

Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie Onderzoeksrapport : deel II

KCE reports vol. 32A

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Voorstelling : Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programma-wet van 24 december 2002 (artikelen 262 tot 266) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

Effectieve leden : Gillet Pierre (Voorzitter), Cuypers Dirk (Ondervoorzitter), Avontroodt Yolande, De Cock Jo (Ondervoorzitter), De Meyere Frank, De Ridder Henri, Gillet Jean-Bernard, Godin Jean-Noël, Goyens Floris, Kesteloot Katrien, Maes Jef, Mertens Pascal, Mertens Raf, Moens Marc, Perl François, Smiets Pierre, Van Massenhove Frank, Vandermeeren Philippe, Verertbruggen Patrick, Vermeyen Karel

Plaatsvervangers : Annemans Lieven, Boonen Carine, Collin Benoît, Cuypers Rita, Dercq Jean-Paul, Désir Daniel, Lemye Roland, Palsterman Paul, Ponce Annick, Pirlot Viviane, Praet Jean-Claude, Remacle Anne, Schoonjans Chris, Schrooten Renaat, Vanderstappen Anne

Regeringscommissaris : Roger Yves

Directie

Algemeen Directeur : Dirk Ramaekers

Algemeen Directeur adjunct : Jean-Pierre Closon

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE)
Résidence Palace (10de verdieping-10ème étage)
Wetstraat 155 Rue de la Loi
B-1040 Brussel-Bruxelles
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : info@kenniscentrum.fgov.be

Web : <http://www.kenniscentrum.fgov.be>

Feedback: onderzoek naar de
impact en barrières bij
implementatie –
Onderzoeksrapport : deel II

KCE reports vol. 32A

ISABELLE HEYMANS
ANNELIES VAN LINDEN
FRANÇOISE MAMBOURG
MARK LEYS

KCE reports vol.32A

Titel :	Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport : deel II
Auteurs :	Isabelle Heymans (SSMG), Annelies Van Linden (WVVH), Françoise Mambourg (KCE), Mark Leys (KCE)
Externe experts:	Lut De Prins (RIZIV), Peter Dieleman (WVVH), Antoon Mensaert (RIZIV), Raf Mertens (IMA), Michel Vanhalewyn (SSMG)
Externe validatoren :	Beat Künzi, SwissPEP, Instituut voor Kwaliteit en Onderzoek in de Gezondheidszorg, Guemligen, Zwitserland Mieke Van Driel, Vakgroep Huisartsgeneeskunde & Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, België Michel Wensing, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), Universiteit van Nijmegen en Universiteit van Maastricht, Nederland
Acknowledgement:	Moderatoren van de focusgroepen: Nicole Boffin (WVVH), Jean-Marc Feron (SSMG)
Conflict of interest :	None declared. Lut De Prins, Peter Dieleman, Antoon Mensaert en Michel Vanhalewyn maken deel uit van het “Platform kwaliteitspromotie” dat de feedback-campagne antibiotica / antihypertensiva voor huisartsen organiseert.
Layout:	Nadia Bonnouh, Dimitri Bogaerts

Brussel, Mei 2006

Etude nr 2004-03-5

Domaine : Good Clinical Practice (GCP)

MeSH : Guideline Adherence ; Physician's Practice Patterns ; Evaluation Studies ; Physicians, Family

NLM classification : W84

Taal : Nederlands

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot : D/2006/10.273/19

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Dit document is beschikbaar vanop de website van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Hoe refereren naar dit document?

Heymans I, Van Linden A, Mambourg F, Leys M. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel II. KCE Reports vol. 32A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); Mei 2006. Ref. D/2006/10.273/19.

Voorwoord

In België worden sinds 2003 door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) van het RIZIV, feedbacks verstuurd naar alle huisartsen en een deel van de specialisten die antibiotica en antihypertensiva voorschrijven in de ambulante medische praktijk. De feedbacks worden georganiseerd om het voorschrijfgedrag meer af te stemmen op recente aanbevelingen voor goede medische praktijk.

Het project sluit zeer sterk aan bij een opkomend internationaal onderzoeksdomein rond de vraag hoe bevindingen uit klinische studies kunnen geïmplementeerd worden in de dagdagelijkse medische praktijk. Implementatieonderzoek gaat op zoek naar de vraag hoe implementatie beïnvloed wordt door persoonskenmerken en door verschillende randvoorwaarden. Te vermelden in dat verband is dat de Cochrane Collaboration sinds geruime tijd en in toenemende mate aandacht besteedt aan de enorme implementatieproblematiek, onder meer in de EPOC (Effective Practice and Organisation of Care) groep.

Voor het huidige evaluatie-onderzoek, in nauwe samenwerking met het RIZIV, is een multidisciplinair team samengesteld met de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen. Na een eerste fase van overwegend literatuuronderzoek, is nu de nadruk sterk gelegd op kwalitatief onderzoek naar de perceptie van huisartsen over de impact van de feedbackinterventies.

Alle betrokken partijen waren het er snel over eens dat in deze tweede fase de factoren die in een Belgische context een gedragsverandering bemoeilijken of vergemakkelijken in kaart moesten worden gebracht. Er komen uit dit onderzoek meerdere concrete verbetervoorstellen naar voor. Maar daarnaast werden er ook een heleboel inzichten verzameld, die pleiten voor een meer geïntegreerde aanpak van kwaliteit. Kwaliteit heeft inderdaad vele gezichten.

Het KCE is, in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen van de huisartsen en het RIZIV, met dit onderzoek de weg ingeslagen om de randvoorwaarden voor het implementeren van wetenschappelijke bevindingen en aanbevelingen beter te begrijpen. Dit soort onderzoek vormt een opstap naar een meer evidence-based kwaliteitsbeleid en is hopelijk een nuttige bouwsteen voor de vele betrokkenen die zich de afgelopen jaren erg hebben ingezet voor nieuwe, vaak innovatieve, acties in het complexe domein van kwaliteitspromotie. Uiteindelijk moet de patiënt daarbij baat hebben. En dat zou de ultieme doelstelling van elke gezondheidszorgsysteem moeten zijn.

Jean-Pierre Closon
Adjunct algemeen directeur

Dirk Ramaekers
Algemeen directeur

Executive summary

Inleiding

In 2004 heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vooreerst een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de impact van feedbacks aan artsen om hun aan te zetten tot een reflectie over hun voorschrijfgedrag en de barrières bij de implementatie. De Belgische huisartsen kregen reeds feedbacks toegestuurd over hun antibiotica- en antihypertensiva-voorschrijfgedrag. De feedbacks bestaan in België uit een document (met gegevens over het voorschrijfgedrag en aanbevelingen voor goede medische praktijk) en eventueel uit een discussie hierover in de schoot van de LOK's.

Het uitgebreid literatuuronderzoek dat is gepubliceerd in april 2005^a leerde dat de effectiviteit van interventies afhankelijk is van specifieke randvoorwaarden. Indien feedback al effectief is, zijn de effecten globaal beschouwd meestal eerder beperkt. De effectiviteit wordt bepaald door intrinsieke karakteristieken van de interventie, door de randvoorwaarden waarin de interventie vorm krijgt en door de samenhang met andere interventies. Kennis over de randvoorwaarden en over de factoren die de implementatie van gedragsveranderingen beïnvloeden zijn dus zeer belangrijk.

Doelstelling

Deze fase van het project heeft tot doel de factoren te beschrijven die het voorschrijfgedrag en de verandering ervan bij Belgische huisartsen beïnvloeden. Het onderzoek probeert de perceptie van artsen op de feedback te achterhalen en op basis van de resultaten voorstellen te formuleren voor het verbeteren van de interventie.

Methodologie

Een aanvullende literatuurstudie (periode 1999-mei 2005), specifiek gericht op de barrières en determinanten van verandering van voorschrijfgedrag, in het bijzonder bij antibiotica en antihypertensiva vond plaats.

In het Nederlandstalige en Franstalige gebied respectievelijk werden vijf focusgroepen met huisartsen georganiseerd, en één focusgroep met animatoren van de LOK's. Via deze techniek is achterhaald wat de perceptie is van deze artsen over de Belgische feedbackinterventie en is een inventaris gemaakt van de barrières en stimuli om tot een veranderend voorschrijfgedrag te komen. Tijdens de focusgroepen is ook gevraagd naar voorstellen voor verbetering van de feedbackinterventie.

Literatuuronderzoek

Dit literatuuronderzoek beoogt het opstellen van een inventaris van de verschillende factoren die een verandering in voorschrijfgedrag bij artsen belemmeren of bevorderen. Het onderzoek laat niet toe om uitspraken te doen over de effectiviteit van interventies noch om een absolute rangorde te identificeren in deze barrières.

^a Van Linden A, Heymans I, Mambourg F, Leys M, m.m.v. De Prins L, Dieleman P, et al. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel I. Report. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2005 Avril. KCE reports 9. Ref.:A. Available from: <http://www.kenniscentrum.fgov.be/documents/D20051027301.pdf>

Uit de literatuur is wel een classificatie overgenomen die de barrières met betrekking tot de implementatie van EBM bij artsen ordent. In die classificatie worden twee grote groepen van factoren onderscheiden die het opnemen van de informatie of richtlijnen stimuleren.

- Factoren die eigen zijn aan de persoonlijkheid van de arts: gebrekkig besef over het bestaan richtlijnen, weinig vertrouwd zijn met richtlijnen, gebrek aan instemming met richtlijnen, gebrek aan zelfvertrouwen, gebrek aan vertrouwen in de gewenste uitkomst, vastzitten in huidig praktijkhandelen, gebrek aan motivatie en gevoelens van de arts.
- Externe factoren: intrinsieke kenmerken van de richtlijnen; interpersoonlijke factoren, zoals de invloed van patiënten, collega's en specialisten; organisatorische randvoorwaarden en randvoorwaarden die te maken hebben met het gezondheidszorgstelsel, zoals de opleiding, de farmaceutische firma's, bepaalde juridische factoren, maatschappelijke factoren en overheidsbeleid.

Deze categorieën zijn gebruikt als analysekader voor het beschrijven van factoren die een rationeel voorschrijfgedrag van antibiotica en antihypertensiva remmen dan wel bevorderen. Behalve de algemene barrières speelt bij antibiotica diagnostische onzekerheid en angst voor complicaties een belangrijke rol. Voor de antihypertensiva speelt het element van de doelgroep en het feit dat het voorschrijven past in een preventieve aanpak een belangrijke rol.

In de literatuur zijn er ook studies naar de barrières die opduiken bij feedback interventies: ook hier spelen persoonskenmerken, randvoorwaarden en het intrinsieke karakter van de feedbackinterventie een belangrijke rol. Vooral de dubbele of tegenstrijdige rol van opdrachtgever, ambigue of te algemene boodschappen, gebruik van geaggregeerde data, gebruik van het gemiddelde als referentie en slechte lay-out vormen barrières bij de acceptatie. Feedback leidt soms tot weerstand omdat externen zich inlaten met een individuele praktijk. Huisartsen willen hun collega's niet aanvallen en ze willen ook niet hun eigen cijfers tonen aan anderen.

In de literatuur worden strategieën aangehaald om barrières te overwinnen. Er worden pleidooien gevoerd om aan de context aangepaste interventies te ontwerpen ("tailored interventions"). Op dit moment bestaat er onvoldoende evidence om aan te tonen dat "tailored interventions" effectiever zijn dan deze niet speciaal ontworpen in functie van gekende barrières.

Analyse van de focusgroepen

Attitudes en evaluatie van feedback

Een meerderheid van de bevroegde artsen is bekommerd over de feitelijke doelstellingen van de interventie. Ze vrezen de introductie van een arbitraire controle, een standaardisering van medische praktijkvoering en dat maatregelen worden genomen uit economische motieven in plaats van uit kwaliteitsoverwegingen. Een meerderheid van de artsen denkt dat het RIZIV (of de overheid) de feedback heeft geconcipieerd. Het RIZIV wordt geassocieerd met een controleorgaan dat de uitgaven in de gezondheidszorg moet in de hand houden. Ze kennen de NRKP niet, noch het Platform Kwaliteitspromotie. Dit gegeven knaagt aan het vertrouwen dat de artsen hebben in de gegevens en de boodschappen voor goede medische praktijk. De betrokkenheid van vertegenwoordigers van de beroepsgroep in de interventie versterkt dan weer het vertrouwen, zij het dat niet alle artsen dit weten.

Naast interesse in de gegevens zelf, vinden de artsen dat de feedback aanspoort tot zelfevaluatie, dat het een debat uitlokt binnen de LOK's en stimuleert om de eigen praktijkvoering te confronteren met die van collega's en met de richtlijnen van goede medische praktijk.

Sommige artsen zeggen dat de feedback aanleiding is geweest tot gewijzigd voorschrijfgedrag, bij hen of bij collega's. Maar de verandering heeft veel meer betrekking op het soort molecule dat wordt voorgeschreven dan wel met het al of niet voorschrijven. Bovendien wordt het gewijzigde gedrag niet altijd volgehouden. Voor andere deelnemers aan de focusgroepen heeft de feedback nauwelijks enige impact gehad.

De gegevens die in het document zijn opgenomen wekken de nieuwsgierigheid van de artsen. De wijze waarop ze gepresenteerd zijn en de grafieken zelf, worden als complex ervaren. De lay-out van het document wordt als weinig uitnodigend ervaren. Deze elementen vormen een barrière tot het lezen van het document. Naarmate de artsen in de tijd meer geconfronteerd worden met het document, vinden ze de inhoud makkelijker te verstaan.

De boodschappen en aanbevelingen in het document worden door vele artsen als nuttig ervaren. Sommige artsen, zelfs indien ze akkoord gaan met de algemene principes in de wetenschappelijke aanbevelingen, zijn het wel niet altijd eens met de concrete inhoud van een deel van de boodschappen, omdat ze niet steeds aansluiten met beperkingen in de dagdagelijkse praktijk.

De discussie in de LOK's wordt als noodzakelijk geacht. Ze spoort de artsen aan om het document te lezen, laat toe om de grafieken beter te begrijpen, om de gegevens te interpreteren en te bediscussiëren, en onder collega's ervaringen uit te wisselen. Toch wordt er op gewezen dat het niet in alle LOK's vanzelfsprekend is om dergelijke discussie te voeren. Een noodzakelijke voorwaarde is dat er binnen de LOK een zekere positieve attitude heerst met voldoende onderling vertrouwen. De rol van de animatoren en sommige opinion leaders beïnvloeden in sterke mate de aard van de discussies, en kunnen zelfs contraproductief werken voor de vooropgestelde doelstellingen. De animator moet het document duidelijk kunnen uitleggen, en elementen aandragen die de discussie binnen de LOK stimuleren. De animatoren zelf vinden de bestaande opleiding verrijkend. Toch vinden sommige artsen dat bepaalde animatoren onvoldoende gevormd zijn.

Verder zijn er tijdens de focusgroepen ook voorstellen geformuleerd specifiek voor de verbetering van de interventie (feedback), naast andere voorstellen ter verbetering van de kwaliteit in de medische praktijk. Deze suggesties zijn geïntegreerd in de aanbevelingen van dit rapport.

Factoren die het voorschrijfgedrag beïnvloeden

De artsen halen tijdens de focusgroepen verschillende randvoorwaarden aan die van invloed zijn in hun medische praktijkvoering en het voorschrijfgedrag in het bijzonder. Die randvoorwaarden stemmen in grote mate overeen met wat in de internationale literatuur wordt aangehaald.

De persoonlijkheidskenmerken van de arts en eigen ervaringen met ziek-zijn beïnvloeden de keuzes. Ook de rol van patiënten die zelf naar medicatie vragen en de angst om deze patiënten aan de concurrentie te verliezen beïnvloedt de artsen. Verder zijn er de apothekers die niet altijd de voorgeschreven medicatie in de officina hebben en kan hun adviserende rol van invloed zijn. De specialisten hebben invloed omdat ze meer als experts gezien worden, of omdat zij bepaalde geneesmiddelen starten, of omdat ze de patiënten van de noodzaak van een geneesmiddel overtuigd hebben. Tot slot is er de invloed van de artsenbezoekers van de farmaceutische industrie op het voorschrijfgedrag.

Diagnostische onzekerheid en angst voor complicaties kunnen aanleiding geven om vanuit een defensieve reflex te gaan voorschrijven. Omgekeerd kunnen ervaringen in het verleden met bijwerkingen van bepaalde antibiotica, precies het voorschrijfgedrag afremmen.

De barrières die aangehaald worden om de aanbevelingen rond goede medische praktijk te volgen zijn: angst dat de aanbevelingen dwangmatig worden opgelegd (en de autonomie van de arts zouden aantasten), de moeilijke beschikbaarheid en toegankelijkheid van richtlijnen, de perceptie dat de richtlijnen te weinig oog hebben voor de specifieke problemen en de complexiteit van verschillende ziektebeelden met co-morbiditeit op het terrein.

Als organisatorische factoren wordt gewezen op het terugbetalingbeleid van geneesmiddelen, het gebrek aan tijd (wat verband houdt met de financiering en met praktijkkenmerken), werkdruk en het aantal patiënten in de praktijk.

Mediacampagnes die gericht zijn op het grote publiek en initiatieven als onafhankelijke artsenbezoekers kunnen een belangrijke ondersteuning zijn.

Elementen die verwijzen naar de competenties van de artsen zijn: de universitaire basis opleiding (die gewoonten van voorschrijfgedrag in de hand werkt, al dan niet kennis over EBM en statistiek), de rol van voortgezette opleiding, verschillende informatiebronnen al dan niet met onafhankelijke informatie. Een aantal artsen wijst ook op de wanverhouding tussen onafhankelijke informatie en de hoeveelheid informatie verspreid door de farmaceutische industrie.

Conclusies

De feedbackinterventie speelt in op bepaalde determinanten van het voorschrijfgedrag van artsen: voornamelijk kennis en attitude. Om die reden zijn het document en de LOK bijeenkomst met elkaar verbonden en complementair.

De feedback is een onderdeel in een langzaam en complex gedragsveranderingsproces waarbij de huisartsen nieuwe principes in hun medische praktijk moeten integreren zoals: evidence-based medicine, het principe van zelfevaluatie en rekening houden met een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Deze nieuwe ontwikkelingen verstoren traditionele gewoonten en praktijken en werken voor sommigen in zekere zin destabiliserend. Ze kunnen zelfs aanleiding geven tot expliciete weerstand. Dergelijke fenomenen zijn vrij algemeen gekend bij veranderingsprocessen.

Aanbevelingen

Een feedbackinterventie dient ingepast in een meer algemeen programma van acties en interventies die in de mate van het mogelijke rekening houdt met de factoren die het realiseren van vooropgestelde doelstellingen bespoedigen of belemmeren. De positieve ervaring met verschillende gelijklopende acties binnen hetzelfde kader van rationaal voorschrijfgedrag van antibiotica zet aan om dit in te toekomst verder uit te werken. Onderliggend evaluatieonderzoek biedt daarbij meerdere concrete aanknopingspunten. De verschillende acties worden best gecoördineerd en spelen best gelijktijdig in op de verschillende doelgroepen (huisartsen, specialisten, patiënten, ...).

De feedback dient operationeel ingepast worden in een duidelijk en geëxpliciteerd interventieplan. Dit houdt in: een duidelijk vooraf gedefinieerde doelstelling en het vastleggen van de doelgroep. De gekozen strategie moet rekening houden met de randvoorwaarden waarin de interventie vorm krijgt. Haalbaarheid is daarin een essentieel criterium. De interventie zou steeds systematisch geëvalueerd moeten worden om de doeltreffendheid te onderzoeken en om het interventieplan eventueel bij te sturen.

De verdere participatie van artsen, wetenschappelijke verenigingen of gelegitimeerde vertegenwoordigers is nodig om de aanvaardbaarheid van de actie te bevorderen.

Voor de feedbackinterventie zelf is er behoefte aan een verduidelijking over de verschillende betrokken actoren en een grotere visibiliteit van de NRKP. De missies van de NRKP moeten onderscheiden worden van die van andere complementaire instanties, in het bijzonder van die diensten die met medische evaluatie en controle belast zijn. De doelstelling dat de interventie past in een meer algemene kwaliteitsbevordering verdient meer aandacht. Een meer positieve imago-opbouw is hierbij een cruciaal element en verdient verdere aandacht van het RIZIV.

Met betrekking tot de inhoud moeten de aanbevelingen onderdeel blijven uitmaken van het document. De relatie met aanbevelingen rond goede medische praktijk moet wel aangescherpt. Er is een vraag naar gegevens over de evolutie van het voorschrijfgedrag. De lay-out van het document mag attractiever met ook meer aandacht voor de relatie tussen de grafieken en de aanbevelingen. De grafieken kunnen na de voorbije periode van gewenning grosso modo in hun huidige vorm behouden blijven. Er kan in de nabije toekomst misschien wel nagedacht worden over de mogelijkheid en aanvaardbaarheid om individuele feedbacks via elektronische weg ter beschikking te stellen.

De combinatie van het feedbackdocument en de LOK-bijeenkomst biedt interessante perspectieven. Er kan meer aandacht worden besteed aan het informeren van de LOK's over de timing van de feedbacks.

Voor de animatoren moet voldoende aandacht blijven gaan naar een degelijke vorming en een nog meer gestandaardiseerde aanpak door de verschillende animatoren.

Het is mogelijk dat de kwaliteit van zorg meer gepromoot wordt door andere maatregelen:

- Stimuleren van het gebruik van het medisch dossier en daaraan gekoppelde softwaretools; statistische programma's, beslissingsondersteuning (zoals bij de feedback preoperatieve onderzoeken), reminders, etc.;
- Onderzoek naar de meest optimale organisatievormen van medische praktijk waarbij kwaliteitsopvolging wordt gestimuleerd;
- Meer inzicht verwerven over de wijze waarop farmaceutische firma's invloed uitoefenen op voorschijvers en consumenten.

Scientific summary

TABLE OF CONTENTS

I	INTRODUCTION	3
1.1	PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS ISSUS DE LA PREMIERE PHASE DE LA RECHERCHE.....	3
1.2	OBJECTIFS DE LA DEUXIEME PHASE DE LA RECHERCHE.....	3
1.3	METHODES UTILISEES	3
2	LITERATUURONDERZOEK	5
2.1	INLEIDING	5
2.2	METHODE: ZOEKSTRATEGIE.....	5
2.3	RESULTATEN	6
2.3.1	Barrières bij de implementatie van EBM via richtlijnen	7
2.3.2	Barrières bij het realiseren van EBM gebaseerd voorschrijfgedrag	13
2.3.3	Barrières bij rationeel voorschrijfgedrag van antibiotica.....	17
2.3.4	Barrières bij rationeel voorschrijfgedrag van antihypertensiva.....	19
2.3.5	Barrières bij de implementatie van feedbackinterventies	22
2.4	STRATEGIEËN OM BARRIÈRES TE OVERWINNEN.....	25
2.5	DISCUSSIE	26
2.6	CONCLUSIE	26
3	ANALYSE DES FOCUS GROUPES.....	28
3.1	INTRODUCTION	28
3.2	METHODOLOGIE	28
3.3	RÉSULTATS.....	29
3.3.1	Evaluation du Feedback par les médecins.....	29
3.3.2	L'impact du feedback d'après les participants.....	44
3.3.3	Les facteurs qui influencent la prescription.....	49
3.3.4	Propositions des médecins participants.....	61
3.4	DISCUSSION : LIMITES DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	68
4	CONCLUSION	70
4.1	L'EFFET DU FEEDBACK SUR LES MÉDECINS.....	70
4.2	LE FEEDBACK PERMET L'ACQUISITION DE CONNAISSANCES	71
4.2.1	Le document.....	71
4.2.2	Le Glem.....	72
4.3	LES ATTITUDES DES MEDECINS FACE AU FEEDBACK.....	73
4.3.1	Les médecins manquent de confiance a priori dans l'intervention	73
4.3.2	Certains thèmes de feedback sont mieux acceptés que d'autres	73
4.3.3	Le feedback arrive dans un contexte global de changement de la médecine générale.....	74

4.4	AUTRES CONDITIONS DE LA PRATIQUE DETERMINANT LE COMPORTEMENT PRESCRIPTEUR	75
4.4.1	L'influence des patients	75
4.4.2	L'influence des autres généralistes et des spécialistes	76
4.4.3	La peur des complications de la maladie.....	76
4.4.4	Le poids des firmes pharmaceutiques.....	76
4.4.5	L'importance de la formation et de l'information.....	77
4.4.6	Le temps, la taille de la patientèle et l'organisation de la pratique	77
4.4.7	La disponibilité et le mode de délivrance des médicaments	78
5	RECOMMANDATIONS.....	79
5.1	ADAPTER L'INTERVENTION "FEEDBACK"	79
5.1.1	Document.....	79
5.1.2	Glem	81
5.1.3	Propositions complémentaires concernant l'intervention feedback	82
5.2	DEVELOPPER LA VISIBILITE DES SERVICES RESPONSABLES.....	83
5.3	CLARIFIER LES OBJECTIFS DES INTERVENTIONS	83
5.4	PLANIFIER UN PROGRAMME GLOBAL POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ	83
5.5	DÉVELOPPER UN PLAN D' ACTIONS.....	85
5.6	AUTRES RECHERCHES	86
6	BIBLIOGRAPHIE	88

I INTRODUCTION

En 2004, le Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) a été investi par l'INAMI d'une mission consistant à mettre en place une évaluation de l'intervention par feedback. Le feedback relatif au changement de comportement de prescription en Belgique est une intervention combinée, diffusée à l'échelle nationale, utilisant deux actions liées: un document de feedback (reprenant les données de prescription et les recommandations de bonne pratique) et la discussion de ce document dans les GLEM. A ce stade, les généralistes belges ont reçu des feedback sur leurs prescriptions d'antibiotiques et d'antihypertenseurs.

I.1 PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS ISSUS DE LA PREMIERE PHASE DE LA RECHERCHE

La première partie de la mission confiée par l'INAMI était essentiellement basée sur l'étude de la littérature et a fait l'objet d'un rapport publié en avril 2005.¹ Cette recherche de littérature a permis de conclure que l'efficacité des interventions visant un changement de comportement, dépend des caractéristiques contextuelles spécifiques. Les interventions ne sont pas reproductibles; les résultats enregistrés sont fonction des caractéristiques intrinsèques propres, du contexte et de l'association avec d'autres interventions. D'autre part, lorsque le feedback est efficace, ses effets sont faibles à modérés.

En ce qui concerne les changements de comportement : les interventions doivent tenir compte des obstacles qui entravent les changements et y réagir de manière ciblée. La connaissance du contexte et des facteurs facilitant l'implantation de changements est très importante

I.2 OBJECTIFS DE LA DEUXIEME PHASE DE LA RECHERCHE

Ce travail constitue la deuxième phase du projet en poursuivant l'évaluation auprès des prestataires. Les questions auxquelles ce rapport se veut de répondre sont :

Quels sont les facteurs qui influencent l'impact du feedback sur le changement de comportement prescripteur des médecins généralistes belges ?

Quels sont les facteurs qui influencent le comportement prescripteur des médecins généralistes belges ?

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces résultats pour améliorer l'intervention feedback ?

I.3 METHODES UTILISEES

La première partie du travail a consisté à définir les méthodes utilisables pour répondre aux questions de la recherche. Deux méthodes de travail ont été choisies : un élargissement de la revue de littérature, et une recherche qualitative auprès du groupe-cible des feedbacks. Une analyse des données déjà recueillies par l'INAMI, avait également été envisagée, elle a donné des informations insuffisamment valides pour être valorisées dans ce rapport.

La revue de littérature a répertorié les différents facteurs qui peuvent influencer le comportement prescripteur des médecins. La recherche plus spécifique des barrières et des facteurs facilitants a servi de base pour l'élaboration des questions posées dans les focus groupes, ainsi que pour la réalisation d'une grille d'analyse des avis récoltés. L'analyse de la littérature est détaillée au chapitre 2.

Le choix de la méthodologie de la recherche qualitative a été opéré en fonction des compétences, des moyens et du temps disponibles. Les avantages et les inconvénients de différentes techniques ont été passés en revue. Le choix final de l'équipe et des experts s'est porté sur l'organisation de focus groupes répartis dans le pays. En effet, ceux-ci permettaient à des médecins généralistes de s'exprimer librement à partir de questions ouvertes et de collecter une grande quantité d'informations avec un nombre

limité de groupes. La dynamique de groupe permettait l'expression d'avis controversés, et l'émission éventuelle de propositions originales. Des groupes d'animateurs de Glems ont également été prévus.

Les groupes focaux ont permis de mettre en évidence les barrières et les facilitateurs principaux dans la pratique belge. Ils ont également apporté une évaluation globale par le terrain de l'intervention feedback et de ses conséquences. Les groupes focaux sont décrits au chapitre 3.

2 LITERATUURONDERZOEK

2.1 INLEIDING

In 2004 is een literatuuronderzoek¹ uitgevoerd naar barrières bij de implementatie van evidence based medicine (EBM). Dit hoofdstuk bouwt daarop verder. Dit literatuuronderzoek focust op de factoren die een aanpassing van het voorschrijfgedrag van huisartsen mee beïnvloeden. Zowel intrapersonlijke als externe factoren komen aan bod. De nadruk is wel gelegd op de intrapersonlijke factoren, vanuit de basishypothese dat deze beïnvloed kunnen worden door een feedback-interventie.

Zoals eerder aangegeven wordt het woord barrière hier niet normatief-pejoratief gebruikt, maar verwijst in de neutrale betekenis naar de factoren die de gedragsverandering mee beïnvloeden. In de literatuur wordt recent meer en meer het neutrale concept “determinants of change” gebruikt, ook al omdat de auteurs hun aandacht meer en meer richten op de complexiteit en interactie van faciliterende en remmende factoren.

In deze tekst werd gekozen voor het gebruik van “richtlijnen” als vertaling van “guidelines”. In de context van dit onderzoek betreft dit “klinische praktijkrichtlijnen”. Het rapport gebruikt echter de verkorte term “richtlijnen”.

De doelstelling van dit literatuuronderzoek is:

- Inventariseren wat er gekend is rond barrières bij het veranderen van voorschrijfgedrag bij huisartsen.
- Inventariseren welke barrières en bevorderende factoren een verandering in voorschrijfgedrag van antibiotica en/of anti-hypertensiva beïnvloeden.
- Inventariseren welke factoren bij feedback gedragsverandering kunnen belemmeren of stimuleren.

2.2 METHODE: ZOEKSTRATEGIE

Er werd gezocht in: Medline (via Ovid), Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews (via Ovid), alsook in de Cochrane Central Register of Controlled Trials (via Ovid) en in de Database of Abstracts of Reviews of Effects (via Ovid).

De basiszoektocht is uitgevoerd in mei 2005. Een uitgebreid en goed overzichtsartikel² uit 1999 diende als basis voor de classificatie van barrières. Daarom is ervoor geopteerd om artikels vanaf 01/01/1999 te includeren.

Er werden geen methodologische filters gebruikt, en er is niet geselecteerd naar type artikel. Enkel artikels in het Engels, Frans en het Nederlands werden geïncludeerd.

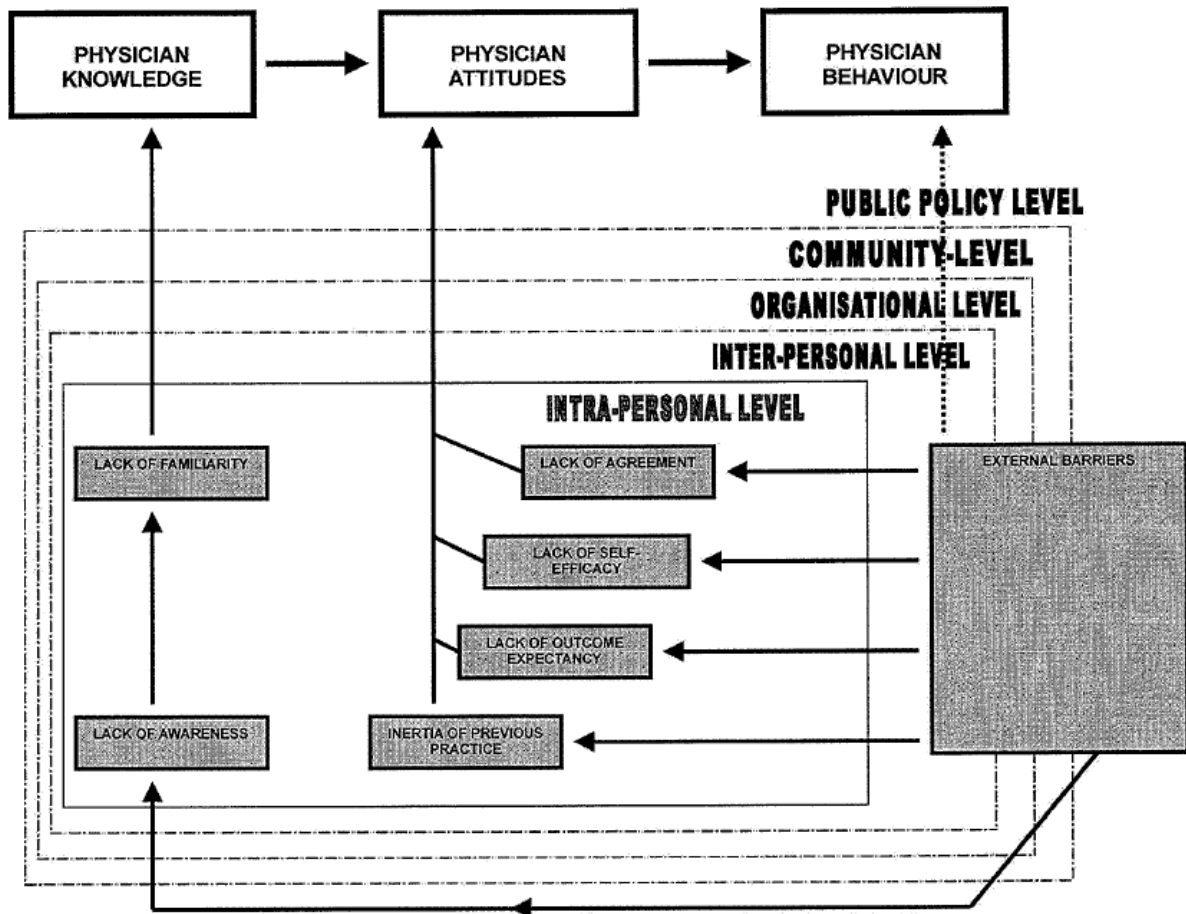
In december 2005 werd nog een additionele “update” search in de Cochrane-databank gedaan: 2 systematische reviews werden nog toegevoegd.

Alle databanken werden door 2 verschillende personen (ISH, AVL) doorzocht. De resultaten van beide zoektochten werden samengevoegd en er werd door beide personen een selectie eerst op titel, dan op abstract uitgevoerd. Bij verschil in keuze werd overlegd wat dit verschil bepaalt, en werd samen beslist of dit artikel geïncludeerd werd of niet. Na exclusie op titel en abstract zijn 139 artikels weerhouden. Op basis van de inhoud van de volledige artikels werden er uit die lijst nog 44 geëxcludeerd. Zo ontstond definitieve lijst van 95 artikels. In december 2005 zijn aan die lijst nog 2 systematische reviews uit de Cochrane Library toegevoegd. De definitieve lijst van geselecteerde artikels is gevalideerd door een expert van het KCE (MAL).

De details van onze werkwijze zijn beschreven in bijlage 7.

2.3 RESULTATEN

De ordening van barrières in dit hoofdstuk, is geïnspireerd op Cabana et al.^{2, 3} een systematische review van goede kwaliteit die een globaal overzicht geeft van de literatuur tot dan toe. Deze auteurs klasseren barrières in 7 algemene categorieën. In hun analyse beïnvloeden clusters van barrières respectievelijk, de kennis, de attitude en het gedrag, drie componenten die wel vaker aan bod komen in gedragsveranderingsmodellen (zie figuur 1).⁴



Figuur 1: Gedragsveranderingsmodel volgens Cabana.

Wij opteerden ervoor om aan deze 7 categorieën nog een extra intrapersonlijke factor toe te voegen, nl. de gevoelens, zoals ook voorgesteld door andere auteurs. Dit wordt uitvoeriger toegelicht onder 2.3.1.7.

De categorie “externe factoren” wordt met meer detail behandeld dan bij Cabana. Bij de externe factoren wordt hier een onderscheid gemaakt tussen interpersoonlijke barrières (met patiënten, met collega’s, met specialisten), organisatorische barrières, en barrières die verband houden met het gezondheidszorgstelsel (opleiding, juridisch, druk van andere actoren,...)

In het literatuurhoofdstuk worden de barrières als volgt besproken:

- Intrapersoonlijke factoren
 - Gebrekkig besef over richtlijnen (“lack of awareness”)
 - Gebrekkige vertrouwdheid met richtlijnen (“lack of familiarity”)
 - Gebrek aan instemming met richtlijnen (“lack of agreement”)
 - Gebrek aan zelfvertrouwen (“lack of self-efficacy”)
 - Gebrek aan vertrouwen in de gewenste uitkomst (“lack of outcome expectancy”)
 - Vastzitten in huidig praktijkhandelen, gebrek aan motivatie (“inertia of previous practice”)
 - Gevoelens van de arts
- Externe factoren
 - Intrinsieke kenmerken van de richtlijnen
 - Interpersoonlijke factoren, waaronder de invloed van patiënten, collega’s en specialisten valt
 - Organisatorische randvoorwaarden
 - Randvoorwaarden die te maken hebben met het gezondheidszorgstelsel, zoals de opleiding, de farmaceutische firma’s, bepaalde juridische factoren en de factoren op niveau van gemeenschap en publiek beleid

2.3.1 Barrières bij de implementatie van EBM via richtlijnen

2.3.1.1 *Gebrekkig besef over richtlijnen (“lack of awareness”)*

Het gebrek aan bekendheid met en besef van het bestaan van richtlijnen uit zich uiteenlopend.²

Zo weten artsen soms niet dat bepaalde richtlijnen bestaan. Als zij weten dat deze bestaan, kunnen deze ook nog ontoegankelijk zijn.

Het volume van de beschikbare informatie speelt een belangrijke rol: hoewel richtlijnen een “samenvatting” maken van beschikbare evidence, bestaan er zeer veel en zeer uitgebreide richtlijnen, waarbij er niet altijd voldoende tijd is om geïnformeerd te blijven (zie infra).

2.3.1.2 *Gebrekkige vertrouwdheid met richtlijnen (“lack of familiarity”)*

Uit veel onderzoek komt het gebrek aan vertrouwdheid met het (correct) *gebruik* van richtlijnen meer naar voor, dan het gebrek aan het besef dat richtlijnen bestaan.²

2.3.1.3 *Gebrek aan instemming met richtlijnen (“lack of agreement”)*

Het niet instemmen of akkoord gaan met een richtlijn heeft zowel te maken met de inhoudelijke boodschap van specifieke richtlijnen als met weerstand tegen het concept van richtlijnen in het algemeen. De twee elementen zijn nauw met elkaar verweven.²

Het gebruik van richtlijnen druist soms in tegen persoonlijke en beroepsmatige waarden en normen.⁵ Artsen verzaken het gebruik, omdat ze het niet eens zijn met het principe ervan. Het zou leiden tot “kookboek-geneeskunde”⁶ en een devaluatie van “geneeskunst”.⁷ Richtlijnen hebben te weinig oog voor het belang van de kliniek.⁸ Er wordt te weinig rekening gehouden met de specifieke randvoorwaarden van de praktijk (geografie en culturele context).⁹ Artsen vrezen dat het volgen van de richtlijnen,

zonder rekening te houden met de kliniek, zal leiden tot onjuiste behandelingen. Sommige artsen vinden richtlijnen niet praktisch en te rigide om toe te passen of vinden dat richtlijnen geen rekening houden met de complexiteit van de praktijk.⁸ Richtlijnen helpen niet bij het beleid van de individuele patiënt die mogelijk zware comorbiditeit kent, veel medicatie neemt of hoogbejaard is. Huisartsen geven aan dat er geen evidence bestaat dat EBM zal leiden tot een betere patiëntenzorg. Velen hebben twijfels over het “modewoord” EBM.¹⁰ Sommigen geloven bovendien dat er weinig evidentie bestaat dat de implementatie van richtlijnen zal leiden tot een vermindering van kosten, terwijl de baten niet duidelijk zijn.⁸

Barrières zijn vaak gelinkt met bepaalde onderdelen van de guideline ipv. de gehele guideline op zich. Per onderdeel kunnen deze barrières verschillen.¹¹

Het wachten op resultaten van klinische studies¹² en het up-to-date houden van richtlijnen wordt als een probleem ervaren in de dagelijkse praktijkvoering.⁶

Artsen vinden de synthese van de evidence vertekend. Gebrek aan vertrouwen in de makers van de richtlijn kan zeker een rol spelen als er meerdere, inhoudelijk verschillende, richtlijnen over één onderwerp bestaan. Artsen volgen vaak geen gesponsorde richtlijnen door gebrek aan vertrouwen. Vele artsen hebben eerder vertrouwen in een richtlijn die ontwikkeld is binnen hun eigen organisatie. De makers van een richtlijn worden verondersteld expert te zijn op dat gebied.^{9, 13}

Huisartsen houden niet van opgelegde activiteiten¹⁴ en zijn bang dat de richtlijnen misbruikt kunnen worden door het beleid en door verzekeraars.¹³ Het is voor artsen niet duidelijk of een richtlijn nu als doel heeft om kosten te drukken of om de kwaliteit te bevorderen.¹⁵ Richtlijnen mogen niet verkeerdelijk gebruikt worden om de kosten in de gezondheidszorg te drukken.⁸ Huisartsen vinden niet dat kostenreductie tot hun takenpakket behoort: kosten moeten afgewogen worden tegen medische overwegingen.¹⁶

Bovenstaande barrières ivm. het gebruik van guidelines worden bijna ook allemaal bevestigd in een kleinschalig Australisch onderzoek.¹⁷

Denoed¹⁸ beschrijft dat er een verschil bestaat tussen het volgen van guidelines met medicamenteuze aanbevelingen en deze met niet-medicamenteuze aanbevelingen.

Een bevorderende factor / motivator voor het lezen van richtlijnen is algemene nieuwsgierigheid of geconfronteerd zijn met een specifiek medische probleem.¹⁹

2.3.1.4 Gebrek aan zelfvertrouwen (“lack of self-efficacy”)

Ook persoonskenmerken kunnen leiden tot een moeilijk aanvaarden van richtlijnen. Zo speelt gebrek aan zelfvertrouwen (“self-efficacy”) een rol:² artsen zijn soms onzeker over hun vaardigheden om patiënten educatie te geven, hebben angst rond het opstarten van nieuwe medicatie,...

2.3.1.5 Gebrek aan vertrouwen in gewenste uitkomst (“lack of outcome expectancy”)

Sommige artsen geloven niet dat het volgen van de richtlijn zal leiden tot de gewenste uitkomst. Ze kennen een laag geloof in een positieve bijdrage (“outcome expectancy”).² Artsen geloven vaak niet dat patiënten voldoende therapietrouw zijn en willen er dan ook zelf geen moeite meer voor doen. De behoefte van artsen om een nieuwe richtlijn te gebruiken, is afhankelijk van de tevredenheid met de huidige situatie en de ervaren effectiviteit van de aanbevolen verandering.¹³

2.3.1.6 *Vastzitten in huidig praktijkhandelen, gebrek aan motivatie (“inertia of previous practice”)*

Sommige artsen zitten vastgeroest in oude gewoontes en routines^{2, 20} en zijn niet bereid om hun handelen aan te passen, bijvoorbeeld bij de preventie van cardiovasculaire aandoeningen, waar geen duidelijke symptomen aanwezig zijn (vb. hypertensie, diabetes, dyslipidemie). Artsen geven slechts moeizaam toe dat ze verkeerd of fout handelen.²¹ Sommige artsen willen richtlijnen niet lezen of toepassen, omdat ze bijna op pensioen gaan.⁶ Er bestaat zelfs een natuurlijke tendens om terug te keren naar oude praktijkgewoonten indien er geen continue motivatie of reminder bestaat.²² Soms kunnen artsen een gebrek aan inzicht hebben in de problemen van de huidige praktijksituatie en geven daarom prioriteit aan het veranderen van hun eigen werkwijze.²³

Positieve of negatieve ervaringen van een arts kunnen een belangrijke impact hebben op het al dan niet toepassen van EBM. Ongelukken, fouten, straffen, klachten of spectaculaire successen zullen een directe invloed hebben op de praktijkvoering.^{24, 25}

Door toevallige vondsten die niet 100% met de richtlijn overeenstemmen, gaat de arts de richtlijn niet meer gebruiken en -integendeel zelfs- meer testen uitvoeren of meer voorschrijven.¹⁶

2.3.1.7 *Gevoelens van de arts*

Espeland²⁶ wijst specifiek op het aspect “gevoelens”, en het feit dat artsen het mogelijk emotioneel moeilijk hebben om een bepaalde richtlijn te volgen, omwille van angst of onzekerheid. Zo zullen ze geen medicatie starten lang na een bepaald voorval (vb. aspirine starten lang na een CVA) uit angst om als niet competent over te komen bij de patiënt.²⁷ Ook kan onzekerheid ontstaan als gevolg van gebrek aan kennis, gebrek aan vaardigheden en door juridische onzekerheid.

McNeil¹² geeft onzekerheid aan als gevolg van een gebrek aan overtuigende evidence, alsook een moeilijke toegang tot de evidence. Short²⁷ wijst op de onzekerheid die ontstaat door het werken met een onvolledig patiëntendossier of een dossier waarin tegenstrijdigheden vermeld staan. Onzekerheid kan ook het resultaat zijn van het feit dat mensen uiteenlopend kunnen reageren op medicatie, of omdat het nut van testen bij vage symptomen ook wordt bekeken in het perspectief van de patiënt.²³

2.3.1.8 *Externe factoren*

Intrinsieke kenmerken van de richtlijnen

Richtlijnen zijn vaak niet gebruiksvriendelijk.² De meeste richtlijnen zijn erg lang. Van een gespecialiseerde arts kan verwacht worden dat hij een uitgebreid, maar specifiek, document zal lezen. Een huisarts daarentegen, die patiënten verzorgt met tal van aandoeningen van verschillende systemen, zal niet de tijd hebben om dit te doen.^{28, 8} De presentatie is daarom belangrijk: zowel de lay-out als presentatie van gegevens en resultaten. Cijfers op een andere manier weergeven, kan een totaal andere manier van interpretatie geven.^{29, 30, 22}

Richtlijnen zijn vaak ontwikkeld voor een ziekenhuispraktijk en niet zomaar toepasbaar in een huisartsenpraktijk.¹⁰

Richtlijnen zijn zeer specifiek. Ze beschrijven meestal maar één aandoening, terwijl er bijvoorbeeld 30 tot 40 respiratoire aandoeningen bestaan. Vaak zullen symptomen thuishoren in meerdere systemen (vb. kortademigheid kan t.g.v. longziekte, hartziekte, vaatlijden thv. de longen, neuromusculaire ziekte, systemische oorzaken zoals anemie of obesitas of tgv. psychogene factoren). Voor een patiënt die op raadpleging komt met kortademigheid, zal de arts eerst moeten beoordelen tot welk systeem dit symptoom behoort, om dan vervolgens binnen dit systeem naar de juiste aandoening te zoeken.²⁸ Paradoxaal genoeg wordt ook vermeld dat richtlijnen niet concreet genoeg zijn, niet

duidelijk gespecificeerd of niet duidelijk geformuleerd. Algoritmes voor diagnose en behandeling zijn bijvoorbeeld vaak te complex.³¹

Er wordt gemeld dat bijzonder weinig vrouwen aan klinische trials deelnemen en dat dit de bruikbaarheid van een richtlijn beïnvloedt.¹²

Bij sommige specifieke richtlijnen is het onduidelijk of de aangetoonde baten in verhouding staan tot het risico voor de patiënt, zijn discomfort of de kosten.³¹ Ook kan een richtlijn onzekere gevolgen hebben voor het beleid.³² Soms kan een richtlijn op voorhand al te complex of te duur geacht worden. Artsen zijn pas bereid hun praktijkvoering aan te passen als ze het bewijs hebben dat de baten sterker zijn dan de nadelen.⁸

Er bestaat een grote verscheidenheid in de kwaliteit van de evidence die leidt tot het construeren van aanbevelingen.¹⁵ Richtlijnen zijn soms onderling contradictorisch, en sommige niet gebaseerd op wetenschappelijke evidence.³¹

Ook de factor EBM binnen de richtlijnen speelt een rol. Sommige artsen hebben slechts beperkte vaardigheden om een “critical appraisal” te maken. Huisartsen zijn bovendien niet vertrouwd met de terminologie van EBM in de dagelijkse praktijk,³³ waardoor richtlijnen moeilijk verstaanbaar worden en ook niet in de praktijk toegepast worden.³⁴

Dowswell⁶ beschrijft zeer mooi dat richtlijnen altijd onderhevig zullen zijn aan kritiek: nieuwe richtlijnen zijn te nieuw, de oude zijn verouderd. Moeilijke richtlijnen zijn te verwarrend, korte richtlijnen zijn te simplistisch. Specifieke richtlijnen zijn te kortzichtig, algemene richtlijnen zijn niet gericht genoeg. Een elegant algoritme voor de ene arts is voor een andere arts een complexe nachtmerrie...

Interpersoonlijke factoren

Patiënten

Het is voor de arts soms onmogelijk of zeer moeilijk om de wensen van de patiënt te verzoenen met de aanbevelingen uit richtlijnen. Verschillende “patiëntgebonden” factoren kunnen een invloed hebben op het beslissingsproces van de arts: kennis, attitude, gedrag, therapietrouw, verwachtingen, behoeften, ervaringen en prioriteiten.²

Er kan weerstand zijn, gene of verlegenheid bij de patiënt, een gebrekkige ervaren nood bij de patiënt om te volgen, de patiënt kan andere voorkeuren hebben,³⁵...

Artsen willen conflicten met patiënten vermijden,³⁶ ze zijn bang voor ontevredenheid bij hun patiënten.³⁷

Veranderen van beleid of van behandelingsdoelen en introductie van nieuwe behandelingen kunnen bij de patiënt leiden tot verwarring of onzekerheid.^{38, 20}

Artsen durven vaak niet praten met hun patiënt over de evidence rond een bepaalde aandoening.³⁹ De uitleg van de artsen is bovendien vaak te complex, niet specifiek gericht op patiëntenbehoeften of zij verzaken het om te checken of de patiënt hun uitleg goed begrepen heeft.^{40, 38, 16}

Ook patiënten (en ouders van patiënten) zijn, net als de arts, beïnvloed door cultuur, omstandigheden en door eigen percepties en ervaringen.^{24, 38}

Co-morbiditeit, de levensomstandigheden van de patiënt en de ervaringen tussen arts en patiënt kunnen beslissingen veranderen.³⁸ Sommige artsen vinden het moeilijker om EBM toe te passen als ze de patiënt persoonlijk goed kennen. Sommige artsen daarentegen passen EBM pas toe eens ze de patiënt enige tijd kennen, omdat er dan een grotere vertrouwensband bestaat.²⁴

Artsen maken andere beslissingen als zij een persoon als individu benaderen of als lid van een groep. Ze willen een zo maximaal mogelijke hulp bieden voor elke individuele patiënt. Zo zullen ze makkelijker een bijkomende test aanvragen, meer tijd besteden aan de patiënt, vermijden om moeilijke thema's te bespreken en behandelingen met een hoge graad van succespercentage aanbevelen.⁴¹

De patiënten zien hun specialist als betrouwbaarder en beter opgeleid dan hun huisarts.²¹ Patiënten hechten vaak meer belang aan het advies van een specialist i.p.v. dat van de huisarts, alhoewel deze misschien net EBM toepast en de specialist niet.²⁰

Collega's

Hoewel over het algemeen het nut van praktijkrichtlijnen erkend wordt, zijn andere bronnen van informatie zeer belangrijk.³⁵ Collega's (al dan niet peers), zijn vaak belangrijker dan geschreven bronnen: het gaat sneller, leidt tot meer reflectie, verantwoordelijkheid wordt gedeeld, of het compenseert een gebrek aan vaardigheden om medische literatuur te interpreteren.¹⁰

Er zijn echter ook een aantal barrières bij het omgaan met collega's: meningen van collega's kunnen verschillen van deze uit richtlijnen. Meningen tussen collega's¹⁴ (of experts⁴¹) kunnen onderling verschillen. Ook kan er bezorgdheid rond prestige-verlies bij collega's een mogelijke barrière vormen.³⁷

Specialisten

De relatie met specialisten kan ook de houding en het omgaan met richtlijnen sterk beïnvloeden.

Huisartsen vertrouwen de lokale specialisten als bron van nieuwe evidence en als "vertaler" van deze evidence.³⁸ Huisartsen wensen een goede communicatie met hospitaal-specialisten die hen kunnen uitleggen waarom een behandeling opgestart of veranderd werd. Velen van hen hechten meer waarde aan een goed gesprek met de specialist dan aan geschreven richtlijnen.⁴² Sommige specialisten zijn overigens echte opinion leaders, die veel aandacht krijgen.²⁶

Toch menen huisartsen dat EBM op een andere manier wordt toegepast door specialisten:²⁴ specialisten behandelen "eerder ziekten dan patiënten". Zij behandelen hen in een meer gecontroleerde setting dan huisartsen die hen zien in "het echte leven".

Huisartsen gebruiken vaak andere richtlijnen -eerder lokale of nationale- dan specialisten: specialisten gebruiken vaker internationale richtlijnen en laten de lokale consensus richtlijnen links liggen.¹⁶ Dit leidt tot een mogelijk probleem in de continuïteit van zorg.¹³

Het veranderen van een behandeling die opgestart is door de specialist is heel moeilijk voor de huisarts.¹⁶ Het veranderen van het gedrag van artsen op tweede lijn zal een directe invloed hebben op de praktijkvoering in eerste lijn. Als zorgverleners op de eerste lijn van deze verandering niet op de hoogte zijn, kan dit leiden tot verwarring en tegenstrijdige berichten bij de familie.⁸

Organisatorische randvoorwaarden

Artsen werken in een "doe-cultuur" waarin het gebruik van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek geen prioriteit heeft of niet gewaardeerd wordt.²³ De meerderheid heeft geen systeem om belangrijke nieuwe medische ontwikkelingen op te sporen.⁶ Het kan ook voorkomen dat richtlijnen niet compatibel zijn met de bestaande waarden en normen in de praktijk.^{36, 31}

Een belangrijk punt is het gebrek aan tijd.² Het bevindt zich op meerdere niveaus: de tijd om richtlijnen te zoeken, te lezen, deze om te zetten in de praktijk, de tijd om patiënten op te voeden,...^{43, 20} Artsen denken dat het aantal patiënten dat zij gedurende consultatie kunnen zien, zal verminderen door het gebruik van EBM.³³ De tijd gespendeerd aan opzoekwerk in het kader van EBM wordt niet gehonoreerd.²⁰ De werklast van een arts staat het zoeken en toepassen van richtlijnen soms in de weg. De arts kan ook bang zijn om de aanbeveling toe te passen in de praktijk, omdat hem dit extra werklast creëert, die hij niet wenst.³⁶

De arts kan druk ervaren van andere gezondheidszorgmedewerkers of van de organisatie waarbinnen hij werkt.²⁶ Stress door werkdruk is belangrijk geacht in de mogelijkheid om het gedrag aan te passen.²² Zorgverleners ervaren vaak veel stress.

Het ontkennen van moeilijkheden of het verwachten dat veranderingen zullen optreden met weinig middelen, zal hierbij nog een extra stress creëren. Dit leidt tot wrevel en uiteindelijk tot meer weerstand tot het doorvoeren van veranderingen.

Er kan een gebrek aan middelen bestaan.³¹ Kosten voor de arts of zijn praktijk, de patiënt of de maatschappij worden aangehaald als mogelijke barrière. Ook logistieke problemen, zoals gebrek aan permanentiesysteem en voldoende (bekwaam) personeel werken remmend.⁴³ Richtlijnen zijn soms niet te vinden op het moment dat de arts ze wil gebruiken.^{10, 9, 44} Er is nochtans behoefte aan documentatie en goed georganiseerde protocols.⁴³ Informatica-technologie kan het gebruik stimuleren, maar kan op zich een barrière worden als gebruikers er geen toegang toe hebben of onvoldoende kennis hebben voor het gebruik, of door de angst voor het gebruik ervan.^{33, 43, 19} Electronische reminders, worden naar voor geschoven als hulpmiddelen, maar kunnen bij verkeerd gebruik ook tot weerstand leiden.⁸

Randvoorwaarden die te maken hebben met het gezondheidszorgstelsel

Opleidingsfactoren

Barrières in het gebruik van richtlijnen kunnen ontstaan tijdens de opleiding of tijdens de praktijkjaren als gevolg van de opleidingen in het gebruik van evidence of door gebrek aan educatief materiaal.⁹ Als er opleiding gegeven wordt, is deze soms slecht toegankelijk⁴⁵ of gebeurt deze continue vorming ondoelmatig.⁴¹ Afwezigheid van een persoonlijke “mentor” kan het leerproces bemoeilijken.⁴⁶ Artsen in opleidingspraktijken zullen makkelijker een positievere attitude tov. guidelines ontwikkelen.⁴⁷

Farmaceutische industrie

Majumdar³⁰ staat expliciet stil bij de invloed van farmaceutische promotie (vb. reclame voor artsen en/of patiënten, praktijkbezoeken, leveren van gratis stalen,...) als barrière bij toepassing van EBM. Volgens Tracy⁷ heeft de farmaceutische industrie ook een te grote invloed op de klinische studies waardoor de resultaten die gepubliceerd worden, vertekend kunnen zijn. Overigens zien sommige artsen het contact met vertegenwoordigers van farmaceutische firma's als een vorm van continue medische educatie, met alle gevolgen van dien op het gebruik van richtlijnen.⁴³ Hannes²⁰ haalt aan dat de meeste informatie die artsen toegestuurd krijgen commercieel is, net zoals vele opleidingen gesponsord worden door farmaceutische firma's. Onafhankelijke informatie blijkt moeilijk herkenbaar tussen het commerciële overaanbod.

Juridische factoren

Artsen maken zich zorgen over de toenemende trend van defensieve geneeskunde.⁶ Er ontstaat bij artsen een toenemende angst voor juridische consequenties van hun medisch handelen. Zij ervaren een toenemende aansprakelijkheid voor slechte praktijkvoering. Zij vrezen officiële klacht²³ en willen schadevergoedingen vermijden.¹⁶ Het invoeren van innoverende technieken en werkwijzen wordt bemoeilijkt oww. legale en regulatieve beslissingen.³²

Factoren op niveau van gemeenschap en publiek beleid

Algemeen kan het gevoerde beleid¹⁴ het toepassen van bepaalde richtlijnen onvoldoende ondersteunen. De acute zorg krijgt meer aandacht dan de chronische en de preventieve zorg. Dit maakt dat binnen de eerstelijnsgezondheidszorg praktijkrichtlijnen op vlak van chronische en preventieve zorg niet (makkelijk) geïmplementeerd zullen worden. Dit geldt eveneens voor een goede patiënteneducatie. Artsen hebben niet het gevoel dat het huidige gezondheidszorgsysteem de activiteiten ondersteunt die nodig zijn om klinische richtlijnen te volgen en om patiënten op te voeden.⁴³

De financiering van de (eerstelijns)gezondheidszorg, en meer specifiek de aard van de vergoeding van de artsen kan barrières opwerpen.^{47, 35, 43}

Culturele factoren, zoals waarden en normen van de maatschappij beïnvloeden de arts.⁵
⁴⁸ De massamedia hebben impact omdat die inspelen op emoties en minder op feiten, met als gevolg dat het publiek onrealistische verwachtingen heeft en specifieke eisen stelt over bepaalde onderwerpen.¹⁶ Bovendien kan de media contraproductief werken door producten te promoten waarvan het effect niet bewezen is.²⁰

Kernboodschappen

Bij de implementatie van EBM via richtlijnen kennen (huis)artsen heel wat barrières.

Een eerste categorie barrières zijn deze die eigen zijn aan de persoon:

- Gebrekkig besef over richtlijnen (“lack of awareness”)
- Gebrekkige vertrouwdheid met richtlijnen (“lack of familiarity”)
- Gebrek aan instemming met richtlijnen (“lack of agreement”)
- Gebrek aan zelfvertrouwen (“lack of self-efficacy”)
- Gebrek aan vertrouwen in de gewenste uitkomst (“lack of outcome expectancy”)
- Vastzitten in huidig praktijkhandelen, gebrek aan motivatie (“inertia of previous practice”)
- Gevoelens van de arts

Een tweede categorie behelst externe factoren die de arts kunnen beïnvloeden in het al dan niet volgen van guidelines:

- Intrinsieke kenmerken van de richtlijnen
- Interpersoonlijke factoren, waaronder de invloed van patiënten, collega's en specialisten valt
- Organisatorische randvoorwaarden
- Randvoorwaarden die te maken hebben met het gezondheidszorgstelsel, zoals de opleiding, de farmaceutische firma's, bepaalde juridische factoren en de factoren op niveau van gemeenschap en publiek beleid

2.3.2 Barrières bij het realiseren van EBM gebaseerd voorschrijfgedrag

2.3.2.1 Inleiding

Voorschrijven is een dynamisch proces met sociale, interpersoonlijke en psychologische variabelen die interageren met klinische en farmacologische factoren. Rationeel voorschrijven is een complex proces dat vorm krijgt in een context waarin de ervaringen van de arts, de manier waarop de arts met zijn patiënt communiceert en de patiënt zelf een rol spelen.⁴⁹⁻⁵¹

De WHO beschrijft rationeel voorschrijfgedrag als: “Een rationeel gebruik van medicatie vereist dat de patiënten de geschikte medicatie ontvangen voor hun klinische noden, in doses die voldoen aan individuele behoeften, voor een gepaste duur en aan de laagste prijs voor de gemeenschap.”⁵² Goed voorschrijven houdt rekening met een zo groot mogelijke effectiviteit, zo minimaal mogelijke risico's, en met het respecteren van patiënt zijn keuze. Dit alles met zo minimaal mogelijke kosten.⁵³

In dit deel hebben we de categorieën “gebrekkig besef” en “gebrek aan vertrouwdheid” in de classificatie van Cabana et al, gegroepeerd in een klasse “gebrek aan kennis”. In de literatuur rond rationeel voorschrijfgedrag wordt het onderscheid tussen vertrouwdheid en bekendheid niet zeer expliciet gemaakt.

2.3.2.2 *Gebrek aan kennis*

Rationeel EBM gebaseerd voorschrijfgedrag wordt bemoeilijkt door het gebrek aan kennis over het bestaan van (nieuwe) medicatie, over de kosten en door gebrekkige kennis over de effecten van een behandeling.⁵⁴ Artsen hebben soms moeilijkheden bij het vinden van de juiste informatie over medicatie.⁵⁵ Mogelijk wordt dit in de hand gewerkt door een onaangepaste scholing, zowel tijdens als na de algemene opleiding tot arts.⁵⁵

Buiten de lokale richtlijnen wordt zelden schriftelijke informatie nagekeken, in het minst de wetenschappelijke en evidence-based literatuur. Andere literatuur wordt frequenter geraadpleegd, maar artsen blijven vaag en gebruiken woorden als “kijken naar” in plaats van “lezen”. Het gebruik van “bepaalde referenties” suggereert een weinig kritische houding ten opzichte van literatuur.^{56, 49}

2.3.2.3 *Gebrek aan instemming met richtlijnen (“lack of agreement”)*

EBM-aanbevelingen worden soms in vraag gesteld. Artsen willen bepaalde medicatie niet voorschrijven, omdat ze geloven dat andere medicatie belangrijker is.⁵⁷ In focusgroepen ontstonden bijvoorbeeld discussies over de richtlijnen voor ischemisch hartlijden en de voordelen, de nadelen en de barrières om medicatie voor te schrijven.⁸

2.3.2.4 *Gebrek aan zelfvertrouwen (“lack of self-efficacy”)*

Huisartsen zijn bezorgd over de kwaliteit van zorg en het voorkomen van neveneffecten bij nieuwe medicatie. Sommige huisartsen vermijden liever bepaalde medicatie ovv. neveneffecten met als leuze “primum non nocere” dan dat ze de ernst van de ziekte in acht nemen.⁵⁸ Ze missen het zelfvertrouwen of zijn onzeker om de noodzakelijke follow-up te garanderen.^{54, 8} Huisartsen blijken overigens minder snel geneigd te zijn dan internisten om risicovolle medicatie voor te schrijven.⁸

Het zelfbeeld van artsen en hun perceptie over autonomie, kan een invloed hebben op voorschrijfgedrag. Huisartsen hebben verschillende idealen over wie ze willen zijn als mens en hoe ze willen handelen als arts. Ze proberen die elementen te verzoenen in hun voorschrijfgedrag.⁵⁹ Bovendien beïnvloeden verschillende externe factoren dat zelfbeeld: de patiënt, de overheid en beleidsorganen binnen de gezondheidszorg, experts (zoals ziekenhuisspecialisten), de farmaceutische industrie en de praktijk. Een bedreiging van dat zelfbeeld en vooral de gepercipieerde autonomie komt vaker voor bij het voorschrijven van antibiotica, medicatie die afhankelijkheid creëert, bij aandoeningen waarbij de wetenschappelijke basis snel verandert, bij preventieve medicatie die de patiënten in een ziekenrol duwt, bij dure medicatie en bij patiënten die slechts weinig effect verwachten van de medicatie.

2.3.2.5 *Vastzitten in huidig praktijkhandelen, gebrek aan motivatie (“inertia of previous practice”)*

Huisartsen vallen gemakkelijk terug op hun persoonlijke ervaringen als het op evaluatie van nieuwe medicatie aankomt.⁴⁹ Bij het invoeren van nieuwe medicatie in de praktijk is de eerste ervaring van enorm belang. Indien de eerste resultaten van een geneesmiddel positief zijn, zal de arts sneller geneigd zijn om deze opnieuw voor te schrijven.^{56, 49} Af en toe schrijven artsen medicatie voor die zij zelf hebben genomen of waarvan zij iets positiefs hebben gehoord van vrienden of collega's.^{56, 49}

Philips⁶⁰ schrijft “clinical inertia” bij voorschrijfgedrag toe aan een persoonlijke overschatting van de reeds geleverde hulp. “Clinical inertia” is in ander situaties soms het gevolg van een reactie op of beeldvorming rond de patiënt (de perceptie dat situatie verbeterd, slechte levensstijl, specifieke situatie van de patiënt, voorkeuren van de patiënt etc.) Een derde probleem waardoor “clinical inertia” ontstaat is het gebrek aan educatie, training en een gebrekkige praktijkorganisatie.

2.3.2.6 Externe factoren

Barrières die te maken hebben met de intrinsieke kenmerken van de medicatie

De toxiciteit van medicatie,⁸ het risico op neveneffecten,^{54, 8} de interactie met andere medicatie,⁸ het gebrek aan generieken,⁸ de opvolging en titratie⁸ en de kosten-effectiviteit^{56, 49} beïnvloeden het voorschrijfgedrag. Kosten van een behandeling^{54, 8} spelen een rol, maar secundair. Artsen schrijven duurdere medicatie voor als deze klinische voordelen biedt of als patiënten deze vragen.^{56, 49}

De klinische situatie van patiënten met een chronische aandoening beïnvloedt soms het voorschrijfgedrag omdat sommige patiënten -zeker zij met chronische aandoeningen- al veel geneesmiddelen krijgen.⁸

Interpersoonlijke barrières

Patiënten

Onafhankelijk van hun leeftijd worden aan vrouwen meer voorschriften gegeven dan aan mannen, aan bejaarden in een rusthuis meer dan aan bejaarden thuis, en hoe ouder de patiënten, hoe minder goed de arts de richtlijnen volgt. Mogelijk is dit een gevolg van de multipale pathologie bij deze patiëntengroep.⁵²

Bovendien worden artsen ook geconfronteerd met medicatievragen van patiënten die niet passen in de kliniek.⁶¹ Veel patiënten zijn enkel tevreden indien zij een medicatievoorschrift ontvangen (“drug hunger”) en artsen volgen deze vraag soms omwille van tijdsdruk, het willen bewaren van de arts-patiënt relatie, het vermijden van conflicten. Ook door de toenemende mondigheid, educatie en rechten van patiënten en door *direct-to-consumer-advertising*, wordt deze oneigenlijke vraag moeilijk om te weerstaan. Een voorschrift kan ook dienen als strategie om de consultatie af te ronden: een teken dat het tijd is voor de patiënt om te vertrekken.⁶¹

Non-compliance bij de patiënt kan de arts doen aarzelen bij het voorschrijven. Bovendien is het innemen van medicatie eenvoudiger voor patiënten dan het veranderen van hun ongezonde levensstijl.¹⁶

Collega's

Huisartsen binnen eenzelfde praktijk hebben weinig invloed op elkaar of voeren weinig discussies over het gebruik van geneesmiddelen. Vaak wordt het voorschrijfgedrag wel beïnvloed door impliciete communicatie met de collega's door het zien van elkaars patiënten.^{56, 49}

Specialisten

In hun interactie met specialisten voelen huisartsen zich soms onbekwaam om de verantwoordelijkheid op te nemen over medicatie die opgestart is door de specialist, maar veranderen evenmin graag het voorschrift.¹³

In Groot-Brittannië zullen huisartsen makkelijker hun voorschrijfgedrag aanpassen als zij merken dat hospitaalspecialisten deze geneesmiddelen al gebruiken. Dit des te meer als deze specialist ook gerespecteerd wordt of een opinieleider is. De communicatie van specialisten naar huisartsen gebeurt “top down” door middel van geschreven correspondentie, terwijl onderhandeling of uitwisseling van informatie zelden voorkomt.^{56, 49}

Organisatorische randvoorwaarden

Een Nieuw-Zeelandse studie⁶² toonde aan dat ervaring en houding van de artsen een verschillend voorschrijfgedrag verklaren. Artsen die minder voorschrijven, besteden meer aandacht aan het uitleggen en informeren van hun patiënten. Sterke voorschrijvers

blijken veel meer belang te hechten aan het medische prestige, en zijn minder geneigd om patiënten uitgebreid te begeleiden.

Ook het type praktijk (solo versus groep), als de lokalisatie (ruraal versus stedelijk) maken een verschil in voorschrijfgedrag.^{63, 52} Artsen binnen opleidingspraktijken schrijven minder en goedkoper voor.⁵² Het gebrek aan tijd verklaart vaak waarom artsen de vraag naar voorschriften gemakkelijk inlossen, in plaats van uit te leggen waarom een ziekte geen medicatie vereist.^{64, 55} Zowel het aantal patiënten in de praktijk^{61, 52} als de graad van armoede binnen de patiëntenpopulatie hebben een invloed op het voorschrijfgedrag.⁵²

Randvoorwaarden die te maken hebben met het gezondheidszorgstelsel

Farmaceutische industrie

De farmaceutische industrie is een van de belangrijkste bronnen van informatie rond medicatie, en medische vertegenwoordigers spelen een zeer belangrijke rol zowel voor het krijgen van informatie als van medicatie. Vaak heeft de opleiding vanuit de farmaceutische industrie een belangrijke concurrentiële rol tov. de continue opleidingsprogramma's.⁶⁵ Huisartsen stellen de objectiviteit van de informatie vanuit de farmaceutische industrie in vraag, maar vinden wel dat selectief gebruik kan. Huisartsen voelen zich in staat om geloofwaardige van misleidende informatie te onderscheiden.^{56, 49} Toch onderschatten huisartsen de invloed van de medische vertegenwoordigers: studies tonen een (mogelijk causale) relatie tussen de frequentie van het zien van een medische vertegenwoordiger en (de kosten van) het voorschrijven.⁵⁵

Factoren op niveau van gemeenschap en publiek beleid

De massamedia hebben een invloed op voorschrijfgedrag, omdat zij zowel de zorgverstrekkers als de patiënten beïnvloeden.⁴⁹

Kernboodschappen

- Rationeel EBM gebaseerd voorschrijfgedrag wordt bemoeilijkt door het gebrek aan kennis. Artsen hebben soms moeilijkheden bij het vinden van de juiste informatie over medicatie.
- EBM-aanbevelingen worden soms in vraag gesteld. Artsen willen bepaalde medicatie niet voorschrijven, omdat ze geloven dat andere medicatie belangrijker is.
- Sommige huisartsen missen het zelfvertrouwen om hun voorschrijfgedrag aan te passen. Hun zelfbeeld en hun perceptie over autonomie bepaalt het voorschrijfgedrag.
- Huisartsen zijn vaak inert: het veranderen van gedrag is soms moeilijk, zeker als de eerste ervaringen met nieuwe medicatie niet meevallen.
- De intrinsieke kenmerken van medicatie kunnen soms het voorschrijfgedrag beïnvloeden.
- De kenmerken van patiënten beïnvloeden het voorschrijfgedrag. Artsen volgen de vraag naar medicatie van patiënten soms op omwille van tijdsdruk, het willen bewaren van de arts-patiënt relatie, het vermijden van conflicten.
- Huisartsen voelen zich soms onbekwaam om de verantwoordelijkheid op te nemen over medicatie die opgestart is door de specialist, en veranderen niet graag het voorschrift.
- De farmaceutische industrie is een van de belangrijkste informatiebronnen, en medische vertegenwoordigers spelen een zeer belangrijke rol. Artsen overschatten soms hun kritische houding tov. de industrie.

2.3.3 Barrières bij rationeel voorschrijfgedrag van antibiotica

Deze paragraaf staat stil bij de specifieke factoren die het voorschrijfgedrag van antibiotica beïnvloeden, en is dus complementair aan de algemene barrières.

2.3.3.1 *Gebrek aan kennis*

Artsen laten zich in hun voorschrijfgedrag eerder leiden door het verwachte positieve effect van een behandeling dan door de kennis van de mogelijke neveneffecten.⁵³ Bij een focusgroep-onderzoek over het voorschrijven van antibiotica bij acute hoest, blijken huisartsen vertrouwder te zijn met het aantonen van bepaalde hypothesen dan met hypothesen uit te sluiten.⁶⁶ Hoewel de Belgische richtlijn voor de behandeling van acute keelpijn zegt dat antibiotica in bijna geen van de gevallen nodig zijn, schrijven de artsen toch in 40% er één voor. Aangehaalde redenen om de richtlijn bewust niet te volgen zijn: de attitude van de patiënt, onvoldoende kennis van de richtlijn, en omwille van onzekerheid over de toepassing van de richtlijn. Artsen zijn er overigens van overtuigd dat zij in zekere mate richtlijnen volgen, ook al blijkt uit hun handelen het tegenovergestelde.⁶⁷

2.3.3.2 *Gebrek aan zelfvertrouwen ("lack of self-efficacy")*

Voorschrijfgedrag blijkt meer afhankelijk te zijn van de sociale verwachtingen en de perceptie van de arts die hij heeft van zijn eigen rol, dan dat dit afhankelijk is van EBM. Zelfs als hij op de hoogte is van deze EBM.²⁹

Sommige artsen zijn bang voor slechte gezondheidsresultaten als zij acute respiratoire infecties minder interventionistisch gaan benaderen.⁵³ Artsen die in het verleden negatieve ervaringen hebben gehad schrijven sneller antibiotica voor.^{53, 66} In de winter worden meer antibiotica en vaak ook tweedekruis antibiotica voorgeschreven alhoewel het wetenschappelijk is aangetoond dat de respiratoire infecties tijdens de winter vaker viraal zijn. Dit vermoedelijk uit angst voor de ernst van de infectie,⁶⁸ maar ook omwille van de moeilijkheid van het inschatten van het probleem.⁶⁴

Sommige huisartsen zien het voorschrijven van antibiotica voor acute luchtweginfecties als een vorm van veiligheid. Een veiligheid bij diagnostische onzekerheid: het is voor artsen gemakkelijker om antibiotica voor te schrijven als het niet nodig is, dan om geen antibiotica te geven als het wel geïndiceerd is.⁶⁶ Mazzaglia⁶⁹ haalt aan dat het gebruik van diagnostische testen het voorschrijfgedrag van antibiotica doet verminderen. Het geven van antibiotica geeft ook veiligheid, omdat het patiënten de zekerheid biedt dat een aandoening behandeld wordt, en het gaat in tegen het beeld bij de patiënt dat een arts niets doet.^{64, 61, 37, 70}

2.3.3.3 *Vastzitten in huidig praktijkhandelen, gebrek aan motivatie ("inertia of previous practice")*

Antibiotica-richtlijnen (bij een acute otitis media) worden niet gevolgd uit gewoonte. Of omdat artsen ervan overtuigd zijn dat een acute otitis media sneller geneest met antibiotica.⁵³

2.3.3.4 *Externe factoren*

Interpersoonlijke barrières

Patiënten

Artsen hechten soms meer belang aan een goede arts-patiënt relatie dan aan het theoretische risico van ontwikkeling van resistente bacteriën. Artsen zullen sneller een antibioticum voorschrijven als ze denken dat de patiënt een voorschrift wenst.⁶⁴ Een deel van de huisartsen zou antibiotica geven als zij voelen dat door een weigering de patiënt een andere arts zal consulteren.^{71, 66} Ook om de patiënt gelukkig te maken, te vermijden dat hij nog eens moet terugkomen, uit gewoonte, en omdat het hen niet

gelukt is om de patiënt te overtuigen om geen antibiotica te nemen en men de consultatie wil afsluiten, wordt antibiotica voorgeschreven.^{61, 70} Voor Belgische huisartsen, en vooral voor beginnende artsen kan de druk groot zijn om zich aan te passen aan de wens van de patiënt, gezien de vrije keuze van patiënten.^{66, 67}

Overigens bestaat een belangrijk onderscheid tussen de actuele wens van de patiënt en de perceptie van de arts van deze wens: patiënten appreciëren EBM-informatie, terwijl artsen menen dat zij enkel testen en antibiotica verwachten en niet meteen uitgebreide informatie. Beeldvorming van de artsen over de patiënt is dus een grotere barrière dan de feitelijke verwachtingen van de patiënt.^{72, 67}

Klinische beslissingen kunnen beïnvloed worden door ervaringen van de patiënt: een veeteler die, telkens als de veearts is geweest, antibiotica moet toedienen, zal sneller naar antibiotica voor zichzelf vragen.⁷³ Enkele auteurs, zoals Lam^{74, 75} beschrijven een aantal preciese klinische factoren die huisartsen aanzet tot het voorschrijven van antibiotica. Bijvoorbeeld: purulente neusloop, purulent sputum, koorts gedurende meer dan 3 dagen, ziek uitzicht, exsudaten op de amandelen, geïnflammeerd trommelvlies, cervicale lymfadenopathie. De richtlijn rond voorschrijven van antibiotica bij een acute otitis media wordt niet gevolgd door:⁵³ ziektegedrag van de patiënt, vraag van de patiënt, de verwachting van de arts dat de patiënt antibiotica vraagt, aanwezigheid van andere niet-medische problemen, impact van de ziekte op de patiënt, de wens om de patiënt gerust te stellen, het feit dat de patiënt op vakantie vertrekt, oorproblemen in de voorgeschiedenis van de patiënt, jonge patiënt (<2 jaar), patiënt behoort tot de risicogroep. Voor vele ouders is oorpijn bij hun kind een veel voorkomend en vervelend probleem. Zij geloven dat antibiotica het probleem sneller zal oplossen. De verwachting hiervan was des te groter indien zij versterkt werden door de idee dat oorpijn kan leiden tot serieuze complicaties.³⁷

Een uitgesteld voorschrift voor antibiotica kan de arts geruststellen, alsook de patiënt. Meteen speelt het voordeel dat de patiënt, indien hij het antibioticum niet gaan kopen is, ervaart dat bepaalde ziekten zelf-limiterend zijn. Patiënten die geen antibiotica nemen voor een virale infectie zullen minder geneigd om de volgende keer voor dezelfde symptomen terug te komen.⁵¹

Een aantal demografische factoren leiden in de Verenigde Staten tot een grotere waarschijnlijkheid dat antibiotica worden voorgeschreven: vrouw zijn, jong, blank en in landelijke omgeving wonen.⁶¹ Kinderen uit gezinnen met een hoger inkomen kregen minder vaak een antibioticum voor een virale luchtweginfectie, waarschijnlijk omdat ze beter geïnformeerd zijn of meer mogelijkheden hebben om het kind op te vangen en pas terug naar de arts te gaan als ze niet genezen.⁶⁸ Zoals bij volwassenen, zal de kans groter zijn dat artsen onterecht antibiotica voorschrijven als ze denken dat de ouders dat wensen.^{64, 76} Ouders zijn overigens niet minder tevreden zijn als ze geen antibiotica ontvingen.^{64, 67}

Hoewel bekend is dat medicatietrouw afhankelijk is van de prijs, is het inkomen geen echt criterium voor het schrijven van een eerste- of tweedekeuze antibioticum, (tweede keuze meestal duurder). Waarschijnlijk zijn de meeste ouders niet op de hoogte van het verschil in klasse antibiotica, noch van het prijsverschil tussen de verschillende klassen.⁶⁸

Specialisten

Concurrentie met de tweede lijn door gebrek aan echelonnering⁶⁷ én het feit dat specialisten andere antibioticarichtlijnen gebruiken dan huisartsen, werkt voor de huisartsen verwarrend.³⁷

Organisatorische randvoorwaarden

Huisartsen geven ook aan dat ze, in tegenstelling tot de richtlijnen, antibiotica voor otitis media voorschrijven juist voor het weekend.⁵³ Ook om te vermijden dat patiënten terugkomen op uren dat er geen consultatie meer is.⁷⁰ In België werkt de huisarts binnen een prestatiegerichte geneeskunde waarin geen incentives aanwezig zijn om bijvoorbeeld tijd uit te trekken voor informatieverstrekking.^{66, 67} Onvoldoende tijd is een steeds weerkerende factor om antibiotica voor te schrijven. Consultaties voor

otitis media bijvoorbeeld worden vaak beschouwd als een kans om tijd te winnen: de patiënt onderzoeken en een voorschrift voor antibiotica geven kan in een beperkte tijdsperiode. Tijdens de winter neemt het teveel tijd in beslag om telkens opnieuw uit te leggen dat antibiotica niet effectief zijn bij virale infecties. Ouders verwachten meestal een voorschrift bij oorontsteking en zullen daarom ook een snelle consultatie aanvaarden.³⁷ Een zeer recent onderzoek van Coco⁷⁷ spreekt dit tegen: het voorschrijven van antibiotica bij kinderen met bovenste luchtweginfecties of bronchitis verkort de raadpleging niet.

Randvoorwaarden die te maken hebben met het gezondheidszorgstelsel

Farmaceutische industrie

Reclame overtuigt patiënten om te vragen naar nieuwe en duurdere antibiotica. Ook voor ziekten waarvoor oudere geneesmiddelen, generische producten, of zelfs geen medicatie even goed zouden zijn.⁶¹

Juridische factoren

Bij sommige artsen leeft de angst om voor de rechtbank gedaagd te worden als geen antibiotica voorgeschreven worden.³⁷

Factoren op niveau van gemeenschap en publiek beleid

Artsen geven aan dat de overheidscampagnes een belangrijke ondersteuning zijn in het toepassen van de richtlijnen. De boodschap van de huisarts wordt gemakkelijker aanvaard door een patiënt als hij vanuit een andere invalshoek reeds dezelfde boodschap vernomen heeft.⁶⁷

Kernboodschappen

- Bij rationeel voorschrijven van antibiotica worden huisartsen vooral gehinderd door gebrekkige kennis, gewoontegedrag en angst voor complicaties. Bij diagnostische onzekerheid biedt het voorschrijven van antibiotica een gevoel van veiligheid.
- De patiëntkenmerken (klinisch en persoonlijk) spelen een grote rol bij het antibiotica-voorschrift.
- Verschillende externe factoren verhinderen de arts om rationeel antibiotica voor te schrijven: concurrentie met specialisten, weekendvoorschriften, gebrek aan tijd, defensieve geneeskunde, de rol van de farmaceutische industrie.

2.3.4 Barrières bij rationeel voorschrijfgedrag van antihypertensiva

Bij het voorschrijven van antihypertensiva spelen andere barrières dan bij antibiotica. Antihypertensiva worden toegepast in een chronische problematiek en passen in een preventief beleid.⁹ De doelgroep is bovendien specifiek: antihypertensiva worden voorgeschreven aan patiënten van verschillende leeftijden, maar vaak aan bejaarden. Dit maakt het voorschrijven gecompliceerder, omdat er co-morbiditeit kan bestaan en omdat ethische overwegingen kunnen optreden.

2.3.4.1 *Gebrek aan kennis*

Er bestaat een gebrek aan kennis bij de artsen over de relevantie van het gebruik van risicotabellen.^{78, 79} Artsen vinden het zeer onaangenaam dat er verschillende en tegenstrijdige publicaties bestaan over de behandeling van multiple risicofactoren en dat geen precieze informatie beschikbaar is over het effect van de reductie van één risicofactor op de algemene risicoreductie.⁷⁹

Het beleid bij ongecontroleerde hypertensie wordt heel vaak niet veranderd, omdat artsen tevreden zijn over de bereikte bloeddruk bij de patiënt.⁸⁰ Sommige artsen onderschatten mogelijk de gevolgen van onderbehandeling.⁷⁸

2.3.4.2 *Gebrek aan instemming met richtlijnen (“lack of agreement”)*

Niet alle artsen zijn het eens over het belang van de behandeling van hypertensie en hypercholesterolemie. Voor bepaalde artsen is het behandelen van hypertensie geen prioriteit in de praktijk, omdat hypertensie één van de vele klinische aandoeningen is die aan bod komt in de praktijk. Het is moeilijk om expert te worden in alle aandoeningen. Bovendien verandert het beleid rond hypertensie snel.⁹ Er bestaat geen consensus in het definiëren en het inschatten van de individuele risicofactoren (vb. hoe fysieke activiteit te quantificeren?).⁷⁸ Sommige artsen vinden daarom dat een complexe aandoening zoals hypertensie niet in guidelines te gieten is.⁸¹

2.3.4.3 *Gebrek aan zelfvertrouwen (“lack of self-efficacy”)*

Artsen hebben weinig vertrouwen in hun counselvaardigheden in preventieve zorg.³ Ze zijn niet gewend om met risico-inschattingen om te gaan en kunnen dit ook niet overbrengen naar hun patiënten.⁷⁸ Artsen hebben bovendien meer vertrouwen in hun eigen klinische beoordeling dan in tabellen en grafieken. Het klinisch belang van de tabellen wordt in vraag gesteld. Bovendien stoort het hen dat dit veel tijd in beslag neemt.⁷⁸ Als zij de tabellen en grafieken al zouden willen gebruiken, hebben zij de risicostratificatie vaak niet bij de hand. Bovendien kunnen fouten ontstaan bij de observator, cq. de arts: fouten bij het meten van de bloeddruk, het iken van de bloeddrukmeter, het tijdstip waarop de bloeddruk gemeten wordt en moeilijkheden met het onderscheiden van de verschillende Korotkov fases.⁹

2.3.4.4 *Gebrek aan vertrouwen in gewenste uitkomst (“lack of outcome expectancy”)*

Artsen zijn onzeker over het medicamenteuze beleid, in het bijzonder om nieuwe medicaties op te starten.³ Artsen ervaren barrières om daarbij doelstellingen voorop te stellen en zijn vaak terughoudend omwille van de onduidelijkheid die ontstaat als een behandeling niet aanslaat.⁷⁸ Anderzijds zijn patiënten meer en meer bezorgd over hun bloeddruk en vragen dus meer controles. Zeker bejaarden met angst voor een CVA.

