

Faculté de santé publique

**La prévention primaire en médecine générale.
Comment soutenir les médecins généralistes
dans la réalisation d'actions de prévention
auprès de leur patientèle :
Cas de la vaccination contre la grippe saisonnière**

Mémoire réalisé par
Amandine Bruyninckx

Promoteur
Dr. Dominique Lamy

Co-promotrice
Mme. Gaëlle Fonteyne

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

La prévention primaire en médecine générale.

Comment soutenir les médecins généralistes dans la réalisation d'actions de prévention auprès de leur patientèle : cas de la vaccination contre la grippe saisonnière.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à sincèrement remercier mon promoteur de mémoire, le Professeur Dominique Lamy, pour son accompagnement, son soutien, sa disponibilité malgré la période particulière de réalisation de ce mémoire et pour ses nombreux conseils pratiques. Je remercie également Madame Gaëlle Fonteyne, ma co-promotrice de mémoire, pour sa gentillesse, ses judicieuses recommandations ainsi que pour sa disponibilité.

Ensuite, j'adresse mes remerciements à l'ensemble des médecins généralistes qui ont accepté de m'accorder de leur temps pour participer à mes entretiens. Sans eux, tout cela n'aurait jamais pu se réaliser.

Aussi, je tiens à remercier tout particulièrement Anaële Fauville, Mégan Vervier et Jonathan Boucquey pour le temps qu'ils ont accordé à la relecture et à la méticuleuse correction de mon mémoire.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui, d'une façon ou d'une autre, m'ont soutenue durant ces trois années de master. Un tout grand merci à ma famille et mes plus proches amis pour m'avoir supporté et surtout soutenue, tout au long de la réalisation de ce mémoire.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction générale	1
2.	Cadre théorique	2
1.1.	La médecine générale	2
1.1.1.	Définition de la discipline de la médecine générale (WONCA Europe)	3
1.1.2.	Quelques chiffres sur les médecins généralistes en Belgique	5
1.2.	La prévention en santé	6
1.2.1.	La promotion de la santé vs. la prévention des maladies	6
1.2.2.	Les différents types de prévention.....	9
1.2.3.	Rôles des médecins généralistes en prévention.....	10
1.3.	La vaccination et la grippe saisonnière.....	11
1.3.1.	Principe de la vaccination	11
1.3.2.	La grippe saisonnière	13
1.3.3.	La vaccination contre la grippe saisonnière	15
1.4.	Problématique : place de la prévention primaire en médecine générale, cas de la vaccination contre la grippe saisonnière.....	17
2.	Méthode de recherche	18
2.1.	Revue de littérature et construction du cadre théorique	18
2.2.	Objectifs et question de recherche	19
2.3.	Choix de la méthode	19
2.4.	Échantillonnage et méthode de recrutement des participants.....	20
2.5.	L'Outil de collecte des données.....	22
2.6.	Déroulement de la collecte des données.....	22
2.7.	Analyse des données.....	23
2.8.	Motivation et réflexion éthique	24
3.	Présentation des résultats	24
3.1.	Déroulement de l'étude	24
3.2.	Description de l'échantillon.....	25
3.3.	Présentation des résultats.....	25
3.3.1.	Représentations	25
3.3.2.	Pratiques et organisation	27
3.3.3.	Les freins à la pratique de la prévention en médecine générale.....	33
3.3.4.	Ressources pour la pratique de la prévention primaire en médecine générale...	37

3.3.5. Avis des médecins généralistes concernant la proposition de trois pistes d'actions.....	42
4. Discussion.....	44
4.1. Analyse des résultats et parallèle avec la littérature.....	45
4.1.1. Représentations.....	45
4.1.2. Pratiques et organisation.....	47
4.1.3. Freins à la pratique de la prévention primaire.....	52
4.2. Retour sur la question de recherche et tentative de réponse.....	55
4.2.1. Ressources par rapport à la pratique de la prévention.....	55
4.2.2. Retour sur les propositions d'idées pouvant soutenir la pratique.....	60
4.2.3. Comment soutenir les médecins généralistes par rapport à la réalisation d'actions de prévention primaire auprès de leur patientèle.....	62
4.3. Limites de l'étude et pistes d'amélioration.....	64
5. Conclusion générale et perspectives pour l'avenir.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	68
ANNEXES.....	73
Annexe 1 : 12 caractéristiques de la discipline de la médecine générale (WONCA Europe, 2011, p. 8).....	73
Annexe 2 : Professionnels en droit de prescrire (31-12-2017 et 31-12-2018) et praticiens de soins (année 2017) par profession/spécialité (INAMI, 2019).....	74
Annexe 3 : Cascade de processus immunologiques (Blin, 2018).....	75
Annexe 4 : Surmortalité générale (Sciensano, 2020).....	75
Annexe 5 : Guide d'entretien.....	76
Annexe 6 : Données d'identification des médecins généralistes interrogés.....	79

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

AViQ	Agence wallonne pour une Vie de Qualité
CCFFMG	Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale
DMG	Dossier Médical Global
DMG+	Dossier Médical Global comprenant les items de la prévention
FWB	Fédération Wallonie Bruxelles
HPV	Human Papilloma Virus (en français : le papilloma virus humain)
INPES	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
IST/MST	Infection(s) sexuellement transmissible(s)/ maladie(s) sexuellement transmissible(s)
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MG	Médecin(s) généraliste(s)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
SSP	Soins de Santé Primaires
TCV	Taux de couverture vaccinale

1. Introduction générale

Le médecin généraliste est le professionnel de la santé « *le plus proche et le plus souvent en contact avec tous les patients* » (Gosselain, 1999, p.1). Par son rôle au sein des soins de santé primaires, il accorde une place centrale au patient dans sa pratique. Sa proximité et sa présence au fil des années font qu'il connaît ses patients et développe avec eux une relation de confiance. Depuis plusieurs années, le paradigme orienté sur une approche biomédicale stricte, fondement d'une partie de la discipline de la médecine générale, évolue vers une prise en charge plus holistique des patients. Cette approche « bio-psycho-sociale » permet notamment de prendre en compte les aspects de la pratique orientés vers le principe de prévention en santé.

Le concept de prévention désigne un ensemble d'actions visant à éviter ou à réduire les risques et facteurs d'apparition, ou la manifestation, de maladies ou de problèmes de santé. Ces actions ont également un impact au niveau de l'évolution des maladies dans le but d'arrêter leur progression ou de limiter leurs conséquences (Fournier, 2009). Dans ce travail, nous allons principalement nous intéresser à la prévention dite primaire, et plus particulièrement à la pratique et la gestion de la vaccination contre la grippe saisonnière en médecine générale.

De nombreuses sources citent et expliquent les rôles et la place des généralistes par rapport à la prise en charge de cette prévention pour leurs patients. Néanmoins, cette pratique préventive fait face à des obstacles et est sujette à des freins empêchant les généralistes de l'effectuer pleinement. Nous avons voulu identifier les freins empêchant les généralistes de réaliser cette prévention auprès de leurs patients, tout en tentant d'identifier de potentielles ressources pouvant les soutenir par rapport à cette fonction de prévention.

Pour ce faire, nous avons souhaité interroger, via des entretiens qualitatifs semi-directifs, des médecins généralistes sur leurs représentations, leurs pratiques et les freins qu'ils identifient par rapport au domaine et à la pratique de la prévention primaire. Nous avons aussi souhaité aborder avec eux les ressources qu'ils identifient comme soutenant cette pratique préventive.

Ce mémoire, fruit de plusieurs mois de travail, se divise en quatre parties principales. La première est la revue de la littérature et décrit les différents domaines abordés dans ce travail. La seconde explique la méthodologie de la recherche que nous avons utilisée. La troisième expose les résultats que nous avons obtenus à la suite de nos entretiens. La dernière présente l'analyse de nos résultats par rapport à la littérature et permet de tenter de répondre à notre question de recherche.

2. Cadre théorique

1.1. La médecine générale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans un document de janvier 1998, tente de donner un cadre à la profession de la médecine générale – médecine de famille¹ en Europe. Elle se base sur la déclaration d'Alma-Ata (1978) concernant les soins de santé primaires (SSP) :

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. [...] Ils sont le premier niveau de contacts [...] avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. » (OMS, 1978).

Cette déclaration a engendré une réforme des SSP au sein des différents systèmes de santé européens et, pour certains, la restructuration des soins dispensés au niveau de la médecine générale. À l'époque, le bureau régional européen de l'OMS est convaincu que la médecine générale a un rôle important à assurer au niveau des SSP, car les médecins généralistes (MG) agissent au niveau de *« la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins curatifs, la réadaptation et les soins de soutien »* (OMS, 1998, p.4). Les systèmes de santé qui reposent sur des SSP avec des MG ayant une formation spécialisée et pratiquant au sein de la communauté, tendent à dispenser *« des soins plus rentables et plus efficaces sur le plan clinique »* que les systèmes moins orientés vers cette approche de la santé et des soins (Starfield, cité par WONCA Europe, 2002). En 2018, la conférence internationale d'Astana sur les SSP a mis à jour les notions développées en 1978 à Alma-Ata. Néanmoins, aucune grande modification n'a été apportée à la définition des SSP citée ci-dessus (OMS, 2018).

La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), créée en 1972, est, à ce jour, l'organisation mondiale de référence pour la discipline de la médecine générale. Elle collabore

¹ L'utilisation des termes « médecines générales – médecine de famille » seront réduits à la formule « médecine générale » pour désigner l'ensemble de l'appellation dans la suite de notre travail, sauf exception ou citation.

étroitement avec les autres grandes instances mondiales de la santé. La WONCA Europe, branche européenne de l'organisation mondiale, « assure le leadership scientifique et académique et représente la discipline de médecine générale – médecine de famille pour le continent. » Son rôle est de « promouvoir et développer la discipline pour obtenir et maintenir un haut niveau d'éducation, de formation, de recherche et de pratique clinique au bénéfice individuel des patients et de la communauté » (WONCA Europe, 2002, p.5).

1.1.1. Définition de la discipline de la médecine générale (WONCA Europe)

De nombreuses définitions de la discipline ont été faites au fil de l'évolution de cette dernière. L'OMS, dans son rapport décrivant les rôles du médecin généraliste (1998), précise ceux qu'il offre en terme de soins primaires : « Des services acceptables et accessibles pour les patients ; une répartition équitable des ressources affectées aux soins de santé ; la prestation intégrée et coordonnée d'un ensemble complet de services : soins curatifs et palliatifs, prévention des maladies et promotion de la santé ; l'usage rationnel des technologies et des médicaments relevant des soins secondaires ; un bon rapport coût-efficacité » (OMS, 1998, p.6). La discipline de la médecine générale agit donc sur la santé globale pour tenter de l'améliorer, autant à un niveau individuel que collectif. Les MG collaborent également avec la deuxième ligne de soins, dans le but d'améliorer la continuité et la qualité des soins (OMS, 1998).

En 2002, la WONCA Europe tente de formuler une définition européenne de la discipline, en tenant compte de la diversité des pratiques et visions que l'on retrouve sur le continent. Le but de celle-ci est que « le rôle complexe et essentiel du médecin généraliste [...] au sein des systèmes de santé soit parfaitement compris » de tout un chacun (WONCA Europe, 2002). En 2011, la WONCA ajoute deux nouveaux concepts à sa définition de 2002 : « l'empowerment du patient » et « l'amélioration continue de la qualité [des soins] ». Elle formule sa définition finale de la discipline comme suit : « La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. » (WONCA Europe, 2002, p.7).

Néanmoins, il faut considérer les éléments repris aux points 2.1.1.1., 2.1.1.2 et 2.1.1.3. de ce travail pour avoir une définition complète de la discipline.

1.1.1.1. Les douze caractéristiques de la discipline

La WONCA Europe (2011) décrit la discipline de la médecine générale selon douze caractéristiques. Nous avons fait le choix de ne pas les citer directement ici. La liste complète se trouve en *Annexe 1*. Ce travail s'orientant sur la pratique de la prévention primaire en médecine générale, il peut être intéressant de consulter ces caractéristiques, notamment pour bien comprendre ce qu'implique la discipline, notamment les caractéristiques *d, e, f, i, j, k et l*.

1.1.1.2. Descriptions de la spécialité et des rôles du médecin généraliste

D'après la WONCA Europe (2011), les MG sont des professionnels de la santé ayant suivi un cursus universitaire en médecine et s'étant spécialisés dans la discipline de la médecine générale. « Médecins traitants » de tout un chacun, ils sont chargés de dispenser des soins *accessibles, globaux et continus* à toute personne qui le souhaite et qui en a besoin, sans distinction d'âge, de sexe ou de maladie. Exerçant au sein de la première ligne de soins, ils soignent les patients dans leur contexte familial, communautaire et culturel. Les MG se doivent de toujours respecter l'autonomie de leurs patients et lorsqu'ils négocient les modalités de prise en charge, ils doivent considérer et intégrer un ensemble de dimensions qui sont à la fois physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles. À la suite de contacts répétés, une relation de confiance se crée sur le long terme entre eux et leurs patients. Le suivi des patients au long court, voire toute leur vie, est l'une des caractéristiques spécifiques de la médecine générale par rapport aux autres spécialités médicales. En plus de cette *responsabilité « individuelle »* pour chaque patient, les généralistes ont également une *responsabilité professionnelle de santé publique* au sein du territoire et de la communauté dans laquelle ils pratiquent leur art (WONCA Europe, 2002 ; Bourdillon, 2008).

L'activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des risques et des maladies et la prestation de soins à but curatifs ou palliatifs. Les MG ont également un rôle dans la promotion de l'empowerment des patients et de leur auto-gestion. Ils peuvent exercer de façon isolée, au sein d'une association de médecins généralistes ou au sein de structures de soins, telles que les maisons médicales ou les centres médicaux (OMS, 1998). Ils agissent « seuls » et aussi en collaboration avec d'autres intervenants de la santé en fonction des besoins et des ressources disponibles dans la communauté afin de permettre à des patients d'accéder à certains services. Ils ont « *la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs* » dans le but d'assurer une efficacité et une sécurité des soins (WONCA Europe, 2002). Enfin, ils sont

responsables du monitoring, du maintien et de l'amélioration continue des aspects cliniques, des services et organisations de soins afin d'assurer la sécurité et la satisfaction de tous les patients (traduction personnelle de la WONCA Europe, 2011, p. 10).

1.1.1.3. Les compétences fondamentales de la médecine générale

La WONCA Europe (2011) regroupe les douze caractéristiques de la médecine générale (voir *Annexe 1*) en six compétences « *essentiels à la discipline et ce, peu importe le système de santé [...]* ». Celles-ci sont : « *La gestion des soins de santé primaires ; les soins centrés sur la personne ; l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes ; l'approche globale ; l'orientation communautaire ; l'adoption d'un modèle holistique* » (WONCA, 2011). Ces compétences sont elles-mêmes regroupées en « trois champs d'action », que les MG appliquent au quotidien : la démarche clinique, la communication avec les patients et la gestion du cabinet médical (WONCA, 2002).

Les Professeurs Lauque et Oustric, du département de médecine générale de l'université de Toulouse, précisent les trois dimensions fondamentales à considérer en médecine générale : la dimension contextuelle, scientifique et comportementale. Les MG doivent articuler ces trois dimensions autour du patient en le considérant dans sa globalité, tout en tenant compte de son environnement et du contexte (Lauque et Oustric, 2009, p.7).

1.1.2. Quelques chiffres sur les médecins généralistes en Belgique

Les données les plus actuelles en termes de statistiques concernant les professionnels de la santé ont été produites par le SPF Santé Publique dans un rapport de 2019. Les chiffres utilisés sont basés sur « *les professionnels [...] autorisés à exercer en Belgique et disposant, au 31 décembre 2018, d'un visa valide* », étant « *intégrés dans la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS)* » et disposant « *d'une adresse valide en Belgique* ». À cette date, nous comptons 549.178 professionnels de la santé en Belgique, toutes disciplines confondues (*cf. Annexe 2*). Parmi eux, nous dénombrons 16.263 MG agréés et 1.892 en formation, en droit d'exercer et domiciliés dans le royaume (non inclus les médecins domiciliés à l'étranger). Il faut néanmoins être prudent car ces chiffres ne reflètent pas le nombre réel de généralistes actifs sur le territoire. Dans son cadastre de 2016, l'Agence wallonne pour une vie de qualité (AViQ) dénombrait 3.467 MG actifs sur le territoire wallon (données récoltées au sein des cercles de médecins généralistes). L'AViQ a calculé « l'activité médicale » sous forme de demi-jours de travail (4 à 5h de pratique de médecine générale par jour) en précisant qu'un équivalent-temps-plein

(ETP) équivaut à dix demi-journées hebdomadaires de pratique. Ainsi, en 2016, sur les 3.467 MG wallons recensés par le cadastre, l'AViQ dénombrait 3.160 ETP. Notons également qu'en Belgique, nous observons une « pénurie de médecins généralistes » dans certaines communes, et plus particulièrement en Wallonie. La pénurie a lieu lorsque qu'il y a moins de 90 généralistes pour 100.000 habitants. En 2016, l'AViQ dénombrait 119 communes wallonnes en pénurie dont huit en pénurie grave (moins de 50 MG/ 100.000 hab.).

1.2. La prévention en santé

Nous avons tous entendu : « *il vaut mieux prévenir que guérir* ». Dans un contexte de santé, ce proverbe exprime la nécessité de *prendre des précautions* pour rester en bonne santé plutôt que de devoir potentiellement soigner une maladie. Le cardinal de Richelieu disait, « *un médecin qui peut prévenir les maladies est plus estimé que celui qui travaille à les guérir* » (Maxime d'Etat, 1623, cité par Rochford, 2016).

Comme le signale Gelly dans sa thèse (2014) « *les mesures de prévention mises en place en soins primaires participent à l'accroissement de l'espérance de vie et à l'amélioration de la qualité de vie des individus* ». L'efficacité de ces actions de prévention sont en lien avec leur impact sur les comportements à risques qui augmentent les probabilités de mortalité évitable. Bien qu'à notre époque cette idée de prévention semble relever de l'évidence, comme le signale Frédérique Dugué dans son article « *Pourquoi est-il si difficile de développer la prévention en santé ?* » (2018), nous observons que la part du budget des soins de santé consacrée aux soins préventifs est égale à 2,2% du total du budget des soins de santé en Belgique (OECD, 2019).

1.2.1. La promotion de la santé vs. la prévention des maladies

La prévention est un concept large qu'il faut raccrocher au domaine de la santé et qu'il ne faut pas confondre avec le principe de la « promotion de la santé », dans le cadre de ce mémoire. En effet, les deux concepts se rejoignent sur de nombreux points (Brotons cité par WONCA Europe, 2015) et sont souvent associés dans la littérature (Vanmeerbeek, 2014). Bien qu'il ne fasse pas l'objet de ce mémoire, le principe de promotion de la santé est tout aussi important que celui de prévention lorsque l'on parle de santé et de SSP.

1.2.1.1. La promotion de la santé

La promotion de la santé a été définie et expliquée en 1986, lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé de l'OMS à Ottawa. La définition du concept est

reprise dans la « Charte d'Ottawa » comme suit :

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif qui met l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. [Elle] ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. » (OMS, 1986).

La promotion de la santé vise donc une « *équité en matière de santé* », dont l'objectif est de réduire les inégalités en termes de santé afin de donner à l'ensemble des individus les moyens d'atteindre pleinement leur « *potentiel de santé* ». Pour se faire, il est nécessaire que les individus bénéficient de certaines conditions et ressources. C'est la déclaration de Jakarta (1997) qui nomme ces éléments comme étant « *les déterminants sociaux de la santé* ». Ces derniers peuvent être d'ordre social et/ ou économique. Ils sont extérieurs au domaine de la santé et influencent tout de même cette dernière ainsi que le bien-être des personnes (OMS, 2010). Ces déterminants sociaux de la santé sont : « *la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme, et l'équité* » (OMS, 1997, pp. 2-3). De fait, la santé est influencée par un ensemble de facteurs environnementaux, sociaux, culturels, biologiques, politiques et économiques, pouvant avoir un effet positif comme négatif sur cette dernière. La santé est elle-même une ressource permettant le développement à la fois individuel mais aussi social et économique et a un impact important sur la qualité de vie des individus (OMS, 1986).

Afin d'atteindre l'objectif de « *bien-être complet de l'individu* », la Charte d'Ottawa précisait trois stratégies à mettre en œuvre : « *Sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé [...] ; Conférer à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; Servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé* » (OMS, 1998, p.13). Elle décrivait également cinq domaines d'actions à exploiter : « *Élaboration de politiques pour la santé ; création d'environnements favorables ; renforcement de l'action communautaire ; acquisition d'aptitudes individuelles ; réorientation des services de santé* » (OMS, 1986). À l'aube des années 2000, la Déclaration de Jakarta

(1997) précisait les cinq principes pour « la promotion de la santé au XXI^e siècle » : « *Promouvoir la responsabilité sociale pour la santé ; augmenter les investissements pour le développement sanitaire ; développer les partenariats pour la promotion de la santé ; accroître les capacités des communautés et donner des moyens d’agir aux individus ; mettre en place une infrastructure [...]* », ayant pour but de poursuivre l’objectif de « Santé pour Tous » de l’OMS (OMS, 1998, p.2).

1.2.1.2. *La prévention des maladies*

Le concept de « prévention des maladies » est défini par l’OMS dans son « *Glossaire de la ‘ Santé pour Tous ’* » (1984) et adapté plus tard comme suit :

« *La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l’apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.* » (OMS, 1998, p.4).

Comme l’explique Cécile Fournier (2009), ce concept désigne un ensemble « d’actions de prévention » qui visent à éviter ou à réduire les risques et facteurs d’apparition, ou la manifestation, de maladies ou de problèmes de santé. Ces actions agissent également au niveau de l’évolution des maladies dans le but de stopper leur progression ou de limiter leurs conséquences. En d’autres termes, lorsque la personne n’est pas malade, leur but sera de réduire les facteurs de risques ayant un impact sur l’apparition de la pathologie (exemple : prévenir la sédentarité, informer sur les mesures d’hygiène, réaliser certains actes médicaux préventifs...). Lorsque la maladie est présente, la prévention a donc pour but d’en réduire l’évolution et de diminuer les conséquences néfastes qu’elle peut avoir sur la qualité de vie des personnes.

Les actions préventives peuvent être de différentes natures et peuvent être « *des interventions médicales ; un contrôle de l’environnement ; des mesures législatives, financières ou comportementalistes ; des pressions politiques ou de l’éducation pour la santé* » (Fournier, 2009). La prévention se pratique donc de différentes manières, à différents niveaux. Par la suite, Cécile Fournier cite les trois niveaux de pratique de la prévention : la *prévention médicalisée*, *l’éducation pour la santé* et *l’éducation thérapeutique du patient*. Dans le cadre de ce mémoire, nous allons principalement nous concentrer sur la prévention dite « médicalisée » ou « clinique », qui consiste en « *toute interaction individuelle entre un clinicien et un patient visant à favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux* » (Fournier, 2009).

1.2.2. Les différents types de prévention

Il existe quatre « types de prévention », qui interviennent à différents stades de l'évolution d'une maladie et qui ont des buts bien précis :

- La prévention primaire :

« *La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie ou de problèmes de santé.* » (OMS, 1984). Elle agit sur les causes et facteurs de développement de la maladie afin d'atteindre ce but. Les actions de prévention primaire sont toutes les interventions, individuelles et collectives, réalisées avant l'apparition de la maladie et en lien avec : l'éducation à la santé, la vaccination, le traitement des facteurs de risques (Fournier, 2009 ; Jamouille, 2015).

- La prévention secondaire :

« *La prévention secondaire cherche à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie par le dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire le risque de rechute et de chronicité [...]* » (OMS, 1984). Elle permet de diagnostiquer, à un stade précoce, les lésions afin d'agir sur leur évolution, au niveau individuel et collectif, lorsqu'il est possible de les traiter pour déjouer les symptômes cliniques ou biologiques. Les actions de prévention secondaire sont toutes les interventions en lien avec les diagnostics précoces des maladies via des dépistages et la recherche de cas (Fournier, 2009 ; Jamouille, 2015).

- La prévention tertiaire :

« *La prévention tertiaire vise à limiter les conséquences et les séquelles de la maladie, et à prévenir les récurrences, les incapacités et les handicaps secondaires à une pathologie aiguë ou chronique.* » (Lauque et Oustric, 2009, p.8). Les actions en prévention tertiaire sont toutes les interventions limitant les conséquences et les effets chroniques des pathologies diagnostiquées, autant à un niveau individuel que collectif. Pour cela, il est nécessaire de minimiser l'impact psychologique et fonctionnel consécutif aux problèmes de santé aigus ou chroniques (exemple : prévenir les complications liées aux diabète) en y incluant la réhabilitation (Jamouille, 2015).

- La prévention quaternaire :

La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) reprend la définition de la WONCA concernant la prévention quaternaire et mentionne qu'elle représente toute « *action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger*

d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables » (SSMG, 2020).

Pour conclure, les préventions primaire et secondaire agissent directement sur la maladie pour éviter son apparition ou limiter son développement via sa détection précoce et la mise en route d'un traitement adapté afin de limiter les conséquences négatives qu'elle pourrait avoir sur la qualité de vie de la personne. Les préventions tertiaire et quaternaire s'orientent, elles, plus sur la qualité de vie des personnes malades, en prévenant les risques de complications et les effets secondaires des pathologies déjà diagnostiquées. Ici, le but est de limiter les risques de sur-médication ou d'interventions invasives en favorisant les actes et soins éthiques et respectueux.

1.2.3. Rôles des médecins généralistes en prévention

Pendant longtemps, la médecine générale était orientée sur une approche biomédicale stricte. Depuis quelques années, la profession évolue vers une approche « bio-psycho-sociale », plus adaptée au principe de prévention. Celle-ci prend donc une place de plus en plus importante dans la pratique des médecins généralistes (Lauque et Oustric, 2009). Dans un dossier de 2013, la Fédération Wallonie Bruxelles (FWB) décrit la place et le rôle des médecins généralistes en prévention. Par l'évolution de leur discipline, mais surtout par leur proximité avec les patients, ils ont un rôle important et privilégié en matière de prévention. Cela se remarque autant à un niveau individuel que communautaire (Godard, 2009 ; FWB, 2013).

