

Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique

Style of general practice and preventive activities in the French-speaking Community of Belgium

par

Levêque A¹, Berghmans L², Lagasse R³,
Laperche J⁴, Piette D.¹

Abstract

In Belgium, the density of general practitioners (GPs) and primary health care services are high. Therefore numerous contacts between population and GPs are observed. Nevertheless, there are several gaps in population prevention coverage.

Address Correspondence to: Dr. Alain Levêque, PROMES, Laboratoire d'Épidémiologie et de Médecine Sociale, École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 808 Route de Lennik, 1070 Bruxelles.

¹ PROMES, Laboratoire d'Épidémiologie et de Médecine Sociale, École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 808 Route de Lennik, 1070 Bruxelles.

² Observatoire de la Santé en Hainaut, Rue Saint-Antoine 1, 7021 Havre.

³ Laboratoire d'Épidémiologie et de Médecine Sociale, École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 808 Route de Lennik, 1070 Bruxelles.

⁴ Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones ASBL, Chaussée de Waterloo 255 Bte 12, 1060 Bruxelles.

Preventive practices have been studied in three samples of GPs with different style of practice: the first sample is representative for GPs from the French-speaking Community of Belgium. The second sample comes from GPs attending a one week in-service training in prevention. GPs working in health centers form the third sample.

Analysis of data showed significant differences between samples essentially concerning smoking cessation programs prescription and vaccination.

Obstacles for wider use of preventive practice in general practice are similar in the three samples: no patient's demand, difficult links with reason for consultation, fears of patient's refusal, inadequate fees.

Looking at this situation (same obstacles despite different work environments or sensibilization), it seems that a large reflection on preventive services organisation and preventive policy in the French-speaking Community of Belgium should be done.

Key-words

Primary health care, health prevention, health promotion, Belgium, general practitioners.

Introduction

Durant ces 15 dernières années, la place accordée aux médecins généralistes dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention est devenue importante. Différents arguments militent pour cette évolution: l'approche globale du patient défendue par les médecins généralistes, la densité de ces médecins et le volume des contacts qu'ils ont avec les patients. Ainsi, l'opportunité que représente la consultation en médecine générale pour développer la prévention et la promotion de la santé est de mieux en mieux documentée, l'implication des médecins généralistes dans ces aspects de prévention est de plus en plus souvent abordé (1-6).

En Belgique, dans le secteur des soins de santé de base, l'offre de service est quantitativement importante: on comptait, à la fin de l'année 1995, 38 369 médecins (dont la moitié de médecins généralistes), soit de l'ordre de 1 médecin pour 264 habitants (7). Le volume

des contacts entre la population et les généralistes est important : de l'ordre de 50 millions de contacts annuels c'est-à-dire, en moyenne, 5 contacts « généralistes » par habitant et par an (8); ces chiffres, assez stables depuis trois ou quatre ans, indiqueraient une tendance à la satisfaction de la demande.

Pourtant, dans cette situation de grande densité médicale et d'accessibilité globalement satisfaisante aux soins de première ligne, on constate des lacunes non négligeables dans la couverture préventive de la population ainsi qu'une prévalence importante de certains facteurs de risques. Les exemples suivants le montrent : la couverture vaccinale pour certains programmes tel le programme RRO (vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons) était, en Communauté française en 1993, de 70% chez les enfants de 18 à 24 mois (58% si l'on prend en compte les enfants avec preuve officielle de vaccination) (9); le taux de couverture « mammographie » estimé à partir d'une enquête menée dans 4 communes bruxelloises (1991) était de 31% chez les femmes de 50 à 69 ans (10); le taux de couverture du dépistage du cancer du col par frottis était, en 1991, de 58% pour les femmes de 30 à 59 ans (frottis dans les deux ans précédant l'enquête) (10); une enquête de couverture vaccinale menée par des médecins généralistes de la Région du Centre (Belgique) a montré que la couverture vaccinale antitétanique était, en 1988, de 39% chez les 16-20 ans et de 26% chez les plus de 60 ans (11).

