



Rôle du généraliste dans la prévention

Sommaire

- **Edito** p. 2
- **Rôle du généraliste dans la prévention** p. 3
 - Place de la prévention en médecine générale ? Mythe ou réalité... p. 3
 - Les attentes des patients face aux démarches de prévention du généraliste p. 8
 - La prévention au cabinet du généraliste p. 10
 - Le généraliste : acteur de la prévention cardiovasculaire p. 13
 - L'inertie clinique en médecine générale p. 17
- **Un outil à votre disposition :**
Toutes les données « naissances-décès » sont disponibles p. 20
- **La politique de santé : quoi de neuf ? Nutrinetsanté** p. 22



Edito

« Parlez-en avec votre médecin ! » ... de nombreux messages de prévention, à l'initiative ou soutenus par la Fédération Wallonie-Bruxelles, invitent le public à se référer à son médecin généraliste. Il est l'intervenant incontournable des actions de prévention. Sans lui, de nombreuses priorités déterminées dans le programme quinquennal de la Fédération Wallonie-Bruxelles ne pourraient être rencontrées.

Ce numéro de « Santé pour tous » explore la place et le rôle du médecin généraliste dans la prévention : les freins rencontrés, les attentes des patients, les outils, les attitudes...

Quelques informations sur le traitement des bulletins de naissance et de décès, et sur une nouvelle étude à grande échelle concernant l'alimentation, composent la suite de ce numéro.

Je vous en souhaite une excellente lecture!

Dr Serge CARABIN
Directeur général de la Santé

Peut-être n'avez-vous pas une idée précise des **compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles** en matière de santé ? Voici quelques mots clés pour mieux les appréhender. Ceux mis en évidence correspondent aux compétences abordées dans ce numéro.

Activités physiques

Alimentation

Assuétudes

Dépistages de cancers

Dépistages néonataux

Données socio-sanitaires

Maladies infectieuses

Prévention

Promotion de la santé

Promotion de la santé à l'école

Réduction des inégalités sociales de santé

Statistiques naissances-décès

Surveillance de la santé (et notamment au travail)

Vaccination

Vie affective et sexuelle

Le rôle du médecin généraliste dans la prévention

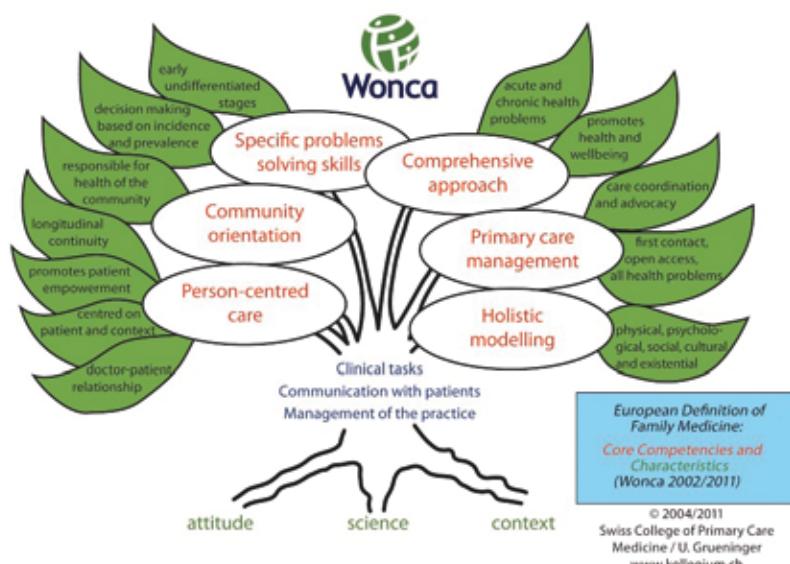
Place de la prévention en médecine générale ? Mythe ou réalité ...

RÉSUMÉ : Le médecin généraliste connaît ses patients et leur contexte de vie. Il est ainsi plus à même d'identifier leurs comportements à risques et occupe une place privilégiée pour faire de l'éducation pour la santé.

Cependant, dans la pratique, là où certains personnalisent les messages de santé publique, conciliant priorités thérapeutiques et objectif de bien-être, d'autres vont se contenter d'actes médico-techniques de prévention. Cet article aborde la place et le rôle du médecin généraliste dans l'éducation pour la santé du patient.

Bref rappel

La profession du médecin généraliste est en pleine mutation. Une nouvelle définition européenne de la profession a d'ailleurs vu le jour en 2002 (WONCA Europe)¹ et a été réactualisée en 2005 ainsi qu'en 2011. Cette définition consensuelle de la médecine générale est déterminée selon onze critères : premier contact avec le système de soins, approche centrée sur la personne, mode de consultation personnalisée, continuité des soins dans la durée, coordination des soins, démarche décisionnelle spécifique, prise en charge simultanée, intervention au stade précoce et non différencié de la maladie, développement de la promotion et de l'éducation pour la santé, action spécifique en termes de santé publique et réponse globale aux problèmes de santé. Au regard de cette définition, qui entend favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace, chaque pays ou région, cherche à trouver un « compromis » de ce que devrait être le rôle, la fonction d'un médecin généraliste au regard des demandes et attentes de soins d'une population sans cesse vieillissante, souffrant de maladies chroniques, du coût financier inflationniste de la médecine spécialisée et des changements dans les demandes et attentes des citoyens et des patients vis-à-vis de cette profession (Doumont & Libion, 2008).



1. WONCA - World Organization of National Colleges, Academics and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, in <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadelfmg.pdf>

La prévention en médecine générale, dans les faits ...

Dans le cadre de l'Université d'été consacrée à l'éducation pour la santé en médecine générale, Sandrin-Berthon (1997), citée par Burton (2008), identifie l'éducation pour la santé comme faisant partie de l'activité des médecins généralistes et cela même si ceux-ci n'utilisent pas nécessairement ce terme pour rendre compte de leur travail. Certains praticiens vont d'ailleurs plutôt parler d'activités de prévention et/ou de transmission de conseils et d'informations. Toujours dans le cadre de ces journées consacrées à l'éducation pour la santé en médecine générale, Roussille et al. (1997), ont identifié trois profils de médecins généralistes : les médecins pour qui la prévention relève de la réalisation d'actes médico-techniques (approche bio-médicale), ceux pour qui la prévention repose sur une relation de confiance soignant-soigné où «*la prévention fait partie intégrante de la dimension curative de leurs pratiques*», tout en la complétant (il s'agit par exemple de profiter de l'opportunité d'une consultation pour un symptôme douloureux pour prodiguer conseils et informations sur la gestion du stress ou du sommeil) et, enfin, il y a les praticiens qui accordent plus d'importance à la prévention qu'au curatif.

Burton (2008), quant à elle, relève deux caractéristiques de la médecine générale, propres à l'éducation pour la santé du patient. La première est «*la place centrale qu'y occupe le patient. Ce dernier, avec l'ensemble des facteurs qui lui sont propres (déterminants de santé) est en effet au cœur de la démarche et de la relation médecin – patient. L'approche globale du patient constitue ainsi un point fort de la médecine générale comme de l'éducation pour la santé du patient*». Une seconde caractéristique de la médecine générale est «*qu'elle inscrit son action dans le long terme, surtout depuis l'instauration du dossier médical globalisé. Le médecin suit ses patients sur plusieurs années, ce qui lui donne maints atouts en matière d'éducation pour la santé*». L'auteure insiste également sur le fait que le médecin généraliste est dans la plupart des cas la personne de première ligne vers qui le patient se tourne lorsqu'il s'agit d'obtenir un avis, un conseil. Enfin, Burton rappelle qu'au fil des consultations, une relation de confiance s'instaure. Le médecin apprend à connaître son patient et donc ses comportements à risques éventuels ; le praticien entre ainsi dans des conditions favorables pour faire de l'éducation pour la santé. Toutefois, si la médecine générale constitue une «porte d'entrée» particulièrement propice, les pratiques sur le terrain semblent varier d'un professionnel à l'autre.