Artsen zijn ook gefrustreerd omdat ze vaak niet in staat zijn het gedrag van patiënten te veranderen, vooral bij roken, obesitas en een sedentaire levensstijl.⁸² Tov. antihypertensiva zijn patiënten vaak weinig therapietrouw.⁹ Bovendien bestaat er zowel bij de artsen, als bij de patiënten een bezorgdheid rond de neveneffecten van de antihypertensiva, zeker indien er interactie kan optreden met andere medicatie en andere ziekten: het kan een voordien gezonde persoon schade toebrengen. Bij ouderen wordt ook het nut van de medicatie in vraag gesteld, in functie van de mate van invaliditeit van een persoon, levensverwachting, de impact op levenskwaliteit⁹ en comorbiditeit.^{83, 79} Voor een aantal artsen hebben oudere patiënten vaak meerdere en belangrijkere problemen. Voor ouderen bestaat overigens de angst om door een té intensieve behandeling meer kwaad dan goed te doen. Jongere mensen kunnen minder intensief medicamenteus te behandelen, omdat de verwachting bestaat dat levensstijlverandering of andere niet-farmacologische behandelingen voldoende kunnen zijn.⁸⁴

2.3.4.5 *Vastzitten in huidig praktijkhandelen, gebrek aan motivatie (“inertia of previous practice”)*

Artsen zitten soms vastgeroest in oude gewoontes en routines bij de preventie van cardiovasculaire aandoeningen en zijn niet bereid een bepaalde therapie te starten of te intensifiëren wanneer er geen duidelijke symptomen aanwezig zijn (vb. hypertensie, diabetes, dyslipidemie).³

Steinman⁸⁵ en Veninga⁸⁶ beschrijven dat er nog een grote discrepantie bestaat tussen weten wat gedaan moet worden (competentie) en het effectief doen (performance).

Zelfgerapporteerde resultaten zullen meestal beter zijn dan de objectief gemeten resultaten. Zo schatten artsen zichzelf beter in het navolgen van de optimale bloeddrukwaarden. Deze bevinding op zich is al een barrière bij rationeel voorschrijfgedrag.

Een andere mogelijke reden om het beleid niet aan te passen, is dat artsen niet verplicht zijn om rekenschap te geven aan iemand over hun behandeling.⁷⁸

2.3.4.6 Externe factoren

Interpersoonlijke factoren

Patiënten

Huisartsen ondervinden meer barrières bij het veranderen van een chronische behandeling dan bij het opstarten van acute medicatie. Patiënten verwachten hiervoor immers een verklaring en zij uiten vaak weerstanden bij dergelijk beleid.⁸⁷ Sommige patiënten willen geen medicatie nemen, omdat ze niet aanvaarden dat ze een ziekte hebben. Zeker niet voor hypertensie, iets dat ze niet voelen.⁹

Artsen ervaren overigens een spanningsveld tussen wat zij als belangrijk te behandelen risicofactor beschouwen en wat patiënten als belangrijk achten.⁷⁹ Het is moeilijk om de richtlijnen rond hypertensie met de patiënten te bespreken, omwille van het grote verschil in kennis tussen arts en patiënt.⁸¹ Patiënten zijn vaak gefocust op één enkele risicofactor, en verliezen het totaalplaatje uit het oog.⁷⁸ Artsen hebben behoefte aan consistente guidelines en algoritmes om counselling te vereenvoudigen.⁷⁹

Artsen houden er evenmin van om antihypertensiva voor te schrijven, vooraleer ze een goede relatie met de patiënt uitgebouwd hebben en vooraleer ze de levensstijl besproken hebben. Dit wordt ook zo in de guidelines aangeraden. Ze starten daarentegen vaak direct met medicatie als patiënten niet gemotiveerd zijn tot levensstijlverandering of als ze geen zekerheid hebben dat de patiënt tijdig terugkomt voor follow-up. Anderzijds vermelden artsen dat ze bij onverzekerde patiënten goedkopere medicatie zullen voorschrijven, tijdens de eerste consultatie reeds meerdere risicofactoren benadrukken, en dat ze hen laten terugkomen voor niet-medische consultaties.⁷⁹

Sommige artsen vinden secundaire preventie van coronaire ziekten niet relevant voor patiënten met andere ziekten of bij angstige patiënten. De wens om patiënten niet overstuur te maken overheerst, en dit specifiek binnen de beperkte tijd van de consultatie. Therapietrouw voor andere behandelingen is soms belangrijker dan het implementeren van secundaire preventie.⁸⁸

De motivatie van een arts om het medicamenteuze beleid bij een patiënt aan te passen, is vaak afhankelijk van de inschatting van de verlenging van de levensduur voor zijn individuele patiënt: informatie over globale risicoreductie bij het starten van een nieuwe behandeling, volstaat niet.⁸⁹

Specialisten

Cardiovasculaire preventie is niet enkel een taak van de eerste lijn, maar ook van specialisten. Daarom kan het doorschuiven van de verantwoordelijkheid naar andere artsen een barrière vormen.³ Anderzijds schrijven specialisten andere antihypertensiva voor dan huisartsen.⁷⁸ Ziekenhuisartsen veranderen vaak de medicatie van de huisarts terwijl de huisarts makkelijk het voorschrijfgedrag van de ziekenhuisarts overneemt. Na opname is in onderzoek een stijging van 40% vastgesteld in het voorschrijven van hypolipidemiërende medicatie.⁹⁰

Randvoorwaarden die te maken hebben met het gezondheidszorgstelsel

De eerste lijn is niet altijd even efficiënt in chronische en preventieve zorg. Wagner (geciteerd door Cabana³) schetst 5 problemen die een kwaliteitsvolle chronische zorg bemoeilijken: de organisatie van de zorg is voornamelijk gericht op acute zorg, het zich

verlaten op de arts (*reliance on the physician*), het gebrek aan toegankelijkheid tot medische en niet-medische deskundigheid, het bestaan van inadequate informatie en het gebrek aan aansporingen (incentives) om betere zorg voor chronische patiënten te voorzien. Het systeem en het betalen in de gezondheidszorg stimuleert artsen te weinig in de richting van preventieve acties: er bestaat geen billijke vergoeding voor het counsellen rond cardiovasculaire preventie en de educatie van de patiënt wat arbeidsintensief is en tijd kost. Bovendien is de toegankelijkheid tot gespecialiseerd personeel (vb. diëtiste) dat ondersteuning kan bieden niet geregeld, terwijl een doorverwijzing mogelijk tijd en kosten kan besparen. Sommige artsen pleiten voor een ander soort opleiding die hen meer vaardigheden aanleert om patiënten in een proces te begeleiden, eerder dan het eenvoudig voorzien van informatie.⁷⁹

Guidelines die niet op een systematische manier verspreid worden of die niet in een praktisch formaat gepresenteerd worden, kunnen oorzaak zijn tot het niet voorschrijven van eerste-keuze antihypertensiva.⁹¹

Farmaceutische industrie

Vertegenwoordigers van farmaceutische firma's beïnvloeden artsen om niet de eerste-keuze antihypertensiva voor te schrijven.^{91, 78} In een studie van Volpe⁹² daarentegen antwoordden artsen in een vragenlijst dat de beïnvloeding van de farmaceutische industrie een van de minst belangrijke factoren was om een bepaald antihypertensivum te kiezen.

Kernboodschappen

- Het rationeel voorschrijven van antihypertensiva kadert in de preventieve en chronische behandeling, wat zeer specifiek barrières met zich meebrengt
- Het voorschrijfgedrag wordt sterk beïnvloed door de relaties met de tweede lijn.
- Bij antihypertensiva speelt ook de doelpopulatie een rol: bejaarden vergen andere aanpak dan jongere patiënten.

2.3.5 Barrières bij de implementatie van feedbackinterventies

2 artikels^{93, 94} rapporteren over studies naar feedbackinterventies die erg gelijken op de Belgische campagne.

Een Australische studie⁹³ vond, op basis van een RCT-design geen impact van feedback op voorschrijfgedrag bij huisartsen omwille van:

- de ambiguïteit van de boodschap.
- de nieuwsbrief die de feedback vergezelde. Deze was te algemeen opgesteld en werd niet uitgewerkt naar geïndividualiseerde profielen.
- een aantal organisatorische redenen (slechte timing, een top-down centralistisch initiatief, geen "ownership" van de sector, geen mogelijkheid tot bespreken van gegevens, een gebrek aan voorstellen van alternatieven, geen stimuli voor gedragsverandering).
- Mogelijk was er ook een negatieve impact door de tegenstrijdige rol die de opdrachtgever speelt. In Australië is de verantwoordelijke instelling die instaat voor het onderzoek naar fraude en misbruik, ook de verantwoordelijke voor het educatieve aspect van deze feedback.

In een zeer beperkte Zweedse studie⁹⁴ worden volgende barrières aangehaald:

- De feedbackdocumenten verdronken in de grote hoop post die de huisartsen elke dag ontvangen.
- 6 op 8 huisartsen uiten negatieve gevoelens tov. ongevraagde feedback. Ze vinden dit een aanslag op hun autonomie. Hun competenties

worden in vraag gesteld en het vormt een bedreiging om tot nog slechtere interventies te komen.

- Geaggregeerde data zijn moeilijk om te interpreteren en zijn niet echt relevant. Artsen wensen de identiteit van de patiënten te kennen die niet rationeel behandeld zijn.
- Ze zijn ontevreden over de vergelijkende data met andere praktijken: het gemiddelde voorschrijfgedrag is niet de gouden standaard.
- Layout en presentatie van data is belangrijk: sommigen hebben voorkeur voor simpele layout zonder kleuren en zonder al te veel fantasietjes.
- Huisartsen houden er niet van om hun voorschrijfgedrag met collega's te bespreken: ze willen de collega's niet aanvallen en ze willen ook niet hun eigen cijfers tonen aan anderen.
- De feedback moet gemaakt worden door de beroepsgroep en niet door beleidsmakers ("administrative authorities") die gezien worden als tegenstanders (controle en bewaking) en niet als medewerkers.
- Huisartsen vinden dat het belangrijkste doel van feedback over voorschrijfgegevens de farmacotherapie is en niet de economie.
- Geen van de huisartsen geloofde dat hun voorschrijfgedrag zou veranderen na het ontvangen van de feedback.

Volgens Grol⁵ kan een feedbackinterventie tot verschillende uitkomsten leiden als die inspeelt op een aantal randvoorwaarden. Feedback zet niet zonder meer aan tot gedragsverandering.

In een situatie waarin de eigen werkwijze min of meer in overeenstemming blijkt met de nieuwe inzichten, kan feedback bij sommige zorgverleners als vanzelfsprekend ervaren worden. Anderen geeft het dan weer een bewustwording van de sterke kanten in de eigen aanpak. Dit kan leiden tot een groter zelfvertrouwen en een prikkel om ook op andere punten naar verbetering te streven.

Indien de werkwijze niet in overeenstemming blijkt met de nieuwe inzichten, kan feedback een zekere spanning oproepen in het zelfbeeld ("cognitieve dissonantie"). Het kan leiden tot 'actieve acceptatie' waarbij de nieuwe inzichten kritisch worden gewogen, "passieve acceptatie" waarbij de noodzaak van veranderingen erkend wordt, maar niet leidt tot gedragsverandering. De nieuwe werkwijze wordt bijvoorbeeld gezien als onwelkom, weinig haalbaar of iets dat de normale rust en routines verstoort. Vergelijkingen met collega's kan de motivatie in gunstige zin beïnvloeden, vooral als de gegevens onder deskundige leiding samen met collega's worden besproken. De sociale beïnvloeding door groepsnormen en opinies van collega's zijn belangrijk in het bijstellen van het eigen gedrag. Tenslotte is er de pure afwijzing van de resultaten vanuit verdedigingsmechanismen: het in vraag stellen van de resultaten door deze terug te voeren op administratieve of analyse fouten of door te wijzen op het uitzonderlijke van de praktijk of de patiëntenpopulatie. Men kan de nieuwe werkwijze ook afwijzen als niet reëel, te hoog gegrepen, niet aansluitend bij de praktijk of niet goed wetenschappelijk onderbouwd. Een negatieve feedback kan de hulpverlener emotioneel raken, verwarring stichten, en onzekerheid of angst oproepen.

Reminders lijken grotere impact te hebben dan feedback, waarschijnlijk door prospectieve karakter. De remindermethode is bedoeld om drukke, vergeetachtige zorgverleners een handje te helpen door hen regelmatig te herinneren aan richtlijnen. Door het retrospectieve karakter van feedback is het mogelijk dat zorgverleners richtlijnen of nieuwe werkwijzen niet (goed) toepassen omdat ze vergeten waren wat er precies van hen wordt verwacht. Ook vallen ze, onder grote werkdruk en het ingewikkelde werk, gemakkelijk terug in routinematig handelen. Het is niet doenbaar voor het individu om voortdurend op alle terreinen te weten wat wenselijk handelen is, hoe een nieuwe procedure er precies uitziet of wanneer een bepaalde actie gewenst is.

Grol⁵ beschrijft een aantal determinanten voor het slagen van een feedbackinterventie.

De inhoud is een belangrijke determinant: de validiteit van de data, de boodschapper, de legitimiteit van maker van de informatie en de methode waarop feedback gegeven wordt, bepalen de effectiviteit. Spiegelinformatie (passieve feedback), of beoordeling van kwaliteit (actieve feedback), patiëntspecifiek of algemeen, met of zonder dat van collega's ter vergelijking, heeft een verschillende invloed.

De vorm: schriftelijk of elektronisch, mondeling toegelicht aan zorgverlener, beschrijvend of grafisch weergegeven, timing van de feedback beïnvloedt de impact. Over het algemeen gaf het passief geven van feedback over de kosten van tests geen verandering. Passieve feedback wordt voor de zorgverlener interessanter als deze uitnodigt tot en wordt gecombineerd met intercollegiale toetsing. Als aan de gegevens van de individuele zorgverlener vergelijkingen worden toegevoegd met gegevens van directe collega's, dan lijkt de feedback aan effect te winnen. Bij actieve feedback wordt de informatie vergezeld van een interpretatie, van educatieve informatie en/of van richtlijnen voor goede zorg of de een of andere benchmark. Hierdoor kunnen zorgverleners reageren op signalen van afwijkende performance ten opzichte van richtlijnen of een gewenste situatie. Actieve feedback bevat dus een impliciete of expliciete beoordeling van het geobserveerde handelen en soms ook na te streven doelen. Om effectief te zijn, is het belangrijk dat de zorgverlener zich kan herkennen in de richtlijnen voor goede zorg of in de benchmarks. Zo worden gegevens die genormeerd zijn aan richtlijnen afkomstig van een expertcommissie op nationaal niveau, die ver boven de werkvloer staat, waarschijnlijk niet zo snel vertrouwd.

De intensiteit en timing waarmee feedback gegeven wordt is bepalend voor het resultaat. Het effect is het meest als de informatie zo dicht mogelijk bij het moment van de zorgbeslissing wordt verstrekt. De informatie kan het best gegeven worden in directe aansluiting op het alledaagse werk. Ze moet zoveel mogelijk toegesneden worden op het gedrag dat veranderd moet worden. Ook de duur van een feedbackcampagne kan een effect hebben. Het is niet bekend hoe lang moet worden doorgegaan met het geven van feedback nadat gedragsverandering is bereikt. Voor het bestendigen van het gewenste gedrag lijkt het dan ook nodig om de feedback langdurig vol te houden of vergezeld te doen gaan van een andere interventie. Idealiter wordt de feedback ingebouwd in een systeem voor continue monitoring en verbetering van de zorg, waarin met regelmaat wordt vastgesteld of er nog verbeteringen nodig zijn en of er al vooruitgang is geboekt.

Ook de motivatie van de ontvanger speelt een rol. Feedback kan de motivatie om te veranderen bevorderen. Maar feedback is wellicht minder nodig of zelfs overbodig in het geval de zorgverlener zich al bewust is van inadequate werkwijzen. Misschien heeft het herhaaldelijk geven van onnodige feedback als enige veranderingsstrategie zelfs op den duur een averechts effect. De factor motivatie van de zorgverlener in de effectiviteit van feedback moet echter nader onderzocht worden.

Tenslotte kunnen ook de karakteristieken van de klinische context het succes van feedback bepalen. Zorgverleners zullen bijvoorbeeld minder gevoelig zijn voor feedback als er om te veranderen faciliteiten of middelen nodig zijn waarover zij geen controle hebben. De feedback moet ook afgestemd worden op de klinische context waarin de individuele zorgverlener beslissingen moet nemen. Feedback in de context van thuiszorg zal er anders uit moeten zien dan feedback in een hospitaal.

Een aantal (bijkomende) barrières en faciliterende factoren bij klinische audit is mogelijk ook relevant voor feedback.⁹⁵

Audit krijgt soms zeer negatieve conotaties: de motieven worden a priori als negatief ingeschat, angst voor intimidatie, het geloof dat het ruzie uitlokt onder professionelen en een gevoel dat het enkel gebruikt wordt door de overheid om de artsen aan banden te leggen. Artsen vinden het moeilijk dat hun therapeutische vrijheid wordt ingeperkt door richtlijnen met betrekking tot voorschrijfbeleid.

Weerstand rond audit kan ontstaan omdat de werkbelasting wordt verhoogd. Gebrek aan middelen en tijd leiden er soms toe dat niet kan ingespeeld worden op de aanbevelingen uit een audit. Er wordt de voorkeur gegeven aan de kortetermijnsbehandeling en aan de onmiddellijke reactie op de patienten dan op de langetermijneffecten van het volgen van aanbevelingen uit een audit.

Audit wordt gezien als een inperking van de klinische vrijheid waardoor artsen niet meer in staat zouden zijn de beste zorg te leveren voor hun individuele patiënten.

Sommigen vinden audit a priori een verspilling van tijd en moeite, en vinden dat de middelen beter rechtstreeks in patiëntenzorg besteed kunnen worden.

Audits worden soms met te weinig deskundigheid ontworpen: slecht design, problemen met standaardsetting, niet aangepaste gegevensverzameling en slechte methodes.

Goed gefinancierde audits falen in het bereiken van enige impact, omdat het plan en de doelstellingen slecht zijn gedefinieerd, te weinig verband houdt met beleidsdoelstellingen of ook door gebrekkig tijdsperspectief in het management van een audit.

Kernboodschappen

- Feedback lijkt niet het beoogde effect te realiseren wanneer er sprake is van een dubbele of tegenstrijdige rol van opdrachtgever of wanneer de boodschappen ambigu of te algemeen zijn.
- Het gebruik van geaggregeerde data en het gebruik van het gemiddelde als referentie leidt tot weerstand. Een slechte lay-out bij het voorstellen van gegevens is een barrière bij gedragsverandering.
- Feedback leidt soms to weerstand omdat externen zich inlaten met een individuele praktijk. Artsen zijn niet vertrouwd met het krijgen van feedback en met het vergelijken met collega's. Huisartsen willen de collega's niet aanvallen en ze willen ook niet hun eigen cijfers tonen aan anderen.
- De wijze waarop de feedback georganiseerd wordt kan een barrière zijn in het veranderen van gedrag.

2.4

STRATEGIEËN OM BARRIÈRES TE OVERWINNEN

Bij het veranderen van gedrag, gaat het om een veranderingsproces waarin verschillende fasen kunnen worden onderscheiden (oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering, en behoud van verandering). In elk van deze etappes kunnen bepaalde barrières belangrijker zijn dan andere.⁵ Op dat vlak ontbreekt het nu nog steeds aan specifiek onderzoek.

Een recente Cochrane review⁹⁶ bestudeert het effect van “tailored interventions” om barrières te overwinnen op basis van 15 RCT studies. Van die 15 studies gaan er 6 studies over voorschrijfgedrag. Daarvan gaan er 3 specifiek over antibioticavoorschrijfgedrag.

Er kan op basis van het beschikbare onderzoek geen uitspraak gedaan worden of aangepaste interventies meer effect hebben dan niet specifiek ontworpen (tailored) interventies. Bovendien laat het bestaande onderzoek niet toe om in te schatten of interventies gericht op de barrières bij individuen meer effect hebben dan organisatie- of sociale interventies in combinatie met interventies gericht op het individu. Het gebrek aan consistente resultaten is mogelijk het gevolg van het feit dat bij tailored interventies op slecht gekozen barrières inwerken, of omdat de interventie zelf niet effectief is. Belangrijke vaststelling is wel dat niet enkel naar de interventie moet gekeken worden, maar ook naar de context waarin de interventie vorm krijgt. Dit wordt ook bevestigd door Cabana.² Om die context te beschrijven is een theoretisch kader nodig, waarin de rol van barrières wordt geïdentificeerd.

Shaw wijst erop dat, op basis van de geselecteerde literatuur, onvoldoende theoretisch wordt nagedacht over aard en type van barrières, en onvoldoende wordt stilgestaan bij het aantal barrières dat gecombineerd een rol kan spelen. Deze oefening is echter nodig om in de toekomst betere en meer effectieve strategieën te ontwikkelen.

Tenslotte stelt Cabana et al.² vast dat in 70 van de 120 geïncludeerde studies slechts 1 type van barrière wordt besproken, waardoor het zeer moeilijk is een interventie te identificeren die het complexe geheel aan barrières kan overwinnen.

Kernboodschappen

Vooraleer interventies te ontwikkelen die specifiek gericht zijn op het overwinnen van barrières (“tailored interventions”), is het nodig de barrières te kennen.

Er bestaat onvoldoende evidence om aan te tonen dat “tailored interventions” effectiever zijn dan deze niet speciaal ontworpen om barrières tegen te gaan.

Kennis en inzicht in de context zijn belangrijk om barrières te overwinnen.

2.5

DISCUSSIE

Dit literatuuronderzoek is gebaseerd op studies met verschillende graden van evidentie. Het doel was vooral om een lijst te bekomen van bestaande barrières die een gedragsverandering bij (huis)artsen in de weg staan. Elke barrière aangehaald in gevonden artikels met focus op dit onderwerp wordt daarom vermeld, ongeacht de kwaliteit van de studie. Dit literatuuronderzoek draagt vooral conceptueel bij,⁹ maar laat niet toe om uitspraken te doen over de effectiviteit van interventies noch om een absolute rangorde te identificeren in barrières die gedragsverandering belemmeren dan wel stimuleren.

Toch is het belangrijk om even stil te staan bij de kwaliteit van de huidig beschikbare evaluatiestudies. Heel veel onderzoek peilt naar de perceptie van de betrokkenen, zonder dat echt sprake is van effectonderzoek in de evidence based traditie.² De meeste studies zijn gebaseerd op kwalitatief onderzoek (meestal focusgroepen of interviews), en er wordt weinig gerapporteerd over de representativiteit van de steekproef. Rapportering over eigen gedrag gebeurt overigens niet altijd even accuraat.⁹⁷ De studies meten niet altijd feitelijk gedrag, maar vooral opinies en percepties. Het is bij veel studies niet altijd duidelijk of er voldoende methodologische zorgzaamheid is aan de dag gelegd. Zo kunnen subjectieve verhalen de objectieve situatie verhullen. Voorts kan een barrière in de ene situatie eerder een faciliterende factor zijn in een andere.² Zo zal de druk van patiënten voor het uitvoeren van verder onderzoek meestal een barrière zijn, maar wanneer dit om preventief onderzoek is, kan dit mogelijk ook een faciliterende factor zijn.

Uit het literatuuronderzoek komt duidelijk naar voor dat de interpersoonlijke relaties tussen arts en patient een belangrijk element is in het (voorschrijf)gedrag van de arts. We zijn echter niet in detail ingegaan op de persoonlijkheids- en andere karakteristieken van die patiënten (zoals culturele achtergrond, verwachtingen, leeftijd, autoriteitsperceptie, etc.). Het verhaal rond de relatie arts-patient is veel genuanceerder en complexer dan in dit type literatuur wordt beschreven.

De nadruk die onderzoekers leggen op bepaalde barrière(s) is een keuze die zelden duidelijk verantwoord wordt.⁹⁶ Bepaalde barrières zijn veelvuldig het onderwerp van studie, andere nooit. Terwijl nergens bewezen is dat er een verschil in belang bestaat. Khunti⁹⁸ pleit daarom voor het gebruik van verschillende, complementaire methoden om barrières rond een welbepaalde pathologie, te inventariseren.

2.6

CONCLUSIE

Het overzicht van de literatuur leert dat zeer gelijkaardige barrières in verschillende studies en reviews worden aangehaald: barrières die te maken hebben met kennis, barrières die te maken hebben met attitude en motivatie van de persoon, en barrières die te maken hebben met de randvoorwaarden van de medische praktijk: de direct interpersoonlijke, de impact van de professionele verhoudingen, tijdsaspecten en organisatorische randvoorwaarden. Verder zijn er nog barrières die te maken hebben met de intrinsieke kenmerken van de interventie zelf. Het effect van de verschillende barrières blijkt overigens zeer contextafhankelijk te zijn.

Empirisch-methodologisch is het nauwelijks mogelijk om met de bestaande studies en volgens de huidige EBM-regels harde evidence te genereren voor het effect van interventies die trachten in te spelen op barrières. Evenmin kan echter geconcludeerd

worden dat de huidige interventiestrategieën geen effect hebben. Aangezien “gedrag” zich over de tijd ontwikkelt, en een aantal stadia (bovendien niet logisch lineair) doorloopt, moeten vragen gesteld worden bij de huidig gehanteerde evaluatiemethodologieën en gebruikte indicatoren. Effectstudies zijn vaak zeer onduidelijk op welk tijdspectief men een effect verwacht, en op welke outcome indicatoren men uitspraken zal doen over het effect (kennis, attitude, gedrag). Bovendien is een reductionistisch werkwijze niet de meest aangewezen, en zou er meer aandacht moeten komen voor evaluatiemethoden van “real-life” interventies.⁹⁹ De complexiteit van de factoren die gedrag beïnvloeden vraagt meer aandacht bij de evaluatie van de interventies.⁴³ Er moet ook verder gezocht worden naar de factoren die verandering kunnen brengen in het gedrag van welbepaalde doelgroepen binnen welomlijnde randvoorwaarden.^{14, 96}

3 ANALYSE DES FOCUS GROUPES

3.1 INTRODUCTION

Des groupes focaux ont été organisés, dont l'objectif était de faire l'inventaire des attitudes, avis et évaluations des médecins généralistes vis-à-vis de l'intervention feedback (document et discussion en Glem), et des améliorations ou alternatives qu'ils suggèrent pour améliorer son impact. Ces groupes ont également permis l'identification, de façon indirecte, des facteurs qui influencent à la fois l'impact du feedback et le comportement prescripteur des généralistes.

3.2 METHODOLOGIE

Cinq groupes de médecins généralistes (dont un groupe test) et un groupe de médecins animateurs de Glems sur le feedback ont été interviewés dans chaque communauté linguistique. Le recrutement des participants et des lieux d'interview a été organisé par les sociétés scientifiques des deux régions linguistiques..

Tout médecin généraliste qui a reçu un ou plusieurs feedbacks individuels pouvait être recruté. Cela signifie dans les faits tout généraliste ayant une pratique de médecine générale. Pour les groupes d'animateurs, tout médecin généraliste qui a suivi la formation pour les animateurs de Glems sur le feedbacks, organisée par les sociétés scientifiques, et qui a animé un ou plusieurs Glems sur un feedback pouvait participer. Les groupes ne devaient pas être organisés sur base de groupes préexistants. Le recrutement devait se faire le plus possible de manière aléatoire, en veillant à avoir une représentation variée de médecins sur base des critères d'âge, de sexe, de type de pratique (solo/groupe). Ceci ne garantit pourtant pas une représentativité des médecins généralistes belges ni ne permet une analyse spécifique par sous-groupes. Les médecins n'étaient pas rémunérés, mais recevaient 20 points d'accréditation^a en « éthique et économie » pour leur participation.

En pratique, le mode d'organisation des groupes a été différent entre les deux sociétés scientifiques, l'une ayant organisé les groupes de façon centralisée par le recrutement de participants par téléphone, l'autre ayant demandé à des responsables de cercles d'organiser une réunion dans leur région.

Chaque focus groupe était mené par un modérateur expérimenté et une rapporteuse, cette dernière étant aussi l'analyste. (Pour les groupes néerlandophones : Nicole Boffin (modérat) et AVL (rapporteur et analyste). Pour les groupes francophones : Jean-Marc Feron (modérateur) et IH (rapporteur et analyste). Un questionnaire anonyme était d'abord distribué aux participants (voir annexes du chapitre 3), puis l'interview était menée selon une liste préparée de questions (voir annexe). L'interview était prévue pour durer maximum 2 heures. Après l'interview, un débriefing était immédiatement réalisé entre le modérateur et le rapporteur, concernant la façon dont l'interview s'est déroulée et les grandes idées qui en ressortaient. Il a été décidé que les questions posées et l'analyse se concentrent surtout sur l'évaluation du feedback antibiotiques.

Les modérateurs et rapporteurs se sont coordonnés lors d'une réunion préalable ; puis les deux analystes (et rapporteurs) se sont étroitement coordonnés au fur et à mesure des focus groupes réalisés.

Les interviews de groupe étaient enregistrées, et la rapporteuse prenait des notes en parallèle. Les focus groupes ont été retranscrits en suivant une grille d'analyse prédéfinie selon les résultats de la recherche de littérature, et testée lors de l'analyse du groupe test. Cette grille d'analyse a été complétée au fil des groupes. Comme il ne s'agissait pas d'une analyse du discours, la transcription n'a pas été complètement littérale (les mots d'hésitations n'ont pas été repris), mais est restée très proche des paroles des

^a Chaque médecin, pour être "accrédité", doit chaque année participer à 2 réunions de Glem et accumuler 200 points de formation continuée, dont 30 points en « éthique et économie ». Chaque heure de formation continue (et heure de Glem) correspond à 10 points. L'accréditation permet un honoraire plus important à la prestation.

participants. L'analyse a toujours été réalisée le plus rapidement possible après l'interview (dans les jours qui suivent), et a été validée ensuite par le modérateur.

L'analyse globale a été réalisée dans un deuxième temps, en coordination entre les deux chercheuses (AVL et ISH). Une validation de l'analyse a été réalisée par deux experts du KCE (MAL et FRM).

Le traitement des données a été réalisé à un niveau d'analyse basique (notamment sans utilisation de logiciel spécifique). L'accent a été mis sur l'inventaire et la classification de problèmes, suggestions et opinions rapportées par les groupes, utilisant un cadre de référence construit sur base des résultats de la recherche de littérature. L'analyse n'avait pas pour objectif de comparer les groupes ou les types de personnes dans les groupes, ni de rapporter certains types d'opinions ou barrières à des caractéristiques spécifiques des participants (par exemple si les discours changent en fonction du sexe ou de l'âge ou du type de pratique des participants). Le nombre de groupes interviewés était trop limité pour permettre ce type d'analyse plus spécifique. L'identification plus globale des opinions sur les barrières et facteurs facilitants le changement, face au feedback, dans le contexte belge, a déjà permis de récolter des informations précieuses dans les limites imposées par les contraintes de temps de cette recherche.

Messages clés

- Cinq groupes de généralistes et un groupe de médecins animateurs de Glems ont été organisés dans chaque communauté.
- Le traitement des données a été réalisé en privilégiant l'inventaire des problèmes et des suggestions (analyse au départ des transcriptions sans utilisation de logiciels).
- Le nombre de groupes interviewés était trop limité pour permettre une analyse comparative entre sous-groupes.
- L'identification globale des barrières et des facteurs facilitants a permis de récolter des informations précieuses dans le contexte belge.

3.3

RÉSULTATS

Dix focus groupes de généralistes (5 dans chaque région linguistique) et 2 focus groupes d'animateurs de Glems (un de chaque côté linguistique) ont été réalisés, entre août et début novembre 2005. Ces focus groupes ont été organisés chaque fois dans des villes différentes pour améliorer l'accessibilité géographique. Chaque focus groupe comptait entre 5 et 10 participants et a duré entre 1h15 et 1heure 45. Vous trouverez en annexe une grille descriptive des caractéristiques des médecins participants. Globalement, nous avons rencontré plus d'hommes que de femmes (61 pour 32), mais toutes les tranches d'âge (25 à 81 ans), et différents types de pratiques (solo, duo, trio, groupes, avec ou sans assistant en médecine générale, à temps plein ou à temps partiel, avec financement de la pratique au forfait ou la prestation, avec ou sans activités complémentaires). 1/5 étaient maîtres de stage, parmi eux tous n'avaient pas un assistant. Les interviews se sont toutes globalement bien passées.

L'annexe de ce chapitre permet de consulter les citations qui soutiennent la présentation des résultats. Ceux-ci sont présentés ici selon une classification qui ne correspond pas tout-à-fait à la classification proposée dans les résultats de la revue de littérature. Nous avons voulu rester fidèles à la présentation donnée par les focus groupes. Toutefois, on peut retrouver les facteurs intrapersonnels des professionnels tout au long des chapitres sur l'évaluation du feedback et de son impact, tandis que les facteurs externes sont décrits dans un chapitre spécifique.

3.3.1

Evaluation du Feedback par les médecins

L'objectif est ici de rapporter l'évaluation que donnent les médecins participants, d'une part du document envoyé à chaque médecin individuellement, et d'autre part de la discussion de ce document dans les Glems.

L'évaluation exprimée par les médecins a trait à deux aspects qui auront des implications très différentes en termes de propositions : l'attitude globale qu'ils expriment vis-à-vis de l'intervention, et l'évaluation plus précise et concrète du contenu, de la présentation, ou du déroulement de l'intervention.

3.3.1.1 Les attitudes que suscite l'intervention feedback

Les attitudes face à l'intervention feedback sont très variables.

De l'enthousiasme à l'opposition

Certains médecins ont exprimé leur satisfaction de recevoir cet outil : ils le trouvent intéressant, enrichissant, et il répond à une attente : celle d'avoir enfin un reflet de leurs pratiques et de pouvoir s'évaluer. Certains ont même eu envie de partager leur enthousiasme à leurs collègues.

Mais pour certains autres, il s'agit d'une ingérence inadmissible dans leur pratique. Elle les met en colère, et entraîne un rejet complet de cette intervention, que ce soit le document ou la discussion en Glem. Nous avons rencontré peu de ces médecins tout-à-fait opposés, leurs opinions nous étant plutôt rapportées par les participants dont ils sont collègues dans les Glems. D'autres, sans être aussi extrêmes, expriment une irritation, face à une initiative qu'ils n'ont pas demandée, pour laquelle ils n'ont pas été consultés. Cette irritation est liée au sentiment global d'être surveillé, contrôlé, ou qu'on veut les standardiser. Certains ont l'impression qu'on met en question leur légitimité, leur compétence de médecins généralistes, et la complexité de leur métier. Ce type de réaction peut être pour certains, liée à une faible expérience de l'évaluation : certains médecins, convaincus d'avoir une pratique de bonne qualité, sont déstabilisés par un feedback qui les classe mal. Ils se sentent mis sur la sellette, devant leurs confrères. Cet agacement peut aussi être lié au sentiment qu'à cause d'une poignée de récalcitrants, toute la profession est sans cesse pointée du doigt et soumise à de nouvelles consignes.

Mais la majorité des médecins que nous avons rencontré expriment des sentiments partagés, nuancés, entre ces deux extrêmes. La plupart y trouvent un intérêt, même si cet intérêt ne va pas d'office de pair avec un accord. Nous avons donc rencontré toute une palette d'attitudes, entre gris clair et gris foncé.

De la curiosité

Avec ou sans crainte, avec ou sans accord sur cette intervention, pratiquement tous les médecins interrogés, ont consulté leur feedback quand ils l'ont reçu.

On ressent une fascination pour les chiffres et les graphiques, et particulièrement le scatterplot, même s'il n'est pas souvent compris en détail. Les recommandations, quant à elles, passent au second plan.

Il s'agit bien d'évaluation, mais d'abord de savoir rapidement si on est dans le bon quart du graphique.

Beaucoup de médecins sont curieux de se comparer à leurs confrères, ou d'avoir un regard sur leur propre pratique.

Cette curiosité qui en a poussé certains à ouvrir rapidement le document, les a alors entraînés à le lire de façon plus approfondie par la suite. Elle en pousse même certains plus loin : ils veulent comprendre leur document le mieux possible, et assisteront parfois à la formation des animateurs pour cette raison.

Cette curiosité pourrait pour certains être liée à la peur du contrôle : il s'agit de savoir si l'on risque d'être inquiété ou non.

Des doutes

Face à cette initiative des pouvoirs décideurs, les médecins restent dubitatifs quant à l'objectif des messages envoyés. Le soutien à la qualité ? La réduction des dépenses ? Le contrôle ? Quelle est la validité des informations qui leur sont envoyées ? Quel est

l'intérêt de cette démarche ? Ces incertitudes dérangent certains. D'autres sont peu perturbés. Ces doutes sont associés à des émotions diverses, ont des conséquences variables. Mais on peut considérer que ces questionnements traversent, avec plus ou moins d'intensité, tous les médecins qui ont participé aux focus groupes.

Qualité ou réduction des dépenses

Les possibilités réelles d'utiliser cet outil pour apprendre l'évaluation, améliorer la qualité et diminuer les résistances aux antibiotiques sont bien évoquées. Mais l'objectif de faire des économies est considéré comme probable et semble moins acceptable.

Pour les médecins, la première priorité reste de « bien soigner le patient ».

Certains participants expriment un réel souci des conséquences économiques de leur pratique. Ceux-ci semblent penser que la profession n'est pas assez consciente du coût de sa prescription, qu'il est important d'y penser parce que les moyens ne sont pas illimités, et qu'il s'agit de préserver la sécurité sociale.

Mais ce souci de l'efficacité n'est pas partagé par tous. Certains participants considèrent que la qualité du service au patient doit rester le seul souci du médecin, celui-ci n'a pas à s'occuper du prix.

Certains trouvent qu'il faut tenir compte des deux aspects. Tant mieux si les deux objectifs, qualité et réduction des dépenses, peuvent parfois se rejoindre. Mais le souci économique doit rester subsidiaire au souci de qualité médicale.

Pour quelques-uns ces objectifs sont inconciliables : des meilleurs soins sont d'office plus chers.

Ainsi, des médecins se disent prêts à « entrer dans le jeu » s'ils sont convaincus que le but de la démarche est la qualité scientifique, mais refusent de participer si le but est surtout économique.

Le fait que certains médecins perçoivent une divergence entre leur objectif prioritaire qui est la qualité des soins, et l'objectif économique supposé des promoteurs du feedback, entretient une crainte : un contrôle éventuel, s'il était effectué uniquement dans une perspective économique, serait probablement en défaveur du médecin.

Soutien ou contrôle

Une autre possibilité qui tarabuste les médecins est que cet outil, aujourd'hui uniquement envoyé à titre indicatif aux médecins, puisse être le point de départ d'une évolution vers un système de contrôle de plus en plus étroit des pratiques. Une grande partie des médecins sent planer cette ombre du contrôle, à court ou à long terme, avec une crainte plus ou moins grande. Certains d'entre eux en sont même tout-à-fait convaincus.

Divers facteurs vont entretenir cette crainte de contrôle :

Ce document apporte la prise de conscience des possibilités, pour les décideurs, d'observer, de surveiller leurs pratiques. Cela dans un climat de méfiance entre le corps médical qui ne sent pas compris dans les difficultés de son travail au quotidien, et des pouvoirs financeurs et politiques qui expriment des objectifs difficilement conciliables aux yeux des généralistes avec la pratique sur le terrain.

La crainte du contrôle peut encore être liée à une culture de la médecine générale, essentiellement en solo, très peu habituée à l'évaluation. Cette évaluation déstabilise, d'autant plus qu'elle vient des pouvoirs financeurs et contrôleurs.

Le problème pour certains est aussi que même s'ils ne pensent pas être en tort, ils ne se sentent pas certains de pouvoir le démontrer.

L'objet concret de cette crainte est assez peu exprimé : il s'agit de « contrôle », de « un souci financier, administratif, qui pourrait se présenter » (FG3). Quelques-uns ont évoqué des conséquences financières, comme une amende, le remboursement des dépenses induites par la prescription.

Certains médecins reconnaissent que cette peur du contrôle est un stimulus pour lire le feedback ou pour adapter les pratiques de prescription. Mais ils n'apprécient pas ce type de stimulus : la motivation n'est pas la qualité de la pratique, mais la peur.

Certains médecins ne s'inquiètent pas beaucoup de ce risque de contrôle : soit qu'ils ne croient pas que cela puisse arriver, soit qu'ils ne se sentent pas en danger même s'il y a un contrôle. Pour certains, le contrôle ne concernera que les plus mauvais prescripteurs, et ils se voient rassurés par la lecture de leur feedback. D'autres ne voient pas de problème au fait d'être contrôlés, à condition que ce soit en leur donnant l'occasion de justifier leur pratique.

Standardisation ou liberté thérapeutique

Quelques médecins ont l'impression que le feedback, et l'incitation à suivre des guidelines en général, sont liés à une volonté de standardiser la médecine, d'imposer une manière commune de travailler.

La conception et les concepteurs du document

Tous les doutes expliqués jusqu'ici sont grandement alimentés à la fois par l'ambiguïté du discours politique et des pouvoirs organisateurs, tel qu'entendu par ces médecins, et par un manque de clarté quant au rôle des diverses institutions (INAMI, syndicats, sociétés scientifiques) qui participent simultanément à cette intervention, mais dont les objectifs fondamentaux peuvent être très différents.

L'INAMI est prioritairement perçu comme l'auteur du feedback : le fait que le document arrive dans une enveloppe à en-tête de l'INAMI n'y est d'ailleurs pas étranger. Or les médecins considèrent que l'objectif de l'INAMI n'est pas la qualité mais bien la réduction des coûts, et que sa fonction se situe plutôt dans le contrôle et la coercition que dans le soutien à la qualité.

Pourtant, quelques médecins considèrent bien que c'est le rôle des décideurs de leur envoyer ce type d'information.

Les médecins parlent beaucoup de « ils » sans trop pouvoir identifier de qui il s'agit. L'amalgame entre INAMI, décideurs politiques, gouvernement, est prégnant. La plateforme de la qualité ne semble pas très connue.

Inversement, la participation des sociétés scientifiques, quant elle est identifiée, est un argument en faveur du fait que ce document a prioritairement un objectif de qualité ou de diminution des résistances aux antibiotiques, et une finalité de soutien à l'auto-évaluation. Une grande confiance en l'intégrité des sociétés scientifiques est exprimée, essentiellement par des personnes qui en sont assez proches. De plus, la formation organisée par les sociétés scientifiques semble avoir apporté des arguments positifs à ceux qui l'ont suivie. De même, certains médecins ont reconnu dans l'intervention feedback ou dans l'élaboration de certaines recommandations, la participation de personnes qu'ils considèrent comme intègres et travaillant dans un souci scientifique, et cela augmente leur confiance dans le projet.

D'autres éléments influencent encore l'opinion des médecins quant à l'objectif de l'intervention : les thèmes choisis pour ces feedbacks, notamment. Un feedback concernant les antibiotiques leur paraît correspondre à un réel souci concernant les résistances, mais le feedback sur les antihypertenseurs quant à lui, fait bien pencher la balance dans le sens du souci pharmaco-économique. Un médecin citait la possibilité d'un feedback sur les mammothèses, lequel est plus axé sur la qualité que sur un objectif économique, comme un signe que le feedback peut être surtout un outil d'amélioration de la qualité. Un autre élément en faveur de l'objectif économique est que les coûts soient décrits dans le dernier tableau du feedback.

Le fait que la convention médico-mutualiste ait été liée à des objectifs de prescription dans les classes de médicaments identiques à ceux des feedbacks, les antibiotiques et les antihypertenseurs, a été vécu comme un élément négatif.

Enfin, le récent courrier envoyé aux médecins « outliers » est considéré comme une confirmation des soupçons quant au contrôle ou au seul souci de réduction des dépenses.

Un autre élément qui améliore la confiance en cet outil semble être pour certains de connaître la façon dont il est construit, les procédures, la rigueur de la construction des messages et du contrôle des données. Le fait de savoir que les documents sont détruits après envoi aux médecins (même si les données sont toujours existantes) en a rassuré certains. Toutefois cette destruction pose problème lorsque le document n'est pas arrivé chez son destinataire : il n'est pas possible d'en avoir une copie.

Fiabilité des informations

Ces incertitudes sur les objectifs réels du feedback ont pour conséquence une mise en doute a priori de la validité des informations qui sont transmises dans le document de feedback. Tant pour les informations apportées par les messages de recommandations, que pour les données de prescription.

Il apparaît à certains médecins que les messages, les méthodes d'analyse et les seuils proposés dans les feedback pourraient être modifiés selon les objectifs des décideurs, et non selon des règles de qualité ou d'EBM. Ainsi, les décideurs modifieront les règles au fur et à mesure et les médecins auront beau faire, beau s'améliorer, ce ne sera jamais suffisant, ils ne pourront jamais être « bons ». Ce sentiment peut bien sûr être conforté par le fait que la référence proposée dans le feedback est une moyenne, laquelle est évidemment sujette à se déplacer si les médecins modifient leur comportement prescripteur.

Pour quelques-uns même, certains documents comme les Folia, ou Minerva, pourraient être influencés par les volontés du politique, parce que financés par lui. Mais ceux-là sont peu nombreux : la plupart considèrent ces sources d'informations comme des références sur lesquelles ils s'appuient, et le fait de constater la cohérence des messages du feedback avec d'autres recommandations proposées par ces sources ou les sociétés scientifiques, plaide alors pour eux en faveur du côté scientifique du document. La présence de références bibliographiques a aussi été citée par certains comme rassurante.

Une certaine méfiance peut aussi être induite par un manque de connaissances de base concernant les règles de l'EBM.

S'ajoutent des doutes quant à la validité des données transmises : les médecins ne sont pas certains que les données concernant leur patientèle ou leurs prescriptions sont justes. En effet, certains sont surpris : les chiffres qu'ils reçoivent ne correspondent pas à l'idée qu'ils ont de leur pratique, soit en matière de prescription soit pour la description de leur patientèle d'attribution. Ce qui les gêne alors est qu'ils sont dans l'impossibilité de vérifier la justesse des données qu'on leur envoie.

D'autres exemples sont donnés qui alimentent cette impression de manipulation des données : par exemple, de petits nombres absolus de prescriptions ou de patients au dénominateur donnent des gros pourcentages de prescription d'une molécule, et induisent la fausse impression d'être un outlier. Un autre antécédent vécu d'erreurs est un premier feedback envoyé chez des jeunes médecins qui étaient encore en assistantat, et pour lesquels les chiffres paraissent assez aberrants.

Il faut signaler que les 'profils' précédents, pour lesquels des erreurs avaient été retrouvées et reconnues, avaient eu l'occasion de les conforter dans ce doute, et sont encore souvent évoqués.

Certains médecins ont pourtant révisé leur jugement après avoir analysé les données, reconnaissant que les méthodes de présentation leur paraissent correctes. Et quelques-uns considèrent d'emblée que ces données ne sont pas à mettre en doute : ce document est correct et fiable.

En conclusion, on peut dire que les médecins se trouvent face à une démarche qu'ils pourraient accueillir favorablement, mais qui en laisse beaucoup dubitatifs. Ils sont partagés entre l'envie de prendre ce document comme un outil d'assurance de qualité,

et la suspicion que ses réels objectifs soient surtout économiques ou de contrôle. Voici un extrait qui peut bien résumer l'attitude partagée qui peut être vécue :

« Moi quand je l'ai reçu, je l'ai parcouru en me disant c'est un outil intéressant pour situer ma prescription par rapport à la région. En même temps, je me dit qu'il n'y a pas que moi qui l'ai reçu, en même temps d'autres organismes, le ministère de la santé peuvent l'avoir en mains. Alors je me suis situé, et je me suis dit, bon je ne me situe pas trop mal, donc je n'aurai pas de retour. Voilà donc une réaction de curiosité, une réaction d'outil de contrôle, qui est une réaction négative. Et puis j'ai commencé à lire les recommandations et j'ai vu qu'elles correspondaient aux recommandations connues, et je n'ai pas été plus loin dans la lecture des recommandations. J'ai vu qu'elles correspondaient, qu'elles n'avaient pas l'air d'être biaisées » (FG3)

Messages-clé

- La majorité des médecins exprime des sentiments partagés, nuancés, entre l'enthousiasme et l'opposition.
- Les médecins expriment des incertitudes quant aux objectifs de l'intervention, au présent et pour l'avenir.
- Ils craignent le contrôle arbitraire, la standardisation, la primauté des priorités économiques sur la qualité des soins.
- La majorité des médecins n'a pas confiance dans les concepteurs du feedback. Ils ne connaissent pas le CNPQ et la plateforme pour la qualité. Pour eux, le concepteur du feedback est l'INAMI, ou le gouvernement, considérés exclusivement comme un organisme de contrôle et de réduction des dépenses.
- Cette méfiance a des implications sur la confiance accordée aux données et aux messages du document.
- La participation des représentants de la profession augmente la confiance dans l'intervention.

3.3.1.2 Evaluation du document de feedback

L'intérêt du document pour les médecins

Qu'ils soient plus ou moins dubitatifs, ou qu'ils expriment des sentiments plus positifs ou plus négatifs, qu'ils soient d'accord ou non avec le fait de recevoir ce document, la plupart des médecins interrogés trouvent au feedback un intérêt, que ce soit pour eux-mêmes ou de façon plus globale.

Observer sa patientèle, sa prescription et celle des confrères

Le feedback permet d'avoir une vision sur sa propre prescription, mais aussi de voir comment pratiquent les confrères (via le scatterplot). Particulièrement les confrères de la même région, via le Glem, sont ceux qui sont les plus importants pour se comparer.

Certains y ont encore vu la possibilité d'observer le profil de leur patientèle.

Apprendre l'auto-évaluation

Certains médecins évoquent le fait que l'évaluation ne fait pas partie des habitudes des médecins généralistes. Ce document permet de questionner sa pratique par rapport à ce qui est recommandé, ou par rapport à celle des confrères. Il apporte donc un apprentissage nouveau et intéressant, celui de l'auto-évaluation. Mais à condition qu'il puisse se faire dans un contexte serein.

Susciter le débat en Glem

Enfin, le fait de recevoir le document de feedback suscite une réunion et un débat sur la prescription ou sur des recommandations de bonnes pratiques en Glem, ce que beaucoup de médecins trouvent enrichissant.

Avertir les gros prescripteurs

Il y a aussi parfois conscience du fait que la prescription en médecine générale est trop importante, et l'avis de certains est que les gros prescripteurs doivent être avertis et sensibilisés. Mais cet avis n'implique pas automatiquement qu'ils soient d'accord avec le fait qu'il faut envoyer des feedbacks supplémentaires, ou viser spécifiquement ces gros prescripteurs.

L'avis des médecins concernant les messages de recommandation.

Globalement, nous avons pu constater à quel point ce sont les chiffres et les graphiques qui attirent la curiosité des médecins, bien plus que les messages de recommandation. Ainsi, certains médecins n'ont pas vu, dans un premier temps, qu'il y avait des messages de recommandation au début de document, certains les ont vus dans un deuxième temps.

Face aux messages de recommandation, on retrouve les mêmes attitudes que face à l'Evidence based medicine en général. Comme cité plus haut, certains sont méfiants à priori devant des recommandations qu'ils perçoivent comme émises par les pouvoirs publics, ou qui leur parviennent par l'intermédiaire des pouvoirs publics.

Certains médecins ne semblent pas vraiment percevoir le statut de ces messages, comme étant des messages de recommandations basés sur l'évidence.

Certains médecins, même s'ils ont un accord de principe avec le fait d'avoir des recommandations, peuvent avoir des désaccords avec le contenu de certaines parties des messages, concernant l'usage ou le non-usage d'antibiotiques ou de certaines classes d'antibiotiques pour certaines pathologies. Par exemple, les quinolones pour les infections urinaires, l'antibiothérapie pour les otites moyennes aiguës ou certains types d'angines. Les points de désaccord vont varier d'un médecin à l'autre, et les raisons de ce désaccord sont variables : les avis d'experts sont divergents, les recommandations sont inapplicables sur le terrain pour des raisons diverses, la peur des complications est trop grande, etc. Nous étudierons tous les facteurs qui influencent la prescription dans un autre chapitre.

A remarquer que ces recommandations sont parfois critiquées parce qu'elles sont mal connues : des médecins donnent des nuances qui en fait existent dans la recommandation.

Mais d'autres médecins trouvent les messages intéressants et fiables. Ils les trouvent concordants avec les recommandations d'autres sources qu'ils connaissent, les considèrent comme complémentaires ou supplémentaires à d'autres informations. Certains médecins trouvent que ces messages les confortent dans leur pratique : ils ont confirmation qu'ils travaillent dans le bon sens.

Certains médecins considèrent même que ces messages permettent de mieux comprendre les données observées, et peuvent être une référence pour interpréter ces données : les chiffres montrent si on suit les guidelines ou pas. Quelques uns voudraient que cela soit plus personnalisé, en fonction des données de chacun.

Ces messages ont été quelques fois cités comme permettant d'avoir une information contradictoire par rapport à celle donnée par les firmes pharmaceutiques.

Un animateur a fait remarquer, et cela a été sous-entendu par d'autres médecins, que pour lui, la discussion du feedback sur les antihypertenseurs était plus difficile que celle du feedback sur les antibiotiques, parce qu'il y a moins de consensus général quant aux recommandations dans ce domaine.

Pour certains, ces messages sont trop résumés et devraient contenir des informations plus détaillées : particularités des vieillards ou des enfants, risques d'effets secondaires,

doses à prescrire, etc. Tandis que d'autres trouvent justement que l'avantage de ces messages est d'être courts, pratiques. Quelques uns trouvent que les termes utilisés dans ces messages ne sont pas encore assez clairement définis : qu'est-ce qu'un mal de gorge ?

Un médecin précise tout de même qu'à son avis, ces messages pourront influencer le choix de l'antibiotique, mais pas le fait de prescrire un antibiotique ou non.

L'avis des médecins concernant les données de prescription

Ce sont essentiellement les données de prescription qui poussent les médecins à ouvrir le document. Que cette curiosité soit incitée par l'envie d'apprendre, par la peur du contrôle, ou par d'autres raisons, le résultat est là : on va voir ce que les graphiques montrent. Et ce sont essentiellement ces chiffres qui suscitent les émotions décrites par les médecins.

Le focus groupe des animateurs a apporté les mêmes critiques que les autres. Il en conclut que ce document n'est pas suffisamment valide pour permettre une réelle évaluation de la qualité. Mais cela semble ne pas tellement les déranger : cet outil est intéressant, il faut juste en connaître les limites pour en interpréter les données.

Complexité des graphiques et tableaux

Une grande majorité exprime en premier lieu la difficulté de comprendre les graphiques et tableaux du document. La perplexité face à la taille et la complexité du document, peut produire un effet aversif. Elle constitue une réelle barrière à la lecture de feedback : cela prend trop de temps de le lire, certains ne se sentent pas capables de comprendre, on sent aussi un certain manque de motivation. Certains médecins rangent le document avant même de le lire, tellement ils craignent d'emblée de le trouver indigeste.

Quelques autres ont trouvé ce document tout-à-fait compréhensible en prenant un peu le temps de le lire attentivement. Mais ce sont très souvent des médecins qui par leurs activités ou centres d'intérêts ont une formation de base en statistiques meilleure que la moyenne de leurs congénères. Pour les autres la difficulté persiste même après avoir passé du temps à essayer de comprendre. Certains se précipitent sur les graphiques, se contentent d'une interprétation approximative puis abandonnent devant la complexité avant même d'approfondir la lecture. Il s'agit de savoir si on est dans les « bons » ou les « mauvais » médecins, cela ce n'est pas très difficile à voir. Malheureusement cela les amène parfois à tirer des conclusions erronées.

La majorité est d'accord pour affirmer la nécessité d'un Glem avec un bon animateur pour comprendre le document. Mais pour certains, même l'explication en Glem n'est pas encore suffisante pour bien comprendre.

Après avoir pu comprendre, en tout ou en partie, le document, certains restent perplexes quant à la façon dont ils doivent interpréter l'information qui leur est donnée par ces chiffres : finalement, ils prescrivent bien ou non ? Ils ne savent pas à quelle référence se rapporter, ou bien, même avec une référence, ils éprouvent des difficultés à tirer des conclusions de leurs résultats.

Plusieurs font le constat d'un déficit de formation en statistiques, qui les handicape dans la compréhension et l'interprétation de leurs données. Les explications données entre participants nous ont en effet permis de constater que certains avaient bien compris les graphiques, mais que d'autres, croyant comprendre, faisaient des commentaires montrant des lacunes : confusion entre box plot et scatterplot, entre médiane et moyenne, ou proposition d'ajouter des informations qui sont en fait déjà dans les graphiques. Les légendes, qui expliquent comment lire les graphiques, sont jugées trop longues mais ne semblent pas limpides pour tous.

Il semble que c'est cette complexité de ces chiffres qui a poussé quelques médecins à aller suivre la formation pour animateurs : ils voulaient être sûrs de bien comprendre.

Plusieurs médecins expriment qu'ils sont conscients du fait que cette complexité est liée au caractère rigoureux et complet des données fournies. Ceux-là, qui apprécient cette

rigueur parce qu'elle permet une vraie lecture critique, concèdent qu'il est difficile de faire plus simple. D'autres trouvent tout de même qu'il devrait pouvoir être plus simple.

Certains médecins font remarquer que l'impression de complexité du document est accentuée par la mise en page. Cela ne donne pas envie de lire. De plus le document est trop gros.

Globalement, il semble que le niveau de compréhension s'améliore au fil des documents reçus et des explications en Glem. Le niveau de compréhension est donc meilleur aujourd'hui que lors du premier feedback. Ce qui fait d'ailleurs dire à certains, que maintenant, il ne faut rien changer aux graphiques : les médecins commencent seulement à s'y habituer !

Avis sur chaque graphique

Le scatterplot est le graphique qui attire le plus l'attention. Parce qu'il paraît plus facile à interpréter rapidement, sans connaissances théoriques importantes. Mais aussi parce que c'est celui qui permet de se situer par rapport à une moyenne et à l'ensemble des généralistes. Certains médecins le trouvent néanmoins très complexe, surtout si on veut tout comprendre : il y a beaucoup d'informations.

Les boxplots sont difficiles à interpréter pour les médecins. Ils sont pourtant perçus comme intéressants, notamment pour visualiser les choix entre les différents antibiotiques.

La description de la patientèle reçoit des avis partagés : certains sont contents d'avoir un regard d'ensemble sur la patientèle, ou trouvent que cette information permet de relativiser les données de prescription ; d'autres trouvent que ce n'est pas utile : ils connaissent leur patientèle, c'est un élément qu'ils ne peuvent pas changer ou une information qui ne changera rien à leur prescription.

Le tableau est perçu par beaucoup comme rébarbatif, comprenant trop d'informations à la fois, qui plus est des informations sur les coûts, ce qui déplaît à certains. Mais d'autres l'ont trouvé riche d'informations.

Les données arrivent tard par rapport à la prescription

Quelques médecins déplorent que le document reçu reflète les données de quelques années auparavant, ce qui ne permet pas un reflet de la pratique en temps réel.

Les données ne tiennent pas compte du contexte de la pratique

Différentes caractéristiques de la pratique sont considérées par les médecins comme importantes pour expliquer certaines données mais ne sont pas prises en compte dans l'analyse proposée par le feedback.

Ainsi, les caractéristiques de la pratique : une pratique en duo ou en groupe leur semble pouvoir déformer les résultats statistiques individuels, notamment par une influence sur la patientèle attribuée. De même, les médecins qui ont un assistant ont des données faussées : les patients sont attribués au maître de stage, mais l'assistant fait des ordonnances à son propre nom. Enfin, certains médecins ont des pratiques complémentaires pour lesquelles la patientèle ne leur sera pas attribuée, mais dans lesquelles ils prescrivent : les coordinateurs de maison de repos, par exemple.

La patientèle attribuée pourrait encore être sous-estimée par le fait qu'en visite à domicile, on facture une seule visite alors qu'on a examiné deux ou trois personnes, par un faible enregistrement de DMG, ou encore pour certains médecins qui font les prescriptions pour une longue période lors d'une seule consultation.

L'élément le plus souvent mis en avant est que ces chiffres ne tiennent pas compte des morbidités rencontrées dans la pratique. Or la prévalence des maladies rencontrées varie d'un médecin à l'autre. Certains concèdent que le fait de pouvoir se comparer aux membres d'un même Glem permet au moins, si on est dans un Glem proche de sa pratique, la comparaison entre médecins d'une même région, avec une prévalence de pathologies similaire dans la population. Mais cela n'est pas suffisant : des affinités

particulières induisent une sélection de certains types de patients ou de morbidités chez chaque médecin individuellement. Cette remarque vaut aussi pour d'autres caractéristiques de la population soignée : le niveau socio-économique, le nombre d'enfants, l'âge. A noter que certaines de ces caractéristiques, comme l'âge ou le sexe, sont effectivement prises en compte dans certains graphiques, mais qu'il semble que certains médecins ne l'aient pas compris.

Un médecin a fait remarquer que les médecins qui reçoivent beaucoup d'échantillons, vont faussement avoir des meilleures données de prescription. Un autre problème est que certaines prescriptions sont induites par les spécialistes mais « doivent » être poursuivies par les généralistes. Elles se reflètent donc, « injustement », dans leurs profils.

Il a encore été fait remarquer que le feedback des médecins pratiquant au forfait n'est pas individuel, mais réalisé pour l'ensemble des patients de la maison médicale, avec une comparaison entre maisons médicales et pas avec les autres pratiques. Les médecins qui font cette remarque trouvent que c'est dommage.

Le Feedback ne fait pas référence à toutes les classes d'antibiotiques

Les céphalosporines ou les tétracyclines ne sont pas considérées dans le feedback, sauf dans le dernier tableau. Certains médecins ne trouvent pas logique que dans une démarche de qualité concernant la prescription d'antibiotiques, toutes les classes ne soient pas reflétées. De plus, cette omission entraîne un biais à leurs yeux : le médecin qui prescrit beaucoup de céphalosporines à la place de l'amoxicilline-clavulanate, n'a pas nécessairement une bonne pratique, mais il sera bien évalué dans le feedback.

Cette remarque a une importance particulière, en ce sens qu'elle pourrait entraîner un effet secondaire du feedback chez les médecins plus effrayés par un contrôle que soucieux de qualité : pourquoi ne pas prescrire plus de céphalosporines, si elles ne sont pas contrôlées ?

Le choix de la référence pour l'interprétation des données

La référence proposée dans les graphiques est la moyenne des généralistes. Mais les participants s'accordent pour considérer que la moyenne ne peut pas être une référence valable, qu'elle n'a pas de valeur qualitative ni scientifique : si tous les généralistes prescrivent trop, alors la moyenne sera trop élevée aussi. Certains considèrent même que l'utilisation de la moyenne comme référence de comparaison, est perverse : si la prescription baisse globalement en Belgique, alors la moyenne va baisser, et il y aura toujours des médecins au-dessus de la moyenne, des « mauvais prescripteurs ». Et ce même s'ils s'améliorent, ou s'ils étaient auparavant sous la moyenne et n'avaient donc pas jugé nécessaire de modifier leur prescription.

Pourtant, la plupart des médecins commencent par regarder dans « quel quadrant » ils se situent, pour savoir s'ils sont « bons » ou « mauvais ». Ainsi, même s'ils sont d'accord pour considérer que la moyenne ne doit pas être une référence, beaucoup s'y rapportent pour évaluer leur pratique ! Certains trouvent que la moyenne peut quand même donner des informations : si on s'en écarte trop, il faut se poser des questions. Mais d'autres précisent qu'il faut relativiser : on peut avoir des bonnes raisons de s'en écarter.

Les médecins restent tout de même avec cette question : quelle référence utiliser pour avoir une idée de la qualité de leur pratique ? Ils ont bien compris que l'objectif est de sensibiliser au fait qu'on prescrit trop en général, mais reste à savoir à partir d'où on prescrit bien, ni trop ni trop peu.

Certains signalent tout de même qu'à leurs yeux, la référence doit être les recommandations de bonne pratique, telles qu'écrites au début du document, ou telles que disponibles par ailleurs dans la littérature.

Un médecin a proposé une métaphore, disant que l'Evidence Based medicine est le panneau de limitation de vitesse, et que le feedback peut être le contrôle de vitesse.

Messages-clé

- Outre l'observation des données et leur comparaison avec celles des confrères, les médecins perçoivent que le feedback permet encore d'apprendre l'autoévaluation, de susciter le débat en Glem, de confronter sa pratique par rapport à celle des confrères et à des recommandations.
- Le mode de présentation des chiffres est complexe, Le lay-out est rébarbatif. Cela constitue une barrière à la lecture.
- Les chiffres attirent d'abord la curiosité des médecins, mais les messages sont importants pour les interpréter.
- Face aux messages de recommandation, les médecins émettent les mêmes attitudes que face à l'Evidence Based Medicine en général.
- Parfois, même s'il y a accord de principe, les médecins sont en désaccord avec le contenu d'une partie des recommandations, ou trouvent que ces recommandations ne tiennent pas assez compte des contraintes de la pratique.
- Les graphiques sont complexes et difficiles à comprendre. Mais les médecins (le Glem aidant) apprennent et maîtrisent de mieux en mieux le document au fil du temps, et le document est étayé et permet la lecture critique.
- Les médecins déplorent que les données ne prennent pas en compte les caractéristiques sociales ou de morbidité des patients, ou les contraintes d'organisation de leur travail.
- Ils éprouvent des difficultés pour interpréter leurs chiffres : ils ne reconnaissent pas la moyenne comme une bonne référence.
- Certaines classes d'antibiotiques ne sont pas assez examinées dans le feedback. Cela pourrait fausser l'interprétation des habitudes de prescription de certains médecins.
- Les chiffres présentés arrivent tard et ne reflètent pas la pratique en temps réel.
- La discussion du Feedback antihypertenseurs pose plus de problèmes que celle du feedback antibiotiques, parce qu'il y a moins de consensus sur les recommandations proposées.

3.3.1.3 Evaluation de la discussion en Glem

La plupart des participants aux focus groupes avaient eu une discussion en Glem sur le feedback au moins une fois. Certains Glems l'ont fait plusieurs fois, et certains l'ont fait à chaque feedback reçu.

Globalement il semble que l'attitude des participants soit plus positive vis-à-vis de la discussion en Glem que vis-à-vis du document. Ce qui n'empêche pas de trouver les réactions extrêmes décrites plus haut, positives ou négatives, ainsi que toutes les nuances entre les deux.

Les avis positifs sur la discussion de feedback en Glem

La plupart des médecins évoquent cette discussion en Glem de façon positive, et la plupart ont vécu l'expérience comme enrichissante. Pour certains médecins, le document seul n'aurait même pas de sens, s'il n'était accompagné de cette discussion entre pairs. Les médecins interrogés évoquent plusieurs raisons de trouver la discussion en Glem utile et intéressante. On peut envisager que ces intérêts perçus soient déjà consécutifs à leur participation à des Glems précédents : les médecins ont observé ce que cela leur apportait d'enrichissant.

Comprendre le document

La plupart des participants considèrent la discussion en Glem comme indispensable pour comprendre le document. C'est là qu'ils ont pu recevoir des informations pour lire les graphiques, et pour les interpréter. De plus, c'est plus agréable de prendre le temps de le comprendre ensemble, avec un animateur qui l'explique. Quelques médecins évoquent même que c'est parce qu'ils n'ont pas pu assister au Glem sur le feedback, qu'ils se ne sentent toujours pas capables de comprendre leurs données.

Toutefois, certains médecins ont fait remarquer que même après le Glem, ils ne comprenaient pas bien le document. Un focus groupe (particulièrement négatif) en est même arrivé à la conclusion que le document était trop compliqué pour pouvoir être discuté en Glem.

Quelques médecins considéraient qu'il n'y a pas de discussion à avoir : le document contient toutes les informations, cela suffit pour savoir si « les données sont bonnes ou mauvaises, et il n'y a pas de discussion possible là-dessus ». Un médecin a considéré que le document devrait être conçu pour que la discussion en Glem ne soit pas nécessaire.

Faire lire le document

Le fait qu'une discussion en Glem ait lieu, incite parfois à la lecture du document : certains médecins ouvrent leur enveloppe au Glem-même, d'autres le lisent en préparation du Glem, d'autres encore le lisent au retour du Glem, parce que leur curiosité est stimulée.

Amener le débat sur les recommandations et la prescription

La discussion sur le document entraîne, dans certains Glems, un partage des avis et des expériences concernant les habitudes de prescription et les recommandations de bonne pratique en matière de prescription d'antibiotiques. Ce type de débat n'a pas lieu dans tous les Glems, certains s'arrêtant à l'explication du document. Pour certains c'est ce débat qui est le plus important, bien plus que l'observation des chiffres ou un cours portant sur le document.

Pour certains Glems, le feedback permet même d'aborder des questions plus larges sur la façon dont chacun aborde et perçoit sa pratique de médecine générale.

Dans certaines situations, le fait qu'il y ait à la fois des personnes favorables et opposées au feedback a permis un débat controversé qui s'est avéré enrichissant.

Ailleurs, la discussion s'est faite en deux réunion : l'une pour expliquer les chiffres, l'autre pour débattre des recommandations.

Un animateur a rapporté qu'il a pu aborder la question des coûts dans son Glem. Aucun autre animateur de ce focus groupe ne semble avoir abordé cette question dans son Glem, l'un d'eux ayant même plutôt signifié qu'à son avis, ce ne doit pas être la préoccupation première du médecin.

S'approprier l'intervention

Pour certains médecins, la possibilité de discuter des données avec les pairs, est un moyen d'avoir encore une part active à prendre dans l'intervention : que cela ne soit pas uniquement une initiative des décideurs qu'ils subissent passivement. C'est aussi l'occasion de partager les avis et frustrations par rapport à l'intervention en elle-même.

S'ils expriment les mêmes doutes que leurs congénères par rapport au document et à ses objectifs, plusieurs animateurs parlent aussi du défi d'en faire un outil constructif, utilisé par les médecins à leur avantage.

Un animateur évoque encore la possibilité que cette évaluation des pratiques permette de mettre en lumière et de « faire remonter » des difficultés liées à la pratique. Cela permettrait d'adapter certaines recommandations de bonne pratique aux contraintes du terrain.

Les attitudes négatives vis-à-vis de la discussion du feedback en Glem

Il nous a été rapporté que dans certains Glems, des médecins se sont farouchement opposés à ce que cette discussion sur le feedback ait lieu. Certains ont refusé que ce sujet soit mis à l'ordre du jour. Si le sujet était prévu, il est arrivé que des participants empêchent que la discussion puisse avoir lieu. Dans d'autres cas, le débat autour des principes de ce document, de ses objectifs et de l'attitude à avoir face à cette intervention a pris beaucoup de place. Tous les débats décrits concernant l'attitude vis-à-vis du document ont donc eu lieu dans ces Glems, de façon plutôt négative. A tel point que dans un Glem, il n'a pas été possible d'avoir des explications sur le document.

D'autres Glems ont abordé le sujet mais très superficiellement et rapidement, plutôt par obligation. Ou ont effectivement réalisé la réunion, mais sans grande motivation. Soit que l'animateur ait imposé lui-même le sujet, soit que le groupe se soit senti obligé à cause de l'obligation par la médico-mut. Un animateur externe a dû expliquer le feedback le plus vite possible dans un Glem sponsorisé par une firme pharmaceutique, avec le délégué présent, et dont les participants attendaient avec impatience que la présentation soit finie pour commencer leur repas.

Pour certains, la discussion en Glem du feedback semble être vécue a priori comme menaçante. Parce qu'elle est imposée. Ou parce que la confidentialité leur semble mise à mal par le fait que les collègues ont la possibilité de voir leurs chiffres.

Un élément évoqué quelques fois est le fait que la discussion en Glem ait été imposée par un accord médico-mutualiste. Pour certains médecins, il n'est pas acceptable que des sujets de discussion, quels qu'ils soient, soient imposés dans les Glems. Ces médecins ressentent une perte de contrôle par rapport au déroulement et aux choix des discussions de leur Glem. Pour d'autres, dans certaines limites, le fait que des sujets soient imposés ou encouragés n'est pas un problème. Un participant trouve que le fait que le thème soit imposé n'a pas empêché son Glem d'être intéressé. Mais il n'est pas dit qu'il en serait de même si le sujet imposé ne leur avait pas paru intéressant pour leur pratique.

Un animateur a expliqué que les membres de son Glem ne s'intéressent pas au feedback parce qu'ils ne sont pas intéressés par la remise en question de leur pratique en général.

Importance de l'animateur

Les participants ont évoqué l'utilité de l'animateur, mais aussi l'importance du fait qu'il soit bien formé. Ils attendent de cet animateur qu'il puisse bien comprendre et expliquer les chiffres et les graphiques du document, mais aussi qu'il puisse baliser et coordonner la discussion qui se déroule dans le Glem, voire « convaincre » ses collègues de l'intérêt de l'initiative. Il semble que sa capacité à modérer le débat ait une influence sur les conclusions qui en ressortent. Certains animateurs ont eu l'impression qu'ils étaient perçus par leurs pairs comme des représentants de l'INAMI, de porteurs d'un message des autorités. Ils doivent alors pouvoir expliquer la démarche, et aborder les médecins avec diplomatie, ce qui semble parfois porter ses fruits.

Beaucoup de Glems ont été animés par un de leurs membres. D'autres ont invité un animateur externe médecin généraliste. Une seule participante a rapporté que son Glem, pour sa deuxième réunion sur un feedback, avait fait appel à un animateur externe qui n'était pas généraliste de terrain (épidémiologiste, ex-généraliste).

Dans certains Glems l'animation est réalisée par deux personnes ensemble : un animateur et un coordinateur.

Motivations des animateurs

Beaucoup d'animateurs présents lors de notre focus groupe sont des animateurs réguliers de leur Glem. D'autres ont animé spécifiquement pour le feedback, mais ne le font pas régulièrement, parce qu'il y a une tournante d'animation dans leur Glem. Un animateur explique que dans son Glem, ils sont systématiquement deux à préparer et animer leur Glem ensemble.

Ces animateurs ont exprimé un intérêt a priori pour le feedback : pour eux, il introduit la possibilité d'une auto-évaluation, il interpelle sur les recommandations de bonne pratique et l'EBM, ce qui peut amener à une meilleure prescription. Ils ont eu envie de partager leur intérêt et leur enthousiasme avec leurs collègues, et de transmettre des connaissances acquises lors de la formation pour utiliser cet outil au mieux. Certains trouvent important que le document soit le mieux compris possible, et qu'un débat puisse en découler.

Dans l'ensemble, les animateurs que nous avons rencontré prennent plus de recul que leurs confrères par rapport à l'intervention : ils en cernent les limites et les problèmes, mais ils peuvent aussi en expliquer les différents intérêts. Le défi de plusieurs est bien que ce feedback soit pris comme un outil intéressant, mais avec des limites qu'ils veulent expliquer, pour que leurs collègues n'en retirent pas des messages erronés.

Certains ont suivi la formation d'abord pour eux-mêmes parce qu'ils voulaient comprendre. C'est par la suite qu'ils ont été amenés, par leur expérience, à animer leur Glem sur le sujet. Un médecin explique qu'il avait trouvé l'outil très utile pour servir de base à la formation des assistants qui travaillent avec lui sur les recommandations en matière de prescription d'antibiotiques.

Certains animateurs pensent que la discussion des Feedback en Glem va devenir obligatoire systématiquement à l'avenir. Ils suivent donc la formation parce que c'est une animation qu'ils devront faire de manière récurrente.

Enfin, un participant a spontanément expliqué que sa première raison est que son Glem pouvait être rémunéré pour la discussion sur le feedback : il n'accepte aucune aide des firmes pharmaceutiques, c'est un moyen (insuffisant) de couvrir les dépenses. Les autres participants de ce focus groupe trouvent que le financement est un bon stimulant, mais qu'il n'est pas le plus important pour eux.

La plupart des animateurs rencontrés ont exprimé le fait qu'ils sont motivés par le fait d'animer leur propre Glem, mais qu'il ne souhaitent pas du tout en animer d'autres comme animateurs externes. Il semble qu'ils veuillent faire cet exercice d'animation pour des pairs qu'ils connaissent bien, mais qu'ils soient nettement moins tentés par le fait d'aller dans des groupes qu'ils ne connaissent pas. Un seul des animateurs présents avait également fait des animations externes, et il admet en effet, qu'il est plus difficile de faire l'animation dans un groupe qu'on ne connaît pas.

Formation des animateurs.

Les animateurs que nous avons interrogés ont tous exprimé une satisfaction par rapport à la formation reçue dans leur société scientifique. Elle leur a donné des outils et arguments utiles pour l'animation de leur Glem. Même pour des médecins qui ont déjà un bagage en santé publique, semble-t-il. Une participante a même eu l'occasion de ressentir la différence favorable entre une animation de son Glem avant et après avoir suivi la formation.

Par contre, certains médecins trouvaient que l'animateur de leur Glem n'était pas suffisamment formé, soit qu'il n'avait pas suffisamment d'argument à opposer aux détracteurs, soit qu'il avait du mal à gérer le débat, soit qu'il ne maîtrisait pas suffisamment des chiffres et graphiques très complexes. Ce manque d'arguments ou de bagages pouvait avoir une incidence sur les conclusions du débat.

Il semble que certains médecins ne sachent pas où ni comment les animateurs sont formés.

Types d'animation

Différents types d'animation sont possibles et ont été utilisés selon les Glems. Partir des recommandations, mettre plus l'accent sur les graphiques, présenter des cas cliniques, certains animateurs font preuve d'imagination pour rendre leur réunion intéressante et attrayante.

Quelques animateurs racontent qu'ils privilégient les recommandations importantes, alors que les médecins de leur Glem attendent surtout une explication des chiffres.

Outils d'animation

Les outils utilisés par les animateurs étaient la plupart du temps les outils proposés par leur Société scientifique lors de la formation. Quelques médecins ont utilisé un autre matériel, en complément. Quelques autres ont proposé tout à fait une autre animation que celle prévue autour du feedback : dans un Glem, en repartant du principe de l'évaluation et des messages de recommandations, une explication de la méthode d'évaluation par petits échantillons a été proposée. (le Glem avec l'animateur externe épidémiologiste).

Comparaison des chiffres

Dans certains Glems, les médecins ont comparé leurs chiffres entre eux. Cela s'est passé surtout dans les Glems dont les participants se connaissent depuis très longtemps, et se font confiance mutuellement. Un Glem a même joué à deviner à quel médecin correspondait chacun des points du Glem sur le scatterplot. Un animateur a rapporté qu'il a fondé le débat dans son Glem sur la comparaison du médecin le « mieux » situé et du « moins bien » situé du groupe, en leur demandant leur avis.

Mais la plupart des Glems ont porté le débat sur un plan plus général, chacun regardant ses propres données de façon plutôt discrète, ou tout au plus avec le voisin avec lequel il a plus d'affinités. Ce qui n'empêchait pas un partage d'avis et d'expériences sur la prescription d'antibiotiques. Pour un animateur, il s'agit même du respect des limites de chacun, nécessaire pour un partage en confiance. Quelques médecins trouvent qu'il n'est pas nécessaire de regarder les chiffres lors de la discussion en Glem, qu'on peut le faire chez soi. De plus, beaucoup de participants viennent au Glem sans leur document. Soit qu'ils l'ont oublié, soit qu'ils ne l'ont pas retrouvé, soit qu'ils pensent ne pas l'avoir reçu. Les animateurs se sont alors souvent basés sur leur propre feedback, ou sur le document anonyme du site de l'INAMI.

Un animateur évoque le fait qu'il peut-être un peu contre nature de demander à des professionnels qui travaillent dans un contexte de concurrence, de partager sur leurs pratiques. Mais d'autres étaient assez dubitatifs face à cette hypothèse.

Il a été remarqué dans un focus groupe, que dans les Glems sur le feedback, il y avait moins de membres présents que dans les autres, et que la raison pourrait être le fait qu'ils aient peur de confronter leurs données avec leurs pairs. Un animateur a rapporté avoir reçu un appel d'un de ses confrères avant la réunion du Glem, pour dire que s'il y avait échange ouvert des données, il ne viendrait pas.

A remarquer que dans un Glem, l'animation prévue sur le feedback des antihypertenseurs, a été difficile parce que la majorité des participants n'ont jamais reçu leur feedback.

Importance de la convivialité et du respect

Plus globalement, plusieurs participants ont évoqué l'importance du Glem comme lieu de rencontre et de convivialité entre confrères, majoritairement en solo. Et en deuxième lieu, pour certains, comme un lieu de partage des informations et expériences sur la pratique. Pour un médecin, cette convivialité peut être entretenue par l'organisation, de temps en temps, de rencontres sans objectif de formation.

Cette convivialité entre confrères du Glem semble parfois permettre que des discussions ou des sujets qui n'étaient pas très motivants au départ, comme le feedback, puissent avoir lieu : proposés par certains, ils sont acceptés par les autres qui viennent quand même à la réunion et jouent le jeu.

Un autre élément important est la confiance et le respect entre confrères. C'est cette confiance qui permet d'avoir des échanges constructifs, de partager les données, et d'avoir des discussions critiques. Plusieurs animateurs évoquent, pour réussir leur animation, l'importance du respect de leurs collègues, la nécessité de les aborder sans donner de leçons : ils sont conscients du fait que la démarche est nouvelle et demande des efforts de la part des médecins.

Tous les participants ont dit préférer que cette discussion sur le feedback ait lieu entre pairs, sans experts externes. Même dans certains Glems où un expert externe est souvent invité aux réunions, cela n'arrive pas lors de la réunion sur le feedback.

L'influence de la taille du groupe a été évoquée à quelques reprises. Elle va influencer le choix du type d'animation. Un petit Glem a pour avantages la possibilité d'approfondir les échanges, souvent les membres se connaissent mieux et se sentent plus en confiance, mais il y a un risque de trop grande homogénéité, et de perte de la richesse d'échanges controversés, de plus l'influence de leaders peut être plus grande. Les grands groupes seront plus hétérogènes, ils présentent les avantages et inconvénients inverses.

Messages-clé

- La discussion en Glem est une valeur ajoutée nécessaire. Elle pousse les médecins à lire le document, permet de comprendre les graphiques, d'interpréter et discuter les données, de partager les connaissances et les expériences entre pairs. Elle peut aussi permettre de s'approprier l'intervention.
- Une condition à la réussite de la discussion est la convivialité et la confiance entre les membres du Glem.
- Tous les Glems n'acceptent pas facilement d'exposer leurs données de prescription ; mais beaucoup ont trouvé cette discussion très intéressante.
- De même, il semble assez délicat d'aborder le problème du coût des prescriptions.
- Certains Glems s'arrêtent à l'explication du document. D'autres trouvent surtout intéressant le débat qui suit, échange des avis sur la prescription ou les recommandations.
- L'animateur doit pouvoir expliquer le document, apporter des arguments pour nourrir les discussions. et gérer le débat.
- La plupart des animateurs interrogés utilisent les outils fournis par la société scientifique. Certains y ajoutent d'autres informations.
- Les animateurs trouvent la formation actuelle enrichissante et utile, mais certains médecins ont trouvé que l'animateur de leur Glem n'était pas encore suffisamment formé.

3.3.2 L'impact du feedback d'après les participants

Cette analyse qualitative ne permet pas de mesure réelle de l'impact de l'intervention feedback. Toutefois, nous pouvons rapporter les perceptions exprimées par les participants des focus groupes. Cet apport a ses limites : il est basé sur des perceptions, celles des médecins qui ont bien voulu les exprimer. Des médecins eux-mêmes font remarquer qu'ils ne peuvent pas confirmer ni quantifier leurs impressions de changement, ni être sûrs que ces changements sont imputables au feedback lui-même, puisque d'autres actions avaient lieu en même temps. Mais leurs avis peuvent apporter des informations précieuses sur l'intervention.

L'impact du feedback sera influencé par tous les facteurs décrits plus haut, liés à l'attitude ou l'évaluation de l'intervention. Il sera aussi influencé par d'autres facteurs externes, expliqués au chapitre suivant.

Ainsi, les changements rapportés par les participants ne peuvent la plupart du temps pas être imputés spécifiquement au document ou à sa discussion en Glem : ces deux volets de l'intervention sont complémentaires et intriqués dans leurs effets. Une condition de départ émise par les participants pour que le feedback ait une influence sur les médecins, est qu'ils l'aient lu et qu'ils aient pu le comprendre, ce qui peut être amélioré par le Glem.

3.3.2.1 *Impacts positifs de l'intervention*

Prise de conscience

L'intervention feedback, du fait qu'elle renvoie, comme un miroir, une image de la pratique, permet, aux dires de plusieurs participants, diverses prises de conscience :

- de ses propres habitudes de prescription : constater que son habitude de prescription n'est pas nécessairement la même que celle des confrères, et qu'elle ne correspond pas nécessairement à des recommandations de bonne pratique. Pour certains, c'est l'occasion de s'apercevoir vraiment qu'ils prescrivent beaucoup par rapport aux autres. Il s'agit du choix de prescrire, et surtout du choix de la molécule prescrite.
- de la problématique des résistances croissantes aux antibiotiques.
- du fait que la surprescription existe, par exemple pour les quinolones ou l'amoxyc-clav, et qu'elle a des conséquences sur les coûts comme sur les résistances.
- de l'intérêt de recommandations de bonne pratique en matière de prescription.

Changement dans la prescription des antibiotiques

Des médecins rapportent une modification dans leur comportement de prescription, et de certains de leurs collègues. Ces changements peuvent avoir lieu même si la première réaction face au feedback avait été plutôt négative. Ils observent les changements chez les confrères d'après des rapports de garde, des échanges d'expérience, ou en leur posant la question. Un médecin a rapporté qu'un pharmacien a été surpris d'observer des changements dans les prescriptions des généralistes, à la suite d'un Glem.

Quelques médecins précisent que c'est surtout le choix de la molécule qui sera influencé, peu la décision de prescrire ou non un antibiotique. Concrètement cela va dans le sens d'une diminution de la prescription d'amoxycilline-clavulanate, de fluoroquinolones, et de macrolides, une augmentation du choix de l'amoxycilline, et pour certains, une diminution des tétracyclines.

Quelques médecins attirent l'attention sur le fait que ce type de changement nécessitera du temps et de la patience : cela n'arrivera pas directement après le premier feedback. Il faut d'abord être convaincu, et puis les habitudes ont la vie dure.

Mais pour changer, il faut oser. Et les conséquences de ce changement vont contribuer à renforcer le nouveau mode de prescription, ou au contraire, inciter les médecins à reprendre leurs anciennes habitudes. Certains se trouvent satisfaits de leur changement, et le Glem est alors parfois un lieu de partage de l'expérience réussie. A l'inverse, un animateur de Glem a rapporté que ses collègues ont tenté le changement, mais que suite à des conséquences diverses de ces changements (complications, insatisfactions des patients), ils sont très vite revenus à leurs habitudes antérieures.

