



## **Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale ?**

**D. DOUMONT  
F. LIBION**

**Décembre 2008  
Réf. : 08- 51**

**Série de dossiers techniques**



**Service Communautaire de Promotion de la Santé  
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

## TABLE DES MATIERES

|   |    |
|---|----|
| Introduction                                  | 2  |
| 1. Méthodologie                               | 3  |
| 2. Rappel de quelques définitions             | 3  |
| 3. L'éducation pour la santé au quotidien ... | 5  |
| 5. Conclusions                                | 23 |
| 5. Bibliographie                              | 25 |
| 6. Annexes                                    | 27 |

## Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale ?

### Introduction

◆ Comme le rappelle Burton (2008), « *la promotion de la santé repose sur une multitude d'acteurs, depuis les professionnels de la santé (médecins, infirmières, etc.) jusqu'à un ensemble de praticiens qui ne disposent pas d'une formation médicale (assistants sociaux, éducateurs, etc.). Chacun de ces acteurs se voit reconnaître une place et un rôle spécifiques qui dépendent de sa formation et du contexte institutionnel dans lequel il exerce. Ceci est également vrai en ce qui concerne l'éducation pour la santé du patient.* »

Burton cite également Sandrin-Berthon (1997) pour qui « *l'éducation pour la santé fait partie de l'activité des médecins généralistes, même s'ils n'emploient pas nécessairement ce terme pour rendre compte de leur travail. Certains parlent plutôt de prévention ou de conseil.* »

Burton relève deux caractéristiques de la médecine générale et qui sont 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 (culture, environnement, etc.) 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'auteur 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.

Le médecin généraliste, selon Bourdillon (2008), est un 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,*

---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par D. Doumont et M-F. Libion,

*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. »*

## **1. Méthodologie**

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciencedirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). Certains sites Internet ont également été consultés.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles/documents retenus. Au regard de ces différents critères, 19 articles/documents ont été sélectionnés. Pour la grande majorité d'entre eux, ils concernent essentiellement les cinq dernières années.

Les mots clefs retenus pour la recherche documentaire sont : médecine générale, maison médicale, promotion pour la santé, éducation pour la santé, médecine préventive, pratiques, prévention.

Cette revue de littérature, certes, loin d'être exhaustive, s'intéresse principalement aux pratiques de promotion pour la santé en médecine générale et surtout à l'évolution de celles-ci. Quelques exemples d'activités mises en place seront également développés dans le cadre de ce travail ainsi que des propositions de pistes permettant de favoriser, voire de consolider l'existant.

## **2. Rappel de quelques définitions**

**L'éducation pour la santé** consiste, selon Deccache (2008), «... à *maintenir ou améliorer l'état de santé d'une personne ou d'un groupe, en agissant sur leurs comportements de santé ou leur mode de vie, par un apprentissage de savoirs, savoir-être et compétences relatifs à la santé* ».

Mais Deccache en propose également une définition plus générique (et opérationnelle !), à savoir : « *l'éducation pour la santé consiste en une **transmission de savoirs** vers une personne, un groupe social, une communauté (dans une logique d'enseignement ou d'apprentissage) **concernant la santé** de ceux-ci avec une **intention d'éducation** dans le chef de l'intervenant et d'apprentissage dans le chef du public et ce **dans la durée**, dans la but de prévenir les maladies-risques et/ou de maintenir, voire améliorer la santé du public visé.* »

L'éducation pour la santé est aussi/donc un processus qui aide les individus agissant séparément ou collectivement à (apprendre à) prendre des décisions éclairées concernant des problèmes affectant leur santé en tant qu'individus, famille et communautés. Elle consiste non seulement à communiquer des informations mais également à stimuler la motivation, les aptitudes et la confiance nécessaires pour agir dans le sens de l'amélioration de la santé. (cités par Doumont et al., 2007).

Enfin, toujours selon Deccache (2008), parler d'éducation pour la santé dans une perspective de promotion de la santé nécessite la complémentarité avec d'autres actions de prévention (maladie) ou maintien (santé). On parle alors **d'intersectorialité**, dans une perspective **interdisciplinaire, multiprofessionnelle** et dans le respect des principes de **participation** et **d'empowerment**.

Les médecins généralistes mais également les pharmaciens, les professionnels de santé sont alors des acteurs-clés de démarche touchant à l'éducation pour la santé.

Dans le cadre de son travail de mémoire<sup>2</sup>, Burton (2008) propose la définition suivante :  
*« L'éducation pour la santé du patient est un processus continu, par étapes, intégré à la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale concernant les comportements de santé, et destinée à aider le patient (et sa famille) à prendre en charge et à maintenir et/ou améliorer son état de santé. Ce processus s'effectue entre des acteurs (institution – cabinet de médecine générale, soignants – un médecin généraliste, patients et famille). Il vise des objectifs de santé définis à partir de demandes et de besoins implicites ou explicites. Il se réalise dans un contexte institutionnel et organisationnel impliquant certaines ressources et contraintes. Il utilise des méthodes et moyens éducatifs et nécessite des compétences et des structures de coordination ».*

Le concept de **promotion de la santé**, quant à lui, a été « formaté » lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé qui s'est tenue à Ottawa en 1986 et où ses axes de développement seront inscrits dans le cadre d'une charte (Charte d'Ottawa). La promotion de la santé y est alors définie comme *« le processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »*. L'éducation pour la santé fait partie intégrante de la promotion de la santé et vise le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé.

Et, pour Pommier (2005), la **charte d'Ottawa** reste LA référence centrale dans sa manière d'appréhender la promotion de la santé. En effet, cette charte la guide dans sa pratique professionnelle en lui permettant *« d'intégrer l'éducation pour la santé à une approche de promotion de la santé, c'est-à-dire avec une prise en compte des déterminants de la santé et des inégalités de santé »*.

Le modèle théorique qui, selon l'auteur, répond le mieux à ses interrogations liées aux déterminants de la santé est celui de Tones<sup>3</sup> et de Green<sup>4</sup>. En effet, ces deux modèles *« montrent bien la place de l'éducation pour la santé dans une perspective de promotion de la santé telle qu'elle est présentée dans la charte d'Ottawa. »*

Tones et al. (1996) (cité par Mougnotte A., 2001) proposent une définition de l'éducation pour la santé basée sur le libre arbitre de chaque personne : *« l'éducation à la santé est toute activité librement choisie qui participe à un apprentissage de la santé ou de la maladie, c'est-à-dire à un changement relativement permanent des dispositions ou des capacités du sujet. Une éducation à la santé efficace peut ainsi produire des changements au niveau des*

---

<sup>2</sup> 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 présentée en vue de l'obtention du grade de Licenciée en Sciences de la santé publique, orientation Promotion – Education santé , 115 pages.

<sup>3</sup> Tones K., Tilford S., Health Education : effectiveness, efficiency and equity. London, 1994.

<sup>4</sup> Green L., Kreuter M., Health promotion planning : an educational and ecological approach. Mountain view : Mayfield Publishing Company, 1999, Denoël, 2005, p. 255.

*connaissances, de la compréhension ou des façons de penser ; elle peut influencer ou clarifier des valeurs; elle peut déterminer des changements d'attitudes et de croyances; elle peut faciliter l'acquisition de compétences ; elle peut même produire des changements de comportements ou de mode de vie ».*

Pour rappel, le modèle théorique PRECEDE-PROCEED développé par Green et Kreuter (version 2005) repose sur différentes disciplines comme par exemple l'épidémiologie, les sciences de l'éducation, les sciences sociales, les comportements de santé, etc. Ce modèle se base sur deux principes fondamentaux. Le premier principe consiste à montrer que la santé et la qualité de vie sont deux aspects étroitement liés. Le second principe montre que la santé et les risques de santé (liés à des comportements de santé inadéquats) « ... *dépendent de facteurs multiples qui interagissent les uns avec les autres.* » (Benyaich A., 2008).

Le modèle théorique de Tones & Tilford (1994) est un modèle « *d'empowerment de promotion de la santé dans lequel l'éducation, les politiques de santé, les lois, les législations qui en découlent influencent les conditions individuelles et environnementales de la santé de l'individu* » (Mittelmark M., 2002).

### **3. L'éducation pour la santé au quotidien ...**

◆ La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ont réalisé un travail relatif aux différentes modalités d'actions d'éducation pour la santé de 2001 à 2004 (Karrer, 2004). Cette « expérimentation » impliquait 61 médecins généralistes et pharmaciens d'officine, dans cinq sites pilotes français (Nord Isère, Lyon, Rouen, Amiens, Nîmes) et concernait 185 patients (adolescents, femmes enceintes et personnes âgées).

Le choix s'est porté sur les médecins généralistes et les pharmaciens, ceux-ci étant par leur proximité et leur accessibilité, jugés « personnes ressources » en matière d'éducation pour la santé.

Karrer et al. (2004) rappellent la nécessité de renforcer les compétences psychopédagogiques des professionnels de santé, notamment par le biais de formation et de l'utilisation de guides méthodologiques ou d'outils pédagogiques. Ils soulignent également les limites d'une approche thématique en éducation pour la santé qui « *ne tient pas assez compte du caractère généraliste de la pratique en officine et en médecine générale* », qui « *conduit à une prise en charge morcelée et/ou partielle de l'individu* », qui « *s'appuie le plus souvent sur des documents et outils thématiques qui ne peuvent se multiplier à l'infini* ». Jusqu'à alors, peu de travaux ont été réalisés à partir d'une démarche éducative centrée non plus sur une thématique de santé mais visant plutôt une approche populationnelle prenant en considération les différentes caractéristiques et questions de santé inhérentes à différents groupes de population.

L'objectif de cette expérimentation était de déterminer la faisabilité des différentes démarches d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie d'officine en explorant les modalités concrètes de mise en œuvre, leur intérêt, leur limite mais également de déterminer les besoins des professionnels de santé (formation, outils pédagogiques, etc.). Selon Arènes et al., 1999 ; Collin J-F., 1999 et Sandrin-Berthon et al., 1997 ; cités par les auteurs, les principaux freins exprimés par les professionnels de santé comme par exemple le manque de

temps (lié au manque de reconnaissance financière) et le manque de formation ont pu être levés.