Face à cette relative contradiction, nous avons souhaité mieux connaître l'implication des médecins généralistes dans la prévention et ce, en fonction de leur cadre professionnel, c'est-à-dire de leur « style de pratique ».

Au travers de trois études menées entre 1990 et 1992, nous avons comparé, pour trois thèmes préventifs choisis, les activités préventives et les obstacles à ces pratiques chez les médecins généralistes.

Méthodologie

La première étude (Berghmans et coll. 1990) (12) a été menée auprès d'un échantillon de 150 médecins généralistes de la Communauté française de Belgique. Cet échantillon a été tiré au sort (tirage aléatoire stratifié) parmi les 5 500 médecins généralistes de moins de 75 ans répertoriés au service de Démographie médicale du départe-

ment de socio-économie de la santé de l'Université Catholique de Louvain. L'enquête a été menée par interview au cabinet du médecin généraliste par des médecins de santé publique. Elle fournit des indications pouvant être représentatives de la pratique préventive des médecins généralistes francophones en Belgique.

La deuxième étude a été menée, en 1992, auprès d'un groupe de 1 451 médecins généralistes belges francophones participant volontairement à une semaine de formation sur la prévention (Société Scientifique de Médecine Générale). Un questionnaire autoadministré a été complété par les médecins participants. Cette étude fournit des indications sur les pratiques préventives de médecins intéressés et sensibilisés aux problèmes de prévention.

La troisième étude (1992) visait à étudier les pratiques préventives de médecins travaillant au niveau de maisons médicales ou d'associations de médecins généralistes de la Communauté française de Belgique. La participation des associations de médecins généralistes et des maisons médicales à cette étude s'est faite sur un choix volontaire. Vingt et une équipes ont ainsi participé à l'enquête. Parmi ces équipes, la participation des médecins était également volontaire. Quarante-cinq médecins ont ainsi répondu à un questionnaire autoadministré. Les pratiques enregistrées auprès de cet échantillon sont un reflet des activités préventives menées au niveau d'équipes médicales et/ou pluridisciplinaires, souvent sensibilisées aux différents aspects de la prévention.

Les questionnaires administrés aux médecins de ces trois échantillons indépendants étaient identiques. De même, les définitions utilisées pour caractériser les pratiques préventives étaient semblables : par pratique systématique il était entendu « la proposition systématique de l'acte préventif à un maximum de sujets de la patientèle suivant un schéma bien établi (âge, fréquence) », par pratique occasionnelle, « la proposition de l'acte préventif est parfois faite mais sans la systématique décrite ci-dessus » et par pratique rare ou inexistante, « la pratique est tout à fait rare ou inexistante ». Des questions ouvertes et semi-ouvertes ont permis d'investiguer les obstacles à une pratique plus systématique de la prévention.

L'approche comparative que nous avons menée vise à répondre à l'hypothèse suivante : le cadre de travail — pratique individuelle, en équipe pluridisciplinaire, en association — dans lequel se déroulent les activités de médecine générale influence très probablement les pratiques préventives des médecins généralistes.

Pour ce faire nous avons comparé les pratiques préventives de ces trois échantillons en ce qui concerne trois domaines d'activités préventives: le dépistage du cancer du sein, la vaccination chez les enfants et la prescription de programmes d'arrêt du tabagisme. Pour ces trois situations, deux questions de base: «votre pratique est-elle systématique, occasionnelle, rare ou inexistante» et «si cette pratique est occasionnelle, rare ou inexistante, quelles en sont les raisons?»

Résultats

Taux de participation: les taux de participation aux différentes enquêtes ont été de 92% dans l'enquête de Berghmans et coll. (appelé échantillon 1), de 80% dans l'enquête menée auprès des médecins en formation préventive (appelé échantillon 2) et de 76% chez les médecins des maisons médicales (appelé échantillon 3).