Appui à une bonne habitude de prescription et au suivi des recommandations de bonne pratique

Certains médecins reçoivent avec le document la confirmation que leurs habitudes de prescription sont bonnes, et cela les rassure et les conforte dans leur mode de prescription. Le feedback est aussi un élément complémentaire qui peut ajouter du poids aux messages des recommandations de bonne pratique par rapport à d'autres discours. Des médecins pourraient donc ne pas changer parce qu'ils sont déjà bien situés dans les graphiques. Toutefois, un participant a dit qu'on peut toujours continuer à se questionner pour s'améliorer encore.

Processus d'apprentissage

Le fait de recevoir un feedback entraîne chez les médecins un processus de changement plus global :

- L'apprentissage de la lecture du feedback et de ses graphiques. Plus les feedbacks se suivent, moins ils deviennent difficiles à comprendre pour beaucoup des participants. Cela peut s'expliquer par la réception successive de plusieurs feedbacks construits selon un même canevas et par les explications données en Glem.
- L'incitation à la lecture critique des informations reçues, et à la recherche d'autres sources d'information. Pour certains, les informations apportées par le feedback font contre-poids à celles apportées par les firmes pharmaceutiques. D'autres sont entraînés à une lecture plus critique des informations reçues, ou la recherche d'autres sources d'informations.
- Une initiation à l'évaluation de la pratique. Certains médecins ou Glems mordent à l'hameçon, ils s'intéressent à l'autoévaluation et recherchent d'autres outils, comme la méthode d'évaluation par petits échantillons. Ils apprennent aussi à confronter leurs pratiques entre eux.

Impact sur le discours des délégués pharmaceutiques

Quelques-uns ont fait remarquer qu'ils ont ressenti une modification dans le discours des représentants pharmaceutiques sur les antibiotiques : ceux-ci sont plus prudents sur les indications suggérées, changent de messages-clé.

Remarque : impact sur la prescription pour des raisons défensives

Certains médecins trouvent que s'il y a un impact du feedback sur le comportement prescripteur des médecins, cet impact a de mauvaises raisons : il est induit par la peur, il est imposé par un organisme dont l'objectif n'est pas de soutenir la qualité de la pratique. Mais ce n'est pas l'avis de tous : d'autres trouvent la démarche constructive.

3.3.2.2 Impacts spécifiques du Glem:

La particularité du Glem est de réunir les médecins pour discuter du sujet. Ces discussions en Glem sont souvent bien accueillies, et peuvent par elles-mêmes accentuer certains impacts.

Impacts positifs du Glem

- Inciter à lire le document, avant ou après la réunion
- Permettre de mieux comprendre et interpréter les informations et données
- Attirer l'attention sur les recommandations de bonne pratique

Cette discussion sur le document est l'occasion dans certains Glems de se pencher sur les recommandations en matière de prescription. Un Glem a même organisé une deuxième discussion lors de la réunion suivante, spécifiquement sur l'une ou l'autre recommandation de bonne pratique qui concerne les antibiotiques.

- Faire évoluer les avis sur l'évaluation, et les attitudes vis-à-vis du feedback :

Il semble que des attitudes négatives suscitées par la réception du document, puissent s'estomper, être tempérées par le débat, et que certains médecins ressortent de la réunion avec une position plus positive vis-à-vis de l'intervention.

- Permettre un partage des expériences et une influence collective

L'importance d'une discussion en Glem réside dans l'influence que les pairs peuvent avoir les uns sur les autres, par le partage des avis et des expériences. Ainsi, dans certains Glems, des médecins qui avaient déjà changé leur manière de prescrire en

l'adaptant aux recommandations, ont pu partager leur expérience et le message que « cela marche », ce qui était motivant pour leurs collègues. Dans d'autres, des moyens de changer en tenant compte des contraintes de la pratique, comme la prescription différée, sont envisagés. Un partage des expériences et des arguments peut encore permettre de se sentir soutenu par les confrères : un médecin rapporte que des discussions en Glem permettent à des jeunes médecins de se sentir plus forts pour contester des avis de spécialistes ou résister à des demandes des patients. Certains Glems ont abouti à un accord commun sur le mode de prise en charge de certaines pathologies.

Nous avons constaté plusieurs fois que le discours tenu par les médecins dans les focus groupes au sujet de l'intervention était souvent en lien avec la teneur des débats qui avaient eu lieu dans leur Glem.

Impact négatif éventuel du GLEM

Le Glem peut être un instrument à double tranchant : cette discussion en Glem peut, en fonction des influences des leaders d'opinions et des débats qui s'y déroulent, avoir des conséquences dans le sens attendu... ou dans le sens inverse !

Ainsi les attitudes négatives de certains peuvent devenir contagieuses au point de réduire au silence les avis a priori constructifs par rapport à l'intervention. Ou bien, des décisions collectives de prescription peuvent aller à l'encontre de ce qui est recommandé : un participant a expliqué que suite au feedback sur les antihypertenseurs, les membres de son Glem ont élaboré un consensus sur la prise en charge de l'hypertension, qui ne va pas nécessairement dans le sens des messages reçus.

3.3.2.3 Impacts négatifs de l'intervention

Il semble que le feedback puisse potentiellement avoir des « effets secondaires » négatifs.

Classification en “bons et “mauvais“ élèves.

Une conséquence fréquemment entendue au travers des témoignages est que les médecins, à la lecture de feedback, se « classent » en deux catégories : les « bons » et les « mauvais » médecins. Avec toutes les implications que cela peut avoir : les mauvais seront punis, contrôlés, etc. Cette classification se fait essentiellement sur base du positionnement dans le scatterplot du document. Cette classification a pour conséquence que les médecins mal classés peuvent se sentir coupables, avoir une mauvaise image d'eux-mêmes ou face à leurs confrères. Certains animateurs trouvent ce type de conclusion peu constructive, mais leurs efforts lors de la discussion en Glem ne parviennent pas toujours à l'empêcher.

Prescriptions peu recommandées

La question a été posée au sujet de l'absence de profil concernant les céphalosporines ou les tétracyclines. Dans un Glem, une remarque a été que si un médecin se met à prescrire beaucoup de ces antibiotiques à la place de l'Augmentin, il sera bien placé dans le feedback.

Ces réflexions ont été émises en focus groupe, mais il n'est pas possible de savoir si elles sont suivies d'effet sur le terrain.

Prescription défensive néfaste pour les patients

Une crainte est exprimée par quelques médecins : en stimulant la peur du contrôle et des sanctions, on pourrait induire une prescription défensive, réalisée en fonction de la crainte des conséquences administratives plus que dans l'intérêt du patient. Un médecin a aussi évoqué la possibilité, d'être récompensé financièrement pour une prescription basse comme cela serait le cas dans d'autres pays. Cette possibilité mettrait le médecin dans une situation de conflit d'intérêt entre son intérêt financier et l'intérêt de son patient.

Facturation de tous les contacts

L'effet décrit ici n'est pas un effet néfaste, mais plutôt un effet potentiel de correction d'une situation où les médecins généralistes facturent moins d'actes que ce qu'ils prestent effectivement : lors d'une visite, il leur arrive souvent d'être amenés à examiner deux ou trois personnes au lieu d'une, et de ne facturer qu'une consultation. A ce moment, un seul patient leur est attribué, cela peut donc avoir un impact sur leur patientèle attribuée et l'interprétation de leurs prescriptions. Certains pourraient être amenés à changer leur manière de facturer.

3.3.2.4 Il n'y a pas ou peu d'impact

Enfin, d'après certains médecins, le feedback ne fait rien changer, ou très peu. Pour plusieurs raisons:

- Pour un participant, les médecins bien situés sur le scatterplot vont estimer qu'ils ne doivent pas changer, et les médecins mal situés vont considérer que ces chiffres ne reflètent pas leur pratique et donc refuser de changer.
- Un médecin estime déjà ne prescrire d'antibiotiques qu'en dernier recours ; à ce moment il trouve justifié de donner de l'amoxicilline-clavulanate.
- Pour d'autres, d'autres facteurs importants sur le terrain influencent les médecins et vont empêcher les changements proposés par le feedback de s'opérer.
- Pour certains, même s'ils ont l'intention de changer, les habitudes reprendront toujours le dessus.
- Une autre possibilité est que le feedback fasse changer certains médecins motivés, mais pas du tout d'autres, qui sont trop récalcitrants.
- Il a aussi été évoqué que l'intervention pourrait en elle-même empêcher un changement à cause du climat de méfiance ambiant et par la réaction de principe de médecins refusant de changer quoi que ce soit à leurs habitudes de prescription.

Messages-clé

- L'impact mesuré ici est celui perçu par les participants.
- Le feedback permet une prise de conscience de sa propre prescription et de celle des autres généralistes, de la problématique des résistances aux antibiotiques, de l'intérêt de recommandations de bonne pratique en matière de prescription. Il encourage les médecins qui ont déjà une démarche attentive par rapport à leurs habitudes de prescription.
- Le feedback incite à un processus d'apprentissage plus global de l'épidémiologie, des principes de l'EBM, de la lecture critique d'informations, de l'évaluation de la pratique.
- Des médecins rapportent un changement dans leurs prescriptions, ou celles de confrères, suite aux discussions du feedback en Glem. Le changement porte surtout sur le choix de la molécule prescrite, moins sur le fait de prescrire ou non. Mais le changement induit par le feedback n'est pas toujours maintenu dans le temps.
- La discussion en Glem potentialise certains impacts, par le partage des expériences et connaissances, et par la formation apportée par l'animateur. Le danger du Glem est d'avoir parfois un effet contre-productif.
- Certains participants évoquent des « effets secondaires » inattendus du feedback (ex : facturation de tous les contacts).
- Pour certains participants, le feedback n'a pas ou peu d'impact.

3.3.3 Les facteurs qui influencent la prescription

Au fil des focus groupes, les généralistes interviewés ont, spontanément, beaucoup évoqué les différents facteurs qui entrent en ligne de compte, directement ou indirectement, dans leur décision de prescrire des antibiotiques. La plupart de ces facteurs pourraient influencer la prescription pour d'autres classes de médicaments aussi. Ces facteurs interagissent aussi entre eux.

3.3.3.1 *Les patients*

Le patient est énormément évoqué, dans tous les groupes, pour expliquer la prescription. Un médecin a précisé que le patient va surtout influencer la décision de prescrire un antibiotique ou non, mais peu le choix de la molécule prescrire.

Certaines caractéristiques du patient

Les caractéristiques des patients, comme l'âge, le sexe, leur niveau socio-économique, mais aussi leur capacité perçue par le médecin, à pouvoir identifier d'éventuelles complications, vont entraîner des prises en charge variables. Ces caractéristiques sont aussi associées à des pathologies variables : les femmes n'ont pas les mêmes maladies que les hommes, ou les enfants que les personnes âgées.

Un élément complémentaire est qu'il semble que le comportement prescripteur des médecins varie selon qu'ils aient affaire à leurs propres patients, ou qu'ils soient en garde. De même, certains font la différence entre traiter un patient qu'on voit pour la première fois et traiter un patient qu'on connaît bien.

Les patients veulent un antibiotique

Un problème souvent évoqué est la confrontation à la demande du patient, qui croit en l'efficacité de l'antibiotique, et qui vient chez le médecin pour en recevoir.

Les raisons évoquées par les médecins pour expliquer le fait que les patients veuillent des antibiotiques sont l'angoisse face à la maladie et à ses complications éventuelles et le désir de guérir le plus vite possible, pour diminuer l'inconfort dû à la maladie, ou pour reprendre le travail (ou l'école). Un autre argument est que tout ce qui peut être fait pour se soigner, en-dehors de l'antibiotique, peut être réalisé sans passer par le médecin : quand les patients se décident à venir, c'est donc qu'ils ont déjà tout essayé. Parfois, ils ont déjà vu un médecin dans les jours précédents, et reviennent parce que le problème ne se résout pas. De plus, les patients ont été habitués, pendant des années, à recevoir des antibiotiques de leur médecin. C'est difficile d'expliquer aux patients que le mode de prise en charge de leur maladie a changé. D'autant plus que ne rien prescrire n'est pas encore perçu par les patients (et le médecin parfois) comme un acte médical de valeur.

Enfin, quelques médecins évoquent l'influence des médias et des publicités adressées au public. Que ce soit des publicités des firmes pharmaceutiques en faveur de médicaments, ou la médiatisation d'événements concernant la façon dont des personnes connues ont été soignées.

C'est parfois le désir que le patient soit content, le fait d'être sûr qu'il sera guéri du premier coup, qui pousse à prescrire des antibiotiques. Les médecins craignent que le patient sorte de chez eux mécontent. Ils craignent aussi, et certains en ont fait l'expérience, que les patients aillent chercher ailleurs, chez un autre généraliste, ou un spécialiste, les antibiotiques refusés. Et qu'ils changent parfois tout-à-fait de médecin. Ce qui, un médecin le fait remarquer, représente une perte financière pour le médecin financé à la prestation.

Un médecin fait encore remarquer qu'il faut chaque année prescrire des antibiotiques pour la trousse de voyage des patients : il faut souvent des quinolones, qui ne seront le plus souvent pas utilisées, mais qui ont été remboursées.

Mais on sent qu'il y a une évolution des mentalités par rapport aux antibiotiques : les patients en demandent moins qu'avant. Un médecin fait remarquer que ce que le patient

désire vraiment est peut-être différent de ce que le médecin pense qu'il attend. Il a assisté à une conférence expliquant cette différence, et cela a modifié sa façon d'aborder la problématique.

A l'inverse, certains patients refusent de prendre des antibiotiques et doivent parfois être persuadés d'en prendre quand cela s'avère vraiment nécessaire !

Des moyens de négocier avec le patient

Un des moyens prévus pour ne pas prescrire un antibiotique tout de suite est de faire patienter le patient quelques jours, dans l'espoir d'une résolution spontanée de la maladie. Mais plusieurs médecins évoquent la difficulté de demander au patient de se représenter à la consultation après quelques jours : cela a un coût pour le patient, et des patients qui se sont déjà vu prescrire un antibiotique à la deuxième visite lors d'un épisode de maladie précédent ont tendance à demander que cela soit fait directement. Parfois, les patients ont l'impression que le médecin n'est pas sûr de lui s'il propose une deuxième visite. Mais un autre médecin fait remarquer que certains patients semblent trouver très positif qu'un médecin repasse souvent voir si tout va bien. Un focus groupe a évoqué le fait que cette difficulté de faire revenir le patient une deuxième fois puisse être partiellement résolue dans un système financé autrement qu'à la prestation.

Certains médecins expliquent qu'avec des explications et des arguments face aux croyances et à la demande du patient, il y a moyen de ne pas prescrire d'antibiotiques. Mais cela demande du temps et de la patience. C'est pourquoi, certains prescriront parfois un antibiotique par manque de temps ou d'envie d'expliquer, ou parce qu'ils ont l'impression que le patient qui est en face d'eux ne comprendra pas ou n'acceptera pas.

Il est aussi plus facile de ne pas prescrire si il y a déjà une relation de confiance entre le patient et le médecin.

Un médecin évoque aussi que des outils spécifiques puissent être utilisés pour les aider à argumenter face aux patients. Par exemple des documents qui expliquent les inconvénients et les avantages du traitement.

Une autre solution parfois mise en place par les médecins pour contourner les difficultés face au patient demandeur est la prescription différée. Mais ils ne peuvent pas savoir si cette méthode a été efficace et a réduit la consommation d'antibiotiques, à part en posant la question à leur patient lors d'une visite ultérieure. Un médecin pense que ce qui fait le succès de la prescription différée, c'est le fait qu'elle oblige à donner des explications. D'autres médecins se disent peu favorables à cette méthode. Ou recommandent la prudence : il faut s'assurer que l'antibiotique prescrit sera utilisé judicieusement par le patient.

3.3.3.2 Les autres professionnels

Le pharmacien

Certains médecins rapportent encore être mis devant le fait accompli par des pharmaciens qui délivrent parfois des médicaments aux patients, en leur demandant de ramener l'ordonnance du médecin ensuite. Mais certains trouvent que cette pratique est en régression, et d'autres développent des stratégies pour que les pharmaciens ne le fassent plus. Parfois, le pharmacien n'a pas en stock le médicament prescrit par le médecin. Enfin, les pharmaciens peuvent aussi influencer les patients, en donnant leur avis sur certains traitements.

Les collègues médecins généralistes

Les généralistes semblent aussi s'influencer entre eux. Ils se demandent parfois conseil les uns aux autres, lors de réunions, ou en se téléphonant. Ils sont aussi influencés par ce qu'ils peuvent voir de la prescription de leurs confrères, lors de remplacements, de rapports de garde, ou d'échanges dans les Glems. Les maîtres de stage ont aussi une influence sur les habitudes de prescription que vont prendre leurs assistants en

médecine générale. Certains évoquent que la pratique de groupe augmente cette interaction.

La concurrence entre médecins est parfois citée : si le patient n'est pas satisfait, on craint qu'il aille voir chez un confrère moins regardant. D'autant que quelques-uns expriment qu'ils savent qu'il y a des médecins généralistes qui prescrivent vraiment beaucoup d'antibiotiques. Toutefois, il est aussi évoqué que ce problème de concurrence soit différent d'un endroit à l'autre, notamment en fonction de la pléthore ou non de l'offre médicale.

Enfin l'évaluation du médecin contrôleur envoyé par l'employeur en cas d'incapacité de travail joue un rôle également sur la prescription. Certains médecins pensent aussi qu'en cas d'incapacité de travail du patient, le médecin contrôleur évalue la gravité de la maladie au fait que des antibiotiques aient été prescrits.

Les spécialistes (hospitaliers)

Beaucoup de généralistes disent donner du crédit aux conseils qu'ils peuvent trouver auprès de spécialistes de leur réseau. Ils semblent faire appel à ces avis d'experts, ou les écouter lorsqu'ils ont l'occasion de les entendre, comme dans les formations continues. Certains généralistes semblent sélectionner les spécialistes qu'ils jugent dignes de confiance.

Certains généralistes ont aussi expliqué que les spécialistes induisent des prescriptions qui doivent ensuite être suivies par les généralistes. Parfois même, les traitements génériques mis en place par les généralistes sont modifiés : des médicaments génériques sont represcrits sous leur nom de spécialité.

Pourtant, certains médecins contestent le fait que des spécialistes hospitaliers puissent être de bon conseil pour la médecine générale : ils ne voient pas les mêmes types de patients, leurs guidelines ne sont pas les mêmes.

Les spécialistes (les pédiatres sont les plus cités), peuvent aussi être vécus comme des concurrents qui, en cas de message divergent, seront plus écoutés par les patients. Ils peuvent donc induire une image négative du généraliste en critiquant des décisions qu'il avait prises. Mais un autre médecin trouve qu'en expliquant bien au patient, il y a moyen de gagner sa confiance et passer outre l'avis du spécialiste.

3.3.3.3 Les firmes pharmaceutiques

Beaucoup de médecins évoquent la pression importante que les firmes pharmaceutiques exercent sur eux. Cette influence est principalement opérée par les visites des délégués médicaux, mais d'autres actions des firmes sont décrites aussi.

Les délégués

Les délégués médicaux ont été cités dans tous les focus groupes de médecins, quand il s'agit de parler de prescription.

Certains disent que les délégués ont l'avantage d'apporter de l'information intéressante, succincte mais suffisante, en peu de temps. Ils trouvent qu'on peut les écouter, mais en gardant un esprit critique quant à leur message. Pour d'autres, l'information transmise par les délégués n'est pas fiable, elle est sélectionnée en fonction des impératifs de vente.

Quelques-uns évoquent l'effet réel de ces visiteurs sur la prescription de « certains médecins ». Certains trouvent qu'on risque toujours d'être influencés : leurs arguments sont trop forts pour qu'on puisse vraiment y résister.

Lors des conversations, des médecins décrivent les méthodes de travail qu'ils ont pu identifier chez ces délégués : utilisation d'affirmations sur l'efficacité et les indications du traitement proposé, appel à la complicité, la sympathie, voire la compassion envers le délégué personnellement, par la prescription du produit demandé, propositions d'échantillons, tentative de culpabiliser ou d'accentuer la peur de mal faire si le médecin ne prescrit pas le produit proposé, répétition du message à l'envi (« brainwashing »)

jusqu'à ce que le médecin l'ait retenu dans la plume. Certains constatent que les délégués commencent aussi à utiliser des messages issus de l'EBM pour les convaincre. Un médecin ajoute qu'à son avis, les délégués pharmaceutiques connaissent très bien les profils de prescriptions des médecins qu'ils visitent.

Un médecin a fait remarquer qu'il était possible de se soustraire à la pression de ces firmes. Un autre explique que dans son Glem, un confrère prescrit uniquement de l'amoxicilline, et que cela peut s'expliquer par le fait qu'il ne reçoit plus les délégués pharmaceutiques.

Les autres actions des firmes

Le sponsoring d'activités de loisirs est évoqué par quelques médecins : Un médecin a fait remarquer que les firmes, auparavant, pouvaient financer les activités de loisirs qui permettaient aux médecins de se retrouver dans des conditions de convivialité. Il trouve dommage que cela ne puisse plus se faire, à cause d'abus de certains. Dans un autre groupe, un médecin trouve que les firmes devraient pouvoir encore financer des activités de détente des médecins, mais pas les activités scientifiques. Ainsi, les Glems pourraient faire des réunions plus scientifiques indépendantes, et de temps en temps des activités de détente, plus festives, sponsorisées. Mais un autre médecin trouve que les médecins devraient pouvoir organiser ce type d'activité eux-mêmes.

Quelques médecins évoquent le fait que la formation continue soit en partie financée et donc aussi influencée quant au contenu, par les firmes pharmaceutiques. D'autres évoquent le financement de certains professeurs lors de ces formations. Un médecin trouve que même si les firmes sponsorisent certaines formations, le contenu se négocie, et la liberté des médecins est donc préservée, ce qui est moins vrai quand le financement vient de l'INAMI.

Un seul médecin a expliqué qu'il considère comme inhérent à la profession médicale, libérale et commerciale, d'avoir des cadeaux en fonction de la vente.

Nous l'avons vu plus haut, les firmes financent aussi des campagnes médiatiques visant les patients, lesquels arrivent ensuite avec des demandes induites.

Messages-clé

- Divers acteurs ont une influence sur la prescription des généralistes.
- Les patients sont beaucoup cités comme acteurs dans la décision de prescrire, par leurs caractéristiques ou leurs demandes. Mais les demandes des patients évoluent, notamment suite aux campagnes média. La qualité de la relation, du temps pris pour le dialogue, et la prescription différée sont cités comme des moyens de négocier face à la demande des patients.
- Les pharmaciens jouent un rôle aussi, par la disponibilité des molécules dans leurs officines, la délivrance à l'avance, ou les conseils donnés aux patients.
- Les généralistes s'influencent entre eux, par l'observation des prescriptions réalisées en garde, et par les échanges en réunions. Certains se demandent conseil entre eux.
- Les spécialistes ont un impact par leur avis considéré comme avis d'expert, par les prescriptions qu'ils induisent, par les conseils qu'ils vont donner aux patients.
- La concurrence est citée comme un facteur qui influence les décisions des médecins : la peur de mécontenter un patient qui trouvera un autre médecin, généraliste ou spécialiste, qui accèdera à sa demande.
- Les médecins évoquent l'influence de la délégation pharmaceutique, comme d'autres actions ou sponsorings des firmes, sur la prescription. Ils identifient les techniques de marketing utilisées par les délégués pharmaceutiques.

3.3.3.4 *La maladie ou le traitement*

La prescription du médecin va encore être influencée par des éléments liés aux maladies rencontrées ou au traitement lui-même.

L'augmentation des résistances aux antibiotiques

La prise de conscience d'une augmentation des résistances bactériennes aux antibiotiques est un facteur évoqué à plusieurs reprises comme ayant une incidence sur la prescription. Les médecins acceptent de mettre leur prescription d'antibiotiques en question pour cette raison.

Dans un focus groupe, les médecins participants, mais surtout l'un entre eux a tout de même nié l'existence de résistances aux antibiotiques. Pour lui, les antibiotiques disponibles dans les hôpitaux sont encore suffisants pour soigner toutes les infections.

Certains médecins généralistes trouvent que d'autres abus, réalisés en d'autres lieux, sont bien plus importants que ceux de la médecine générale, et peuvent aussi être responsables des résistances ou des coûts. Ils citent principalement les prescriptions hospitalières et vétérinaires. Un médecin envisage que ces idées peuvent freiner les médecins dans leur volonté de changer leurs prescriptions.

Les types de pathologies ou de symptômes rencontrés

Plusieurs médecins expliquent que certains symptômes ou modes de présentation de la maladie vont déterminer leur décision de prescrire un antibiotique. Des exemples donnés sont la fièvre, une douleur importante, les caractéristiques cliniques d'une otite moyenne aiguë, etc.

Un médecin signale que même si on rencontre beaucoup de pathologies différentes dans la pratique de médecine générale, d'après lui il y a tout à fait moyen de résoudre les problèmes rencontrés sans avoir recours à des quinolones.

L'incertitude diagnostique et la crainte des complications

Quelques médecins expliquent que la médecine générale dispose de peu de moyens de confirmer ou préciser un diagnostic avec certitude. La décision thérapeutique est alors parfois un pari. Des médecins expliquent qu'ils ont le choix face à cette incertitude diagnostique, entre ne pas prescrire et rester inquiets, ou prescrire et être tranquilisés.

Les complications possibles d'une pathologie non traitée par antibiotiques, sont souvent évoquées. Face à ces risques, les médecins ont tendance à avoir une attitude défensive : il vaut mieux traiter trop que rater quelque chose. Les médecins racontent leurs propres expériences de complications, ou celles qui leur ont été rapportées : par exemple, les risques de rhumatisme articulaire aigu suite aux angines non traitées par antibiothérapie, d'abcédation d'amygdalites, de pneumonies, ou de méningite.

Un médecin fait remarquer que l'incertitude diagnostique a un coût dans tous les cas : qu'elle fasse augmenter le nombre de prescriptions, ou d'examen, ou de consultations de suivi. Certains médecins considèrent que la prescription d'antibiotiques, en protégeant des complications, sera aussi bénéfique pour la sécurité sociale, car une hospitalisation ou une invalidité coûtent encore bien plus cher.

Un médecin trouve qu'il n'y a pas plus de complications en prescrivant moins d'antibiotiques : le tout est de poser le bon diagnostic. Des médecins qui prescrivent beaucoup d'antibiotiques peuvent aussi voir survenir des complications chez leurs patients.

Pour un médecin, avec le temps, on réapprendra à identifier les personnes chez qui on peut prendre le risque de ne pas prescrire et les personnes chez qui il vaut mieux prescrire. Il s'agit de prendre ses responsabilités.

Un médecin a évoqué le fait que la prescription peut être induite par une méconnaissance de l'évolution naturelle de la maladie : ne pas savoir que la guérison survient la plupart du temps naturellement pour certaines pathologies. Le fait de savoir

que pour certaines pathologies, on peut attendre sans prendre de gros risque, peut aider à ne pas prescrire.

Plusieurs médecins évoquent le fait que chacun peut avoir des domaines de prédilection, ou une prévalence plus grande de certaines pathologies ou de certains types de patients dans sa patientèle. Les médecins seront plus à l'aise dans la prise en charge de ces pathologies ou types de patients qu'ils connaissent bien, et oseront plus facilement ne pas prescrire d'antibiotique.

Les effets néfastes des antibiotiques

Des médecins évoquent aussi les effets néfastes (effets secondaires ou allergies) de l'antibiothérapie, comme élément qui pousserait à ne pas en prescrire ou à choisir d'autres classes. Les antibiotiques cités pour leurs effets secondaires sont les quinolones, l'amoxycilline-clavulanate, les céphalosporines et le sulfamethoxazole+trimethoprim.

Le conditionnement, le mode de prise du médicament

Enfin, le mode de présentation du médicament, et sa posologie, vont influencer les choix des médecins. Un médecin cite les quinolones comme faciles à expliquer et à prendre, parce que nécessitant une seule prise par jour. Un autre explique que même si on est convaincu par l'Evidence based medicine, on peut refuser de prescrire la Furadantine parce que le conditionnement contient 50 comprimés alors qu'un traitement en nécessite beaucoup moins : le risque d'automédication ultérieure est trop grand. Les médicaments recommandés sont parfois trop peu disponibles sur le marché.

Le coût des traitements

Certains médecins expriment leur souci par rapport aux dépenses publiques induites par leur prescription. Certains évoquent le fait que les médecins ne connaissent pas assez le coût de ce qu'ils prescrivent. Ils disent vouloir préserver la sécurité sociale dans un contexte où les moyens ne sont pas illimités, avoir un rôle à jouer dans cette limitation des dépenses. Ils en tiennent compte dans leur pratique. Mais d'autres considèrent que ces questions ne sont pas les leurs, que leur priorité est la qualité de la pratique face à chaque patient.

Messages-clé

- Certains signes ou pathologies déterminent la décision de prescrire.
- L'incertitude diagnostique et la peur de complications des affections rencontrées peuvent pousser à une prescription « de sécurité ».
- Inversement, l'expérience d'effets secondaires néfastes de certains antibiotiques en diminue la prescription.
- Certains conditionnements de médicaments sont peu adaptés à la posologie, ce qui pousse à choisir d'autres molécules. Certains antibiotiques sont préférés pour la facilité de la prise.
- Les résistances croissantes aux antibiotiques sont évoquées par la grande majorité des médecins.
- Certains évoquent aussi le souci du coût de leur prescription pour la collectivité.

3.3.3.5 Les recommandations de bonne pratique et l'EBM

Les discussions concernant les messages de recommandation du document de feedback, ont spontanément conduit à des considérations sur l'Evidence Based Medicine en général.

Les attitudes face à l'EBM

On retrouve face aux recommandations de bonne pratique ou guidelines, des attitudes similaires à celles rencontrées face au feedback. Ainsi, certains citent l'Evidence based médecine comme un élément qui entre en ligne de compte dans les décisions des médecins, et reconnaissent son importance pour soutenir une pratique de qualité. Quelques autres sont a priori méfiants voire opposés aux recommandations de bonne pratique. Un seul médecin a exprimé un rejet de principe vis-à-vis des Recommandations de bonne pratique en général, parce qu'il avait trouvé le contenu de l'une d'elles inacceptable. Beaucoup sont partagés, et expriment un accord avec le principe de l'utilisation de l'EBM ou de guidelines, mais à certaines conditions. Nous avons aussi pu percevoir chez une partie des médecins interrogés un manque de connaissances quant à la façon dont des recommandations de bonne pratique sont réalisées, tant pour les guidelines d'Evidence Based Medicine en général que pour les messages du feedback en particulier.

Les conditions à l'utilisation de l'EBM

Les recommandations doivent être rédigées dans un souci de qualité de la pratique et pas uniquement dans un souci économique.

Les recommandations de bonne pratique ou guidelines doivent garder un statut consultatif, être une information pour aider à la décision, mais ne peuvent pas devenir des obligations : Les médecins attachent de l'importance à la différence entre les avis qui résultent d'études, et les spécificités rencontrées au cas par cas en pratique, qui doivent permettre une latitude d'initiative. Les médecins considèrent que les décisions peuvent varier au cas par cas, en fonction des caractéristiques des patients, de leur santé et de leur contexte de vie. Ils trouvent que l'expérience professionnelle et la connaissance de chaque patient doivent rester des éléments importants à prendre en compte dans la décision thérapeutique. Les guidelines ne peuvent donc pas tout dire. Pour quelques médecins, l'application stricte des recommandations actuelles dans certaines maladies serait déjà trop contraignante ou inacceptable pour les patients eux-mêmes. Certains médecins semblent bien maîtriser les principes qui sous-tendent l'utilisation de l'EBM, être conscients que les recommandations basées sur les preuves servent d'appui et ne sont pas des obligations. Mais d'autres pensent que le risque est grand que ces recommandations acquièrent un caractère contraignant. Ce sont presque toujours ces mêmes médecins qui ont considéré le feedback comme un outil à risque de le devenir un outil de contrôle.

Les recommandations doivent être plus facilement accessibles en peu de temps, et être simples à comprendre et utiliser. En effet, d'après certains médecins, un médecin surchargé de travail trouve difficilement l'information dont il a besoin au moment où il en a besoin. Il y a un manque d'outils d'utilisation facile. Les recommandations sont aussi considérées comme complexes, il est difficile d'en tirer l'information pratique utile.

Les recommandations doivent être adaptées au contexte la pratique de médecine générale (qui est bien différente de la pratique hospitalière), et aux caractéristiques et difficultés particulières des populations prises en charge, comme par exemple les populations défavorisées. Certains médecins font remarquer que souvent les études sur lesquelles se base l'évidence sont réalisées sur des groupes de patients sélectionnés, et ne peuvent pas toujours être extrapolées à la population générale rencontrée dans la pratique. De même un médecin faisait remarquer que des recommandations réalisées dans un pays et un contexte particulier, ne sont pas toujours applicables dans un autre.

Les recommandations doivent prendre en compte les différents aspects de la prise en charge d'une pathologie, de façon plus globale : un médecin a fait remarquer qu'il avait

trouvé la nouvelle recommandation sur l'hypercholestérolémie très intéressante parce qu'elle prenait en considération les différents facteurs de risque cardiovasculaires.

L'application des recommandations ne peut pas faire courir de risques au patient ou au médecin lui-même : un médecin explique que pour lui, les guidelines induisent parfois des risques de complications, qu'il refuse de faire courir à son patient. Quelques médecins ont aussi évoqué les risques juridiques au fait de pratiquer en respectant les recommandations.

Autres barrières à l'utilisation de l'EBM

Outre les conditions citées ci-dessus, certains facteurs freinent l'application de recommandations EBM dans la pratique médicale.

L'évolution constante des recommandations de prise en charge dans le temps est évoquée par certains médecins comme une difficulté, et parfois un facteur de mise en doute du bien fondé de ce qui est recommandé : ce qu'ils ont appris auparavant n'est plus juste aujourd'hui, et ce qui était considéré comme faux auparavant peut être devenu vrai aujourd'hui.

La contradiction entre recommandations et discours d'experts spécialistes : beaucoup de médecins citent les spécialistes comme source importante d'information, et sont influencés par le discours ou les pratiques de ceux qu'ils reconnaissent comme experts. Cela pose problème lorsque, souvent, ces spécialistes ne transmettent pas les messages concordants par rapport aux recommandations de bonne pratique ou ne prescrivent pas dans ce sens. Face à cela, certains généralistes vont continuer à écouter une personne qu'ils reconnaissent pour ses compétences. D'autres vont considérer que les recommandations, éditées pour être adaptées à la pratique de médecine générale, et basées sur de nombreuses études, ont plus de valeur que l'avis d'experts. Plusieurs médecins (déjà versés dans l'evidence based medicine) identifient le fait que les spécialistes ne prescrivent pas toujours selon des recommandations EBM.

Ce problème de discordance des discours apparaît aussi avec les messages transmis par la délégation pharmaceutique.

Un médecin évoque aussi les limites de l'EBM, dépendant des publications et des recherches réalisées, souvent financées par des firmes pharmaceutiques. Cela le pousse à considérer avec prudence l'information fournie par les sources d'EBM, même s'il continue à les considérer.

Messages-clé

- La connaissance et la pratique de l'EBM sont très variables. Certains la voient comme partie inhérente de leur pratique, d'autres évoquent une certaine méfiance. Beaucoup sont partagés, et émettent des conditions à l'acceptation de ce mode de travail.
- Les barrières à l'utilisation de Recommandations de Bonne Pratique que nous avons retrouvées dans les discours des médecins sont :
 - la peur qu'elles deviennent coercitives,
 - la difficulté d'accès, par manque de temps, de moyens, ou d'outils de recherche faciles et rapides,
 - une impression de manque de d'adaptation au contexte local, ou à la complexité des problèmes de santé des patients,
 - la crainte de complications pour le patient et de poursuites juridiques pour le médecin,
 - la contradiction des discours d'experts spécialistes ou de délégués médicaux avec ces recommandations,
 - l'évolution rapide des recommandations,
 - la perception des limites et des biais de l'EBM.

3.3.3.6 Facteurs propres à la personnalité du médecin

Il a été conclu dans un Glem que le niveau d'anxiété inhérent à la personnalité du médecin est un facteur important pour expliquer les variations de prescriptions : un médecin naturellement plus anxieux sera plus enclin à prescrire plus et plus souvent qu'un médecin d'un naturel plus « zen ».

Un médecin a émis l'hypothèse, soutenue par des exemples apportés par d'autres participants, qu'une expérience personnelle de la maladie ou du traitement apporté, pourrait avoir une influence sur la manière dont le médecin va traiter ses patients.

Un médecin s'exprime comme convaincu de l'efficacité de l'homéopathie chez les personnes qui l'utilisent. Pour ces personnes, il ne prescrira pas d'antibiotique.

La routine ou les habitudes de prescription qui ont la vie dure, ne sont pas cités explicitement par les participants. Mais un médecin explique qu'il faudra du temps pour changer une pratique, et ce même pour ceux qui sont d'accord avec l'Evidence based medicine.

Messages-clé

- La personnalité propre du médecin, et ses expériences personnelles de maladies, peuvent avoir une influence aussi sur la prescription.
- La routine liée aux habitudes de prescription est très peu évoquée.

3.3.3.7 *Autres facteurs externes*

La formation universitaire

Plusieurs médecins font référence à leur formation universitaire de base comme ayant une influence sur la manière de pratiquer. Certains envisagent que c'est surtout vrai pour ceux qui sortent récemment de leur formation : les jeunes médecins prescrivent ce qu'ils ont prescrit au cours de leurs stages. Un médecin envisage qu'il y ait des différences entre universités, lesquelles peuvent se ressentir aussi dans la pratique des généralistes qui en sortent.

Certains généralistes ont fait remarquer qu'il y a discordance entre ce qu'ils ont appris dans leurs cours universitaires et les messages de recommandations de bonne pratique. Un médecin trouve qu'il y a un manque de concordance entre la logique « EBM », basée sur les études épidémiologiques sur des grands nombres, et la logique d'explication physiopathologique qu'il a apprise à l'université.

Un autre médecin a fait encore remarquer que la démarche d'évaluation de la pratique n'a pas fait partie de la formation.

Certains médecins plus âgés ont évoqué l'idée que la formation universitaire évolue, et que les jeunes médecins devraient, de par une formation plus récente et plus adaptée, avoir plus de facilités à utiliser des informations « evidence based ». De plus, les médecins plus jeunes, qui ont toujours connu les feedbacks, auraient moins de difficultés à être évalués et remis en question que des médecins plus âgés et plus individualistes. Nous ne sommes pas en mesure de confirmer ou infirmer cette information. Ces hypothèses ne sont pas partagées par tous. Parmi les jeunes médecins interrogés, certains évoquent une meilleure sensibilisation à l'Evidence based medicine, mais expriment encore des difficultés à trouver et utiliser des recommandations. D'autres, quand on les interroge, n'évoquent pas une meilleure formation en statistiques. Nous avons rencontré des résistances dans tous les groupes d'âge. Mais les très jeunes médecins (moins de 5 ans de pratique) ont été peu nombreux et souvent isolés dans les groupes, ils se sont assez peu exprimés.

La formation continue

Plusieurs médecins considèrent aussi l'importance de la formation continue pour l'évolution de leurs connaissances et de leur pratique. Certains ont constaté que la formation continue a parfois été un lieu où on les a poussés à prescrire beaucoup d'antibiotiques. Ils reconnaissent alors l'influence de ces formations sur leur prescription. Comme cité plus haut, certains évoquent le fait que cette formation soit financée par les firmes pharmaceutiques comme un problème. D'autres ne sont pas dérangés par ce fait.

La place de la médecine générale

Au fil des conversations, des remarques ont été émises qui font appel à la place du médecin généraliste, à sa fonction et ses tâches. Un médecin craint que les guidelines ne standardisent tellement la médecine que les médecins perdront leur rôle. La question de l'EBM et du suivi de recommandations touche, pour certains, à la place du médecin, sa tâche, ses compétences et sa liberté de pratique. Un jeune médecin explique le pessimisme de collègues plus anciens qui l'entourent par rapport à l'avenir de sa profession. Un médecin explique que les soins deviennent un produit de consommation comme un autre. Un autre évoque le fait que les patients accordent plus de crédit à ce qui est dit à la télévision qu'à ce qu'explique leur médecin. Un médecin, enfin, explique que les médicaments soumis à prescription (comme les antibiotiques) ou les certificats, sont les deux seuls actes qui restent à la médecine générale. Cela a aussi été la conclusion d'un Glem, telle que rapporté par son animateur : « Finalement on ne sert plus à rien ». Un autre envisage que la médecine générale puisse réaliser des tâches autres, comme la prévention, pour lesquelles on ne lui donne pas les moyens. Un médecin fait remarquer que la profession se sent parfois discréditée par la presse et

certaines campagnes. Un médecin a encore exprimé la « compliance » des généralistes face aux modifications incessantes des règles, face auxquelles ils se sentent impuissants et peu respectés dans la complexité de leur travail.

La politique du médicament.

Quelques médecins soulignent que la politique exercée en matière de médicaments ne leur paraît pas toujours cohérente avec les messages qu'on leur envoie. Les exemples donnés sont ceux de médicaments chers qui sont remboursés alors que l'EBM n'apporte pas de preuves importantes de leur utilité, ou le fait que les anti-inflammatoires non stéroïdiens soient en vente libre alors qu'en même temps on demande aux médecins d'en prescrire avec prudence. Les règles de remboursement des Inhibiteurs de la pompe à protons sont aussi évoquées.

Les aspects juridiques

Quelques médecins ont évoqué les risques juridiques qu'ils encourrent s'il appliquent des recommandations de bonne pratique et s'il ne prescrivent pas d'antibiotiques. Il semble qu'ils considèrent que le fait d'avoir suivi des recommandations ne puisse pas être un argument de défense en cas de complications ou de plainte d'un patient. Voire le contraire, si les complications semblent être la conséquence du fait d'en avoir « trop peu » fait. D'autres considèrent tout de même que les RBP peuvent être des arguments pour se défendre en cas de plainte. Un médecin a exprimé que pour lui, cette crainte n'est pas une bonne raison pour prescrire des antibiotiques à tout va.

Différentes sources d'information

Au fil des interviews, les médecins citent diverses sources d'information écrite qu'ils lisent et qui pourraient les influencer dans leur pratique.

La presse médicale (le Journal du Médecin, le généraliste) n'est pas toujours citée explicitement, mais plusieurs médecins ont fait références à des articles qui, après vérification, venaient de ces publications. Un médecin a signalé que cette presse contribuerait à entretenir la méfiance vis-à-vis du feedback.

Diverses sources d'information plus « evidence based » sont également citées par certains médecins : les Folia sont assez fréquemment cités, Prescrire, Minerva, l'antibioguide (Sanford), les recommandations de la SSMG et de la WVVH, le site du CBIP (tout-à-fait inconnu pour d'autres), le projet Farmaka. L'antibioguide est cité par un médecin comme distribué par les firmes, mais écrit par des gens « valables », des profs d'unif. Le carnet concernant la liste comparative des prix des médicaments génériques est aussi cité comme information utile provenant du gouvernement.

Quelques médecins ont tout de même émis des doutes quant à l'objectivité de sources financées par les pouvoirs publics : pour eux, des intérêts économiques influencent aussi ces publications. Il semble que certains médecins ne sachent pas toujours si une publication vient du gouvernement ou d'un organisme indépendant : ainsi, un médecin évoque les Folia comme une information venant du gouvernement, mais il est contredit par un collègue qui rappelle que les Folia viennent d'un organisme indépendant.

Certains médecins trouvent que le gouvernement ne fournit pas assez d'informations utiles aux médecins. Deux médecins ont fait remarquer la disproportion entre la quantité d'informations reçues des firmes et celles des informations indépendantes. Il a aussi été fait remarquer que l'information indépendante est peu accessible : difficile à trouver, ou coûteuse, comme les livres ou revues.

L'organisation de la pratique

Le temps, la charge de travail, la taille de la patientèle

Quelques médecins expliquent qu'il est parfois plus facile et plus rapide de prescrire un antibiotique que d'expliquer pourquoi on n'en prescrit pas. C'est souvent la charge de travail, liée aux phénomènes saisonniers, ou à la taille de la patientèle, qui explique qu'on ne prenne pas ce temps.

Quelques médecins font le lien entre le fait d'avoir une grande patientèle et le fait de prescrire beaucoup d'antibiotiques. Les raisons envisagées sont le manque de temps pour expliquer, ou le fait que à la fois la taille de la patientèle et le comportement prescripteur, soient en lien avec la personnalité du médecin qui s'oppose très peu aux demandes des patients.

Le manque de temps est aussi évoqué par certains pour la recherche d'informations indépendantes : cela prend du temps, d'autant plus si on ne sait pas bien où trouver l'information correcte.

Le mode de financement de la pratique

Il a été évoqué que le mode de financement de la pratique au forfait à la capitation, permet plus facilement de demander au patient de revenir pour être revu, ce qui peut postposer la prescription d'antibiotique.

La pratique de groupe

Quelques médecins évoquent le fait que de travailler en groupe facilite l'interaction et l'influence entre confrères, notamment concernant les modes de prescription, et l'utilisation de l'EBM. Pour certains, cette pratique de groupe peut aussi influencer indirectement la pratique, en facilitant la formation continue, ou en stimulant l'auto-évaluation de la pratique. Mais ces avis sont nuancés par d'autres : la pratique de groupe n'amène pas toujours tous ces avantages, et les médecins solos peuvent s'organiser pour améliorer leur interaction.

Quelques médecins ont aussi fait remarquer que la pratique de groupe peut avoir une influence positive comme négative : la pratique de groupe peut aider à adopter un nouveau mode de prescription, en construisant un consensus commun sur la prise en charge des patients. Mais si dans une pratique de groupe, certains médecins prescrivent plus d'antibiotiques que d'autres, les patients qui ne reçoivent pas un antibiotique chez l'un iront voir son collègue, ce qui ne stimule pas beaucoup à ne pas prescrire !

Des initiatives en cours pour aider à changer

Les campagnes médiatiques

Beaucoup de médecins évoquent l'effet positif des campagnes de sensibilisation des patients concernant les antibiotiques ou les médicaments génériques : ces campagnes ont apporté un soutien précieux aux généralistes pour prescrire moins d'antibiotiques. Un seul médecin a tout de même trouvé que ces campagnes ne devraient pas avoir lieu.

Les visiteurs indépendants

Dans un groupe, certains médecins ont raconté qu'ils ont reçu des visiteurs indépendants (dans le cadre du projet Farmaka). Ils en évoquent aussi l'influence sur leur prescription, ils apprécient l'information pertinente et scientifique qu'ils en ont reçu, ils trouvent que c'est un bon contrepoids face aux visites des délégués des firmes. Un autre médecin, qui ne connaît pas le principe des visiteurs indépendants, a exprimé une certaine méfiance a priori vis-à-vis de cette initiative. Un autre encore a dit qu'il ne ferait pas plus confiance à ces visiteurs qu'à ceux des firmes : le gouvernement aussi a ses intérêts économiques.

Messages-clé

- La formation universitaire de base est citée comme ayant une influence sur les habitudes de prescription des médecins. Cette influence est citée par rapport à la prescription directement, ou à l'apprentissage de l'EBM, des statistiques nécessaires à la compréhension du feedback, à l'autoévaluation.
- La formation continue prend pour beaucoup une place importante dans l'évolution de la pratique.
- Différentes sources d'information, indépendantes ou non, sont citées par les participants. Une disproportion est remarquée par certains dans la quantité d'information indépendante facilement accessible et celle des informations envoyées par les firmes pharmaceutiques.
- On peut entendre à travers certaines réflexions un questionnement par rapport à l'avenir de leur métier et la crainte d'une perte d'identité.
- La crainte de poursuites judiciaires en cas de complications est citée par certains.
- La politique de remboursement des médicaments est vécue comme souvent peu cohérente avec les recommandations envoyées aux médecins, et ne les aide pas à les respecter.
- Le temps, la charge de travail, la taille de la patientèle sont considérés comme ayant une influence. Des médecins envisagent aussi l'influence du mode de financement de la pratique ou de la pratique en groupe.
- Des initiatives mises en place pour les soutenir dans leur pratique sont très appréciées par les médecins : ils citent les campagnes médiatiques adressées aux patients, et les visiteurs indépendants.

3.3.4 Propositions des médecins participants

Lors de focus groupes, nous avons demandé aux participants quelles seraient leurs propositions pour améliorer l'intervention feedback, le document ou la discussion en Glem, mais aussi de façon plus générale quelles sont leurs propositions pour soutenir les médecins généralistes dans une démarche d'amélioration de la qualité de leurs pratiques.

3.3.4.1 Propositions pour améliorer l'intervention feedback

Concernant l'intervention en général

Continuer à envoyer des feedbacks

Globalement, une majorité des médecins rencontrés sont demandeurs que les feedbacks continuent. Les raisons peuvent être variables. Certains, sensibilisés à l'intérêt de l'autoévaluation, souhaitent continuer à pouvoir observer leur pratique. D'autres trouvent que l'initiative suscite le questionnement, toujours utile. D'autres trouvent qu'il est temps de sensibiliser les professionnels sur des sujets de bonne pratique, sur les résistances aux antibiotiques, voire sur la problématique économique de la prescription. Un médecin trouve que dans le climat actuel, il vaut mieux avoir l'air de coopérer avec les décideurs.

Quelques-uns préféreraient que le feedback soit arrêté, car il ne sert à rien, il est vexatoire, et entraîne un gaspillage d'argent. Mais ils ajoutent que si ces profils sont de toutes façons faits au niveau des décideurs, alors, ils préfèrent avoir un œil dessus.

Plus souvent, et sur de nouveaux thèmes

Plusieurs médecins demandent que le feedback soit envoyé plus régulièrement, de façon récurrente : cela multiplie les rappels et permettra peut-être de mieux soutenir un changement. Une autre raison est que les médecins souhaitent observer leur évolution dans le temps.

Certains voudraient que de nouveaux thèmes soient ajoutés : les chiffres de prescription mais surtout les messages de recommandations, succincts et pratiques, les intéressent, ils voudraient en avoir sur tous les sujets possibles.

Certains médecins proposent que le feedback soit accessible par internet : cela permettrait d'en avoir plus souvent à moindres frais, et en plus cela permettrait de mettre en couleurs. Cette solution pose problème à ceux qui ne sont pas informatisés ou utilisent peu internet. Les deux formes devraient donc rester disponibles.

Un médecin a encore suggéré qu'on associe au feedback d'autres moyens d'information. Il propose un cycle : feedback, discussion en Glem, puis en cercle, puis informations complémentaires, et ainsi de suite.

Toutefois, quelques autres trouvent que la multiplication des feedback n'est pas une bonne idée : cela sera compliqué à gérer en pratique, les médecins n'ont pas le temps. D'autres trouvent que c'est une bonne chose que le gouvernement se focalise sur certaines problématiques-clé, mais qu'il ne faut pas qu'il se mette à intervenir dans toutes les thématiques.

A certaines conditions

Les médecins souhaitent que le feedback reste un outil de soutien à la qualité et à l'auto-évaluation, et ne devienne pas un support des actions de contrôle. En lien avec cette demande, il est suggéré que les objectifs de l'intervention soient clarifiés et plus explicites dans le document. Une suggestion d'un médecin est de mieux faire savoir que les données sont détruites après l'envoi, comme preuve que ce feedback n'est pas utilisé à des fins de contrôle.

Une autre condition évoquée par les médecins est la nécessité d'un climat plus serein, de « paix sociale », entre les décideurs et les médecins.

Une condition émise pour que cette paix soit possible est que le rôle de chacun des acteurs du système soit mieux précisé : une démarche d'auto-évaluation chez les médecins est difficile à encourager si elle est initiée par un organisme de contrôle. Il a été suggéré que le document soit envoyé par un autre organisme que l'INAMI, parce que l'enveloppe de l'INAMI donne l'impression aux médecins d'être contrôlés. La question est alors de savoir qui doit l'envoyer. Qu'il ne s'agisse pas non plus d'hypocrisie : ce ne doit pas être envoyé par la société scientifique si ce n'est pas réalisé par la société scientifique. Et d'autres lieux peuvent aussi réellement s'occuper de qualité. Un médecin a cité comme autres possibilités, la plateforme de qualité ou la commission d'accréditation. Une autre proposition est que les chiffres soient envoyés tels quels aux médecins par l'INAMI, et que les sociétés scientifiques se chargent des recommandations correspondantes, ce qui ôterait toute suspicion quant à l'impartialité des messages émis, puisque l'indépendance serait mieux garantie. Pour quelques-uns, les feedbacks devraient même être entièrement dans les mains de la profession : que les sociétés scientifiques des généralistes puissent se charger de proposer ces auto-évaluations aux médecins. Mais ils sont aussi conscients que la profession n'a ni les données ni les moyens financiers pour se charger de cette fonction. D'autres médecins trouvent que c'est le rôle des décideurs d'envoyer ce type d'information.

Un autre élément exprimé est que l'intervention doit toujours être réalisée avec la participation de praticiens.

Enfin, les généralistes trouvent que des feedbacks doivent aussi être envoyés aux spécialistes, et aux vétérinaires.

Accompagnés d'une discussion en Glem

Il est répété que le document doit être accompagné d'une discussion en Glem, pour toutes les raisons citées plus tôt (voir intérêt de la discussion en Glem). L'importance du rôle des animateurs dans ces Glems a été évoquée plusieurs fois.

Pas de feedbacks spécifiques aux « gros prescripteurs »

Même si certains médecins considèrent que quelques « gros prescripteurs » posent problème à toute la profession, la plupart des médecins interrogés ne sont pas favorables à l'envoi de feedbacks à certains d'entre eux. Pour certains, ce serait la preuve que l'objectif n'est pas d'améliorer la qualité mais bien de brandir la menace du contrôle. Cela pourrait aussi créer un climat tendu et peu favorable au partage en confiance dans les Glems. D'autres sont demandeurs de recevoir des feedbacks plus souvent et sont donc mécontents de ne pas en recevoir en même temps que les « gros » prescripteurs. La réaction de certains est de dire « à tout le monde ou à personne ».

Pourtant, quelques médecins trouvent qu'il faudrait s'occuper prioritairement des quelques pourcents de médecins qui prescrivent manifestement trop, parce que cela permettrait de « laisser tranquilles » tous les autres qui travaillent honnêtement.

Quelques médecins proposent que si des actions doivent être réalisées vers les gros prescripteurs, ou dans le cadre d'un contrôle, elles soient réalisées en-dehors du cadre du feedback.

Messages-clé

- La majorité des médecins trouvent que les feedback peuvent continuer à être envoyés. Ils les demandent plus régulièrement, et même sur de nouveaux thèmes.
- Mais ils émettent des conditions : que le feedback reste un outil de soutien à la qualité et ne devienne pas un outil de contrôle, que le rôle des acteurs soient mieux précisées, que l'intervention soit toujours élaborée avec la participation de praticiens, que des feedback soient aussi envoyés aux spécialistes et aux vétérinaires.
- La discussion en Glem est considérée comme importante.
- Pour des raisons très diverses, la plupart des participants n'approuvent pas l'envoi de feedback spécifiques aux gros prescripteurs. Si des actions sont envisagées envers ces médecins, cela ne doit pas être dans le cadre du feedback.

Contenu et forme du document

Messages de recommandation

Les messages de recommandation ne suscitent pas de grandes propositions de modification.

Certains médecins trouvent que ces messages devraient être plus élaborés, plus détaillés, tandis que d'autres les apprécient justement parce qu'ils sont compacts, rapides à lire, pratiques. Certains médecins voudraient trouver des informations concernant les doses des médicaments, ou concernant l'antibiotique de second choix au cas où le premier choix ne serait pas possible. Un médecin a suggéré que le lien entre les feedbacks et les recommandations de bonne pratique devraient être plus explicite. Une autre suggestion a été de partir plus de questions ou cas cliniques, d'être moins théorique. Quelques-uns voudraient que les messages de recommandations soient personnalisés, adaptés selon les chiffres de prescription de chaque médecin. Un médecin voudrait encore trouver des informations sur l'évolution des résistances.

Certains voudraient plus d'informations sur la façon dont ces messages de recommandation sont élaborés et par qui.

A noter que des médecins qui connaissent des recommandations de bonne pratique par ailleurs ont reconnu les messages du feedback comme concordants, mais d'autres attendent que soient données des références qu'ils reconnaissent (ces médecins semblent souvent peu au fait des règles de l'écriture de guidelines)

Quelques médecins ont trouvé que les termes utilisés prêtaient à confusion, qu'ils doivent être mieux définis (exemple : qu'est-ce qu'un mal de gorge ?).

Graphiques et données

La question de la simplification du document induit tout un débat : certains estiment qu'il faut simplifier le document pour qu'il soit plus facile à lire rapidement pour des médecins peu au fait des statistiques, d'autres trouvent qu'il faut le laisser tel quel parce qu'il est important de pouvoir aller dans le détail et de pouvoir vérifier la méthode de travail si on le désire. Un médecin trouve qu'il devrait être possible de combiner les deux objectifs : être complet sans être complexe. Certains ont proposé que le document soit en deux parties : une sorte de résumé, avec les interprétations globales des chiffres, puis le document plus détaillé pour ceux qui désirent approfondir.

Une autre suggestion émise par des animateurs, est que le feedback garde les mêmes types de graphiques : les médecins commencent à s'y habituer et à savoir les lire, il ne faut pas changer. Un médecin a suggéré que ces documents passent par des généralistes pour avis et améliorations des explications avant d'être envoyés. Quelques médecins ont évoqué la possibilité de mettre le document en couleurs, ou les parties importantes en gras, pour améliorer la lisibilité des graphiques.

Certains suggèrent que le tableau 1, intéressant mais trop dense et complexe, soit divisé en plusieurs graphiques.

Plusieurs médecins ont exprimé le désir de pouvoir observer leur évolution par rapport au feedback précédent, par l'ajout d'information sur leur position antérieure. Un médecin voudrait même que l'évolution des prescriptions soit corrélée à l'évolution de la patientèle.

Un élément souvent cité comme manquant dans ce document est l'information concernant les types de pathologies de la patientèle, et la corrélation des données de prescription avec ces pathologies. Mais les médecins sont conscients du fait que ces informations ne sont pas accessibles.

Deux médecins trouveraient intéressant que les résultats soient comparés à certaines caractéristiques des médecins : l'âge, l'université qui les a formés, la région linguistique, etc.

Certains demandent que toutes les données de la thématique soient analysées, pas seulement certains aspects : par exemple pour un feedback sur les antibiotiques certains médecins ont repéré un déficit d'information concernant certaines classes d'antibiotiques.

Quelques médecins ont exprimé des demandes de données qui sont déjà présentes dans les graphiques. Un exemple est de pouvoir identifier les prescriptions faites par le médecin traitant, des prescriptions faites par d'autres médecins aux mêmes patients (information qui est déjà décrite dans le scatterplot, par un rond et un triangle).

Interprétation des résultats

Nombreux sont les médecins qui ont exprimé leur difficulté à tirer des conclusions des données qui les concernaient. Notamment par manque de référence à laquelle se situer, ou parce qu'il est difficile d'interpréter des résultats aussi complexes.

Pour certains, les messages de recommandation devraient être répétés, mélangés dans les graphiques, pour que chaque message soit en regard du graphique qui montre les données correspondantes. Pour d'autres, il faudrait que le texte rédigé sous chaque graphique propose une interprétation des résultats par rapport à ce qui est recommandé. Mais d'autres médecins ne sont pas d'accord : ils trouvent que les deux parties doivent rester telles quelles, séparées.

Si la moyenne ne leur semble pas être une bonne référence, les médecins font peu d'autres suggestions. Quelques uns précisent qu'utiliser les moyennes de pays voisins n'est pas une meilleure solution, parce que le contexte de la pratique est trop différent. Un médecin imagine qu'il serait possible de faire une estimation des prévalences de pathologies, et une estimation des prescriptions nécessaires, pour proposer une référence à laquelle se situer.

Déroulement des Glems

Les animateurs interviewés ont trouvé que la formation proposée dans les sociétés scientifiques est enrichissante pour eux et utile pour l'animation de leur Glem. Toutefois, des médecins des autres focus groupes proposent tout de même que cette formation soit encore améliorée, plus soutenue. Il s'agit de donner aux animateurs les compétences pour à la fois apporter les arguments nécessaires, expliquer suffisamment les messages et les graphiques et gérer un débat.

Un médecin a suggéré d'envoyer des animateurs externes dans les Glems où cette discussion est difficile et les attitudes négatives.

Les discussions en Glem doivent pouvoir avoir lieu plus rapidement après la réception du document. La régularité des feedbacks envoyés devrait suivre un calendrier précis et connu, ou bien l'envoi des feedbacks et leur thème devrait être annoncé à l'avance aux responsables de Glems, pour qu'ils puissent prévoir ces discussions dans leur planification.

Certains médecins ont encore souligné l'importance d'avoir à disposition des outils adéquats pour réaliser cette animation. Mais que les choix de type d'animation reste à la liberté de l'animateur. Un seul médecin trouve, au contraire, qu'un mode opératoire de l'animation devrait être rédigé par les organisateurs, et suivi par les animateurs.

Certains médecins expriment leur désaccord avec le fait que les thèmes de certains Glems soient imposés, comme par exemple, la discussion sur le feedback. Il n'y a que 4 Glems par an, les médecins ont le choix de leurs thématiques, pour certains il n'est pas acceptable qu'on en impose.

Messages-clé

- Il y a peu de remarques sur les messages de recommandation. Il est demandé que la façon dont ces messages sont élaborés et par qui, soit mieux explicitée. Des médecins souhaitent également avoir plus facilement accès à des informations plus détaillées.
- Certains trouvent que le document devrait être plus court. D'autres trouvent qu'il doit rester suffisamment d'informations pour permettre la lecture critique, même s'ils en reconnaissent la complexité. Certains proposent un document en deux parties, l'une complète, l'autre constituant un résumé. Un animateur dit qu'on doit laisser les graphiques actuels parce que les médecins s'y habituent.
- Certains proposent que le tableau I soit découpé en plusieurs graphiques.
- Certains suggèrent que les graphiques soient en couleurs.
- Plusieurs médecins désirent observer leur évolution d'un feedback à l'autre. Certains demandent que toutes les classes de médicaments concernées par la thématique soient analysées.
- La moyenne ne paraît pas une bonne référence pour interpréter les résultats, mais les médecins ne font pas d'autres suggestions. Certains médecins trouvent que les messages et les graphiques devraient être plus mélangées pour aider à l'interprétation. D'autres trouvent qu'ils doivent rester bien séparés. Un lien plus évident avec les messages de recommandation est suggéré.
- Il est demandé par certains que la discussion en Glem soit planifiée pour être réalisée rapidement après la réception du document. Certains expriment leur refus de voir les thèmes de Glems imposés, mais la possibilité d'incitants est envisagée.

3.3.4.2 Propositions pour améliorer la pratique des médecins généralistes

Formation continue

Certains médecins estiment qu'il est déjà suffisant d'aller à des séances de formation continue, qui permettent de se tenir informé. Ils considèrent les Glems et les dodécagroupes^b comme faisant partie de cette formation continue.

Certains médecins trouvent que la formation doit rester libre : chacun doit pouvoir choisir les formations qui l'intéressent. Quelques médecins ont suggéré qu'on utilise des incitants, comme les points d'accréditation, ou d'autres, pour stimuler les médecins à suivre des formations sur des thématiques spécifiques choisies en fonction de leur importance pour la santé publique.

Certains suggèrent encore la formation continue via internet.

Quelques médecins soulignent la difficulté d'imposer des formations aux médecins, alors qu'elles s'ajoutent à de lourdes journées de travail, dans des horaires peu compatibles avec une vie de famille. Une suggestion est que ces formations soient réalisées en journée et rémunérées comme des journées de travail, par exemple. Il est aussi mentionné que la pratique de groupe pourrait faciliter ce mode d'organisation.

^b Groupes locaux de formation continue organisés pour des médecins volontaires, à l'initiative de la SSMG, avant la création des Glems.

Envoi d'informateurs scientifiques

Plusieurs médecins ont suggéré que des délégués scientifiques fassent des visites chez les généralistes, comme le font les délégués des firmes pharmaceutiques, mais pour apporter un message plus indépendant.

D'autres trouvent cela inutile.

Toute la question est de savoir quel message ils vont apporter. Ce message paraît dépendre de l'organisme qui les finance. L'INAMI n'est pas acceptable aux yeux de certains, l'information indépendante doit être organisée par un organisme indépendant. Des exemples cités d'organismes indépendants sont les sociétés scientifiques ou le CBIP (mis en doute par quelques-uns).

A noter que quelques médecins ont suggéré de ne plus recevoir les délégués des firmes pharmaceutiques : cela permettrait d'épargner suffisamment de temps pour pouvoir lire les recommandations de bonne pratique.

Autres outils d'autoévaluation

Plusieurs médecins, dans plusieurs focus groupes différents, ont évoqué la méthode d'évaluation par petits échantillons (méthode LQAS) comme un bon moyen de s'auto-évaluer en tenant compte de données de morbidité, à l'échelle de la pratique, en se basant sur des recommandations de bonne pratique. Ainsi, certains trouvent cette méthode très complémentaire au feedback.

Autres sources d'informations

Certains animateurs ont émis le désir d'avoir à disposition d'autres sources de données et de recommandation, qui leur permettent une lecture critique des informations qui leur sont envoyées dans le feedback.

Des médecins expriment le besoin de recevoir plus d'information scientifique indépendante et fiable.

Une suggestion pour l'aide à la pratique a été la conception d'un antibioguide belge.

D'autres médecins ont demandé à avoir un accès facilité à des données d'EBM, si possible via internet. Ils demandent la possibilité d'avoir accès gratuitement à plusieurs sites scientifiques, avec un moteur de recherche pratique. Mais d'autres répondent que cela ne garantit pas le fait que les médecins iront lire l'information.

Information sur les coûts

Quelques médecins répètent qu'ils trouveraient intéressant d'avoir une information sur les coûts de leur prescription : ils sont conscients de n'avoir aucune idée de ce que coûte ce qu'ils prescrivent à leurs patients, que ce soit en prescriptions ou en examens techniques. Cette information est demandée par certains dans le cadre du feedback, mais est aussi demandée de manière générale.

Outils informatiques d'aide à la décision

Un médecin a proposé, un peu sur le ton de la boutade, que l'informatique puisse suggérer au médecin ce qu'il faut faire.

Actions coordonnées visant tous les groupes cibles potentiels

Un médecin fait remarquer que le changement est plus facile si plusieurs actions coordonnées, avec tous les groupes cibles potentiels, sont organisées simultanément, et qu'ainsi tout le monde se sente porté dans le même sens.

Parmi les actions possibles, les campagnes grand public à propos des antibiotiques ayant été reconnues comme utiles pour le changement des habitudes de prescription, des médecins demandent que d'autres campagnes soient organisées pour d'autres sujets.

Une autre suggestion est que des outils soient mis à la disposition des médecins pour soutenir l'argumentation avec les patients qui ont une demande de prescription.

Recherche en médecine générale

Certains médecins évoquent l'intérêt de pouvoir faire de la recherche en médecine générale, pour générer des informations directement à partir de la pratique et ses spécificités de terrain. Notamment pour observer les éventuelles conséquences en termes de santé de la population, des changements de prescriptions des généralistes : si les médecins prescrivent moins d'antibiotiques, ou changent d'antibiotique, il faudrait pouvoir en observer les conséquences : plus de complications ou pas ?

Messages-clé

- Les participants font des suggestions d'actions complémentaires au feedback.
- La formation continue est considérée comme importante. Selon des participants, elle doit rester libre, mais des incitants peuvent être envisagés. Certains suggèrent une possibilité de formation via internet. Certains évoquent la difficulté de se former en plus d'horaires de travail déjà lourds, et demandent que du temps et du financement soient prévus pour cela.
- La piste de délégués indépendants est envisagée comme intéressante. Mais pour certains, le financement de ceux-ci par l'INAMI ne garantit pas leur indépendance.
- Certains évoquent la possibilité d'utiliser d'autres outils d'autoévaluation que le feedback, comme la méthode d'évaluation par petits échantillons.
- Plusieurs demandent à avoir un accès (gratuit, avec valorisation du temps consacré) à diverses sources d'information indépendante.
- Certains ont demandé à avoir des informations sur les coûts de leurs prescriptions, via le feedback ou d'autres sources.
- Des médecins évoquent encore la nécessité d'actions coordonnées, visant d'autres groupes cibles concernés, notamment les patients.
- La recherche en médecine générale est considérée par certains comme pouvant générer des informations complémentaires.

3.4

DISCUSSION : LIMITES DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

La méthodologie de la recherche induit une série de biais.

Un premier biais est celui de la participation : ne viennent à une interview de groupe que les volontaires, et l'on peut penser à priori que ce sont aussi des personnes plus motivées ou plus positives vis-à-vis de l'intervention. Des personnes tout-à-fait opposées pourraient aussi vouloir l'exprimer. Mais la « majorité silencieuse » est rarement rencontrée dans ces interviews. Il nous est pourtant apparu que des opinions diverses, tant positives que négatives, avec beaucoup de nuances, ont pu être exprimées par des participants, soit que c'était leur propre opinion, soit qu'ils rapportaient les opinions de leurs collègues. De plus, un focus groupe néerlandophone a été organisé par un cercle lors d'une réunion déjà prévue, les participants sont venus sans savoir à l'avance qu'il s'agissait d'un focus groupe sur le feedback. Il est important de rappeler ici, qu'en aucune manière il n'est question de prétendre à une représentativité au sens statistique du terme. L'objectif de notre recherche qualitative est de récolter le maximum d'informations pertinentes issues du groupe-cible. Nous ne sommes pas en mesure de connaître quantitativement le poids de chacune des tendances ici rapportées.

Un deuxième biais important est lié à la dynamique de groupe : la personnalité des participants, le statut de certains au yeux des autres, peuvent influencer grandement la teneur des discours dominants lors d'un focus groupe. Ainsi, certains focus groupes ont donné une position à dominante plus positive, d'autres plus négative. Une description

sommaire des dynamiques rencontrées dans chaque focus groupe est proposée en annexe. Si certains groupes ont tenu une position globalement plus tranchée ou plus extrême, la plupart ont tout de même exprimé une opinion assez nuancée. Dans aucun groupe nous n'avons eu l'impression qu'un discours était tout-à-fait empêché de s'exprimer. Dans un seul focus groupe francophone, composé uniquement de participants ayant moins de 10 ans de pratique, la discussion a été fortement menée par un leader, les avis divergents se sont malheureusement assez peu exprimés. Les débats ont toujours été très conviviaux, constructifs, ouverts à la parole de chacun. Ces observations nous imposent de rappeler que des individus, dans des circonstances différentes avec des participants différents, peuvent tenir des discours nuancés de façon tout-à-fait différente.

4 CONCLUSION

Deux recherches différentes ont été réalisées en parallèle: une recherche de littérature et une recherche qualitative par interviews de groupe. Ces recherches ont été complémentaires, mais présentent chacune des limites, inhérentes à leur méthodologie. Ces limites sont décrites dans chaque chapitre correspondant.

Ces recherches nous permettent d'apporter une série de conclusions concernant un éventuel effet du feedback, mais surtout, elles permettent de connaître différents facteurs qui influencent son effet. Ces conclusions permettront aussi de dégager des propositions d'amélioration de l'intervention. Il s'agit bien de l'intervention feedback comprenant deux volets : document individuel envoyé aux médecins et discussion en Glem.

Ces conclusions sont rédigées prioritairement au départ des résultats de l'analyse des focus groupes qui reflètent le discours des généralistes belges dans leur contexte spécifique. Ces résultats sont pour une très grande partie concordants avec la littérature internationale. Les informations tirées de la littérature sont mentionnées uniquement lorsqu'elles sont en contradiction avec le discours des focus groupes, ou qu'elles apportent des nuances spécifiques.

4.1 L'EFFET DU FEEDBACK SUR LES MÉDECINS

Notre recherche n'avait pas pour objectif d'apporter une réponse quantitative précise sur l'impact du feedback sur les prescriptions des généralistes belges. Sur base des connaissances actuelles, il est difficile de déterminer si le feedback en tant que tel induit un changement immédiat de prescription. La littérature¹ évoque que lorsqu'une efficacité peut être montrée pour un feedback, l'effet est faible à modéré. L'INAMI a pu observer, dans son analyse d'avril 2005 sur les prescriptions d'antibiotiques et d'antihypertenseurs en ambulatoire,¹⁰⁰ un changement dans la prescription des antibiotiques, mais ce changement est faible. Il est de surcroît difficile de déterminer la part attribuable au feedback. Des médecins ont considéré que le feedback influence surtout le choix de la molécule prescrite.

Le feedback montre un effet potentiel sur deux déterminants du comportement prescripteur des médecins : leurs connaissances et leurs attitudes. Il contribue à l'amélioration des connaissances et compétences des généralistes sur les recommandations de bonne pratique, les habitudes actuelles de prescription, les statistiques et l'épidémiologie, et pour le feedback « antibiotiques », sur les résistances bactériennes. Il touche aussi aux attitudes des généralistes face à l'Evidence based medicine, l'auto-évaluation, la santé publique et la responsabilité collective de leur profession. Cet effet du feedback pourrait avoir des conséquences plus larges sur la pratique de médecins générale en Belgique.

Le feedback n'a pas un effet « on/off » : il touche à un processus de changement de comportement, processus lent et complexe, qui nécessite du temps et un travail continu. Cette difficulté de changer de comportement est très largement soulignée dans la littérature.

L'ampleur comme le sens de l'effet du feedback vont dépendre d'une série de facteurs, liés à sa conception elle-même, liés aux professionnels eux-mêmes, ou inhérents au contexte externe. Ces différents facteurs sont aussi reliés entre eux.

Messages clés

- Le feedback n'a pas un effet « on/off » : il touche à un processus de changement de comportement, processus lent et complexe.
- Le feedback montre un effet potentiel sur deux déterminants du comportement prescripteur des médecins : leurs connaissances et leurs attitudes.
- L'effet du feedback est influencé par une série de facteurs liés à sa conception elle-même, aux professionnels, ou au contexte.

4.2 LE FEEDBACK PERMET L'ACQUISITION DE CONNAISSANCES

Le feedback permet l'acquisition de connaissances et de compétences. Pour cela, les deux volets du feedback, le document et la discussion en Glem, sont interdépendants et très complémentaires.

4.2.1 Le document

Le document apporte l'information, interpelle, permet une prise de conscience et suscite le débat. Mais il est long, difficile à lire et à accepter.

Les informations apportées par le document sont parfois nouvelles, ou sont de bons rappels pour les médecins : elles permettent la prise de conscience des résistances déjà présentes en Belgique, de la prescription personnelle et de celle de l'ensemble de la profession, et aussi des recommandations EBM en matière de prescription. Les messages de recommandations sont appréciés par certains pour leur côté succinct, clair et pratique.

Le mode de présentation des chiffres est complexe, difficile à lire et à comprendre, et fait intervenir des compétences statistiques fort éloignées de la pratique de la médecine générale. De plus, le lay-out, dont l'importance est soulignée dans la littérature, est décrit comme assez rébarbatif. Toutefois, le fait de recevoir de façon répétitive et régulière le même type de document, ainsi que les explications en Glem, en améliorent la compréhension au fil du temps.

Le document est aussi l'occasion de s'essayer à une ébauche de lecture critique. Les médecins au fait des règles de l'EBM et des recommandations, et capables d'interprétation des chiffres, trouvent dans le document les éléments nécessaires pour se rassurer sur la rigueur de sa construction: ils trouvent que le document doit rester suffisamment complet et étayé.

Cette lecture critique amène à considérer les éléments qui manquent pour l'interprétation des résultats observés: les médecins considèrent que la moyenne des habitudes de prescription n'est pas une bonne référence. Ils trouvent que le contexte de la pratique, les caractéristiques de la patientèle et la morbidité manquent pour interpréter la prescription. Ceci concorde avec la littérature qui rapporte que les médecins n'apprécient pas d'être jugés sur base de données agrégées, ou par rapport à des moyennes. Toutefois, les généralistes belges sont conscients du fait que les informations nécessaires pour interpréter les résultats ne sont pas disponibles dans les statistiques: ils en sont les seuls dépositaires. Ceci dit, les messages de recommandation peuvent aider à interpréter les résultats. Ils déplorent encore que les feedbacks présentent des chiffres de prescription datant de 2 ans, qu'ils ne se suivent pas plus régulièrement, et qu'ils ne donnent pas l'information pour observer sa propre évolution.

4.2.2 Le Glem

La discussion en Glem permet de dépasser certaines barrières face au document, de renforcer certains apprentissages, et de modifier certaines attitudes. Le Glem stimule la lecture, permet de comprendre le document et de faire l'interprétation des données observées. Enfin, il suscite le débat et le partage des connaissances et expériences entre pairs, ce qui peut encourager un changement d'attitude ou du comportement prescripteur.

Tous les Glems n'entament pas facilement cette discussion. Les médecins peuvent refuser cette discussion par désaccord de principe avec l'intervention, ou parce qu'ils ne se sentent pas à l'aise pour partager ouvertement leurs modes de pratique ou leurs chiffres de prescription.

Des conditions de réussite sont la convivialité et la confiance entre membres du Glem. Celles-ci peuvent inciter des médecins a priori opposés à l'intervention, à participer à une discussion du Glem sur le sujet tout de même. Le partage d'informations entre pairs est facilité, ainsi que l'influence des uns sur les autres.

Une grande partie de l'intérêt du Glem réside dans le partage des connaissances, avis et expériences entre pairs. On ressent dans la position prise par certains participants, l'influence du Glem auquel ils ont participé : l'avis dominant qui est ressorti de la discussion. Mais la force de persuasion du groupe est à double tranchant : elle peut avoir un effet inverse. Certains Glems peuvent être menés par quelques leaders, ou une majorité défavorables, à une conclusion contraire à celle espérée, entraînant des participants a priori plus favorables ou hésitants.

La qualité de l'animateur aura une incidence sur l'impact de la discussion du feedback en Glem. Il est attendu de cet animateur, non seulement d'apporter aux participants les compétences nécessaires pour comprendre et interpréter le document, mais aussi de pouvoir conduire le débat qui va s'ensuivre, et apporter les explications et arguments nécessaires pour rassurer ses pairs. La formation des animateurs est donc très importante. Jugée enrichissante par ceux qui y ont participé, elle semble ne pas être encore suffisamment solide pour tous. Mais d'après le rapport de l'INAMI, ¹⁰⁰ nombre de médecins qui font l'animation dans leur Glem, pour des raisons diverses, ne suivent pas ces formations: un peu plus de la moitié des animateurs qui ont renvoyé le questionnaire d'évaluation de leur Glem avaient suivi la formation.

Messages clés

- Le document et la discussion en Glem, sont interdépendants et complémentaires.
- Le document apporte l'information concernant les recommandations et la prescription. Il interpelle, permet une prise de conscience et suscite le débat en Glem.
- Le mode de présentation des chiffres est complexe, toutefois, la compréhension s'améliore au fil du temps.
- La discussion en Glem stimule la lecture et permet
 - de comprendre le document
 - de faire l'interprétation des données observées
 - de débattre et de partager l'expérience et les connaissances entre pairs
 - de modifier l'attitude a priori des médecins face au document.
- Les conditions sont la convivialité et la confiance entre les membres du Glem.
- La qualité de l'animateur a une incidence sur l'impact de la discussion du feedback en Glem.

4.3 LES ATTITUDES DES MEDECINS FACE AU FEEDBACK

Certains médecins sont enthousiastes face à l'intervention, même s'ils émettent encore certains questionnements. D'autres sont tout-à-fait opposés à l'intervention (quoique certains parmi eux puissent aussi changer d'avis après une réunion en Glem bien menée). Mais ces deux groupes sont assez minoritaires. La majorité des médecins se situe quelque part entre ces deux positions, dans une attitude d'hésitation, ou qu'on pourrait qualifier d'« acceptation conditionnelle ». Il y a dans la population médicale un grand potentiel d'attitude positive, tout comme un potentiel de rejet.

4.3.1 Les médecins manquent de confiance a priori dans l'intervention

Ce qui rend les médecins très hésitants est surtout lié à la méfiance de la profession et vis-à-vis des pouvoirs publics. L'absence de confiance a priori a pour résultat que les hésitations trouvent plus spontanément une réponse pessimiste.

Ces questionnements sont accentués par une ambiguïté des discours sur les objectifs de l'intervention et par l'image de l'institution qui l'envoie.

Les médecins expriment globalement une incertitude par rapport aux objectifs de l'intervention : ses objectifs actuels et d'éventuels objectifs ultérieurs. Des craintes ont été exprimées quant aux risques croissants de contrôle des médecins, de standardisation des prises en charges des pathologies, d'entrave à la liberté thérapeutique, et que les aspects économiques deviennent prioritaires par rapport à la qualité des soins. Le résultat étant que ce qui pourrait être considéré et approprié comme un outil de stimulation de l'auto-évaluation, est actuellement vécu surtout comme une hétéro-évaluation, laquelle est plus difficile à accepter.

Les généralistes font une différence assez dichotomique entre les sociétés issues de ou gérées par leur profession et les institutions publiques. Le CNPQ ou la Plateforme pour la qualité ne sont pas connus de la profession. Les médecins rassemblent tout sous le vocable « ils », « INAMI » ou « pouvoirs publics », lesquels sont uniquement perçus comme ayant pour fonctions le contrôle et la réduction des dépenses. Le résultat étant qu'un courrier dont l'objectif exprimé est de soutenir la qualité, est à leurs yeux envoyé par du même lieu que l'inspecteur qui amène des sanctions. Inversement, la participation des sociétés scientifiques, ou d'individus reconnus pour leur intégrité scientifique, contribue à augmenter la confiance des médecins dans l'intervention. De même, le fait que l'explication soit donnée par un pair praticien lors des Glems améliore les possibilités de débat constructif.

Dans ce contexte, des médecins émettent des doutes quant à l'objectivité de messages de recommandation réputés émis par l'INAMI. Quant aux données, les erreurs dans les profils précédents sont encore dans les mémoires, et des médecins sont surpris par des chiffres qui ne correspondent pas à l'idée qu'ils ont de leur patientèle ou de leur prescription.

De plus, les médecins se sentent dépossédés des possibilités de réaction face à cette intervention : ils sont dans l'incapacité de vérifier la validité des données qui leur sont envoyées, tout comme de renvoyer des interpellations ou des explications par rapport à ces chiffres de prescription.

4.3.2 Certains thèmes de feedback sont mieux acceptés que d'autres

Nos interviews de groupe ont concerné le feedback sur les antibiotiques. Pourtant, des avis ont été spontanément exprimés par des participants concernant le feedback sur les antihypertenseurs.

Il semble que la problématique des antibiotiques fasse déjà consensus dans la profession et que des facteurs externes favorisent l'impact du feedback. Dans la thématique des antibiotiques, le feedback s'inscrit dans une grande campagne déjà en cours et émanant de plusieurs sources différentes, pour sensibiliser à la problématique des résistances. Des recommandations de bonne pratique ont été rédigées, des campagnes médiatiques ont été réalisées, le problème des résistances est connu et la nécessité de changement

fait du chemin dans les opinions. A tel point que même les délégués pharmaceutiques ont adapté leur discours. Dans ce cadre, le feedback vient avantageusement compléter un processus en cours en confrontant les médecins avec des données objectives. En effet, Van Driel et al ⁶⁷ ont montré (dans une étude qualitative belge sur les antibiotiques) que les généralistes sont convaincus qu'ils connaissent et suivent les recommandations, alors que les données objectives ne le démontrent pas.

Le feedback sur les antihypertenseurs, quant à lui, ne participe pas à une campagne globale, et le sujet est plus polémique. Même s'il existe une RBP, ses recommandations ne font pas encore consensus sur le terrain. Les discours tant des spécialistes que des représentants pharmaceutiques, diffèrent des guidelines publiés. Ces éléments entraînent que les médecins perçoivent dans ce feedback un objectif plus économique que de qualité. De plus les médicaments de l'hypertension ne sont pas employés uniquement pour cette pathologie, ce qui rend ce feedback plus difficile à interpréter. Cette plus grande difficulté de changement dans la prescription des antihypertenseurs se retrouve aussi dans la littérature : l'âge du groupe cible, la présence de comorbidités, l'aspect préventif de traitement, et le fait qu'il touche à une pathologie chronique, y sont cités comme autant de freins au changement.

4.3.3 Le feedback arrive dans un contexte global de changement de la médecine générale

Des indications dans le discours des généralistes interrogés font penser qu'on assiste à un changement plus global des attentes de la société envers la médecine générale, attentes qui modifient assez fondamentalement la manière d'exercer cette profession, et pour lesquelles les généralistes ne sont pas toujours bien préparés. Il s'agit de tenir compte de l'évidence based medicine, de l'évaluation, de notions de santé publique, d'une augmentation de règles de pratique et de responsabilité du médecin vis-à-vis de la collectivité.

Beaucoup de médecins connaissent encore mal les principes fondateurs de l'Evidence Based Medicine, et la façon dont sont construites des recommandations de bonne pratique. Pour certains, il subsiste une méfiance a priori, dont les facteurs sont assez similaires à ceux qui nourrissent la méfiance vis-à-vis des objectifs du feedback. Pour d'autres, il y a un accord sur le principe, quoique certains aient un désaccord avec le contenu, en tout ou en partie, d'une recommandation ou l'autre. Enfin, les médecins éprouvent des difficultés à appliquer des recommandations ou des éléments d'EBM dans la pratique, soit parce qu'elles ne sont pas encore assez accessibles pour permettre leur usage quotidien en temps réel dans la pratique, soit parce que les recommandations elles-mêmes posent problème face à la complexité des patients et de leur contexte.

Les médecins n'ont pas l'expérience de l'évaluation ou d'une observation plus globale de leur pratique, et cela n'a pas fait partie de leur formation. De plus, beaucoup ont tendance à considérer toute tentative de recommandation ou d'injonction concernant les modes de prise en charge ou de pratique, comme des menaces pour la qualité ou la liberté de leur profession. Cette attitude peut s'expliquer par le fait que les médecins, majoritairement en solo, ont pratiqué pendant des années, dans une grande liberté thérapeutique.

Les médecins n'ont pas non plus été formés à la prise en compte de leur responsabilité collective, comme par exemple pour l'aspect économique d'une pratique basée sur des financements publics et limités, ou pour une vision plus « de santé publique » de leurs activités. Leur pratique est basée sur le colloque singulier, au départ de la demande de chaque patient et de la recherche de la meilleure réponse pour chacun. Une prise de conscience de cette responsabilité collective est en cours, mais reste subsidiaire à la priorité du contact individuel, et n'est pas encore acceptée par tous.

Certains médecins vont de l'avant et intègrent ces changements dans leur pratique sans trop de difficultés. D'autres, même quand ils sont de bonne volonté, éprouvent parfois des difficultés à se positionner. Certains pourront développer des résistances parce qu'ils se sentent déstabilisés ou menacés dans leur raison d'être ou dans leur place dans le système. Les craintes et les résistances au changement sont loin d'être généralisables.

à toute la profession : des grandes variations vont s'observer, on peut penser qu'elles seront notamment fonction de la personnalité des médecins, et de divers facteurs externes, dont les caractéristiques du lieu où ils exercent..