En effet, les professionnels impliqués dans cette démarche ont été rémunérés pour le temps consacré en réunion, en formation et en entretien avec les patients. Les formations proposées aux professionnels visaient à la fois l'acquisition de compétences en éducation pour la santé et l'élaboration collective de démarches éducatives qui ont d'ailleurs nécessité un encadrement d'un an de ces professionnels dans une démarche de projet organisée.

Les interventions éducatives réalisées ont répondu aux critères de l'éducation pour la santé (objectifs exprimés sous forme de compétence à acquérir pour être acteur de sa santé, approche globale et personnalisée du patient, implication du patient et de ses proches dans la démarche, démarches personnalisées, techniques pédagogiques adaptées, etc.).

Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sont longuement décrites dans l'article de Karrer al. (2004) et ne sont donc pas développées plus en détail dans le présent dossier.

Toutefois, dans le cadre précis de ce dossier technique, les auteurs (Doumont et Libion) s'intéressent plutôt à la présentation des résultats des différentes actions mises en place. (Karrer et al., 2008).

L'évaluation réalisée porte d'une part sur le processus (organisation des sites pilotes, formation des professionnels, élaboration des projets) et les résultats (comparaison des actions initialement prévues avec celles réalisées) et d'autre part, sur les bénéfices perçus par les professionnels et les patients.

Selon les auteurs, les actions d'éducation pour la santé expérimentées dans le cadre de ce travail se sont traduites dans un premier temps dans une relation soignant/soigné différente.

Du point de vue des professionnels, il s'agit de construire une relation fondée sur la participation active du patient en vue d'un partenariat et d'une reconnaissance de part et d'autre (écoute active de la part du professionnel, empathie, mise en place de technique favorisant le dialogue).

Alors que les résultats sont encourageants pour les adolescents et les femmes enceintes, les résultats obtenus pour les personnes âgées semblent moins encourageants (relation de moins bonne qualité : les médecins consacrent moins de temps aux personnes âgées et sont aussi moins disposés à les écouter et à leur dispenser conseils et informations). Ces résultats sont confortés dans d'autres études (Fedt KS, 2004 ; Maly et al., 2004 ; Wetzels et al., 2004, cités par les auteurs). Selon Champoux et al., 2005 (cités par les auteurs), « *les problèmes de santé spécifiques (poly-pathologies, douleurs chroniques) de cette population, le défaut d'observance et certaines représentations sociales de la vieillesse peuvent expliquer ce comportement* ».

L'attitude des personnes âgées (respect de l'autorité médicale, réticence à poser les questions nécessaires, peu d'implication dans le processus de soins) doit également être prise en compte dans le fondement de la relation médecin/personne âgée. (Fedt KS, 2004, cité par les auteurs). Van Eijken et al. (2004), cités par les auteurs, ont quant à eux souligné l'existence de freins « *à l'expression de certains besoins de santé chez les personnes âgées, car elles attendent peu du médecin en termes d'explication ou de prise de décision partagée* ».

Et pourtant, les auteurs insistent sur la capacité démontrée des professionnels de santé à réaliser des actions de promotion de la santé et des personnes âgées à adopter un comportement proactif.

En ce qui concerne les adolescents mais également les femmes enceintes, l'approche globale a été jugée pertinente et faisable (approche d'ailleurs fortement recommandée en 2005 par la HAS<sup>5</sup> qui souligne l'intérêt d'une « *approche humaniste d'éducation pour la santé, développant l'empowerment des futurs parents* »).

Enfin, en ce qui concerne les adolescents, peu concernés par les problèmes de santé, il a été nécessaire selon Michaud (1998), cités par les auteurs, « *.. d'aborder les problèmes existentiels généraux pour éveiller leur intérêt et amorcer une démarche éducative* ».

Les auteurs confirment la difficulté de passer d'une approche bio-médicale vers une approche globale, centrée sur l'individu ou encore de concilier « *priorités thérapeutiques et objectifs de bien-être et de qualité de vie* ». Les professionnels de santé étaient, semble-t-il, plus directifs lorsqu'ils s'adressaient aux femmes enceintes ou aux personnes âgées (existence d'enjeux physiques de santé). Ils étaient par contre plus ouverts à des méthodes nouvelles lorsqu'ils s'adressaient à un public d'adolescents, en bonne santé physique, « *qui les poussaient à s'interroger sur leurs pratiques* ».

Lorsque des actions éducatives ont été menées, celles-ci étaient organisées sur trois ou quatre rencontres d'une demi-heure environ. Elles visaient d'une part le renforcement des compétences psycho-sociales du patient et d'autre part une amélioration de l'accompagnement du patient par le professionnel.

◆ Les médecins traitants sont les professionnels de santé qui sont le plus régulièrement en contact avec la population et donc ils jouent « *un rôle privilégié d'écoute, de conseil et de prévention indispensable dans une vision à long terme de la santé et du bien-être des patients* » (Igas I., 2003, cité par Aulagnier et al., 2007).

Il semble que tout le monde soit d'accord pour dire que les actions de prévention et d'éducation pour la santé sont importantes mais, dans la réalité quotidienne des pratiques des médecins généralistes, ces actions occupent une place variable (Buttet et al., 2005 ; Scott et al., 1992, cités par Aulagnier et al., 2007). En effet, selon l'étude basée sur les données statistiques de 2002 (DRESS), Fenina et al., (2006) (cités par les auteurs) signalent que « *les dépenses de prévention représenteraient 6,4% des dépenses courantes de santé.* »

En France, depuis août 2004, les lois relatives à l'assurance maladie et à la santé publique ont amené de profonds changements dans les rôles et pratiques des médecins généralistes. Maintenant, le médecin généraliste est d'une part placé au centre du système de soins primaires et il a pour objectif d'orienter « son » patient dans un parcours de santé, de l'orienter vers d'autres professionnels de santé et, d'autre part, le médecin généraliste a une plus grande responsabilité en termes de santé publique et ce, en vue de mettre plus l'accent sur les dimensions de prévention et d'éducation pour la santé auprès du public ultime.

L'étude menée par Aulagnier et al., (2007), a pour but de mieux comprendre comment les médecins généralistes perçoivent et assument leur nouveau rôle en tant qu'acteur de santé publique et ce, au travers de la description des attitudes et des pratiques déclarées par les médecins généralistes dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Le nombre total de participants à cette étude est de 528 (n=528) sur un panel de 1076 généralistes sollicités exerçant dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

Les participants se sont engagés à :

- Répondre à un questionnaire auto-administré deux fois par an et ce pendant 3 années consécutives

---

<sup>5</sup> HAS : Haute Autorité de Santé, France



- Participer à des enquêtes téléphoniques sur leurs pratiques, attitudes, opinions concernant leurs prises en charge d'une problématique de santé

Le questionnaire a été construit selon la méthode du KABP (knowledge, attitudes, beliefs, pratiques) et comprend 3 parties :

- Les rôles perçus, attitudes et opinions face aux actions de prévention.
- Les obstacles rencontrés.
- Les éventuels besoins, demandes, attentes pour améliorer ces pratiques de prévention.

Les auteurs présentent les résultats suivants :

Selon plus de 80% des médecins interrogés, les actions de prévention les plus régulièrement mises en place sont :

- La mammographie pour dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 ans et +.
- Le repérage d'éventuels effets iatrogènes liés à la poly-médication chez les personnes âgées.
- Le dépistage d'un surpoids chez les enfants/les jeunes.
- Le dépistage du tabagisme et la proposition d'un sevrage tabagique aux fumeurs.

Les actions de prévention les plus rarement intégrées (dans < de 50% des cas) aux pratiques quotidiennes des répondants sont par exemple :

- La prescription d'une contraception en urgence (11% des généralistes le font régulièrement).
- La proposition d'une consultation annuelle de prévention (18%).
- La proposition de l'utilisation d'un carnet alimentaire chez les personnes « obèses » (28%).
- L'information sur les risques de l'automédication (46%).
- Etc.

Plus de 8/10 médecins se déclarent très efficaces à efficaces dans leurs interventions en ce qui concerne le dépistage des cancers, dans l'éducation des patients hypertendus, diabétiques ou asthmatiques.

Par contre, moins de 4/10 des médecins participants se déclarent efficaces dans des interventions qui touchent la prévention et/ou l'éducation des patients à propos de leurs consommation d'alcool et/ou de drogues ou encore pour les accidents de la vie courante.

Le score de pratiques de prévention est significativement plus élevé chez les femmes médecins que chez les hommes (46,8 vs 45,0 :  $p=0,006$ ).

Les médecins déclarant que les actions de prévention ou de santé publique font partie de leur rôle, ont un score de prévention significativement plus élevé ( $p=$  non communiqué par les auteurs).

Plus les médecins déclarent réaliser des actes de soins gratuits, plus leur score de prévention est élevé ( $p < 0,001$ ).

Les médecins qui ont réalisé personnellement un dépistage du cancer (sein ou côlon) présentent des scores de prévention plus élevés ( $p < 0,001$ ).

Le fait d'avoir suivi une formation sur des thérapies comportementales et cognitives, d'avoir participé à l'évaluation des pratiques professionnelles, d'utiliser très régulièrement des sites internet ou encore d'utiliser l'expérience des patients comme source d'information sont des « éléments » corrélés positivement au score de prévention de ces participants.

