches ou non de la formalisation, proches ou non de l'organisation de la pratique clinique, on trouve à peu près autant de gens dans les valeurs positives et négatives.

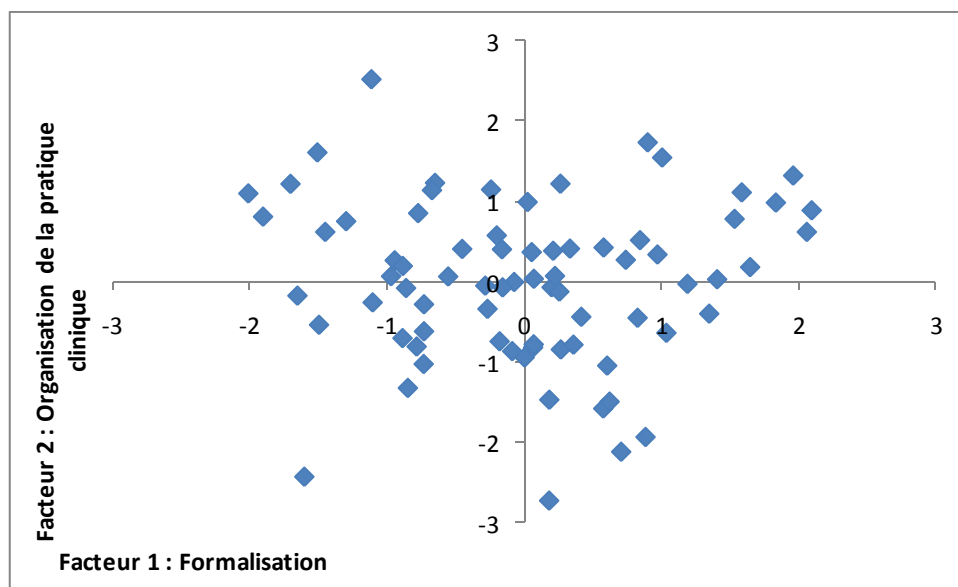


Figure 16 : Scores factoriels des répondants au pré-test

Il est intéressant de savoir pourtant ce qui différencie l'attitude envers les deux facteurs. Dans une analyse de variance simple, les scores factoriels ont été croisés avec le type de pratique, seule variable à avoir montré dans l'analyse préliminaire une différence significative entre les généralistes interrogés.

La figure 6 sépare les scores factoriels des trois types de pratique :

- la pratique associative monodisciplinaire (« ASSO ») se répartit de façon homogène sur les scores positifs et négatifs du facteur « formalisation », et plutôt sur les valeurs positives du facteur « organisation de la pratique clinique » ;
- la pratique solo (« SOLO ») obtient les scores les plus bas sur le facteur « formalisation » et se répartit entre les scores positifs et négatifs sur le facteur « organisation de la pratique clinique » ;

- la pratique associative en maison médicale (« MM ») obtient les scores les plus hauts sur les facteurs 1 et 2 (figure 6)