Enfin, la difficulté de changer une habitude qui a la vie dure est évoquée, mais timidement, alors que dans la littérature cet obstacle au changement est considéré comme important.

Messages clés

- Face au feedback, on perçoit chez les médecins généralistes un grand potentiel d'attitude positive, à encourager. Mais on ne peut exclure le risque de rejet, dont il faut tenir compte.
- Les médecins expriment une incertitude par rapport aux objectifs de l'intervention.
- Le CNPQ ou la Plateforme pour la qualité ne sont pas connus de la profession. Les médecins rassemblent tout sous le vocable « ils », l'« INAMI » ou les « pouvoirs publics », uniquement perçus comme ayant pour fonctions le contrôle et la réduction des dépenses.
- Le feedback est mieux accepté s'il vient appuyer une thématique pour laquelle un processus de sensibilisation est déjà en cours, émanant de plusieurs sources différentes.
- La connaissance des principes de l'Evidence based medicine est fort variable et différentes difficultés sont encore rencontrées par les médecins pour intégrer les recommandations dans la pratique.
- Des changements sont en cours en médecine générale. Il s'agit d'intégrer dans le colloque singulier, l'Evidence based medicine, la prise en compte de la responsabilité collective et l'habitude d'évaluer sa pratique. Ces changements déstabilisent certains, dérangent les habitudes de grande autonomie, et peuvent engendrer des résistances.
- La routine qui est un facteur de résistance bien identifié dans la littérature, est très peu évoquée par les médecins.

4.4 AUTRES CONDITIONS DE LA PRATIQUE DETERMINANT LE COMPORTEMENT PRESCRIPTEUR

Les médecins sont freinés ou encouragés dans leur changement par des facteurs importants, inhérents aux conditions de leur pratique. Certains médecins identifient que leurs changements de prescription seraient encouragés par l'addition d'actions complémentaires et coordonnées, touchant aux différents groupes de personnes et facteurs externes qui conditionnent leur comportement.

4.4.1 L'influence des patients

Les patients ont une grande importance dans la décision de prescrire des généralistes. Parfois les caractéristiques d'âge, de sexe, sociales ou culturelles du patient vont influencer le médecin. Parfois, il s'agit d'empathie : soulager le plus rapidement possible un patient, ou le rassurer. Souvent, les patients eux-mêmes ont des croyances et des demandes qu'il est difficile de contrer. Influencer la demande des patients demande des arguments et surtout du temps. Les généralistes sont en recherche de moyens de soutien pour argumenter ou faire des compromis face aux patients. Dans ce sens, les campagnes médiatiques adressées aux patients, ont été considérées très positivement.

4.4.2 L'influence des autres généralistes et des spécialistes

Les spécialistes de leur réseau sont souvent considérés par les généralistes comme des experts de référence. Par ailleurs, il induisent les prescriptions en les initiant, et influencent les patients en leur donnant des avis. Il arrive malheureusement que leur discours soit contradictoire par rapport aux messages de recommandations.

Les généralistes s'influencent également entre eux, notamment par la discussion lors de rencontres, ou par l'observation des prises en charge lors des gardes. Certains se téléphonent pour demander un avis. D'ailleurs, les médecins apprécient de pouvoir se comparer à leurs confrères dans le feedback.

Certains considèrent qu'il est plus facile de changer « si tout le monde change ensemble », car le fait que d'autres médecins proches soient plus complaisants vis-à-vis des demandes des patients, freine un changement de pratique: la crainte que le patient, mécontent de ne pas voir sa demande d'antibiotique exaucée, s'en aille auprès d'un autre médecin est bien présente. Cette crainte va être variable en fonction de la pléthore ou concurrence potentielle qui entoure le médecin.

4.4.3 La peur des complications de la maladie

Des éléments inhérents à la maladie, au traitement, ou à la pratique elle-même, vont induire une difficulté à changer de comportement prescripteur.

L'aisance face à la pathologie et au type de patient va déterminer le fait d'« oser » changer. Un médecin qui a l'habitude de soigner certains types de patients, comme des enfants ou des personnes âgées, ou un médecin qui prend plus souvent en charge certaines pathologies, comme les BPCO, vont probablement plus facilement essayer un nouveau mode de traitement, qu'un autre médecin qui se sent moins sûr de lui. Les médecins craignent les complications de maladies « mal soignées », d'autant plus s'ils ont déjà fait l'expérience de telles complications. Devant l'incertitude diagnostique inhérente à une profession dont la plupart des diagnostics sont basés sur la clinique, ils ont tendance à prendre une option « de sécurité ». Certains symptômes vont alors plus particulièrement déterminer leur décision de prescrire.

Cette crainte des complications peut aussi être associée à une crainte de conséquences juridiques éventuelles. Il persiste un flou juridique quant à la façon dont seront traitées les plaintes de patients victimes de complications, parfois suite à des traitements prescrits, ou non, selon des recommandations de bonne pratique. Dans cette insécurité, les médecins ont tendance à considérer qu'ils doivent continuer à faire « le plus » pour faire « le mieux ».

Par contre, certains médecins ont l'expérience d'effets secondaires néfastes d'antibiotiques, comme les quinolones, l'amoxicilline-clavulanate, ou le sulfaméthoxazole-triméthoprim, ce qui les a rendus beaucoup plus parcimonieux dans leurs prescriptions.

4.4.4 Le poids des firmes pharmaceutiques

L'influence des délégués pharmaceutiques est souvent citée par les médecins. Ils en admettent un certain effet sur les prescriptions, même si certains pensent qu'ils sont capables de garder leurs distances par rapport à cette influence. Ils identifient les techniques utilisées par ces délégués, qui se basent beaucoup plus sur des aspects relationnels que sur les fondements scientifiques de leur argumentation. Mais d'autres actions et collaborations avec les firmes pharmaceutiques sont citées. Certains médecins se sentent plus en confiance face à une activité proposée ou financée par des firmes que par l'INAMI : ils considèrent qu'ils ont plus de latitude dans l'organisation de leurs activités de formations continues si elles sont soutenues par les firmes que par les décideurs, parce que les conditions demandées leur paraissent plus acceptables. Peut-être s'agit-il aussi de la façon dont les conditions au financement sont présentées et négociées. Il est possible aussi que l'image de l'INAMI en tant que responsable du contrôle, l'empêche d'être considéré comme un partenaire fiable pour la formation

continue. Peu de participants aux groupes semblent considérer que la formation continue puisse se réaliser sans l'aide financière de firmes pharmaceutiques, même si tous souhaitent conserver un maximum d'indépendance par rapport au contenu.

4.4.5 L'importance de la formation et de l'information

Lors de leur cursus universitaire, les médecins ont été peu formés à l'Evidence Based Medicine, aux statistiques et à l'épidémiologie, à l'autoévaluation, à la remise en question d'un avis d'expert, à la santé publique, à la responsabilité collective. Il est possible que depuis quelques années, les universités s'adaptent à ces nouvelles exigences selon des rythmes différents. Notre étude ne permet ni de confirmer ni d'infirmer cette hypothèse, mais nous n'avons pas trouvé de différence suffisamment marquée entre les attitudes et compétences des jeunes médecins et celles de leurs congénères plus âgés. Mais cette observation n'a pas été très fine, les médecins de moins de 5 ans de pratique interrogés ont été peu nombreux, souvent assez isolés dans des groupes de médecins plus âgés et un peu inhibés dans l'expression de leur avis.

Les médecins attachent de l'importance à la formation continue pour l'amélioration de leur pratique. Ils citent essentiellement les formations organisées par les sociétés scientifiques et les universités, les Gloms et Dodécagroupes^c. Ces formations ne semblent pas non plus préparer à l'intégration des nouvelles compétences citées plus haut. Les discours entendus lors de ces formations ne correspondent pas nécessairement aux messages envoyés dans les feedbacks ou les recommandations de bonne pratique.

Des médecins font remarquer la disproportion entre la quantité d'information indépendante et celle des informations reçues directement ou indirectement des firmes pharmaceutiques. Différentes sources d'information indépendante sont citées par les médecins. Mais il semble que la presse médicale (Journal du Médecin, Généraliste) soit aussi beaucoup lue, y compris les articles concernant des thématiques de soins. L'information indépendante est une information qui doit souvent être recherchée et cela prend du temps et de l'énergie. Parfois elle est même payante. La quantité d'information indépendante reçue passivement dans la boîte aux lettres est bien moins importante que celle reçue des firmes. Sans compter le poids du contact direct via la délégation pharmaceutique, qui n'a pas (à l'exception des initiatives entreprises par Farmaka) son pendant indépendant.

4.4.6 Le temps, la taille de la patientèle et l'organisation de la pratique

Le temps de consultation va influencer les explications et argumentations données face à une demande de prescription des patients. Les médecins constatent qu'il est souvent plus rapide de prescrire que d'expliquer. La surcharge de travail, pour des raisons de taille de patientèle, ou lors des périodes hivernales, va avoir pour conséquence une augmentation des prescriptions. Un lien existe aussi entre le fait d'avoir une grosse patientèle et de prescrire plus : il est perçu par les généralistes interrogés et est confirmé par l'observation des données quantitatives. Outre le manque de temps lié à la surcharge de travail, une hypothèse est que les médecins qui ont de grosses patientèles sont aussi des personnalités qui répondent plus facilement aux demandes des patients, et prescriront plus.

La pratique de groupe ou pratique associée sont cités comme facilitateurs potentiels de l'autoévaluation et de la formation, grâce à une plus grande interaction entre collègues et une plus grande facilité à aménager du temps. La pratique financée au forfait est évoquée pour permettre plus facilement de faire revenir les patients à 2 jours d'intervalle, et donc de ne pas leur prescrire d'antibiotique tout de suite. Mais ces hypothèses n'étant pas partagées par tous, notre étude ne permet pas de conclure.

^c Groupes locaux de formation continue organisés pour des médecins volontaires, à l'initiative de la SSMG, avant la création des Gloms

4.4.7 La disponibilité et le mode de délivrance des médicaments

Les médecins rencontrent certaines difficultés pratiques quant à la disponibilité ou au conditionnement des médicaments. Certains médicaments recommandés sont de disponibilité aléatoire en pharmacie, ou sont proposés dans des conditionnements qui ne correspondent pas aux doses préconisées.

De plus, les règles de délivrance ou de remboursement sont parfois vécues comme peu cohérentes avec les messages de bonne pratique ou de précaution envoyés aux médecins.

Messages clés

- Les médecins sont freinés ou encouragés à changer par des facteurs inhérents aux conditions de leur pratique.
- Les patients sont très importants dans la décision de prescrire : ils ont des caractéristiques propres dont les médecins tiennent compte. Ils ont aussi des attentes précises par rapport à la prescription.
- Les collègues spécialistes et généralistes influencent directement ou indirectement le comportement prescripteur de chacun.
- La gestion de l'incertitude est inhérente à la pratique de la médecine générale. Elle peut conduire à une attitude plutôt défensive, par crainte de complications ou de conséquences juridiques.
- Les médecins reconnaissent le poids des firmes pharmaceutiques : toutefois, peu de participants semblent considérer que la formation continue puisse se réaliser sans leur aide financière, même s'ils sont soucieux de l'indépendance de son contenu..
- La formation universitaire et post-universitaire a une grande importance.
- Il y a une disproportion entre les informations indépendantes et les informations des firmes qui parviennent aux généralistes.
- Le manque de temps, la taille de la patientèle et l'organisation de la pratique peuvent jouer un rôle dans la prescription.

5 RECOMMANDATIONS

Pour rappel, cette recherche n'avait pas pour objectif d'apporter une information précise et quantitative de l'effet du feedback sur les prescriptions. Nous ne pouvons donc pas conclure au sujet de cet effet sur le comportement prescripteur, ni sur l'aspect coût-efficacité. Néanmoins, la mise en commun de la recherche de littérature et de l'analyse des focus groupes de médecins généralistes, nous permet d'émettre une série de propositions d'amélioration de l'intervention. Nous proposons à la fois des recommandations assez techniques concernant l'intervention feedback elle-même, et des recommandations plus stratégiques, concernant l'indispensable intégration du feedback dans une programmation plus globale d'activités visant l'objectif final : l'amélioration de la qualité, notamment de la prescription, et tenant compte des différents facteurs qui influencent la réalisation de cet objectif. Toutes ces recommandations sont liées les unes aux autres.

Comme les conclusions, ces recommandations sont inspirées à la fois des focus groupes et de la littérature. Les focus groupes rapportent en effet des facteurs qui sont pour une très grande partie concordants avec la littérature internationale. Les recommandations données ici sont suivies d'un « L » ou d'un « F » en fonction du fait qu'elles s'appuient sur les résultats de la littérature (retrouvés au chapitre 2) ou des focus groupes (chapitre 3).

Une série de ces propositions sont déjà, au moins partiellement, envisagées et mises en place par le CNPQ dans le cadre de l'intervention feedback actuelle, ou par d'autres acteurs. Si elles sont répétées ici, c'est pour insister sur leur intérêt.

5.1 ADAPTER L'INTERVENTION "FEEDBACK"

Actuellement, les deux volets de l'intervention sont à maintenir car ils sont très complémentaires : le document individuel, et le débat en Glem à partir de ce document. Le lien entre le document et le Glem gagnerait à être mieux mis en évidence [F, L]. Ainsi, l'apport complémentaire de la discussion en Glem mériterait d'être davantage mis en avant dans le document. De plus, les animateurs des Glems pourraient être mieux avertis de la planification de l'envoi des feedbacks, pour organiser une discussion rapidement après la réception du document [F].

5.1.1 Document

L'introduction du document, qui décrit les objectifs et les mandataires du feedback, est importante pour les médecins. Il s'agit bien d'expliquer par quels acteurs et selon quelle méthodologie sont réalisées les informations et les recommandations de bonne pratique, ainsi que les graphiques [L, F].

Le feedback pourrait être édité de manière régulière sur les thèmes récurrents [F]. Ainsi, il peut en lui-même servir de « reminder » [L, F]. Il convient toutefois d'être attentifs à ne pas arriver à l'excès inverse : envoyer trop de feedbacks et noyer les médecins sous ces informations, ce qui les rendrait contre-productives [L].

De nouveaux thèmes peuvent être envisagés. Jusqu'à présent, les feedbacks n'ont concerné que des thèmes de prescription médicamenteuse, d'autres aspects de la qualité des soins pourraient être considérés : activités de prévention ou screening (ex : mammoscreening) [F], activités de suivi de pathologies chroniques (ex : prévention chez les diabétiques), prescriptions de procédures diagnostiques, références à d'autres professionnels (kinésithérapie), certificats d'incapacité de travail, etc. Il est toutefois important que les thèmes choisis soient perçus par le groupe-cible comme pertinents pour sa pratique [L].

Les messages devraient être bien distincts des données : une partie comprenant uniquement les informations théoriques, une autre partie comprenant toutes les données individuelles [L, F]. Pour cela, nous suggérons de replacer la figure 1, concernant des données individuelles dans la deuxième partie du document, qui

concerne les données individuelles. Ce qui permettra de faire suivre directement les messages théoriques par la liste des références bibliographiques.

Le lay-out du feed-back est à améliorer [L, F]. Le lay-out global du document est identifié dans la littérature comme ayant une grande importance pour la lecture et la compréhension d'un document. Les focus groupes ont fait remarquer que le feedback n'est pas très attractif et à priori assez rébarbatif, mais apportent très peu de suggestions.

Messages-clé

Il est recommandé de :

- Renforcer le lien entre le document et la discussion en Glem : par sa mise en valeur dans le document, et par une planification de l'envoi des feedbacks qui permette aux responsables de Glems de prévoir une discussion des feedback rapidement après leur réception.
- Encore plus expliciter la façon dont le feedback a été réalisé, et ses objectifs, tant dans le document, que lors du Glem.
- Envisager des feedback sur de nouvelles thématiques.
- Planifier un envoi régulier de feedback, ce qui permet une fonction de « reminder ».
- Présenter le document en deux parties distinctes : les messages de recommandation, et les données individuelles.
- Améliorer le lay-out du document pour le rendre plus attractif et augmenter son impact.

5.1.1.1 Messages d'information et de recommandations

Les messages de recommandations tels que présentés actuellement sont satisfaisants. Mais les lecteurs qui auraient besoin de plus de détails, devraient trouver plus facilement une référence à des recommandations de bonne pratique plus complètes [F].

Autant que possible, il s'agit de donner accès au maximum d'informations afin de permettre aux médecins d'interpréter leurs données [F].

Messages-clé

- Les messages d'information et de recommandations sont appréciés pour leur côté succinct et pratique.
- Les médecins doivent trouver plus facilement la référence vers les recommandations de bonne pratique complètes.
- Il est envisageable d'ajouter dans cette partie du document toutes les informations disponibles et utiles pour l'interprétation des données.

5.1.1.2 Données

Les médecins sont intéressés à la fois par la description de leur patientèle, par la description de leur prescription et par la comparaison avec leurs collègues, spécialement les collègues de leur Glem. La forme actuelle des graphiques ne doit pas trop changer, même si elle est complexe : les médecins s'y familiarisent au fil des documents et des explications reçus [F]. Il ne paraît pas intéressant non plus d'allonger encore les légendes dans l'espoir de les rendre plus clairs. Il s'agit plutôt d'insister encore sur l'importance du Glem pour amener les explications nécessaires [F], et de rechercher en quoi une amélioration du lay-out pourrait en améliorer la lisibilité [F, L].

Les médecins devraient pouvoir observer leur évolution d'un feedback à l'autre [F]. Il est proposé d'ajouter via un graphique ou des éléments complémentaires dans un graphique existant, des informations concernant l'évolution des prescriptions des médecins (individuellement et globalement) par rapport au feedback précédent.

Il sera intéressant de rappeler en regard de chaque graphique, à quel message de recommandation ou d'information il fait référence : cela donne au lecteur un moyen d'interprétation, et rappelle l'importance des recommandations [F].

La technique de benchmarking pourrait être envisagée¹ [L] si elle est pertinente pour certaines thématiques (ex : mammoscreening): il s'agit dans ce cas de proposer une référence « evidence based » à atteindre. Cela suppose que la comparaison à cette référence ou benchmark, prenne en compte les caractéristiques et facteurs à considérer dans une démarche de qualité en soins de première ligne.

Il est positif que les patientèles soient standardisées pour certaines caractéristiques disponibles.

Le tableau I, en fin de document, décrivant plus en détail les volumes et les coûts des prescriptions par classe, est intéressant mais contient trop d'informations à la fois. Il gagnerait en efficacité s'il était découpé en plusieurs graphiques [F].

Une information concernant les coûts de la prescription est intéressante, mais par souci de cohérence avec l'objectif énoncé du feedback, et d'acceptabilité de l'intervention, il serait plus prudent de proposer cette information séparément des autres informations [F, L].

Pour les antibiotiques, toutes les classes devraient être analysées, (y compris par exemple les tétracyclines ou céphalosporines): la prescription de ces classes d'antibiotiques peut avoir pour effet que la proportion d'amoxicilline-clavulanate soit satisfaisante, alors que la pratique du médecin concerné n'est pas conforme aux critères de qualité actuels en matière de prescription d'antibiotiques. Cette proposition vaut aussi pour des messages de recommandation, qui doivent également concerner l'utilisation de ces antibiotiques [F].

Les feedback devraient paraître avec les données les plus récentes, afin que l'information reçue reflète le plus possible la pratique en temps réel [F, L].

Messages-clé

Il est recommandé de :

- **Faire référence en bas de chaque graphique, aux messages de recommandation correspondants.**
- **Maintenir la plupart des graphiques tels quels : les médecins commencent à bien les connaître.**
- **Montrer l'évolution des prescriptions d'un feedback à l'autre, sur base individuelle et au niveau de l'ensemble des professionnels.**
- **Diviser le tableau de fin de document en plusieurs tableaux ou graphiques.**
- **Maintenir l'information sur les coûts, mais la séparer des autres informations.**
- **Analyser toutes les classes médicamenteuses concernées par la thématique.**
- **Elaborer les feedback au moyen des données les plus récentes.**

5.1.2 Glem

La participation à la discussion en Glem concernant le feedback doit être stimulée. Les incitants déjà mis en place comme l'augmentation des points d'accréditation ou la rémunération du Glem, sont bien acceptés. A l'inverse de la discussion imposée, ils diminuent le risque de résistance à l'intervention [F].

La formation de l'animateur est très importante. Les connaissances et compétences souhaitées sont grandes : apporter les informations nécessaires concernant les messages de recommandation et la lecture des graphiques, diriger et canaliser le débat, apporter les arguments nécessaires pour nourrir la discussion, aider à développer les aptitudes des participants à interpréter les données reçues avec esprit critique. L'animateur peut notamment répéter les informations sur les objectifs et le contexte global de l'intervention, et des notions théoriques concernant les principes de l'EBM. Son influence sera facilitée s'il peut lui-même être un « opinion-leader » dans son Glem [F]. Pour toutes ces raisons, il reste nécessaire de stimuler la participation des animateurs à la formation. En effet, de nombreux animateurs n'ont pas suivi cette formation avant d'organiser la discussion dans leur Glem¹⁰⁰. De même, il convient de mieux standardiser le contenu des formations en Glem, même si différents modes d'approche sont envisageables pour s'adapter à la diversité des Glems [F].

Messages-clé

- Il est souhaitable de maintenir les incitants actuels à la discussion en Glem.
- La formation de l'animateur est fondamentale : elle doit lui permettre d'expliquer les messages et les graphiques du document, de nourrir et diriger le débat, d'apporter les arguments face aux réticences de ses collègues.
- Les animateurs seront encouragés à suivre cette formation.
- Le contenu minimum des animations en Glem doit être standardisé, tout en préservant une approche adaptée à la spécificité de chaque Glem.

5.1.3 Propositions complémentaires concernant l'intervention feedback

Les moyens pour mettre en place une interaction avec les médecins seront recherchés, afin de leur permettre de s'approprier l'intervention et de s'en sentir partie prenante. Les médecins devraient continuer à avoir la possibilité de faire connaître leur évaluation du feedback, mais également des remarques concernant les éléments de recommandations de bonne pratique éventuellement difficiles à appliquer (exemple : la prescription d'antibiotiques peu ou pas accessibles dans les officines belges) [F]. Il leur est déjà possible de réagir, via les questionnaires et une adresse e-mail. Une condition au maintien de cette possibilité est d'en étudier la faisabilité. Quels moyens faut-il mettre en œuvre pour traiter et prendre en compte les réactions des médecins via ces canaux ? Faut-il envisager une liste de « Frequent Asked Questions » qui serait complétée au fil des remarques envoyées ? Les réactions pourraient également être canalisées via les Glems, lieu de rassemblement des remarques des médecins, pour une transmission collective. La transmission de certaines remarques spécifiques vers les acteurs ou institutions concernées devrait aussi être prévue.

Il serait utile d'évaluer l'apport d'autres outils de support et d'autoformation par la voie informatique comme une présentation interactive ou des modules actifs d'apprentissage de la lecture et de l'interprétation du feedback par Internet. Les outils de ce type n'ont pas fait dans ce rapport l'objet d'une recherche de littérature. En outre, des feedbacks plus fréquents pourraient être mis plus souvent à disposition par voie informatique [F]. Mais le document papier et la discussion en Glem doivent persister, parce que beaucoup de généralistes ne sont pas encore suffisamment familiarisés avec l'outil informatique [F], et que l'accès à Internet demande une démarche volontariste de la part des médecins.

Messages-clé

Il serait utile d'étudier :

- les moyens de continuer à répondre aux réactions des médecins afin si ces moyens existent d'accroître la visibilité de cette possibilité
- des moyens complémentaires d'auto-formation à la lecture et à l'interprétation du document (notamment par voie informatique).
- un dispositif de mise à disposition de feedback par voie informatique.

5.2 DEVELOPPER LA VISIBILITE DES SERVICES RESPONSABLES

Les médecins doivent pouvoir mieux identifier leurs interlocuteurs et les objectifs de ceux-ci. Il est important de bien clarifier les rôles et les missions des institutions différentes.

- Le CNPQ gagnerait à être plus visible et mieux connu pour ses mandats, dont la promotion de la qualité des soins. Il a besoin d'une identité propre, identifiée par les médecins, et d'une légitimité [L].
- D'autres services de l'Inami, comme le Service d'Evaluation et de Contrôle Médical, doivent être bien différenciés. Que les médecins identifient bien de quel service provient chaque intervention.

Des techniques de marketing pourraient être utilisées : un logo, une enveloppe spécifique [F]. Une campagne d'information pourrait être réalisée pour faire connaître le CNPQ et ses missions spécifiques.

Les mandats des diverses associations partenaires, comme les mutuelles ou les sociétés scientifiques, dans l'élaboration et la réalisation des interventions, sont aussi clairement à énoncer. Et il est très important que les praticiens concernés continuent à être intégrés dès la conception de toute intervention [L].

5.3 CLARIFIER LES OBJECTIFS DES INTERVENTIONS

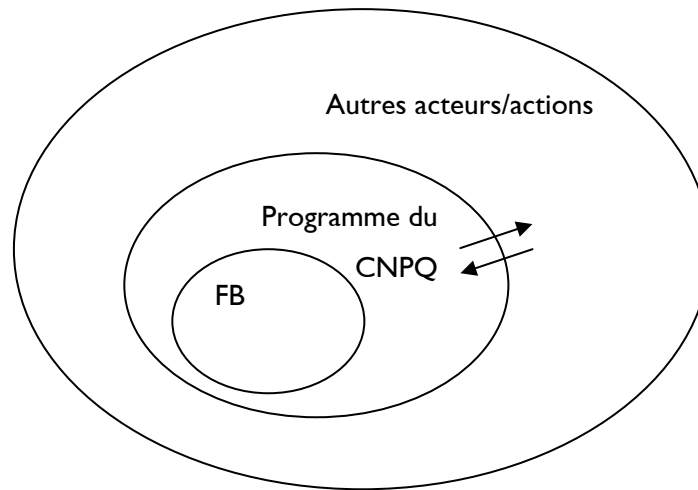
Les objectifs de toute intervention doivent être sans équivoque pour le groupe cible [L], et en cohérence avec les objectifs annoncés de l'institution qui génère cette intervention.

Pour le feedback, les professionnels doivent être convaincus qu'il s'agit bien d'un outil de conscientisation et de soutien à la qualité, et pas d'un outil de contrôle [F].

Il ne suffira pas d'affirmer des objectifs. Chaque nouvelle intervention doit être élaborée en fonction des objectifs précités. Les professionnels seront sensibles au fait que toutes les actions entreprises, et la façon dont elles sont réalisées, leur semblent effectivement en cohérence avec les objectifs annoncés. Si de nouvelles actions sont prévues qui ont des objectifs particuliers, ces nouveaux objectifs doivent être bien explicités [F].

5.4 PLANIFIER UN PROGRAMME GLOBAL POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Le feedback n'est pas à considérer isolément : son effet dépendra d'autres co-facteurs incitatifs ou décourageants. Il s'agit de l'inscrire dans un programme plus global d'actions pour soutenir un processus de changement⁵ [L]. L'expérience positive des différentes actions simultanées réalisées dans le cadre de la thématique de la prescription des antibiotiques encourage à poursuivre plus avant dans cette voie [F].



Un programme d'action visant à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins devrait s'adresser à différents groupes cibles : les généralistes, les spécialistes, les patients, et d'autres encore le cas échéant. Il devrait inclure au moins :

- des guidelines et leur dissémination [L],
- des formations [L,F],
- des campagnes médiatiques adressées aux médecins et aux patients [L,F],
- et ensuite des feedbacks.

D'autres actions peuvent encore être envisagées, en lien les unes avec les autres. Certains ont été évoqués par des participants aux focus groupes [F]: augmenter l'accessibilité d'informations indépendantes, soutenir la formation continue de façon à ce qu'elle aille dans un sens cohérent avec les messages de recommandation, sensibiliser et former à l'« evidence based medicine», augmenter les possibilités d'auto-formation par internet, utiliser des informateurs scientifiques indépendants, diffuser et proposer des formations aux outils d'autoévaluation de la pratique, informer sur les coûts des prescriptions, fournir des brochures pour accompagner le dialogue avec le patient, etc.

Ces groupes cibles et interventions appartiennent parfois aux missions d'institutions ou services différents. Il est indispensable que les messages envoyés par divers acteurs ou niveaux de pouvoir restent cohérents entre eux. [F,L]

Une réelle coordination doit donc être organisée entre les différentes institutions qui pourraient être concernées de près ou de loin dans leurs actions, pour assurer la cohérence dans les messages envoyés aux groupes cibles [F]. La mise en place de diverses actions visant à la diminution de la consommation d'antibiotiques, qui ont pu bénéficier d'une synergie, est un exemple de l'intérêt d'une bonne collaboration [F].

Le CNPQ pourrait être un des lieux où amorcer cette concertation avec d'autres acteurs responsables. Quelques exemples de concertation utile seraient :

- avec le service d'évaluation et de contrôle médical pour négocier que les actions de contrôle éventuelles soient planifiées de façon à entrer en scène après que les médecins aient pu être suffisamment sensibilisés par d'autres actions comme le feedback, et aient eu le temps de changer leur comportement.
- avec les services responsables de campagnes médiatiques grand public,
- avec les acteurs responsables de la formation continue, ou de l'élaboration des recommandations de bonne pratique,
- avec les universités et écoles à propos de la formation de base des professionnels de santé,
- ou avec les instances responsables du remboursement et de la délivrance des médicaments pour que les réglementations édictées soient cohérentes avec les messages envoyés aux prescripteurs, ou afin de prendre en compte les contraintes rencontrées et rapportées par ceux-ci. (exemple : la délivrance libre d'anti-inflammatoires non stéroïdiens n'est pas cohérente avec les messages de prudence envoyés aux médecins concernant la prescription de ces substances [F].)

Idéalement, les diverses actions et acteurs devraient être inclus dans une programmation globale, à l'échelle de la politique nationale de santé, visant l'amélioration des soins de santé⁵.

5.5 DÉVELOPPER UN PLAN D' ACTIONS

Un plan d'intervention est à élaborer à partir des objectifs prédéfinis. Une planification permet de mettre en synergie différentes actions qui visent différents facteurs influençant le changement attendu¹ [L]. Des objectifs de ce type doivent s'inscrire dans le temps. Il est important de considérer, lors de l'élaboration comme de l'évaluation, les étapes intermédiaires qui peuvent être influencées plus rapidement.

Un tel plan peut suivre les étapes développées ci-dessous :^{101, 102, 5, 103}

- Formuler un objectif, c'est-à-dire un changement concret attendu dans la pratique.
- Analyser le groupe-cible et le contexte : identifier les obstacles et les facteurs favorisant ce changement attendu. Pour l'analyse du groupe cible et des facteurs influents, il peut être tenu compte de cadres théoriques qui modélisent les facteurs qui influencent les comportements, et les étapes d'un changement de comportement (par exemple : orientation, prise de conscience, acceptation, changement, consolidation⁵).
- Développer et sélectionner des stratégies pour stimuler toutes les étapes du changement, et cibler divers facteurs influençant ce changement. Il conviendra de choisir ces stratégies en fonction à la fois des objectifs, des facteurs identifiés et des données probantes concernant leur impact, leur rapport coût-efficacité¹⁰³ et les contraintes de réalisation du plan : conditions budgétaires, de ressources et de compétences présentes ou à développer.
- Décrire les étapes de chacune des stratégies choisies : les activités, les tâches des différents acteurs, une ligne du temps. Puis les réaliser.
- Évaluer la réalisation des stratégies, leurs effets en fonction de l'objectif attendu et leur rapport coût-efficacité, sur base d'indicateurs prédéfinis. Les décisions concernant la poursuite et l'adaptation de l'intervention seront prises en fonction de cette évaluation.

Le choix des stratégies devra varier en fonction de l'objectif et des facteurs identifiés. Par exemple, nous avons pu identifier qu'un feedback sera mieux reçu par les médecins s'il touche à une thématique qui par ailleurs est déjà répandue et fait déjà l'objet d'une conscientisation dans la profession [F,L]. D'autres sujets, plus difficiles à aborder, vont nécessiter une approche plus prudente, des actions adaptées, des délais différents et la coordination de différentes actions.

Messages-clé

Il est recommandé de:

- Considérer le feedback comme un outil agissant sur des déterminants importants du changement de comportement. Cet impact peut se ressentir à plus long terme sur la prescription mais aussi sur d'autres aspects de la pratique médicale.
- Améliorer la visibilité du CNPQ et de ses missions, et les différencier de celles d'autres services ou institutions, notamment responsables de contrôle.
- Continuer à prévoir la participation de praticiens, d'associations ou personnes reconnues par la profession.
- Mettre davantage en évidence l'objectif de soutien à la promotion de la qualité ; celui-ci contient intrinsèquement un objectif d'efficience. Veiller à ce que chaque action paraisse aux praticiens en cohérence avec les objectifs annoncés.
- Inscrire le feedback dans un programme plus global d'actions qui visent les différents facteurs favorisant ou freinant le changement souhaité, et s'intéressent aux différents groupes cibles simultanément.
- Permettre autant que possible une concertation avec d'autres acteurs pour coordonner les actions mises en place et envisager des objectifs communs.
- Inscrire le feedback dans un plan d'interventions : à partir d'objectifs prédéfinis, analyser les groupes-cibles et les facteurs qui influencent la réalisation de l'objectif, choisir des stratégies en fonction de ces facteurs, les organiser et les réaliser, et prévoir une évaluation pour une adaptation du plan.
- Adapter la planification et le choix des stratégies en fonction des conditions de faisabilité et d'acceptabilité propres à chaque thématique.

5.6

AUTRES RECHERCHES

Suite aux résultats de nos investigations, quelques suggestions peuvent être faites pour des recherches ultérieures :

Il est nécessaire de connaître mieux les activités effectivement réalisées dans les Glems. En effet, les activités et la façon dont elles sont organisées varient entre les Glems [F]. Des actions pertinentes de soutien à la qualité de ces rencontres entre pairs pourraient être développées.

On peut également envisager de stimuler l'utilisation du dossier médical informatisé et le recueil de données de santé. Ce logiciel devrait contenir des outils d'aide à la décision, des 'reminders' informatiques, un logiciel « statistique » facile d'usage pour les données de prescription, un échéancier (utile pour la prévention ou le suivi des patients chroniques).

Il peut être utile de rechercher des modes d'organisation et de financement de la pratique de médecine générale qui puissent faciliter la réalisation des missions spécifiques à la médecine générale [L,F]. Certains médecins évoquent également l'aménagement de temps dans la pratique pour la formation et la lecture des recommandations [L,F].

Il peut être envisagé d'enregistrer au niveau des officines la délivrance des médicaments non remboursés, voire même des médicaments en vente libre, de la même manière que les médicaments remboursés. En effet, cela permettrait de cibler des thématiques

spécifiques peu abordables aujourd'hui, par manque de données concernant les médicaments non remboursés. (exemple : le traitement de la dépression ou de l'anxiété (délivrance des benzodiazépines n'est pas évaluable), ou l'usage d'anti-inflammatoires non stéroïdiens).

Enfin, les firmes pharmaceutiques sont un acteur important dans le contexte de travail des médecins [L,F]. Il convient de rechercher des moyens d'agir sur cette influence de l'industrie sur la prescription des médecins. Des exemples de moyens d'actions seraient notamment de stimuler les capacités d'analyse critique des médecins et de veiller à ce que les messages des firmes ne soient pas en contradiction avec les recommandations de bonne pratique.

Messages-clé

Des recherches complémentaires peuvent être envisagées, pour :

- **Encourager une utilisation performante du Dossier Médical Informatisé : module statistique pour l'auto-évaluation, aide à la décision, reminders, etc.**
- **Mieux connaître les activités effectives des Glems, pour prévoir des actions de soutien à la qualité de ces réunions.**
- **Explorer les modes d'organisation et de financement qui puissent favoriser la qualité de la pratique médicale.**
- **Envisager l'enregistrement de médications non remboursées, pour permettre l'évaluation de la qualité des prescriptions (dans des thématiques non abordables aujourd'hui).**
- **Rechercher des moyens d'atténuer l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les prescriptions des médecins. Notamment en stimulant les capacités d'analyse critique des médecins et des consommateurs vis-à-vis des messages qu'ils reçoivent.**

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Van Linden A, Heymans I, Mambourg F, Leys M, m.m.v. De Prins L, Dieleman P, et al. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel I. Report. KCE reports 9 A. (D/2005/10.273/01) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2005 Avril. Available from: <http://www.kenniscentrum.fgov.be/documents/D20051027301.pdf>
2. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *Journal of the American Medical Association*. 1999;282(15):1458-65.
3. Cabana MD, Kim C. Physician adherence to preventive cardiology guidelines for women. *Womens Health Issues*. 2003;13(4):142-9.
4. Cabana MD, Flores G. The role of clinical practice guidelines in enhancing quality and reducing racial/ethnic disparities in paediatrics. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2002;3(1):52-8.
5. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. ELSEVIER Gezondheidszorg; 2001.
6. Dowswell G, Harrison S, Wright J. Clinical guidelines: attitudes, information processes and culture in English primary care. *International Journal of Health Planning & Management*. 2001;16(2):107-24.
7. Tracy CS, Dantas GC, Upshur RE. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Family Practice*. 2003;4(1):6.
8. Powell-Cope GM, Luther S, Neugaard B, Vara J, Nelson A. Provider-perceived barriers and facilitators for ischaemic heart disease (IHD) guideline adherence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2004;10(2):227-39.
9. Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. see comment. *Family Practice*. 2001;18(4):359-63.
10. Swinglehurst DA, Pierce M. Questioning in general practice--a tool for change. *British Journal of General Practice*. 2000;50(458):747-50.
11. Cabana MD, Rand CS, Becher OJ, Rubin HR. Reasons for pediatrician nonadherence to asthma guidelines. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2001;155(9):1057-62.
12. McNeil BJ. Shattuck Lecture--Hidden barriers to improvement in the quality of care. *New England Journal of Medicine*. 2001;345(22):1612-20.
13. Kasje WN, Denig P, De Graeff PA, Haaijer-Ruskamp FM. Physicians' views on joint treatment guidelines for primary and secondary care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2004;16(3):229-36.
14. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. Review 18 refs. *Medical Journal of Australia*. 2004;180(6 Suppl):S57-60.
15. Bergman DA. Evidence-based guidelines and critical pathways for quality improvement. *Pediatrics*. 1999;103(1 Suppl E):225-32.

16. van Steenkiste B, van der Weijden T, Stoffers HE, Grol R. Barriers to implementing cardiovascular risk tables in routine general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2004;22(1):32-7.
17. Mazza D, Russell SJ. Are GPs using clinical practice guidelines? *Australian Family Physician*. 2001;30(8):817-21.
18. Denoeud L, Mazieres B, Payen-Champenois C, Ravaud P. First line treatment of knee osteoarthritis in outpatients in France: adherence to the EULAR 2000 recommendations and factors influencing adherence. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005;64(1):70-4.
19. Butzlaff M, Vollmar HC, Floer B, Konecny N, Isfort J, Lange S. Learning with computerized guidelines in general practice?: A randomized controlled trial. *Family Practice*. 2004;21(2):183-8.
20. Hannes K LM, Aertgeerts B, Vermeire E, Buntinx F, Depoorter AM. Implementatie van Evidence-Based Medicine in de Vlaamse Huisartsenpraktijk: kwalitatief onderzoek op basis van focusgroepen. *Huisarts Nu*. 2004;33(5):249-52.
21. Verhoeven AA, Schuling J. Effect of an evidence-based answering service on GPs and their patients: a pilot study. *Health Information & Libraries Journal*. 2004;2:27-35.
22. N. H. S. Centre for Reviews Dissemination. Getting evidence into practice (Provisional record). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness*. 2004;2:2.
23. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. see comment . Review 103 refs. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-30.
24. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *British Medical Journal*. 2001;323(7321):1100-2.
25. Goodyear-Smith F, Whitehorn M, McCormick R. General practitioners' perceptions of continuing medical education's role in changing behaviour. *Education for Health*. 2003;16(3):328-38.
26. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2003;3(1):8.
27. Short D, Frischer M, Bashford J, Ashcroft D. Why are eligible patients not prescribed aspirin in primary care? A qualitative study indicating measures for improvement. *BMC Family Practice*. 2003;4(1):9.
28. Partridge MR. Translating research into practice: how are guidelines implemented? *European Respiratory Journal Supplement*. 2003;39.
29. Jones PW. Applying evidence and theory to guide clinical decision making--implications for asthma management. Review 23 refs. *Respiratory Medicine*. 2002;96(8):567-71.
30. Majumdar SR, McAlister FA, Furberg CD. From knowledge to practice in chronic cardiovascular disease: a long and winding road. *Journal of the American College of Cardiology*. 2004;43(10):1738-42.
31. Burgers JS, Grol RP, Zaat JO, Spies TH, van der Bij AK, Mokkink HG. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *British Journal of General Practice*. 2003;53(486):15-9.
32. Grol R, Jones R. Twenty years of implementation research. *Family Practice*. 2000;17 Suppl 1:S32-5.

33. Young JM, Ward JE. Evidence-based medicine in general practice: beliefs and barriers among Australian GPs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2001;7(2):201-10.
34. Askew DA, Clavarino AM, Glasziou PP, Del Mar CB. General practice research: attitudes and involvement of Queensland general practitioners. see comment. *Medical Journal of Australia*. 2002;177(2):74-7.
35. Formoso G, Liberati A, Magrini N. Practice guidelines: useful and "participative" method? Survey of Italian physicians by professional setting. *Archives of Internal Medicine*. 2001;161(16):2037-42.
36. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care*. 2001;39(8 Suppl 2):1146-54.
37. Wilson E, Nasrin D, Banwell C, Broom D, Douglas RM. Realities of practice. Engaging parents and GPs in developing clinical practice guidelines. *Australian Family Physician*. 2000;29(5):498-503.
38. Putnam W, Twohig PL, Burge FI, Jackson LA, Cox JL. A qualitative study of evidence in primary care: what the practitioners are saying. *Canadian Medical Association Journal*. 2002;166(12):1525-30.
39. Ford S, Schofield T, Hope T. Barriers to the evidence-based patient choice (EBPC) consultation. *Patient Education & Counseling*. 2002;47(2):179-85.
40. Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. see comment. *Family Practice*. 2002;19(6):596-604.
41. Gross PA, Greenfield S, Cretin S, Ferguson J, Grimshaw J, Grol R, et al. Optimal methods for guideline implementation: conclusions from Leeds Castle meeting. *Medical Care*. 2001;39(8 Suppl 2):1185-92.
42. Horne R, Coombes I, Davies G, Hankins M, Vincent R. Barriers to optimum management of heart failure by general practitioners. erratum appears in *Br J Gen Pract* 1999 Jun;49(443):489. *British Journal of General Practice*. 1999;49(442):353-7.
43. Brown JB, Harris SB, Webster-Bogaert S, Wetmore S, Faulds C, Stewart M. The role of patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. see comment. *Family Practice*. 2002;19(4):344-9.
44. O'Donnell CA. Attitudes and knowledge of primary care professionals towards evidence-based practice: a postal survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2004;10(2):197-205.
45. Baker R, Reddish S, Robertson N, Hearnshaw H, Jones B. Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. see comment. *British Journal of General Practice*. 2001;51(470):737-41.
46. Cranney M, Barton S, Walley T. Addressing barriers to change: an RCT of practice-based education to improve the management of hypertension in the elderly. *British Journal of General Practice*. 1999;49(444):522-6.
47. Chasuk RM, Brantley PJ, Martin PD. Knowledge and attitudes of family physicians about clinical practice guidelines and the care of patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the Louisiana State Medical Society*. 2001;153(1):31-44.
48. Powell CV. How to implement change in clinical practice. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2003;4(4):340-6.

49. Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs- the importance of who says what. *Family Practice*. 2003;20(1):61-8.
50. Tracy CS, Dantas GC, Moineddin R, Upshur RE. The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. *BMC Family Practice*. 2003;4(1):13.
51. Arnold, Sr., Straus S, Arnold S. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(4):CD003539.
52. Stewart RE, Vroegop S, Kamps GB, van der Werf GT, Meyboom-de Jong B. Factors influencing adherence to guidelines in general practice. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2003;19(3):546-54.
53. Damoiseaux RA, de Melker RA, Ausems MJ, van Balen FA. Reasons for non-guideline-based antibiotic prescriptions for acute otitis media in The Netherlands. *Family Practice*. 1999;16(1):50-3.
54. Hickling JA, Nazareth I, Rogers S. The barriers to effective management of heart failure in general practice. *British Journal of General Practice*. 2001;51(469):615-8.
55. Watkins C, Harvey I, Carthy P, Moore L, Robinson E, Brawn R. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. *Quality and Safety in Health Care*. 2003(12):29-34.
56. Jones MI, Greenfield SM, Bradley CP. Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners. *British Medical Journal*. 2001;323(7309):378-81.
57. Yarzebski J, Bujor CF, Goldberg RJ, Spencer F, Lessard D, Gore JM. A community-wide survey of physician practices and attitudes toward cholesterol management in patients with recent acute myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*. 2002;162(7):797-804.
58. Deplanque D, Leys D, Parnetti L, Schmidt R, Ferro J, De Reuck J, et al. Stroke prevention and atrial fibrillation: reasons leading to an inappropriate management. Main results of the SAFE II study. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2004;57(6):798-806.
59. Henriksen K, Hansen EH. The threatened self: general practitioners' self-perception in relation to prescribing medicine. *Social Science & Medicine*. 2004;59(1):47-55.
60. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. see comment . Review 90 refs. *Annals of Internal Medicine*. 2001;135(9):825-34.
61. Avorn J, Solomon DH. Cultural and economic factors that (mis)shape antibiotic use: the nonpharmacologic basis of therapeutics. *Annals of Internal Medicine*. 2000;133(2):128-35.
62. Lipman T, Murtagh MJ, Thomson R. How research-conscious GPs make decisions about anticoagulation in patients with atrial fibrillation: a qualitative study. *Family Practice*. 2004;21(3):290-8.
63. Jaye C, Tilyard M. A qualitative comparative investigation of variation in general practitioners' prescribing patterns. *British Journal of General Practice*. 2002;52(478):381-6.
64. Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, Krogstad P, Brook RH. The relationship between perceived parental expectations and pediatrician antimicrobial prescribing behavior. *Pediatrics*. 1999;103(4 Pt 1):711-8.

65. Helin-Salmivaara A, Huupponen R, Klaukka T, Hoppu K, Steering Group of the Rp. Focusing on changing clinical practice to enhance rational prescribing--collaboration and networking enable comprehensive approaches. *Health Policy*. 2003;66(1):1-10.
66. Coenen S, Van Royen P, Vermeire E, Hermann I, Denekens J. Antibiotics for coughing in general practice: a qualitative decision analysis. *Family Practice*. 2000;17(5):380-5.
67. Van Driel M, Provoost S, Van Paepegem T, De Meyere M. Op wetenschappelijke evidentie gebaseerde zorg: van theorie naar praktijk: een tweevoudige strategie. Academia Press; 2003.
68. Kozyrskyj AL, Dahl ME, Chateau DG, Mazowita GB, Klassen TP, Law BJ. Evidence-based prescribing of antibiotics for children: role of socioeconomic status and physician characteristics. *Canadian Medical Association Journal*. 2004;171(2):139-45.
69. Mazzaglia G, Caputi AP, Rossi A, Bettoncelli G, Stefanini G, Ventriglia G, et al. Exploring patient- and doctor-related variables associated with antibiotic prescribing for respiratory infections in primary care. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2003;59(8-9):651-7.
70. Stocks NP, Fahey T. The treatment of acute bronchitis by general practitioners in the UK. Results of a cross sectional postal survey. *Australian Family Physician*. 2002;31(7):676-9.
71. Arroll B, Goodyear-Smith F. General practitioner management of upper respiratory tract infections: when are antibiotics prescribed? *New Zealand Medical Journal*. 2000;113(1122):493-6.
72. Flottorp S, Oxman AD. Identifying barriers and tailoring interventions to improve the management of urinary tract infections and sore throat: a pragmatic study using qualitative methods. *BMC Health Services Research*. 2003;3(1):3.
73. Green ML, Ruff TR. Why do residents fail to answer their clinical questions? A qualitative study of barriers to practicing evidence-based medicine. *Academic Medicine*. 2005;80(2):176-82.
74. Lam TP, Lam KF. Management of upper respiratory tract infection by family doctors. *International Journal of Clinical Practice*. 2001;55(6):358-60.
75. Lam TP, Lam KF. Why do family doctors prescribe antibiotics for upper respiratory tract infection? *International Journal of Clinical Practice*. 2003;57(3):167-9.
76. Paluck E, Katzenstein D, Frankish CJ, Herbert CP, Milner R, Speert D, et al. Prescribing practices and attitudes toward giving children antibiotics. *Canadian Family Physician*. 2001;47:521-7.
77. Coco A, Mainous AG. Relation of time spent in an encounter with the use of antibiotics in pediatric office visits for viral respiratory infections. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(12):1145-9.
78. Fretheim A, Oxman AD, Flottorp S. Improving prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs: a method for identifying and addressing barriers to change. *BMC Health Services Research*. 2004;4(1):23.
79. Rosal MC, Ockene JK, Luckmann R, Zapka J, Goins KV, Saperia G, et al. Coronary heart disease multiple risk factor reduction. Providers' perspectives. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004;27(2 Suppl):54-60.
80. Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, L'Italien GJ, Berlowitz DR, Asch SM. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. see comment. *Archives of Internal Medicine*. 2002;162(4):413-20.

81. Daniels A, Biesma R, Otten J, Levitt NS, Steyn K, Martell R, et al. Ambivalence of primary health care professionals towards the South African guidelines for hypertension and diabetes. *South African Medical Journal*. 2000;Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde. 90(12):1206-11.
82. Kedward J, Dakin L. A qualitative study of barriers to the use of statins and the implementation of coronary heart disease prevention in primary care. see comment. *British Journal of General Practice*. 2003;53(494):684-9.
83. Messinger-Rapport BJ. Evidence-based medicine: is it relevant to long-term care?. Review 13 refs. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2004;5(5):328-32.
84. Pittrow D, Kirch W, Bramlage P, Lehnert H, Hofler M, Unger T, et al. Patterns of antihypertensive drug utilization in primary care. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2004;60(2):135-42.
85. Steinman MA, Fischer MA, Shlipak MG, Bosworth HB, Oddone EZ, Hoffman BB, et al. Clinician awareness of adherence to hypertension guidelines. *American Journal of Medicine*. 2004;117(10):747-54.
86. Veninga CC, Denig P, Pont LG, Haaijer-Ruskamp FM. Comparison of indicators assessing the quality of drug prescribing for asthma. *Health Services Research*. 2001;36(1 Pt 1):143-61.
87. Veninga CC, Denig P, Zwaagstra R, Haaijer-Ruskamp FM. Improving drug treatment in general practice. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000;53(7):762-72.
88. Summerskill WS, Pope C. 'I saw the panic rise in her eyes, and evidence-based medicine went out of the door.' An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease. *Family Practice*. 2002;19(6):605-10.
89. Bonelli J, Felsenstein K, Prat EH, Schwarz M. Medical care for individual patients: concepts beyond evidence-based medicine. *International Journal of Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2004;42(12):680-9.
90. Schroder-Bernhardi D, Dietlein G. Lipid-lowering therapy: do hospitals influence the prescribing behavior of general practitioners? *International Journal of Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2002;40(7):317-21.
91. Nelson MR, Reid CM, Krum H, McNeil JJ. Factors influencing family physician adherence to hypertension treatment guideline recommendations on the initiation of pharmacotherapy: questionnaire survey. *American Journal of Cardiovascular Drugs*. 2003;3(6):437-41.
92. Volpe M, Machado E. Treatment priorities and current prescribing patterns in hypertension: results of GRASP, an international physician survey. *Current Medical Research & Opinion*. 2004;20(7):1151-60.
93. O'Connell DL, Henry D, Tomlins R. Randomised controlled trial of effect of feedback on general practitioners' prescribing in Australia. *British Medical Journal*. 1999;318(7182):507-11.
94. Sondergaard J, Andersen M, Kragstrup J, Hansen P, Freng Gram L. Why has postal prescriber feedback no substantial impact on general practitioners' prescribing practice? A qualitative study. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2002;58(2):133-6.
95. Johnston G, Crombie IK, Davies HT, Alder EM, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Review 90 refs. *Quality in Health Care*. 2000;9(1):23-36.

96. Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(3):CD005470.
97. McKenna HP, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;45(2):178-89.
98. Khunti K. Use of multiple methods to determine factors affecting quality of care of patients with diabetes. *Family Practice*. 1999;16(5):489-94.
99. Rossi P, Freeman H, Lipsey M. *Evaluation: a systematic approach*. 7 Ed. ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2003.
100. Service des soins de santé - Cellule d'information INAMI. Comportement prescripteur: antibiotiques et antihypertenseurs. Rapport de recherche. (D/2005/0401/1) Bruxelles: INAMI; 2005 Avril. Available from: <http://www.inami.be/care/fr/doctors/promotion-quality/antibiotiques-antihypertenseurs/pdf/doc-fr.pdf>
101. Grol R, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1999;25(10):503-13.
102. Swanborn P. *Evalueren*. 2002 ed. Boom, editor. Amsterdam; 1999.
103. Grimshaw J, Eccles M, Walker A. Changing Physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2002;22:237-43.

APPENDICES

ANNEX TO CHAPTER I : FEEDBACK DOCUMENT

EN FRANCAIS :

http://www.inami.be/care/fr/doctors/promotion-quality/feedback-antibiotics/pdf/AB_2003_anoniem_F_23112004_def.pdf

IN HET NEDERLANDS :

http://www.inami.fgov.be/care/nl/doctors/promotion-quality/feedback-antibiotics/pdf/AB_2003_anoniem_N_07122004.pdf

ANNEX TO CHAPTER 2 : ZOEKSTRATEGIE VAN LITERATUURONDERZOEK

ZOEKTERMEN EN OPSTELLEN VAN ALGORITME

Voor elke zoekterm wordt gezocht naar synoniemen. Deze worden dan gecombineerd in een algoritme.

Family practice

- General practice / General practitioner? → general practi\$
- Generalist?
- Primary healthcare
- Primary care
- Primary care physician?
- Family physician?
- Family doctor?
- Combinatie van: outpatient / out-patient en care / healthcare / health care / health service?
- Family practi\$ (Mesh)
- Primary health care (Mesh)
- Ambulatory care (Mesh)
- Physicians, family (Mesh)

→ Algoritme voor die zoektermen :

Alle woorden (als vrije tekstwoorden, niet als Mesh): OR

Prescription

- Prescri\$
- Prescriptions, drug (Mesh)

→ Algoritme voor die zoektermen :

prescri\$

EBM, guidelines

- evidence based medicine
- recommendation?
- evidence uptake
- information distribution
- institutional adherence
- policy compliance
- Evidence-based medicine (Mesh)
- Guidelines (Mesh) [opgelet met guideline als "Publication Type"]
- Practice guidelines (Mesh)

- Information dissemination (Mesh)
- Diffusion of innovation (Mesh)
- Health plan implementation (Mesh)
- Health planning guidelines (Mesh)
- Guideline adherence (Mesh)
- [Consensus (Mesh)]
- [Consensus development conferences (Mesh)]

→ **Algoritme voor die zoektermen :**

Evidence based medicine OR guideline adherence

Barriers en facilitators

- barrier?
- obstacle?
- facilitat\$
- supplementair: factor?

→ **Algoritme voor die zoektermen:**

alle woorden: OR

(zonder en met “factor?”)

Changing behavior

- behavio?r
- clinical behavio?r
- knowledge transfer
- belief?
- clinical competence
- Combinaties van: clinical / physician? practice en pattern? / variation?
- Behavior (Mesh)
- Choice Behavior (Mesh)
- Decision Making (Mesh)
- Behavior and behavior mechanisms (Mesh)
- Attitude of Health Personnel (Mesh)
- Health knowledge, attitudes, practice (Mesh)
- Physician's practice patterns
- Attitude (Mesh)
- Aptitude (Mesh)
- Motivation (Mesh)
- Awareness (Mesh)
- Self-concept (Mesh) [self-esteem, self-perception (Mesh)]
- Cultural diversity (Mesh)

- Medical education (Mesh)
- Intention (Mesh)
- Knowledge (Mesh)

→ **Algoritme voor die zoektermen:**

decision making OR attitude of health personnel OR health knowledge, attitudes, practice OR clinical competence OR physician? practice pattern? OR physician? practice variation? OR (practice adjl pattern adjl variation?) OR (clinical adjl practice adjl variation?) OR clinical behavior?

Antibiotics

- antibiotic\$
- antibacterial\$
- anti-bacterial\$
- bacteriocid\$
- Anti-bacterial agents (Mesh)

→ **Algoritme voor die zoektermen:**

alle woorden: OR

Antihypertensives

- antihypertens\$
- anti-hypertens\$
- Antihypertensive agents (Mesh)

→ **Algoritme voor die zoektermen:**

alle woorden: OR

Feedback

- feedback
- audit

→ **Algoritme voor die zoektermen:**

alle woorden: OR

EXCLUSIECRITERIA

- Barrières die enkel optreden bij patiënten (vb. therapietrouw).
- Barrières bij het medisch handelen in ontwikkelingslanden.
- Barrières bij andere hulpverleners dan huisartsen, tenzij het een zeer algemeen artikel betreft.
- Barrières die enkel optreden bij (de behandeling van) zeer specifieke pathologieën (psychiatrische aandoeningen, diabetes, CVA, anticoagulantia,...) en die van minder van belang zijn voor antibiotica of antihypertensiva.
- Barrières specifiek voor screening, preventie of vaccinatieprogramma's. Met enige uitzondering hierop: preventie van hart- en vaatziekten (dit is immers belangrijk naar hypertensie toe).
- Barrières bij het gebruik van de computer.

- Barrières die optreden bij gebruik van EBM en die niet specifiek toepasbaar zijn op guidelines, op voorschrijfgedrag of op feedback.
- Barrières door gebrek aan kennis van guidelines of die specifiek gericht zijn op de inhoud van één enkele guideline.
- Artikels die meer gericht zijn op de effectiviteit van interventies dan op de barrières hierbij.

GEVONDEN ARTIKELS

	Medline	Cochrane	Embase	Totaal
Zoektocht 05/2005	808	272	84	1164
Selectie op titel (en dubbels)	343	25	12	380
Selectie op abstract	134	1	4	139
Selectie op inhoud artikel	93	1	1	95
Extra zoektocht 12/2005	-	2	-	2
Totaal aantal referenties	93	3	1	97

Totaal aantal gevonden artikels

- Medline: 808
- Cochrane: 272
- Embase: 84

Totaal: 1164 artikels

Eerste selectie: op titel

De eerste selectie gebeurt op titel. Ook artikels die in een van vorige zoektochten teruggevonden werden, worden geschrapt.

Aantal overgebleven titels na selectie op titel en op dubbels:

- Medline: 343
- Cochrane: 25
- Embase: 12

Totaal: 380 artikels

Tweede selectie: op abstract

De tweede selectie gebeurt op basis van het abstract.

Aantal overgebleven artikels na selectie op abstract:

- Medline: 134
- Cochrane: 1

- Embase: 4

Totaal: 139 artikels

Derde selectie: op inhoud

De derde selectie gebeurt op basis van inhoud van de artikels. Hierbij worden nogmaals 48 artikels geëxcludeerd.

Aantal overgebleven artikels na selectie op inhoud:

- Medline: 93
- Cochrane: 1
- Embase: 1

Totaal: 95 artikels

Update Cochrane in december 2005

Dit levert nog 2 nieuwe reviews op.

ANNEX TO CHAPTER 3: METHODOLOGIE

QUESTIONNAIRE ÉCRIT POUR LES PARTICIPANTS AUX INTERVIEWS DE GROUPES

Questionnaire francophones

Informations en lien avec l'intervention " feedback".

Avez-vous participé à une formation pour animateurs de Glems sur le feedback?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Feedback antibiotiques (envoyés en avril 2003 et en décembre 2004):

Avez-vous lu un de ces documents ou les deux?

- ☐ Pas du tout
- ☐ J'ai survolé
- ☐ Relativement bien
- ☐ En profondeur
- ☐ Je ne sais plus

Avez-vous participé à une discussion sur ce feedback dans votre Glem ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Feedback antihypertenseurs (envoyé en mai 2004):

Avez-vous lu ce document ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ J'ai survolé
- ☐ Relativement bien
- ☐ En profondeur
- ☐ Je ne sais plus

Avez-vous participé à une discussion sur ce feedback dans votre Glem ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Informations générales

Sexe: ☐ Femme ☐ Homme

Age: . . ans

Nombre d'années de pratique: . . ans

Nombre de médecins dans la pratique: . . médecin(s)

Type de financement: ☐ Acte ☐ Forfait

Temps de travail en médecine générale : ☐ Tps plein ☐ Tps partiel

Autre activité professionnelle ou pratique médicale : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : spécifiez svp:

Reconnu comme maître de stage I/I: ☐ Oui ☐ Non

Si oui : avez-vous un assistant actuellement ? ☐ Oui ☐ Non

Questionnaire néerlandophones

Focus op feedback – vragenlijst deelnemers

De feedback documenten over antibiotica werden verzonden in april 2003 en in december 2004.

Hebt u één of beide documenten gelezen?

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Vrij oppervlakkig
- ☐ Vrij grondig
- ☐ Grondig
- ☐ Ik weet het niet meer

Hebt u deelgenomen aan een bespreking van de feedback antibiotica in de LOK-groep?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Het feedback document over antihypertensiva werd verzonden in mei 2004.

Hebt u dit document gelezen?

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Vrij oppervlakkig
- ☐ Vrij grondig
- ☐ Grondig
- ☐ Ik weet het niet meer

Hebt u deelgenomen aan een bespreking van de feedback antihypertensiva in de LOK-groep?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Nog enkele vragen over u zelf...

U bent een

☐ Vrouw

☐ Man

Uw leeftijd is

. . jaar

Aantal jaren praktijk:

. . jaar

Aantal huisarts(en) in uw praktijk: . . huisarts(en)

Aantal uren als huisarts in praktijk: ☐ Voltijds

☐ Deeltijds

Hebt u nog andere beroepsactiviteiten naast huisartsgeneeskunde? ☐ Ja ☐ Nee

Indien ja: specificeer aub:

Type financiering:

☐ Prestatie

☐ Forfait

Bent u erkend als praktijkopleider? ☐ Ja

☐ Nee

Zo ja: hebt u op dit moment een hibo?

☐ Ja ☐ Nee

Hebt u deelgenomen aan opleiding animatoren voor feedback? ☐ Ja ☐ Nee

CHECKLIST DES QUESTIONS POSÉES AUX GROUPES DE MÉDECINS

Version francophone

Temps	questions	Questions subsidiaires
15 min.	<u>Quart d'heure académique</u>	
10 min.	Introduction. Bienvenue + merci pour la présence Présentation et fonctions des modérateur, rapporteur. Objectifs de la recherche Cibler les 2 documents de feedback concernant les antibiotiques (pas AHT) Attentes de la part des participants: Ne pas parler entre vous en aparté Le modérateur va poser des questions, vous pouvez discuter entre vous de ces sujets, plutôt que répondre au modérateur. Il n'y a pas de bonne et de mauvaise réponse : tous les avis sont importants. Anonymat (notamment par rapport à enregistrement, notes) Pour les résultats: rapport sera sur le site du KCE en avril 2006. Remplir un court questionnaire. Pas de discussion prévue après la session de focus groupe.	Objectifs de l'étude. - donner une évaluation du feedback. - l'intervention feedback a deux parties: 1) document écrit 2) discussion en Glems - Evaluation signifie les points positifs et négatifs du feedback. - Objectif de cette évaluation : Proposer une amélioration du feedback Mieux connaître les facteurs qui influencent les habitudes de pratique, spécifiquement dans le contexte belge.
5-10 min.	<u>Question d'ouverture</u> Pouvez-vous vous présenter? Dites nous votre nom, où vous pratiquez et si vous pratiquez la médecine générale à temps plein ou partiel.	

20 min.	<u>Questions introductives.</u> Vous souvenez-vous d'avoir reçu ce document de feedback chez vous? Quelle réaction avez-vous eue ? qu'en avez-vous fait ? [résumé des différentes réactions citées] : Pourquoi ? (Si on a l'opportunité : proposer à ceux qui se souviennent de présenter à d'autres).	[Montrer le document.] Qu'est-ce qui a déterminé le fait que vous l'avez ouvert ? Ou ce qui a déterminé le fait que vous l'avez tout de suite jeté ? D'après vous, quel est le rôle de l'institution qui a envoyé ce document ? Cela aura-t-il influencé le fait que vous le lisiez ou non? Le fait qu'une discussion soit organisée dans votre Glem, cela vous a-t-il stimulé à lire le document ou non? D'après vous, quels sont les objectifs de ce document ? D'après vous, quels objectifs ont les organisateurs de ce document ? OU Le fait que certains aient lu le document ou non, cela dépend-il : des décideurs ? de l'opinion que vous avez sur les objectifs de ce document ?
---------	---	--

45-55 min.	<u>Questions centrales</u> <i>Document de feedback.</i> <i>(Nous vous montrons un exemple de ce document pour vous aider à vous souvenir, mais nous n'allons pas le lire ici. L'objectif n'est pas d'approfondir le contenu du document maintenant)</i> Il y a <u>deux parties</u> dans le document que vous avez reçu : d'abord des messages-clés concernant les recommandations pour l'utilisation des antibiotiques, puis des chiffres concernant votre propre prescription. Concernant <u>les chiffres</u> de feedback sur votre prescription. - Les textes, tableaux et graphiques sont-ils compréhensibles ? Concernant <u>les recommandations</u> : - Etes vous d'accord avec ces recommandations? - Sont-elles applicables dans la pratique ? Que pensez-vous de la <u>présentation générale</u> de ce document?	<i>Lisible, compréhensible, trop compliqué, pas représentatif de ma patientèle, ne tient pas compte des caractéristiques de mes patients, ...</i> Vos connaissances concernant les antibiotiques ont-elles été changées suite à la lecture de ces recommandations? <i>Ennuyeux passionnant Noir et blanc belle présentation trop long, trop gros format pratique Écrit trop petit, agréable à lire décourageant motivant trop compliqué bien expliqué</i>
------------	--	---

	<i>Discussion des feedbacks dans les Glems.</i> Ceux qui ont discuté du feedback dans leur Glem, décrivez comment s'est déroulée cette discussion dans votre Glem. D'après vous, cela avait-il un intérêt de discuter de ce document dans votre Glem? <i>Propositions pour l'amélioration du feedback.</i> Y aurait-il des moyens d'améliorer ce feedback, tant le document que la discussion dans les Glems? <i>Impact van feedback</i> Pensez-vous que votre <u>pratique</u> s'est modifiée suite à ce feedback [doc + glem]? <i>Barrières et facteurs facilitants.</i> Quels autres facteurs ont une influence sur la prescription d'antibiotiques en médecine générale? Ou plus précisément: quels sont les éléments qui vont modifier le fait que le feedback vous influence ou ne vous influence pas ? <i>(vous pouvez donner un avis général, pas nécessaire qui vous concerne personnellement. Si vous avez des exemples concrets c'est encore mieux).</i> * De ces facteurs, quels sont les plus importants? * Pourriez-vous faire la différence entre ceux qui d'après vous, vous influencent positivement et ceux qui vous influencent négativement ? Dans la littérature, nous avons trouvé toute une liste de facteurs qui peuvent influencer la prescription d'antibiotiques des médecins généralistes. Certains de ces facteurs n'ont pas encore été cités ici. Nous voudrions votre avis : que pensez-vous de ...	Y a-t-il eu un changement pour vous avant et après cette discussion en Glem? Ce feedback permet-il aux médecins de mieux se rendre compte de leurs habitudes de prescription? La discussion avec vos collègues dans les Glems vous a-t-elle permis de partager des expériences qui vous font modifier votre pratique de prescription ?
--	---	--

15-20 min.	<u>Questions de clôture</u> [Demander au rapporteur s'il souhaite encore éclaircir un point ou l'autre] Choix entre (ou les deux si on a le temps) 1) Pour clôturer cette rencontre: pourriez-vous résumer en 1 minute chacun ce que vous avez retenu comme le message le plus important de cette soirée. Ce qui devrait absolument se retrouver dans notre rapport? 2) [Le modérateur résume les objectifs de la recherche (ou ce qu'il a entendu) et demande:] - Avons-nous oublié un élément important dans cette discussion? Y a-t-il encore quelque chose que vous auriez voulu dire, mais que vous n'avez pas encore eu l'occasion de dire ?	
1 min.	<u>Clôture et remerciements aux participants</u>	

Version néerlandophone

Tijd	Vragen	Hulp bij vragen
15 min.	<u>Wachten op iedereen</u> (academisch kwartiertje)	
10 min.	<u>Inleiding op de focusgroep</u> welkom + dank voor aanwezigheid voorstelling + functie moderator / rapporteur / observator doel van de studie focus op de 2 documenten ivm. antibiotica (niet op antihypertensiva) verwachtingen naar deelnemers niet door elkaar spreken moderator stelt vragen, maar er wordt gediscuteerd in de groep en niet met de moderator. er bestaan geen goede of foute antwoorden: ieders visie is belangrijk anonimiteit (oa opname-materiaal, nota's) resultaten uit focusgroepen: zie site KCE vanaf april 2006 invullen korte vragenlijst geen nabespreking	Doel van de studie - Evaluatie van feedback geven. - Feedback is tweërlei: Feedback-document Feedback-bespreking in LOK Evaluatie van: Positieve én negatieve kanten van de feedback - Doel van evaluatie: Verbetering van feedback Factoren die praktijkhandelen beïnvloeden beter leren kennen. Dit specifiek binnen de Belgische context.
5-10 min.	<u>Openingsvraag</u> Kan iedereen zichzelf voorstellen? Zeg uw naam en vertel waar u werkt en of u voltijds huisarts bent of niet.	
20 min.	<u>Inleidende vragen</u> Herinnert u zich nog dat dit feedback-document in de bus viel? Wat was uw reactie? Wat hebt u met dit document gedaan? [samenvatting van verschillende zaken die hiermee gebeurd zijn:] Hoe komt dat?	[Feedback-document tonen.] Wat maakte dat u het enige aandacht gaf? Wat maakte dat u het document onmiddellijk weglegde? Wat is de rol van de verzender? Maakt deze dat u het document leest of niet? Was de bespreking van dit document in uw LOK-groep een stimulans om dit op voorhand te bekijken? Wat denkt u dat het doel is van deze feedback? Wat denkt u dat het doel van de feedback is voor de opdrachtgevers?

[illegible]

	<i>Feedback-bespreking in LOK</i> Beschrijf eens hoe de bespreking van dit document verliep in uw LOK-groep. Is het zinvol om dit document in de LOK-groep te bespreken? <i>Voorstellen ter verbetering van de feedback</i> Zijn er manieren om deze feedback -zowel het document, als de bespreking in de LOK-groep- te verbeteren? <i>Impact van feedback</i> Is het mogelijk dat de praktijkvoering veranderd is tgv. van deze feedback? [doc + LOK] <i>Barrières en faciliterende factoren</i> Welke factoren hebben een invloed op het voorschrijfgedrag? Of beter gezegd: welke factoren zorgen ervoor dat de feedback de artsen al dan niet beïnvloedt? Dat de feedback zijn doel mist? [hier mag je over artsen in het algemeen spreken: dat moet niet uw persoonlijk voorschrijfgedrag zijn] Welk van de opgesomde factoren is de belangrijkste? Kan je een onderscheid maken tussen positieve en negatieve factoren? In de literatuur vonden wij een hele lijst met factoren die het voorschrijfgedrag van antibiotica beïnvloeden bij huisartsen. Een aantal van deze factoren zijn hier nog niet vermeld. Wat denken jullie van...	Is er een verschil voor en na de bespreking in de LOK-groep? Kan een feedback artsen bewuster maken van hun voorschrijfgedrag? Kan uw voorschrijfgedrag veranderen door de uitwisseling van ervaringen met collega's ?
--	--	---

15-20 min.	<u>Eindvragen</u> [Vragen aan rapporteur of er nog iets onduidelijk is] [Keuze tussen / of beide indien voldoende tijd:] Als besluit van dit groeps gesprek: kan je in 1 minuut samenvatten wat jij onthouden hebt als belangrijkste onderwerp deze avond? Wat wij zeker moeten opnemen in onze studie? [De moderator vat doel van studies samen en vraagt dan:] - Hebben we nog iets belangrijks gemist tijdens deze bespreking? Of is er nog iets dat je wou zeggen, maar dat nog niet aan bod is kunnen komen?	
1 min.	<u>Afsluiten en deelnemers bedanken</u>	

CHECKLIST DES QUESTIONS POSÉES AUX GROUPES DES ANIMATEURS

FG animateurs francophones

Temps	questions	Questions subsidiaires
15 min.	<u>Quart d'heure académique</u>	
10 min.	<u>Introduction</u> Bienvenue + merci pour la présence Présentation et fonctions des modérateur, rapporteur, observateur. Objectifs de la recherche ici : particulièrement votre avis <u>en tant qu'animateur</u> sur les Glem Cibler les 2 documents de feedback concernant les antibiotiques (pas AHT) Attentes de la part des participants: Ne pas parler entre vous en aparté, parler assez fort Le modérateur va poser des questions, vous pouvez discuter entre vous de ces sujets, plutôt que répondre au modérateur. Il n'y a pas de bonne et de mauvaise réponse : tous les avis sont importants. Anonymat (notamment par rapport à enregistrement, notes) Pour les résultats: rapport sera sur le site du KCE en avril 2006. Remplir un court questionnaire.	Objectifs de l'étude. - donner une évaluation du feedback. - l'intervention feedback a deux parties: 1) document écrit 2) discussion en Glems - Evaluation signifie les points positifs et négatifs du feedback. - Objectif de cette évaluation : Proposer une amélioration du feedback en tant qu'intervention Mieux connaître les facteurs qui influencent les habitudes de pratique, spécifiquement dans le contexte belge.
5-10 min.	<u>Question d'ouverture</u> Pouvez-vous vous présenter? Dites nous votre nom, où vous pratiquez, si vous avez suivi la formation à la SSMG sur les feedbacks antibiotiques et si vous avez animé votre propre Glem ou d'autres Glems.	

20 min Qu'en pensez-vous?	<u>Question introductive</u> 0. Quelle motivation a-t-on pour devenir animateur de Glem sur les feedbacks antibiotiques ?	Ils ont fait ça parce qu'ils étaient intéressés ou parce qu'ils doivent faire ça pour la Medico-Mut ? Que pensez-vous de l'intervention feedback ? Vous-mêmes et votre GLEM, vous avez reçu 150 euros. Est-il nécessaire ? On peut / on veut faire un GLEM « gratuit » ?
45-55 min. Comment l'avez-vous présenté ? Comment a-t-il été reçu ?	<u>Questions centrales</u> 1. Quel type d'animation avez-vous proposé lors de votre animation du Glem ? avez-vous utilisé le matériel reçu à la SSMG ? autre matériel : quoi ? pourquoi ? y avait-il des extérieurs au Glem ? (experts, spécialistes, délégués, ...) 2. Lors de votre animation, y a-t-il eu des points pour lesquels vous vous êtes sentis mis en difficulté? y a-t-il un Glem particulier où cela s'est particulièrement mal passé d'après vous ? un Glem où cela s'est particulièrement bien passé d'après vous ? 3. Quelle était l'ambiance dans les Glems ? Quelles étaient les réactions des participants par rapport au sujet ? Quel intérêt de départ dans la démarche ? comment le sujet était-il reçu ? Quel type de discussion l'animation a-t-elle engendré ?	Le matériel de la SSMG était applicable ? pratique ? Assez ? Trop ? les médecins avaient-ils apporté leur propre document ? y avait-il partage sur les données entre médecins ? ou chacun pour soi ?

Impact ?	4. D'après vous, quel impact cette discussion a-t-elle sur les participants? sur la perception du feedback en général ? sur la compréhension du document ? sur la perception des recommandations ? sur la pratique en matière de prescription ? 5. Quelle influence pensez-vous que l'animateur peut avoir sur ce qui se passe dans le Glem, et sur les conclusions que peuvent en tirer les médecins ? 6. Quelles propositions feriez-vous : pour améliorer le <u>document</u> ? pour améliorer la discussion autour du Feedback dans les <u>Glems</u> ? <u>doit-on continuer</u> avec cette méthodologie d'animateurs ? que voudriez-vous voir ajouté à la <u>formation</u> que vous aviez reçue ?	<i>Ambiance :</i> * <i>Amicale, conviviale, festive,</i> * <i>Des gens obligés d'aller en Glem</i> * <i>Motivations,</i> * <i>Désir de travailler ou plutôt juste se retrouver pour une soirée ?</i> <i>Par rapport au sujet :</i> * <i>Intéressés</i> * <i>Fâchés, etc</i> Ce feedback permet-il aux médecins de mieux se rendre compte de leurs habitudes de prescription? La discussion avec les collègues dans les Glems a-t-elle permis de partager des expériences qui font modifier la pratique de prescription ? quel impact cela-t-il eu pour vous-même d'avoir été animateur de Glem à ce sujet ? !!!
-----------------	--	---

15-20 min.	<u>Questions de clôture</u> [Demander au rapporteur s'il souhaite encore éclaircir un point ou l'autre] Choix entre (ou les deux si on a le temps) 1) Pour clôturer cette rencontre: pourriez-vous résumer en 1 minute chacun ce que vous avez retenu comme le message le plus important de cette soirée. Ce qui devrait absolument se retrouver dans notre rapport? 2) [Le modérateur résume les objectifs de la recherche, ou les grandes lignes de ce qu'il a entendu, et demande:] * Avons-nous oublié un élément important dans cette discussion? Y a-t-il encore quelque chose que vous auriez voulu dire, mais que vous n'avez pas encore eu l'occasion de dire ? * Y a-t-il un message même s'il a déjà été dit, sur lequel vous voudriez insister, que vous voudriez voir ressortir dans le rapport ?	
1 min.	<u>Clôture et remerciements aux participants</u>	

FG animateurs néerlandophones

Tijd	Vragen	Hulp bij vragen
15 min.	<u>Wachten op iedereen</u> (academisch kwartiertje)	
10 min.	<u>Inleiding op de focusgroep</u> welkom + dank voor aanwezigheid voorstelling + functie moderator / rapporteur / observator doel van de studie - Speciaal voor deze groep: focus ligt specifiek op ervaring als animator focus op de 2 documenten ivm. antibiotica (niet op antihypertensiva)	Doel van de studie - Evaluatie van feedback geven. - Feedback is tweërlei: Feedback-document Feedback-bespreking in LOK

	verwachtingen naar deelnemers niet door elkaar spreken moderator stelt vragen, maar er wordt gediscuteerd in de groep en niet met de moderator. er bestaan geen goede of foute antwoorden: ieders visie is belangrijk anonimiteit (oa opname-materiaal, nota's) resultaten uit focusgroepen: zie site KCE vanaf april 2006 invullen korte vragenlijst geen nabespreking	Evaluatie van: Positieve én negatieve kanten van de feedback - Doel van evaluatie: Verbetering van feedback Factoren die praktijkhandelen beïnvloeden beter leren kennen. Dit specifiek binnen de Belgische context.
5-10 min.	<u>Openingsvraag</u> Kan iedereen zichzelf voorstellen? Zeg uw naam en vertel waar u werkt en of u voltijds huisarts bent of niet. En vertel ook of u enkel de opleiding als animator gevolgd hebt of dat u een of meerdere LOK-groepen hebt begeleid in de bespreking.	
20 min Wat denkt u ervan?	<u>Inleidende vragen</u> Wat motiveerde u om animator van de LOK rond antibiotica te worden ?	Waarom zijn ze animator geworden ? Uit interesse? Omdat ze voorzitter van de LOK zijn en de taak van animatie op zich moeten nemen? Omdat de LOK verplicht was door de Medico-Mut ? Wat denkt u zelf van de feedback interventie? Uzelf én uw LOK-groep hebben 150 euro gekregen om de feedback te bespreken. Is dat noodzakelijk? Zou u of de zou de LOK dit “gratis” willen doen?

45-55 min. Hoe hebt u de presentatie gedaan? Hoe is de feedback ontvangen?	<u>Kernvragen</u> 1. Voor welk type animatie / presentatie / bespreking hebt u gekozen om de feedback te bespreken in de LOK-groep ? Hebt u het materiaal gebruikt dat u tijdens de opleiding van de WVVH hebt gekregen? Hebt u ander materiaal gebruikt ? Welk? Waarom? Waren er “externe” personen aanwezig tijdens de LOK? (experten, specialisten, medische vertegenwoordigers,...)? 2. Waren er bepaalde zaken bij uw animatie / bij de bespreking in de LOK waarbij u zich niet goed voelde ? Of waarbij er moeilijkheden ontstonden? Was er een LOK bij waarbij de bespreking totaal slecht verliep? Was er een LOK bij waarbij de bespreking zeer goed liep? 3. Hoe was de algemene sfeer tijdens de bespreking in de LOK ? Wat waren de reacties van de deelnemers hierover ? Hoe waren de eerste reacties? Hoe werd het onderwerp ontvangen? Welk soort discussie is er gevoerd?	Het materiaal dat u van de WVVH ontving : was dat bruikbaar ? Verstaanbaar? Handig ? Voldoende ? Teveel ? Hadden de artsen hun eigen document bij ? Werden de cijfers aan elkaar getoond ? Of hield ieder deze voor zich ? <i>De sfeer :</i> * <i>Vriendschappelijk, met respect voor elkaar, vrolijk,...</i> * <i>De artsen voelden zich verplicht tot deelname.</i> * <i>Motivatie ?</i> * <i>Bereidheid tot werken ? Of enkel de avond rond krijgen ?</i> <i>Over het onderwerp zelf :</i>
---	---	--

15-20 min.	<u>Eindvragen</u> [Vragen aan rapporteur of er nog iets onduidelijk is] [Keuze tussen / of beide indien voldoende tijd:] Als besluit van dit groeps gesprek: kan je in 1 minuut samenvatten wat jij onthouden hebt als belangrijkste onderwerp deze avond? Wat wij zeker moeten opnemen in onze studie? [De moderator vat doel van studies samen en vraagt dan:] - Hebben we nog iets belangrijks gemist tijdens deze bespreking? Of is er nog iets dat je wou zeggen, maar dat nog niet aan bod is kunnen komen?	
1 min.	<u>Afsluiten en deelnemers bedanken</u>	

DESCRIPTION DES GROUPES INTERVIEWÉS

Caratéristiques des participants

Participants aux focus groupes francophones

Participants FG francophones - I	FG 1	FG 2	FG 3	FG 4	FG 5	Totaal	FG anim
Totaal deelnemers	9	9	5	7	7	37	8
Mannen	7	6	3	4	4	24	6
Vrouwen	2	3	2	3	3	13	2
Leeftijd jongste	45	30	33	30	29	29 (30)	34
Leeftijd oudste	81	60	56	75	38	81 (75)	55
Gemiddelde leeftijd	56	49	46	53	33	48	48
Minste jaren praktijk	20	6	6	4	5	4 (5)	10
Meeste jaren praktijk	55	35	13	49	10	55 (49)	30
Gemiddeld jaren praktijk	30	23	20	26	7	22	22
Solo	7	3	5	3	3	21	4
Duo	1	2	0	2	1	6	3
Trio	0	2	0	1	2	5	0
4 of meer	1	1	0	1	1	4	1
Voltijds huisarts	8	6	4	5	6	29	7
Deeltijds huisarts	1 (9/10)	3	1	2	1	8	0
Andere beroepsactiviteit	2	5	5	1	2	15	3
Financiering per prestatie	7	7	5	7	6	32	8
Financiering met forfait	1	2	0	0	1	4	0
Praktijkopleider	4	2	2	2	0	10	2
Hibo op dit moment	2	2	0	2		6	1
Geen hibo op dit moment	2	0	2	0		4	1

Participants FG francophones - 2	FG 1	FG 2	FG 3	FG 4	FG 5	Totaal	FG anim
Totaal deelnemers	9	9	5	7	7	37	8
Opleiding animator gevolgd	0	3	1	0	3	7	
AB grondig gelezen	9	8	1	1	0	34	
AB vrij grondig gelezen			3	3	5		
AB vrij oppervl. gelezen			0	2	2		
AB helemaal niet gelezen	0	1	1	1	0	3	
Weet niet meer			0	0	0	0	
AB LOK gevolgd	7	7	4	6	6	30	
AHT grondig gelezen	9	6	0	0	1	27	
AHT vrij grondig gelezen			2	3	2		
AHT vrij oppervl. gelezen			0	2	2		
AHT helemaal niet gelezen	0	2	3	2	2	9	
Weet niet meer	0	1	0	0	0	1	
NB: pas reçu FB AHT:		1	2	1	2	6	
AHT LOK gevolgd	7	5	2	4	3	21	
opleiding AB een keer gevolgd							4
opleiding AB meerdere keren gevolgd							3
opleiding AB nooit gevolgd							0
AB LOK in eigen lok begeleid							7
AB LOK in eigen en andere loks begeleid							1
AB LOK nooit begeleid							0
opleiding AHT een keer gevolgd							5
opleiding AHT meeredere keren gevolgd							2
opleiding AHT nooit gevolgd							0
AHT LOK in eigen lok begeleid							5
AHT LOK in eigen en andere loks begeleid							1
AHT LOK nooit begeleid							1
Voorzitter / verslaggever LOK							5

NB: 1 participant de FG animateurs n'a pas rempli questionnaire

Participants aux focus groupes néerlandophones

Participants FG flamands – I	FG 1	FG 2	FG 3	FG 4	FG 5	Totaal	FG anim
Totaal deelnemers	8	7	10	10	6	41	7
Mannen	3	5	10	6	1	25	6
Vrouwen	5	2	0	4	5	16	1
Leeftijd jongste	29	30	25	27	35	25 (29)	40
Leeftijd oudste	58	53	55	58	53	58 (55)	54
Gemiddelde leeftijd	44	43	42	49	44	45	49
Minste jaren praktijk	3	5	1	2	10	1 (4)	14
Meeste jaren praktijk	34	25	30	29	28	34 (29)	27
Gemiddeld jaren praktijk	18	17	16	22	19	22	23
Solo	5	3	6	3	3	20	1
Duo	3	2	2	1	0	8	3
Trio	0	2	1	4	0	7	2
4 of meer	0	0	1	2	3	6	1
Voltijds huisarts	7	5	8	8	4	32	6
Deeltijds huisarts	1	2	2	2	2	9	1
Andere beroepsactiviteit	5	3	3	2	1	14	2
Financiering per prestatie	8	7	10	7	6	38	7
Financiering met forfait	0	0	0	2	0	2	0
Praktijkopleider	0	0	1	3	1	5	3
Hibo op dit moment	0	0	1	2	1	4	2
Geen hibo op dit moment	0	0	0	1	0	1	1

Participants FG flamands – 2	FG 1	FG 2	FG 3	FG 4	FG 5	Totaal	FG anim
Totaal deelnemers	8	7	10	10	6	41	7
Opleiding animator gevolgd	1	1	1	1	1	5	
AB grondig gelezen	2	3	0	4	2	11	
AB vrij grondig gelezen	2	0	3	4	4	13	
AB vrij oppervl. gelezen	3	4	5	1	0	13	
AB helemaal niet gelezen	1	0	2	1	0	4	
AB LOK gevolgd	3	5	7	9	6	30	
AHT grondig gelezen	1	3	0	3	1	8	
AHT vrij grondig gelezen	3	0	3	6	5	17	
AHT vrij oppervl. gelezen	2	4	5	0	0	11	
AHT helemaal niet gelezen	2	0	2	1	0	5	
AHT LOK gevolgd	2	5	6	8	5	26	
opleiding AB een keer gevolgd							5
opleiding AB meerdere keren gevolgd							1
opleiding AB nooit gevolgd							1
AB LOK in eigen lok begeleid							4
AB LOK in eigen en andere loks begeleid							2
AB LOK nooit begeleid							1
opleiding AHT een keer gevolgd							6
opleiding AHT meerdere keren gevolgd							1
opleiding AHT nooit gevolgd							0
AHT LOK in eigen lok begeleid							1
AHT LOK in eigen en andere loks begeleid							2
AHT LOK nooit begeleid							4
Voorzitter / verslaggever LOK							6

Dynamique des groupes

Focus groupes francophones

Dans chaque focus groupe, il y avait au moins un participant travaillant en pratique de groupe, deux femmes et un médecin de moins de 10 ans de pratique (excepté le premier focus groupe où tous les participants avaient plus de 40 ans). Un focus groupe a été organisé avec uniquement de médecins ayant maximum 10 ans de pratique, suite au constat que les jeunes participants, souvent seuls dans les FG, donnaient peu leur avis.