Aulagnier et al., (2007) concluent que leur étude a permis de mettre en évidence - tout comme les travaux de Maheux et al., 1999 ; Kushner 1995 - que le sentiment d'efficacité est moins présent dans « des domaines qui demandent une dimension éducative importante, et

*donc un investissement ou une adhésion du patient parfois plus difficile à obtenir (alimentation, exercice physique, addictions, prévention des accidents domestiques) ». Dans de nombreuses études internationales, les raisons évoquées pour expliquer ce sentiment d'inefficacité sont par exemple :*

- Le doute des professionnels de santé en ce qui concerne leurs compétences dans les domaines qui font appel à des qualités psychopédagogiques (Bocquier et al., 2005 ; Kushner 1995 ; Arborelius et al., 1994 ; cités par Aulagnier et al., 2007).
- Le pessimisme vis-à-vis de la possibilité des changements de comportements de santé de la part des patients et ce pessimisme est renforcé lorsque les médecins n'adoptent pas eux-mêmes des comportements de vie sains (Arborelius et al., 1994 ; Joss et al., 1990 ; cités par les auteurs de l'article).
- Les médecins ne se sentent pas en accord avec les recommandations ou les guides de bonnes pratiques (Weisberg et al., 1995 ; Cabana et al., 1999 ; cités par les auteurs).
- Ou encore lorsque les médecins craignent que la relation soignant-soigné ne se dégrade lorsqu'ils abordent des questions qu'ils estiment « sensibles, intrusives » avec leurs patients (Igas., 2004, Maheux et al., 1999, Heremans & Deccache, 1999 cités par les auteurs).

Cette étude montre également que les médecins qui se sentent impliqués dans le champ de la prévention sont ceux qui estiment aussi qu'ils ont un rôle à jouer en tant qu'acteur de santé publique.

Les auteurs signalent également que les déterminants d'une pratique régulière d'actions de prévention tels :

- Un intérêt pour la formation continue.
- Le fait d'informer, de chercher et de varier les sources d'informations.
- Le fait de se sentir personnellement concerné par une démarche préventive.
- Avoir un rapport au temps (de consultation non rémunéré par exemple).

sont des éléments qui semblent interférer favorablement « ... *sur le score de prévention, outre - bien sûr - le sentiment d'efficacité que le médecin généraliste crédite à ce champ de pratique* ».

Enfin, ils concluent par l'importance de sensibiliser davantage ces soignants à certains actes de prévention qu'ils mettent rarement en œuvre dans leurs pratiques de tous les jours, en proposant par l'exemple, l'utilisation d'outils (formation, supports informatifs pour les patients, outils d'aide au dépistage, ...) qui les préparent mieux ou les aident mieux à la concrétisation de démarches de prévention. En fait, il s'agit d'aider les médecins généralistes à « franchir le pas, à passer à l'acte » puisque 83,3% des répondants à cette étude estiment que la prévention fait bien partie de leur rôle de médecin généraliste.

◆ Burton (2008), dans le cadre de son travail de mémoire, s'est intéressé aux pratiques des médecins généralistes en Belgique et ceci dans le contexte précis de la santé cardiovasculaire. Différentes questions ont jalonné son travail.

Comment les médecins perçoivent-ils la normativité sanitaire ? Comment l'intègrent-ils dans leurs pratiques d'éducation pour la santé du patient ? Dans quelle mesure s'efforcent-ils de la concilier avec l'autonomie du patient ? etc.

Se basant sur le modèle explicatif/intégratif de Deccache (1994) (annexe 1), Burton a identifié dans un premier temps une série de facteurs spécifiques à la pratique du médecin généraliste.

En voici quelques uns :

- Représentation que le médecin se fait de l'éducation du patient – de la prévention.
- Importance accordée par le médecin à la prévention.
- Participation de celui-ci à des formations complémentaires.

- Relation face aux médias – messages de santé publique.
- Utilisation de guidelines.
- Nombre de consultations et durée moyenne de celles-ci.
- Temps consacré à faire de l'éducation du patient.
- Réactions des patients.
- Sentiments d'efficacité du médecin dans ses actions « éducatives ».
- Pratiques personnelles en matière de prévention.
- Age du praticien.
- Expérience personnelle et professionnelle du médecin.
- Bien-être professionnel ou burn-out.
- Approche bio-médicale ou globale.

Dans un second temps, Burton a mené des interviews (durée moyenne +/- 60 minutes) auprès d'une douzaine de médecins (six médecins généralistes exercent en maison médicale et six en cabinet libéral, tous issus de la région bruxelloise).

Voici succinctement la présentation de quelques résultats.

- La conception de leur rôle de médecin généraliste :
  - o Il ressort de cette enquête trois rôles principaux : un rôle d'information, un rôle par rapport aux modes de vie (influencer les modes de vies, donner des conseils, promouvoir des comportements sains, etc.) et un rôle d'identification et d'action sur les facteurs de risque.
- Le temps consacré à la consultation :
  - o La durée moyenne de consultation est de 20 minutes par patient. L'auteur nous fait remarquer que six médecins proposent des rendez-vous de consultation spécifiquement dédiés à l'éducation pour la santé et y consacrent tout le temps de consultation.
- Les actions concrètes mises en place par les médecins :
  - o L'identification des facteurs de risque (cité plus fréquemment par les médecins pratiquant en maison médicale (5 fois versus 2 fois), l'évaluation des facteurs de risque par le biais d'échelles ou de grilles semble être une pratique plus courante pour les médecins exerçant en maison médicale (5 fois versus 1 fois), le relevé de la tension artérielle est également souligné comme figurant parmi les actions concrètes à réaliser en rapport avec l'éducation pour la santé (ici cardiovasculaire).
- Les objectifs – les obstacles – les facilitateurs :
  - o L'objectif d'éviter les maladies (ici cardiovasculaires) et de limiter les facteurs de risque, la notion de qualité de vie avec surtout l'idée de la maintenir, voire de l'améliorer, et enfin le fait de vouloir faire prendre conscience au patient des éventuels risques encourus sont autant d'objectif cités par les médecins interviewés.
  - o La non-compliance du patient, le manque d'honnêteté et le mensonge de celui-ci, l'absence d'une demande formulée par le consultant, le caractère parfois asymptomatique d'une pathologie et la surcharge d'informations sont autant d'obstacles évoqués par le médecin dans sa pratique quotidienne. Les praticiens énoncent également le manque de temps, leur difficulté d'identifier les vrais obstacles vécus par les patients, leur difficulté de changer les mentalités et les habitudes des patients mais également d'aborder des sujets « sensibles » ou des « sujets en lien avec les dimensions fondamentales de la vie ». Deux médecins ont également fait part de leur difficulté face au fait de « faire peser sur l'individu une responsabilité qui revient parfois en grande

- partie à la société* ». Enfin, un médecin en pratique libérale évoque un sentiment de lassitude et un autre un sentiment de découragement !
- Dans les facteurs facilitants, nous retrouvons la relation médecin-patient, la diminution de la morbidité, les retours positifs des patients, l'amélioration des paramètres de ceux-ci, etc.
  - Le sentiment d'efficacité :
    - Sept médecins signalent ressentir un sentiment d'efficacité mais 2 d'entre eux évoquent leur difficulté à évaluer ce sentiment d'efficacité. Trois médecins issus de maison médicale précisent que « *le travail d'éducation s'inscrit dans une dynamique multi-professionnelle, qui interdit de s'approprier un sentiment d'efficacité. Pour eux, c'est l'intervention de chaque professionnel, quel qu'il soit, qui permet d'atteindre un résultat* ». « *L'idée dynamique du sentiment d'efficacité* » tout au long du parcours professionnel est également évoquée par quatre médecins.
    - D'autres données concernent le caractère « *modeste* » du sentiment d'efficacité, la notion que d'autres facteurs interviennent également dans les résultats positifs, la notion de proportionnalité entre le temps investi dans des actions d'éducation pour la santé et le sentiment d'efficacité, etc.
  - Les types de réaction du patient :
    - La plupart des médecins interrogés évoquent une « réaction positive » du patient face à la transmission de messages d'éducation pour la santé. Ce qui pose plus de problèmes concerne plutôt la « *mise en pratique* » de ces conseils.
    - D'autres réactions, minoritaires, concernent notamment « l'impossibilité pour un patient de changer son comportement » (n=4), « *le manque d'envie ou de motivation pour changer* » (n=3), Deux médecins parlent également de patients « *pro-prévention* ». Enfin, pour certains patients (nombre non précisé), « *il faut bien mourir de quelque chose* » et donc, ceux-ci adoptent une attitude inverse à celle préconisée par leur médecin traitant.
  - Les réactions négatives :
    - Selon 4 médecins, le « *mensonge* » de leur patient fait partie d'une réaction dite négative, la « *négation* » ou la « *fuite* » fait également partie des réactions négatives. La fatalisme est également cité à trois reprises.
    - Ces types de réactions compliquent la relation médecin-patient et génèrent des difficultés dans la démarche préventive et éducative.
    - La présence « *d'autres préoccupations* » (4 médecins pratiquant en maison médicale) mais également de « *difficultés psychologiques* » (3 médecins issus d'une pratique libérale) font partie(s) des causes attribuées face à ces réactions négatives.
  - Les réactions positives :
    - Un patient ouvert au dialogue et/ou se sentant concerné, un patient appliquant autant que faire se peut les recommandations préconisées par le médecin, ou simplement posant des questions sont autant de réactions considérées comme positive par le praticien.
    - La motivation de départ (la survenue d'un accident personnel, l'apparition de symptômes, un sentiment de peur ou de menace), l'importance de la relation médecin-patient, la notion du « bon moment », l'importance de la bonne compréhension de la part du patient sont autant d'éléments clefs induisant des réactions favorables.
  - La conception du rôle du médecin par rapport aux choix de l'individu :
    - Burton signale toutefois que cette question n'a pas été comprise de la même manière par les médecins. S'agissait-il de médecins issus d'une pratique

libérale, ils ont alors *« davantage répondu par des grands principes sans différencier les deux catégories proposées dans la question. Trois de ces médecins ont donc déclaré que les choix de l'individu relèvent de sa responsabilité et que le rôle et la responsabilité du médecin sont d'informer le patient, de lui donner des conseils et de le motiver. Pour eux, la responsabilité finale revient au patient »*.

