





**Promoteurs**

Prof. Didier Giet, Université de Liège

Prof. Michel Roland, Université libre de Bruxelles

**Membres du jury**

Prof. Pierre Gillet, Université de Liège, Président du Jury

Prof. Didier Giet, Université de Liège

Prof. Michel Roland, Université libre de Bruxelles

Prof. Philippe Mairiaux, Université de Liège

Prof. Pierre Firket, Université de Liège, Secrétaire du jury

Prof. Alain Mercier, Université de Rouen

Prof. Anselme Derese, Universiteit Gent



*Au début tout est simple et mal,  
Puis tout est mal et difficile,  
Plus tard tout est difficile et bien  
Ce n'est qu'enfin que tout est simple et bien.*

Johann Wolfgang von Goethe



## Résumé

Ce travail s'est intéressé à chercher comment rendre la pratique de la prévention médicalisée des médecins généralistes plus proche d'un objectif d'amélioration de la santé, considérée dans sa définition biopsychosociale, plutôt que de l'amélioration ponctuelle d'indicateurs biomédicaux, tout en maintenant ou améliorant l'équité dans ce domaine.

Questions de recherche :

- Quelles sont les représentations des médecins généralistes de leurs rôle et actions dans le dispositif préventif existant dans notre pays ? (Chapitre 2).
- Quels sont les facteurs qui conditionnent leur implication plus ou moins marquée dans ces domaines ? (Chapitre 3).
- Quels sont les modèles de prévention et de promotion de la santé, publiés dans la littérature scientifique en lien avec les pratiques de soins de santé primaire, que l'on peut mobiliser pour poser des hypothèses de travail pour une amélioration de la pratique en prévention ? (Chapitre 4).
- Comment articuler la prévention et la promotion de la santé avec la pratique curative ? (Chapitre 5).

Quatre études, en lien avec ces questions, sont présentées dans la forme où elles sont publiées (ou en cours de publication), qui contribuent à illustrer cette problématique.

Au fil des définitions de la santé, l'importance attribuée aux déterminants structurels, ainsi qu'au contexte économique et social dans lesquels les individus vivent, est allée croissant ; le poids relatif des systèmes de santé dans la détermination du niveau de santé s'est vu progressivement réduit à un rôle plus périphérique. Mais une place reste à prendre dans le domaine de l'éducation des patients, nécessaire pour maîtriser mieux les déterminants individuels de la santé. Les soins primaires et la médecine générale sont adéquatement positionnés pour une approche personnalisée et à grande échelle des populations. Cependant, la formation des médecins ne les prépare pas à mener des actions de promotion de la santé dans le cadre de leur activité curative.

La rencontre de généralistes de terrain au cours d'entretiens individuels semi-dirigés a permis un dialogue explorant de multiples facettes de la pratique en prévention. Des

facteurs de prédisposition intimement liés à la personnalité des médecins sont apparus déterminants. De façon plus attendue, les limites et difficultés organisationnelles, l'absence quasi-totale de vision collective des médecins envers la population qu'ils desservent, étaient marquantes.

Pour avancer dans la compréhension de ce qui conditionne le comportement des généralistes en matière de prévention, au-delà des déclarations, une échelle d'attitude a été construite. L'analyse a identifié quatre facteurs conditionnant l'attitude envers la prévention : évaluation de la performance, adhésion aux recommandations, centrage-patient & collaboration, et partage du pouvoir. Les attitudes des généralistes envers la prévention étaient plus favorables dans les pratiques pluridisciplinaires et moins favorables chez les médecins plus âgés.

Une revue narrative de littérature a permis de retrouver douze modèles opérationnels de prévention et promotion de la santé concernant les soins de santé primaires et pouvant servir d'hypothèses de travail pour améliorer la pratique préventive. Ces modèles intègrent progressivement les éléments apportés par les chartes successives de l'OMS sur la promotion de la santé, ainsi que par les rapports de la commission des déterminants sociaux de la santé. Ils indiquent des points de convergence possibles entre la prévention et la promotion de la santé : *empowerment* individuel des patients, prise en compte de leurs milieux de vie ; participation accrue à des réseaux locaux de professionnels de la santé ; intégration, au sein des mêmes structures, de l'approche individuelle et collective. Les patients en sont pourtant encore fort absents, sauf exception.

Les médecins généralistes ont-ils la possibilité matérielle d'entrer plus avant dans une pratique de promotion de la santé pour leurs patients selon les éléments proposés par ces modèles ? L'évolution des systèmes de santé vers un système d'assurance de qualité peut contribuer à la mise en place de certaines des structures et des modes de fonctionnement nécessaires. Le cycle de qualité peut en être un des instruments.

Les critères de qualité des soins de santé primaires fournissent le cadre permettant de tracer la voie des réformes à réaliser pour intégrer la prévention et la promotion de la santé.



- La globalité des soins impose de considérer l'environnement bio-psycho-social, en intégrant les patients comme des partenaires du processus de soins.
- La continuité des soins pose le défi du partage de l'information clinique entre soignants de façon à assurer la qualité des soins, la sécurité des patients et l'équité.
- L'intégration des différentes disciplines de la première ligne et des métiers de la promotion de la santé suppose une adaptation des référentiels métiers de chaque discipline.

Ces trois défis impliquent des aménagements de la formation des généralistes, et une redéfinition de leurs tâches et compétences propres. Ce travail implique de réunir les cinq composantes du pentagone du partenariat de Boelen autour d'un projet élaboré en commun. La responsabilité sociale des facultés de médecine devrait être valorisée.



## **Abstract**

### **General practitioners, prevention and health promotion. Current overview and attitudes, and way into the future for the profession's body**

The aim of this work was to identify ways to apply preventive health services provided by general practitioners to health improvement, rather than case-by-case improvements of biomedical markers. Health was considered within its bio-psycho-social definition, and equity in health had to be maintained or improved in this process.

Research questions:

- What are general practitioners (GPs)' representations of their role and actions in the Belgian preventive framework? (Chapter 2);
- What factors can predict GPs' involvement to a greater or lesser degree in this topic? (Chapter 3);
- What are the published operating models about preventive health care and health promotion in primary care that can be used to formulate working hypotheses for the improvement of preventive clinical practice? (Chapter 4).
- How to improve the connection between preventive health services, health promotion and the curative approach? (Chapter 5).

Four studies are presented that illustrate the topic, as they were published (or under publication).

Among the definitions of health, the weight of the structural determinants and the socio-economic context on health levels was stressed, while the weight of the health systems was gradually reduced to a lesser role. But patient education is still expected to help control the individual determinants of health. Primary care and general practice are adequately fit to a tailored approach of large populations. However, the physicians' vocational training does not address integration of health promotion and curative practice.

Meeting field GPs through individual semi-structured interviews allowed for a dialog that explored various aspects of the preventive health services delivery. Predisposing factors closely linked to the physicians' personality appeared to be determinants. Organisational

limitations and difficulties, and almost non-existent collective visions of the practice population were highlighted.

To understand what shapes the behaviour of GPs in preventive healthcare delivery beyond statements, an attitude scale was devised. The analysis allowed the statements to be sorted into a four-factor model consisting of performance appraisal, guideline adherence, patient-centeredness & collaboration, and power sharing. The GPs' attitudes towards preventative service delivery increased with multidisciplinary practice and decreased with seniority in the profession.

A narrative literature review retrieved twelve models that address preventive health care and health promotion in primary care; these models helped formulate working hypotheses for the improvement the current situation. The models progressively integrated elements from the health promotion charters of the World Health Organisation and from the Commission on Social Determinants of Health. The following elements valued by health promotion could be integrated to preventive healthcare: empowerment of citizens, addressing community environment; increased involvement in local health professionals' networks; and the integration of individual and collective approaches within the same health care facilities to simultaneously address individual customisation, efficiency and equity objectives. There was little room for patients in elaborating the models.

Do GPs have the opportunity to develop the partnerships that are required to move to health promotion as proposed by these models? The trend toward quality assurance systems among health systems can contribute to the setting of structures and operating modes that are necessary. The quality cycle could be one of the tools used for that purpose.

The quality criteria of primary care lead the way to a framework for integrating preventive health care and health promotion.

- Comprehensive care addresses the bio-psycho-social environment of patients, considering patients as partners during the health care process.
- Continuity of care challenges the managing of clinical data between members of a care team, thereby enhancing quality of care, patient safety and equity.

- Integrated care involving caregivers and health promotion professionals will require adaptation of job description reference lists.

The challenge created by these three quality criteria entails changes in GPs vocational training and necessitates a new definition of their specific tasks and skills. Such a challenge requires collaborative teamwork of the five members of Boelen's "partnership pentagon". The social accountability of medical schools should be fostered.



## **Samenvatting**

### **Huisartsen, preventie en gezondheidsbevordering. Stand van zaken, attitudes en toekomstperspectieven.**

In dit proefschrift onderzoeken we hoe de preventiepraktijk van huisartsen meer in de richting van gezondheidsbevordering kan evolueren. Om de gelijkheid in de gezondheidszorg te behouden of te verbeteren, wordt gezondheidsbevordering bekeken vanuit een bio- psychosociaal perspectief.

Onderzoeksvragen:

- Welk beeld hebben huisartsen van hun rol en activiteiten op vlak van preventie in België? (Hoofdstuk 2).
- Welke factoren voorspellen de mate van betrokkenheid van huisartsen in dit kader? (Hoofdstuk 3).
- Welke preventie- en gezondheidspromotiemodellen in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn beschreven in wetenschappelijke literatuur, en kunnen gehanteerd worden om de preventiepraktijk te verbeteren? (Hoofdstuk 4).
- Hoe kan preventie en gezondheidspromotie versterkt worden in relatie tot de curatieve aanpak? (Hoofdstuk 5).

In dit proefschrift bespreken we vier studies die bovenstaande onderzoeksvragen illustreren (reeds gepubliceerd of ingediend voor publicatie).

In definities van gezondheid wordt steeds meer het belang van structurele determinanten en de economische en sociale context waarin mensen leven, benadrukt. Het relatieve belang van gezondheidssystemen wordt minder belangrijk. Niettemin blijft gezondheidsopvoeding noodzakelijk om individuele determinanten van gezondheid te beïnvloeden. Eerstelijnsgezondheidszorg en huisartsengeneeskunde zijn uitstekend geplaatst voor een gepersonaliseerde aanpak op grote schaal. Nochtans komen initiatieven inzake gezondheidsbevordering in de artsenopleiding te weinig aan bod.

Semi-gestructureerde interviews met huisartsen leverden een groot aantal facetten omtrent de preventiepraktijk op. Factoren gelinkt aan de persoonlijkheid van artsen bleken bepalend. Niet onverwachts werden organisatorische knelpunten, en de haast volledige afwezigheid van een collectieve visie van huisartsen over hun patiënten, in de analyse beklemtoond.

Om nog beter te begrijpen wat het gedrag van huisartsen inzake preventie bepaalt, werd een attitudeschaal samengesteld. De analyse ervan leverde vier voorwaardenscheppende factoren op: beoordeling van prestatie, zich houden aan richtlijnen, patiëntgerichtheid & samenwerking, en het delen van invloed. Huisartsen in multidisciplinaire praktijken zijn meer preventiegericht. Oudere huisartsen zijn dat veel minder.

Een narratief literatuuronderzoek leverde twaalf operationele preventie- en gezondheidspromotiemodellen omtrent de eerstelijnsgezondheidszorg op. Deze modellen fungeerden eveneens als werkhypotheses om de preventiepraktijk te verbeteren. Elementen van diverse charters van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) over gezondheidspromotie werden progressief geïntegreerd, alsook rapporten van de WGO-Commissie Sociale Determinanten van Gezondheid. De volgende elementen, gevaloriseerd in gezondheidspromotie, kunnen ook geïntegreerd worden in preventieve gezondheidszorg: empowerment van patiënten, belang van omgevingsfactoren, een meer intense aanwezigheid in lokale netwerken van gezondheidsprofessionals, en de integratie van individuele en collectieve benaderingen in gezondheidsvoorzieningen. Patiënten zijn hierin echter nog vaak afwezig.

Kunnen huisartsen de omschakeling naar gezondheidspromotie maken, volgens de elementen die voorgesteld worden in deze modellen? De trend naar meer kwaliteitsvol werken kan bijdragen om bepaalde noodzakelijke structuren en methoden van aanpak te installeren. De kwaliteitscyclus kan één van deze instrumenten zijn.

De kwaliteitscriteria in de eerstelijnsgezondheidszorg bieden het kader voor een geïntegreerde preventieve gezondheidszorg en gezondheidsbevordering.

- Geïntegreerde zorg omvat de bio-psycho-sociale omgeving, waarbij de patiënten tijdens het zorgproces als partners worden betrokken.
- De continuïteit van zorg veronderstelt het delen van klinische informatie onder de zorgverleners om zo de kwaliteit van zorg, de veiligheid en gelijkheid van de patiënten te waarborgen.
- De integratie van verschillende eerstelijns zorgverleners met professionals in gezondheidspromotie vereist een aanpassing van de diverse jobbeschrijvingen.

Deze drie uitdagingen impliceren de verbetering van de huisartsenopleiding, en een herdefiniëring van hun specifieke taken en competenties. Ook is een samenwerking van de vijf netwerken, zoals omschreven in Boelens 'Pentagon Partnership', aangewezen.

De sociale verantwoordelijkheid van medische faculteiten moet daarbij gevaloriseerd worden.



## Remerciements

De nombreuses personnes ont contribué aux travaux qui vont être présentés, ou de façon plus précoce, à ma vocation de chercheur. Je citerai les plus influentes d'entre elles par ordre d'entrée en scène.

Il y eût tout d'abord Marie-Christine, mon épouse, qui m'emmena clandestinement il y a trente ans à une réunion du Comité français d'éducation pour la santé ; la réunion avait lieu en présence de chercheurs écossais, et Marie-Christine n'est pas particulièrement anglophone... Pour nous, l'INPES restera toujours le *French committee*. Considérant tout le temps que j'ai consacré à cette thèse au cours des dernières années, elle doit bien regretter de ne pas avoir mieux appris l'anglais ! Qu'elle me pardonne.

Très tôt, je rencontrai une jeune collègue de mon épouse, Chantal Vandoorne. Elle était bien loin alors d'être la directrice de l'APES et la présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé, mais cette thématique qui a marqué toute sa carrière a néanmoins fini par déteindre sur moi. Son ombre plane sur cette thèse. J'espère qu'elle sera indulgente avec ce que j'ai pu en faire avec mes moyens limités de médecin généraliste.

Au début de ma carrière à la maison médicale, je rencontrai Pierre Gillet, généraliste à Ougrée à l'époque. Il m'a impressionné en me montrant les premiers traitements possibles – en dBase – sur les données générées par nos consultations. Et puis, alors que je faisais mes premiers pas en informatique, il avait déjà un portable avec écran couleur. La classe !

Michel Roland m'emmena un pas plus loin dans l'aventure des données médicales : les dossiers informatisés et l'assurance de qualité, c'est lui. L'association de la rigueur scientifique et de la chaleur humaine, c'est lui aussi. La modestie également : il m'a fallu des années pour me rendre compte qu'il était professeur à l'ULB ! Il m'a emmené au CISP-Club, lieu de mes premières réunions scientifiques. Heureusement qu'il n'a pas choisi la carrière de pianiste, je ne l'aurais sans doute jamais rencontré.

Il me faut citer aussi l'équipe de la Maison médicale de Tilleur. C'est à la fois mon premier terrain professionnel et le premier terrain d'expérimentation que j'ai connu. C'est là que je peux prétendre ancrer ma réflexion de clinicien et de chercheur, grâce à l'équipe et aux patients. C'est là qu'est né le projet ETAPE qui m'a valu ma première communication dans un congrès scientifique international, grâce au soutien de la Fédération des Maisons

médicales, Jean Laperche m'ayant aimablement proposé de partager sa chambre à Paris. Tilleur reste le lieu d'essai de mise en pratique dans la vraie vie des élucubrations qui naissent dans ma tête de chercheur académique.

Car enfin, je devins académique, à l'aube de la cinquantaine. L'accueil de Didier Giet et de l'ensemble du DUMG a contribué à créer les conditions du développement de ma carrière atypique de chercheur, qui m'amène à être devant vous à l'aube de la soixantaine. Didier a cette force en lui, qui permet de catalyser les énergies ; comme Dalila, je suspecte que, tel Samson, sa force est dans sa chevelure, dont je suis particulièrement jaloux.

Mon nouveau bureau à l'université se trouvant fort proche de l'école de santé publique, je ne pouvais que croiser Marie-Christine et Chantal. Elles me firent rencontrer Philippe Mairiaux. Médecin du travail, je n'avais *a priori* rien à faire avec lui. L'expérience montra qu'il n'en était rien, puisque plusieurs des gros projets de recherche que j'ai menés l'ont été avec lui. Je ne sais comment il a cru qu'un vieux généraliste pouvait devenir chercheur, mais il l'a cru. Grâce à lui, j'ai rencontré d'autres chercheurs flamands, dont Peter Donceel, Lode Godderis et Marie-Claire Lambrechts.

Puis il eût le GROUMF, le CNGE, la revue *Exercer* : tous ces français qui me sont devenus proches, car combattant pour le même idéal au service de notre discipline. Merci particulièrement à Alain Mercier, qui a accepté d'être membre de mon jury, et à Isabelle Aubin-Auger, à Christophe Berckhout, à Jean-Pierre Lebeau, à Laurent Letrilliart, déjà rencontré dix ans auparavant au CISP-Club.

A Paris, au GROUMF, je fis la connaissance des généralistes de l'Université d'Anvers. Cette équipe dynamique et talentueuse, avec laquelle j'ai collaboré plusieurs fois, reste un modèle. Merci à Paul Van Royen, à Lieve Peremans, à Roy Remmen, à Linda Symons.

A Liège, les collaborations à l'intérieur de la Faculté de médecine, à la Faculté de psychologie, à l'Institut des sciences humaines et sociales, au CHC, au CHR, ont été également fécondes et plusieurs ont contribué à augmenter mon total d'*impact factor* ou mon *h-index* ! Merci à André Lemaître, Anne-Françoise Donneau, Valérie Massart, Corinne Bouüaert, Olivier Vögeli, Michèle Guillaume, Marc Anseau, Adelin Albert, Christian Legrève, Benoît Pétré, Gaëtan Absil, Anne-Françoise Lemaître, Marc Jamouille, Sophie Lachaussee,

Stéphanie Bednarek, Bruno Fohn. Une mention spéciale est accordée à Christian Monseur et Valérie Quittre qui m'ont aidé à sortir d'un mauvais pas statistique.

Je dois beaucoup au terreau dans lequel j'ai implanté toute mon activité de chercheur : la cellule recherche du DUMG. Sans Christiane Duchesnes, Jean-Luc Belche et Frédéric Ketterer avec lesquels les réunions scientifiques et les projets de recherche s'enchaînent dans un climat stimulant et serein, je ne serais pas devenu le chercheur que je suis. Merci pour votre amitié. Merci également à Võ Thành Liêm, qui a partagé avec nous son sourire et sa compétence scientifique durant trois années. Cảm ơn.

Enfin, il me faut remercier Pierre Firket, l'ensemble du DUMG, de l'AGE et de CoDAGE, les chargés de cours, maîtres de conférence, assistants, secrétaires qui maintiennent le dynamisme du département.

Les relecteurs les plus assidus et les plus sévères de cet ouvrage furent Marie-Christine et Frédéric. Grâce à eux, ce texte a fini par avoir une certaine cohérence, et une orthographe et une ponctuation que j'espère au-dessus de tout soupçon !



## Table des matières

Résumé.....	7
Abstract .....	11
Samenvatting.....	15
Remerciements .....	17
Table des matières .....	21
Introduction.....	27
Pourquoi une thèse ? .....	29
Pourquoi la prévention et la promotion de la santé ? .....	30
Argumentaire et question de recherche .....	31
Organisation du travail.....	32
Chapitre 1 .....	35
La santé, ses déterminants.....	35
La prévention et la promotion de la santé.....	35
La santé.....	37
Les déterminants de la santé .....	38
Le rapport Lalonde .....	38
Le modèle d’Evans et Stoddart.....	38
Le modèle de Dahlgren et Whitehead .....	40
La commission des déterminants sociaux de la santé de l’OMS (CDSS) .....	41
Pondération des déterminants de la santé .....	42
Conclusion .....	43
La prévention, ou la réduction des risques .....	44
Les risques .....	44
Les différents types de prévention.....	46
Prévention : individuelle ou collective ?.....	47
La prévention, enjeu de société .....	50
La promotion de la santé.....	51
Les soins primaires .....	52
Alma-Ata.....	52
Le carré de White .....	54
La médecine générale en Belgique.....	54
Les généralistes et les patients.....	56
Les généralistes et la santé publique .....	57

Evolution.....	57
Références.....	59
Chapitre 2.....	65
Pratique préventive : état des lieux .....	65
Une analyse qualitative .....	65
Préambule .....	67
Références.....	68
Résumé.....	69
Contexte .....	69
Objectif .....	69
Méthode.....	69
Résultats.....	69
Conclusion .....	70
Abstract .....	71
Background.....	71
Objectives.....	71
Methods .....	71
Results .....	71
Conclusions.....	71
Introduction.....	73
Méthodes .....	74
Résultats .....	76
Facteurs prédisposants.....	76
Facteurs favorisants .....	77
Facteurs capacitants internes.....	78
Facteurs capacitants externes.....	79
Discussion .....	81
Attitude des MG .....	81
Systématisation et équité.....	81
Influences extérieures .....	82
Changements paradigmatiques.....	83
Conclusion .....	84
Références.....	86
Chapitre 3 : Facteurs motivationnels .....	89

Préambule .....	91
Référence .....	93
Abstract .....	95
Background.....	95
Objective.....	95
Methods .....	95
Results .....	95
Conclusion .....	95
Résumé.....	96
Contexte .....	96
Objectif .....	96
Méthodes .....	96
Résultats.....	96
Conclusion .....	96
Background.....	97
Methods .....	98
Design and participants.....	98
Data analysis.....	100
Results .....	101
Respondents' characteristics.....	101
Differential item functioning.....	103
Exploratory factor analysis .....	103
Latent correlations .....	105
GPs' profiles.....	105
Conclusions.....	108
Main findings.....	108
Form of association .....	108
Professional experience .....	108
Limits and strengths .....	109
Conclusions.....	110
References.....	111
Chapitre 4 : Prévention et promotion de la santé.....	113
Préambule .....	115
<i>Ce qui était connu</i> .....	116

<b><i>Ce qu'apporte l'article</i></b> .....	116
Résumé.....	117
Objectifs.....	117
Méthode.....	117
Résultats.....	117
Discussion.....	117
Conclusion.....	118
Summary.....	119
Objectives.....	119
Methods.....	119
Results.....	119
Discussion.....	119
Conclusion.....	119
Introduction.....	121
Méthode.....	124
Résultats.....	126
Discussion.....	133
Résultats principaux.....	133
Forces et faiblesses.....	134
Les patients occupent une place congrue.....	134
Deux mondes en présence.....	135
Mélanges et solutions.....	136
Implications pour la formation.....	137
Bibliographie.....	139
Chapitre 5 : Qualité des soins et promotion de la santé sont complémentaires.....	143
Préambule.....	145
Références.....	147
Résumé.....	149
Summary.....	150
Comment définir la qualité en médecine générale ?.....	151
Efficacité des soins cliniques.....	152
Efficacité dans la relation soignant-soigné.....	152
L'accessibilité des soins pour les patients.....	152
Les compétences fondamentales en médecine générale.....	153



Une démarche structurée .....	153
Qualité et évaluation .....	154
Il est difficile d’imaginer la qualité sans son évaluation.....	154
Comment évaluer la qualité ? .....	154
Les limites de l’évaluation .....	155
La médecine générale doit accepter l’évaluation de la qualité .....	155
Pressions évolutives .....	156
Il faut promouvoir la santé de la communauté en complément des activités de soins .....	156
Orientation communautaire et ressources financières .....	157
La qualité réconcilie la médecine générale et la promotion de la santé .....	158
Conclusions.....	159
Références.....	160
Chapitre 6 : Conclusions et voies d’avenir en médecine générale.....	163
Résultats principaux .....	165
Discussion .....	166
Le patient est aussi un citoyen : “ <i>patient-as-person</i> ” .....	166
Pouvoir partagé : de “ <i>therapeutic alliance</i> ” à “ <i>sharing power and responsibility</i> ” .....	167
Importance des facteurs personnels liés au médecin : “ <i>doctor-as-person</i> ” .....	168
Implications pour la pratique .....	168
Pratique de groupe pluridisciplinaire .....	168
Formalisation de la pratique en prévention.....	170
Intégration progressive de la promotion de la santé .....	171
Voies d’avenir pour la médecine générale.....	172
Références.....	176
Annexes .....	179
Annexe 1 : Guide d’entretien pour l’enquête par entretiens auprès de généralistes .....	181
Définition et place de la prévention.....	181
Relation médecin-patient.....	181
Organisation .....	181
Évaluation.....	182
Place des autorités .....	182
Guidelines.....	183
Attitude personnelle.....	183
Discussion générale. Place des généralistes en prévention.....	183

Annexe 2 : Questionnaire d'enquête pour la construction de l'échelle d'attitude .....	185
1. Votre profil .....	185
2. L'enquête .....	186
Annexe 3 : Représentations graphiques des différents modèles opérationnels de prévention/promotion de la santé présentés dans le chapitre 4 .....	189
Walsh & McPhee. Systems model of clinical preventive care .....	189
Jaén et al. Competing demands of primary care.....	190
Deccache. Modèle éducatif.....	190
Glasgow et al. Chronic Care Model .....	191
Best et al. Integrative framework for community partnering.....	191
Cifuentes et al. : Coévolution .....	192
Sussman et al. Self determination theory .....	193
Kreps. Modèle de Weick.....	193
Naaldenberg. Systems thinking in health promotion practice.....	194
Calderon et al. Cadre théorique bidimensionnel .....	194
Heidemann et Almeida. Cercle de culture de Paulo Freire .....	195

# Introduction



## Pourquoi une thèse ?

Le projet de rédiger une thèse de doctorat à l'approche de la soixantaine peut sembler curieux, voire inutile, car les enjeux professionnels sont supposés appartenir au passé. Cette démarche s'inscrit pourtant dans mon cas dans une suite logique de pratiques, de formations et de recherches menées au cours de ma double carrière de médecin généraliste et de chercheur en médecine générale. Le lien entre ces deux métiers, tout évident qu'il paraisse, est parfois difficile à matérialiser tant les contraintes de l'un pèsent sur l'organisation de l'autre. Cette thèse de doctorat tente, au travers d'une démarche typiquement académique, de montrer la pertinence de la recherche pour soutenir des pratiques de qualité et pour ancrer l'enseignement de la médecine générale dans les bases conceptuelles qui la sous-tendent.

Les médecins généralistes enseignants sont présents dans les facultés depuis vingt-cinq ans. Leur rôle reste cependant majoritairement cantonné à l'enseignement de leur discipline. Dernière spécialité médicale reconnue, et non hospitalière, la médecine générale ne peut se permettre de rester en dehors des canons scientifiques de la profession. Or, les généralistes porteurs d'un doctorat à thèse sont rarissimes en Belgique francophone. L'enjeu de la reconnaissance de la discipline de médecine générale par les facultés passe aussi sous les fourches caudines du *cursus honorum* académique. Ce travail de thèse poursuit également l'objectif d'ouvrir la voie pour les générations suivantes, dont plusieurs représentants du département de Médecine générale de l'Université de Liège. Les thématiques de recherche de ces thèses en cours de réalisation sont variées, mais toutes concourent à donner à la médecine générale ses lettres de noblesse.

La pratique en maison médicale, dès le début de ma carrière, m'a amené rapidement à m'intéresser aux processus de qualité des soins. Le milieu y était propice, dans une petite équipe qui affichait une volonté de dispensation de soins validés scientifiquement à l'ensemble de sa population. La création de la Fédération des Maisons médicales à l'aube des années 1980 a renforcé cette tendance, en aidant à structurer les pratiques préventives et curatives des centres affiliés.

L'année 1981 marque le début de ma pratique de généraliste ; c'est également l'année de la publication par Monique Van Dormael du cahier « *Le centre de santé intégré et les maisons médicales. Jalons pour les soins de santé primaires* » [1]. Cette simultanéité ne peut être une coïncidence, tant ce texte annonce clairement bon nombre d'idées et de résultats d'investigations qui sont présentés dans les pages qui suivent. Ce cahier traitait déjà de l'appropriation de la santé par les citoyens, de l'intégration des fonctions curatives, préventives et de promotion de la santé en un même lieu, des actions collectives, de la santé communautaire et, enfin, des carences et limites du système de santé de l'époque pour atteindre ces objectifs.

### **Pourquoi la prévention et la promotion de la santé ?**

Les thématiques de la prévention et de la promotion de la santé ont été régulièrement traitées au sein des maisons médicales, et par de nombreuses équipes, dont celle où j'exerce toujours. Leurs expériences et leurs résultats ont été consignés dans les rapports successifs du service « Promotion santé et qualité » (ex « Agir ensemble en prévention ») de la Fédération. Personnellement, j'ai abordé ces questions, d'une part par la gestion de l'information clinique dans le dossier médical informatisé (p. ex. vaccinations, mammographies) [2-4], et, d'autre part, par l'action de terrain auprès de familles à risque de négligence parentale [5-7]. Il en est resté cette double approche de la thématique : approche organisationnelle, rigoureuse et systématique pour être équitable, et approche par le vécu des patients rencontrés, les contraintes auxquelles ils font face dans leur recherche d'un mieux-être en s'adressant aux médecins.

Parmi les nombreuses recommandations préventives émises par les sociétés scientifiques de toutes spécialités, quelques-unes ont acquis une reconnaissance suffisante de la communauté scientifique pour être généralisées. Les résultats restent cependant en dessous des attentes dans divers domaines, avec une moins bonne couverture chez les personnes de niveau socio-économique faible [8-10]. Une politique de prévention qui touche largement ses bénéficiaires potentiels sur des thématiques ciblées est difficile à mettre en œuvre. Cet objectif n'est probablement accessible qu'avec une implication accrue des médecins généralistes. Une politique de promotion de la santé, par essence transversale plus que thématique, leur est peut-être partiellement accessible, à condition qu'ils en intègrent les

concepts (action communautaire, *empowerment*) et les outils nécessaires à leur mise en œuvre.

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 qu'il sera développé aux chapitres un et quatre. Il serait pourtant souhaitable, dans la perspective de gestion globale de la santé qu'ils revendiquent, que les généralistes puissent définir leur place au sein des deux concepts.

### **Argumentaire et question de recherche**

Les médecins généralistes, 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 acteurs d'une politique de santé qui tienne compte des besoins autant que des demandes en santé ? Dans le contexte où des besoins de santé de la population ne sont rencontrés que partiellement par le secteur des soins – ou rencontrés seulement pour certains usagers favorisés – et dans lequel les généralistes peinent à maintenir la légitimité de leur rôle face à la médecine spécialisée et technique, il a semblé utile de s'intéresser aux déterminants d'une prise en charge globale de la santé de leurs patients, en tentant d'y trouver des éléments permettant d'orienter les pratiques actuelles.

La question sous-jacente à cette thèse était de savoir comment rendre la pratique de la prévention dans les cabinets de médecine générale plus proche d'un objectif d'amélioration de la santé, considérée dans sa définition bio-psycho-sociale, plutôt que de l'amélioration ponctuelle d'indicateurs biomédicaux. Le corollaire de cet élargissement de l'offre de soins était de savoir comment toucher les patients traditionnellement exclus des programmes et actions qui pourraient leur être bénéfiques, en d'autres mots, maintenir ou améliorer l'équité dans ce domaine.

Cet objectif global a été décliné en plusieurs questions de recherche :

- Quelles sont les représentations des médecins généralistes de leurs rôle et actions dans le dispositif préventif existant dans notre pays ? (Chapitre 2).
- Quels sont les facteurs qui conditionnent leur implication plus ou moins marquée dans ces domaines ? (Chapitre 3).

- Quels sont les modèles de prévention et de promotion de la santé, publiés dans la littérature scientifique en lien avec les pratiques de soins de santé primaire, que l'on peut mobiliser pour poser des hypothèses de travail pour une amélioration de la pratique en prévention ? (Chapitre 4).
- Comment articuler la prévention et la promotion de la santé avec la pratique curative ? (Chapitre 5).

## Organisation du travail

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a semblé être un bon point de départ pour approcher la globalité de la santé. Encore peu connue des soignants, dont elle entend pourtant réorienter en profondeur l'action, elle a jeté, voici trente ans, les bases d'une approche des patients qui tient compte de l'ensemble des déterminants de leur santé. Ce cadre novateur pouvant être jugé révolutionnaire, il a fallu commencer par s'attacher à la prévention, qui est la part du travail des soignants la plus proche de la promotion de la santé. Ainsi qu'il est décrit dans le chapitre quatre, ces deux concepts sont souvent associés dans le langage courant et dans la littérature scientifique. Ce travail de thèse, nécessairement limité, ne fera donc pas exception à cette règle implicite. Il s'est cependant attaché à expliciter le contenu des deux concepts dans les représentations des médecins généralistes, et à chercher dans quelle mesure leur association pourrait enrichir leur pratique.

Après un premier chapitre mettant en perspective les définitions de la santé et ses déterminants, la définition et les enjeux autour de la prévention et de la promotion de la santé, quatre études sont présentées dans la forme où elles sont publiées (ou en cours de publication), qui contribuent à illustrer cette problématique :

1. Etat des lieux de la pratique préventive en médecine générale : Vanmeerbeek M, Belche J, Lemaître A-F, Vandoorne C. **Les médecins généralistes belges francophones peuvent-ils améliorer leurs performances en prévention ? Une analyse qualitative.** *Exercer* 2013, **24**(107):107-113.
2. Facteurs motivationnels à l'œuvre chez les généralistes dans leur intention à proposer des activités préventives à leurs patients : Vanmeerbeek M, Quittre V, Giet D, Donneau A-F, Peremans L, Monseur C: **Development of an attitude scale about**



**preventative service delivery among Belgian General Practitioners.** Soumis à *Family Practice*.

3. Modèles opérationnels décrivant les composantes sous-jacentes aux interventions de prévention ou de promotion de la santé, pouvant soutenir la pratique de la prévention et de la promotion de la santé (revue narrative de littérature) : Vanmeerbeek M, Mathonet J, Miermans M-C, Lenoir A-L, Vandoorne C: **Prévention et promotion de la santé : quels modèles pour soutenir l'évolution des pratiques en soins de santé primaires ?** *La Presse Médicale* 2014, Accepté pour publication.
4. Et enfin un *position paper* présentant le lien possible entre la qualité des soins et la promotion de la santé : Vanmeerbeek M: **La médecine générale doit contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et y intégrer la promotion de la santé.** *La Presse Médicale* 2009, **38**:1360-1365.

Chaque étude est précédée d'un préambule qui permet de situer sa contribution à l'ensemble du travail.



# Chapitre 1

La santé, ses déterminants

La prévention et la promotion de la santé



## La santé

« Tant qu'on a la santé... » Cette petite phrase montre à quel point la santé est placée dans le discours à l'avant des priorités de bon nombre de nos concitoyens. Les gens – les patients – entendent par là faire comprendre à leur interlocuteur – le médecin – qu'ils sont fort heureux d'être au nombre de ceux qui sont « du bon côté », voire qu'ils sont prêts à tous les sacrifices pour conserver ce bien précieux qu'est la santé.

La santé est un concept très vaste, que l'on peine à définir dans toute sa complexité. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été rédigée au lendemain de la seconde guerre mondiale ; l'« *état de complet bien-être physique, mental et social, et ... pas seulement ... une absence de maladie ou d'infirmité* » [11] semblait alors bien répondre aux tourments dans lesquels l'humanité venait d'être plongée, et à l'horreur des actes qui avaient été posés. Cette définition, outre son caractère utopiste, a le défaut d'être statique, de présenter la santé comme immuable. Depuis, de nombreuses définitions ont vu le jour, qui présentent la santé comme un concept dynamique.

Cotton, en 1982, parlait de « *l'équilibre de bien-être sans cesse menacé d'un organisme soumis à chaque instant aux agressions de son environnement et à ses besoins d'adaptation internes et externes* » [12].

Vers la même époque, Ivan Illitch a proposé une définition de la santé mettant l'accent sur l'autonomie des individus ; pour lui, « *l'état de santé est le niveau d'autonomie avec lequel l'individu adapte son état interne aux conditions de l'environnement tout en s'engageant dans le changement de ces conditions pour rendre son adaptation plus agréable et plus effective* » [13]. Dans cette définition, l'environnement est toujours le perturbateur, comme dans la définition précédente, mais la santé n'est plus une simple réaction homéostasique : les individus peuvent mobiliser plus ou moins de ressources, de pouvoir, pour y faire face.