FG1 : Atmosphère conviviale, discussion nourrie et constructive. Certains ont parlé plus que d'autres, mais tout le monde s'est exprimé au moins par des approbations sur des interventions d'autres. Tous plus de 40 ans, 1 syndicaliste. Des nuances divergentes, mais beaucoup d'avis favorables. Un seul était plutôt défavorable, mais a pu exprimer sa position tout au long de la discussion : cela a permis un débat entre deux positions différentes.

FG2 : Atmosphère très conviviale et détendue, entre médecins d'âges différents et de pratiques différentes. Discussion nourrie, volubile, se coupent souvent la parole. Toutes les questions ont été abordées, mais le débat a très souvent dévié sur les facteurs qui déterminent la prescription des antibiotiques par les médecins généralistes. L'avis dominant est très modéré, nuancé. Un médecin semblait plutôt d'un avis peu favorable, à l'inverse, une autre était plutôt très favorable, mais tous deux ont peu imposé leur point de vue : ils s'exprimaient, mais s'ils étaient coupés, ne reprenaient pas la parole.

FG3 : seulement 6 participants, dont un de garde doit partir après 30 minutes de discussion. La réunion a lieu dans le fond le la cafétaria (vide) d'un restaurant hospitalier. Un membre de la SSMG, un professeur de médecine générale à l'université. Les conditions ne sont pas très bonnes. Groupe très consensuel, assez favorable, les participants prennent peu la parole, le modérateur doit poser beaucoup de questions, émettre des hypothèses. Ce groupe a quand même apporté des avis très intéressants pour la recherche.

FG4 : Bonne ambiance, groupe très hétérogène à plusieurs points de vue, y compris celui des avis sur les différentes questions. Un membre de la SSMG. Un très jeune médecin et un autre se sont assez peu exprimés, mais ont donné son avis quelquefois. Un médecin plus âgé a beaucoup pris la parole, assez négatif, mais était contré par d'autres. Pas d'avis dominant, assez partagé.

FG5 : Focus groupe exclusivement de médecins de moins de 10 ans de pratique. Un participant a très nettement dominé le débat, accompagné par un autre. Certains autres se sont assez bien exprimés, les plus jeunes (3) assez peu. L'avis dominant était franchement négatif, à part quelques avis divergents et quelques nuances, amenés prudemment.

FG animateurs : bon débat, ambiance calme et conviviale. Démarrage un peu difficile. Quelques participants ont beaucoup plus pris la parole que d'autres, deux ou trois l'ont prise très peu. Avis dominant favorable, avec des nuances bien sûr. Un médecin semblait moins enthousiaste que les autres, mais s'est très peu exprimé. Un autre parlait peu mais acquiesçait aux interventions d'autres.

Nederlandstalige focusgroepen

FG6 : Participanten zijn leden van verschillende LOK-groepen. 1 deelnemer is actief binnen de WVVH. Goede sfeer. Iedereen participeert. 2 deelnemers zijn iets uitdrukkelijker aanwezig dan de anderen. Zij hebben kringfuncties. 2 deelnemers zeggen vrij weinig, maar tonen wel actieve houding binnen de groep. De meeste thema's zijn zelf door de groep naar voren gebracht. De moderator heeft niet vaak moeten ingrijpen en had eerder passieve rol. Over meeste thema's instemming groep of wat nuanceren. Geen zeer grote tegenstellingen. 1 deelnemer springt er af en toe wat uit door zijn eerder negatieve ervaring met feedback.

FG7 : Participanten zijn leden van 3 verschillende LOK-groepen. 1 deelnemer komt uit iets andere regio. Overige deelnemers zijn uit zelfde regio met dezelfde LOK-animator voor bespreking AB. Deze animator is deelnemer in de focusgroep. 1 deelnemer is actief binnen de WVVH. Goede sfeer en discussie. Iedereen participeert. 2 deelnemers zijn iets uitdrukkelijker aanwezig. Er is in deze groep een opvallend positieve houding tegenover de feedback en de overheid. 2 deelnemers hebben zich hierover niet echt uitgesproken, maar hebben ook nooit geprotesteerd. Eén deelnemer is negatiever en durft dit ook enkele keren te uiten.

FG8 : Het was pas na 25 minuten begonnen met 6 personen. Gedurende de avond zijn er nog 4 artsen bijgekomen. Er zijn enkel mannelijke deelnemers. Alle leden zijn van dezelfde LOK-groep. Meeste deelnemers dachten dat ze naar LOK-groep kwamen. Ze kenden thema van de avond niet. Er heerste negatieve sfeer in de groep: vijandig en erg argwanend. Groepsdiscussie kwam pas laatste 20 minuten op gang. Voordien heeft moderator zeer veel vragen moeten stellen. Constant moeten trekken. Moderator en rapporteur werden enkele keren persoonlijk aangesproken : “jullie zeggen /doen dit of dat”. Enkele personen leveren geen constructieve bijdrage: zijn zeer cynisch in hun uitspraken. Doel van focusgroep is vermoedelijk niet begrepen: kwam enkele keren aan bod “dat die feedback maar eens grondig geëvalueerd moest worden”.

FG9 : Alle leden van focusgroep zijn lid van dezelfde LOK. Eén deelnemer is actief lid van de WVVH en ook lid van de CEG. Eén deelnemer maakt deel uit van de profielencommissie. Goede sfeer. Er is veel gelachen. Goede discussie. Bijna iedereen participeert evenwaardig. I persoon (net afgestudeerde hibo) heeft niets gezegd. Ook I iemand die later is binnengekomen, heeft niets gezegd. Er komen verscheidene meningen aan bod. Deelnemers durven elkaar tegenspreken.

FG10 : Alle deelnemers, behoudens één, zijn leden van dezelfde LOK-groep. Er zijn 2 LOK-animatoren aanwezig. 3 deelnemers werken in eenzelfde groepspraktijk. I deelnemer is actief WVVH-lid. Er heerst een goede sfeer. Een goede, open discussie is mogelijk. Iedereen neemt deel aan de discussie. Andere meningen durven uitgesproken worden.

FG: Alle deelnemers komen uit verschillende LOKgroepen. Er heerst een goede sfeer. Een goede, open discussie is mogelijk. In het begin kwam deze eerder moeilijk op gang. Later neemt iedereen deel aan de discussie. Verschillende standpunten kunnen ingenomen worden.

3.3. RESULTATS

Ici est reprise toute l'analyse des focus groupes, avec les citations correspondantes. Les citations sont données dans leur langue d'expression.

3.3.1. *Evaluation du Feedback par les médecins*

L'objectif est ici de rapporter l'évaluation que donnent les médecins participants, d'une part au document envoyé à chaque médecin individuellement, et d'autre part à la discussion de ce document dans les Glems.

L'évaluation exprimée par les médecins a trait à deux aspects qui auront des implications très différentes en termes de propositions : l'attitude globale qu'ils expriment vis-à-vis de l'intervention, et l'évaluation plus précise et concrète du contenu, de la présentation, ou du déroulement de l'intervention.

3.3.1.1. *Les attitudes que suscite l'intervention feedback*

Les attitudes face à l'intervention feedback sont très variables.

Toute les nuances, entre l'enthousiasme et l'opposition

Certains médecins ont exprimé leur satisfaction de recevoir cet outil : ils le trouvent intéressant, enrichissant, et il répond à une attente : celle d'avoir enfin un reflet de leurs pratiques et de pouvoir s'évaluer. Certains ont même eu envie de partager leur enthousiasme à leurs collègues.

« Pour la première fois depuis 20 ans de pratique, on dispose d'un outil, certes imparfait, mais néanmoins qui a le mérite d'exister, d'évaluation d'une pratique. Ça c'est une nouveauté, ça n'a jamais existé dans la pratique. [...] C'est d'abord ce qui m'a intéressé, et puis je pense que c'est cela qui m'a amené à le discuter au sein du Glem, je crois que cela a le mérite d'exister, même si c'est un outil imparfait, c'est une première approche, ou une première tentative d'approche d'analyse de nos pratiques » (FGaf)

« Moi quand j'ai vu arriver ce papier, j'étais très content de le voir arriver, cela m'a plu tout de suite, très curieux et j'ai tout de suite été dedans bien que c'était très rébarbatif [...] Heureusement que ce document arrive, moi cela me plaît énormément ce genre de chose. La manière dont c'est fait, on peut en discuter, mais bon enfin, on étudie un comportement général. » (FG4)

« Moi j'aime bien ce genre de chose parce que cela nous permet de nous situer par rapport à une pratique, personnellement j'apprécie ce genre de travail. » (FG3)

« C'est aussi un bon auto-contrôle. Parce que on se rend compte de ce qu'on fait. On ne mesure pas cela facilement. Ici on a pu pour la première fois mesurer ce qu'on faisait et se rendre compte de où on se situe par rapport à ce qu'on fait habituellement » (FG3)

« Ik was daar eigenlijk enthousiast over. Ik vond het heel leuk en intrigerend ook te weten hoe men een analyse maakt van het antibioticagebruik in de huisartsenpraktijk. En ook omdat dat nu een keer van de overheid kwam en niet van firma's » (FG7)

« Ik was zeer geïntrigeerd door mijn eigen praktijkgegevens en persoonlijke gegevens, ik was enthousiast. » (FG7)

« Dat was zeer leerzaam: dat je met de cijfers kunt omgaan, dat je dat toch kunt opvolgen. Dat is toch wel waardevolle informatie die we van de overheid krijgen. Wij vonden dat toch allemaal zeer positief. En de guidelines nog eens zuiver gesteld. Dat we weten waaraan we ons moeten houden. » (FGan)

« Ik vind dat heel goed geformuleerd, ik vind dat up-to-date, ik vind dat heel leuk van een onafhankelijke instantie die informatie te krijgen en ik vond dat goed gepresenteerd. Ik vind dat heel relevant, de taak van de overheid ook, om up-to-date onafhankelijke informatie op een eenvoudige manier te geven en daar ook uw voorschrijfgedrag aan te koppelen. » (FG7)

Mais pour certains autres, il s'agit d'une ingérence inadmissible dans leur pratique. Elle les met en colère, et entraîne un rejet complet de cette intervention, que ce soit le document ou la discussion en Glem. Nous avons peu rencontré ces médecins tout-à-fait opposés, leur opinions nous étant plutôt rapportées par les participants dont ils sont collègues dans les Glems.

« Une partie était opposée, tout-à-fait opposée. Disant que c'était un contrôle inadmissible, nous avons des pratiques, je refuse de changer, nous avons des contrôles tout le temps, maintenant, ce n'est pas acceptable » (FG3)

« Er zijn er die dit niet willen bekijken. Principieel niet. Deze groep hier: wij willen er al over praten. In LOK : ze willen er zelfs niet over praten. Over voorschrijfgedrag veranderen wil men niet praten, want je schrijft uit principe al goed voor. » (FG6)

D'autres, sans être aussi extrêmes, expriment une irritation, face à une initiative qu'ils n'ont pas demandée, pour laquelle ils n'ont pas été consultés. Certains posent d'ailleurs la question du sens d'un document ainsi envoyé par la poste sans qu'il y ait une demande au départ. D'autres trouvent qu'ils reçoivent déjà suffisamment d'informations par ailleurs, que celle-ci n'est pas nécessaire :

« On a beaucoup d'autres sources d'informations qu'on peut avoir. Et celle-ci est un peu un truc en trop » (FG5)

« C'est un rappel à l'ordre, et c'est ça que je n'aime pas. » (FG1)

« Niemand van ons vraagt dit. » «Probleem: als je dat enkel opstuurt, wie bekijkt dit dan? Een minderheid. » (FG6)

Cette irritation est liée au sentiment global d'être surveillé, contrôlé, ou qu'on veut les standardiser. Certains ont l'impression qu'on met en question leur légitimité, leur compétence de médecins généralistes, et la complexité de leur métier.

« Si on en arrive là, ça ne sert à rien de faire de la médecine. Je crois qu'on a un libre arbitre, c'est nous autres qui voyons le patient, ce n'est pas le ministre, c'est pas le directeur de l'Inami. Ces gens là ils ne savent pas ce que c'est qu'un malade. (...) Nous on vit sur le terrain, avec des gens qui ont les moyens, des gens qui n'ont pas les moyens, des gens qui veulent un traitement, des gens qui veulent des antibiotiques, et tous les jours on doit essayer de faire passer un message, on doit essayer de faire passer notre pratique telle qu'on la sent, et telle qu'on la fait, et telle qu'on l'a vit. Et je pense qu'on la vit bien, et qu'on la fait bien, mais malheureusement si on continue à être pressés comme cela on risque de ne plus la faire bien. Et c'est cela le gros problème. » (FG5)

« C'est le jugement. 'Cela fait 30 ans que je travaille comme cela, quel est le petit merdeux qui va me dire comment je dois faire. C'est pas lui qui est à ma place'. Et ça c'est, quand on fait le tour de table au début, c'est spontanément 'bon ça, je ne comprends rien, et c'est pas parce qu'on me dit qu'il ne faut plus faire cela que je ne le ferai pas'. » (FGaf)

« Ik heb richtlijnen gelezen over het antibiotica-gebruik bij sinusitis. Het kwam erop neer dat je niks mocht doen en als er een probleem was voor antibiotica, dan moest je naar de specialist sturen. Ja, wat heeft een huisarts nog te betekenen als hij geen therapie mag doen? Elke patiënt die je doorstuurt met een oorontsteking, zal met een antibioticum thuiskomen, als wij ze niet geven. » (FG8)

Ce type de réaction peut être pour certains, liée à une faible expérience de l'évaluation : certains médecins, convaincus d'avoir une pratique de bonne qualité, sont déstabilisés par un feedback qui les classe mal. Ils se sentent mis sur la sellette, devant leurs confrères.

« *Pourquoi ils disaient cela ?* je pense que c'était plus une révolte que des arguments précis. Le fait d'avoir reçu, d'être probablement aussi dans une partie des médecins qui prescrivaient trop certains antibiotiques, les avait mis en position d'instabilité. » (FG3)

« Chaque individu est persuadé qu'il fait bien les choses, par rapport à lui-même. Quand on commence à comparer par rapport à d'autres, il se pose des questions. (...) Mais on est très défensif par rapport à soi. » (FGaf)

« J'ai quand même des gens dans mon Glem qui, je crois qu'ils sont de bonne foi, qui pensent prescrire à bon escient, un amoxy-clav pour une pharyngite, je crois qu'ils se sentent droit dans leurs bottes, au départ. Alors quand ils voient dans le document qu'ils sont au-delà de la moyenne, ça les met mal à l'aise. » (FG3)

« Je pense que l'individualisme des médecins plus âgés est en cause, et fait qu'ils se sentent mis en cause quand ils reçoivent ce type de document, par rapport à d'autres de la région et que ça les met en difficulté. Et donc ils deviennent agressifs par rapport à ce type de document ou de réunion, simplement parce que ils n'ont pas eu l'habitude d'être évalués, de discuter sur des choses de manière, simple, objective. » (FG3)

Cet agacement peut aussi être lié au sentiment qu'à cause d'une poignée de récalcitrants, toute la profession soit sans cesse pointée du doigt et soumise à de nouvelles consignes.

« Moi je commence à avoir une tête comme ça. Parce qu'il y a une dizaine ou une quinzaine de pourcent, dans notre métier comme dans tous les métiers, qui se comportent très mal, on emmerde tout le monde. » (FG2)

Mais la majorité des médecins que nous avons rencontré expriment des sentiments partagés, nuancés, entre ces deux extrêmes. Et la plupart y trouvent un intérêt, même si cet intérêt ne va pas d'office de pair avec un accord. Nous avons donc rencontré toute une palette d'attitudes, entre gris clair et gris foncé.

« Moi j'ai le sentiment que dans le Glem que j'ai animé, la réaction par rapport au type de document allait de la réprobation à la curiosité, au non-intérêt, voire au doute. » (FGaf)

De la curiosité

Avec ou sans crainte, avec ou sans accord sur cette intervention, pratiquement tous les médecins interrogés, ont consulté leur feedback quand ils l'ont reçu.

« La première réaction c'était la curiosité, et puis de voir où je me situais » (FG1)

« Onmiddellijk bekeken, niet uit voorbeeldigheid, maar wel uit absolute nieuwsgierigheid.» (FG6)

« Ik heb het opengedaan en gedacht: met wat zijn ze nu allemaal bezig? En uit nieuwsgierigheid ben ik toch beginnen bladeren en kijken. » (FG9)

On ressent une fascination pour les chiffres et les graphiques, et particulièrement le scatterplot, même s'il n'est pas souvent compris en détail. Les recommandations, quant à elles, passent au second plan.

Il s'agit bien d'évaluation, mais d'abord de savoir rapidement si on est dans le bon quart du graphique.

« On voyait quand même dans quel quart on était. (...) Il y avait les bons quarts et les mauvais quarts. » (FG2)

« Ik vond het heel geruststellend. Ik zit in linker onderste kwadrant. Dus ik moet mij er niets meer van aantrekken. Je doet het goed. » (FG9)

Beaucoup de médecins sont curieux de se comparer à leurs confrères, ou d'avoir un regard sur leur propre pratique.

« Zoiets heb je nooit gekend. Is andere manier iets te weten te komen over je eigen en anderen hun functioneren. Zeker voor een solo-arts. In eerste instantie is het nieuwsgierigheid: wat hebben ze ons te vertellen en wat kunnen we ermee doen? » (FG6)

« Ik vond het ook interessant omdat je uzelf kunt vergelijken met de anderen, met de leden van de LOK-groep, met de huisartsen in het algemeen. » (FG9)

« Ik vond het heel verrijkend. Interessant. En je verschiet toch ook: tiens, gebruik ik dat veel? [...] « Ook: de kostprijs. Hoeveel geef ik per jaar uit? En niet alleen ik, maar waar schrijven huisartsen veel of weinig generieken? » (FG9)

« Wat kan je hebben tegen kritisch bekeken te worden? Dat begrijp ik niet. Dit is toch positief naar ons toe: je leert hier iets uit. 20 jaar lang heb ik niet geweten waar ik sta met mijn antibiotica. Het is de eerste keer dat ik te weten kom: ik schrijf te veel van dit voor. » (FG9)

Cette curiosité qui en a poussé certains à ouvrir rapidement le document, les a alors entraînés à le lire de façon plus approfondie par la suite.

« Moi j'ai été très vite à la fin pour regarder où j'étais, et puis je me suis dit c'est pas possible je ne comprends rien, et donc je vais reprendre progressivement » (FG2)

« Ik heb het eerst oppervlakkig doorbladerd: ik begreep er niks van. Ik heb dat dan opzij gelegd en gedacht: die statistieken en die bollekes, ik ga dat eens in het weekend bekijken.» (FG6)

« Op het eerste zicht was het ook zo van: ik ga het verticaal klasseren, ik was vooral geïnteresseerd in waar ik zelf stond, maar achteraf met de LOK-vergadering is er toch heel wat verhelderd. Ongeveer hetzelfde als de rest, niet direct de eerste liefde. » (FG7)

« Ik heb dat wel ineens doorgelezen, omdat die grote bollen mij nogal intrigeerden en omdat die zo variabel waren. Dus ik heb dat op korte tijd toch wel doorgenomen. Ik ga niet zeggen dat dat vrij grondig was op dat ogenblik. Maar of ik dat nu helemaal begrepen heb op dat ogenblik, daar twijfel ik aan. Pas nadien op de LOK, als je dat dan nog eens helemaal doorneemt en dat er dan toch meer verduidelijk is. » (FG10)

Elle en pousse même certains plus loin : ils veulent comprendre leur document le mieux possible, et iront même parfois suivre la formation des animateurs pour cela.

« Moi j'ai été très vite à la fin pour regarder où j'étais (rires), et puis je me suis dit c'est pas possible je ne comprends rien, donc je vais reprendre progressivement, et je me suis dit comme cela je finirai peut-être par comprendre – et tu as compris à la fin ?- non, non, non j'étais toujours pas sûr d'être bien classé. E c'est quand je suis allé à la SSMG, que je me suis dit ha ben ça va je vais bien relire mon profil » (FG2)

Il a été évoqué que cette curiosité peut être suscitée par la peur du contrôle : en effet, il s'agit de pouvoir savoir si l'on risque d'être inquiété ou non.

« Alors je me suis situé, et je me suis dit, bon je ne me situe pas trop mal, donc je n'aurai pas de retour » (FG3).

Des doutes

Face à cette initiative des pouvoirs décideurs, les médecins restent dubitatifs quant à l'objectif des messages envoyés. Le soutien à la qualité? La réduction des dépenses ? Le contrôle ? Quelle est la validité des informations qui leur sont envoyées ? Quel est l'intérêt de cette démarche ? Ces incertitudes dérangent certains. D'autres sont peu perturbés. Ces doutes sont associés à des émotions diverses, ont des conséquences variables. Mais on peut considérer que ces questionnements traversent, avec plus ou moins d'intensité, tous les médecins qui ont participé aux focus groupes.

Qualité ou réduction des dépenses

Les médecins sont en questionnement quant au véritable objectif de l'intervention feedback.

« Nee. Ik begrijp het doel eigenlijk niet. Wat wordt ermee gedaan? Als je zoiets maakt en je stuurt dat op, dan wil je er iets mee bereiken. Dus iedereen moet naar die ene stip evolueren of moet die stip een andere richting uitgaan? » (FG8)

Les possibilités réelles d'utiliser cet outil pour apprendre l'évaluation, améliorer la qualité et diminuer les résistances aux antibiotiques sont bien évoquées.

Mais l'objectif de faire des économies est considéré comme probable et semble moins acceptable.

« Il faut savoir pourquoi ils nous envoient cela, peut-être parce qu'il y a des résistances, mais je crois que l'objectif c'est pas ça, l'objectif c'est de diminuer la prescriptions pour que ça coûte moins cher ». (FG1)

« Qu'on ne vienne pas me dire que c'est uniquement dans un intérêt de formation. C'est manifestement avec l'objectif essentiel de réduire à court terme les coûts des médicaments les plus chers. C'est un élément qui pour moi est un élément de réticence majeure. » (FGaf)

« Wat is oorspronkelijk doel? Budgettering of verbetering van medische praktijkvoering...? »
« Antihypertensiva is voor het geld, antibiotica is voor gezond beleid. » (FG6)

« Op zich heb ik geen probleem ermee dat je min of meer in d'oog wordt gehouden, maar als ze gedragsverandering willen bekomen, dan moeten ze goed nadenken wat ze eigenlijk willen bekomen. En daarom heb ik eigenlijk de indruk dat het gewoon is om minder geld. Waarbij ik dan ook altijd het gevoel heb: zijn wij, huisartsen, nu de echte grote kostenveroorzakers in de gezondheidszorg? Dat stoort mij een beetje. Op zich: controle en bijsturen, vind ik goed. Ik vind het ook weer een heel gemakkelijke manier. Het is niet door heel veel kennis over te brengen, door er tijd in te steken en te zeggen: kijk eens man, ga eens een weekje uit de praktijk, wij betalen u ervoor en ga er eens over denken. Nee, gewoon een documentje op papier en daar moeten wij het mee doen. [...] En met een vooringenomenheid: ge zijt verkeerd bezig. Het is per definitie het kostendeel. Dat weten we allemaal. Dat vind ik een zeer en zeer snelle conclusie. Want ik heb dat gevoel eigenlijk niet. » (FG8)

« Beter zou het zijn: platform voor kwaliteitspromotie en kostenbesparing. Uiteindelijk is dat toch de bedoeling van deze studie. Dit is toch allemaal prul wat hierin staat. » (FG8)

Pour les médecins, la première priorité reste de « bien soigner le patient ».

« Malgré tout je me suis encore posé des questions, en me disant est-ce que y a pas moyen de faire mieux, au point de vue qualité médicale. Pas de le sens du prix, et pourquoi pas le prix tant qu'on y est mais c'est pas ...[la priorité?] » (FG2)

Certains participants expriment un réel souci des conséquences économiques de leur pratique. Ceux-ci semblent penser que la profession n'est pas assez consciente du coût de sa prescription, qu'il est

important d'y penser parce que les moyens ne sont pas illimités, et qu'il s'agit de préserver la sécurité sociale.

« Il faut voir le montant de ce qu'on prescrit chaque année. Je ne sais pas si chacun de nous est conscient... » « C'est vrai qu'on ne sait pas ce qu'on fait dépenser à la société » (FG1)

« Nous médecins nous utilisons l'argent de la communauté » (FGaf)

« On doit en tenir compte si on veut sauvegarder la sécurité sociale » (FG1)

« Il y a une réalité quand même c'est que si nous prescrivons n'importe quoi, les finances de l'Etat ne savent pas suivre non plus. Donc il est logique qu'on réfléchisse et qu'on ne prescrive pas n'importe quoi. » (FG3).

« Ik moet toegeven, ik vind – maar dat heeft er misschien weinig mee te maken – dat de overheid veel te vriendelijk blijft en veel te vrijblijvend blijft in dat probleem van antibiotica. Men gaat heel vriendelijk zeggen: aub, je zou dat moeten doen en heel veel moeite doen en dat wordt een zeer ernstig probleem. Geen individueel probleem, maar een probleem van volksgezondheid en men zou daar veel strenger in moeten zijn. » (FG7)

[Mod: « *Dus voor jou zijn de cijfers confronterend? Mag dat?* »] «Dat mag zeker. We mogen op onze vingers getikt worden. » [Mod: « *Is dit op de vingers tikken?* »] «Als het om budgettaire redenen is, wel. Maar dat mag. » «Ik heb dat zo niet ervaren. Eerder als een spiegel. » [Mod: «*Hoe ver mag de overheid gaan?* »] «Dit is zeker te tolereren. Er is wel de vrees van iedereen: hier komen toch geen sancties op? » (FG10)

Mais ce souci de l'efficience n'est pas partagé par tous. Certains participants considèrent que la qualité du service au patient doit rester le seul souci du médecin, il n'a pas à s'occuper du prix.

« La question c'est de savoir est-ce que le médicament, en l'occurrence l'antibiotique ici, est prescrit à bon escient ou non. Je crois que c'est ça la seule et unique question qu'on doit se poser. Et qu'il coûte cher ou qu'il ne coûte pas cher. » (FG2)

« Moi je crois qu'on ne tient pas la bourse de l'Inami et que en âme et conscience on soigne les gens du mieux qu'on peut, du mieux qu'on estime. » (FGaf)

« Als je het puur naar onze functie doortrekt. Je moet het beste doen. Dit is toch de bedoeling: puur economisch. Als je dan puur medisch bekijkt: je moet het beste doen voor je patiënt. Dus moet je het beste geneesmiddel geven, onafhankelijk van de prijs. Dus u zeggen dat die klasse die prijs hebben op macro-economisch niveau, als je dat blijft doen, zullen we de kraan moeten toedraaien. Maar als dat medisch gezien het juiste is? Ik denk dat ze ons erop proberen te wijzen: het budget is er niet, dus spaar maar, ook al is dat niet het meest ideale. Dat is iets voor de overheid, dat is niet voor ons. Maar het probleem stelt zich wel. » (FG8)

Un médecin a exprimé la crainte de ce qu'il appelle une dérive inverse : que le souci des dépenses prenne une place trop grande.

« Il y a des RBP où on trouve des choses intéressantes. Mais c'est une revue de la littérature confrontée à la pratique. Je connais des gens qui sont dedans qui font cela très bien, mais il y a ce souci, vraiment, quand même, quelque part, de l'économique, à tout crin. Et cela, ça peut quand même faire une dérive dans l'autre sens. » (FG4)

Un médecin a fait remarquer qu'à ses yeux, le politique devrait d'abord limiter les prix des médicaments, au lieu de laisser distribuer des médicaments chers et puis de demander aux médecins de faire la limitation.

« Parce que bon, le prix des médicaments, des quinolones, des sartans, il y a quand même une commission d'enregistrement des médicaments qui enregistre le prix des médicaments, mais si l'Etat ou l'Inami doit faire des économies, qu'il n'enregistre pas de médicaments à ce prix là. » (FG5)

Certains trouvent qu'il faut tenir compte des deux aspects. Tant mieux si les deux objectifs, qualité et réduction des dépenses, peuvent parfois se rejoindre. Mais le souci économique doit rester subsidiaire au souci de qualité médicale.

« Mais bon ici l'intérêt économique et les résistances ça va ensemble. » (FG4)

« Natuurlijk is het duidelijk dat het oorspronkelijk ingegeven door de overheid owv. budgettaire redenen. » « Toch niet vergeten dat onder druk van de wetenschappelijke verenigingen en de huisartsen er bij antibiotica beide is: de prijs én de resistentie. » (FG6)

[Mod: «*En dient dit voor kostenbeheersing?*»] «Dat zal er toch ook wel inzitten.» «Dat blijft een discussiepunt.» «Dat is toch normaal.» «Dat is inderdaad niet abnormaal.» «Bij die antihypertensiva wist ik niet dat dat allemaal zo veel kostte. » (FG10)

« Est-ce que je dois traiter la santé ou le portefeuille de la santé publique ? »
[plusieurs] : « Les deux » (FG1)

« Mais je pense que les médecins acceptent surtout cela vu les dangers des résistances. Le côté économique n'est pas toujours très accepté. Moi je suis pour qu'on tienne compte de l'économie aussi, mais bon c'est d'abord la qualité qui compte » (FG4)

Pour quelques médecins, les deux objectifs sont inconciliables : des meilleurs soins sont d'office des soins plus chers.

« Er kan bespaard worden voor antibiotica. Voor antihypertensiva is het anders: slechts 30% van de mensen met hypertensie wordt goed behandeld. Waarden worden niet gehaald. Dat gaat geld kosten! Je hebt 5 klassen nodig. Wat gaat overheid doen: goede geneeskunde kost veel meer! » (FG6)

« Eerst moet overheid duidelijk maken of ze kosten willen drukken of de goede geneeskunde willen promoten. Ik denk dat geneeskunde duurder wordt. » (FG6)

« Kost het veel geld: OK. Kan het goedkoper? Nog beter. » (FG6)

D'autres trouvent aussi que si les médecins faisaient vraiment mieux leur travail, et notamment la prévention, cela induirait en effet des coûts plus importants.

« Si on soignait tout le monde bien ça coûterait beaucoup plus cher. Il y en a quand même qu'on oublie, par exemple les hémoglobines glyquées. » (FG2)

« De antihypertensiva gaan explosie van kosten geven. Ook voor cholesterol en hart en zo. » (FG6)

Ainsi, les médecins se disent prêts à 'entrer dans le jeu' s'ils sont convaincus que le but de la démarche est la qualité scientifique, mais refusent de participer si le but est surtout économique.

« Si c'est des recommandations scientifiques, ben soyons scientifiques, par contre si c'est financier, c'est totalement différent. » (FG5) (FG6)

Le fait que certains perçoivent une divergence entre leur objectif prioritaire qui est la qualité des soins, et l'objectif économique supposé des promoteurs du feedback, entretient une crainte : un contrôle éventuel, s'il était effectué uniquement dans une perspective économique, serait probablement en défaveur du médecin

« Il y a une distorsion fondamentale c'est que les médecins ils aimeraient bien savoir s'ils prescrivent bien, tandis que celui qui commande, la cellule d'information de l'Inami qui paie, veut savoir si l'argent qu'il investit est bien investi. C'est là la quadrature du cercle. Et nous on est là entre les deux, en se demandant...et on se culpabilise beaucoup. » (FG2)

« Als je de brief leest die erbij zit: daar staat wel dat het continue kwaliteitsbevordering is. Maar misschien dat dat toch beter gekaderd wordt. Op het terrein voel je toch deze discussie. » (FG10)

Soutien ou contrôle

Une autre possibilité qui tarabuste les médecins est que cet outil, aujourd'hui uniquement envoyé à titre indicatif aux médecins, puisse être le point de départ d'une évolution vers un système de contrôle de plus en plus étroit des pratiques. Une grande partie des médecins sent planer cette ombre du contrôle avec une crainte plus ou moins grande. Certains d'entre eux en sont même tout-à-fait convaincus.

« Mais je crois aussi que ce qui bloque beaucoup de nos collègues d'ouvrir le document, c'est qu'ils le considèrent comme un document coercitif. Quasi punition, ou qui peut aller vers un jugement. » [plusieurs acquiescent] (FGaf)

[parlant de collègues de Glems] : « Certains sont plutôt chauffés à l'idée : 'On se fait contrôler, c'est le premier contrôle, ça va suivre, on va en avoir d'autres, vous verrez' ». (FG3)

« Ça fait quand même peur à une majorité de personnes. (...) Parce qu'on se dit qu'on est contrôlés et qu'à un moment donné on va être sanctionnés parce qu'on prescrit trop ou qu'on prescrit mal etc » (FG1)

« Cela a quand même, qu'on le veuille ou non, un aspect répressif indiscutable. Ça ne fait pas l'ombre d'un doute. » (FGaf)

« We voelen ons er allemaal niet gelukkig mee met dat document. Controlerende functie. Overheid is foutief bezig. Het is altijd maar repressief, ipv. samenwerken. Ze moeten zich positiever opstellen: wat is haalbaar? » (FG6)

Pour quelques uns, le danger n'est pas à craindre à court terme, mais il n'y a pas de certitude quant à l'avenir :

« Ce ne sont pas des choses qui amèneront des sanctions. Ça, on l'a répété suffisamment. Mais c'est à long terme que c'est inquiétant et on se pose continuellement des questions à ce sujet. » (FG4)

« Onderliggende onrust: wat gaat men hiermee doen? Bijvoorbeeld, ik zit met dat en dat wat buiten het normale: ik zal er wat op letten, want wat gaat men ermee doen? Je gaat defensiever worden. » (FG6)

« Wat gaat men hiermee doen? Dat weten we niet. Als ze zeggen: kom, bewijzen... Dan kan dat totaal andere reactie geven: dat kan in de beroepsgroep woede opwekken. » (FG6)

Divers facteurs vont entretenir cette crainte de contrôle. Ce document apporte la prise de conscience des possibilités, pour les décideurs, d'observer, de surveiller leurs pratiques.

« ils savent tout sur nous » (FG1,2,3)

« voilà à quoi servent les codes barres : ils ont la possibilité maintenant de voir la manière dont on prescrit » (FG3).

« Maar ja, je eerste reactie is: waar bemoeien zij zich mee? Ik schrijf toch voor wat ik wil? [2 anderen antwoorden tesamen] Dat was niet mijn reactie. » (FG7)

« Ik vind het een klein beetje inbreuk op de privacy. » «Ik vind dat ook» «Ik heb dat gevoel helemaal niet. Ik zeg niet dat ik mijn gedrag niet een beetje heb aangepast hierdoor: dat ik hier en daar wat veranderd heb. Maar ik heb daar geen schrik van dat de overheid mij zegt dat je stip een beetje te veel naar daar of daar staat. Want wie zegt dat dat per se slecht is? » (FG8)

[Mod: «Vind je dat dit te ver gaat? »] «O nee, dit mag nog. Zolang als de minister of ik weet niet wie zegt: kijk joh, nu ga je het zo doen, of nu gaan we dit of dat doen, omdat jij dit gedaan hebt. » (FG8)

« Informatie is een gevaarlijk wapen. We zien nu de minister Demotte die volmachten krijgt. Heinrich Himmler is zo begonnen: informatie te verzamelen over iedereen in zijn buurt wie werkt en dit en dat. Alleen maar informatie verzamelen, lang voor hij macht kreeg. Ik wil dat nu hiermee niet vergelijken, maar... Alles wordt geficheerd, alles wordt via streepjescodes ingebracht. En alles gaat de reuzecomputer in. Big brother is watching you. » (FG8)

« We zitten toch in een periode van "Big brother is watching you". Je hoort toch van alle kanten: je mag niet dat, je moet dit,... Als je dat dat in uw bus krijgt, denk je wel even: oei, oei. » (FG10)

Cela ajouté à un climat de méfiance entre le corps médical et les pouvoirs financiers, qui ont accès à ces données, donne du grain à moudre aux craintes d'un contrôle coercitif.

«Le problème c'est aussi le climat. On a eu les Bf, on a eu...en disant vous prescrivez de trop, ce qui fait que finalement il y a une mauvaise...Au fond quelque part on est tous d'accord, mais ce climat pourrait quand même un peu l'évaluation. Quand on a l'impression que c'est plus pour dire qu'on en prescrit trop, vous dépensez trop, vous prescrivez trop d'antihypertenseurs, et finalement ça mine ce qui au départ pourrait être une bonne chose, je trouve.» (FG2)

Ce climat est peut-être aussi entretenu par la presse médicale : certains de ses messages ont également été évoqués par un médecin comme apportant des arguments en faveur de la fonction de contrôle du feedback.

« Cela avait été rapporté par les média comme un outil pervers, une menace pour le corps médical, coercitif. » (FG2)

La crainte du contrôle peut encore être liée à une culture de la médecine générale, essentiellement en solo, très peu habituée à l'évaluation. Alors cette évaluation déstabilise, d'autant plus qu'elle vient des pouvoirs financiers et contrôleurs.

« Un stress. C'est quand même une évaluation. On n'a pas l'habitude d'être évalué. On pratique en solo. On n'a pas beaucoup d'évaluation. » « On pense qu'on travaille bien, mais... » (FG2)

« C'est vraiment le message qui est dans les esprits : c'est que pour les petits points là haut attention attention. » (FG3)

Le problème pour certains est aussi que même s'ils ne pensent pas être en tort, ils ne se sentent pas certains de pouvoir le démontrer :

« C'est un outil statistique, si on est en-dehors de la norme, automatiquement, on peut venir voir pourquoi. Et on a beau avoir des dossiers médicaux bien tenus, en médecine générale on n'a pas de secrétaire, on fait des visites à domicile, donc on ne note pas toujours tout dans le dossier médical, on ne peut pas tout justifier, donc automatiquement il y a un biais dans le contrôle. » (FG3)

L'objet concret de cette crainte est assez peu exprimé : il s'agit de « contrôle », de « un souci financier, administratif, qui pourrait se présenter » (FG3). Quelques-uns ont évoqué des conséquences financières, comme une amende, le remboursement des dépenses induites par la prescription.

« Tout doucement on sent venir les sanctions qui nous disent 'tiens si vous n'êtes pas bien, dans une année ou deux, vous aurez un gros doigt, la troisième année vous aurez une amende, la quatrième année on va peut-être vendre votre baraque. Enfin, c'est peut-être un peu parano aussi, mais ... c'est un petit peu l'idée qu'il y a en théorie. » (FG5)

« La troisième année, comme en France, où on leur dit 'écoutez, vous avez dépassé votre enveloppe deux fois, la troisième fois il faudra savoir que le dépassement de l'enveloppe ce sera de votre poche' » (FG5)

Il est à remarquer que certains médecins reconnaissent que cette peur du contrôle est un stimulus pour lire le feedback. Mais ils n'apprécient pas ce type de stimulus ! Elle peut aussi être considérée comme un stimulant pour adapter les pratiques de prescription. Mais là non plus, ce n'est pas considéré comme un bon moyen : la motivation n'est pas la qualité de la pratique, mais la peur.

« Je ne crois pas qu'on change pour une bonne raison. » (FG1)

« Le tout c'est de comprendre pourquoi on est dans cette moyenne, est-ce qu'on y est parce qu'on est un bon prescripteur, ou est-ce qu'on veut rentrer dans la moyenne pour faire comme les autres pour ne pas avoir de sanction ? » (FG5)

« Vergelijk dit met porno op TV: iedereen zal al eens kijken... Het is er en het is een prikkel. En men zal zeker kijken. Curiositeit prikkelen is pervers: je moet kijken. » (FG6)

« Angst voedt nieuwsgierigheid. » (FG6)

Certains médecins ne s'inquiètent pas beaucoup de ce risque de contrôle : soit qu'ils ne croient pas que cela puisse arriver, soit qu'ils ne se sentent pas en danger même s'il y a un contrôle.

« C'est pas pour juger, c'est pas pour culpabiliser, on te dit : voilà, tiens, c'est une indication » (FG1) « On ne vit pas dans un état jacobin. Ce n'est pas la France » (FG1)

« Ik heb dat toen zeker niet opgevat als bestraffend of iets dergelijke. Ik heb dat eerder geïnterpreteerd als een document waar ik zelf conclusies uit moest trekken en waaraan ik zelf moest werken. Dat was mijn enige conclusie. Ik ben nooit bang geweest om gestraft te worden voor al die dingen die er bij mij uitspringen. Dat zeker niet. » (FG10)

Pour certains, le contrôle ne concernera que les plus mauvais prescripteurs. Et ils se voient rassurés par la lecture de leur feedback.

« Alors je me suis situé, et je me suis dit, bon je ne me situe pas trop mal, donc je n'aurai pas de retour ». (FG3).

« In de profielencommissie werkt men met het 90^e percentiel van het 90^e percentiel: je moet geen schrik hebben. Het is enkel onze perceptie. » (FG6)

D'autres ne voient pas de problème au fait d'être contrôlé, à condition que ce soit en leur donnant l'occasion de justifier leur pratique.

« Si il y a un contrôle, le fait de pouvoir justifier par une analyse profonde de ce que l'on fait comme travail, ça ne me gêne pas vraiment ». (FG3)

« Moi je veux bien qu'on m'accuse, mais qu'à ce moment-là qu'on vienne contrôler tous mes dossiers » (FG1)

« Je n'ai pas cette crainte-là. Je peux justifier mes prescriptions si on me le demande » (FG1).

A noter que les médecins qui travaillent en Maison médicale au forfait n'ont pas reçu de feedback nominatifs, mais concernant les chiffres globaux du groupe. Ce qui susciterait moins de craintes, sans

qu'il soit possible de savoir si cette moindre crainte est liée au fait que ce n'est pas nominatif ou au fait que les pratiques de groupes auraient plus l'habitude d'être confrontées à l'évaluation :

« Au forfait on ne sait pas faire par médecin donc c'est une évaluation pour l'ensemble de l'équipe. Il n'y a pas eu de stress dans l'équipe. Je ne sais pas si c'est l'habitude de se confronter au regard des autres ou si c'est le fait qu'on en se sent pas individuellement et nominativement concerné, mais il n'y a pas eu de stress. » (FG2)

Standardisation ou liberté thérapeutique

Enfin, quelques médecins ont l'impression que le feedback, et l'incitation à suivre des guidelines en général, sont liés à une volonté de standardiser la médecine, d'imposer une manière commune de travailler :

« L'impression que ça donne quand on voit les Profils, c'est qu'on veut systématiser la médecine, et de dire 'voilà, on a décidé que le guidelines c'était comme cela, y a pas de cas extrêmes, il n'y a pas de possibilité d'en sortir, et on décide que c'est comme cela. Et les médecins, on les fait rentrer dans des statistiques. Et on nous dit, voilà par rapport à votre pratique, vous êtes là, par rapport à votre Glem, vous êtes là, par rapport à votre arrondissement vous êtes là, et je trouve que c'est forcer le médecin à changer. » « on va essayer d'harmoniser la Belgique, pour que tout le monde prescrive un peu la même chose » « Je ne sais pas si vous avez la même idée, mais je trouve qu'on veut nous rentrer dans un moule, et avoir tous les médecins sur le même truc. Donc on aura une médecine d'Etat, dictée par l'Etat, avec le seul souci d'économie. C'est vraiment l'impression que cela nous donne actuellement. » [FG5, une seule personne]

« N'empêche que moi j'ai le sentiment que ça va devenir quelque chose de normatif. C'est ça qui profondément me déplaît. On est dans les premières étapes, qui maintenant sont très sympathiques, mais je suis persuadé que dans 10 ans on aura des obligations de faire de cette façon » (FG1)

La conception et les concepteurs du document

Tous les doutes expliqués jusqu'ici sont grandement alimentés à la fois par l'ambiguïté du discours politique et des pouvoirs organisateurs, tel qu'entendu par ces médecins, et par un manque de clarté quant au rôle des diverses institutions (Inami, syndicats, sociétés scientifiques) qui participent simultanément à cette intervention, mais dont les objectifs fondamentaux peuvent être très différents.

« Quelque chose qui est ressorti souvent, cette ambiguïté dans les rôles, qui envoie cela et pourquoi. » (FG4)

« C'est vrai que le politique a dit, c'est un discours qu'on entend, nous allons réduire les dépenses par l'emploi des profils et des Glems etc. Et donc ça laisse quand même planer dans l'esprit des médecins que les Glems c'est fait pour faire de l'économie. Ce qui n'est pas l'approche que les sociétés scientifiques, et tout cas la SSMG, a. Mais c'est vrai qu'on entend cela dans le discours politique. » (FG3)

« Tja, dit is wat [naam van een lid van NRKP] zegt. Ik denk toch dat er een algemeen beleidsplan moet komen. En dat er dan gezegd wordt: dit kadert hierbinnen. Dan kan de vrees weggenomen worden van "dit is penaliserend en bestraffend". Een deel artsen wil hier wel aan werken, maar de vrees voor Big brother die misbruik maakt van indicatoren bestaat wel. En dan is de reactie: ik doe niet meer mee. » (FG10)

L'Inami est prioritairement perçu comme l'auteur du feedback : le fait que le document arrive dans une enveloppe à en-tête de l'Inami n'y est d'ailleurs pas étranger. Or les médecins considèrent que l'objectif de l'Inami n'est pas la qualité mais bien la réduction des coûts, et que sa fonction se situe plutôt dans le contrôle et la coercition que dans le soutien à la qualité.

« Quand on reçoit une enveloppe de l'Inami c'est comme si on reçoit un pro justitia » (FG1)

« L'Inami est trop visible. On croit que cela vient de l'Inami, alors que si on regarde mieux on voit que d'autres organisations ont participé » (FG1).

« On peut toujours soupçonner les informations qui viennent de l'Inami d'être influencées par l'aspect économique, et pas tellement par l'aspect scientifique. Même si il y a un vernis de scientifique. » (FG1)

« Ici on se trouve dans un milieu plus ou moins coercitif. Dès que l'Inami entre en scène... » (FG2)

« Het is trouwens financieel, want wie geeft dit uit? Het RIZIV? » (FG8)

« Ik denk dat de overheid vooral geïnteresseerd is in het sparen van geld. » (FG8)

Pourtant, quelques médecins considèrent même qu'à leurs yeux c'est bien la tâche du gouvernement de leur envoyer ce type d'information.

« Ik vind dit nieuw, dat dat gebeurt door de overheid, het is daarvoor nog nooit gebeurd en ik vind het een heel belangrijke taak van de overheid, ik ben eigenlijk heel blij dat dat bestaat. » (FG7)

« Dit gaat niet enkel over geld sparen. Hierbij geeft men ook een protocol voor voorbeeldige geneeskunde. » (FG7)

Des exemples liés à d'autres interventions mises en place sont cités par les médecins comme ajoutant à la confusion, comme la réforme de la réglementation concernant le remboursement des IPP :

« c'est vrai que le politique garde quand même une certaine ambiguïté. Quand on regarde par exemple qu'un Oméprazole a des conditions de remboursement différentes qu'un Losec, c'est pas du scientifique, c'est de l'économique. » (FG3)

Les médecins parlent beaucoup de « ils » sans trop pouvoir identifier de qui il s'agit. L'amalgame entre Inami, décideurs politiques, gouvernement, est prégnant. Dans un focus groupe, le nom de l'Inami n'a jamais été évoqué, mais les mêmes arguments ont été cités que dans les autres Focus groupes, comme concernant le « gouvernement ». La plateforme de la qualité ne semble pas très connue.

« Pour vous qui est « ils » ? – « ils est représenté par le politique. – ils c'est Rudy. [a] – non, c'est trop simplifié, quand même je ne le défends pas mais quand même, c'est plusieurs personnes. – c'est écrit sur la première page : la plateforme, SSMG, VKC, Inami, etc. c'est vrai que c'est un peu hétéroclite. – Il faut savoir d'où elle est partie la plateforme, d'où est venue l'initiative. Pour rendre la chose plus démocratique, ils chargent, et heureusement d'ailleurs, il ne faut surtout pas dire non, on n'y va pas, mais le point de départ c'est pas la plateforme » (FG4)

« C'est quoi la plateforme de la qualité ? » (FGaf)

« Reactie om iets te doen, hangt af van de prikkel: als we weten wie erachter staan, in positieve zin, dan wil je meewerken. Nu: wie doet dit? Waarom? En hoe? Zo kan je niet positief meewerken. » (FG6)

Inversement, la participation des sociétés scientifiques, quant elle est identifiée, est un argument en faveur du fait que ce document a prioritairement un objectif de qualité ou de diminution des résistances aux antibiotiques, et une finalité de soutien à l'auto-évaluation. Une grande confiance en l'intégrité des sociétés scientifiques est exprimée, essentiellement par des personnes qui en sont assez proches. De plus, la formation organisée par les sociétés scientifiques semble avoir apporté des arguments positifs à ceux qui l'ont suivie. De même, certains médecins ont reconnu dans l'intervention feedback ou dans l'élaboration de certaines recommandations, la participation de personnes qu'ils considèrent comme intègres et travaillant dans un souci scientifique, et cela augmente leur confiance dans le projet.

« Moi je n'ose pas croire que la SSMG se serait mouillée là-dedans. J'ai l'impression que c'est pour qu'il y ait une prescription rationnelle des antibiotiques ». (FG1)

« Dans les antibiotiques il y a plus que de l'économie. Il y a le problème de résistances qui s'installe et pour lequel on doit réagir. Moi j'ai participé à la SSMG à la journée de formation pour les animateurs de Glem, et on expliquait bien cet aspect-là. » (FG2)

« Surtout quand on sait par qui c'est fait. Je sais qui a participé, je sais qu'il travaille consciencieusement, avec des objectifs scientifiques et pas financiers » (FG3).

« Natuurlijk duidelijk dat het oorspronkelijk ingegeven door de overheid owv. budgettaire redenen. Toch niet vergeten dat onder druk van de wetenschappelijke verenigingen en de huisartsen er bij antibiotica de prijs én de resistentie is. » (FG6)

« De overheid zegt "graag antibiotica en hypertensie". Wetenschappelijke verenigingen kleden dit mee in. Dit is belangrijk winstpunt van wetenschappelijke verenigingen op de overheid. » « Mag niet enkel bij overheid liggen. Wij moeten er bij betrokken blijven. » (FG6)

« Uitgangspunt bij de overheid is het budget. Dat is het belang van hen dat wij dit bespreken. Je hebt koppeling met wetenschappelijke vereniging ivm koppeling aan achtergrondinformatie: je hebt er iets aan als arts. Je hebt wetenschappelijke informatie, los van cijfers. Overheid wenst besparingen: prima, als wij ook informatie krijgen, waar wij wetenschappelijk iets mee kunnen doen. » (FG6)

D'autres éléments influencent encore l'opinion des médecins quant à l'objectif de l'intervention : Les thèmes choisis pour ces feedbacks, notamment. Un feedback concernant les antibiotiques leur paraît

^a Rudy Demotte, Ministre de la santé publiques et affaires sociales au moment de la recherche.

correspondre à un réel souci concernant les résistances, mais le feedback sur les antihypertenseurs quant à lui, fait bien pencher la balance dans le sens du souci pharmaco-économique. Un médecin citait la possibilité d'un feedback sur les mammothests, lequel est plus axé sur la qualité que sur un objectif économique, comme un signe, que le feedback peut être surtout un outil d'amélioration de la qualité.

« Au niveau coût, si on doit prescrire l'amoxicilline à bonne dose, c'est quand même des doses assez élevées, donc finalement cela ne revient pas moins cher que l'amoxyclav. Là c'est une question, je dirais, écologique, pour éviter les résistances. C'est peut-être moins une question économique à ce niveau là. » (FGaf)

« Pour le feedback sur les antihypertenseurs, quand l'Inami nous met : premier choix dans l'hypertension, un diurétique, on se rend bien compte que c'est pour des raisons économiques. Alors si ils nous envoient un feedback pour les antibiotiques, on va se dire qu'il y a aussi des raisons économiques là-dessous. Pourquoi le faire pour les antihypertenseurs et pas les antibiotiques ? » (FGI).

« Anihypertensiva is voor het geld, antibiotica is voor gezond beleid. (FG6)

Un autre élément en faveur de l'objectif économique est que les coûts soient décrits dans le dernier tableau du feedback.

« Ja daarover gaat het! In het laatste tabelke staat het in het vet gedrukt. Ze eindigen eigenlijk met de kostprijs. Dus dat is het besluit: kijk naar de kosten! » (FG8)

Le fait que la convention médico-mutualiste ait été liée à des objectifs de prescription a été vécu comme un élément négatif, plaidant en faveur d'un objectif purement économique et peu couplé à des objectifs de qualité, surtout que les thèmes (antibiotiques et antihypertenseurs) étaient communs à ceux des feedbacks.

« la convention médico-mutualiste a été soumise à une diminution des AB et des antihypertenseurs, et c'est pas par hasard qu'on reçoit justement ces profils-là. » (FGI)

« Ik speel even advocaat van de duivel: mag dit ineens gekoppeld zijn aan de conventie? [Algemeen] Nee. » (FG10)

Enfin, le récent courrier envoyé aux médecins « outliers » est considéré comme une confirmation des soupçons quant au contrôle ou au seul souci de réduction des dépenses.

« Ils ont envoyé une lettre à des gros prescripteurs, 366 médecins, les avertissant que il faudrait peut-être... Ca veut dire que 366 d'entre nous ont reçu une lettre qui n'était pas forcément charmante, et la prochaine ce ne sera probablement plus pour leur dire qu'ils surprescrivent, mais qu'ils doivent rembourser. » (FG5)

« Et cela se vérifie dans les faits : j'ai un ami du Glem, qui lui est un prescripteur plus élevé de Sartans, et qui a reçu une lettre de l'Inami où on l'invite gentiment à une formation sur l'intérêt actuel du sartan dans l'hypertension. Donc [...] c'est clair que le but de cela ce n'est pas de nous fournir un outil d'évaluation, nous on est contents de cet outil d'évaluation, mais le but c'est de diminuer la prescription d'antibiotiques. Ou de diminuer la prescription de médicaments coûteux dans les traitements antihypertenseurs. Ca c'est la finalité. Il suffit de voir qui renvoie le truc. Ca, c'est aussi lié. » (FGaf)

« C'est comme si on nous disait qu'on roule trop vite mais qu'on ne nous a pas donné de limitation de vitesse ». « Ou plutôt : comme si sur une autoroute on nous a donné une limitation de vitesse mais on nous dit attention c'est les 10% qui rouleront le plus vite qui seront flashés ». (FGI)

Un autre élément qui améliore la confiance en cet outil semble être pour certains de connaître la façon dont il est construit, les procédures, la rigueur de la construction des messages et du contrôle des données. Le fait également de savoir que les documents sont détruits après envoi aux médecins (même si les données sont toujours existantes) en a rassuré certains.

« Je crois que la publicité a été mal faite parce que on n'est pas fichés. Moi ça m'a posé un problème parce qu'on n'a pas reçu notre feedback sur les antihypertenseurs. Alors j'ai demandé à recevoir une copie. Ah non le matériel est détruit. Donc il n'y pas de capacité de contrôle, personne ne sait contrôler cela. Si, l'Etat pourrait refaire la même analyse puisque les données sont dans les mutuelles, donc il pourrait redemander aux mutuelles de leur donner les données pour reconstruire, mais en fait le travail qui a été fait là est détruit. » (FG3)

Même si cette destruction pose problème lorsque le document n'est pas arrivé chez son destinataire : il n'est pas possible d'en avoir une copie !

Fiabilité des informations

Ces incertitudes sur les objectifs réels du feedback ont pour conséquence une mise en doute de la validité des informations qui sont transmises dans le document de feedback. Tant pour les informations apportées par les messages de recommandations, que pour les données de prescription.

« On ne tire pas des conclusions de ce genre d'études parce que ce n'est pas suffisamment scientifique. L'information qu'on peut recevoir d'une firme pharmaceutique concernant son produit on ne va quand même pas prendre ça comme référence. Ici c'est un peu le même truc, c'est l'état ou l'Inami qui nous dit des normes qu'on devrait suivre, mais en fonction de quoi ? » (FG1)

« Il ne faut pas non plus prendre les gens pour plus idiots qu'ils ne sont, le message vient clairement des autorités dont la finalité est très clairement de réduire les coûts de la prescription. Alors évidemment on peut s'interroger sur la crédibilité des informations qui sont transmises. A partir du moment où on annonce clairement que c'est réduire les dépenses, on peut s'interroger sur la crédibilité de l'outil. Cela, je pense que c'est inévitable. On ne peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre. » (FGaf)

« De informatie die we krijgen over geneesmiddelen komt allemaal van de overheid. Het feit dat de witte producten kwalitatief even goed zijn wordt ons gezegd door de overheid. We hebben eigenlijk op geen enkele manier inzage in die documenten. We kunnen dat misschien wel doen via allerlei ingewikkelde procedures en websites maar dat doen we niet. » (FG7)

« Ik heb soms mijn bedenkingen over de correctheid van die informatie. Je kunt daar niets van testen. Je kunt bijvoorbeeld met dit document zien hoeveel patiënten je per jaar zag. Dat was er toch serieus naast, was mijn indruk! Want hier heb je toch de controle van je eigen boekjes. Dus dat is een eerste opmerking die ik zelf had: ik denk niet dat die cijfers heel correct zijn. » (FG8)

« Maar hierop doet men een promotie van medicamenten waarvan men nu flagrant zegt dat dat niet meer de standaard is en wij moeten die dan volgen. Ik denk dat wij ons hier als huisarts dan niet in een sterke positie zetten. Hetzelfde met antibiotica-gebruik. Ik heb richtlijnen gelezen over het antibiotica-gebruik bij sinusitis. Het kwam erop neer dat je niks mocht doen en als er een probleem was voor antibiotica, dan moest je naar de specialist sturen. Ja, wat heeft een huisarts nog te betekenen als hij geen therapie mag doen? Elke patiënt die je doorstuurt met een oorontsteking, zal met een antibioticum thuiskomen, als wij ze niet geven. » (FG8)

Il apparaît à certains médecins que les messages, les méthodes d'analyse et les seuils proposés dans les feedback pourraient être modifiés selon les objectifs des décideurs, et non selon des règles de qualité ou d'EBM. Ainsi, les décideurs modifieront les règles au fur et à mesure et les médecins auront beau faire, beau s'améliorer, ce ne sera jamais suffisant, ils ne pourront jamais être « bons ». Ce sentiment peut bien sûr être conforté par le fait que la référence proposée dans le feedback est une moyenne, laquelle est évidemment sujette à se déplacer si les médecins modifient leur comportement prescripteur.

« Si on respecte les règles et que cela coûte cher, alors ils changent les règles » (FG2).

« Il faudra avoir des arguments très importants, on nous dira mais ne vous inquiétez pas, on va prendre uniquement ceux qui sont en haut et à droite...- mais il y en aura toujours en haut et à droite. » (FG2)

« Mais là moi j'ai l'impression que c'est un ministre qui commande, ou le directeur de l'Inami, qui dit, ben voilà vous me pondez un truc, on a un peu cette impression là. » (FG5)

« We zijn hier toen eens allemaal nagegaan of we hier starten met een diureticum en een betablokker. En het bleek dat de meesten dat deden. En onze stip -want je hebt ook nog de driehoek van de LOK-groep binnen het arrondissement- zat gewoon maar in het midden. Dus toen hebben wij gezegd: eigenlijk doen wij toch allemaal min of meer wat ze vragen en we zitten in het midden. En toch is de overheid niet tevreden met wat de artsen doen. En dat vond ik toen wel een akelige vaststelling. Ik weet ook wij hier in onze LOK-groep met antibiotica ongeveer mooi in het midden zaten. Dus als ze ons willen zeggen dat wij artsen allemaal teveel voorschrijven, dan betekent dat wij als artsen allemaal nog eens extra naar beneden moeten gaan. Dat vond ik niet zo'n leuke boodschap. » (FG8)

Pour quelques-uns, certains documents comme les Folia, ou Minerva, pourraient être influencés par les volontés du politique, qui les finance.

« Une revue comme le folia moi je trouve que cela sent beaucoup trop le téléguidage. – mais bien sûr. – on sent qu'on a économiquement décidé qu'il faut prescrire le moins cher. Je trouve cela gênant. – Minerva aussi, c'est bien fait, mais c'est fait avec une certaine surveillance du politique. – c'est évident : ils ont reçu des subsides pour faire cela. » (FG4)

Mais ceux-là sont peu nombreux : la plupart considèrent ces sources d'informations comme des références sur lesquelles ils s'appuient. D'ailleurs, le fait de constater la cohérence des messages du feedback avec d'autres recommandations proposées par les sociétés scientifiques ou des Folia, plaide alors pour eux en faveur du côté scientifique du document.

« Et puis j'ai commencé à lire les recommandations, j'ai vu qu'elles correspondaient aux recommandations connues, qu'elles n'avaient pas l'air d'être biaisées ». (FG3)

« Dans les messages ce sont quand même des messages EBM qui sont repris »(FG1).

La présence de références bibliographiques a aussi été citée par certains comme rassurante :

« D'un autre côté, il y a des références donc cela a l'air aussi de ne pas être seulement l'invention de l'Inami toute seule, on peut aller voir... » (FG4)

Une certaine méfiance peut aussi être induite par un manque de connaissances de base concernant les règles de l'EBM.

« Ce qu'on devrait faire ? enfin, sur base de je ne sais pas quoi. C'est ce qu'on nous recommande de faire, mais ces recommandations, qui a pondu cela ? » « Mais on peut savoir qui fait les recommandations de bonne pratique ? » (FG5)

A la demande : faut-il plus de références scientifiques ? : « Plus ? est-ce qu'il y en a ? – Il y en a – Au début il y en a quand même. – Oui mais en fait ils nous donnent des références qui sont des références qu'ils ont tirées de choses que, on va dire, l'Inami, a mis au point. Donc, pour moi c'est pas des bonnes références. » (FG5)

S'ajoutent des doutes quant à la validité des données transmises : les médecins ne sont pas certains que les données concernant leur patientèle ou leurs prescriptions sont justes. En effet, certains sont surpris : les chiffres qu'ils reçoivent ne correspondent pas à l'idée qu'ils ont de leur pratique, soit en matière de prescription soit pour la description de leur patientèle d'attribution. Ce qui les gêne alors est qu'ils sont dans l'impossibilité de vérifier la justesse des données qu'on leur envoie.

« D'abord j'étais curieux de voir quelles erreurs ils avaient fait. Je n'y crois pas. Ils ont beaucoup de renseignements, mais il y a encore des tas d'erreurs. Dans la forme présentée il y a beaucoup de manipulations. » (FG1)

« le problème c'est qu'il n'y a pas moyen de vérifier, surtout » (FG1)

« Comment voulez-vous que je contrôle ? je suis tout surpris (*par les données sur sa prescription de quinolones*), j'essaie de comprendre et c'est incompréhensible. Le contrôle de notre côté on ne sait pas le faire. » (FG1)

« Notamment un certain nombre d'analyse sur la manière dont sont recensé notre propre patientèle, je peux vous assurer que pour avoir comparé par rapport à la mienne, il y a un certain nombre, d'erreurs, par rapport aux données qu'on me donne. » (FGaf)

D'autres exemples sont donnés qui alimentent cette impression de manipulation des données : par exemple, de petits nombres absolus de prescriptions ou de patients au dénominateur donnent des gros pourcentages de prescription d'une molécule, et induisent la fausse impression d'être un outlier.^b Un autre antécédent vécu d'erreurs est un premier feedback envoyé chez des jeunes médecins qui étaient encore en assistantat, et pour lesquels les chiffres paraissent assez aberrants.

« Il y a de la perversité. Si je regarde mes données, je vois que j'ai prescrit 100% de amoxy-clav sirop mais je vois qu'il y a 1 patient. (...) Là la forme dont c'est présenté me donne l'impression d'être un « mauvais » alors que j'ai peut-être été sousprescripteur ? C'est manipulant, culpabilisant. » (FG1)

« Pour une grande classe comme les antibiotiques, je trouvais que c'était pas mal parce que tous les médecins participants, même ceux qui ont une activité moindre prescrivent ce type de molécule sur une année quand même quelques centaines de fois. Par rapport aux antihypertenseurs, il y en avait certains, si je prends mon épouse qui avait quand même une pratique essentiellement gynécologique, il y avait des tas de conclusions sur 10 prescriptions de sartans. » (FGaf)

« Quand j'ai reçu le premier il y a deux ans je sortais juste de mon assistantat, les données étaient ininterprétables : ça n'avait pas de sens parce que je n'avais aucun patient et mon maître de

^b Cette problématique des petits nombres absolus rencontrés chez certains médecins est rapporté par un animateur aussi : il explique que l'avantage des antibiotiques que la majorité des médecins ont un nombre suffisant de prescriptions pour que les informations soient interprétables. Ce qui est à son sens moins évident dans le cas des antihypertenseurs.

stage en avait beaucoup d'attribués. Tout ça ne reflétait pas la réalité, ça ne m'apportait pas grand-chose à ce moment là. Pour moi c'était poubelle. Je ne savais pas interpréter cela, je me suis dit je ne vais pas me fier à cela. Donc je suis toujours un peu méfiante. Est-ce que ces chiffres sont vraiment corrects ? Est ce que ce système, de calcul on peut vraiment s'y fier ? Mais pour le deuxième j'avais l'impression que les chiffres étaient plus fiables. » (FG2)

« Ik herinner mij het eerste feedbackrapport dat ik gekregen heb, die cijfers kloppen totaal niet. Ik had waarschijnlijk te weinig patiënten en dan denk ik, dat je dan moet opletten qua significantie. Dat was daar heel duidelijk het geval, je kon er kop noch staart aan breien. » (FG7)

« Ik denk dat ik dus ook extreem zat, met slechts 3 patiënten. Dus in die zin is dat misschien toch niet zo correct, wat daar staat. Dat kan een bedenking zijn. Het is ook niet altijd up-to-date, het gaat altijd over een tijd terug. De eerste, antibioticafeedback was dat alleen bij de 50-plussers dat we een GMD konden afsluiten, dat zegt dan ook nog niet zo heel veel. » (FG7)

Il faut signaler que les 'profils' précédents, pour lesquels des erreurs avaient été retrouvées et reconnues, avaient eu l'occasion de les conforter dans ce doute, et sont encore souvent évoqués.

« Surtout que lors des premiers profils les chiffres avaient été complètement aberrants. Donc on s'est dit bof ça va encore être la même chose, les chiffres vont de nouveau ne correspondre à rien du tout et ne pas correspondre à notre pratique. » (FG2)

« Il y avait des erreurs dans les profils, où on avait des données sur des médicaments qu'on n'avait jamais prescrit. » (FG4)

« Qu'ils disent comment ils ont corrigé leurs erreurs d'avant. Car la première position est la méfiance à cause des premiers profils. Il faut savoir tirer les leçons du passé. » (FG1)

« Is het wel juist? [...] Eerste keer van profiel was zodanig slecht... » (FG6)

Certains médecins ont pourtant révisé leur jugement après avoir analysé les données, reconnaissant que les méthodes de présentation leur paraissent correctes.

« Moi ma première réaction ça avait été 'c'est pas possible, c'est pas juste, comment est-ce qu'ils peuvent faire un calcul sur si peu de patients, il y avait 58 patients, on ne peut pas faire des statistiques là-dessus.' et puis on se rend compte que c'est remis dans des proportions qui font que c'est quand même ... » (FG3)

Et quelques-uns considèrent d'emblée que ces données ne sont pas à mettre en doute : ce document est correct et fiable.

« Ik was daar eigenlijk enthousiast over. Ik vond het heel leuk en intrigerend, zowel om te weten hoe men een analyse maakt van het antibioticagebruik in de huisartsenpraktijk. En dat dat nu een keer van de overheid kwam en niet van firma's. Dat dat van een onafhankelijke instantie een keer naar voor werd gebracht. » (FG7)

En conclusion, on peut dire que les médecins se trouvent face à une démarche qu'ils pourraient accueillir favorablement, mais qui en laisse beaucoup dubitatifs. Ils sont partagés entre l'envie de prendre ce document comme un outil d'assurance de qualité, et la suspicion que ses réels objectifs soient surtout économiques ou de contrôle. Voici un extrait qui peut bien résumer l'attitude partagée qui peut être vécue :

« Moi quand je l'ai reçu, je l'ai parcouru en me disant c'est un outil intéressant pour situer ma prescription par rapport à la région. En même temps, je me dit qu'il n'y a pas que moi qui l'ai reçu, en même temps d'autres organismes, le ministère de la santé peuvent l'avoir en mains. Alors je me suis situé, et je me suis dit, bon je ne me situe pas trop mal, donc je n'aurai pas de retour. Voilà donc une réaction de curiosité, une réaction d'outil de contrôle, qui est une réaction négative. Et puis j'ai commencé à lire les recommandations et j'ai vu qu'elles correspondaient aux recommandations connues, et je n'ai pas été plus loin dans la lecture des recommandations. J'ai vu qu'elles correspondaient, qu'elles n'avaient pas l'air d'être biaisées » (FG3)

3.3.1.2. Evaluation du document feedback

L'intérêt du document pour les médecins

Qu'ils soient plus ou moins dubitatifs, ou qu'ils expriment des sentiments plus positifs ou plus négatifs, qu'ils soient d'accord ou non avec le fait de recevoir ce document, la plupart des médecins interrogés trouvent au feedback un intérêt, que ce soit pour eux-mêmes ou de façon plus globale.

Observer sa patientèle, sa prescription et celle des confrères

Le feedback permet d'avoir une vision sur sa propre prescription, mais aussi de voir comment pratiquent les confrères. Particulièrement les confrères de la même région, via le Glem, sont ceux qui sont les plus importants pour se comparer.

« Moi je l'ai découvert avec curiosité d'abord, et puis intérêt ensuite, parce que la lecture permet de comparer son activité avec les autres et de se rendre compte où on se situe par rapport à sa prescription habituelle » (FG3)

« C'est intéressant de pouvoir se comparer à ses confrères, et d'évaluer la façon dont on travaille » (FG1)

« C'est intéressant de voir où on se situe par rapport aux à d'autres, et par rapport à ce qui est recommandé aussi. » (FG3)

« Le fait qu'il y a une comparaison de chaque individu vis-à-vis de son Glem, je pense que ça c'était quand même positif. Parce qu'on est souvent dans la même région, avec à peu près les mêmes pathologies, parce que on ne peut pas comparer un qui est à la côte avec un carolo, qui avait (parce qu'ils disparaissent) des mineurs et tout. Ça ça permettait de mieux s'évaluer. » (FG2)

« In LOK: je kan je positioneren tov. mensen die je goed kent en die in dezelfde regio werken. Statistiek over LOK-groep is belangrijker dan statistiek over hele land. » (FG6)

Certains y ont encore vu la possibilité d'observer le profil de leur patientèle.

« Cela amène une réflexion sur la pratique, mais aussi sur les disparités de patientèle. » (FG1)

« Les deux choses qui m'ont le plus intéressé : c'est le profil des patients : DMG ; âge de mes patients, etc. et la comparaison entre les deux (*feedback*) : voir l'évolution. » (FG1)

« Ik was zeer geïntrigeerd door mijn eigen praktijkgegevens en persoonlijke gegevens, ik was enthousiast. » (FG7)

« Ik vond het ook interessant omdat je uzelf kunt vergelijken met de anderen, met de leden van de LOK-groep, met de huisartsen in het algemeen. Ik vind het ook heel interessant: de gegevens over uw praktijk en uw patienteel en zo. Je bent bezig en je hebt eigenlijk geen idee: heb ik nu een gemiddelde praktijk? » (FG9)

Apprendre l'auto-évaluation

Certains médecins évoquent le fait que l'évaluation ne fait pas partie des habitudes des médecins généralistes. Ce document permet de questionner sa pratique par rapport à ce qui est recommandé, ou par rapport à celle des confrères. Il apporte donc un apprentissage nouveau et intéressant, celui de l'auto-évaluation. Mais à condition qu'il puisse se faire dans un contexte serein.

« Moi ce qui m'a intéressé aussi, c'est que je trouve que c'est une chose dont on manque très très très fort dans notre travail, c'est l'évaluation. On a très peu d'outils d'évaluation de ce qu'on fait. [...] et quand on évalue vraiment sa pratique, on se rend compte de la discordance terrible qu'il y a parfois entre ce qu'on croit faire, qui est plus fonction des recommandations de bonne pratique, de nos connaissances, etc, et ce qu'on fait dans la réalité des choses. » (FGaf)

« Moi je vois cela comme une façon en plus d'apprendre des choses, de se comparer, de s'évaluer... (...) moi je trouve que c'est une façon supplémentaire d'avoir de l'information. Peut-être que c'est intéressant quand même de s'évaluer parce que parfois on ne se rend pas toujours compte non plus... » (FG5)

« On a une formation et une pratique qui n'est pas habituée à l'évaluation. Je pense que les choses commencent à bouger un peu, à différents lieux, mais quand l'essentiel de l'évaluation vient d'une instance qui est en même temps un contrôle, là c'est effectivement difficile pour les gens, comment peuvent-ils entrer dans une démarche d'évaluation et d'auto-évaluation, quand le premier qui vient montrer le bout du nez c'est celui qui peut lui retomber dessus après ? C'est vrai que c'est pas le moyen le plus propice. Quand on voit au Canada, au cours de leur formation, ils sont en continuel contrôle etc, et ça ne pose pas de problème, quand ça vient dans un contexte comme ça, ben ça se passe bien. Mais soit il faut d'abord cet apprentissage dans le milieu, ... » (FG2)

« Il faut se poser la question : est-ce que la façon dont je travaille et je prescris est cohérente avec l'EBM et le fait qu'on nous dit maintenant attention, on surprescrit des antibiotiques ? » (FG1)

« Het doet je wel nadenken. Enerzijds van waar situeer ik mijzelf, en eigenlijk wil ik dat nog beter doen. » (FG7)

« Het is pas op het moment dat mijn voorschrijfgedrag wat afwijkend was, dat ik dan hier meer op ben beginnen nadenken. [en de achtergrondinformatie ben gaan lezen] Ik heb dus eerlijk gezegd niet klakkeloos geloofd wat je hier op het eerste blad geschreven hebt. » (FG9)

« Wat kan je hebben tegen kritisch bekeken te worden? Dat begrijp ik niet. Dit is toch positief naar ons toe: je leert hier iets uit. 20 jaar lang heb ik niet geweten waar ik sta met mijn antibiotica. Het is de eerste keer dat ik te weten kom: ik schrijf te veel van dit voor. Voor mij mogen ze dat gerust nog voor andere zaken doen ook. » (FG9)

« Absoluut weet je het niet, maar met relatieve cijfers kan je toch al iets zeggen. Als je weet hoe uw verhouding is tussen nitrofuranen en quinolonen, weet je toch of je de richtlijnen volgt of niet. En als je voor nitrofuranen 0,2 als index hebt, dan zijt gij een charell die daar zich niks van aantrekt. Zo simpel is dat. » « Deze hier heeft een profiel onder eng-spectrum penicillines: hij heeft 699 keer een AB voorgeschreven, waarvan 0 keer een eng-spectrum penicilline. Zegt dat niks over de kwaliteit? Die arts heeft de richtlijn streptokokken-angina nog niet gelezen. Punt. Die moet bij mij niet komen zeggen dat hij kwaliteit levert door bij elke angina Augmentin voor te schrijven. » (FG9)

« Dat [*“richtlijnen in het begin van het document”*] vond ik even belangrijk als het profiel achteraf. Het is in 2 stukken, maar ik vind ze even belangrijk. Je leert daaruit hoe het moet. En dan ga je kijken hoe je zelf doet. En dan kom je tot de conclusie wat er verbeterd kan worden. Ik denk dat dat op veel punten nog werk is. » (FG10)

Susciter le débat en Glem

Enfin, le fait de recevoir le document de feedback suscite une réunion et un débat sur la prescription en Glem :

« Le document est un bon point de départ pour une discussion en Glem, un partage d'avis, sans extérieurs. » (FG1) « C'est (*le document*) plutôt un point de départ pour la discussion, c'est très intéressant parce que c'est là qu'on apprend le plus, c'est en confrontant les avis. » (FG1)

« Chaque fois qu'il y a eu un feed-back, on a fait un glem dessus, et c'était les meilleurs glems, parce qu'on était dans le vif du sujet, chacun a pu poser son point de vue... et le fait de parler entre nous c'était beaucoup plus intéressant que finalement ce qu'on nous racontait dans les papiers » (FG1)

« Je moet er iets mee doen met die informatie. Individueel, gegevens op zich, bereik je er niet genoeg mee. Bespreken met collega's in dezelfde situatie is minstens nodig. » (FG6)

Avertir les gros prescripteurs

Il y a aussi parfois conscience du fait que la prescription en médecine générale est trop importante, et l'avis de certains est que les gros prescripteurs doivent être avertis et sensibilisés. C'est dans ce cadre, à leurs yeux, que le feedback a sa raison d'être. Mais cet avis n'implique pas automatiquement qu'ils soient d'accord avec le fait qu'il faut encore envoyer des feedbacks supplémentaires, ou viser spécifiquement ces gros prescripteurs.

« Quand on voit le pourcentage de prescriptions pour les angines, il y a des gens qui prescrivent de l'augmentin à tout le monde dès qu'ils voient une gorge rouge. C'est 15% des gens, je me dis, ne fut-ce que pour ces 15% là, moi je ne me sens pas visé, mais cela ne me dérange pas qu'on leur dise ce qu'ils sont en train de le faire. S'ils trouvent que c'est justifié, je ne vois pas comment ils peuvent le justifier scientifiquement, mais je trouve que ce n'est pas... On peut toujours informer les gens. Leur dire : votre attitude économiquement n'est pas très bonne, mais scientifiquement aussi. » (FG4)

« Moi je trouve que c'est nécessaire. Quand vous voyez l'exemple des quinolones, c'est flagrant en tout cas. On a abusé. Moi pour ma part je suis tranquille, j'en ai très très peu prescrit, mais je trouve qu'on a vraiment abusé. (...) Il faut quand même être un peu honnête, il faut revenir de temps en temps au prix des choses, et de savoir qu'on peut obtenir le même résultat avec le quart du prix, moi je trouve cela intéressant. » (FG4)

« En fait, moi je connais certains médecins, je ne citerai pas de noms, chaque fois qu'ils vont voir des patients, un de mes patients en garde, je saurais dire quel antibiotique ils vont prescrire : c'est de l'Augmentin pour tout le monde. Alors moi je trouve que ça a un petit rôle positif, dans ce cas là. » (FG5)

L'avis des médecins concernant les messages de recommandation

Globalement, nous avons pu constater à quel point ce sont les chiffres et les graphiques qui attirent la curiosité des médecins, bien plus que les messages de recommandation. Ainsi, certains médecins n'ont pas vu, dans un premier temps, qu'il y avait des messages de recommandation au début de document, certains les ont vus dans un deuxième temps.

« Ja, eerst cijfers, dan de rest. » (FG6)

Certains médecins ne semblent pas vraiment percevoir le statut de ces messages, comme étant des messages de recommandations basés sur l'évidence.

« Ik zou meer gebaat zijn met meer wetenschappelijke criteria. Dit was al meer het geval bij de antihypertensiva. Wat zijn argumenten om dit of dat voor te schrijven? Met EBM en wetenschappelijke referenties: dit dan in LOK bespreken. » « Er is toch heel wat achtergrondinformatie. Wetenschappelijke vereniging heeft wetenschappelijke informatie geleverd. Zij hebben hiervoor gezorgd. Dit is toch niet moeilijk om door te nemen: je moet het wel doen. » (FG6)

Certains médecins, même s'ils ont un accord de principe avec le fait d'avoir des recommandations, peuvent avoir des désaccords avec le contenu de certaines parties des messages, concernant l'usage ou le non-usage d'antibiotiques ou de certaines classes d'antibiotiques pour certaines pathologies. Par exemple, les quinolones pour les infections urinaires, l'antibiothérapie pour les otites moyennes aiguës ou certains types d'angines. Les points de désaccord vont varier d'un médecin à l'autre, et les raisons de ce désaccord sont variables : les avis d'experts sont divergents, les recommandations sont inapplicables sur le terrain pour des raisons diverses, la peur des complications est trop grande, etc. Nous étudierons tous les facteurs qui influencent la prescription dans un autre chapitre. Ces désaccords peuvent être encore plus prégnants quand il s'agit des antihypertenseurs.

« C'est parfois un désaccord par rapport aux recommandations, un désaccord profond sur certaines recommandations. Il y a des recommandations qui passent très bien, dans notre Glem, en tout cas chez nous, je pense à un Glem sur l'otite, je pense que le concept qu'il y ait une prescription trop large d'antibiotiques quand on compare aux pays voisins c'est tout-à-fait accepté aussi. Dire qu'il ne faut pas traiter par antibiotiques des angines blanches, c'est beaucoup moins accepté par beaucoup de médecins. » (FGaf)

« Par exemple, ... à XXX [hôpital universitaire] on ne prescrira jamais une Furadantine pour une infection urinaire chez une personne âgée, à cause des effets secondaires que cela entraînait. Jamais. Or ici c'est le premier choix. Donc nous ne sommes pas d'accord. » (FG4)

« Il y a des petits moyens à faire, mais je crois que les bonnes pratiques ne sont pas toujours celles qu'on rencontre sur le terrain. Quand on a un diabétique, quand on a des trucs, eux, ils n'en tiennent pas compte, nous on en tient compte, c'est comme cela, on ne fait pas autrement. » (FG5)

« Elles sont rétrogrades. En tout cas au niveau des anti-hypertension. Il ne faut pas voir dans les nouveaux antihypertenseurs, je pense en tout cas, des buts uniquement pécuniaires pour les firmes pharmaceutiques. C'est comme cela qu'ils ont l'air de considérer les Sartans et... » (FG5)

« Zoals die kernboodschappen die hier van voor in staan, dat zijn geen echte kernboodschappen, dat zou beter als addendum worden bijgevoegd. Dat is kwestie van prioriteiten te stellen. » (FG7)

« Niets aan gehad! Zover heb ik het niet gelezen. » (FG8)

A remarquer que ces recommandations sont parfois critiquées parce qu'elles sont mal connues : des médecins donnent des nuances qui en fait existent dans la recommandation.

Mais d'autres médecins trouvent les messages intéressants, utiles et fiables. Certains disent qu'ils ont constaté que ces messages concordent avec les recommandations d'autres sources qu'ils connaissent, les considèrent comme complémentaires ou supplémentaires à d'autres informations.

« En général les messages m'ont paru tout-à-fait correspondre avec ce que j'avais lu ailleurs. Moi je n'ai pas trouvé qu'il y avait beaucoup de références. » (FG4)

« Ce sont des messages qui sont connus. C'est pas nouveau. – Ca a été repris par des folia récemment. » (FG2)

« Dat zijn dezelfde kernboodschappen die je in de Folia krijgt. » (FG7)

« Vooral de richtlijnen die hierin stonden. Ik veronderstel dat ze wel juist zijn. Hoe dat je deze juist doorvoert. Daar leer je hier toch wel van! Je kan altijd beter doen dan wat je nu bezig bent. » (FG10)

« Ik vind dat heel goed geformuleerd, ik vind dat up-to-date, ik vind dat heel leuk van een onafhankelijke instantie die informatie te krijgen en ik vond dat goed gepresenteerd. Ik vind dat heel relevant, de taak van de overheid ook, om up-to-date onafhankelijke informatie op een eenvoudige manier te geven en daar ook uw voorschrijfgedrag aan te koppelen. » (FG7)

Certains médecins trouvent que de lire ces recommandation, cela les conforte dans leur pratique : ils ont confirmation qu'ils travaillent dans le bon sens.

« Moi d'avoir lu des choses sur le problème, je prescris moins d'antibiotiques dans les otites avec plus de sérénité. Ça rassure quand même de lire ce genre de chose. » (FG3)

Certains médecins considèrent même que ces messages permettent de mieux comprendre les données observées, et peuvent être une référence pour interpréter ces données : les chiffres montrent si on suit les guidelines ou pas. Quelques uns voudraient que cela soit plus personnalisé, en fonction des données de chacun.

« Mais il y a quand même des recommandations scientifiques par rapport auxquelles on peut se situer. En fonction de ça, ça va ». (FG1)

« Het was eigenlijk niet zo schitterend als kernboodschap, dat is eigenlijk achtergrondinformatie. Ik denk dat een kernboodschap gepersonaliseerd zou moeten zijn. Een kernboodschap moet de aandacht trekken, zonder in detail te gaan. » « Veronderstel dat je dat zelf vindt, want dat zullen veel dokters je al kwalijk nemen, dat ze u persoonlijk aanspreken van: je zou dit en je zou dat,... Kan dat? Kernboodschappen zouden algemeen moeten zijn en dan moet je zelf maar zien, het voor jezelf uitmaken, en dan laat men je toch nog heel veel vrijheid. Men blijft heel beleefd. » (FG7)

« En dan ook zo de interpretatie, als je die details van het antibioticavoorschrift voor uw toegewezen patiëntenbestand bekijkt, die kolom, hoe moet je dat dan gaan interpreteren? Als je een bepaalde klasse veel voorschrijft is dat dan goed of niet, dat wordt daar niet op ingevuld. » (FG7)

« Het zou interessant zijn als je daar dan ook een interpretatie bij krijgt, welke specificiteiten van uw praktijk gaan leiden tot meer of minder gebruik van dat soort antibiotica. Dat hangt samen met de verdeling van uw doelgroep, dat zou interessant zijn, voor interpretatie ben je wel volledig op jezelf aangewezen. Je krijgt informatie en dan weet je niet of je die interpretatie juist maakt. Daar blijf je toch wel met wat vragen zitten. Hoe komt het dat ik dat antibioticum meer gebruik dan dat, is dat een puur dokterseigen gebruik, is dat mijn pen? Is dat alleen maar dat of is dat ook omdat ik bvb. 80 rusthuispatiënten heb in mijn bestand, wat een serieuze verschuiving van uw beeld kan geven. Of is dat omdat ik actief ben in palliatieve zorg? Dat zijn allemaal dingen die je moet uitzoeken. » (FG7)

« [Mod. Wat vinden jullie van meer interpretatie van de cijfers?] » « Dat doen we zelf wel! » « Te belerend. Anderzijds wel makkelijk. » « Als je dat zelf moet beginnen zoeken, gaat dat meer blijven hangen dan dat je dat weer diagonaal moet lezen. Maar ja, daar kruipt weer tijd in. » « Gaat wel sneller. » « Zo'n interpretatie: daar ben ik wel voor te vinden. » « Maar interpretatie schrijven is moeilijk, omdat diegene die het moet schrijven de praktijk niet kent, maar toch al wel beeld van jonge-oude praktijk, mannen-vrouwen. » (FG9)

Ces messages ont été quelques fois cités comme permettant d'avoir une information contradictoire par rapport à celle donnée par les firmes pharmaceutiques.