L'auteur au terme de son travail (12 interviews et 2 pré-tests) attire l'attention sur les points suivants :

- Les médecins interrogés proposent donc assez régulièrement à leurs patients un rendez-vous essentiellement consacré à des aspects strictement éducatifs de la prise en charge (en opposition à une consultation « classique » où c'est très souvent la gestion de problèmes aigus à plus aigus, à gérer dans l'immédiat, qui prime). Ce type de consultation devrait pouvoir bénéficier d'une reconnaissance INAMI.
- La notion du « bon moment » est également apparue dans le discours des médecins interrogés. En effet, la plupart des médecins sont soucieux de ne pas aborder des thématiques propres à l'éducation pour la santé à n'importe quel moment. Burton 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 les respecter et renoncer à imposer à tout prix une vision des choses »*.
- La notion de « plaisir » semble également prépondérante auprès de certains médecins interviewés. Il semble que les médecins soient sensibles à l'idée que le patient garde un certain plaisir de vivre et cela même si cela va quelque peu en opposition avec les conduites idéales à adopter. *« L'idée qui se dégage est que l'idéal médical n'est pas imposé au patient, mais qu'il s'inscrit dans un compromis mis sur pied avec lui et où chacune des parties connaît les bénéfices et les risques »*. *« Pour le médecin, vouloir préserver un plaisir chez son patient, c'est également renoncer à tout vouloir contrôler, c'est accepter de prendre des risques « médicaux » pour respecter les choix du patient qui légitimement souhaite maintenir un plaisir de vivre quotidien minimum »*.
- Enfin, Burton relève des contradictions dans le discours des médecins : *« Comment comprendre et interpréter les propos d'un médecin qui dit respecter les choix des patients, dit ne pas vouloir les culpabiliser et qui par ailleurs, répond qu'il serait peut-être utile de ne pas rembourser son traitement si ses comportements sont à l'origine du trouble qu'il présente ? »*

Au terme de son travail, Burton (2008) insiste sur l'importance du rôle des médecins généralistes dans tout ce qui touche à l'éducation pour la santé du patient. C'est un rôle qui leur tient à cœur semble-t-il. *« Ils identifient les atouts dont ils disposent en rapport avec l'éducation pour la santé du patient, telle leur aptitude à suivre leurs patients à long terme ou la connaissance qu'ils ont de ceux-ci de leur contexte de vie. De toute évidence, l'éducation pour la santé du patient fait partie intégrante des pratiques de médecine générale »*.

Les résultats du travail de Burton (2008) permettent également de lever le voile sur leur situation inconfortable : *« coincés entre responsabilité collective et responsabilité individuelle, entre intérêts de santé publique et intérêts individuels, ils soulignent la complexité de leurs activités d'éducation pour la santé du patient. Cette complexité est tantôt acceptée, tantôt condamnée, tantôt remise en question »*.

En conclusion, les médecins généralistes se considèrent donc comme des acteurs de première ligne en matière d'éducation pour la santé du patient. Ils ne s'intéressent pas uniquement à la santé bio-physique de leur patient. Ils adoptent une vision globale de la santé (adoption de comportements favorables à la santé, mode de vie, amélioration de la qualité de vie, etc.).

Burton nuance toutefois quelque peu ses propos : *« le médecin est amené à garder sa place de professionnel de la santé. Il est la personne ressource qui accompagne le patient dans sa vie de tous les jours, qui l'aide à l'améliorer et à se la réapproprier au fil des événements qu'il rencontre, en gardant sa place de référent « santé » et non de « référent universel ».*

Ce travail a également permis de mettre en lumière certaines questions d'éthique relatives notamment *« à la position et aux attentes des patients vis-à-vis des pratiques d'éducation des médecins généralistes, ainsi qu'au conflit entre intérêts de l'individu et intérêts collectifs. A l'heure où l'on tend de plus en plus, d'une part, à ranger parmi les causes de mortalité les comportements des individus eux-mêmes, et, d'autre part, à limiter les dépenses budgétaires pour la santé, une réflexion éthique sur ces différents sujets, qui intégrerait tous les acteurs concernés (professionnels, patients, pouvoirs publics, acteurs de santé publique, etc.) nous paraît indispensable. Car le risque est qu'à l'avenir, l'éducation pour la santé du patient ne soit plus un accompagnement des patients mais bien un moyen de limitation des dépenses sanitaires basé sur une responsabilisation totale de l'individu ».*

*« Il faut, nous semble-t-il, prendre garde au développement d'une société qui, pour des raisons économiques, souhaite réglementer les comportements des individus et faire payer à ceux-ci leurs écarts par rapport à l'idéal sanitaire préconisé ».*

Burton (2008) évoque également les résultats d'une enquête qualitative réalisée en France en 1996, auprès de vingt médecins généralistes, sous la forme d'entretiens semi-directifs (Roussille et Sandrin-Berthon, 1997). Au terme de leur enquête, les auteurs avaient pu identifier trois profils type(s) de médecin : les médecins pour qui la prévention est considérée comme un acte médical technique (vision bio-médicale), les médecins pour qui la prévention repose sur *« la confiance établie entre le praticien et ses patients ... la prévention fait partie intégrante de la dimension curative de leurs pratiques, tout en la complétant (il s'agit par exemple de fournir des conseils sur le tabac, l'alcool, le stress, le sommeil, au moment où le patient vient consulter pour un symptôme douloureux ou pour une pathologie quelconque) ».* Enfin, il y a le médecin qui accorde plus d'importance à la prévention qu'au curatif.

Certaines caractéristiques communes émergent également de l'enquête : les médecins généralistes accordent de l'importance à la prévention. Toutefois, la plupart (nombre non précisé par les auteurs) insistent sur leur manque de formation dans le champ de l'éducation pour la santé, l'insuffisance d'informations dans ce domaine précis. Ils se plaignent également du fait de ne pas toujours être avertis en temps et heures de l'existence de campagne de prévention destinée au public. Enfin, le concept « prévention » semble mieux accepté par les médecins généraliste que l'appellation « éducation pour la santé » qu'ils jugent plus « intrusive ».

Burton (2008) cite également les résultats d'une enquête réalisée par plusieurs équipes universitaires anglo-saxonnes qui ont interviewé 754 médecins généralistes par téléphone (Hobbs et Erhardt, (2002) en France, en Allemagne, en Italie, en Suisse et en Angleterre. Deux questions principales jalonnaient ce travail, l'une concernait l'attitude des médecins face aux guidelines, l'autre s'intéressait à leur perception des pratiques de prévention cardiovasculaire. Nous ne relayerons ici que les principaux résultats en matière de pratique de prévention.

Lorsqu'un patient est diagnostiqué à risques de MCV, 65 % des médecins interrogés signalent consacrer du temps (15 minutes) pour informer le patient des facteurs de risque, des traitements adéquats, des changements de comportements, ... alors que 24 % des médecins leur consacraient 6 à 10 minutes et 12 % seulement 5 minutes. Le manque de temps, une patientèle trop nombreuse et le manque d'écoute et/ou de compréhension de la part des patients sont les arguments évoqués par les médecins généralistes comme justification.

Il ressort également de cette enquête que les « *médecins ne sont pas insensibles à la nécessité de prendre du temps avec le patient pour réaliser de l'éducation pour la santé* ».

Toutefois, il semble que pour 1/5 des médecins interrogés, « *l'impression du manque d'écoute et de compréhension de la part du patient est susceptible d'influencer le temps de discussion qu'ils accordent à celui-ci. L'interprétation des réactions des patients influence directement les pratiques d'une frange non négligeable de médecins* ».

Enfin, lorsqu'on leur a demandé comment améliorer la surveillance du cholestérol de leur patient, l'éducation du patient était l'activité la plus fréquemment citée par les médecins généralistes.

♦ Selon Girard (2004), le choix de la durée des consultations est la première clef qui permet la mise en route d'activités éducatives auprès de patients atteints de pathologies chroniques.

Pour l'auteur, une consultation de 45 minutes pour prendre un premier contact avec un patient est nécessaire et une consultation de 30 minutes est suffisante pour assurer un suivi. Il est également nécessaire de prévoir dans son agenda un nombre de plages horaires libres pour proposer une série de rendez-vous réguliers «... *marqueurs d'un processus à deux, dans le temps* » mais aussi pour répondre aux urgences médicales. Il est indispensable de ne pas déroger au choix que l'on s'est fixé en terme de durée de consultation sans quoi le médecin généraliste risque « ... *d'être envahi uniquement par une médecine de faits, d'actes et de réponses à des symptômes* ».

Par expérience personnelle, l'auteur souligne que le maintien d'un tel agenda est difficile et a nécessité des mises au point avec l'assistante médicale qui, par manque de formation, avait la propension de répondre tout de suite aux demandes de consultations de la patientèle.

La 2<sup>ème</sup> clef favorable à la réalisation d'activités éducatives en médecine libérale est la classification des attentes du patient et de son médecin. L'une des causes les plus fréquentes de divergence entre ces attentes mutuelles provient de la difficulté qu'a le patient de concevoir qu'il souffre d'une maladie « silencieuse » pour lui ou encore sa difficulté de faire un lien entre son ressenti et sa maladie. Pour permettre au patient de dépasser cette difficulté, l'auteur propose « ... *de participer à l'objectivation de la présence du risque ou du problème de santé ..* » via l'utilisation d'un carnet de bord dans lequel le patient annotera toutes ses observations. Une autre stratégie utilisée par Girard consiste à proposer au patient de réaliser une série de mesures à domicile à l'aide d'un appareil prêté comme un tensiomètre par exemple. L'utilisation de tels outils nécessite une discussion lors de la consultation afin que le patient accepte et marque son accord pour réaliser ce « devoir à domicile ». De plus, il est indispensable lors de la consultation suivante de retravailler, sur base de l'outil proposé, les observations/annotations faites par le patient.

Par exemple, pour faire prendre conscience au patient des risques de santé qu'il encourt ou encore de l'évolution d'une maladie silencieuse, cet auteur utilise des supports/outils comme la « cible » des facteurs de risques de l'artériosclérose. Il s'agit d'un schéma en forme de cercle, cible qui reprend tous les facteurs de risque. Plus on cumule de facteurs de risque, plus on se rapproche du centre de la cible (lieu de tous les risques matérialisé par la couleur rouge). Grâce à l'utilisation de couleurs, cet outil permet au patient de visualiser rapidement l'éventuelle gravité de ses propres risques et ainsi de l'aider à prendre « les bonnes décisions » pour réduire l'impact de ces risques sur sa propre santé. Il permet également au patient de constater les effets positifs liés à ses propres choix d'adopter, voire d'adapter, ses

comportements de santé. Bien entendu, il est important de prendre du temps pour mieux comprendre comment le patient se représente le concept santé et cerner ses attentes, ses demandes et ses croyances. En effet, le patient peut être tout à fait déstabilisé par le fait que son médecin généraliste lui demande de se positionner face à d'éventuels choix thérapeutiques.