Comparabilité de ces trois échantillons: les échantillons 1 et 2 sont comparables entre eux mais aussi avec la population médicale de la Communauté française de Belgique en ce qui concerne l'âge, le sexe et le volume de l'activité professionnelle. L'échantillon 3 est significativement plus jeune (90% ont moins de 45 ans dans cet échantillon contre 75% au niveau de la Communauté française) et le rapport H/F est ici de 1,2 pour 4 dans les deux autres échantillons.

Les pratiques préventives: le Tableau 1 donne, pour les médecins de l'échantillon 1, le détail des pratiques préventives concernant les trois thèmes investigués. Pour la pratique du dépistage du cancer du sein et pour la pratique de la vaccination, une minorité de 16% des généralistes déclare une pratique rare de ces actes. Près de la moitié (46%) pratique le dépistage du cancer du sein mais occasionnellement, c'est-à-dire sans le proposer à chaque femme de sa patientèle qui fait partie du «groupe cible», cette pratique non-systématique étant moins fréquente (38%) en ce qui concerne la vaccination chez les enfants. Près de 40% des répondants déclarent une pratique systématique du dépistage du cancer du sein et 46% une pratique systématique de la vaccination des enfants. S'agissant des chiffres de pratique de la prescription des programmes d'arrêt du tabagisme, on observe qu'une large majorité des généralistes (78%) ne pratique pas cette activité préventive; ceux qui la proposent systématiquement à tous les fumeurs sont rares (5%). Moins de un généraliste sur cinq pratique occasionnellement cette activité (Tableau 1).

TABLEAU 1

Pratiques préventives des trois thèmes investigués (en %) au sein des trois échantillons de médecins généralistes de la Communauté française de Belgique; 1992-1994. () = I.C. à 95%

(échantillon 1 : N = 138; échantillon 2 : N = 113; échantillon 3 : N = 82)

	Pratique systématique			Pratique occasionnelle			Pratique rare ou inexistante		
	échant. 1	échant. 2	échant. 3	échant. 1	échant. 2	échant. 3	échant. 1	échant. 2	échant. 3
Cancer du sein	38 (8)	39 (9)	19 (10)	46 (8)	54 (9)	70 (10)	16 (6)	7 (5)	1 (2)
Vaccin. enfant	46 (8)	61 (9)	65 (10)	38 (8)	34 (9)	28 (10)	16 (6)	5 (4)	7 (5)
Prescrip. prg. arrêt tabac	5 (4)	33 (9)	15 (8)	17 (6)	60 (9)	57 (11)	78 (7)	7 (5)	28 (10)

Berghmans et coll., ULB/ESP, 1991; Levêque A., ULB/SSMG, 1993; Levêque et coll., ULB/FMMCSF, 1993.

Ce même tableau 1 donne également les renseignements concernant les médecins de l'échantillon 2. Dans cet échantillon, et pour les trois pratiques investiguées, l'on constate qu'une minorité de 5 à 7% de généralistes déclare une pratique rare ou inexistante de ces trois actes. La pratique occasionnelle est le fait de plus de un médecin généraliste sur deux (54%) en ce qui concerne le cancer du sein, de un généraliste sur trois (34%) pour la vaccination des enfants et de près de deux sur trois (60%) pour ce qui est de la pratique de programmes d'arrêt du tabagisme. C'est pour la vaccination que l'on retrouve la systématique la plus importante avec 61% des généralistes. La pratique systématique du dépistage du cancer du sein est réalisée par près de 40% des généralistes. Cette systématique est également le fait de un généraliste sur trois en ce qui concerne la prescription de programme d'arrêt du tabagisme. Enfin, le tableau montre que chez les médecins généralistes de l'échantillon 3 la pratique du dépistage du cancer du sein est occasionnelle pour la majorité d'entre eux (70%). Moins d'un tiers ont une pratique systématique de cette activité. La vaccination présente un profil en miroir : une majorité de médecins (65%) en ont une pratique systématique alors que 28% développent ces activités de façon occasionnelle. La pratique des programmes d'arrêt du tabagisme est inexistante chez 28% des médecins; elle est occasionnelle pour plus de un médecin sur deux (57%) et systématique pour 15% d'entre eux.