« Ca peut être un contre-poids dans le choix d'une molécule, mais ce n'est pas un contre-poids dans la décision de prescrire un antibiotique. » (FG3)

« L'information de l'inami dans les feedback c'est l'antidote à ce que disent les firmes pharmaceutiques. Alors lorsqu'on lit les deux, on finit par se faire une idée ». (FG1)

« Dit werkt toch wat als een tegengewicht voor de vertegenwoordigers die we aan de deur krijgen. Die hebben toch wel een enorme invloed op mij. Ik denk dat we dat toch niet kunnen ontkennen. Dat we hier toch iets mee hebben aan de andere kant. Zij pushen ons allemaal om allerlei medicatie voor te schrijven, vooral zo van die nieuwere klassen. Terwijl de oudere het nog even goed doen. En we hebben toch de neiging om mee te gaan op die trein. » (FG10)

Un animateur a fait remarquer, et cela a été sous-entendu par d'autres médecins, que la discussion du feedback sur les antihypertenseurs était plus difficile que celle du feedback sur les antibiotiques, parce qu'il y a moins de consensus général quant aux recommandations dans ce domaine.

« J'ai juste trouvé, petite parenthèse, que c'est beaucoup plus difficile pour les antihypertenseurs parce que je trouve que surtout maintenant, il y a beaucoup moins de consensus sur un guideline dans le traitement de l'hypertension. Et il y a quand même beaucoup d'avis contradictoires d'experts sur ce sujet et donc c'est beaucoup plus difficile à présenter. L'antibiothérapie, il y a une évidence un peu épidémiologique, par rapport à ça aussi c'est intéressant dans la présentation, par rapport aux pays voisins, je crois que c'est un truc qui intéressait aussi les gens. » (FGaf)

« Chez moi c'était une bonne impression, un peu différente. (...) Il y avait une modification des pratiques mais qui était justifiée scientifiquement. Donc c'est passé bien. Il y a eu un Glem après sur l'hypertension où là les recommandations sont très vagues, et on ne sait pas très bien ce qu'il faut dire parce que peut-être qu'on sous-traite nos patients, on ne sait pas très bien, cela change encore maintenant, là c'est vrai que j'ai eu l'impression d'avoir perdu plus mon temps parce que les recommandations portaient un peu dans tous les sens. » (FG4)

« Met die antihypertensiva was het een andere discussie: daar is het veel meer over de indicatoren gegaan en niet zozeer over uw eigen therapeutisch beleid. ... Een deel van die geneesmiddelen wordt gebruikt voor hartfalen of andere redenen en niet zozeer als antihypertensivum. Daar was veel meer discussie over: over het aannemen van de indicatoren. Terwijl bij de antibiotica feedback-rapporten vrij snel werd aangegeven: dat zijn de richtlijnen, daar schikken we ons naar. Maar bij antihypertensiva was dat veel moeilijker. » (FG10)

Pour certains, ces messages sont trop résumés et devraient contenir des informations plus détaillées : particularités des vieillards ou des enfants, risques d'effets secondaires, doses à prescrire, etc.. Tandis que d'autres justement que l'avantage de ces messages est d'être courts, pratiques.

« Ik vond vooral goed dat dat kort en bondig was. Het pakket is al dik genoeg en dan ben je blij dat dat korte maar duidelijke boodschappen zijn. » (FG7)

« Op een paar bladzijden, kort bij elkaar, heb je een overzicht van dingen die je ook op andere plaatsen hebt gelezen. Dit is nuttig. Je herkent dit wel. Dit is goede samenvatting. Het staat op 6 A4'kes allemaal bijeen. » (FG9)

« Dit is nog moeilijk. In het antibiotica-gidske staan kinderen apart van volwassenen, 100 bladzijdes, maar je hebt het op 1 sec. gevonden. Het is veel overzichtelijker. » « Dit is veel directer. In de gids staat ook nog 2e en 3e keus in. En dan heb je snel de neiging om te zeggen: ha, 2e keus zal dan ook wel goed zijn. Tegen hier staat toch wel echt: duidelijk niet! » (FG9)

« Ik vond dit wel een nuchtere samenvatting van de massa informatie waarmee je overladen wordt. Dan denk je: dit gaat nu een keer het document zijn dat eigenlijk alle objectieve informatie gaat bevatten en waar ik me echt aan ga kunnen houden. » (FG10)

Quelques uns trouvent que les termes utilisés dans ces messages ne sont pas encore assez clairement définis : qu'est-ce qu'un mal de gorge ?

« En ik vraag me ook altijd af als men zegt: we behandelen bijvoorbeeld een keelontsteking. Maar wat bedoelen ze hiermee? Is dat iemand met een valling? Met een rode keel? Is dat iemand met een keelontsteking met koorts die al 5 dagen duurt? Wat is een keelontsteking? » (FG8)

Un médecin précise tout de même qu'à son avis, ces messages peuvent influencer le choix de l'antibiotique, mais pas le fait de prescrire un antibiotique ou non.

« Mais c'est l'antidote à ce que disent les firmes pharmaceutiques. Alors lorsqu'on lit les deux, on finit par se faire une idée. » (FG1)

« Pour moi c'était clair. Ça surprenait un peu parfois, mais ça permet de se faire un peu une idée plus objective. *(par rapport aux firmes)* » (FG3)

L'avis des médecins concernant les données de prescription

Ce sont essentiellement les données de prescription qui poussent les médecins à ouvrir le document. Que cette curiosité soit incitée par l'envie d'apprendre, par la peur du contrôle, ou par d'autres raisons, le résultat est là : on va voir ce que les graphiques montrent. Et ce sont essentiellement ces chiffres qui suscitent les émotions décrites par les médecins.

« Ik weet wat er gebeurt als ik zo'n brief krijg. Ik weet wat erin staat. Ik leg die dan efkens opzij tot later. Maar ik kijk dan al wel even gauw naar de figuurtjes, dat interesseert mij altijd wel. » (FG8)

« Nee, ik had de neiging van het verticaal te klasseren. Ik herkende mij ook niet in die dot. Je zit hier met een enorme dot en ik had zoiets van: nee, daar zit het niet. Dus, wat dat betreft was dat ook wel een beetje een bevreemdend document. Ik had voor mijzelf het gevoel: ik schrijf niet veel antibiotica voor, en ik schrijf die antibiotica niet voor of bijna niet voor en die stonden er dan

toch in, dat je zegt van: waar komt dat vandaan? Hoe betrouwbaar het ook is, daar heb ik mij toch vragen bij gesteld. Maar het kan zijn dat ik mijzelf een rad voor de ogen aan het draaien was, dat zal waarschijnlijk wel zo zijn, dus wat dat betreft is het wel een confronterend document vind ik. » (FG7)

Le focus groupe des animateurs a apporté les mêmes critiques que les autres. Il en conclut que ce document n'est pas suffisamment valide pour permettre une réelle évaluation de la qualité. Mais cela semble ne pas tellement les déranger : cet outil est intéressant, il faut juste en connaître les limites pour en interpréter les données.

« Ce n'est pas un outil qui est suffisamment valide statistiquement pour pourvoir en tirer des conclusions de bonne pratique. » (FGaf)

« Donc, c'est intéressant parce que cela suscite une discussion, mais en soi ce n'est pas un outil d'évaluation très valide. » (FGaf)

« Donc bien cerner les limites de l'outil, et le repositionner par rapport à un ensemble d'autres éléments. Et en tordant le cou à cette idée qui émane de je ne sais pas très bien où et qui consiste à dire 'voilà la manière dont il convient de pratiquer' » (FGaf).

« C'est un outil parmi d'autres. Point. Mais cet outil-là, comme les autres il faut tenter de le maîtriser. Bon d'accord, on peut toujours se dire « non, ce n'est pas intéressant, ce n'est pas valide ». Bon, c'est une opinion respectable, mais à ce moment là qu'on nous propose une alternative. » (FGaf)

Complexité des graphiques et tableaux

Une grande majorité exprime en premier lieu la difficulté de comprendre les graphiques et tableaux du document. La perplexité face à la taille et la complexité du document, peut donner au document de feedback un effet aversif. Elle constitue une réelle barrière à la lecture de feedback : cela prend trop de temps de le lire, certains ne se sentent pas capables de comprendre, on sent aussi un certain manque de motivation. Certains médecins le rangent avant même de le lire, tellement ils le trouvent indigeste d'emblée.

« Quel charabia ! c'est incompréhensible » (FG1)

« Rébarbatif » (FG2)

« Quand c'est trop complexe les gens ne lisent plus. » (FG3)

« J'ai trouvé cela vraiment rébarbatif à lire. Je me suis dit il faut que je regarde ça, je l'ai mis sur une pile de trucs à lire, ça a dormi... Je pensais l'avoir rangé un peu mieux que cela, en me disant j'en aurai sûrement besoin pour le Glem, et puis le jour où le Glem est arrivé je n'ai plus retrouvé le document. Je ne sais pas, je l'avais trop bien rangé, enfin, cela en dit assez long. C'est sujet qui m'intéresse pourtant, je suis de bonne volonté,...) mais bon, je me disais vraiment que c' était complètement indigeste. » (FG4)

« Je pense qu'il y a aussi les aspects de la lecture en elle-même du feedback. Qui fait que quand on reçoit son document, moi j'entend beaucoup de personnes qui disent 'moi je le classe, parce que je n'y comprends rien du tout, je ne sais pas le lire du tout' » (FGaf)

« Moi je pense qu'un Belgique on a un très gros problème: quand il y a moyen de faire simple, on fait très compliqué. Avec deux comprimés de Perdolan on n'en sort pas. Il y a moyen de faire beaucoup plus simple » (FG2)

« Enthousiast door het initiatief maar niet zo direct door de lay-out. Het is gruwelijk onleesbaar, je moest er wel wat door worstelen en dat was ergens een gemiste kans, ik denk dat heel veel mensen het geklasseerd hebben. » (FG7)

« Ik heb leesbril nodig. Het nodigt mij niet uit om te lezen. Te vol! » (FG9)

« Eigenlijk was mijn eerste reactie: wat nu weer! Zoveel rommel! Ik ben er dan eens diagonaal doorgestaan, maar er eigenlijk niet echt iets mee gedaan. Ik heb dat op de stapel gelegd totdat we dat in de LOK hebben besproken. Toen heb ik dat heel grondig gelezen. Toen heb ik mij voorgenomen om dat de volgende keren toch maar direct grondig te lezen. » (FG10)

« Voor je het begrepen hebt, heb je het al 6 keer gelezen. Het is echt in mensentaal geschreven, je weet direct over wat het gaat. En dat is dan ironisch! » (FG10)

« Dat is allemaal statistiek: het is niet om te gebruiken. Dat was eerste idee. Handig bij grondiger te lezen. » (FG6)

« Ik heb het eerst oppervlakkig doorbladerd: ik begreep er niks van. Ik heb dat dan opzij gelegd en gedacht: die statistieken en die bollekes, ik ga dat eens in het weekend bekijken. Eerste kritiek: veel te ingewikkeld. » (FG6)

« Ik vind eigenlijk, figuren en tabellen moet je kunnen lezen zonder de tekst te lezen. Dat moet je met wat erboven en eronder staat begrijpelijk kunnen zeggen, dat is niet het geval. Je kan niet zonder de tekst te doorworstelen doorhebben waarover het gaat. » (FG7)

Quelques autres ont trouvé ce document tout-à-fait compréhensible en prenant un peu le temps de le lire attentivement. Mais ce sont très souvent des médecins qui par leurs activités ou centres d'intérêts ont une formation de base en statistiques meilleure que la moyenne de leurs congénères.

« Moi je trouvais que c'était bien présenté, parce que si vous vouliez voir ça rapidement vous aviez les schémas, et si vous vouliez aller plus en détail il y a les explications des schémas. Donc ça me paraissait quand même abordable pour tous. Et celui qui voulait un peu creuser il allait voir en détail ce qui se passait » (FG3)

« Finalement il n'y a rien de compliqué, il faut avoir pris le temps de bien lire. En fait c'est bien expliqué, mais il faut avoir le temps. » (FGaf)

« Die grafieken zijn voor mij zeer verhelderend. Dat leest gemakkelijk. Je leest de grafieken en je ziet al direct: waar sta ik? Waar zit ik gemiddeld? Dat is gemakkelijker dan de tekst die errond staat. Voor mij mogen er veel grafiekjes instaan, omdat dat direct een beeld geeft van waar je staat. Voor mij mogen er zelfs ietske meer in staan. » (FG9)

Pour les autres la difficulté persiste même après avoir passé du temps à essayer de comprendre.

« il m'a fallu du temps et à la fin je n'étais pas encore sûr » (FG2).

« Eerste reactie: 3 woordjes: oei oei oei. Ik vond dat ingewikkeld in eerste instantie. Ik heb het enkele keren moeten lezen. » (FG9)

Certains se précipitent sur les graphiques, et se contentent d'une interprétation approximative, abandonnant devant la complexité avant même d'approfondir la lecture. Il s'agit de savoir si on est dans les « bons » ou les « mauvais » médecins, cela ce n'est pas très difficile à voir. Malheureusement cela les amène parfois à tirer des conclusions erronées.

« On voyait quand même dans quel quart on était. Il suffisait de voir son petit point ou son petit triangle. Il y a avait les bons quarts et les mauvais quarts. Suivant qu'on était dans le quart inférieur c'était bon. » (FG2)

« Moi je n'ai pas trop compris mais je n'ai pas approfondi on plus » (FG2)

« Il faut vraiment être motivé, mais je crois que le généraliste moyen, il survole rapidement, il a envie de voir quelques conclusions, si il doit commencer à lire le mode d'emploi avant, c'est pas évident. » (FG3)

« Ik heb het eens één keer doorbladerd. Ik weet waar ik mij ongeveer kan situeren in de statistieken. Nu ik heb die statistieken niet tot in detail nagepluisd. » (FG8)

La majorité est d'accord pour affirmer la nécessité d'un Glem avec un bon animateur pour comprendre le document.

« Tout un Glem a été nécessaire pour comprendre, les termes de statistiques etc : le premier qu'on a reçu. Beaucoup de questions et de temps pour comprendre comment ils calculaient » (FG1)

Mais pour certains, même l'explication en Glem n'est pas encore suffisante pour bien comprendre.

« Moi même après un Glem il y avait la moitié qui n'avait toujours pas compris. » (FG2)

« On croyait avoir compris, mais en fait je ne suis pas sûr...C'est plus complexe qu'il n'y paraît » (FG2)

Après avoir pu comprendre le document, en tout ou en partie, certains restent perplexes quant à la façon dont ils doivent interpréter l'information qui leur est donnée par ces chiffres : finalement, ils prescrivent bien ou non? Ils ne savent pas à quelle référence se rapporter, ou bien, même avec une référence, ils éprouvent des difficultés à tirer des conclusions de leurs résultats.

« Parce que je ne comprends pas : d'un côté je suis dans le bon, je suis dans le carré là, [*montre le quart en bas à gauche du scatterplot*], et dans les autres tableaux, je vois que je prescris plus quand même, par rapport à la patientèle attendue, je pense. Donc finalement, je ne sais pas, quoi » (FG2)

Plusieurs font le constat d'un déficit de formation en statistiques, qui les handicape dans l'interprétation de leurs données.

« Nous on ne comprend rien aux statistiques, on n'a pas eu de cours de statistiques. – ou alors on en a eu et on a oublié » (FG2)

« Maintenant, un autre aspect est la compréhension. Parce que c'est vrai que au moins 50% des membres du Glem chez moi ont été surpris par une certaine complexité de lecture. Ce n'est pas évident. Il faut savoir que bon nombre de médecins, enfin moi je l'ai appris et cela m'a un peu surpris, mais tout le monde n'a pas eu de cours de statistique dans ses études. » (FGaf)

« Pour le lire, ça prend vraiment du temps parce qu'il faut parfois retourner à relire des définitions, parce que on n'a pas l'habitude avec des statistiques et des choses comme cela. C'est pas inné. » (FG3)

« Ik ga daar dus geen tekstboek statistiek bijhalen. Het is nogal gecompliceerd, hé. Het is eigenlijk voor 4/5 handleiding hoe je die ene grafiek moet interpreteren. Eigenlijk zou het veel eenvoudiger moeten. » (FG8)

Les explications données entre participants nous ont en effet permis de constater que certains avaient bien compris les graphiques, mais que d'autres, croyant comprendre, faisaient des commentaires montrant des lacunes : confusion entre box plot et scatterplot, entre médiane et moyenne, ou proposition d'ajouter des informations qui sont en fait déjà dans les graphiques. Les légendes, qui expliquent comment lire les graphiques, sont jugées trop longues mais ne semblent pas limpides pour tous.

« Moi ce que je trouve dommage c'est de continuer à comparer par rapport à l'ensemble de la population médicale. Je trouve qu'il faudrait comparer par rapport aux différents Glems. – mais il y a une comparaison par rapport au Glem ! » (FG2)

« Il faut bien distinguer ce qui est prescrit par moi à mes patients et ce qui est prescrit par d'autres, ce n'est pas clair » (FG1) [*cette information est donnée dans le scatterplot, par la différence entre le rond et le triangle*]

« [...], ik vond die box plotten veel interessanter [*nvd: hiermee bedoelt hij de scatterplot*] » (FG7)

La question est posée de savoir si tous les médecins devraient avoir cette capacité à la base, ou si l'exigence de ce document est trop grande.

Il semble que c'est cette complexité de ces chiffres qui a poussé quelques médecins à aller suivre la formation pour animateurs : ils voulaient être sûrs de bien comprendre.

« Moi j'ai suivi la formation, c'est utile pour le comprendre » (FG3)

« Het is tweeërlei: persoonlijke interesse omdat je de cijfers kreeg en toch wel weten hoe je die kan interpreteren. En dan ook dat er bij ons binnen de LOK behoefte was om toch eens verder over de cijfers te praten en iets rond te doen. » (FGan)

Plusieurs médecins expriment qu'ils sont conscients du fait que cette complexité est liée au caractère rigoureux et complet des données fournies. Ceux-là, qui apprécient cette rigueur, parce qu'elle permet une vraie lecture critique, et par là, une certaine confiance dans le sérieux et l'objectivité avec lesquels ce document est construit, concèdent qu'il est difficile de faire plus simple. D'autres trouvent tout de même qu'il devrait pouvoir être plus simple.

« Moi je trouve que ce qui fait la richesse, c'est que c'est bien étayé, sur le plan scientifique, c'est un travail costaud qui est bien charpenté. Mais c'est ce qui le rend indigeste justement. » (FG3)

Certains médecins font remarquer que l'impression de complexité du document est accentuée par la mise en page. Cela ne donne pas envie de lire. De plus le document est trop gros.

« Al die grijs tinten en bolletjes in figuur 4, ik kan mij voorstellen dat dat voor sommige artsen moeilijk is om zichzelf eruit te halen. Kleur zou beter zijn. » « Kleur is noodzakelijk. » « Het lettertype, de kleur, daar moet je personeel op zetten om dat naar communicatie toe te bekijken, hoe we dat beter presenteren. En dat is geen werk voor wetenschappers of voor artsen of mensen van het ministerie, maar dat is professioneel, communicatie is een vak apart. En je ziet dat dat niet via iemand gepasseerd is. » (FG7)

« Er zijn altijd dingen qua lay-out die in het oog springen. » « Dat gebeurt hier ook, maar heel miniem, zoals wij dat zelf zouden doen. » « De lay-out zou beter kunnen. Hier is duidelijk op bespaard. » (FG7)

« Je krijgt geen tweede kans om een goede eerste indruk te maken. Je zou er nog eens over moeten nadenken dat men absoluut moet opletten dat ze het niet zo maken dat veel dokters het gaan wegslijten, dat is spijtig, want het is zeker een zeer waardevol document. Er moeten een paar mensen zich aanzetten, eventueel om het eenvoudiger te maken, zodat uw eerste indruk positief is. » (FG7)

Globalement, il semble que le niveau de compréhension s'améliore au fil des documents reçus ; le tout premier feedback a vraiment été vécu comme incompréhensible. Après le troisième maintenant, les médecins se familiarisent avec les graphiques proposés, ont eu plusieurs fois les explications en Glem, etc. Ce qui fait d'ailleurs dire à certains, que maintenant, il ne faut rien changer aux graphiques : les médecins commencent seulement à s'y habituer !

« Le deuxième me plaisait déjà mieux que le premier : la deuxième version était déjà beaucoup plus compréhensible. Ou bien on s'était déjà habitué du fait qu'on en avait déjà vu en Glem. » (FG4)

« Eerste keer is het vreemd en nieuw. Het is anders dan de tweede keer toen het antihypertensiva waren. Ik vond dat een hemelsbreed verschil: tussen de eerste en de tweede bespreking. Omdat je meer gewoon bent. Ook omdat iedereen dan zeker zijn papier bijheeft, en dan kan je toch beter vergelijken. Je kan het dan toch beter interpreteren, omdat je het al eens gehad hebt. » (FG8)

Avis sur chaque graphique

Le scatterplot est le graphique qui attire le plus l'attention.

« C'est celui que tout le monde regarde, je crois » (FG5)

« Die laatste "dinges" die het moeilijkste is, maar ook het meest interessante met al die puntjes. » (FG9)

Parce qu'il paraît plus facile à interpréter rapidement, sans connaissances théoriques importantes.

« C'est parlant. » (FG5)

« La brume avec les points, tu vois, enfin non, tu ne vois pas tout de suite, mais bon tu te rends compte, de ta position. Tandis que les chiffres avec des pourcentages, ça ne te... » (G5)

[Mod : Et vous l'avez compris en le lisant, ou dans le Glem ?] [plusieurs] : « En le lisant. » [autres :] « En le lisant j'ai compris à moitié, et avec le Glem pour le reste » ou « Il a fallu le lire trois quatre fois quand même pour arriver à .. » (FG5)

Mais aussi parce que c'est celui qui permet de se situer par rapport à une moyenne et à l'ensemble des généralistes.

« Quand t'es dans le nuage, c'est bon - (rires) oui tant que t'es dans la brume c'est bon. » (FG5)

« Oui, voilà, il faut être dans le carré inférieur gauche » (FG5)

« Dus de verdeling van uw praktijk per leeftijd en geslacht vind ik minder relevant, ik vond die box plotten veel interessanter [nvdr: hiermee bedoelt hij de scatterplot]. Ik herinner mij dat je daar ook kon uithalen, maar ik heb dat nu niet mee, maar je zag dat er veel patiënten waren die bij u waren, maar die ook naar een andere dokter gingen, dat ze dikwijls I contact hadden. » (FG7)

Certains médecins le trouvent néanmoins très complexe. Surtout si on veut tout comprendre : il y a beaucoup d'informations.

« Il y a moyen de comprendre, quand on lit, mais vraiment, on n'a pas envie d'essayer de comprendre quand on voit cela. » (FG4)

« Les triangles et les points en plus cela faisait un peu compliqué. » (FG4)

Les boxplots sont difficiles à interpréter pour les médecins. L'avis exprimé sur cette figure, permet particulièrement de mesurer à quel point certains médecins ont très peu de notions de statistiques.

« Des boîtes à moustaches qu'ils appellent cela. J'ai du présenter le Glem sur les antihypertenseurs et c'est là que j'ai appris le terme, mais je en comprends toujours pas pourquoi cela s'appelle comme cela. 'boîte à moustache' » (FG5)

« Les seringues, là ? – oui les seringues. » (FG4)

« Al die statistieken: het had nog erger gekund. Als je boxplot nu nog niet kan lezen, dan wordt het hoog tijd om dit te leren. Het wordt ook uitgelegd, hé. » (FG6)

« Je kan niet zomaar even vluchtig op die box plot zien: waar situeer ik mij, je moet echt de cijfers er ook bijnemen. » (FG7)

Ils sont pourtant perçus comme intéressants, notamment pour visualiser les choix entre les différents antibiotiques.

[Mod : Si vous deviez le défendre, pourquoi est-ce qu'on devrait le garder ?]

« Moi j'aime bien ce graphique, en fin de compte, je l'aime bien. – tu aimes bien le dessin. – non parce que en un coup d'œil cela situe bien aussi. » (FG4)

« C'est mieux qu'un nuage, quand même. » (FG4) [*beaucoup acquiescent*].

« Et c'est plus lisible que tous des chiffres aussi. » (FG4)

La description de la patientèle reçoit des avis partagés : certains sont contents d'avoir un regard d'ensemble sur le patientèle, ou trouvent que cette information permet de relativiser les données de prescription ; d'autres trouvent que ce n'est pas utile : ils connaissent leur patientèle, c'est un élément qu'ils ne peuvent pas changer ou une information qui ne changera rien à leur prescription.

« Ca c'est facile, c'est lisible. » (FG5)

« Moi je me souviens cela m'avait effrayé de me dire « mais qu'est-ce que je soigne de vieux ! ». Ils sont plus souvent malades. » (FG4)

« Par exemple, quelqu'un qui a beaucoup d'enfants qui sont souvent malades va peut-être prescrire plus. Donc c'est intéressant pour après, pour analyser d'autres données. » (FG4)

« Ca n'apporte rien. Moi dans ma pratique je ne vois pas ce que cela m'apporte. Cela me donne un constat. Tiens, je suis plus là que là. C'est amusant pour moi de le savoir mais je ne vois pas en quoi cela va changer ma pratique. Moi dans ma pratique cela ne m'apporte rien c'est un renseignement comme cela. » (FG4)

« Ik vond die figuur 2 en 3 het minst belangrijk, omdat je zegt: je ziet op die detail dat je veel kinderen ziet, maar in principe zie je dat ook zonder dat je dit ziet, ik wil zeggen dat zijn toch zaken waar je weinig aan kunt veranderen, dat vond ik de minst interessante. [...] Dus de verdeling van uw praktijk per leeftijd en geslacht vind ik minder relevant. » (FG7)

« Ik vind dat ook heel interessant om eens te zien wat uw contactgroep is, zien waar je staat, of je veel oude mensen hebt, veel jonge patiënten, veel vrouwelijke patiënten. » (FG7)

« Die profielen van uw praktijk vond ik juist heel boeiend, ook om te weten waar je je situeert tov. je collega's. » (FG7)

Le tableau est perçu par beaucoup comme rébarbatif, comprenant trop d'informations à la fois, qui plus est des informations sur les coûts, ce qui déplaît à certains. Mais d'autres l'ont trouvé riche d'informations.

« Là, l'horreur. Indigeste. » (FG5)

« Quand tu regardes certaines colonnes, tu as l'impression que c'est bien, et puis quand tu regardes d'autres tu te dis je suis hors pourcentage. » (FG5)

« Ouf ! c'est le plus beau tableau ! – [Mod : *c'est-à-dire ?*] - cela reste difficile à aborder malgré tout, cette quantité de chiffres. C'est ardu. » (FG4)

« C'est celui qui demande le plus de temps pour le comprendre » (FG4)

« Oui c'est fait pour les mathématiciens, ça. – Oui, déjà les 'DDD'... » (FG5)

« Cette histoire de DDD cela n'apporte rien. – C'était vraiment difficile. – cela a un intérêt pour le statisticien, peut-être, mais pas pour nous. Ca, je trouvais, l'effort de comprendre ne m'apportait rien. » (FG4)

« C'est intéressant de le voir. C'est vrai, moi cela m'a permis à l'époque d'un peu corriger le tir. Je me suis rendu compte que je ne prescrivais pratiquement que de l'augmentin, et pas d'amoxy. Et depuis lors j'ai vraiment corrigé le tir, et cela n'a rien changé à la qualité de mes traitements, au résultat. Il est aussi bon. » (FG4)

« Die vond ik verschrikkel [tabel 1]. Zoveel opeen! Het duurde lang eer ik het doorhad. Moest dat kunnen ook in grafieken gezet worden, zou dat toch handiger zijn. » (FG9)

« Tabel 1 is eigenlijk de interessantste. » (FG9)

« Ik heb moeite met dat laatste gedeelte. Dat heel zeker. Ik probeer met de uitleg die erop staat mijn eigen gegevens zo wel te ontleden, maar er staat wel veel chinees in, moet ik zeggen. Wat jij daar zegt van die DDD: dat heb ik niet door! Dat heb ik niet begrepen. » (FG10)

Les données arrivent trop tard et ne reflètent pas l'activité actuelle

Quelques médecins déplorent que le document reçu reflète les données de quelques années auparavant, ce qui ne permet pas un reflet de la pratique en temps réel.

« Je sais bien qu'ils ne savent peut-être pas faire cela rapidement, mais, c'est qu'on a je pense 3 ans antérieurs, donc on regarde cela maintenant, ça ne reflète pas du tout ce qu'on fait au moment même. » (FG5)

« Toch ook een paar keer de opmerking gehoord dat de cijfers verouderd waren. Dat een aantal mensen hun voorschrijfgedrag al hadden aangepast, maar dat niet konden terugvinden, omdat de cijfers niet recent genoeg waren. » (FGan)

Les données ne tiennent pas compte du contexte de la pratique

Différentes caractéristiques de la pratique sont considérées par les médecins comme importantes pour expliquer certaines données mais ne sont pas prises en compte dans l'analyse proposée par le feedback.

Ainsi, les caractéristiques de la pratique : une pratique en duo ou en groupe leur semble pouvoir déformer les résultats statistiques individuels, notamment par une influence sur la patientèle attribuée. De même, les médecins qui ont un assistant ont des données faussées : les patients sont attribués au maître de stage, mais l'assistant fait des ordonnances à son propre nom.

« Le premier feedback antibiotiques ne correspondait pas à une pratique... parce que j'étais en association, j'avais des attestations de soins au nom de mon maître de stage, donc je n'ai pas su en tirer beaucoup d'information sur ma pratique. » (FG5)

« Dat was totaal fout, dat was in de LOK-groep geanalyseerd, en toen bleek dat als je in een duopraktijk zit, en je patiënt gaat de volgende keer naar je collega, dat het beeld totaal vertekent. Ik had de meest ontrouwe patiënten, terwijl ze waarschijnlijk allemaal naar mijn collega gingen en vice versa. » (FG7)

« Ik heb mijn bedenkingen over de correctheid van die informatie. Je kunt daar niets van testen. Je kunt bijvoorbeeld met dit document zien hoeveel patiënten je per jaar zag. Dat was er toch serieus naast, was mijn indruk! Want hier heb je toch de controle van je eigen boekjes. Dus dat is een eerste opmerking die ik zelf had: ik denk niet dat die cijfers heel correct zijn. » (FG8)

Enfin, certains médecins ont des pratiques complémentaires pour lesquelles la patientèle ne leur sera pas attribuée, mais dans lesquelles ils prescrivent : les coordinateurs de maison de repos, par exemple.

« C'est vrai que, notamment pour les antibiotiques, je travaille aussi dans une maison de repos, où je remplace le médecin coordinateur, et cela fait monter un peu mes antibiotiques, alors que je pense que dans ma pratique normale, je n'ai pas... et cela se remarquait un petit peu quand même, dans mes tableaux. » (FG5)

« Wel, eerlijk gezegd, heb ik het even bekeken om te bekijken waar ik sta om dan te zien dat de cijfers niet kloppen. Ik ben een uitzonderingsgeval. Op dat moment schreef ik voor 90% voor op voorschriftjes die jullie niet kunnen lezen. Ik was werkzaam als arts in het buitenland voor de militaire overheid en die werkten nog met voorschriftjes zonder streepjescode, dus daar hebben jullie geen zicht op, aangezien dat ook door hen werd afgeleverd. Wat jullie van mij zagen, was alleen maar tijdens vervangingen. En het voorschrijfgedrag tijdens vervangingen is uiteindelijk toch iets anders. En bovendien is dat maar 10% van wat ik in het totaal voorschreef. Ik vraag mij eigenlijk af hoeveel artsen er eigenlijk nog in hetzelfde geval zijn: artsen die halftijds werken, of nog minder of zo, of een speciale patiëntengroep hebben die de totale statistieken beïnvloeden. Ik weet toch als je een klinische studie doet, dat je een aantal mensen er automatisch gaat uitgooiën om geen valse cijfers te krijgen. Wordt dat hier ook gedaan? » (FG8)

« Waarom weinig voorschrijven? Omdat je alternatieve geneeskunde doet? Homeopaat of acupuncturist bent? » (FG6)

La patientèle attribuée pourrait encore être sous-estimée par le fait qu'en visite à domicile, on facture une seule visite alors qu'on a examiné deux ou trois personnes, par un faible enregistrement de DMG, ou encore pour certains médecins qui font les prescriptions pour une longue période lors d'une seule consultation.

« Parfois on est puni pour être trop honnête : par exemple si je fais les ordonnances de Lipanthil pour le patient pour un an pour qu'il ne doive pas revenir ça se ressent sur le profil ; le résultat c'est qu'on les fait plus revenir ». (FG1)

« Ik ben heel nonchalant in het openen van een GMD. Dus ik zit ondervertegenwoordigd in het aantal GMD's. Ik heb ook heel veel kinderen die je bij wijze van spreke met 3 op een rij ziet. Dus wat ik zie van contacten moet eigenlijk veel hoger liggen. Ik kreeg ook heel weinig patiënten toegeëigend, terwijl ik weet dat ik niet zoveel overlopers heb. Natuurlijk moeten ze ook ergens iets zoeken. » « Mag ik dit even corrigeren? Een patiëntencontact is niet één, euh, wat hier staat zijn patiënten die jij minstens één maal per jaar gezien hebt. » « Één patiënt waaraan ik een visite aanreken? » « Als jij een patiënt 17 keer ziet, is dat één patiëntencontactgroep. Dus het gaat hierover: hoeveel verschillende patiënten heb jij gezien? » (FG9)

L'élément le plus souvent mis en avant est que ces chiffres ne tiennent pas compte des morbidités rencontrées dans la pratique. Or la prévalence des maladies rencontrées varie d'un médecin à l'autre. Certains concèdent que le fait de pouvoir se comparer aux membres d'un même Glem permet au moins, si on est dans un Glem proche de sa pratique, la comparaison entre médecins d'une même région, avec une prévalence de pathologies similaire dans la population.

« Et quel est l'intérêt de savoir où se trouve le Glem et où se trouvent les médecins de l'arrondissement ? – de voir quelle est la différence entre Charleroi et les médecins de Bruxelles. – la population n'est pas forcément la même. Cela permet de voir si tu es un bon prescripteur ou un mauvais prescripteur dans ton site géographique. On sait que dans les populations où il y a plus de chômage, plus précarisées etc, les gens présentent plus d'ulcères à l'estomac, etc. C'est quand même prouvé. Et un site d'un ancien charbonnage, on va trouver plus de BPCO. Donc on ne peut pas comparer des sites industriels avec des endroits touristiques. – ou semi-ruraux : même là il y a déjà des différences. Or des semi-ruraux il y en a quand même beaucoup. – donc on a intérêt à être tout proche de son Glem et de son arrondissement. – Oui, voilà. » (FG4)

« Ik vrees dat het opgesteld is door mensen die niet weten wat ze zeggen. Die een studie doen en ze zien 100 mensen met een verkoudheid waarvan er volgens mij 10 mensen naar de dokter zullen komen en zij gaan op die 100 zeggen dat niemand dat nodig heeft. Maar ik denk dat wij juist die 10 zien. Ik zie in mijn praktijk niemand met een verkoudheid van 1 dag. Ik zie dat bijna nooit. Ze komen altijd als ze al 4, 5 dagen ziek zijn en wat moet je dan zeggen? Ik denk dat die dingen zo opgemaakt zijn, want ik begrijp niet wat men hier zegt. » (FG8)

Mais cela n'est pas suffisant : des affinités particulières induisent une sélection de certains types de patients ou de morbidités chez chaque médecin individuellement. Cela rend caduque, à leurs yeux, la comparaison entre médecins.

« Moi je pense que l'élément qui manque surtout c'est par pathologie. C'est ça qui est important parce que les pratiques diffèrent par pathologies qu'on voit. – d'une année à l'autre. » (FG2)

« Ils ne tiennent pas compte de la pathologie. On voit des chiffres mais on ne voit pas le dossier du patient. » (FG4)

« Exemple un diurétique: c'est l'insuffisance cardiaque, l'hypertension, les oedèmes lymphatiques...quelle est la pathologie? C'est un diurétique. » (FG2)

« Chez nous il y en a un qui fait énormément de dermato, et bien, il crève les plafonds en tétracyclines, mais c'est un peu normal. Mais bon, je crois que c'est aussi l'intérêt de cela, c'est de voir que finalement chacun fait sa médecine, en fonction de ses intérêts. Si maintenant on faisait la prescription des médicaments de la femme, on verrait des différences énormes évidemment. Il y en a qui ne prescrivent jamais une pilule et il y en a qui ne font que cela. Rien que hommes et femmes, déjà je suis sûr que... » (FGaf)

« On se demandait mais il a dit, non, j'ai eu une famille, ils l'avaient tous attrapée, et dedans il y avait un sidéen, et donc j'ai prescrit des trucs qu'on ne prescrit jamais. Il était tout-à-fait hors normes bien entendu. Bon, cela s'expliquait, mais cela veut dire qu'on peut vraiment en fonction de quelques cas complètement modifier notre profil. Et alors surtout pas se dire 'mon dieu qu'est-ce que j'ai fait', et avoir le sentiment de culpabilité d'avoir prescrit trop telle ou telle molécule, alors que cela s'explique tout bêtement parce que la période où on a pris la statistique, il y avait justement ces quelques cas dedans. Donc ça montre aussi les limites d'un outil comme cela. Et on n'a pas l'indication, ça c'est vrai. » (FGaf)

« Het hangt een beetje van het profiel van uw praktijk af natuurlijk hé, uw uitkomsten kunnen dan extreem zijn tov. een andere huisarts, terwijl het voor u wel verantwoord is. » (FG7)

Cette remarque vaut aussi pour d'autres caractéristiques de la population soignée : le niveau socio-économique, le nombre d'enfants, l'âge. A noter que certaines de ces caractéristiques, comme l'âge

ou le sexe, sont effectivement prises en compte dans certains graphiques, mais qu'il semble que certains médecins ne l'aient pas compris.

« Mais alors c'est relatif aussi. Gros prescripteur et grosse prescription en général, ou par rapport aux patients ? Il faut des outils de pondération classe sociale, moyenne d'âge, nombre d'enfants, etc. » (FG3)

« J'ai beaucoup de jeunes, de gens qui ont mon âge, qui ont des enfants, je récupère les enfants, et c'est comme ça que cela se fait, donc t'as plus d'enfants t'as plus certaines pathologies et tu vas peut-être être plus amené à mettre certains antibiotiques. J'ai beaucoup de femmes dans ma patientèle, tu sais que tu vas avoir certaines pathologies qui vont venir, et moins d'autres. Donc tout cela ils ne le regardent pas. Ils n'adaptent pas cela au cas par cas. Ca c'est un peu dommage. » (FG5)

« Dit project heeft wetenschappelijk gezien geen enkele waarde [3x herhaald]. Enkel vergelijkende waarde met de collega's. Iedereen heeft andere patiënten en ander voorschrijfgedrag. » (FG6)

Un médecin a fait remarquer que les médecins qui reçoivent beaucoup d'échantillons, vont faussement avoir des meilleures données de prescription.

« Nos chiffres sont très bas, mais on reçoit beaucoup d'échantillons de médicaments, il y a même un grossiste de pharmacies pas très loin d'où les boîtes abîmées arrivent chez nous, et toujours beaucoup de amoxy-clav surtout, et donc c'est vrai que... J'ai très peu d'amoxy-clav dans le profil, mais je ne sais pas si c'est vraiment fiable. » (FG2)

Un autre problème est que certaines prescriptions sont induites par les spécialistes mais « doivent » être poursuivies par les généralistes. Elles se reflètent donc, « injustement », dans leurs profils.

« Par exemple, les médicaments qu'on donne dans le cancer de la prostate, l'urologue en donne une fois et nous on est bons pour renouveler les prescriptions toute l'année. Mais c'est dans notre profil et ce n'est pas dans le sien. Donc on nous donne des chiffres qui sont plus que faussés. On ne peut pas y croire. » (FG1)

« On parlait de l'hélicobacter, on fonction que le spécialiste, il a induit le traitement, ou bien c'est le médecin de famille qui l'a mis, et bien cela va faire une énorme différence. » (FGaf)

Il a encore été fait remarquer que le feedback des médecins pratiquant au forfait n'est pas individuel, mais réalisé pour l'ensemble des patients de la maison médicale, avec une comparaison entre maisons médicales et pas avec les autres pratiques. Les médecins qui font cette remarque trouvent que c'est dommage.

« Maintenant pour les maisons médicales on a comparé les 59 maisons mdicales au forfait belges entre elles; Donc nous on a notre prescription par rapport aux autres maisons médicales mais on n'a aucune idée par rapport aux autres médecins de la région. C'est un petit moind négatif. – [*med solo* :] C'est quand même dommage qu'on ne sait pas comparer à d'autres médecins solo. » (FG2)

Le Feedback ne reflète pas toutes les classes d'antibiotiques

Les céphalosporines ou les tétracyclines ne sont pas considérées dans le feedback, sauf dans le dernier tableau. Certains médecins ne trouvent pas logique que dans une démarche de qualité concernant la prescription d'antibiotiques, toutes les classes ne soient pas reflétées. De plus, cette omission entraîne un biais à leurs yeux : le médecin qui prescrit beaucoup de céphalos à la place de l'amoxycilline-clavulanate, n'a pas nécessairement une bonne pratique, mais il sera bien évalué dans le feedback.

« Moi je sais que dans mon Glem on s'est posé cette question : pourquoi est-ce qu'on n'a pas analysé les céphalosporines ? elles ne sont pas reprises. On s'est posé la question de savoir pourquoi il n'y avait pas d'évaluation globale.(6) – Parce que celui qui donne du Zinnat il est plutôt favorisé par rapport à celui qui donne de l'Augmentin, quoi. » (FG5)

« Ce qui était drôle c'est que les gros prescripteurs de Zinnat n'avaient aucun problème. C'est vraiment extraordinaire, cela – alors que c'est cher le Zinnat pourtant. – Il n'ont pas ciblé le Zinnat et alors les gros prescripteurs de Zinnat sont justement ceux qui prescrivent le moins d'amoxy-clav ! » (FGaf)

Cette remarque a une importance particulière, en ce sens qu'elle pourrait entraîner un effet secondaire » du feedback chez les médecins plus effrayés par un contrôle que soucieux de qualité : pourquoi ne pas prescrire plus de céphalosporines, si elles ne sont pas contrôlées ?

Le choix de la référence pour l'interprétation des données

La référence proposée dans les graphiques est la moyenne des généralistes. Mais les participants s'accordent pour considérer que la moyenne ne peut pas être une référence valable, qu'elle n'a pas de valeur qualitative ni scientifique : si tous les généralistes prescrivent trop, alors la moyenne sera trop élevée aussi.

« Parce que c'est vrai qu'il y a toujours un doute, quand on se compare à une moyenne nationale, ça donne des éléments, mais enfin, si la pratique moyenne est mauvaise, ça ne nous le dit pas, évidemment. » (FG2)

« Autant je peux comprendre qu'on réfléchisse à la façon de prescrire et aux recommandations de bonne pratique, cela je le trouve très logique, mais je trouve un peu bizarre qu'on prenne comme point de référence ce qu'on fait en moyenne dans votre région, ou votre Glem. C'est un peu bizarre. Qu'est-ce qui valide que cela c'est la bonne référence ? » (FG4)

« Ces profils ils nous disent rien, ils nous disent juste une moyenne. J'aime lire cela au niveau de la curiosité mais ça veut rien dire au niveau de la valeur scientifique de ce genre d'étude...ca c'est des fariboles. Non, c'est une moyenne. Ça nous donne idée de ce qui est prescrit mais c'est pas pour ça que ce qu'on prescrit est bon. » (FG1)

« si l'ensemble des généralistes prescrivait mal, on est dans une moyenne qui n'est pas une bonne moyenne. Il y a l'absolu et le relatif. » (FG1)

« We hebben dat hier ook eens nagegaan. Dat was voor hypertensie. We zijn hier toen eens allemaal nagegaan of we hier starten met een diureticum en een betablokker. En het bleek dat de meesten dat deden. En onze stip -want je hebt ook nog de driehoek van de LOK-groep binnen het arrondissement- zat gewoon maar in het midden. Dus toen hebben wij gezegd: eigenlijk doen wij toch allemaal min of meer wat ze vragen en we zitten in het midden. En toch is de overheid niet tevreden met wat de artsen doen. En dat vond ik toen wel een akelige vaststelling. Ik weet ook dat wij hier in onze LOK-groep met antibiotica ongeveer mooi in het midden zaten. Dus als ze ons willen zeggen dat wij artsen allemaal teveel voorschrijven, dan betekent dat wij als artsen allemaal nog eens extra naar beneden moeten gaan. Dat vond ik niet zo'n leuke boodschap. » (FG8)

« Die stip wordt gewoon bepaald door het gemiddelde. Je hebt de Gauss-curve en het midden is zogezegd de waarheid, maar dat is gewoon een punt in een vlak. » « Want wat is de bedoeling, dat vraag ik mij af? De gemiddelde arts is de juiste arts: dat is wat dit hier zegt. » (FG8)

« Je vergelijkt je met collega's, zegt niks over hoe het moet of of je goed bezig bent. Je hebt niks aan collega's: we schrijven allemaal samen teveel voor. Ik schrijf dan veel te weinig voor. » (FG6)

« Het ideale bestaat niet: je hebt zeer zeer brede marges nodig. » (FG6)

Certains considèrent même que l'utilisation de la moyenne comme référence de comparaison, est perverse : si la prescription baisse globalement en Belgique, alors la moyenne va baisser, et il y aura toujours des médecins au-dessus de la moyenne, des « mauvais prescripteurs ». Et ce même s'ils s'améliorent, ou s'ils étaient auparavant sous la moyenne et n'avaient donc pas jugé nécessaire de modifier leur prescription.

« Qui a dit que c'était de trop ? quelle est la limite ? – Oui le problème : qu'est-ce qu'un surprescripteur ? parce que à force de tirer la moyenne vers le bas, forcément il y a un moment donné où on va se retrouver dans un domaine surprescripteur. Dès lors, on ne prescrit plus rien du tout. » (FG5)

« En montrant cela, automatiquement, tous ceux qui sont largement au-dessus, vont se dire qu'ils doivent corriger le tir, corriger sa prescription. Moi, je vois que je suis dans le bon, je n'ai rien à changer, je suis très bien. Mais l'année d'après, tous ceux qui sont au-dessus et qui se seront dit ouh làlà, je vais freiner des quatre fers, automatiquement moi je risque de me retrouver au-dessus. Je n'aurai pas changé mais je deviens un mauvais. C'est pour cela que je me méfie de ce genre d'accumulation, de répétition de l'analyse. » (FG4)

« De mediaan zal steeds zakken, als het effect heeft. Het heeft effect. Maar blijft dit? Als het zo blijft doorgaan...Krijg je niet het gevoel: het moet steeds minder?? » « Waakzaamheid van artsen moet blijven. Het gaat niet op dat de cijfers gewoon moeten minderen, er moet controle zijn vanuit de medische wereld of dit wel goed is. » (FG6)

Pourtant, la plupart des médecins commencent par regarder dans « quel quadrant » ils se situent, pour savoir s'ils sont « bons » ou « mauvais ». Ainsi, même s'ils sont d'accord pour considérer que la moyenne ne doit pas être une référence, beaucoup s'y rapportent pour évaluer leur pratique! Certains trouvent que la moyenne peut quand même donner des informations : si on s'en écarte trop,

il faut se poser des questions. Mais d'autres précisent qu'il faut relativiser : on peut avoir des bonnes raisons de s'en écarter.

« Ik ga ervan uit dat het over gemiddelde praktijken gaat met een gemiddelde pathologie of een gemiddelde variatie in pathologie. Dus ja, als je ergens buiten die box valt, moet je voor jezelf uitmaken of het terecht is dat je daarbuiten valt of er bepaalde variatie is die andere artsen niet hebben. Of dat je misschien overeenkomst hebt met bepaalde vertegenwoordigers van de firma dat je bepaald product veel voorschrijft. Of dat die vertegenwoordiger je buurman is. » (FG8)

« Ik wil misschien toch toevoegen dat de meesten zeggen dat ze de feedback als volgt lezen: ze gaan gewoon eens kijken waar ze zitten. Zitten ze in het midden, dan gaat het terug dicht. En zitten ze op een uiterste, dan vragen ze zich af wat dat wil zeggen. En dus de oefening duurt 4 minuten, denk ik. » « Maar daarvoor dient juist de LOK, hé. » (FGan)

Les médecins restent tout de même avec cette question : quelle référence utiliser pour avoir une idée de la qualité de leur pratique ? Ils ont bien compris que l'objectif est de sensibiliser au fait qu'on prescrit trop en général, mais reste à savoir à partir d'où on prescrit bien, ni trop ni trop peu.

« on est dans le doute, par rapport à quoi est-ce que je suis comparé, on essaie d'en tirer des conclusions, mais on ne sait pas trop quoi. » (FG2)

« Il y a une chose qui m'a gêné, c'est le fait que par rapport à d'autres médecins de la région, j'avais l'impression de prescrire moins d'antibiotiques, dans certains domaines en tout cas, et je me posais la question du pourquoi, est-ce que c'est dû au fait que d'autres en prescrivent beaucoup plus dans certains domaines, ou bien est-ce que c'est simplement parce que j'en prescris moins par rapport à d'autres? Je ne savais pas le dire, ça. » (FG3)

« Tu as dit « ceux qui prescrivaient trop d'antibiotiques ». C'est peut-être vrai pour les antibiotiques, mais je crois qu'on ne peut pas déduire d'un feedback que quelqu'un prescrit trop. C'est peut-être les autres qui ne prescrivent pas assez. (...) Donc là on doit être attentifs dans un feedback à ne pas donner des étiquettes aux gens qui sont trop haut... ou trop bas, parce que celui qui est en bas est peut-être aussi un mauvais prescripteur, que celui qui est en haut. » (FG3)

« Avec le document on sait pas où est la référence » (FG1)

« Het is eigenlijk ook niets in die formulieren dat zegt: zo zou het ideale moeten zijn. Dat staat hier niet in. Het is eigenlijk een statistisch gegeven. Is het mogelijk om het ideale weer te geven? » (FG8)

« Ja, maar is het gemiddelde goed? Dat is al een eerste vraag: is de gemiddelde huisarts een goeie huisarts? » « Hoe verder ik van het middelpunt afzit, hoe beter. » (FG9)

« Beter te vergelijken met correct voorschrijfgedrag, en dat zeer breed ipv. met mensen die het nog slechter doen en nog denken dat ze het goed doen. » (FG6)

Quelques uns précisent qu'utiliser les moyennes de pays voisins n'est pas une solution, parce que le contexte de la pratique est trop différent.

« Et dans l'ensemble, l'attitude des généralistes s'est améliorée ? parce que ça on ne nous le dit pas. — pour les antibiotiques, oui : je pense que par rapport aux antibiotiques il y a quand même une baisse : au niveau européen, on était 4èmes, et maintenant on est en 7^{ème} positions donc ... - mais c'est mal se poser la question. Je suis désolé, mais quand on pose cette question là, alors on est toujours en train de dire, bon, on prescrit moins d'antibiotiques par rapport à la France ou par rapport à la Hollande. Est-ce que les Hollandais prescrivent mieux pour cela ? Je n'en sais strictement rien. Ce n'est pas la bonne question. » (FG2)

Certains signalent tout de même qu'à leurs yeux, la référence doit être les recommandations de bonne pratique, telles qu'écrites au début du document, ou telles que disponibles par ailleurs dans la littérature.

« L'idéal c'est à partir des recommandations et de ce qu'on sait de l'épidémiologie, on pourrait faire une projection et dire quel devrait être le volume de prescription, et c'est par rapport à ce genre de chose qu'il faudrait nous situer. » (FG2)

« Mais il y a quand même des recommandations scientifiques par rapport auxquelles on peut se situer. En fonction de ça, ça va. » (FG1)

Une belle image du lien entre Evidence based medicine comme référence, et Feedback comme outil pour se situer :

« L'EBM est le panneau de limitation de vitesse, le feedback est le compteur de vitesse. » (FG1)

3.3.1.3. L'évaluation de la discussion en Glem

La plupart des participants aux focus groupes avaient eu une discussion en Glem sur le feedback au moins une fois. Certains Glems l'ont fait plusieurs fois, et certains l'ont fait à chaque feedback reçu.

Globalement il semble que l'attitude des participants soit plus positive vis-à-vis de la discussion en Glem que vis-à-vis du document. Ce qui n'empêche pas de trouver les réactions extrêmes décrites plus haut, positives ou négatives, ainsi que toutes les nuances entre les deux.

Les avis positifs sur la discussion de feedback en Glem

La plupart des médecins évoquent cette discussion en Glem de façon positive, et la plupart ont vécu l'expérience comme enrichissante. Pour certains médecins, le document seul n'aurait même pas de sens, s'il n'était accompagné de cette discussion entre pairs. Les médecins interrogés évoquent plusieurs raisons de trouver la discussion en Glem utile et intéressante. On peut envisager que ces intérêts perçus soient déjà consécutifs à la participation à des Glems précédents : les médecins ont observé ce que cela leur apportait d'enrichissant.

« Chaque fois qu'il y a eu un feedback, on a fait un Glem dessus, et c'était les meilleurs Glems, parce qu'on était dans le vif du sujet, chacun a pu poser son point de vue... et le fait de parler entre nous c'était beaucoup plus intéressant que finalement ce qu'on nous racontait dans les papiers » (FG1)

« Eclairant » (FG2)

« c'est vrai que c'est intéressant d'en parler en groupe dans les glem. (...) C'est (*le document*) plutôt un point de départ pour la discussion, c'est très intéressant parce que c'est là qu'on apprend le plus, c'est en confrontant nos avis sans qu'il y ait ni des spécialistes ni des observateurs de quoique ce soit. » (FG1)

« c'est vrai que ça pose des questions, on en a rediscuté en glem, moi je trouve ça tout à fait intéressant de se poser la question. » (FG1)

« Moi je trouve que c'est intéressant parce que cela attire notre attention. » (FG4)

« Le Glem c'est important parce que cela permet d'expliquer, et les échanges sont utiles aussi. » (FG3)

« si on en a parlé au Glem, cela t'aide quand même aussi à faire un peu attention. (...) quand t'es dans le Glem, c'est vrai que cela permet de confronter les impressions. » (FG5)

« Mais cela nous a permis de revoir un petit peu tout le système puisque c'était obligatoire, dans tous les Glems, donc cela nous permettait de un petit peu de revoir tous les antibiotiques, et l'EBM, de cela. » (FG5)

« Je moet er iets mee doen met die informatie. Individueel, gegevens op zich, bereik je er niet genoeg mee. Bespreken met collega's in dezelfde situatie is minstens nodig. » (FG6)

« Document geleid lezen in de LOK -niet als navorming, wel in de LOK- kan wel veel bijbrengen, denk ik. Dit gaat men beter onthouden. Ik denk dat het nog lang op deze manier zal verdergaan. Daarom moet het eens goed uitgelegd worden hoe het moet. » (FG6)

« In het begin denk je: verdorie, dat was toch niet zo simpel om direct te weten over wat het ging, hoe je dat moet lezen. En ik moet toegeven dat ik blij was dat daar achteraf een LOK is over gebeurd, want om dat zelf helemaal te bekijken... » (FG7)

« Het document eenvoudiger maken, dus meer aandacht aan de eenvoud van het document en dan zal de LOK sowieso interactiever zijn, omdat je veel meer tijd hebt om te LOK-en zal ik maar zeggen en veel minder tijd gaat steken in de uitleg van het document. » (FG7)

« Ik vind dat die tabellen in de tweede tijd leesbaar zijn, dus als je er een goede uitleg over hebt gekregen, als je zegt: nu heb ik eens een uur, nu ga ik eens moeite doen, mezelf verplichten om dat eens te lezen. En dan zeker, als dat in de LOK werd besproken en uitgelegd, dan vond ik dat je daar heel veel aan hebt. » (FG7)

Comprendre le document

La plupart des participants considèrent la discussion en Glem comme indispensable pour comprendre le document. C'est là qu'ils ont pu recevoir des informations pour lire les graphiques, et pour les interpréter. De plus, c'est plus agréable de prendre le temps de le comprendre ensemble, avec un animateur qui l'explique. Quelques médecins évoquent même que c'est parce qu'ils n'ont pas pu

assister au Glem sur le feedback, qu'ils se ne sentent toujours pas capables de comprendre leurs données.

« Pour le lire, ça prend vraiment du temps parce qu'il faut parfois retourner à relire des définitions, parce que on n'a pas l'habitude avec des statistiques et des choses comme cela. C'est pas inné. On doit relire, alors c'est vrai qu'au bout d'un moment on se dit 'on en discutera bien au Glem, il y aura bien quelqu'un qui nous expliquera'. » (FG3)

« Les Glems c'est bien pour comprendre » (FG2)

« Tout un Glem a été nécessaire pour comprendre, les termes de statistiques etc : le premier qu'on a reçu. Beaucoup de questions et de temps pour comprendre comment ils calculaient »

« C'est vrai que c'est un peu loin. Manipuler les statistiques et interpréter des données de statistiques ce n'est pas évident, ce n'est jamais évident de se rendre compte qu'on est en difficulté par rapport à cela et donc ça peut être aussi, enfin je pense que chez moi cela a été le principal outil de réticence ; Quand on a essayé d'un peu comprendre, peut-être pas la totalité, mais certains des aspects, il y avait beaucoup beaucoup moins de réticences après coup. » (FGaf)

« Ik denk dat voor veel artsen de LOK-groep nodig was, om aan de cijfers aan uit te kunnen. » (FG7)

« Ik heb de LOK-groep gemist, dat verklaart ook waarom ik nog altijd heel veel moeite heb met het lezen van het document. » (FG7)

[Mod : « *Wat vond ge ervan?* »] « Verhelderend! » « Bepaalde dingen had ik zo toch niet geïnterpreteerd. » (FG9)

« Ik denk dat heel veel mensen naar aanleiding van de bespreking het document maar konden lezen. » « Dat interpreteren vond ik toch niet zo eenvoudig. X heeft dat toen uitgelegd. Toen had dat pas zin. » (FG9)

Toutefois, certains médecins ont fait remarquer que même après le Glem, ils ne comprenaient pas bien le document. Un focus groupe (particulièrement négatif) en est même arrivé à la conclusion que le document était trop compliqué pour pouvoir être discuté en Glem.

« Expliquer de manière simple. Les Glems c'est fait pour ça. Mais tout le monde ne s'y retrouvait quand même pas. » (FG2)

« Nu is het zelfs moeilijk om in een LOK te bespreken, maar we hebben op voorhand niet bepaald dat we dit gingen bespreken, dus we zijn hier samengekomen en iedereen heeft het eens snel doorbladerd. » (FG8)

Quelques médecins considéraient qu'il n'y a pas de discussion à avoir : le document contient toutes les informations, cela suffit pour savoir si « les données sont bonnes ou mauvaises, et il n'y a pas de discussion possible là-dessus ». Un médecin a considéré que le document devrait être conçu pour que la discussion en Glem ne soit pas nécessaire.

« Moi je crois que si les documents avaient été plus simples, plus clairs, il n'aurait peut-être pas eu besoin d'avoir un Glem » (FG2)

« Document zelf is nuttiger dan de LOK. » (FG7)

Faire lire le document

Le fait qu'une discussion en Glem ait lieu, incite parfois à la lecture du document : certains médecins ouvrent leur enveloppe au Glem-même, d'autres le lisent en préparation du Glem, d'autres encore le lisent au retour du Glem, parce que leur curiosité est stimulée.

« Moi je n'ai pas regardé tout de suite, (...), lors des années précédentes que je n'ai pas regardés. Mais comme lors du Glem qui s'est organisé, on nous avait demandé de regarder un peu, je l'ai regardé pour ne pas arriver à la réunion comme cela, ignorant de tout. Et c'est vrai qu'il y a quand même certaines données intéressantes auxquelles on ne penserait pas » (FG4)

« Moi dans le Glem où j'étais je pense que le Glem a permis de faire en sorte que les gens se penchent un peu sur le document ce qui n'avait peut-être pas été fait chaque fois avant. Si il n'y avait pas eu le Glem on n'aurait peut-être pas regardé ça dans le détail, ou... – Moi je ne l'aurais pas regardé. » (FG5)

« J'ai été frappé dans ce Glem par le nombre de médecins qui ouvraient leur enveloppe quand on a fait le Glem. Ils ne l'avaient pas ouvert. » (FGaf)

« Je crois qu'il faut prendre le temps de le faire. En fait quand vous recevez cela vous-même, vous vous dites « j'ai autre chose à faire ». Tandis qu'ici le fait d'être en Glem, de pouvoir avoir une demi-heure, d'heure et d'expliquer tranquillement, cela permet à tout le monde de comprendre. Finalement il n'y a rien de compliqué, il faut avoir pris le temps de bien lire. En fait c'est bien expliqué, mais il faut avoir le temps. » (FGaf)

« Sans, cela ne se ferait pas. Je ne vois pas comment, pourquoi ils iraient ouvrir l'enveloppe si on leur envoie une deuxième enveloppe en leur disant voilà comment ouvrir la première et lire la première en lisant d'abord la deuxième. Ça ne servirait à rien. » (FGaf)

« Een aantal artsen hebben dan de moeite gedaan om het te gaan lezen, na de LOK-groep. Ervoor hadden ze het gewoon weggelegd. » (FG7)

« Ik heb dat op de stapel gelegd totdat we dat in de LOK hebben besproken. Toen heb ik dat heel grondig gelezen. Toen heb ik mij voorgenomen om dat de volgende keren toch maar direct grondig te lezen. » (FG10)

Amener le débat sur les recommandations et la prescription

La discussion sur le document entraîne, dans certains Glems, un partage des avis et des expériences concernant les habitudes de prescription et les recommandations de bonne pratique en matière de prescription d'antibiotiques.

« c'est vrai que ça pose des questions, on en a rediscuté en Glem, moi je trouve ça tout à fait intéressant de se reposer la question. » (FG1)

« C'est vrai que pour les antibiotiques, la discussion porte surtout sur les choix de classe, en disant « tiens, moi je suis étonné, comment cela se fait que j'ai prescrit autant de macrolides », par exemple. Alors on discute un peu, des choses possibles, et c'est intéressant ... » (FGaf)

« Wel zinnige bespreking. Vooral om te horen bij de collega's. » (FG6)

« Feit van discussie is verrijkend. Het geeft breder veld van eigen functioneren. In LOK: je kan je positioneren tov. mensen die je goed kent en die in dezelfde regio werken. Statistiek over LOK-groep is belangrijker dan statistiek over hele land. » (FG6)

Ce type de débat n'a pas lieu dans tous les Glems, certains s'arrêtant à l'explication du document.

« We hebben dat helemaal doorlopen en er is minimale discussie geweest, er is niet echt veel over gediscussieerd. Maar eigenlijk is het vooral de uitleg geweest van: voila, hoe moet je dat nu interpreteren? » (FG7)

« Over gediscussieerd is er inderdaad niet, ik denk ook niet dat het de bedoeling was om de individuele cijfers te bespreken. Ieder voor zich moet maar uitmaken waarom hij van het één meer en van het ander minder voorschrijft. Dat kan een slechte ervaring zijn, dat kan uw populatie zijn. » (FG7)

Pourtant, pour certains c'est ce débat qui est le plus important, bien plus que l'observation des chiffres ou une simple « leçon » d'explication du document.

« C'est vrai que c'est intéressant d'en parler en groupe dans les Glem. (...) C'est (*le document*) plutôt un point de départ pour la discussion, c'est très intéressant parce que c'est là qu'on apprend le plus, c'est en confrontant nos avis sans qu'il y ait ni des spécialistes ni des observateurs de quelque ce soit. » (FG1)

« Iedereen was wat plat geslagen, het was moeilijk voordat je wist hoe het marcheerde en dan op het einde was dat van: waar zit jij en waar zit jij? En dan kwam er toch wat animo, van: pas op mannen als je daar rechts van boven in het kadertje zit, dat is niet goed, dan kwam er wat animo in, maar altijd zeer vrijblijvend. » « Het is niet zo van: ieder voor zich. Er was een open interactie. » (FG7)

Pour certains Glems, le feedback permet même d'aborder des questions plus larges sur la façon dont chacun aborde et perçoit sa pratique de médecine générale.

« (...) c'était l'occasion d'avoir une discussion au-delà du graphique, et finalement c'était « comment je vis ma pratique ? » [ce focus groupe s'est arrêté à la conclusion que c'est la personnalité du médecin, et notamment son anxiété, l'anxiété du médecin qui conditionne en grande partie de ses choix de prescription] (FGaf)

Et parfois, le fait qu'il y ait à la fois des personnes favorables et opposées au feedback a permis un débat controversé qui s'est avéré enrichissant.

« Chez nous ça a été diversement apprécié. Tout le monde avait apporté son document. Une partie était opposée, tout-à-fait opposée. [...] Et l'autre partie qui disait mais si, c'est intéressant, ça permet de voir un peu notre pratique, ce que l'on fait, de comparer, donc il y avait les deux tendances. La majorité était quand même favorable. (...) C'était un échange de deux parties opposées, mais avec certainement des points positifs à la sortie. » (FG3)

« Het is soms plezierig dat je 2 mensen hebt die radicaal aan elkaar tegengestelde opinies verkondigen. Eerst 10min. A, dan 10min. B. Dan wat vragen stellen. Als je zorgt dat dit niet uit de hand loopt, dan heb ik de indruk dat er veel gebeurt. Dat lukt meestal wel. Dan moet je soms wat duwen naar één kant, en niet altijd naar die kant waar je het zou willen. Gewoon de blokken een beetje in evenwicht houden, maakt de discussie veel rijker. Als de hele groep één positie inneemt, dan wordt er niet meer gesproken en is de discussie verloren. Je moet de groep het werk laten doen: dat heeft veel meer effect dan alles wat je zelf probeert te verwezenlijken. » (FGan)

Dans certains groupes, la discussion s'est faite en deux fois, l'une pour l'explication des chiffres l'autre pour un débat autour des recommandations.

« Ik had de indruk dat er redelijk veel tijd is gestoken in: is dat relevant en is dat betrouwbaar? Heel weinig eigenlijk over de kernboodschappen. Is dat betrouwbaar, is dat nuttig, wat doet die overheid nu weer. En dan, waar sta ik zelf? De kernboodschappen zijn op een andere LOK-vergadering besproken. » (FG7)

Un animateur a rapporté qu'il a pu aborder la question des coûts dans son Glem. Aucun autre animateur de ce focus groupe ne semble avoir abordé cette question dans son Glem, l'un d'eux ayant même plutôt signifié qu'à son avis, ce ne doit pas être la préoccupation première du médecin.

« On a aussi regardé, quand on a fait les comparaisons, entre le plus et le moins dans les prescriptions, on a regardé le coût, comme cela, pour voir. C'était intéressant aussi de partir sur le coût, indépendamment de savoir ce qu'on avait prescrit. On a fait un classement par ordre de coûts, de celui qui coûte le plus cher à celui qui coûte le moins cher. Puis on avait été voir où ils se situaient. Parce que on avait un peu voyagé horizontalement dans les différents tableaux sans se soucier de savoir si c'était bien, pas bien, on n'en avait rien à cirer. Un approche qu'on n'a pas l'habitude de faire non plus, cela j'avais introduit, cela m'avait fort frappé, c'est une courbe qu'on voit l'efficacité par rapport au coût, c'est une courbe tout à fait sigmoïdale, quand on voit que pour gagner 1% d'efficacité tu multiplies par 100, je me suis dit bon, là ça cela m'a interpellé, » (FGaf)

« Moi je crois qu'on ne tient pas la bourse de l'inami et que en âme et conscience on soigne les gens du mieux qu'on peut, du mieux qu'on estime. (...) Donc ici ils se basent sur le coût, mais est-ce que c'est vraiment notre préoccupation de savoir si on fait une médecine chère ou pas chère ? Ca ne vaut pas dire qu'elle est bonne ou pas bonne. » (FGaf)

S'approprier l'intervention

S'ils expriment les mêmes doutes que leurs congénères par rapport au document et à ses objectifs, plusieurs animateurs parlent du défi d'en faire un outil constructif, utilisé par les médecins à leur avantage.

« Donc c'est clair qu'il y a là un... peut-être pas un conflit d'intérêt, mais en tout cas c'est clair que le but de cela ce n'est pas de nous fournir un outil d'évaluation, nous on est contents de cet outil d'évaluation, mais le but c'est de diminuer la prescription d'antibiotiques. » [le même] : « C'est un outil parmi d'autres. Point. Mais cet outil-là, comme les autres il faut tenter de le maîtriser. Bon d'accord, on peut toujours se dire 'non, ce n'est pas intéressant, ce n'est pas valide'. Bon, c'est une opinion respectable, mais à ce moment là qu'on nous propose une alternative. » (FGaf)

Un animateur évoque encore la possibilité que cette évaluation des pratiques permette de mettre en lumière et de « faire remonter » des difficultés liées à la pratique. Cela permettrait d'adapter certaines recommandations de bonne pratique aux contraintes du terrain

« Pour la première fois depuis 20 ans de pratique, on dispose d'un outil, certes imparfait, mais néanmoins qui a le mérite d'exister, d'évaluation d'une pratique. (...) Cela n'entraîne dans l'esprit de personne d'imaginer de tenter d'évaluer et d'extraire de nos propres pratiques une somme d'informations qui est extrêmement intéressante. C'est ce que j'ai essayé de faire passer. Je crois qu'il faut essayer d'évaluer, de voir comment l'outil peut être ou non correspondant au sentiment réel ou au fond que l'on a de notre propre pratique, et pourquoi pas, faire remonter au travers de ces outils des informations, un certain nombre de données, un certain nombre de comportements, qui sont peut-être extrêmement valables et qui échappent ou qui ne participent pas à l'état d'esprit de gens qui sont sensés nous former. Et je vais donner un exemple pratique à ce sujet : on reçoit comme information, dans le traitement de certaines infections, l'utilisation de la Pénicilline V potassique, comme premier

choix, à prescrire sous forme de magistrale. Je ne sais pas très bien si les personnes qui ont conçu cela ont une certaine idée que 30% des prescriptions que nous faisons se font pendant le we. Tu peux toujours essayer de faire faire une prescription magistrale dans une pharmacie de garde un we à Bruxelles ; c'est évidemment non. Parce que d'abord c'est très loin, parce que le pharmacien, il n'est pas du tout certain, qu'il va... Et donc voilà un exemple de choses qui peuvent être discutées dans, au départ de cela. Et donc, apprécier ou tenter d'analyser nos pratiques, peut avoir un intérêt en introduisant notamment éventuellement des informations ou en faisant remonter des informations qui ne sont peut-être pas simplement une donnée purement statistique. » (FGaf)

Les attitudes négatives vis-à-vis de la discussion du feedback en Glem

Il nous a été rapporté que dans certains Glems, des médecins se sont farouchement opposés à ce que cette discussion sur le feedback ait lieu. Certains ont refusé que ce sujet soit mis à l'ordre du jour. Si le sujet était prévu, il est arrivé que des participants empêchent que la discussion puisse avoir lieu. Dans d'autres cas, le débat autour des principes de ce document, de ses objectifs et de l'attitude à avoir face à cette intervention a pris beaucoup de place. Tous les débats décrits concernant l'attitude vis-à-vis du document ont donc eu lieu dans ces Glems, de façon plutôt négative. A tel point que dans un Glem, il n'a pas été possible d'avoir des explications sur le document.

« C'est vrai que cela a soulevé plutôt une sorte de polémique, (...) les plus âgés se sont lancés dans la bataille, « mon Dieu, qu'est-ce que c'est », et cela a vite tourné. Moi, j'aurais été contente, parce que j'avais pas tout compris toute seule, de le comprendre, mais ça été impossible. ... Ils sont tous assez branchés politique, donc on n'en pas vraiment parlé. Je ne demandais pas d'être très très dans l'explication mais au moins un tout petit peu, mais ici directement cela a été le pourquoi, le comment, pourquoi est-ce qu'ils nous font cela, et dont on n'en a pas vraiment parlé. Ce n'était pas le pugilat parce qu'on ne s'est pas battus, mais c'était une polémique. » (FG5)

« Moi, dans mon ancien Glem, parce que j'ai changé de Glem depuis lors, il y avait une bonne moitié des gens qui étaient absolument rétifs à 99% par rapport à cela. Donc cela a été très pénible, parce que il y avait un sabotage systématique, il n'était pas question, et tout ça, ça ne valait rien. (...) J'ai fait l'animation sur les antihypertenseurs. J'avais préparé, donc j'avais été avec mes gros sabots, et la moitié avait participé activement, et l'autre moitié papotait. » (FGaf)

« Het is niet besproken in de LOK. Wij hebben niet de meest wetenschappelijke LOK. Er is afschuw tegen deze documenten. » (FG6)

« Er zijn er die dit niet willen bekijken. Principieel niet. Deze groep hier: wij willen er al over praten. In LOK: ze willen er zelfs niet over praten. Over voorschrijfgedrag veranderen wil men niet praten, want je schrijft uit principe al goed voor. » (FG6)

D'autres Glems ont abordé le sujet mais très superficiellement et rapidement, plutôt par obligation. Ou ont effectivement réalisé la réunion, mais sans grande motivation. Soit que l'animateur ait imposé lui-même le sujet, soit que le groupe se soit senti obligé à cause de l'obligation par la médico-mut. Un animateur externe a dû expliquer le feedback le plus vite possible dans un Glem sponsorisé par une firme pharmaceutique, avec le délégué présent, et dont les participants attendaient avec impatience que la présentation soit finie pour commencer leur repas.

« Tout le monde râle plutôt, enfin chez moi c'était comme cela. Chez nous un truc qu'il faut faire, mais pas trop pour. » (FG5)

« Moi je l'ai imposé. Parce qu'on avait demandé d'en faire au moins un. (...) Les gens n'avaient pas trop envie de parler de ce feedback. Ils auraient préféré faire une réunion plus classique. Mais on l'a fait par obligation par rapport à la medicomut. » (FG3)

« On a peu l'impression de faire son devoir, ce soir là. » (FG4)

« Et ce n'était pas avec un énorme enthousiasme. – oh non, pas du tout. – c'était un Glem obligé. – oui, voilà. C'est un peu dommage, cela. » (FG4)

« Dan heb ik nog een derde LOK gedaan: dat was in X. En dat was "la belle indifférence". Je komt dat hier vertellen en sebiel gaan wij eten. En als jij gedaan hebt met vertellen, dan zal het eten zijn. Men had mij nodig voor 125 euro en daar is het dan ook bij gebleven. » (FGan)

Pour certains, la discussion en Glem du feedback semble être vécue a priori comme menaçante. Parce qu'elle est imposée. Ou parce que la confidentialité leur semble mise à mal par le fait que les collègues ont la possibilité de voir leurs chiffres.

« C'est quand même des instruments à double tranchant, vis-à-vis desquels il faut être très attentif, parce que mettre comme cela petit à petit ces documents à la disposition des Glems, plus qu'à la disposition : on conseille vivement que cela soit discuté en Glem, donc, on a 4 Glems

sur une année pour faire une évaluation de la pratique, mais souvent une si pas deux, sont dirigées par et dictées par ce genre de document, aussi intéressant soit-il. C'est vraiment pour l'avenir quelque chose auquel on doit faire attention. On perd un peu le... Moi je parle du contexte de la réunion et du choix du sujet de la réunion. Il est imposé de l'extérieur. – On se sent agressés » (FG4)

Un élément évoqué quelques fois est le fait que la discussion en Glem ait été imposée par un accord médico-mutualiste. Pour certains médecins, il n'est pas acceptable que des sujets de discussion, quels qu'ils soient, soient imposés dans les Glems. Ces médecins ressentent une perte de contrôle par rapport au déroulement et aux choix des discussions de leur Glem. Pour d'autres, dans certaines limites, le fait que des sujets soient imposés ou encouragés n'est pas un problème.

« On est entre copains et on ne se bagarre pas. L'atmosphère est bonne parce qu'on se connaît pratiquement tous. Mais comme vous l'avez dit ce qui nous met un peu en porte à faux c'est l'imposition des thèmes. » (FG4)

« Ce qui est triste c'est bien qu'il y a une côté coercitif. Autrement ce serait très bien(...) » (FG2)

« Et qui décide du choix du thème dans un Glem ? ça vient de où ? – c'est entre nous – non, pas les antibiotiques – oui mais pour les autres sujets on se concerte – dans le fond on nous a imposé – il y a une obligation qui est donnée de au moins parler de un de ces deux là. Et c'est qui qui dit cela ? est-ce qu'il n'y avait pas l'obligation de parler de ceci ? – oui, obligation pour les antibiotiques et pour l'hypertension. – parce que ce sont des médicaments qui coûtent cher, globalement. – mais c'est normal. Moi je trouve cela normal quand même. » (FG4)

« Rappelez-vous que les Glems ont été faits pour évaluer la pratique et après de nombreuses batailles on a réussi à ce que cette évaluation se fasse entre pairs. Cela aurait pu être autrement. Pour que cela continue à se faire entre pairs, il y a une carotte qui est de temps en temps de devoir parler de cela et donc il faut quand même s'y plier un peu. Sinon on nous l'imposera d'une autre façon. Mais jusqu'où on va avec l'imposition de ces sujets ? Tant que ce sont les antibiotiques, qui sont vraiment le quotidien dans notre pratique, et les antihypertenseurs et tout... et que ce n'est pas coercitif, surtout, que c'est informatif. » (FG4)

« Cela a été souligné par certains. Ils disaient qu'on nous avait dit que ce serait nous-même qui choisirions les sujets et puis là on se voyait quand même... Donc plus d'un ont quand même souligné le fait : une faille qui s'introduisait dans la philosophie et qu'on pouvait s'agrandir au fil du temps. » (FG3)

« Un ça passera mais pas plus. Un c'est accidentel, plus ce n'est pas accidentel. » (FG3)

Un participant trouve que le fait que le thème soit imposé n'a pas empêché son Glem d'être intéressé. Mais il n'est pas dit qu'il en serait de même si le sujet imposé ne leur avait pas paru intéressant pour leur pratique.

« Chez moi c'était une bonne impression, un peu différente. (...) C'était un thème imposé, mais qui nous intéresse tous. Si on nous imposait un thème, (...) [qui] ne m'intéresse pas, je ne supporterais pas ; disons un thème qui ne me touche pas aujourd'hui. Ici, forcément tout le monde a des patients qui font des infections, donc cela intéresse tout le monde. Et en plus il y avait une modification des pratiques mais qui était justifiée scientifiquement. Donc c'est passé bien. Il y a eu un Glem après sur l'hypertension où là les recommandations sont très vagues, et on ne sait pas très bien ce qu'il faut dire parce que peut-être qu'on sous-traite nos patients, on ne sait pas très bien, cela change encore maintenant, là c'est vrai que j'ai eu l'impression d'avoir perdu plus mon temps parce que les recommandations portaient un peu dans tous les sens. » (FG4)

« C'est un sujet imposé intéressant » (FG4)

Un animateur a expliqué que les membres de son Glem ne s'intéressent pas au feedback parce qu'ils ne sont pas intéressés par la remise en question de leur pratique en général.

« Des gens qui sont... très sympathiques, mais qui ont juste envie de s'amuser, quoi, voilà. Ça existe aussi, hein. Donc ils ne sont pas motivés du tout, ils n'ont pas envie... alors quand je disais mais enfin c'est quand même intéressant de se poser des questions sur la pratique, alors on me répondait « mais tu sais tout le monde n'a pas envie de se poser des questions ». Et voilà. C'est le feedback que j'ai eu après, quand je suis partie, j'en ai rencontré à l'Amub, et on a rigolé avec cela, et ils m'ont dit « mais tu sais toi, tu es vraiment obsédée de vouloir te poser des questions ! ». » (FGan)

Importance de l'animateur

Les participants ont évoqué l'utilité de l'animateur, mais aussi l'importance du fait qu'il soit bien formé. Ils attendent de cet animateur qu'il puisse bien comprendre et expliquer les chiffres et les graphiques du document,

« Si on ne sait pas lire les graphiques, et moi je vois, j'ai encore été animer un Glem antibiotiques il n'y a pas si longtemps que cela à Manage, les gens le reçoivent et le reclassent directement, il ne savent pas lire cela. Et donc là je crois qu'on a, avec nos formations, on peut apporter un plus dans la lecture de cet outil, dans la lecture de ce feedback. » (FGaf)

« Animator is essentieel. Hij moet het goed kennen en goed voorbereid zijn. Dit vraagt grote inspanning. Dan komt er wel iets uit. Er komen soms verkeerde conclusies, vb: "Ik krijg gevoel dat ik te weinig antibiotica voorschrijf". Daarom is animator belangrijk. » (FG6)

« Ik moet eerlijk toegeven dat wij niet zo'n goede LOK-animator hebben gehad die dat zo in goede banen heeft geleid dat wij dat zo open hebben besproken zoals ik dat vermoed bij de rest. Dus ik denk toch dat wij er oppervlakkiger zijn overgegaan. Wij hebben wel aan elkaar het een en het ander duidelijk gemaakt, maar in detail is het zeker niet gegaan. » (FG10)

mais aussi qu'il puisse baliser et coordonner la discussion qui se déroule dans le Glem, voire « convaincre » ses collègues de l'intérêt de l'initiative. Il semble que sa capacité à modérer le débat ait une influence sur les conclusions qui en ressortent.

« (...) Tout le monde veut parler et c'est là que l'animateur dit non non non, toi jean tu parles et puis toi ceci, et toi cela... » (FGaf)

« Dans notre Glem, j'ai l'impression que c'était assez bien accueilli. C'est mon impression évidemment. – [Mod : *L'animateur était motivé ?*] – oui, il avait suivi la formation et il était assez enthousiaste. » (FG4)

« L'animateur était formé, mais il n'était pas convaincant. Le consensus général était quand même très peu partisan » (FG1)

« si le Glem est bien géré par l'animateur, je pense que les échanges qui peuvent se faire dans le Glem peuvent être très utiles » (FG3)

« Ik los dit op door andere mensen de vuile was te laten doen voor mij. Mensen vanuit mijn LOK-groep zelf. Bij ons: is het om de beurt dat ieder eens verantwoordelijk is. We zitten met 14, dus dat is 1 keer per 4 jaar. Wat ik niet veel vind. Ik kan dan elke keer gewoon mee discussiëren. » (FGan)

Certains animateurs ont eu l'impression qu'ils étaient perçus par leurs pairs comme des représentants de l'Inami, de porteurs d'un message des autorités. Ils doivent alors pouvoir expliquer la démarche, et aborder les médecins avec diplomatie, ce qui semble parfois porter ses fruits.

« Ah oui moi c'est comme si je représentais l'Inami. Moi je donnais des aspects positifs à l'étude et au fait que cela vaut quand même la peine de regarder, c'est comme si j'étais moi porteuse de l'animosité qu'il peut y avoir par rapport à la paperasserie et tout cela... » (FGaf) [*un autre, animateur externe*] : « Moi cela je l'ai eu aussi. »

« Disons qu'au début, comme on le disait un petit peu, on a un peu l'impression d'être perçu comme quelqu'un de l'extérieur, qui vient apporter soit la bonne parole, soit qui vient faire un contrôle de ce qui se passe, avec la casquette Inami ou n'importe quelle autre casquette. Et après, quand il y a moyen tout-à-fait de lever ces barrières là, en expliquant un petit peu d'où on vient, et en expliquant un peu tout le projet qui a été fait, en effet après, moi j'ai eu de grosses difficultés au début, et après au fur et à mesure cela se levait complètement. Mais je crois qu'il faut de toute façon rester humble par rapport à eux, même quand on anime un Glem, on ne sait pas tout non plus, hein. Moi je leur dis que je ne suis pas spécialiste, je suis généraliste comme vous, et on va essayer ensemble de tirer un petit peu des informations intéressantes par rapport à sa pratique. » (FGaf)

« Wij worden -als LOK-animator- toch beschouwd als een beetje in 2 kampen te zitten. We worden toch wat bekeken met het gelaat van de overheid. We zijn een beetje wolven in schapevacht. Ik weet niet hoe ik het moet uitdrukken, maar wij hebben toch die dubbele rol. Wij hebben niet meer de neutraliteit van de arts. Ik geef maar indrukken, hé: ik kan die zelf direct nuanceren. » (FGan)

Beaucoup de Glems ont été animés par un de leurs membres. D'autres ont invité un animateur externe médecin généraliste. Une seule participante a rapporté que son Glem, pour sa deuxième réunion sur un feedback, avait fait appel à un animateur externe qui n'était pas généraliste de terrain (épidémiologiste, ex-généraliste).

Dans certains Glems l'animation est réalisée par deux personnes ensemble : un animateur et un coordinateur.

« Dans mon Glem on a un coordinateur et un animateur et l'un et l'autre n détermine les thèmes. Et on demande aux membres du Glem si cela leur plaît ou ce qu'ils veulent. Et d'après cela on fait des propositions. » (FG4)

« Ik heb de feedback eigenlijk niet alleen durven geven. Ik heb iemand vanuit onze LOK opdracht gegeven om voor alle aandoeeningen een keer het juiste type antibioticum naar voor te laten brengen. Hij heeft eerst een 1 à 1,5u discussie gegeven over waar en hoe antibiotica te gebruiken. En dan hebben we onze feedback gedaan. Dat was dan heel goed, die manier. Iedereen zag dan: ik heb verkeerd geschreven, omdat ik mijn theoretische achtergrond niet goed ken. Zo bijvoorbeeld: ik heb Augmentin gebruikt, terwijl Amoxi toch ook al goed is. Veel die dat gewoon niet weten of wisten. » (FGan)

« Ik had ook bedenkingen. Maar om die bedenkingen te weerleggen, had ik een van onze groep die dat heel goed en heel concensieus gedaan heeft. Heel mooie powerpoint, waar we met onze mond open naar geluisterd hebben. Waarna we met de feedback veel beter begrepen wat het ministerie eigenlijk wil tonen aan ons. Die man heeft er eigenlijk een maand aan gewerkt. » (FGan)

Motivations des animateurs

Beaucoup d'animateurs présents lors de notre focus groupe sont des animateurs réguliers de leur Glem. D'autres ont animé spécifiquement pour le feedback, mais ne le font pas régulièrement, parce qu'il y a une tournante d'animation dans leur Glem. Un animateur explique que dans son Glem, ils sont systématiquement deux à préparer et animer leur Glem ensemble.

« Je suis devenu animateur de mon Glem parce que j'étais animateur de dodécagroupe depuis longtemps, et au moment où on a cherché un animateur de Glem, personne d'autre ne s'est présenté, et j'aimais bien ce type d'animation, et j'ai commencé cela » (FGaf)

« Chaque participant de Glem animera un Glem. On est 10, cela veut dire que on a un Glem à animer sur 2 ans ½. » (FGaf)

« Nous on s'est mis à deux à visiter tous les sites qu'on propose à la SSMG, et on prépare cela ensemble. C'est très agréable. Et il paraît qu'on fait cela bien. » (FGaf)

Ces animateurs ont exprimé un intérêt a priori pour le feedback et la formation qui l'accompagne : pour eux, il introduit la possibilité d'une auto-évaluation, il interpelle sur les recommandations de bonne pratique et l'EBM, ce qui peut amener à une meilleure prescription. Ils ont eu envie de partager leur intérêt et leur enthousiasme avec leurs collègues, et de transmettre des connaissances acquises lors de la formation pour utiliser cet outil au mieux. Certains trouvent important que le document soit le mieux compris possible, et qu'un débat puisse en découler.

« Je me suis trouvé très vite avec le Glem avec l'envie d'avoir un peu un outil, je dirais, pour faire quelque chose de ces réunions d'un peu différent du dodécagroupe, et donc quand la SSMG, avec Pierre Chevalier, je crois, a proposé ce type de formation, moi j'ai sauté à pieds joints dedans, c'était surtout pour avoir un outil et donc c'est ce qui m'a amené à suivre ces formations. » (FGaf)

« Cela, c'est un petit défi personnel d'essayer de faire comprendre et de faire partager l'enthousiasme que moi j'ai eu par rapport à ce type de données. » (FGaf)

« Ceci dit, je crois que ces feedbacks, moi c'est comme cela que j'ai...c'est d'abord ce qui m'a intéressé, et puis je pense que c'est cela qui m'a amené à le discuter au sein du Glem, je crois que cela a le mérite d'exister, même si c'est un outil imparfait, c'est une première approche, ou une première tentative d'approche d'analyse de nos pratiques » (FGaf)

Moi ce qui m'a intéressé aussi, c'est que je trouve que c'est une chose dont on manque très très très fort dans notre travail, c'est l'évaluation. On a très peu d'outils d'évaluation de ce qu'on fait. (...) Et quand on évalue vraiment sa pratique, on se rend compte de la discordance terrible qu'il y a parfois entre ce qu'on croit faire, qui est plus fonction des recommandations de bonne pratique, de nos connaissances, etc, et ce qu'on fait dans la réalité des choses. Et donc là c'est un outil, bon, imparfait, (...) mais c'est quand même un outil indirect d'évaluation de nos pratiques, et pour une fois qu'on a une possibilité d'avoir un peu une grille même imparfaite d'évaluation, je trouvais que c'était intéressant. » (FGaf)

« Het is tweeërlei: persoonlijke interesse omdat je de cijfers kreeg en toch wel weten hoe je die kan interpreteren. En dan ook dat er bij ons binnen de LOK behoefte was om toch eens verder over de cijfers te praten en iets rond te doen. Bij ons wat dat toch, ik ga niet zeggen taboe, maar er werd toch wat argwanend mee omgesprongen. En ik vond toch wel dat het voor iedereen

nuttige informatie was. Het zijn niet enkel getallekes waarvan ze weten hoeveel je voorschrijft, maar je kan er ook iets uit leren over antibiotica. » (FGan)

Dans l'ensemble, les animateurs que nous avons rencontré prennent plus de recul que leurs confrères par rapport à l'intervention : ils en cernent les limites et les problèmes, mais ils peuvent aussi en expliquer les différents intérêts. Le défi de plusieurs est bien que ce feedback soit pris comme un outil intéressant, mais avec des limites qu'ils veulent expliquer, pour que leurs collègues n'en retirent pas des messages erronés.

« Moi j'essaie quand même, au début, de bien faire passer le message que ce n'est qu'une évaluation de nos profils de prescription, mais que ce n'est en rien un critère de bonne ou de mauvaise pratique. Parce que on doit aussi se méfier de cela, je vais dire que peut-être que celui qui tout-à-fait à gauche, il a eu X patients qui sont décédés brutalement d'une infection, ou par rapport à l'hypertension, peut-être qu'il y des médecins qui sous-diagnostiquent l'hypertension. Bon c'est sûr que si il y en a qui sont tout-à-fait hors normes, il y a probablement une analyse à faire de sa pratique, mais... c'est un peu le danger, ça explique la réticence de certains médecins à participer à ce type de Glem, ce n'est pas un outil qui est suffisamment valide statistiquement pour pouvoir en tirer des conclusions de bonne pratique. » (FGaf)

« Je l'ai bien dit, le tout premier Glem qu'on a eu, en ouvrant les enveloppes, il ne faut rien en retenir, il ne faut pas savoir dire bon, je suis un bon ou un mauvais médecin. Seulement, laissez-vous interpellé, laissez-vous interroger, interrogez-vous vous-mêmes, mais ce n'est pas parce que vous êtes à gauche ou à droite ou au centre que vous êtes meilleur ou moins bon qu'un autre. » (FGaf)

Certains ont suivi la formation d'abord pour eux-mêmes parce qu'ils voulaient comprendre. C'est par la suite qu'ils ont été amenés, par leur expérience, à animer leur Glem sur le sujet. Un médecin explique qu'il avait trouvé l'outil très utile pour servir de base à la formation des assistants qui travaillent avec lui sur les recommandations en matière de prescription d'antibiotiques.

« Ik heb dit eerst opzij gelegd, zo van: help! Daar heb ik nu geen tijd voor! Dan heb ik het daarna wel doorgenomen, uiteraard: ik heb dan ook mee de LOK georganiseerd. Ik heb de les animator gevolgd. Het is dan allemaal duidelijker geworden. Dat alles heeft me wel geholpen, want ik vond het toch redelijk ingewikkeld allemaal. » (FG10)

« Bij mij is het gegroeid vanuit het probleem dat, iedere keer als er een nieuwe hibo was, het ganse formularium - waar en hoe moet ik een antibioticum gebruiken- moest uitleggen. Dat ik zei: hoe kan ik wat algemene informatie hebben over het correct gebruik van antibiotica in de algemene praktijk? Daarom maakte ik van alle gelegenheden gebruik waar ik informatie kon opsteken, om dan makkelijker de discussie met mijn hibo te kunnen aangaan. Van daaruit is dan die interesse voor animator gegroeid. » (FGan)

Certains animateurs pensent que la discussion des Feedback en Glem va devenir obligatoire systématiquement à l'avenir. Ils suivent donc la formation parce que c'est une animation qu'ils devront faire de manière récurrente.

« Het is gegroeid uit de wettelijke verplichting, omdat het ook in de conventie was opgenomen: dat er toch een LOK-vergadering aan antibiotica gewijd moest worden. Ik bleek dan de natuurlijke persoon om die opleiding te volgen, ik heb ze dan ook gegeven. Ik vond het uiteindelijk heel interessant, omdat ahv. dat feedback-rapport toch een discussie mogelijk was. Iedereen kon meepraten in de discussie. Meestal zijn dat maar enkele mensen die deelnemen aan een discussie. En ik dacht: over antibiotica kan iedereen wel iets zeggen. » (FGan)

Enfin, un participant a spontanément expliqué que sa première raison est que son Glem pouvait être rémunéré pour la discussion sur le feedback : il n'accepte aucune aide des firmes pharmaceutiques, c'est un moyen (insuffisant) de couvrir les dépenses. Les autres participants de ce focus groupe trouvent que le financement est un bon stimulant, mais qu'il n'est pas le plus important pour eux.

« Ik zag het als een bron van inkomsten voor onze LOK-groep. Omdat wij op die manier onze onkosten kunnen vergoeden. » « Toch is het niet evenredig met de tijdsinvestering: als ik naar hier moet komen, 4u les moet volgen, dan nadien weer terug en dan nog wat voorbereiden. Dat is dan geen goede compensatie: de LOK geniet er meer van dan ik. » (FGan)

La plupart des animateurs rencontrés ont exprimé le fait qu'ils sont motivés par le fait d'animer leur propre Glem, mais qu'il ne souhaitent pas du tout en animer d'autres comme animateurs externes. Il semble qu'ils veuillent faire cet exercice d'animation pour des pairs qu'ils connaissent bien, mais qu'ils soient nettement moins tentés par le fait d'aller dans des groupes qu'ils ne connaissent pas. Un seul des animateurs présents avait également fait des animations externes, et il admet en effet, qu'il est plus difficile de faire l'animation dans un groupe qu'on ne connaît pas.

« Je continue à le faire volontiers, mais dans le cadre de mon Glem. Je ne suis pas du tout demandeur d'aller animer d'autres Glems. Ou peut-être sur demande, parce que personne n'a suivi la formation dans un Glem que je connaîtrais. Mais à priori cela ne m'intéresse pas en tant que tel d'animer d'autres Glems. » (FGaf)

« L'en animant dans son propre Glem, ça va, on le connaît bien, son Glem, donc on sait sur quelle piste il faut se lancer. Mais quand on est lancé dans un Glem extérieur, il faut très rapidement prendre la température pour voir de quelle façon on va animer ce Glem. (...) On doit vraiment adapter par rapport au Glem et je comprends que ce ne soit pas évident d'aller dans des Glems extérieurs, parce qu'on ne connaît pas les personnes qui sont là et ça c'est souvent difficile. » (FGaf)

Formation des animateurs

Les animateurs que nous avons interrogés ont tous exprimé une satisfaction par rapport à la formation reçue dans leur société scientifique. Elle leur a donné des outils et arguments utiles pour l'animation de leur Glem. Même pour des médecins qui ont déjà un bagage en santé publique, semble-t-il. Une participante a même eu l'occasion de ressentir la différence favorable entre une animation de son Glem avant et après avoir suivi la formation.

« Moi, la première fois que j'ai animé le feedback, c'est vrai qu'ils en avaient rien à cirer, que c'était assez difficile. On sentait que c'était pour eux vraiment quelque chose de rébarbatif et tout. Et c'est vrai que j'ai vu une différence quand j'ai eu l'outil de la SSMG et que j'ai suivi la formation. Alors c'est vrai que j'ai utilisé le cdrom, qu'on est partis un peu de là, et puis après la discussion venait d'elle-même. Et à ce moment là j'ai senti qu'il y avait un intérêt parce que sinon, c'était 'vite fait bien fait'. Mais là cela a permis quand même de débloquer les choses. » (FGaf)

« Moi j'ai trouvé que la formation était très bien faite et très utile, et que sans cela... je trouve qu'on a eu l'occasion quand même de largement prendre le temps et tout, il fallait quand même pas mal de temps pour comprendre cela. Moi dans mon Glem j'ai la chance d'être avec des gens qui ont fait soit pas mal de stats soit de l'évaluation soit des études de santé publique, et qui donc un peu un autre regard et donc de ne pas être le seul à... Mais je trouve que la formation est vraiment très utile : de pouvoir chaque fois recadrer, qu'est-ce qu'on analyse, quelle est la place des stats, qu'est-ce qu'on peut tirer comme conclusions, est-ce que là on ne tire pas une conclusion qu'on ne peut pas tirer, je trouve que c'est quand même... moi je trouve que la formation de la SSMG était très bien faite. » (FGaf)

« Ik heb het draaiboek gebruikt zoals het voorgesteld geweest is op de opleiding. Er waren ook geen experts bij. We hebben er ook geen uitweidingen over gedaan, omdat ik vond dat dat kwalitatief goed ineen stak en dat dat dan ook een juiste benadering was van de situatie. » (FGan)

« Ik denk dat het belangrijk is omdat tijdens die opleiding die mensen u ook leren hoe je die cijfers moet interpreteren. En dat het inderdaad toegepast is op een bepaalde praktijk en dat er toch met een aantal omstandigheden rekening mee gehouden is. Ik denk dat dat voor een hele hoop mensen verhelderend heeft gewerkt. Dat ze met die cijfers toch iets anders mee konden doen: zelf ook interpreteren. Die opleiding heeft daartoe goed geholpen. » « [Mod: Materiaal van WVVH gebruikt?] » « Ja. Geen andere meer. » (FGan)

« Ik heb ook het materiaal dat ik van WVVH meekreeg gebruikt. » (FGan)

Par contre, certains médecins trouvaient que l'animateur de leur Glem n'était pas suffisamment formé, soit qu'il n'avait pas suffisamment d'argument à opposer aux détracteurs, soit qu'il avait du mal à gérer le débat, soit qu'il ne maîtrisait pas suffisamment des chiffres et graphiques très complexes. Ce manque d'arguments ou de bagages pouvait avoir une incidence sur les conclusions du débat.

« La préparation des animateurs de Glems n'avait pas été suffisante à mon avis. C'est l'impression que j'ai eue. » (FG3)

« J'ai été un peu déçu dans mon glem, la façon dont la discussion s'est passée, parce que je crois que fondamentalement l'animateur n'était pas préparé à correctement analyser les chiffres » (FG1)

« Je pense qu'il a été un bon animateur de Glem en ce sens que il a apaisé un peu les esprits. (...) Mais je ne pense pas qu'il avait des informations suffisantes pour pouvoir aller plus loin. Comme vous aviez des informations lui il n'avait pas ces informations-là à mon avis. » (FG3)

« Chez nous il a aussi été assez utile pour apaiser les esprits, peut-être pas toujours assez précis dans les explications des données chiffrées. De par la complexité de la chose je crois qu'il ne les maîtrisait pas tout-à-fait. » (FG3)

« Chez moi on a analysé tous les chiffres et commenté un peu ce que... L'animateur a pris le temps chaque fois d'analyser chaque graphique, mais en fait la réaction un peu de tout le monde cela a été de se demander à quoi cela pouvait servir. » (FG5)

« Eerste keer was de opleiding van de WVVH nog niet helemaal ok, de tweede maal met antihypertensiva was dat veel beter. Veel meer werk van gemaakt. » (FG6)

« Er zijn 2 delen: de grafieken en uw plaats. Dat vond ik perfect. De andere documentatie vond ik soms een beetje moeilijk. Misschien niet didactisch genoeg. De grafieken soms te moeilijk of te vol, een beetje te kleine tekstjes. Om daar dan de boodschap uit te halen, was toch heel wat werk. Misschien waren een paar simpelere grafieken wel nuttig geweest. » (FGan)

Il semble que certains médecins ne sachent pas où ni comment les animateurs sont formés.

Types d'animation

Différents types d'animation sont possibles et ont été utilisés selon les Glems. Partir des recommandations, mettre plus l'accent sur les graphiques, présenter des cas cliniques, certains animateurs font preuve d'imagination pour rendre leur réunion intéressante et attrayante.

« Est-ce qu'on va plus partir sur les messages antibiotiques, est-ce qu'on va plus partir sur les graphiques, est-ce qu'on fait un mix des deux, est-ce qu'on fait des cas cliniques, on doit vraiment adapter par rapport au Glem » (FGaf)

« C'est un cas clinique : on prend un cas, on invente, « voilà, tu as quelqu'un qui a tel âge, tels antécédents, il est chez toi, voilà ce qu'il raconte, qu'est-ce que tu fais ? ». Tout le monde veut parler (...) et c'est comme cela que la discussion s'anime. Parce que ça colle à la réalité, je crois. » (FGaf)

« Dans le cas des antibiotiques, j'avais présenté tout ce qui avait été des recommandations de bonne pratique, par rapport au problème des maux de gorge, aux problèmes des otites, par rapport à l'utilisation des antibiotiques dans les cas de surinfections respiratoires, des infections urinaires, enfin bon, je présente cela, et puis je présente par transparents les différents graphiques que les gens reçoivent. Mais c'est vrai qu'on ne fait pas de cas cliniques. » (FGaf)

« On essaye de démontrer ou de décortiquer les graphiques, et cela permet aussi je crois de le comprendre et d'en connaître les limites. (...) Donc à partir d'un graphique : voilà, qu'est-ce que cela vous dit, qu'est-ce que cela représente ? et à partir de là, on corrige le tir si jamais vraiment on s'éloigne de trop. Cela permet aussi au gens de se positionner, et peut-être aussi de mieux comprendre, les fameux plots etc. » (FGaf)

« Wij zijn wat anders begonnen. Wij zijn vooral vertrokken vanuit de vraag: waarom volgen wij de richtlijnen niet? [...] Dan zijn we eerst argumenten gaan aanhalen waarom we de richtlijnen niet gevolgd hebben. We zijn dan gaan kijken hoe we het beter kunnen doen en hoe we onze aandachtspunten niet anders moesten zetten. » (FGan)

« Ik kan me er een stuk bij aansluiten. Ik heb die guidelines ook een stuk verwerkt tot een ander geheel. Ik ben ook begonnen met te spreken over de MRSA-screening. Om het probleem heel concreet naar voor te brengen, omdat wij 3 rusthuizen in de buurt hebben. En dat op die moment de MRSA toch al bezig was. Ik ben van daaruit vertrokken, dan de guidelines besproken en dan het derde deel gegeven over dat feedback-document. Er was geen expert aanwezig, maar we zijn wel de vergadering gestopt met te zeggen dat, als er interesse was, dat er over één van de expliciete onderwerpen, vb. behandeling van sinusitis, dat er dan de mogelijkheid is om daarover een keer iemand extra uit te nodigen. » (FGan)

« Ik denk dat het belangrijk is omdat tijdens die opleiding die mensen u ook leren hoe je die cijfers moet interpreteren. En dat het inderdaad toegepast is op een bepaalde praktijk en dat er toch met een aantal omstandigheden rekening mee gehouden is. Ik denk dat dat voor een hele hoop mensen verhelderend heeft gewerkt. Dat ze met die cijfers toch iets anders mee konden doen: zelf ook interpreteren. Die opleiding heeft daartoe goed geholpen. [Mod.: « *Materiaal van WVVH gebruikt?* »] « Ja. Geen andere meer. » (FGan)

Quelques animateurs racontent qu'ils trouvent surtout les messages de recommandation importants, alors que les médecins de leurs Glems attendent surtout une explication des leurs chiffres.

« Ja. Onze taak was toch vooral de cijfers over te brengen. Dat de leden toch vooral wilden weten hoe ze met die cijfers moeten omgaan. Terwijl wij al met de volgende stap bezig zijn: wat kunnen we met die cijfers doen? En ik denk dat dat die guidelines zijn. » « Het is toch logisch dat je eerst naar de cijfers gaat kijken. Ik ben die cijfers ook anders gaan bekijken nadat ik de opleiding gevolgd had. Dat was voor mij toch ook verhelderend. Dat probeer je over te brengen in de LOK. Dat verwachten de meesten ook. Wij staan nu al stap verder. Wij gaan nu eerder de guidelines al wat uitdiepen. » « Bij ons zijn het de LOK-leden zelf die het onderwerp brengen. Moest ik dat

brengen, zou dat gewoon niet gaan. Je ziet dat het dan over de cijfers gaat, dat ze die richtlijnen gewoon niet moeten hebben. De LOK-leden zitten gewoon op een andere golflengte. » (FGan)

Outils d'animation

Les outils utilisés par les animateurs étaient la plupart du temps les outils proposés par leur Société scientifique lors de la formation. Quelques médecins ont utilisé un autre matériel, en complément. Quelques autres ont proposé tout à fait une autre animation que celle prévue autour du feedback : dans un Glem, en repartant du principe de l'évaluation et des messages de recommandations, une explication de la méthode d'évaluation par petits échantillons a été proposée. (le Glem avec l'animateur externe épidémiologiste).

« Moi j'ai suivi à la lettre, c'est tout. » (FG2)

[animateur dans son propre Glem]: « c'est vrai que j'avais l'avantage d'avoir l'explication power point de la SSMG » (FG2)

« Quand on a préparé le feedback, on a toujours regardé, soit moi la revue Prescrire, soit mon ami, ce que disaient des recommandations de bonne pratique en France, pour avoir finalement un autre pendant, ne pas avoir qu'une seule vision. » [*plus tard, le même, à propos des outils de la SSMG*]: « C'était très bien. On a simplement copié cela, donc en prenant des éléments extérieurs, mais le fil conducteur c'était cela. » (FGaf)

« Moi je me réfère souvent aux recommandations canadiennes. Dans la bibliothèque de l'EBM, il y a quelques sites particulièrement intéressants, canadiens entre autres français, ou même belges. Je pense que le matériel existe, maintenant il faut aussi le présenter correctement. » (FGaf)

« Chez nous la première fois, ils ont vraiment essayé de expliquer tout. C'était à devenir fou, tous les chiffres, les DDD et tout ça. Tandis que le deuxième animateur, (...) en fait il a surtout parlé des messages et très peu du reste. Il fallait s'évaluer, il fallait prendre 5 prescriptions d'antibiotiques qu'on avait fait, au hasard, et puis il fallait les mettre là-dedans (...) méthode qui dit que quand on prend 5 cas, en fait et qu'on fait ça 3 fois sur l'année, on peut déjà avoir une idée de si on suit bien les recommandations. Et donc c'était plus sur le contenu, on n'a pas parlé de... » (FG2)

« Ik heb het draaiboek gebruikt zoals het voorgesteld geweest is op de opleiding. Er waren ook geen experts bij. We hebben er ook geen uitweidingen over gedaan, omdat ik vond dat dat kwalitatief goed ineen stak en dat dat dan ook een juiste benadering was van de situatie. Want, het grote probleem is altijd: is dat voor mijn populatie wel evident om dat te vergelijken met die andere persoon? Dat was helemaal weggewerkt in die setting. Dat vond ik wel heel goed gedaan. Daar heb ik het ook vooral over proberen te hebben. Dat dat betrouwbare gegevens zijn, aangepast aan uw praktijk. Dat was in die manier van voorstellen toch wel heel belangrijk: dat dat erg benadrukt was. Daar heb ik het vooral over gehad: die cijfers dat geldt voor uw praktijk. Je moet niet denken dat dat niet klopt. » (FGan)

« De bekommernis was dat de LOK-leden konden begrijpen wat er in hun profiel stond en daar is het materiaal van de WVVH erg transparant in. Extra materiaal was: Europese cijfers. Cijfers van bepaalde producten uit andere landen, zodanig dat het ook opviel dat wij in België toch wel veel fluoroquinolones voorschrijven. » (FGan)

« Als je een vergadering moet leiden met de helft van de collega's die liggen te suffen omdat ze gewoon moe zijn, omdat ze teveel werken en omdat ze moeten naar de LOK komen, dan denk ik, zelfs als je guidelines naar voor brengt, dat je dan weinig impact gaat hebben. Je moet ook een zekere interesse hebben van de deelnemers als ze naar een vergadering komen. En daar knelt zo wel eens het schoentje bij de LOK. » « Ik heb dat opgelost met vragen: multiple choice vragen om ze wakker te maken. Eerst een toetsvraag. Dan zie je dat die mensen met hun grote mond door de mand vallen, want die kunnen er gewoonlijk niet op antwoorden. Je moet wat spanning houden. Als je gewoon een monoloog doet, vallen ze in slaap. » « Ook opgelost door in kleine groepjes te werken. In een klein groepje worden ze ook meer aangesproken door 1 of 2 mensen en worden ze in de groep geactiveerd. 4-5 mensen in elke groep, een soort van sub-LOK. We beginnen met sub-groepje en na een uurtje gaan we dan terug aan één tafel zitten en dan is het dikwijls moeilijk om de discussies gestopt te krijgen. » « Ik vind het vraag-systeem goed: wat geef je bij een keel? Een sinusitis? Die expert bij ons heeft zo vraagjes gesteld en dan geeft hij de uitleg: wie is er juist en wie niet? We zijn afgestapt van de monoloog, omdat ze in slaap vielen: er was geen interesse. Het is nu 3 jaar dat ik dit systeem toepas en ik vind dat ze nu veel alerter en actiever zijn. Ze bereiden het soms voor, omdat ze niet willen blunderen. » (FGan)

Comparaison des chiffres

Dans certains Glems, les médecins ont comparé leurs chiffres entre eux. Cela s'est passé surtout dans les Glems dont les participants se connaissent depuis très longtemps, et se font confiance mutuellement. Un Glem a même joué à deviner à quel médecin correspondait chacun des points du Glem sur le scatterplot. Un animateur a rapporté qu'il a fondé le débat dans son Glem sur la comparaison du médecin le « mieux » situé et du « moins bien » situé du groupe, en leur demandant leur avis.

« C'est vite parti quand même en une comparaison de l'un et de l'autre. [...] de comparer mon triangle il est et le tien il est là, ... et c'est un peu parti comme cela. Je pense que chacun en a quand même finalement pris ce qu'il fallait. » (FG3)

[*Glem de 10 qui se sont choisis entre eux, avec unité d'âge*]. « Nous on a pris les points extrêmes. Les deux extrêmes, on leur a demandé d'expliquer. Pas de s'expliquer, de se justifier, mais d'expliquer comment l'un expliquait qu'il était tout-à-fait à gauche, et l'autre tout-à-fait en haut droite. (...) c'est pour cela qu'on voulait avoir une unité de pratiques et d'âge. Parce qu'on a dit si on fait vraiment en Glem constructif, il y en a certains, je crois qu'on aurait mangé ses bics. » (FGaf) [*plus tard, un autre participant*] : « Je trouve que votre Glem était assez intrusif » (FGaf)

« Wij hebben de getallen niet aan elkaar bekend gemaakt. Sommigen die toch zeiden: dat ben ik. Ik herinner me ook nog wie jij was. » (FG9)

Mais la plupart des Glems ont porté le débat sur un plan plus général, chacun regardant ses propres données de façon plutôt discrète, ou tout au plus avec le voisin avec lequel il a plus d'affinités. Ce qui n'empêchait pas un partage d'avis et d'expériences sur la prescription d'antibiotiques. Pour un animateur, il s'agit même du respect des limites de chacun, nécessaire pour un partage en confiance. Quelques médecins trouvent qu'il n'est pas nécessaire de regarder les chiffres lors de la discussion en Glem, qu'on peut le faire chez soi.

« C'est un peu comme la feuille des contributions, on ne montrait pas trop au voisin. – On regarde chacun sa feuille. » (FG2)

« Je trouve que les confrères restent malgré tout très cachottiers par rapport à leur graphes. On n'aime pas trop regarder, être vu, même par son voisin. Je pense qu'il y a une révolution des mentalités qui doit encore se poursuivre » (FG1)

« il y avait des confrères plus pudiques que d'autres. On avait un transparent avec tout le Glem. On n'a pas pu regarder les données de chacun, non. Ça s'est fait plutôt par affinités. » (FG1)

« Chez nous, chacun garde sa feuille, mais jamais quelqu'un n'est allé regarder chez le voisin. On a expliqué les graphiques, on a expliqué, mais sans juger. Ou alors c'est quelqu'un, « montre un peu » [*mime qu'on se penche vers son voisin*] mais...mais on n'a pas mis en évidence « toi tu, ... tu exagères ». Non cela a été traité de manière très privée. » (FGaf)

« Je pense que l'intérêt c'est vraiment pas que les gens fassent un méa culpa ou se positionnent, mais réfléchissent ensemble. Et ceux qui ne veulent pas se démasquer ne se démasquent pas. Je pense qu'on est assez adultes et grands que pour avoir le respect de la volonté ou de la non-volonté d'expression de l'autre. » (FGaf)

« Denk je dat wij elkaars profielen hebben zitten bekijken? [Mod.: Bijvoorbeeld...] [Gelach in hele groep] « Zo intiem zijn we nu ook weer niet! » (FG8)

« Ik herinner mij dat wij ergens te oppervlakkig blijven. En ik had dat blijkbaar tamelijk goed ingestudeerd en ik kon eigenlijk tamelijk goed volgen met die grafieken. En ik had toen zoiets van: eigenlijk heb ik niet zoveel meerwaarde aan LOK. Ik had zowat meer discussie verwacht. » (FG9)

« We hebben het besproken zonder op de persoon te wijzen, omdat we 3 mensen in de LOK-groep hadden die werkelijk aan de sterrenhemel fonkelden, terwijl de rest wat meer op de basis zat. We hebben heel wat moeite gedaan om die mensen er niet uit te filteren. We wisten het allemaal, maar we hebben het niet gedaan. » (FGan)

« Wij hebben dat [*elkaars cijfers*] open en bloot geprojecteerd waar dat iedereen stond. Niemand die zich hiervoor schaamde. [...] Wij zijn toch zover gekomen dat we het hebben gedurfd te bespreken. » (FGan)

« Maar het was niet zo dat iedereen zijn dingen op tafel legde en zei: we gaan eens kijken bij elkaar, dat was ook niet de bedoeling. » (FG7)

De plus, beaucoup de participants viennent au Glem sans leur document. Soit qu'ils l'ont oublié, soit qu'ils ne l'ont pas retrouvé, soit qu'ils pensent ne pas l'avoir reçu. Les animateurs se sont alors souvent basés sur leur propre feedback, ou sur le document anonyme du site de l'Inami.

« Je crois qu'ils auraient pu participer plus si ils avaient eu leur propre feedback. C'est le mien qui a servi de témoin pour tout le monde parce que la majorité n'avaient pas le leur. » (FG3)

« Bij ons hield ieder angstvallig zijn cijfers bij. De meesten waren ze thuis "vergeten". » (FG6)

« Wij hebben allemaal ons document toen meegebracht en ik [als animator] had wat reservedocumenten bij. » (FG7)

« Het feit dat een aantal mensen het niet meer terugvonden of niet wisten over welk formulier het juist ging, ik denk dat wel tekenend was. » (FG7)

« Ik was niet tevreden over de discussie achteraf. Ik had eigenlijk gehoopt dat iedereen zijn eigen feedback-document zou meegehad hebben, maar er waren er een aantal bij die dat niet bij hadden. Dus dat wil zeggen dat de discussie eigenlijk heel beperkt is gebleven. Zijn ze het echt bewust verloren? Vergeten? Ik weet het niet. Bij die bespreking over antihypertensiva was er de mogelijkheid om een blanco document, een niet-gepersonaliseerd document- te downloaden van de website. » (FGan)

« De eerste keer dat ik een LOK deed, was in de eigen groep. Dat ging vrij goed. Men was bereid wat te veranderen, maar men was allerm minst bereid om de eigen cijfers op tafel te leggen. Dus we hebben zelf een zowat nagemaakt profiel van iemand genomen en dan gekeken: hoe komt het, waarom komt dat? Dat was dan de papieren patiënt "Sir John" die dan aan tafel zat -maar je ziet hem niet zitten-. Waarom zou Sir John dit doen? Verdedig hem eens of val hem eens aan. Dat was een vrij interessante discussie, omdat men vlot sprak zonder over eigen cijfers te moeten spreken. » (FGan)

Un animateur évoque le fait qu'il peut-être un peu contre nature de demander à des professionnels qui travaillent dans un contexte de concurrence, de partager sur leurs pratiques. Mais d'autres étaient assez dubitatifs face à cette hypothèse.

« Il y a une deuxième réticence que j'ai rencontrée, dont j'ai rarement entendu parler quand on parle d'animation en Glem, amener des médecins, même qui se connaissent très bien, et qui en plus travaillent dans le même secteur, à parler sur leur propre pratique, c'est comme si vous demandiez à deux commerçants de dévoiler leurs stratégies pour toucher la cible. Il ne faut jamais perdre de vue que dans un Glem, on travaille sur le même secteur, nous sommes aussi des concurrents, de type commerciaux. [...] C'est un des éléments, je ne dis pas que c'est le seul, mais c'est un des éléments, qui fait qu'un certain nombre de confrères hésitent à parler ouvertement de leur pratique professionnelle et de faire une analyse publique de leur pratique professionnelle. » (FGaf)

Il a été remarqué dans un focus groupe, que dans les Glems sur le feedback, il y avait moins de membres présents que dans les autres, et que la raison pourrait être le fait qu'ils aient peur de confronter leurs données avec leurs pairs. Un animateur a rapporté avoir reçu un appel d'un de ses confrères avant la réunion du Glem, pour dire que s'il y avait échange ouvert des données, il ne viendrait pas.

« Ik vond het opvallend dat, tijdens de LOK-vergaderingen die we hierover gedaan hebben, opvallend minder volk kwam opdagen dan op de andere LOK's. Dat was toch zo, he? [Algemeen: "ja"] We hadden dan toch zoiets van: een aantal mensen durven blijkbaar de stap niet zetten. Misschien een verkeerde conclusie? Het kan ook een drukke moment geweest zijn: ik weet het niet. » (FG10)

« Er werd mij telefonisch de vraag gesteld: als dit gebeurt [het tonen van elkaars cijfers], kom ik nooit meer naar de LOK. » (FGan)

A remarquer que dans un Glem, l'animation prévue sur le feedback des antihypertenseurs, a été difficile parce que la majorité des participants n'ont jamais reçu leur feedback.

Importance de la convivialité et du respect

Plus globalement, plusieurs participants ont évoqué l'importance du Glem comme lieu de rencontre et de convivialité entre confrères, majoritairement en solo. Et en deuxième lieu, pour certains, comme un lieu de partage des informations et expériences sur la pratique. Pour un médecin, cette convivialité peut être entretenue par l'organisation, de temps en temps, de rencontres sans objectif de formation.

« Si on fait sauter les Glems, on ne se voit plus qu'une fois au souper de garde, on ne se connaît plus entre confrères, alors du coup est-ce que l'ambiance ne va pas devenir détestable ? donc il y a aussi cette participation là. » (FG5)
[*le même médecin*] « Il faut quand même reconnaître, je ne le cite pas (*le Glem*) on s'amuse super bien, on n'apprend rien. On sait très bien comment le Standard va organiser son équipe la

semaine qui suit, mais à part cela, on n'apprend pas énormément de choses.» [un autre participant est du même Glem, il opine du chef] (FG5)

« parce que moi je trouve remarquable qu'entre confrères on sait se parler [*d'autres réagissent*: ah oui ca c'est génial], alors que quand on écoute les confrères d'il y a 30 ou 40 ans, ils étaient chacun l'un contre l'autre, si un faisait ca, l'autre faisait exactement le contraire, tandis qu'ici, on se parle, j'ai fait ci, j'ai fait là... » (FG2)

« Geen firma's en geen specialisten in de LOK! Wij doen het zelf. Ik organiseer wel eens iets met de firma's, maar dat is dan op een andere dag dan de LOK. Zo bijvoorbeeld een nieuwjaarsreceptie, om de sfeer eens op een amicale manier op te wekken. Als je enkel theoretisch bijeenkomt, krijg je alleen maar agressie en ambetantigheid: het is altijd die zever! Het moet ook eens plezierig zijn in de groep. » (FGan)

Cette convivialité entre confrères du Glem semble parfois permettre que des discussions ou des sujets qui n'étaient pas très motivants au départ, comme le feedback, puissent avoir lieu : proposés par certains, ils sont acceptés par les autres qui viennent quand même à la réunion et jouent le jeu.

« Comme nous faisons d'un dodécagroupe qui s'est transformé en Glem, même si le sujet n'était pas très attirant comme il l'explique, je crois que les gens participent d'office du fait que ce sont des gens qui se connaissent bien entre eux, et qu'il y a une connivence qui fait que ça roule de toute façon » (FG3)

« Dans mon Glem moi j'ai eu des gens assez désabusés : « ca sert à rien », ils venaient parce qu'ils fallait, par amitié, parce qu'il y a une bonne ambiance, qu'on leur offre des bonnes choses quand on les reçoit à la maison, mais il y en a quelques uns irréductibles. Ils n'ont pas tellement envie de se mettre en question. » (FG2)

Un autre élément important est la confiance et le respect entre confrères. C'est cette confiance qui permet d'avoir des échanges constructifs, de partager les données, et d'avoir des discussions critiques. Plusieurs animateurs évoquent, pour réussir leur animation, l'importance du respect de leurs collègues, la nécessité de les aborder sans donner de leçons : ils sont conscients du fait que la démarche est nouvelle et demande des efforts de la part des médecins.

« Maintenant, le fait qu'il y ait beaucoup de convivialité entre nous, c'est un groupe qui existe depuis 18 ans, on a plus de 180 réunions derrière nous, chacun accepte mieux ce qu'il entend des autres, même si ça le fait parfois râler. Il y a une ouverture des oreilles qui est un peu différente. » (FG3)

« J'ai commencé mon Glem en disant qu'il fallait beaucoup d'humilité pour ouvrir son enveloppe parce que peut-être qu'on allait avoir un message qui n'était pas un message de critique dans le sens « je démolis ce que vous faites », mais cela allait interpeller certains, au vu de la grande discordance des points. » (FGaf)

« Ne perdons quand même pas de vue que on a affaire à des gens qui ont passé 7 ans à l'unif, et qui ont acquis une certaine compétence, et s'amener en disant « je vais vous dire comment il faut faire », c'est la meilleure manière de se faire foutre à la porte. (...) On est occupés à faire exactement la même chose dans le domaine médical, on va enfin apprendre aux médecins, leur expliquer comment ils doivent pratiquer, comment ils doivent faire. Je crois que c'est un peu court comme raisonnement. Un premier, si pas le premier travail que j'ai tenté d'effectuer dans le Glem c'est de dire (...) que cela ne m'intéresse pas du tout de fonctionner comme cela. On va quand même essayer d'avoir une autre approche et de se dire qu'on dispose là d'un outil qui est UN outil dont il convient de bien cerner les limites (...) » (FGaf),

« Dat is al een peer review, je moet elkaar een beetje kennen, want anders kan je niet zo in vertrouwen discussiëren. Je moet elkaar een beetje aanvoelen en mekaar kunnen vinden om zo iets te kunnen bediscussiëren. Als jij van bovenuit bij mekaar wordt gezet, eer dat het vertrouwen er is, en zonder dat er naar elkaar op een bepaalde manier wordt gekeken, afgunstig of zo, dat duurt wel wat. Iets dat van onderuit groeit, je zit toch bij gelijkgestemden dan, mensen die min of meer op dezelfde manier werken of kritisch zijn.» (FG7)

« Je voelt je zowat onwennig. Je gaat dan wat spreken onder elkaar. De sfeer was dan toch vrij tolerant en aangenaam en dan voel je je al wat meer op je gemak. Dan kom je tot discussies waar je resultaten aan kunt vastknopen. » (FG9)

« Het is in de LOK vooral de veiligheid. Dat je je, bij de mensen die je wat beter kent, jezelf durft bloot te geven. » (FG10)

« Ik denk dat het aan de LOK-bespreking in het algemeen ligt. Wij komen met onze LOK elke maand samen. We kennen elkaar echt wel goed. » « Er is vertrouwen. Respect voor elkaars standpunt. » « Dat had niks met dat feedback-document te maken. » « Er is, ook buiten de

antibiotica, een respect voor elkaars handelen gecreëerd, omdat je die mensen ook regelmatig zien en er dus ook meer collegialiteit is. » (FG10)

« Bij ons is het gezellig. Er is 90% aanwezigheid. De mensen kijken ernaar uit. Het wordt met de jaren plezieriger. We zijn altijd eerlijk en open met elkaar. We zijn echt niet meer bang. Zo met hypertensie: ik zit daar, en ik zit ginder, allemaal! En ook van: oei, wat heb ik uitgestoken? Ah ja, ik ben een keer gaan eten met die firma. We zijn daar niet meer beschaamd voor. 10 jaar geleden zou dit niet mogelijk geweest zijn. » (FGan)

Tous les participants ont dit préférer que cette discussion sur le feedback ait lieu entre pairs, sans experts externes. Même dans certains Glems où un expert externe est souvent invité aux réunions, cela n'arrive pas lors de la réunion sur le feedback.

« ...c'est là qu'on apprend le plus, c'est en confrontant nos avis sans qu'il y ait ni des spécialistes ni des observateurs de quelque ce soit. » (FG1)

L'influence de la taille du groupe a été évoquée à quelques reprises. Elle va influencer le choix du type d'animation. Un petit Glem a pour avantages la possibilité d'approfondir les échanges, souvent les membres se connaissent mieux et se sentent plus en confiance, mais il y a un risque de trop grande homogénéité, et de perte de la richesse d'échanges controversés, de plus l'influence de leaders peut être plus grande. Les grands groupes seront plus hétérogènes, ils présentent les avantages et inconvénients inverses.

« Dans notre Glem, on a plutôt lu ensemble, essayé de comprendre chacun son feedback, mais on n'a pas confronté vraiment les résultats. Parce que je pense qu'on n'aurait pas eu le temps. On est déjà fort nombreux. On n'a pas discuté vraiment de où on était avec les autres – [*mod : et des messages de fond ?*] – oui des messages de fond, au départ, tout-à-fait. On a rappelé les points importants pour l'utilisation des antibiotiques. J'ai l'impression que c'était assez bien accueilli. » (FG4)

« Le contenu, si on veut le développer de façon intéressante, cela prend assez bien de temps, et peut-être qu'on aurait intérêt à faire deux glems là-dessus, un Glem où on présente plus les attitudes... pour laisser plus de temps à la discussion. – mais vous êtes 25. Nous, on est 10 et à la réunion on est 8 ou 9 – oui et on est 25 et on sans doute moins homogènes, la moitié est en pratique de groupe, l'autre moitié est en pratique individuelle, et cela va de 25 ans à 50 ans. » (FGaf)

« L'idée d'un Glem où on pouvait discuter tout à fait ouvertement, sans avoir de susceptibilités, si on s'interrogeait sur la pratique de l'un ou de l'autre, on s'est dit, cela ne marchera pas si on a certaines personnes dans le Glem, donc certaines personnes ont dit : on fait un petit Glem, on prend le nombre minimum, et on choisit un petit peu les gens qui voulaient être dans le Glem. Ce qui a donné une unité, vraiment, de discussion. Et puis il a fallu trouver quelqu'un qui voulait bien reprendre l'animation, et puis voilà. (...) Et on ne voulait surtout pas que le Glem devienne une sorte de pugilat, et donc c'est comme cela qu'on a fait un petit Glem avec une unité d'âge, et quasiment une unité de pensée et une unité de pratiques. » (FGaf)

« Allemaal verschillende mensen: ene wat liberaler, de andere wat linkser. Dit staat los van de wetenschap. Misschien is dit zelfs nog belangrijker. Er zullen dan minder problemen zijn bij 20-25 man: er zullen geen overwichten zijn. Dit is bij 6 man wel. » (FG6)

« Misschien meerdere LOKs samenzetten, zodat radicale standpunten niet kunnen overheersen. » (FG6)

« Ik heb nadien toch ook nog mensen informeel gesproken. Toen kwam er wel spontaan reactie en spontaan gesprek over antibiotica. Ze wilden er niet in groep over spreken, maar misschien wel in kleine groepjes. Dat heb ik dan nadien ook gedacht: misschien hadden we wel in kleine groepjes moeten werken. We zijn met 22 als ze allemaal komen. Ik denk dat ze toen met 18 waren. Dus ik denk wel dat de groep te groot was. » « In de grootste groep had ik het ook het moeilijkste, en in de kleinste het minst. » « De groepen mogen niet te groot zijn. En er moet wat hartelijkheid zijn tov. elkaar. Als die mensen echt pal over elkaar zitten in die LOK, dan is discussie bijna niet mogelijk. Een vriendschappelijke LOK gaat veel beter. » « Ik denk dat dat toch een probleem is. Bij grote verschillen in voorschrijfgedrag zou het toch heel interessant zijn om de LOK-leden de kans te geven om naar een LOK te gaan waar ze geen kat kennen. Dan ontstaat daar een discussie die veel vrijer en gemakkelijker zou zijn. » (FGan)

« Eventueel uitgaan van kleine groepjes, 4,5,6 mensen waarin je een casus bespreekt, bijvoorbeeld eentje over pyelonefritis of cystitis, en eentje over rhinosinusitis en dat je dan uiteindelijk accenten kunt leggen van hoe kom je tot de juiste diagnose. Zo de opmerking van: ik heb geen tijd om de juiste diagnose te stellen, dus ik trek mijn paraplu open en ik schrijf maar antibiotica voor: dat is toch iets dat we moeten vermijden. En daarop moeten die guidelines zich meer richten: hoe komen we tot de juiste diagnose? » (FGan)

« Ook opgelost door in kleine groepjes te werken. In een klein groepje worden ze ook meer aangesproken door 1 of 2 mensen en worden ze in de groep geactiveerd. 4-5 mensen in elke groep, een soort van sub-LOK. We beginnen met sub-groepje en na een uurtje gaan we dan terug aan één tafel zitten en dan is het dikwijls moeilijk om de discussies gestopt te krijgen. » (FGan)

3.3.2. L'impact du feedback d'après les participants

Cette analyse qualitative ne permet pas de mesure réelle de l'impact de l'intervention feedback. Toutefois, nous pouvons rapporter les perceptions exprimées par les participants des focus groupes. Cet apport a ses limites : il est basé sur des perceptions, celles des médecins qui ont bien voulu les exprimer.

« En fait il n'y a pas vraiment des gens qui disent non moi je ne suis pas d'accord, je fais le contraire de ce qui est recommandé. » (FG4)

« Ca nous n'en avons pas. Nous n'avons pas de leaders qui disent de prescrire plus d'antibiotiques. *(rires)* ça je n'ai jamais vu *(d'autres : non, non)* – il va être approché par GSK. *(rires)* » (FG4)

Des médecins eux-mêmes font remarquer qu'ils ne peuvent pas confirmer ni quantifier leurs impressions de changement, ni être sûrs que ces changements sont imputables au feedback lui-même, puisque d'autres actions avaient lieu en même temps. Mais leurs avis peuvent apporter des informations précieuses sur l'intervention.

« Mais pas tellement, finalement j'ai pu comparer, *(en regardant le document)* c'est modeste, hein quand même comme diminution. » (FG2)

« J'ai le sentiment que l'impact que cela a eu c'est que cela a sensibilisé les gens. A partir du moment où, comme on l'avait déjà fait remarquer, il y a une marche parfois entre ce que l'on pense faire et ce que l'on fait réellement. Savoir dans quelle mesure on a modifié son comportement après, on pense l'avoir modifié, mais l'a-t-on réellement modifié ? là, évidemment il faudrait de nouveau des outils d'évaluation. » (FGaf)

« Je ne pense pas que c'est uniquement des feuilles comme ça qui nous ont fait changer. On a eu plus facile aussi avec la publicité qu'ils ont fait, qu'on entendait. » (FG2)

« Ik had toch de indruk dat er een aantal mensen waren die er toch iets hebben uitgehaald voor zichzelf. Dat er toch wel eens wordt nagedacht over een andere manier van omgaan met antibiotica. Maar in hoeverre dat dat consequenties heeft, kan ik moeilijk zeggen. » (FGan)

L'impact du feedback sera influencé par tous les facteurs décrits plus haut, liés à l'attitude ou l'évaluation de l'intervention. Il sera aussi influencé par d'autres facteurs externes, expliqués au chapitre suivant.

Ainsi, les changements rapportés par les participants ne peuvent la plupart du temps pas être imputés spécifiquement au document ou à sa discussion en Glem : ces deux volets de l'intervention sont complémentaires et intriqués dans leurs effets. Une condition de départ émise par les participants pour que le feedback ait une influence sur les médecins, est qu'ils l'aient lu et qu'ils aient pu le comprendre, ce qui peut être amélioré par le Glem.

3.3.2.1. Impacts positifs de l'intervention

Prise de conscience

L'intervention feedback, du fait qu'elle renvoie, comme un miroir, une image de la pratique, permet, aux dires de plusieurs participants, diverses prises de conscience :

« Mais sur les antibiotiques, c'est vrai que cela a fait réfléchir des gens et je serais curieux d'avoir le suivant pour voir un peu comment cela va évoluer. » (FGaf)

- de ses propres habitudes de prescription : constater que son habitude de prescription n'est pas nécessairement la même que celle des confrères, et qu'elle ne correspond pas nécessairement à des recommandations de bonne pratique. Pour certains, c'est l'occasion de s'apercevoir vraiment qu'ils prescrivent beaucoup par rapport aux autres. Il s'agit du choix de prescrire, et surtout du choix de la molécule prescrite.

« Oui, mais moi je trouve que c'est intéressant parce que cela attire notre attention. Ne fut-ce que cela. On est mis devant le fait de se remettre en question. Et de se dire où est-ce que j'en

suis moi. Par rapport à toutes ces données. Et cela je trouve que c'est bien. C'est certainement un atout. » (FG4)

« Cela peut être positif dans le sens où on peut voir, par soi-même on peut se dire, tiens c'est bizarre, les gens de mon Glem se trouvent là et moi je me trouve là. Tous les autres de mon Glem sont par là. C'est quand même bizarre. (...) Cela m'a permis de me dire, tiens, je prescris certainement trop de ceci, ou trop peu de cela. » (FG5)

« Disons que rien que d'avoir un mot de l'Inami disant attention, vous ne faites pas bien, ça remet en question... » (FG2)

« on se pose quand même des questions, on se demande pourquoi j'en ai prescrit, oui on y repense, à ce qu'on a prescrit, pourquoi...on en a discuté aussi entre nous. On ne peut pas faire semblant qu'on ne sait pas » (FG1)

« c'est vrai que ça pose des questions, on en a rediscuté en glem, moi je trouve ça tout à fait intéressant de se poser la question. » (FG1)

« il y a cet outil, on reçoit des évaluations, on voit exactement ce qu'on prescrit, même s'il y a des problèmes, en effet, et on peut en reparler, mais on peut se comparer par rapport à d'autres personnes, avec un général une patientèle qui est relativement similaire, puisque normalement le Glem cela doit être localisation géographique et ainsi de suite, cela permet de voir sa pratique exacte, et si il y avait des « kwaks » entre guillemets, de voir pourquoi on fait telle et telle prescription, pourquoi on a prescrit cela, et de pouvoir en discuter. » (FGaf)

« Ca ce serait intéressant justement encore de l'évaluer, la différence entre ce qu'on croit faire et ce qu'on fait. » (FGaf)

« Moi je trouve que c'est intéressant parce que cela attire notre attention. Ne fut-ce que cela. On est mis devant le fait de se remettre en question. Et de se dire où est-ce que j'en suis moi. Par rapport à toutes ces données. Et cela je trouve que c'est bien. C'est certainement un atout. » (FG4)

« Si on en a parlé au Glem, cela t'aide quand même aussi à faire un peu attention. Je trouve qu'en solo, tu ne fais pas hyper attention, enfin moi en tout cas, j'ai pas fait hyper attention, maintenant quand t'es dans le Glem, c'est vrai que cela permet de confronter les impressions. » (FG5)

« Kernboodschappen doorgenomen: algemeen gevoel bij, niet op mij gericht. Geen impact op voorschrijven, de cijfers wel. » « Ja, eerst cijfers, dan de rest. Cijfers prikkelen de nieuwsgierigheid. [instemming van iedereen]. » (FG6)

« Het doet je wel nadenken. Enerzijds van waar situeer ik mijzelf, en eigenlijk wil ik dat nog beter doen. » (FG7)

« Dus je plaats in de groep en hoeveel je voorschrijft, vooral hoeveel je in feite zou mogen voorschrijven, dat vind ik heel leerrijk. Ik vind het een te moeilijk, maar zeer efficiënt document. Ik vind dat heel goed, maar je moet veel moeite doen, ik ben er zeker van dat niet iedereen dat doet. » (FG7)

« Veel artsen wisten niet dat ze fout voorschreven: hun foute voorschrift was hun norm. » (FGan)

« Ik heb iemand vanuit onze LOK opdracht gegeven om voor alle aandoeningen een keer het juiste type antibiotica naar voor te laten brengen. Hij heeft eerst een 1 à 1,5u discussie gegeven over waar en hoe antibiotica te gebruiken. En dan hebben we onze feedback gedaan. Dat was dan heel goed, die manier. Iedereen zag dan: ik heb verkeerd geschreven, omdat ik mijn theoretische achtergrond niet goed ken. Zo bijvoorbeeld: ik heb Augmentin gebruikt, terwijl Amoxi toch ook al goed is. Veel die dat gewoon niet weten of wisten. » (FGan)

- de la problématique des résistances croissantes aux antibiotiques.

« Le mal du siècle qui vient c'est les infections multirésistantes. Il suffit de voir les MRSA qui prolifèrent partout partout. Qu'on attire notre attention sur les résistances aux antibiotiques, je trouve cela très important. » (FG1)

« De combinatie, zeker voor die tetracyclines. In de kernboodschappen stond dat dat oww. de resistentie geen eerste keuze meer was en als ik dan zag dat ik in mijn profiel met de tetracyclines een heel pak hoger zat dan de groep. Dan weet je dat dat klopt dat je je voorschrijfgedrag moet veranderen en dan ga je een gewetensonderzoek doen. » (FG10)

- du fait que la surprescription existe, par exemple pour les quinolones ou l'amoxi-clav, et qu'elle a des conséquences sur les coûts comme sur les résistances.

« Ce qui est impressionnant c'est la facilité avec laquelle les médecins mettent de l'amoxi-clav, alors qu'il y a d'autres alternatives. Cela, ils étaient tous d'accord de le dire. » (FGaf)

« Heureusement qu'il y a eu une réaction, parce que regardez le nombre de quinolones qui était prescrit, c'était invraisemblable. (beaucoup acquiescent) Donc c'est il y en avait quand même pas mal qui prescrivait cela pour des angines et pour n'importe quoi. Il était temps de réagir. – beaucoup ne se rendent pas compte du prix – mais ce n'est même pas la question du prix, c'est la question des résistances. » (FG2)

« Ik ben geschrokken van de gevolgen van het overmatig gebruik van antibiotica. Wat de maatschappelijke gevolgen zijn. » (FGan)

- de l'intérêt de recommandations de bonne pratique en matière de prescription.

« Dans notre Glem il y a quand même eu une discussion après avoir lu les recommandations, sur le traitement de l'otite. Donc cela a quand même suscité... » (FG5)

« Nous on a fait un Glem là-dessus et le Glem suivant c'était les bonnes pratiques dans l'ORL. Je ne sais pas c'était imposé ou pas, mais peut-être que en cela on n'a pas vraiment suivi ce schéma là, mais que cela nous a fait rebondir dans les bonnes pratiques ORL. » (FG5)

« En ja, die kernboodschappen: dat was dan vooral voor bijtwenden en gecompliceerdere zaken. Dat ik dan toch nu gemakkelijker voor eenvoudiger zaken amoxi voorschrijf. Wat ik vroeger ook dacht: dat amoxi-clav nodig was voor een serieze zware keel, maar dat is dus helemaal niet nodig, want dat clavulaanzuur doet dus niks aan die streptokokken. Dat wist ik toen nog niet, maar doordat je toch wakkergeschud bent, heb ik dat toch ergens meegepikt. » (FG9)

« Als huisarts doe je eigenlijk wat je wil. Tot nu toe. Je schrijft voor wat je wilt. Er is niemand die komt zeggen je doet het niet goed of je doet het wel goed. Als je dit papier krijgt, denk je: oei. We hebben altijd al gedaan wat we zelf wilden. Niet altijd even kritisch. Als je dit bekijkt, ga je veel kritischer voorschrijven dan tevoren. Dat is toch bij mij geweest. Je gaat meer rekening houden met de standaarden en bijvoorbeeld zeggen: hier ga ik gewoon penicilline voorschrijven voor die keel. Je probeert echt terug te grijpen naar de standaarden, omdat dat op 20 jaar tijd vervaagt. Je krijgt dat wel in uw opleiding, maar nadien word je wat onkritischer. Voor mij is dat reden geweest om terug kritischer te gaan voorschrijven. » (FG9)

« Ik denk dat het ook een goeie manier was om de guidelines door te voeren naar een aantal mensen. Om het theoretisch eens wat zuiverder te stellen. » (FGan)

Changement dans la prescription des antibiotiques

Des médecins rapportent une modification dans leur comportement de prescription, et de certains de leurs collègues.

« Moi j'ai modifié une attitude dans ma façon de prescrire, je prescrivais souvent 2 boîtes d'antibiotiques, je faisais souvent 2 ordonnances, en me disant que 5 jours c'est peut-être un peu court, et pour que le patient n'ait pas à revenir. Maintenant il n'a plus qu'une seule ordonnance. Donc je me suis améliorée, automatiquement, et en travaillant presque de la même façon, en fait. » (FG2)

« C'est vrai que les recommandations sont intéressantes parce que je me rends compte...je me dis tiens pourquoi est-ce que je prescris plus d'amoxycilline qu'avant, parce que j'avais lu les recommandations et cela m'avait frappé en lisant les recommandations. » (FG3)

[à propos du tableau DDD/coûts] : « C'est intéressant de le voir. C'est vrai, moi cela m'a permis à l'époque d'un peu corriger le tir. Je me suis rendu compte que je ne prescrivais pratiquement que de l'Augmentin, et pas d'amoxi. Et depuis lors j'ai vraiment corrigé le tir, et cela n'a rien changé à la qualité de mes traitements, au résultat. Il est aussi bon. » (FG4)

Ces changements peuvent avoir lieu même si la première réaction face au feedback avait été plutôt négative.

« Moi je pense que passée l'émotion, parce que je pense que la première réaction est une réaction essentiellement émotionnelle, quand on ouvre l'enveloppe, je pense avoir modifié quand même mon comportement, d'avoir été probablement plus réflexif (je ne sais pas si le mot existe), en tout cas aux données qui sont fait, et puis de dire, tiens, c'est vrai, d'avoir moins utilisé les quinolones qui étaient quand même à l'époque, le haut du pavé, je pense que là il y a eu une diminution générale dans la prescription. » (FG2)

« Dans notre Glem, la réaction a plutôt été 'nous en s'en fiche, on n'a pas peur, on ne changera rien'. Et finalement après quelques mois, tout le monde a quand même changé, les gens font quand même attention, on prescrit moins. » (FG1)

« Je crois que le médecin généraliste est quelqu'un de très individualiste, qui n'aime pas se faire taper sur les doigts, que le fera quand même (changer) mais qui a difficile à reconnaître qu'il va le faire. » (FG1)

Ils observent les changements chez les confrères d'après des rapports de garde, des échanges d'expérience, ou en leur posant la question. Un médecin a rapporté qu'un pharmacien a été surpris d'observer des changements dans les prescriptions des généralistes, à la suite d'un Glem.

« Mais je me dis qu'il y a quand même petit à petit, parce qu'on voit ça dans les rapports de garde, mine de rien, il y en a quand même, petit à petit, je sens qu'il y a un mouvement qui se fait... » (FG2).

« De apotheker vroeg zich af wat er gebeurde bij ons in de streek. En nochtans komt er geen vertegenwoordiger. » (FGan)

Quelques médecins précisent que c'est surtout le choix de la molécule qui sera influencé, peu la décision de prescrire ou non un antibiotique. Concrètement cela va dans le sens d'une diminution de la prescription d'amoxicilline-clavulanate, de fluoroquinolones, et de macrolides, une augmentation du choix de l'amoxicilline, et pour certains, une diminution des tétracyclines.

« Moi ce que j'ai changé : je prescrivais quand même plus d'augmentin que d'amoxicilline, et c'est vrai que, et cela je l'ai appris en Glem, en augmentant le dosage d'amoxicilline, cela marche quand même dans un certain nombre de cas. » (FG4)

« Principalement dans le choix de l'antibiotique ». (FG3)

« J'ai souvenir d'un membre de mon Glem (...) il m'a dit par après, 'en tout cas, ça m'a rassuré, je ne prescrirai pas moins d'antibiotiques, mais par contre, dans les otites moyennes par exemple, je prescrirai plus volontiers de l'amoxicilline plutôt que quelque chose de plus coûteux ou de plus...ou qu'un macrolide ou qu'un amoxy-clav'. (FG3)

« C'est vrai que pour les antibiotiques, la discussion porte surtout sur les choix de classe, en disant « tiens, moi je suis étonné, comment cela se fait que j'ai prescrit autant de macrolides », par exemple. » (FGaf)

« Mais c'est déjà bien si il y a un changement au niveau des classes. –Voilà. – Ca c'est déjà quelque chose de « gagné » entre guillemets, c'est un début. C'est pas prescrire moins. » (FGaf)

« Maar op de avond [LOK] zelf heb ik toch zeer belangrijke informatie gekregen, voor mij was dat dat ik te veel Augmentin en te veel Biclar voorschrijf. Daarna is mijn voorschrijfgedrag drastisch gewijzigd, dus dat heeft in mijn ogen zeer veel effect gehad. » (FG7)

« Door het document, valt mij op dat ik vooral ben veranderd van medicatie voorschrijven, maar of ik nu eigenlijk verminderd ben van voorschrijven dat weet ik zo niet. Wel andere producten maar ik denk de hoeveelheid voorschriften, daar heb ik niet zo echt zicht op of dat verminderd is. » (FG7)

« Ik ben dan pogingen gaan doen om minder amoxi-clav voor te schrijven. Ik ga al meer nadenken als ik een amoxi-clav opschrijf. Dat is eigenlijk dankzij mijn eerste evaluatie. » (FG9)

« Wij hebben het eerst in de praktijk besproken en het voorgaande rapport ook. Toen schreef ik nog verrassend veel tetracyclines voor: dat stond er nu niet meer in. Ik schreef dat toch veel voor, terwijl dat niet alleen verklaard kon worden met de behandeling van acné alleen. Er moesten toch wel wat luchtweginfecties bijzitten. Dat heb ik dan wel veranderd. » (FG10)

« Ik ben tot de directe conclusie gekomen dat ik veel te weinig amoxi alleen voorschreef en ik ben dan onmiddellijk geswitchd van amoxi-clav naar amoxi. Het is nu al 2 winters dat ik dat doe en ik ben tot de conclusie gekomen: eigenlijk gaat het er ook wel mee. » (FG10)

« Wij zaten al niet zo slecht in de praktijk. Wij gebruikten toch al vooral amoxi. In die zin hebben wij niet zo heel veel moeten bijsturen. Bij mij wel voor de fluoroquinolones bij de COPD'ers. Dat was dan toch wel duidelijk dat ik dat teveel gebruikte. In die zin heb ik mijn gedrag ook wel een beetje aangepast. » (FG10)

Quelques médecins attirent l'attention sur le fait que ce type de changement nécessitera du temps et de la patience : cela n'arrivera pas directement après le premier feedback. Il faut d'abord être convaincu, et puis les habitudes ont la vie dure.

« Moi je crois qu'il faut inscrire les choses dans le temps. Tant pour nous que pour les patients. On ne change pas de comportement rapidement. Par rapport aux recommandations il y a la

question de savoir si on s'écarte d'une recommandation parce qu'on a dans un cas particulier telle ou telle raison de le faire, et l'autre question, est-ce que on est d'accord avec cette recommandation. Alors on peut être d'accord en théorie intellectuellement, mais avoir une pratique pour telle et telle raison qu'on avait avant, et il faudra quelques mois, quelques années avant de changer une pratique, même si intellectuellement on se sent tout-à-fait...il faut aussi inscrire les choses dans le temps. » (FG2)

« Dans mon Glem moi j'ai eu des gens assez désabusés : « ça sert à rien », ils venaient parce qu'ils fallait, par amitié, parce qu'il y a une bonne ambiance, qu'on leur offre des bonnes choses quand on les reçoit à la maison, mais il y en a quelques uns irréductibles. Ils n'ont pas tellement envie de se mettre en question. Mais je me dis qu'il y a quand même petit à petit, parce qu'on voit ça dans les rapports de garde, mine de rien, il y en a quand même, petit à petit, je sens qu'il y a un mouvement qui se fait.... – On est très grognon et puis finalement... – et il y a quand même...c'étaient des gros prescripteurs d'antibiotiques et je remarque quand même que maintenant ça diminue, mais c'est pas encore... » (FG2)

« Gedragsverandering is toch een heel lang proces. » « Vergelijk maar met roken: iedereen weet dat het slecht is, maar stopt toch niet. » « Herhaling is belangrijk. » (FG6)

« Zeker voor antihypertensiva: een verandering kan toch niet zomaar van vandaag op morgen. Het huidige beleid is niet goed voor het budget. Maar veranderen van therapie is niet zo simpel: met de chronische medicatie zit je op trein voor veel langer. » (FG10)

Mais pour changer, il faut oser. Et les conséquences de ce changement vont contribuer à renforcer le nouveau mode de prescription, ou au contraire, inciter les médecins à reprendre leurs anciennes habitudes. Certains se trouvent satisfaits de leur changement, et le Glem est alors parfois un lieu de partage de l'expérience réussie.

[suite à question : face aux recommandations, une Amoxycilline pour une pneumonie chez quelqu'un de 50 ans, vous osez ?]
« On réessaie. Il faut oser. On a réessayé depuis qu'on en a discuté. Etonnamment ça marche. Mais on n'ose pas pour tous. C'est vrai que chez les BPCO, les personnes âgées, on n'oserait pas évidemment. »

« c'est aussi un peu le retour des patients. Quand on a un patient qui dit qu'il a guéri son angine avec un médicament extraordinaire, et que c'était du Biofénac » (FG1)

A l'inverse, un animateur de Glem a rapporté que ses collègues ont tenté le changement, mais que suite à des conséquences diverses de ces changements (complications, insatisfactions des patients), ils sont très vite revenus à leurs habitudes antérieures.

« Avant de venir ici, je devais donner un coup de téléphone pour préparer le souper de garde, et donc je leur ai posé la question en disant est-ce que cela a changé quelque chose dans votre pratique, ce genre de discussion ? Ils ont tous dit oui, on a tous changé, on a prescrit moins, on a prescrit différemment, je crois que tous ont prescrit différemment. » *[plus tard]* : « Comme je vous l'ai dit, j'avais fait un petit tour de table, et puis alors j'ai fait un deuxième tour de table, après. Tout le monde a commencé à prescrire moins, et puis on m'a dit « les 10 premiers cas d'otites, je n'ai pas prescrit d'antibiotiques. Tu ne peux pas savoir, ils sont tous revenus, parce que il y avait une otite perforée, parce qu'il y avait... De puis lors, c'est terminé, je recommence à prescrire des antibiotiques systématiquement. » Voilà ce que j'ai entendu dire. Ou encore, « j'ai eu un gosse qui a eu une méningite, et depuis lors je suis beaucoup plus réticent à suivre les recommandations. » Voilà, après avoir essayé, poum, on a un retour de manivelle qui n'est pas toujours concluant. » (FGaf)

Appui à une bonne habitude de prescription et au de suivi des recommandations de bonne pratique

Certains médecins reçoivent avec le document la confirmation que leurs habitudes de prescription sont bonnes, et cela les rassure et les conforte dans leur mode de prescription. Le feedback est aussi un élément complémentaire qui peut ajouter du poids aux messages des recommandations de bonne pratique par rapport à d'autres discours. Des médecins pourraient donc ne pas changer parce qu'ils sont déjà bien situés dans les graphiques. Toutefois, un participant ait dit qu'on peut toujours continuer à se questionner pour s'améliorer encore.

« Donc c'est bien qu'il y ait des trucs comme cela (feedback) qui me confortent dans l'attitude que j'ai déjà. » (FG4)

« *[à propos de recommandations]*. Moi d'avoir lu des choses sur le problème, je prescris moins d'antibiotiques dans les otites avec plus de sérénité. Ça rassure quand même de lire ce genre de chose. » (FG3)

« Moi je crois que le feedback a quand même eu une petite influence, en y réfléchissant. Même si tu me dis que je suis dans le bon coin, malgré tout je me suis encore posé des questions, en me disant est-ce que y a pas moyen de faire mieux, au point de vue qualité médicale. Pas de le sens du prix, et pourquoi pas le prix tant qu'on y est mais c'est pas ...[la priorité?] » (FG2)

Processus d'apprentissage

Le fait de recevoir un feedback entraîne chez les médecins un processus de changement plus global.

« Un membre du Glem chez nous avait dit qu'il était content de partir, en partant, donc il remercie, toujours, et alors il me dit : « je me sens plus malin, mais c'est comme les feuilles, je ne sais pas si c'est vrai ! » (FGaf)

- L'apprentissage de la lecture du feedback et de ses graphiques. Plus les feedbacks se suivent, moins ils deviennent difficiles à comprendre pour beaucoup des participants. Cela peut s'expliquer par la réception successive de plusieurs feedbacks construits selon un même canevas et par les explications données en Glem.

« Le deuxième me plaisait déjà mieux que le premier : la deuxième version était déjà beaucoup plus compréhensible. Ou bien on s'était déjà habitué du fait qu'on en avait déjà vu en Glem. » (FG4)

« Progressivement les gens vont s'habituer à cela. » (FG3)

« Ja, als je zo'n pak krijgt, dan denk je: wanneer moet ik dat gaan lezen? Ik zat op de trein en toen heb ik dat kunnen lezen. Zo van: vandaag ga ik mij er eens aan zetten. Dat kan je toch niet even gauw lezen. Maar bij de tweede feedback leest dat al iets gemakkelijker. » (FG7)

« Ik vind dat die tabellen in de tweede tijd leesbaar zijn, dus als je er een goede uitleg over hebt gekregen, als je zegt: nu heb ik eens een uur, nu ga ik eens moeite doen, mezelf verplichten om dat eens te lezen. En dan zeker, als dat in de LOK werd besproken en uitgelegd, dan vond ik dat je daar heel veel aan hebt. » (FG7)

« Eerste keer is het vreemd en nieuw. Het is anders dan de tweede keer toen het antihypertensiva waren. Ik vond dat een hemelsbreed verschil: tussen de eerste en de tweede bespreking. Omdat je meer gewoon bent. Ook omdat iedereen dan zeker zijn papier bijheeft, en dan kan je toch beter vergelijken. Je kan het dan toch beter interpreteren, omdat je het al eens gehad hebt. » (FG9)

« Ook 3 keren besproken in de LOK. Er is inderdaad een groeiproces. De eerste keer is het echt gebeven bij het presenteren hoe je zo'n gegevens moet proberen te situeren. Daar is het bij gebeven. De tweede keer kwam er al wat discussie op gang waarom je ene schreef en de andere iets anders. Maar de laatste keer, tot mijn grote verbazing, is er heel wat los gekomen over de moeilijkheden. Het is een groeiproces. En ik ervaar nu heel duidelijk dat men minder en minder vervuild geraakt om zijn positie te tonen. Er is blijkbaar vertrouwen gekomen. » (FGan)

- L'incitation à la lecture critique des informations reçues, et à la recherche d'autres sources d'information. Pour certains, les informations apportées par le feedback font contre-poids à celles apportées par les firmes pharmaceutiques. D'autres sont entraînés vers une lecture plus critique des informations reçues, ou la recherche d'autres sources d'informations.

« Moi je trouve que ce genre de Glem a permis quand même de réveiller en nous un esprit de recherche. De voir un petit peu ce qu'on nous fait passer comme message par les firmes et de le critiquer. Et de chercher une information ailleurs. Nous on s'est abonnés à a revue Prescrire par exemple, et c'est quelque chose qui est vraiment... (...) Je crois que cela, c'est important, et avant, finalement on faisait trop confiance aux firmes. Et maintenant on constate que oh là, il faut changer notre fusil d'épaule. C'est une valorisation. » (FGaf)

- Une initiation à l'évaluation de la pratique. Certains médecins ou Glems mordent à l'hameçon, ils s'intéressent à l'autoévaluation et recherchent d'autres outils, comme la méthode d'évaluation par petits échantillons. Ils apprennent aussi à confronter leurs pratiques entre eux.

« La méthode de travail par petits échantillons, que j'ai commencé à introduire dans le Glem chez moi, c'est aussi le résultat... c'est l'existence des évaluations antérieures qui amène les confrères à se sensibiliser à se faire eux-mêmes leurs propres validations. Je ne suis pas convaincu qu'on aurait pu introduire ces méthodes sans avoir eu les analyses antérieures. Je suis à peu près convaincu que je n'aurais pas pu, que j'aurais eu plus difficile à amener les confrères à faire une

évaluation par petits échantillons, avant d'avoir eu les outils statistiques... imparfait, parce qu'effectivement, je pense que le principal reproche qu'on peut faire à cela c'est qu'il n'y a pas l'indication clinique. (...) Mais c'est notamment en abordant ces outils là qu'on peut arriver à sensibiliser les confrères à faire, à sortir eux-mêmes leur propre évaluation. » (FGaf)

Impact sur le discours des délégués pharmaceutiques

Quelques-uns ont fait remarquer qu'ils ont ressenti une modification dans le discours des représentants pharmaceutiques sur les antibiotiques : ils sont plus prudents sur les indications suggérées, changent de messages-clé.

« De firma's zijn sinds die documenten ook een beetje terughoudender met hun overtuigingskracht. » « Ik heb ook die indruk. » « Ik heb dat gevoel, maar ja, dat is natuurlijk een beetje fingerspitzengefühl dat firma's minder agressief zijn geworden. » « Of toch minder breed zullen gaan met hun indicaties. » « Voor andere medicijnen is dat niet zo, maar wel voor antibioticagebruik in de huisartsenpraktijk. Ik heb de indruk dat sinds die documenten de firma's dat allemaal niet zo maar durven beweren, dat ze voorzichtiger zijn. » « [Mod: Heb je de indruk dat ze de documenten kennen?] » « Ik denk dat wel. » « Dat ze inderdaad de boodschappen zo 'en-passant' nog meegeven, dat had je vroeger niet gehoord, denk ik. Zo bijvoorbeeld: Avelox is OK, maar niet de eerste keer. » (FG7)

« Ik vind dat een goed tegenwicht tegen de informatie die je krijgt van de vertegenwoordiger. » (FG7)

« Waarom heb ik eigenlijk altijd die amoxi-clav gebruikt? En dan vraag je je af: ben ik dan zo'n slachtoffer geweest van de farma-industrie? Wetende of onwetende: je doet dat uit. Ja waarom eigenlijk? Als je overtuigd ben dat het ene sterker is dan het andere. Terwijl als je het hier leest, is dat niet waar. Mij heeft dit op het goede pad gezet. In een bepaalde richting toch wel. » (FG10)

« Dit werkt toch wat als een tegengewicht voor de vertegenwoordigers die we aan de deur krijgen. Die hebben toch wel een enorme invloed op mij. Ik denk dat we dat toch niet kunnen ontkennen. Dat we hier toch iets mee hebben aan de andere kant. Zij pushen ons allemaal om allerlei medicatie voor te schrijven, vooral zo van die nieuwere klassen. Terwijl de oudere het nog even goed doen. En we hebben toch de neiging om mee te gaan op die trein. » « Ik durf dit toch uitspelen naar de vertegenwoordigers. Ik geneer me daar niet meer voor. » « Nu ik ook niet meer. Omdat je ondertussen wel beter weet. » (FG10)

Remarque : impact sur la prescription pour des raisons défensives

Certains médecins trouvent que s'il y a un impact du feedback sur le comportement prescripteur des médecins, cet impact a de mauvaises raisons : il est induit par la peur, il est imposé par un organisme dont l'objectif n'est pas de soutenir la qualité de la pratique.

« Le tout c'est de comprendre pourquoi on est dans cette moyenne, est-ce qu'on y est parce qu'on est un bon prescripteur, ou est-ce qu'on veut rentrer dans la moyenne pour faire comme les autres pour ne pas avoir de sanction ? C'est un peu l'idée que j'ai. » [*quelques uns acquiescent*] (FG5)

« Je crois que tout le monde change malgré tout, mais je ne crois pas qu'on change pour une bonne raison. C'est une mauvaise information. » (FG1)

« Overheid wil afschrikkend iets maken. Het voorschrijfgedrag zal verbeteren: alleen al door het feit dat men iets doet. » (FG6)

« Het is er en het is een prikkel. En men zal zeker kijken. Dan zijn er 2 mechanismen van kijken: nog meer afschuw krijgen of goed kijken en zeggen: OK, ik ben gerust. » (FG6)

« Middel bereikt doel. Maar: risico dat dit middel steeds gekoppeld wordt aan "artsen schrijven niet goed voor". Maar misschien is dat enkel onze foute perceptie, hebben wij te lange tenen. In dat geval schuif je dit opzij. Je hanteert dit niet meer. » (FG6)

Mais ce n'est pas l'avis de tous : d'autres trouvent la démarche constructive.

« [Mod: ça a eu un impact sur votre pratique?] – Oui, mais pas par la peur, ça a suscité des réflexions »

3.3.2.2. Impacts spécifiques du Glem

La particularité du Glem est de réunir les médecins pour discuter sur le sujet. Ces discussions en Glem sont souvent bien accueillies, et peuvent par elles-mêmes accentuer certains impacts.

« La meilleure preuve de l'utilité d'un Glem c'est justement que la pratique s'en ressent. Ou vice versa : que le Glem confirme ce que la pratique montrait auparavant. » (FG4)

« Ik ben 100% zeker dat er weinig LOK's zijn die zo veel directe impact hebben op ons voorschrijfgedrag. We doen regelmatig een LOK maar dat er zo'n direct effect was en zo'n snel effect, dat is direct, de dag erna begon het. » (FG7)

Les impacts positifs du Glem

- Inciter à lire le document, avant ou après la réunion

« Moi je ne l'ai reçu qu'une fois c'était la première fois et je l'ai bien conservé parce que le collègue qui organise le Glem avait demandé à chacun de faire attention et de conserver son document pour pouvoir en parler – [Mod : *vous l'avez conservé parce qu'on vous l'avait demandé. Sinon qu'est-ce que vous en auriez fait ?*] – Oh j'aurais quand même bien regardé ce qu'il y avait dedans. » (FG4)

« Moi je n'ai pas regardé tout de suite, parce que quand je reçois quelque chose de l'inami, je dois dire que je le laisse là, et il y a énormément de documents, lors des années précédentes, que je n'ai pas regardés. Mais comme lors du Glem qui s'est organisé, on nous avait demandé de regarder un peu, je l'ai regardé pour ne pas arriver à la réunion comme cela, ignorant de tout. Et c'est vrai qu'il y a quand même certaines données intéressantes auxquelles on ne penserait pas. » (FG4)

« Moi je l'ai lu aussi, je savais qu'on allait en parler au Glem, donc je me suis dit que j'allais le lire aussi. » (FG4)

« Moi dans le Glem où j'étais je pense que le Glem a permis de faire en sorte que les gens se penchent un peu sur le document ce qui n'avait peut-être pas été fait chaque fois avant. Si il n'y avait pas eu le Glem on n'aurait peut-être pas regardé ça dans le détail, ou... – Moi je ne l'aurais pas regardé. » (FG5)

« J'ai été frappé dans ce Glem par le nombre de médecins qui ouvraient leur enveloppe quand on a fait le Glem. Ils ne l'avaient pas ouvert » (FGaf)

« De LOK was voor een aantal mensen wel een aanwijzing om het document grondig te lezen. En voor een aantal mensen, om dan pas te weten waar ze staan. » (FG7)

« Ik denk, als we het niet zouden besproken hebben in de LOK, dat het dan op de stapel was blijven liggen. En na dat besproken te hebben, vind ik dat eigenlijk heel interessant dat ze dat gedaan hebben. » (FG9)

- Permettre de mieux comprendre et interpréter les informations et données

« Je crois qu'il faut prendre le temps de le faire. En fait quand vous recevez cela vous-même, vous vous dites « j'ai autre chose à faire ». tandis qu'ici le fait d'être en Glem, de pouvoir avoir une demi-heure, d'heure et d'expliquer tranquillement, cela permet à tout le monde de comprendre. » (FGaf)

« Door de LOK hebben we goed leren kijken naar die tabellen. Daarna, moet ik toegeven, heb ik die nooit meer vast gepakt. Maar op de avond zelf heb ik toch zeer belangrijke informatie gekregen. » (FG7)

« In het begin denk je: verdorie, dat was toch niet zo simpel om direct te weten over wat het ging, hoe je dat moet lezen. En ik moet toegeven dat ik blij was dat daar achteraf een LOK is over gebeurd, want om dat zelf helemaal te bekijken... » (FG7)

- Attirer l'attention sur les recommandations de bonne pratique

Cette discussion sur le document est l'occasion dans certains Glems de se pencher sur les recommandations en matière de prescription. Un Glem a même organisé une deuxième discussion lors de la réunion suivante, spécifiquement sur l'une ou l'autre recommandation de bonne pratique qui concerne les antibiotiques.

« Ben eigenlijk meer voorstander, niet van de vorm van discussie, maar wel van de vorm van: wat zijn de guidelines? En laat ons die guidelines eens goed bestuderen. Ik denk dat het discussiëren over zo'n onderwerp niks verandert aan uw gedrag. Ik denk dat het vooral een kwestie van onwetendheid is dat er inderdaad amoxi kan voorgeschreven worden ipv. amoxi-clav. Als je dat goed kunt brengen, dat is het belangrijkste. Met discussie ga je niets veranderen. » (FGan)

- Faire évoluer les avis sur l'évaluation, et les attitudes vis-à-vis du feedback :

Il semble que des attitudes négatives suscitées par la réception du document, puissent s'estomper, être tempérées par le débat, et que certains médecins ressortent de la réunion avec une position plus positive vis-à-vis de l'intervention.

« Ils avaient au départ un petit peu... ce n'était pas aussi tranché, mais il y en avait quand même quelques uns qui portaient avec l'idée que ça ne changerait rien à leur pratique, que ça ne servait à rien... ces arguments-là revenaient aussi, et avec cette idée d'être contrôlé. Il y avait cet a priori là. Et après la discussion, un exposé du travail, ils se sont quand même un peu adoucis. Je pense que chacun en a quand même finalement pris ce qu'il fallait. Les esprits s'étaient radoucis, beaucoup avaient compris l'intérêt du travail » (FG3)

[Mod : Je vais faire l'avocat du diable. Dans d'autres focus groupes les gens disaient que c'était du contrôle économique et rien qu'économique, d'autres disaient que c'était le radar avant le pv...] « Il y en avait qui disaient cela avant la discussion. Mais je pense que la discussion a amené le fait que nous avons vu l'utilité et ceux qui avaient eu la formation disent que on n'allait pas aller taper sur les doigts du premier qui sort de la ligne de la norme. Ce message là est quand même bien passé à la fin de la réunion. » (FG3)

« Quand il y a moyen tout-à-fait de lever ces barrières là, en expliquant un petit peu d'où on vient, et en expliquant un peu tout le projet qui a été fait, en effet après, moi j'ai eu de grosses difficultés au début, et après au fur et à mesure cela se levait complètement. Donc on arrivait en fin et en bout de course du Glem, et même ceux qui étaient ... qui ne voulaient pas écouter au début, étaient complètement impliqués dans le débat, et remerciaient à la fin, pour me dire : « je ne voyais pas à quoi servait le feedback, ou je n'arrivais pas à le lire, ou quels étaient les messages, ou ainsi de suite, mais maintenant, c'est plus clair pour moi ». (FGan)

- Permettre un partage des expériences et une influence collective

L'importance d'une discussion en Glem réside dans l'influence que les pairs peuvent avoir les uns sur les autres, par le partage des avis et des expériences. Ainsi, dans certains Glems, des médecins qui avaient déjà changé leur manière de prescrire en l'adaptant aux recommandations, ont pu partager leur expérience et le message que « cela marche », ce qui était motivant pour leurs collègues.

« Chez moi celle qui faisait le Glem, c'est une jeune femme qui a beaucoup de pédiatrie, et elle avait changé, elle avait prescrit plus d'amoxicilline que d'amoxyclav, parce qu'elle l'avait lu, et elle trouvait qu'elle avait, à des doses adaptées, et parfois elle montait à 50 ou 80 mg/kg. Et donc on voyait que cela avait changé ce qu'elle faisait, et son message était communicatif, en disant voilà. (...) Par sa pratique aussi, ce n'était pas seulement le document » (FG4)

« Ik denk dat het belangrijk is dat je inderdaad ziet dat als er andere collega's zijn die zogezegd meer de richtlijnen volgen en daar dan ook succes mee hebben, dat dan als boodschap kan klinken. Als er iemand is die alleen maar augmentin voorschrijft, en dan een collega tegenkomt die alleen maar amoxiline voorschrijft en dat blijkt dan ook te werken, dat die dan daarna misschien kan zeggen: o ja, misschien wel. » (FG7)

« Ik vraag mij eigenlijk af – voor mij niet persoonlijk – ik denk dat als ik alleen het document had gehad, had het niet dezelfde invloed gehad. Zeker niet omdat, bij de LOK werd het nog eens uitgelegd, en toch ook een klein beetje in vergelijking, alhoewel dat heel vrijblijvend was, nog eens naar elkaar zien. Ik denk zonder LOK had het bij mij niet hetzelfde effect gehad. Dan is dat te vrijblijvend, die LOK dat maakt toch meer wakker en bij mij maakte dat dan toch meer indruk, ik denk dat het meer effect heeft als je het document hebt plus daarbij de LOK-groep. » (FG7)

« Op bepaald ogenblik kan je zeggen: er zijn toch redenen dat ik bij sinusitis amoxi-clav voorschrijf. Dan krijg je in groep daar discussie over en dan kan je zeggen: inderdaad, alle andere collega's hebben ook dat probleem, ik ben daar dan ook voor verontschuldigd. Iedereen heeft dat al eens meegemaakt dat hij zegt: nu ga ik even buiten de guidelines. Dat is een ervaring waarbij je leert: dit probleem heb ik niet alleen, het is een probleem van de groep. Maar ook omgekeerd kan je zeggen: ja ja, er zijn veel redenen dat dat moet, maar dan zijn er 2, 3 mensen tussen die zeggen: maar nee, bijlange niet, je kan dat rustig doen. Ik doe dat dus bijvoorbeeld, hé. X heeft mij overtuigd om amoxi voor te schrijven. » « Ik zie toch ook: er vallen toch geen massa's doden in die praktijk van X. Dus ik kan dat ook. Dat is een deel van het groepsgebeuren. Je leert van de anderen. Bijvoorbeeld ook: zijn er nu echt mensen die dat durven om géén antibiotica voor te schrijven bij een keelontsteking? En in de groep is er iemand die zegt dat hij dat durft. Die zegt: ik zie een witte keel en zeg: ga maar naar huis, in vrede, neem uw Dafalgan. En dan ga je dat zelf ook al eens proberen, want als hij dat durft, moet ik dat ook durven. In groep heb je support om dat te riskeren. » « Er is een groot verschil tussen iemand die solo werkt of in groep. Een solo-arts heeft een eenzaam beroep, maar je leert van elkaar in groep. Je hebt de solidariteit onder elkaar en je steunt elkaar. En zo leer je ook als je in groep discuteert. Als je nooit te horen krijgt dat je erboven zit, dan neem je een defensieve houding en alles wat mij een zware infectie lijkt: een zwaar antibiotica erop! En als je dat nooit elders te horen krijgt, doe je dat binnen 20 jaar nog. Als

je hier niet met anderen over praat, gaat dat niet zo hard stimuleren om uw voorschrijfgedag te veranderen dan dat je dat in groep hoort. (FG9)

« Ik weet dat ik toen ongelooflijk onder de indruk was toen ik de cijfers van de LOK zag, dat er één collega was die alleen maar amoxi voorschreef: 100%! En ik heb gezegd: ik moet dit jaar toch naar 95% streven. » (FG9)

Dans d'autres, des moyens de changer en tenant compte des contraintes de la pratique, comme la prescription différée, sont envisagés. Un partage des expériences et des arguments peut encore permettre de se sentir soutenu par les confrères : un médecin rapporte que des discussions en Glem permettent à des jeunes médecins de se sentir plus forts pour contester des avis de spécialistes ou résister à des demandes des patients.