Pour comprendre le processus de changement de comportements, un modèle théorique tel que celui de Prochaska et Di Clemente est très aidant pour le professionnel de santé qui peut ainsi adapter les objectifs de santé à atteindre aux capacités de chaque patient et ainsi lui permettre de rester en phase avec ce qu'il vit, ce qu'il ressent et donc, d'éviter de mettre trop de pression sur les épaules du patient et in fine d'éviter la non adhésion du patient à son(ses) traitement(s). De plus, pour l'auteur, « *face à un patient qui ne se sent pas concerné par sa santé, qui reste ambivalent, cela m'évite de vivre ces situations comme des échecs* ».

Enfin, l'auteur insiste sur l'indispensable nécessité de maîtriser les techniques de communication dans la relation soignant-soigné. Sans elles, il est quasi impossible de comprendre comment le patient vit sa santé, de lui permettre d'exprimer et de d'opérer ses propres choix de santé, de lui donner une réelle place dans la relation soignant-soigné, ... bref de permettre au patient d'être un réel acteur de sa santé.

Pour rappel, le modèle théorique de Prochaska et Di Clemente (1983) envisage les changements de comportements suivant une progression en 5 stades qui sont : le stade de la pré-contemplation, le stade de la contemplation, le stade de préparation, le stade d'action et enfin le stade de maintien. « *Les stades de changement représentent une dimension temporelle qui permet de comprendre quand des modifications de pensées, d'intention, d'attitude ou de comportement apparaissent. Ils permettent ainsi de situer la motivation actuelle du patient mais non de la prédire. Ce modèle ne peut donc pas servir pour établir un pronostic quant à la durée du processus de changement. Son seul intérêt est de permettre au « counselor » d'adapter son intervention au besoin du patient.* »<sup>6</sup>.

◆ Fantino et al., (2004), signalent qu'en France, les pratiques préventives des médecins généralistes ont été évaluées lors du Baromètre Santé réalisé en 1998-1999. L'outil utilisé (non précisé par les auteurs) et mis au point par le CFES (Centre française d'éducation pour la santé), mesure périodiquement par enquête des aspects tels que : les opinions, les connaissances, les attitudes et les comportements des Français face à la santé, sur base d'échantillons représentatifs des différentes populations étudiées.

Les résultats de ce Baromètre Santé montraient par exemple que :

- Plus de 9 médecins généralistes/10 déclaraient avoir fourni des conseils de prévention dans les 7 derniers jours avant cette enquête. Les conseils concernaient plus précisément l'alimentation, la pratique d'exercice physique, le bon usage des médicaments.
- Un médecin sur 2 déclarait avoir eu recours à des outils/supports pédagogiques et 1 médecin sur 3 avait remis une brochure au patient lors de la dernière journée de consultation qui précédait l'enquête.
- Plus de 2 médecins sur 3 n'utilisaient pas les questionnaires pré-établis permettant de repérer les facteurs de risque ou de dépistage.
- Les comportements personnels de santé des médecins généralistes semblaient peu/pas influencer leurs pratiques préventives/éducatives auprès de leurs patients, et cela tout

---

<sup>6</sup> [www.ressy.info/changement\\_pro.htm](http://www.ressy.info/changement_pro.htm)



particulièrement en ce qui concerne la consommation d'alcool, du tabac, de psychotropes.

Fantino et al. (2004), ont mené une étude auprès de médecins généralistes ,de type descriptive, prospective en région Rhône-Alpes, entre juillet et décembre 2000. Cette étude avait pour but de « *décrire l'activité de prévention des médecins généralistes dans des domaines spécifiques tels que les modes de vie, le suivi vaccinal, le suivi gynécologique, la prise en charge des personnes âgées, les addictions aux drogues, alcool et tabac* ».

Afin de récolter les informations, chaque médecin généraliste inclus dans cette enquête (n= 80) devait fournir, pour chaque patient consultant le jour de l'enquête (n = 3.658 patients) des données concernant :

- La pathologie du patient,
- La prise en charge globale réalisée,
- Les activités de prévention ou d'éducation pour la santé menées auprès du patient

L'analyse des données a porté par exemple sur :

- Le sentiment d'efficacité déclaré par les médecins généralistes concernant leurs activités de prévention (résultat mesuré à l'aide d'un score).
- L'efficacité objective du médecin par rapport aux activités de prévention. Cette efficacité a été mesurée à l'aide de 5 scores différents. A titre d'exemple, le score des pratiques relatives à la couverture vaccinale du patient se base sur 4 types d'intervention : la connaissance du statut vaccinal du patient, le bilan de la couverture vaccinale, la réalisation d'une vaccination chez le patient.

En voici les principaux résultats :

- La moyenne d'âge des médecins est de 44 ans. Les médecins de sexe féminin représentent 22,4% de l'échantillon total. La durée moyenne d'installation est de 13,8 ans. 80% des médecins exercent en milieu urbain contre 30,8% en milieu rural et 16,3% en périphérie des villes.
- La moyenne d'âge des participants patients inclus dans l'étude est de 23,3 ans. Les patientes représentent 42,1% de l'échantillon et les hommes 57,9%. 41,5% des répondants exercent une activité professionnelle.

Cette étude montre que les participants souffrent d'une pathologie chronique dans 50,2% des cas et les 5 pathologies chroniques les plus fréquentes sont :

- L'hypertension artérielle dans 33% des cas.
- Les pathologies ostéo-articulaires dans 21,7% des cas.
- Les pathologies cardio-vasculaires dans 16% des cas.
- La dépression dans 15% des cas.
- Le diabète dans 10,1% des cas.

Cette étude met également en évidence que dans 87,9% des cas, les patients interrogés rencontrent leur généraliste au cabinet de consultation et que dans 77,7% des cas, ces visites sont des visites programmées et concernent pour 28,7% des cas des consultations de suivi. Notons qu'une consultation pour vaccination concerne 5,5% de l'ensemble des consultations.

En ce qui concerne l'opinion des généralistes sur leur rôle en matière de prévention :

- 96,2% d'entre eux déclarent que les patients sont demandeurs d'informations.
- Leur sentiment d'efficacité varie en fonction du domaine d'intervention. Par exemple, en ce qui concerne :

- Le suivi vaccinal, 93,3% d'entre eux s'estiment efficaces.
  - Le suivi gynécologique, 77,5% d'entre eux se sentent efficaces.
  - La prise en charge des modes de vie, l'on obtient un pourcentage de 62.
  - La prise en charge du tabagisme, un médecin sur 2 se sent efficace tandis que pour le suivi d'un patient alcoolique, 1 médecin sur 3 se sent efficace dans sa prise en charge. Par contre, pour les personnes droguées, ce sentiment d'efficacité n'est perçu que par 1 médecin sur 5.
- Les médecins interrogés déclarent aborder les sujets de prévention de façon systématique pour 50% d'entre eux ; pour les 50% restant, c'est à la demande du patient ou de son entourage.
  - Enfin, 16,5% des médecins interrogés déclarent travailler en réseau et 1 fois sur 2, il s'agit de réseaux liés à la toxicomanie. Cette étude montre aussi, que lorsque les médecins travaillent en réseau, le score d'efficacité est significativement lié à ce travail en réseau ( $p=0,035$ ) car le médecin se sent davantage soutenu et aidé par ses pairs dans son travail d'accompagnement et de suivi des patients.
  - Un médecin sur quatre se déclare satisfait du rôle qu'il remplit dans ses activités de prévention. Les insatisfactions exprimées sont liées au manque de temps (dans 58,6% des cas) ; à une rémunération inadéquate (63,4%) et enfin à un manque de formation dans 27,9% des cas.
  - Cette étude met en évidence que le temps consacré en moyenne aux activités de prévention représente 21,9% de l'ensemble des activités du médecin généraliste.
  - Les outils de prévention utilisés par les médecins interrogés proviennent plus d'une fois sur quatre des firmes pharmaceutiques qui sont citées comme les seules sources d'informations. Enfin, ils estiment que les patients sont bien informés par les médias dans 38,8% des cas.

Dans leurs conclusions et au regard des résultats obtenus par cette étude, Fantino et al., (2004) relèvent :

- *Les « insuffisances de la pratique médicale quotidienne en matière de prévention et que ces insuffisances sont d'autant plus surprenantes que 96,2% des médecins interrogés jugent les patients demandeurs d'informations ».*
- Globalement, les médecins généralistes se sentent efficaces dans leur pratique de prévention mais *« seulement un médecin sur quatre se déclare satisfait du rôle qu'il joue dans la prévention. Il s'estime efficace lorsqu'il adresse des messages aux patients, avec toutefois le sentiment qu'il pourrait faire mieux ».*
- Fantino et al. pointent également le manque de formation des médecins généralistes à une démarche de prévention éducative porteuse. En effet, les résultats de cette enquête montrent *« qu'un tiers des médecins interrogés est conscient que cette activité préventive vers laquelle il souhaite se tourner est différente de celle du soin traditionnel et qu'elle nécessite de leur part un investissement en formation. C'est la preuve que la grande majorité de la population médicale se sent dans l'incapacité de répondre à la demande des patients et ceci pour des raisons liées au système de santé ».*

◆ En Europe, la profession de médecin généraliste est en pleine mutation. De Lepeleire J. et al., (2003) rappellent qu'une nouvelle définition européenne<sup>7</sup> (annexe 2) de la profession a vu le jour en 2002. Au regard de cette nouvelle définition qui entend *« favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace »*, chaque pays/région cherche à trouver un « bon 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

<sup>7</sup> Wonca, Europe., (2002), The European definition of General Practice/Family Medicine. Wonca Europe

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.