René Dubos, « *inventeur des antibiotiques, père de l'écologie scientifique* », parlait, lui, d'« *une potentialité, aptitude de l'individu ou du groupe social à se modifier sans cesse, non seulement pour mieux fonctionner dans le présent, mais aussi pour se préparer à l'avenir* » [14]. Cette définition introduit la notion de groupe social, montrant ainsi que la santé n'est pas seulement un phénomène individuel, que ce soit dans ses déterminants (pression de l'environnement géographique, culturel et social) ou dans les modalités de son maintien ou

sa restauration (actions collectives). Dans le même temps, Dubos place la santé comme un élément de préparation de l'avenir, indiquant comme Illitch la maîtrise possible de l'homme sur son capital santé.

### **Les déterminants de la santé**

L'étude des facteurs influençant le niveau de santé des individus et des populations a fait l'objet de nombreux travaux depuis les débuts de l'hygiénisme au XIX<sup>e</sup> siècle, et plus particulièrement au cours des quatre dernières décennies.

### **Le rapport Lalonde**

Le rapport du ministre canadien de la santé Marc Lalonde a fourni le premier modèle conceptuel des déterminants de la santé [15]; dès 1974, ce rapport introduisait les bases théoriques reprises douze ans plus tard dans la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [16]. Quatre catégories de déterminants en interaction sont décrites : la biologie humaine (génétique, physiologie, vieillissement), l'environnement (social, psychologique, physique, le tout hors du contrôle des individus), les habitudes de vie (consommations, loisirs, profession, sous le contrôle direct des individus), et enfin l'organisation des systèmes de santé (soins curatifs, préventifs, et de réhabilitation). Dans sa présentation, le rapport Lalonde plaçait les quatre catégories de déterminants sur le même pied, mais des travaux ultérieurs ont tenté d'attribuer à chacune des catégories un poids relatif sur l'état de santé. Les travaux de Dever en particulier, basés sur un consensus d'experts étasuniens, ont attribué un poids prédominant aux facteurs personnels que sont les comportements et habitudes de vie (figure 1) [17]; cette pondération sera fermement critiquée ensuite, en raison du poids du conservatisme social qu'on lui a attribué. La prééminence de l'organisation des soins dans l'état de santé des individus était pour la première fois clairement remise en question.

### **Le modèle d'Evans et Stoddart**

Ce modèle est construit autour de la relation interdépendante entre pathologie et système de soins, sous l'influence des modes de vie, de l'environnement (physique : au domicile, au travail ; social : stress, environnement affectif ou isolement) et de la biologie humaine (génétique, facteurs biologiques) ; la prospérité économique et matérielle, participe également au modèle (figure 2). L'état fonctionnel qui en résulte, tel que perçu par l'individu, est modulé par la réaction individuelle, associant les facteurs comportementaux

(individuels et sociaux) et biologiques (l'organisme en interaction avec l'environnement social) [18]. Le bien-être est le produit final de l'ensemble de ces interactions. Les inégalités sociales de santé entre individus viennent renforcer l'influence des facteurs sociaux par rapport aux facteurs individuels, tout en complexifiant les interactions entre les divers déterminants de la santé. L'idée d'une pondération des différents déterminants, telle que Dever l'avait conçue, est abandonnée.

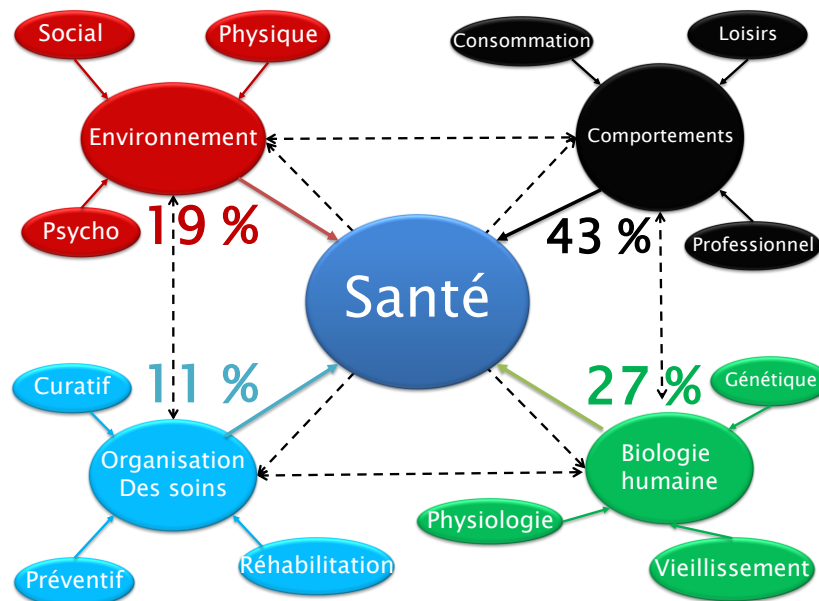


Figure 1 : Pondération des déterminants de santé, d'après Lalonde et Dever (1974, 1976) [15, 17]

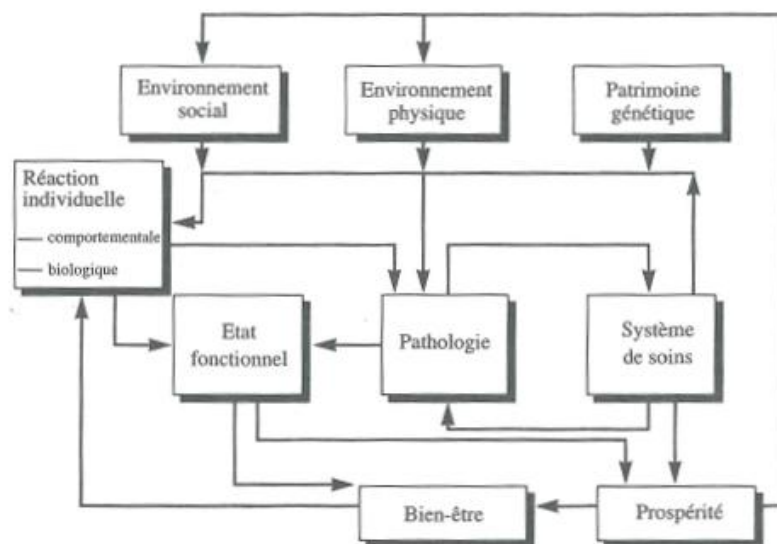


Figure 2 : Le modèle d'Evans & Stoddart (1996)

### Le modèle de Dahlgren et Whitehead

Ce modèle, proposé en 1992 par l'OMS Europe, partant du constat de l'inégalité de santé entre les individus, introduit le concept d'équité en santé [19]. Selon le choix librement décidé qui peut en être fait par les individus, les déterminants de santé sont considérés comme iniques ou non (p.ex. pratique d'un sport à risque vs. environnement de travail malsain). Dans la figure 3, les cercles concentriques représentent différents niveaux de déterminants, correspondant à différents niveaux d'action possibles en matière de santé :

- conditions générales socioéconomiques, culturelles et environnementales ; conditions structurelles ;
- conditions de vie et de travail (y compris services de santé), principale source d'inégalités selon ces auteurs ; conditions structurelles ;
- réseaux sociaux et communautaires ;
- styles de vie individuels ;
- âge, sexe et facteurs héréditaires.

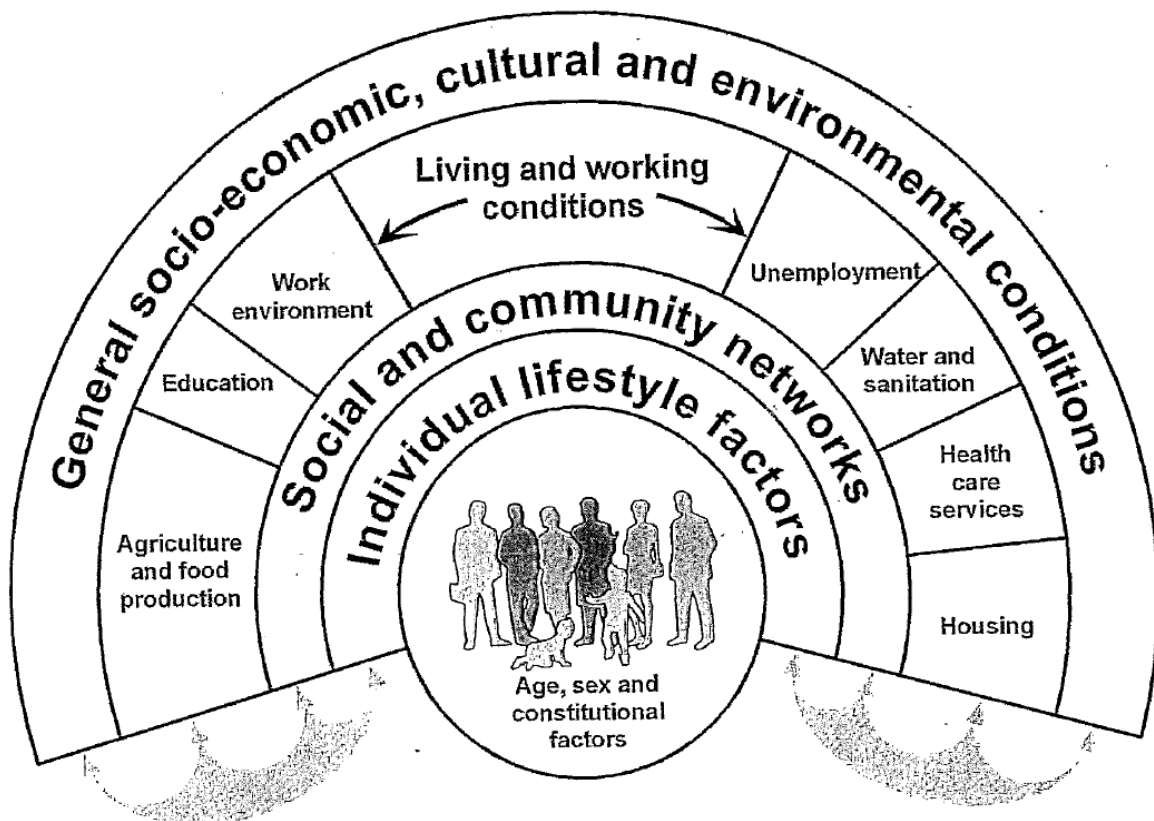


Figure 3 : Le modèle de Dahlgren et Whitehead (OMS, 2002) [20]



La pondération de l'influence des diverses catégories de déterminants sur la santé place les deux catégories de déterminants structurels dans une situation prédominante. Les inégalités s'y construisent, et elles se renforcent lorsqu'on « descend » dans le modèle vers les déterminants individuels, l'ensemble ayant un effet cumulatif. L'importance des déterminants comportementaux semble donc réduite dans ce modèle. Le modèle prédit un état de santé moins bon en cas de forte exposition à des facteurs de risque durant l'enfance, introduisant ainsi la notion de trajectoire de vie.

### **La commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (CDSS)**

La commission des déterminants sociaux de santé de l'OMS (CDSS) s'est donné pour objectif d'étudier les mécanismes de constitution et les voies de remédiation des inégalités sociales de santé. Son modèle distingue, en matière de santé, le contexte socio-économique et politique, les déterminants structurels (éducation, emploi, revenu, position socio-économique, genre, etc.) et intermédiaires (conditions matérielles, comportements, facteurs biologiques et psychosociaux, etc.) [21]. Le système de santé y apparaît comme déterminant à travers son accessibilité. Les déterminants sont présentés dans le modèle selon une hiérarchie définie (figure 4). Dans le contexte socioéconomique et politique, les déterminants structurels et liés à la position sociale des individus, configurent les opportunités en matière de santé ; les déterminants intermédiaires matérialisent la situation éventuellement inéquitable en modifiant l'exposition des individus à différents facteurs de risque, biologiques, comportementaux, psychosociaux. Le modèle suggère la prééminence des déterminants structurels, liés à la position sociale, sur les déterminants intermédiaires. Il en résulte un gradient socioéconomique du niveau de santé, aisément observable et quantifiable par les études épidémiologiques. A titre d'exemple, l'espérance de vie à 25 ans d'un homme vivant en Belgique varie entre 47 ans et-demi et 55 ans selon qu'il n'a pas de diplôme ou qu'il a effectué des études supérieures ; la différence n'est « que » de 6 ans pour une femme [22]. Malheureusement, ce différentiel s'est accru dans la décade 1991-2001.

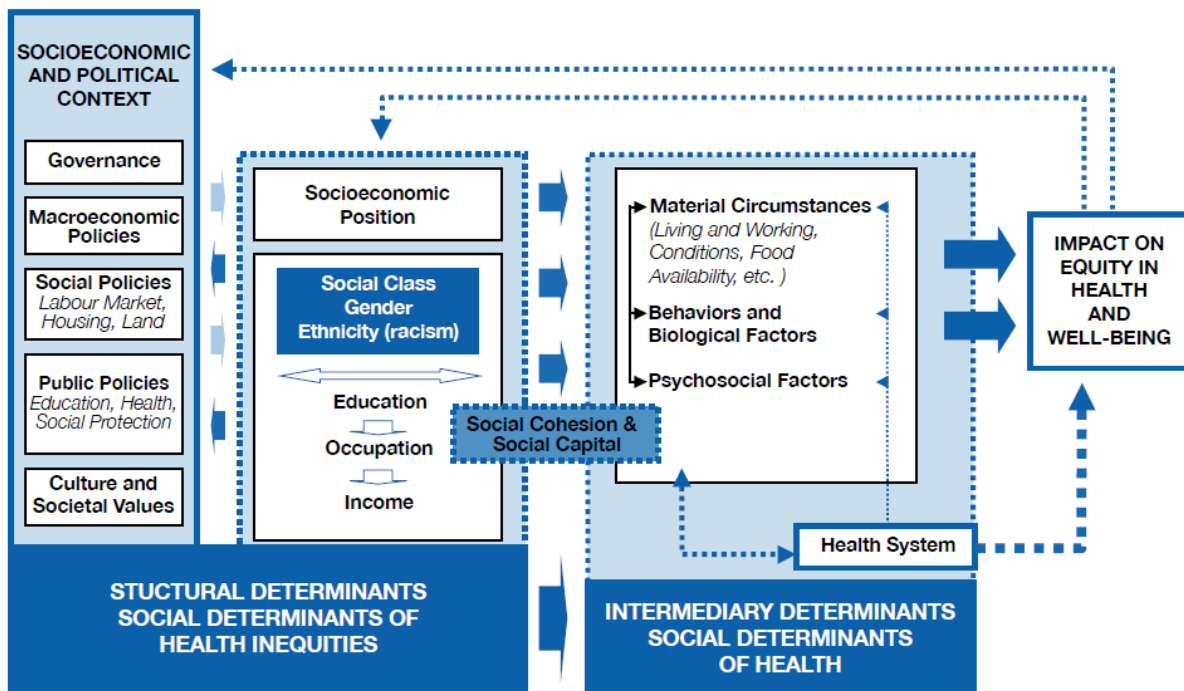
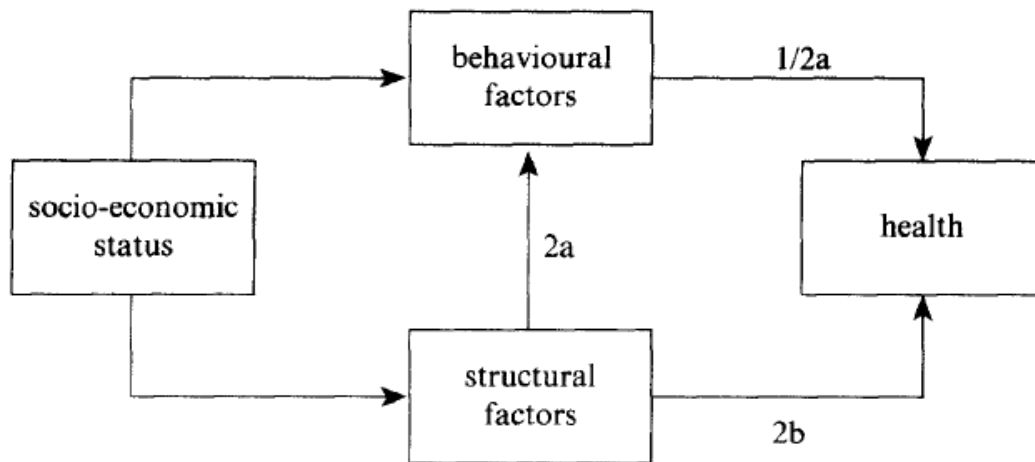


Figure 4 : Le modèle CDSS (dans Solar et Irwin, 2010) [21]

Dans la suite des travaux de cette commission, le concept d'universalisme proportionné s'est développé comme principe d'une gouvernance qui favorise l'équité en santé : plus la position sociale est basse, plus l'intervention des professionnels de santé doit être importante pour augmenter le niveau de santé des patients, alors que la tendance « naturelle » observée est le contraire [23, 24].

#### Pondération des déterminants de la santé

Stronks *et al.* ont proposé en 1996 une méthode de calcul de la pondération des différents déterminants de la santé basée sur une étude de cohorte prospective aux Pays-Bas, portant sur 27.000 personnes [25]. Plusieurs auteurs ont pu reproduire cette méthodologie depuis, et ont confirmé le poids important des facteurs structurels [26-30]. Les auteurs partaient de l'hypothèse que l'influence des facteurs structurels sur la santé peut s'effectuer soit de manière directe (2b, sur la figure 5), soit par l'intermédiaire des facteurs comportementaux (2a), qui eux-mêmes influencent la santé.



- 1 independent effect of behavioural factors (*i.e.* not dependent on structural factors)
- 2a indirect effect of structural factors (*i.e.* through behavioural factors)
- 2b direct effect of structural factors

Figure 5 : Modèle de calcul du poids des déterminants de la santé de Stronks *et al.* (1996) [25]

Les résultats de l'analyse de Stronks et les suivantes sont rapportés par Nicola Cantoreggi [31]. Le tableau I montre clairement la part prépondérante des facteurs structurels par rapport aux facteurs comportementaux, pour autant que l'on tienne compte de la somme de leurs effets directs et indirects (2a + 2b). Sans cette correction (1), le poids des deux types de facteurs serait plus équilibré.

### Conclusion

L'étude de ces différents modèles de déterminants de la santé, et leur évolution au cours des trente dernières années, a mis en évidence deux phénomènes qui nous intéresseront dans la suite de cette dissertation. D'une part, l'importance attribuée aux déterminants structurels de la santé (éducation, emploi, revenu, position socio-économique, genre, etc.), ainsi qu'au contexte économique et social dans lesquels les individus vivent, est allée croissant. D'autre part, le poids relatif des systèmes de santé dans la détermination du niveau de santé s'est vu progressivement réduit à un rôle plus périphérique. Ces « découvertes » n'en sont pas pour tout qui pratique la santé publique ; dans cette discipline, il est communément admis que l'amélioration de la santé et l'allongement de l'espérance de vie au cours du dernier siècle ne sont pas dues majoritairement au développement des techniques médicales. De même, ceux qui ont pratiqué la médecine en dehors des pays occidentaux connaissent bien l'influence majeure de l'environnement physique, social et politique sur le niveau de santé.

Tableau I : Etudes de pondération des déterminants structurels et comportementaux de la santé (d'après Cantoreggi, 2010) [31]

Etude	Part expliquée de la corrélation	Fact. struct. (2a + 2b)	Fact. struct. part directe (2a) part indirecte (2b)	Fact. comport. Indép. (1)	Fact. comport. totaux (1 + 2b)
Stronks et al. (1996)	70	56	33 23	14	37
Richter & Mielck (2000) – H	84	64	43 21	20	41
Laaksonen et al. (2005) – H	37	20	13 7	17	24
Laaksonen et al. (2005) – F	57	38	27 11	19	30
Schrijvers et al. (1999)	92	67	39 28	25	53
Van Lenthe et al. (2002)	100	76	40 36	24	60
Giesecke & Mütters(2009) – H	76	48	43 5	28	33

En revanche, ces idées peuvent sembler neuves, voire révolutionnaires ou choquantes, pour bon nombre de médecins exerçant en Belgique, et – malheureusement – pour bon nombre des étudiants en fin de formation initiale que j'ai l'occasion de côtoyer.

### La prévention, ou la réduction des risques

Après avoir passé en revue les définitions de la santé et ses déterminants, examinons maintenant la prévention. Les paragraphes qui précèdent ont tenté de montrer l'influence de la combinaison de facteurs personnels et de facteurs extérieurs aux individus dans le niveau de santé, ou vu autrement, dans la genèse des états morbides auxquels ils seront soumis au cours de leur existence.

### Les risques

Le vieux principe déterministe « une cause, une maladie » n'est plus, depuis longtemps, d'actualité. Les déterminants de la maladie sont souvent multiples, et leurs complexes interactions nécessitent parfois un ordre d'apparition déterminé. Une longue période de latence peut être observée avant que n'apparaisse la maladie (figure 6).

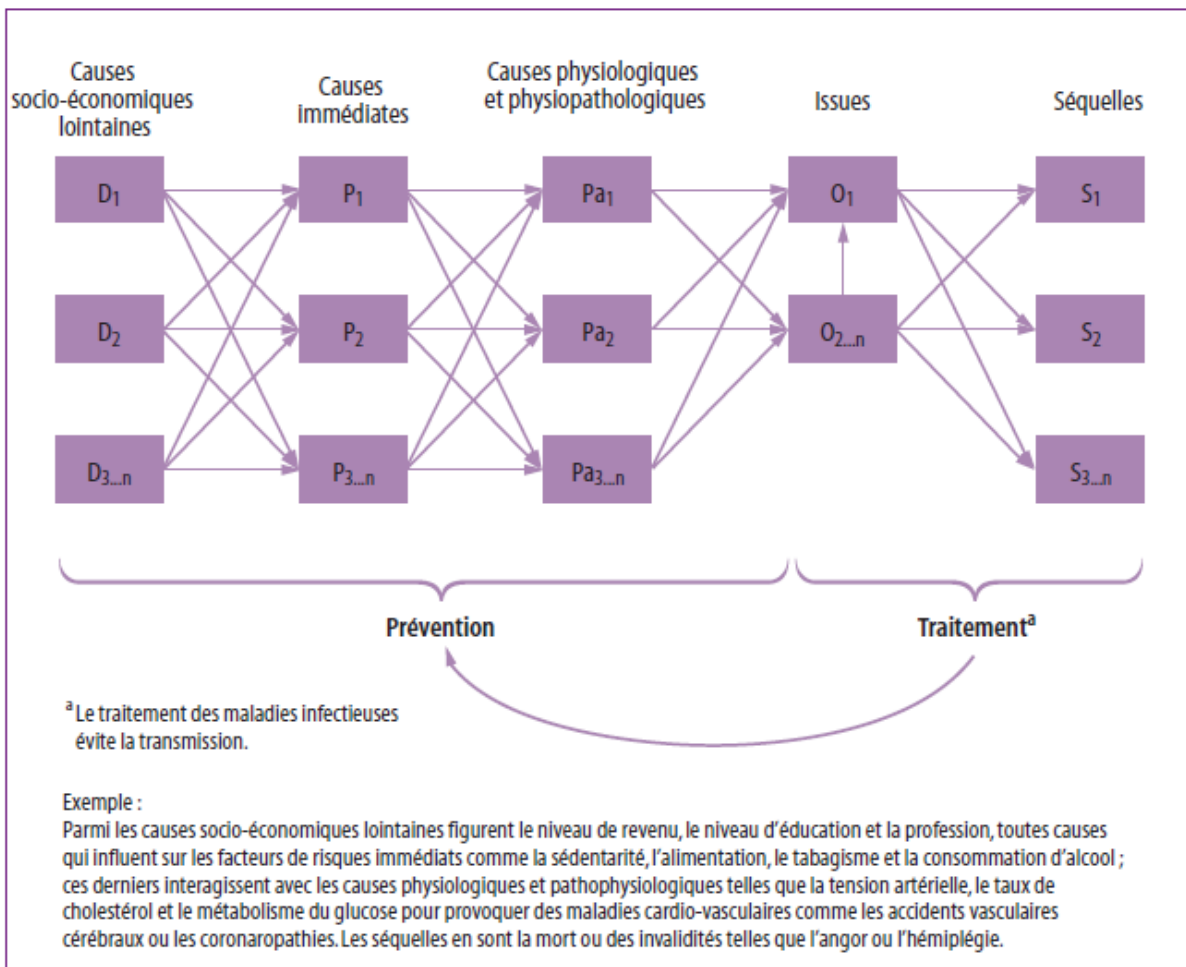


Figure 6 : Chaînes causales d'exposition conduisant à une maladie (OMS, 2002) [32]

L'apparition d'une maladie chez un individu disposant d'un patrimoine biologique et génétique donné dépend donc d'un enchaînement d'évènements environnementaux pendant une période plus ou moins longue, dans un contexte socio-économique particulier ; des déclencheurs opportunistes vont entraîner l'apparition des symptômes d'alerte chez l'individu. A titre d'exemple, il faut donc admettre que le cancer du poumon n'est pas exclusivement dû au tabagisme (déterminant direct), si l'on veut bien prendre en considération que l'âge de la première cigarette est d'autant plus précoce que l'adolescent a suivi une filière d'enseignement courte, technique ou professionnelle, et que la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les classes socio-économiques défavorisées (déterminants indirects) [33]. A l'inverse, des facteurs psychosociaux peuvent avoir un rôle protecteur : une vision optimiste du monde, un sentiment d'efficacité et de contrôle sur les évènements, une bonne intégration sociale ou familiale, une vie spirituelle [34, 35].

### **Les différents types de prévention**

Il est difficile de parler de prévention sans évoquer le travail conceptuel effectué par Marc Jamouille depuis deux décennies pour distinguer les quatre types de prévention. L'originalité du travail a consisté à croiser dans un tableau à double entrée le point de vue du patient et celui du médecin : le patient se sent ou ne se sent pas malade ; le médecin considère qu'il y a ou qu'il n'y a pas maladie (voir la figure 11 dans l'introduction du chapitre 4) [36]. Les quatre situations possibles dans ce tableau correspondent aux quatre types de prévention :

- Prévention primaire : le patient se sent bien, le médecin ne voit pas de maladie. La prévention consiste à éviter un risque de maladie, par exemple en vaccinant le patient, ou en lui fournissant une éducation à la santé.
- Prévention secondaire : le patient se sent bien (mais est peut-être déjà touché par la maladie), le médecin cherche la maladie avant son apparition et la survenue des complications. La prévention consiste par exemple à effectuer un dépistage systématique dans une population dont les caractères sont définis par un risque accru (p. ex. distribuer des tests Hémocult® dans la population âgée de 50 à 75 ans).
- Prévention tertiaire : le patient et le médecin sont conscients de l'existence d'une maladie. La prévention consiste en ce cas à en éviter l'évolution péjorative, à en prévenir les rechutes ou les complications (p.ex. prescrire un traitement antiagrégant

plaquettaire après un infarctus du myocarde, surveiller les interactions médicamenteuses).

- Prévention quaternaire : le patient se sent malade, a une plainte et demande des soins, alors que du point de vue du médecin, la maladie n'est pas présente. La prévention consiste à éviter au patient une surmédicalisation de sa plainte, la consommation d'actes ou de techniques médicales inutiles ou potentiellement dangereuses.

Ces quatre définitions sont basées sur l'interaction entre le médecin et le patient, au cours du contact de soins. La contribution majeure de Jamouille a été la conceptualisation et la définition de la prévention quaternaire, reprise depuis dans le dictionnaire international de la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA) [37]. À ce niveau de prévention, le rôle du médecin est de protéger son patient des attraits brillants mais parfois illusoire de la médecine technologique. La croyance que la technique peut tout résoudre crée le lit du *disease mongering* et de la marchandisation de la santé, avec l'assentiment inconscient de ses victimes. La réponse que le médecin peut apporter à son malade passe nécessairement par un éclairage sur les enjeux en cause et un recentrage sur le point de vue du patient.

### **Prévention : individuelle ou collective ?**

Un paradoxe de la prévention est qu'il peut se produire davantage de cas de maladie chez un grand nombre d'individus exposés à un faible risque que parmi un petit nombre de sujets à haut risque ; c'est le cas, par exemple, pour le risque de maladie cardio-vasculaire causé par l'hypertension artérielle. Le risque n'est pas distribué de façon binaire, entre ceux qui y sont exposés et ceux qui ne le sont pas : il existe au contraire un continuum entre ces deux extrêmes, dont les valeurs-seuils sont déterminées par l'épidémiologie [38]. Ne prendre en considération que les individus à haut risque pour une stratégie préventive pourrait conduire à méconnaître le grand nombre d'individus exposés à un risque modéré, pourtant potentiellement pathogène. Les approches individuelles concernant les sujets à haut risque, et collectives, concernant des groupes ou des populations, sont complémentaires, ainsi que cela a été démontré à plusieurs reprises au cours des trois dernières décennies [39, 40]. Evidemment, si, à la lumière de ce qui précède, on admet l'importance des facteurs socio-économiques dans le déterminisme des maladies, les actions collectives devraient

idéalement porter sur ces aspects, ce qui nécessite une diffusion large de la connaissance de ce lien de causalité dans le monde politique, une volonté politique forte, et des moyens financiers adaptés.

Une des dimensions de la complexité de la prévention réside dans l'organisation, d'une part, des actions à grande échelle visant à protéger les populations, dans le respect des lois et des libertés individuelles, et, d'autre part, des actions individuelles visant à protéger les sujets à haut risque. Les principes éthiques qui sous-tendent ces actions se doivent de respecter quatre dimensions : respect de l'autonomie des individus, non-malfaisance, bienfaisance (balance bénéfices-risques favorable) et justice (ou équité) [41]. Ces principes éthiques s'appliquent aussi bien aux Etats et à leurs agences sanitaires lorsqu'on considère le terrain d'action de la santé publique, qu'aux soignants qui prennent en charge les individus.

Une bonne part des risques auxquels sont soumises les populations ne leur sont pas perceptibles directement, comme par exemple l'exposition aux radiations ionisantes ; l'action préventive suppose dans ce cas l'intervention des Etats pour évaluer le risque, surveiller son éventuelle augmentation au-delà d'un seuil acceptable, et prendre les mesures de précaution ou de protection nécessaires. Dans l'exemple ci-dessus, en Belgique, ces actions sont le fait de l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN).

D'autres catégories de risque ne sont révélées que lors de contacts des individus avec la filière de soins, soit au cours d'une démarche volontaire, soit au cours d'évènements de santé intercurrents (accidents, maladies) au cours desquels les soignants révèlent un risque existant (p.ex. hypertension artérielle) ou potentiel (p. ex. conduite sexuelle à risque). Les soignants ont dans ce cas la mission, non seulement d'informer leurs patients de ces constatations, mais aussi de la contextualiser dans les cadres de références des patients, et de leur présenter la balance bénéfices-risques des méthodes de correction envisageables afin qu'ils puissent exercer leur libre choix.

La prévention, appliquée à l'échelon individuel, peut s'avérer redoutablement efficace. On a pu calculer que la mise en application de quelques conseils de vie saine (ne pas fumer, consommer des fruits et légumes quotidiennement, manger du poisson et peu de nourriture industrielle, avoir une petite activité physique et consommer de l'alcool en quantité modérée), pouvait entraîner un gain d'espérance de vie allant jusqu'à 14 ans, en réduisant la



mortalité par cancer et par affections cardiovasculaires [42-44]. Ces conseils « simples » de vie saine sont difficiles à faire appliquer, particulièrement au sein de populations défavorisées, car c'est dans ce cas que le fossé socioéconomique et culturel les séparant du médecin est le plus large [45].

Des chercheurs en santé publique affinent depuis de nombreuses années le calcul de la charge attribuable aux divers facteurs de risque identifiés afin de concentrer l'action préventive sur les plus pertinents. Pour identifier les leviers utilisables pour réduire les inégalités sociales de santé, des chercheurs belges, tchèques et norvégiens ont croisé les données épidémiologiques de mortalité avec les données de prévalence du tabagisme, de la consommation d'alcool, du manque d'activité physique et d'un indice de masse corporelle trop élevé, et ont stratifié les résultats par niveaux d'éducation dans la population. La méthode permet de calculer l'impact de la modification de certains facteurs de risque sur le taux de mortalité, toutes choses étant égales par ailleurs ; le tabagisme et l'activité physique ressortent parmi les facteurs modifiables, mais différemment selon les pays, et selon le sexe [46].

La prévention, appliquée à l'échelon collectif a également démontré son efficacité. Les grands travaux d'assainissement des villes entamés en Belgique dès la création du Conseil supérieur d'hygiène publique en 1849, le relèvement de l'âge minimum (en 1889) puis l'abolition (en 1914) du travail des enfants, l'introduction des règles d'asepsie et les débuts de la vaccination contre la variole furent les grands chantiers du XIX<sup>e</sup> siècle [47]. Plus récemment, la multiplication des vaccinations, l'interdiction de la publicité pour le tabac, les campagnes en faveur du *safe sex*, etc. ont progressivement envahi l'espace public.

Contrairement à des mesures structurelles (assainissement de l'environnement, port de la ceinture de sécurité), l'efficacité de campagnes de promotion d'un comportement sain peut se révéler assez variable, voire contre-productive. On a pu montrer un effet négatif de certains aspects liés au message « 5 fruits et légumes par jour » associé à des publicités pour un produit hédonique (burger), ou encore une meilleure pénétration chez des adolescents d'un message de prévention mettant en avant le lien social par rapport à un message mettant en avant la santé [48].

### **La prévention, enjeu de société**

La présence de la prévention dans l'espace public la rend vulnérable aux grands enjeux socio-politiques qui s'y déroulent, à commencer par son financement, dépendant des priorités politiques du moment et des événements intercurrents sur la scène nationale et internationale (crises, guerres).

Divers groupes de pression tentent d'infléchir les politiques de santé dans le sens de leurs intérêts. Les velléités de l'OMS d'innover en matière de lutte contre le tabac en négociant le *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) se sont heurtées aux manœuvres de l'industrie du tabac. Cette dernière a tout d'abord tenté de dénigrer la convention en avançant des arguments économiques (pertes d'emplois), éthiques (convention négociée par des pays riches au détriment des producteurs des pays en développement, responsabilité sociale des entreprises) et législatifs (interrogation de la légitimité de l'OMS). Un *lobbying* actif soutenait ces arguments [49]. Les Etats eux-mêmes ne sont pas exempts de critiques. Sous l'administration Bush II aux Etats-Unis, des éléments conservateurs et religieux menèrent campagne contre l'utilisation des préservatifs en interprétant négativement ou dénigrant les résultats pourtant positifs de leur utilisation ; l'alternative proposée, l'abstinence, certes efficace *in se*, a depuis démontré son inopérabilité sur le terrain [50]. Des lois ou règlements dont l'efficacité est controversée, comme l'interdiction de la vente d'alcool aux jeunes, quel que soit l'âge seuil adopté, sont encore l'objet de débats passionnés [51, 52].

Un autre problème inhérent à certaines campagnes actuelles de santé publique est ce que Didier Fassin a appelé la psychologisation de la souffrance sociale [53]. Comme le dit Ketterer, « *en dépit de la dimension collective inhérente à la mise en exergue de la dimension de santé publique d'une maladie, les messages qui seront produits dans le cadre de campagnes médiatiques ignorent cette dimension, privilégiant alors le seul registre individuel* » [54]. Dans un contexte néolibéral, les individus sont appelés à devenir des décideurs autonomes, responsables, « *entrepreneurs de [leur] propre vie* », auxquels il incombe de préserver leur capital-santé [55]. Pourtant, le contexte social dans lequel ils vivent conditionne, comme on l'a vu plus haut, une partie significative des déterminants de leur santé. Le risque inhérent à cette approche est de culpabiliser ceux qui n'atteignent pas

les normes de l'orthodoxie sanitaire, ainsi que de masquer toute responsabilité politique dans le risque de survenue des problèmes de santé.

Enfin, un point de conflit possible est l'opposition qui peut exister entre l'intérêt individuel et collectif. Un exemple est donné par la politique vaccinale. La Belgique n'a rendu obligatoire qu'un seul vaccin au cours de son histoire, celui contre la poliomyélite ; c'était en 1966, alors que l'épidémie faisait de nombreuses victimes. L'obligation était vue alors comme allant de soi, puisque le risque dont elle protégeait était bien perceptible en raison du nombre de malades et de décès attribués à cette maladie. Près d'un demi-siècle plus tard, les opposants à la vaccination se font chaque année plus nombreux, interrogeant le sens, l'efficacité et la sécurité du vaccin. Le recul des maladies transmissibles a conduit à une perte progressive de la conscience collective par rapport à l'environnement infectieux. L'acte prophylactique engendre encore des bénéfices pour la collectivité, mais son attrait est plus faible au niveau individuel. Ce paradoxe engendre une perception moindre du risque de maladie, avec un risque épidémiologique qui paraît assez ténu [56].