La comparaison des *pratiques systématiques* parmi ces trois échantillons de généralistes, telle qu'illustrée par la figure 1, montre,

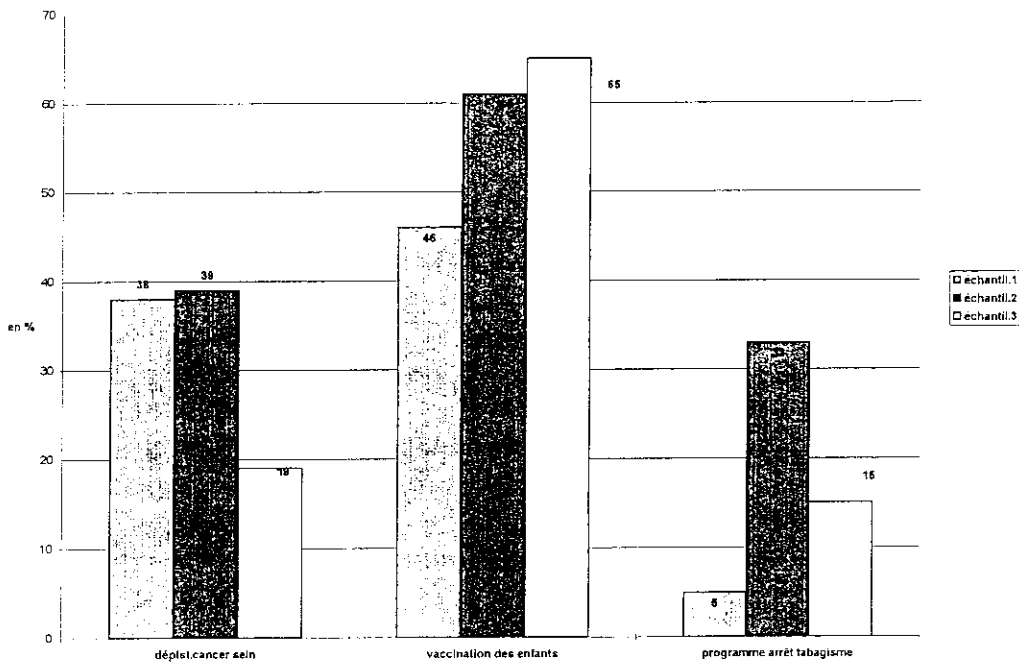


Fig. 1: Comparaison des pratiques préventives systématiques (dépi.st. cancer sein, vaccination, prévent. tabagisme) chez les médecins généralistes de la Communauté française de Belgique (trois échantillons), 1992-1994.

pour certaines pratiques, des différences importantes. En ce qui concerne la vaccination, des différences significatives existent ($p = 0,007$) entre la pratique systématique de cette activité par les médecins de l'échantillon 3 (65%) et la pratique des généralistes de l'échantillon 1 (46%). La pratique systématique des programmes d'arrêt du tabagisme montre des différences encore plus significatives ($p < 0,0001$) entre la pratique des généralistes de l'échantillon 2 (33%) et les médecins de l'échantillon 1 (5%).