En préalable à un travail d'enquête auprès de médecins généralistes bruxellois, Burton (2008) a, dans un premier temps, identifié une série de facteurs spécifiques à leur pratique : importance accordée à la prévention par le médecin généraliste, participation à des formations complémentaires, sentiment d'efficacité du médecin dans la réalisation d'activités éducatives, pratiques personnelles en matière de prévention, approche bio-médicale ou globale, utilisation de guidelines, réactions des patients, etc. Des interviews ont ensuite été réalisées auprès d'une douzaine de médecins généralistes, six d'entre eux exerçant en pratique libérale, les six autres en maison médicale. Les principaux résultats de cette enquête concernent notamment le rôle perçu du médecin généraliste (information, identification et action sur les facteurs de risque, influence des modes de vie, adoption de comportements favorables à la santé) ainsi que le sentiment d'efficacité ressenti et cela même s'ils pensent qu'ils peuvent encore mieux faire ... L'objectif d'éviter les maladies et de limiter les facteurs de risque, la notion de qualité de vie, avec surtout l'idée de la maintenir, voire de la restaurer, et enfin le souhait de faire prendre conscience au patient des éventuels risques encourus sont autant d'objectifs relayés par les médecins interrogés. La notion de «moment idéal» est également apparue dans le discours des médecins interviewés. Burton (2008) en conclut donc que «*les praticiens sont conscients des implications éventuelles de leurs interventions dans la vie du patient. Insister sur l'importance du moment, c'est également reconnaître qu'il peut y avoir d'autres priorités et, plus encore, c'est vouloir respecter et renoncer à imposer à tout prix une vision des choses*». Il apparaît également que les médecins sont sensibles/réceptifs à l'idée que

le patient puisse garder un certain plaisir de vivre et cela même si cela va quelque peu à l'encontre de l'idéal médical attendu ! Enfin, le concept «prévention» semble privilégié, voire mieux accepté des médecins généralistes, que la dénomination « éducation pour la santé » qu'ils jugent plus intrusive ! Pour l'auteure, la place du médecin généraliste en matière de prévention n'est donc pas à remettre en question. En effet, il est et reste la personne ressource qui «accompagne le patient dans la vie de tous les jours, qui l'aide à l'améliorer et à se la réapproprier au fil des évènements qu'il rencontre».

Bourdillon (2008) élargit encore, par la définition qu'il en donne, la perception du rôle du médecin généraliste. Pour l'auteur, le médecin est l'acteur majeur car «*il est en mesure d'assurer le lien entre l'individuel et la collectivité par sa connaissance des individus, ses possibilités d'apprécier l'état de santé d'une population au sein de laquelle il travaille. Il relaie, contextualise et personnalise les messages de santé publique de dimension collective en des messages individualisés, audibles par chacun car émis dans le langage de chacun, connu du médecin traitant. De par cette position d'interlocuteur de confiance, il donne ainsi à ces messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués.*

Pour Aulagnier et al. (2007), les médecins généralistes sont les professionnels de santé les plus régulièrement en contact avec la population ; ils peuvent donc jouer pleinement un rôle d'écoute, de conseil et de prévention «*indispensable dans une vision à long terme de la santé et du bien-être des patients*».

Il est impensable de ne pas citer Laperche lorsque l'on évoque la prévention en médecine générale en Belgique. Pour l'auteur (2007), alors qu'il est indéniable que les médecins généralistes occupent une place de choix auprès de leur patientèle (proximité et accessibilité², partage du milieu de vie, relation de confiance, suivi, continuité et coordination des soins, prise en charge globale, etc.), nombre d'entre eux toutefois sous-estiment encore fortement l'influence qu'ils peuvent exercer auprès de leurs patients. Dans le cadre des 5èmes journées de la prévention à Paris, Laperche (2010) rappelle qu'en médecine générale, l'éducation du patient peut faire partie de l'approche thérapeutique, d'autant plus que les praticiens privilégient une approche globale de leur patient (et de sa famille) et qu'ils travaillent essentiellement dans la durée. «A partir de demandes le plus souvent curatives, le médecin généraliste peut répondre de manière globale aux patients en intégrant aux soins curatifs des démarches préventives, dont le dépistage, et d'éducation du patient».

Enfin, Doumont & Libion (2008), dans le cadre de la réalisation d'une revue de littérature consacrée à la place de l'éducation pour la santé en médecine générale, concluaient, d'une part, que l'éducation pour la santé fait désormais partie intégrante des activités développées par les médecins généralistes, que ce soit en termes de conseils, d'accompagnement, de prévention, de dépistage et/ou de modifications de comportements et, d'autre part, que la plupart des médecins généralistes se considèrent (et se reconnaissent) comme des acteurs de première ligne en matière de prévention et d'éducation pour la santé.

2. 95 % des belges déclarent avoir un médecin généraliste et 78 % ont eu au moins un contact avec leur médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. Le nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste, par personne et par an, s'élève à 4,5 (Institut Scientifique de la Santé Publique – Enquête 2008 de santé par interview, 2010).

Et quand la prévention ne va pas de soi ...

Au terme de ce plaidoyer en faveur du rôle «privilégié» du médecin généraliste dans les domaines divers de la prévention, il est toutefois utile d'identifier les freins à une telle démarche. En effet, pour certains praticiens, faire de la prévention et/ou de l'éducation pour la santé relève de la gageure, voire du parcours du combattant.

En effet, certains auteurs (Getz et al. (2003), Bourdillon et al. (2008), Burton (2008)) confirment la difficulté de passer d'une «approche bio-médicale stricte» à une «approche holistique» centrée sur le patient ou encore de concilier «priorités thérapeutiques et objectifs de bien-être et de qualité de vie». D'autres encore soulignent les limites d'une «approche trop thématique» (Laperche (2010), Mc Kinlay et al. (2005)).

NOMBREUSES également sont les résistances évoquées par Laperche (2007) et Burton (2008), qu'elles soient liées au savoir (manque de formation pré et post universitaire, doutes quant au bénéfice de l'intervention, manque de consensus, etc.), qu'elles soient d'ordre organisationnel (manque de temps, surcharge administrative, rémunération inappropriée, manque de reconnaissance, etc.), ou encore, qu'elles concernent la relation soignant-soigné (absence de demande et/ou d'intérêt du patient, difficulté d'aborder le sujet, souhaiter de ne pas s'immiscer dans la vie privée du patient, etc.). Autant d'arguments qui peuvent freiner le développement et la pérennisation d'activités de prévention dans le cadre singulier de consultations auprès du généraliste. Laperche (2007) signale également que l'importance des résistances varie en fonction des thématiques abordées (assuétudes/manque d'intérêt du patient, conseils nutritionnels/manque de temps, conseils HIV/intrusion dans la vie privée, etc.).

Les notions de «bon moment», «d'opportunités idéales» pour mener à bien des activités de sensibilisation et de prévention sont également relevées par les auteurs (Getz et al. 2003; Burton, 2008). Une attention toute particulière est portée sur les aspects éthiques de la prévention: qu'il s'agisse du respect de l'autonomie décisionnelle du patient (Getz et al. 2003), voire de la justification éthique de ces pratiques de prévention ... (Getz et al. (2003), Mc Kinlay et al. (2005), Burton (2008)); la médecine préventive s'adressant principalement à des personnes asymptomatiques alors que la médecine curative intéresse des individus malades, a priori «demandeurs» d'une aide à la guérison ...

Comme le rappelle Burton (2008), lors de la réalisation d'interviews auprès de médecins généralistes, «coincés entre responsabilité collective et responsabilité individuelle, entre intérêts de santé publique et intérêts individuels ...», les praticiens soulignent «la complexité de leurs activités d'éducation pour la santé. Cette complexité est tantôt acceptée, tantôt condamnée, tantôt remise en question».

Fort heureusement, dans le cadre de la mise en place d'activités de prévention et d'éducation pour la santé, outre les bénéfices reconnus, certains auteurs (Aulagnier et al. (2007), Bourdillon et al. (2008), Burton (2008)) font état d'une relation soignant-soigné différente, d'une relation fondée sur la participation active du patient, de partenariat et de reconnaissance de l'un et l'autre (écoute active, empathie, technique favorisant la communication, etc.).

Quelques propositions et conclusions

Des recommandations concernant la relation soignant-soigné, relation au cœur de la réussite de toute démarche «éducative», ont été formulées par Hubens & Serano (2011). Elles passent notamment par la nécessité d'être à l'écoute du patient, de ses attentes et de ses préoccupations mais également par la nécessité de le rendre acteur de sa propre santé. Une information claire, personnalisée en tenant compte de ses acquis (voire en les valorisant) contribuera certainement à renforcer cette relation de confiance. Enfin, respecter le rythme de chaque patient, être prêt à accepter que ce ne soit peut-être pas le bon moment pour accompagner celui-ci dans une démarche éducative, sont autant de préceptes dont il faut tenir compte dans le colloque singulier d'une relation praticien-patient.

Gageons que le renforcement des compétences psycho-pédagogiques des professionnels de santé (formation adéquate, utilisation de guides méthodologiques ou d'outils pédagogiques, maîtrise des techniques de communication, etc.), une meilleure reconnaissance financière et intellectuelle, par les autorités, des activités d'éducation exercées par les médecins généralistes et une sensibilisation continue des praticiens aux démarches de prévention dans leurs activités professionnelles sont autant d'éléments nécessaires, voire indispensables pour renforcer, consolider et pérenniser ce rôle d'acteur de santé publique.

CONTACT:
UCL RESO,
Education Santé Patient, IRSS
Université Catholique de Louvain,
Clos Chapelle aux champs 30 bte 30.14
1200 BRUXELLES
Personne de contact: Dominique Doumont
Tél.: 02/764.32.85 – 02/764.32.80,
Dominique.dumont@uclouvain.be
www.uclouvain.be/reso

Bibliographie

- Aulagnier M., Videau Y., Combes J-B., Sebbah R., Paraponaris A., Verger P., Ventelou B., (2007), Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention: les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur., *Pratiques et Organisation des Soins*, Volume 38, n° 4, octobre-novembre, pp 259-268.
- Bourdillon F., Mosnier A., Godard J., (2008), Des missions de santé publique pour les médecins généralistes., *Santé Publique*, Volume 20, N° 5, pp 489-500.
- Burton L., (2008), L'éducation pour la santé du patient; Quelle prise en compte de l'autonomie de l'individu ? Regard sur les pratiques des médecins généralistes. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Licenciée en Sciences de la santé publique, orientation Promotion – Education santé, 115 pages.
- Doumont D., Libion M-F., (2008), Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale ? Série de dossiers techniques, Ref., 08-51, 27 pages.
- Getz L., Sigurdsson J.A., Hetlevik I., (2003), Is Opportunistic Disease Prevention in the Consultation Ethically Justifiable ?, *BMJ*, Vol. 327, 30 August, pp 498-500.
- Hubens V., Serano C., (2011), Comment aborder la prévention en médecine générale? Rencontres entre médecins généralistes et patients, *Education Santé*, n° 272, pp.03-04.
- Laperche J., (2007), Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste ? *La santé de l'homme*, n° 392, pp.46-48.
- Laperche J., (2007), La prévention en médecine générale en Belgique en 2007, présentation à la journée du 29 mars 2007, CAMG, UCL, in http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2007/Session2/Session2_2903_mat/J.%20Laperche%20.pdf
- Laperche J., (2010), Education du patient : quels progrès pour quelle santé ou la promotion de la santé en médecine générale, *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux*, 5^{ème} journée de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009, Saint-Denis, INPES, coll. Séminaires, 2010, pp. 138-147.
- Mc Kinlay et al., (2005), « What Sort of Health Promotion are you Talking about ? »: a discourse analysis of the talk of general practitioners, *Social science & Medicine*, 60, pp 1099-1106.
- WONCA – World Organization of National Colleges, Academics and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians, in <http://dmg.medecine.univparis7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>

Les attentes des patients face aux démarches de prévention du médecin généraliste

RÉSUMÉ : Toux, difficultés à respirer, malaise général... C'est souvent parce que le patient ressent des symptômes particuliers qu'il décide de se rendre chez son médecin généraliste. Cette visite peut être l'occasion d'aborder des questions de prévention : face à une bronchite chez un patient fumeur, ne faudrait-il pas le sensibiliser à l'arrêt du tabac ? Comment le patient perçoit-il cette démarche, quelles sont ses réticences, ses attentes face aux messages de prévention de son médecin ?

La LUSS³, via son rôle de fédération francophone d'associations de patients, a pu mettre en évidence pour «Santé pour tous» un certain nombre d'attentes de la part du patient et de recommandations pour le médecin dans ses activités de prévention.

Le médecin généraliste est la personne de référence et de confiance pour le patient en ce qui concerne sa santé. Il est la personne ressource privilégiée pour diffuser et appuyer les messages de prévention. Afin que ces messages percolent au mieux, certains critères sont à prendre en compte: le choix du moment, la formulation du message, l'implication du patient en tant qu'acteur du changement, etc.

Les attentes des patients

Les messages de prévention ont plus de chance d'être assimilés s'ils répondent à une préoccupation du patient au moment où ils sont diffusés. Face à différents thèmes de prévention, le patient sera plus réceptif à celui qui directement le questionne à ce moment-là de sa vie. Ce n'est peut-être pas arrêter de fumer qui le préoccupe maintenant malgré sa bronchite, mais plutôt une crainte du cancer du sein parce qu'un membre de son entourage vient justement d'apprendre qu'il doit y faire face. Il paraît opportun de partir des souhaits des patients, de leurs questionnements pour que les messages de prévention atteignent leur objectif. Cela nécessite, pour le médecin, de bien connaître le patient pour respecter son rythme et savoir à quel moment intervenir.

Certains messages de prévention n'ont pas d'impact sur le patient, soit parce qu'ils n'arrivent pas au bon moment, soit parce qu'ils sont perçus comme culpabilisants. Le patient peut alors ressentir les messages de prévention comme intrusifs et refuser de donner des informations ou minimiser ses comportements. Un dialogue, un échange, une valorisation des comportements positifs déjà mis en œuvre, sans uniquement pointer les risques d'une absence de changement, favorisent une meilleure appréhension des messages de prévention.

Le patient est demandeur d'une information exprimée dans un langage compréhensible et adaptée à sa situation (lorsqu'on a recours à des colis alimentaires, le message standard «5 fruits et légumes par jour» pourra paraître décalé pour le patient). Bien informer, c'est personnaliser son message en fonction de la personne que l'on a face à soi, tenir compte de son contexte, de ses particularités. C'est également partir de ce que le patient connaît déjà, vérifier ses représentations et éventuellement les rectifier et s'assurer de la bonne compréhension et interprétation du message. Il s'agit également de ne pas sous-estimer la capacité de compréhension du patient et de ne pas omettre de donner des informations par présomption de son incapacité à comprendre.

Le patient a besoin d'être écouté, entendu, dans ses attentes et ses préoccupations. Il a besoin de se sentir considéré comme un réel partenaire dans la prévention pour pouvoir, in fine, être acteur du changement.

3. Ligue des Usagers des Services de Santé.
La Luss est une fédération francophone indépendante d'associations de patients qui vise à consolider, valoriser et soutenir les associations d'usagers dans leur rôle d'acteur en santé afin de permettre et de faciliter leur participation aux politiques de santé.

Les freins à la réalisation des actions de prévention

Outre un manque d'informations, les appréhensions et les peurs des patients sont également des freins à la participation aux actions de prévention: peur du diagnostic, peur du traitement, peur du coût du traitement, peur du regard de l'entourage... Ces craintes sont parfois dues à des représentations erronées qu'il faut cerner grâce au dialogue. Il faut laisser aux patients la possibilité d'exprimer leurs peurs, de faire émerger leurs questions, de lever la crainte de paraître ridicule ou ignorant en posant certaines questions.

Ecouter le patient, sonder ses préoccupations, connaître ses situations de vie, ses connaissances, ses représentations, ses appréhensions, ses peurs, adapter ses messages de prévention en fonction de ce qu'il vit, de ses ressources, de ses capacités, revenir sur des messages de prévention... tout cela nécessite du temps qu'il ne faut pas sous-estimer.

Lorsque certains médecins généralistes et maisons médicales, débordés, ne sont déjà plus en mesure d'accepter de nouveaux patients, où trouver le temps de faire de la prévention?