Actuellement, l'expression « enjeu de santé publique » est galvaudée. La multiplication des facteurs de risque potentiels augmente à l'envi les actions de prévention possibles, à tel point qu'on a pu calculer qu'un médecin pouvait passer la totalité de ses journées à ne s'occuper que de prévention avec ses patients, négligeant totalement leurs plaintes et leurs soins [57]. Le beau, le sain, sont érigés en valeurs morales pour l'« *homo medicus* », et le « malsain » devient un sujet d'opprobre ou de disqualification sociale [58].

Le « risque » de cette multiplication des facteurs de risque est la surmédicalisation de la société, amenant dans son sillage la marchandisation de la santé. Le *disease mongering*, qui consiste à nommer « maladies » des situations bénignes ou limites (ménopause, syndrome prémenstruel, calvitie androgénique masculine), semble en fait n'être qu'une machine de guerre destinée à promouvoir la consommation de soins et de médicaments. La technique exploite à la fois l'anxiété latente des (futurs) patients et la croyance que la médecine peut résoudre la majorité des problèmes de la vie [59].

### **La promotion de la santé**

La charte d'Ottawa est bientôt trentenaire [16]. S'inspirant du rapport Lalonde, déjà cité, elle définissait pour la première fois la promotion de la santé. « *La promotion de la santé a pour*

*but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu ».* Cette déclaration complète donc la définition de la santé de 1948.

Les moyens d'action nécessaires pour parvenir aux objectifs ambitieux – naïfs ? – de la charte sont décrits : développement des aptitudes individuelles et sociales, amélioration du milieu de vie, action communautaire, réorientation des services de santé et élaboration d'une politique publique saine. La charte défend une vision du monde plus juste, plus égalitaire que ce que les politiques économiques néolibérales n'imposent actuellement. Les chartes qui ont suivi celle d'Ottawa (Jakarta 1997, Bangkok 2005, entre autres) ont d'ailleurs fait écho à cette divergence grandissante suite à la mondialisation de l'économie. L'équité en santé, défendue par la charte initiale, reste un objectif à atteindre, et la situation actuelle n'incite pas à l'optimisme, puisque la mesure des écarts de santé montre un accroissement. Une place reste à prendre dans le domaine de l'éducation des patients, dans l'accès des individus et des collectivités à l'information sur la santé et la prévention, et sa compréhension – soit l'augmentation de la littéracie en santé – nécessaire pour maîtriser mieux les déterminants individuels de la santé. Un travail de fond reste à entreprendre dans la réorganisation des services de santé, appelée par la charte d'Ottawa ; les pratiques actuelles restent très majoritairement orientées vers les soins curatifs, ainsi qu'en témoigne, par exemple, l'attribution des budgets de la sécurité sociale en Belgique [60].

## **Les soins primaires**

### **Alma-Ata**

Au fil de l'évolution des modèles des déterminants de santé, la place des systèmes de santé a évolué considérablement : de déterminant « autonome » et non pondéré, elle a évolué vers une place plus périphérique, dont la pondération dans l'ensemble du déterminisme de

la santé dépend de son accessibilité. Les soins de santé primaires, auxquels la médecine générale appartient, ont dans ce contexte un rôle unique et original. Leur mission s'est clarifiée dès 1978, lors de la conférence d'Alma-Ata.

L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), réunis pour l'occasion, y ont pointé les inégalités de santé entre les Etats, et, à l'intérieur de ceux-ci, entre les individus, comme un obstacle « *au progrès économique et social soutenu... à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale* » [61]. Dans le but d'assurer la santé pour tous en l'an 2000, le texte de la déclaration finale de la conférence précisait que « *tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates... Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale* ».

Le texte continuait en décrivant les caractéristiques principales des soins primaires, dont les extraits les plus significatifs dans le contexte d'un pays occidental sont rapportés ici : « *ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire* ». [Les soins de santé primaires] « *visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet. [Ils] comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leurs sont applicables... la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels* ». [Les soins de santé primaires] « *exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la communauté et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires,... et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à y participer* ».

### **Le carré de White**

Ce positionnement des soins primaires est confirmé par la place qu'ils occupent dans l'écologie des soins de santé. White, dès 1961, et plus tard ses successeurs, ont démontré l'aptitude des soins primaires à rencontrer et gérer la plupart des problèmes de santé de la population (figure 7) [62]. Le champ d'action des médecins généralistes dans le carré de White est considérable : gestion des demandes de soins curatifs, référence appropriée aux soins de deuxième ou troisième niveau ; les individus qui ne consultent pas dans ce schéma peuvent faire l'objet d'actions de prévention ou d'éducation à la santé, individuellement ou collectivement [63].

### **La médecine générale en Belgique**

Trente-cinq ans après la déclaration visionnaire d'Alma Ata, force est de constater que l'objectif du millénaire, la santé pour tous en l'an 2000, n'a pas été pleinement atteint, même dans les pays occidentaux. Les inégalités sociales se sont accrues, et les statistiques belges d'espérance de vie à la naissance commencent à stagner [64]. Les soins de santé primaires en Belgique semblent n'avoir rempli que partiellement leur contrat. La médecine générale, qui n'est qu'une partie des soins primaires, a du mal à renouveler ses cadres, victime d'un désamour des facultés de médecine et des étudiants ; la dispensation des soins de base a tendance à être morcelée entre différentes spécialités médicales, plus coûteuses et génératrices de prestations parfois inutiles, et compromettant la fonction de synthèse des données de santé des individus ; la responsabilisation active des individus face à leur santé est une pratique plutôt isolée, et la participation des collectivités reste encore trop souvent limitée à un rôle de représentation dans diverses instances publiques [65].

Malgré ces limites, le médecin généraliste belge reste au fil des années et des différentes enquêtes un référent en santé plébiscité par les usagers [67]. Au-delà de son rôle premier de réponse à la plainte, quelle est sa place en prévention, et en promotion de la santé ?

Le contexte de travail actuel pour la majorité des généralistes belges est la rétribution à l'acte, même si le paiement forfaitaire est pratiqué par une minorité depuis trente ans, et a tendance à se développer. Ce dernier introduit un contrat tripartite entre le patient, sa mutuelle et son médecin.

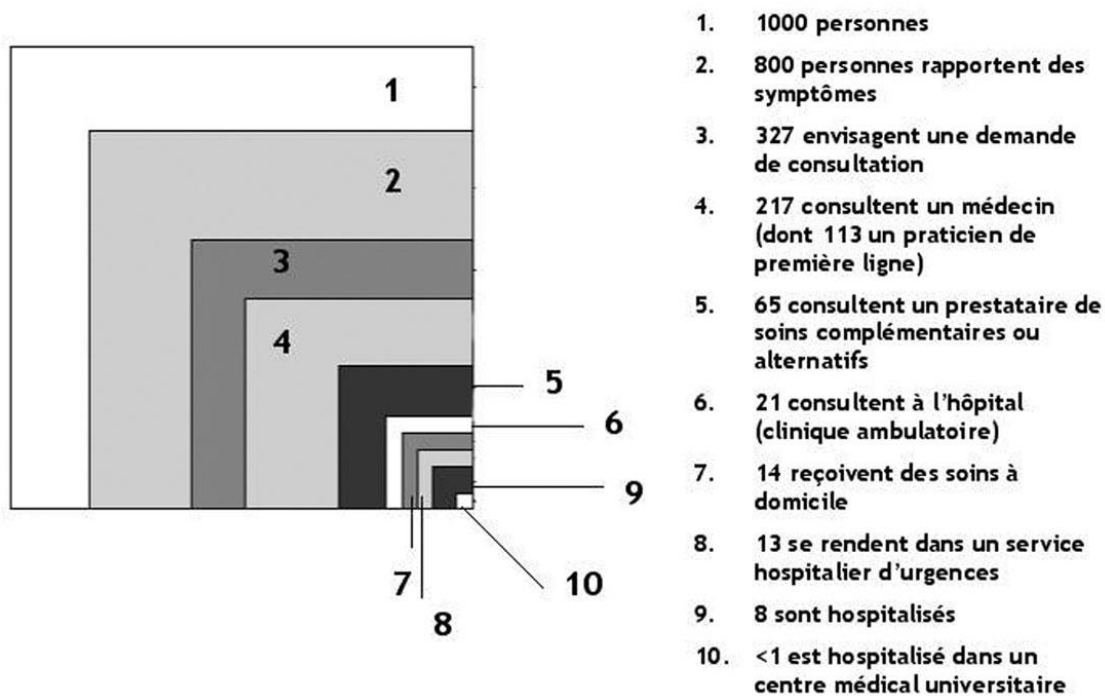


Figure 7 : Écologie des soins médicaux (selon Green et al.) [66]

Quel que soit le système de paiement, la relation entre les médecins et leurs patients tend à se contractualiser. L'instauration du dossier médical global (DMG) sous l'impulsion du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) en 2004 visait à une augmentation de la qualité des soins en incitant le médecin généraliste à centraliser les données médicales importantes de ses patients au sein d'un dossier structuré. Un objectif secondaire était de faciliter l'échange entre prestataires de soins [68]. Le paiement demandé au patient pour l'ouverture du DMG, même totalement remboursé par sa mutuelle, formalise donc la relation médecin-patient. Depuis 2011, les patients de 45 à 75 ans peuvent en outre bénéficier du module préventif du DMG (DMG+). Sur base d'une courte *check-list* (tableau II), scientifiquement établie, le médecin généraliste est invité à proposer une série de mesures préventives à son patient [69].

La bonne impression que font les généralistes auprès de leurs patients dans les enquêtes suppose une bonne qualité des soins, technique et relationnelle. On sait par ailleurs que les patients consultent leur généraliste en moyenne plusieurs fois par an. Le cadre semble donc idéal pour faire passer des messages de prévention, d'éducation et de promotion de la santé. Au-delà des chiffres de facturation à l'assurance-maladie des prestations du DMG et du DMG+, on ne sait que peu de choses sur les pratiques réelles sur le terrain. Une exception

est toutefois à relever : la Fédération des maisons médicales a publié dans la revue Santé conjugée un cahier de réflexion sur la prévention en 1999 [70] et un autre sur la promotion de la santé en 2009 [71].

Tableau II : check-list du DMG+

Prestation (1) = prévention primaire ; (2) = prévention secondaire/dépistage	Niveau de preuve
(1) conseils alimentaires et exercices physique + tabac + alcool	A
(2) anamnèse et examen clinique	A
(2) cardiovasculaire (CV)	A
dont acide acétylsalicylique (groupe à risque)	A
(2) dépistage cancer colorectal	A
(2) dépistage cancer du col de l'utérus	A
(2) dépistage cancer du sein (mammotest)	A
(1) vaccination diphtérie tétanos	A
(1) vaccination grippe	B
(1) vaccination pneumocoque	B
(2) dosage glycémie (diabète) (>65 ans)	B
(2) dosage créatinine et protéinurie (IRC) (groupe à risque)	B
(2) dosage lipides (CV) (>50 ans)	A
santé mentale (screening de la dépression)	(B)

### Les généralistes 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 [72, 73]. La proximité des généralistes 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. Pourtant, la formation des généralistes accorde une part restreinte aux aspects cliniques de la prévention, aux aspects organisationnels ou médico-économiques, et encore moins aux inégalités sociales de santé.

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 valorise pas le travail de planification d'activités appliquées à l'ensemble d'une patientèle.

De plus, il peut y avoir de la distance entre les attentes déclarées des patients et les (changements de) comportements nécessaires à un meilleur état de santé. La prise en compte des freins de toute nature existant chez les patients par rapport à la prévention



renvoie les généralistes à une prise en charge globale des individus qui s'inscrirait mieux dans une logique de promotion de la santé que de simple dispensation 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 généralistes que celui de prévention organisée ; il est d'ailleurs souvent aux mains d'opérateurs non médicaux (travailleurs sociaux, enseignants, formateurs, animateurs communautaires) avec lesquels les généralistes ont spontanément peu de contacts.

### **Les généralistes et la santé publique**

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 se base sur des outils épidémiologiques et statistiques pour orienter ses interventions. On peut lui reprocher sa méconnaissance de la complexité de la clinique et de l'aspect relationnel des soins.

La pratique clinique, en revanche, 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 à ses patients et ignore ceux qui ne consultent pas. Elle voit rarement l'impact populationnel de ses actions ou de ses manques, et méconnaît souvent les déterminants sociaux de la santé. La planification d'actions, leur évaluation, l'économie de la santé lui sont souvent étrangères ; ces disciplines adoptent d'ailleurs souvent un langage peu compréhensible aux cliniciens.

### **Evolution**

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 [74] :

- 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 [75] : complexité des soins pour des pathologies intriquées, complexité de l'organisation pluridisciplinaire entre divers niveaux de soins et complexité de l'intégration des programmes de prévention ou de promotion de la santé dans l'activité de soins.

Les approches populationnelle et individuelle 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. L'expertise pratique des cliniciens et leur connaissance du terrain constituent un relais idéal pour la diffusion individualisée et personnalisée de politiques de santé (prévention, promotion de la santé) ainsi qu'une source potentielle importante d'informations pour les décideurs de santé publique. En retour, ces derniers peuvent 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 [76, 77].

Cependant, les relations entre les autorités de santé publique et les généralistes ne sont pas au beau fixe. Les premières 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 généralistes expriment régulièrement leur opposition aux directives trop contraignantes, surtout si elles sont accompagnées de contraintes administratives.

## Références

1. Van Dormael M: **Le centre de santé intégré et les maisons médicales. Jalons pour les soins de santé primaires.** *Les cahiers du GERM* 1981, **152**.
2. Prevost M, Della Giustina V, Gosselain Y, Laperche J, Legrève C, Roland M, Vanmeerbeek M: **Gestion de l'information dans les pratiques de soins intégrés.** *Santé conjugquée* 2002, **19**:5-11.
3. Berquin E, Vanmeerbeek M: **Le recueil systématique de données informatisé comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique.** *Santé conjugquée* 2004, **30**:74-78.
4. Vanmeerbeek M: **Exploitation of electronic medical records data in primary health care. Resistances and solutions. Study in eight Walloon health care centres.** *Stud Health Technol Inform* 2004, **110**:42-48.
5. Vanmeerbeek M: **Étapes de la bien-traitance pour la petite enfance. Le projet ETAPES de la Maison médicale de Tilleur : Ensemble travaillons autour de la petite enfance.** In: *XVIIe Conférence mondiale de Promotion de la Santé et d'Éducation à la Santé*. Paris: Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES); 2001.
6. Vanmeerbeek M: **Une ETAPE au profit des tous petits. Le projet Ensemble Travaillons Autour de la Petite Enfance.** *Education Santé* 2001, **161**:13-16.
7. Bednarek S, Vandoorne C, Absil G, Lachaussee S, Vanmeerbeek M: **MASPIN: a formative evaluation tool supporting dialog among professionals and with families.** In: *Psychology of Neglect*. Edited by Spiteri Y, Galea EM. Hauppauge, NY Nova Sciences Publishers, Inc.; 2012.
8. Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J: **Health interview survey in Belgium 2004.** *Prevention*. vol. Livre IV. Brussels: Scientific Institute of Public Health; 2006: 109 p.
9. Fabri V, Leclercq A, Boutsen M: **Programme de dépistage du cancer du sein. Comparaison du troisième tour (2007-2008) et du quatrième tour (2009-2010).** Bruxelles: Agence Intermutualiste; 2014.
10. 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: 104 p.
11. **Définition de la santé de l'OMS** [<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>]
12. Cotton E: **L'éducation pour la Santé.** Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles; 1982.
13. Illitch I: **Némésis médicale : l'expropriation de la santé.** Paris: Le Seuil; 1981.
14. Dubos R: **Le flambeau de la vie.** Paris: L'Harmattan; 2002.

15. Lalonde M: **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa, Canada: Minister of Supply and Services; 1974.
16. **Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé**  
[\[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf\]](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
17. Dever AGE: **An epidemiological model for health policy analysis**. *Social Indicators Research* 1976, **2**(4):453-466.
18. Evans RG, Stoddart GL: **Produire de la santé, consommer des soins**. In: *Être ou ne pas être en bonne santé Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Edited by Evans RG, Barer MR, Marmor TR. Paris: John Libbey Eurotext; 1996: 37-74.
19. Dahlgren G, Whitehead M: **Policies and strategies to promote equity in health**. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 1992.
20. Dahlgren G, Whitehead M: **Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe**. Stockholm, Sweden: Institutet för Framtidsstudier; 2007.
21. Solar O, Irwin A: **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)**. In: *Debates, Policy & Practice, Case Studies*. Geneva: World Health Organization; 2010.
22. Deboosere P, Gadeyne S, Van Oyen H: **L'évolution des inégalités sociales en espérance de vie**. In: *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. Edited by Van Oyen H, Deboosere P, Lorant V, Charafeddine R. Gent: Academia Press; 2010.
23. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H: **Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature**. *Questions d'économie de la santé* 2012, **179**:1-8.
24. Hart JT: **The inverse care law**. *Lancet* 1971, **1**(7696):405-412.
25. Stronks K, Dike van de Mheen H, Looman CW, Mackenbach JP: **Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis**. *Social Health Illn* 1996, **18**(5):653-674.
26. Richter M, Mielck A: **Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit**. *Z f Gesundheitswiss* 2000, **8**(3):198-215.
27. Laaksonen M, Roos E, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E: **Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health**. *J Epidemiol Community Health* 2005, **59**(2):163-169.
28. Schrijvers CT, Stronks K, van de Mheen HD, Mackenbach JP: **Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors**. *Am J Public Health* 1999, **89**(4):535-540.

29. Van Lenthe FJ, Gevers E, Joung IM, Bosma H, Mackenbach JP: **Material and behavioral factors in the explanation of educational differences in incidence of acute myocardial infarction: the Globe study.** *Ann Epidemiol* 2002, **12**(8):535-542.
30. Giesecke J, Müters S: **Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile.** In: *Gesundheitliche Ungleichheit.* Edited by Richter M, Hurrelmann K: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009: 353-366.
31. Cantoreggi N: **Pondération des déterminants de la santé en Suisse.** Genève: Groupe de recherche en environnement et santé (GRES). Institut des sciences de l'environnement - Université de Genève; 2010.
32. **Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine.** Chapitre 2 : Définition et évaluation des risques pour la santé: OMS; 2002.
33. Piette D, De Smet P, Favresse D: **La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994?** *Education Santé* 2004, **189**:2-5.
34. Chida Y, Steptoe A, Powell LH: **Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review.** *Psychother Psychosom* 2009, **78**(2):81-90.
35. Ferguson E, Bibby PA: **Openness to experience and all-cause mortality: a meta-analysis and r(equivalent) from risk ratios and odds ratios.** *British journal of health psychology* 2012, **17**(1):85-102.
36. Widmer D, Herzig L, Jamouille M: **Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille ?** *Revue médicale suisse* 2014, **10**(430):1052-1056.
37. Bentzen N: **WONCA Dictionary of General/Family Practice.** Copenhagen: Wonca International Classification Committee; 2003.
38. Rose G, Day S: **The population mean predicts the number of deviant individuals.** *BMJ* 1990, **301**(6759):1031-1034.
39. Rose G: **Sick individuals and sick populations. 1985.** *Bull World Health Organ* 2001, **79**(10):990-996.
40. Doyle YG, Furey A, Flowers J: **Sick individuals and sick populations: 20 years later.** *J Epidemiol Community Health* 2006, **60**(5):396-398.
41. **Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine.** Chapitre six : Renforcement des politiques de prévention des risques: OMS; 2002.
42. Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N: **Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study.** *PLoS medicine* 2008, **5**(1):e12.

43. McCullough ML, Patel AV, Kushi LH, Patel R, Willett WC, Doyle C, Thun MJ, Gapstur SM: **Following cancer prevention guidelines reduces risk of cancer, cardiovascular disease, and all-cause mortality.** *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011, **20**(6):1089-1097.
44. Carlsson AC, Wandell PE, Gigante B, Leander K, Hellenius ML, de Faire U: **Seven modifiable lifestyle factors predict reduced risk for ischemic cardiovascular disease and all-cause mortality regardless of body mass index: a cohort study.** *Int J Cardiol* 2013, **168**(2):946-952.
45. Heremans P, Deccache A: **Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés.** *Sante Publique (Bucur)* 1999, **11**(2):225-241.
46. Hoffmann R, Eikemo TA, Kulhanova I, Dahl E, Deboosere P, Dzurova D, van Oyen H, Rychtarikova J, Strand BH, Mackenbach JP: **The potential impact of a social redistribution of specific risk factors on socioeconomic inequalities in mortality: illustration of a method based on population attributable fractions.** *J Epidemiol Community Health* 2013, **67**(1):56-62.
47. Bruyneel E: **Le Conseil supérieur de la santé (1849-2009). Trait d'union entre la science et la santé publique.** Leuven: Peeters; 2009.
48. Werlé C: **Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ?** In: *INPES – COLLOQUE SCIENTIFIQUE*. Edited by INPES. Paris; 2011.
49. Weishaar H, Collin J, Smith K, Gruning T, Mandal S, Gilmore A: **Global health governance and the commercial sector: a documentary analysis of tobacco company strategies to influence the WHO framework convention on tobacco control.** *PLoS medicine* 2012, **9**(6):e1001249.
50. Mindel A, Sawleshwarkar S: **Condoms for sexually transmissible infection prevention: politics versus science.** *Sexual health* 2008, **5**(1):1-8.
51. DeJong W, Blanchette J: **Case closed: research evidence on the positive public health impact of the age 21 minimum legal drinking age in the United States.** *Journal of studies on alcohol and drugs Supplement* 2014, **75 Suppl 17**:108-115.
52. Maimaris W, McCambridge J: **Age of first drinking and adult alcohol problems: systematic review of prospective cohort studies.** *J Epidemiol Community Health* 2014, **68**(3):268-274.
53. Fassin D: **Des maux indicibles : Sociologie des lieux d'écoute.** Paris: Editions La Découverte; 2004.
54. Ketterer F: **La production des campagnes médiatiques de santé publique : une dialectique entre normalisation des comportements collectifs et appel à la responsabilisation individuelle.** *Sociologos Revue de l'association française de sociologie [En ligne]* 2013, **8**(26/9/2013).
55. Ehrenberg A: **Le Culte de la performance.** Paris: Calmann-Lévy; 1991.

56. Ketterer F, Tréfois P, Miermans M-C, Vanmeerbeek M, Giet D: **Les réticences à la vaccination : approche du phénomène à travers les données de la littérature.** *Rev Med Liege* 2013, **68**(2):74-78.
57. Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL: **Primary care: is there enough time for prevention?** *Am J Public Health* 2003, **93**(4):635-641.
58. Peretti-Watel P, Moatti J-P: **Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives:** Seuil; 2009.
59. Moynihan R, Henry D: **The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action.** *PLoS medicine* 2006, **3**(4):e191.
60. Berghmans L: **Investir 1% du budget des soins dans la promotion de la santé.** *Education Santé* 2011, **272**(Novembre):14-15.
61. **Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires** [<http://apps.who.int/iris/handle/10665/39243>]
62. White KL, Williams TF, Greenberg BG: **The ecology of medical care. 1961.** *Bull N Y Acad Med* 1996, **73**(1):187-205; discussion 206-112.
63. Giet D: **Ecologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale.** *Rev Med Liege* 2006, **61**(5-6):277-284.
64. **Ralentissement des progrès de l'espérance de vie**  
[[http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/organisation/statbel/diffusion/statbel/a\\_la\\_une\\_archives/a\\_la\\_une\\_2014/ralentissement\\_des\\_progres\\_de\\_l\\_espérance\\_de\\_vie.jsp#.VCM781e4KuE](http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/organisation/statbel/diffusion/statbel/a_la_une_archives/a_la_une_2014/ralentissement_des_progres_de_l_espérance_de_vie.jsp#.VCM781e4KuE)]
65. **Participation aux politiques de santé**  
[[http://www.luss.be/index.php?option=com\\_content&view=article&id=408&Itemid=67](http://www.luss.be/index.php?option=com_content&view=article&id=408&Itemid=67)]
66. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM: **The Ecology of Medical Care Revisited.** *N Engl J Med* 2001, **344**(26):2021-2025.
67. **Les Belges sont satisfaits de leur médecin. Transparence et coûts restent cependant à améliorer.** Bruxelles: Mutualité chrétienne; 2013.
68. **Bon usage du DMG. Recommandations.** Bruxelles: INAMI; 2010.
69. **Dossier médical global. Module de prévention**  
[<http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/collaboration/dmg-gmd/index.htm#1b>]
70. **Rien ne sert de courir, il faut partir à point - De la prévention à la promotion de la santé**  
[<http://www.maisonmedicale.org/-Rien-ne-sert-de-courir-il-faut-.html>]
71. **La santé : ensemble !** [<http://www.maisonmedicale.org/-La-sante-ensemble,383-.html>]
72. Gautier A, Jestin C, Beck F: **Vaccination : baisse de l'adhésion de la population et rôle clé des professionnels de santé.** *La santé en action* 2013, **423**:50-53.

73. Hubens V, Serano C: **Comment aborder la prévention en médecine générale? Rencontres entre médecins généralistes et patients.** *Education Santé* 2011(272).
74. 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, **4**(3):e159-e178.
75. Giet D, Pestiaux D, Schetgen M: **La médecine générale au 21e siècle.** *Bull Mem Acad R Med Belg* 2008, **163**(7-9):425-431.
76. Harvey BJ: **The issue of public health.** *Can Fam Physician* 2009, **55**(11):1057, 1059.
77. 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, **55**(11):1061-1063.



## **Chapitre 2**

# **Pratique préventive : état des lieux**

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

Une analyse qualitative

Marc Vanmeerbeek  
Jean-Luc Belche  
Anne-Françoise Lemaître  
Chantal Vandoorne

Publié dans *Exercer* 2013, 24(107):107-113



## Préambule

**I**l est courant d'entendre dire en Belgique que les médecins généralistes sont proches de leurs patients, et qu'ils gèrent leurs problèmes de santé dans une perspective globale, ou holistique. Par ailleurs, les patients se déclarent globalement satisfaits de leur médecin généraliste dans toutes les enquêtes réalisées sur le sujet. La prévention, quant à elle, sort du modèle linéaire maladie-soins et se pratique plus rarement à l'initiative du patient. Peut-on donc s'attendre, mutatis mutandis, à une prise en charge de la même qualité, prenant en compte les intérêts du patient de façon personnalisée, en fonction de son parcours de santé, de son environnement familial et social, de son milieu de vie ?

La presse hebdomadaire consacrée à la vie médicale belge relaye très souvent et depuis de nombreuses années les plaintes des médecins généralistes sur leurs conditions de travail : charge administrative excessive, horaires trop chargés, honoraires trop bas, raréfaction de la population médicale et augmentation de la pénibilité des gardes, etc. Les critiques à l'égard des pouvoirs publics, jugés responsables de la plupart des charges qui pèsent sur la profession, sont fréquentes dans cette presse réservée au corps médical. Comment les généralistes concilient-ils les difficultés matérielles rencontrées dans l'exercice de leur métier avec les exigences de qualité et de globalité des soins ?

Il existe des indicateurs mesurables des performances des généralistes dans le domaine de la prévention, construits au départ des données de facturation des prestations dans le cadre de la sécurité sociale. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), l'agence intermutualiste (AIM) y puisent le matériel pour des enquêtes de couverture, des rapports sur la qualité des soins, sur l'équité de la distribution des prestations aux différentes catégories de bénéficiaires. Ces travaux permettent de mesurer le hiatus entre la pratique et l'idéal souhaité ; les taux de couverture n'atteignent pas toujours les objectifs fixés, les inégalités sociales se marquent en prévention comme dans les autres secteurs des soins de santé [1-5].

Cependant, ni la presse ni les études épidémiologiques ne rendent compte de l'état d'esprit ou des pratiques des généralistes de façon très précise. Avant de réaliser une enquête à grande échelle pour répondre à ces questions, il a semblé utile de rencontrer des généralistes

« de base ». Ceux qui ont été recrutés pour cette enquête ne pouvaient être ni académiques, ni chercheurs, ni actifs dans une société scientifique, ni syndicalistes. Leurs coordonnées m'ont été transmises par des amis communs du département de médecine générale de l'ULB, de la société scientifique de médecine générale, ou de CRISNET (Coordination, Recherche et traitement de l'Information en Soins de santé primaires, NETWORK asbl). La technique de l'entretien individuel semi-dirigé s'est imposée naturellement pour permettre un dialogue en profondeur, de médecin à médecin<sup>1</sup>, explorant de multiples facettes de la pratique.

## Références

1. Fabri V, Leclercq A, Boutsen M: **Programme de dépistage du cancer du sein. Comparaison du troisième tour (2007-2008) et du quatrième tour (2009-2010)**. Bruxelles: Agence Intermutualiste; 2014.
2. 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: 104 p.
3. Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J: **Health interview survey in Belgium 2004**. In: *Prevention*. vol. Livre IV. Brussels: Scientific Institute of Public Health; 2006: 109 p.
4. 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.
5. Meeus P, Van Aubel X: **Performance de la médecine générale, bilan de santé**. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI); 2012.

---

<sup>1</sup> Le Dr Jean-Luc Belche et moi-même avons mené ces entretiens, avec l'aide d'Anne-Françoise Lemaître, alors

## **Résumé**

### **Contexte**

En Belgique francophone, l'implémentation des procédures préventives en médecine générale reste sous le 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, favorisants 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 ont été citées comme facteurs 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 a été souvent critiquée. Une organisation centrée sur les soins primaires a été souhaitée.

**Conclusion**

Les conditions pour réduire les inégalités sociales face à la prévention ne semblent pas réunies actuellement. 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.

## **Abstract**

### **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.*

### **Conclusions**

*Conditions to tackle health inequalities towards preventive healthcare don't 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.*





## **Introduction**

En Belgique francophone, l'implémentation de certaines procédures préventives reste sous le niveau espéré (mammographies, vaccination antigrippe des plus de 65 ans, évaluation du risque cardio-vasculaire, etc.)<sup>1-4</sup>. Malgré un haut niveau de qualité de soins reconnu caractérisant le système de santé belge – le cinquième meilleur niveau au sein 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 socio-économique persiste au détriment des couches économiquement ou culturellement défavorisées de la population<sup>1356</sup>.

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. Le problème reste que dans un pays où la médecine générale est principalement rétribuée à l'acte, la plainte du patient occupe naturellement la place principale dans les consultations. La pratique des différents niveaux de prévention – surtout primaire et secondaire – 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 par entretiens auprès de généralistes francophones est de recueillir les représentations de leurs rôle et actions dans le dispositif préventif existant de la Fédération Wallonie-Bruxelles ; l'analyse qualitative fournira les éléments d'un questionnaire d'enquête quantitatif disséminé à l'échelle nationale, qui évaluera les déterminants de l'implication des généralistes dans une distribution plus systématique et plus équitable des actions de prévention.

## Méthodes

La technique d'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, sénior si > 20 ans), la pratique solo 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<sup>2</sup> et à l'analyse thématique des résultats. 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 verbatims rapidement utilisable pour l'écriture d'un questionnaire. Les thèmes investigués sont repris dans le tableau 1.

Les verbatims ont été analysés à l'aide du logiciel NVivo 8 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).

---

<sup>2</sup> Annexe 1

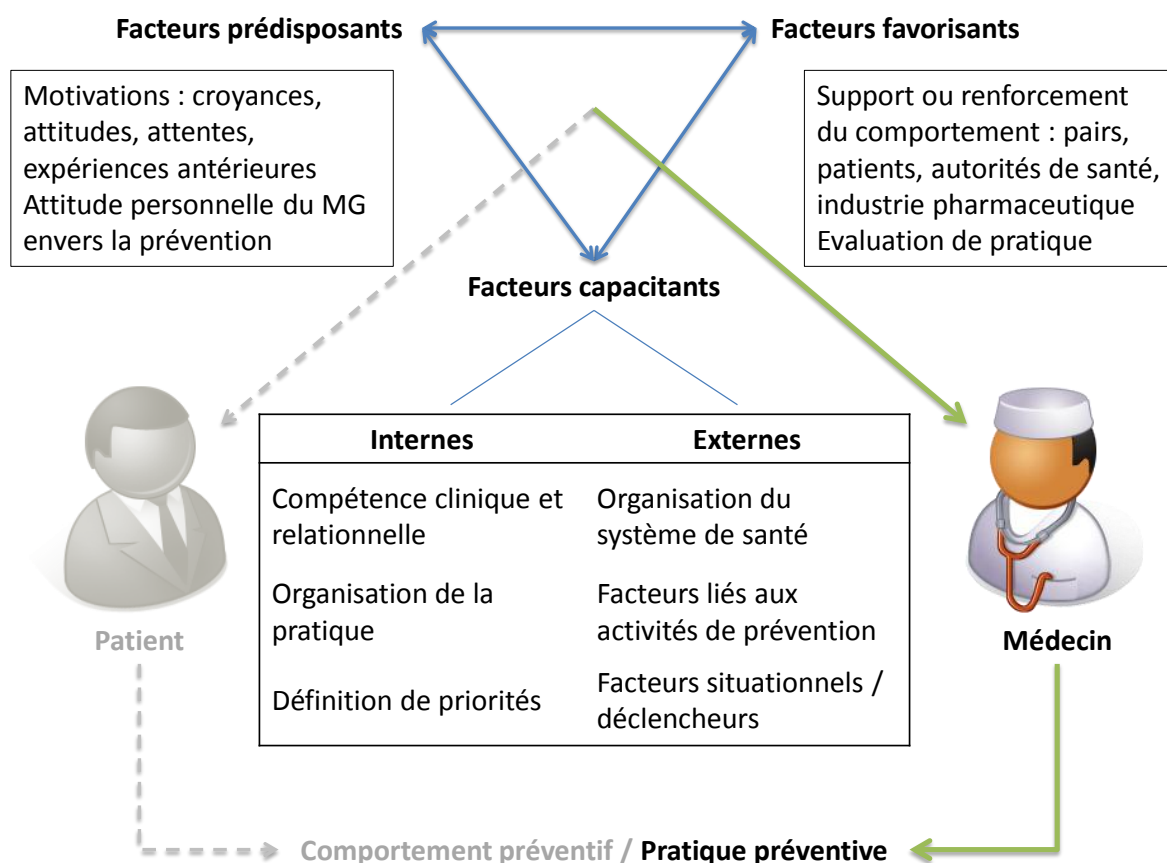


Figure 1 : Modèle systémique de soins cliniques préventifs (d'après Walsh & McPhee<sup>7</sup>)

Tableau I : Thèmes du guide d'entretien

**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 ;
- Equité 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 guidelines ;
  - 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.
- 

## Résultats

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

Tableau 2 : Caractéristiques des MG interviewés

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

### Facteurs prédisposants

Le choix final de proposer ou non une action préventive était dépendant des compétences et centres d'intérêts 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 facteurs de risque, pratique d'un sport, tabagisme ou non).

*Moi j'aime bien tout ce qui est ados, 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 (examen gynécologique p. ex.), 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..., jusque 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 pluridisciplinaire, 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 ; de même, les médias ont pu également influencer certaines pratiques, mais parfois le contexte les a rendus gênants, avec un impact peut-être négatif.

*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).*

L'évaluation de pratique 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'incitants financiers pour les médecins et pour les patients. De façon plus implicite, ils ont appelé à un refinancement global de leur spécialité pour leur permettre de réduire leur charge de travail.

*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).*

### **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 suite à 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 (p. ex. 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 continuée qu'à pratiquer la prévention. Le choix des sources d'information s'étendait dans une gamme très large (revues scientifiques, recommandations, presse médicale générale hebdomadaire, journaux « scientifiques » gratuits, visiteurs médicaux,...), semblait 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... j'écoute les confrères... je discute avec mes confrères (MG1)*

### **Facteurs capacitants externes**

La procédure préventive a souvent été amenée dans la consultation de façon opportuniste, ou 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 dis 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, eux qui auraient préféré se sentir plus efficaces dans cette partie de leur travail.

La circulation de l'information entre différents prestataires (médecins spécialistes ou agences spécialisées comme le programme de dépistage du cancer du sein) a été décrite de façon assez négative.

*Ben mammoth, 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)*

La plupart des MG ont déclaré qu'ils ont un rôle clé en prévention – aux côtés d'autres professionnels – 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 jusque 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 et un vrai échelonnement des soins, sans contraintes administratives superflues.

*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)*

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 trop de procédures différentes. Le feedback a été jugé insuffisant.

Les activités qui les impliquent directement, comme un dépistage cardiovasculaire organisé entre pairs ou le réseautage 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. En particulier, il faut noter que 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 différenciée de la prévention, qui est une compétence décentralisée au niveau des communautés linguistiques – et plus de l'Etat fédéral belge – et 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*.

### **Attitude 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 à la fois d'un manque de formation ou de la perte de ces compétences par non-usage dans un pays caractérisé par une difficulté à réguler l'offre médicale, globalement et entre les différentes spécialités, par exemple entre MG et pédiatres, entre MG et gynécologues<sup>8 9</sup> (les frottis de col par exemple sont réalisés quasi exclusivement par des gynécologues en Wallonie<sup>2</sup>). 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 différenciées : des « champions de la prévention » aux « réfractaires à la prévention en médecine générale »<sup>10 11</sup>.