Des études (Bower et al., 2003; Fritzsche al., 2002 ; cités par De Lepeleire et al., 2003) ont permis de mettre en évidence que les patients attendent de leur médecin traitant qu'il assure la continuité des soins, qu'il assure les soins en cas d'urgence mais aussi qu'il prenne soins des aspects psychosociaux du patient. En Europe, les patients sont moins demandeurs d'interventions techniques qu'aux USA (Zemencuk et al., 1999 ; Williams et al., 1995 ; cités par les auteurs).

L'équipe de De Lepeleire a mené une étude pilote dans la province d'Anvers (Belgique) en vue de mieux cerner les attentes des citoyens/patients vis-à-vis de leur médecin de famille. Pour cela, un questionnaire mis au point, testé et validé par Jung et al., (1996) a été utilisé. Ce questionnaire comprend 40 items regroupés en 5 « chapitres ». Ces chapitres concernent par exemple : la fonction médicale du médecin généraliste, les relations de communication patient-médecin généraliste, le transfert d'informations, les aspects organisationnels des soins et des pratiques de soins, etc.

Le questionnaire retenu n'a « subi » aucune modification d'ajustement à la population étudiée. Il a été prétesté auprès de 10 patients afin de s'assurer de son entière compréhension par le public cible.

Les patients étaient sélectionnés comme suit :

- 1) Tous les patients qui se rendaient au cabinet de consultation de leur médecin généraliste recevaient ce questionnaire et étaient invités à le compléter en salle d'attente et le déposer dans une urne prévue à cet effet.
- 2) Tous les patients qui recevaient la visite à domicile de leur généraliste recevaient également ce questionnaire et pouvaient le déposer soit dans l'urne déposée au cabinet médical ou encore l'envoyer par courrier ou courriel
- 3) Enfin, le questionnaire pouvait également être remis par le généraliste en fin de consultation.

L'étude s'est portée sur une période de 12 semaines et le taux global de réponse était de 25 % (n = non communiqué par les auteurs). Le taux de réponse est faible et il n'y a aucune information concernant les motifs de « non réponse ». Les auteurs évoquent l'existence d'un biais de sélection lié très probablement au mode de distribution et de récolte du questionnaire. Ils suggèrent qu'à l'avenir une institution « neutre » prenne en charge l'organisation pratique de la distribution/récolte des questionnaires.

Un autre biais pointé par les auteurs serait lié au degré de satisfaction/insatisfaction des personnes interrogées vis-à-vis de leur médecin traitant.

Au vu des biais évoqués, les auteurs signalent que les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés et que cette étude est à considérer comme une étude pilote.

Voici donc quelques résultats :

Par ordre décroissant, voici les principaux résultats concernant les attentes recensées comme étant les plus importantes pour les patients.

- 1) Les patients interrogés tiennent au respect absolu du secret professionnel (score = 4.63).
- 2) Ils souhaitent connaître et obtenir des informations pertinentes concernant le problème de santé (score = 4.41).

- 3) Les patients souhaitent également que le médecin prenne le temps d'expliquer la situation et laisse le temps au patient de poser des questions (score = 4.32).
- 4) Les patients souhaitent être tenu au courant lorsque le médecin généraliste fait appel à un spécialiste (score = 4.31).
- 5) Lors de la prescription de médicaments, le médecin généraliste doit adopter un comportement d'évaluation critique de l'ensemble du traitement médicamenteux (il s'agit d'éviter de se retrouver avec trop de médicaments à prendre) (score = 4.30).
- 6) Le patient souhaite qu'en situation d'urgence, le médecin intervienne très rapidement (score = 4.29).
- 7) Les patients insistent également sur la nécessaire congruence entre les informations délivrées par le généraliste et les autres soignants (score = 4.23).
- 8) Ils souhaitent également une discussion à propos de l'utilité des examens d'investigation permettant de poser un diagnostic (score = 4.20).
- 9) Etc.

Signalons par exemple que :

- Les aspects liés à prévention des maladies viennent en 17 positions/42 et obtiennent un score = 3.98.
- L'aide du généraliste à la gestion des émotions du patient vient en 35<sup>ème</sup> position avec un score = 3.43.
- La prise en compte par le médecin de la situation personnelle d'un patient dans son accompagnement occupe la 36<sup>ème</sup> place (score = 3.42).

◆ En France, les médecins généralistes remplissent de manière plus ou moins explicite des missions de santé publique et plus particulièrement au niveau de la prévention « *dite médicalisée* » c'est-à-dire les vaccinations, les dépistages, les invitations à participer aux dépistages organisés, conseils et « *guidance de type éducation à la santé (sexualité, parentalité, addictions, risque au travail, etc.)* ».

Les généralistes, selon Bourdillon et al., (2008) sont également impliqués dans les évaluations de pratiques professionnelles. Certains généralistes amplifient leur engagement en santé publique lorsqu'ils s'inscrivent dans des démarches structurées de programmes de santé mais aussi lorsqu'ils travaillent en réseau pluridisciplinaire dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.

Sur base de la définition européenne<sup>8</sup> de la médecine générale et des recommandations de l'OMS Europe<sup>9</sup>, la santé publique fait partie intégrante des missions d'un médecin généraliste : « *La médecine générale « ... a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté »* »

Les activités de santé publique du médecin généraliste comprennent :

- 1) Les activités de prévention médicalisée (vaccins, dépistages individuels (frottis cervico-utérin, anomalies cutanées, ..), participation à des dépistages organisés (cancer sein, colorectal, par ex), prévention des complications ou rechutes liées à une pathologie, éducation du patient, etc.

Certaines de ces activités sont :

- Soit de type informative et/ou sous forme de conseils comme des conseils d'hygiène de vie, conseils de comportements autoroutiers, sportifs ou au travail, etc. ;

<sup>8</sup> Wonca Europe, 2002, actualisée en 2005

<sup>9</sup> OMS, Bureau pour la région Europe, (1998), Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale – médecine de famille – en Europe, EUR/ICP/DL VR 04 01 01,

- Soit concerne l'éducation pour la santé où il s'agit de permettre à la patientèle d'acquérir des compétences lui permettant de faire des choix concernant sa santé (éducation à la vie sexuelle, aide pour le choix d'un moyen de contraception, accompagnement à la parentalité, ...)

Ces activités de prévention médicalisées peuvent être réalisées soit dans une approche individuelle, soit dans une approche collective (ex : vaccination contre la grippe selon les recommandations du calendrier vaccinal).

Pour la médecine générale de demain, l'enjeu consistera à concilier ces 2 approches (individuelle et collective) sur un territoire donné et tout en respectant et répondant aux besoins de la population vivant sur ce territoire. Comme le signalent Bourdillon et al., (2008) « ... au delà de l'appropriation de la dimension de santé publique de leurs activités de prévention, c'est finalement d'une vue d'ensemble dont les médecins généralistes ont besoin afin de mieux intégrer et amplifier leur mission de prévention dans une logique collective. »

- 2) La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles en vue d'améliorer ces dernières en terme de qualité des soins. Afin que cette démarche porte ses fruits, il est indispensable d'organiser des formations continues des médecins généralistes – formations fondées sur des cahiers de charges négociés au niveau national et qui tiennent compte également des spécificités régionales adaptées aux besoins spécifiques des bassins de populations.
- 3) Les activités de coordination, de concertation, de coopération sont jusqu'à ce jour peu clairement définies en France. Par exemple, les modalités de circulation de l'information entre les soignants sont indispensables à mettre en place tout en garantissant au médecin traitant de « garder la maîtrise » de cette circulation d'information concernant « son » patient.
- 4) La veille sanitaire, la surveillance et la vigilance relèvent également du champ de la santé publique mais tous les médecins généralistes n'adhèrent pas encore à cette démarche car jusqu'à ce jour cette activité se fait sur base du volontariat et du bénévolat. Il est important de réaliser tout un travail de sensibilisation des médecins généralistes vis-à-vis de cette démarche afin qu'ils acquièrent une culture du signalement d'alerte de maladies.
- 5) Les activités de formation et de recherche sont indispensables en santé publique et c'est pourquoi il est nécessaire de fournir des moyens aux médecins généralistes pour mettre en place des programmes coordonnés de recherche en santé publique.

En conclusion, les auteurs soulignent l'importance d'accorder et de libérer du temps rémunéré aux médecins généralistes pour leur permettre de réaliser de telles démarches de santé publique dans leurs activités professionnelles au quotidien.

◆ Ces différents constats rejoignent ceux soulignés par Morelle et Hanot (2008) qui évoquent des difficultés liées :

- au temps de consultation « où parfois le médecin ne s'autorise pas à sortir du cadre et à discuter avec le patient de ses projets de vie, ... »

- à la logique des médecins : « répondre à la demande ou au symptôme correspond à un rythme de travail très différent de celui plus réflexif et à long terme de la promotion de la santé ».

- aux croyances encore trop présentes que la promotion et l'éducation pour la santé ne sont que perte de temps.

- à l'absence d'interlocuteur : « *il faut disposer de relais de proximité (au niveau communal) pour que, dans le cadre de la promotion de la santé, le médecin puisse être efficace comme acteur social* ».

Les auteurs rajoutent « *le manque de reconnaissance et de valorisation de la fonction du médecin généraliste auprès des politiques ...* ».

\*\*\*\*\*

Après avoir examiné quelques expériences de médecins généralistes et identifié les facteurs facilitants mais également les difficultés que rencontrent ceux-ci face aux démarches, initiatives et activités d'éducation pour la santé, les auteurs du présent dossier proposent les réflexions et commentaires de deux équipes de chercheurs, l'une islandaise et l'autre de Nouvelle-Zélande ; réflexions qui certes ne remettent pas en question les pratiques en éducation pour la santé mais peut-être plutôt l'éthique et la déontologie qui entourent ces pratiques.

♦ La plupart des experts médicaux ainsi que les autorités de santé considèrent que les consultations des médecins généralistes présentent des opportunités « idéales » pour mener à bien des activités de prévention et de promotion de la santé. Cependant, Getz et al., (2003) se demandent si, d'un point de vue éthique, la consultation chez le médecin généraliste est bien le « meilleur endroit » pour mener ces activités. En effet, pour ces auteurs, il ne fait aucun doute que les médecins généralistes se concentrent avant tout sur les motifs de consultation pour chaque patient et ne se laissent pas « distraire » par une longue liste de mesures préventives standardisées ; mesures qui risquent de ne pas être appropriées au problème de santé du moment du patient qui consulte.