D'autres partenaires de prévention, tels que les associations de patients, des groupes de paroles ou des associations proposant des activités dans lesquelles peuvent émerger des messages de prévention (tels que l'atelier culinaire, le club de marche, etc.), peuvent apporter un soutien au médecin généraliste. Par exemple, les associations de patients peuvent aider à lever certaines craintes: rencontrer des gens qui vivent la maladie au quotidien permet d'obtenir des réponses concrètes et pragmatiques et de dédramatiser certains aspects du dépistage ou du traitement.

Connaître les associations ressources du quartier pourrait donc être une piste à explorer pour optimaliser ces actions de prévention.

Qu'est-ce qu'une association de patients ?

Une association de patients vise à améliorer le bien-être des patients atteints d'une pathologie particulière, et de leurs proches, en proposant la mise en commun de leurs expériences.

Le vécu des patients et des proches est mutualisé et reconnu comme un savoir légitime, complémentaire au savoir des professionnels, auquel il ne se substitue pas.

Le vécu est objectivé, travaillé et mutualisé et résulte d'un travail des membres de l'association sur eux-mêmes et d'une mise en commun des expertises de chacun. Les associations bénéficient toutes d'un encadrement scientifique par un spécialiste de la maladie.

Les associations proposent de l'aide, du soutien, de l'appui aux patients, aux proches, aux professionnels et aux institutions. Elles assurent un soutien collectif aux patients (par le biais de groupes de paroles, de soutien dans les démarches administratives, d'informations sur la maladie et sur les droits des patients) et sont le lieu de mise en commun des expériences et du vécu de chacun. La parole des usagers est relayée vers les professionnels et les institutions.

Ces associations ont un rôle d'information et de sensibilisation (des patients, des professionnels, du grand public, du politique), de prévention, de transmission d'expérience, de soutien, de formation.

Ces associations sont fédérées, du côté francophone, au sein de la Ligue des Usagers de Services de Santé (LUSS). La LUSS vise à consolider, valoriser et soutenir les associations d'usagers dans leur rôle d'acteur en santé afin de permettre et de faciliter leur participation aux politiques de santé.

CONTACT

LUSS asbl

Avenue Sergent Vrithoff 123 - 5000 Namur

Tél: 081/74.44.28 - Fax: 081/74.47.25

www.luss.be

Personne de contact : Micky Fierens

m.fierens@luss.be

La prévention au cabinet du généraliste

RÉSUMÉ : L'activité de prévention d'un généraliste repose sur une approche personnalisée, tenant compte des spécificités de chaque patient. Le dossier médical global plus (DMG+) est un outil permettant ce type de démarche. Les programmes de dépistage organisés par les pouvoirs publics, comme la Fédération Wallonie-Bruxelles, permettent une sensibilisation du public et garantissent un cadre d'assurance de qualité, d'enregistrement des données et d'évaluation.

Lorsque l'on interroge, individuellement ou dans le cadre d'enquêtes, des médecins généralistes, une majorité considère comme important leur rôle dans la prévention et le dépistage des maladies. Pourtant, le taux de pénétration des programmes de dépistage mis en place par la Fédération Wallonie-Bruxelles reste inférieur aux attentes de leurs initiateurs.

Ce paradoxe tient à de nombreux facteurs.

Une des pistes pour améliorer la pratique de la prévention en médecine générale est de se doter d'outils permanents, permettant de structurer l'approche et de bénéficier de rappels automatiques des échéances. Le dossier informatisé en est évidemment une des clés.

Le DMG+

Depuis le 1er avril 2011, le médecin peut ouvrir, pour chacun de ses patients âgés de 45 à 75 ans, un Dossier Médical Global Plus (DMG+). A condition néanmoins qu'un Dossier Médical Global (DMG), outil déjà accessible depuis plusieurs années, soit préalablement ouvert pour ce même patient. Ces deux dossiers peuvent être ouverts lors d'une même consultation ou séparément. L'ouverture d'un DMG et d'un DMG+ ne coûte rien au patient : les frais lui sont intégralement remboursés via la mutuelle.

Qu'est-ce qu'un Dossier Médical Global ?

Ce dossier, géré par le médecin généraliste, centralise toutes les données médicales du patient. On y trouve donc les antécédents médicaux, les résultats des examens (radiographies, prises de sang, etc.) réalisés, les avis de spécialistes, les rapports d'hospitalisation, les traitements de suivis, etc.

Le patient détenteur d'un DMG bénéficie d'un remboursement supplémentaire de 30% du ticket modérateur (partie des honoraires, hors supplément, à sa charge lors d'une consultation).

Pour la pratique du médecin :

Le code de nomenclature du DMG est le 102771 et celui du DMG+ est le 102395.

L'acte est remboursé à 100% chaque année civile.

La valeur de l'acte DMG est fixée à +/- 29 € et celle du DMG+ à +/- 11 €.

L'acte doit être réalisé au tiers payant si le patient le demande. Le tiers payant est applicable pour toutes les catégories de patients, sans exception.

<http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/collaboration/dmg-gdm/index.htm>

On peut qualifier le DMG+ de volet spécifique du DMG consacré à la prévention. Il constitue une aide complémentaire à une approche préventive par le médecin généraliste.

C'est une sorte de «check list» que le médecin généraliste et le patient peuvent parcourir systématiquement. Les thèmes de prévention ont été choisis en raison du haut niveau de preuve (grade A ou B⁴) existant à propos de leur utilité et de leur adéquation avec les critères OMS pour les dépistages de masse.

Le DMG+ couvre les éléments suivants :

- état général : activité physique + alimentation + tabac + alcool (A)
- évaluation du risque cardiovasculaire global (A)
- dépistage du cancer colorectal (A)
- dépistage du cancer du sein (A)
- dépistage du cancer du col de l'utérus (A)
- vaccinations diptérie/tétanos, grippe et pneumocoque (B)
- dépistage du diabète de type 2 par dosage de la glycémie pour les groupes à risques (B)
- dépistage de l'insuffisance rénale (créatinémie + protéinurie) pour les groupes à risques (B)
- dosage des lipides chez les plus de 50 ans tous les 5 ans (A)
- dépistage de la dépression (B).

En ouvrant un DMG+, le médecin s'engage à aborder avec son patient ces items, sur une période de 3 ans. Le rythme et la séquence selon lesquels ils sont abordés sont laissés à la décision du médecin. Le patient n'est évidemment pas tenu de suivre les conseils et recommandations en lien avec le DMG+.

Plusieurs des thèmes inclus dans le DMG+ sont également repris dans les priorités du Plan Communautaire Opérationnel de promotion de la santé de la Fédération Wallonie – Bruxelles.

4. La grille GRADE reprend des niveaux d'évaluation internationalement reconnus permettant de déterminer la validité scientifique des recommandations émises. Elle est adoptée comme référence pour situer la force des recommandations : le grade A correspond à une forte recommandation et des preuves de haute qualité, le grade B à une forte recommandation et des preuves de qualité moyenne.

5. Voir le site de la Direction générale de la Santé : www.sante.cfwb.be

Les priorités du Plan Communautaire Opérationnel⁵ :

- Prévention des cancers
- Programme de vaccination
- Prévention du SIDA et des IST-Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)
- Lutte contre la tuberculose
- Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité
- Promotion de la santé cardiovasculaire
- Stratégie en matière de santé environnementale
- Dépistage néonatal de la surdité
- Dépistage des maladies congénitales
- Prévention des assuétudes

Santé pour tous a déjà abordé le dépistage du cancer colorectal (n°6-mars 2011).

Par ailleurs, la Fédération Wallonie-Bruxelles a aussi édité un mémo destiné aux médecins « le dépistage du cancer du col de l'utérus, parlez-en avec vos patientes ». Tous ces documents sont téléchargeables sur le site de la Direction générale de la Santé (www.sante.cfwb.be, rubrique « publications »).

La Société Scientifique de Médecine Générale a mis en place une approche tant vers les médecins que vers les patients.