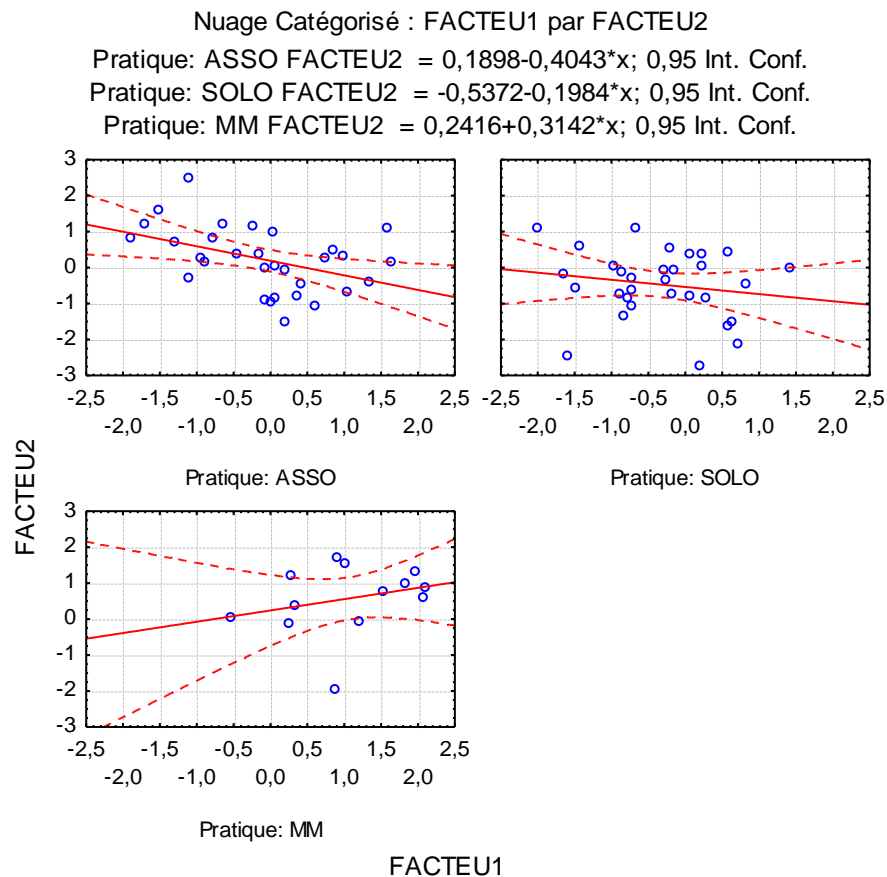


Figure 17 : Scores factoriels selon le type de pratique

Les figures 7 et 8 indiquent de façon plus claire l'influence du type de pratique sur chaque facteur. Par rapport à la formalisation, les médecins de maison médicale se démarquent nettement, les associations monodisciplinaires et les médecins solos ayant des attitudes comparables (figure 7).

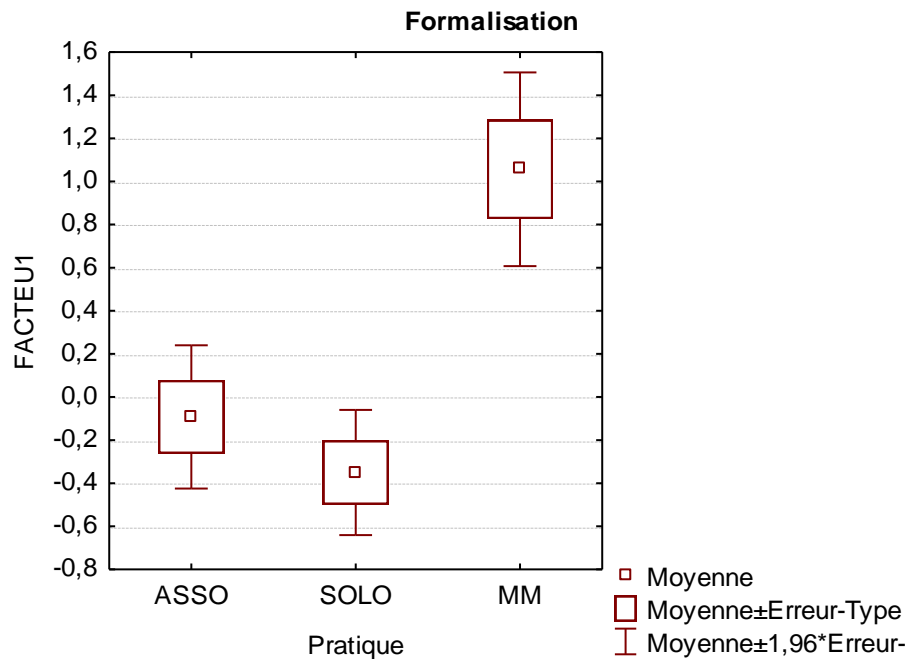


Figure 18 : Scores factoriels selon le type de pratique/Formalisation

Par rapport à l'organisation de la pratique clinique, les différences sont moins marquées, les médecins solos gardant cependant des scores inférieurs aux associations monodisciplinaires et aux maisons médicales (figure 8).

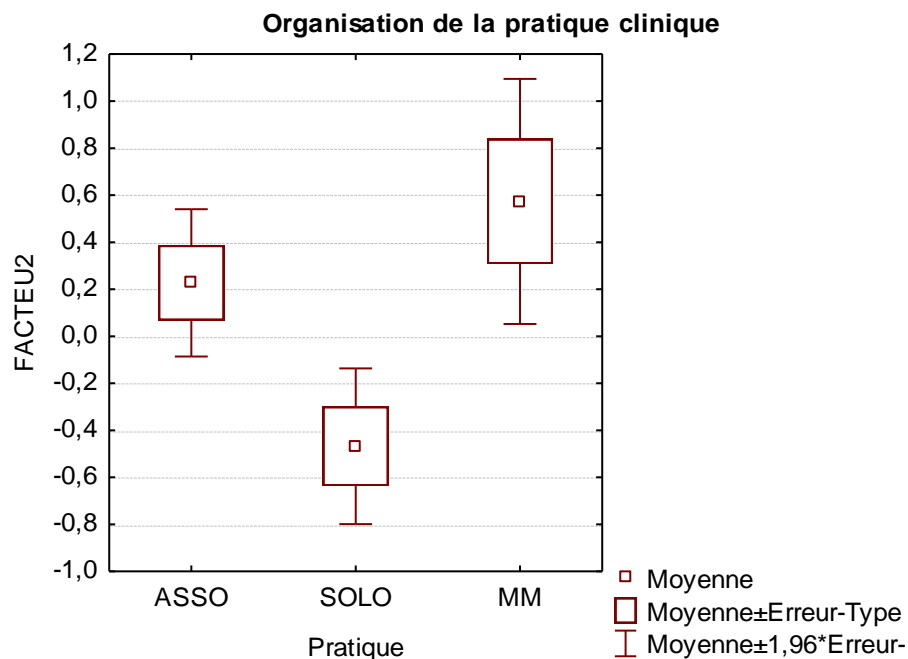


Figure 19 : Scores factoriels selon le type de pratique/Organisation de la pratique clinique

La figure 9 synthétise ces différences.

Pratique; Moy. Moindres Carrés

Lambda de Wilk =,59315, F(4, 142)=10,594, p=,00000

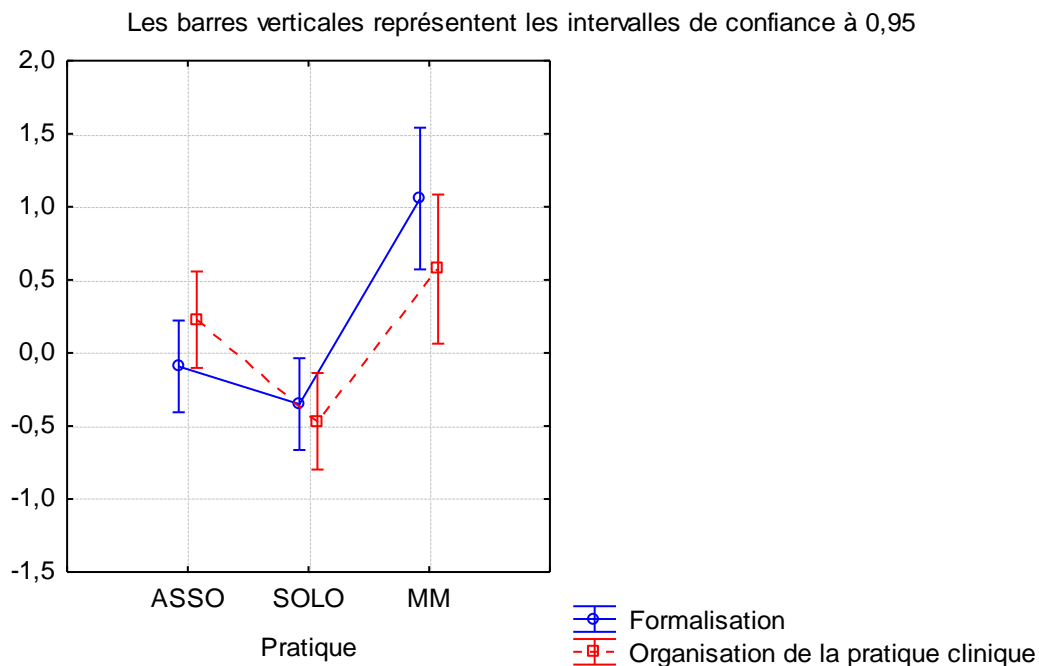


Figure 20 : Croisement Type de pratique / Facteurs 1 et 2

Les différences constatées sont significatives (tableau 9).

Tableau 22

Tests Univariés de Significativité. Paramétrisation sigma -restreint. Décomposition efficace de l'hypothèse					
	SC	Degrés de liberté	MC	F	p
Pratique / Formalisation	18,58184	2	9,290919	12,07088	0,000030
Pratique / Organisation de la pratique clinique	12,65695	2	6,328474	7,427901	0,001167

10.3 DISCUSSION

10.3.1 BIAIS

Tous les résultats présentés ci-dessus ont été obtenus sur l'échantillon du pré-test. Cet échantillon est constitué de nombreux maîtres de stages généralistes de l'ULg. En raison de la fonction d'enseignement, ce groupe n'est sans doute pas parfaitement représentatif des généralistes ; en outre, les médecins exerçant en maison médicale y sont surreprésentés.

Il est utile de rappeler ici que cet échantillon devait servir uniquement à valider les items de l'échelle d'attitude en vue de sa diffusion dans une enquête plus large sur un échantillon représentatif de la population des généralistes exerçant en communauté française.

Les résultats de l'analyse statistique et de l'analyse factorielle en particulier ne peuvent donc être validés, et leurs conclusions ne peuvent être généralisées. Néanmoins, ce travail exploratoire permet d'orienter l'analyse qui sera réalisée sur l'échelle d'attitude dans sa version finale. Les conclusions qui peuvent être tirées ici sont déjà interpellantes et méritent d'être vérifiées.

10.3.2 FACTEURS PRÉDICTIFS

L'attitude envers la prévention est très variable selon les généralistes interrogés. L'analyse statistique des résultats fait apparaître deux facteurs prédictifs : la formalisation et l'organisation de la pratique clinique. Les deux facteurs, expliquant 76% de la variance, sont fortement corrélés au type de pratique des répondants.

10.3.2.1 Type de pratique

L'attitude envers la prévention semble donc suivre un gradient croissant de la pratique solo à la pratique en équipe pluridisciplinaire, avec un état intermédiaire au niveau de la pratique en groupe mono disciplinaire. Il est possible que l'organisation du travail au sein d'associations ou de réseaux coordonnés permette peut-être de libérer du temps ou des moyens matériels et humains pour gérer les données de la patientèle et en tirer des informations adéquates, utilisables pour le travail préventif.

Il s'agit ici d'une attitude, soit une intention d'agir, et non une quelconque évaluation de résultats. Toutefois, il est tentant de rapprocher cette attitude du différentiel de qualité de soins dans divers domaines de pratique mesurés dans des pratiques travaillant au forfait (essentiellement en maison médicale) comparées à des praticiens travaillant à l'acte. Plusieurs indicateurs donnaient des résultats favorables aux maisons médicales (101).

10.3.2.2 Formalisation

Le principal facteur prédictif d'une attitude favorable envers la prévention semble bien être le degré de formalisation que le médecin accepte dans sa pratique (94).

En Belgique, nous en sommes à un stade de formalisation où les procédures, les comportements souhaitables et les résultats attendus sont disponibles sous formes de recommandations émanant de diverses sources. Dans notre système de santé très libéral, peu de choses sont mises en place dans le domaine de la prévention pour vérifier la connaissance ou l'application de ces recommandations, tant sous forme de contrainte que de valorisation. Les moyens de comparer les résultats aux standards attendus et la possibilité de mener d'éventuelles actions correctrices sont rares. L'insertion dans une vision plus globale de santé publique, même au niveau de ses propres patients, est faible. Dans ce contexte, comment s'étonner des résultats imparfaits obtenus globalement dans notre système de santé ?

Les médecins généralistes représentent une force de travail potentielle. Pour la rendre opérationnelle, il faudrait augmenter ce facteur de formalisation chez nombre d'entre eux. D'autres études sont nécessaires pour trouver la méthode adaptée au contexte belge pour les y amener.

10.3.2.3 Organisation de la pratique clinique

Le généraliste belge reste sans doute majoritairement l'acteur des soins individualisés. Les résultats suggèrent une influence nette du type de pratique sur les facteurs organisationnels, ce qui semble logique. Rien ou quasiment rien dans la formation initiale des médecins ne les prédispose à organiser leur pratique, ni à la gérer de façon collective. Les efforts réalisés en ce sens par les MG résultent probablement d'initiatives volontaires menées par ceux qui ont pu dégager du temps et des moyens en vue de cet objectif.

10.4 CONCLUSION

Trois messages semblent se dégager de l'analyse exploratoire de l'échelle d'attitude. Il n'est pas possible de leur donner à ce stade une quelconque valeur statistique, et la confirmation éventuelle passera par la passation de l'échelle d'attitude définitive auprès d'un échantillon large de médecins généralistes.

1. La formalisation de l'activité de médecine générale est probablement le déterminant majeur d'une pratique favorable à la prévention ;
 - L'attitude positive envers une vue collective de la patientèle, envers l'évaluation de pratique et envers la politique de santé publique semblent liées.
2. L'organisation de la pratique clinique est un autre déterminant fort de l'attitude envers la prévention ;
 - Une vision globale de la santé et l'intégration des MG dans un réseau collaboratif de professionnels de santé semblent liés.
3. Le type de pratique influence fortement l'attitude envers la prévention à travers ces deux déterminants ;
 - Les pratiques associatives pluridisciplinaires obtiennent les meilleurs scores, devant les associations mono disciplinaires, puis les MG solos ;
 - Ces différences entre les attitudes déclarées doivent être confirmées par des études à plus grande échelle, et surtout être confrontées à des mesures de résultats collectées de façon centralisée.

L'échelle proposée ci-dessus devrait permettre d'avoir une vue assez précise des attitudes des MG face à la prévention et en particulier face à divers points qui semblent être des déterminants de leur activité (14-16, 26, 78).

Les cinq axes explorés dans cette échelle permettront d'identifier dans quelle proportion les MG se sentent prêts à développer leurs comportements favorables à la prévention et notamment à développer une attitude qui permette de toucher les patients qui échappent d'habitude aux actions préventives, favorisant ainsi l'équité en santé.

Une enquête à grande échelle devra être prochainement réalisée. Les tests statistiques de fiabilité de cohérence interne de Cronbach et l'analyse factorielle devront être réalisés à nouveau sur les nouvelles données.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, et al. Health interview survey in Belgium 2004. Brussels: Scientific Institute of Public Health 2006. Report No.: IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 034.
2. Fabri V, Remacle A. Programme de Dépistage du Cancer du Sein. Comparaison des trois premiers tours 2001-2002, 2003-2004 et 2005-2006. Bruxelles: Agence intermutualiste 2009.
3. Arbyn M, Van Oyen H. Analysis of individual health insurance data pertaining to pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix. (Belgium, 1996-2000). Brussels: Scientific Institute of Public Health, Epidemiology; 2004. Report No.: SIPH/EPI REPORTS N 2004 – 021.
4. Vandoorne C. Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ? Education Santé. 2009;250(Novembre 2009):6-7.
5. Vanmeerbeek M. [General practice has to contribute to the continuous improvement of quality of care and integrate health promotion.]. Presse Med. 2009 Mar 10;38(9):1360-5.
6. Blane D. Social determinants of health--socioeconomic status, social class, and ethnicity. Am J Public Health. 1995 Jul;85(7):903-5.
7. Marmot M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. Health Aff (Millwood). 2002 Mar-Apr;21(2):31-46.
8. McKeown T. Medical issues in historical demography. Int J Epidemiol. 2005 Jun;34(3):515-20.
9. Harvey BJ. The issue of public health. Can Fam Physician. 2009 Nov;55(11):1057, 9.
10. Laperche J, Chevalier P. Dans le cadre de la prévention. Minerva [Editorial]. 2008;7(3):33.
11. Breton M, Levesque JF, Pineault R, Lamothe L, Denis JL. Integrating Public Health into Local Healthcare Governance in Quebec: Challenges in Combining Population and Organization Perspectives. Healthc Policy. 2009 Feb;4(3):e159-e78.
12. Giet D, Pestiaux D, Schetgen M. [General medicine in the 21st century]. Bull Mem Acad R Med Belg. 2008;163(7-9):425-31.
13. Sikora C, Johnson D. The family physician and the public health perspective: Opportunities for improved health of family practice patient populations. Can Fam Physician. 2009 Nov;55(11):1061-3.
14. Feightner JW. Prevention. We've come a long way baby..or have we? Can Fam Physician. 2006 Jan;52:13-5, 7-9.
15. Bourdillon F, Mosnier A, Godart J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Vandoeuvre-lès-Nancy: EPITER, Association pour le développement de l'épidémiologie de terrain 2008 23 juin 2008.

16. Russell GM. Is prevention unbalancing general practice? *Med J Aust*. 2005 Jul 18;183(2):104-5.
17. Walsh JM, McPhee SJ. A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Educ Q*. 1992 Summer;19(2):157-75.
18. Jaen CR, Stange KC, Nutting PA. Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services. *J Fam Pract*. 1994 Feb;38(2):166-71.
19. Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *Milbank Q*. 2001;79(4):579-612, iv-v.
20. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998 Aug-Sep;1(1):2-4.
21. Ruhe MC, Weyer SM, Zronek S, Wilkinson A, Wilkinson PS, Stange KC. Facilitating practice change: lessons from the STEP-UP clinical trial. *Prev Med*. 2005 Jun;40(6):729-34.
22. Litaker D, Tomolo A, Liberatore V, Stange KC, Aron D. Using complexity theory to build interventions that improve health care delivery in primary care. *J Gen Intern Med*. 2006 Feb;21 Suppl 2:S30-4.
23. Federici A, Giorgi Rossi P, Bartolozzi F, Farchi S, Borgia P, Guasticchi G. Survey on colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and practices of general practice physicians in Lazio, Italy. *Prev Med*. 2005 Jul;41(1):30-5.
24. Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Fam Pract*. 2006;7:35.
25. Holmqvist M, Bendtsen P, Spak F, Rommelsjo A, Geirsson M, Nilsen P. Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addict Behav*. 2008 Feb;33(2):301-14.
26. Aulagnier M, Videau Y, Combes JB, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P, et al. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Prat Organ Soins*. 2007;38:259-68.
27. Torley D, Zwar N, Comino EJ, Harris M. GPs' views of absolute cardiovascular risk and its role in primary prevention. *Aust Fam Physician*. 2005 Jun;34(6):503-4, 7.
28. Hobbs FD, Holmes J, Pugner K. General practitioner perceptions of treatment benefits and costs in patients with hyperlipidaemia. *Br J Gen Pract*. 1998 Feb;48(427):983-4.
29. Sladden MJ, Ward JE, Del Mar CB, Lowe JB. Skin cancer screening by Australian family physicians: variation with physician beliefs and geographic locality. *Am J Prev Med*. 1999 Aug;17(2):142-6.
30. Hicks RJ, Hamm RM, Bembien DA. Prostate cancer screening. What family physicians believe is best. *Arch Fam Med*. 1995 Apr;4(4):317-22.
31. Nutting PA, Baier M, Werner JJ, Cutter G, Conry C, Stewart L. Competing demands in the office visit: what influences mammography recommendations? *J Am Board Fam Pract*. 2001 Sep-Oct;14(5):352-61.

32. Bertakis KD, Azari R. Determinants of physician discussion regarding tobacco and alcohol abuse. *J Health Commun.* 2007 Sep;12(6):513-25.
33. Holund U, Thomassen A, Boysen G, Charles P, Eriksen EF, Overvad K, et al. Importance of diet and sex in prevention of coronary artery disease, cancer, osteoporosis, and overweight or underweight: a study of attitudes and practices of Danish primary care physicians. *Am J Clin Nutr.* 1997 Jun;65(6 Suppl):2004S-6S.
34. Kaner EF, Lock CA, McAvoy BR, Heather N, Gilvarry E. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1999 Sep;49(446):699-703.
35. Pizzo AM, Chellini E, Grazzini G, Cardone A, Badellino F. Italian general practitioners and smoking cessation strategies. *Tumori.* 2003 May-Jun;89(3):250-4.
36. Kedward J, Dakin L. A qualitative study of barriers to the use of statins and the implementation of coronary heart disease prevention in primary care. *Br J Gen Pract.* 2003 Sep;53(494):684-9.
37. Litaker D, Flocke SA, Frolkis JP, Stange KC. Physicians' attitudes and preventive care delivery: insights from the DOPC study. *Prev Med.* 2005 May;40(5):556-63.
38. Deehan A, Marshall EJ, Strang J. Tackling alcohol misuse: opportunities and obstacles in primary care. *Br J Gen Pract.* 1998 Nov;48(436):1779-82.
39. Hiddink GJ, Hautvast JG, van Woerkum CM, Fieren CJ, van 't Hof MA. Nutrition guidance by primary-care physicians: LISREL analysis improves understanding. *Prev Med.* 1997 Jan-Feb;26(1):29-36.
40. Taylor JC, Sterkel B, Utley M, Shipley M, Newman S, Horton M, et al. Opinions and experiences in general practice on osteoporosis prevention, diagnosis and management. *Osteoporos Int.* 2001;12(10):844-8.
41. Cornuz J, Ghali WA, Di Carantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract.* 2000 Dec;17(6):535-40.
42. Fry A, Campbell H, Gudmundsdottir H, Rush R, Porteous M, Gorman D, et al. GPs' views on their role in cancer genetics services and current practice. *Fam Pract.* 1999 Oct;16(5):468-74.
43. Kaner EF, Heather N, Brodie J, Lock CA, McAvoy BR. Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. *Br J Gen Pract.* 2001 Oct;51(471):822-7.
44. Coleman T, Cheater F, Murphy E. Qualitative study investigating the process of giving anti-smoking advice in general practice. *Patient Educ Couns.* 2004 Feb;52(2):159-63.
45. McIlvain HE, Crabtree BF, Gilbert C, Havranek R, Backer EL. Current trends in tobacco prevention and cessation in Nebraska physicians' offices. *J Fam Pract.* 1997 Feb;44(2):193-202.
46. Bell P, Bass B. Breast screening. *Can Fam Physician.* 1997 May;43:821-2, 6-7.
47. Elford RW, Jennett P, Bell N, Szafran O, Meadows L. Putting prevention into practice. *Health Rep.* 1994;6(1):142-53.

48. MacAuley D. Physical activity may be good for you but we are not the key players. *Br J Gen Pract.* 2006 Nov;56(532):888.
49. De Laet C, Neyt M, Van Brabandt H, Ramaekers D. Rapid Assessment: Cardiovascular Primary Prevention in the Belgian General Practice. Brussels: Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE); 2007.
50. Berry S, Arroll B, Fraser A, Weller D. Screening for colorectal cancer: a survey of New Zealand general practitioners. *N Z Med J.* 1996 Nov 22;109(1034):447-9.
51. Young JM, Ward JE. Strategies to improve cancer screening in general practice: are guidelines the answer? *Fam Pract.* 1999 Feb;16(1):66-70.
52. Nelson M, Piterman L. General practitioner experience of clinical self audit. *Aust Fam Physician.* 1998 Jan;27 Suppl 1:S34-8.
53. Bazelmans C, Moreau M, Piette D, Bantuelle M, Leveque A. Role of physicians in preventing accidents in the home involving children under 15 years in the French-speaking community of Belgium. *Inj Control Saf Promot.* 2004 Dec;11(4):253-7.
54. Lemelin J, Hogg W, Baskerville N. Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. *CMAJ.* 2001 Mar 20;164(6):757-63.
55. Jackson A. Don't scold smokers. *Patient Educ Couns.* 2005 May;57(2):239-40.
56. Williams R, Rapport F, Elwyn G, Lloyd B, Rance J, Belcher S. The prevention of type 2 diabetes: general practitioner and practice nurse opinions. *Br J Gen Pract.* 2004 Jul;54(504):531-5.
57. Kotz D, Wagena EJ, Wesseling G. Smoking cessation practices of Dutch general practitioners, cardiologists, and lung physicians. *Respir Med.* 2007 Mar;101(3):568-73.
58. Art B, Snauwaert C, Masureel B, De Maeseneer J. GP attitudes towards health, prevention and poverty in deprived communities: does working with capitation or fee-for-service make a difference? *Arch Public Health.* 2006;64:175-83.
59. McAuley RG, Rand C, Levine M. Recruiting women for breast screening. *Family Physician Model strategy.* *Can Fam Physician.* 1997 May;43:883-8.
60. de Koning JS, Klazinga N, Koudstaal PJ, Prins AD, Borsboom GJ, Mackenbach JP. Quality of stroke prevention in general practice: relationship with practice organization. *Int J Qual Health Care.* 2005 Feb;17(1):59-65.
61. Rickert D, Santoli J, Shefer A, Myrick A, Yusuf H. Influenza vaccination of high-risk children: what the providers say. *Am J Prev Med.* 2006 Feb;30(2):111-8.
62. Davis MM, McMahon SR, Santoli JM, Schwartz B, Clark SJ. A national survey of physician practices regarding influenza vaccine. *J Gen Intern Med.* 2002 Sep;17(9):670-6.
63. Doran T, McCann R. Obstacles to influenza immunization in primary care. *J Public Health Med.* 2001 Dec;23(4):329-34.

64. Proude EM, Conigrave KM, Haber PS. Effectiveness of skills-based training using the Drink-less package to increase family practitioner confidence in intervening for alcohol use disorders. *BMC Med Educ.* 2006;6:8.
65. McDonald P, Friedman EH, Banks A, Anderson R, Carman V. Pneumococcal vaccine campaign based in general practice. *BMJ.* 1997 Apr 12;314(7087):1094-8.
66. Cohen D, DiCicco-Bloom B, Strickland PO, Headley A, Orzano J, Levine J, et al. Opportunistic approaches for delivering preventive care in illness visits. *Prev Med.* 2004 May;38(5):565-73.
67. Cooper GS, Goodwin MA, Stange KC. The delivery of preventive services for patient symptoms. *Am J Prev Med.* 2001 Oct;21(3):177-81.
68. Ma R, Clarke A. Chlamydia screening in general practice: views of professionals on the key elements of a successful programme. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2005 Oct;31(4):302-6.
69. McCarlie J, Alexander G, Sommerville J, McGettrick P, MacPherson N, Collier A. Use of collaborative audit to assist local implementation of the SIGN guideline for prevention of visual impairment in diabetes. *Health Bull (Edinb).* 1999 Jan;57(1):29-34.
70. Patel H, Neutze JM, Kerr B, White HD. Failure of implementation of the National Heart Foundation of New Zealand guidelines for the management of dyslipidaemia. *N Z Med J.* 1996 Feb 9;109(1015):24-6.
71. Swanson JG, Kaczorowski J. Mammography rates for 20 community-based family practices in Ontario: a full practice audit. *Can J Public Health.* 2007 Sep-Oct;98(5):374-8.
72. Grol R, Wensing M. Implementation of quality assurance and medical audit: general practitioners' perceived obstacles and requirements. *Br J Gen Pract.* 1995 Oct;45(399):548-52.
73. Bami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *J Eval Clin Pract.* 2002 May;8(2):175-81.
74. Laperche J, Dufour A, Jonckheer P, Legat P, Prevoost M, Hubens V, et al. Une recherche-action en médecine générale : le dépistage du risque cardiovasculaire global. *Louvain médical.* 2005;124(9):S189-92.
75. Fabri V, Remacle A, De Gauquier K, Mertens R. Programme de dépistage du cancer du sein. Périodes 2001-2002 et 2003-2004. Bruxelles: Agence intermutualiste; 2006.
76. Haute Autorité de Santé. Evaluation des pratiques professionnelles. Mise en oeuvre et perspectives. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
77. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M, et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract.* 2006 Feb;23(1):137-47.
78. Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, Leysen P, Knops K, Lafontaine JB, et al. Quality development in general practice in Belgium: status quo or quo vadis? *Good Clinical Practice (GCP).* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)2008. Report No.: 76B.

79. Chabot JM. Le Défi de l'optimisation des pratiques professionnelles en santé. *Pédagogie médicale*. 2005;6:133-5.
80. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999 Oct 20;282(15):1458-65.
81. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2003 Mar 24;3(1):8.
82. Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression? We must question the basis of the guidelines themselves. *BMJ*. 2000 Jan 22;320(7229):200-1.
83. Haggerty J, Tamblyn R, Abrahamowicz M, Beaulieu MD, Kishchuk N. Screening mammography referral rates for women ages 50 to 69 years by recently-licensed family physicians: physician and practice environment correlates. *Prev Med*. 1999 Nov;29(5):391-404.
84. Geboers H, Mokkink H, van Montfort P, van den Hoogen H, van den Bosch W, Grol R. Continuous quality improvement in small general medical practices: the attitudes of general practitioners and other practice staff. *Int J Qual Health Care*. 2001 Oct;13(5):391-7.
85. Gardner M, Ogden J. Do GPs practice what they preach? A questionnaire study of GPs' treatments for themselves and their patients. *Patient Educ Couns*. 2005 Jan;56(1):112-5.
86. Hopkins SC, Lenz ER, Pontes NM, Lin SX, Mundinger MO. Context of care or provider training: the impact on preventive screening practices. *Prev Med*. 2005 Jun;40(6):718-24.
87. Eichler K, Zoller M, Tschudi P, Steurer J. Barriers to apply cardiovascular prediction rules in primary care: a postal survey. *BMC Fam Pract*. 2007;8:1.
88. Armstrong D. Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour. *Soc Sci Med*. 2002 Nov;55(10):1771-7.
89. Hermens RP, Hak E, Hulscher ME, Braspenning JC, Grol RP. Adherence to guidelines on cervical cancer screening in general practice: programme elements of successful implementation. *Br J Gen Pract*. 2001 Nov;51(472):897-903.
90. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning : an educational and ecological approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1999.
91. Impulseo II - Soutien financier pour un(e) employé(e) d'un regroupement de médecins généralistes. Bruxelles: INAMI; 2007 [20/08/2010]; Available from: http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/specific-information/impulseo/index_impulseoII.htm.
92. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. *WONCA Europe*; 2002.
93. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martin-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:188.

94. Bodewes WEJ. Formalization and innovation revisited. *European Journal of Innovation Management*. 2002;5(4):214-23.
95. Roussel P. Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquête. In: Roussel P, Wacheux F, editors. *Management des ressources humaines Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. Bruxelles: De Boeck; 2005.
96. Mucchieli R. *Opinions et changement d'opinion*. 7 ed. Paris: Les éditions ESF - Entreprise moderne d'édition; 1988.
97. De Landsheere G, editor. *Introduction à la recherche en éducation*. Liege: George Thone; 1976.
98. Cottraux J. Les échelles d'attitude. *Rech Soins Infirm*. 2000;62:25-7.
99. Sabourin S, Valois P, Lussier Y. L'utilisation des questionnaires en recherche. In: Bouchard S., Cyr C., editors. *Recherche psychosociale: pour harmoniser recherche et pratique*. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'université du Québec; 2005.
100. Nézet-Seguin C, Goyette G, Villeneuve J. Une échelle d'attitude à l'égard de la recherche en éducation. *Rev Sci Edu*. 1981;7(1):67-80.
101. Annemans L, Closon JP, Closon MC, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa R, et al. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)2008. Report No.: 85B.