Les raisons invoquées pour expliquer la non systématisation des différentes pratiques sont synthétisées dans les tableaux 2, 3 et 4. En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, parmi les raisons avancées par les différents échantillons, tous attribuent de façon plus ou moins directe, la responsabilité de cette non systématique aux patients: « le motif de la consultation ne permet pas d'être systématique », « mes patientes sont suivies par un gynécologue », « la proposition systématique sera mal reçue car il n'y a pas de demande ». Deux autres raisons, liées au temps consommé et au rapport temps/

honoraires sont avancées par les trois échantillons. Enfin, le souhait de ne pas développer cette activité de dépistage est avancée par les seuls médecins du premier échantillon. La première raison invoquée par les médecins des trois échantillons pour expliquer l'absence de systématique dans la pratique de la vaccination des enfants est le fait que « les enfants sont suivis ailleurs (ONE, pédiatre, ...) ». Les autres raisons avancées sont liées au médecin lui-même : « perte de temps », « ne souhaite pas développer ces activités ». En ce qui concerne la pratique des programmes d'arrêt du tabagisme, trois raisons principales sont avancées : des raisons liées aux patients : « crainte du refus de la patientèle », « absence de demande », ces deux raisons sont les plus fréquemment avancées par les médecins des échantillons 2 et 3 ; des raisons liées au bien-fondé de ce type de programme : « manque d'efficacité » et « absence de recommandations officielles », ces deux raisons sont le plus souvent avancées par les médecins de l'échantillon 1, enfin des raisons liées au médecin lui-même, telles que « je suis fumeur et donc mal placé pour les conseils » ou « rentabilité insuffisante de ce type d'activité ».

TABLEAU 2

Principaux obstacles à une pratique systématique du dépistage du cancer du sein, selon les médecins généralistes des trois échantillons étudiés, n'ayant pas une pratique systématique, soit 62% des MG dans l'échantillon 1, 61% dans l'échantillon 2 et 71% dans l'échantillon 3

Communauté française de Belgique, 1991/1993

	Échantillon 1	Échantillon 2	Échantillon 3
<i>Obstacles invoqués par les répondants</i>	Motifs les plus cités, par ordre de fréquences décroissantes (de 1 à 4)		
Le motif de la consultation ne permet pas d'être systématique		1	1
Mes patientes sont suivies par un gynécologue	2	2	4
La proposition systématique sera mal perçue par les patientes car il n'y a pas de demande	1	3	2
Ces activités sont trop lourdes administrativement (perte de temps)	3	4	
Le rapport temps de travail/honoraire est insuffisant			3
Je ne souhaite pas développer ce type d'activités	4		

Berghmans et coll., ULB, 1991 ; Levêque et coll., ULB, 1993.

TABLEAU 3

Principaux obstacles à une pratique systématique des vaccinations chez l'enfant, selon les médecins généralistes des trois échantillons étudiés, n'ayant pas une pratique systématique, soit 54% des MG dans l'échantillon 1, 39% dans l'échantillon 2 et 35% dans l'échantillon 3

Communauté française de Belgique, 1991/1993

	Échantillon 1	Échantillon 2	Échantillon 3
<i>Obstacles invoqués par les répondants</i>	Motifs les plus cités, par ordre de fréquences décroissantes (de 1 à 4)		
Les enfants sont suivis ailleurs (ONE, pédiatre, ...)	1	1	1
Ces activités sont trop lourdes administrativement (perte de temps)	3	2	2
Je ne souhaite pas développer ce type d'activités	4	3	3
Diverses autres raisons	2	4	4

Berghmans et coll., ULB, 1991; Levêque et coll., ULB, 1993.

TABLEAU 4

Principaux obstacles à une pratique systématique des programmes d'arrêt du tabagisme, selon les médecins généralistes des trois échantillons étudiés, n'ayant pas une pratique systématique, soit 45% des MG dans l'échantillon 1, 67% dans l'échantillon 2 et 85% dans l'échantillon 3

Communauté française de Belgique, 1991/1993

	Échantillon 1	Échantillon 2	Échantillon 3
<i>Obstacles invoqués par les répondants</i>	Motifs les plus cités, par ordre de fréquences décroissantes (de 1 à 4)		
Je crains le refus de la patientèle car j'ai déjà constaté de fréquents refus		1	1
La proposition systématique sera mal perçue par les patients car il n'y a pas de demande	3	2	2
Les programmes proposés ne sont pas efficaces, je n'y crois pas	1	3	3
Il n'y a pas de recommandations officielles valables	2		
Je suis fumeur et donc très mal placé pour ce genre de proposition	4		4
Le rapport temps de travail/honoraire est insuffisant		4	

Berghmans et coll., ULB, 1991; Levêque et coll., ULB, 1993.