Ainsi, un e-learning consacré au DMG+ est disponible via le site de la SSMG (www.ssmg.be). Une rubrique « prévention », réalisée en collaboration avec l'asbl Promo Santé et Médecine Générale, présente chacun des items repris dans le DMG+, avec une brève présentation, une liste des avantages et inconvénients de l'acte préventif, tant pour le patient que pour le médecin. Par ailleurs, le site www.mongeneraliste.be présente pour le public, en collaboration avec Question Santé, des informations sur le DMG+ et ses thèmes, ainsi qu'un outil spécifique que le patient peut compléter en préalable d'une consultation consacrée au DMG+.

La consultation préventive

Pour la majorité de la population, le médecin généraliste est un interlocuteur proche et facilement accessible. La relation de confiance entre le patient et son médecin est favorable pour aborder des questions touchant aux habitudes de vie comme le tabac, l'alcool, l'activité physique ou l'alimentation. Lors d'une consultation, le médecin peut aussi être proactif et proposer un dépistage, une vaccination. Il peut procéder par questions, par exemple : « Savez-vous que ... ? » « Avez-vous déjà entendu dire que ... ? ... parler de ... ? » « Quand vous aurez envie de parler de ... / d'en parler, n'hésitez pas à venir me voir ». « Avez-vous reçu la lettre d'invitation pour le dépistage du ... ? ».

L'approche préconisée par la SSMG est l'écoute active, notamment à la recherche des représentations que le patient peut avoir sur la thématique abordée. Il s'agit pour le médecin d'interroger son patient sur ce qu'il pense, ce qu'il a entendu, ce qu'il a vu, de ne s'étonner de rien, de ne jamais juger. Cette acceptation de la parole du patient est essentielle, notamment vis-à-vis des « avantages » que ce dernier avance à son comportement (consommation d'alcool, de tabac, sédentarité, refus de dépistage, etc.). Les perceptions du patient permettent d'ouvrir le dialogue : le médecin peut alors avancer prudemment si le patient en manifeste l'envie et proposer de l'accompagner dans son questionnement et son désir de changement, si tenu soit-il.

Conclusion

L'approche individualisée du médecin généraliste et la mise à disposition par les pouvoirs publics d'outils (DMG+) et de programmes de dépistage sont complémentaires. Le public, à travers les campagnes de sensibilisation médiatiques, les lettres d'invitation à participer aux dépistages, etc., est préparé à entendre le message de son médecin, qui n'en paraîtra que plus légitime dans son rôle privilégié de conseiller.

*Dr Patrick Trefois
Directeur scientifique-SCPS Question Santé*

CONTACT :
SCPS Question Santé
Rue du Viaduc 72
1050 Bruxelles
Tél : 02/512.41.74
Fax : 02/512.54.36
patrick@questionsante.org
www.questionsante.org

Le médecin généraliste : acteur de la prévention cardiovasculaire

RÉSUMÉ : La prévention des pathologies cardiovasculaires reste une priorité pour tous les acteurs de la santé. Parmi eux, le médecin généraliste, en première ligne, occupe une position clé dans la promotion de la santé cardiovasculaire. Sa place de proximité privilégiée, les outils mis à sa disposition et son réseau multidisciplinaire, lui permettent d'informer et d'orienter le patient pour qu'il devienne l'acteur principal de sa santé.

Les pathologies cardiovasculaires restent la première cause de mortalité en Belgique malgré les avancées diagnostiques et thérapeutiques dans ce domaine. Elles sont responsables de 40.000 décès prématurés chaque année et de nombreuses invalidités liées à leur morbidité^{1,2} (ces chiffres renvoient à la bibliographie en fin d'article). Elles occupent la première place dans les dépenses pour les soins de santé. Ce coût est estimé à environ 4 milliards d'euros chaque année. D'après le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), la prévention cardiovasculaire a un impact certain sur la santé et des répercussions considérables sur le budget de santé. La prévention des pathologies cardiovasculaires devrait donc être considérée comme une priorité, tant pour les politiques que pour l'industrie agro-alimentaire, les médias et les acteurs de la santé.

Au travers de cet article, nous voulons montrer en quoi le médecin généraliste tient un rôle spécifique dans la prévention cardiovasculaire. Pour cela, nous parcourons d'abord une partie plus théorique de la prévention cardiovasculaire en tant que telle. Ensuite, nous mettons en avant la place en première ligne du médecin généraliste. Pour finir, nous expliquons l'approche de la prévention dans une dimension plus globale qui tient compte du patient et de son contexte de vie.

La prévention cardiovasculaire

Les facteurs de risque cardiovasculaire sont répartis en trois catégories : facteurs biologiques, déterminants du style de vie, déterminants démographiques et socio-économiques.²

Dans la formation médicale, on apprend surtout à évaluer et à agir sur les facteurs de risques modifiables suivants : l'hypertension artérielle, le surpoids, le diabète, la sédentarité, la consommation de tabac, la consommation de boissons alcoolisées et l'hypercholestérolémie. Voici quelques chiffres^{3,4} mettant en évidence qu'une grande partie de la population belge présente au moins l'un d'entre eux :

- 62% de la population ne pratique pas ou très irrégulièrement une activité physique;
- 8% de la population a une surconsommation quotidienne de boissons alcoolisées;
- 67% des belges mangent moins de deux portions de fruits-légumes par jour;
- 1 belge sur 3 est en surpoids;
- 2.300.000 personnes de plus de 15 ans fument quotidiennement;
- 2 millions d'individus sont hypertendus;
- 450.000 personnes sont diabétiques et la moitié d'entre elles l'ignore.

Partant de ces facteurs de risques, la prévention cardiovasculaire suit deux axes. Le premier consiste à soutenir la prévention primaire de la pathologie auprès de la population générale tandis que le second consiste à évaluer et suivre le risque cardiovasculaire global, nous parlons alors de dépistage.

La prévention primaire vise essentiellement la promotion d'une alimentation équilibrée, d'une activité physique régulière et de l'arrêt du tabac auprès de l'ensemble de la population.² D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, agir sur ces seuls trois grands points permettrait d'éviter 80% des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux (AVC). La prévention primaire cardiovasculaire fait donc partie intégrante des consultations de médecine générale et est reprise dans le module DMG+ proposé par l'INAMI et soutenu par Promo Santé et Médecine Générale (PSMG).⁵

L'évaluation du risque cardiovasculaire global permet de mieux cibler les actions préventives du médecin. Nous savons que l'impact de la prévention est plus conséquent chez les patients considérés à haut risque de développer des pathologies cardiovasculaires. Ces patients représentent 1/4 de la population de 30 à 75 ans. Pour évaluer ce risque, on s'appuie sur le calcul du risque cardiovasculaire global (SCORE).⁶ Ce calcul, d'une durée moyenne de cinq minutes, est proposé sous forme d'algorithme ABCDEFGH. Il est possible de le trouver dans l'onglet prévention du site de la SSMG.

L'estimation du risque est à prendre dans sa globalité car le but recherché n'est pas de prescrire une statine mais bien d'agir sur les différents facteurs de risque. Le KCE rappelle dans l'un de ses rapports¹ que les statines en prévention primaire sont très peu efficientes (rapport coût/efficacité élevé, de l'ordre de 30.000 €/année de vie gagnée) alors que l'arrêt du tabac, par exemple, permettrait de bien meilleurs résultats pour un moindre coût ! C'est un dépistage qui nécessite un accompagnement du patient au long cours visant à diminuer son risque cardiovasculaire par une modification de comportement.⁵

L'objectif est d'agir préférentiellement et prioritairement auprès des patients à risque élevé étant donné qu'ils sont les plus susceptibles de bénéficier d'un réel avantage des actions préventives.¹ Sans délaisser pour autant les autres car 50% des plus de 30 ans présentent au moins un risque nécessitant un suivi régulier.

La prévention primaire et l'évaluation du risque cardiovasculaire ne suffisent pas pour une prévention cardiovasculaire optimale. Elles ne tiennent pas compte du contexte de vie du patient et laisse les autres déterminants de sa santé sur le côté.