### **Systematisation et équité**

Le système de paiement à l'acte – majoritaire en Belgique – 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 envers des individus. 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 bénéficient pas d'incitants, financiers ou organisationnels, et sont donc difficilement rencontrées. Des initiatives significatives pour définir le rôle des MG en ce domaine sont attendues<sup>12</sup>. Les autorités devraient initier le développement de ces améliorations en collaboration avec les associations professionnelles et créer les renforcements positifs pour les implémenter de façon durable.

Le contexte d'équité en santé ne semblait pas être connu 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. Ceci demande une compétence en organisation de la pratique qui n'est pas au catalogue de la formation initiale, et qui s'acquiert soit intuitivement, soit dans des structures pluridisciplinaires qui en ont fait un de leurs objectifs<sup>13</sup>.

L'(auto)évaluation de pratique était sous-développée, mais 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*<sup>14</sup>. Pourtant, le feedback sur sa pratique est sûrement un incitant majeur à entrer dans un cercle vertueux d'amélioration continue.

Dans un objectif d'organiser la prévention de façon plus systématique, plus efficiente et plus équitable, les MG représentent un potentiel encore largement sous-exploité<sup>15</sup>. Pour le développer, il faudrait une vision du métier dans une perspective plus communautaire, et un programme volontariste de formation et de soutien logistique<sup>13 16</sup>.

### **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 risque/bénéfices est particulièrement importante<sup>17</sup>.

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<sup>18 19</sup>. La délimitation des compétences et la gestion efficace des flux d'information sont des pré-requis. Ce n'est qu'ensuite que le challenge d'y intégrer les stratégies complexes de promotion de la santé pourra être considéré<sup>20 21</sup>.

### **Changements paradigmatiques**

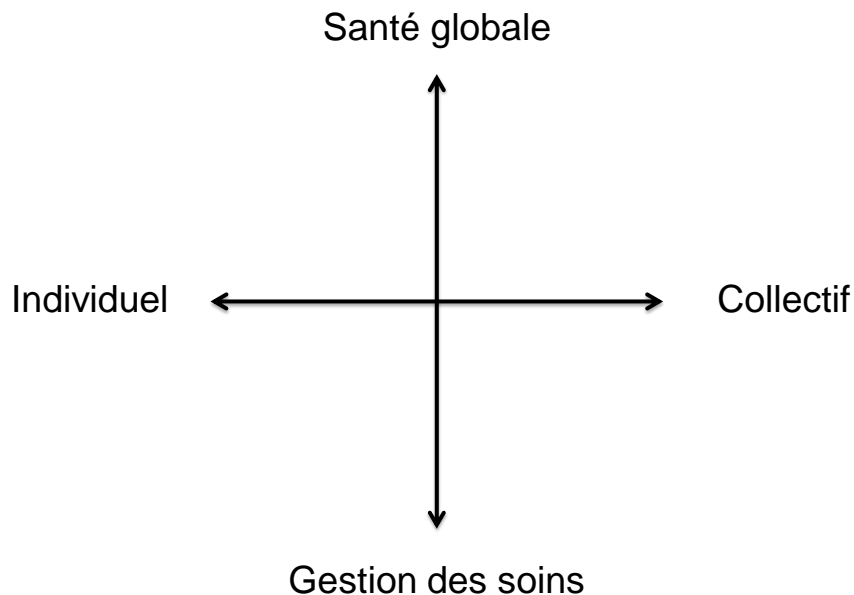
L'organisation et la systématisation des actions préventives demandent d'intégrer deux paradigmes, schématisés dans la figure 2.

Le premier paradigme suppose que le MG dépasse la demande immédiate du patient et se projette dans son 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 générale<sup>22</sup>. 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 retrouvée<sup>22</sup>.

La gestion de la dimension collective suppose la structuration et la codification des données cliniques dans les dossiers individuels (listes de problèmes de santé, de procédures effectuées et en attente) pour permettre leur tri en fonction des besoins : identification de profils de patients, de populations-cible, mesure de taux de couverture, etc.). Nous ignorons si les MG sont 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.



**Figure 1 : Modèle bidimensionnel de la prévention**

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

### **Conclusion**

Les conditions pour réduire les inégalités sociales 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, y compris sous forme de feedback sur la pratique, 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 bien réelles, ou de différences culturelles latins/germaniques, 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 aux changements paradigmatiques et organisationnels qui ont été évoqués plus haut. Une méthodologie d'enquête à grande échelle par questionnaire sur le territoire national permettra de répondre à cette question, tout en mesurant les éventuelles différences entre les communautés francophone et néerlandophone du pays.

### **Remerciements**

Les auteurs remercient les MG qui ont accepté de se plier 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

## Références

1. 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, 2009:54 p.
2. 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, 2004:104 p.
3. Bayingana K, Demarest S, Gisle L, et al. **Enquête de Santé par Interview. Prévention.** Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique, 2006:109 p.
4. 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.
5. Willems S, Van de Geuchte I, Alaluf V, et al. **Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique.** Santé conjugulée 2007;40(Avril):25-34.
6. **Euro Health Consumer Index 2012.** Danderyd, Sweden: Health Consumer Powerhouse, 2012.
7. Walsh JM, McPhee SJ. **A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician.** Health Educ. Q. 1992;19(2):157-75.
8. Drielsma P. **Cueillette bibliographique des obstacles à la réforme des soins de santé en faveur des soins de première ligne.** Santé conjugulée 2006;37(Juillet):98-110.
9. Bourgueil 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(Juillet):36-40.
10. 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: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 2011.
11. 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.
12. Feightner JW. Prevention. **We've come a long way baby..or have we?** Can. Fam. Physician 2006;52:13-5, 17-9.

13. Miermans M-C. **Un regard extérieur sur la dynamique du projet Agir ensemble en prévention.** Santé conjugulée 1999;10(Octobre):92-3.
14. 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.
15. van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. **Integration of personal and community health care.** Lancet 2008;372(9642):871-2.
16. Gosselain Y, Laperche J, Prevost M. **Les obstacles à la prévention en médecine générale : les connaître pour les dépasser.** Santé conjugulée 1999;10(Octobre):42-5.
17. Gervas J, Starfield B, Heath I. **Is clinical prevention better than cure?** Lancet 2008;372:1997-99.
18. **Rapport sur la santé dans le monde 2008: Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais.** Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2008:119.
19. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. **From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care.** Lancet 2008;372(9647):1365-7.
20. Neuwelt P, Matheson D, Arroll B, et al. **Putting population health into practice through primary health care.** N. Z. Med. J. 2009;122(1290):98-104.
21. Norman CD. Health promotion as a systems science and practice. J. Eval. Clin. Pract. 2009;15(5):868-72.
22. 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.





# **Chapitre 3 : Facteurs motivationnels**

Development of an attitude scale about preventative service delivery  
among Belgian General Practitioners

Marc Vanmeerbeek  
Valérie Quittre  
Didier Giet  
Anne-Françoise Donneau  
Lieve Peremans  
Christian Monseur

Soumis à Family Practice le 20/9/2014



## Préambule

**L'**étude qualitative des entretiens avec des médecins généralistes a permis de comprendre certains des déterminants de leur pratique en prévention. Cette étude a révélé des pratiques ou des attitudes parfois surprenantes, ou choquantes, eu égard à ma propre pratique en maison médicale. La grande diversité des pratiques et la multiplicité des obstacles à une pratique dite de qualité<sup>3</sup> restent les enseignements majeurs de cette enquête. La grille d'analyse de contenu, adaptée d'un modèle systémique de la relation médecin-patient publiée vingt ans auparavant, a permis d'extraire du discours des facteurs de prédisposition intimement liés à la personnalité des médecins ; la sensibilité personnelle vis-à-vis de la mort, de la sexualité, de la détresse sociale restent, à des degrés divers, des éléments qui conditionnent l'action du médecin. De façon plus attendue, les limites et difficultés organisationnelles, l'absence quasi-totale de vision collective des médecins envers la population qu'ils desservent, sont marquantes.

Les conclusions d'une étude de petite ampleur ne sont pas généralisables, d'autant que dans ce cas la saturation des données n'a pas été recherchée. En revanche, cette analyse a fourni un matériau abondant pour la rédaction d'un questionnaire à diffusion plus large. Grâce à une collaboration entre les départements de médecine générale des universités d'Anvers et de Liège, l'enquête a pu être diffusée à travers tout le pays, dans les deux langues nationales.

Pour avancer dans la compréhension de ce qui conditionne in fine le comportement des généralistes en matière de prévention, au-delà des déclarations, il a été fait appel à des théories du comportement issues de la psychologie sociale. Le modèle de l'action raisonnée, publié initialement par Martin Fishbein et Icek Ajzen en 1975, et affiné – séparément – par ces deux auteurs depuis, permet de rendre compte des déterminants du comportement. La version de Fishbein a évolué jusqu'à la publication en 2008 du modèle intégratif de prédiction du comportement, justement consacré à la promotion de la santé [1]. Le modèle, très complet, intègre les attitudes, les normes et l'auto-efficacité dans la genèse de l'intention, elle-même déterminant le comportement, sous l'influence modulatrice des facteurs environnementaux et des habilités et compétences de l'individu (figure 10).

---

<sup>3</sup> Les définitions de la qualité des soins sont abordées dans le chapitre 5.

L'étude qui suit relate la construction et la validation d'une échelle d'attitude. Pourquoi s'être limité aux attitudes et avoir délaissé l'aspect d'intégration des normes sociales et le sentiment d'auto-efficacité ? Une vue d'ensemble sur les prédicteurs du comportement devrait inclure ces divers éléments. Il est bien entendu plus facile de ne mesurer qu'un aspect à la fois, et à ce titre, l'étude est limitée dans son ambition de comprendre la totalité des déterminants du comportement. Néanmoins, il semblait pertinent d'ouvrir la voie par une première étude sur les représentations des généralistes, qui éclaire sous un angle inhabituel les comportements et déclarations observables au quotidien dans notre pays.

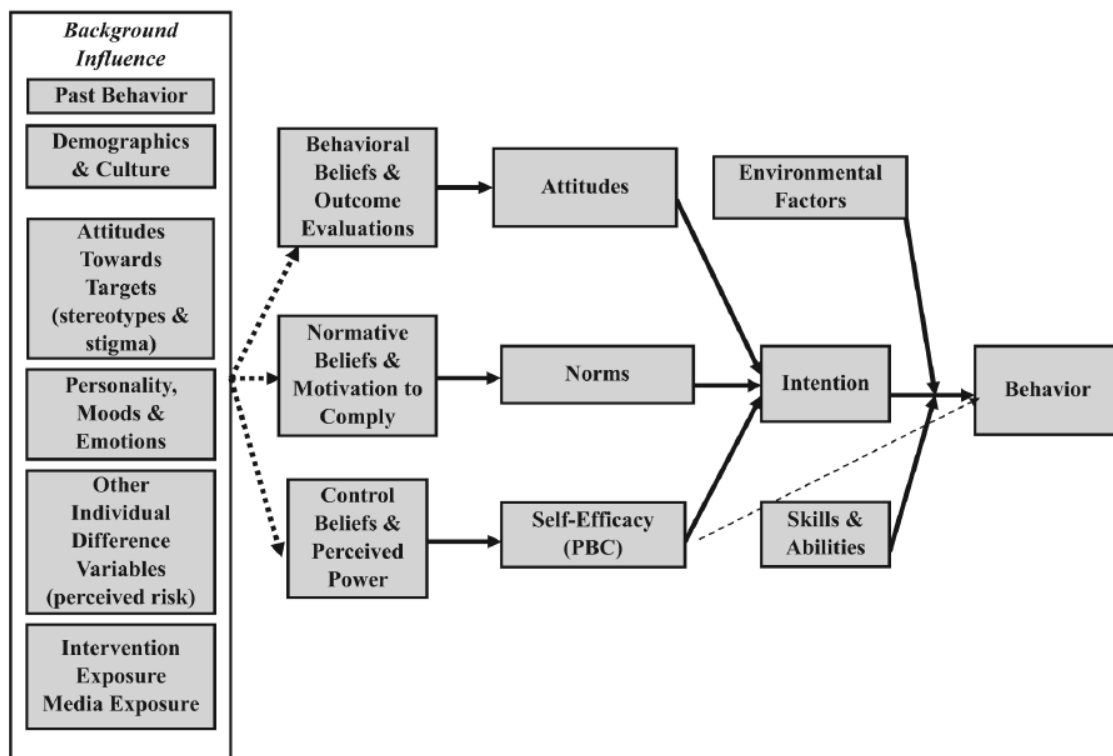


Figure 10 : Modèle de l'action raisonnée (Fishbein, 2008) [1]

L'intégration des normes par des médecins, telle que décrites par Fishbein, c'est-à-dire la somme des croyances normatives et la motivation à se conformer à des règles, mériterait une étude à elle seule. L'étude précédente a montré la difficulté des généralistes à se situer dans le cadre réglementaire de l'assurance-maladie et dans les campagnes de santé publique à visée de prévention. Il existe manifestement un sentiment de méfiance vis-à-vis des normes dans une profession « libérale ». Même dans cette étude non spécifiquement dirigée vers la mesure de l'intégration des normes, elles ressortent tout de même à travers le facteur « adhésion aux recommandations ».

*Toutefois, le modèle intégratif de Fishbein assume que les trois types de déterminants sont sous l'influence indirecte de facteurs communs que sont les comportements passés, des facteurs démographiques ou culturels, des stéréotypes, des facteurs émotionnels, etc.*

### **Référence**

1. Fishbein M: **A Reasoned Action Approach to Health Promotion**. *Med Decis Making* 2008, **28**(6):834-844.



## **Abstract**

### **Background**

In Belgium, the implementation of preventative healthcare services remains below expectations. General practitioners (GPs) could improve this; however, little is known regarding their willingness to change their practices.

### **Objective**

This study aimed to construct an attitude scale regarding preventative service delivery among Belgian GPs.

### **Methods**

A questionnaire was constructed with statements derived from quotes from a former qualitative study. A pretest was conducted to estimate internal consistency, and to ensure the relevance, clarity, and wording of the instructions and the questionnaire.

A total of 457 GPs answered the survey. The data were submitted to a differential item functioning analysis between the two Belgian language groups. The answers were submitted to an exploratory factor analysis and were then scaled according to an item response theory model. A linear regression analysis was used to obtain the GPs' profiles, which were used in a known-group construct validity measure.

### **Results**

The following four relevant factors were identified: performance appraisal, guideline adherence, patient-centeredness and collaboration, and power sharing. The factors accounted for 39% of the variance; internal consistency, measured using Cronbach's alpha, ranged from 0.67 to 0.85.

The GPs' attitudes towards preventative service delivery increased with multidisciplinary practice and decreased with seniority in the profession.

### **Conclusion**

The validity of the four factors is supported by internal consistency and literature findings regarding the influence of the type of associations among GPs. The validity of three of four factors is supported by literature focusing on the influence of the length of the career.

## **Résumé**

### **Contexte**

*En Belgique, l'implémentation des services de prévention reste sous les attentes. Les médecins généralistes (MG) pourraient améliorer cette situation ; cependant, on ne connaît que peu de choses sur leur disposition à modifier leurs pratiques.*

### **Objectif**

*L'objectif de cette étude est la construction d'une échelle d'attitude portant sur la délivrance de soins préventifs par les MG belges.*

### **Méthodes**

*Un questionnaire a été construit dont les propositions dérivent de verbatims provenant d'une analyse qualitative préalable. Un pré-test a permis d'en établir la cohérence interne, et de tester la pertinence et la clarté des propositions et des instructions du questionnaire.*

*Un total de 457 MG a répondu à l'enquête. Les données ont été soumises à une analyse DIF (Differential item functioning) pour tester la cohérence de l'échelle dans les deux groupes linguistiques belges. Les réponses ont fait l'objet d'une analyse factorielle exploratoire, et ensuite ont été classées dans un modèle IRT (Item response theory). Une régression linéaire a permis d'obtenir des profils de répondants, utilisés ensuite pour établir la validité de construit de l'échelle par la méthode des known-groups.*

### **Résultats**

*Quatre facteurs ont été identifiés : évaluation de la performance, adhésion aux recommandations, centrage-patient & collaboration, et partage du pouvoir. Les facteurs permettent d'expliquer 39% de la variance. La cohérence interne des facteurs, mesurée par l'alpha de Cronbach, variait de 0,67 à 0,85.*

*Les attitudes des MG envers la prévention étaient plus favorables dans les pratiques pluridisciplinaires et moins favorables chez les médecins plus âgés.*

### **Conclusion**

*La validité des quatre facteurs est établie par le degré de cohérence interne et par la littérature concernant l'influence du type d'association des MG. La validité de trois facteurs sur quatre est établie également par la littérature portant sur l'effet de la longueur de la carrière sur les performances.*



## **Background**

Although Belgian healthcare is characterised as a high-quality health system, not all potential beneficiaries receive the preventative care they might hope to expect. Two main problems still exist: 1) success in implementing preventative care remains below expectations in various areas (e.g., mammography, flu vaccination for patients over 65 years old, and cardiovascular risk assessment and counselling); and 2) for the majority of preventative health indicators, there remains a significant socioeconomic gradient, with lower coverage for disadvantaged populations (e.g., the participation rate for mammography screening is 20% lower among low-income groups, even in the free screening programme (1), and the coverage rate for immunisations (e.g. tetanus, hepatitis B or meningococcal C), as well as knowledge concerning HPV as a cause of cervix cancer, depends on the individual education levels (2, 3). Currently, implemented actions and programs tend to preferentially affect an audience that is already well informed and aware of preventative health care issues.

The development of a more systematised, equitable and efficient way of implementing preventative care cannot solely rely on patients requesting such procedures. Data have suggested that inequity in prevention is lower in general practice settings (4). Patients being on a patient list in general practice (Belgian “Global Medical Record”) collaborate more in prevention programmes. The GPs’ close doctor-patient relationships, facilitating patient-centred communication and premising personal targets, can act as part of a selective preventative approach, specifically tailored to the local community context.

This fact raises the question of the scope of GPs’ potential to contribute towards increasing coverage rates and reducing social inequalities in health; the difficulty in approaching disadvantaged people has been described previously (5, 6). GPs also encounter difficulties in integrating competing demands from patients (e.g., acute care, chronic illness, complete health check-up, and psychosocial problems) within given time constraints. Resistance to change is another important factor, and predicting how and when practices will change is difficult.

Little is known concerning physicians’ personal determinants of individual behaviour that influence preventative health service delivery. Following Fishbein’s theory of reasoned action, the behaviour of GPs in prevention is predominated by attitudes, norms and self-efficacy, whereas skills, abilities, and environmental factors are incentives or barriers to

action (7). Attitude can be defined as a disposition to act or react on a bipolar continuum, e.g., like/unlike or love/hate; attitude is determined by behavioural beliefs and outcome evaluations.

Measuring GPs' attitudes with regard to preventative service delivery is a first step towards developing an understanding of the behaviour and action of GPs. This study aimed to construct an attitude scale concerning preventative service delivery among Belgian GPs to retrieve a posteriori latent variables, as developed in the psychometric literature.

## **Methods**

### **Design and participants**

A questionnaire was constructed with statements derived from verbatim quotes of interviews among active GPs from a former exploratory qualitative study (8). The components of Walsh and McPhee's systems model of clinical preventative care were used as a guide for writing the interviewing guide and for the thematic analysis of this qualitative step (9). The analysis classified the physicians' predisposing, enabling, and reinforcing factors, the healthcare system organisational factors, the characteristics of the preventative activity, and the action cues into the following five primary themes that constituted the structure of the questionnaire:

- Comprehensive health: GPs are primarily focused on opportunistic (individual) prevention; the statements explored the attitude towards comprehensive health needs.
- Collective preventative strategies: These strategies are necessary to reach patients who never ask for preventative services. The statements explored the attitude towards GPs' feelings of responsibility for offering prevention to all patients and the identification of target populations through data structuring and coding.
- Practice assessment: The statements explored the attitude towards target-led working, the measurement of coverage rates, practice assessment and the use of a quality cycle.
- Interprofessional collaboration: Lack of time is one of the primary complaints of GPs. The statements explored the attitude towards task sharing with other healthcare professionals, administrative staff and healthcare promotion agents.

- Public health: The statements explored the attitude towards health authorities, public health campaigns and guideline adherence.

These themes cannot be considered as a framework to be confirmed by the ensuing statistical analysis; instead, these themes allowed constructing a questionnaire with statements that explored numerous aspects of the determinants of physicians' behaviours, and without focusing on particular aspects (e.g., systematisation or equity).

A first set of 52 statements, exploring 40 indicators, was constructed in accordance with the standard writing rules for such questionnaires. A pre-test was conducted to estimate internal consistency using Cronbach's alpha, and to ensure the relevance, clarity, and wording of the instructions and the questionnaire. A total of 23 statements were validated; 11 statements were reworded, 18 statements were rejected, and nine new statements were constructed to explore all of the indicators, reducing the scale to 43 statements (annex 2).

As part of the validation procedure, researchers submitted the scale to an expert panel to determine which response indicated the most favourable attitude towards preventative services; the panel comprised four professors of general practice from Belgian universities (Liege, Leuven, Antwerp and Brussels) and three experts in public health from the Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE) and the Hainaut Health Observatory. Consensus on the most favourable attitude was reached by 6 of 8 votes (including one vote for the research team). Four questions did not reach consensus and were deleted, reducing the scale to 39 statements.

Socio-demographic statements were recorded, including seniority in the profession, sex, practice location (urban, semi-urban, rural), form of association (single, GP group, multidisciplinary group and "medical home": a form of multidisciplinary primary care group governed by self-management among workers), and availability (or not) of additional preventative activities as part of a specifically organised structure (mother and child healthcare, school health, and family planning). Comparison data for the country were kindly communicated on our request by the National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI).

The attitude scale was developed in French; to ensure its distribution throughout the entire country, a translation/back translation process was performed by native speakers into Dutch.

A postal survey was sent in March and April 2012 to 2,500 GPs (1,300 Dutch-speaking or “D-group” and 1,200 French-speaking or “F-group”), selected by simple random sampling from the databank of approximately 10,000 GPs registered at the Ministry of Public Health. To reach a nominal power of 80%, 212 answers were required in each language group (using two sample t test to determine the mean difference;  $\alpha = 0.01$ ).

The survey participants responded using a five-point Likert scale, ranging from “strongly agree” to “strongly disagree”. Several statements were stated negatively and were reverse-coded to reduce the likelihood of response-pattern bias (Table 3). The responses were scored from one to five, with higher scores indicating the most favourable attitude towards prevention, according to the consensus among experts.

#### **Data analysis**

*Respondents' characteristics.* Results were expressed as mean for quantitative measurements and as numbers and percentages for categorical attributes. Proportions of respondents were compared using the chi-squared test for contingency tables.

*Differential item functioning.* Item functioning is intended to be invariant with respect to irrelevant aspects of respondents, such as language. First, we performed a differential item functioning analysis (DIF) for Likert-type item scores. The items that seemed to behave differently between the two language groups (misunderstanding in the translation or different approaches towards the job, etc.) were removed to improve the invariance of the attitude scale.

*Factor analysis.* A principal component exploratory factor analysis with varimax rotation was performed on the scores obtained from the remaining statements of the Likert scales to identify the underlying structure. This process allowed the statements to be sorted into a four-factor model.

*Item response theory (IRT) analysis.* The statement scores, although expressed as numbers, represent categorical variables. As factor analysis is designed to analyse continuous

variables, we had to choose another mathematical model designed to analyse dichotomous or polytomous variables, as responses on the Likert scales.

We used a partial credit item response theory (IRT) model to retrieve the respondents' classifying values and to estimate the GPs' "proficiency" in each of the four dimensions. Such multidimensional modelling allows the estimation of the latent correlation between dimensions, thereby preventing their underestimation. Moreover, this approach allows for proper management of the missing values. More information regarding the IRT multidimensional models and plausible values methodology is provided in the PISA Data Analysis Manual issued by OECD.

According to the structure revealed by the factor analysis, a four-dimensional model was fit using ConQuest IRT software, developed at the Australian Council for Educational Research. Plausible values were generated as the GPs' "proficiency" estimates, with all of the demographic information used as conditioning variables.

*Linear regression analysis.* For each factor, the relationship between the scores obtained by the IRT analysis and the socio-demographic covariates was tested using multiple linear regression analysis. Seniority was split into the following three categories, according to the cut-off values in the results: junior (<20 years), mature (20-30 years) and senior (>30 years); moreover, the groups were of similar size.

All of the results were considered to be significant at the 5% critical level ( $p < 0.05$ ). Data analysis was performed using the SAS (version 9.3 for Windows) statistical package.

## **Results**

### **Respondents' characteristics**

We received a total of 457 responses (18.3% response rate). The majority of the sample was male (69%), and the average job tenure was high (27.6 years) (Table 1).

The senior group was overrepresented compared with the national data reports (38%), due to the F-group. Single practice is declining in parallel with seniority in favour of GP groups and medical homes in the F-group and in favour of multidisciplinary teams and medical homes in the D-group.

**Table 1: Demographic characteristics of respondents compared with the population of Belgian GPs**

Variable	Respondents F-group N = 223	Respondents D-group N=234	All respondents N = 457	Country F-group N = 3579	Country D-group N = 5131	Entire country N = 8710
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Gender: N (%)</i>						
• Female	69 (31)	74 (32)	143 (32)	1050 (29)	1515 (30)	2565 (29)
• Male	154 (69)	158 (68)	312 (68)	2529 (71)	3616 (70)	6145 (71)
<i>Seniority in the profession: N (%) (7 missing values)</i>						
• Junior (< 20 y)	40 (18)	73 (31)	113 (25)	897 (25)	1489 (29)	2386 (27)
• Mature (20-29 y)	54 (24)	72 (31)	126 (28)	1227 (34)	1784 (35)	3011 (35)
• Senior (> 30 y)	123 (55)	88 (38)	211 (46)	1455 (41)	1858 (36)	3313 (38)
<i>Practice location: N (%) (4 missing values)</i>						
• Urban	115 (52)	76 (32)	191 (42)	No available data		
• Semi-urban	62 (28)	68 (29)	130 (28)			
• Rural	44 (18)	88 (38)	132 (29)			
<i>Specific activity in the preventative setting: N (%)</i>						
• Mother and child healthcare	37 (17)	17 (7)	54 (12)	No available data		
• School health	6 (3)	0 (0)	6 (1)			
• Family planning	7 (3)	0 (0)	7 (2)			
• None	173 (76)	217 (93)	390 (85)			
<i>Forms of association: N (%) (2 missing values)</i>						
• Single practices	155 (70)	112 (48)	267 (58)	2886 (81)	3160 (62)	6046 (69)
• GP groups	41 (18)	85 (36)	126 (28)	369 (10)	1806 (35)	2175 (25)
• Multidisciplinary teams	7 (3)	28 (12)	35 (8)			
• Medical homes	19 (9)	8 (3)	27 (6)	322 (9)	162 (3)	484 (6)

There was a strong relationship between seniority and gender, with women tending to be younger than men ( $p < 0,001$ ); between seniority and form of association, with younger physicians reporting being in associations more often than older physicians ( $p < 0,001$ ); and between seniority and additional preventative activities, with younger physicians being more often involved than older physicians ( $p = 0,006$ ).

### Differential item functioning

Following the DIF analysis, three statements were removed from the attitude scale. Therefore, the scale comprised 36 statements.

### Exploratory factor analysis

The default setting retrieved 9 factors whose eigenvalues were >1; four factors were significant for analysis and explained 39% of the variance. Internal consistency, as measured using Cronbach's alpha, was good (Table 2).

This process allowed for naming the factors in accordance with their content and defining the latent variables searched. Factor loadings and statements are presented in Table 3.

**Table 2: Eigenvalues and Cronbach's alpha for 4 factors**

Factors	Eigenvalues	% Variance	Cumulated values %	Raw alpha	Std alpha
Performance appraisal	7.82	21.7	21.7	0.841	0.846
Guideline adherence	2.92	8.1	29.8	0.672	0.671
Patient-centeredness & collaboration	1.82	5.1	34.9	0.775	0.777
Power sharing	1.57	4.3	39.2	0.699	0.697

**Table 3: Statements and factor loadings of the attitude scale, classified into 4 factors**

The "best answer" column indicates the response considered to be representative of the most favourable attitude towards preventative services: Y = strongly agree; N = strongly disagree

Statements	Performance appraisal	Guideline adherence	Patient-centeredness & collaboration	Power sharing	Best answer
<b>Factor 1: Performance appraisal</b>					
C30. It would be a useful exercise for GPs to evaluate what proportion of their patients had undergone certain preventative procedures (mammography, HbA1c dosage, etc.).	<b>0.70</b>	0.16	0.25	0.05	Y
E39. GPs who perform good preventative services should be rewarded by health authorities.	<b>0.67</b>	-0.07	-0.03	0.08	Y
B6. Every year, GPs must set themselves a minimum number of preventative actions to be performed on certain target groups among their patients.	<b>0.64</b>	-0.02	0.19	0.05	Y
B40. Today, the use of computers is indispensable for GPs.	<b>0.59</b>	0.12	0.13	-0.00	Y
E38. It is up to public authorities to set up preventative programs and to define the role of GPs in relation to these programs.	<b>0.57</b>	-0.12	-0.06	0.23	Y
B31. A fixed schedule should make it possible to send out reminders to patients who are late for a screening or preventative procedure.	<b>0.57</b>	0.14	0.39	0.07	Y
C3. GPs should learn to personally practice at least one evaluation technique for their preventative practice.	<b>0.55</b>	0.09	0.30	0.11	Y
C18. Evaluation of the preventative activity of GPs would ensure a more even distribution of such activity among patients.	<b>0.52</b>	0.03	0.26	0.15	Y
A35. It is essential for GPs to avail of a reminder system in their medical files to enable them to manage patient deadlines.	<b>0.49</b>	0.13	0.47	0.09	Y

C25. In matters of prevention, it is useful for GPs to compare coverage rates in their own practice with those in their local region.	<b>0.46</b>	0.07	0.21	0.05	Y
D12. It is appropriate for GPs to collaborate with other healthcare professionals in thematic actions for health.	<b>0.42</b>	-0.04	0.34	0.29	Y
C10. Evaluation of their own practices requires GPs to know exactly how many patients they have in their records.	<b>0.41</b>	0.16	0.12	-0.02	Y
<b>Factor 2: Guideline adherence</b>					
E37. Medical sales representatives supply useful scientific information to doctors.	-0.04	<b>0.72</b>	0.07	0.04	N
E9. Medical flyers offer quality scientific information.	-0.08	<b>0.68</b>	0.10	-0.03	N
E23. The exercise of medical care must remain free from the constraints of the state.	0.20	<b>0.60</b>	0.04	0.21 6	N
E1. The improvement in public health over the last few decades is primarily due to medical progress.	0.07	<b>0.53</b>	-0.09	0.14	N
A22. The GP's primary job is to handle patient complaints.	0.15	<b>0.50</b>	0.18	0.14	N
E11. Guidelines are rarely useful in prevention.	0.26	<b>0.35</b>	0.14	0.22	N
<b>Factor 3: Patient-centeredness and collaboration</b>					
B16. The role of GPs is to inform patients who are at risk and to advise them to undergo vaccination.	0.16	-0.00	<b>0.64</b>	-0.27	Y
A15. GPs must also emphasise the importance of prevention as a theme that is outside their usual curative practice.	0.27	-0.02	<b>0.57</b>	0.01	Y
B13. It would be a useful exercise for GPs to meet with groups of patients to discuss health issues (e.g., information exchange, question/answer sessions, and practical workshops)	0.22	0.06	<b>0.54</b>	0.22	Y
A21. Working, in part, on an appointment basis makes it easier to manage patient health.	0.07	0.11	<b>0.51</b>	-0.05	Y
A17. GPs do not need to become hindered by their patients' social situation.	-0.03	0.29	<b>0.50</b>	0.09	N
A33. Standardised memory aids (e.g., SCORE tables and vaccination schedules) help GPs to adequately practise prevention.	0.30	0.07	<b>0.50</b>	0.11	Y
D7. The opinions of nurses and physiotherapists should be systematically considered by GPs.	0.06	-0.20	<b>0.46</b>	0.40	Y
D34. The development of multidisciplinary collaboration protocols would be useful for outpatient care.	0.43	0.05	<b>0.46</b>	0.26	Y
D29. Medical group practice is a desirable development of general practice.	0.31	0.14	<b>0.43</b>	0.36	Y
B8. GPs must devote time to managing their patient files.	0.21	0.06	<b>0.38</b>	-0.02	Y
A43. A GP's preventative activity must concern every topic, even intimate and taboo subjects.	0.27	-0.22	<b>0.37</b>	0.07	Y
<b>Factor 4: Power sharing</b>					
A26. With regard to their patients, only GPs are competent to suggest a screening program.	0.04	0.35	-0.09	<b>0.63</b>	N
D27. With regard to multidisciplinary care in the home, GPs alone should define healthcare goals.	0.05	0.36	-0.03	<b>0.59</b>	N
E24. In some cases, prevention is better organised by health authorities than by GPs.	0.26	0.04	-0.22	<b>0.57</b>	Y
D2. Administrative management of patient deadlines in relation to prevention could be delegated to persons other than doctors.	-0.02	0.04	0.20	<b>0.57</b>	Y
D28. Nurses are competent in ensuring that everyday preventative actions are performed (e.g., vaccination reminders) under the supervision of GPs.	0.20	0.06	0.34	<b>0.52</b>	Y
D20. Data from patient files must be accessed only by the GP providing treatment.	0.10	0.32	-0.02	<b>0.47</b>	N
A36. Patients should be able to participate in the organisation of their own prevention plan.	0.11	-0.01	0.37	<b>0.38</b>	Y

The following four characteristics of GPs, linked to a favourable attitude towards preventative services, emerged:



- Performance appraisal (12 statements): This factor compiles information from practice assessment (including tools and techniques), target-led working, benchmarking, and incentives for best practice.
- Guideline adherence (6 statements): The statements investigated under this factor refer to how competence is acquired (scientific information) and implemented (guideline adherence), possibly in conflict with a patient’s individual interest.
- Patient-centeredness and collaboration (11 statements): Patient-centeredness refers to various strategies that GPs can use to focus on the patient’s agenda. Collaboration refers to the level of collaboration with and the delegation of tasks to allied health professionals.
- Power sharing (7 statements): This factor provides information on the extent to which GPs agree with shared decision-making with the patients and allied healthcare professionals.

### Latent correlations

The four latent variables correlate at different levels of intensity (Table 4). The strongest correlations are between “performance appraisal” and “patient centeredness and collaboration” (0.832) and between “guideline adherence” and “power sharing” (0.650).

**Table 4: Latent correlation coefficients**

	Performance appraisal	Guideline adherence	Patient-centeredness & collaboration	Power sharing
Performance appraisal	1.00	0.433	0.832	0.461
Guideline adherence	0.433	1.00	0.428	0.650
Communication & collaboration	0.832	0.428	1.00	0.478
Power sharing	0.461	0.650	0.478	1.00

### GPs’ profiles

The results of the multivariate analysis are presented in Table 5.

The type of association ( $p < 0.001$ ), language ( $p = 0.01$ ), and gender ( $p = 0.009$ ) influenced significantly the scores on the “performance appraisal” dimension. A rising gradient from solo practices, GP groups, and multidisciplinary practices to medical homes was observed. The scores were higher in the D-group. Men scored better than women.

The type of association ( $p < 0.001$ ), seniority ( $p < 0.001$ ), and additional preventative activities ( $p = 0.04$ ) influenced significantly the scores on “guideline adherence”. The rising gradient of the scores was observed again from solo practices to medical homes and from senior to junior physicians. GPs who were engaged in family planning activities scored significantly better than those who worked in school health.

Scores on “patient-centeredness and collaboration” were significantly influenced by the type of association ( $p < 0.001$ ) and language ( $p = 0.0002$ ). The rising gradient from solo practices to medical houses was again observed. This time, the scores were higher in the F-group.

The scores on “power sharing” were significantly influenced by the type of association ( $p < 0.001$ ), seniority ( $p < 0.001$ ), language ( $p = 0.02$ ), and practice location ( $p = 0.009$ ). The rising gradients from solo practices to medical houses and from senior to junior physicians were again observed. The D-group scored higher, as did the urban locations.

Table 5: Multiple linear regression analysis between the scores obtained by the IRT analysis and the socio-demographic covariates

Effect		Factor 1: Performance appraisal (N=444)		Factor 2: Guideline adherence (N=444)		Factor 3: Expertise & collaboration (N=444)		Factor 4: Power sharing (N=444)	
		Estimate	Pr >  t	Estimate	Pr >  t	Estimate	Pr >  t	Estimate	Pr >  t
Intercept		-0.04594	0.7047	-0.1476	0.0901	-0.1929	0.0575	0.08827	0.2819
Language (reference is D-Group)	F-Group	-0.2040	<b>0.0113</b>	-0.07231	0.2093	0.2496	<b>0.0002</b>	-0.1275	<b>0.0192</b>
Gender (reference is women)	Men	0.2262	<b>0.0088</b>	0.02204	0.7208	0.01883	0.7934	0.02614	0.6530
Form of association (reference is single)	GP group	0.2486	<b>0.0055</b>	0.2750	<b>&lt;.0001</b>	0.2390	<b>0.0014</b>	0.1701	<b>0.0050</b>
	Multidisciplinary group	0.6242	<b>&lt;.0001</b>	0.3881	<b>0.0003</b>	0.7439	<b>&lt;.0001</b>	0.2298	<b>0.0220</b>
	Medical house	1.3031	<b>&lt;.0001</b>	0.8629	<b>&lt;.0001</b>	1.0213	<b>&lt;.0001</b>	0.5383	<b>&lt;.0001</b>
Seniority (reference is junior)	Mature	-0.2447	<b>0.0208</b>	-0.2313	<b>0.0024</b>	-0.1371	0.1210	-0.3001	<b>&lt;.0001</b>
	Senior	-0.2135	<b>0.0466</b>	-0.4108	<b>&lt;.0001</b>	0.03717	0.6779	-0.4560	<b>&lt;.0001</b>
Practice location (reference is urban)	Rural	0.08905	0.3300	-0.1421	<b>0.0305</b>	-0.00253	0.9736	-0.1740	<b>0.0051</b>
	Semi-urban	-0.03326	0.7090	-0.1151	0.0722	0.007847	0.9161	-0.1423	<b>0.0186</b>
Additional preventive activities (reference is none)	School health	-0.4848	0.1240	-0.1256	0.5778	-0.3831	0.1461	-0.1865	0.3812
	Mother and child health	0.1173	0.3145	0.1230	0.1417	0.1375	0.1591	-0.00107	0.9892
	Family planning	-0.01597	0.9574	0.5495	<b>0.0106</b>	0.3936	0.1157	-0.09716	0.6308

## **Conclusions**

### **Main findings**

We identified the following four relevant factors whose combination can help assess GP attitudes in preventative service delivery: performance appraisal, guideline adherence, patient-centeredness and collaboration, and power sharing. The factors accounted for 39% of the variance; their internal consistency, measured using Cronbach's alpha, ranged from 0.67 to 0.85. The respondents' individual scores measured using IRT analysis revealed 2 x 2 correlations between the factors.

Because of the lack of a gold standard for measuring the attitude towards preventative services, we used a known-group construct validity measure (10). This validity measure is used when a scale can discriminate between groups of individuals based on socio-demographic properties. We found several elements in the literature that confirmed the strong influence of the two primary determinants of the GPs' attitudes towards preventative service delivery, i.e., form of association and seniority.

### **Form of association**

The form of association is the only determinant that influences the four factors and exhibited the most important impact on the estimates. We found evidence of better outcomes in preventative healthcare services in group practices like Canadian family health teams, family health groups, family health networks, community health centres, and health service organisations. The development of primary care models favouring teamwork has been identified as a facilitator of this attitude in various countries, including Belgium (6, 11-15). The involvement of allied healthcare professionals, scheduled meetings, and a shared vision of objectives were central to achieving better coverage rates. Our results suggest that such organisational and relational characteristics tend to be more deeply seated as the practice level of multidisciplinary increases.

Another fact to be considered is that the majority of Belgian medical homes are paid on a capitation basis whereas other forms of association or solo practices work on a fee-for-service basis. A former study from the Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE) reported increased proactive preventative service delivery in the capitation system (16).

### **Professional experience**

Junior physicians scored higher than older physicians in two of the four dimensions.

Several studies acknowledged an inverse relationship between age and preventative services (14, 17). A systematic review conducted by Choudhry et al. on the relationship between clinical experience and quality of healthcare reported decreased performance with increasing years in practice. Specifically, the appropriateness of physician use of diagnostic and screening tests, as well as preventative healthcare, decreased with age in 63% of the studies included in the review (18).

### **Limits and strengths**

The response rate (18.3%) appears to be low. Completing the questionnaire was estimated to take fifteen minutes; however, that time allotment was likely to be underestimated. We had to exclude approximately 10% of the respondents who were not active GPs. There currently exists no reliable cadastre or database of Belgian GPs because physicians working outside the context of social security are authorised to use the professional title of GP. Although low, the response rate could affect the mean results of the three factors; however, the factor structure would likely be similar. The results can be affected by differences in the proportion of different subgroups of GPs between the group of respondents and the entire country. However, the fact that the respondents' characteristics differed from those of the parent population should not affect the variance/covariance matrix, and consequently, the factorial structure remains unchanged.

Our findings are related to attitudes, i.e., a disposition to act or react on a bipolar continuum (e.g., like/unlike). One cannot consider a direct link between attitude and behaviour; other behavioural determinants, barriers and facilitators on the professionals' side as well as various factors on the patients' side intervene in this relationship. Moreover, such an instrument measures only explicit statements and is potentially susceptible to social desirability bias; implicit attitudes are also involved in behaviour prediction.

In our sample, as among Belgian GPs, seniority and the form of association were strongly dependent, with younger physicians being more likely to belong to associations than older physicians. This factor can influence the results linked to professional experience.

In our study, gender differences were limited to performance appraisal and to the advantage of men. In contrast, women were more likely to perform best in preventative service delivery according to the literature reports (11, 19, 20). Practice location was considered to

have little impact (17). Surprisingly, additional preventative activities performed by GPs out of their practice exhibited little impact on their individual results.

### **Conclusions**

This scale, which is intended to measure explicit statements on attitude, revealed four factors related to a positive attitude with regard to preventative service delivery. The validity of the four factors is supported by internal consistency and by literature findings concerning the influence of the form of associations among GPs, particularly teamwork, the involvement of allied healthcare professionals, and a shared vision of targeting objectives. The validity of two of the four factors is supported by literature findings concerning the influence of the length of the GP's career.

The four factors are unevenly spread among GPs. All are questionable in terms of acceptability by the profession because they predict methods of improvement that cannot solely rely on training. Changing attitudes is a complex issue that requires a mix of information, education and incentives.

These findings exhibit the potential for opening new avenues in the teaching of general practice and in encouraging GPs towards better management of preventative services.

### **Ethical approval**

The ethics committee of the university hospital of Liege declared this study does not fall under the Act of May, 7th, 2004 on human experimentation, and thus does not require any approval.

### **Funding**

This research was funded by Grant 2012/1251818 from the government of the Wallonie-Bruxelles Federation.

### **Conflict Disclosure**

The authors declare that they have no competing interests to disclose.

## References

1. Puddu M, Demarest S, Tafforeau J. **Does a national screening programme reduce socioeconomic inequalities in mammography use?** Int J Public Health 2009; 54(2): 61-8.
2. 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 IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 034.
3. Donders GG, Gabrovská M, Bellen G, Van Keirsbilck J, Van Den Bosch T, Riphagen I, et al. **Knowledge of cervix cancer, human papilloma virus (HPV) and HPV vaccination at the moment of introduction of the vaccine in women in Belgium**. Arch Gynecol Obstet 2008; 277(4): 291-8.
4. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. **Equity in prevention and health care**. J Epidemiol Community Health 2002; 56(7): 510-6.
5. Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, Taggart JR. **Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice**. BMC Fam Pract 2009; 10: 59.
6. 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.
7. Fishbein M. **A Reasoned Action Approach to Health Promotion**. Med Decis Making 2008; 28(6): 834-44.
8. Vanmeerbeek M, Belche J, Lemaître A-F, Vandoorne C. **Can French-speaking Belgian GPs improve their preventive healthcare delivery? A qualitative study**. Exercer 2013; 24(107): 107-13.
9. Walsh JM, McPhee SJ. **A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician**. Health Educ Q 1992; 19(2): 157-75.
10. De Maesschalck S, Willems S, De Maeseneer J, Deveugele M. **Development and validation of EMP-3: an instrument to measure physician's attitudes toward ethnic minority patients**. Fam Med 2010; 42(4): 262-7.
11. Thind A, Feightner J, Stewart M, Thorpe C, Burt A. **Who delivers preventive care as recommended? Analysis of physician and practice characteristics**. Can Fam Physician 2008; 54(11): 1574-5.
12. Levesque JF, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Pinard B, Gagné V. **Barriers and facilitators to the implementation of integrated models of prevention and management of chronic illnesses**. Prat Organ Soins 2009; 40(4): 251-65.

13. Lopez-de-Munain J, Torcal J, Lopez V, Garay J. **Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors.** *Prev Med* 2001; 32(1): 13-22.
14. Lobo CM, Frijling BD, Hulscher ME, Bernsen RM, Braspenning JC, Grol RP, et al. **Organisational determinants of cardiovascular prevention in general practice.** *Scand J Prim Health Care* 2003; 21(2): 99-105.
15. Carpiano RM, Flocke SA, Frank SH, Stange KC. **Tools, teamwork, and tenacity: an examination of family practice office system influences on preventive service delivery.** *Prev Med* 2003; 36(2): 131-40.
16. Annemans L, Closon JP, Closon MC, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa R, et al. **Comparison of the cost and the quality of two financing systems of primary health care in Belgium.** Brussels: Belgian Health Care Knowledge Center (KCE), 2008 85B.
17. Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH, McCutcheon EP. **Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice.** *Am J Prev Med* 1999; 17(1): 62-72.
18. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. **Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care.** *Ann Intern Med* 2005; 142(4): 260-73.
19. Henderson JT, Weisman CS. **Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences.** *Med Care* 2001; 39(12): 1281-92.
20. Flocke SA, Gilchrist V. **Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services.** *Med Care* 2005; 43(5): 486-92.



# **Chapitre 4 : Prévention et promotion de la santé**

Prévention et promotion de la santé : quels modèles pour soutenir  
l'évolution des pratiques en soins de santé primaires ?

Marc Vanmeerbeek  
Julien Mathonet  
Marie-Christine Miermans  
Anne-Laure Lenoir  
Chantal Vandoorne

Accepté pour publication dans *La Presse Médicale* (22/9/2014)



## Préambule

**U**ne fois connus les avis des généralistes sur leur pratique en prévention, et les déterminants objectifs de leur comportement de type attitudinal, il a semblé intéressant de chercher quels modèles de travail pouvaient guider les choix à poser pour améliorer la situation. Une revue de littérature a permis de retrouver des modèles opérationnels de prévention et promotion de la santé publiés dans les vingt dernières années et concernant les soins de santé primaires.

L'analyse des modèles montre leur évolution au fil des années, avec l'intégration dans la réflexion théorique des éléments apportés par les chartes successives de l'OMS sur la promotion de la santé, ainsi que par les rapports de la commission des déterminants sociaux de la santé. Les patients en sont pourtant encore fort absents, sauf exception. L'originalité de ce travail est de montrer les points de convergence possibles entre la prévention, représentante du modèle biomédical de la santé, et la promotion de la santé, partie prenante du modèle biopsychosocial.

Il est tentant de comparer les résultats de l'analyse de l'échelle d'attitude avec ceux de cette analyse de littérature. Les scores d'attitudes favorables à la prévention augmentent avec le degré de pluridisciplinarité et d'intégration des pratiques. Les deux facteurs d'attitude favorables aux patients, soit « centrage-patient & collaboration » et « partage du pouvoir », sont compatibles avec les pratiques de promotion de la santé intégrées dans les lieux de soins.

Les maisons médicales belges sont citées dans cet article comme des exemples d'intégration des dimensions individuelle et collective des soins, des laboratoires où s'expérimentent de nouvelles pratiques collaboratives entre les soignants et avec les patients. La relation de pouvoir entre patients et soignants y est discutée depuis plus de trente ans, en s'appuyant sur la réflexion concernant la relation de pouvoir entre les médecins et les autres intervenants en santé.

### *Ce qui était connu*

Les faibles ressources consacrées à la prévention médicalisée par le secteur des soins de santé ne sont pas toujours utilisées à bon escient et de façon équitable, alors que les inégalités sociales de santé persistent et s'amplifient.

Dans la littérature médicale, prévention et promotion de la santé sont souvent associées, comme si elles procédaient d'une même logique. Il n'est pas clair que cette association augmente l'efficacité de la prévention médicalisée, ni son caractère équitable.

### *Ce qu'apporte l'article*

Les mots de prévention, d'éducation et de promotion de la santé sont utilisés dans des acceptations très différentes selon les auteurs. Un consensus sur la définition de ces concepts serait bienvenu.

Certains éléments valorisés par la promotion de la santé seraient intégrables aux pratiques de soins préventifs et curatifs : empowerment individuel des patients, prise en compte de leurs milieux de vie ; participation accrue à des réseaux locaux de professionnels de la santé ; intégration, au sein des mêmes structures, de l'approche individuelle et collective pour permettre la poursuite simultanée des objectifs de personnalisation, d'efficacité et d'équité.

L'avis des patients/usagers est généralement absent dans l'élaboration des modèles opérationnels retrouvés dans la littérature scientifique médicale.

## **Résumé**

### **Objectifs**

Les modèles opérationnels publiés concernant la prévention et la promotion de la santé en soins de santé primaires ont été recherchés dans le but de réaliser un inventaire fonctionnel et de formuler des hypothèses de travail sur l'efficacité et l'équité de la pratique clinique en prévention.

### **Méthode**

Revue narrative de littérature utilisant les mots-clés relatifs aux différents niveaux de prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé primaires, aux modèles de pratique et à la délivrance de soins. La diversité des modèles a conduit à une analyse multicritères.

### **Résultats**

Douze modèles ont été sélectionnés. Leurs caractéristiques sont distribuées irrégulièrement. Les modèles dont les auteurs annoncent qu'ils s'appliquent à la prévention décrivent majoritairement des approches centrées sur les individus dans le cadre de la relation médecin-patient, et prennent en compte l'organisation de la pratique. Certains modèles systémiques de type socio-écologique illustrent le concept de promotion de la santé : pratique éducative, ciblage sur des groupes ou des populations, prise en compte de milieux de vie et des déterminants sociaux de la santé. La place des patients dans l'élaboration des modèles est mineure, à l'image de leur implication comme acteurs dans les systèmes de soins. Les définitions des termes de prévention, promotion de la santé et éducation du patient diffèrent considérablement d'un modèle à l'autre.

### **Discussion**

On dispose de peu d'informations sur l'application pratique des modèles ; les données d'évaluation sont parcellaires.

Certains éléments valorisés par la promotion de la santé seraient intégrables aux pratiques de soins préventifs et curatifs : empowerment individuel des patients, prise en compte de leurs milieux de vie ; participation accrue à des réseaux locaux de professionnels de la santé ; intégration, au sein des mêmes structures, de l'approche individuelle et collective pour permettre la poursuite simultanée des objectifs de personnalisation, d'efficacité et d'équité.

**Conclusion**

Ces évolutions ont des implications sur la formation des soignants, en termes d'aptitudes communicationnelles, de sensibilisation aux concepts de la santé publique et d'immersion précoce des futurs soignants dans la communauté.

## **Summary**

### **Objectives**

*Published operating models about preventive health care and health promotion in primary care were sought with the aim of 1) compiling a functional inventory; and 2) to formulate working hypotheses for the improvement of clinical practice towards more efficiency and more equity.*

### **Methods**

*Narrative literature review, using keywords related to the various prevention classes, health promotion, primary care, practice models and health care delivery. The diversity of models led to a multi-criteria analysis.*

### **Results**

*Twelve models were selected. Their characteristics were unevenly distributed. The models, whose authors announce that they apply to prevention, mainly describe approaches that focus on individuals within physician-patient relationship, and take into account practice organization. Some socio ecological and systems models illustrate health promotion: educational practice, group- or population-based targets, community environment and social determinants of health. There is little room for patients in elaborating the models, as they have little role in health care systems. The definitions of prevention, health promotion and patient education greatly differ from one model to another.*

### **Discussion**

*Little is known about practical implementation of the models; assessment data are scarce.*

*Some elements valued by health promotion could be integrated to health care: empowerment of citizens, addressing community environment; increased involvement in local health professionals' networks; integration of individual and collective approaches within the same health care facilities to address simultaneously individual customization, efficiency and equity objectives.*

### **Conclusion**

*These developments may call for adaptation in vocational training and continuous professional development: communication skills, awareness to public health concepts, and early and longitudinal exposure to community-based learning experiences for students.*





## Introduction

La prévention et la promotion de la santé sont souvent associées dans la littérature médicale ; la délimitation de ces concepts peut toutefois varier considérablement. Dans cet article, nous considérons les quatre niveaux de prévention utilisés dans le domaine des soins de santé primaires : prévenir la survenue d'une maladie (I), dépister précocement (II), éviter les complications d'une maladie (III), ou éviter la surmédicalisation (IV) (figure 1) [1].

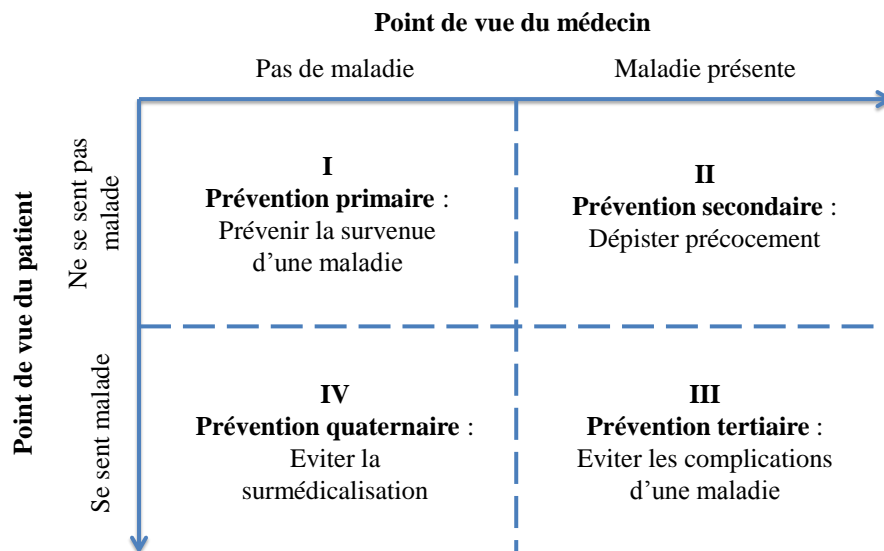


Figure 2: Les quatre types de prévention (d'après Jamouille) [2]

Pour la promotion de la santé, nous utilisons la définition du réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS) : « *un sous-champ de pratique du domaine de la santé publique/communautaire/des populations, dont l'objet est le changement planifié des habitudes et des conditions de vie ayant rapport avec la santé au moyen de techniques d'intervention précises (éducation pour la santé, marketing social, communication publique, action politique, développement communautaire, développement organisationnel)... Un des concepts inhérent à la promotion de la santé est l'autonomisation (ou empowerment)* » [3].

La prévention pratiquée dans un modèle biomédical n'atteint pas souvent son objectif d'accès universel aux soins préventifs, même dans des contextes où les soins de santé primaires sont largement accessibles [4]. Les actions et procédures préventives sont très

nombreuses, mais celles dont l'efficacité et l'acceptabilité sont établies sont plus rares, comme l'illustre la liste publiée par le Centre National (belge) de Promotion de la Qualité, qui comporte quatorze items [5]. Ce petit nombre s'explique par la difficulté à établir l'efficacité des procédures, leur balance bénéfice/risque, et les coûts engendrés à court terme. Initiées de façon inopportune, les actions préventives peuvent détourner des soins curatifs une partie des ressources humaines ; elles accroissent alors les inégalités en santé en concentrant les actions sur les populations les moins exposées aux risques [6, 7]. Des pans entiers de la population restent ainsi exclus des actions de prévention qui pourraient les concerner [8-10].

Pire, la prévention peut rendre malade, alors qu'elle s'adresse à des citoyens en bonne santé, ou du moins stabilisés dans leurs problèmes de santé : anxiété induite, effets indésirables des traitements médicamenteux ou des procédures (ex. irradiation des mammographies), risque de surdiagnostic et de surtraitement (ex. dépistage systématique du cancer de la prostate).

Les stratégies de prévention et de promotion de la santé s'inscrivent dans un continuum historique qui a débuté en 1946 avec la définition holistique de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ... pas seulement ... une absence de maladie ou d'infirmité* ». En 1978, la déclaration d'Alma Ata instituait le principe du droit à la santé pour tous. Les soins de santé primaires, en ce compris « *les services de promotion et de prévention* », y étaient positionnés comme vecteur essentiel de l'accès universel à un niveau acceptable de santé. Toutefois, dès 1976, les travaux se sont multipliés qui illustraient la contribution mineure des systèmes de santé à la production de la santé d'une population [11-13]. En 1986, la charte d'Ottawa positionnait la promotion de la santé pour « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* » au moyen de stratégies dirigées tant vers les individus que vers les collectivités.

Dès 2005, la commission des déterminants sociaux de santé de l'OMS donnait un autre éclairage à ces stratégies en plaçant l'accent sur les inégalités sociales de santé. Elle mettait en avant les déterminants structurels (éducation, emploi, revenu, position socio-économique, genre,...) et intermédiaires (conditions matérielles, comportements, facteurs

biologiques et psychosociaux, ...) de la santé [13]. Dans la suite des travaux de cette commission, le concept d'universalisme proportionné s'est développé comme principe d'une gouvernance qui favorise l'équité en santé : plus la position sociale est basse, plus l'intervention des professionnels de santé doit être importante pour augmenter le niveau de santé des patients.

Conceptuellement, la prévention et la promotion de la santé se différencient par leurs finalités, leurs publics-cibles, leurs stratégies d'intervention, leurs contenus éducatifs et les références de l'action (tableau I). Mais en pratique, sur le terrain, leurs différentes composantes connaissent des combinaisons multiples [14].

**Tableau II: Prévention et Promotion de la santé [14]**

	<b>Promotion de la santé</b>	<b>Prévention</b>
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
Publics	Population, communautés, milieux de vie	Groupes à risque
Stratégies et modes d'action	Organisation des services Action communautaire et participation des populations Éducation pour la santé Action politique, lobbying Action intersectorielle Modification de l'environnement	Organisation des services de soins Action communautaire et participation des populations Éducation pour la santé Action politique, lobbying Action intersectorielle Modification de l'environnement
Contenus éducatifs	Transversaux, démultiplicateurs (compétences psycho-sociales, analyse critique de l'information, etc.)	Spécifiques (informations, services, apprentissages sensori-moteurs, etc.)
Référence de l'action	Santé vécue - Santé manifestée ou observée	Santé manifestée ou observée - Santé objectivée

La promotion de la santé offre-t-elle une perspective intéressante pour développer des pratiques permettant de dépasser les limites observées en prévention ? Des modèles ont tenté d'analyser les composantes sous-jacentes aux interventions de prévention ou de promotion de la santé. Ce type d'analyse est essentiel pour rendre opérationnel les principes d'efficacité et d'équité vu la diversité des déterminants de la santé [13]. Il a semblé pertinent de chercher quels sont ces modèles, publiés dans la littérature scientifique en lien avec les pratiques de soins de santé primaire, pour en dresser un inventaire fonctionnel et poser des hypothèses de travail pour une amélioration de la pratique en prévention.

## Méthode

Une recherche narrative de littérature a été effectuée via le moteur de recherche Pubmed, en utilisant les mots-clés MeSH relatifs aux différents niveaux de prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé primaires, aux modèles de pratique et à la délivrance de soins. Afin de retrouver des modèles dont la diffusion serait limitée à la zone francophone, une recherche complémentaire a été effectuée en français dans la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), dans le Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CiSMef), sur les sites internet de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), et enfin via le moteur de recherche Google Scholar, en utilisant des termes de recherche similaires à ceux du MeSH.

Des sélections successives ont été effectuées sur le titre, puis sur le résumé et enfin sur le texte intégral des publications (figure 2). Les critères d'inclusion et d'exclusion sont repris dans le tableau II. Certains articles cités dans la bibliographie des publications retenues, ont été également inclus dans l'analyse.

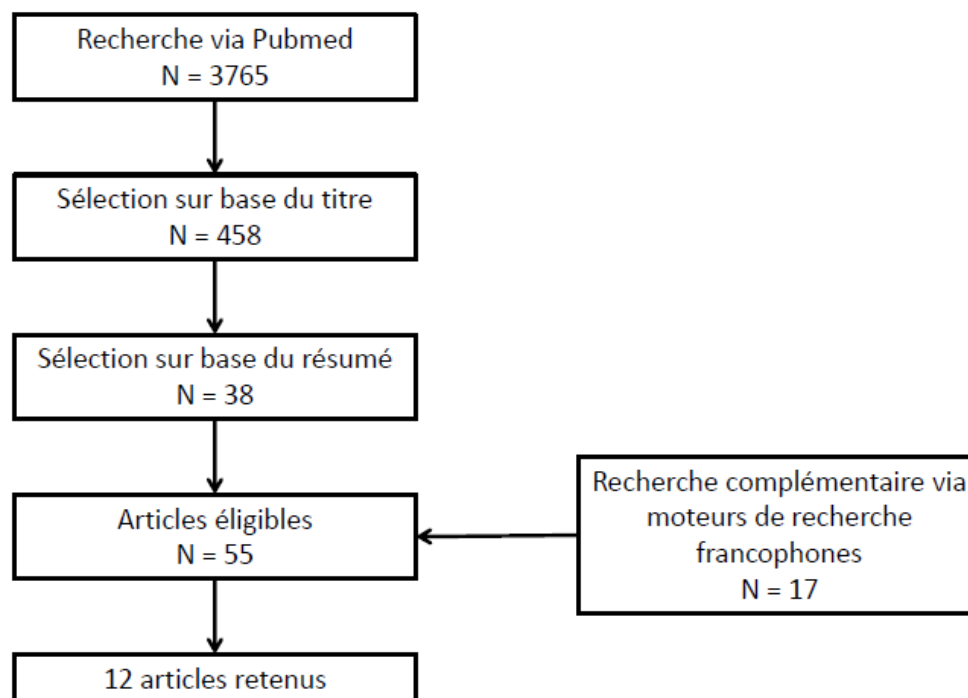


Figure 3: Processus de sélection des publications

**Tableau III: Critères d'inclusion et d'exclusion des publications**

<b>Inclusion (1 ou plusieurs critères)</b>	<p>Résumé et texte intégral disponibles</p> <p>Modélisation (éventuellement graphique) de la pratique de la prévention/gestion de la maladie chronique/promotion de la santé, pour les patients et/ou pour les soignants</p> <p>Cadre des soins primaires et/ou médecine de famille/médecine générale</p> <p>Perspective de santé publique</p>
<b>Exclusion (1 critère suffit)</b>	<p>Expérience pratique de mise en place d'un programme précis de prévention/de promotion de la santé</p> <p>Description uniquement des incitants à la pratique de la prévention/promotion de la santé</p> <p>Focus sur les aspects médico-économiques de la prévention/promotion de la santé</p> <p>Cadre de soins spécialisés et/ou hospitaliers</p> <p>Publication centrée sur une seule pathologie</p> <p>Etude clinique</p>

Après une première synthèse de chacun des articles retenus, la diversité des modèles a conduit à une analyse multicritères :

- Focus sur le type de pratique : soins curatifs, prévention (I, II et III – aucun article n'aborde la prévention IV), éducation à la santé ou éducation du patient à sa maladie ;
- Populations-cibles : individus, groupes de patients en interaction, population d'un (groupe de) médecin(s) ;
- Intrants de la relation clinique : caractéristiques personnelles des soignants, caractéristiques personnelles des patients/usagers, relation médecin-patient (aspects de pouvoir, de communication, de motivation) ;
- Facteurs externes pris en compte : organisation de pratique (évaluation, systématisation des actions, gestion de l'information clinique), système de soins (type de paiement, niveaux de collaboration, systèmes d'information, support), milieux de vie, déterminants sociaux de la santé.

Parmi les caractéristiques présentes dans les modèles, nous avons retenu comme relevant plus spécifiquement d'une approche de promotion de la santé l'éducation du patient, le ciblage du modèle sur des groupes ou des populations, la prise en compte des milieux de vie et des déterminants sociaux de la santé (Tableau III).

## Résultats

Les résultats de la recherche bibliographique sont synthétisés dans le tableau III. La synthèse des articles est présentée ci-dessous par ordre chronologique de publication.

Walsh & McPhee ont publié en 1992 le *Systems model of clinical preventive care* [15]. Dans ce modèle systémique, le focus porte sur la dyade médecin-patient, et analyse les déterminants du comportement préventif chez le médecin et chez le patient. Chacun est influencé par des éléments personnels : facteurs prédisposants (ex : croyances), capacitants (ex : habiletés), et de renforcement (ex : valorisation, incitants). Des facteurs situationnels et déclencheurs du comportement sont également présents. Des éléments externes influencent le fonctionnement de la dyade : système de soins, facteurs organisationnels, facteurs liés à l'activité préventive. Les caractéristiques sociodémographiques du médecin et du patient sont évoquées.

En 1994, Jaén et al. proposaient leur modèle *Competing demands of primary care* [16]. Ce modèle systémique analyse les interactions entre les contraintes du médecin, du patient et de l'environnement de pratique dans la délivrance des soins préventifs. L'approche est individuelle, et les facteurs personnels du médecin et du patient sont présents via leurs connaissances et attitudes respectives, leur gestion du temps et certaines caractéristiques (maladie chronique p.ex.). L'accent est mis sur les interrelations entre les divers composants du système : l'organisation de la pratique, les autres patients du médecin, les autres professionnels de santé impliqués. L'environnement est présent via le système de paiement, la perception par le médecin de sa propre performance au sein du système de santé, et les caractéristiques de son implantation professionnelle (densité de médecins p.ex.).

Tableau III: Les différents modèles opérationnels en prévention/promotion de la santé en soins primaires

Les plages grisées indiquent les caractéristiques plus proches de la promotion de la santé

Auteurs	Modèle	Type de pratique			Populations-cible			Intrants de la relation clinique			Facteurs externes pris en compte				Caractéristiques principales du modèle	Année
		Soins curatifs	Prévention (I, II et III)	Education du patient	Individus	Groupes de patients	Population des médecins	Relation médecin-patient	Caractéristiques des soignants	Caractéristiques des usagers	Organisation de pratique	Système de soins	Milieu de vie	Déterminants sociaux		
Walsh & McPhee [15] Revue de littérature et exposé de principes	<i>Systems model of clinical preventive care</i>		X		X			X	X	X		X			Influence réciproque des caractéristiques personnelles du médecin et du patient dans un environnement systémique ; feedback	1992
Jaén <i>et al.</i> [16] Revue de littérature et exposé de principes	<i>Competing demands of primary care</i>		X		X				X	X	X	X			Influence réciproque des caractéristiques personnelles du médecin et du patient dans un environnement systémique	1994
Deccache [17] Exposé de principes	Modèle éducatif		X	X	X			X	X				X		Actions de prévention et d'éducation du patient dans le cadre de la relation individuelle	1997
Glasgow <i>et al.</i> [18] Revue de littérature et exposé de principes	<i>Chronic care model</i>	X	X	X	X						X	X	X		Aspects organisationnels au sein du système de santé	2001
Best <i>et al.</i> [19] Revue de littérature et exposé de principes	<i>Integrative framework for community partnering</i>		X			X				X			X	X	Multiréférentialité ; priorisation des actions ; divers niveaux de relation entre acteurs professionnels et publics-cibles	2003
Cifuentes <i>et al.</i> [20] Etude prospective	Coévolution		X		X				X		X				Gestion de la communication entre professionnels	2005

<b>Sussman et al. [22] Etude comparative multicentrique</b>	<i>Self determination theory</i>		X		X				X						Déterminants personnels du comportement du médecin	2008
<b>Kreps [23] Revue de littérature et exposé de principes</b>	Modèle de Weick		X	X	X			X			X	X			Contrôle du processus communicationnel entre professionnels	2009
<b>Naaldenberg et al. [24] Exposé de principes</b>	<i>Systems thinking in health promotion practice</i>					X	X		X		X		X		Structure, sens, rapports de pouvoir	2009
<b>Watt et al. [25] Etude prospective</b>	<i>Anticipatory care</i>		X		X		X				X	X			Relation médecin-patient ; soutien organisé du système de santé	2011
<b>Calderon et al. [26] Recherche qualitative</b>	Cadre théorique bidimensionnel		X		X			X	X	X		X	X		Influence réciproque des caractéristiques personnelles du médecin et du patient dans un environnement systémique	2011
<b>Heidemann &amp; Almeida [27] Etude prospective</b>	Cercle de culture de Paulo Freire	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		Exploration critique des déterminants de santé par les soignants et les patients	2011



En 1997, Deccache proposait un **modèle « éducatif » de promotion de la santé** au sein de la dyade médecin-patient, intégrant plusieurs composants : prévention, éducation pour la santé et éducation du patient [17]. Parmi les domaines de la promotion de la santé se retrouvent, d'une part, des activités médicales et éducatives, et, d'autre part, des activités légales et environnementales. Chaque domaine a deux volets : la prévention de la maladie ou l'amélioration de la santé. Les valeurs du médecin sont mises en avant et déterminent son positionnement dans le système : valeurs professionnelles (choix du lieu ou type de pratique, référence au modèle biomédical ou bio-psycho-social), valeurs sociales (ex. humanisme), modèle éducationnel utilisé avec les patients (logique d'enseignement, centrée sur l'enseignant, ou logique d'apprentissage, centrée sur l'apprenant).

En 2001, Glasgow et al. appliquaient le **Chronic Care Model** (Wagner, 1998) à l'analyse des interactions entre des patients informés et « activés » et des équipes de soins proactives et entraînées pour favoriser le développement de services préventifs efficaces, dispensés au niveau individuel [18]. La prévention et la gestion des maladies chroniques présentent 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). Le modèle se focalise sur le système de santé et ses composants (support aux dispensateurs de soins, organisation des soins, support décisionnel, système d'information clinique) au sein de la communauté (médicale), ses ressources et ses politiques de santé.

En 2003, Best et al. proposaient l'**Integrative Framework for Community Partnering** [19] pour faire face à la complexité et à la diversité des pratiques et de la recherche en promotion de la santé, soit l'implication de plusieurs disciplines et du public cible dans une approche systémique, globale, participative et collaborative. Les auteurs suggèrent d'intégrer quatre modèles conceptuels existants et complémentaires pour développer et supporter les réseaux, et combiner les approches *top-down* et *bottom-up* au niveau populationnel : 1) **PRECEDE-PROCEED**, qui pose la question de la cohérence et de la priorisation des actions dans le développement des programmes, en fonction de la versatilité des cibles potentielles et de la multitude des résultats possibles ; 2) *Social ecology*,

qui amène une vue globale sur les déterminants de la santé, et par là les différents niveaux d'action nécessaires : individuel, organisationnel, institutionnel ; 3) *Life course health development model*, qui intègre l'évolution des besoins en santé dans la durée de vie des individus ; 4) *Community partnership model*, qui propose aux différents acteurs une façon de travailler ensemble. Le modèle intègre des niveaux complexes de relation entre acteurs professionnels et publics-cibles. Il prend en compte les déterminants sociaux de la santé.

L'article de Cifuentes et al. (2005) consacré aux nécessaires réformes de structure en prévention et promotion de la santé (individuelle) dans les pratiques de soins de santé primaires, introduisait le concept de **coévolution** dans le champ des actions en santé [20, 21]. Le concept vient du monde de l'entreprise. Il propose les conditions pour la collaboration en permettant la synergie et la compétition entre les composants décentralisés d'un système (soignants ou équipes de soins), récompensant les performances individuelles ; les relations sont constamment en développement, mais seules celles qui sont productives sont conservées. Le concept a été utilisé pour développer l'organisation d'unités de soins préventifs. Les auteurs citent par ailleurs trois modèles utiles, à savoir le *Chronic Care Model*, cité ci-dessus, le modèle d'Everett Rogers de diffusion de l'innovation et le modèle des 5A (*Ask, Advise, Agree, Assist, and Arrange*), utilisé pour gérer une consultation de conseil en santé.

Sussman *et al.* se sont intéressés en 2008 aux facteurs personnels impliquant le soignant pour améliorer la diffusion des procédures préventives menées aux niveaux du système de santé ou des pratiques de soins de santé primaires [22]. Ils ont analysé ce dernier niveau à la lumière de la **self-determination theory**, qui classe en trois éléments les déterminants de la motivation personnelle à agir. Le besoin d'autonomie rend compte du sens que les cliniciens mettent dans le choix de leurs actions ; le besoin de compétence traduit le désir d'agir avec savoir-faire dans l'environnement professionnel ; le besoin d'être en relation rend compte de la nécessité du support social. Les interactions du soignant avec ses collègues sont effleurées.

Kreps a proposé en 2009 d'appliquer le **modèle organisationnel de Karl Weick** aux soins et à la promotion de la santé [23]. Le modèle met en avant la nécessité de communication active entre différents acteurs, tant au niveau du système de soins et ses sous-systèmes (soignants,

patients, assureurs, autorités de santé, etc.), que dans la relation soignant-soigné, où il est de la responsabilité des soignants de veiller à la clarté de la communication (p.ex. observance médicamenteuse). Dans sa forme de 1979, le modèle pose l'information comme le principal intrant et extrant du processus organisationnel. Les organisations sont décrites comme un ensemble de processus de communication interconnectés, utilisés pour résoudre l'ambiguïté (*equivocality*) de certaines situations, pour promouvoir la recherche de solutions, l'adaptation et la croissance. Les processus de communication en santé reposent sur la notion de gestion de l'ambiguïté par deux mécanismes : les règles et les cycles. Les règles aident à évaluer le degré de familiarité ou d'ambiguïté des intrants communicationnels et balayent le champ des réponses standardisées disponibles pour y répondre. Les cycles communicationnels sont une suite de messages échangés entre les acteurs pour réduire l'ambiguïté d'intrants complexes : action, réponse, ajustement.

Naaldenberg *et al.* ont proposé en 2009 une vue sociale plutôt que technique de la promotion de la santé dans leur ***Systems thinking in health promotion practice*** [24]. L'objectif de la promotion de la santé est de produire des changements à la fois au niveau individuel et dans l'environnement physique et social, en mobilisant le système plutôt qu'en apportant des réponses à la problématique d'un de ses composants. Les interactions entre les différents facteurs du système (services de santé, autorités de santé, municipalités, patients, etc.) sont analysées par l'approche systémique des « systèmes mous », conçue pour déterminer ce qui doit être fait dans une problématique mal définie, évolutive et impliquant des personnes ayant des perceptions différentes sur le problème à résoudre. Pour développer la compréhension de ces systèmes, ils utilisent trois concepts : 1) la structure : un système est composé de sous-systèmes, plus cohérents que l'ensemble, et régis par leur règles propres ; 2) le sens : les différents acteurs professionnels du système ont leurs propres objectifs, perceptions, habitudes, valeurs ; le sens que chacun donne aux actions influence les interactions entre acteurs, et est influencé en retour par le contexte environnant ; 3) les rapports de pouvoir, formels ou ressources-dépendants.

En 2011, Watt *et al.* présentaient un modèle nommé ***anticipatory care*** [25]. Le modèle consiste à combiner les avantages de la médecine générale au sein de la relation médecin-patient (couverture quasi universelle, continuité et coordination des soins, relation personnalisée de longue durée) avec ceux d'un soutien méthodologique et logistique au sein

du système de santé (identification de groupes à risque), en y mobilisant différents sous-systèmes (références spécialisées, élaboration de programmes spécifiques). Ce modèle diffère d'un suivi personnalisé de qualité par sa dimension populationnelle, la prise en compte de la planification des actions dans la durée, et leur évaluation. Le principe est basé sur l'expérience princeps du Dr Julian Tudor Hart qui, dès les années 60, pratiquait des examens préventifs systématiques de ses patients, quelle qu'ait été leur demande de soins, et tenait à jour des registres des actions menées. Le cœur de cible de la prévention, difficile à atteindre, consultait régulièrement pour d'autres motifs, et la fréquence cumulée des consultations garantissait la couverture quasi parfaite de la population en matière de prévention.

Calderon *et al.* ont construit en 2011 un **cadre théorique bidimensionnel** présentant le positionnement personnel des médecins et des patients à propos de la promotion d'un mode de vie sain, au départ d'une analyse qualitative [26]. Dans ce modèle, les activités de prévention/promotion de la santé s'inscrivent dans des relations « horizontales » (dyade médecins-patients) et « verticales ». Dans les relations « verticales », les médecins se situent entre, d'une part, le cadre du service de santé, avec ses contraintes et conditions particulières de travail (charge de travail, temps disponible, manque de confiance dans les programmes de promotion de la santé, pratiques routinières et leurs méthodes d'évaluation), et, d'autre part, les demandes multiples des patients, focalisées sur des besoins immédiats. Pour les patients, l'influence « naturelle » du contexte microsocial est primordiale. La relation verticale se joue entre bien-être et santé (ou peur de la maladie), telle que présentée par les professionnels ; la prévention, c'est pour éviter des maladies, et ils privilégient donc la demande de tests au détriment de modifications comportementales. Les théories classiques de prédiction des comportements (*health belief model, socio-ecological model, social learning model*) contribuent également à expliquer le positionnement des médecins et des patients.

Pour inclure des activités de promotion de la santé dans des pratiques de médecine de famille au Brésil à travers une approche populationnelle, Heidemann & Almeida ont utilisé le concept de **recherche participative de Paulo Freire** en rassemblant en 2011 divers professionnels de santé et des usagers des services dans des « **cercles de culture** » [27]. La méthode de Freire (1968) passe par trois phases successives : investigation thématique,

codage/décodage de significations sociales et linguistiques, et exploration critique confrontant les résultats des phases précédentes à la réalité vécue et aux changements possibles. La méthode permet d'identifier les thèmes critiques à un moment pour une communauté donnée, ainsi que les moyens d'amélioration, tout en réalisant l'*empowerment* des participants. La méthode balaye tous les niveaux de relation régissant la vie en société. Elle permet entre autres de questionner la résistance des professionnels et des populations à l'action des agents de santé communautaire.

## **Discussion**

### **Résultats principaux**

L'analyse des douze publications peut se résumer en six points :

1. Les articles étudiés utilisent les mots de prévention, d'éducation et de promotion de la santé dans des acceptations très différentes. Ceci peut être mis en lien avec la diversité des contextes et des origines professionnelles des auteurs (médecine générale, nursing, santé publique, communication).
2. La plupart des modèles parlent des patients, mais très peu ont été construits avec eux [26, 27]. Une approche ontologique simple, s'intéressant à ce qui conditionne leur positionnement dans la dyade médecin-patient, et leurs relations à l'environnement immédiat, est toutefois présente dans quelques modèles [15, 16, 19].
3. Les modèles dont les auteurs annoncent qu'ils s'appliquent à la prévention décrivent majoritairement des approches centrées sur les individus-patients [15-18, 20, 22, 26], à l'exception notable du modèle *anticipatory care* [25], qui tente précisément d'intégrer une dimension collective aux pratiques de soins de santé primaires, et du modèle de Weick, limité aux aspects communicationnels [23]. La plupart de ces modèles analysent le fonctionnement de la dyade médecin-patient, acteurs relativement figés dans leurs rôles respectifs (l'un soigne, l'autre est soigné), au sein du système de soins. Deux des modèles prennent cependant en compte les milieux de vie des patients et intègrent une dimension éducative [17, 18].
4. Certains modèles systémiques de type socio-écologique illustrent le concept de promotion de la santé [19, 24, 26, 27]. Ces modèles en intègrent à des degrés divers certaines caractéristiques distinctives : approche des groupes ou des populations,

prise en compte des milieux de vie ou des déterminants sociaux de la santé [19, 24, 26, 27]. La compréhension de ces derniers par les soignants ou les soignés est permise par une grille de lecture du fonctionnement de la société ou de certains de ses composants [19, 24, 27].

5. Quelques modèles seulement ont été mis à l'épreuve de la pratique, et souvent dans des contextes restreints. Les données d'évaluation sont parcellaires.
6. Si les modèles décrivant la prévention et la promotion de la santé semblent les opposer, des points de convergence semblent possibles et sont discutés dans cet article.

### **Forces et faiblesses**

Cette analyse de la littérature ne peut prétendre à l'exhaustivité ; malgré la formalisation des critères de sélection, le choix des sources a pu être empreint de la subjectivité des chercheurs. La recherche n'a pas été dirigée vers les bases de données des sciences humaines (notamment PsycINFO, Francis et Pascal) qui auraient pu apporter un éclairage différent.

Le système de mots-clés structurés du MeSH n'est pas conçu pour effectuer des recherches sur des concepts, ce qui explique le grand nombre de résultats initiaux pour le petit nombre de publications sélectionnées. Par ailleurs, la définition de la promotion de la santé du MeSH, à savoir « *Encouraging consumer behaviors most likely to optimize health potentials (physical and psychosocial) through health information, preventive programs, and access to medical care* », est restrictive par rapport à celle du REFIPS citée en introduction et constitue une limite intrinsèque de la recherche de littérature.

Néanmoins, cette analyse narrative de la littérature a révélé la diversité d'approches nommées prévention et promotion de la santé, du point de vue du monde médical. Elle permet d'évoquer des améliorations possibles de la prévention en soins de santé primaires.

### **Les patients occupent une place congrue**

La place des patients dans les modèles recensés reflète celle qui leur est traditionnellement attribuée dans les systèmes de soins : ils en sont objets plutôt que partie prenante. Leur absence constitue sans doute un élément d'explication aux difficultés d'implémentation d'action de prévention/promotion de la santé dans certaines populations.

Deux exceptions notables ont été relevées dans cette étude : celle du cadre théorique bidimensionnel de Calderon [26], basé sur une recherche qualitative dans un contexte de soins, et celle des cercles de culture de Heidemann & Almeida [27]. La première se développe dans le cadre de la promotion de la santé dans la relation individuelle. La seconde développe une approche collective, et est la seule à faire une référence explicite à une théorie à la fois pédagogique, sociale et politique [27]. La promotion de la santé est pourtant éminemment politique, car elle nécessite de coordonner de multiples secteurs de la société pour influencer autant que possible les divers déterminants de la santé et de la maladie.

On remarque cependant une progression de l'attention aux usagers entre les modèles, de la prise en compte des caractéristiques personnelles des patients [15, 16, 19, 26, 27], puis à celle des milieux de vie [17-19, 24, 26, 27], puis des déterminants sociaux [19], jusqu'au ciblage de groupes d'utilisateurs, pouvant potentiellement remettre en question le pouvoir médical [19, 24, 27].

### **Deux mondes en présence**

La prévention et les soins curatifs partagent les mêmes modèles fonctionnels, centrés sur la relation clinique dans la dyade médecin-patient : l'exemple de l'application du *Chronic Care Model* à la prévention en est un exemple clair [18]. Ses différents composants (p.ex. systèmes d'information, dialogue médecin-patient) permettent de passer en revue systématiquement les forces et les faiblesses des pratiques de terrain. Des stratégies concrètes d'amélioration du fonctionnement peuvent en être déduites localement, en accord avec les besoins ressentis ou exprimés par les soignants et/ou les patients pour s'implanter dans des pratiques principalement et historiquement dédiées aux soins curatifs [29, 30]. Agir sur les réticences des soignants à proposer des stratégies et des opportunités de changement à leurs patients, et à les accompagner dans ce processus passe probablement par une amélioration des paramètres individuels dans la dyade soignant/soigné. La psychologie sociale et les théories prédictives des comportements individuels, auxquelles appartient le modèle de Sussman [22], peuvent y contribuer.

La promotion de la santé intègre les approches individuelle, de groupe et populationnelle, et cherche à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Elle se décline mieux dans des modèles qui intègrent la complexité de la société dans laquelle elle se développe : pensée systémique, modèles basés sur les théories de la communication, modèles pédagogiques,

voire politique dans le cas de la pensée de Paulo Freire [27]. Ces modèles complexes sont les seuls à pouvoir espérer intégrer les stratégies d'intervention reprises dans la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

### **Mélanges et solutions**

Nous avançons dans l'introduction que les pratiques en soins de santé primaires sont rarement purement préventives ou purement du domaine de la promotion de la santé. Les deux mondes ne semblent pas pour autant solubles l'un dans l'autre, les acteurs étant de formations différentes, et pratiquant des métiers différents. Les acteurs de promotion de la santé ne sont d'ailleurs pas encore unanimement reconnus dans leurs compétences, y compris dans les milieux de la santé publique [31].

Le continuum historique cité en introduction, de la définition holistique de la santé de l'OMS à la promotion de la santé, a déplacé le focus de l'individu à la société. La dispensation des soins est, quant à elle, restée très majoritairement centrée sur les approches individuelles.

Peut-on demander aux soignants des soins de santé primaires de s'impliquer plus dans une démarche de promotion de la santé, qui ajoute un niveau de complexité à leur métier ? Il leur est plus facile de faire évoluer leur pratique dans le cadre de la relation clinique que dans le cadre de la promotion de la santé, qui leur imposerait d'exercer des compétences qui appartiennent à d'autres champs professionnels (travailleurs sociaux, enseignants, formateurs, animateurs communautaires). Les stratégies de la promotion de la santé n'excluent pas celles utilisées en soins préventifs et curatifs pour identifier les patients à risque et les motiver au changement [32]. Ces stratégies valorisent certains éléments *a priori* facilement intégrables aux pratiques de soins.

L'*empowerment* individuel des patients permettrait de rééquilibrer la relation soignant/soigné. Des stratégies utilisant une grille de lecture *structure / sens / relation de pouvoir* [24] ou des étapes de codage/décodage du signifiant [28] permettent d'obtenir un *empowerment* des soignants et des patients. La participation accrue à des réseaux locaux pourrait compléter la stratégie d'amélioration des pratiques préventives favorisant les synergies entre acteurs de divers services au bénéfice de la population. Ces changements permettraient d'adapter les messages aux particularités des populations, y compris



défavorisées, et de prendre en compte l'économie globale du vécu des patients, dont la santé n'est qu'un élément.

Une approche collective limitée à la patientèle d'un (groupe de) médecin(s) est possible moyennant la maîtrise de quelques techniques de gestion de la base de données des dossiers médicaux [32]. L'intégration, au sein des mêmes structures, de l'approche individuelle et collective est une voie permettant la poursuite simultanée des objectifs de personnalisation, d'efficacité et d'équité. Des initiatives en ce sens voient régulièrement le jour : les maisons et pôles de santé en France, les maisons médicales en Belgique, regroupent des professionnels de santé des soins primaires dans le but d'intégrer leurs compétences au bénéfice de la qualité des services rendus [33, 34]. De tels regroupements permettent de réfléchir l'organisation de la pratique, favorisant l'émergence, selon les équipes, de projets variés qui bouleversent le paysage traditionnel des soins de santé primaires (ex. alertes informatiques pour la relance écrite des patients pour la prévention, modules d'éducation à la santé, réflexion sur les modes de financement des soins, sur la relation entre soignants et usagers des soins). Ces nouvelles pratiques vont dans le sens de l'*integrated care*, dont un des objectifs est précisément de fournir des soins globaux de qualité aux patients fragilisés par des conditions sociales et médicales complexes [35].

### **Implications pour la formation**

L'ensemble des évolutions évoquées ci-dessus a des implications sur la formation des soignants.

La communication entre les différents acteurs devrait faire l'objet d'une attention particulière, en partant de modèles tels que proposés par Cifuentes ou Kreps [20, 23]. Dans le domaine qui nous occupe, l'efficacité communicationnelle ne suffit pas ; un rééquilibrage de la relation soignant/soigné passe par le décodage des relations de pouvoir entre eux. L'*empowerment*, conçu tant comme processus que comme résultat, est de nature à contribuer à cette évolution des relations de pouvoir, et la formation des soignants devrait en mettre en lumière les avantages [36, 37]. La définition européenne de la médecine générale appelle d'ailleurs depuis 2011 à l'*empowerment* des patients [38].

Dépasser l'approche individuelle au sein de pratiques de soins requiert une formation aux concepts et pratiques de santé publique, comportant au minimum les principes de travail

par objectif et l'évaluation [32]. L'exemple du modèle d'*anticipatory care* montre la faisabilité du modèle [25]. La collaboration au sein de réseaux incluant des professionnels de santé, et d'autres acteurs de la société, devrait être mise en valeur dès la formation initiale afin de favoriser l'émergence progressive d'une structure et d'un langage communs. Le document de consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine va dans ce sens, en recommandant d'offrir aux étudiants une exposition précoce et longitudinale à des expériences d'apprentissage basées dans la communauté, à la fois en théorie et en pratique, et de mettre en œuvre des modèles innovants, intégrant à la fois la santé individuelle et la santé de la population [39].

La mise en place d'une approche par compétences intégrée (APC<sup>1</sup>) permettrait de créer une guidance pour la formation à la promotion de la santé des futurs soignants [40]. Les compétences précédemment citées devraient être associées à des méthodes pédagogiques cohérentes : dispositifs de mise en situations professionnelles favorisant la réflexivité, et basés sur une construction collective des modalités de la pratique, avec le patient et avec d'autres professionnels.

*« Nous continuons à parler de santé comme si l'essentiel ne se jouait pas ailleurs ».*

Pierre Lombrail, président de la Société française de santé publique.  
Observatoire de la santé du Hainaut, 25 mars 2014.

**Conflits d'intérêts** : aucun.

## Bibliographie

- [1] Bentzen N. **WONCA Dictionary of General/Family Practice**. Copenhagen: Wonca International Classification Committee; 2003.
- [2] Jamouille M: **The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm**. *The Hong Kong Practitioner* 2014, **36**:1-6.
- [3] Promosanté. **Définition de la promotion de la santé**. Réseau francophone international pour la promotion de la santé.
- [4] Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. **Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ?** *Revue de littérature*. Questions d'économie de la santé. 2012;179:1-8.
- [5] Module de prévention du dossier médical global. Bruxelles: INAMI; 2011.
- [6] Gervas J, Starfield B, Heath I. **Is clinical prevention better than cure?** *Lancet*. 2008;372:1997-99.
- [7] Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. **Primary care: is there enough time for prevention?** *Am J Public Health*. 2003;93:635-41.
- [8] Hartlev M. **Equal access to healthcare on a non-discriminatory basis--reality or aspiration?** *European journal of health law*. 2013;20:343-6.
- [9] Kleinert S, Horton R. **Health in Europe--successes, failures, and new challenges**. *Lancet*. 2013;381:1073-4.
- [10] Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. **Equity in prevention and health care**. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:510-6.
- [11] Dever AGE. **An epidemiological model for health policy analysis**. *Social Indicators Research*. 1976;2:453-66.
- [12] Dahlgren G, Whitehead M. **Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe**. Stockholm, Sweden: Institutet för Framtidsstudier; 2007.
- [13] Solar O, Irwin A. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)**. Debates, Policy & Practice, Case Studies. Geneva: World Health Organization; 2010.
- [14] Vandoorne C. **Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ?** *Education Santé*. 2009;250:6-7.
- [15] 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.
- [16] Jaen CR, Stange KC, Nutting PA. **Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services**. *J Fam Pract*. 1994;38:166-71.

- [17] Deccache A. **Education pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale.** Bruxelles: RESO-UCL; 1997.
- [18] Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. **Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention?** Milbank Q. 2001;79:579-612, iv-v.
- [19] Best A, Stokols D, Green LW, Leischow S, Holmes B, Buchholz K. **An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy.** Am J Health Promot. 2003;18:168-76.
- [20] Cifuentes M, Fernald DH, Green LA, Niebauer LJ, Crabtree BF, Stange KC, et al. **Prescription for health: changing primary care practice to foster healthy behaviors.** Ann Fam Med. 2005;3 Suppl 2:S4-11.
- [21] Eisenhardt KM, Galunic CD. **Coevolving: At Last, a Way to Make Synergies Work.** Harv Bus Rev. 2000:91-101.
- [22] Sussman AL, Williams RL, Leverence R, Gloyd PW, Jr., Crabtree BF. **Self determination theory and preventive care delivery: a Research Involving Outpatient Settings Network (RIOS Net) study.** Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM. 2008;21:282-92.
- [23] Kreps GL. **Applying Weick's model of organizing to health care and health promotion: highlighting the central role of health communication.** Patient Educ Couns. 2009;74:347-55.
- [24] Naaldenberg J, Vaandrager L, Koelen M, Wagemakers AM, Saan H, de Hoog K. **Elaborating on systems thinking in health promotion practice.** Global health promotion. 2009;16:39-47.
- [25] Watt G, O'Donnell C, Sridharan S. **Building on Julian Tudor Hart's example of anticipatory care.** Primary health care research & development. 2011;12:3-10.
- [26] Calderon C, Balague L, Cortada JM, Sanchez A. **Health promotion in primary care: how should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients.** BMC Health Serv Res. 2011;11:62.
- [27] Heidemann IT, Almeida MC. **Freire's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion.** Public Health Nurs. 2011;28:159-67.
- [28] Freire P. **Pédagogie des opprimés: suivi de Conscientisation et révolution.** Paris: Editions La découverte; 2001.
- [29] 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;40:729-34.
- [30] 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;21 Suppl 2:S30-4.
- [31] Davies JK. **Health Promotion: a Unique Discipline?** Health Promottion Forum of New Zealand. AucklandNovember 2013.

- [32] Vanmeerbeek M. **La médecine générale doit contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et y intégrer la promotion de la santé.** La Presse Médicale. 2009;38:1360-5.
- [33] Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé.
- [34] Fédération des Maisons médicales et des Collectifs de Santé francophones.
- [35] Kodner DL, Spreeuwenberg C. **Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper.** International journal of integrated care. 2002;2:e12.
- [36] **Empowerment.** Quint-Essenz; 2014.
- [37] Laperche J. **Education du patient : quels progrès pour quelle santé, ou la promotion de la santé en médecine générale.** In: Vincent I, Loaëc A, Fournier C, editors. Modèles et pratiques en éducation du patient :apports internationaux 5es Journées de la prévention Paris, 2-3 avril 2009. Saint-Denis: INPES; 2010. p. 138-47.
- [38] Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. **The European Definition of General Practice / Family Medicine.** WONCA Europe; 2011.
- [39] **Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools.** In: Boelen C, Woolard B, editors. Mthatha, SA: Walter Sisulu University; 2010.
- [40] Parent F, Baulana R, Coppieters Y, Kahombo G, d'Hoop E, Lemenu D, et al. **Mieux gérer la cohérence pour renforcer les ressources humaines en santé : paradigmes et méthodes pour une intégration efficace des pratiques professionnelles et communautaires en formation.** Pédagogie médicale. 2010;11:111-25.



# **Chapitre 5 : Qualité des soins et promotion de la santé sont complémentaires**

La médecine générale doit contribuer à l'amélioration continue de la  
qualité des soins et y intégrer la promotion de la santé

Marc Vanmeerbeek

Article publié dans *La Presse Médicale* 2009, 38(9):1360-1365





## Préambule

**L'**article suivant, présenté en dernier lieu, est pourtant le plus ancien de tous. Publié en 2009, il se voulait un manifeste de la complémentarité des deux thématiques qui me tiennent à cœur : la qualité des soins et la promotion de la santé au sein des structures de soins primaires. Présenté comme un "position paper", documenté par ses références bibliographiques, et alimenté par ma double expérience professionnelle de médecin généraliste et de médecin de santé publique, il donnait l'état de ma réflexion alors que les études qui viennent d'être présentées débutaient.

Cet article vient en réponse à une question qui se pose naturellement : les médecins généralistes ont-ils la possibilité matérielle de s'investir dans une systématisation plus grande de leur pratique préventive, et de développer les collaborations nécessaires pour entrer plus avant dans une pratique de promotion de la santé pour leurs patients ? Les contraintes de temps, le manque de formation, et partant, le peu de motivation sont probablement des obstacles infranchissables pour beaucoup.

C'est compter sans une tendance récente qui traverse les systèmes de santé, et qui pourrait représenter pour les généralistes une opportunité pour franchir le pas : la mesure de la qualité des soins, permise par l'évaluation de pratique. Comme cela a été exposé dans le chapitre un, le paysage des soins de santé est marqué actuellement par une triple évolution : la transition épidémiologique, qui augmente la charge liée aux maladies chroniques et à la multimorbidité, la transition technologique, qui augmente le recours de plus en plus fréquent à des moyens techniques sophistiqués et coûteux, et la transition organisationnelle, qui demande, entre autres, une intégration plus poussée des différents métiers de la santé et des différents niveaux de soins [1]. Les deux premières transitions, au moins, augmentent fortement les besoins financiers des systèmes d'assurance-maladie. Dans des économies en crise depuis plus de trois décennies, et au moment où le vieillissement de la population vient encore renforcer la tendance, les gouvernements ne peuvent plus autoriser une norme de croissance des coûts incontrôlée. Le Quality and Outcomes Framework (QOF) britannique [2], tout comme la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) française [3] sont des systèmes d'incitants à la qualité visant in fine à améliorer l'efficacité des systèmes de santé.

L'article qui suit tente de montrer comment l'évolution, plus ou moins forcée, vers un système d'évaluation de pratique dans les soins de soins de santé primaires, contribue à la mise en place de structures et de modes de fonctionnement particuliers, dont certains peuvent également créer un environnement favorable au développement de projets de promotion de la santé.

Le lien entre les deux thématiques est le cycle de qualité. Instrument générique, il se prête à tous les projets, toutes les thématiques. Le principe de base est analogue à celui de la roue de Deming, du constat initial à la définition d'objectifs, puis à la mise en place d'une action et à son évaluation finale, avant de recommencer éventuellement un nouveau cycle (figure 13).

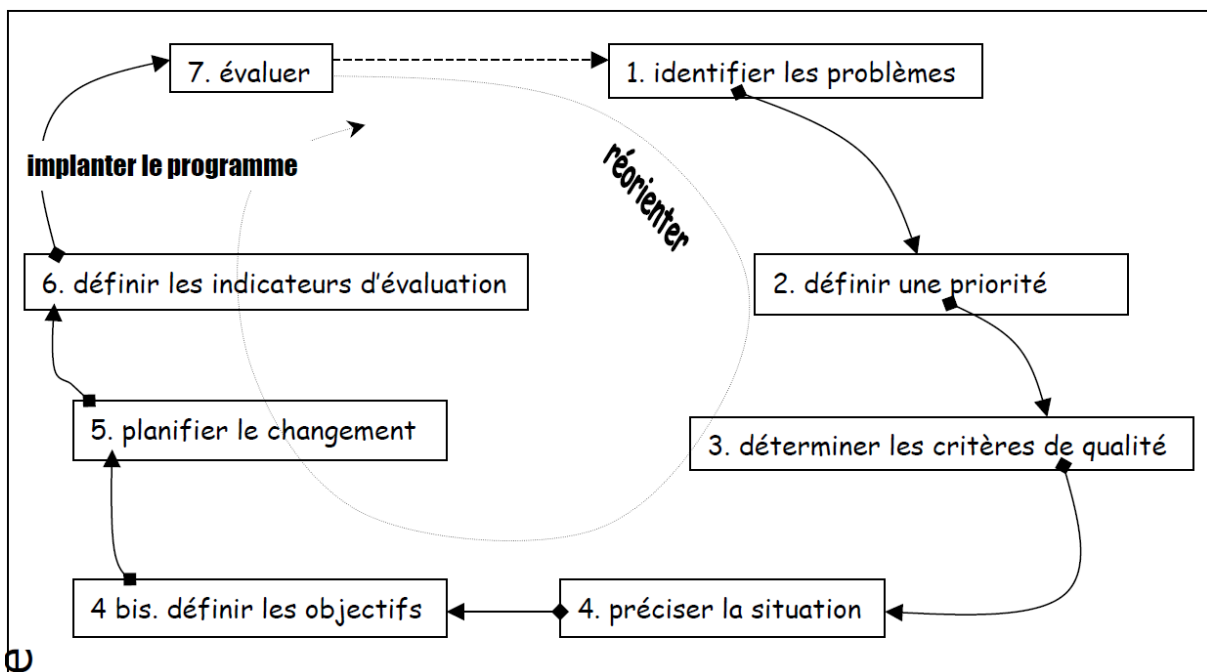


Figure 13 : Le cycle de qualité (Prévost et al, FMMCSF, 1999) [4]

L'originalité du cycle de qualité des maisons médicales, qui était mon modèle depuis une dizaine d'années, est d'ajouter la réflexion sur les critères de qualité : « ce qui devrait être ; en quelque sorte, un idéal à atteindre pour atténuer ou résoudre ce problème. Cet idéal, on le définit en fonction de certains critères souvent implicites, mais qu'il est préférable d'explicitier » [4]. Au travers de ces critères, ce sont les valeurs que les opérateurs veulent mettre en avant dans leur projet de qualité qui sont explicitées. Les auteurs du carnet de bord précisent : « Un critère représente la situation optimale par rapport à différentes dimensions. On peut trouver dans la littérature, la définition de valeurs optimales précises pour certaines de ces dimensions : par exemple pour [...] l'hypertension. [...] Pour d'autres

dimensions, moins classiques que l'efficacité technique, on ne trouvera pas dans la littérature une telle précision chiffrée de la valeur optimale. Celle-ci peut être définie comme la mise en œuvre parfaite de chaque dimension : par exemple, si l'on prend la continuité, l'idéal serait que toutes les informations pertinentes nécessaires soient toujours disponibles, pour être prises en considération à tout moment adéquat par chaque dispensateur, dans toutes les situations qui se présentent. On voit bien que ces valeurs optimales sont un idéal que l'on ne pourra pas parfaitement réaliser... ». *Les valeurs potentiellement mises en avant par les opérateurs d'un cycle de qualité balayaient toute l'activité d'un centre de soins de santé primaires : l'efficacité et l'efficience, la globalité de la prise en charge (santé et social), l'intégration du curatif et du préventif, l'accessibilité (p.ex. financière), l'acceptabilité, l'équité, la participation des patients, la systématisation, l'interdisciplinarité, etc.*

*On le voit dans cette liste de mots, les critères de qualité abordent les thématiques qui caractérisent la promotion de la santé : globalité, participation, équité. On y retrouve également des mots qui caractérisent le travail interdisciplinaire.*

*L'analyse des résultats de l'échelle d'attitude (chapitre 3) a montré que ce sont les mêmes médecins qui obtiennent de bons scores sur les dimensions qui caractérisent la qualité des soins (évaluation de pratique, adhésion aux recommandations) et sur celles qui caractérisent la promotion de la santé (approche centrée sur les patients, collaboration interdisciplinaire, partage du pouvoir médical). Dans la réalité, telle qu'elle a été mesurée par cette échelle d'attitude, qualité et promotion de la santé peuvent donc être associées. La question reste cependant de savoir si c'est la structure et le mode de fonctionnement des associations pluridisciplinaires qui permettent de développer des pratiques innovantes en matière de promotion de la santé, ou si ceux qui choisissent ces structures sont « prédisposés » à ce type de pratiques.*

## **Références**

1. 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, **4**(3):e159-e178.
2. **Quality and Outcomes Framework.** [<http://www.hscic.gov.uk/gof>]

3. **La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) un an après.**  
[<http://www.securite-sociale.fr/La-Remuneration-sur-Objectifs-de-Sante-Publique-RO-SP-un-an-apres?type=presse>]
4. Prévost M, Gosselain Y, Laperche J, Roland M: **Carnet de bord « Assurance de Qualité ».**  
Bruxelles: Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones asbl; 1999.

## Résumé

- La qualité en médecine générale repose surtout sur l'efficacité clinique et relationnelle, ainsi que sur l'accessibilité des soins.
- L'évaluation doit se concentrer sur les structures et les procédures de soins plus que sur les résultats. Les indicateurs en usage dans certains pays européens sont un point de départ intéressant mais incomplet pour évaluer la complexité de l'activité en médecine générale.
- L'évaluation de la qualité par les pouvoirs publics doit être acceptable pour les médecins, sous peine de rejet de ses conclusions.
- Il faut développer la qualité pour mieux maîtriser les coûts des soins et garantir une qualité de service.
- La santé est un bien qui se gère et les médecins ont une responsabilité collective face à leurs patients.
- Les procédures du cycle de qualité sont applicables en médecine générale pour le développement de projets locaux de promotion de la santé, au sein du réseau de soins. La médecine générale peut y trouver un nouveau souffle et peut-être réduire la désaffection des jeunes dont elle est l'objet.

## Summary

- *Quality of care in general practice is mainly based on effectiveness of clinical and inter-personal care, and access to care.*
- *Assessment has to focus on structures and processes, more than on outcomes. The sets of clinical indicators used in some European countries, though good starting points are still incomplete to encompass the complexity of activity.*
- *Assessment of care quality by the public authorities must be acceptable to the doctors who are the object of this assessment; otherwise its conclusions will be rejected.*
- *Continuous quality improvement can maintain quality of care at a high level and maintain costs under control.*
- *Health has to be managed, and doctors have a collective responsibility towards their patients.*
- *The procedures of the quality cycle are applicable in general practice for the development of community-based projects of health promotion, within the network of care. The discipline can find in it a new lease of life and perhaps curb the loss of interest among young doctors.*

La plupart des praticiens sont persuadés de fournir des soins de qualité à leurs patients. Ils définissent la qualité par leur compétence professionnelle, acquise au cours des études et entretenue pendant toute la carrière, et par leurs aptitudes relationnelles. Peut-on se contenter de cette définition de la qualité, et peut-on la mesurer autrement que par la satisfaction (supposée) du patient ? Les gestionnaires de la sécurité sociale se préoccupent de ces questions ; un rapport du Centre fédéral belge d'expertise des soins de santé (KCE) illustre bien cette tendance [1].

Cet article se propose de synthétiser les définitions de la qualité applicables à la médecine générale. Ensuite, il aborde la question de l'évaluation, élément indispensable de l'amélioration continue de la qualité. Les pressions internes et externes qui poussent la médecine générale vers plus de qualité sont abordées dans un troisième chapitre. Les avantages de l'association de la démarche de qualité et de la promotion de la santé sont discutés pour terminer.

### **Comment définir la qualité en médecine générale ?**

En 1991, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) a proposé une liste de différentes composantes de la qualité des soins, qui la rendent plus concrète et opérationnelle : accessibilité, délivrance au bon moment, acceptabilité, efficacité, caractère approprié, efficience, continuité, sécurité [2]. Issue des travaux initiaux de Donabedian, Vuori, Brooks, cette liste a été complétée par l'équité, et la prise en compte de la dimension collective des soins dispensés à une communauté.

La *World Organization of Family Doctors* (WONCA) a publié sa définition en 1992 : « L'assurance de qualité pour la médecine générale/médecine de famille est une action planifiée ou un programme qui inclut l'évaluation des performances, et qui a comme objectif d'assurer que les soins au patient soient maintenus ou amenés à des standards ou des références prédéfinis [3] ». Dans cette définition, il y a la planification d'actions, opposée à la simple réponse à la demande de soins, la définition d'objectifs et l'évaluation, concepts provenant de la santé publique, le centrage autour du patient, la comparaison à des référentiels.

La qualité s'étend de l'efficacité à l'accessibilité et, au sein du concept d'efficacité, entre efficacité des soins cliniques et efficacité de la relation interpersonnelle [4].

### **Efficacité des soins cliniques**

L'efficacité se définit par l'EBM, lorsque des recommandations sont disponibles, et par la norme sociale ou professionnelle, même en l'absence de preuves scientifiques formelles. Mais ceci suppose une aptitude des médecins à entretenir leurs connaissances de façon rigoureuse et indépendante des pressions commerciales, compétence qui devrait idéalement être acquise au terme de la formation initiale.

L'efficacité est directement corrélée aux compétences des professionnels, lesquelles dépendent de leur formation initiale et continue. Si l'expérience accumulée au fil des années permet d'affiner certains aspects de la pratique (le sens clinique par exemple), elle ne garantit pas une qualité optimale des soins en raison de l'évolution constante des connaissances et des techniques. Une corrélation fortement négative a été montrée entre le nombre d'années de pratique et divers aspects qualitatifs : les connaissances, l'adhérence aux recommandations, les résultats de soins (mortalité, morbidité) [5, 6]. Cette constatation peut s'expliquer d'une part par la résistance au changement et d'autre part par l'introduction relativement récente de l'EBM et des techniques de gestion de la qualité.

### **Efficacité dans la relation soignant-soigné**

Les patients ne sont pas uniquement en attente de soins techniquement sophistiqués, mais aussi de la prise en compte de leur expérience de la maladie, de ce que les Canadiens appellent « l'agenda du patient », soit ses objectifs personnels dans la rencontre avec le médecin. Des techniques de gestion de cet aspect relationnel en médecine générale commencent à trouver une place dans l'enseignement de la discipline [7]. Cette approche permet de négocier avec les patients la gestion de leur plainte et d'espérer les voir appliquer mieux le traitement ou les conseils reçus. Il est possible que la prise en compte par le médecin des contraintes du patient ait parfois une influence négative sur le respect des recommandations [8].

### **L'accessibilité des soins pour les patients**

Plusieurs facteurs contribuent fortement à la qualité du point de vue du patient : la disponibilité des structures de soins (accessibilité géographique ou physique, délais d'attente), les règles d'accès (échelonnement ou non, horaires, etc.), les modalités financières dans le cadre de la sécurité sociale, la disponibilité des professionnels de santé, la possibilité de recevoir des soins dans sa langue maternelle.



### **Les compétences fondamentales en médecine générale**

Cette complémentarité entre efficacité et accessibilité, issue des travaux de Campbell, est en cohérence avec les six compétences fondamentales de la médecine générale contenues dans la définition européenne de la WONCA [9]. Le concept d'efficacité clinique renvoie à l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, à l'approche globale et au modèle holistique (compétences 3, 4 et 6) ; l'efficacité relationnelle renvoie aux soins centrés sur la personne (compétence 2), et l'accessibilité renvoie à la gestion des soins primaires, au premier contact professionnel pour tous problèmes de santé non résolus au niveau personnel (compétence 1). La notion de qualité et sa gestion renvoient à la caractéristique communautaire de la médecine générale et à sa responsabilité en santé publique (compétence 5).