Le médecin généraliste est le professionnel de la santé « *le plus proche et le plus souvent en contact avec tous les patients* » (Gosselain, 1999, p.1). De par son rôle en SSP, il accorde une place centrale au patient dans sa pratique. Sa proximité et sa présence au fil des années font qu'il connaît ses patients et développe avec eux une relation de confiance. Il est donc amené à identifier chez eux, tous types de comportements à risques éventuels, nécessitant une action de prévention, qu'elle soit primaire (éducation à la santé), secondaire (dépistage), tertiaire ou quaternaire. Des études ont démontré que « *les praticiens sont conscients des implications éventuelles de leurs interventions dans la vie du patient* » et « *considèrent comme important leur rôle dans la prévention et le dépistage des maladies* » (FWB, 2013, p.4 et 10). Pour mener à bien cette prévention, les généralistes ont à leur disposition une série d'outils, comme les campagnes fédérales et régionales de prévention, mais aussi le « dossier médical global » du patient (ou DMG, souvent informatisé) favorisant la prise en charge de celui-ci dans sa globalité. Ces notions de « relation de confiance », de « lien étroit sur la durée » et de « prise en charge globale », sont les éléments qui font que la médecine générale a un rôle privilégié en

prévention (FWB, 2013). Néanmoins, des freins affectant sa pratique préventive existent. La littérature nous a permis d'en identifier certains :

- Au niveau du système, notons le budget moindre accordé aux soins de santé préventifs par rapport à celui consacré aux soins curatifs (Gosselain, 1999). De plus, la méthode de financement actuelle des médecins généralistes, à l'acte, ne semble pas correspondre à une pratique orientée sur la prévention (Jonckheer, 2001 ; Vanmeerbeek, 2013 ; Gelly, 2014).
- Les préférences individuelles de pratique des MG peuvent impacter la pratique de la prévention. Notons qu'une vision trop « biomédicale » ne permet pas une « *approche humaine, globale et préventive du patient* » (Gosselain, 1999). Malgré cela, elle se rencontre encore chez certains généralistes réticents aux changements demandés par l'approche « holistique » (FWB, 2013).
- La non-demande de soins préventifs de la part des patients a également un impact sur la pratique préventive. En effet, certains médecins généralistes pensent que, si le patient arrive avec une demande de soins curatifs, ils s'éloigneront de cette demande en abordant un sujet ou en posant un acte préventif (Gosselain, 1999 ; Jonckheer, 2001 ; Gelly, 2014).
- La notion de « moment idéal » pour aborder la prévention est à considérer par les généralistes car les patients peuvent présenter des réticences ou ne pas se sentir concernés par rapport à certains messages de prévention (FWB, 2013).
- Le manque de temps semble être l'un des obstacles impactant le plus la réalisation de la prévention en médecine générale (Vanmeerbeek, 2013 ; Gelly, 2014). Exercer une pratique préventive prend du temps, car il est nécessaire d'écouter le patient, de donner toutes les explications concernant l'acte avant de le proposer pour enfin le réaliser (Gosselain, 1999).

Grace à notre recherche, nous souhaitons vérifier auprès des MG que nous allons interroger, si les freins pré-mentionnés sont aussi identifiés dans leur pratique de la prévention.

1.3. La vaccination et la grippe saisonnière

1.3.1. Principe de la vaccination

La vaccination est l'une des grandes avancées réalisées en santé publique, énonce Aurore Blin (2018). Elle est également « *l'une des découvertes les plus importantes de la médecine* » ayant permis de réduire la mortalité et d'agir sur la croissance démographique, précisent Canouï et Launay (2018, p.75). La vaccination est un procédé qui permet d'offrir une protection contre diverses maladies infectieuses (bactériennes, mais surtout virales) en stimulant, grâce au vaccin,

le système immunitaire à se défendre contre une série d'agents pathogènes. Selon l'OMS, elle prévient la morbidité, les incapacités et la mortalité liées à certaines pathologies infectieuses. On estime que deux à trois millions de vies sont préservées, chaque année dans le monde, grâce à la vaccination. Au plus la couverture vaccinale, c'est-à-dire la proportion de personnes à qui un vaccin est administré, contre une certaine pathologie infectieuse est élevée au plus nous pouvons la maîtriser, notamment en réduisant son taux de transmission. Cela a pour effet d'éviter ou de contrôler certaines épidémies (OMS, 2018 ; Blin, 2018). À ce jour, seule la variole, a été éradiquée (Canouï & Launay, 2018).

1.3.1.1. Histoire de la vaccination jusqu'à nos jours

Les premières traces pouvant être associées au principe de vaccination remontent au VII^e siècle, où des bouddhistes indiens ingéraient du venin de serpent dans l'objectif de s'immuniser contre ses effets toxiques (Canouï et Launay, 2018). En Europe, les premiers essais concernant les techniques de variolisation apparaissent en 1721. Mais ce n'est qu'en 1774 qu'Edward Jenner, s'inspirant de ces essais et après de nombreuses recherches, conclut que la vaccine pourrait jouer le rôle d'un « vaccin vivant atténué ». Le principe de la vaccination naît en 1798. Suite aux travaux de Louis Pasteur, entre 1870 et 1885, les principes modernes de la vaccination sont développés. En 1885, Paster et Joseph Grancher réalisent avec succès les premiers vaccins contre la rage selon un « schéma vaccinal » (Canouï & Launay, 2018 ; Blin, 2018). Les avancées en immunologie et en microbiologie réalisées à la fin du XIX^e et lors du XX^e siècle ont permis à une série de vaccins de voir le jour. La composition des vaccins s'améliore au fil des années, notamment grâce à l'utilisation de toxines inactivées, de vaccins combinés et des techniques en génie génétique. L'ajout des adjuvants permet d'augmenter l'efficacité et la durée de la réponse immunitaire. (Canouï & Launay, 2018 ; Blin, 2018).

1.3.1.2. Description du principe de la vaccination

« Le principe de la vaccination est d'induire une protection durable et efficace vis-à-vis d'un agent pathogène (bactérie ou virus principalement) responsable d'une maladie infectieuse et cela sans provoquer de symptômes cliniques ou d'effets secondaires. [...] Les vaccins sont des préparations antigéniques permettant d'induire chez un individu une réponse immunitaire active capable d'éviter la survenue de la maladie ou d'en atténuer les manifestations cliniques. » (Canouï & Launay, 2018, p.76).

La vaccination permet de stimuler le système immunitaire humain par une première rencontre dite « inoffensive » avec le virus ou la bactérie. Après inoculation d'un antigène dans

l'organisme via un vaccin, le système immunitaire va identifier l'antigène et déclencher une cascade de processus immunitaires (voir *Annexe 3*). La vaccination est donc un acte préventif qui permet tant une protection individuelle que collective, lorsqu'une proportion importante de la population est vaccinée. Cette protection collective fait le succès de la vaccination et est donc un élément qu'il est important de promouvoir.

L'un des enjeux actuels de la vaccination contemporaine est d'arriver à combattre les idéaux résultant des « résistances vaccinales » et des lobbys « anti-vaccin », dont les idées se répandent et se développent rapidement au sein de certaines sociétés modernes. Cette résistance peut notamment s'expliquer par le fait que l'humain semble avoir oublié « pourquoi » il se vaccinait et surtout « contre quoi ». En effet, dans les pays développés, au fil des avancées médicales, les grandes épidémies infectieuses ont disparu. Elles ont rendu les bénéfices de la vaccination invisibles et, selon certains, inutiles (Ketterer, 2013 ; Orobon, 2016). Pour contrer les effets de l'oubli et les idéaux lobbyistes, il est primordial de continuer à transmettre des informations claires et justes aux populations, tout en continuant d'expliquer les principes de la vaccination et ses avantages, autant à un niveau individuel qu'au niveau de la santé publique (Canoui & Launay, 2018 ; Hussain & al., 2018).

1.3.2. La grippe saisonnière

Selon l'institut public Sciensano, « *la grippe est une maladie infectieuse et contagieuse provoquée par le virus influenza* ». Elle est une cause importante de morbidité et de mortalité chez l'humain, particulièrement pour certaines personnes « à risques », chez qui les complications liées à la grippe peuvent être dangereuses voire mortelles. Ces personnes à risques sont : les personnes âgées de 65 ans et plus, les femmes enceintes, les personnes souffrant de maladies chroniques (respiratoires, cardiaques ou métaboliques) et les enfants atteints de maladies chroniques ou sous un traitement à l'aspirine au long court. Néanmoins, pour une grande majorité des personnes n'ayant pas de problème de santé, l'infection reste bénigne. Tous les ans, le virus influenza infecte 5 à 15% de la population mondiale et cause entre 250.000 et 500.000 morts. En Belgique, en moyenne, 2 à 8% de la population est touchée par le syndrome grippal, représentant 500.000 personnes infectées et causant entre 1000 et 1500 décès (mortalité associée). L'épidémie de grippe a lieu durant la période hivernale, plus précisément entre décembre et avril dans l'hémisphère nord (Sciensano, 2018 ; Delaere, 2019).

Le virus influenza : Il existe trois types et plusieurs sous-types de virus influenza : les virus A (chez les humains et les animaux), les virus B (uniquement chez l'humain) et les virus C (chez

les humains et les porcins). Les types A et B sont les types les plus courants. En Belgique, les virus influenza A(H1N1) et A(H3N2) et influenza B provoquent la grippe saisonnière. En fonction du virus en circulation et de la vulnérabilité de la population à ce dernier, la sévérité d'une épidémie ou d'une pandémie peut être plus ou moins importante. C'est pour cette raison que plusieurs institutions nationales et internationales « surveillent » l'intensité, la sévérité et la durée de l'activité du virus influenza en circulation. Cette surveillance permet, via l'analyse du virus, de déterminer la composition du vaccin, d'estimer l'efficacité globale de la vaccination, de contrôler une possible résistance antivirale et de détecter de nouveaux pathogènes liés au virus influenza (Sciensano, 2018).

Transmission et contagiosité : La grippe saisonnière est une maladie hautement contagieuse. Elle se propage facilement entre les individus via des microgouttelettes respiratoires. La transmission se fait lorsqu'une personne non malade entre en contact avec un objet contaminé ou lorsqu'elle inhale les gouttelettes émises par une personne malade (transmission aéroportée). Les endroits confinés et fréquentés, sont des lieux propices à la transmission. La grippe est contagieuse 1 à 2 jours avant l'apparition des symptômes et jusqu'à 5 jours après. Pour limiter la propagation du virus, il est nécessaire de respecter scrupuleusement des mesures d'hygiène simples : se laver régulièrement les mains, éternuer dans son coude, utiliser des mouchoirs en papier jetable, etc. (Sciensano, 2018).

Symptômes et évolution : La grippe saisonnière est une infection touchant les voies respiratoires supérieures. Ses symptômes sont : des troubles respiratoires, une température élevée (plus de 38°C.), des céphalées et courbatures, des sueurs froides et un état de malaise général. Chez les enfants, elle peut entraîner des vomissements et des diarrhées. Les premiers symptômes se présentent entre 1 et 3 jours après l'infection et durent généralement une semaine (deux semaines sans traitement médical). Dans la majorité des cas et pour la plupart des personnes, la grippe saisonnière reste une infection bénigne, mais chez les personnes à risques ou lors de cas graves, la grippe peut entraîner des complications (surinfection bactérienne) pouvant nécessiter une hospitalisation. Dans les cas sévères, elle peut provoquer de gros troubles respiratoires pouvant être mortels (Sciensano, 2018 ; SSMG, 2008). Le taux de mortalité de la grippe saisonnière en Belgique (voir *Annexe 4*) est le plus souvent lié aux complications de celle-ci. Celles-ci concernent généralement les personnes considérées comme à risques. « Environ 97% des décès causés par la grippe touchent les personnes de plus de 65 ans et 86% des décès causés par la grippe touchent les personnes souffrant de maladies chroniques » (Sciensano, 2018).

Diagnostic et traitement : Le diagnostic peut être réalisé lors d'un examen clinique chez son MG. Ce dernier va observer si nous présentons les symptômes types du tableau clinique de la grippe. En période épidémique, le diagnostic est plus facile, mais si le médecin a un doute, un prélèvement respiratoire (frotti) peut être réalisé sept jours après l'apparition des symptômes. Le frotti est recommandé chez les personnes à risques chez qui un traitement antiviral est envisagé. Concernant le traitement, du repos et beaucoup d'eau sont généralement suffisant pour guérir spontanément de la grippe. Étant donné qu'il s'agit d'une infection virale, nous traitons avant tout les symptômes. Parfois, des antiviraux peuvent être prescrits chez les personnes à risques ou lors de cas plus graves. Les antibiotiques ne sont utiles et administrés que lorsque la grippe se complique en se surinfectant (Sciensano, 2018).

1.3.3. La vaccination contre la grippe saisonnière

Sciensano (2018) précise que la meilleure prévention contre la grippe saisonnière reste la vaccination, notamment chez les personnes à risques de complications et chez les personnes en contact avec elles. Comme le souligne le Conseil Supérieur de la Santé dans son avis n°9531, la vaccination contre la grippe saisonnière est un élément à promouvoir du point de vue de la santé publique (CSS, 2019).

1.3.3.1. *Le vaccin quadrivalent*

Comme le rappelle le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) (2019), la grippe saisonnière est liée à deux types de virus influenza, les type A et B, qui circulent et évoluent lors des périodes épidémiques. La composition du vaccin est établie à partir des observations et prévisions des souches en circulation faites par les instances de santé qui surveillent le virus. À l'heure actuelle, ce sont les vaccins quadrivalents (composés des antigènes des souches les plus courantes) qui sont mis à disposition et vendus en Belgique. Néanmoins, l'efficacité du vaccin n'est jamais totalement garantie, car sa composition est basée sur des suppositions (Sciensano, 2018).

1.3.3.2. *Les trois groupes cibles de la vaccination*

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination contre la grippe saisonnière en priorité auprès de trois groupes spécifiques de personnes. Les groupes sont composés à la fois de personnes ayant des risques de complications, mais aussi de personnes pouvant se retrouver souvent au contact de personnes fragiles et vulnérables. Ainsi, ces groupes sont :

- Le groupe 1 : les personnes à risques de complications, c'est-à-dire :
 - o Les femmes enceintes (quel que soit le stade de grossesse) ;

- Les patients à partir de l'âge de 6 mois présentant une affection chronique sous-jacente, même stabilisée, d'origine pulmonaire, cardiaque (excepté l'hypertension), hépatique, rénale, métabolique (incluant le diabète), BMI > 35, neuromusculaire ou des troubles immunitaires (naturels ou induits) ;
- Les personnes de 65 ans et plus ;
- Les personnes séjournant en institution ;
- Les enfants entre 6 mois et 18 ans sous thérapie à l'aspirine au long cours.
- Le groupe 2 : les professionnels du secteur de la santé ;
- Le groupe 3 : les personnes vivant sous le même toit que les personnes du groupe 1 et les enfants de moins de 6 mois (CSS, 2019).

En plus de ces trois groupes prioritaires, le CSS précise qu'il est intéressant d'envisager la vaccination chez toutes les personnes à partir de 50 ans, qu'elles présentent l'une des pathologies à risques citées dans le groupe 1 ou pas. En effet, chez ces personnes, le risque de développer des complications à la suite d'une infection grippale est augmenté, particulièrement chez les fumeurs, les buveurs excessifs et les personnes obèses (BMI>30) (CSS, 2019).

1.3.3.3. Le vaccin contre la grippe saisonnière : en pratique

Selon le CSS et la SSMG, il est recommandé aux MG et aux professionnels de la santé habilités à vacciner, de réaliser la vaccination contre la grippe entre mi-octobre et mi-décembre. Le vaccin offre une protection dans un délai de 10 à 15 jours après l'injection. En moyenne, la saison de la grippe dure de 8 à 12 semaines. Malgré cela, il est toujours opportun de vacciner tant que le pic d'incidence de la grippe n'a pas été atteint. Après le pic, les situations sont à évaluer au cas par cas par les généralistes (CSS, 2019 ; SSMG, 2008). Le vaccin de la grippe est un acte médical préventif, généralement effectué par le MG ou par un prestataire infirmier à qui l'acte a été délégué. Avant l'injection, le vaccinateur doit vérifier les antécédents médicaux du patient, afin d'éviter tout effet secondaire, comme ses anciennes réactions au vaccin ou une potentielle allergie aux œufs. L'injection doit se faire en intramusculaire (généralement dans le deltoïde chez l'adulte et dans la face antérolatérale de la cuisse chez l'enfant). Après l'acte, il faut expliquer au patient que le vaccin ne va le protéger que contre la souche principale du virus en circulation, et non contre les rhumes ou autres infections. Il faut aussi préciser qu'il est possible que de légers maux de têtes et douleurs musculaires surviennent dans les jours suivant la vaccination mais qu'en aucun cas le vaccin ne transmet la grippe, puisque le virus entrant dans sa composition est tué. Après chaque vaccination, il est important de garder le patient « en observation » durant 15 à 30 minutes dans la salle d'attente afin d'être

présent lors de rares, mais possibles, réactions anaphylactiques. Si une telle réaction survient, il faut immédiatement injecter une ampoule d'adrénaline pour traiter le choc (SSMG, 2008).

1.3.3.4. Les réticences concernant le vaccin contre la grippe saisonnière

Le vaccin de la grippe n'échappe pas aux réticences de plus en plus importantes concernant la vaccination dans nos sociétés modernes (Schmid, 2017). Face à ces réticences, la SSMG signale qu'il est important de « *rappeler quelques bases fondamentales sur lesquelles reposent la recommandation de santé publique* ». D'abord, le vaccin n'est recommandé que chez les groupes cibles, chez qui il a été démontré scientifiquement que le vaccin apporte une réelle plus-value à la qualité de vie. Ensuite, il est important de rappeler que le vaccin est réellement efficace et permet de sauver des vies chaque année. De plus, il faut éradiquer cette idée que le vaccin « transmet la grippe », étant donné que le virus entrant dans la composition du vaccin est « tué ». Néanmoins, le vaccin ne permet pas une immunité contre les rhumes, viroses ou autres infections. Enfin, les évolutions scientifiques ont permis de créer des vaccins de plus en plus sûrs au fil des années, il n'y a donc pas de crainte à avoir concernant de potentiels effets secondaires (SSMG, 2008).

1.4. Problématique : place de la prévention primaire en médecine générale, cas de la vaccination contre la grippe saisonnière

Dans son rapport de 2019 sur « *La performance du système de santé belge* », le KCE aborde les résultats du système de santé en termes de soins préventifs. Ce sont surtout les résultats concernant la vaccination contre la grippe saisonnière qui nous ont interpellée. En effet, le taux de couverture vaccinale (TCV) contre la grippe chez les personnes de plus de 65 ans a connu un recul constant depuis huit ans. Il était de 54,7% en 2016, ce qui est encore en-deçà de l'objectif de 75% de couverture de l'OMS. Le TCV des personnes en institution de soins au long court est, lui, plus élevé (82%). Ce déclin de la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées s'observe aussi dans d'autres pays européens (KCE, 2019 ; ECDC, 2018). Cependant, ni le KCE ni l'ECDC n'offrent d'explications face à cette diminution du taux de vaccination contre la grippe. Les recherches que nous avons réalisées par la suite n'ont pas identifié de source apportant de véritables réponses à cette diminution du TCV non plus. C'est à la suite de cette observation que nous nous sommes intéressée à la pratique de la prévention primaire en médecine générale et plus précisément à la gestion de la vaccination contre la grippe saisonnière par les MG en Belgique (Région Wallonne).

2. Méthode de recherche

2.1. Revue de littérature et construction du cadre théorique

Afin de déterminer le thème et la problématique de ce mémoire, nous avons commencé par réaliser de simples recherches via des moteurs de recherches communs afin d'identifier les principaux concepts du sujet qui nous intéresse dans ce travail. À ce stade, nous avons priorisé les sites spécialisés dans le domaine de la santé. Ensuite, pour élaborer la revue de la littérature et le cadre théorique de ce travail, nous avons parcouru plusieurs bases de données et sites internet. Concernant les articles scientifiques et les rapports, les bases de données telles que PubMed, Persée, Scopus, ScienceDirect, Cairn, et le moteur de recherches Google Scholar ont été consultés. Concernant certaines données et informations, les sites internet du SPF Santé publique, de la WONCA, du KCE, de Sciensano et de l'OMS ont également été consultés. Les mots-clés employés pour effectuer ces recherches étaient :

- En français : médecine générale, médecin généraliste, médecin de famille, soins de santé primaire, prévention, prévention primaire, vaccination, vaccin, grippe, grippe saisonnière, virus influenza, Europe, Belgique
- En anglais (en utilisant le site du MeSH) : general practice, general practitioner, family docteur, primary health care, prevention, primary prevention, vacciantion, flu, seasonal flu, influenza virus, europe, Belgium

L'ensemble de ces termes ont été utilisés, soit de façon isolée soit combinés via l'utilisation d'opérateurs booléens comme « AND », « OR » et « NOT ».

Quelques critères de sélections ont dû être considérés lors de la sélection des sites internet, des articles et des rapports. Premièrement, les articles devaient correspondre au thème et être liés avec au moins l'un des concepts repris dans la revue de la littérature. Ensuite, ces derniers devaient être rédigés soit en français soit en anglais. Enfin, ils devaient centrer leurs recherches ou leur analyse sur l'Europe, sur la Belgique ou sur tout autre pays similaire dit « développé ». Lors de nos recherches, la difficulté principale que nous avons rencontrée était que les concepts « prévention » et « promotion de la santé » se confondaient facilement dans la littérature. Nous avons donc dû être vigilante lors de la sélection de nos sources pour ne pas nous éloigner du concept de prévention (cf. point 1.2.1).

2.2. Objectifs et question de recherche

Plusieurs questions ont guidé notre recherche et notre réflexion tout au long de ce travail : Quelles sont les représentations et les pratiques des médecins généralistes en termes de prévention primaire et de vaccination contre la grippe saisonnière ? Quelles sont les ressources existantes et quelles sont celles qui devraient être mises en place afin de soutenir et faciliter le travail de prévention des médecins généralistes ?

Ainsi, la **question de recherche** que nous avons exploré dans cette étude est : *Comment soutenir les médecins généralistes dans la réalisation d'actions de prévention auprès de leur patientèle ?* Cibler cette question sur la pratique de la vaccination contre la grippe saisonnière nous a permis de développer notre recherche sur un thème suffisamment pratique et concret.

La question de recherche et la revue de la littérature ont permis de déterminer les objectifs de la recherche que nous avons réalisée. Ces derniers ont permis de faire le lien entre la théorie et les résultats obtenus lors de la recherche. Les **objectifs** de ce mémoire sont :

- Comprendre les représentations actuelles des médecins généralistes en termes de prévention primaire, de vaccination et de vaccination contre la grippe saisonnière ;
- Comprendre les pratiques actuelles des médecins généralistes en termes de prévention primaire, de vaccination et de vaccination contre la grippe saisonnière (points forts et faiblesses de ces pratiques et leurs impacts en termes de santé publique) ;
- Identifier les freins impactant la pratique de la prévention primaire en médecine générale ;
- Identifier les éléments (moyens et/ou actions) qui pourraient soutenir cette pratique de la prévention primaire au sein de la discipline de la médecine générale, et principalement de la vaccination contre la grippe saisonnière.

Ces objectifs ont permis de définir les différentes catégories et sous-catégories du guide d'entretien, et de faciliter l'analyse des données récoltées.

2.3. Choix de la méthode

Afin de mener notre étude et pour répondre à notre question de recherche, nous avons fait le choix d'une méthode de recherche qualitative. Le but de cette méthode est de pouvoir répondre à des questions de type « quoi », « comment », « pourquoi », de décrire des processus ou d'aborder de façon subjective un phénomène étudié (Aujoulat, 2018). Comme le signale Kohn (2012), une étude qualitative vise « *à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains (aspects de) phénomènes sociaux [...] à bien comprendre les besoins des usagers et*

prestataires en soins de santé ». Elle nous a donc semblé être la méthode à privilégier pour aborder notre question de recherche. Nous souhaitons principalement obtenir des données sur les représentations et les vécus des MG belges. Bien que de nombreuses sources abordent les représentations des médecins de première ligne concernant leur pratique en prévention, peu se sont focalisées sur la vaccination et encore moins sur les soutiens perçus des médecins généralistes par rapport à la vaccination contre la grippe saisonnière. Quelques données quantitatives ont aussi été récoltées pour soutenir les données qualitatives.

La méthode de recherche qualitative permet « *de comprendre des processus et de générer des hypothèses* », « *d'explorer comment s'articulent des attitudes, des comportements, des expériences* », de « *développer des explications d'un phénomène* », et de « *générer des nouvelles idées et théories* ». Au contraire de la méthode de recherche quantitative qui collecte des chiffres sur un sujet bien défini de façon objective, les données que nous récoltons lors d'une recherche qualitative sont issues du langage (entretiens) et abordent des sujets moins bien compris, plus complexes et enclins à la subjectivité (Aujoulat, 2018). L'utilisation de cette méthode nous a permis de récolter des données sur les représentations, les pratiques, les freins, les ressources disponibles et autres pistes d'action en termes de soutiens de la pratique préventive des généralistes. Tout cela en se focalisant sur les thèmes de la prévention primaire, de la vaccination et de la vaccination contre la grippe saisonnière.

Enquête qualitative par entretiens semi-directifs : la méthode de récolte des données que nous avons décidé d'utiliser pour cette étude est l'enquête qualitative via entretien semi-directif. Les entretiens semi-dirigés ou semi-structurés « *visent à collecter des données en interrogeant les participants en face-à-face (ou à distance) par des techniques de conversation.* » Afin de structurer la conversation, l'outil utilisé est le guide d'entretien. Ce procédé est à envisager lorsque l'objectif de l'enquête est « *d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients, praticiens, divers intervenants, etc.* ». (Kohn, 2014, p.70) Dans notre cas, le but était d'interroger directement les MG sur leurs représentations et leurs pratiques sur un sujet en particulier, et ce dans leur cadre naturel de travail. L'entretien semi-directif permet une liberté relative au sein du cadre défini par le chercheur. (Aujoulat, 2018)

2.4. Échantillonnage et méthode de recrutement des participants

La méthode de recrutement des participants pour notre recherche s'est basée sur le principe de l'échantillonnage sélectif. Comme nous l'avons précisé ci-dessus, notre objectif était de récolter des données auprès de médecins généralistes lors d'entretiens qualitatifs individuels semi-

dirigés, structurés par un guide d'entretien. Les MG sélectionnés pour notre recherche l'ont été selon certains critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion :	Critères d'exclusion :
- Les médecins interrogés devaient tous être médecin généraliste de formation, exerçant actuellement dans la discipline, et ce depuis minimum 4 ans (assistantat compris). - Les médecins interrogés devaient savoir lire, parler et écrire en français, afin de permettre une fluidité lors de la conversation.	- Les MG travaillant en maison médicale ont été exclus de l'enquête car ils bénéficient d'un support du fait de leur travail en équipe pluridisciplinaire. - Les MG ouvertement opposés à la vaccination ont été exclus de l'étude par manque de pertinence pour notre recherche, cette dernière se centre sur les freins et les ressources de la pratique de la vaccination.

Concernant la taille de notre échantillon, nous avons estimé que celui-ci serait considéré comme complet lorsque le seuil de saturation des données aurait été atteint. Après estimation, nous avons conclu qu'il nous faudrait entre 10 et 15 entretiens pour arriver à saturation des données. Les médecins généralistes de notre enquête ont été contactés via appels téléphoniques. Les numéros sont issus du registre en ligne « medecinbelgique.com ».

Lors de l'appel téléphonique, des informations générales sur la recherche ont été données : le cadre de la recherche (mémoire en santé publique), le thème (prévention primaire en médecine générale), la méthode et les conditions (entretien en face à face), où et quand les entretiens pourront être réalisés (au sein du cabinet, durant environ 45 minutes). Lorsque le médecin ne répondait pas, nous laissions un message sur leur boîte vocale. Très peu nous ont rappelée spontanément, souvent un deuxième appel de notre part était nécessaire afin d'obtenir une réponse. Nous tenions à ce que les entretiens ne soient pas trop chronophages pour les généralistes, car nous les avons contactés en décembre et les interviews se sont déroulées entre fin décembre et fin janvier, en pleine période d'épidémie d'infections hivernales. Nous tenions également à nous déplacer pour chaque entretien au sein des cabinets des généralistes volontaires. Cet argument du « gain de temps » pour les participants nous a permis de convaincre les généralistes qui désiraient « perdre le moins de temps possible ». La recherche s'est focalisée sur le Brabant-Wallon et le nord-est du Hainaut, pour faciliter nos déplacements.

2.5. L'Outil de collecte des données

L'outil de collecte des données que nous avons utilisé était un « guide d'entretien ». Ce dernier reprenait une série de questions ouvertes et a permis de guider la discussion et de structurer chacun des entretiens tout en permettant de garder le caractère naturel d'une conversation (Kohn, 2014, p.70). Il a été élaboré en se basant sur les différents thèmes identifiés lors de la revue de la littérature et présentés au sein du cadre théorique. Il est constitué de cinq rubriques : représentations ; pratiques et organisation ; identification des freins à la bonne pratique de la vaccination contre la grippe saisonnière ; identification des ressources qui soutiennent la pratique de la vaccination contre la grippe saisonnière ; proposition d'idées de ressources qui pourraient soutenir les pratiques préventives des médecins généralistes. Chacune de ces rubriques était constituée de questions et de sous-questions. Le guide permettait d'aborder des questions plus générales et de les spécifier au fur et à mesure de l'entretien.

Le guide d'entretien a été formulé et révisé avec l'aide du promoteur et de la co-promotrice de ce mémoire. Une fois construit, nous avons eu l'occasion de le tester auprès d'un médecin volontaire, avant le début de l'enquête. Cela nous a permis de valider le guide, autant dans la forme que dans le fond, auprès d'une personne possédant les mêmes caractéristiques que le public cible de la recherche. Le guide d'entretien se trouve en *Annexe 5*.

2.6. Déroulement de la collecte des données

Comme précisé ci-dessus, les entretiens ont été réalisés au sein des cabinets des médecins participants. Ceux-ci ont eu lieu entre le 30 décembre 2019 et le 24 janvier 2020. Les dates et heures de chaque interview ont été déterminées à chaque fois en accord avec les médecins pour ne pas déranger leur organisation de travail. L'étudiante chercheuse a réalisé l'ensemble des entretiens, afin d'éviter toute différence d'interprétation ou de formulation de questions.

Avant le début de chaque entretien, l'interviewer rappelait au médecin généraliste le cadre de la recherche et le but de l'entretien. Il s'assurait que l'interrogé acceptait d'être enregistré, en précisant que l'ensemble de l'entretien serait retranscrit de façon anonyme et que seul l'interviewer aurait accès à l'enregistrement. Un « formulaire de consentement éclairé » était remis au participant afin de garder une preuve de sa participation à l'enquête et de son accord d'enregistrement audio. L'enregistrement débutait dès que le participant répondait « oui » à la question « *Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?* ».

L'ensemble des entretiens se sont déroulés dans une ambiance conviviale et décontractée. À aucun moment nous n'avons rencontré de gros soucis de collaboration de la part des médecins participants. Le guide d'entretien a permis de structurer l'ensemble des interviews, tout en laissant assez de liberté aux participants pour aborder plus en détail l'une ou l'autre des questions. Lorsque le médecin interrogé recevait un appel téléphonique, l'enregistrement était interrompu et repris immédiatement après à la fin de l'appel. À la fin de chaque entretien, un moment de réflexion et d'expression libre était laissé au médecin. Le but étant de lui permettre de s'exprimer sur un principe non cité ou sur l'un des sujets abordés, s'il estimait qu'il était trop peu développé. L'entretien se terminait par les remerciements de l'interviewer, qui mettait alors fin à l'enregistrement. La durée générale d'un entretien était d'environ 45 minutes et le temps passé au sein du cabinet excédait rarement 1h15. Il est arrivé plusieurs fois que des médecins nous donnent des informations complémentaires une fois l'enregistrement terminé. Étant donné que ces éléments n'ont pas été enregistrés, ils n'ont donc pas été repris dans l'analyse.

2.7. Analyse des données

L'intégralité des entretiens a été retranscrit pour l'analyse des données. Ces retranscriptions ont toutes été effectuées par l'étudiante chercheuse qui les a, par la suite, relues dans leur intégralité. Cette étude a pour objectif l'analyse des représentations, des pratiques, des freins et soutiens perçus par les généralistes concernant les sujets précités. Dès lors, nous avons orienté notre analyse vers une approche « thématique ». Les thématiques ont été définies, selon une approche déductive, lors de la revue de la littérature et classées par « rubriques » dans le guide d'entretiens. Cependant, l'analyse des résultats, elle, s'est faite selon une démarche inductive. La méthode d'analyse de nos résultats est donc mixte, permettant l'émergence d'éléments non identifiés dans la littérature.

Les éléments analysés dans le point 3. *Résultats* ont été les éléments les plus intéressants à aborder vu le thème de ce mémoire et que nous avons considérés comme pertinents à explorer vis-à-vis de la question de recherche. Dans ce même chapitre, et pour chacune des rubriques, nous avons résumé les idées principales sous formes « d'unités d'analyse ».

Comme les données ont été récoltées et retranscrites par une personne, elles n'ont pas fait l'objet de discussion. Les entretiens ont été retranscrits au fur et à mesure des interviews sans impacter la réalisation des entretiens restants. La stratégie de validation des résultats opérée lors de cette analyse a été la technique de validation « intra-codeur » (Aujoulat, 2018).

2.8. Motivation et réflexion éthique

Concernant les motivations qui nous ont poussée à réaliser cette enquête, notons d'abord l'intérêt particulier que nous avons pour les soins dispensés au niveau de la première ligne. Ensuite, la prévention est pour nous un domaine de la santé essentiel, car elle a un impact direct et important sur la santé, tant des personnes individuellement que de la population de façon plus large. La vaccination est un thème particulièrement intéressant car c'est un pilier de la prévention primaire. Elle fait de plus en plus l'objet de débats, particulièrement depuis l'émergence des réticences et des résistances de la part de certains. Le focus sur la grippe saisonnière a été influencé par la période durant laquelle ce mémoire a été réalisé. Les chiffres présentés par le KCE dans leur rapport de 2019 sur les performances du système de santé belge nous ont particulièrement intriguée et motivée à comprendre pourquoi le TCV contre la grippe saisonnière était si bas en Belgique, en nous focalisant sur les représentations, les pratiques, les freins et les ressources des MG.

Avant de commencer, notre protocole de recherche ainsi que notre guide d'entretien ont été soumis à l'accord du Comité Ethique hospitalo-facultaire St Luc, qui a validé ces derniers en date du 18 novembre 2019.

Comme nous l'avons précisé, chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement audio. Avant chaque entretien, l'interviewer s'assurait que le médecin acceptait de participer à l'enquête et d'être enregistré. Il faisait alors signer le « *formulaire de consentement éclairé du participant* » à chaque médecin volontaire. De plus, il rappelait que l'ensemble de la retranscription se ferait de telle manière qu'on ne puisse pas reconnaître le médecin généraliste interrogé, pour respecter le principe d'anonymat. Afin de reconnaître de quel entretien les données étudiées sont issues, nous avons procédé à la numérotation de chaque entretien comme suit : *MG1*, *MG2*, *MG3*, etc. Cela signifie que lorsque nous utilisons des éléments issus de l'entretien du premier médecin interrogé, l'annotation « *MG1* » (pour médecin généraliste du premier entretien) sera écrite à côté des données retranscrites ou analysées. Il est important de préciser que l'ensemble des enregistrements seront détruits au terme de cette étude, au plus tard le 30 juin 2020.

3. Présentation des résultats

3.1. Déroulement de l'étude

Les entretiens ont tous été effectués au sein des cabinets respectifs des médecins généralistes participants. Tous les médecins interrogés ont signé le « formulaire de consentement du

participant » et ont accepté d'être enregistrés. La durée moyenne des entretiens est de 46 minutes, avec un minimum de 33 minutes et un maximum de 59 minutes.

3.2. Description de l'échantillon

L'échantillon comprend onze participants, tous MG en activité. Ils ont été contactés par téléphone via les numéros se retrouvant dans un répertoire téléphonique disponible en ligne². Tous exercent en Wallonie : 6 proviennent du Brabant-Wallon, 4 du Hainaut et 1 de la province de Namur. Quatre de ces médecins exercent en zone semi-urbaine, 3 en zone urbaine, 3 en zone semi-rurale et 1 en zone rurale. L'échantillon comprend 6 hommes et 5 femmes. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 44 ans, le plus jeune participant ayant 28 ans et le plus âgé 62 ans. L'ancienneté moyenne au sein de la discipline est de 17 ans. Trois médecins travaillent au sein d'une association (maximum 5 MG) tandis que le reste de l'échantillon exerce une pratique dite « solo ». L'ensemble des participants possède sa propre patientèle et ne la « partage » que lors de remplacements. Pour permettre une meilleure identification des caractéristiques des participants, un tableau reprenant les données d'identification se trouve en *Annexe 6*.

3.3. Présentation des résultats

Afin de représenter la part des participants évoquant la même idée, nous utiliserons des données chiffrées. Il est important de rappeler que ces données ne peuvent pas être généralisable à l'ensemble des MG, vu notre méthode de recherche (voir point 3). Dans cette partie, les résultats sont classés en cinq rubriques : « représentations », « pratiques et organisation », « freins à la pratique de la prévention », « ressources pour la pratique de la prévention primaire » et « avis des MG par rapport aux trois idées ». Chacune d'entre elles est divisée en unités d'analyse.

3.3.1. Représentations

3.3.1.1. *Sur la prévention primaire*

Nous nous sommes premièrement interrogée sur les représentations des MG concernant la prévention primaire. Sept généralistes se représentent celle-ci comme « *une pratique permettant d'éviter quelconque problème de santé chez un patient qui ne présente pas encore le problème de santé pour lequel la prévention est réalisée* ». Les MG8, 9 et 11 se représentent la prévention primaire plutôt comme étant un moyen de « **sensibilisation à la santé** » pour leurs patients, en appuyant la notion de « *prévoyance en santé* » (MG8) et d'équilibre (MG11). Le

² <https://www.medecinbelgique.com/>

MG10 a directement abordé le rôle des généralistes par rapport à cette prévention. En effet, à la question : « *Le domaine de la médecine générale est-il, selon vous, un domaine privilégié pour réaliser cette prévention primaire et pourquoi ?* », l'ensemble des participants a répondu que les **MG avaient une place privilégiée en prévention primaire**. Certains ont appuyé le fait que cette dernière fait partie des **rôles endossés par les MG**, notamment par le fait qu'ils connaissent bien leurs patients et que ceux-ci ont **confiance** en leur MG (MG1, 5 et 6). Les MG3, 4, 10 et 11 disent qu'ils sont les professionnels de la santé **référénts** par rapport aux questions de prévention. Cependant, certains participants ont souligné le fait qu'ils n'étaient **pas les seuls à avoir un rôle** à ce niveau, mais que d'autres professionnels de la santé avaient aussi leur place en prévention primaire (MG2, 4, 7, 10 et 11). À la suite de ça, nous leur avons demandé ce que pouvait apporter prévention primaire aux patients. Deux tendances ont émergé dans les discours : d'un côté la prévention primaire permet de « **diminuer les risques de maladie** » (MG4, 6, 7), et de l'autre elle permet de « **préserver la santé** des patients » (MG1, 8, 9, 10, 11). Seul le MG3 a avancé les deux idées. Le MG5 a signalé que les patients venaient plutôt pour du curatif. Tandis que le MG2 décrivait le côté **frustrant** de la pratique de la prévention primaire car ses résultats ne sont pas « **visibles** » tout en soulignant le fait qu'il considère que la prévention peut être un « **sauveur silencieux** ».

3.3.1.2. *Sur la vaccination*

Concernant les représentations des participants sur la vaccination en général et ses enjeux, seul le MG1 a souligné « l'importance » de la vaccination dans son discours. Huit médecins précisait que c'est un principe qui permet « **d'éviter la survenue des maladies pour lesquelles nous et les patients sommes vaccinés** » (MG1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11). Parmi eux, trois médecins ont précisé que la vaccination permettait de se prévenir des maladies à caractères **infectieux** (MG4, 7, 9). Sans que nous leur posions la question, une partie des médecins a mentionné les **polémiques** liées à la vaccination (MG3, 8, 10), ainsi que l'impact des mouvements « **anti-vaccin** » qui entraînent des **réticences** et des **résistances** chez les patients (MG2, 3, 5, 8, 10). Le MG5 nous a mentionné un élément interpellant. Il a entendu parler d'un MG radié de l'Ordre pour falsification des carnets de vaccination à la suite de demandes des parents. Il citait « *On peut imaginer une épidémie de méningite au sein d'une école. [...] L'enfant qui n'a pas été vacciné et qu'on ne le sait pas à cause de son carnet falsifié, il va faire une méningite et mourir. [...] C'est vraiment criminel.* »

3.3.1.3. *Sur la vaccination contre la grippe saisonnière*

Sur les onze médecins interrogés, sept nous signalent se vacciner contre la grippe saisonnière (MG1, 2, 4, 8, 9, 10, 11), deux le font habituellement mais ne l'ont pas fait cette année (MG3 et 5), le MG6 signale être allergique au vaccin et enfin seul le MG7 ne se vaccine pas.

À la question « *Quel est votre avis concernant la vaccination contre la grippe saisonnière ?* », nous avons obtenu des réponses plutôt mitigées. Tous les médecins interrogés sont **pour la vaccination contre la grippe saisonnière**, seul le MG7 émet une réticence « *Je suis convaincu que ça a son efficacité, mais je ne suis pas très motivé par ça* ». Dans les médecins favorables, certains précisent qu'elle est surtout importante et donc à faire chez les « **personnes fragiles** », chez les **groupes à risques** et au **cas par cas** (MG1, 2, 3, 4, 8, 10, 11). Ils ne la proposent, donc, pas à tout le monde. Le MG6, lui, ne fait pas de distinction entre ses patients à risque ou non et cite « *Ah moi je suis tout à fait pour ! [...] Je peux vacciner tout le monde sans problème, je n'ai pas d'a priori* ». Malgré sa réticence, le MG7 précisait qu'il propose et tente de réaliser cette vaccination chez les patients présentant de réels problèmes de santé sous-jacents, cependant il ne tentera pas de persuader ceux en bonne santé faisant partie d'un groupe à risque. Seul les MG7 et MG3 ont abordé la notion de « **laisser les gens à risque choisir** ».

3.3.2. Pratiques et organisation

3.3.2.1. *Pratique de la prévention primaire*

Nous nous sommes ensuite questionnée sur les pratiques et l'organisation des MG. Premièrement, nous leur avons demandé de jauger leur pratique de la prévention primaire, sur une échelle allant de 0 (= je ne fais pas de prévention primaire) à 10 (= je ne fais que de la prévention primaire) par rapport à l'ensemble de leur pratique de médecine générale. Plusieurs médecins nous ont signalé qu'il était difficile de jauger cette pratique. Cependant, en faisant la moyenne des résultats, la **prévention primaire** représente **42,7% de la pratique générale des participants**. Le MG11 a jaugé sa pratique de la prévention primaire à 75% (score le plus élevé), tandis que les MG2 et 7 ont, tous les deux, jaugé cette dernière à 20% (score le moins élevé). Nous leur avons ensuite demandé si leur « type de pratique » (solo ou en association) influençait leur pratique de la prévention primaire et de quelle façon. Sept participants ont signalé que leur « type de pratique » n'avait pas d'impact sur leur pratique de la prévention. Le MG10 nous dit : « *Non pas du tout [...] si maintenant je venais à travailler en « réseau » mon raisonnement serait le même.* ». Les MG1, 5 et 9 signalaient que la pratique « solo » a, un

impact plutôt négatif sur leur pratique préventive : « *On est médecin en solo, on a quand même beaucoup moins de temps. Je pense que dans une pratique de groupe, ils savent mieux répartir le travail* » (MG5). Le MG7 signalait ne jamais s'être posé la question mais citait qu'en solo « *Je peux plus être comme je souhaite être* ». Quand nous leur avons demandé de nous décrire leur pratique de la prévention primaire, certains nous signalaient qu'ils aimeraient que cette dernière occupe une plus grande partie de leur pratique, que ça soit **plus systématique** : « *J'adore parler de prévention et je pense que systématiquement je demande si les gens fument [...] mais on devrait être beaucoup plus systématique* » (MG3). Le MG2, qui avait précisé que la prévention primaire ne représentait que 20% de sa pratique générale expliquait : « *Je m'autocritique en faisant ça parce que, effectivement, je n'en fais pas assez... Mais j'avoue que 20 minutes c'est difficile par consultation.* » Les MG4, 8 et 10 ont souligné que la réalisation de cette prévention est **impactée par les saisons**, le moment de l'année : « *Heu mais bon si on prend des périodes comme maintenant [janvier], bah se sont les périodes épidémiques, ce n'est plus de la prévention, c'est du traitement, du curatif* » (MG8). **L'impact du curatif** sur la pratique de la prévention primaire ressortait également de certains discours, notamment de celui du MG5 qui précisait quelque chose qui nous a interpellée : « *Parce qu'il n'y a pas que ça [...] les gens ne viennent pas que pour de la prévention primaire.* » Plus loin dans son discours, son propos se nuancait « *La prévention représente 4/10 de ma pratique mais en même temps tout se mélange, parce que, les gens viennent parfois pour un problème de maladie, donc curatif, mais on peut en même temps parler de prévention* ». D'autres médecins précisaient qu'il y avait des moments typiques consacrés à la prévention dans leur pratique : « *J'ai déjà une clientèle plus âgée [...] quand les gens viennent, ils viennent faire des bilans. Et dans ce bilan, on fait de la prévention générale [...]* » (MG8), « *Et il y a d'autres consultations qui font que, voilà, les gens viennent un matin en disant 'Voilà ça fait un an que je n'ai plus fait ma prise de sang' [...] Et ça, ce sont les consultations qui ne sont que pour la prévention ! Mais au sein de toutes mes autres consultations, j'en fais toujours un peu* » (MG4). Mais lorsque la charge de travail est importante, la prévention primaire est délaissée : « *[...] il y a toujours des gens qui passent à travers ou alors qu'on n'y pense pas. [...] des périodes où on est plus surchargé, on ne pense pas toujours à faire de la prévention* » (MG6). Seul le MG7 nous a signalé ne pas être intéressé par la prévention primaire, mais faisait néanmoins plus attention à la prévention secondaire. Nous avons ensuite demandé aux participants de nous citer les actions de préventions qu'ils réalisaient. Tous les généralistes nous ont cité la **vaccination**. Une grande partie des participants nous ont également signalé pratiquer de « **l'éducation à la santé** » concernant certains sujets comme les IST/MST, l'alimentation, le poids, l'activité sportive et les consommations toxiques

(tabac) de leur patientèle. Lors de son entretien, le *MG10* nous a précisé qu'il était **important de ne pas avoir de tabou** dans la relation soignant-soigné. Il est important de pouvoir parler de tout avec ses patients. La réalisation de **dépistages** contre les cancers a aussi été citée par certains MG comme étant une activité qu'ils réalisaient dans le cadre de la prévention primaire (*MG2, 3, 5, 8, 9,10*). Seul trois médecins nous ont dit réaliser de la prévention primaire au niveau **cardio-vasculaire** en prenant la tension artérielle, le pouls et en auscultant leurs patients (*MG2, 4, 6*). Trois autres nous ont dit employer la **prise de sang** pour permettre de faire un « check-up » général et préventif du patient (*MG4, 6, 8*). Enfin, deux médecins nous ont expliqué réaliser des « **bilans de santé** » avec les patients, leur permettant de faire le point tant au niveau de la prévention primaire que secondaire (*MG8, 9*).

3.3.2.2. Pratique de la vaccination

Deuxièmement, nous nous sommes intéressée à la pratique de la vaccination. Comme pour la prévention primaire, nous avons demandé aux participants de la jauger sur une échelle de 0 à 10 par rapport, cette fois, à leur pratique préventive. Les réponses à cette question nous ont permis de calculer que la vaccination représentait, en moyenne, 55% de la pratique de la prévention primaire. Bien que l'ensemble de l'échantillon nous signale que la vaccination est un élément important, plusieurs ont souligné qu'ils ne pratiquaient pas que la vaccination lorsqu'ils font de la prévention primaire. À la question « *Comment abordez-vous le sujet de la vaccination avec vos patients ?* », l'ensemble des participant nous a signalé l'aborder **au court de la consultation**, tout simplement en posant des questions ou en discutant sur le sujet avec le patient. Quelques participants nous ont signalé se renseigner aussi au niveau des dossiers médicaux des patients pour savoir quels vaccins aborder avec qui. Le *MG3* précisait « ... *la vaccination c'est quand même quelque chose qui touche assez bien les gens, les gens veulent quand même être assez bien en ordre* ». Certains médecins dans l'échantillon « font de l'ONE », de ce fait, ils font beaucoup de vaccins dans leur pratique (*MG1, 10, 11*). Le *MG11* nous expliquait comment il procède pour aborder la vaccination : « *Je dis que c'est quelque chose que l'on fait et que ça apporte... Ça ne nous empêche pas d'être malade, mais ça nous permet d'être moins malade et d'être plus résistant* ». Le *MG2*, quant à lui, disait : « *je ne suis pas un médecin paternaliste du tout. [...] Je l'informe [le patient] par rapport aux dernières données et puis, pour toutes les vaccinations obligatoires, là, j'insiste très fortement parce que je pense qu'il y a des gros bénéfices* ». Ensuite, nous leur avons posé la question « *Quel type de vaccination abordez-vous plus facilement dans votre pratique et pourquoi ?* ». Les *MG1, 3, 6, 9* ont dit que tous les vaccins étaient facilement abordables dans la pratique générale et qu'ils

ne ressentait pas de grandes difficultés. Néanmoins, certains vaccins en particulier se sont retrouvés dans plusieurs discours comme étant des vaccins facilement et souvent abordés. Les **vaccins de la petite enfance** ont été cités par quelques généralistes (MG2, 10, 11), tout comme les vaccins contre le **tétanos**, car il se fait tous les 10 ans et les patients sont habitués à le faire (MG3, 4, 8, 9, 11), le **HPV** (MG3, 4, 5, 6, 8, 11) et le **pneumocoque** (MG7, 11). Les MG4, 6 et 9 ont également cité les **vaccins à faire pour les voyages à l'étranger**. Concernant le vaccin contre la **grippe**, les MG1, 2, 4, 5, 7, 8 et 11 nous ont dit l'aborder facilement dans leur pratique. Cependant, le MG4 nuancait son propos en précisant « [...] le vaccin pour la grippe est plus discutable et plus discuté. Parce que certaines personnes le demandent sans avoir forcément des nécessités de la faire, et d'autres qui ont justement des indications de devoir le faire et qui le refusent ». À la suite de ça, nous les avons interrogés sur les types de patients avec lesquels ils abordaient (facilement) la vaccination. De façon générale, les MG arrivent à aborder la vaccination, et le font, **avec tous leurs patients**. Les **nuances apparaissent avec le type de vaccins abordé** : ils aborderont les vaccins de la petite enfance avec les jeunes parents, les vaccins contre le HPV avec les adolescents et leurs parents, le vaccin contre le tétanos avec tout le monde et tous les 10 ans, les vaccins contre le pneumocoque et la grippe avec les personnes plus à risques et généralement plus âgées. Les résultats à la question « Avec quels types de patients aborder la vaccination est plus difficile ? » nous ont permis d'identifier les patients **réticents**, de façon générale, à la vaccination. La première tendance qui ressortait des réponses des participants étant qu'il était parfois plus difficile d'aborder ce sujet avec des personnes qui suivaient facilement le mouvement « **anti-vaccin** ». Trois médecins ont souligné le statut socio-économique souvent élevé de ces personnes. L'un d'eux citait : « Si je dois faire la caricature d'un patient anti-vaccin, ce sont plutôt des personnes socioéconomiquement favorisées, généralement surinformées, et adeptes d'une médecine soi-disant naturelle » (MG2). La deuxième tendance décrivait les personnes plus adeptes d'une **médecine alternative**, plus penchées vers **l'homéopathie** et les alternatives médicales **naturelles**. Certains médecins expliquaient : « Ceux qui sont traités surtout par des homéopathes [...] Oui ils sont plus braqués par rapport aux vaccins [...] Les risques aussi quand ils nous disent 'Oui mais les autres ils sont vaccinés' » (MG1) ou encore « Alors il y a des gens réticents... Et... Oui, tous ce qui est de plus en plus 'médecine naturelle', 'homéopathie' et autres » (MG8). Les MG3 et 5 ont signalé que les personnes ayant un mode de vie basé sur une alimentation plus biologique voire végétarienne étaient plus difficiles à persuader lorsque le sujet vaccinal était mis sur la table. Le MG5 nous a signalé aussi qu'il n'était pas toujours facile d'aborder le sujet de la vaccination avec les personnes **socioéconomiquement plus défavorisées**. Elle nous expliquait que celles-

ci ne comprenaient pas toujours l'utilité des vaccins et donc les refusaient. Seul le *MG11* nous a cité les patients influencés par les « **on-dit** » et ayant beaucoup de questions, comme étant des patients avec lesquels il était parfois plus difficile de parler de vaccination mais qui n'étaient pas pour autant réticents. Nous leur avons ensuite demandé si, dans leur pratique, ils rencontraient beaucoup de ces « patients réticents ». Une grande majorité nous a répondu qu'ils en avaient quelques-uns parmi leurs patients, mais qu'ils représentaient une **part moindre de leur patientèle**. Comme nous l'explique le *MG4* : « *Alors moi, j'en ai peu. Parce que les 'believers' et les 'bobo vegan' [...], en général je leur dis : 'Alors il y a ça et ça et ça'. Et ma manière de fonctionner correspond fort peu à leurs attentes. Donc en général je ne les vois pas souvent* ». Le *MG5* soulignait une augmentation du nombre de patients réticents, mais son propos a été nuancé par celui du *MG11* qui nous disait « *Non... Je dirais que ça ne change pas. On en parle de plus en plus donc on s'en rend compte. Mais je pense qu'il y en a toujours eu et qu'il en aura toujours* ». Seul le *MG10* nous a signalé ne pas avoir encore été confronté à des patients réticents depuis son installation. Le discours du *MG7* était plus à part des autres « *Alors peut-être que c'est de la lâcheté de ma part, mais chez quelqu'un qui est réticent et que moi je suis réticent aussi [...] je vais quand même lui expliquer les avantages et les inconvénients de la vaccination et lui dire aussi que logiquement chez lui il serait intéressant de le faire. Et puis après pour moi c'est bon quoi. S'il me dit 'Non moi je ne veux pas', je ne vais pas le forcer* ».

3.3.2.3. *Pratique de la vaccination contre la grippe saisonnière*

Enfin, nous nous sommes plus précisément intéressée à la pratique de la vaccination contre la grippe saisonnière. Nous avons d'abord voulu savoir si tous les généralistes interrogés proposaient cette vaccination auprès de leurs patients. Nos résultats ont montré que tous les participants la proposaient. Les *MG4* et *10* ont précisé la proposer uniquement aux patients qu'ils considéraient comme étant « à risques » : « *Ce n'est pas systématique en tout cas. On va dire qu'avec certains patients 'à risques', là, j'y pense d'avantage [...] Donc ça dépend un peu* » (*MG10*). Le *MG7* a été le seul à nous dire qu'il ne la proposait « *Pas souvent...* ». Lorsque nous leur avons demandé de nous préciser « *A quels types de patients la vaccination de la grippe était proposée ?* », une grande majorité des participants nous ont dit « **aux patients plus fragiles** » et/ ou « **aux patients à risques** ». Afin d'analyser les réponses pour ce point, nous nous sommes basée sur les groupes à risques repris par le CSS (cf. point 2.3.3.2.). Concernant le **groupe 1**, tous les généralistes interrogés ont aux moins cité trois des patients repris dans la liste, de façon plus ou moins précise. Concernant le **groupe 2**, seuls les *MG2*, *5*, *10* et *11* nous ont signalé proposer/pratiquer cette vaccination auprès de leur patients exerçant en tant que

professionnels de la santé. Seul le *MG8* nous a signalé faire relativement attention au **groupe 3**. A contrario, les autres *MG* nous ont précisé ne pas faire attention à ce dernier groupe. De plus, certains médecins nous ont dit vacciner des personnes non reprises au sein des trois groupes recommandés par le CSS. En effet, les *MG2*, 6 et 7 nous ont dit réaliser aussi le vaccin chez les **personnes non à risque mais qui souhaitent malgré tout bénéficier du vaccin**. Le *MG7* nous expliquait le principe de responsabilité par rapport à ces patients demandeurs : « *celui qui pose le choix de vouloir se faire vacciner et que je lui refuse ce choix et qu'après il a un problème de santé, bah quelque part j'en porte la responsabilité absolue* ». Nous leur avons ensuite demandé s'il était courant que des patients arrivent avec une **demande spontanée** de vaccination contre la grippe saisonnière. Tous les participants nous ont répondu que « oui ». Quand nous leur demandions quels patients arrivaient avec une telle demande, l'ensemble des *MG* nous a mentionné les **patients habitués à faire le vaccin**. Ces patients sont les personnes âgées faisant le vaccin tous les ans et n'ayant pas ou peu rencontré de complications, ainsi que les patients souffrant de maladies chroniques mais également, des personnes souhaitant se faire vacciner mais qui n'ont pas de problèmes de santé (mentionné par les *MG6* et *MG11* qui, lui, a l'habitude de vacciner des professeurs). De façon générale, les participants commencent à **aborder la vaccination** contre la grippe saisonnière vers le mois de **septembre ou d'octobre**. Le **vaccin sera**, lui, **fait** au plus tôt **en octobre**, et **au plus tard fin décembre - début janvier**. **Lors de la consultation**, le sujet de la vaccination contre la grippe est globalement abordé par une grande partie des participants, après avoir résolu le « motif de base de la consultation ». Le sujet est donc plutôt abordé **vers la fin** de celle-ci, au moment de la **prescription** : « *Le patient vient pour un problème, pas pour de la prévention. Donc, sauf si vraiment il vient pour un bilan ou pour des ordonnances [...]. Donc, souvent c'est en fin de consultation* » (*MG2*). Le *MG3* ajoute « *J'en parle quand je prescris les médicaments, donc plutôt à la fin de la consultation* ». Seuls les *MG4* et 8 avouaient en parler dès qu'ils y pensaient. Nous leur avons ensuite demandé s'ils avaient développé une méthode leur permettant de réaliser une **couverture vaccinale optimale auprès de leur patientèle à risque**. Une partie d'entre eux nous ont signalé ne rien faire de particulier (*MG7*, 9, 10, 11). D'autres nous ont dit que « le fait **d'en parler d'office avec les patients à risques** » était leur méthode pour couvrir leur patientèle à risque. Seul le *MG4* nous a signalé que l'utilisation de son programme informatique, reprenant les dossiers de ses patients, lui permettait de couvrir une partie de sa patientèle. Néanmoins, il signalait qu'il était impossible d'assurer une couverture vaccinale contre la grippe chez tous les patients à risques : « *Ce sont les patients qui viennent et qui reviennent, qu'on voit, qu'on a au téléphone. On ouvre le dossier et hop on pose la question dès que l'on voit le message sur le programme.*

Mais faire plus que ça, ça serait impossible » (MG4). Nous nous sommes ensuite intéressée à la typologie de **patient à risques refusant la vaccination contre la grippe saisonnière**. Une grande majorité des participants nous ont signalé que ces patients étaient, « les patients s'étant fait vacciner contre la grippe saisonnière mais étant, malgré ça, tombés malade », « qui ont peur des effets secondaires de la vaccination » ou encore qui « ne comprennent pas l'utilité du vaccin ». Le *MG11* nous a, à nouveau, mentionné les personnes réticentes qui étaient influencées par les « *on dit que* » de la part de leur entourage par rapport au vaccin contre la grippe. À la suite de ça, nous leur avons demandé ce qu'ils faisaient pour **tenter de convaincre ces patients à risques mais réticents**. Une grande majorité des participants nous ont signalé **informer** ces patients, en leur donnant les avantages et les inconvénients de la vaccination contre la grippe par rapport à leur état de santé. Le *MG1* nous a avoué utiliser le sentiment de peur pour essayer de convaincre. Les *MG2* et *11*, eux, vont plus loin et **donnent des documents** sur la vaccination antigrippale à ces patients. Néanmoins, si après avoir reçu toutes les informations ces patients refusaient toujours, les MG nous ont absolument tous précisé **qu'ils ne forçaient pas le patient et respectaient son choix de refus** : « *Je les informe, et si après les avoir informés, leur position n'a pas changé, je respecte leur décision. Parce que ça reste 'leur santé' [...] Je ne peux pas prendre le traitement à leur place* » (*MG2*) « *Et s'ils ne veulent vraiment pas... de toute façon on ne peut pas le faire contre leur volonté* » (*MG6*).

3.3.3. Les freins à la pratique de la prévention en médecine générale

Le troisième point que nous avons abordé avec les participants était les freins qu'ils identifiaient comme impactant leur pratique de la prévention. Nous leur avons demandé d'en identifier au niveau du système³, de leur pratique et enfin de leur patientèle.

3.3.3.1. Les freins au niveau du système

A ce sujet, les participants nous ont donné des réponses assez diverses. Le frein le plus cité est lié au coût de la vaccination, plus précisément au **non-remboursement** et au **prix de certains vaccins** (*MG1, 3, 5, 7, 8 et 9*). Les vaccins contre le HPV et contre le pneumocoque ont été nommés, par certains participants, comme impliquant un coût conséquent pour les patients. Le *MG1* disait par rapport au prix du vaccin contre la méningite B : « *Je ne sais pas combien il coûte, mais je crois que c'est plus de 100€ la dose. Donc leur demander de faire trois doses, quand ils ont deux ou trois enfants, tout de suite ça fait un budget de fou* ». Le *MG5* précisait :

³ Entendre par « système », tout ce qui touche au niveau macro de la société et au système de santé.

« Quand on pense à la prévention du HPV [...] quand on regarde, la période où le vaccin est remboursé est quand même très courte [...] Et payer deux fois 150€, c'est un peu cher quoi ».

Le deuxième frein cité est la **différence entre les trois régions** en termes de **campagnes d'informations** (dont celle de la vaccination), de **budget alloué à la prévention** et de **gestion du partage d'informations** entre les régions (MG1, 8, 9, 10). Le MG1 expliquait rencontrer des problèmes avec le programme E-Vax lorsqu'il vaccine des patients habitant en Flandre. Le MG10 nous disait : « Au niveau politique, maintenant on a deux politiques de vaccination qui sont un petit peu différentes en Flandre et en Wallonie [...] Donc est-ce qu'il y a une différence en termes de budget, en termes de prévention, en termes d'information qui est transmise aux différents médecins... [...] Pour le moment il y a un manque d'information à l'échelle politique ». L'**impact des lobbys « anti-vaccin » à grande échelle** a été évoqué par les MG4 et 5 comme étant un frein lié au système. Le MG10 a été le seul à aborder la **pénurie actuelle de MG** en Belgique : « On est dans un manque criant de médecins généralistes pour le moment, il y a une pénurie qui s'installe de plus en plus ». Ensuite, le MG8 signalait : « Il y a aussi plus de ruptures de stock, ce qu'il n'y avait pas avant. Alors est-ce que l'on vaccine plus qu'avant ou parce que les firmes ont peur de faire de trop, ça je n'en sais rien ». Il rejoignait le MG5 qui mentionnait des problèmes de disponibilité, rencontrés par le passé, pour certains vaccins. Seul le MG6 signalait ne pas être impacté par des freins liés au système.

3.3.3.2. Les freins au niveau de l'organisation de la pratique

Par rapport à la pratique, le frein le plus cité par les participants a été le **manque de temps** (MG1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11). Certains participants ont précisé que le manque de temps est lié à l'augmentation du nombre de patients par généraliste, ce qui entraîne une **surcharge de travail** et une diminution du temps par consultation (MG3, 4, 5 et 10) : « Je trouve que souvent, on n'a pas le temps d'en parler, mais c'est aussi la faute au système, ce manque de temps. Parce qu'on a de plus en plus de patients et donc de moins en moins de temps... Il faut essayer de tout faire en gardant, en ayant le même temps disponible » (MG5). Pour les MG6 et 10, le manque de temps est plutôt périodique, influencé par certains moments dans l'année où les médecins ont plus de travail : « La seule chose parfois où il y a un frein peut être, de notre côté, c'est quand on est surchargé de boulot, notamment lors des épidémies... Et alors on n'a pas le temps de penser à ça » (MG6). Les MG4 et 11 ont ajouté qu'il était parfois **difficile de toucher tous les patients** et qu'une partie de la population passait au travers du filet de la prévention : « Moi je ne vois qu'une tranche très limitée de la population... Ici, [...] il y a, je dirais, trente mille personnes ? Je pense qu'il n'y a même pas la moitié qui a un suivi régulier chez le médecin

généraliste » (MG4). Le MG8 a signalé le **manque d'outils** pour réaliser cette prévention : « *Mais, est-ce qu'il y a les outils suffisants pour bien le faire, est-ce qu'il y a le timing ? Non* ». Le MG9 précisait qu'il ne possédait pas d'échéancier et que le **support papier est de moins en moins adapté**, ce qui impacte la traçabilité des vaccinations de ses patients : « *Je n'ai pas d'échéancier, en tout cas par rapport au tétanos ça je n'en ai pas du tout. Et alors le support papier qui tend à être très... pas obsolète, mais en tout cas très aléatoire, parce que les gens ne retrouvent par leur carnet de vaccination* ». Le MG7 a cité son **manque d'organisation** et son côté « *bordélique* » comme étant le principal frein à sa pratique de la prévention « *On ne peut pas vraiment dire que je sois quelqu'un d'organisé, je ne suis pas assez structuré pour que personne ne passe entre les mailles du filet* ». Lorsque nous lui avons posé la question « *Est-ce que, dans votre pratique, vous ressentez un 'manque de temps' ?* », il nous disait « *Probablement que oui, mais je n'en suis pas vraiment conscient [...] Je prends du temps avec mes patients [...] Mais c'est en général parce que je ne suis pas extrêmement motivé [...] Je ne vais pas avoir envie de consacrer une demi-heure à la prévention primaire* » (MG7).

3.3.3.3. *Les freins au niveau des patients*

Au sujet des freins en lien avec les patients, les participants ont donné des réponses assez similaires. L'élément qui a été le plus souvent mentionné était le fait que les patients ne **comprennent pas les enjeux**, ils ont un **manque de connaissances et d'informations** par rapport au sujet de la vaccination en général, et du vaccin de la grippe entre autres (MG2, 3, 4, 5, 6, 10) : « *On pourrait aussi parfois noter un manque d'information de la part des patients par rapport à certaines préventions [...] Donc oui, l'absence d'information est un frein principal parce que le patient ne sait pas, et du coup il laisse sa santé aux mains du médecin alors que selon moi, il doit être au centre de sa prise en charge, et donc il doit être plus informé* » (MG2). Ce manque de connaissances peut être relié au fait que les patients **ne se sentent pas concernés** : « *Ils n'ont pas le problème, donc ils ne se tracassent pas avec ça [...] Ils ne ressentent pas vraiment le besoin de vraiment réfléchir à la prévention [...] On est aussi dans une situation où on a une population assez mixte, avec des gens assez défavorisés donc c'est parfois compliqué aussi de devoir expliquer que potentiellement, tel problème pourrait donner telle maladie* » (MG3). D'autres signalaient un **manque de compliance** de la part des patients (MG6, 7 et 11) : « *En parler, là, il n'y a pas de problème, mais de là à ce qu'ils appliquent les conseils [...] La compliance c'est vrai que c'est difficile de l'avoir quoi* » (MG6). En parallèle des patients qui manquent d'informations, les MG2, 8 et 11 citaient la **surinformation** et la **désinformation** de certains patients : « *Tous les bruits qui courent à*

chaque vaccination [...] Donc il faut tout le temps, tout le temps réexpliquer » (MG8). Le MG2 mentionnait que la surinformation affecte la **confiance** de certains patients : « Tout ça est lié à la question de la surinformation [...] Je dis toujours que c'est une question de confiance tout simplement ! Il faut voir ce en quoi le patient a confiance et, étonnamment, ce n'est pas toujours en son médecin qu'il a confiance » (MG2). Certains généralistes ont signalé que les freins plus « systémiques » impactaient personnellement certains patients, comme le prix de certains vaccins (MG1, 3, 11) et l'impact des mouvements « **anti-vaccin** » (MG4, 5). Les MG2, 3 et 4 ont, eux, mentionné le manque de confiance de certains patients voire la **méfiance** de certains par rapport à la vaccination. Certains médecins ont ajouté que les **patients réticents et ouvertement opposés à la vaccination** représentaient des freins pour eux (MG8, 9, 10) : « Bon et puis la résistance, enfin, le frein c'est le frein que les patients se mettent eux même [...] Il y a quand même des gens qui, par principe, refusent beaucoup de choses » (MG9).

3.3.3.4. *Autres freins identifiés et proactivité des MG par rapport aux freins cités*

Les participants ont identifié d'autres freins que nous n'avons pas catégorisés. D'abord, le MG4 est interpellé par la **vaccination réalisée en entreprise**. Ce dernier nous a précisé que l'objectif de cette vaccination n'est pas médical, mais économique : « Il y a d'autres patients qui se font vacciner de manière systématique par leur employeur [...] Mais là, ce sont des vaccinations à but économique, parce que le patron n'a pas envie que vous soyez malade et que vous ayez dix jours de certif [...] Ça ce sont des vaccinations qui n'ont pas un but médical et ça ne passe pas au niveau des cabinet médicaux » (MG4). Ensuite, les MG5 et 8 nous ont évoqué les problématiques en lien avec la **falsification des carnets de vaccination** par certains généralistes. Enfin, le MG7 nous a mentionné la **pression des firmes pharmaceutiques** et le fait qu'il n'avait pas l'impression que les « informations scientifiques » soient libres, en précisant : « L'industrie pharmaceutique ne s'intéresse pas au fait qu'on est ou pas de bonne foi, l'industrie pharmaceutique s'intéresse au fait qu'on vend leurs produits ».

Néanmoins, les généralistes nous ont signalé faire preuve de **proactivité** par rapport à deux freins en particulier : le **frein financier** et le **manque d'informations des patients**. Concernant le frein financier, les MG1, 2 et 7 ont signalé informer les patients par rapport aux interventions des mutuelles pour les remboursements de certains vaccins. Par rapport au vaccin du pneumocoque, le MG7 disait « Si je fais les deux vaccins pneumocoques, j'essaye d'en faire un sur une année – donc vers octobre novembre – et puis l'autre sur l'année suivante, comme ça les gens ont deux remboursements pour les vaccins ». Concernant le manque d'information des patients, une majorité des participants signalait prendre le temps pour leur donner de bonnes

informations par rapport à certaines préventions et surtout par rapport à la vaccination (MG1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11). Le fait de prendre le temps et de discuter avec ces patients a été signalé comme étant un élément permettant de maintenir voire d'améliorer la confiance des patients.

3.3.3.5. *Avis sur la diminution de la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière*

Ensuite, nous leur avons demandé s'ils avaient conscience de la diminution générale du TCV contre la grippe saisonnière. Parmi les participants, quatre nous ont signalé être au courant en précisant que c'était regrettable, mais en lien avec ce que l'on observe pour d'autres types de vaccinations (MG1, 3, 4, 5) et six ne l'étaient pas (MG2, 6, 8, 9, 10, 11). Ces derniers ont montré un certain étonnement ou trouvaient cela dommage. Le MG7 a, lui, signalé « *Pour la grippe, je m'en fous un peu* » en ajoutant « *Par rapport à ma pratique [...] moi je vaccine moins qu'avant [...] Avant je poussais plus, et maintenant je pousse moins. Et si d'autres médecins font pareil, bah je ne suis pas étonné* ». Lorsque que nous leur avons demandé pourquoi, selon eux, cette diminution était observée, les participants ont donné des réponses diverses. Celle qui a le plus été mentionnée, était en lien avec **les personnes voulant moins, voire plus du tout, se faire vacciner** (MG1, 3, 4, 6) car ils avaient subi des effets secondaires à la suite d'un précédent vaccin (MG6), ou parce qu'ils n'avaient plus confiance en la vaccination (MG8). Le **manque de temps en médecine générale** a également été cité par plusieurs participants comme pouvant avoir un impact sur cette diminution (MG1, 2, 8, 11). Les MG7, 9 et 10 ont, eux, cité le potentiel désintérêt des généralistes par rapport aux questions de vaccination, et donc à celle de la grippe. Certains freins précédemment cités ont été repris ici comme pouvant expliquer cette diminution : l'impact des discours « anti-vaccin », l'augmentation du nombre de patients qui ne se sentent pas concernés par la vaccination contre la grippe saisonnière, la désinformation ou le manque de compréhension des patients par rapport à cette dernière.

3.3.4. Ressources pour la pratique de la prévention primaire en médecine générale

Après avoir identifié les freins, nous avons souhaité mettre en lumière les ressources soutenant ou pouvant soutenir les généralistes par rapport à la pratique de la prévention primaire.

3.3.4.1. *Ressources existantes et identifiées par les MG*

Parmi les ressources existantes et soutenant les généralistes, les participants ont pratiquement tous cité les **campagnes de sensibilisation/ de communication par rapport à la prévention primaire** produites par les instances fédérales et régionales de santé et diffusées via la radio, les journaux papier et télévisés (MG1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10) : « *Toutes les campagnes*

*publicitaires ! Pour une fois, cette année c'est bien ! » (MG1). « Je pense que les campagnes de prévention qui sont faites au niveau national, que ça soit à la télé, à la radio... C'est fort utile » (MG5). La deuxième ressource, citée par tous les généralistes sauf le MG10, est celle représentant les **affiches et les brochures sur la prévention** (dont la vaccination) placées dans les salles d'attentes et dans les cabinets des généralistes : « Le seul outil que j'ai ce sont les affiches que je reçois. Il y a quand même les informations 'Faites-vous vacciner' qui passent à la radio, à la télé [...] Il y a la salle d'attente aussi, où ils [les patients] en parlent entre eux » (MG8), « On nous envoie des affiches à mettre dans la salle d'attente, des flyers, il y a des pubs à la télé, il y a des affiches sur la vaccination de la grippe dans chaque institution » (MG4). Les participants **ce sont eux-mêmes cités**, en tant que **médecin généraliste**, comme étant une ressource importante car ils donnent des informations à leurs patients avec lesquels ils développent une relation de confiance. Cette dernière est basée sur une connaissance mutuelle et des contacts répétés (MG1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11) : « Bah déjà je pense que moi je suis un bon outil. Je rappelle aux patients, je vois avec eux au moment de la prescription s'ils font le vaccin ou non [...] Mais je pense que c'est surtout nous l'outil principal de tout ça, ça c'est certain » (MG6). **L'ordinateur**, et plus généralement les logiciels de gestion des dossiers patients, ont été cités par quelques généralistes comme étant une aide dans leur pratique de la prévention (MG2, 4, 6, 10, 11). En effet, certains programmes, lorsqu'ils sont adaptés à la façon de travailler des généralistes, envoient des rappels et leur permettent de savoir ce qu'il faut faire chez tel ou tel patient (exemple : vaccins de rappel) : « Mais le programme informatique nous aide pour ça [...] À chaque fois que l'on ouvre le dossier du patient, on a les préventions qui sont flaguées en rouge [...] Donc on ouvre, on voit ça, c'est la première chose qui s'affiche » (MG4). D'autres ressources ont été mentionnées par certains participants, notamment les interventions des mutuelles dans le remboursement de certains vaccins pour certains patients (MG3, 6, 7). Les patients habitués et compliants ont été cités par les MG1 et 3 comme facilitant la pratique de la prévention primaire. Enfin, les MG8 et 11 ont mentionné que les autres professionnels de la santé pouvaient aussi être des ressources. À ce sujet, le MG8 a cité la collaboration entre les MG et les pharmaciens exerçant en officine de quartier.*

3.3.4.2. *Ressources existantes mais qui pourraient être améliorées*

En mentionnant certaines ressources existantes, quelques participants ont souligné le fait qu'elles n'étaient pas toutes parfaites, et que certaines pourraient être améliorées. Bien que les campagnes de sensibilisation/ de communication aient été citées comme l'une des ressources principales des MG, certains ont mentionné le fait qu'il pourrait y avoir plus de « publicité »

sur les sujets de prévention et de vaccination. Les instances de santé pourraient **augmenter la diffusion des messages de prévention via la radio et la télé** (MG2, 3, 5, 11). Le MG3 signalait que ça pourrait aider à toucher plus d'individus dans la population générale : *« Peut-être que plus d'information pour le patient, qu'eux viennent avec cette demande là aussi. Nous on le préconise chez certains patients, mais c'est vrai que l'on pourrait avoir, tu vois, une couverture plus importante [...] En gros, un truc qui fait que les gens viennent d'emblée en disant 'Bah voilà moi j'ai vu ça là, je voudrais me faire vacciner' »*. Le MG5 mentionnait le rôle que pourraient jouer les **réseaux sociaux** dans la diffusion de messages de prévention : *« Peut-être les réseaux sociaux, ça serait peut-être pas mal parce que c'est un gros moyen de diffusion »* tout en précisant qu'il était au courant que les personnes à risques ne sont peut-être pas toutes sur les réseaux sociaux. Toujours dans l'idée de diffuser plus de messages de prévention, les MG2 et 10 ont signalé le fait que **mettre plus de brochures sur les sujets de prévention en salle d'attente** pourrait sûrement aider les patients à venir avec certains sujets lors de la consultation. Le deuxième élément signalé comme pouvant être **amélioré les logiciels informatiques** employés par les généralistes. En effet, les MG2, 7 et 8 ont signalé que rendre ces derniers plus intuitifs et faciles d'utilisation, notamment au niveau des rappels (autant pour les MG que pour les patients) pourrait les aider dans cette pratique de la prévention. Le MG2 mentionnait : *« Pourquoi ne pas rendre plus facile d'utilisation le système de rappels afin que le programme nous dise : 'Bon bah tel patient doit être vacciné parce qu'il est à risque' »*. Le MG8 ajoutait : *« Je pense que l'outil informatique pourrait être merveilleux dans les dossiers [...] Il pourrait y avoir un retour dans l'autre sens [vers les patients] en disant 'Vous êtes porteur de tel type de pathologie [...] donc vous avez intérêt à vous faire vacciner' »*. De fait, l'outil informatique permettrait d'envoyer des messages de rappel, tant aux généralistes qu'aux patients afin de les rendre acteurs de leur santé. Le troisième élément cité comme pouvant être amélioré, est la pratique des généralistes eux-mêmes. Les participants ont signalé **qu'en tant que MG, il faudrait prendre plus de temps pour faire de la prévention**, en parler plus souvent pour informer et répondre aux questions des patients. Le MG10 expliquait à ce sujet : *« Je me dis souvent que c'est une démarche personnelle, qui doit venir de nous en nous disant qu'on doit prendre l'initiative »*, mais le MG3 spécifiait *« On a plein de limitations, dans notre marge de manœuvre et je pense que... On devrait peut-être avoir plus de moyens, plus de temps pour pouvoir mettre tout ça en œuvre »*. Ce même MG signalait à ce propos qu'à la vue des limitations, il pourrait être intéressant d'orienter les patients vers des sites internet ou des sources fiables lorsqu'ils n'ont vraiment pas le temps d'en parler lors de la consultation. En plus de ces trois ressources à améliorer, le MG11 mentionnait le fait que les remboursements

de certains vaccins pourraient être améliorés pour aider les patients les plus défavorisés. Le MG4, quant à lui, nous signalait qu'il faudrait « *À grande échelle, un changement concret dans les attitudes par rapport à la vaccination* ». Néanmoins, deux participants, les MG1 et 6, ont signalé que ce qui était mis en place actuellement était suffisant.

3.3.4.3. *Ressources qui n'existent pas et qui pourraient soutenir les MG*

Nous avons ensuite demandé aux participants de réfléchir à des idées de ressources qui n'existent pas et qui pourraient les soutenir dans leur pratique de la prévention primaire. Deux généralistes ont signalé ne pas avoir d'idée (MG4 et 5) et un a spécifié ne jamais y avoir réfléchi, avant de donner une idée plus tard dans la discussion (MG7). Ne sachant pas si le vaccin contre la grippe était remboursé, le MG1 proposait de **le rendre complètement gratuit et d'augmenter le financement pour les actions de prévention**. Les MG2 et 9 ont, de nouveau, parlé des **logiciels** qui, dans quelques années, grâce au développement de « l'intelligence artificielle », pourront identifier les patients à risques. Le MG2 nous disait à ce sujet : « *Je pense effectivement que dans quelques années ces logiciels – cette intelligence artificielle – va effectuer les rappels, ou va nous dire ce que l'on doit faire et à quel moment en fonction de ce que l'on encode au niveau du logiciel* ». Ce dernier a également énoncé l'idée d'un « **Carnet de prévention** », inventé par un autre généraliste, mais qui pourrait être un outil à implémenter de façon générale. Il nous le présentait comme suit : « *Il a un calendrier, une sorte de carnet préventif – comme les petits carnets de l'ONE – qui dit 'Attention vous avez tel âge et donc il faut faire telle ou telle activité' [...] Il serait intéressant de diffuser ce genre de carnet aux patients pour qu'ils soient à nouveau acteurs de leur santé et acteur de la prévention primaire [...] Et si ce n'est pas un carnet, ça serait des feuilles ou une ligne du temps. [...] Cette ligne du temps, elle peut être affichée dans la salle d'attente [...] Et cela peut l'aider à en parler spontanément lors de la consultation* ». Les MG3 et 8 ont mentionné l'idée de réaliser des « **consultations de prévention** », dédiées exclusivement à ce sujet. Cependant, des moyens financiers sont nécessaires pour permettre la réalisation de ce genre de consultations. Le MG3 nous disait : « *Ça a existé à un moment, le DMG+ [...] C'était une consultation prévue pour parler des risques cardio-vasculaires etc. Et je pense que ça pourrait être intéressant. [...] Ça serait bien que les gens viennent pour une consultation spécifique sur la prévention* ». Le MG7 nous a énoncé l'idée des « **questionnaires sur un sujet de santé** » à distribuer auprès des patients. Ces questionnaires existent déjà car le MG6 nous en a parlé lors de son entretien. Néanmoins, le MG7 expliquait son idée comme suit : « *On pourrait imaginer des questionnaires, des 'QCM', des feuilles avec des questions, qui sont destinés aux patients [...]*

On pourrait imaginer que le patient puisse répondre à un petit questionnaire avec lequel il vient en discuter avec le médecin [...] Le patient est alors, à nouveau, acteur de sa santé ». Le *MG3* a également mentionné l'idée de rendre le vaccins plus « disponible », notamment par le fait d'avoir un stock à disposition des MG directement au sein de leur cabinet. Enfin, le *MG10* nous a parlé de mettre en place des « délégués en santé publique », travaillant pour les instances de santé mais qui exerceraient auprès et avec les MG en leur donnant toutes les dernières données et informations concernant la prévention, et notamment la vaccination.

3.3.4.4. Rôles des pouvoirs publics concernant la vaccination contre la grippe saisonnière

Nous avons terminé ce point en leur posant les questions « *Selon vous, quels rôles les pouvoirs publics ont-ils à jouer concernant la vaccination contre la grippe saisonnière ?* » et « *Quelles sont vos attentes concernant les pouvoirs publics par rapport à cette vaccination ?* ». La grande majorité des participants a signalé que **les pouvoirs publics ont un rôle à jouer par rapport à la vaccination contre la grippe saisonnière** (*MG2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11*). Les *MG2* et *3* citaient leur rôle en termes de prévention de façon générale, notamment par rapport à la diffusion de campagnes de communication et de sensibilisation sur le sujet. Le *MG4* nous a dit que c'était le ministère de la santé qui gérât les grandes questions de santé et donc forcément leur rôle est important lors des épidémies. Par rapport à ça, le *MG5* ajoutait que les pouvoirs publics sont les seuls à pouvoir faire de grandes démarches publiques. C'est également eux qui gèrent les remboursements en termes de soins de santé. Ce point a également été cité par le *MG7*.

Concernant les attentes mentionnées par les participants, notons qu'un point en particulier a été plusieurs fois cité et qu'il est en lien avec le **financement de la prévention**. En effet, les *MG 6, 9, 10* et *11*, ont abordé le fait de rendre gratuit ou, du moins, d'augmenter le remboursement accordé pour le vaccin contre la grippe. Le but étant de le rendre plus accessible, financièrement parlant, pour certains patients. L'autre point mentionné par les *MG5* et *11* a été celui des **campagnes de communication**. Ces derniers souhaitent que les pouvoirs publics intensifient les campagnes d'information et de sensibilisation par rapport à la vaccination contre la grippe, notamment en rendant les messages diffusés plus précis. Le *MG3* mentionnait qu'il faudrait faire en sorte **d'augmenter l'importance de la vaccination aux yeux de la population générale**, mais surtout auprès des personnes à risques. Le *MG1* disait qu'il attendait des pouvoirs publics une intensification de l'aide accordée aux soignants, notamment pour qu'ils puissent informer correctement les patients. Enfin, le *MG8* nous signalait qu'il serait intéressant

que les Summers soient plus intuitifs. Le *MG7*, tout comme le *MG4*, nous signalaient que, selon eux, les pouvoirs publics faisaient déjà assez, qu'ils jouaient leurs rôles et les assumaient.

3.3.5. Avis des médecins généralistes concernant la proposition de trois pistes d'actions

Dans cette partie, nous avons abordé avec les généralistes trois pistes d'action élaborées à la suite d'une réflexion avec notre promoteur. Celles-ci nous semblaient être les plus intéressantes à aborder et pouvant faire émerger des avis et des éléments nouveaux à analyser. Elles sont décrites au point suivant et dans notre guide d'entretien (*cf. Annexe 5*). Ces pistes pourraient, selon nous, soutenir les généralistes dans la pratique de la prévention primaire au quotidien.

3.3.5.1. Idée 1 : le préventeur

Rappelons le principe : intervention d'un acteur tiers (professionnel de la santé ou pas), nommé « préventeur », qui travaillerait en collaboration avec le MG et se focaliserait sur le thème de la prévention primaire de leur patientèle (vaccination, dépistage, éducation à la santé...).

Les réponses des participants à cette proposition étaient assez partagées. Quatre participants n'ont pas trouvé l'idée intéressante (*MG1, 2, 4, 7*), cinq émettaient un avis mitigé (*MG3, 5, 6, 8, 10, 11*) et un seul trouvait l'idée vraiment intéressante (*MG9*). Parmi les arguments contre l'idée, une grande partie de MG a signalé que les **patients risqueraient de ne pas accepter** facilement cette personne et ne seraient pas très preneurs (*MG1, 4, 5, 6, 7*). Les *MG4* et *10* ont signalé que quelques questions pourraient se poser par rapport à la **confidentialité des données** des patients : « *Surtout pour la prévention primaire, parce que l'on parle d'une population générale qui est suivie, ici [...] et qui n'a pas d'antécédent particulier ou de suivi spécifique... Donc justifier l'intrusion de quelqu'un dans le dossier médical du patient dans ce cadre, pour moi ce n'est pas possible* » (*MG4*). Quatre MG ont signalé que cela risquerait d'être **complexe à mettre en place** dans la pratique (*MG4, 5, 7, 3*), notamment d'un point de vue financier pour le cabinet, comme le précisait les *MG3* et *7* : « *Pour une pratique solo, je trouve ça assez lourd en termes financier [...] je ne m'imagine pas travailler à deux, avec une pièce en plus, où les gens doivent à chaque fois passer. Je pense que les gens ça les embêterait déjà* » (*MG7*). Et enfin, assez opposé à l'idée, les *MG1* et *2*, ont signalé que cela ne changerait rien à leur pratique. Concernant les personnes mitigées, le *MG5* signalait que de nombreuses questions émergeraient par rapport au rôle et la place de ce préventeur. Néanmoins, ce médecin ainsi que les *MG10* et *11* signalaient que, si leur **cadre de fonction était plus clair**, ce préventeur pourrait être une ressource pour eux. D'autres MG mitigés signalaient que le préventeur pourrait vraiment être

un super outil, **si la collecte des données bénéficie et reste « bien aux mains » du MG** (MG3, 8, 11). Les MG8 et 11 disaient avoir peur que leur rôle soit volé par le préventeur : *« C'est intéressant, mais en même temps il ne faut pas qu'il prenne notre job à nous »* (MG11). Concernant les arguments favorables à la proposition, certains participants ont dit que le préventeur pourrait leur permettre de **gagner du temps** et de **cibler certains problèmes** (MG3), mais aussi de leur rappeler certaines préventions qu'ils oublient (MG6). Le MG10 spécifiait qu'il pourrait être intéressant pour collecter certaines informations afin de réaliser plus facilement des feedbacks avec le patient. Tout cela, en signalant qu'une collaboration MG-préventeur était indispensable. Enfin, le MG9 signalait que cela pourrait enrichir la pratique.

3.3.5.2. *Idée 2 : délégation de la proposition et de la réalisation de la vaccination contre la grippe à un autre professionnel de la santé*

Concernant le professionnel de la santé apte à parler et donc **proposer la vaccination**, trois participants ont cité le **pharmacien uniquement** (MG3, 6, 9) : *« Je pense que le pharmacien peut être à même de le proposer ou du moins de discuter de ça avec lui. Oui, parce que je crois que le pharmacien voit plus régulièrement le patient, limite plus souvent que nous »* (MG3). Deux généralistes, les MG1 et 2, ont cité le **pharmacien et l'infirmier** mais le MG2 signalait : *« Je dirais le pharmacien. J'hésite avec l'infirmière parce que les patients en général ont une relation beaucoup plus proche avec leur infirmière qu'avec leur médecin... Mais peu de patients ont une infirmière donc je vote plus pour le pharmacien »* (MG2). Deux autres MG ont spécifié que **tous les professionnels de la santé** pouvaient parler de la vaccination et la proposer s'ils ont une formation à ce sujet et s'ils le font dans le cadre de leur travail (MG4, 5). Quatre participants ont néanmoins précisé que c'était une fonction qui devait **rester aux mains du MG** (MG7, 8, 10, 11). Parmi ceux-ci, les MG8 et 11 ont précisé que le travail en collaboration avec les infirmiers pourrait être envisagé.

Concernant les **personnes aptes à réaliser la vaccination**, **l'infirmier** a été cité par six participants (MG1, 2, 3, 7, 8, 9). Nous avons demandé aux généralistes, ayant mentionné à la fois le pharmacien et l'infirmier comme apte à aborder la vaccination avec les patients, leur avis sur la présence d'un **infirmier en officine** réalisant cette vaccination après l'achat du vaccin. Les MG1 et 2 nous ont tout de suite signalé les problèmes que cela impliquait d'un point de vue médico-légal, si le patient fait une réaction anaphylactique à la suite de l'injection car seul un médecin est habilité à administrer de l'adrénaline en cas de réaction. À ce sujet, le MG2 disait : *« Le problème reste le risque de réaction anaphylactique et le besoin d'adrénaline en cas de réaction. Il faut savoir que les infirmiers n'ont pas le droit d'injecter de l'adrénaline sans*

médecin, et le pharmacien non plus » (MG2). Deux généralistes ont signalé que l'acte de la vaccination était un **acte purement médical** (MG5, 10) : « Ça reste un acte médical. Ça doit se faire par un médecin » (MG10). Deux participants ont signalé que la vaccination pouvait être gérée par les **MG et un infirmier si ce dernier est formé** à la gestion des réactions anaphylactiques (MG4, 11). Deux généralistes ont bien précisé que la vaccination ne faisait pas partie des fonctions des pharmaciens (MG1, 5). Seul le MG6 nous a dit que la vaccination pourrait être gérée autant par le MG, l'infirmier et le pharmacien, si ces derniers recevaient une formation adéquate pour pouvoir réaliser l'acte.

3.3.5.3. Idée 3 : délégation de l'activité préventive à l'assistant en médecine générale

La grande majorité des participants a répondu de façon univoque à cette proposition. En effet, tous les MG interrogés ont signalé qu'il était **intéressant de déléguer des activités de prévention à leur assistant**, et ce pour plusieurs raisons. L'assistant en médecine générale doit pouvoir pratiquer comme un MG et doit pouvoir se former à tout, et donc aussi à la pratique préventive (MG1, 2, 5, 8, 10, 11). Les MG4 et 6 rajoutaient que cela doit faire partie de sa formation et la réalisation d'activités de prévention doit rentrer dans le cadre de son assistantat. De fait, le MG chez qui il réalise son stage doit pouvoir lui confier tout type d'activités (MG3). Néanmoins, tous les généralistes précités ont insisté sur le fait que **l'assistant ne devait pas uniquement faire de la prévention** : « Je ne suis pas trop d'accord avec l'idée de lui déléguer de la prévention uniquement. Parce que l'assistant il doit pouvoir se former, il doit pouvoir tout voir » (MG2). Le MG9 a signalé avoir déjà et plusieurs fois délégué des activités préventives à ses assistants, sans préciser que ceux-ci ne devaient pas faire que ça. Le MG7 n'a pas répondu à la question par manque de temps et le fait de devoir mettre fin à l'entretien pour reprendre ses consultations (la durée de l'entretien était de plus de 55min). De plus, il a précisé ne plus avoir eu d'assistant depuis longtemps.

4. Discussion

Dans cette partie nous tenterons de répondre à nos objectifs et surtout à notre question de recherche. Pour ce faire, nous analyserons les résultats que nous avons obtenus et les comparerons avec la littérature. D'abord, en identifiant les représentations et les pratiques ainsi que les freins affectant la pratique préventive des MG. Ensuite, en analysant les résultats pour les ressources ainsi que les retours par rapport aux propositions d'idées que nous avons émises.

4.1. Analyse des résultats et parallèle avec la littérature

4.1.1. Représentations

Les résultats obtenus au sujet des **représentations des généralistes par rapport à la prévention primaire** sont en lien avec « l'éviction des problèmes de santé avant leur apparition » via la « diminution des risques de maladie », mais aussi à la « sensibilisation à la santé pour leurs patients » et à la « préservation de la santé » de ces derniers. Lorsque nous comparons ces résultats avec la définition de la prévention primaire (voir point 2.2.2.), les MG interrogés offrent une définition personnelle se rapprochant de celle donnée par l'OMS. Malgré le manque de littérature par rapport aux représentations des généralistes à ce sujet, nos résultats nous permettent d'identifier le fait que les participants à notre étude ont une bonne vision de ce qu'est la prévention primaire. De plus, ils ne la confondent pas avec l'un des trois autres types de prévention, du moins d'après leurs dires. Concernant la vision de leurs rôles face à la prévention primaire, les généralistes interrogés ont signalé qu'ils estimaient avoir un rôle important à jouer et une place privilégiée par rapport à celle-ci, même si certains ont mentionné le fait qu'ils n'étaient pas les seuls professionnels de la santé à avoir un rôle à ce niveau. Ce résultat va de pair avec ce que nous avons relevé dans la littérature. En effet, plusieurs sources abordent les rôles des MG en prévention et certaines citent les atouts des généralistes, qui leurs permettent d'exercer cette prévention (Bourdillon, 2008 ; Godard, 2009). En s'appuyant sur les besoins et les comportements de leur patientèle, ils peuvent pratiquer cette dernière autant à un niveau individuel que collectif. Nos résultats peuvent également être mis en parallèle avec l'étude de Fournier (2009). Celle-ci a démontré qu'une grande partie des MG percevait leur rôle en prévention comme important et faisant partie intégrante de leur pratique.

Concernant les **représentations des généralistes par rapport à la vaccination**, ceux-ci décrivaient le principe comme permettant « d'éviter la survenue des maladies pour lesquelles nous sommes vaccinés ». Les MG de notre échantillon semblent, pour la plupart, favorables à la vaccination et ont une vision positive de celle-ci, dans le sens où elle a une utilité en termes de maintien de la santé, autant à un niveau individuel que collectif. Certains participants nous ont cité le rôle du généraliste par rapport à cette vaccination, élément souvent repris dans la littérature (Fournier, 2009 ; Martinez, 2016). Fournier (2009) démontrait ainsi dans son article que 78,6% des MG sont favorables à la vaccination et que ceux-ci vaccinent « systématiquement » les personnes âgées contre la grippe saisonnière. Dans une étude sur les représentations de la vaccination, les résultats démontraient que les MG comme les patients se

la représentaient comme « *un soin réalisé principalement par les médecins, dont l'objectif premier est de prévenir l'apparition de maladies dans le cadre d'une politique de santé publique* » (Sardy, 2012, p.556). L'auteur expliquait aussi que « *les enjeux de prévention sanitaire semblent l'emporter davantage que les fondements scientifiques* » (Sardy, 2012, p.556). Nous pouvons relier cet élément avec les résultats que nous avons obtenus auprès des généralistes interrogés. Ceux-ci ne nous ont pas parlé des enjeux scientifiques mais plutôt des enjeux de la vaccination en termes de prévention sanitaire. Les MG ont aussi abordé spontanément les polémiques liées à la vaccination ainsi que l'influence des mouvements « anti-vaccin » et leurs impacts sur les représentations des patients et, indirectement, sur leur pratique de la vaccination. Ils expliquaient que ces réticences s'observaient autant au niveau des patients que de la population de façon générale. Les sources mentionnant l'impact des mouvements « anti-vaccin » sur les représentations des populations sont nombreuses. Leur impact sur l'augmentation des réticences vis-à-vis de la vaccination, a été défini dans la littérature (Orobon, 2016 ; Hussain, 2018). Ces réticences sont en lien avec la diminution de la confiance des patients vis-à-vis des institutions, des professionnels de la santé et des médias (Martinez, 2016) avec l'apparition de croyances concernant le fait que les vaccins causent plus de « mal » que de « bien » aux personnes qui se font vacciner (Hussain, 2018). À la suite de cette analyse, les résultats que nous avons obtenus peuvent être reliés avec ce que l'on retrouve dans la littérature. Martinez (2016) précisait le rôle qu'ont les MG par rapport à la vaccination car, généralement, les patients ont confiance en lui et l'écoutent. Cet élément de confiance des patients est aussi ressorti des discours des généralistes que nous avons interrogés. Suite à nos entretiens, nous avons remarqué que les patients réticents demandent une implication plus importante des MG, mais que ceux-ci se retrouvent parfois démunis face à ce type de patients.

Enfin, **concernant les représentations des MG participants par rapport à la vaccination contre la grippe saisonnière**, nous avons pu faire un lien entre l'avis favorable de ceux-ci par rapport à cette dernière et le fait qu'ils se fassent ou non vacciner. En effet, dans nos résultats, les généralistes favorables à la vaccination se sont fait vacciner ou se font généralement vacciner, alors que le seul médecin émettant des réticences par rapport à la vaccination, lui, ne se vaccine pas contre la grippe. Cependant, certains participants ont précisé que cette vaccination avait surtout un intérêt chez les « personnes fragiles » et « à risques ». Néanmoins, d'autres médecins ont signalé ne pas faire de distinction entre les patients et vaccinent les patients demandeurs non à risques sans problème. Cet élément est surtout observable chez le généraliste qui s'est montré particulièrement favorable par rapport à cette vaccination, dès le

début de l'entretien. Nous observons donc une corrélation entre la représentation qu'ont les généralistes de la vaccination contre la grippe, le fait qu'ils la proposent à certains ou à tous leurs patients et le fait qu'ils se fassent vacciner eux-mêmes. Les sources abordant la question des représentations des MG par rapport à la vaccination contre la grippe saisonnière ne semblent pas nombreuses. D'après nos recherches, seul l'article de Schmid (2017), abordant les barrières influençant l'hésitation vaccinale contre la grippe, nous offre des pistes d'analyse intéressantes. Sa revue systématique a permis d'identifier que le vaccin contre la grippe saisonnière subit les influences des mouvements « anti-vaccin ». Le lien entre la confiance des généralistes par rapport à la vaccination contre la grippe, le fait qu'ils se font vacciner et le fait qu'ils proposent cette dernière à leurs patients ont aussi été identifiés dans cette revue. Les résultats qu'il a identifiés sont comparables à ceux que nous avons obtenus.

4.1.2. Pratiques et organisation

Concernant la **pratique de la prévention primaire en médecine générale**, nos résultats montrent que cette pratique représente 43% de la pratique générale des médecins que nous avons interrogés. Lorsque nous avons voulu comparer ce résultat avec la littérature, nos recherches ne nous ont pas permises de trouver des sources actuelles abordant la part de la pratique de la médecine générale accordée à la prévention et plus spécifiquement à la prévention primaire, en Belgique. Dans sa thèse de 2014, Vanmeerbeek faisait le même constat et expliquait que, malgré l'exploitation de certains indicateurs mesurant les performances des MG en prévention par des instances de santé belge (INAMI, KCE, AIM), peu d'articles ou de rapports rendent compte précisément des représentations et des pratiques des généralistes en termes de prévention. Comme le précise le KCE dans son rapport de 2019, le seul élément que nous pouvons affirmer est, qu'actuellement, la performance des soins préventifs en Belgique reste en deçà des objectifs que le système souhaite atteindre. Par la suite, nous avons souhaité savoir si le type de pratique (solo ou association, à l'exclusion des maisons médicales, *cf. point 2.4*) influençait la pratique préventive en médecine générale. Les résultats que nous avons obtenus montrent que la moitié des participants interrogés signalait que leur type de pratique n'impactait pas leurs activités de prévention primaire. Néanmoins trois généralistes exerçant en pratique « solo » mentionnaient avoir peu de temps pour réaliser des activités en lien avec la prévention primaire. L'un d'eux exprimait qu'une pratique « en groupe » permettrait probablement une meilleure répartition du travail et donc plus de temps pour réaliser cette prévention primaire. Un élément de réponse par rapport à cette question figurait dans la thèse

de Vanmeerbeek (2014). Ce dernier a identifié que la pratique de soins primaires en groupe produisait de meilleurs résultats en termes de pratique de la prévention, autant en Belgique qu'à l'étranger. De fait, notre observation concernant la pratique solo peut être reliée à ce qui se trouve dans la littérature. De façon générale, les MG interrogés nous ont signalé que leur pratique préventive est impactée par les saisons et par la place qu'occupe le curatif dans la pratique de tous les jours. Cet élément est à relier avec le fait que certains participants nous ont, cependant, spécifié qu'ils aimeraient que cette activité préventive soit « plus systématique ». Cette contradiction entre le fait que les généralistes ont conscience de l'importance de leur rôle en prévention (voir point 5.3.1.), et le fait qu'ils ne semblent pas avoir toutes les cartes en mains pour l'effectuer librement (ou du moins, comme ils souhaiteraient la faire) s'observe autant dans nos résultats que dans certaines études (Fournier, 2009 ; Gautier, 2011 ; Vanmeerbeek, 2014). C'est, entre autres, ce point qui nous a interpellée et poussée à interroger les MG sur les freins qu'ils identifient comme impactant leur pratique préventive pour ensuite identifier les ressources pouvant les soutenir. Cette réflexion est explorée au niveau des points 5.3.3 et 5.4. Les sources abordant la pratique des généralistes en prévention sont nombreuses (Fournier, 2009 ; FWB, 2013 ; Vanmeerbeek, 2013 et 2014). Vanmeerbeek (2013) abordait les représentations et la pratique de MG belges en prévention. Les résultats de son étude peuvent, en partie, être reliés aux résultats que nous avons récoltés concernant les pratiques préventives des généralistes. En effet, Vanmeerbeek identifiait les différences de pratique en fonction des généralistes. L'intérêt des généralistes pour les questions de prévention, ou pour certains thèmes de prévention spécifiques, a été identifié comme impactant leur pratique préventive. Cette observation, nous l'avons également faite lors de notre enquête. Les généralistes ayant un attrait particulier pour les questions de prévention primaire semblaient plus en faire que les généralistes n'ayant pas ou peu d'attrait pour cette pratique. Cette notion de « préférence » semble fortement impacter la pratique en médecine générale, néanmoins, notons qu'un généraliste qui ne se vaccine pas (par exemple contre la grippe) n'est pas forcément un généraliste qui ne fait pas de prévention. Cette affirmation a particulièrement été observée auprès d'un des généralistes que nous avons interrogés. Toujours par rapport à la pratique préventive, quelques sources abordant la notion de la pratique opportuniste de la prévention ont montré des résultats similaires avec ce qu'exprimaient les MG de notre enquête, notamment l'étude de Gelly (2014). En effet, plusieurs généralistes nous ont signalé pratiquer cette prévention en association avec une pratique curative ou lors de moments « opportuns » ou « typiques » comme la remise de résultats de prise de sang ou lors de « bilans de santé ». L'un des médecins interrogés nous disait d'ailleurs que tout se mélangeait dans sa pratique. Notons

aussi que certains généralistes présentent une certaine réticence à être pro-actifs par rapport au domaine de la prévention, notamment car les patients n'arrivent pas avec une demande de soins préventifs. Ce « respect de l'intimité » des patients apparaît plus souvent lorsqu'il s'agit de prévention, mais semble moindre pour des sujets plus en lien avec du curatif. Il serait intéressant de comprendre pourquoi une telle différence existe. Concernant les actions de prévention primaire que les généralistes nous ont dit réaliser, la vaccination a été citée par tous les médecins que nous avons interrogés. Cela semble faire d'elle la pratique de prévention primaire la plus effectuée, du moins au sein de notre échantillon. La pratique d'actions d'éducation à la santé, sur des sujets divers, arrive en seconde place. Les actions en lien avec la prévention cardio-vasculaire ont aussi été mentionnées par les généralistes comme entrant dans leur pratique de la prévention primaire. Certains généralistes nous ont expliqué utiliser des « moyens », comme les prises de sang, pour faciliter l'approche de la prévention primaire auprès de certains patients. Les consultations de remise de résultats sérologiques semblent d'ailleurs plus s'orienter vers du préventif que du curatif. Ces résultats sont similaires à ce que l'on retrouve dans la littérature (Fournier, 2009 ; Fantino, 2004). Dans l'article de Fournier (2009), nous retrouvons en effet que la vaccination et l'éducation à la santé ainsi que la prévention cardio-vasculaire entrent dans les actions de prévention primaire effectuées par les MG. Cependant, une grande partie de nos participants a évoqué les dépistages comme étant une action de prévention primaire. Or, comme expliqué dans la littérature, les dépistages entrent dans la catégorie des actions de prévention secondaire (Lauque et Oustric, 2009 ; Fournier, 2009 ; Jamoulle, 2015). Enfin, notons que l'évaluation de la pratique des généralistes est un élément qui nécessite la prise en compte de plusieurs facteurs qui n'ont pas été abordés lors de notre enquête. Il faut donc être prudent avec les éléments que nous avons identifiés dans cette partie (Vanmeerbeek, 2014).

La **pratique de la vaccination**, comme nous l'avons signalé ci-dessus, semble être la pratique préventive primaire la plus réalisée au sein du panel de généralistes que nous avons interrogés. Ces derniers ont d'ailleurs exprimé que, selon eux, la vaccination représentait 55% de leur pratique préventive. Un quart de notre échantillon a précisé « faire de l'ONE », augmentant considérablement la part de leur activité générale liée à la vaccination. Il faut donc être assez prudent avec ce résultat. Lors de l'analyse de la littérature, nous avons pu observer que d'autres sources mentionnaient ce fait, notamment l'article de Fournier (2009). Cette place privilégiée de la vaccination en prévention primaire semble être en lien avec son principe même. En effet, la vaccination est un acte éminemment médical et ayant prouvé son efficacité scientifique, ce qui fait d'elle un acte souvent abordé et réalisé par les généralistes. Comme cité dans la

littérature « *la vaccination est le thème de prévention que les médecins déclarent le plus souvent aborder* » (Fournier, 2009, p.66). Lors de notre enquête, nous avons identifié le fait que la vaccination était abordée par les généralistes assez naturellement, sans trop de problème, au cours de la consultation avec leurs patients. Concernant les vaccins les plus abordés en médecine générale, les généralistes interrogés nous ont cité les vaccins de la petite enfance, le vaccin contre le tétanos (car renouvelable tous les dix ans), le vaccin contre le HPV, le vaccin contre le pneumocoque, les vaccins à faire pour les voyages à l'étranger et enfin le vaccin contre la grippe saisonnière. Concernant ce dernier, certains généralistes nous ont dit l'aborder sans trop de difficulté. L'un d'eux exprimait, cependant, que ce vaccin engendrait plus de débat avec les patients. Ce « débat » par rapport à la vaccination contre la grippe saisonnière apparaît dans la littérature. Le vaccin contre la grippe saisonnière a été identifié comme l'un de ceux pour lesquels le TCV diminue du fait de l'augmentation des réticences (Schmid, 2017 ; Martinez, 2016). Dans un de leurs « cahier prévention » consacré à la vaccination des personnes âgées (2010), la SSMG abordait une grande partie des vaccins qui ont été cités par nos participants (excepté le vaccin contre le HPV). Concernant les patients « candidats » à la vaccination, les généralistes de notre enquête ont précisé aborder la vaccination sans difficulté avec tous les patients nécessitant un vaccin selon leurs caractéristiques d'âge et leurs antécédents. Les difficultés apparaissent avec les patients qui, de manière générale, sont réticents à la vaccination. Les MG nous les décrivent comme pouvant être adeptes des mouvements « anti-vaccin » ; influencés par les « on-dit » et les mauvaises expériences de leur entourage ; ayant peur des effets secondaires ou ayant déjà fait une réaction à la suite d'un vaccin (concernant la grippe, ce sont des patients tombés malades à la suite du vaccin) ; soit surinformés (statut socioéconomique élevé) soit sous-informés par rapport à la vaccination (statut socioéconomique bas) ; plutôt orientés vers une médecine homéopathique/ naturelle. Ces caractéristiques se rapprochent assez bien de celles décrites dans la littérature concernant les patients réticents (Ketterer, 2013 ; Schmid, 2017). Néanmoins, les patients réticents représentent une part moindre de la patientèle des généralistes que nous avons interrogés et la littérature semble aussi exprimer des résultats en ce sens (Ketterer, 2013).

Enfin, **concernant la pratique de la vaccination contre la grippe saisonnière**, tous les généralistes que nous avons interrogés nous ont dit la proposer. En termes de pratique, nos résultats montrent que les généralistes interrogés proposent la vaccination entre septembre et octobre et vaccinent entre octobre et fin-décembre. Ces résultats en termes de pratique vont de pair avec les recommandations émises par la SSMG (2008). Une grande majorité d'entre eux

ont précisé ne la proposer qu'aux patient « fragiles » ou « à risques » tandis que d'autres ont expliqué la proposer à tous les patients, à risques ou non et arrivant avec une demande pour cette vaccination. Afin d'identifier ces patients fragiles et « à risques », nous avons directement comparé les réponses citées par les MG avec les types de patients figurant au sein des trois groupes ciblés par les recommandations du CSS (voir point 2.3.3.2). Nous avons, ainsi, pu analyser que les généralistes respectaient assez bien les recommandations du CSS concernant les individus repris au sein du groupe 1 et en partie les recommandations pour les personnes reprises au sein du groupe 2. Une grande majorité de notre échantillon nous a avoué faire très peu voire pas du tout attention au groupe 3. Concernant les patients demandeurs de vaccination, nous retrouvons parmi eux les patients à risques et « habitués » à faire cette vaccination chaque année (patients souffrant d'une maladie chronique, personnes âgées, etc.) ainsi que des patients non à risques. Au sujet des résultats que nous avons obtenus par rapport aux actions permettant aux généralistes d'avoir une couverture vaccinale optimale de leurs patients à risques, très peu de généralistes nous ont dit mettre en place une action en particulier. Le fait « d'en parler spontanément » avec leurs patients, lors de la consultation, a été la seule méthode mentionnée comme leur permettant d'assurer une certaine couverture vaccinale. Notons aussi les actions auprès des patients à risques mais réticents. Les généralistes interrogés nous ont expliqué donner toutes les informations nécessaires pour que ces patients comprennent les enjeux de la vaccination contre la grippe pour leur cas. Si, malgré tout, le patient refuse toujours le vaccin, les MG nous ont bien précisé qu'ils ne pouvaient pas forcer le patient à se faire vacciner et respectaient leur refus. Ces résultats sont à mettre en parallèle du rapport produit par le KCE (2019) sur la performance du système de santé belge. Ce dernier relate des résultats du TCV, par région, des personnes de plus de 65 ans contre la grippe. Néanmoins, ce TCV est encore en deçà de l'objectif de 75% de couverture pour le vaccin contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus. Cela prouve que, malgré l'intérêt des généralistes pour les questions de prévention vaccinale, très peu de choses sont faites en pratique pour assurer une couverture vaccinale optimale des personnes à risques contre la grippe. L'ECDC aborde également le faible TCV contre la grippe auprès des personnes à risques au niveau européen. Lorsque nous avons exposé ce résultat aux participants de notre enquête, 2/3 d'entre eux nous ont dit ne pas être au courant de cette diminution du taux de vaccination et trouvaient ça « dommage ». Une partie d'entre eux étaient d'ailleurs surpris. Les résultats que nous retirons de notre enquête sont donc comparables avec la littérature.

4.1.3. Freins à la pratique de la prévention primaire

Concernant les freins liés au système, nos résultats ont montré que le coût financier de la vaccination était parfois difficile à gérer pour certains patients. Par cette remarque, les MG interrogés faisaient référence aux remboursements trop faibles pour certains vaccins (méningite B, HPV et pneumocoque ont été cités en ce sens), rendant donc l'accès à cette prévention difficile pour une partie de la population. Nous avons donc fait des recherches concernant les remboursements alloués aux patients pour la vaccination. En Belgique, c'est l'INAMI, via les mutuelles, qui s'occupe du remboursement, total ou partiel, des vaccins. Comme expliqué sur le site internet *Vaccination-info.be*, les vaccins recommandés pour les bébés, enfants et adolescents sont remboursés à certaines conditions : administration aux moments recommandés par le cahier vaccinal et commandés par un professionnel dans le cadre du Programme de vaccination de la FWB. Les autres vaccins, ne rentrant pas dans le cadre de ce programme, peuvent être accessibles en pharmacie sous prescription. Ces derniers doivent être achetés et peuvent éventuellement être remboursés par l'INAMI. Certaines mutuelles peuvent accorder des remboursements complémentaires. Concernant les professionnels de la santé exposés aux maladies infectieuses, ces derniers peuvent bénéficier d'une vaccination remboursée intégralement ou en partie par l'employeur (vaccination-info, 2020). Le financement alloué à la prévention et la méthode de rémunération des généralistes (à l'acte) sont des obstacles à la pratique préventive et souvent repris dans la littérature. Pourtant ces éléments ne se retrouvent pas mentionnés tels quels dans nos résultats. Nous remarquons néanmoins qu'il est difficile de réellement comprendre ce que les généralistes entendent lorsqu'ils citent « un manque de financement ». L'autre frein mentionné par les MG est l'existence d'une différence entre la région wallonne et la région flamande, notamment au niveau des campagnes de communication, de la gestion de l'information et du budget alloué à la prévention. Ce frein a été cité par Vanmeerbeek (2013). Ce dernier faisait état des différences organisationnelles existant entre les parties francophone et néerlandophone du pays depuis la décentralisation de certaines compétences, dont la santé, au niveau des communautés linguistiques engendrant des différences dans la gestion et l'organisation de la pratique de la prévention et dans l'allocation de certains budgets pour ce domaine de la santé. D'autres généralistes ont aussi mentionné l'impact du manque d'information, voire de la désinformation, de la population concernant la vaccination. En parallèle, certains généralistes ont mentionné l'impact des mouvements « anti-vaccin » de façon générale comme « freinant » la pratique de la vaccination car impactant l'opinion publique (Ketterer, 2013 ; Gautier, 2013 ; Orobon, 2016 ; Martinez, 2016). Un autre

élément mentionné par l'un des généralistes interrogés est la pénurie de MG que l'on observe actuellement en Belgique et qui augmente la charge de travail des MG en activité. Cette pénurie, nous l'avons mentionnée au point 2.1.2 de ce travail.

Concernant les freins liés à la pratique et à l'organisation, le principal élément considéré comme un frein dans la pratique en médecine générale est le manque de temps. Cet élément a été cité par une grande majorité des MG de notre échantillon et se retrouve aussi mentionné de nombreuses fois dans la littérature comme étant l'obstacle le plus important à la pratique de la prévention et il est le plus souvent mentionné (Gosselain, 1999 ; Jonckheer, 2001 ; Fantino, 2004 ; Vanmeerbeek, 2013, 2014 ; Gelly, 2014 ; Luquis, 2015 ; Martinez, 2016). Nos résultats montrent que ce manque de temps est principalement lié à une surcharge de travail. Celle-ci s'explique par le fait qu'il y a de plus en plus de départs à la retraite chez les MG belges, dont la patientèle se voit répartie chez les généralistes encore en activité, entraînant une augmentation de leur nombre de patients. Cette surcharge de travail s'explique aussi par une charge de travail plus dense de façon générale, autant administrative que pratique, accompagnée de patients de plus en plus informés et donc demandeurs (Luquis, 2015). L'autre frein lié à la pratique et cité par deux généralistes de notre échantillon est le fait qu'il est impossible de toucher tous les patients et que donc, certains passent « au travers du filet de la prévention ». Nos recherches ne nous ont pas permises de trouver des sources abordant cet élément. Néanmoins, il est connu que toute la population ne bénéficie pas d'un suivi régulier chez le généraliste. Selon l'enquête de santé réalisée en 2013, 94% des personnes interrogées expliquaient avoir un MG attitré et 77% mentionnait avoir au moins un contact avec lui par an (Van der Heyden, 2015). Le manque d'outils permettant de réaliser cette prévention, et ceux existants mais peu adaptés à la pratique actuelle, ont aussi été cités par les généralistes interrogés comme freinant la pratique préventive. Cet élément se retrouve aussi cité dans la littérature (Jonckheer, 2001 ; Vanmeerbeek, 2013). Le dernier frein cité est le manque d'organisation et de structure de certains MG. Deux généralistes nous ont dit ne pas être suffisamment organisés que pour pratiquer correctement cette prévention primaire par manque de moyen pour l'un (pas de traçabilité de certains vaccins car encore sur support papier) et par manque de volonté pour l'autre. Ces deux éléments impactent forcément leur pratique de la prévention et ont aussi été cités dans la littérature (Vanmeerbeek, 2013 ; Martinez, 2016).

Enfin, les freins **concernant les patients**, ont déjà été en partie cités ci-dessus. Notons premièrement le manque de connaissances de certains patients qui ne comprennent pas ou plus les enjeux de la vaccination. Ce manque de connaissances a aussi été mis en lien avec le fait

qu'ils manquent d'informations concernant la vaccination et la prévention de manière générale. D'autres généralistes nous ont mentionné le fait que plusieurs patients ne se sentaient pas/plus concernés par la vaccination. Ces deux éléments ont été identifiés plusieurs fois dans la littérature comme des obstacles à la vaccination (Fantino, 2004 ; Gautier, 2013 ; Orobon, 2016). La diminution de la préoccupation des patients est expliquée comme étant liée au fait que les maladies infectieuses, par leur éradication partielle, apparaissent comme moins menaçantes aux yeux des individus (Sardy, 2012 ; Gautier, 2013). A contrario du manque d'informations, certains généralistes nous ont mentionné la surinformation, voire la désinformation de certains patients, notamment par rapport à la vaccination. Pour ce point, l'impact des mouvements « anti-vaccin » a certainement une influence. Comme cité ci-dessus, ces mouvements engendrent chez certains patients des réticences voire des méfiances par rapport à la vaccination (Gautier, 2013 ; Orobon, 2016). Ces éléments sont identifiés par les généralistes comme des freins à la pratique de la prévention car cela leur demande plus de travail, notamment pour déstructurer les idées des patients et les ré-informer, toujours en essayant de maintenir une bonne relation de confiance. Citons aussi le fait que les patients ouvertement opposés à la vaccination (ou du moins réticents) représentent des freins pour les généralistes pour les mêmes raisons énoncées ci-dessus. Ce point est également cité dans la littérature même s'il est précisé qu'une part minime des personnes est ouvertement réticente à la vaccination (Gautier, 2013). Enfin, certains généralistes nous ont mentionné le manque de compliance de certains patients comme les freinant dans leur pratique préventive. L'un des généralistes interrogés nous a expliqué que certains patients réceptifs aux informations et conseils donnés lors de la consultation ne les appliquaient pas toujours une fois sortis du cabinet. Cet élément l'impacte donc dans sa pratique de la prévention et le freine, car il accorde de son temps pour faire de l'éducation à la santé, mais ses conseils ne sont pas suivis et donc son action n'a que peu d'impact *in fine*. Nous remarquons donc que certains freins liés aux patients impactent, comme les généralistes nous l'ont expliqué, leur pratique en termes de prévention, mais cela va plus loin. Selon nous, les freins qu'ils identifient sont en lien avec leurs représentations d'un « patient compliant », qui se voient mises à mal en pratique par la confrontation avec le patient réticent, ou moins concerné. Cela demande au généraliste de revoir, autant sa pratique que ses représentations, tout en ayant toujours pour but de préserver, ou d'améliorer, la santé de son patient. Cette remise en question semble peu de fois réalisée, les généralistes préférant en rester à la simple transmission d'information, sans chercher à réellement comprendre ce qui se cache derrière les réticences ou la non-compliance de leurs patients. Il serait intéressant d'approfondir cette question lors de recherches ultérieures.

Néanmoins, et malgré tous les freins mentionnés par les généralistes, certains nous ont expliqué leur manière d'agir, notamment face au frein financier et au manque d'informations des patients. Par rapport au frein financier et au coût de certains vaccins, les généralistes expliquaient donner des informations concernant les remboursements de certaines vaccinations et les rôles des mutuelles par rapport à ce point. Quelques médecins expliquent avoir développé des « astuces » (comme pour le vaccin contre le pneumocoque) pour que certaines vaccinations n'impactent pas fortement le patient d'un point de vue financier. Concernant le manque d'informations, certains participants nous ont expliqué prendre plus de temps avec les patients manquant d'informations ou subissant une désinformation pour les informer et les orienter vers des sources fiables d'informations ou encore en leur donnant des documents simples et compréhensibles (Hubens & Serano, 2011).

4.2. Retour sur la question de recherche et tentative de réponse

Dans cette partie, l'objectif sera d'analyser les derniers résultats de notre recherche et de les mettre en lien avec les éléments précités pour tenter de répondre à notre question de recherche.

4.2.1. Ressources par rapport à la pratique de la prévention

Dans cette partie, nous avons interrogé les MG sur les **ressources (outils ou actions) existantes** qu'ils identifiaient dans leur quotidien comme soutenant leur pratique de la prévention primaire, ou la facilitant. Parmi les résultats que nous avons obtenus, notons que la ressource citée par dix de nos participants a été les campagnes de sensibilisation/ communication par rapport à la prévention (ou la vaccination) produites par les instances de santé fédérales, régionales ou communautaires. Ces campagnes de communication sont diffusées à la télé, à la radio ou même dans les journaux papiers. Elles sont donc ciblées vers les patients, mais sont des ressources apparaissant comme soutenant la pratique de la prévention pour les MG. Cette observation a aussi été relevée par Gautier (2011), à la suite de l'analyse des résultats du Baromètre Santé réalisé par l'INPES en 2009, et qui explique que les généralistes citent les campagnes grand public comme étant un élément pouvant les aider à réaliser des missions de prévention. Nos résultats sont donc comparables avec la littérature. L'ASBL Éducation Santé (2012) explique que les campagnes d'information, ou « campagnes de prévention » permettent de renforcer et/ou de provoquer le changement et ont été identifiées comme ayant un réel impact sur les comportements de santé de la population. Elles sont aussi intéressantes sur le plan coût-efficacité. Celles-ci s'adressent à une large partie de la population, sensibilisent les patients par rapport à une question de prévention (vaccination, éducation à la santé, dépistage, etc.) et les

stimulent à en parler avec leur MG (Le Pennec, 2012). La littérature précise que ces campagnes permettent d'initier un changement de comportement, mais l'intervention d'un professionnel de la santé le facilite encore plus. Il faut donc envisager ces dernières comme permettant de « préparer le terrain » pour faciliter l'intervention de prévention ou d'éducation à la santé réalisée par les MG. Bien que cette ressource soit efficace, les généralistes que nous avons interrogés ont précisé qu'elle pourrait néanmoins être améliorée. Certains de nos participants nous ont dit qu'il serait intéressant d'augmenter leur fréquence, d'élaborer des messages ciblés sur certaines préventions (exemple la vaccination, les dépistages) plutôt que généraux (exemple l'activité physique), sans pour autant ne plus en faire du tout. Cela pourrait aussi permettre d'atteindre les populations n'allant pas chez le MG et qui ne bénéficient donc pas de cette prévention. L'un des généralistes de notre panel a mentionné le rôle intéressant que pourraient jouer les réseaux sociaux comme plateformes de diffusion de ces campagnes de prévention. L'une des autres ressources citées par les participants, en lien avec cette notion d'information, est les affiches et brochures exposées dans la salle d'attente du cabinet. Uniquement un généraliste de notre panel n'affichait rien et ne disposait pas de brochures en salle d'attente. Les MG expliquent que ces affiches et brochures ont le même but que les campagnes de prévention. Elles sont l'un des moyens de diffusions de messages préventifs employés directement par les généralistes. Ces derniers expliquent que, parfois, les sujets repris sur les affiches ou brochures permettent aux patients d'arriver avec un thème à aborder en consultation. La littérature mentionne l'envie des patients d'être informés par rapport à leur santé et le rôle des généralistes de leurs donner et diffuser de bonnes informations (Sherwin, 2013). Par rapport à ça, la salle d'attente du cabinet du MG est décrite comme un lieu propice de diffusion de messages de santé. Les affiches se voient donc être un moyen de transmettre des informations, autant générales que plus spécifiques, de santé aux patients et de rendre le temps en salle d'attente plus « actif » (Sherwin, 2013 ; Thibaut Marquant, 2018). Comme l'explique Thibaut Marquant dans sa thèse (2018), les affiches de prévention attirent l'attention, apportent des informations claires et concises et se voient également être un outil de dialogue pour entamer une discussion sur un sujet de santé avec son MG. Elles servent également d'aide-mémoire (pour les rappels de vaccination ou pour des dépistages) mais permettent aussi de prendre conscience de certains risques. Néanmoins, elles peuvent engendrer, chez certains patients un sentiment de gêne, voire de l'inquiétude. Les messages qu'elles diffusent sont parfois trop limités ou déjà connus, d'où l'importance de renouveler les affiches et de diversifier les sujets affichés. Pour cela, il est nécessaire que les MG les renouvèlent pour éviter que leurs patients ne s'y habituent et y prêtent moins attention. Ensuite, les MG se sont eux-mêmes cités comme étant l'une de leurs

ressources. En effet, il est difficile d'envisager une prévention efficace des patients si le médecin n'est pas impliqué ou intéressé par le domaine de la prévention. L'intérêt et le rôle des généralistes par rapport à la prévention ont déjà été abordés plus tôt dans ce travail et sont de nombreuses fois mentionnés dans la littérature (Fournier, 2009 ; Gautier, 2011 ; FWB, 2013 ; Vanmeerbeek, 2013 et 2014, Martinez, 2016). Les MG de notre échantillon expliquaient que le fait de connaître leurs patients (leur état de santé actuel et leurs antécédents) et d'avoir développé une relation de confiance leur permet d'aborder plus facilement certains sujets de prévention avec eux. Ils ajoutent que leurs patients sont assez réceptifs aux conseils qu'ils donnent si la relation de confiance est forte. L'importance de cette relation de confiance est abordée dans la littérature. Pour la développer, il est important d'informer et de conseiller le patient, sur tous les domaines, d'agir sur leurs craintes, de répondre à leurs questions et de parfois prendre le temps de déconstruire certaines de leurs représentations influencées par une désinformation (Hubens & Serano, 2011 ; Sardy, 2012 ; Martinez, 2016 ; Shen, 2019). Sardy (2012) explique d'ailleurs que les patients citent leurs généralistes comme étant une bonne source d'influence concernant la vaccination. Malgré ça, certains de nos généralistes nous ont dit qu'il faudrait qu'ils s'améliorent à ce niveau, qu'ils consacrent plus de temps à la prévention et qu'ils soient plus systématiques par rapport à cette dernière. Donc ils sont une bonne ressource, mais ils font face à des freins et des obstacles comme ceux qui ont été identifiés ci-dessus. La dernière ressource mentionnée par une partie des généralistes est l'outil informatique. En effet, depuis l'arrivée de l'ordinateur au sein des cabinets, de l'installation de logiciels de gestion de la patientèle, de la généralisation du « dossier médical global » (DMG) et ensuite du DMG+ (aujourd'hui abandonné), les généralistes nous signalent mieux gérer les informations des patients. Les programmes de gestion de la patientèle permettent de prendre en charge toutes les informations des patients. L'utilisation de l'ordinateur dans la pratique de tous les jours, n'a pas été facile à mettre en place pour certains généralistes plus âgés et habitués à gérer l'information sous format papier. Gaëlle Chapiro, dans un article de Santé Conjugée (2011), a étudié la question de la place de l'outil informatique en médecine générale, du point de vue des patients. Ses résultats montrent que l'outil est utile, voire indispensable, dans la pratique de la discipline. Il permet un accès rapide et complet à l'information. Cela influence positivement la prise en charge des patients, et facilite le suivi et la traçabilité des informations (rappels de vaccinations, antécédents, etc.) ainsi que la communication entre les différents professionnels de la santé (résultats d'examen, avis de spécialiste, etc.) (Chapiro, 2011 ; Vanmeerbeek, 2014). Toutefois, l'article aborde deux points à considérer par rapport à l'outil : la confidentialité des données et leur gestion, ainsi que la convivialité entre le généraliste et le

patient. Tout comme les trois premières ressources, l'outil informatique a aussi été cité comme pouvant être amélioré. L'un des MG interrogé spécifiait que, dans les années à venir, de nombreuses évolutions permettraient de faciliter certains diagnostics et d'identifier les patients à risques plus facilement. Ces améliorations de l'outil informatique dans le futur, ont aussi été mentionnées dans la littérature (Chapoix, 2011). D'autres ressources ont été proposées mais par une plus petite portion de notre échantillon. Parmi celles-ci, trois MG nous ont parlé des interventions des mutuelles permettant aux patients de bénéficier de remboursements partiels ou totaux sur le prix de certains vaccins. Cependant, d'autres nous ont spécifié que certains remboursements pourraient être augmentés ou attribués à une catégorie plus large de personnes. Deux MG nous ont expliqué qu'il était facile de parler de prévention lorsque le patient est compliant. Deux autres généralistes nous ont parlé du rôle des autres professionnels de la santé en prévention. Ils expliquaient que, parfois, une bonne collaboration avec ces derniers permettait une meilleure pratique de la prévention. Certaines ressources ont été citées dans la littérature, mais n'ont pas été mentionnées par nos participants. Citons notamment le manque de formation ou de mise à jour sur certains sujets de santé chez certains MG, impactant donc leur pratique de la prévention (Jonckheer, 2001 ; Fantino, 2004 ; Vanmeerbeek, 2013). Nous avons également abordé le rôle des pouvoirs publics concernant les questions de prévention, qui a été décrit comme important par une grande majorité des MG que nous avons interrogée. Néanmoins, selon nos résultats, une partie d'entre eux attend des pouvoirs publics des interventions plus importantes, notamment concernant la prévention. Ceux-ci devraient, selon les généralistes, augmenter les financements accordés au domaine de la prévention et intensifier les campagnes de communication par rapport à cette dernière.

Concernant les **ressources n'existant pas**, mais pouvant soutenir la pratique de la prévention, nos résultats nous ont permis d'identifier quatre idées. La première a été proposée par un seul généraliste et est l'idée d'un « carnet de prévention ». Ce carnet, s'inspirant du principe du « carnet de l'enfant », serait orienté sur le domaine de la prévention (primaire et secondaire) et constitué de messages de rappel par âge, sous forme de ligne du temps ou de calendrier sur des sujets comme la vaccination ou même les dépistages. Ce carnet serait individuel, ce qui pourrait stimuler les patients à être acteurs de leur santé. Malheureusement, lors de nos recherches, nous n'avons pas identifié de littérature abordant ce type de carnet de prévention. L'idée est donc originale et serait à investiguer dans le futur. La seconde idée, mentionnée par deux des généralistes que nous avons interrogés, est liée au principe de la « consultation de prévention ». Celle-ci permettrait, le temps d'une consultation entière et à raison d'une fois par an, de se

consacrer uniquement aux questions et aux soins préventifs, chez un patient. Ces consultations de prévention spécifiques ne sont pas implémentées en Belgique telles quelles. En revanche, nos résultats montrent qu'elles peuvent prendre d'autres formes dans la pratique générale. Ainsi, les consultations réservées aux résultats d'une prise de sang, ou celles dédiées aux bilans de santé, peuvent facilement s'orienter vers une consultation dédiée uniquement à la prévention. En France, ces consultations ont été implémentées et ont fait l'objet d'un rapport du Haut Conseil de la santé publique en 2009. Ce rapport identifie les avantages de ces consultations et met aussi en lumière ces désavantages. Parmi eux, le financement à l'acte majoritaire dans la discipline, est peu adapté à la pratique de la prévention primaire. Le manque d'organisation est aussi expliqué comme un obstacle à l'efficacité ainsi que le public visé par ces consultations, qui se rend peu chez le MG. Le rapport précise qu'il serait intéressant de revoir l'organisation et la mise en œuvre de ces consultations de prévention, en préférant les « événement de vie » afin de les rendre plus efficaces (Baudier, 2009). Il est aussi nécessaire que ces consultations soient ciblées sur un public précis, selon certains critères (comme l'âge ou les antécédents), toujours dans une optique d'efficacité de l'activité préventive. Néanmoins, les obstacles que nous avons identifiés ci-dessus, impactent aussi ce type de consultations (Bouziane-Rahmani, 2015). Il faudrait donc revoir leur implémentation et adapter le financement à ce type de consultations (exemple : *pay for performance*). La troisième idée mentionnée par l'un des généralistes que nous avons interrogés est le fait de rendre les vaccins directement disponibles au sein des cabinets de généralistes. Malheureusement, lors de l'analyse de cette idée, de nombreuses questions ont émergé, notamment concernant la prescription et le rôle du pharmacien. Nous n'avons pas pu investiguer cette proposition par manque de littérature. La quatrième idée a, elle aussi, été proposée par un seul généraliste de notre échantillon. Son idée est de mettre en place des « délégués en santé publique », employés par les instances de santé, mais travaillant auprès des généralistes. Selon l'idée du MG, ceux-ci donneraient toutes les informations nécessaires aux généralistes pour qu'ils soient informés sur les dernières données en termes de prévention et sur comment leur permettre de la réaliser (développer et mettre en place des ressources pour soutenir les généralistes). Tout comme la troisième idée, nos recherches ne nous ont pas permis de trouver de littérature abordant cette idée comme telle. Notons aussi que, à ce niveau, un médecin généraliste nous a parlé de « questionnaires » sur un sujet de prévention, à mettre à disposition des patients dans la salle d'attente du cabinet. À ce sujet, un autre généraliste nous avait dit en utiliser dans sa pratique, ce qui signifie qu'ils existent déjà mais ne sont pas exploités par le généraliste les ayant mentionnés. Lors de nos recherches dans la littérature, d'autres articles ont mentionné l'efficacité de ces « auto-

questionnaires », du point de vue de la prévention (Sherwin, 2013 ; Audran, 2016). Ils permettent de gagner du temps lors de la consultation en collectant des données spécifiques et pertinentes, en amont de cette dernière. Ils sont décrits comme utiles, faisables et envisageables. Néanmoins, ces questionnaires restent assez peu utilisés en ambulatoire et leur utilisation reste limitée par le temps passé en salle d'attente et la compréhension des patients (Audran, 2016).

4.2.2. Retour sur les propositions d'idées pouvant soutenir la pratique

Concernant **l'idée du préventeur** au sein du cabinet du MG, trois opinions se sont dégagées de nos résultats : favorable, défavorable et mitigée. Certains généralistes ont mentionné les arguments suivant comme étant des arguments défavorables par rapport à l'idée. L'argument défavorable le plus mentionné, est en lien avec la difficulté de faire accepter ce nouvel intervenant aux patients. Cet argument nous pousse à nous interroger sur la capacité des MG à renoncer à une partie de leurs rôles et prérogatives envers leurs patients et met en jeu le pouvoir qu'ils ont de par leur fonction. Certains généralistes ont fait un lien entre le préventeur et les nouveaux stagiaires assistants en médecine générale, en expliquant que la confiance des patients est parfois difficile à développer au début de la prise de fonction de cette nouvelle personne. L'autre argument défavorable était en lien avec la confidentialité des données des patients et la justification de l'intrusion dans celles-ci. Un quart des participants nous ont aussi expliqué la complexité de l'implémentation de l'idée dans la pratique générale. En effet, il serait intéressant que le préventeur ait son propre bureau et accès à un ordinateur, ainsi qu'aux dossiers des patients. Cela implique donc de revoir l'organisation et l'aménagement du cabinet, ce qui est impossible pour certains généralistes. Concernant les arguments des participants mitigés, ces derniers exprimaient que l'idée était intéressante mais que trop de questions émergeaient par rapport au rôle, à la place et à la rémunération de ce préventeur. Néanmoins, trois généralistes ont précisé que si le cadre de fonction du préventeur était plus clair, ce dernier pourrait vraiment être une ressource pour eux en termes de prévention. L'autre argument exprimé par les participants mitigés était la peur d'être dépossédés de leurs rôles en prévention et souhaitaient que la collecte des données leur reste dévolue et qu'ils puissent toujours la gérer. Malgré tout, les généralistes favorables à l'idée exprimaient que le préventeur pourrait leur permettre de gagner du temps et de cibler certaines préventions spécifiques ou générales. Ils précisent cependant que pour cela, il est nécessaire que la collaboration entre le préventeur et le MG soit parfaite. Lors de nos recherches dans la littérature, plusieurs articles expliquaient le rôle et l'impact d'une personne présente en salle d'attente et servant de relais entre les patients et le

généraliste. Sherwin (2013), dans son article, nomme cette personne le « *waiting room manager* » (gestionnaire de la salle d'attente, en français). Ce dernier peut donner des informations de prévention (via les affiches de prévention et les brochures), aider les patients à remplir certains outils de prévention (notamment les (auto-)questionnaires de prévention), tout en participant à l'établissement et l'organisation de l'agenda des consultations. Il peut également conseiller les patients, les aider à consolider leurs objectifs de santé ou encore faire de l'éducation à la santé pour certaines maladies chroniques. Il peut également réaliser des actes comme prendre le poids, la taille et la tension artérielle des patients avant la consultation. Tout cela, dans le but de faciliter et structurer la rencontre MG-patient (Sherwin, 2013 ; Audran, 2016). Ce « préventeur », tel que nous l'avons présenté, se voit donc être une ressource utile s'il était amendé de fonctions plus générales à la gestion de la salle d'attente. Le fait qu'il ne se focalise que sur la prévention primaire serait une perte pour le cabinet en termes de soutien. Néanmoins, il faut considérer son implémentation difficile pour certains praticiens solo, tout comme le flou entourant son cadre de fonction. Cette ressource est donc à étudier dans le futur.

Concernant **l'idée de la délégation à d'autres professionnels de la santé** de la proposition et de la réalisation de la vaccination contre la grippe saisonnière, ici aussi les résultats que nous avons obtenus étaient mitigés. Au sujet de la proposition de la vaccination, une partie des généralistes que nous avons interrogés ont mentionné le fait que les pharmaciens et les infirmiers pouvaient parler de vaccination avec les patients qu'ils côtoient, uniquement dans le cadre de leur profession. Deux généralistes ont précisé que, selon eux, tous les professionnels de la santé formés aux principes de la vaccination pourraient parler du vaccin avec les patients à risques qu'ils prennent en charge. Néanmoins, un tiers de notre échantillon précise que la proposition de la vaccination devrait rester aux mains du MG. À propos de l'acte vaccinal, la moitié des généralistes nous ont dit que le praticien infirmier pourrait s'en charger (acte déléguable). Cependant, certains ont précisé les risques de réaction anaphylactique post-vaccinale. Ils ont donc spécifié que le vaccin devrait être administré par le MG ou, du moins, en sa présence. D'autres ont été plus catégoriques et ont précisé que l'acte était un acte médical qu'ils ne souhaitent pas le déléguer. Deux généralistes ont précisé que la vaccination n'entrait pas dans les fonctions du pharmacien et que ce dernier n'ayant pas reçu de formation clinique, ne pourrait ni gérer l'acte ni les potentielles réactions. La littérature nous a permis d'identifier que les MG ne sont pas très enclins à déléguer des activités, notamment préventives. Bien qu'ils reconnaissent leur rôle en matière de prévention, ils ne sont pas forcément prêts à déléguer certaines activités en lien avec ce domaine à d'autres professionnels. Néanmoins, s'ils doivent

être amenés à déléguer certaines de celles-ci, ils préfèrent en priorité les déléguer à des paramédicaux et en second temps à des médecins spécialistes ou hospitaliers (Gautier, 2011 ; Vanmeerbeek, 2014). Les résultats que nous avons obtenus par rapport à cette idée peuvent donc s'expliquer par le fait que les MG apprécient peu le fait de déléguer leurs tâches préventives, surtout lorsque celles-ci impliquent un acte technique (comme la vaccination). Pour revenir sur le point de la vaccination par les pharmaciens, nous avons identifié lors de nos recherches, qu'en France, le gouvernement autorise la réalisation de la vaccination contre la grippe par les pharmaciens d'officine. Cette réglementation n'est d'application que depuis avril 2019 et est régie par de nombreuses conditions (formation théorique et pratique des pharmaciens titulaires et adjoints obligatoire, adaptation des locaux de l'officine à la réalisation de la vaccination, déclaration de l'activité de vaccination au directeur de l'Agence Régionale de Santé dont il dépend, assurer la traçabilité de la vaccination, assurer la transmission de l'information au MG des patients vaccinés, etc.) (Fougere, 2019). Un rapport international de 2018 a étudié l'impact des pharmaciens vaccinateurs contre la grippe saisonnière. Il a démontré que ces derniers avaient un réel impact sur le TCV et soutenaient en ce sens la pratique des généralistes sans être une forme de concurrence (Megerlin, 2018). Toutefois, en Belgique, aucune réglementation ne permet au pharmacien de pratiquer une quelconque vaccination.

Concernant **l'idée de la délégation de l'activité préventive à l'assistant en médecine générale** réalisant son stage au sein du cabinet, les résultats que nous avons obtenus étaient plutôt univoques. En effet, l'ensemble de notre échantillon a exprimé l'importance de la réalisation d'activités préventives par leur assistant. Certains ont justifié cela en précisant que la prévention faisait partie de l'activité générale d'un médecin généraliste et qu'il doit pouvoir s'y former et que ce type d'activités ou de soins doit pouvoir entrer dans le cadre de son stage d'assistantat. Le Vademecum 2020-2021 du Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG) spécifie que les stagiaires assistants en médecine générale ont toutes les prérogatives d'un MG titulaire. Ils peuvent réaliser tous les actes en lien avec la discipline dans le cadre de leur assistantat et cela sous supervision ou non de leur maître de stage. L'objectif est de développer leurs compétences et leur autonomie professionnelle.

4.2.3. Comment soutenir les médecins généralistes par rapport à la réalisation d'actions de prévention primaire auprès de leur patientèle

Nous avons maintenant identifié tous les éléments nous permettant de tenter d'apporter une réponse à notre question de recherche. Celle-ci était : « *Comment soutenir les médecins*

généralistes dans la réalisation d'actions de prévention auprès de leur patientèle ? ».

Comme nous l'avons constaté dans la littérature, avant le début de notre recherche, de nombreux freins affectent la pratique de la prévention, et donc de la prévention primaire, en médecine générale. Nos résultats ont confirmé que ces freins sont toujours identifiés dans la pratique des généralistes à l'heure actuelle. Ils sont multiples et, à la fois, liés au système (niveau macro), à l'organisation et la pratique des MG eux-mêmes, mais aussi aux patients que ces derniers prennent en charge. Néanmoins, les résultats issus des discours des généralistes que nous avons interrogés, nous ont permis d'identifier des ressources pouvant soutenir cette pratique de la prévention primaire en médecine générale. Celles-ci sont multiples et se présentent sous plusieurs formes. Les généralistes semblent être au courant de leurs existences et utilisent certaines d'entre elles. Citons notamment les campagnes de sensibilisation et de communication abordant des sujets de prévention (dont la vaccination), les affiches et brochures en salle d'attente, mais aussi l'outil informatique. Ces ressources, mentionnées par les généralistes comme soutenant leur pratique, ont aussi été décrites, pour la plupart, comme pouvant être améliorées. Néanmoins, ces dernières n'ont que très peu d'impact sur le frein le plus cité par les généralistes : le manque de temps. Les MG que nous avons interrogés, expliquent que ce manque de temps semble être, entre autres, causé par une surcharge de travail elle-même impactée par la pénurie de médecins généralistes que l'on observe dans certaines communes de Belgique. Aucun des généralistes de notre échantillon nous a parlé d'une ressource (outils ou action) en particulier qui lui permet de réellement gagner du temps, notamment pour réaliser plus de prévention primaire. De fait, nous leur avons proposé nos trois idées, issues d'une réflexion faite avant la réalisation de nos entretiens. Selon nous, ces dernières pouvaient, à priori, leur faire gagner du temps, surtout par rapport à leur pratique de la prévention primaire. L'idée du préventeur semblait permettre aux MG de gagner du temps. Cependant, il est important de souligner que cette fonction ne pourra probablement pas être implémentée dans tous les cabinets, car elle implique une réorganisation importante de la façon de travailler des généralistes, surtout pour ceux exerçant en solo. Selon nous, le fait que le préventeur ne se focalise que sur la prévention primaire serait un peu du « gâchis ». Il faudrait que sa fonction se rapproche de celle du « gestionnaire de salle d'attente », comme nous l'avons identifiée dans la littérature, pour avoir un réel impact dans la pratique des MG. Son cadre de fonction, si l'idée plait aux instances politiques et aux généralistes, devrait être élaboré plus clairement, évalué et avalisé par les instances fédérales, avant toute implémentation. Il faut également relever le fait que les généralistes sont très peu enclins à déléguer quelconque activité. Cette observation est ressortie de nos résultats, notamment lorsque nous avons abordé

l'idée de la délégation de la vaccination à d'autres professionnels de santé. Concernant, la place de l'assistant par rapport à cette prévention primaire, les MG interrogés semblent accepter l'idée de lui déléguer certaines activités préventives. Ils expliquent cela par le fait que les assistants doivent pouvoir voir et faire toutes les activités relevant de leur futur métier.

Les généralistes bénéficient et utilisent certaines ressources qui les soutiennent dans leur pratique de la prévention primaire. Néanmoins, ils restent assez réticents par rapport à certaines idées semblant les soutenir par rapport au frein du temps. En effet, la plupart d'entre elles impactent directement leur organisation et leur pratique pure de médecin généraliste.

Précisons que le principe de ces idées n'est pas de déposséder les généralistes de leur rôle par rapport à la prévention, mais bien de les soutenir le plus facilement et le plus efficacement possible, dans la réalisation de cette dernière. Notamment en permettant aux MG d'identifier les populations devant bénéficier d'une intervention en prévention primaire. Le but étant de soutenir les généralistes en leur permettant d'initier, avec ces « personnes cibles », ces interventions pour préserver la santé de ces dernières. Pour cela, il nous semble nécessaire de construire des solutions et des ressources de soutien avec les MG, pour éviter que ceux-ci ne perçoivent l'implémentation de ces dernières comme les dépossédant de leurs rôles. Notons néanmoins qu'il faudrait que les généralistes soient plus pro-actifs par rapport au domaine de la prévention, d'autant plus qu'ils bénéficient d'une place privilégiée dans le système de soins et partagent des relations basées sur la confiance avec leurs patients. Cependant, comme nous l'avons observé, les généralistes n'ont pas toutes les cartes en mains, certaines ressources de soutien existent mais tous ne les utilisent pas et elles ne sont pas toutes utilisées.

4.3. Limites de l'étude et pistes d'amélioration

Il est important de souligner les limites de cette étude et les pistes d'amélioration que nous aurions pu considérer. Premièrement, citons les limites liées à la méthode de recherche que nous avons utilisée. En effet, la méthode de recherche qualitative ne permet pas la généralisation des résultats que nous avons obtenus à l'ensemble de la population. Nous ne pouvons donc pas prétendre à l'exhaustivité de nos observations et de nos résultats, bien que certains se rapprochent de ce qui se retrouve dans la littérature. Notons aussi qu'il faut considérer, comme dans toute étude qualitative, l'impact de notre propre subjectivité. Nos valeurs, nos intérêts et nos expériences impactent autant la récolte que l'analyse des données. Il était donc important de dire que notre travail est empreint de cette subjectivité, que nous avons tenté d'atténuer et que nous avons soumise aux regards de lecteurs externes.

Ensuite, la méthode d'échantillonnage employée pour réaliser notre étude est uniquement dirigée vers la partie francophone du pays et assez peu étendue sur le plan géographique. Néanmoins, nous avons fait de notre mieux pour avoir une parité dans l'échantillon, autant en termes d'âge, de sexe que d'ancienneté. Le nombre de participants ainsi que la zone géographique dont est issu notre échantillon aurait pu être plus étendu, si nous avions eu plus de temps et de moyens. Toujours par rapport à l'échantillon, notons que le risque de biais de déclaration n'est pas exclu. En effet, il est possible que les généralistes interrogés, malgré le couvert de l'anonymat, ne nous aient pas renseignés sur leurs pratiques et représentations honnêtement, et nous aient dit ce que nous souhaitions entendre. Il aurait été intéressant d'envoyer la retranscription de l'entretien de chaque généraliste à ceux-ci, pour qu'ils valident l'exactitude de leur contenu. Cependant, cette démarche demande du temps, et aurait été difficile à mettre en œuvre dans le cadre de ce mémoire.

Aussi, certaines limites sont à relier directement à notre thème. La prévention est un domaine large qui comprend de multiples ramifications et implications qui n'ont pas toutes pu être abordées dans le cadre de ce mémoire, comme l'impact de la prévention sur les inégalités sociales de santé. Notons aussi la difficulté d'obtenir des données actuelles, autant qualitatives que quantitatives, sur les sujets abordés au sein de ce mémoire. Cette difficulté est encore plus prononcée concernant les informations et des données chiffrées spécifiques à la Belgique. Bien que quelques sources belges abordent les sujets de la prévention primaire et de la vaccination, très peu sont actuelles et présentent des données chiffrées (exemple avec le nombre de MG actifs en Belgique). De plus, de nombreuses fois, les participants à notre recherche nous ont parlé de prévention de manière générale. Il était donc difficile de rester focalisé sur le thème de la prévention primaire. Nous devons donc être prudent avec les résultats obtenus car ils abordent les deux domaines. Ce manque de précision et de focalisation sur le thème s'explique par un manque d'expérience dans la réalisation d'entretiens et d'analyse de données qualitative.

Enfin, il nous semble important de mentionner que ce mémoire a été rédigé en pleine pandémie de COVID-19. Pour des raisons sanitaires, les bibliothèques étaient donc fermées et l'accès à de nombreuses sources et ressources limité. Nos recherches se sont donc exclusivement faites sur Internet, où nous avons tenté de sélectionner les sources les plus pertinentes.

5. Conclusion générale et perspectives pour l'avenir

Notre étude nous a permis d'identifier, sur un petit échantillon de médecins généralistes, les représentations, les pratiques ainsi que les freins et les ressources qu'ils identifient concernant leur pratique de la prévention primaire. Pour faciliter le déroulement des entretiens et l'analyse de nos résultats, nous nous sommes focalisée sur l'acte préventif médicalisé de la vaccination contre la grippe saisonnière.

Les résultats que nous avons obtenus ont permis de montrer que les généralistes ont conscience de leur rôle en prévention et de leur place, privilégiée, dans le système de soins primaires pour la réaliser. Toutefois, ces derniers expriment la difficulté de faire face aux nombreux freins qui les empêchent de la pratiquer pleinement. Le principal obstacle, cité dans la littérature et exprimé par les généralistes que nous avons interrogés, est le manque de temps. Soulignons que les freins mentionnés par les MG restent de l'ordre de leur perception. Selon nous, ces freins ne sont probablement pas les seuls éléments expliquant la faible proportion de prévention faite par les généralistes par rapport aux recommandations. Le problème est probablement plus complexe et impliquerait d'autres éléments pouvant expliquer les difficultés des généralistes à pratiquer la prévention, entre autres primaire, en médecine générale. Ce point pourrait faire l'objet d'études ultérieures.

Bien que certaines ressources existent, nous avons remarqué que peu sont utilisées et que certaines ne sont pas toujours adaptées à la pratique de la prévention. L'outil informatique, notamment, est parfois perçu comme un « faux ami ». L'informatisation de la médecine générale est donc à améliorer pour qu'elle soit une réelle ressource. Concernant les campagnes de sensibilisation et de prévention, elles sont décrites comme des ressources indirectes pour les généralistes, car elles ont les patients pour public cible. Même si leur efficacité a été prouvée, elles sont très dépendantes de la perception et de la réponse de la population par rapport au message de prévention.

Concernant les pistes d'actions que nous avons proposées, bien qu'elles n'aient pas toutes fait l'unanimité, certains médecins expliquaient qu'elles pourraient être des ressources soutenant la pratique préventive. Certaines de ces pistes d'actions sont déjà implémentées dans quelques pays, comme le gestionnaire de salle d'attente aux États-Unis et la vaccination en officine par les pharmaciens, dans quelques pays européens. Comme la littérature nous a permis de l'identifier, les pharmaciens vaccinateurs ont un impact positif sur le TCV contre la grippe saisonnière et facilitent le travail des généralistes en ce sens, sans être une forme de

concurrence. Cela nous pousse à croire qu'une médecine générale plus pluridisciplinaire pourrait avoir un impact positif sur la santé publique et la santé des populations en général. Cette perspective de la discipline serait à évaluer pour l'avenir.

Enfin, en nous recentrant sur l'objet de notre étude, nous pensons qu'il serait intéressant de réaliser d'avantages d'études concernant les représentations et les pratiques des généralistes belges par rapport à la prévention. Des recherches sur des échantillons plus grands pourraient apporter une vision plus juste des représentations et des pratiques des généralistes belges concernant la prévention, plus particulièrement la prévention primaire et la vaccination. Il pourrait aussi être intéressant de comparer les différences entre les médecins généralistes francophones et néerlandophones. En 2014, le Dr. Vanmeerbeek faisait déjà le constat du manque de littérature sur le sujet de la pratique de la prévention en médecine générale belge, des améliorations sont donc toujours à faire à ce niveau.

BIBLIOGRAPHIE

- Audran, F. (2016). *Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale*. Thèse de doctorat en médecine générale non publiée. Université de Rennes, Rennes, France.
- Aujoulat, I. (2018). WFSP2106 – Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. Cours magistral. Unpublished document. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
- Aujoulat, I. (2017). WFSP2241 – Comportements et compétences de santé. Cours magistral. Unpublished document. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
- AViQ – Agence régionale pour une vie de qualité. (2016). Médecine générale – Cadastre wallon des médecins généralistes.
- Baudier, F., Berthelot, N., Michaud, C., Clément, M-C. & Jeanmaire, T. (2009). Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Rapport. *Haut conseil de la santé publique*, mars 2009.
- Blin, A. (2018). Principe de la vaccination. *Actualités Pharmaceutiques*, n°580, pp. 47 – 49. doi:10.1016/j.actpha.2018.09.011
- Bortons, C. (2015). Prevention and Health Promotion in Clinical practice. In WONCA Europe – World family doctors. Caring for people. *The World Book of Family Medicine*. European Edition ed. – Ljubljana : Stichting WONCA Europe. Pp. 70 – 72. Disponible à l'adresse : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/42.pdf> [consulté le 20 avril 2020]
- 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.
- Bouziane-Rahmani, Y. (2015). *La démarche de prévention des médecins généralistes au cabinet médical : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de 13 médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte-D'Azur*. Thèse de doctorat en médecine générale non publiée. Université de Nice Sophia Antipolice, Nice.
- Canouï, E., & Launay, O. (2018). Histoire et principes de la vaccination. *Revue Des Maladies Respiratoires*, n°36, pp. 74 – 81. doi:10.1016/j.rmr.2018.02.015
- CCFFMG – Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale. (2020). *Le vademécum 2020-2021*. Disponible sur le site web de la CCFFMG : <http://www.ccffmg.be/> [consulté le 14 mai 2020]
- Chapoix, G. (2011). La place de l'informatique dans la relation de soins : point de vue de patients. *Santé conjugulée*, n°58. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/-L-informatique-dans-la-relation-de-.html> [consulté le 28 avril 2020]
- CSS – Conseil Supérieur de la santé. (2019). Vaccination contre la grippe saisonnière. Saison hivernale 2019-2020. Avis n° 9531. Bruxelles. Disponible sur le site web du CSS : www.css-hgr.be
- Delaere, B. (2019). *Influenza virus*. Colloque CHU - UCL Namur – Mont Godinne. Retrieved from : http://www.uclmontgodinne.be/files/2019-1024_colloque_siamu_influenza_virus_b_delaere_01.pdf
- Dugué, F. (2018). *Pourquoi est-il si difficile de développer la prévention en santé ?* Enfance & Psy. N°77, p.13-24.

- ECDC – European Center for Disease prevention and Control. (2018). *Seasonal influenza vaccination and antiviral use in EU/EEA Member States. Overview of vaccine recommendations for 2017–2018 and vaccination coverage rates for 2015–2016 and 2016–2017 influenza seasons*. Technical Report, ECDC, Stockholm.
- Fantino, B., Fantino, F., Dumont, C., Nitenberg, C. & Delolme, H. (2004). Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. *Santé Publique*, volume 16, n°3, pp. 551 – 562.
- Fougere, E. (2019). La vaccination antigrippale à l’officine en pratique. *Actualités pharmaceutiques*, n°589, pp. 34 – 38. Doi : <http://dx.org/10.1016/j.actpha.2019.07.007>
- Gautier, A., Fournier, C. & Beck, F. (2011). Pratique et opinion des médecin généralistes en matière de prévention. *ADSP*, n°77, pp. 6 – 10. Disponible à l’adresse : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-77/ad770610.pdf>
- Gautier, A., Jestin, C. & Beck, F. (2013). Vaccination : baisse de l’adhésion de la population et rôle clé des professionnels de santé. *La santé en action*, n°423, pp. 50 – 54.
- Gelly, J., Le Bel, J., Aubin-Augier, I., Mercier, A., Youssef, É., Mentré, F & al. (2014). Délivrance opportuniste de soins de prévention primaire en médecine générale. *Exercer*, volume 25, n°114, pp. 183 – 185.
- Gelly, J. (2014). *Optimisation de la stratégie préventive en médecine générale*. Thèse de doctorat. Université Paris Diderot – Sorbonne Paris Cité, Paris.
- Godard, J. (2009) La médecine générale, la prévention et la santé publique. *Santé Publique*, volume 21, n°6, pp. 63 – 64.
- Gosselain, Y., Laperche, J. et Prevost, M. (1999). Les obstacles à la prévention en médecine générale : les connaître pour les dépasser. *Santé conjugée*, n°10, pp. 42 – 45.
- Hubens, V. & Serano, C. (2011). Comment aborder la prévention en médecine générale ? Rencontre en médecins généralistes et patients. *Éducation Santé*, n°272. Disponible à l’adresse : <http://educationsante.be/article/comment-aborder-la-prevention-en-medecine-generale-rencontres-entre-medecins-generalistes-et-patients/> [consulté le 20 avril 2020]
- Hussain, A., Ali, S., Ahmed, M., & Hussain, S. (2018). The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine. *Cureus*, volume 10(7) : e2919. Doi 10.7759/cureus.2919
- INAMI – Institut national d’assurance maladie invalidité. (2019). Professionnels en droit de prescrire (31-12-2017 et 31-12-2018) et praticiens de soins (année 2017) par profession/spécialité. Disponible à l’adresse : https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistique_2018_ss_proff_tableau2.pdf [consulté le 15 mars 2020]
- Jamoulle., M. (2015). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy Management*. Vol. 4, pp. 1-4. Doi : 10.15171/ijhpm.2015.24
- Jonckheer, P., Laperche, J. & Trefois, P. (2001). Prévention et médecine Générale. *Éducation Santé*, n°157. Disponible à l’adresse : <http://educationsante.be/article/prevention-et-medecine-generale/> [consulté le 15 mars 2020]
- KCE – Centre fédéral d’expertise des soins de santé. (2019). *Performance du système de santé belge - Rapport 2019*. KCE Report 313B. Disponible sur le site web du KCE :

- https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf [consulté le 15 mars 2020]
- Ketterer, F., Trefois, P., Miermans, M-C., Vanmeerbeek, M. & Giet, D. (2013). Les réticences à la vaccination : approche du phénomène à travers les données de la littérature. *Rev Med Liège*, volume 68, n°2, pp. 74 – 78.
- Kohn, L., Christiaens, W. (2014) Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII (4), pp. 67 – 82. Doi: 10.3917/rpve.534.0067
- Lauque, D., & Oustric, S. (2009). *Rôle du Médecin Généraliste en matière de Prévention individuelle et collective*. Département Universitaire de Médecine Générale – Certificat optionnel interdisciplinaire. Published document, Université de Toulouse.
- Le Pennec, A. (2012). Dossier campagnes de prévention : au cœur de l'évaluation. Pourquoi faire campagne ?. *Éducation Santé*, n°279. Disponible à l'adresse : <http://educationsante.be/article/dossier-campagnes-de-prevention-au-cur-de-levaluation-pourquoi-faire-campagne/> [consulté le 27 avril 2020]
- Luquis, R. & Paz, H. (2015). Attitudes About and Practices of Health Promotion and Prevention Among Primary Care Providers. *Health Promotion Practice*, volume 16, n°5, pp. 745 – 755. Disponible à l'adresse : <https://www.jstor.org/stable/26740790>
- Martinez, L., Tugaut, B., Raineri, F., Arnould, B., Seyler D., Arnould P. & al. (2016). L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination). *Santé Publique*, volume 28, n°1, pp 19 – 32.
- Megerlin, F. (2018). *Vaccination antigrippale par le pharmacien d'officine. Expériences internationales : quels retours ?* Rapport Avril 2018.
- OECD. Stat. – Organisation de Coopération et de Développement Economique. (2019). *Dépenses de santé et financement*. Disponible sur le site de l'OECD : https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC&lang=fr [consulté le 10 mars 2020]
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Disponible sur le site web de l'OMS : https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ [consulté le 3 février 2020]
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. (1984). *Glossaire de la série « Santé pour tous »*. Volumes n° 1 à 8. Disponible sur le site web de l'OMS : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39634/9242800090.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulté le 3 février 2020]
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa – Promotion de la santé*. Disponible sur le site web de l'OMS : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf [consulté le 3 février 2020]
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la santé au XXIème Siècle*. Disponible sur le site web de l'OMS : https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf [consulté le 3 février 2020]

- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Disponible sur le site web de l'OMS : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf [consulté le 3 février 2020]
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. (1998). *Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale et de la médecine de famille en Europe*. Disponible sur le site web de l'OMS : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107411/E75730.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulté le 3 février 2020]
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*. Rapport de la réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Adélaïde 2010.
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Déclaration d'Astana – Global conference on primary health care*. Genève. Disponible sur le site web de l'OMS : <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf> [consulté le 3 février 2020]
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Couverture vaccinale*. Disponible sur le site web de l'OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage> [consulté le 3 février 2020]
- Orobon, F. (2016). Les réticences contemporaines vis-à-vis de la vaccination. *Esprit*, pp. 150 – 161. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-esprit-2016-7-page-150.htm>
- Rochford, L. (2016). Contrepoint : « il vaut mieux prévenir que guérir ! ». Aphorisme et vertus universel. *Informations sociales*, n°192, p. 21. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2016-1-page-21.htm>
- Sardy, R., Ecochard, R., Lasserre, E., Dubois, J-P., Floret, D. & Letrilliart, L. (2012). Représentations sociales de la vaccination chez les patients et les médecins généralistes : une étude basée sur l'évocation hiérarchisée. *Santé Publique*, volume 24, pp. 547-560. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-6-page-547.htm>
- Schmid, P., Rauber, D., Betsch, C., Lidolt, G., & Denker, M-L. (2017). Barriers of influenza vaccination intention and behavior : a systematic review of influenza vaccine hesitancy, 2005 – 2016. *PLoS ONE*, volume n°12. Doi:10.1371/journal.pone.0170550
- Sciensano. (2018). *Influenza*. Disponible à l'adresse : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/influenza> [consulté en mars et avril 2020]
- Shen, S. & Dubey, V. (2019). Répondre à l'hésitation face à la vaccination Conseils cliniques à l'intention des Médecins de première ligne qui travaillent avec les parents. *Canadian Family Physician – Le Médecin de famille canadien*, volume 65, pp. e91 – e98.
- Sherwin, H., McKeown, M., Evans, M. & Bhattacharyya, O. (2013). The waiting room « wait »: From annoyance to opportunity. *Canadian Family Physician. Le médecin de famille Canadien*, volume 59, pp. 479 – 481.
- SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2019). *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique*. Publication de la Cellule Planification de

- l'Offre des Professions des Soins de Santé. Disponible à l'adresse : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2018>
- SSMG – Société Scientifique de Médecine Générale. (2008). *La prévention de la grippe saisonnière*. Cahier de prévention. Disponible sur le site web de la SSMG : <https://www.ssmg.be/cahiers-prevention/>
- SSMG – Société Scientifique de Médecine Générale. (2010). *La vaccination des personnes âgées de 65ans et plus*. Cahier de prévention. Les aide-mémoires de la Société Scientifique de Médecine Générale. Disponible sur le site web de la SSMG : <https://www.ssmg.be/cahiers-prevention/>
- SSMG – Société Scientifique de Médecine Générale. (2020). *Prévention quaternaire*. Disponible sur le site web de la SSMG : https://www.ssmg.be/avada_portfolio/prevention-quaternaire/
- Thibaut Marquant, M-L. (2018). *La prevention par exposition d'affiches dans les salles d'attentes de des Médecins généralistes : une étude qualitative sur le ressenti des patients*. Thèse de doctorat en médecine Générale non publié. Université de Rouen, Rouen.
- Vaccination-Infos.be. (2020). *Gratuité et remboursements des vaccins*. Disponible à l'adresse : <https://www.vaccination-info.be/gratuite-et-remboursements-des-vaccins/> [consulté le 23 avril 2020]
- Van der Heyden, J. (2015). Contacts avec le médecin généraliste. In Drieskens, S., Gisle, L. (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*. WIV-ISP, Bruxelles.
- Vanmeerbeek, M., Belche, J-L., Lemaître, A-F. & Vandoorne, C. (2013). Les médecins généralistes belges francophones peuvent-ils améliorer leurs performances en prévention ? Une étude qualitative. *La revue française de Médecine Générale*, volume 24, n°107, pp. 107-113
- Vanmeerbeek, M. (2014). *Les généralistes, la prévention et la promotion de la santé*. Thèse de doctorat en médecine générale non publié. Université de Liège, Liège.
- WONCA Europe - World family doctors. Caring for people. (n.d.). *About WONCA Europe*. Disponible à l'adresse : <https://www.woncaeurope.org/content/about-wonca-europe> [consulté le 3 février 2020]
- WONCA Europe - World family doctors. Caring for people. (2002). *La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille*. Disponible à l'adresse : <https://www.woncaeurope.org/gp-definitions> [consulté le 3 février 2020]
- WONCA Europe - World family doctors. Caring for people. (2011). *The European definition of General Practice / Family Medicine* (3rd. Ed). Disponible à l'adresse : <https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> [consulté le 4 février 2020]
- Collecte des données
- Registre en ligne consulté et reprenant les numéros de téléphone des médecins généralistes interrogés : <https://www.medecinbelgique.com/> [consulté en décembre 2020]

ANNEXES

Annexe 1 : 12 caractéristiques de la discipline de la médecine générale (WONCA Europe, 2011, p. 8)

I. The characteristics of the discipline of general practice/family medicine are that it:

- a) is normally the point of first medical contact within the health care system, providing open and unlimited access to its users, dealing with all health problems regardless of the age, sex, or any other characteristic of the person concerned.
- b) makes efficient use of health care resources through co-ordinating care, working with other professionals in the primary care setting, and by managing the interface with other specialities taking an advocacy role for the patient when needed.
- c) develops a person-centred approach, orientated to the individual, his/her family, and their community.
- d) promotes patient empowerment
- e) has a unique consultation process, which establishes a relationship over time, through effective communication between doctor and patient
- f) is responsible for the provision of longitudinal continuity of care as determined by the needs of the patient.
- g) has a specific decision making process determined by the prevalence and incidence of illness in the community.
- h) manages simultaneously both acute and chronic health problems of individual patients.
- i) manages illness which presents in an undifferentiated way at an early stage in its development, which may require urgent intervention.
- j) promotes health and well being both by appropriate and effective intervention.
- k) has a specific responsibility for the health of the community.
- l) deals with health problems in their physical, psychological, social, cultural and existential dimensions.

Source : WONCA Europe - World family doctors. Caring for people. (2011). *The European definition of General Practice / Family Medicine*.

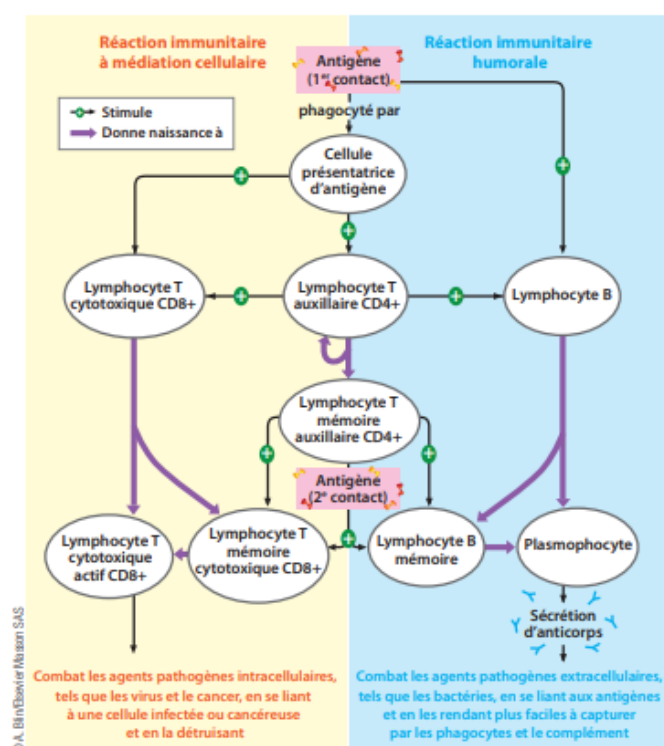
Annexe 2 : Professionnels en droit de prêter (31-12-2017 et 31-12-2018) et praticiens de soins (année 2017) par profession/spécialité (INAMI, 2019)

Spécialités / professions	En droit de prêter 31-12-2017			Pratique 2017	En formation 2017		Densité 2017	En droit de prêter 31-12-2018	
	65 et +	- 65	Total	Nombre	Nombre	%	/ 10.000 hab.	Nombre	Progression % 2017/2018
Médecins	11.753	34.216	45.969	35.069	6.412	18%	30,8	47.422	3%
Médecins généralistes	4.528	11.293	15.821	12.992	1.332	10%	11,4	16.135	2%
Pédiatres	527	1.474	2.001	1.563	431	28%	1,4	2.036	2%
Pédiatres (*)	514	1.399	1.913	1.487	431	29%	1,3	1.944	2%
Neuropédiatres	13	75	88	76	-	0%	0,1	92	5%
Gynécologues	459	1.286	1.745	1.454	330	23%	1,3	1.785	2%
Psychiatres	746	1.650	2.396	1.965	340	17%	1,7	2.393	0%
Psychiatres	551	1.610	2.161	1.878	340	18%	1,7	2.181	1%
Neuropsychiatres	195	40	235	87	-	0%	0,1	212	-10%
Groupe médical	2.950	9.048	11.998	9.865	2.026	21%	8,7	12.254	2%
Médecine interne générale	466	934	1.400	960	729	76%	0,8	1.400	0%
Médecine interne et nucléariste	60	3	63	40	-	0%	0,0	61	-3%
Gériatre	56	285	341	310	102	33%	0,3	365	7%
Endocrinologue	61	281	342	319	-	0%	0,3	358	5%
Oncologue médical	38	257	295	269	38	14%	0,2	307	4%
Hématologue	17	148	165	158	-	0%	0,1	176	7%
Rhumatologue	83	188	271	227	20	9%	0,2	282	4%
Rhumatologie et médecine physique	17	-	17	8	-	0%	0,0	15	-12%
Pneumologue	104	517	621	558	61	11%	0,5	644	4%
Gastroentérologue	171	624	795	701	86	12%	0,6	817	3%
Cardiologue	289	993	1.282	1.085	133	12%	1,0	1.318	3%
Neurologue	77	553	630	581	143	25%	0,5	656	4%
Médecine physique	144	443	587	500	87	17%	0,4	602	3%
Dermatologue	223	648	871	751	87	12%	0,7	887	2%
Oto-rhino-laryngologie	200	564	764	663	97	15%	0,6	773	1%
Radiothérapeute	25	209	234	185	49	26%	0,2	236	1%
Radiothérapeute nucléariste	53	5	58	25	-	0%	0,0	57	-2%
Médecine nucléaire	15	224	239	213	34	16%	0,2	243	2%
Biologie	188	284	472	292	57	20%	0,3	470	0%
Biologie et nucléaire	89	138	227	166	-	0%	0,1	226	0%
Biologie et anatomo pathologie	38	-	38	9	-	0%	0,0	37	-3%
Anatomo pathologie	74	303	377	308	63	20%	0,3	393	4%
Radiologie	462	1.447	1.909	1.537	240	16%	1,4	1.931	1%
Groupe chirurgical	1.888	6.614	8.502	6.783	1.953	29%	6,0	8.738	3%
Anesthésiologie	443	2.184	2.627	2.053	612	30%	1,8	2.707	3%
Médecine aiguë et médecine d'urgence	22	470	492	448	383	85%	0,4	530	8%
Chirurgie générale	529	1.273	1.802	1.316	354	27%	1,2	1.834	2%
Orthopédie	299	945	1.244	1.030	254	25%	0,9	1.275	2%

Spécialités / professions	En droit de prêter 31-12-2017			Pratique 2017	En formation 2017		Densité 2017	En droit de prêter 31-12-2018	
	65 et +	- 65	Total	Nombre	Nombre	%	/ 10.000 hab.	Nombre	Progression % 2017/2018
Urologie	121	372	493	407	120	29%	0,4	513	4%
Neurochirurgie	51	199	250	207	54	26%	0,2	253	1%
Chirurgie plastique	60	251	311	245	45	18%	0,2	316	2%
Chirurgie ophtalmologique	363	920	1.283	1.077	131	12%	0,9	1.310	2%
Médecins non spécialisés	655	2.851	3.506	447	-	0%	0,4	4.081	16%
Autres médecins généralistes non spécialisés	580	851	1.431	186	-	0%	0,2	1.396	-2%
Autres non spécialisés ou spécialité inconnue	75	2.000	2.075	261	-	0%	0,2	2.685	29%
Professions non médicales	19.446	164.467	183.913	106.128	351	0%	93,3	190.529	4%
Pharmaciens	3.735	14.078	17.813	14.084	-	0%	12,4	18.135	2%
Pharmaciens titulaires	902	4.924	5.826	4.924	-	0%	4,3	5.760	-1%
Pharmaciens non titulaires	2.534	8.730	11.264	8.730	-	0%	7,7	11.647	3%
Pharmaciens biologistes	299	424	723	430	-	0%	0,4	728	1%
Dentistes	1.974	8.006	9.980	8.516	351	4%	7,5	10.157	2%
Dentistes généralistes	1.804	7.079	8.883	7.550	238	3%	6,6	9.026	2%
Parodontologie	4	186	190	180	31	17%	0,2	199	5%
Orthodontie	57	467	524	479	46	10%	0,4	545	4%
Stomatologues	109	274	383	307	36	12%	0,3	387	1%
Infirmiers et sages-femmes	7.562	91.955	99.517	49.083	-	0%	43,1	103.091	4%
Sages-femmes	524	4.471	4.995	2.314	-	0%	2,0	5.129	3%
Infirmiers	5.369	80.192	85.561	43.038	-	0%	37,8	88.923	4%
Infirmiers sages-femmes	184	3.038	3.222	1.801	-	0%	1,6	3.433	7%
Assistants hospitaliers	1.485	4.254	5.739	1.930	-	0%	1,7	5.606	-2%
Kinésithérapeutes	4.152	30.913	35.065	23.001	-	0%	20,2	36.454	4%
Professions paramédicales	2.023	19.515	21.538	11.444	-	0%	10,1	22.692	5%
Dietéticiens	128	3.194	3.322	880	-	0%	0,8	3.582	8%
Podologues	2	605	607	370	-	0%	0,3	706	16%
Logopèdes, Orthoptistes, Ergothérapeutes	243	10.686	10.929	6.530	-	0%	5,7	11.663	7%
Bandagistes, Orthopédistes, Audiiciens, Opticiens, fournisseurs d'implants	1.650	5.030	6.680	3.664	-	0%	3,2	6.741	1%
Total général	31.199	198.683	229.882	141.197	6.763	5%	124,1	237.951	4%

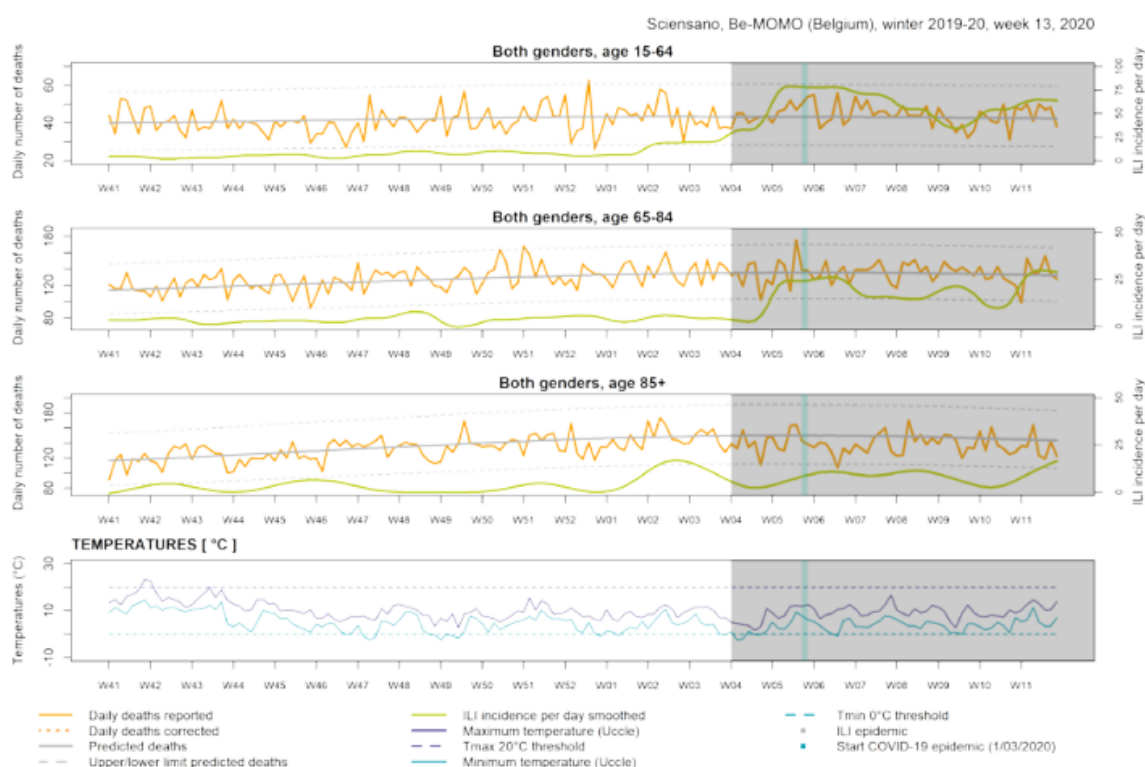
(*) Y compris les 27 Médecins spécialistes en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques (Comp. 698)

Annexe 3 : Cascade de processus immunologiques (Blin, 2018)



Source : Blin, A. (2018). *Principe de la vaccination*. Actualités Pharmaceutiques, n°580, pp. 47 – 49.
doi:10.1016/j.actpha.2018.09.011

Annexe 4 : Surmortalité générale (Sciensano, 2020)



« Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour (ligne orange) dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité significative dans ce groupe d'âge. La courbe verte correspond au nombre journalier de syndromes grippaux (réseau des médecins vigies). » (Sciensano, 2020)

Source : Sciensano. (2020). *Bulletin hebdomadaire infections respiratoires - Semaine / week 13 (23/03/2020 – 29/03/2020)*. Report number: ISSN 2593-4309. Available on: <https://epidemio.wiv-isp.be/ID/diseases/Pages/Influenza.aspx>

Annexe 5 : Guide d'entretien

Introduction

Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour votre participation à cette enquête et pour le temps que vous me consacrez.

Je réalise une série d'entretiens, dont le vôtre, dans le cadre de mon mémoire en science de la santé publique que j'effectue au sein de la faculté de santé publique, de l'Université Catholique de Louvain. Mon mémoire a pour thème « *la prévention primaire en médecine générale* » et je me suis plus précisément intéressée à la problématique des ressources à disposition des médecins généralistes pour que ceux-ci effectuent cette dite prévention primaire plus facilement.

Je vais vous poser quelques questions sur vos représentations et votre pratique de la prévention primaire. Cette interview ne devrait pas dépasser 40 minutes, en sachant que tout dépend de la richesse de vos réponses. Je vais vous demander néanmoins d'être le plus complet possible.

Avec votre accord, cette interview sera enregistrée afin que je puisse la retranscrire de manière anonyme dans un second temps.

Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

Avez-vous des questions ?

Chapitres :

- Présentation de la personne interrogée
- *Représentation* des professionnels sur :
 - La prévention primaire et leur rôle
 - La vaccination et la vaccination anti-grippale
- *Pratiques* des professionnels par rapport à
 - La prévention primaire
 - La vaccination
 - La vaccination contre la grippe saisonnière
 - À qui ? Quand ? Comment ?
- Quels types d'actions, d'outils ou de ressources soutiennent la pratique de la vaccination anti-grippale en MG
 - Le MG a-t-il lui-même créé et/ou implémenté « une ressource » ou une action de soutien en termes de vaccination anti-grippale
- Quels types d'actions/ de ressources pourraient soutenir votre pratique de la vaccination anti-grippale
- Proposition d'idées de « ressource » qui pourrait soutenir la pratique préventive en termes de vaccination anti-grippale : avis plus justification

- Idée 1 : intervention d'un acteur tiers (professionnel de la santé ou non) qui travaillerait en collaboration avec le MG et se focaliserait sur le thème de la prévention primaire de la patientèle et collecterait des données sûres :
 - Nécessité de réaliser un dépistage
 - Rappel en termes de vaccination
 - Besoins spécifiques d'éducation à la santé
 - → « préventeur » au sein du cabinet médical
- Idée 2 : intervention d'un professionnel de la santé (infirmière ou pharmaciens) qui travaillerait en collaboration avec le MG et réaliserait des actes médicaux délégués préventifs pour vous soulager (cas de la vaccination principalement : administration de vaccins par une infirmière ou par un pharmacien)
- (Idée 3 : délégation à l'assistant)

Début de l'entretien :

Informations générales sur la personne interrogée

Je vais commencer par récolter quelques informations sur vous

1. Quel-est votre âge et votre genre ?
2. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que médecin généraliste ?
3. Dans quel type d'environnement avez-vous pratiqué **et** pratiquez-vous actuellement (milieu rural, semi-rural, urbain) ?
4. Pratiquez-vous en petit groupe ou de façon isolée ? (*Exclusion des MG exerçant en MM → voir protocole de recherche et critères d'exclusions*)

Représentations

5. Que représente pour vous la prévention primaire ?
 - a. Du fait de votre profession, vous sentez-vous particulièrement concerné par ce domaine et à quel point ?
 - 1) Le domaine de la médecine générale est-il, selon vous, un domaine privilégié pour réaliser cette prévention primaire et pourquoi ?
 - b. Selon vous que peut apporter la prévention primaire au patient ?

Si n'a pas la définition de la prévention et de la prévention primaire :

- Prévention = « actions visant à réduire l'impact des facteurs de maladies ou de problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé » [Fournier C. et al., 2009]
- Prévention primaire = vise à éviter l'apparition d'une maladie et à réduire le nombre de nouveaux cas (l'incidence de la maladie). Elle agit sur les facteurs de risque par l'éducation pour la santé, vaccination ; traitement des facteurs de risque [Pr. Lauque D. et al., 2009 & Fournier C. et al., 2009]

6. Que représente pour vous la vaccination ?
 - a. Quels sont selon vous les enjeux de la vaccination
 - b. Quel est votre avis concernant la vaccination contre la grippe saisonnière ?
 - c. Vous vaccinez-vous vous-même contre la grippe saisonnière ?

Pratique et organisation

7. Concernant la prévention primaire :
 - a. Quelle place occupe la prévention primaire dans votre pratique ? (échelle de 0 = très peu de place ; à 10 toute la place)
 - b. Selon vous, votre type de pratique (isolée et/ ou en groupe) influence-t-elle positivement ou négativement votre activité préventive et pourquoi ?
 - c. Pouvez-vous me donner des exemples d'action de prévention primaire que vous réalisez ? (*focus sur le public visé par l'action*)
8. Concernant la vaccination

- a. Quelle place occupe la vaccination dans votre pratique préventive ? (échelle de 0 = très peu de place ; à 10 toute la place)
 - b. Comment abordez-vous le sujet de la vaccination avec vos patients ?
 - 1) Pouvez-vous me donner des exemples
 - c. Quel type de vaccination abordez-vous plus facilement dans votre pratique et pourquoi ?
 - 1) Avec quel type de patients abordez-vous facilement la vaccination ?
 - 2) Avec quel type de patient est-ce plus difficile ?
9. Concernant la vaccination contre la grippe saisonnière,
- a. Proposez-vous la vaccination contre la grippe saisonnière ?
 - b. Avec quel type de patient abordez-vous la vaccination contre la grippe saisonnière et pour quelles raisons ?
 - 1) Y a-t-il beaucoup de patients qui arrivent avec une demande spontanée de vaccination contre la grippe saisonnière ?
 - c. A quel moment dans l'année abordée vous la vaccination contre la grippe saisonnière ?
 - d. A quel moment lors de la consultation et comment abordez-vous cette vaccination avec vos patients ?
 - e. Comment faites-vous en sorte d'assurer une couverture vaccinale optimale au sein de votre patientèle « à risque » ?
 - 1) *Focus sur les actions préventives et ce que vous faites (Utilisation d'actions planifiées/organisées ou actions opportunistes ?)*
 - 2) Avez-vous développé votre propre « bonne pratique » pour assurer une couverture vaccinale contre la GS optimale ? Si oui, en quoi consiste-t-elle ?
 - f. Comment gérez-vous les patients à risques refusant la vaccination contre la grippe saisonnière ?
 - 1) Selon vous, y a-t-il beaucoup de patients réticents dans votre patientèle ?

Identification des freins affectant la réalisation d'action de prévention primaire

10. Quels sont les freins qui affectent votre pratique en termes de prévention primaire ?
 - a. Au niveau du système ?
 - b. Au niveau de votre organisation ?
 - c. Au niveau des patients eux-mêmes ? (*ex : absence de demande de leur part, refus répétés...*)

La littérature de ces dernières années montre une diminution de la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière en Belgique (voir OCDE).

11. En aviez-vous conscience ? Qu'en pensez-vous ?
12. Qu'est-ce qui affecte, selon vous, la bonne pénétration de la vaccination contre la grippe au sein de la population et pour quelles raisons ?

Actions et ressources pouvant soutenir la pratique de la prévention primaire en médecine générale selon les médecins généralistes

13. Quels types d'actions, d'outils ou de ressources soutiennent votre pratique de la vaccination contre la grippe saisonnière ?
 - a. Quels outils utilisez-vous pour faciliter votre activité vaccinale auprès de
 - 1) Votre patientèle en général
 - 2) D'un patient faisant partie d'un groupe à risque (*rappel s/n des groupes à risque selon le CSS*)
 - b. Avez-vous vous-même développé et implémenté une action particulière ou un outil qui soutient votre pratique en termes de vaccination contre la grippe saisonnière ?
14. Quels types d'actions, d'outils ou de ressources pourraient soutenir votre pratique de la vaccination contre la grippe saisonnière ?
 - a. *Idées du MG*
 - b. La grippe étant une maladie « à haut risque épidémique », selon vous quels rôles les pouvoirs publics ont-ils à jouer concernant la vaccination contre la grippe saisonnière ?
 - c. Quelles sont vos attentes concernant les pouvoirs publics face à la question de la vaccination contre la GS ?

Proposition d'idée de « ressources et d'action pouvant soutenir les pratiques préventives des MG

Je vais vous présenter quelques idées de « ressources » qui pourraient soutenir votre pratique préventive en termes de vaccination contre la grippe saisonnière.

Je vais vous demander de me donner votre avis par rapport à ce que je vais vous proposer et de le justifier en faisant des liens avec votre pratique (en quoi cela serait un soutien ou non et pourquoi).

15. Idée 1 : intervention d'un acteur tiers (professionnel de la santé ou non), nommé « préventeur », qui travaillerait en collaboration avec vous et se focaliserait sur le thème de la prévention primaire de votre patientèle et collecterait des données sûres :
 - a. Nécessité de réaliser un dépistage
 - b. Rappel en termes de vaccination
 - c. Besoins spécifiques d'éducation à la santé
16. Idée 2 : intervention d'un professionnel de la santé (infirmière ou pharmaciens) qui travaillerait en collaboration avec vous et réaliserait des actes préventifs médicaux délégués pour vous soulager
 - a. Dans ce contexte, selon vous, quel professionnel de la santé est le plus à même de proposer la vaccination contre la grippe saisonnière ?
 - b. Selon vous, quel professionnel de la santé est le plus à même de réaliser l'acte en lui-même de vacciner le patient ?
17. Idée 3 : Si vous avez un assistant, que pensez-vous de l'idée de lui déléguer certaines activités de prévention ? (Cibler la vaccination et surtout celle contre la grippe saisonnière)
 - a. Quels seraient les avantages de cette idée ?
 - b. Quels seraient les inconvénients ?

Nous sommes parvenus à la fin de l'entretien. Si vous souhaitez préciser quelque chose ou revenir sur un point en particulier, je vous laisse un temps de réflexion.

Si non, ... / Cela signe la fin de l'entretien.

Je vous remercie pour votre participation et le temps que vous m'avez accordé.

Annexe 6 : Données d'identification des médecins généralistes interrogés

DONNÉES GÉNÉRALES							
MG	Durée entretien	Sexe	Age (années)	Ancienneté (années)	Pratique (solo ou association)	Zone de d'exercice	Province
MG 1	00:39:44	F	41	12	solo	urbain	Brabant-Wallon
MG 2	00:45:43	H	29	2	association (max 5 MG)	semi-urbain	Brabant-Wallon
MG 3	00:40:49	F	28	1,5	association (max 5 MG)	urbain	Hainaut
MG 4	00:58:13	H	34	8	association (max 5 MG)	semi-urbain	Brabant-Wallon
MG 5	00:48:03	F	53	28	solo	semi-urbain	Hainaut
MG 6	00:45:40	F	53	27	solo	semi-urbain	Brabant-Wallon
MG 7	00:59:01	H	58	30	solo	semi-rural	Hainaut
MG 8	00:59:26	H	62	38	solo	urbain	Brabant-Wallon
MG 9	00:33:04	H	60	35	solo	semi-rural	Hainaut
MG 10	00:41:21	H	31	2	solo	semi-rural	Brabant-Wallon
MG 11	00:38:20	F	37	11	solo	rural	Namur
Total	00:46:19	Femmes = 5 Hommes = 6	44,181818	17,68181818	solo: 8 Assoc : 3	urbain : 3 Semi-urbain: 4 Semi-rural: 3 Rural: 1	Brabant-Wallon : 6 Hainaut : 4 Namur : 1