Pour « conforter » ce questionnement, Getz et al., (2003) argumentent leurs points de vue comme suit :

- 1) De nombreux modèles théoriques (non cités par les auteurs) ont été développés afin de déterminer la qualité d'une consultation médicale. Parmi les critères d'évaluation permettant de déterminer la qualité de celle-ci, la réalisation d'activités de prévention des maladies et de promotion de la santé est considérée comme l'un des « critères » d'évaluation.

Cependant, pour ces auteurs, d'un point de vue éthique, la médecine préventive qui s'adresse principalement à des personnes asymptomatiques est fondamentalement différente de la médecine curative qui s'adresse à des personnes malades, « demandeuses » d'une aide à la guérison. Dès lors, pour Sackett , (2002) (cités par Getz et al., 2003), ces deux « disciplines » impliquent des actions et des obligations différentes auprès des consultants.

- 2) Le nombre de mesures préventives efficaces a considérablement augmenté depuis ces 20 dernières années et selon les auteurs, il devient très difficile, voire illusoire de vouloir « assurer » la réalisation de l'ensemble de ces mesures. Pour preuve, Philips et al., (2001), (cités par Getz et al., 2003), suggèrent aux médecins généralistes de construire au sein de leur pratique professionnelle, un système « d'agenda prévention » afin de les aider à suivre les mesures préventives réalisées et les actes de soins qui peuvent en découler. De plus, l'étude de Yarnall et al., (2003), citée par Getz et al., met en évidence qu'une estimation de 7,4h/jour serait nécessaire à un médecin généraliste (américain) pour réaliser toutes les activités de prévention recommandées par l' « US Preventive Services Task Force ».
- 3) Les problèmes liés à l'opportunité de réaliser des actions de prévention sont par exemple :

- Le temps nécessaire pour communiquer, informer, vérifier la compréhension des messages préventifs par le patient concernant les risques de santé/maladies, obtenir son accord/consentement avant la réalisation d'un test, etc.
  - Le choix, négocié avec le patient, de faire ou de ne pas faire un test en fonction du « coût/bénéfice » attendu pour la santé de celui-ci.
  - Le fait que les professionnels de la santé savent que la santé d'une personne peut être affectée par des facteurs externes comme par exemple les inégalités sociales, les relations humaines destructrices, etc ; facteurs sur lesquels le médecin généraliste a peu d'emprise.
  - Etc.
- 4) Le respect de l'autonomie du patient en médecine préventive. Il est clair que pour les professionnels de santé, fournir des informations concernant les risques de santé encourus au sein de la population doit permettre aux individus de mieux contrôler leur santé et surtout d'avoir un certain pouvoir sur celle-ci. Cependant, il est également possible qu'informer sur des risques potentiels de difficultés de santé auprès d'un public engendre parfois, chez certains individus, de l'anxiété, de l'insécurité, et donc, ne favorise pas/peu l'adoption de comportements de santé préventifs dans le futur (Freeman et al., 2001 ; Getz I., Nilsson PM. et al., 2003). C'est pourquoi, Getz et al., (2003) soulignent l'importance de revoir le concept d'autonomie du patient au vu de l'expansion rapide des mesures préventives biomédicales. Pour ces auteurs, accepter qu'un patient refuse d'entendre des informations préventives et/ou refuse les actions de prévention consiste également à respecter les droits du patient.

Getz et al., (2003) concluent en insistant sur le fait que la non-réalisation de mesures de prévention lors d'une consultation médicale ne doit pas être synonyme de « mauvaise consultation, voire de qualité des soins médiocre ». Pour ceux-ci, il est temps de reconsidérer les « opportunités spécifiques » de mener des actions de prévention destinées à un public non asymptomatique afin que ces actions soient concrètement réalistes et intégrables dans une journée de travail du médecin généraliste.

Enfin, de manière à respecter l'autonomie (décisionnelle) du patient, il est important que le praticien invite le patient à exprimer ses éventuelles craintes de santé plutôt que soumettre celui-ci à la réalisation d'une batterie d'examen préventifs.

◆ En Nouvelle-Zélande, comme dans de nombreux autres pays, la promotion de la santé est tout à fait intégrée dans le quotidien des médecins généralistes . Toutefois, Mc Kinlay et al., (2005) mettent en garde les praticiens. Une confusion existe encore trop souvent entre la prévention des maladies et la promotion de la santé, ce qui fait dire aux auteurs que les praticiens ne se sont pas (ou peu) appropriés le concept de promotion de la santé. Des justifications éthiques surgissent également dans le discours (et les pratiques) de certains médecins généralistes : quelle est la légitimité de parler à un patient asymptomatique de problèmes de santé potentiels ? (Sackett, 2002, cités par Mc Kinlay). Quant à certains médecins généralistes, ils ne se sentent pas prêts à prodiguer des conseils concernant l'adoption de modes de vie plus sains, et cela même dans un contexte local (Cooper & Lynch, 2002 ; McLeod & Dowell, 2000 ; cités par les auteurs. D'autres encore craignent également que cette « attitude altruiste » ne compromette la relation de communication entre le médecin et son patient (Lawlor, Keen & Neal, 2000 ; cités par Mc Kinlay). Enfin, certains médecins restent sceptiques quant à l'utilité (et la nécessité) de proposer un bilan de santé à des individus en « bonne santé », et cela même si la réalisation de ces bilans est vivement encouragée par les médias et les politiques.

◆ Il n'est pas possible « d'interroger » l'éducation et la promotion de la santé en médecine générale sans citer Laperche (2007) qui rappelle que « *la promotion de la santé est déjà présente dans la manière de faire la médecine, dans les questions que nous nous posons, dans la place que nous accordons à la santé, au travail en partenariat avec d'autres, à une approche de santé publique, à une priorité aux plus démunis, à un travail en amont sur ce qui détermine des souffrances communes de beaucoup de patients* ».

Pour l'auteur, les médecins généralistes sous-estiment fortement l'influence qu'ils peuvent exercer auprès de leur patient ; toutefois, il attire l'attention sur les pièges à éviter : qu'il s'agisse d'observance (vouloir à tout prix un patient « obéissant »), de responsabilité individuelle (tenir le patient responsable de son état de santé) ou d'apprentissage (démarche d'apprentissage versus accompagnement/écoute).

*« La promotion de la santé – dans son approche conceptuelle , en amont des soins préventifs, en interrogeant les déterminants de la santé - peut sembler bien éloignée de nos préoccupations cliniques quotidiennes. Cependant, à y regarder d'un peu plus près, elle porte les ferments d'une médecine humaine et performante, au bénéfice d'une amélioration de la santé pour tous ».*

## 5. Conclusions

L'éducation pour la santé (et la promotion de celle-ci ...) fait désormais partie intégrante des activités développées par les praticiens en médecine générale, que ce soit en termes de conseils, d'accompagnement, de prévention, de dépistage et/ou de modifications de comportements ... La plupart des médecins généralistes se considèrent d'ailleurs (et se reconnaissent) comme des acteurs de première ligne en matière d'éducation pour la santé.

Au regard de différentes expériences relatées dans les documents sélectionnés pour cette revue de littérature, force est de constater que « faire de l'éducation pour la santé » relève malheureusement, encore trop souvent, du « parcours du combattant » pour grand nombre de médecins généralistes.

Certains auteurs confirment la difficulté de passer d'une « approche bio-médicale stricte » à une « approche globale », centrée vers le patient ou encore de concilier « priorités thérapeutiques et objectifs de bien-être et de qualité de vie ». D'autres soulignent les limites d'une « approche thématique » en éducation pour la santé.

Le manque de temps, une rémunération inadéquate, le manque de formation sont autant de freins évoqués au développement et à la pérennisation d'activités d'éducation pour la santé.

Les notions de « bon moment », d'« opportunités idéales » pour mener à bien des activités éducatives sont également citées ; tout comme celles de « respect de l'autonomie » (décisionnelle) du patient et de « justification éthique », notions qui questionnent nos pratiques ...

*« Coincés ente responsabilité collective et responsabilité individuelle, entre intérêts de santé publique et intérêts individuels... », les praticiens interviewés dans le cadre du travail réalisé par Burton (2008), ... « 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 d'éducation pour la santé, outre les « bénéfiques sanitaires » reconnus, certains écrits /auteurs font état d'une relation soignant/soigné « différente », d'une relation fondée sur la participation active du patient, de partenariat et de reconnaissance de part et d'autre (écoute active de la part du soignant, empathie, mise en place de technique favorisant le dialogue, etc.), de sentiment d'efficacité présent chez le praticien et cela même si ce sentiment semble moins présent dans des domaines qui exigent une « *dimension éducative importante et donc un investissement ou une adhésion du patient parfois plus difficile à obtenir* ». La notion de plaisir est également présente auprès de certains médecins interviewés.

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.), la reconnaissance financière et « intellectuelle » de l'acte éducatif par les autorités (de santé) des activités d'éducation exercées par les médecins généralistes et une meilleure sensibilisation des praticiens aux démarches d'éducation pour la santé dans leurs activités professionnelles sont autant d'éléments nécessaires voire indispensables pour renforcer, consolider et pérenniser ce nouveau rôle d'acteur de santé publique.

## 5. 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

Benyaich A., (2008), Connaissances, représentations, attitudes et comportements des adolescentes d'origine marocaine et musulmane vivant à Bruxelles face au SIDA. Mémoire présente en vue de l'obtention du grade de Licenciée en Sciences de la santé publique, orientation Promotion – Education santé, 99 pages hors annexes.

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 présente en vue de l'obtention du grade de Licenciée en Sciences de la santé publique, orientation Promotion – Education santé , 115 pages.

Deccache A., (2008), Notes de cours ESP 2171 A, 2008-2009, Education Santé : concepts , problématique et modèles de l'éducation en santé et maladie, pp 2-27.