### **Une démarche structurée**

La recherche de la qualité suppose une démarche structurée : des objectifs clairs, des indicateurs d'évaluation, des critères de qualité, une planification des actions. C'est un processus transversal : il s'insère au cœur des activités cliniques. C'est aussi un processus qui intègre la variable temps tout au long des divers projets et de la carrière.

La recherche de la qualité commence par une démarche de formation partant des réalités de terrain et impliquant les praticiens. Ils peuvent passer d'une approche intuitive à une approche réflexive de leurs habitudes de pratique, au service de leurs patients et en accord avec leur éthique professionnelle. Cette approche mérite d'être apprivoisée, sans crainte de mesures coercitives ou répressives de la part des autorités sanitaires. La formation concerne la démarche, les modèles d'analyse, les hypothèses de changement. La recherche de la qualité est une démarche dynamique : elle suppose chez le praticien l'envie de s'améliorer, un engagement durable, l'apprentissage d'une méthode.

La recherche de la qualité s'inscrit dans une démarche de participation : pour améliorer, il faut souvent s'assurer de la collaboration de ses collègues (communication, partage d'expérience, standardisation de procédures), de ses patients (éducation thérapeutique, empowerment), d'experts extérieurs.

## **Qualité et évaluation**

### **Il est difficile d'imaginer la qualité sans son évaluation**

L'enjeu de l'évaluation des pratiques est l'amélioration de la qualité des soins, et de la santé, si l'on admet toutefois la relation forte entre ces deux dernières propositions.

Selon les concepts diffusés depuis les années 60 par Donabedian et constamment affinés par lui durant 30 ans, l'évaluation en santé peut porter sur les structures (l'organisation des soins), les processus (interactions entre les usagers et les structures et dispensateurs de soins : interventions cliniques et relations interpersonnelles), les résultats (en termes de santé et selon l'avis des usagers) [10, 11].

Dans la triade structure/processus/résultats, les structures et les processus sont les plus pertinents à étudier en médecine générale. En effet, le troisième composant, les résultats, ne dépend pas exclusivement des structures ni des processus de soins, les maladies et les maladies ayant leur évolution propre. Les soins atteignent rarement les standards et ces derniers doivent être adaptés au contexte des soins.

Les processus de soins peuvent se répartir entre prévention, soins pour maladies chroniques/réhabilitation et soins pour les affections aiguës. Cette distinction est utile en matière d'évaluation car les indicateurs abondent pour la première catégorie, nettement moins pour la seconde et sont pratiquement absents pour la troisième, pourtant fortement représentée dans les soins primaires [4].

### **Comment évaluer la qualité ?**

Les informations pour évaluer la qualité proviendront des dossiers informatisés. Structuration et codage de l'information clinique seront incontournables si on veut des procédures de récolte efficaces. En Belgique, l'impulsion a été donnée par la labellisation des logiciels pour généralistes par le ministère de la Santé, mais les seules évaluations de leur utilisation appropriée l'ont été dans des réseaux expérimentaux [12]. Une aide puissante, logistique et formative, sera indispensable. Une attention particulière devra être portée au risque de perte du secret médical et d'atteinte à la vie privée des citoyens lors de la collecte et l'agrégation des données.

Des indicateurs sont utilisés dans différents pays. Ils peuvent servir à récompenser l'atteinte d'objectifs de bonne pratique comme au Royaume-Uni (*Quality and Outcomes Framework*,

QOF) [13], assurer un feed-back sur la pratique comme dans les cercles de qualité allemands ou permettre aux « consommateurs » américains de comparer de façon standardisée différentes pratiques (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS*) [14].

Les indicateurs évaluent la pratique clinique dans quelques domaines choisis (respect des recommandations) et les aspects de gestion des cabinets : qualité de l'informatisation des dossiers de patients, matériel, accessibilité, organisation des locaux et des rendez-vous, ressources humaines. L'avis des patients peut être sollicité par des outils spécifiques comme l'*European Practice Assessment Tool (EPA)* [15] ou, dans le domaine de la santé mentale, le programme Logos [16].

### **Les limites de l'évaluation**

La principale faiblesse des indicateurs dans le domaine clinique est de ne pouvoir évaluer l'activité que là où le consensus est suffisamment bien établi et codifié. Aucun indicateur ne s'attache à évaluer l'activité de promotion de la santé, formelle ou informelle, réalisée par les généralistes. Il sera difficile, mais peut-être non illusoire, de confronter les différentes définitions et concepts de la qualité aux modalités d'évaluation de façon à vérifier que tous les aspects pertinents sont bien pris en compte.

Qui est le mieux soigné entre l'usager qui a un accès aisé mais des soins de piètre qualité et celui qui a des difficultés d'accès mais des soins de qualité ? Des soins jugés efficaces par les professionnels mais mal acceptés par les patients sont-ils bons ou mauvais ? [4]. Les critères de jugement doivent faire intervenir ensemble l'objectivité scientifique et la réalité vécue par les patients.

### **La médecine générale doit accepter l'évaluation de la qualité**

En Belgique comme en France, les médecins généralistes sont traditionnellement indépendants, autant dans leur gestion de la pratique que dans leur statut social. Un regard extérieur sur leur activité semble d'emblée suspect de contrôle ou de sanctions, et véhicule une culture d'entreprise étrangère à l'art que constitue encore (partiellement) la médecine ; peu de généralistes sont sans doute prêts à demander une sorte de certification ISO 9001. Plus fondamentalement, on peut craindre que cette recherche de qualité imposée d'en haut leur semble tout simplement inutile, voire nocive pour la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients. La recherche d'une illusoire qualité totale pourrait conduire les évaluateurs

chargés de la mesurer à une attitude jugée inquisitrice par les professionnels qui en seraient les sujets, les conduisant vers la démotivation et le rejet des conclusions.

Si la notion d'évaluation de pratique était enseignée dès la formation initiale, sans doute serait-elle mieux acceptée ensuite. Quelle serait l'attitude des généralistes s'ils étaient aidés et soutenus dans l'auto-évaluation de leur activité ? Le bénéfice qu'ils pourraient en retirer serait peut-être mieux perceptible s'ils maîtrisaient le processus et en tiraient une information directement injectable dans leur pratique.

Une étude d'Exworthy et al, conduite au Royaume-Uni auprès d'un groupe de généralistes peu après l'introduction de la notion de *clinical governance* et des indicateurs de performance en 1999, a pointé quelques caractéristiques sans doute transposables ailleurs. Les indicateurs ont été jugés inadaptés pour évaluer correctement l'activité clinique. La notion d'autonomie clinique était bousculée, le professionnalisme, jusque là évident, devait être démontré. Les médecins ont insisté sur la proximité et sur l'expertise d'évaluateurs proches des préoccupations de terrain [17]. L'histoire a démontré depuis à quel point les généralistes anglais ont su utiliser ce système d'évaluation pour augmenter de façon substantielle leurs revenus en satisfaisant au maximum de critères de qualité. Est-il éthique, ou équitable, que la qualité se paie ?

### **Pressions évolutives**

L'orientation vers la promotion de la santé en plus des soins et les contraintes financières soumettent le système de soins à des pressions qui le font évoluer vers une rationalisation de son organisation et une évaluation de ses performances. Le double changement de paradigme, des soins à la santé, de l'individuel au collectif, appelle des processus de santé publique : travail par objectifs, évaluation de pratique, évaluation de résultats, cycle de qualité. La médecine générale, placée au cœur de la communauté, ne peut ignorer cette évolution.

### **Il faut promouvoir la santé de la communauté en complément des activités de soins**

Pratiquer la médecine au XXI<sup>e</sup> siècle ne peut plus se limiter à la seule relation médecin-malade au cours du colloque singulier. La première charte sur la promotion de la santé (Ottawa, 1986) insistait sur la nécessaire réorientation du secteur sanitaire vers la promotion de la santé, au-delà de la prestation des soins médicaux [18]. Gérer et promouvoir la santé

des patients est une activité bien plus complète – et complexe – que répondre à la plainte. Le médecin de famille, inséré dans sa communauté, devra de plus en plus régulièrement être proactif, tout en laissant entière l'autonomie de son patient.

La continuité des soins demande une conservation et une gestion des informations de santé de chaque patient, éléments de base d'une gestion rationnelle des ressources de soins. Ceci contribue à demander aux patients et aux médecins de contractualiser leur relation d'une façon plus ou moins contraignante selon les pays.

La contractualisation de la relation place le médecin face à une communauté de patients envers lesquels il a des responsabilités, en fonction du contrat qui le lie à eux. Si dans certains systèmes de soins cette responsabilité reste largement du domaine moral, dans d'autres pays (Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas) les gestionnaires du système de santé poussent les praticiens à des actions dotées d'objectifs mesurables, au moins dans le domaine des moyens mis en œuvre. Les techniques de délimitation de la population prise en charge par un médecin, variable selon les pays, permettent une meilleure connaissance des caractéristiques de ces populations et de leurs problèmes de santé. Le médecin peut évoluer progressivement vers un nouveau rôle, « gestionnaire » et « promoteur » de la santé pour la communauté de ses patients.

### **Orientation communautaire et ressources financières**

Le concept de qualité des soins semble plus signifiant lorsqu'on parle de soins aux individus. L'orientation communautaire de la médecine générale rappelle que les soins individuels se situent au sein du cadre des soins dispensés à des populations.

Le vieillissement et les besoins qui en découlent, la médicalisation de la vie, le souhait légitime de bénéficier des progrès scientifiques ont augmenté la part des soins de santé dans le budget de la sécurité sociale depuis vingt ans, malgré une augmentation de la dotation globale. Avec l'organisation de la sécurité sociale dans un modèle bismarckien à la fin de la seconde guerre mondiale, sont arrivés les concepts d'efficience (efficacité au moindre coût) et d'équité (à chacun selon ses besoins). Les dimensions individuelle et collective de la qualité peuvent entrer en conflit lorsque les objectifs de santé publique et l'allocation des ressources disponibles limitent l'accès à certains soins.

Les professionnels de santé auront de plus en plus à justifier l'augmentation des coûts de leur activité. Les pouvoirs publics et la société civile, organismes assureurs, groupes d'usagers, tous constitués de (futurs) patients, attendent des résultats mesurables : réduction de l'incidence de certaines maladies ou de leurs complications (efficacité), augmentation de la qualité de vie, si possible à un moindre coût global (efficacité). Entre souhaits de performance, *Evidence Based Medicine* (EBM), liberté des patients et des professionnels de santé, la marge de manœuvre financière est étroite.

Les acteurs (soignants, soignés, payeurs et décideurs) ont des places parfois complémentaires, parfois antagonistes, dans le système de santé et les filières de soins. Ceci explique la difficulté de définir des recommandations ou de prendre des mesures qui tiennent simultanément compte de toutes les complexités [19].

### **La qualité réconcilie la médecine générale et la promotion de la santé**

L'utilisation d'indicateurs standardisés permet de mesurer les mêmes paramètres partout et de réaliser des comparaisons entre pratiques, entre régions (*benchmarking*), d'établir des profils. De façon tout aussi intéressante, l'infrastructure à mettre en place pour l'évaluation pourrait être utilisée pour favoriser la genèse de projets locaux, pilotés par des généralistes au bénéfice de leur patientèle. Les médecins pourraient utilement s'appuyer sur les structures existantes de promotion de la santé (observatoires régionaux de la santé, centres locaux de promotion de la santé) pour prendre un rôle plus actif sur les déterminants de santé [20-22]. Les objectifs, les indicateurs, l'évaluation, bref, le cycle de qualité, conviennent particulièrement bien pour la gestion de ce type de projets. Quelques expériences en ce sens ont déjà eu lieu, à la satisfaction des participants [23, 24].

De nombreux sujets peuvent être abordés : le débriefing des situations psychologiquement difficiles pour les cliniciens, l'éducation nutritionnelle, le sevrage tabagique, le contrôle de la délivrance de produits de substitution aux toxicomanes, des interventions sur le mode de vie, l'organisation des consultations médicales, la prise en charge des urgences, le relais local d'une politique de santé publique, etc.

Le médecin de famille, au cœur de l'organisation des soins primaires, est bien placé pour évaluer les besoins de santé et entendre les demandes de ses patients. Avec ses partenaires du réseau de soins, un peu de méthode, un peu d'informatique et beaucoup de bonne

volonté, il est à même de susciter la création et l'organisation de projets de promotion de la santé au quotidien.

Face à la démotivation et à la désaffection constatée pour la médecine générale chez les jeunes médecins, cette démarche pourrait donner un nouveau souffle à la discipline et la conforter dans son rôle central et primordial dans l'organisation des soins et la promotion de la santé.

## **Conclusions**

L'évaluation dynamique des pratiques et les cercles de qualité conduisent à l'amélioration continue de la qualité des soins. C'est le devoir des médecins envers la société. Le résultat futur dépendra de l'aptitude à définir des référentiels suffisamment valides et acceptables pour couvrir les aspects significatifs de l'activité et de la façon plus ou moins contraignante de pratiquer l'évaluation. Les pouvoirs publics devront faire preuve d'intelligence et de diplomatie, mais les médecins généralistes n'éviteront pas l'apprentissage d'une nouvelle culture.

La formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles sont appelées à se rapprocher progressivement. L'objet de la FMC est d'assurer la mise à jour des connaissances et la poursuite de la construction des compétences, mais aussi d'en mesurer les effets sur les changements de comportement. La formation aux techniques du cycle de qualité permet aux médecins de s'approprier l'évaluation de ces changements. Les Anglo-Saxons qui ont une culture plus ancienne et plus pragmatique de l'évaluation ne font pas cette différence : évaluer c'est observer, observer c'est comprendre, comprendre c'est corriger [25].

Remerciements : L'auteur remercie les professeurs Michel Roland (Université libre de Bruxelles) et Didier Giet (Université de Liège), le premier pour son engagement envers la qualité des soins depuis de nombreuses années, le second pour son soutien actif à cette cause et pour sa relecture attentive du manuscrit.

Financement : La recherche documentaire sur la qualité des soins a été effectuée dans le cadre d'une recherche financée par le Ministère de la Communauté française de Belgique (allocation 33.07.24).

**Conflits d'intérêts** : aucun.

## Références

- [1] 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?** Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008.
- [2] **Performance measurement.** Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 1999.
- [3] Marwick J, Grol R, Borgiel A. **Quality assurance for family doctors. Report on the Quality Assurance Working Party.** World Organization for Family Doctors; 1992.
- [4] Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. **Defining quality of care.** Soc Sci Med. 2000;51:1611-25.
- [5] Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. **Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care.** Ann Intern Med. 2005;142:260-73.
- [6] Weinberger SE, Duffy FD, Cassel CK. **"Practice makes perfect"...or does it?** Ann Intern Med. 2005;142:302-3.
- [7] Millette B, Lussier MT, Goudreau J. **L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire.** Pédagogie médicale. 2004;5:110-26.
- [8] James PA, Cowan TM, Graham RP. **Patient-centered clinical decisions and their impact on physician adherence to clinical guidelines.** J Fam Pract. 1998;46:311-8.
- [9] 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.
- [10] Donabedian A. **The quality of care. How can it be assessed?** JAMA. 1988;260:1743-8.
- [11] Schiff GD, Rucker TD. **Beyond structure-process-outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality.** Jt Comm J Qual Improv. 2001;27:169-74.
- [12] De Clercq E, Van Casteren V, Jonckheer P, Burggraeve P, Lafontaine M, Degroote K. **Are GPs' Electronic Health Records suitable for use in Public Health Research?** EPI. Brussels: Institute of Public Health; 2008.
- [13] **National Quality and Outcomes Framework Exception Reporting Statistics for England 2006/07.** 2006.
- [14] **HEDIS 2008 Summary Table of Measures, Product Lines and Changes.** 2008.
- [15] Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. **Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison.** Br J Gen Pract. 2000;50:882-7.
- [16] **Programme Logos. Démarche d'autoévaluation des ressources-membres de l'Association des Alternatives en santé mentale de la Montérégie.** In: Rodriguez M, Bourgeois L, Landry Y, Pinard J, Guay L, editors. **Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté.** Québec: Presses de l'Université de Québec; 2003. p. 43.



- [17] Exworthy M, Wilkinson EK, McColl A, Moore M, Roderick P, Smith H, et al. **The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK.** Soc Sci Med. 2003;56:1493-504.
- [18] OMS. **Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.** Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1986.
- [19] Roland M, Prevost M, Jamouille M. **L'assurance de qualité et le médecin de famille.** Arch Public Health. 2001;59:1-28.
- [20] Observatoire de la santé du Hainaut.  
[http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante/templates/OSH\\_dyn.asp?page=actualite&navcont=1,18,0](http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante/templates/OSH_dyn.asp?page=actualite&navcont=1,18,0) consultation du 1/6/2008.
- [21] Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. <http://www.fnors.org> consultation du 1/6/2008.
- [22] <http://www.sante.cfwb.be/thematiques/centres/> consultation du 1/6/2008.
- [23] Maisons médicales.
- [24] Van der Schueren T. **Positivons les remises en question. La démarche qualité est indispensable en médecine.** La Revue de la Médecine Générale 2007;248:415.
- [25] Ortolan B. **Les outils de la qualité dans le secteur ambulatoire.** Table ronde CPA. Paris: Institut français de la démarche qualité en santé; 2005.



# **Chapitre 6 : Conclusions et voies d'avenir en médecine générale**



## Résultats principaux

Le fil conducteur de cette thèse était de savoir comment rendre la pratique de la prévention plus proche d'un objectif d'amélioration de la santé, considérée dans sa réalité bio-psycho-sociale, plutôt que l'amélioration ponctuelle d'indicateurs biomédicaux. La recherche a donc évolué des considérations concernant la prévention vers d'autres éléments étudiant l'intégration de la promotion de la santé dans les pratiques. Le maintien ou le développement de l'équité en santé était une préoccupation concomitante. Quels messages retenir au terme de ces études ?

1. La pratique de terrain en prévention reste probablement aujourd'hui en bonne partie opportuniste et sous l'influence de facteurs personnels propres aux médecins, dans le choix et la fréquence des actions proposées.
2. L'échelle d'attitude a identifié quatre facteurs pouvant influencer à des degrés divers l'attitude des généralistes envers la prévention : évaluation de pratique, adhésion aux recommandations, centrage-patient & collaboration pluridisciplinaire, et partage du pouvoir. L'équité dans la proposition de la prévention est représentée par les facteurs évaluation de pratique, via l'identification plus systématique des populations-cibles, et le facteur centrage sur le patient, par l'attention portée à ses attentes et contraintes propres. Ces facteurs sont inégalement répartis au sein de la population des généralistes.
3. L'organisation de la pratique des généralistes en groupes plus ou moins structurés, mono- ou pluridisciplinaires, influence favorablement les attitudes envers la prévention.
4. Les facteurs attitudinaux observés chez les généralistes montrent une possible convergence entre les facteurs favorables à la promotion de la santé et ceux favorables à la qualité des soins.
5. La littérature concernant les soins primaires manque de clarté pour distinguer les concepts de prévention et de promotion de la santé, ce qui pose la question de la collaboration entre différentes professions, ainsi que la capacité (ou la complexité) à employer un langage commun qui dépasse les spécificités de chacune d'elles.
6. Si la promotion de la santé n'a pas encore souvent droit de cité dans la pratique des généralistes, certains éléments y seraient intégrables, moyennant le renforcement des aptitudes communicationnelles, d'une sensibilisation aux concepts de la santé publique et d'une immersion plus volontaire dans le réseau local d'intervenants en santé.

## **Discussion**

De ces résultats émergent des caractéristiques du comportement des généralistes : des aptitudes scientifiques et organisationnelles règlent leur rapport à leur métier ; des aptitudes relationnelles et communicationnelles modèlent le rôle qu'ils tiennent vis-à-vis de leurs patients, des pairs et des autres professionnels de santé. De façon transversale, leur propre représentation/conception de leur métier, module l'intensité avec laquelle ils investissent chacune de ces dimensions. Une opposition existe entre une conception « de service » (répondre à la demande de soins) et une conception plus globale (aider le patient dans les différentes dimensions de son existence).

Il est intéressant de considérer ces résultats à la lumière des cinq composants de l'approche centrée-patient de Mead et Bower [1] : « *biopsychosocial perspective* », « *patient-as-person* », « *sharing power and responsibility* », « *the therapeutic alliance* », et « *doctor-as-person* ». La perspective bio-psycho-sociale a été citée plusieurs fois dans ce travail ; considérant les déterminants de la santé cités plus haut, il semble difficile de ne pas en tenir compte ; cet aspect ne sera pas discuté plus avant ici.

### **Le patient est aussi un citoyen : “*patient-as-person*”**

Délivrer des soins centrés sur le patient représente un *challenge* quotidien pour les généralistes. Dans ce domaine, la formation initiale est souvent manquante ou limitée dans son application. Un exemple en est donné par Aubin-Auger *et al.* dans le cas du dépistage systématique du cancer colorectal par le test au gâïac [2]. Lors des consultations qui ont été analysées, les informations données par le médecin à son patient concernaient majoritairement les aspects techniques du test, en négligeant les représentations du patient qui allait être confronté à un dépistage du cancer. Ainsi, même lorsque le médecin est convaincu de l'utilité de son action, et qu'il est suffisamment disponible pour la proposer au patient, il est encore nécessaire d'y mettre les formes. Si l'on souhaite améliorer le taux de couverture de ce genre de dépistage à haute valeur symbolique, particulièrement auprès des populations qui traditionnellement adhèrent moins à ces démarches, il est nécessaire de pouvoir, d'une part, identifier plus systématiquement les patients potentiellement bénéficiaires, et, d'autre part, ouvrir le dialogue avec eux et laisser place à leur point de vue.

### **Pouvoir partagé : de “*therapeutic alliance*” à “*sharing power and responsibility*”**

Le partage du pouvoir avec les patients est un concept qui revient régulièrement dans les modèles de promotion de la santé (chapitre 4), ainsi que dans les facteurs retrouvés par l'échelle d'attitude (chapitre 3). Si la bonne compréhension des émotions et du contexte global de vie du patient est nécessaire à une prise en charge qui soit centrée sur lui, le partage du « pouvoir médical », préalable à l'*empowerment* du patient, va un pas plus loin dans la réforme de la relation médecin-patient. Au-delà d'une éventuelle meilleure adhésion aux propositions du médecin, le concept d'*empowerment* contient étymologiquement les germes d'une rééquilibrage des relations de pouvoir au sein de la dyade médecin-patient, au bénéfice de ses deux membres ; le patient a à y gagner une meilleure prise en compte de ses besoins, et le médecin peut y trouver une meilleure adhésion du patient à ses propositions de prise en charge et la satisfaction du partage de la responsabilité. Précisons d'emblée que partager le pouvoir décisionnel avec les patients ne signifie pas nécessairement arriver avec lui à un consensus, dans lequel la position d'expert du médecin serait renforcée [3], comme dans le modèle initialement publié par Charles *et al.* sous le nom de *shared decision making* [4]. En ce sens, le partage du pouvoir conduisant à l'*empowerment* du patient se distingue également de l'« alliance thérapeutique » de Mead & Bower, laquelle associe les bénéfices de la prise en charge médicale et l'effet additionnel de bonnes conditions relationnelles durant la consultation : « *the impact of affect on outcome is indirect, mediated through medical management* » [1]. Il n'est pas cependant certain que tous les patients soient à l'aise avec ce processus de partage décisionnel, en raison de leur appartenance sociale, de leur âge, de leur sentiment de maîtrise de leur santé, ou en raison de l'anxiété que peut causer l'attitude du médecin dans ce cas [5-7].

En Belgique, la loi de 2002 sur les droits des patients formalise divers aspects de la relation médecin-patient : l'information sur l'état de santé (le droit de savoir ou de ne pas savoir), le consentement éclairé (et le droit de refuser son consentement).

Le partage du pouvoir, tel qu'investigé dans l'échelle d'attitude, concerne aussi les relations entre les médecins et les paramédicaux. Peu d'exemples existent d'une telle remise en cause de la hiérarchie des professions de santé, si ce n'est dans les maisons médicales. Depuis quarante ans en effet, ces structures prônent « *un fonctionnement d'équipe basé sur l'autogestion et la mise en place de relations de travail non hiérarchiques au sein des*

équipes » [8]. Le principe qui sous-tend cette déclaration est simple : il ne peut y avoir d'égalité dans les rapports entre soignants et soignés, si cette égalité n'existe pas entre les soignants eux-mêmes. Cette vue idéaliste des rapports humains, quoique généreuse et productive à l'intérieur du mouvement des maisons médicales, a eu peu de retentissement dans la société en général, et dans le monde de la santé en particulier. Quoi qu'il en soit, les résultats de l'échelle d'attitude indiquent que ce principe est de nature à favoriser une attitude positive envers la prévention.

### **Importance des facteurs personnels liés au médecin : “*doctor-as-person*”**

Des facteurs organisationnels ou liés aux patients ont été mis en avant par les généralistes interrogés dans la première étude de cette thèse (chapitre 2), pour expliquer les limitations de leur intention à proposer plus de prévention à leurs patients. De telles limitations se retrouvent également dans la littérature [9]. Cependant, l'importance des facteurs personnels qui modèlent le comportement des médecins a été soulignée dans cette thèse. Cet aspect a été précédemment signalé dans d'autres domaines de travail, notamment par Bombeke *et al.* dès la formation initiale des étudiants en médecine [10], et plus récemment, par Ketterer *et al.* dans les motivations des généralistes à prendre en charge des patients dépendant de substances [11]. Tous deux font appel à la cinquième dimension conceptuelle de l'approche centrée-patient de Mead et Bower. Le concept de *doctor-as-person* vient en écho à celui de *patient-as-person*, afin qu'ensemble ils pratiquent ce que Balint appelle « *une médecine à deux* », où médecin et patient s'influencent réciproquement. Michael Balint nous a appris que les sentiments négatifs qu'un médecin peut ressentir face à son patient peuvent subir différents traitements cognitifs, de la négation à l'analyse permettant d'offrir une meilleure compréhension de la problématique au centre de la consultation [12]. Les modèles théoriques issus des recherches en psychologie sociale, tel par exemple le modèle intégratif de Fishbein [13] (voir préambule du chapitre trois), rendent bien compte de la multiplicité des facteurs qui conditionnent l'intention et le comportement. Il est assez étonnant que cette évidence ne soit pas mieux connue du monde médical académique.

## **Implications pour la pratique**

### **Pratique de groupe pluridisciplinaire**

Les chapitres trois et quatre ont souligné l'importance et la pertinence du travail pluridisciplinaire en soins primaires. C'est là l'un des enseignements cardinaux de ce travail.



Si la réflexion initiale est née au sein de la seule discipline de médecine générale, il apparaît clairement que mener un travail utile, efficace et équitable, dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé passe par une collaboration pluridisciplinaire. On pense d'emblée aux autres professionnels des soins primaires : infirmières, travailleurs sociaux, personnel administratif et logistique, etc., déjà présents dans bon nombre d'associations. Ce premier niveau d'intégration est fort utile, et permet déjà de répondre à de nombreux besoins inhérents à une plus grande formalisation de l'offre préventive. L'identification des bénéficiaires potentiels passe par des manipulations de fichiers informatiques ; la réalisation de certains programmes à grande échelle (p.ex. campagne de vaccination hivernale contre la grippe) est facilitée par une répartition des tâches entre médecins, infirmières et personnel administratif.

Cependant, l'ouverture pluridisciplinaire doit être plus large si l'on souhaite évoluer vers un modèle de soins qui prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé. Il est possible que des équipes utilisent les ressources des centres locaux de promotion de la santé pour y trouver l'inspiration, les méthodes ou les collaborations nécessaires au montage de nouveaux projets, qu'elles soient le relais et/ou participent aux activités du réseau psycho-social municipal.

Certaines expériences peuvent être examinées pour évaluer la faisabilité de cette évolution. Il est remarquable de constater la grande homogénéité des scores des médecins travaillant en maison médicale sur les quatre facteurs attitudinaux. Ces résultats indiquent que ces médecins ont une attitude aussi favorable envers les facteurs plus spécifiquement liés au côté scientifique de la pratique et à la qualité des soins (évaluation, adhésion aux recommandations), qu'envers ceux liés aux relations entre personnes (centrage-patients et collaboration), réalisant ainsi la synthèse entre des indicateurs de qualité des soins et un terrain favorable à une pratique inspirée de la promotion de la santé. Le gradient observé dans les scores des quatre facteurs attitudinaux entre les médecins travaillant en solo, les groupes mono- puis pluridisciplinaires, et enfin les maisons médicales tend à accréditer l'idée que plus l'intégration du travail des professionnels de santé est poussée, meilleure est l'attitude envers la prévention. Si l'on veut répondre à la question qui terminait le préambule du chapitre cinq, de savoir si c'est la structure et le mode de fonctionnement des associations pluridisciplinaires qui permettent de développer des pratiques innovantes en

matière de promotion de la santé, ou si ceux qui choisissent ces structures sont « prédisposés » à ce type de pratiques, il faut considérer la charte des maisons médicales [8].

Cette dernière déclare en effet explicitement vouloir mettre en œuvre « *un projet d'organisation des soins de santé basé sur des soins de première ligne, globaux, continus, intégrés et caractérisés par une accessibilité maximale. [] ...des soins de qualité qui tiennent compte des acquis de la science, tout en gardant un souci d'efficience ; des soins accessibles sur le plan géographique, financier, temporel, culturel, ...[] des soins continus dispensés par une équipe de thérapeutes qui travaillent dans une logique de suivi à long terme ; des soins globaux qui tiennent compte de tous les aspects médico-psycho-sociaux et environnementaux ; des soins intégrés qui englobent l'aspect curatif, préventif, palliatif et la promotion de la santé* » [8]. Même si tous ces principes ne sont pas appliqués intégralement dans toutes les équipes de la Fédération, ils les inspirent à des degrés divers. Les médecins qui décident de travailler en maison médicale le font en général par choix ; leurs réponses à l'échelle d'attitude traduisent probablement ce choix. En revanche, la Fédération met en œuvre des formations à destination de ses affiliés, organise des colloques et des congrès, qui contribuent à renforcer la motivation et la compétence de ses membres [14, 15]. La réponse à la question posée plus haut est donc double : il existe une prédisposition chez ceux qui obtiennent les scores d'attitude les plus élevés, mais les structures dans lesquelles ils travaillent renforcent cette prédisposition.

### **Formalisation de la pratique en prévention**

L'organisation pratique de l'offre de prestations préventives ne garantit pas que ces prestations touchent tous leurs bénéficiaires. L'objectif d'équité en pratique préventive, comme dans d'autres domaines des soins de santé, suppose pour les médecins d'identifier les cibles potentielles de leur action, afin d'ouvrir avec elles le dialogue sur les opportunités que la prévention peut offrir. Les généralistes devraient accorder une attention accrue à ces populations qui ont peu de demandes en ce domaine, par méconnaissance, désintérêt ou peur [16].

Formés à une relation individuelle et centrée sur la réponse aux plaintes de leurs patients, peu nourris durant leurs études de concepts de santé publique, les généralistes ont sans doute bien du mal à prendre conscience et à conceptualiser les différentes facettes de leur activité. La gestion de certains aspects de la santé de leurs patients fondée sur leurs

conditions de vie, ou la gestion de l'ensemble de la patientèle sur une base collective sont a priori plus difficiles à réaliser sans formation spécifiquement dédiée.

Le premier chapitre a abordé les difficultés des généralistes avec la « santé publique », cette expression désignant indifféremment les autorités de santé ou le concept qui définit l'organisation des actions en faveur de la santé des citoyens. La formalisation de l'action en prévention, comprenant la définition des procédures et l'évaluation de leur utilisation [17], semble poser problème aux généralistes dans la mesure où les recommandations scientifiques semblent insuffisamment connues ou suivies, et que l'évaluation de pratique est peu répandue. Diverses études récentes en provenance d'autres pays occidentaux viennent étayer ces constatations [18-21].

La structuration de l'information clinique dans les dossiers médicaux informatisés peut servir l'objectif d'équité en prévention et promotion de la santé, en permettant l'identification de populations-cibles ou l'usage de rappels automatiques. L'intérêt de cette approche a été récemment souligné au Canada [22]. De même, l'adhésion aux recommandations permet de concentrer les ressources sur les procédures les plus pertinentes ; elle peut être facilitée par l'usage d'une plateforme informatique rassemblant des guides de bonne pratique (comme [www.ebmpracticenet.be](http://www.ebmpracticenet.be) par exemple). Les patients, comme les autorités de santé, y trouveraient un intérêt, mesurable en termes de qualité des soins.

Il est tentant d'essayer de faire évoluer la situation en proposant des formations, comme cela se pratique habituellement dans la profession, ou en adaptant mieux les recommandations à la profession [23]. Considérant les déterminants personnels des facteurs attitudinaux, cette réponse ne peut qu'être partiellement efficace ; les formations risquent de ne toucher que ceux qui sont déjà sensibilisés à la thématique. Des méthodes innovantes, utilisant les technologies de l'information et de la communication, interactives (intervisions), peuvent être proposées, touchant à la fois au registre des connaissances et à celui des motivations des participants [24-27].

### **Intégration progressive de la promotion de la santé**

Comme décrit au chapitre quatre, des expériences ponctuelles sont relatées dans la littérature médicale, qui visent à prendre en compte l'avis des patients dans le développement de programmes de promotion de la santé, soit dans un but de

compréhension des échecs des pratiques actuelles, comme relaté par Calderon [28], soit dans le but de mettre en place de nouvelles pratiques de promotion de la santé qui rencontrent les besoins de leurs futurs bénéficiaires, tel que décrit par Heidemann & Almeida [29]. De telles recherches ne sont évidemment pas réalisables en pratique courante pour la plupart des généralistes, quoique des groupes disposant de ressources humaines suffisantes (il existe peut-être une taille critique) puissent entrer dans un processus semblable. L'efficacité de telles procédures vient d'être établie récemment par un groupe de chercheurs flamands, dans le cas précis et difficile de l'obésité associée à des troubles mentaux [30].

Certaines équipes suffisamment structurées, convaincues de l'intérêt, et robustes financièrement peuvent s'attacher la présence permanente d'un coordinateur d'activités qui peut être le gestionnaire administratif des programmes de prévention, le relais entre les soignants et les patients, entre les soignants et le réseau local, l'organisateur des activités communautaires [31]. Ce genre de conditions et de collaborations est de nature à permettre aux généralistes, tout en poursuivant leur activité principale de soignants, de dépasser le cadre habituel de la relation de soins, fondée sur la plainte du patient et/ou sur leurs croyances plus ou moins fortes dans l'aptitude de la médecine à résoudre les problèmes de santé.

### **Voies d'avenir pour la médecine générale**

La médecine générale se trouve actuellement à la croisée des chemins pour différentes raisons. Elle souffre d'une certaine dévalorisation auprès des médecins d'autres spécialités, et surtout auprès des étudiants en médecine qui la boudent. Le vieillissement de ses effectifs va rendre la situation plus difficile encore dans les dix prochaines années. Et pourtant, le champ d'action de la discipline continue à se développer : l'émergence des maladies chroniques et la multimorbidité d'une population vieillissante rendent nécessaire une médecine de proximité. Reste-t-il une place pour la prévention et la promotion de la santé ?

Comme on l'a vu plus haut, leur intégration dans les pratiques de soins de santé primaires suppose de penser un nouveau modèle de travail. Mais ce modèle pourra également être utile dans le cadre des autres défis épidémiologiques auxquels la médecine générale est confrontée. Les critères de qualité des soins de santé primaires de Monique Van Dormael, citée en introduction, fournissent le cadre permettant de tracer la voie des réformes à

réaliser : globalité, continuité et intégration [32]. Trois critères de qualité, et autant de défis à relever.

La globalité des soins impose de considérer l'environnement bio-psycho-social, tout en restant conscients que, pour les patients, la santé n'est pas un objectif mais une ressource nécessaire à la réalisation de leur projet de vie. Le premier défi est d'intégrer les concepts de la promotion de la santé qui font des patients des partenaires éclairés du processus de soins. Ceci implique de renforcer les aptitudes communicationnelles des médecins généralistes et de repenser le sens de la relation de pouvoir qui peut exister entre soignant et soigné en abandonnant le paternalisme bienveillant qui a marqué les décennies précédentes depuis Parsons [33] (lequel assumait totalement l'écart de compétences entre l'un et l'autre), et en créant les conditions d'un processus d'*empowerment*. Dans un contexte général où l'on tend à responsabiliser davantage les individus, il importe de garder à l'esprit que les déterminants de la santé sont plus sociaux qu'individuels [34]. La logique économique néolibérale qui prévaut actuellement conduit, pour de nombreux citoyens, à des conditions de travail – ou de manque de travail – qui créent une « souffrance psychique », nouveau vocable qui désigne cette population qui se sent mal, mais dont le malaise prend surtout racine dans des conditions socio-économiques particulières [35]. Les généralistes sont aux premières loges pour constater cette évolution chez leurs patients, qui appelle une prévention au niveau sociétal plus qu'individuel.