Le médecin généraliste en première ligne

Le médecin de famille occupe une place de proximité privilégiée lui permettant d'atteindre un public cible très large : enfants, adolescents, adultes et patients âgés d'horizons différents ainsi qu'un public précarisé peu touché par les campagnes de prévention. Entre 2006 et 2008, 91% de la population ont eu un contact avec un médecin généraliste.⁷ Pour 70% des belges, le médecin généraliste représente la meilleure source d'informations concernant leur situation médicale et 85% des patients considèrent leur relation avec leur médecin généraliste comme fiable.⁸

Le patient attend des actions préventives de la part de son médecin généraliste⁹. Grâce à cette relation de confiance et aux contacts réguliers en consultation (4,28 fois/an⁷), le médecin généraliste peut être proactif et amener son patient à devenir acteur de sa santé. Connaissant bien son patient dans sa globalité, il a l'opportunité d'évaluer et d'agir sur toutes les catégories de facteurs de risque cardiovasculaire.

Le médecin généraliste et la promotion de la santé

Le médecin généraliste a généralement une démarche de prévention centrée sur le patient. Il évalue le contexte de vie du patient, ses ressources, ses envies, ses préoccupations... Chaque patient est différent et nécessite donc une approche individualisée.

En suivant cette démarche, loin d'une attitude directive ou autoritaire, le médecin généraliste adopte plutôt une place d'informateur (en adaptant son information à chaque patient) et d'accompagnateur du patient qui devient l'acteur principal de sa santé. Le patient garde alors une autonomie et une liberté dans cette prise en charge respectueuse de son identité. Il y a une nécessité de s'adapter à chaque patient, d'explorer ses possibilités, de le rendre capable de changer son mode de vie, mais aussi une nécessité d'accepter les limites et les refus de chacun.

Tenir compte des déterminants non médicaux de la santé rend l'approche de la prévention plus humaniste et plus gratifiante.¹⁰ L'insertion sociale, le logement, l'emploi, les conditions de vie et le niveau d'éducation font partie des déterminants non médicaux influençant la santé cardiovasculaire¹⁰ du patient sur lesquels le médecin généraliste ne sait pas agir seul. Par contre, grâce à un bon réseau multidisciplinaire, le médecin généraliste peut orienter et mettre le patient en contact avec d'autres acteurs de la santé (diététicien, psychologue, assistant social, éducateur, CPAS, centre d'aides, associations,...) qui peuvent aider le patient à agir sur ces différents déterminants. Il est la plaque tournante de cette prise en charge. Cette collaboration entre les différents acteurs de la santé renforce la motivation des patients.

La formation du médecin généraliste dans ce domaine n'apparaît que tout doucement dans les curricula des universités. Heureusement, il y a les formations continues. Ainsi, les médecins peuvent choisir de se former dans différentes approches centrées sur le patient, comme l'entretien motivationnel, particulièrement intéressantes en prévention puisque prévues pour accompagner les patients dans leurs changements de comportement. Les médecins peuvent également créer un réseau composé de personnes ressources et de différents acteurs de la santé indispensables à cette prise en charge globale du patient.

Promo Santé et Médecine Générale asbl offre des formations et développe des outils pour aider le médecin généraliste dans cette approche de la promotion de la santé cardiovasculaire :

- les sessions e-learning ;
- les journées de formation au DMG+ et à l'entretien motivationnel ;
- le cahier de prévention de la SSMG sur le risque cardiovasculaire global ;
- les pages « prévention » en ligne <http://www.ssmg.be/prevention/prevention-cardiovasculaire>.

Conclusion

Le médecin de famille semble donc être la pierre angulaire de la prévention cardiovasculaire. Au départ des enjeux des pathologies cardiovasculaires, du risque cardiovasculaire du patient et des préoccupations de celui-ci, le médecin généraliste, tenant compte du contexte de vie du patient et des limites qui s'imposent, réussira, en partenariat avec le patient et un réseau de collaboration, à avoir un impact considérable sur la santé cardiovasculaire.

*Docteur Justine Perdaens, médecin généraliste,
Promo Santé & Médecine Générale ASBL
Asbl née d'un partenariat entre la Société Scientifique
de Médecine Générale et la Fédération des maisons médicales*

CONTACT :

Promo Santé & Médecine générale asbl

c/o SSMG

Rue de Suisse, 8

1060 St Gilles

Tél 02/501.60.17

Personne de contact : Valérie Hubens, coordinatrice

coordination@promosante-mg.be

<http://www.ssmg.be/prevention/notre-vision-de-la-prevention>

Bibliographie

1. KCE, Rapid Assessment : Prévention cardiovasculaire primaire dans la pratique du médecin généraliste en Belgique, Publication - Reports 52B - Good Clinical Practice (GCP), 2007.
2. Barbier C., La promotion de la santé cardiovasculaire, *Education Santé* n°244, avril 2009.
3. ISP, Enquête sur l'état de santé par interview en Belgique. Rapport 2008.
4. www.laliguecardiologique.be
5. Laperche J. & Hubens V. Dépistage du risque cardiovasculaire global : que deviennent les patients dépistés à risques ? *La revue de Médecine Générale* N°238, décembre 2006.
6. Laperche J., L'ABC du risque cardiovasculaire global, *La revue de médecine générale* N°236, octobre 2006.
7. 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. D/2012/0401/11.
8. <http://www.lejournaldumedecin.com/article/3044-pres-de-9-belges-sur-10-ont-confiance-en-leur-medecin-generaliste>
9. Levêque A., Berghmans L., Lagasse R., Laperche J., Piette D., Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique. Arch. Public Health 1997; 55:145-58.
10. Laperche J., La « promotion » de la santé cardiovasculaire, mais encore ? *La revue de médecine générale* N°242, avril 2007.
11. Hubens V., Jonckheer P., Laperche J., Legat P., Prévost M., Le risque cardiovasculaire global. Cahier prévention de la SSMG en ligne http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Cahiers_de_prevention/am3.pdf

L'inertie clinique en médecine générale... quelle(s) réalité(s) ?

RÉSUMÉ : L'inertie clinique des médecins peut désigner le décalage fréquemment observé, entre les recommandations de bonne pratique clinique et la décision médicale d'initier ou d'intensifier un traitement médicamenteux pour un patient particulier dans une situation donnée. Des médecins généralistes ont été associés à une discussion sur leur perception de la réalité du phénomène d'inertie clinique dans leur pratique. Les résultats de ces rencontres illustrent la complexité du jugement clinique en médecine générale, dont la mission va bien au-delà de la prescription médicamenteuse. Le phénomène d'inertie clinique revisité par les médecins généralistes s'ouvre à la prévention, la promotion de la santé et l'accompagnement psychosocial.

Depuis quelques années, la littérature scientifique s'intéresse au phénomène de l'*inertie clinique* des médecins. Phillips et al. (2001), les premiers à nommer ce phénomène, définissent l'*inertie clinique* comme « l'absence de mise en œuvre ou d'intensification d'un traitement alors qu'il serait indiqué de le faire ».

Dans un contexte d'*Evidence-Based Medicine* (EBM), où la littérature scientifique relaie les recommandations de bonnes pratiques (RBP) qui déterminent les « Gold Standards » de traitements pour guider la pratique professionnelle des médecins, l'*inertie clinique* apparaît comme un phénomène pouvant contribuer à une prise en charge non optimale des problèmes de santé chroniques. L'*inertie clinique* nécessite donc d'être reconnue et combattue.

Trois catégories de facteurs pouvant conduire au risque d'*inertie clinique* sont généralement rapportées dans la littérature : des facteurs liés aux dispensateurs de soins, aux patients, ou au système de soins. Ces facteurs contribueraient, pour respectivement 50%, 30% et 20%, au phénomène d'*inertie clinique* (O'Connor et al., 2005). Il n'existe cependant pas à l'heure actuelle de mesure fiable de l'*inertie clinique*, dont l'ampleur réelle reste difficile à déterminer. En outre, dans la mesure où l'*inertie clinique* est fortement liée au processus complexe de la décision médicale issue du raisonnement clinique du médecin, il peut arriver que l'*inertie clinique* ne soit qu'apparente. Par conséquent, la décision de ne pas agir (ou de postposer une action) peut être le résultat d'un processus décisionnel qui reflète en réalité une pratique clinique pertinente, prenant en compte la spécificité d'un patient ou d'une situation (Allen et al. 2005 ; Attali et al. 2011). Enfin, si le cœur de l'EBM est constitué de la capacité des professionnels à intégrer les meilleures preuves cliniques issues de la littérature scientifique à leur expertise clinique individuelle pour prendre les décisions les plus appropriées, la décision de ne pas agir est, dans certaines situations, le reflet de l'incertitude dans laquelle oeuvrent les médecins. Cette incertitude est inhérente à toute pratique médicale.

En 2012, une revue de la littérature, et une étude qualitative, ont été réalisées avec l'objectif d'étudier les facteurs associés à l'*inertie clinique*, pour identifier des stratégies de « prévention » destinées à soutenir les pratiques médicales dans la conduite des traitements des maladies chroniques (parfois asymptomatiques) et de leurs facteurs de risques.⁶

6. Ce projet était soutenu par la firme AstraZeneca Belgium & Luxembourg.

L'inertie clinique : un phénomène multifactoriel

La recension des écrits montre qu'entre 2001 et 2011, 174 articles ont été publiés sur ce sujet, dont près de la moitié entre 2009 et 2011. La littérature indique que les connaissances des médecins concernant les objectifs EBM à atteindre dans les traitements sont parfois lacunaires. Le jugement clinique même du médecin peut varier selon l'âge du patient, son sexe, son statut socio-culturel, la présence de co-morbidités et de polymédication. Les décisions médicales apparaissent influencées par divers éléments de la relation soignante établie entre le médecin et le bénéficiaire (comme la place accordée aux préférences du patient, et ses caractéristiques personnelles en termes d'adhésion au traitement, de motivation personnelle, de connaissance et compréhension de ses problèmes de santé). Les décisions médicales sont également affectées par des composantes propres au médecin (parmi lesquelles sa tolérance à l'égard des valeurs borderline, son appréciation de la validité des valeurs cliniques, la priorité donnée aux maladies chroniques par rapport à la multiplicité des demandes des patients). L'applicabilité des recommandations des bonnes pratiques (RBP) à certains groupes de patients est discutée. Enfin, les conditions de travail et le système de santé occupent une place non négligeable parmi les facteurs impliqués dans le risque d'*inertie clinique*.

Compte tenu de ces éléments, des précisions sont apportées à la définition initiale de l'*inertie clinique* par Réach (2011), qui estime que le comportement du médecin relève de l'inertie clinique seulement si : (i) une recommandation existe, (ii) le prestataire connaît cette recommandation, (iii) le prestataire pense que cette recommandation s'applique au patient, (iv) le prestataire a les ressources nécessaires pour appliquer cette recommandation et enfin, (v) le prestataire n'applique pas la recommandation au patient considéré bien que les conditions 1 à 4 soient réunies.

Pour éclairer les représentations des médecins généralistes à l'égard du risque d'*inertie clinique* dans leur pratique professionnelle, préciser la compréhension des facteurs qui y sont associés et chercher comment lutter contre ce risque, une recherche qualitative a été réalisée auprès de 114 médecins généralistes⁷ en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces médecins ont été rencontrés dans le cadre de 8 focus groupes, qui ont été conduits à l'occasion de réunions d'échanges de pratiques (dodécagroupes).⁸

Vers une redéfinition de l'inertie clinique :

Au terme des entretiens, qui ont été intégralement retranscrits et dont une synthèse a été retournée aux participants pour validation, il apparaît que la définition de l'*inertie clinique* qui est véhiculée dans la littérature ne rend pas suffisamment compte de la complexité de la prise de décision en médecine générale. Le terme d'*inertie clinique* était peu connu des participants au moment des entretiens, et les sentiments des participants étaient partagés entre curiosité, remise en question des pratiques et malaise, voire sentiment d'être insulté/agressé par le terme. Dans l'ensemble des groupes, il a été soulevé qu'en médecine générale, le rôle du médecin s'oriente davantage vers le soin global (holistique) du patient et de sa santé que vers un objectif de « traiter aux cibles », qui est un objectif reconnu comme relevant plutôt du rôle des collègues spécialistes. Les médecins que nous avons rencontrés se reconnaissaient donc mal dans la définition de Philipps et al (2001), qu'ils ont qualifiée de réductrice de leur pratique, car ne prenant en compte que la dimension prescriptive de leur rôle.

7. L'échantillon était composé de 67 hommes et 47 femmes, avec 25,3 ans (+10,8) d'expérience professionnelle en moyenne. Les types de pratiques se répartissaient comme suit : 64% avaient une pratique individuelle, 17% exerçaient en groupe, 12,5% en maison médicale et 6,4% avaient une pratique mixte.

8. Tous les médecins étaient affiliés à la Société scientifique de médecine générale (SSMG), qui a apporté son concours logistique à l'organisation des entretiens.

Quand les gens vont chez le spécialiste, c'est pour entendre une vérité médicale. La personne qu'ils rencontrent a moins d'importance. Alors que quand ils nous consultent, ils nous confient des choses de leur vie, nous parlent de bien d'autres choses que de leurs symptômes. Notre rôle est alors de négocier des priorités avec eux, sachant que ça nous fait parfois dévier d'éléments médicaux importants durant quelque temps.

Pourtant, les médecins rencontrés reconnaissent bien le risque d'*inertie clinique* dans leur pratique. Toutefois, ce risque devrait être défini selon eux dans une perspective plus large, qui intégrerait les différentes composantes de la définition de leur rôle. En particulier, de possibles risques d'*inertie clinique* ont été identifiés en lien avec un manque d'investigation diagnostique et, surtout, en lien avec des déficits de **prévention de la maladie, de promotion de la santé et de soutien psychosocial**. Enfin, en ce qui concerne les décisions de traitement, le fait de ne pas interrompre un traitement dans certaines situations, même s'il correspond à une prescription « aux cibles » suivant l'application stricte des RBP, relèverait tout autant de l'*inertie clinique* que le fait de ne pas initier ou d'intensifier un traitement quand il serait indiqué de le faire.

Patricia Jacquemin et Isabelle Aujoulat

CONTACT :

Institut de Recherche Santé & Société (IRSS)
Université catholique de Louvain
Avenue Chapelle-aux-Champs, 30.15
1200 Bruxelles, Belgique
Tél : +32.2.764.34.75
isabelle.ajoulat@uclouvain.be
<http://www.uclouvain.be/irss.html>

Bibliographie

- Allen JD, Curtiss FR, Fairman KA: Nonadherence, Clinical Inertia, or Therapeutic inertia? *J Manag Care Pharm* 2009, 15(8):690-695.
- Attali C, Le Breton J, Bercier S, Chartier S, Ferrat E. « Arrêtez de tirer sur le pianiste! », Le point de vue du médecin généraliste sur l'inertie thérapeutique, *Médecine des maladies métaboliques*, 2011; 5S69-S74.
- O'Connor PJ, Sperl-Hillen JAM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G: Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. In: *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Edited by Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI. Rockville (MD); 2005.
- Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS: Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001, 135(9):825-834.
- Réach G. La véritable inertie clinique : une attitude toujours criticable. *Médecine des maladies métaboliques*, 2011; 5: S57-S62.
- Touzé E, Coste J, Voicu M et al. Importance of in-Hospital Initiation of therapies and Therapeutic Inertia in Secondary Stroke Prevention: Implementation of Prevention After a Cerebrovascular Event (IMPACT) Study. *Stroke* 2008; 39: 1834-43.

Un outil à votre disposition

Toutes les données « naissances et décès » sont disponibles !

Chaque naissance et chaque décès fait l'objet d'une déclaration par le biais d'un bulletin statistique rempli par le médecin et par l'administration communale du lieu de l'évènement.

Les volets anonymes de ces bulletins statistiques sont transmis chaque mois par les 262 communes wallonnes au médecin fonctionnaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.⁹

Une fois arrivées à la Fédération, les données socio-économiques et médicales reprises dans ces bulletins sont vérifiées par les agents de la Cellule « naissances-décès ». Le cas échéant, un contact est pris avec la commune ou le médecin déclarant afin de compléter les informations manquantes, erronées ou illisibles.

Spécifiquement pour les bulletins de décès, un code particulier est attribué à chaque maladie et la *cause initiale de décès*¹⁰ déterminée.

Les bulletins statistiques sont ensuite numérisés et encodés afin de constituer les bases de données « décès et naissances » qui sont transmises à la Direction générale Statistique et Information économique (DGSIE), anciennement appelé Institut national de Statistique, qui se charge de compiler les bases de données en provenance des autres Communautés et de créer la base de données définitive et nationale.

Ces bases de données sont composées d'indicateurs utiles pour orienter les politiques de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles :

- les **données de mortalité**, classées par cause de décès, par sexe et par âge (dont la mortalité périnatale, néonatale et infantile) ;
- les **données issues des bulletins de naissance** : les taux de prématurité, de césariennes, la proportion des grossesses chez les jeunes filles de moins de 20 ans ou les femmes de plus de 35 ans, la fréquence de certaines malformations congénitales, du syndrome de la mort subite du nourrisson, etc.

Depuis plusieurs années, la Direction générale de la Santé, en partenariat avec l'ETNIC¹¹, a investi au niveau des ressources humaines, matérielles et technologiques, afin de mettre en place un processus performant de numérisation et de traitement des données, qui permet l'encodage des données de naissance et de décès dans des délais optimaux.

Actuellement, les données de décès sont disponibles de 2000 à 2011 et les données de naissances de 2000 à 2010. Pour les années antérieures, les données peuvent être consultées sur le site de la DGSIE (<http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres>) ou sur le site de l'ISP¹² (<http://www.ipb.fgov.be/epidemio/spma/>)

9. Les 19 communes bruxelloises, quant à elles, transmettent leurs données à la COCOM (Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale).

10. L'OMS définit la cause initiale de décès comme « la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel » (OMS. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème révision, volume2, 1995, p33).

11. L'ETNIC (Entreprise publique des technologies nouvelles de l'information et de la communication) est l'entité autonome et spécialisée en matière informatique de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

12. Institut scientifique de santé publique.

Les données peuvent être communiquées, dans un but statistique et de recherche, après examen et accord de la demande par la Direction générale de la Santé dans le respect de la procédure approuvée par la Commission de la Vie privée et actuellement en vigueur.

Pour plus d'informations concernant la communication des données :
donnees.sante@cfwb.be

Pour plus d'informations concernant les bulletins statistiques de naissance et de décès : deborah.cuignet@cfwb.be

CONTACT :
Cellule Naissances-Décès
Direction Surveillance et Protection de la Santé
Direction générale de la Santé
Fédération Wallonie-Bruxelles
Boulevard Léopold II, 44
1080 Bruxelles
Tel : 02/413 26 15

La politique de santé : quoi de neuf ?



13. L'Unité de Recherche en Épidémiologie Nutritionnelle de l'Université de Paris 13.

Lancée en France il y a 4 ans pour faire progresser la recherche publique sur les comportements alimentaires et les relations nutrition-santé, l'étude Nutrinet-Santé initiée par l'UREN1, a été étendue, depuis le mois de juin 2013, à la Belgique francophone.

De très nombreuses études scientifiques (chez des patients ou des volontaires sains, au niveau des populations, ou sur des modèles animaux ou cellulaires) ont mis en évidence le rôle que joue l'alimentation comme facteur de protection, ou de risque, dans les maladies qui sont aujourd'hui les plus répandues en Belgique et dans les pays industrialisés. Identifier ces facteurs est essentiel pour aider à établir des recommandations nutritionnelles visant à réduire le risque de pathologies et améliorer la santé des populations. C'est pourquoi cette étude a pour objet de mieux comprendre les relations entre l'alimentation et la santé et de connaître ainsi les déterminants des comportements alimentaires.

Nutrinet-Santé se base sur la participation volontaire d'internautes pour répondre en ligne à un questionnaire mensuel concernant leur état de santé et leurs habitudes alimentaires. Elle vise à terme, à recruter 500 000 internautes européens francophones, de plus de 18 ans, les « nutrinautes », pour participer régulièrement à l'étude pendant 5 ans. En dédommagement de leur investissement mensuel, ceux-ci sont les premiers à recevoir en retour des informations sur les résultats de l'étude et ses constats.

Par l'accès à un très large échantillons de sujets (grâce à internet), par la quantité et la qualité des données collectées et par la capacité d'intégrer « à la carte » de nouveaux questionnaires (sur tous les sujets ou sur des sous-échantillons), cette étude permettra de constituer une gigantesque base de données sur la nutrition et la santé de la population francophone vivant en Belgique et en France. Elle sera une des plus grandes bases de données épidémiologiques dans le champ de la santé dans le monde.

Les données personnelles des nutrinautes sont bien évidemment strictement protégées et confidentielles.

Tant la Ministre de la Santé, Fadila Laanan, que la Direction générale de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, soutiennent cette étude. Par son envergure, mais également par le fait que de manière récurrente les nutrinautes devront fournir des informations sur leur alimentation, cette étude permettra d'avoir accès à une quantité d'information jamais égalée chez nous. Nous ne disposons en Belgique francophone que des informations recueillies tous les 4 ou 5 ans via des enquêtes réalisées ponctuellement sur de plus petits échantillons.

Ces informations récoltées sur les habitudes alimentaires des belges francophones seront très utiles pour piloter les différentes actions de promotion de la santé, notamment pour augmenter l'« efficience » des conseils donnés dans la réalisation de campagnes.

La Ministre et la Direction générale de la Santé soutiennent donc cette initiative, tant parce qu'elle invite tous les répondants à se questionner sur leur alimentation (première étape pour l'amorce d'un changement éventuel) que parce que cette étude scientifique va nous permettre de mieux étudier les habitudes et la possibilité de leur changement.

Coordonnée, pour le volet belge, par le Professeur Jean Neve de l'ULB et le Professeur Véronique Maindiaux de l'Institut Paul Lambin, Haute Ecole Léonard de Vinci, Nutrinet-Santé est à la recherche de 50.000 volontaires belges francophones pour participer à cette étude en ligne. Si vous souhaitez vous inscrire, ou obtenir de plus amples informations, n'hésitez pas à consulter le site du volet belge de l'étude : www.etude-nutrinet-sante.be

- N'hésitez pas à nous faire parvenir vos suggestions :
Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Direction générale de la santé
Boulevard Léopold II, 44
B-1080 Bruxelles
sophie.lefeuvre@cfwb.be
- Comité de rédaction : Serge Carabin (DGS), Alain Cherbonnier (SCPS Question Santé), Françoise Delbroeck (DGS), Philippe Demoulin (DGS), Dominique Dumont (SCPS Unité RESO/UCL), Madhy Kosia (DGS), Sophie Lefèvre (DGS), Roger Lonfils (DGS), Raymond Moriaux (DGS), Annalisa Tancredi (DGS), Patrick Trefois (SCPS Question Santé).
- Coordination de la revue : Sophie Lefèvre (DGS)
- Conception graphique : SCPS Question Santé asbl
- Tirage : 9.000 exemplaires
- Remerciements pour leur contribution à ce numéro : Isabelle Aujoulat (IRSS-UCL), Deborah Cuignet (DGS), Micky Fierens (LUSS), Patricia Jacquemin (IRSS-UCL), Bernadette Pirsoul (LUSS), Justine Perdaens et Valérie Hubbens (Promo Santé & Médecine Générale asbl).
- Remerciements pour leur relecture : Jean-Michel Antonutti (DGS), Nicole Bruhwyl (DGS), Marie-Anne Goosse (DGS).
- Les articles publiés par « Santé pour tous » n'engagent que leur auteur. Les articles non signés sont de la Direction générale de la Santé.
- Cette publication semestrielle peut être téléchargée sur le site www.sante.cfwb.be



Publication de la Direction générale
de la Santé du Ministère de la Fédération
Wallonie-Bruxelles, Bd Léopold II, 44
1080 Bruxelles
Tél. : +32(2) 413.26.01 Fax :+32(2) 413.26.13
Site internet : www.sante.cfwb.be

Secrétariat de rédaction :
Sophie Lefèvre
Editeur responsable :
Serge Carabin
Bd. Léopold II, 44-1080 Bruxelles
D/2013/10134/4