De Lepeleire J., Creemers M., Van Tichelt K., Van Loon H., (2003), Patients' expectations of General Practice. A pilot study, Archives of Public Health Vol. 61, N° 6, pp 283-296.

Doumont D., et al (2007), Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la Province du Québec (1<sup>ère</sup> partie), Série de Dossier technique, Réf. 07-47, p. 4.

Fantino B., Fantino F., Dumont C., Nitenberg C., Deloime H., (2004), Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes., Santé Publique, Vol. 16, n° 3, pp 551-562.

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.

Girard A., (2004), Ma formation en éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique : à quoi me sert-elle ?, Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 22, n°1, pp 7-10.

Karrer M., Buttet P., Vincent I., Ferron C., (2004), Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès des femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées, Santé publique, Volume 16, n° 3, pp. 471-485.

Karrer M., Buttet P., Vincent I., (2008), Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées, Santé publique, Volume 20, n° 1, pp. 69-80.

Laperche J., (2007), Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste ?, La santé de l'homme, n° 392, pp.46-48.

Morelle V., Hanot B., (2008), Pour un partenariat avec la médecine générale en promotion de la santé, Santé conjugée, n° 43, pp. 14 – 16.

Mittelmark M., (2002), in Book reviews, Health Education Research, Vol 17, n° 3, pp 376-377.

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.

Mougniotte A., (2001), L'éducation à la santé. Education à la citoyenneté, dossier destiné au Diplôme d'Université en Education et Promotion Sanitaires et Sociales, Université de Franche-Comté, Année académique 2001-2002, 13 pages.

<http://epsse.univ-fcomte.fr/ressources/bibliotheque/dossiers/MOUGNIOTTE-SECQUEVILLE2002.PDF>

Pommier J., (2005), De la médecine à l'éducation pour la santé. Evolution du regard d'une professionnelle de la promotion de la santé., La Santé de l'Homme, N° 377, Mai-juin, pp 23-25.

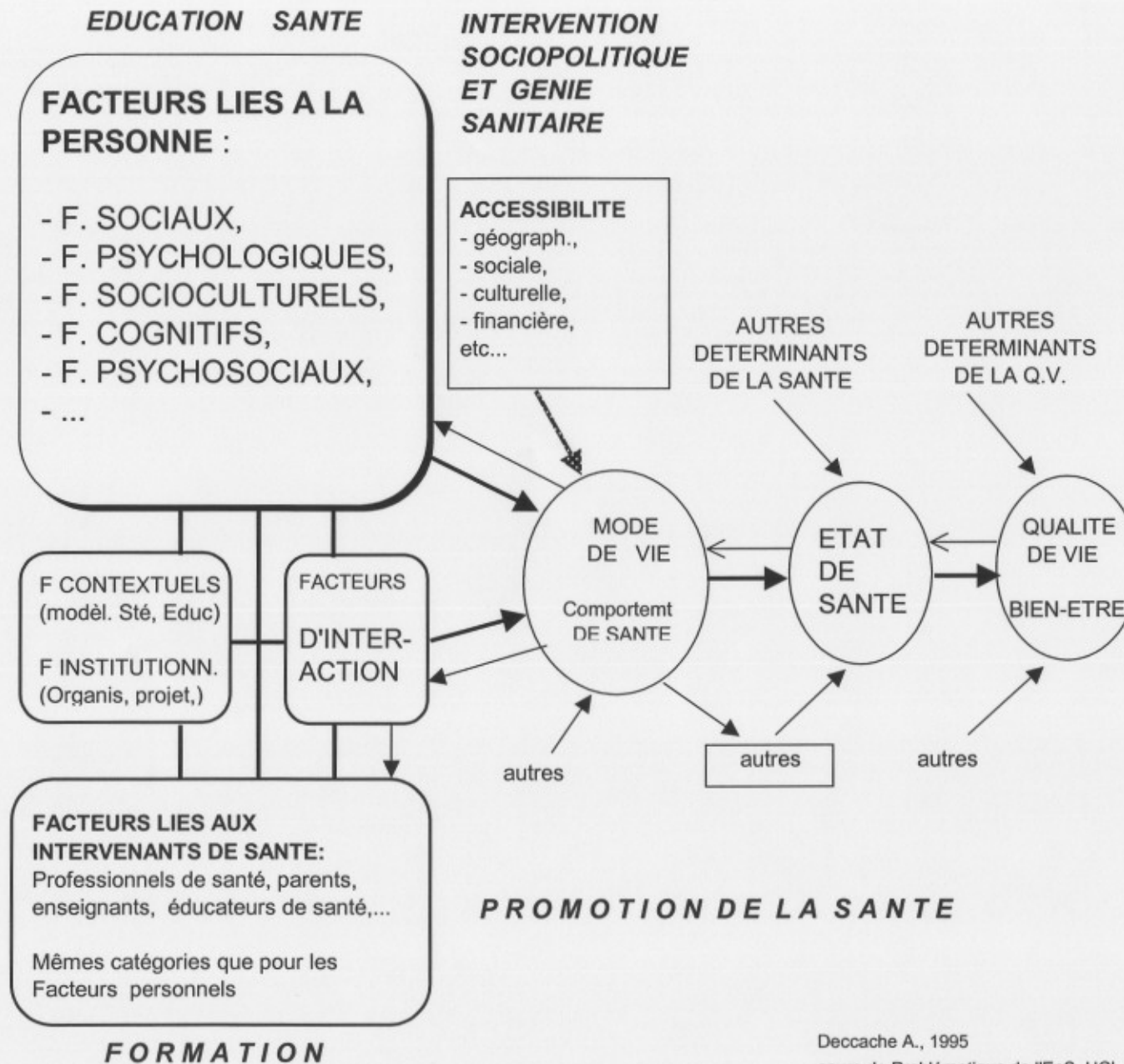
Thompson A., (2007), The meaning of patient involvement and participation in health care consultations : A taxonomy, Social science & Medicine, 64, pp 1297 – 1310.

## **6. Annexes**

Annexe 1 : Modèle explicatif/intégratif de Deccache A.

Annexe 2 : The Wonca TREE

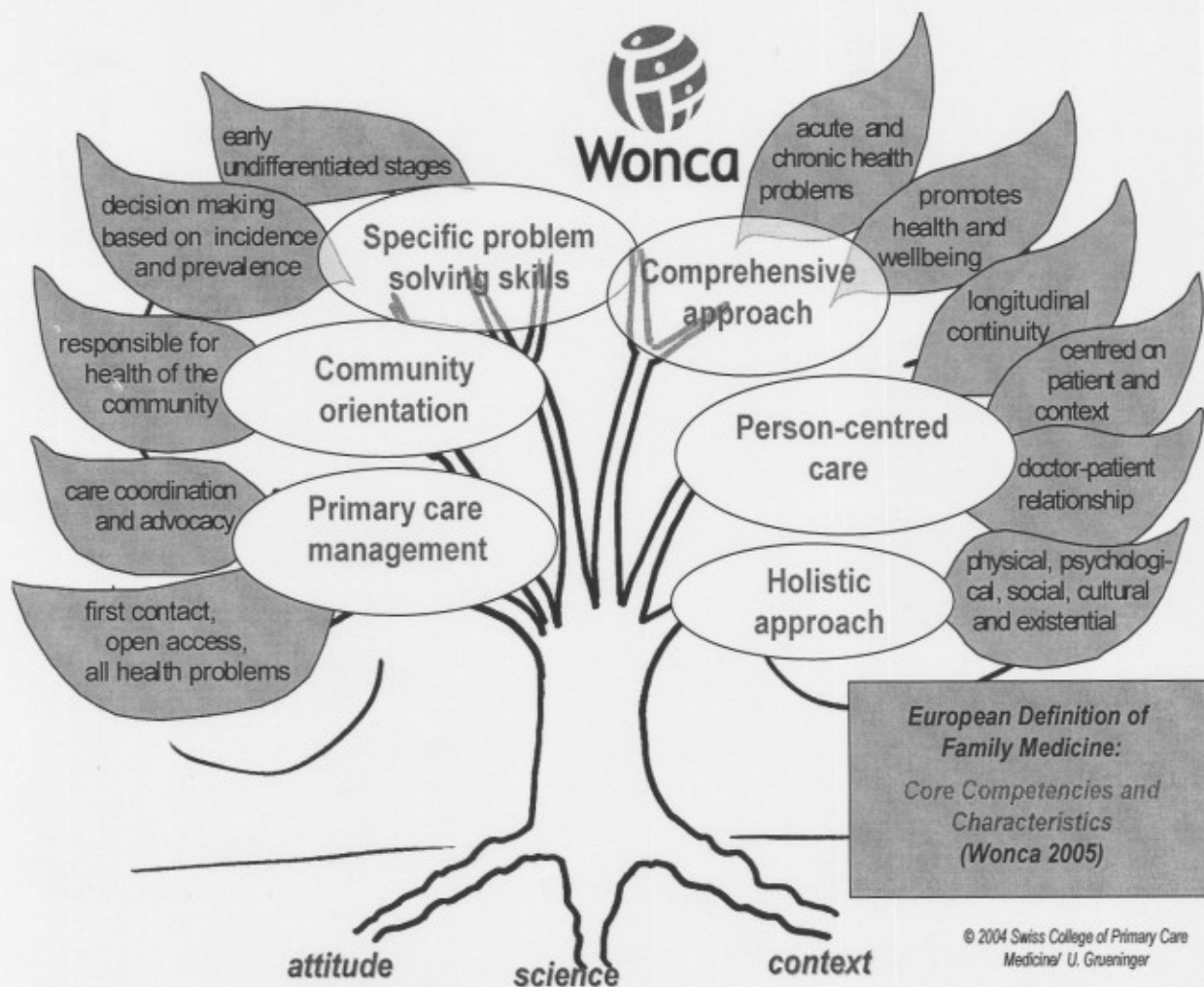
# Comprendre les comportements de santé: cadre explicatif général



Deccache A., 1995

cours de Problématique de l'EpS, UCL

Adapté de Green 1980, 1991.



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE