



Les médecins généralistes belges francophones peuvent-ils améliorer leurs performances en prévention ? Une étude qualitative

Can French-speaking Belgian GPs improve their preventive healthcare delivery? A qualitative study

Marc Vanmeerbeek¹, Jean-Luc Belche¹, Anne-Françoise Lemaître¹, Chantal Vandoorne²

exercer 2013;107:107-13.

marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be

Background. *In French-speaking Belgium, success in implementing preventive care remains below expectations, with a socioeconomic gradient. Could GPs contribute to reduce these differences?*

Objectives. *The study aims at knowing the representations of French-speaking GPs towards their preventive healthcare. The results will be used in a survey assessing the determinants of their involvement in a more systematic and equitable preventive healthcare delivery.*

Methods. *We conducted semi-directed interviews with French-speaking GPs. The content was analyzed in a thematic way with reference to the Walsh & McPhee systems model of clinical preventive care to retrieve the predisposing, reinforcing, and enabling factors.*

Results. *Preventive healthcare was limited by GPs' specific interests and psychology. Some clinical and relational skills were sometimes lacking. The information sources were sometimes of poor quality. The lack of organizational skills hindered collective management or systematization towards equity. Media and pharmaceuticals influenced preventive healthcare. GPs wished a specific funding; possibly by "Pay for Quality". Self-assessment was too rare to be a reinforcement factor. Preventive processes were often introduced in an opportunistic way, due to the lack of time. Data circulation and coordination between the various providers was poor. A primary care focused healthcare delivery was suggested.*

Conclusion. *Conditions to tackle health inequalities towards preventive healthcare do not seem to be present at now. To achieve this goal, GPs should be more proactive and develop their practice in a more community-oriented way. However, more research is needed to assess their personal motivation for change. Health authorities should determine a delimitation of competencies and responsibilities and provide organisational support.*

1. Département de médecine générale, université de Liège

2. École de santé publique, université de Liège

Mots-clés

Médecine préventive

Médecins généralistes

Attitude du personnel soignant

Pratique en santé publique

Key words

Preventive Medicine

General Practitioners

Attitude of Health Personnel

Public Health Practice

Introduction

En Belgique francophone, l'implémentation de certaines procédures préventives reste inférieure au niveau espéré (mammographies, vaccination antigrippale des plus de 65 ans, évaluation du risque cardiovasculaire, etc.)¹⁻⁴. Malgré le haut niveau de qualité de soins reconnu du système de santé belge – le cinquième de l'Union européenne selon l'*Euro Health Consumer Index 2012* –, tous les bénéficiaires potentiels ne reçoivent pas tous les soins préventifs auxquels ils pourraient prétendre. Pour de nombreux indicateurs, un gradient socioéconomique persiste au détriment des couches économiquement ou culturellement défavorisées de la population^{1,3,5,6}.

Une amélioration de cette situation demande d'être à la fois plus systématique dans la réalisation des procédures préventives pertinentes, et plus équitable pour toucher spécifiquement les patients les plus défavorisés. Les médecins généralistes (MG) peuvent-ils être des acteurs significatifs de cette amélioration ? La confiance dont ils jouissent auprès de leurs patients et leur connaissance personnalisée de ces derniers permet en théorie de toucher ceux qui sont traditionnellement absents des programmes de prévention plus systématiques, en leur fournissant une information personnalisée et en évaluant avec eux leur motivation. Néanmoins, dans un pays où la médecine générale est principalement rétribuée à l'acte, la plainte du patient occupe natu-

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant le contenu de cet article

rellement la place principale dans les consultations. La pratique des différents niveaux de prévention pour lesquels il n'y a pas de plainte est liée à divers déterminants tant chez le médecin que chez le patient, incluant les connaissances, la disponibilité, l'organisation, le financement des soins, etc.

Les études disponibles pour la Belgique focalisent surtout les résultats en prévention, mais l'avis des généralistes sur les déterminants de ces résultats n'est pas connu. L'objectif de cette étude était de recueillir les représentations de leurs rôle et actions de MG francophones dans le dispositif préventif de la Fédération Wallonie-Bruxelles ; l'analyse qualitative fournira les éléments du questionnaire d'une enquête nationale qui évaluera les déterminants de l'implication des MG dans une distribution plus systématique et plus équitable des actions de prévention.

Méthode

La technique de l'entretien individuel a été choisie pour permettre une exploration approfondie des attitudes et pratiques. L'échantillon a été constitué de façon raisonnée parmi des MG en activité, recrutés dans quatre

des six provinces francophones par des enseignants généralistes de deux facultés de médecine (Liège et Bruxelles). Un équilibre a été recherché entre les genres, l'ancienneté dans la pratique (junior si < 10 ans, senior si > 20 ans), l'exercice seul ou en groupe, la pratique ou non d'une activité complémentaire de prévention structurée (consultations mère-enfant, médecine scolaire, Planning familial). L'objectif étant de fournir les éléments d'un questionnaire d'enquête, la saturation des données n'a pas été recherchée dans tous les thèmes du guide d'entretien.

Le modèle de Walsh et McPhee a servi de base à l'élaboration du guide d'entretien et à l'analyse thématique des résultats⁷. Ce modèle intègre des facteurs prédisposants, favorisants et capacitants internes (dépendant du médecin) et externes (dépendant du contexte et de l'environnement de soins) [figure 1] ; il propose une taxonomie utile pour un classement des *verbatim* rapidement utilisable pour l'écriture d'un questionnaire. Les thèmes explorés sont repris dans le tableau 1. Les verbatims ont été analysés à l'aide du logiciel QSR-NVivo8® par deux chercheurs de façon indépendante (MV et JLB). Pour la résolution des divergences d'interprétation, il a été fait appel à un troisième chercheur (CV).

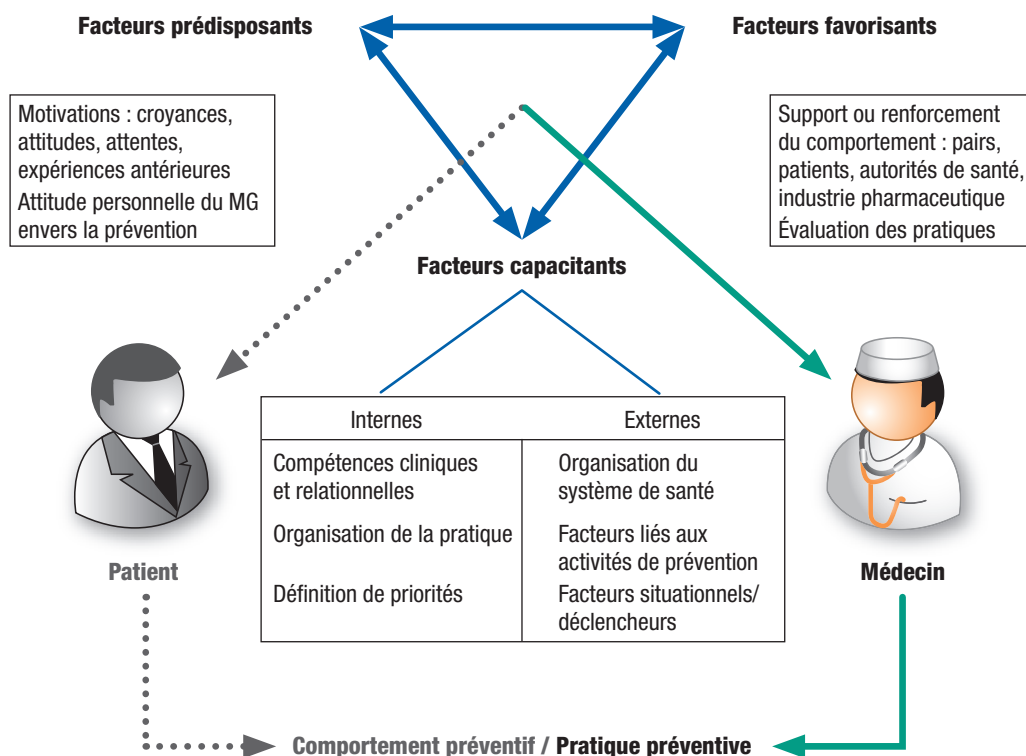


Figure 1. Modèle de soins cliniques préventifs (d'après Walsh, et McPhee⁷)



Facteurs prédisposants

- Place de l'activité préventive dans le métier de MG
- Gestion globale de la santé par les MG
- Rôle des patients dans la gestion de leur santé
- Croyances sur l'utilité de la prévention, pour soi et pour les patients
- Équité en santé

Facteurs favorisants

- (Auto-)évaluation de l'activité de prévention
- Support des associations professionnelles
- Rôle des firmes pharmaceutiques
- Rôle des autorités de santé

Facteurs capacitants

- Compétence clinique et relationnelle
- Organisation pratique des activités de prévention, au niveau individuel et pour l'ensemble des patients
- Connaissance et application des recommandations
- Intégration des MG dans les dispositifs de prévention mis en place par les autorités de santé
- Place des patients dans la concrétisation des actions préventives

Tableau 1. Thèmes du guide d'entretien

Résultats

Dix MG ont été interviewés. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau 2.

Facteurs prédisposants

Le choix final de proposer ou non une action préventive était dépendant des compétences et centres d'intérêt du médecin, bien que sous l'influence de la motivation du patient. Certaines thématiques ou populations-cibles (gynécologie, enfants/ados, toxicomanes, gestion de base de données de la patientèle, etc.) attiraient ou rebutaient spécifiquement certains MG, parfois en lien avec leur condition personnelle (âge, genre, présence

de facteur de risque, pratique d'un sport, tabagisme ou non) : « *Moi j'aime bien tout ce qui est ado, gynéco, tout ça ; donc je vais être plus là-dedans* » (MG2).

Des limitations liées à la psychologie du médecin ont été citées : sujets concernant la sexualité ou l'intimité des patients, le cancer et la mort, les addictions, ainsi que la peur de découvrir une pathologie : « *Moi je n'aime pas trop mettre mon doigt dans le derrière des mecs ; je suis longitudinalement le PSA donc, euh... jusqu'à maintenant je n'ai pas eu de problèmes* » (MG4).

La plupart des MG ont déclaré avoir peu de moyens pour atteindre des patients plus défavorisés ou pour modifier les déterminants sociaux de la santé. L'exception à cet égard a été trouvée dans un groupe multidisciplinaire, où des ressources humaines au sein de l'équipe pouvaient gérer ces aspects. Les opinions étaient partagées quant à la pratique plus systématique de la prévention, par crainte d'une attitude « totalitaire ». Toutefois, certains ont déclaré qu'une certaine coercition de la part des autorités les rassurerait, car elle augmenterait l'efficacité de la prévention et sauverait probablement plus de vies : « *Il faut expliquer aux gens que renforcer le rôle du médecin généraliste, ce serait le former à expliquer pourquoi ces mesures coercitives... cela sauve des vies !* » (MG3).

Facteurs favorisants

L'influence des firmes pharmaceutiques sur les pratiques préventives a été citée, en lien avec les sujets préférentiellement couverts par les visiteurs médicaux : « *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). De même, les médias ont pu influencer certaines pratiques. Le contexte les a parfois rendus gênants, avec un impact négatif.

MG	Genre	Type de pratique	Province	Rural/urbain	Ancienneté	Activité préventive complémentaire
1	M	Seul	Liège	Urbain	Senior	Non
2	F	Groupe multidisciplinaire	Liège	Urbain	Junior	Non
3	M	Seul	Luxembourg	Rural	Junior	Oui
4	M	Seul	Luxembourg	Rural	Senior	Non
5	F	Groupe de MG	Liège	Urbain	Senior	Non
6	M	Seul	Hainaut	Rural	Junior	Non
7	M	Groupe de MG	Liège	Urbain	Senior	Non
8	M	Seul	Bruxelles	Urbain	Senior	Oui
9	M	Seul	Hainaut	Rural	Junior	Oui
10	M	Seul	Bruxelles	Urbain	Senior	Non

Tableau 2. Caractéristiques des MG interviewés. M : masculin ; F. féminin



L'évaluation des pratiques n'était pas encore entrée dans la culture de la plupart des MG, bien que son principe semble acceptable dans un objectif d'amélioration de la santé et non de compression des dépenses en santé. Certains MG se sont déclarés intéressés par une formation ciblée pour visualiser leurs résultats, mais en aucun cas ils n'auraient voulu être pénalisés pour des résultats insuffisants liés aux comportements des patients : « *Si je voyais le nombre de mammographies que j'ai demandées sur un an par rapport à la population générale, sans doute que je me rendrais compte qu'il y en a vraiment beaucoup qui passent à travers les mailles du filet* » (MG5).

Le fait de travailler dans une structure dédiée spécifiquement à la prévention (Protection maternelle et infantile, médecine scolaire, association de terrain) a été décrit comme un facteur facilitant ; de même le partage entre pairs d'expériences couronnées de succès.

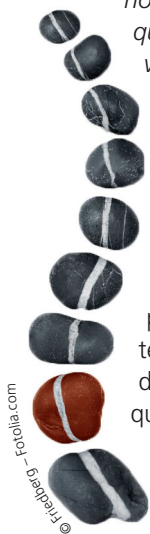
La plupart des MG interrogés se sont déclarés favorables à un financement spécifique des activités préventives, éventuellement via un système d'incitations financières pour les médecins et pour les patients : « *Sur le plan purement conceptuel, c'est dégueulasse de se dire que le médecin va être plus attentif parce qu'on va lui donner plus [d'argent]. Mais je crois que ça marcherait* » (MG7).

De façon plus implicite, ils ont appelé à un refinancement global de leur spécialité pour leur permettre de réduire leur charge de travail.

Facteurs capacitants internes

La compétence relationnelle a souvent été apprise au fil de la pratique. Un seul MG a cité la technique de l'entretien motivationnel. La plupart ont déclaré adopter un langage adapté au patient ; certains ont rapporté ne pas être à l'aise quand ils doivent annoncer une mauvaise nouvelle à la suite d'un dépistage : « *C'est toujours dur d'annoncer à des gens que "les nouvelles ne sont pas bonnes... si on s'en réfère à ce que la plupart des gens dans votre situation vivent, votre espérance de vie est raccourcie..."* » (MG3).

Les compétences cliniques ont parfois été prises en défaut pour certaines procédures techniques (frottis cervicaux, calendrier vaccinal, conseils diététiques). Ce type de compétence a souvent été développé en fonction d'un intérêt ou d'une activité particulière (Protection maternelle et infantile, Planning familial). La systématisation des procédures préventives semblait difficile par manque de compétences en organisation : structuration et codification de l'information clinique, « alphabétisation informatique ». En conséquence, le niveau d'organisation était souvent meilleur – quoique de façon très variable – au niveau des patients considérés individuellement qu'au niveau de l'ensemble de la pratique.



La gestion collective de la prévention dans la patientèle d'un MG ne semblait possible que moyennant des compétences en informatique, une délimitation de sa patientèle, un financement spécifique et des ressources humaines pour le soutenir dans cette tâche : « [Dans le logiciel], *tu ouvres ta page et tu 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 résoudre ce genre de problème* » (MG4).