La continuité des soins pose le défi de la gestion de l'information clinique. Pour être utilisable – autant pour le généraliste que pour l'équipe de soins –, l'information doit être structurée. Pour être utilisée dans les logiciels, elle doit être codifiée. À ces deux conditions, elle peut être partagée de façon pertinente et efficace entre soignants (généralistes et spécialistes d'organes, paramédicaux) de façon à assurer la qualité des soins et la sécurité des patients dans un environnement médico-technique complexe. Elle permet également d'identifier tant des groupes à risque auxquels proposer des actions préventives dans un cadre biomédical, que de repérer les sous-consommateurs de soins, ceux qui pensent, à tort ou à raison, que ce qui est proposé n'est pas pour eux. Du point de vue organisationnel, ce modèle implique l'intégration au niveau des soins ambulatoires de processus propres à la santé publique permettant une meilleure distribution des soins à l'ensemble de la population dans un souci d'équité et en mettant en pratique le principe d'universalisme

proportionné. Le cycle de qualité, amenant avec lui le travail par objectifs et l'évaluation de pratique, pourrait en être l'outil principal.

L'intégration des soins entre les différentes disciplines de la première ligne pose le défi de la co-professionnalité. Diverses formes d'associations voient le jour, mono- ou pluridisciplinaires, avec ou sans paramédicaux, avec ou sans mission de santé publique. Les raisons de cette tendance sont probablement multiples : optimisation des coûts d'installation et de fonctionnement, gestion des horaires de travail, diversification de l'offre de services, implication de collectivités locales, etc. Or, peu de choses préparent les professionnels de santé à travailler ensemble ; leurs études restent cloisonnées entre disciplines, entre niveaux de diplômes, et personne n'apprend vraiment à travailler avec les autres. Les métiers de la promotion de la santé sont encore plus difficilement intégrables parmi les soignants en raison de la différence de paradigmes qui sépare leurs formations : les uns apprennent à soigner des maladies, les autres à penser la santé. Une actualisation des référentiels métiers de chaque discipline devra indiquer clairement où se situe l'interface avec les autres et comment doit se passer la transmission d'informations et le partage de tâches à cet endroit. Il est possible que, dans ce processus, les généralistes perdent quelques activités routinières de suivi des patients, mais qu'en revanche les tâches qui leur seront réservées soient plus valorisantes au plan intellectuel ; ils y trouveraient peut-être la valorisation de leur profession, souvent absente de la presse [36].

Ces trois défis impliquent des aménagements de la formation des généralistes, et une redéfinition de leurs tâches et compétences propres. Ce travail implique de réunir les cinq composantes du pentagone du partenariat de Boelen (politiques, patients, universitaires, syndicats professionnels, assureurs) autour d'un projet élaboré en commun [37]. Ensuite, la responsabilité sociale des facultés de médecine devrait être valorisée ; un document de consensus mondial existe à ce sujet, qui recommande, entre autres, que « *les compétences soient définies avec les parties prenantes, y compris les autres professionnels de santé et des secteurs sociaux ; [...] Les étudiants se voient offrir une exposition précoce et longitudinale à des expériences d'apprentissage basées dans la communauté, à la fois en théorie et en pratique, pour comprendre et agir sur les déterminants de santé et acquérir des habiletés cliniques appropriées ; ... l'éventail des normes reflète le continuum de l'identification des*

*problèmes, des choix stratégiques, des processus de gestion, des résultats et de l'impact sur la santé, à la fois sur le plan individuel et populationnel » [38].*

Ces défis appellent également de nouvelles recherches portant sur la valeur ajoutée et les conditions du travail pluridisciplinaire. En particulier, il serait important de connaître les représentations des différents professionnels de santé quant à leur rôle et leur place au sein de l'organisation (la hiérarchie ?) des soins de santé, et quant au rapprochement avec les autres champs professionnels qui ont aussi à promouvoir la santé. Un autre axe de recherche concernerait les modalités pédagogiques à mobiliser pour permettre la collaboration entre des professions qui se connaissent peu ou qui collaborent dans des modèles opérationnels désuets.

*« Le masque, destiné à dissimuler, représenter ou imiter un visage, assure de nombreuses fonctions, variables selon les lieux et l'époque » (Wikipédia). Celui qui figure en couverture n'est pas un objet de divertissement ni une œuvre d'art, mais un objet fonctionnel. La face représentée dans ce travail est, pour une fois, l'intérieur du masque : elle a dévoilé une partie de ce que cachent les médecins généralistes.*

## Références

1. Mead N, Bower P: **Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature.** *Soc Sci Med* 2000, **51**(7):1087-1110.
2. Aubin-Auger I, Mercier A, Mignotte K, Lebeau JP, Bismuth M, Peremans L, Van Royen P: **Delivering the faecal occult blood test: More instructions than shared decisions. A qualitative study among French GPs.** *Eur J Gen Pract* 2013, **19**(3):150-157.
3. Robertson M, Moir J, Skelton J, Dowell J, Cowan S: **When the business of sharing treatment decisions is not the same as shared decision making: A discourse analysis of decision sharing in general practice.** *Health (London, England : 1997)* 2011, **15**(1):78-95.
4. Charles C, Gafni A, Whelan T: **Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango).** *Soc Sci Med* 1997, **44**(5):681-692.
5. Briel M, Young J, Tschudi P, Hugenschmidt C, Bucher HC, Langewitz W: **Shared-decision making in general practice: do patients with respiratory tract infections actually want it?** *Swiss medical weekly* 2007, **137**(33-34):483-485.
6. Schneider A, Korner T, Mehring M, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J: **Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice.** *Patient Educ Couns* 2006, **61**(2):292-298.
7. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R: **Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars.** *BMJ* 1999, **319**(7212):753-756.
8. **Charte des maisons médicales.** Bruxelles: Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones; 2013.
9. Gelly J, Le Bel J, Aubin-Auger I, Mercier A, Youssef E, Mentre F, Nougairède M, Letrilliant L, Duval X: **Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care--an observational cross-sectional multicentre study.** *Fam Pract* 2014, **31**(4):445-452.
10. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P: **Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers.** *Med Educ* 2010, **44**(7):662-673.
11. Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, Remmen R, Vanmeerbeek M: **What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model.** *BMC Fam Pract* 2014, **15**(1):119.
12. Balint E, Courtenay M, Elder A, Hull S, Julian P: **The doctor, the patient and the group: Balint revisited.** London: Routledge; 1993.
13. Fishbein M: **A Reasoned Action Approach to Health Promotion.** *Med Decis Making* 2008, **28**(6):834-844.



14. **Evènements** [<http://www.maisonmedicale.org/-Evenements-.html>]
15. Bantuelle M, Mouyart P, Prevost M: **Action communautaire en santé**. Bruxelles: Fédération des maisons médicales. Santé Communauté Participation (SACOPAR). Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT); 2013.
16. **Les maladies infectieuses graves ont disparu, reste la crainte des vaccins** [<http://www.carnetsdesante.fr/Siegrist-Claire-Anne>]
17. Bodewes WEJ: **Formalization and innovation revisited**. *European Journal of Innovation Management* 2002, **5**(4):214-223.
18. Larsen KK, Vestergaard M, Sondergaard J, Christensen B: **Screening for depression in patients with myocardial infarction by general practitioners**. *European journal of preventive cardiology* 2013, **20**(5):800-806.
19. Koo JH, You MY, Liu K, Athureliya MD, Tang CW, Redmond DM, Connor SJ, Leong RW: **Colorectal cancer screening practise is influenced by ethnicity of medical practitioner and patient**. *J Gastroenterol Hepatol* 2012, **27**(2):390-396.
20. Rossignol L, Guthmann JP, Kerneis S, Aubin-Auger I, Lasserre A, Chauvin P, Pelat C, Hanslik T, Levy-Bruhl D, Blanchon T: **Barriers to implementation of the new targeted BCG vaccination in France: a cross sectional study**. *Vaccine* 2011, **29**(32):5232-5237.
21. Henrotin Y, Moyses D, Bazin T, Cedraschi C, Duplan B, Duquesnoy B, Laroche F, Valat JP, Marty M: **Study of the information delivery by general practitioners and rheumatologists to patients with acute low back pain**. *Eur Spine J* 2011, **20**(5):720-730.
22. Stone C, Rosella L, Goel V: **Population health perspective on high users of health care: Role of family physicians**. *Can Fam Physician* 2014, **60**(9):781-783.
23. Meeus P, Van Aubel X: **Performance de la médecine générale, bilan de santé**. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI); 2012.
24. Aubin-Auger I, Mercier A, Le Bel J, Bombeke K, Baruch D, Youssefian A, Lebeau JP, Le Trung T, Peremans L, Van Royen P: **From qualitative data to GP training on CRC screening**. *J Cancer Educ* 2013, **28**(3):439-443.
25. Sonntag U, Wiesner J, Fahrenkrog S, Renneberg B, Braun V, Heintze C: **Motivational interviewing and shared decision making in primary care**. *Patient Educ Couns* 2012, **87**(1):62-66.
26. Nicolle E, Britton E, Janakiram P, Robichaud PM: **Using TED Talks to teach social determinants of health: Maximize the message with a modern medium**. *Can Fam Physician* 2014, **60**(9):777-778.

27. Butler-Jones D: **Addressing the social determinants of health.** *Healthc Manage Forum* 2012, **25**(3):130-137.
28. Calderon C, Balague L, Cortada JM, Sanchez A: **Health promotion in primary care: how should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients.** *BMC Health Serv Res* 2011, **11**:62.
29. Heidemann IT, Almeida MC: **Freire's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion.** *Public Health Nurs* 2011, **28**(2):159-167.
30. Verhaeghe N, De Smedt D, De Maeseneer J, Maes L, Van Heeringen C, Annemans L: **Cost-effectiveness of health promotion targeting physical activity and healthy eating in mental health care.** *BMC Public Health* 2014, **14**:856.
31. Vanmeerbeek M, Haulet C: **Loont een projectmanager in een multidisciplinair gezondheidscentrum? Integratie van individuele en algemene gezondheidsbelangen.** *Huisarts Nu* 2011, **40**(10):16-18.
32. Van Dormael M: **Le centre de santé intégré et les maisons médicales. Jalons pour les soins de santé primaires.** *Les cahiers du GERM* 1981, **152**.
33. Parsons T: **The Social System.** Glencoe, IL: Free Press; 1951.
34. Solar O, Irwin A: **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).** In: *Debates, Policy & Practice, Case Studies.* Geneva: World Health Organization; 2010.
35. Ketterer F: **La campagne de promotion de la santé mentale : une mise en perspective socio-politique.** *Sociologie Santé* 2008, **29**:301-319.
36. Hedelius M, Boukhezra N, Lasserre E, Letrilliart L: **La médecine générale vue par la presse écrite grand public : la crise, rien que la crise ! .** *Exercer* 2014, **113**:100-101.
37. Boelen C: **Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé.** OMS, Genève; 2001.
38. **Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools**  
[\[http://healthsocialaccountability.org/\]](http://healthsocialaccountability.org/)

# **Annexes**



## **Annexe 1 : Guide d'entretien pour l'enquête par entretiens auprès de généralistes**

### **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 ?

#### ***Habilité 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 mammoth (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, propres 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 ?







## 2. L'enquête

*Pour chaque proposition, cochez la case qui correspond le mieux à votre conception du rôle du médecin généraliste (1 seule réponse par proposition)*

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
1	L'amélioration de l'état de santé de la population au cours des dernières décennies est due principalement aux progrès de la médecine					
2	La gestion administrative d'échéances relatives à la prévention pourrait être déléguée à d'autres personnes que des médecins					
3	Un généraliste devrait apprendre à pratiquer personnellement au moins une technique d'évaluation de sa pratique préventive					
4	L'image des généralistes auprès des patients est peu influencée par leur activité en prévention					
5	Les recommandations de bonne pratique améliorent la pertinence des pratiques préventives.					
6	Chaque année, le généraliste devrait se fixer un taux d'actes préventifs à atteindre chez certains groupes cibles de ses patients					
7	L'avis des infirmières et des kinés devrait être systématiquement pris en compte par les généralistes					
8	Un généraliste doit s'octroyer du temps pour gérer les données des dossiers de sa patientèle					
9	Les toutes-boîtes médicaux offrent une information scientifique de qualité					
10	Evaluer sa pratique suppose de connaître le nombre précis de ses patients					
11	Les recommandations sont rarement utiles en prévention					
12	Les généralistes sont à leur place quand ils participent, avec d'autres professionnels, à des actions thématiques en santé dans leur quartier					
13	Il est intéressant que le généraliste rencontre des groupes de patients pour aborder un sujet de santé (ex. : information, question/réponses, atelier pratique, etc.)					
14	Les généralistes devraient alimenter une base de données centralisée de certaines actions préventives réalisées par leurs patients (ex : vaccins, mammographies, etc.)					
15	Un généraliste doit aussi proposer de la prévention dans les thématiques qui ne font pas partie de sa pratique curative.					
16	C'est le rôle du généraliste de prévenir tous ses patients à risque pour les inviter à recevoir une vaccination					
17	Les généralistes n'ont pas à s'encombrer du contexte social de leurs patients					
18	L'évaluation de l'activité de prévention d'un généraliste en améliorerait la distribution équitable parmi ses patients					
19	Les informations récoltées par les généralistes ne sont utiles que si on peut les traiter (p.ex. pour l'évaluation de pratique, la recherche, l'enseignement de la discipline, etc.)					
20	Les données des dossiers des patients doivent être gérées uniquement par les médecins traitants					

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
21	Travailler en partie sur rendez-vous permet de mieux gérer la santé des patients					
22	Le travail du généraliste est surtout de répondre aux plaintes de ses patients					
23	L'exercice de la médecine doit rester indépendant des contraintes étatiques					
24	Dans certains cas, la prévention est mieux organisée par les autorités de santé que par les généralistes					
25	En prévention, il est stimulant de comparer les taux de couverture dans sa propre pratique avec ceux de sa région.					
26	Face à son patient, le médecin est seul compétent pour proposer un dépistage					
27	Dans une prise en charge pluridisciplinaire à domicile, c'est le généraliste seul qui doit définir les objectifs de soins					
28	Les infirmières sont compétentes pour assurer la réalisation d'actes préventifs courants (ex. rappels de vaccins) sous la supervision des généralistes					
29	Le travail en groupe est une évolution souhaitable du métier de généraliste					
30	Il est utile qu'un généraliste évalue pour quelle proportion de ses patients certaines procédures préventives (mammographie, dosage HbA1c, etc.) sont réalisées					
31	Un échéancier doit permettre d'envoyer des rappels aux patients qui sont en retard pour une procédure de dépistage ou prévention					
32	Les consultations de médecine générale devraient durer plus de 15 minutes en moyenne					
33	Des aide-mémoire standardisés (ex. tables SCORE, calendrier vaccinal) aident à pratiquer une prévention adéquate					
34	Dans les soins ambulatoires, il serait très utile de créer des protocoles de collaboration pluridisciplinaire					
35	Il est indispensable que les généralistes disposent d'une fonction de rappel dans le dossier médical individuel pour se souvenir des échéances à gérer					
36	Les patients devraient participer à l'élaboration de leur plan de prévention					
37	Les délégués médicaux apportent une information scientifique utile aux médecins					
38	Il revient aux pouvoirs publics d'impulser des programmes préventifs et d'y prévoir le rôle des généralistes					
39	L'Etat devrait récompenser les généralistes actifs en prévention					
40	De nos jours, une utilisation de l'informatique est indispensable au généraliste					
41	Les dossiers médicaux ne sont utiles que pour aider à la gestion des contacts avec les patients					
42	Chaque patient est responsable de sa santé, mais un généraliste se préoccupe de la santé de l'ensemble de sa patientèle					
43	En prévention, un généraliste doit aborder tous les sujets, même les plus intimes.					

Merci pour votre participation.

Vous pouvez renvoyer ce questionnaire au moyen de l'enveloppe ci-jointe ou éventuellement transcrire vos réponses sur le site internet : <https://www.surveymonkey.com/s/CZ33J9F> .

Si vous souhaitez être tenu au courant des résultats de cette enquête, veuillez envoyer m'envoyer un courrier séparé, par voie postale ou par mail.

Prof. M. Vanmeerbeek

Université de Liège  
Département de Médecine générale  
CHU du Sart-Tilman, B23,  
4000 Liège  
[marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be](mailto:marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be)

### Annexe 3 : Représentations graphiques des différents modèles opérationnels de prévention/promotion de la santé présentés dans le chapitre 4

#### Walsh & McPhee. Systems model of clinical preventive care

Walsh JM, McPhee SJ: A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Educ Q* 1992, 19(2):157-175.

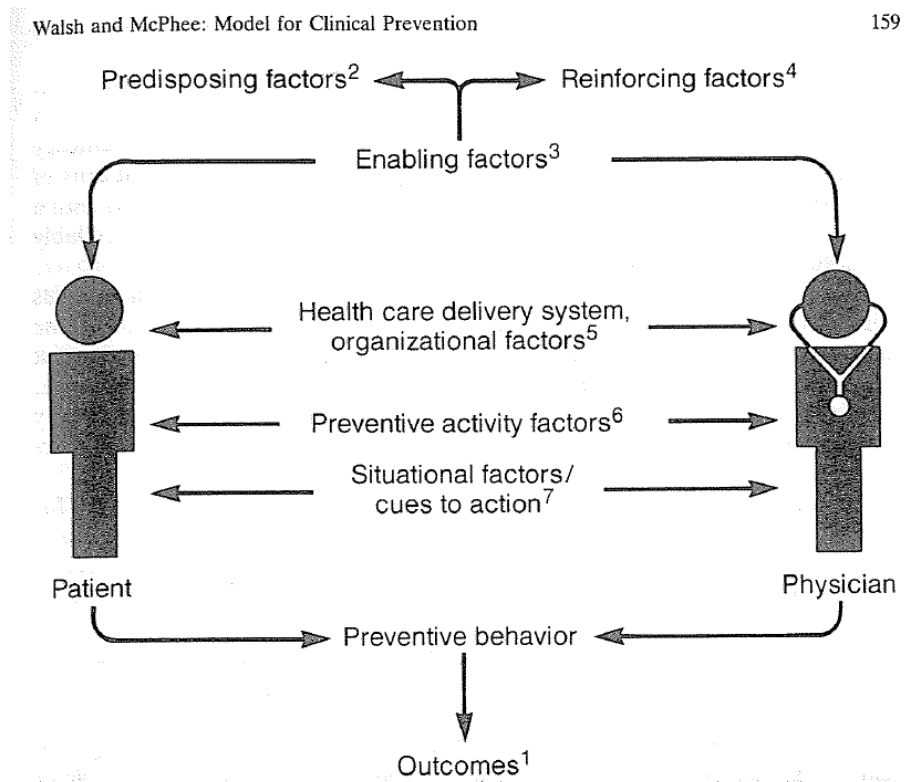


Figure 1. The Systems Model of Clinical Preventive Care.

**Jaén et al. Competing demands of primary care**

Jaen CR, Stange KC, Nutting PA: **Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services.** *J Fam Pract* 1994, **38**(2):166-171.

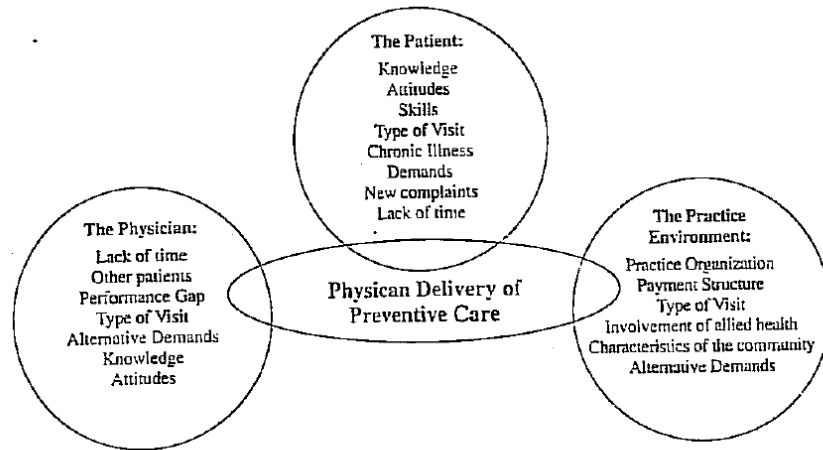
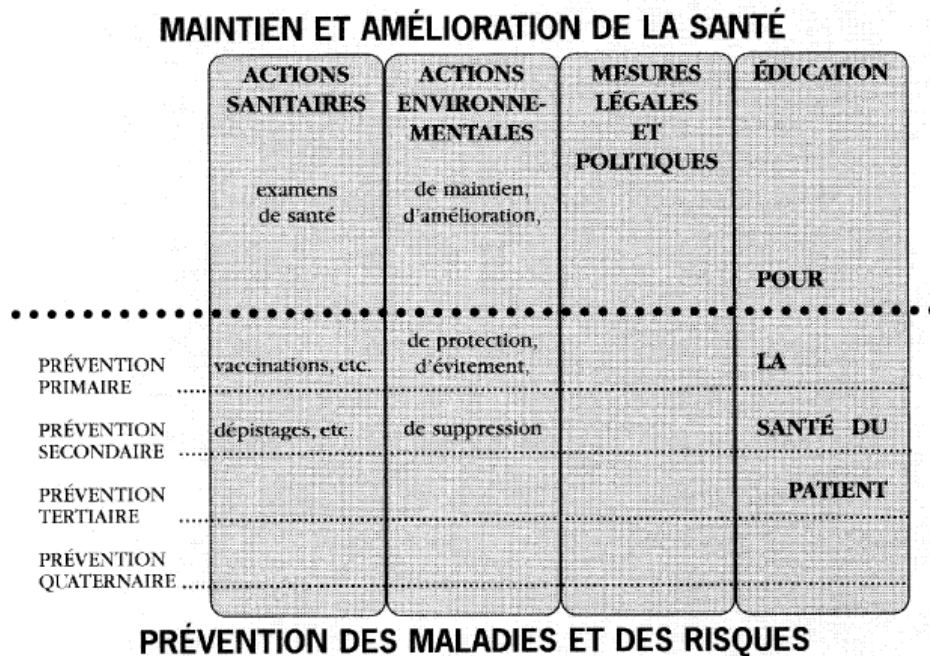


Figure. The competing demands model: interrelated factors involving patients, physicians, and the practice environment that affect physician delivery of preventive care services.

**Deccache. Modèle éducatif**

Deccache A: **Education pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale.** In. Bruxelles: RESO-UCL; 1997.

<http://outils-formateurs-education-patient.inpes.fr/apports/pdf/Deccache1997.pdf>.



**Glasgow et al. Chronic Care Model**

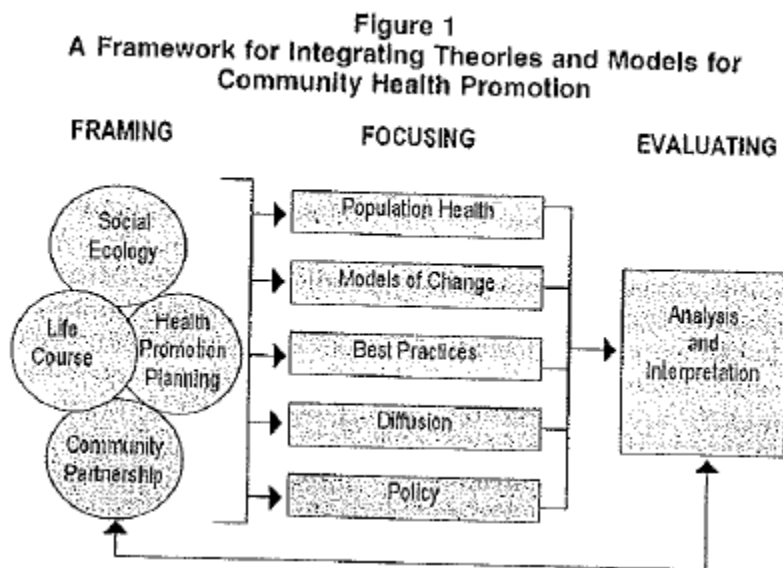
Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH: **Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention?** *Milbank Q* 2001, **79**(4):579-612, iv-v.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751207/>



FIG. 1. Chronic-care Model.

**Best et al. Integrative framework for community partnering**

Best A, Stokols D, Green LW, Leischow S, Holmes B, Buchholz K: **An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy.** *Am J Health Promot* 2003, **18**(2):168-176.



### Cifuentes et al. : Coévolution

Cifuentes M, Fernald DH, Green LA, Niebauer LJ, Crabtree BF, Stange KC, Hassmiller SB: **Prescription for health: changing primary care practice to foster healthy behaviors.** *Ann Fam Med* 2005, **3 Suppl 2**:S4-11.

Eisenhardt KM, Galunic CD. **Coevolving: At Last, a Way to Make Synergies Work.** *Harv Bus Rev.* 2000:91-101 <http://hbr.org/2000/01/coevolving-at-last-a-way-to-make-synergies-work/ar/1>

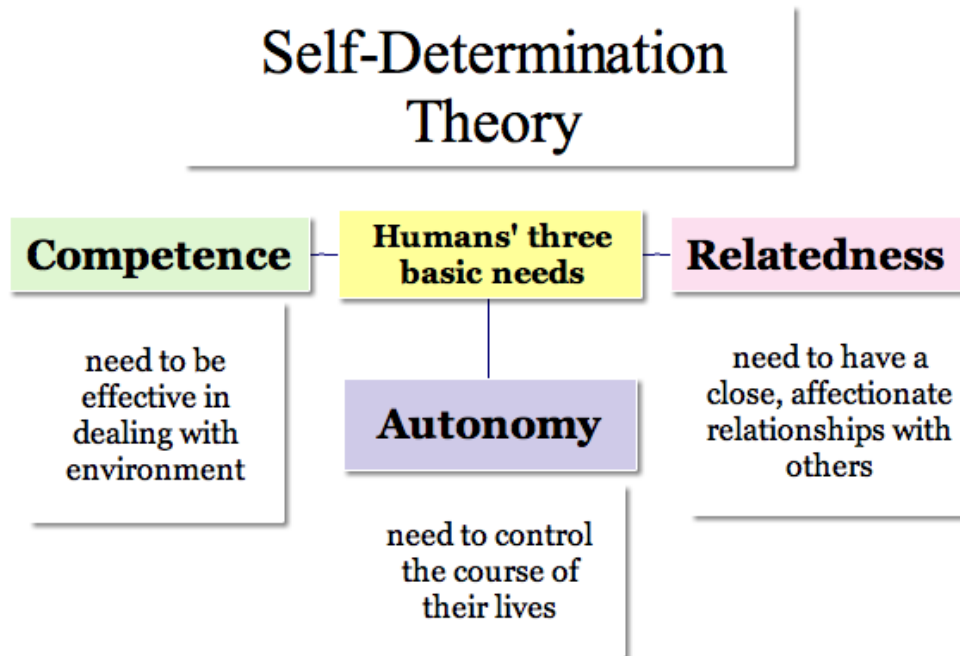
	Traditional Collaboration	Coevolution
Form of collaboration	Frozen links among static businesses	Shifting webs among evolving businesses
Objectives	Efficiency and economies of scope	Growth, agility, and economies of scope
Internal dynamics	Collaborate	Collaborate and compete
Focus	Content of collaboration	Content and number of collaborative links
Corporate role	Drive collaboration	Set collaborative context
Business role	Execute collaboration	Drive and execute collaboration
Incentive	Varied	Self-interest, based on individual business-unit performance
Business metrics	Performance against budget, the preceding year, or sister-business performance	Performance against competitors in growth, share, and profits



**Sussman et al. Self determination theory**

Sussman AL, Williams RL, Leverence R, Gloyd PW, Jr., Crabtree BF: **Self determination theory and preventive care delivery: a Research Involving Outpatient Settings Network (RIOS Net) study.** *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM* 2008, **21**(4):282-292.

Figure disponible sur Internet <http://bizfest.wordpress.com/2013/01/29/the-psychology-of-games/>

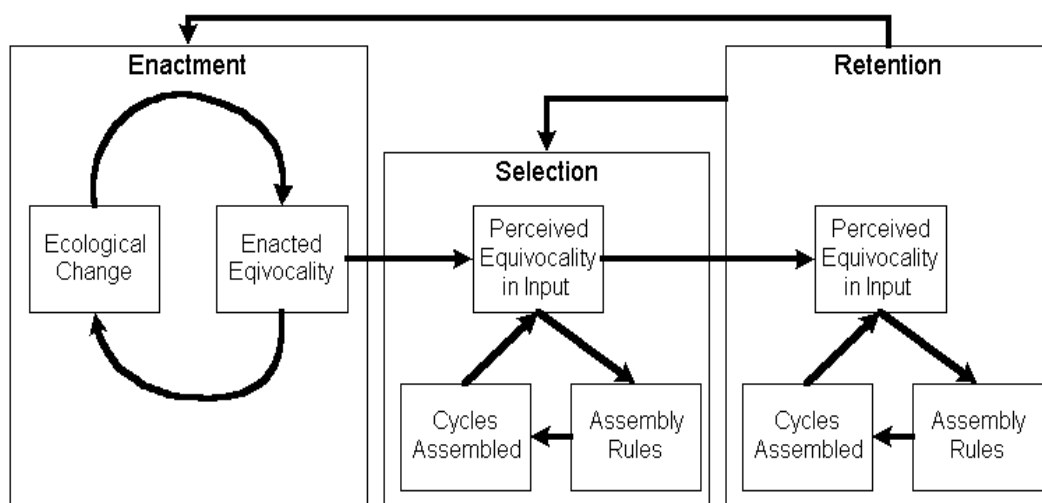


**Kreps. Modèle de Weick**

Kreps GL: **Applying Weick's model of organizing to health care and health promotion: highlighting the central role of health communication.** *Patient Educ Couns* 2009, **74**(3):347-355.

Figure disponible sur Internet

<http://davis.foulger.info/oswego/Spring2002/Organizational/midterm.htm>



**Naaldenberg. Systems thinking in health promotion practice**

Naaldenberg J, Vaandrager L, Koelen M, Wagemakers AM, Saan H, de Hoog K: **Elaborating on systems thinking in health promotion practice.** *Global health promotion* 2009, **16**(1):39-47.

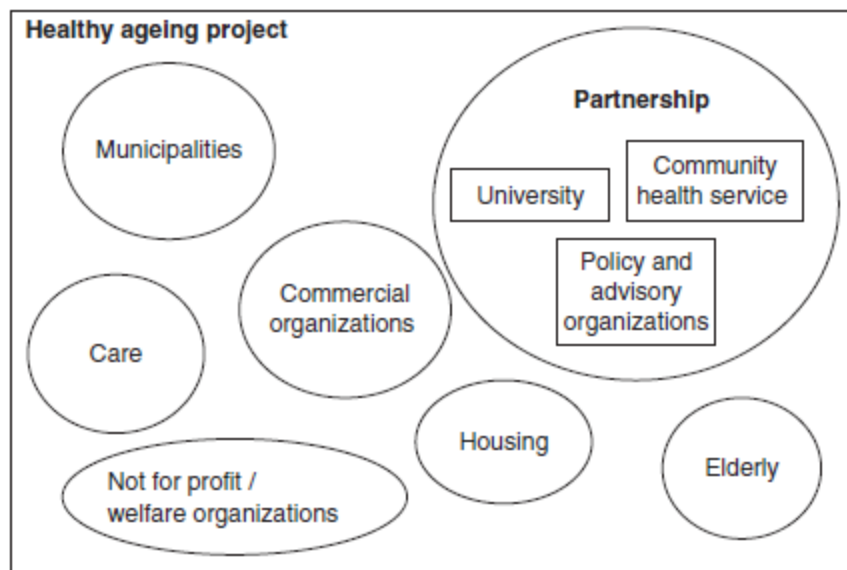


Figure 1. Illustration of possible actors and subsystems

**Calderon et al. Cadre théorique bidimensionnel**

Calderon C, Balague L, Cortada JM, Sanchez A: **Health promotion in primary care: how should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients.** *BMC Health Serv Res* 2011, **11**:62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3070625/>

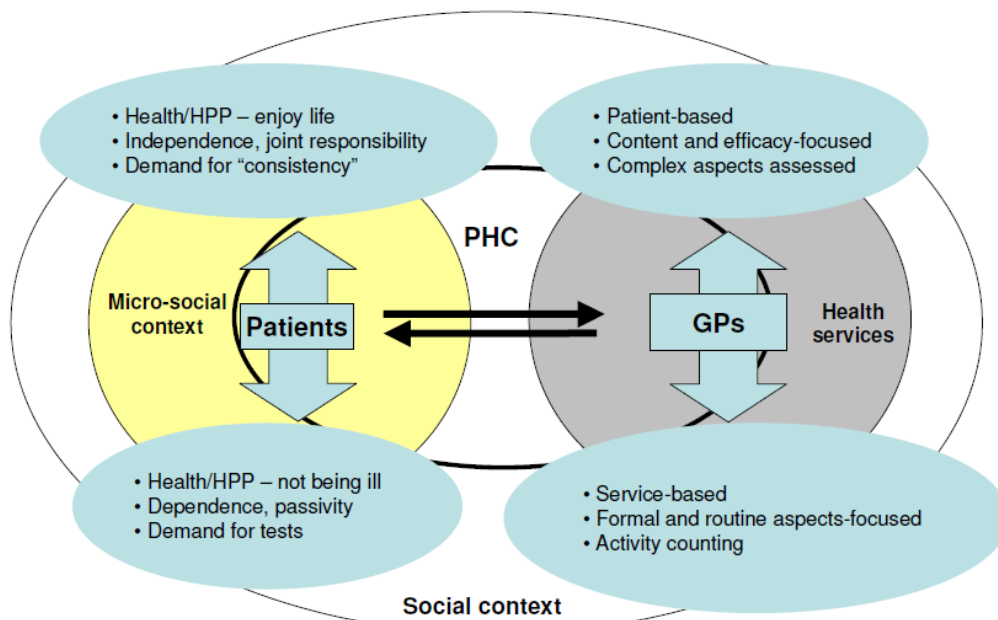
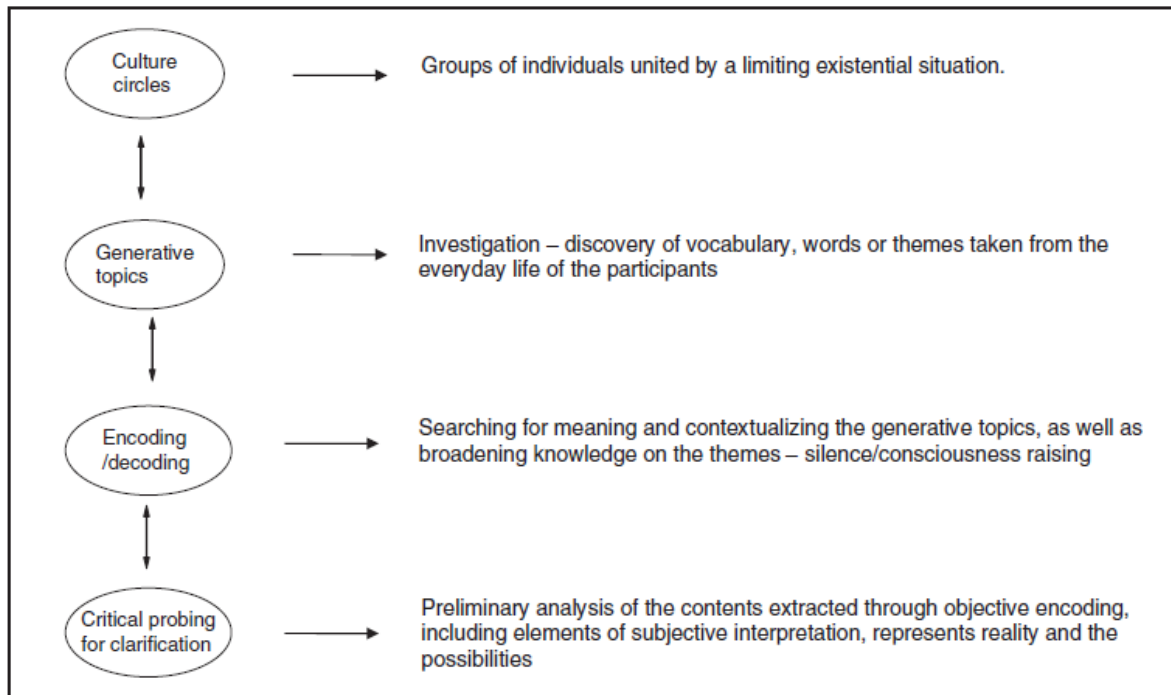


Figure 1 Relationships and trends in healthy lifestyle promotion.

**Heidemann et Almeida. Cercle de culture de Paulo Freire**

Heidemann IT, Almeida MC: **Freire's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion.** *Public Health Nurs* 2011, **28**(2):159-167.



**Figure 1. Participatory Research Flowchart.** Adapted from “Esquema do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire” by R. Saube (1999, p. 3)