Discussions

Bien qu'un pourcentage important des médecins généralistes des différents échantillons déclarent pratiquer les trois actes préventifs investigués, moins de la moitié les proposent systématiquement (exception faite de la vaccination chez l'enfant). Ce manque de systématique contribue très certainement à l'apparition de lacunes dans la couverture préventive des patients telles que précisées en introduction.

Cette « systématique » globalement faible, varie significativement, pour deux actes préventifs sur les trois investigués, en fonction des échantillons étudiés. Ainsi, les médecins de l'échantillon 2, particulièrement sensibilisés aux différents aspects de la prévention, ont, dans notre échantillon, une pratique systématique des programmes d'arrêt du tabagisme plus fréquente que les deux autres groupes: une meilleure connaissance de « techniques préventives » nouvelles qui n'ont pas encore une « reconnaissance large » est peut-être à l'origine de cette différence. Les vaccinations chez l'enfant demandent probablement une « gestion et une logistique » plus lourde qui expliquerait que cette pratique est plus souvent systématique chez les médecins travaillant en équipe pluridisciplinaire ou chez les médecins particulièrement sensibilisés à la prévention que chez les généralistes de l'échantillon 1.

Les obstacles au développement de pratiques préventives plus souvent systématiques par les médecins généralistes des différents échantillons étudiés, présentent une certaine harmonie, même si des divergences existent dans la « priorité » donnée à ces obstacles. Quatre « pôles principaux » sont identifiables. D'une part les « problèmes de communication » avec les patients: cette problématique se retrouve exprimée de diverses façons: « les patients ne font pas de demande », « la consultation ne se prête pas à une proposition systématique », « je crains d'être jugé trop interventionniste ». Pourtant, cette façon de voir les choses n'est absolument pas partagée par le public en général et les patients en particulier. Des enquêtes d'opinion menées en Belgique montrent l'importance qu'accorde le public à la communication avec le médecin généraliste quant à la décision de réaliser l'un ou l'autre examen préventif (10). Une enquête menée auprès des patients de médecins généralistes travaillant dans des maisons médicales et des associations de médecins généralistes de la Communauté française de Belgique confirme largement ce fait (13).

Ensuite, deuxième pôle, l'existence d'autres intervenants (gynécologues, pédiatres, ONE) prenant aussi en charge certaines activités préventives, crée une situation de concurrence relative entraînant une dilution des responsabilités où le médecin généraliste ne trouve pas toujours sa place et son rôle.

Ensuite, et seulement pour certains actes préventifs, des doutes quant à l'efficacité des programmes sont avancés. Le manque d'information, de stratégies standardisées, claires et directement utilisables par le médecin généraliste mais aussi certains messages contradictoires renforcent cette position. Pourtant, et notamment en ce qui concerne la prévention du tabagisme, des études importantes ont montré le rôle central que peut jouer le médecin généraliste tant en terme d'impact sur le problème de santé publique qu'en terme d'alternative stratégique de bon rapport coût/efficacité (14-19).

Enfin, mais dans une mesure moindre des problèmes liés à la rétribution des actes préventifs et/ou à la motivation personnelle du médecin sont avancés. Une étude récente (20) montre que ce paramètre financier, exprimé sous la forme d'un rapport « temps de travail/honoraires » insuffisant, est malgré tout un obstacle important à une pratique plus systématique de la prévention.

Conclusions

Le manque de systématique que nous venons d'observer et qui contribue vraisemblablement à l'apparition de lacunes dans la couverture préventive des groupes de populations cibles, semble être, pour certains actes préventifs, en relation avec le cadre de travail du praticien. Ce constat ne doit pas masquer l'importance accordée par l'ensemble des médecins aux difficultés de relation avec le patient dans la proposition systématique d'actes préventifs (le médecin attend la demande, le motif de consultation ne me permet pas d'être systématique), ainsi qu'à la dilution des responsabilités (mes patients sont suivis ailleurs pour ce problème).

Au moment où, en Belgique, la démarche politique de découpage des compétences en matière de santé tend à saupoudrer les responsabilités et les budgets, la définition d'une véritable politique de promotion de la santé et du rôle que peuvent y jouer les médecins généralistes doit y être abordée en priorité.

Remerciements

Cette étude, réalisée en collaboration avec la FMMCSF et la SSMG, a bénéficié du soutien financier de la Communauté française de Belgique et de l'Association contre le cancer.

Remerciement à l'ensemble des médecins qui ont accepté d'y participer.

Résumé

En Belgique, la densité des médecins généralistes et du secteur des soins de première ligne est élevée; les contacts avec l'ensemble de la population sont nombreux. Pourtant, des lacunes ont été mises en évidence dans la couverture préventive de la population. Les pratiques préventives en médecine générale ainsi que les principaux obstacles à leur développement ont été étudiés au travers de trois échantillons de médecins praticiens de première ligne dont le cadre de travail ou la sensibilisation vis-à-vis de la prévention sont différents. Une première étude a permis de caractériser les activités préventives auprès d'un échantillon représentatif des médecins généralistes de la Communauté française de Belgique; une deuxième étude a investigué un échantillon de médecins généralistes participant à une semaine de formation sur la prévention; une troisième étude a été menée auprès des médecins travaillant en association ou en maisons médicales. L'analyse des données récoltées montrent des différences significatives entre ces trois groupes de praticiens essentiellement en ce qui concerne la prescription des programmes d'arrêt du tabagisme et les vaccinations. Les obstacles à une pratique plus large des activités préventives sont largement comparables dans les trois groupes: absence de demande, difficultés liées au motif de la consultation, crainte du refus de la patientèle, honoraires inadaptés. Cette relative homogénéité des réponses, malgré un cadre de travail et/ou une sensibilisation assez différents laisse à penser qu'une réflexion plus générale touchant l'organisation de la politique et des services préventifs de la Communauté française devra être abordée.

Mots-clés

Soins de santé primaires, prévention, promotion de la santé, Belgique, médecins généralistes.

Samenvatting

In België is de dichtheid van huisartsen en artsen van de eerstelijnszorg hoog; de contacten met de algemene populatie zijn talrijk. Nochtans werden mankementen aan het licht gebracht in de mantelpreventie. M.b.v. drie steekproeven van eerstelijnszorg artsen werden de preventieve praktijken in de algemene geneeskunde alsook de belangrijkste

hindernissen ervan bestudeerd. De drie steekproeven verschilden in werkcontext of in sensibilisatie ten opzichte van preventie.

Een eerste studie belichtte de karakteristieken van de preventieve activiteiten van een representatieve steekproef van huisartsen in de Franse Gemeenschap van België; een tweede studie bestudeerde een steekproef van artsen die deelnamen aan een week training m.b.t. preventie; een derde studie werd verricht bij artsen werkzaam in associatie of artsenhuizen. De analyse van de verzamelde gegevens toonde significante verschillen aan tussen de drie groepen en voornamelijk t.o.v. het voorschrijven van programma's voor het stoppen met roken en het stimuleren tot inenting. De hindernissen voor een bredere toepassing van preventieve maatregelen zijn zeer vergelijkbaar in de drie groepen: gebrek van vraag ernaar, moeilijkheden gerelateerd aan de reden van de consultatie, vrees voor weigering van de patiënt, onaangepast vergoedingssysteem. Deze relatieve homogeniteit van antwoorden, ondanks een verschillende werkcontext en/of verschillende sensibilisatie leidt tot de conclusie dat een meer algemene overpeinzing over de organisatie van het beleid en van de preventieve diensten in de Franse Gemeenschap zou moeten van start gaan.

Sleutelwoorden

Eerstelijnszorg, preventie, gezondheidsbevordering, België, huisartsen.

Références

1. PARÉ F, CORMIER J L, HERSON D, GARNIER F, LECOMTE-BOURGEOIS M A, FREUND R J. Stratégie de prévention en médecine générale (audit et perspectives). *Santé Publique* 1996; 3: 201-14.
2. BERGHMANS L, LEVÊQUE A, PIETTE D. Médecins généralistes, prévention et éducation pour la santé. *Santé Pluriel* 1993; 12: 1-25.
3. JOHNSTON G, ORBELL S, CROMBIE L, ROBERTSON A, KENICER M. Women's preferences for cervical screening: who, where and when. *Health Education Journal* 1996; 55: 84-91.
4. PIETTE D. Les chemins de l'éducation pour la santé: mettre à profit la consultation de médecine générale. *Les Cahiers du GERM* 1985; 186: 1-48.
5. ROBINSON E J, WHITFIELD M J. Participation of patients during general practice consultations. *Psychology and Health* 1987; 1: 123-32.
6. STOTT N C, DAVIS R H. The exceptional potential in each primary care consultation. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1979; 29: 201-5.
7. Centre de Traitement de l'Information. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement. Données statistiques concernant le corps médical, les dentistes et les pharmaciens. Situation au 31/12/96. 1996; 1-129.
8. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Rapport Général/Service des soins de santé/Partie statistique. 1992; 1-275.
9. SWENNEN B. Le programme de vaccination en Communauté française de Belgique: enquête de couvertures vaccinales 1989, 1991, 1993. *Santé Pluriel* 1994; 15: 1-20.

10. PEETERS R, GRIVEGNÉE A, VANDENBROUCKE A. Livre Blanc de la lutte contre le cancer. La prévention secondaire. In: Lorge M, éd. Livre Blanc de la lutte contre le cancer en Belgique. Bilan et perspectives. Bruxelles: Association contre le Cancer, 1994; 3-64.
11. Groupement des médecins généralistes de la Région du Centre. La couverture antitétanique dans la population de médecine générale. Santé et Communauté 1988; 10: 7.
12. BERGHMANS L, BOUTSEN M, SWENNEN B, WANLIN M. La prévention en médecine générale 1990; 1: 1-54 (rapport).
13. LEVÊQUE A, PIETTE D, BERGHMANS L, DE ROUBAIX J, LAGASSE R. Prevention in general practice: GP obstacles and patients expectations (soumis pour publication).
14. RUSSEL M, WILSON C, TAYLOR C, BAKER CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. BMJ 1979; 2: 231-5.
15. JAMROSIK K. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. BMJ 1984; 288: 1499-503.
16. LEDWITH F, HOWIE J G. Antismoking interventions in general practice. BMJ 1984; 289: 49-50.
17. COOPERSTOCK R, THOM B. Health, smoking and doctors' advice. Journal of the Royal College of General Practitioners 1982; 32: 174-8.
18. GLYNN T J, MANLEY M W. Physicians, cancer control and the treatment of nicotine dependence: defining success. Health Education Research 1989; 4: 479-87.
19. KOTTKE T E, BATTISTA R N, DEFRIESE G H, BREKKE M L. Smoking cessation: attributes of successful interventions. JAMA 1988; 259: 2883-9.
20. Sonecom. Étude sur la prévention en Médecine Générale. Bruxelles: Association contre le Cancer, 1995; 1-89.