Tous les MG ont avoué n'avoir pas plus de temps à consacrer à leur formation continue qu'à la prévention. Le choix des sources d'information était très varié (revues scientifiques, recommandations, presse médicale générale, journaux gratuits, visiteurs médicaux...), peu structuré et guidé par l'accessibilité immédiate : « *Mes références... elles sont extrêmement floues, extrêmement... euh diverses, extrêmement variables et peu structurées... je picore... un peu ici, un peu là... je vais sur Internet ... je discute avec mes confrères* » (MG1).

Facteurs capacitants externes

La prévention a souvent été amenée dans la consultation de façon opportuniste, parfois à la demande du patient. Les campagnes médiatiques sur une thématique ont pu constituer une bonne opportunité, mais leur effet a été assez bref : « *La vaccination du 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).

Les contraintes de temps ont semblé constituer la limitation la plus importante : la prévention était noyée dans les demandes du patient, la charge administrative et la surcharge globale de travail. Certains MG ont ressenti cette situation comme frustrante.

La circulation de l'information entre différents prestataires (médecins spécialistes ou institutions) a été décrite de façon assez négative : « *Ben, Mammotest, en fait, on n'a rien à voir là-dedans : la bonne femme, elle reçoit sa convocation, toi tu ne reçois pas les résultats* » (MG4).

La plupart des MG ont déclaré qu'ils ont un rôle clé en prévention mais ont été très critiques face à la concurrence des spécialistes, sauf s'ils en ont eu besoin pour des raisons techniques. Ils se sont sentis dépossédés d'une part de leur métier lorsqu'il y a eu rétention d'informations : « *Vous n'avez plus la mainmise dessus et vous ne savez plus les gérer. Mais vous les avez gérés jusqu'à maintenant. Puis ils partent à l'hôpital, puis bon, là, on ne sait pas ce qu'ils deviennent...* » (MG9).

Des MG ont exprimé le souhait d'une organisation du système de santé centrée sur les soins primaires, dans laquelle ils auraient des responsabilités sans contraintes administratives superflues : « *Ce que nous atten-*



dons, 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).

Leur évaluation des campagnes médiatiques de santé publique a été souvent mitigée en raison du manque de coordination : il leur a semblé y avoir trop d'acteurs et de procédures différentes. Le *feedback* a été jugé insuffisant. Les activités qui les impliquent directement, comme un dépistage cardiovasculaire organisé entre pairs ou des réseaux sur des thématiques précises, étaient mieux acceptées.

Discussion

Le faible nombre de MG interrogés ne permet pas de se risquer à une typologie ou de généraliser les résultats. De plus, l'enquête ne concerne que la partie francophone de la Belgique ; des différences peuvent exister avec la Flandre, d'une part à cause de l'organisation différente de la prévention, qui est une compétence décentralisée au niveau des communautés linguistiques, d'autre part par une attitude différente des acteurs de terrain, éventuellement marquée par leur appartenance culturelle latine ou germanique. Ce point sera à étudier dans une enquête ultérieure.

La situation décrite par les MG interviewés a révélé des forces et des faiblesses. Certaines impliquent directement l'attitude des MG dans la pratique de leur métier, d'autres impliquent uniquement l'approche collective au sein d'une patientèle, utile dans le rôle de relais des actions de santé publique à l'échelle de la communauté ; enfin, certaines font état des influences extérieures à la pratique *stricto sensu*.

Attitudes des MG

Les MG ont pointé eux-mêmes les limites constituées par certaines de leurs compétences cliniques, limites constituées autour de leurs centres d'intérêt. Ceci peut être la conséquence d'un manque où l'offre médicale n'est régulée ni globalement, ni entre les différentes spécialités, par exemple entre MG et pédiatres, entre MG et gynécologues^{8,9}. Ainsi, les frottis sont réalisés quasi exclusivement par des gynécologues en Wallonie². De façon plus surprenante, ils ont également cité l'influence de facteurs psychologiques personnels.

En France, le baromètre santé médecins généralistes 2009 fait état d'une forte proportion de MG qui déclarent une pratique active de la prévention, bien que des études plus ciblées révèlent des sous-groupes aux pratiques différentes : des « champions de la prévention » aux « réfractaires à la prévention en médecine générale »^{10,11}.

Systématisation et équité

Le système de paiement à l'acte induit un niveau élevé d'activité en réponse à la demande du patient. Dans ce contexte, la majorité des MG de cette étude pratiquait la prévention de façon opportuniste. La pression du temps disponible semblait majeure, mais la délégation de tâches, y compris administratives (gestion d'un échancier, contacts proactifs avec les patients), semblait très faible.

Leur attitude envers les programmes de santé publique était mitigée. Les demandes actuelles des autorités de santé d'implémentation de procédures préventives (mammographies, dépistage colorectal) ne s'accompagnent pas d'incitations financières ou organisationnelles, et sont donc peu entendues. Des initiatives significatives pour définir le rôle des MG en ce domaine sont attendues¹². Les autorités devraient initier le développement de ces améliorations en collaboration avec les associations professionnelles et créer des renforcements positifs pour les implémenter de façon durable.

La problématique d'équité en santé ne semblait pas être connue ou être une préoccupation importante pour la plupart des MG interviewés. Une attitude proactive envers les patients ou la gestion des données de prévention pour l'ensemble de la patientèle étaient rares. La compétence en organisation requise n'est pas au catalogue de la formation initiale et s'acquiert soit intuitivement, soit dans des structures multidisciplinaires qui en ont fait un de leurs objectifs¹³.

L'(auto-)évaluation des pratiques était sous-développée. En Belgique francophone, la culture de l'évaluation est encore à un stade embryonnaire, comme l'a montré récemment l'accueil mitigé d'un test de l'*European Practice Assessment*¹⁴. Pourtant, le *feedback* sur sa pratique est sûrement un incitant majeur à entrer dans un cercle vertueux d'amélioration continue.

Pour organiser la prévention de façon plus systématique, plus efficiente et plus équitable, les MG représentent un potentiel encore largement sous-exploité¹⁵. Pour le développer, il faudrait une vision du métier plus communautaire, et un programme volontariste de formation et de soutien logistique^{13,16}.

Influences extérieures

La pression directe ou indirecte des firmes pharmaceutiques doit être prise en compte dans la qualité des connaissances mobilisées pour construire l'attitude des MG en prévention. Une meilleure implémentation du raisonnement EBM est souhaitable dans ce domaine particulier de l'activité médicale où la balance bénéfique/risque est particulièrement importante¹⁷.

Une part importante de la prévention est naturellement incluse dans les soins primaires, mais ceci demande un minimum d'organisation. Les MG sont victimes de



facteurs de renforcement négatifs, dont la concurrence avec d'autres acteurs en prévention, et le manque de coordination et de partage d'information avec eux. Une nouvelle organisation de la prévention serait souhaitable pour réduire la dispersion des actions entre les divers niveaux de pouvoir, entre les lignes de soins, entre les agences spécialisées et les praticiens de terrain. Les MG devraient y définir leur positionnement spécifique, dans un système de soins où leurs compétences seraient utilisées de la manière la plus efficace, en accord avec les recommandations de l'OMS^{18,19}. La délimitation des compétences et la gestion efficace des flux d'information sont des prérequis. Ce n'est qu'ensuite que le défi d'y intégrer les stratégies complexes de promotion de la santé pourra être considéré^{20,21}.

Changements paradigmatiques

L'organisation et la systématisation des actions préventives demandent d'intégrer deux paradigmes, schématisés dans la figure 2.

Le premier suppose que le MG dépasse la demande immédiate du patient et considère l'avenir : il évolue de la prise en charge des soins vers la prise en charge de la santé. Cette approche globale du patient est 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 générale²². Pour les patients qui ne sont habituellement pas demandeurs de prévention, le MG doit être proactif.

Le second paradigme concerne l'élargissement du cadre d'action des MG, du niveau individuel (le patient) au niveau collectif (la patientèle). La définition européenne de la médecine générale évoque cette dimension communautaire du métier ; dans les entretiens, elle a été rarement retrouvée²².

La gestion de la dimension collective suppose la structuration et la codification des données cliniques dans les dossiers individuels pour permettre leur tri en fonction des besoins : identification de profils de patients, de populations-cible, mesure de taux de couverture, etc. Il n'est pas certain que les MG soient prêts à intégrer ces nouvelles compétences dans leur pratique. Plus fondamentalement, nous ignorons aussi quel est le sentiment de responsabilité qu'ils ressentent vis-à-vis de la communauté de leurs patients, prise comme un ensemble, alors que leur formation et leurs habitudes de travail les ont plus habitués à la prise en charge individuelle des patients.

Enfin, le changement paradigmatique de l'individuel au collectif concerne peut-être aussi les relations avec d'autres acteurs en santé. Au niveau de la première ligne de soins, les MG peuvent chercher à déléguer des tâches chronophages à du personnel administratif. Avec les acteurs de la deuxième ligne, les MG doivent

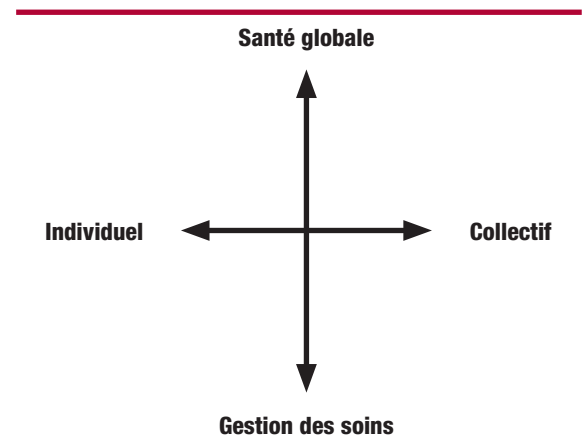


Figure 2. Modèle bidimensionnel de la prévention

définir leur positionnement spécifique, leur insertion dans un système harmonieux où les compétences sont utilisées de façon rationnelle et efficace.

Conclusion

Les conditions pour réduire les inégalités sociales de santé face à la prévention ne semblent pas réunies actuellement. Les autorités de santé devraient organiser la répartition des tâches entre opérateurs pour réduire la dispersion des actions, apporter des incitants tant aux patients qu'aux MG et réguler l'offre médicale de façon raisonnée.

Les MG devraient progressivement intégrer une vision plus communautaire de leur métier, et plus proactive envers leurs patients. Une compétence minimale en gestion de données cliniques pourrait leur être fournie par un soutien administratif. Des références scientifiques rigoureuses et consensuelles sont nécessaires. Indépendamment des contraintes matérielles et organisationnelles ou des différences culturelles, la probabilité que les MG s'engagent dans ces changements dépend de facteurs personnels qui méritent d'être étudiés avec les instruments psychométriques adaptés. Des recherches devront être menées pour évaluer le degré d'adhésion des MG à ces changements paradigmatiques et organisationnels. Une enquête à grande échelle par questionnaire sur le territoire national permettra de répondre à cette question.

Remerciements

Les auteurs remercient les MG qui ont accepté de se prêter à ces longs entretiens. Merci aussi au Dr. Judith M. Walsh qui a autorisé la reproduction de l'organisation du système de soins cliniques préventifs.

Financement

Cette recherche a été financée par le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Belgique). Budget 2007-2008 – division organique 16 – Allocation de base 33.07.24



Résumé

Contexte. En Belgique francophone, l'implémentation des procédures préventives en médecine générale reste en-dessous du niveau espéré, surtout pour la population défavorisée. Les médecins généralistes peuvent-ils contribuer à réduire ces différences ?

Objectif. L'étude a voulu recueillir les représentations des médecins généralistes francophones sur leur action préventive. Les résultats alimenteront un projet ultérieur évaluant les déterminants de leur implication dans une distribution systématique et équitable des soins préventifs.

Méthode. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes et analysés selon les thèmes du modèle de soins cliniques préventifs de Walsh et McPhee pour extraire les facteurs prédisposants, favorisant et capacitants.

Résultats. La proposition d'une action préventive à un patient dépendait des centres d'intérêt du médecin et de sa psychologie personnelle. Des compétences cliniques et relationnelles étaient manquantes dans certains cas, et les références scientifiques étaient de qualité variable. Les compétences organisationnelles pour systématiser les actions dans un but d'équité étaient faiblement développées. L'évaluation de pratique n'était pas suffisamment développée pour servir de renforcement. L'influence des médias et des firmes pharmaceutiques a été citée comme facteur de renforcement positif ou négatif selon le contexte. Les médecins ont souhaité un financement spécifique de la prévention, éventuellement lié aux résultats. La prévention était le plus souvent pratiquée de façon opportuniste faute de temps. La circulation des informations et la coordination avec les autres acteurs en prévention ont été souvent critiquées. Une organisation centrée sur les soins primaires a été souhaitée.

Conclusion. Les conditions pour réduire les inégalités sociales de santé face à la prévention ne semblent pas actuellement réunies. Pour y parvenir, les médecins devraient être plus proactifs et avoir une vision plus communautaire de leurs interventions. Toutefois, leurs motivations personnelles au changement devraient être étudiées. Les autorités devraient mieux délimiter les compétences et apporter un soutien organisationnel.

Références

- 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.
- 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, 2004.
- Bayingana K, Demarest S, Gisle L, et al. Enquête de Santé par Interview. Prévention. Bruxelles : Institut scientifique de santé publique, 2006.
- De Laet C, Neyt M, Van Brabant H, Ramaekers D. Rapid assessment: Prévention cardiovasculaire primaire dans la pratique du médecin généraliste en Belgique. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2007.
- Willems S, Van de Geuchte I, Alaluf V, et al. Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. Santé conjugulée 2007;40:25-34.
- Euro Health Consumer Index 2012. Danderyd: Health Consumer Powerhouse, 2012.
- Walsh JM, McPhee SJ. A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. Health Educ Q 1992;19:157-75.
- Drielsma P. Cueillette bibliographique des obstacles à la réforme des soins de santé en faveur des soins de première ligne. Santé conjugulée 2006;37:98-110.
- Bourguet Y. Le choix de l'assurance sociale et de l'organisation hospitalo-centrée de l'offre de soins. Deux orientations historiques qui expliquent le faible développement des soins primaires en France. Santé conjugulée 2006;37:36-40.
- Fournier C, Buttet P, Le-Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In: Gautier A, editor. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, 2011.
- Lert F, Lydié N, Richard J-B. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ? In: Gautier A, editor. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes, 2009:137-55.
- Feightner JW. Prevention. We've come a long way baby... or have we? Can Fam Physician 2006;52:13-5.
- Miermans M-C. Un regard extérieur sur la dynamique du projet Agir ensemble en prévention. Santé conjugulée 1999;10:92-3.
- Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, et al. Quality development in general practice in Belgium: status quo or quo vadis? Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2008.
- van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community health care. Lancet 2008;372:871-2.
- Gosselain Y, Laperche J, Prevost M. Les obstacles à la prévention en médecine générale : les connaître pour les dépasser. Santé conjugulée 1999;10:42-5.
- Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? Lancet 2008;372:1997-9.
- Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Genève : OMS, 2008.
- Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. Lancet 2008;372:1365-7.
- Neuwelt P, Matheson D, Arroll B, et al. Putting population health into practice through primary health care. N Z Med J 2009;122:98-104.
- Norman CD. Health promotion as a systems science and practice. J Eval Clin Pract 2009;15:868-72.
- 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. Dipsonible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.