« On a eu un dodécagroupe sur les angines. C'est très intéressant de recevoir une information ensemble. C'était surtout important pour les plus jeunes, parce que nous les aînés on peut plus facilement imposer notre point de vue par rapport à un patient. Quand on a un document papier en plus, et qu'on a eu une information ensemble, je crois qu'on se sent plus fort dans une position qu'on peut adopter vis-à-vis du patient. Je crois que les médecins qui ont le plus difficile c'est les jeunes médecins. Pour ne pas prescrire des antibiotiques à des patients qui en demandent il faut des arguments de poids. » (FG1)

« Die LOK en het document heeft er wel zeker toe bijgedragen, maar op een gegeven moment was de interactie te weinig omdat er meer een uitleg was van: zo zit het in elkaar en zo moet je het interpreteren, hoewel ik wel denk dat in onze LOK's interactie mogelijk is. Ik merk dat ook bij het toetsen van de aanbeveling, dan werd er echt vanuit de eigen praktijk gesproken en dan hoor je van elkaar: 'ah, doe jij dat zo? Bij mij gebeurt dat zo.' en dan wordt daar wel heel open gediscuteerd vind ik en ik hoop dat we dat dan volgende keer ook op die manier kunnen doen, dat er dan meer interactie kan zijn. » (FG7)

« Ik denk dat de belangrijkste winst was, dat we de guidelines beter begrepen na de vergadering. Dat er tussen de verschillende praktijken ook meer overleg is geweest: hoe schrijf jij antibiotica voor? En ik zit met dat probleem, wat zou jij doen? » (FGan)

Certains Glems ont abouti à un accord commun sur le mode de prise en charge de certaines pathologies.

« On voit les différences de pratique, cela interpelle les manières de faire. Chacun des clientèles différentes mais aussi des façons de faire différentes. [...]et puis cela permet de se demander est-il vraiment nécessaire de prescrire tel antibiotique pour telle affection. » (FG1)

« petit à petit des changements apparaissent, ça vient tout doucement, on écoute ce que les autres font, ce qu'ils disent, les erreurs que fait chacun, on rétablit un peu son mode de fonctionnement » (FG1)

« J'ai souvenir d'un membre de mon Glem qui est un médecin très consciencieux, et qui joue la sécurité maximale et qui prescrit, je suis sûr, beaucoup d'antibiotiques, et qui ne supportait pas de se voir remis en cause, (...) mais il m'a dit par après, 'en tout cas, ça m'a rassuré, je ne prescrirai pas moins d'antibiotiques, mais par contre, dans les otites moyennes par exemple, je prescrirai plus volontiers de l'amoxycilline plutôt que quelque chose de plus coûteux ou de plus...ou qu'un macrolide ou qu'un amoxy-clav'. Et il avait dit 'je reviendrai à l'amoxycilline'. Donc...une intention, hein, je ne sais pas si il l'a vraiment fait. Il a quand même retiré un message, mais pas de la lecture du feedback, de la discussion en Glem. Alors qu'il était farouchement opposé. » (FG3)

Nous avons constaté plusieurs fois que le discours tenu par les médecins au sujet de l'intervention était souvent en lien avec la teneur des débats qui avaient eu lieu dans leur Glem.

Impact négatif éventuel du Glem

Le Glem peut être un instrument à double tranchant : cette discussion en Glem peut, en fonction des influences des leaders d'opinions et des débats qui s'y déroulent, avoir des conséquences dans le sens attendu... ou dans le sens inverse !

Ainsi les attitudes négatives de certains peuvent devenir contagieuses au point de réduire au silence des avis a priori constructifs par rapport à l'intervention.

« Moi j'ai eu l'impression que la discussion en Glem aurait eu tendance à me faire changer mes habitudes dans un sens négatif plutôt que d'améliorer les choses. De par la présence de personnes qui étaient revendicatrices, qui disaient mais non, moi je fais comme j'ai envie, je veux soigner mes patients, et qu'ils ne reviennent pas 36 fois pour la même chose, et comme c'étaient des personnes assez meneuses, évidemment dans le Glem cela avait un impact. Le fait que l'animateur

de Glem n'avait pas suffisamment de connaissances, à mon avis, du dossier, il avait difficile à se défendre. Les personnalités présentes ont une importance aussi, évidemment. » (FG3)

Ou bine, des décisions collectives de prescription peuvent aller à l'encontre de ce qui est recommandé : un participant a expliqué que suite au feedback sur les antihypertenseurs pour lequel il y avait un désaccord de fond, les membres de son Glem ont élaboré un consensus sur la prise en charge de l'hypertension, qui ne va pas nécessairement dans le sens des messages reçus.

« Je reviens au Glem que nous avons fait sur l'hypertension. On en a tout de même déduit des conclusions quand l'hypertension est associée à plusieurs facteurs de risque. On était arrivés à des conclusions à ce point de vue là. Un consensus entre nous. [...] Des conclusions qui peuvent être un peu différentes de ce celles qu'il y a dans le Folia Pharmaceutica. Notamment pour l'hypertension, par exemple. Allez, allez, vous n'allez tout de même pas prescrire un bêta-bloquant chez un homme jeune, n'est-ce pas ? avec les effets secondaires que cela a ? » (FG4)

3.3.2.3. Impacts négatifs de l'intervention

Il semble que le feedback puisse potentiellement avoir des « effets secondaires » négatifs.

Classification en “bons et “mauvais” élèves

Une conséquence fréquemment entendue ou ressentie dans les témoignages est que les médecins, à la lecture de feedback, se « classent » en deux catégories : les « bons » et les « mauvais » médecins. Avec toutes les implications que cela peut avoir : les mauvais seront punis, contrôlés, etc. Cette classification se fait essentiellement sur base du positionnement dans le scatterplot du document.

« Cela permet de voir si tu es un bon prescripteur ou un mauvais prescripteur dans ton site géographique. » (FG4)

« Tu regardes surtout où est ton point par rapport au reste du monde, et puis, cela se cantonne, en tout cas moi ça se cantonne quand même fort à cela. » (FG5)

« C'est bien beau de s'évaluer, de pouvoir se dire, oui, par rapport à mon confrère je ne suis pas trop nul, je suis dans la moyenne. » (FG5)

« On voyait quand même dans quel quart on était. Il suffisait de voir son petit point ou son petit triangle. Il y a avait des bons quarts et des mauvais quarts. Suivant qu'on était dans le quart inférieur c'était bon. » (FG2)

« Moi j'aurais voulu qu'ils le mettent : voilà vous êtes bon en voyant cela. – c'est pas une question de bon ou de mauvais. On se situe d'après le nombre de patients qu'on voit, etc. » (FG2)

« On doit être attentifs dans un feedback à ne pas donner des étiquettes aux gens qui sont ou trop bas ou trop haut. Parce que celui qui est en bas est peut-être aussi un mauvais prescripteur, que celui qui est en haut. » (FG3)

« Ik vond het heel geruststellend. Ik zit in linker onderste kwadrant. Dus ik moet mij er niets meer van aantrekken. Je doet het goed. » (FG8)

Cette classification a pour conséquence que les médecins mal classés peuvent se sentir coupables, avoir une mauvaise image d'eux-mêmes ou face à leurs confrères.

« ...avec aussi deux confrères, à la limite de la paranoïa, d'être un peu en haut à droite, c'était vraiment l'angoisse. Surtout pour les antihypertenseurs. 'Mais moi je veux bien soigner mes patients...' » (FG1)

« ...Là la forme dont c'est présenté me donne l'impression d'être un « mauvais ». C'est manipulateur, culpabilisant. » (FG1)

« Diegene die slecht voorschrijft, haalt altijd bakzeil. En hij is er niet mee gediend dat iedereen dat weet. Ik vind ook niet dat iedereen dat moet weten. Je hebt er zelf geen boodschap aan en de anderen ook niet. » (FGan)

Certains animateurs trouvent ce type de conclusion peu constructive, mais leurs efforts lors de la discussion en Glem ne parviennent pas toujours à l'empêcher.

« Moi je crois que le gros danger de cet évaluation c'est de faire un lien entre cette évaluation et une bonne pratique. Et cela s'est fait, les gens le font ; C'est-à-dire : si on est dans la moyenne, on est dans la moyenne. Si on est un peu moins, à la limite, les gens sont contents, et si on est un peu plus, c'est plus difficile. » (FGaf)

« Moi j'essaie quand même, au début, de bien faire passer le message que ce n'est qu'une évaluation de nos profils de prescription, mais que ce n'est en rien un critère de bonne ou de mauvaise pratique. (...) ce n'est pas un outil qui est suffisamment valide statistiquement pour pouvoir en tirer des conclusions de bonne pratique. » (FGaf)

« Oui, tout-à-fait. Je l'ai bien dit, le tout premier Glem qu'on a eu, en ouvrant les enveloppes, ça n'a rien, il ne faut rien en retenir, il ne faut pas savoir dire bon, je suis un bon ou un mauvais médecin. Seulement, laissez-vous interpellé, laissez-vous interroger, interrogez-vous vous-mêmes, mais ce n'est pas parce que vous êtes à gauche ou à droite ou au centre que vous êtes meilleur ou moins bon qu'un autre. » (FGaf)

Prescriptions peu recommandées

La question a été posée au sujet de l'absence de profil concernant les céphalosporines ou les tétracyclines. Dans un Glem, une remarque a été que si un médecin se met à prescrire beaucoup de ces antibiotiques à la place de l'Augmentin, il sera bien placé dans le feedback.

Ces réflexions ont été émises en focus groupe, mais il n'est pas possible de savoir si elles sont suivies d'effet sur le terrain.

[*dialogue entre deux participants venant d'un même Glem*] « Moi je sais que dans mon Glem on s'est posé cette question : pourquoi est-ce qu'on n'a pas analysé les céphalosporines ? elles ne sont pas reprises. On s'est posé la question de savoir pourquoi il n'y avait pas d'évaluation globale. – Parce que celui qui donne du Zinnat il est plutôt favorisé par rapport à celui qui donne de l'Augmentin, quoi. – C'est vrai que finalement inconsciemment je me demande si cela n'a pas influencé certains à prescrire plus ce type de médication en disant ben tiens, ils recommandent l'Amoxycilline, pas d'Augmentin, mais moi je vais mettre du Zinnat. Je pense que ça a un impact chez les gens qui foutaient de l'Augmentin à tire larigot. Et qui se sont dit, tiens, ils ne rentrent pas là-dedans, je vais prescrire là dedans. – Il n'y a personne qui a dit qu'il allait le faire. – Mais bon c'est la question qu'on s'est posée de dire, tiens, il n'ont pas mis cette classe, et je sais bien que quelqu'un a dit, « ben, on va mettre du Zinnat à tout le monde alors. » C'était une boutade, mais à partir du moment où en analysant tu vois qu'il y a une classe thérapeutique qui n'y est pas ... » (FG5)

Prescription défensive néfaste pour les patients

Une crainte est exprimée par quelques médecins : en stimulant la peur du contrôle et des sanctions, on pourrait induire une prescription défensive, réalisée en fonction de la crainte des conséquences administratives plus que dans l'intérêt du patient. Un médecin a aussi évoqué la possibilité, existante dans d'autres pays, d'être récompensé financièrement pour une prescription basse, ce qui mettrait le médecin dans une situation de conflit d'intérêt entre son propre intérêt financier et l'intérêt de son patient.

« On risque de se comporter mal, et là c'est dangereux. Si par rapport à d'autres pays, on dit eh eh eh, alors on en va plus bien prescrire, et on va avoir une prescription restrictive, en regardant, est-ce que je prescris dans les normes dans la moyenne, dans le quota. » (FG2)

« Puis on arrive en Angleterre, où non seulement tu as une enveloppe, mais tu sais que si tu ne prescribes pas toute ton enveloppe, tu sais que ce qui reste de ton enveloppe, elle est pour toi, et si tu la dépasse, c'est toi qui dois mettre de ta poche – Oui, mais là c'est pervers, franchement ! et donc ton patient tu le laisses là. c'est fou ! » (FG5)

« à envoyer régulièrement des papiers comme ça, on voudra se situer à gauche du schéma... risque de sous traiter des infections, pour être dans les soi-disant bons prescripteurs, mais c'est faux, c'est aussi mauvais d'être trop bas, que trop haut » (FG1)

« le problème c'est que ça fait peur à une majorité de personnes et qu'on en arrive à prescrire trop peu d'antibiotiques. C'est certainement un des dangers. Je suis persuadé qu'on va entrer dans une restriction d'antibiotiques en se disant je dois prescrire moins, comme les hypotenseurs. On risque de déboucher sur des infections qui risquent d'être plus graves qu'avant. Des pneumonies qu'on ne va plus soigner ou qu'on va soigner trop tard. C'est quand même un risque qui existe. » (FG1)

Dans mon Glem, quand on en a discuté il y en avait quelques uns qui étaient très très... ils disaient « si c'est comme ça, surtout avec la perspective d'un éventuel retour pour les hypocholestérolémiants, etc, moi je ne prescrirai plus » (FG3)

Facturation de tous les contacts

L'effet décrit ici n'est pas un effet néfaste, mais plutôt un effet potentiel de correction d'une situation où les médecins généralistes facturent moins d'actes que ce qu'ils prestent effectivement : lors d'une visite, il leur arrive souvent d'être amenés à examiner deux ou trois personnes au lieu d'une, et de ne facturer qu'une consultation. A ce moment, un seul patient leur est attribué, cela peut donc avoir un impact sur leur patientèle attribuée et l'interprétation de leurs prescriptions. Certains pourraient être amenés à changer leur manière de facturer.

« Dans notre Glem les conclusions de certains étaient : puisque le nombre de prescriptions est en fonction du nombre de patients, la technique c'est d'augmenter le nombre de contacts. Alors maintenant certains médecins font deux ou trois contacts par visite alors qu'avant ils ne faisaient qu'un contact. Et moi aussi je le fais. On dit aux patients, écoutez nous on est comptés en fonction du nombre de personnes qu'on voit, moi je vois deux patients, trois patients, je fais deux ou trois contacts. Parce que le patient attribué c'est toi qui le vois le plus souvent par rapport à tes confrères. » (FG2)

3.3.2.4. Il n'y a pas ou peu d'impact

Enfin, d'après certains médecins, le feedback ne fait rien changer, ou très peu. Pour plusieurs raisons :

- Pour un participant, les médecins bien situés sur le scatterplot vont estimer qu'ils ne doivent pas changer, et les médecins mal situés vont considérer que ces chiffres ne reflètent pas leur pratique et donc refuser de changer.

« Je trouve que l'impact est finalement assez mineur, parce que soit tu te trouves dans la norme et tu te dis, ça va je ne change rien, soit tu te trouves complètement hors norme, et tu te dis finalement cela ne reflète pas ma pratique donc je change rien. Donc au total je n'ai pas l'impression que cela, en tout cas moi cela n'a pas tellement influencé ma consommation d'antibiotiques et ma prescription d'antibiotiques. » (FG5)

[le même médecin] : « Mais je ne suis pas sûr que ce genre de truc (*le feedback*) nous intéresse nécessairement ou va générer des énormes réactions chez nous. » (FG5)

« Als het de bedoeling is om het voorschrijfgedrag te corrigeren op basis van dit document dan is dit wel onvoldoende, omdat elke situatie verschillend is. » (FG8)

« Ik kijk altijd hoe ik zo zit tussen de collega's. Ik zat altijd nogal gemiddeld. Maar verder of ik hier nu in de dagdagelijkse praktijk belang aan hecht? Dat is nu ook niet. Zoals eerder gezegd: je kunt patiënt niet in een stroomdiagram stoppen. » (FG8)

- Un médecin estime déjà ne prescrire d'antibiotiques qu'en dernier recours, à ce moment il trouve justifié de donner de l'amoxicilline-clavulanate.

« Ik schrijf al zeer weinig antibiotica voor. Dus als ik al een antibiotica geef, is het meer in een situatie waar het echt nodig is (zwaar ziek, lang ziek). Zo krijg ik verhouding die nogal scheefgetrokken is. » (FG9)

- Pour d'autres, d'autres facteurs importants sur le terrain influencent les médecins et vont empêcher les changements proposés par le feedback de s'opérer.

« Finalement une des conclusions de notre Glem c'était que on n'allait pas voir de grand changement, peut-être, au niveau des classes, mais au niveau de la fréquence, chez certains médecins, parce que c'est le caractère [*anxieux qui pousse à prescrire*]. » (FGaf)

« Dan waren er mensen die vertelden, dat als je jarenlang gewoon bent om iets te doen, en je moet dat veranderen, en je moet op een bepaald ogenblik als je altijd iets meegaf, ineens niks meer meegeven, dan sta je daar voor een gat en dat krijg je niet goed opgevuld. Heel wat mensen hebben daar een serieuze worsteling mee gehad. Er zijn er ook die zegden dat patiënten heel verwonderd waren: die verwachten dat ze antibiotica zouden krijgen, maar dat dan niet krijgen. Ze moesten dan een hele uitleg doen, wat toch ook een confrontatie was en niet aangenaam. Dan, persoonlijk heb ik problemen ervaren. Je volgt het beleid op en de mensen komen dan op de spoedgevallen bij specialisten terecht die dan plots uitlatingen beginnen te doen van: in de tijd dat die antibiotica vlot geschreven werden, kwamen we dit soort complicaties niet tegen. Want dat is tegenwoordig met die huisartsen zo: en nu krijgen wij hier op de wacht verwikkelde sinusitis en wat nog allemaal. Je kan je je inbeelden! En dan waren er ook veel reacties naar de onmacht die wij hebben als de pediaters vlottektes antibiotica schrijven en de specialisten. En dat wij daar tegenop moeten boksen. En dat die dikwijls eerste lijns werk zitten te doen. Voor patiënten is dat vaak een enorm contradictorische zaak. Je moet dan gaan uitleggen aan patiënten waarom het bij u zo gaat. Daar heeft men geen zin voor: dat kost veel tijd. Veel communicatiefouten. Een heel gedoe. Maar hun voorschrijfgedrag was wel veranderd! » (FGan)

- Pour certains, même avec une intention de changer, les habitudes reprendront le dessus.

« Gaat dat het voorschrijfgedrag aanpassen? Ik weet het niet.... Ik denk het niet! Eerste week blijft dat hangen, daarna niet meer. Dan val je in oude gewoonte terug. Dit is niet zoals delegatie: dat zit in onze pen en dat werkt. Dit niet. » (FG6)

- Une autre possibilité est que le feedback fasse changer certains médecins motivés, mais pas du tout d'autres, qui sont trop récalcitrants.

« Vous ne croyez pas que ça éclaire ceux qui ont envie d'être éclairés – oui. – moi je pense aussi que ça ne concerne que ceux qui sont déjà concernés. » (FG2)

« Il y a des irréductibles, c'est vrai hier encore, il me téléphone le matin, « j'ai vu un de tes patients, il est tombé, j'ai fait une suture, il avait un crin, et je l'ai mis sous Duracef ». Ah. bon. Je ne sais pas. J'ai pas discuté parce que bon. Ça c'est vraiment le cas de figure...- c'est celui dont devrait s'occuper prioritairement. Mais par contre il y en a d'autres qui mine de rien, quand même, petit à petit, il y a un mouvement qui se fait. » (FG2)

« Je pense que cela a permis d'échanger sur les recommandations, et que certains, à mon avis, ont changé leur façon de voir les choses. Au terme du Glem, le fait d'en discuter, d'échanger, de voir ce que les autres avaient fait, pourquoi ils l'avaient fait, je pense que cela a eu un impact positif. Chez certains en tout cas. Pas chez tous. Il y en a qui étaient vraiment carrés là-dessus qui disaient non, c'est impossible, si on accepte cela, où va-t-on ? » (FG3)

« Ik ga gedrag niet veranderen door collega's die meer of minder voorschrijven, wel door wetenschappelijke criteria. Ook niet in grote LOK met 20-25 man, zoals de onze. » (FG6)

« Maar wat is dan de bedoeling van het in de LOK te gooien? Uiteindelijk wat schiet de kring daarmee op dat ik veel te veel amoxi-clav voorschrijf? Tenslotte moet ik mijn plan daarmee trekken. [veel protest] » « We moeten van elkaar toch leren! We moeten toch niet verlegen zijn van elkaars minpunten. » « Wat schiet ik daar nu mee op? Als jij nu kilo's fluoroquinolones voorschrijft, dan moet jij dat niet meer doen. Dat is mijn zorg niet. » (FG9)

- Il a aussi été évoqué que de par les réactions négatives qu'elle suscite, et le climat de méfiance ambiant, l'intervention pourrait en elle-même empêcher un changement : par réaction de principe, des médecins refuseraient de changer quoi que ce soit à leurs habitudes de prescription.

« Bij discussie in de LOK (zowel antibiotica als antihypertensiva): dan kwam tot uiting bij collega's: als dit enkel om budgetkwestie is, dan doen wij daar niet aan mee! Liefst dan nog duurder voorschrijven. Uit wantrouwen. » (FG6)

« Er is ook de frustratie: dit moeten we weer van de overheid. We hebben 4 LOK's en we moeten er al 2 van gebruiken. Er is opgeladenheid, die echt aan het groeien is. Ik voel nu echt dat ze op een punt beginnen te komen dat er weerstand komt. [...] Heel wat leden zitten met het gevoel dat dit het begin is van een heleboel dat er nog gaat bijkomen. We willen daar niet aan meewerken. » (FGan)

3.3.3. Les facteurs qui influencent la prescription

Au fil des focus groupes, les généralistes interviewés ont, spontanément, beaucoup évoqué les différents facteurs qui entrent en ligne de compte, directement ou indirectement, dans leur décision de prescrire des antibiotiques. La plupart de ces facteurs pourraient influencer la prescription pour d'autres classes de médicaments aussi. Ces facteurs interagissent aussi entre eux.

3.3.3.1. Les patients

Le patient est énormément évoqué, dans tous les groupes, pour expliquer la prescription. Un médecin a précisé que le patient va surtout influencer la décision de prescrire un antibiotique ou non, mais peu le choix de la molécule prescrite.

« Pour moi le choix de la molécule ne va être influencé par le patient. Que le choix d'en prescrire ou pas va être fort influencé par le patient. Le patient qui est devant moi va influencer ma décision de prescrire un antibiotique ou pas. [...] Le choix de la molécule, ça c'est plus les lectures scientifiques, les feedback, des discussions en dodécagroupe etc, qui vont m'aider. » (FG3)

Certaines caractéristiques du patient

Les caractéristiques des patients, comme l'âge, le sexe, leur niveau socio-économique, mais aussi leur capacité perçue par le médecin, à pouvoir identifier d'éventuelles complications, vont entraîner des prises en charge variables. Ces caractéristiques sont aussi associées à des pathologies variables : les femmes n'ont pas les mêmes maladies que les hommes, ou les enfants que les personnes âgées.

« Si tu as une patientèle jeune, et on est des médecins jeunes, moi je n'ai pas 80% de gens de 85 ans. J'en ai, mais j'ai beaucoup de jeunes, de gens qui ont mon âge, qui ont des enfants, je récupère les enfants, et c'est comme ça que cela se fait, donc t'as plus d'enfants t'as plus certaines pathologies et tu vas peut-être être plus amené à mettre certains antibiotiques. J'ai beaucoup de femmes dans ma patientèle, tu sais que tu vas avoir certaines pathologies qui vont venir, et moins d'autres. » (FG5)

« Tu es amené un vendredi soir dans une famille très pauvre, un gamin, il a peut-être une bronchite, c'est probablement viral, mais s'il va moins bien on ne le verra pas avant lundi, et qu'est-ce qu'ils vont faire, ils vont se retrouver aux urgences de l'hôpital le plus proche, et tu mets un antibiotique. Si tu es avec une famille qui ne jure que par l'homéopathie et les deux parents sont des universitaires, tu peux leur dire plus facilement, vous me rappelez si cela ne va pas. Mais moi je trouve cela important de préciser que l'EBM c'est un des critères décisionnels, mais ce n'est pas un critère absolu. » (FGaf)

« Si c'est quelqu'un de fiable, que je sais qu'il reviendra me trouver dans 3 jours ou 4 en fonction des critères que je lui ai dit, il n'y a pas de problème. Le problème c'est qu'il y a quand même certains risques que l'on court quand on ne prescrit pas. Il faut que le patient soit informé et réagisse en temps utile si ça ne prend pas la direction souhaitée. » (FG3)

« Il y a plusieurs choses qui interviennent. D'une part, le patient, avec ses connaissances, sa culture, etc. » (FG3)

« Bijvoorbeeld een heel jonge praktijk: zal veel meer angina's zien dan gecompliceerde longontstekingen. » (FG9)

« Ik schrijf al zeer weinig antibiotica voor. Dus als ik al een antibiotica geef, is het meer in een situatie waar het echt nodig is: waarbij de patiënt zwaar ziek, lang ziek is. Zo krijg ik verhouding die nogal scheefgetrokken is [meer amoxi-clav dan amoxi]. » (FG9)

Un élément complémentaire est qu'il semble que le comportement prescripteur des médecins varie selon qu'ils aient affaire à leurs propres patients, ou qu'ils soient en garde. De même, certains font la différence entre traiter un patient qu'on voit pour la première fois et traiter un patient qu'on connaît bien.

« [la prescription différée] : Mais je ne le fais qu'avec mes patients je ne le ferais jamais en garde. » (FG3)

« C'est vrai qu'en garde cela reste difficile. » (FG3)

« Le gros problème, c'est quand on fait des remplacements de confrères ou quand on est en garde. Quand on arrive en garde, le médecin qui ne prescrit pas d'antibiotiques est un mauvais médecin. Et ça dans la mentalité des gens c'est quelque chose qu'il faut changer. » (FG5)

« Lundi je reçois le papier d'un confrère, prescription de Clamoxyl, à la demande de la maman, 3 petits points. » (FG2)

« C'est vrai qu'en garde, parfois on se dit bon est-ce que c'est vraiment nécessaire, mais vis-à-vis de son confrère, est-ce qu'on... vis-à-vis de soi-même et de son patient, on prend quand même ses responsabilités, quand on soigne le patient d'un autre, on se dit, bon, est-ce que c'est vraiment la seule solution. » (FG2)

« Je crois qu'inconsciemment on se demande quel est le médecin de ce patient et on prescrit un peu en fonction de lui quand même. » (FG2)

« L'avantage quand on est en garde c'est qu'on peut dire vous appellerez votre médecin traitant dans deux jours – oui c'est vrai...- et parfois quand le patient vient on lui dit mais pourquoi vous revenez ? » (FG2)

« Als je beginnend arts bent, heb je sowieso meer tijd nodig. Maar ik denk dat je het ook anders moet bekijken: Je ziet die patiënt voor de eerste keer, je kent hem niet. Dat is hetzelfde als tijdens de wacht. Uw antibiotica-gedrag gaat dan heel anders zijn. Eens dat je bezig bent, en je hebt die patiënt al 10, 20 keer gezien, dan weet je al, als hij voor u staat: als die komt, dan moet ik opletten. Als die persoon komt, ja. Ik denk dat je dan al met een heel andere vooringenomenheid vertrekt. Uw onderzoek blijft wel in orde. En dat heb je wel nodig ook, dat wordt ook aangeraden. Het is dus niet dat je minder onderzoekt, maar uw voorkans wordt groter. » (FG8)

« Ik heb zelfs nog meer de neiging om toe te geven aan patiënten van een andere collega, vb. op de wacht of vervanging. Uit collegialiteit kun je dat op een wachtdienst moeilijker volhouden. Dus dat vind ik moeilijker. » (FG9)

« Dan is er nog een andere drempel die heel belangrijk is: dat is de kennis van uw patiënt, wat uw relatie met de patiënt is. Ik merk zo bijvoorbeeld tijdens de wachtdienst dat ik veel gemakkelijker amoxi-clav voorschrijf dan erbuiten. Omdat ik denk dat je daar zeker wil spelen: je kent de patiënt niet, hij gaat misschien niet terugkomen. Ik wil hier goed scoren: ik zal maar op zeker spelen. Dat doe je in een wachtdienst gemakkelijker dan bij uw eigen clientele, waarbij je weet dat ze wel terugbellen als er iets is of die me gaan me wel niet de laan uitsturen als dat hier niet goed gaat. » (FG10)

« Ik ben toch wel beïnvloedbaar. Tijdens de wachtdienst zal ik toch wel sneller zwaardere medicatie uit de kast trekken dan thuis. » « Niet om te imponeren, maar uit veiligheid. » (FG10)

Les patients veulent un antibiotique

Un problème souvent évoqué est la confrontation à la demande du patient, qui croit en l'efficacité de l'antibiotique, et qui vient chez le médecin pour en recevoir.

« Parce que, s'ils doivent pénaliser les patients qui veulent absolument des antibiotiques pour tout et pour rien, ils ne sauraient pas non plus trouver cela. – On va prescrire des antibiotiques « contre avis » [rires] – « je ne voulais pas, j'ai été forcé » [rires] (FG5)

« Moi une fois, j'ai dit à une maman, bien m'en a pris, 'c'est une infection virale'. (...) « ah oui, facile, ça, qu'elle dit, quand on ne sait pas on dit que c'est viral, c'est facile, ça. (...) Pourquoi croyez-vous que je suis venue ? » (FG5)

« C'est vrai pour certaines angines. Ils disent j'ai une angine. Et je dis que oui, c'est vrai, la gorge est un peu rouge, et je ne prescris pas d'antibiotique parce que je pense que c'est viral. Ben ils sont ...cela les stresse. » (FG4)

« Ils croient qu'une petite pilule arrange tout. » (FG4)

« Et en même temps il y a des gens qui désirent. Je suis sûr que ceux à qui je ne prescris pas d'antibiotiques et que cela tourne mal c'est toujours les mêmes, parce que quelque part, je crois que le psychologique joue contre ou pour l'antibiotique. Il y a des gens qui vont faire des complications parce que ils sont persuadés qu'ils ont besoin d'antibiotiques et on ne leur a pas prescrit. Et je crois que quelque part cela joue. » (FG3)

« Parfois ça devient une discussion avec le patient, je dis clairement que je pense qu'il ne faut pas d'antibiotique et le patient me dit clairement oui, mais moi je veux un antibiotique. Et après je me dis, oui, mais ça c'est pas la bonne attitude non plus, parce que c'est le patient qui est tout le temps en train de décider. » (FG2)

Les raisons évoquées par les médecins pour expliquer le fait que les patients veulent des antibiotiques sont l'angoisse face à la maladie et à ses complications éventuelles,

[mod : Qu'est ce qui influence la demande du patient ?]
« Leur passé, une infection qui aurait mal tourné »
« L'angoisse »
« La peur de complications » (FG3)

« Et alors il y a eu chez le malade, et chez nous quand même aussi, le fait qu'en en prenant ça rassurait. Le malade il vient aussi parce qu'il a peur et qu'il craint que... - que ça ne va pas devenir une pneumonie. » (FG2)

l'inconfort important induit par la maladie, et la croyance que l'antibiotique va les guérir plus vite,

« Die neiging zit er wel in om -als de patiënt terugkomt na 1 week- de patiënt iets straffers te geven. » « De genezingsduur voor een bronchitis bijvoorbeeld is 14 dagen. Tegen een patiënt die terugkomt na 5 dagen, zeg ik: nog 9 dagen! » « Ik zeg meestal bij een bronchitis: 90% is viraal en je gaat nog 3 weken hoesten! » « Ja maar, als ze echt al 4 nachten wakker liggen. » « Dat ga ik niet voorkomen met mijn antibiotica. » « En dan geeft ze beter nog wat Celestone of een hoestsiroop. » « Als ze echt veel hoesten, dan geef ik ze een aerosol en dat is een ideale bezigheidstherapie. » (FG9)

ou le désir de guérir le plus vite possible, pour reprendre le travail, ou l'école.

« Quand t'as un type qui est indépendant, qui commence à tousser, qui veut aller travailler, même un employé, qui veut aller travailler, avec expectorations purulentes et tout cela, va dire aux gens 'écoutez dans 15 jours ça ira mieux', ou tu sors avec un coup de pied au derrière, ou... c'est pas toujours adapté. C'est vrai que si tu laisses aller, un corps humain en bonne santé va finir par s'en

sortir, mais enfin quand t'expliques au patient qu'il va devoir rester 15 jours-3 semaines à avoir froid, chaud, à tousser, » (FG5)

« Ils veulent guérir vite pour retourner travailler. La peur d'être absents au travail trop longtemps. » (FG3)

« L'enfant doit guérir vite, aussi, parce que les parents travaillent tous les deux. » (FG3)

« Le nombre de gens qui arrivent, et on leur dit : si vous restez chez vous bien au chaud, vous allez guérir vite, ah non non, il faut que je travaille, et ils sont en plein courant d'air, au travail, je dois aller travailler. – et vous croyez vraiment qu'un antibiotique va arranger les choses plus vite ? – non, mais bon le patient y croit. » (FG2)

« Pour les angines dans les recommandations ils disent bien que ça raccourcit d'un jour ou deux. Mais il y a des gens qui sont obligés d'être raccourcis d'un jour ou deux pour continuer à travailler et à produire. » (FG2)

« Ik vind dat heel wat te maken heeft met patiënt. Om terug te komen op dat kind met oorpijn. Van mij mag dat kind 2 dagen brullen ondanks Junifen en een stoppeke en toch geen antibiotica geven. Tenzij dat de pijn niet gedaan is na 48u en de koorts. Maar als die moeder in mijn nek zit: ik moet gaan werken, mijn man moet gaan werken en de babysit moet gaan werken en de oma ook, blablabla, ik wil dat mijn kind morgen beter is. Dan moet ik daar heel veel tijd insteken om die moeder te overtuigen dat dat ondanks die antibiotica morgen toch niet beter gaat gaan. En dan hangt het er heel erg van af of het midden december is of midden juli. » (FG9)

Un autre argument est que tout ce qui peut être fait pour se soigner, en-dehors de l'antibiotique, peut être réalisé sans passer par le médecin : quand les patients se décident à venir, c'est donc qu'ils ont déjà tout essayé. Parfois, ils ont déjà vu un médecin dans les jours précédents, et reviennent parce que le problème ne se résout pas.

« Moi j'ai l'impression que on a déjà drillé nos patients à attendre 2, 3, 4 jours avant de prendre des antibiotiques, et quand on les voit, on sait qu'ils ont déjà attendu, alors qu'est-ce qu'on a d'autre à faire que traiter, puisqu'on leur a dit attendez ? » (FG2)

« Je crois que le fait pour les patients de franchir le pas d'un cabinet médical, quand ils ont de la température, un syndrome grippal, c'est dans le but d'obtenir un antibiotique, parce que sinon ce serait directement le passage chez le pharmacien. » (FG2)

« C'est en tout cas pour obtenir autre chose que ce qu'ils peuvent avoir en vente libre chez le pharmacien. » (FG2)

« Il y a 20 ans, les patients venaient d'abord chez leur médecin, et puis ils allaient chercher chez le pharmacien, et si ça n'allait pas ils retournaient chez leur médecin. Maintenant les gens ils arrivent chez le médecin 4, 5, 6 jours ou une semaine après qu'ils ont déjà pris 36 médicaments chez le pharmacien, et ça ne va plus, ils ont de la fièvre, ils sont patraque... à la rigueur moi je vois plus de grosses pathologies maintenant que précédemment. Ou plus tard en tout cas. » (FG2)

« Het is toch ook een cultuur van patiënten en waarschijnlijk selecteer je daar toch ook op als arts. In het weekend zie ik een patiënt die, wat ik noem een banale bovenste luchtweginfectie, van haar arts Ketek had gekregen. Ik schrijf dat nooit voor, dus ik ken dat ook bijna niet. En die had nu verschrikkelijke koppijn en ik dacht: doet die nu een zware sinusitis ondanks die zware antibiotica? Maar toen ik daar op door ging was er geen enkel teken van sinusitis. Ze was gekend met migraine, maar dit was helemaal anders. Ben ik uiteindelijk gaan lezen op de bijsluiter en je kan er dus hoofdpijn kan krijgen. Dus ik zeg tegen die mevrouw dat haar koppijn van het antibioticum komt en ik zeg: stop daarmee! En neem iets tegen de pijn en het zal over zijn. Maar nee, die moest en zou iets van mij hebben voor die koppijn -en op dezelfde manier zal zij ook van haar huisarts die Ketek gekregen hebben-. Die is niet zonder spuit naar buiten willen gaan. "Krijg ik nu niks?" » (FG9)

« Ik weet het niet. Al die evidence-based! Ik ben nog altijd nen dikke amoxi-clav voorschrijver. Heel vaak omdat ik ze terug zie op amoxi, of omdat ze in het weekend door de collega gezien worden met amoxi. » « Mij is het juist opgevallen dat bij die patiënten waarbij je vroeger amoxi-clav gaf en nu amoxi: dat dat juist geen verschil uitmaakt! » (FG9)

De plus, les patients ont été habitués, pendant des années, à recevoir des antibiotiques de leur médecin. C'est difficile d'expliquer aux patients que le mode de prise en charge de leur maladie a changé. D'autant plus que ne rien prescrire n'est pas encore perçu par les patients (et le médecin parfois) comme un acte médical de valeur.

« Ik schrijf 34 jaar antibiotica voor bij keelpijn. Nu mag dat plots niet meer. Dan moet gedrag van de patiënt ook veranderen. Dat kost veel moeite en tijd. Toppunt van al: als ze dan niet genezen... » (FG6)

« Als je niets voorschrijft, wordt dat niet meer als medische act beschouwd. » (FG8)

« Als je jarenlang gewoon bent om iets te doen, en je moet dat veranderen, en je moet op een bepaald ogenblik als je altijd iets meegaf, ineens niks meer meegeven, dan sta je daar voor een gat en dat krijg je niet goed opgevuld. Heel wat mensen hebben daar een serieuze worsteling mee gehad. Er zijn er ook die zegden dat patiënten heel verwonderd waren: die verwachtten dat ze antibiotica zouden krijgen, maar dat dan niet krijgen. Ze moesten dan een hele uitleg doen, wat toch ook een confrontatie was en niet aangenaam. » (FGAn)

« De perceptie van de patiënten speelt bij heel wat artsen een rol. De patiënt interpreteert wat je gedaan hebt: dat is heel belangrijk. Bijvoorbeeld: er was een discussie over COPD'ers. Vroeger werd er bij elke opstoot een antibiotica gegeven. Nu gebeurt dat dus niet. Maar die patiënten zijn dat gewoon. Ze weten dat, ze zijn ervoor getraind geweest om naar de dokter te gaan voor een antibiotica op de moment dat er iets kwam. Nu gebeurt dat niet. Bij een aantal van die mensen komt dan toch nog een flink iets doorzetten. Niet dat er iets fout loopt, of niet dat de arts fout gehandeld heeft. Maar vanuit de perceptie van de patiënt: had je mij dat wel gegeven, had ik dat niet gekregen, of had ik niet gehospitaliseerd moeten worden. » (FGAn)

Enfin, quelques médecins évoquent l'influence des medias et des publicités adressées au public. Que ce soit des publicités des firmes pharmaceutiques en faveur de médicaments, ou la médiatisation d'événements concernant la façon dont des personnes connues ont été soignées.

« Hier à la télé, il y a un cardiologue qui a dit que les nouveaux antihypertenseurs augmentaient de 20% la protection cardio-vasculaire. Et puis les gens veulent des nouveaux anti-hypertenseurs. – Ils ne veulent plus des diurétiques. – Mais une semaine après, ils ont oublié. » (FG2)

« Verhofstadt a eu un stent enrobé alors qu'il n'était pas dans les recommandations. Des patients maintenant veulent le même que lui car ils pensent que c'est mieux pour eux. » (FG1)

« Il y avait aussi la publicité à la télévision, par exemple, sur la mycose des ongles. Nous, on ne peut pas prescrire d'antibiotiques et après... c'est honteux. – c'est parce qu'on n'a pas de politique de santé publique. » (FG2)

« Il y a une manipulation de l'information par les médias. Par exemple, pour le Psoriasis : trois journaux du même groupe, avec des publics différents, font un article sur le même message. Cela crée un besoin. » (FGaf)

« Si on l'a dit à la télé c'est que c'est vrai! » (FG2)

« Une différence dans la pratique qui nous a frappés nous, ces dernières années, depuis que les firmes ont commencé à faire des pubs à l'avance, le premier cas qui nous avait frappé c'est le Zyban. C'était la première fois que les patients sont venus nous demander un médicament qu'on ne connaissait pas, sur lequel on n'était pas informés, et qui disaient 'mais si on nous a dit à la télé que c'était bon'. Et si on avait le malheur de dire, après avoir cherché, si vous avez de l'épilepsie ou je ne sais pas tout quoi, , c'est contr-indiqué chez vous, vous passez pour les mauvais. Ça c'était la première fois. Maintenant ça devient monnaie courante. » (FGaf)

« Ja, wat Mimi zegt op televisie maakt veel meer indruk dan wat wij zeggen. » (FG7)

C'est parfois le désir que le patient soit content, le fait d'être sûr qu'il sera guéri du premier coup, qui pousse à prescrire des antibiotiques.

« Un confrère qui prescrivait pas mal d'amoxy-clav, il justifiait cela en disant mais moi j'ai pas envie que mes patients reviennent insatisfaits, donc je tape fort et comme cela je suis sûr que le patient est guéri » (FG3)

Les médecins craignent que le patient sorte de chez eux mécontent. Ils craignent aussi, et certains en ont fait l'expérience, que les patients aillent chercher ailleurs, chez un autre généraliste, ou un spécialiste, les antibiotiques refusés. Et qu'ils changent parfois tout-à-fait de médecin. Ce qui, un médecin le fait remarquer, représente une perte financière pour le médecin financé à la prestation.

« Nous dans le premier feedback, on voyait bien que nos patients ne recevaient pas d'antibiotique chez nous, mais pour les antibiotiques qu'ils recevaient ailleurs, ils étaient dans la moyenne. On a un peu changé de tactique depuis, puisqu'on s'est dit : quand on suit trop les recommandations, c'est rigide : si on les suit vraiment, on prescrit très peu d'antibiotiques, il y a peu d'indications. On est devenus plus souples. (...) Moi j'avais l'impression qu'ils venaient chez nous, et s'ils n'avaient pas eu ce qu'ils voulaient ils allaient chez quelqu'un d'autre. » (FG2)

« Daartegenover staat dan, tegenover dat zelflimiterende, de financieel prestatiegerichte geneeskunde dat dat geen interessant aspect is. Ik denk dat het daardoor is dat heel vaak guidelines botsen en aangevallen worden door huisartsen en artsen in het algemeen: omdat het financieel niet interessant is om deze te volgen. Patiënten hebben vaak ook verwachtingen. Daarom gaan ze dan ook naar andere arts: omdat ze andere verwachtingen hebben. Je hebt dan

als arts schrik om patiënt te verliezen: ofwel geef je geen antibiotica en dan gaat patiënt naar andere huisarts, of wel geef je geen en na een tijd komt hij niet meer, omdat hij weet dat het niet meer hoeft. Financieel word je dan afgestraft voor een goed antibiotica-beleid. Als je niets voorschrijft, wordt dat niet meer als medische act beschouwd. » (FG8)

« Ik zeg altijd: patiënten die weglopen omdat ze bij mij geen antibiotica krijgen, laat die maar weglopen, want die wil ik toch niet. » (FG9)

« Ja ja, dat weten wij, maar dat weten de patiënten niet. Hoe restrictief ik ook ben met antibiotica, van één ding ben ik overtuigd: je verliest véél meer patiënten door te weinig antibiotica voor te schrijven dan door te veel. » « Is dat erg? Ik vind het niet erg dat een deel van mijn patiënten weglopen omdat ze niet akkoord zijn met mijn voorschrijfgedrag. » « Ja maar een deel loopt weg omdat ze geen antibiotica krijgen, een deel omdat ze geen briefke voor school krijgen, een deel omdat ze bij u geen aanmoediging krijgen voor hun papieren voor een parkeerkaart, een deel omdat je te streng invult,... » « Akkoord, maar je kunt u in duizend bochten wringen en toch ook nog patiënten verliezen. Je moet toch consequent blijven naar u eigen ook. Ieder voor zich moet dat afwegen in hoeverre dat je daar in mee gaat. Ik heb daar geen spijt van dat ik mijn eigen richtlijnen volg. Ik denk dat iedereen daar af en toe eens een beetje van afwijkt, maar ik heb daar toch geen spijt van. » « Ik denk dat uw eigen zelfwaardegevoel eerder daalt als je teveel toegeeft. » (FG9)

« Meestal is het onder druk van de patiënt. Hij geeft u onbehaagelijk gevoel: als dit tegenvalt, dan gaat deze patiënt mij dat niet vergeven deze keer. Bijvoorbeeld bij een patiënt bij wie je volgehouden hebt dat hij geen antibiotica nodig heeft en die in 2e instantie toch iets blijkt te doen waar hij het wel voor nodig heeft. Voor de rest van zijn leven, sta je bij hem zwak in je schoenen. » « Als je hem al terugziet. » (FG9)

Un médecin fait encore remarquer qu'il faut chaque année prescrire des antibiotiques pour la trousse de voyage des patients : il faut souvent des quinolones, qui ne seront le plus souvent pas utilisées, mais qui ont été remboursées.

« Moi j'ai quand même une question au sujet des quinolones. J'ai l'impression que ce que je prescris de quinolones, c'est beaucoup pour des gens qui partent en voyage, suivant les recommandations de la Travel Clinic. Et cela me pose un petit problème, tous les antibiotiques qui vont se balader dans la nature. – c'est justifié de donner une quinolone pour la trousse. Là-bas ça peut leur sauver la vie – oui mais après la plupart du temps les gens n'ont rien eu et reviennent avec leur boîte. Je trouve que c'est un peu limite, 1. que cela soit payé par l'Inami, 2. que ce sont des antibiotiques qui vont se balader dans la nature – c'est vrai que quand on voit le million de gens qui vont faire leur tour en Thaïlande et en Inde et à qui tu prescris cela, ça va se retrouver dans ta prescription... » (FG4)

Mais on sent qu'il y a une évolution des mentalités par rapport aux antibiotiques : les patients en demandent moins qu'avant.

« Moi je vois quand même que les messages finissent par passer. Au début de ma pratique, et entre autres à l'ONE, surtout avec les enfants, c'était l'époque où les gens réclamaient un antibiotique et maintenant il y a des situations où c'est l'inverse, ou les gens disent je ne veux pas d'antibiotique, ou vous êtes sûr qu'il faut un antibiotique, et donc les messages ils finissent quand même par passer. » (FG2)

« Ze wezen er toch ook op dat er met die antibiotica een algemeen klimaat is. Dat hun gedrag of de wijze waarop ze met antibiotica omgaan, toch niet alleen veranderd is oww. die bespreking in de LOK. Er is ook een algemeen klimaat dat meespeelt. Sommigen lieten blijken dat dat toch veel belangrijker was dan wat er specifiek in de LOK gebeurde. » (FGAn)

Un médecin fait remarquer que ce que le patient désire vraiment est peut-être différent de ce que le médecin pense qu'il attend. Il a assisté à une conférence expliquant cette différence, et cela a modifié sa façon d'aborder la problématique.

« Moi j'ai été interpellé par une présentation sur les antibiotiques, qui montrait la comparaison entre ce que le médecin pense que le patient attend de lui et ce que le patient attend réellement. Il y aurait une discordance entre le nombre de patient qui voulaient un antibiotique et le nombre dont le médecin pensait qu'ils voulaient un antibiotique. Ça, ça m'a fort frappé. En me disant, bon c'est vrai, il y a une frange de patients chez qui on peut très bien discuter. » (FG3)

A l'inverse, certains patients refusent de prendre des antibiotiques et doivent parfois être persuadés d'en prendre quand cela s'avère vraiment nécessaire !

« Il y a parfois une sous-utilisation des antibiotiques chez les gens adeptes de médecines naturelles. Et là il faut pédaler pour qu'ils prennent en antibiotique » (FG4)

« Het omgekeerde heb je ook. Je wil en moet antibiotica geven en mensen willen het niet. » « Dat heb je tegenwoordig ook: de fanatieke anti's. » (FG9)

« Nu heb je zelfs tendens van jonge mensen met kinderen. Dat je hebt van: hier zou ik nu toch wel voor antibiotica willen kiezen, dan moet je jezelf bijna gaan verdedigen om het voorschrift goedgepraat te krijgen. Ze nemen dat wel aan, maar: oh nee, geen antibiotica. Daar is er toch wel ommezwaai. » « [Mod.] En dat herkent iedereen? » « [Algemeen] Ja » (FG10)

Un des moyens prévus pour ne pas prescrire un antibiotique tout de suite est de faire patienter le patient quelques jours, dans l'espoir d'une résolution spontanée de la maladie. Mais plusieurs médecins évoquent la difficulté de demander au patient de se représenter à la consultation après quelques jours : cela a un coût pour le patient, et des patients qui se sont déjà vu prescrire un antibiotique à la deuxième visite lors d'un épisode de maladie précédent ont tendance à demander que cela soit fait directement. Parfois, les patients ont l'impression que le médecin n'est pas sûr de lui s'il propose une deuxième visite. Mais un autre médecin fait remarquer que certains patients semblent trouver très positif qu'un médecin repasse souvent voir si tout va bien. Un focus groupe a évoqué le fait que cette difficulté de faire revenir le patient une deuxième fois puisse être partiellement résolue dans un système financé autrement qu'à la prestation.

« C'est vrai qu'il y a aussi les impératifs financiers. Quand on voit un patient, on va lui dire, 'écoutez, pour le moment c'est pas certain, probablement que c'est viral', on fait un traitement symptomatique, on lui donne ce qu'il faut, et puis le patient va revenir 3 jours après, on lui fait le coup une fois ou deux, il est d'accord, mais la troisième fois il va dire « écoutez docteur, ça fait déjà 3 fois que vous me faite le coup, moi je dois chaque fois revenir pour finalement me retrouver avec un antibiotique, prescrivez-le moi d'emblée, et j'attendrai 3 jours si il faut'. C'est vrai qu'on est un peu parfois embêté ... » (FG5)

« Mais tu sais que moi je vois dans ma région, des médecins très âgés qui disent d'office 'je repasse dans 2 jours', et « ça c'est un bon médecin ! » donc on est parfois trop gênés de ... » (FG5)

« Surtout dans des quartiers défavorisés, où c'est quand même compliqué. Je ne sais pas revenir voir les patients tous les 2 jours pour voir si leur otite évolue convenablement et s'il faudra quand même finalement mettre un antibiotique ou pas, c'est quand même compliqué. » (FG2)

« Moi j'aimerais bien pouvoir dire aux gens que je repasse sans faire payer, mais c'est mal vu: je l'ai déjà fait mais après les gens te disent "vous n'êtes pas sur de vous?" » (FG2)

« Moi je pense aussi que c'est compliqué. On nous compare parfois au modèle hollandais mais dans le système hollandais ils peuvent aller les revoir deux ou trois jours après. Nous on est coincés. Le système n'est pas égal à comparer les systèmes différents. On travaille à l'acte, il y a des systèmes où ça pose moins de problèmes. » (FG2)

[*med travaillant à l'acte*]: « le système forfait très très bien pour cet aspect-là. Ca c'est extraordinaire. – On peut se permettre de dire vous revenez dans 48 heures. » (FG2)

« Patiënt denkt ook in termen van 2x betalen en langskomen. » (FG6)

Certains médecins expliquent qu'avec des explications et des arguments face aux croyances et à la demande du patient, il y a moyen de ne pas prescrire d'antibiotiques.

« Et puis il y a la façon dont on fait passer le message chez le patient. La communication avec le patient, la manière dont on fait passer un certain message, sur la prise ou non d'antibiotiques. Le temps qu'on va prendre, la manière dont on va le faire, tout cela joue un rôle évidemment. Si on arrive à convaincre le patient, si on lui donne de bonnes consignes, et qu'il les écoute, qu'il les retient, je pense que on a plus de chances que si on va rapidement à dire c'est comme ça, c'est comme ça. » (FG3)

« Dans notre patientèle à nous, c'est pas trop un problème d'arriver à quelque chose avec nos patients. Les patients qui au départ étaient très antibiotiques, puis on prend le temps de leur expliquer, pourquoi on n'en met pas d'emblée, en expliquant les stratégies. » (FG5)

« Oui mais globalement je trouve que je dois utiliser plus de salive pour persuader de ne pas en prendre que pour dire d'en prendre. Pour tout ce qui est bronchite, par exemple, cela a été difficile de faire passer le message qu'il ne fallait pas d'antibiotique. » (FG4)

« Pour les convaincre, ce n'est pas toujours facile. Si on ne prescrit pas d'antibiotique, ils sont tout surpris. Et il faut leur expliquer. » (FG4)

« Maar als je duidelijke informatie hebt, heb je ook veel meer overtuigingskracht tov. uw patiënt. Ik weet als ik tegen een patiënt zeg: vroeger was het altijd Augmentin maar pas op hé, 4 keer een gram amoxicilline, dat is een heel hoge dosering. Dat is de nieuwe trend, een heel hoge dosering.

Omdat je de basisboodschap een beetje ingedramd hebt en fundeert, kan je je patiënt soms beter overtuigen. » (FG7)

Mais cela demande du temps et de la patience. C'est pourquoi, certains prescriront parfois un antibiotique par manque de temps ou d'envie d'expliquer, ou parce qu'ils ont l'impression que le patient qui est en face d'eux ne comprendra pas ou n'acceptera pas.

« Ca demande un investissement temps, mais a chose est faisable en tout cas. Pas avec tout le monde, mais elle est faisable. » (FG3)

« Ou ce jour là on n'a pas envie de chicaner et on donne l'antibiotique, ça arrive aussi, même....On n'a pas envie d'expliquer, que c'est viral, 'elle m'énervé celle-là', donc on lui donne l'antibiotique, ça va plus vite. » (FG5)

« Si il faut éduquer les patients, alors moi j'arrête et je mets la clé sous le paillason. Dans cette région, éduquer les gens, c'est pas évident. » (FG2)

« Ca va plus vite de prescrire un antibiotique. On gagne du temps. » (FG2)

Il est aussi plus facile de ne pas prescrire si il y a déjà une relation de confiance entre le patient et le médecin.

« De toute façon moi je pars du principe qu'un patient qui râle va râler depuis le début, donc il va aller voir ailleurs pour n'importe quel prétexte. Les patients qui aiment bien leur médecin, généralement, ils font confiance et ils écoutent. » (FG5)

« Et de temps en temps on voit qu'il y a des gens qu'on arrive quand même à convaincre, une fois qu'on les a fidélisés. » (FG2)

Un médecin évoque aussi que des outils spécifiques puissent être utilisés pour les aider à argumenter face aux patients. Par exemple des documents qui expliquent les inconvénients et les avantages du traitement.

« Quand je vois certains patients à qui j'ai quand même dû donner des feuilles d'évidence based medicine, en disant, regardez, sur 100 personnes qui ont une angine, il y en a 12 qui vont guérir un jour plus tôt, mais il y en a 18 qui vont avoir des effets secondaires. Quand on a un document papier en plus, (...) je crois qu'on se sent plus fort dans une position qu'on peut adopter vis-à-vis du patient. » (FG1)

Une autre solution parfois mise en place par les médecins pour contourner les difficultés face au patient demandeur est la prescription différée.

« Moi ce que je fais c'est essayer de prescrire un antibiotique mais de dire 'attendez 48 ou 72h' et avec le nouveau système des ordonnances en-dessous on peut mettre 'à délivrer à partir de', donc le patient peut aller chez le pharmacien, on ne lui donnera pas le jour même, généralement cela permet de contenir. » (FG5)

« Quand des gens ont une demande forte, pour une raison un peu commerciale, je leur prescris en différé. – ça demande un peu d'explications. » (FG4)

« Quand je prescris cela, je leur demande quand même : si dans 2-3 jours vous voyez...on en rediscute, vous me téléphonez. – moi aussi, c'est ce que je dis : après un coup de téléphone, vous pouvez l'utiliser. » (FG4)

« 'Parce que je sais bien que ça ne va pas guérir, Docteur, moi ça ne passe pas sans l'antibiotique'. Et moi, je dis on essaie quand même d'attendre deux jours, puis je fais la prescription différée. » (FG2)

Mais ils ne peuvent pas savoir si cette méthode a été efficace et a réduit la consommation d'antibiotiques, à part en posant la question à leur patient lors d'une visite ultérieure.

« Moi ce que je faisais, quand j'avais un patient chez qui je jugeais que ce n'était vraiment pas nécessaire de prescrire un antibiotique, c'est faire la prescription mais dire 'écoutez, vous differez cela bien deux trois jours' alors, de nouveau en expliquant, 'si la température dure encore pendant 48 heures, si cela ne s'améliore pas etc, à ce moment là je crois que vous pouvez... A ce moment là on quand même un peu couvert, et les parents sont quelque part aussi un peu rassurés. Mais dans quelle mesure est-ce qu'il allaient le chercher tout de suite, est-ce qu'ils attendaient réellement, est-ce qu'ils n'allaient pas le chercher ? Ca j'aimerais vraiment bien savoir quel est le pourcentage de devenir de ces ordonnances-là. Je me demande dans quelle mesure c'était efficace ou pas. » (FG3)

« Quand je les revoyais, je savais que j'avais donné cela la dernière fois, et alors je leur demandais comment cela s'était passé. Souvent ils n'ont pas été les chercher. Alors je ne sais pas si j'interroge que ceux qui n'ont pas été les chercher, ... » (FG3)

Un médecin pense que ce qui fait le succès de la prescription différée, c'est le fait qu'elle oblige à donner des explications.

« Je reste persuadé que c'est la communication qu'on a avec le patient, les consignes, qu'elles soient écrites ou orales, qui sont importantes là-dedans [*la prescription différée*]. (...) » (FG3)

« Moi j'ai le sentiment que quand on fait cela, d'office on doit donner des explications, parce que on doit donner des consignes pour aller les chercher ou ne pas aller les chercher. » (FG3)

D'autres médecins se disent peu favorables à cette méthode. Ou recommandent la prudence : il faut s'assurer que l'antibiotique prescrit sera utilisé judicieusement par le patient.

« Moi la prescription différée je trouve cela quand même un peu dangereux parce que rien ne nous dit que les gens vont utiliser l'antibiotique à bon escient » (FG4)

« On ne fait pas cela avec n'importe qui. – non c'est pour cela que je le dis c'est un peu dangereux. – Il y a des patients qu'on connaît bien. » (FG4)

[*la prescription différée*] : « Mais les critères selon lesquels on va le faire ou pas ne sont pas évidents. Les gens ne possèdent pas nécessairement eux, la compétence, pas nécessairement intellectuellement, il faut parfois un examen clinique pour décider si... » (FG2)

« J'ai une petite blague comme cela entre deux voisins : Je fais une ordonnance en disant ne la prenez pas, attendez 48 heures et vous verrez, après 48 h, magnifique, ça marchait bien et donc la personne n'a pas été chercher l'antibiotique, mais, la voisine était malade et elle lui a passé l'ordonnance d'antibiotique...à une voisine que je ne connaissais pas. » (FG2)

3.3.3.2. Les autres professionnels

Le pharmacien

Certains médecins rapportent encore être mis devant le fait accompli par des pharmaciens qui délivrent parfois des médicaments aux patients, en leur demandant de ramener l'ordonnance du médecin ensuite. Mais certains trouvent que cette pratique est en régression, et d'autres développent des stratégies pour que les pharmaciens ne le fassent plus.

« Et le pire aussi et ça j'ai déjà eu quelque fois le cas, et ça me fait faire des bonds de 3 mètres, c'est le patient qui va chez le pharmacien qui fait son diagnostic et lui donne de l'Augmentin en lui disant vous direz à votre médecin de vous faire une ordonnance. Ça je trouve ça scandaleux, parce que quelque part c'est nous prendre à la gorge, et de la part du pharmacien c'est un petit peu... – Ça se fait de moins en moins. On leur téléphone,... » (FG5)

« Ça se fait de moins en moins, parce qu'on a une possibilité aussi d'embêter un petit peu le pharmacien, en écrivant 'médicament délivré de l'initiative propre du pharmacien.' Généralement, avec cela sur l'ordonnance, le pharmacien ne vous le fait jamais plus. Mais c'est un peu malheureux d'en arriver dans des points comme cela. » (FG5)

« Ou certains ont des boîtes en avance chez le pharmacien. Ça se fait encore. – de moins en moins : ils ont quand même peur de ne pas avoir leur ordonnance, maintenant. » (FG2)

« Er zijn toch dikwijls patiënten die al bij de apotheker geweest zijn: mijn kop zit vol sinusitis en ik heb al neusdruppels gehad en dat je denkt: tja, dat is het dan als je de standaarden volgt. En dan wil je al wel eens iets voorschrijven dat buiten de standaarden valt. » (FG9)

« Het naschrift ipv. het voorschrift: men is het antibioticum al gaan halen. » (FGAn)

Parfois, le pharmacien n'a pas en stock le médicament prescrit par le médecin. Enfin, les pharmaciens peuvent aussi influencer les patients, en donnant leur avis sur certains traitements.

« In het formulair staat: penicilline siroop voor kinderen. Dat kan je toch niet voorschrijven. Dan kom je bij de apotheker met een probleem, daar moet je allemaal rekening mee houden. » (FG7)

« Je kunt soms ook het protocol absoluut niet volgen. Bijvoorbeeld, je hebt een angina. Ik denk dat er nog altijd in veel richtlijnen staat dat je een smal-spectrum penicilline geeft. Schrijf het voor. Ik heb het eens één keer gedaan, niet bij een patiënt, maar bij mijn zus. De eerste apotheek waar ze zich ging aanbieden zei: mevrouw, dat product bestaat al jaren niet meer. De tweede waar ze zich ging aanbieden, moest eens heel hard zuchten en zei: tja, mevrouw, als u dat echt wil

gebruiken, dan kunnen we dat tegen vanavond bestellen. Dus dan volg je op dat moment het protocol, maar in de praktijk schijnt dat dus niet te functioneren. » (FG8)

« Het eerste punt is de druk van de patiënt. Het tweede punt is het niet beschikbaar zijn. Op een bepaald moment was furadantine niet te verkrijgen, dan moet je wel ciproxine voor schrijven. »
« Of magistraal. » « Ook dat was na een tijd uitgeput. » (FG9)

Les collègues médecins généralistes

Les généralistes semblent aussi s'influencer entre eux. Ils se demandent parfois conseil les uns aux autres, lors de réunions, ou en se téléphonant.

« C'est une formation, tout cela. C'est une formation que de téléphoner à un confrère, qu'il soit spécialiste ou qu'il soit généraliste, et de lui demander un avis. » (FG5)

« Mais je trouve actuellement je trouve que c'est très facile de téléphoner à un confrère, pour dire dis j'ai tel cas, j'ai fait ça, qu'en penses-tu ? A ma consultation ce soir j'ai encore eu deux confrères qui m'ont téléphoné. Des confrères de notre âge. [*certain acquiescent, d'autres s'étonnent*] On sait bien qu'un est plus spécialisé dans une partie ou l'autre. » (FG2)

Ils sont aussi influencés par ce qu'ils peuvent voir de la prescription de leurs confrères, lors de remplacements, de rapports de garde, ou d'échanges dans les Glems.

« On se remplace l'un l'autre, donc on apprend en se remplaçant, surtout quand on commence, tiens il prescrit cela et cela et pourquoi ? Lui quand il revoit le patient il voit que j'ai prescrit peut-être autre chose et cela apporte un apprentissage aussi. » (FG4)

« Quand on va tous dans le même sens, c'est plus facile. Je me souviens comme jeune médecin, je ne prescrivais pas beaucoup d'antibiotiques, probablement, on savait très bien que c'était inutile, j'ai quand même eu des problèmes comme jeune médecin, parce que soi-disant je ne prescrivais pas, pour revoir mes patients. Et je voyais tous mes confrères qui le faisaient largement, je me suis dit je vais faire comme tout le monde je ne vais pas me faire remarquer. Maintenant tout le monde va dans le même sens, on est déculpabilisé : tout le monde fait comme ça, les patients le savent que c'est comme cela, ils l'ont entendu à la télé, ...C'est plus facile que de se battre tout seul contre un géant. » (FG2)

« Ik heb op de wachtdienst eerder de negatieve ervaringen als je diezelfde tendens durft doorzetten en bijvoorbeeld met keelontstekingen uzelf gaat verdedigen en geen antibiotica voorschrijft. Dat je dan toch van collega, die de volgende dag van wacht is, moet horen: ik heb er toch 2 teruggezien van de dag tevoren. Dan zijn er wél antibiotica voorgeschreven. Dat ik dan de bedenking maak: ja, wie was nu de goeie huisarts? »« In feite wil je niet dat uw collega achteraf zegt dat het niet goed geweest is. Dan speel je wel zeker. »« Maar misschien wil die collega dat ook niet zeggen, maar diegene die 's zondags de patiënt terugziet, heeft het al veel moeilijker om te verdedigen dat hij nog niks gaat voorschrijven. »« Het tijdstip van confrontatie met uw patiënt is ook belangrijk. » (FG10)

« Je merkt wel dat in de wachtkring bij patiënten van leden van uw LOK-groep dat uw handelen ook weer is: je weet van elkaar wat hij doet, dus durf je zeggen: hier geef ik wel of geen antibiotica. De kennis van de collega, de huisarts van de collega speelt toch ook mee. Een paar collega's die nogal zot antibiotica gebruiken. » (FG10)

Les maîtres de stage ont aussi une influence sur les habitudes de prescription que vont prendre leurs assistants en médecine générale.

« In mijn opleiding ben ik echt gedruild dat je een slechte dokter bent als je heel veel voorschrijft. Toen ik dan bij mijn eerste stagemeester kwam, zei hij dat ik dat allemaal zo niet moest zien, maar dat ik naar de dagdagelijkse praktijk moest zien. Ik heb wel die druk gevoeld om niet te veel antibiotica te schrijven als dat niet echt nodig is. Terwijl ik toch zelf de neiging heb om iets losser te zijn in het voorschrijven, omdat ik 's nachts niet wakker wil worden met de idee dat ik beter antibiotica had voorgeschreven. » (FG8)

Certains évoquent que la pratique de groupe augmente cette interaction.

« Ik heb een tijd, 9 jaar, in een associatie gewerkt. Daar zag je dus ook wel dat, als je moeders met jonge kindjes zag, als je zei dat het een virale infectie was en dus geen antibiotica gaf, dat ze dan 2d. later naar uw collega gaan en hij schrijft dan toch antibiotica voor, hé. Op den duur is dat probleem. Vroeger schreef ik ook al niet echt voor, maar nu toch minder. Omdat de patiënten alleen maar bij mij komen. Er was toch zo'n beetje rivaliteit in de praktijk, als je dat zo mag noemen. »« Dat is niet altijd zo. Je kan ook als praktijk zelfde lijn volgen. In begin was dat bij ons ook zo. Ze gingen naar één bepaalde dokter en zeiden: ik kom naar u, want jij schrijft makkelijker antibiotica voor. En vice versa: jij schrijft niet zo snel antibiotica voor. Die punten kwamen zeer

regelmatig aan bod en dan is dat gewoon kwestie van consequent volhouden naar uw patiënt toe uw eigen gedrag bepalen. Maar dat is gedaan nu. » (FG10)

La concurrence entre médecins est parfois citée : si le patient n'est pas satisfait, on craint qu'il aille voir chez un confrère moins regardant. D'autant que quelques-uns expriment qu'ils savent qu'il y a des médecins généralistes qui prescrivent vraiment beaucoup d'antibiotiques. Toutefois, il est aussi évoqué que ce problème de concurrence soit différent d'un endroit à l'autre, notamment en fonction de la pléthore ou non de l'offre médicale.

« La peur de la concurrence : si je ne prescris pas il ira chez le voisin pour l'avoir. » (FG3)

« En campagne, on est plus en manque de médecins, donc on ne cherche pas à grappiller. [...] On a plus besoin les uns des autres – à Bruxelles c'était réel. » (FG3)

« Moi une fois, j'ai dit à une maman, bien m'en a pris, 'c'est une infection virale'. (...) Ben elle est allée chez le confrère à côté, et elle eu ses antibiotiques le lendemain. Résultat des courses cette famille là je ne la vois plus. Voilà. J'ai essayé d'être éthique, de me baser sur l'Evidence based medicine, la famille n'est plus chez moi. » (FG5)

« In begin werd ik uitgelachen als ik wat temporiseerde en geen antibiotica voorschreef. Dan kwam patiënt nadien bij collega terecht die zei: ha, snoepjes gekregen? En daar kreeg hij dan toch antibiotica. Zo verlies je, terwijl je nog maar net begonnen bent, al patiënten. Dat is niet leuk. » (FG8)

Enfin l'évaluation du médecin contrôleur envoyé par l'employeur en cas d'incapacité de travail joue un rôle également sur la prescription. Certains médecins pensent aussi qu'en cas d'incapacité de travail du patient, le médecin contrôleur évalue la gravité de la maladie au fait que des antibiotiques aient été prescrits.

« We hebben het nu over de eigen collega's, maar wat ook een probleem is, is de controle-arts. "Ah, gij pakt niks? Dan ben je niet ziek. Ga maar terug werken". En daar sta je dan. Als ik dan vind dat de patiënt echt ziek is, dan sta je daar tov. de mannen van Gecoli, en daartegen kun je niet discussiëren. » « Ik ga nu toch ook geen penicilline voorschrijven ter preventie van commentaar van Gecoli. » « Nee, maar bij twijfelgevallen is dat toch vervelend. » « En dan staan wij toch wel zwak in onze schoenen. Eigenlijk moet je dan uw guideline kunnen faxen. » (FG9)

Les spécialistes (hospitaliers)

Beaucoup de généralistes disent donner du crédit aux conseils qu'ils peuvent trouver auprès de spécialistes de leur réseau. Ils semblent faire appel à ces avis d'experts, ou les écouter lorsqu'ils ont l'occasion de les entendre, comme dans les formations continues. Certains généralistes semblent sélectionner les spécialistes qu'ils jugent dignes de confiance.

« Même parfois en début de traitement il y a des spécialistes qui vont dire « écoute, moi je ferais comme cela, j'attendrais ou fais ceci, » et donc qui ont aussi certaines... ce sont des spécialistes, on les connaît, ceux qui travaillent bien, généralement on continue à travailler avec, ceux qui ne sont pas corrects généralement on n'envoie plus les patients, je crois que c'est relativement clair. » (FG5)

« Ca vaut parfois la peine de dire « tiens j'ai un patient, voilà ce qu'il a comme problèmes, il a ça et ça, moi j'ai fait cela, mais il me semble que... » et on demande un avis. C'est comme cela qu'on progresse aussi. Il n'y a pas de honte à le faire. C'est une formation, tout cela. C'est une formation que de téléphoner à un confrère, qu'il soit spécialiste ou qu'il soit généraliste, et de lui demander un avis. » (FG5)

« C'est vrai que finalement je demanderai plus facilement l'avis d'un spécialiste que d'un collègue. (...) parce que pour quelqu'un de ma famille je ferais comme cela, et donc pour un patient je fais comme cela. Parce que je pense qu'il sera mieux traité en ayant cet avis là. Pas à tous les coups, mais... » (FG5)

« c'est vrai qu'on a chacun ses référents qui sont des personnes de confiance ». (FG1)

« Même si en hospitalier c'est pas la même chose qu'en extrahospitalier, on peut avoir des référents spécialistes de confiance avec qui on peut discuter, organiser des débats » [*exemple d'expérience de partages de savoirs en Maison de Repos*]. (FG1)

« Ma première référence ça reste les référents hospitaliers, en matière de prescription. » (FG1)

Certains généralistes ont aussi expliqué que les spécialistes induisent des prescriptions qui sont ensuite suivies par les généralistes.

« Par exemple, les médicaments qu'on donne dans le cancer de la prostate, l'urologue en donne une fois et nous on est bons pour renouveler les prescriptions toute l'année. Mais c'est dans notre profil et ce n'est pas dans le sien. » (FG1)

« Et il y a des gens qui envoient chez le gastro, et c'est le gastro qui systématiquement prescrit le traitement d'éradication de l'hélicobacter, et d'autres gastros réfèrent et c'est le généraliste qui prescrit. Ça fait des grosses différences de prescriptions. » (FGaf)

« Ce que je veux dire c'est l'impact de ce que tu reçois du haut vers le bas, si nous considérons la médecine de la deuxième ligne vers la première ligne, cet impact est bien plus important que ce qu'il y a en réalité. Alors que nous prescrivons 85%, eux ne prescrivent que 15%, et pourtant nous regardons, et nous sommes influencé par ces 15%. » [...] « Tu vas recevoir un rapport de spécialiste ou d'urgence disant qu'ils ont prescrit tel médicament. Tu t'interroges chaque fois pour dire « tiens pourquoi est-ce qu'il a prescrit tel médicament ? » ? La personne, tu la revois après, elle évolue plus ou moins bien, « j'ai eu tel médicament », tu vas represcrire le même. Tu ne vas pas te dire : « ils prescrivent du Tavanic pour une infection urinaire, je ne suis pas d'accord, moi je mets de la Furadantine, et tu vas changer ? non, tu vas represcrire le Tavanic. En général. Peut-être pas le Tavanic parce que c'est un mauvais exemple [rires]. [...] Est-ce que tu vas represcrire d'emblée si tu juges que ce que tu reçois n'est pas correct ? en âme et conscience est-ce que tu changes ou est-ce que tu donnes la deuxième boîte identique ? Tu donnes souvent la deuxième boîte identique. » (FGaf)

Parfois même, les traitements génériques mis en place par les généralistes sont modifiés : des traitements repassent en spécialité.

« Komt met origineel product terug van ziekenhuis ipv. generisch. » (FG6)

Les spécialistes (les pédiatres sont les plus cités), peuvent aussi être vécus comme des concurrents qui, en cas de message divergent, seront plus écoutés par les patients. Ils peuvent donc induire une image négative du généraliste en critiquant des décisions qu'il avait prises.

« Je me fais l'écho de certains de mes collègues qui sont assez réfractaires au changement de prescription parce que le jour où ils en prescriront pas d'antibiotiques, le patient va chez un spécialiste. » (FG3)

« Ce qui peut aider le mieux c'est d'avoir des spécialistes qui parlent de la même voix que les généralistes. Moi par exemple, je n'ai pas de problèmes parce que beaucoup d'infections chez les enfants, c'est viral et je temporise, mais si les parents trouvent que ça traîne et vont voir le pédiatre, moi j'ai la chance que le pédiatre du coin, il dit la même chose que moi. Mais je comprends que le médecin qui habite près d'un pédiatre qui 'mais non c'est dangereux, on risque une pyélonéphrite ou un rhumatisme articulaire', ben oui, ...Et là ce sera toujours le spécialiste qui sera entendu plus que le généraliste. » (FG3)

« On est dans une situation de concurrence, c'est sûr que la pratique en grande ville est certainement différente de celle... cela j'en suis convaincu, mais il faut avoir à l'esprit que c'est une réalité. Et donc cela n'est pas évident de dire en public qu'un des raisons qui va faire que je vais adopter telle attitude de prescription, telle attitude professionnelle, c'est parce que autour de moi, j'ai 5 hôpitaux universitaires, j'ai 15 hôpitaux publics de CPAS où les soins sont gratuits le week-end, et que donc je ne peux pas me permettre de faire n'importe quoi, et notamment pas commencer à argumenter 'je ne vais pas vous le prescrire pour telle ou telle raison'. Ou 'je vais avoir telle ou telle attitude', qui sera peut-être plus conforme à l'EBM, mais qui sera totalement contre-productive en termes économiques. Je crois qu'il ne faut pas rêver. [...] évidemment ces arguments-là sont des arguments qui sont tout sauf scientifiques. Justifier mon attitude de pratique parce que je suis concurrencé par des hôpitaux où le patient ne paie pas, où il a accès beaucoup plus rapidement que chez moi à tel ou tel type de soins, ce sont des arguments qu'on en va pas étaler sur la place publique. » (FGaf)

« Ik heb nooit zo gevoeld dat als ik geen antibiotica voorschrijf dat collega's dan zeggen dat ik snoepjes uitdeel. Ik ben natuurlijk wel jonger. Ik heb dat nooit zo aangevoeld: de druk van de collega's om voor te schrijven. Wel vraag ik me af hoe gefundeerd de richtlijnen zijn als men ze in de tweede lijn zelf niet toepast. » (FG8)

« Stel je schrijft geen antibiotica voor, want het is viraal. En dan gaan ze na 4 dagen naar de ons welbekende kinderarts hier en daar krijgen ze het wel. Dan is het wel door het flesje van de kinderarts dat het gebeterd is en de volgende keer gaan die weer naar daar. » « Ik ben dan toch altijd heel blij dat ze dan een allergie doen op dat flesje. Of dat er in het verslag staat: opname gedurende 1 week en bij diagnose: duidelijke virale infectie. Dat onderlijn ik dan toch wel zeer duidelijk en laat hen dat toch wel eens zien. » (FG9)

« Als de dokter in het ziekenhuis zegt dat de dokter antibiotica had moeten voorschrijven, dan gaan deze mensen het nooit meer pikken dat jij zelfs voor een gewoon kliereke geen antibiotica wil voorschrijven. » (FG9)

« De pediaters die heel heel veel schrijven en die dikwijls, als wij het weigeren, het een dag later toch schrijven en zeggen: waarom heeft die stommerik dat niet geschreven? Dus de conflicten tussen de klassen van artsen zitten daar mee in. » (FGAn)

« Je volgt het beleid op en de mensen komen dan op de spoedgevallen bij specialisten terecht die dan plots uitlatingen beginnen te doen van: in de tijd dat die antibiotica vlot geschreven werden, kwamen we dit soort complicaties niet tegen. Want dat is tegenwoordig met die huisartsen zo: en nu krijgen wij hier op de wacht verwikkelde sinusitis en wat nog allemaal. » (FGAn)

« Als je minder antibiotica voorschrijft, dan ga je vroeg of laat eens een pneumonie missen. Ze gaan dan naar de pneumoloog en daar krijgen ze het voorschrift. Dus je krijgt een negatieve propaganda, hoe dan ook. »« Dat is toch niet helemaal juist. Het is niet omdat je minder antibiotica gaat voorschrijven, dat je dan een pneumonie gaat missen. Dat heeft er niks mee te maken. »« Maar men percipieert het zo. »« Maar de diagnose van een pneumonie heeft niks te maken met het al dan niet voorschrijven van een antibiotica bij een infectie. » (FGAn)

Mais un autre médecin trouve qu'en expliquant bien au patient, il y a moyen de gagner sa confiance et passer outre l'avis du spécialiste.

«Je ne suis pas d'accord avec cela. Je pense encore que là la communication avec le patient est importante. Si vous avez prévenu le patient, si vous lui avez dit, ce que l'on peut dire à l'extérieur, 'on peut dire, ceci, ceci, par rapport à une enfant qui fait de la température, vous pouvez le croire, mais si on veut voir scientifiquement, il est prouvé que'. Progressivement, vous détruisez alors ce genre d'avis de spécialistes qui vont prescrire des choses inutiles. » (FG3)

3.3.3.3. Les firmes pharmaceutiques

Beaucoup de médecins expriment l'importance de la pression que les firmes pharmaceutiques exercent sur eux. Cette influence est principalement opérée par les visites des délégués médicaux, mais d'autres actions des firmes sont décrites aussi.

« Et alors on a la pression de firmes pharmaceutiques qui devient même à certains moments intolérable, hein. » (FG5)

« On a une pression qui n'est pas négligeable de la part des firmes. » (FG3)

« Oui c'est vrai qu'on peut se demander quel est le poids des firmes pharmaceutiques dans tout cela, qui fait que cela modifie des pratiques. » (FG2)

« Gaat dat het voorschrijfgedrag aanpassen? Ik weet het niet.... Ik denk het niet! Eerste week blijft dat hangen, daarna niet meer. Dan val je in oude gewoonte terug. Vergelijk het met een delegatie: dat zit in onze pen en dat werkt. » (FG6)

Les délégués

Les délégués médicaux ont été cités dans tous les focus groupes de médecins, quand il s'agit de parler de prescription.

Certains disent que les délégués ont l'avantage d'apporter de l'information intéressante, succincte mais suffisante, en peu de temps. Ils trouvent qu'on peut les écouter, mais en gardant un esprit critique quant à leur message.

« Ils mentent avec un aplomb terrible. – oui mais quand on met leur nez dedans, alors cela les embête. » (FG4)

« Il faut rester critique, je crois que c'est cela qui est important. » (FG4)

“Les firmes engagent des universitaires. Il y a moyen d'avoir des discussions intéressantes. Avec le temps on arrive à se faire une idée. On n'est pas obligé de croire tout ce qu'ils disent.” (FG1)

“ Il faut décoder les messages” (FG1)

« Je pense quand même qu'il y a certains délégués qui passent très vite, hein. On en voit peut-être pas mal mais il y en a certains, c'est entrer-sortir. Pendant ce temps là on chipote à autre chose. – Ils doivent voir leur quota par jour. » (FG2)

« We zijn niet alwetend. Daarom hebben we meer info nodig. Aan die informatie geraken we niet zo makkelijk. Nu komt dat van de delegaties. Ze liegen niet, maar spreken toch vanuit een bepaalde optiek. » (FG6)

« Delegees gaan ons gedacht niet beïnvloeden. Ze kunnen ons wel aanzetten om eens op de website te gaan kijken. » (FG6)

« Er zijn veel huisartsen die nog wel in de situatie zijn dat ze veel informatie krijgen van artsenvertegenwoordigers en daar zit dan eens iemand tussen die heel compact een aantal wetenschappelijke weetjes kan brengen, waar je anders 3 tijdschriften voor moet lezen, dat is toch wel handig. » (FG7)

Pour d'autres, l'information transmise par les délégués n'est pas fiable, elle est sélectionnée en fonction des impératifs de vente.

"l'information valable on ne l'aura jamais des délégués. Pour eux il n'y a qu'une chose qui compte c'est le produit qu'ils doivent booster" (FG1)

"Le fait qu'ils soient universitaires ne me semble pas une garantie" (FG1)

« on ne tire pas des conclusions de ce genre d'études parce que ce n'est pas suffisamment scientifique. L'information qu'on peut recevoir d'une firme pharmaceutique concernant son produit, on ne va quand même pas prendre ça comme référence. Ici c'est un peu le même truc, c'est l'état ou l'Inami qui nous dit des normes qu'on devrait suivre, mais en fonction de quoi ? » (FG1)

« Il faut un délégué scientifique et pas marketing. Avant ça existait, maintenant ça n'existe plus. On n'a plus que des marketing. » (FG2)

« Les délégués pharmaceutiques doivent vendre leur produit, il ne te parlent plus de qualité scientifique ». (FG1)

« Informatie van vertegenwoordigers is zeker niet objectief. » (FG6)

« Het moeten betrouwbare bronnen zijn. Dus een firma behoort niet tot een betrouwbare bron. » (FG7)

Quelques-uns évoquent l'effet réel de ces visiteurs sur la prescription de « certains médecins ». Certains trouvent qu'on risque toujours d'être influencés : leurs arguments sont trop forts pour qu'on puisse vraiment y résister.

« Il y a des médecins, et c'est malheureux à dire, chez qui le représentant ^{***} [nom d'un représentant] arrive et vont prescrire je ne sais pas combien à leurs patients suivants. Ça ne va pas, cela. Il faut être sceptique. » (FG4)

« On se rend compte que beaucoup de nos confrères, il voient passer le délégué, et automatiquement ils prescrivent ... » (FG4)

« [...] Ce qui compte c'est l'intérêt scientifique. » « Oui mais si on réagit tous comme cela ça ira. Le problème c'est que il y en a toujours certains qui disent oui et qui » (FG2)

[mod : le discours ambiant, c'est 'oui mais moi je les reçois mais je ne les écoute pas']
« Je ne pense pas. – Il y a toujours quelque chose qui reste quand même. » (FG3)

« Comment ça se fait qu'en Wallonie les quinolones ont démarré en trombe, et qu'en Flandre elles n'ont quasiment pas démarré ? Les délégués wallons étaient meilleurs. » (FG2)

« Quand on voit la prescription, on suit le passage des délégués à la trace. Ils vont voir les taux dans les pharmacies, ils vont voir les prescriptions. Ça a quand même un impact non négligeable. » (FG2)

« On les écoute quand même. » (FG2)

« Dit werkt toch wat als een tegengewicht voor de vertegenwoordigers die we aan de deur krijgen. Die hebben toch wel een enorme invloed op mij. Ik denk dat we dat toch niet kunnen ontkennen. Dat we hier toch iets mee hebben aan de andere kant. Zij pushen ons allemaal om allerlei medicatie voor te schrijven, vooral zo van die nieuwere klassen. Terwijl de oudere het nog even goed doen. En we hebben toch de neiging om mee te gaan op die trein. » (FG10)

« Waarom heb ik eigenlijk altijd die amoxi-clav gebruikt? En dan vraag je je af: ben ik dan zo'n slachtoffer geweest van de farma-industrie? Wetende of onwetende: je doet dat uit. » (FG10)

Lors des conversations, des médecins décrivent les méthodes de travail qu'ils ont pu identifier chez ces délégués : utilisation d'affirmations sur l'efficacité et les indications du traitement proposé, appel à la complicité, la sympathie, voire la compassion envers le délégué personnellement, par la prescription du produit demandé, propositions d'échantillons, tentative de culpabiliser ou d'accentuer la peur de mal faire si le médecin ne prescrit pas le produit proposé, répétition du message à l'envi (« brainwashing ») jusqu'à ce que le médecin l'ait retenu dans la plume. Certains constatent que les

délégués commencent aussi à utiliser des messages issus de l'EBM pour les convaincre. Un médecin ajoute qu'à son avis, les délégués pharmaceutiques connaissent très bien les profils de prescriptions des médecins qu'ils visitent.

« C'est vrai que d'un autre côté, ils sont toujours à nous dire, 'vous savez, monsieur on est les seuls à avoir prouvé cela', ils sont 50 à avoir tout prouvé... » (FG5)

« Il y a quand même des délégués qui ont des affirmations un peu spéciales par rapport à des indications... » (FG3)

« Non, maintenant ils ne disent plus cela, ils viennent 'qu'est-ce que vous prescrivez dans tel cas ?' – Et bien cela ne vous regarde pas ! » (FG5)

« 'Docteur, où voyez des cas où vous pourriez mettre mon médicament ? vous avez deux-trois cas ? où vous pourriez mettre ...pendant 2-3 semaines ?' typique [*rires*] 'Merci de votre accueil'. Ca c'est toujours à la fin. » (FG5)

« Vous mettrez bien 40 patients en un mois, hein. » (FG5)

« C'est vrai que dans le domaine des antihypertenseurs, parfois, le délégué a l'art de culpabiliser de ne pas prescrire : « ah vous ne prescrivez pas ça ? » je dis : ben non je n'en ai pas besoin. « oui mais tous vos patients, vous vous rendez compte, les accidents vasculaires, .. » (FG2)

« et pour quoi, un cadeau ? un échantillon de plus. » (FG5)

« Ils ont les statistiques mieux que nous. Ils ont nos profils mieux que nous. Ils peuvent voir sur la commune mieux que ce que nous on a. Je trouve que ça c'est honteux. Il y a quand même quelque part un système qui est pervers. » (FG2)

« Il y a en a qui disent « je suis profilé sur ce produit-là, et plus rien d'autre ». Ben c'est triste, mais on n'est pas là pour... Je comprends, pauvre malheureux. Mais si on doit donner à celui-là, on va défavoriser un autre en même temps. Donc on n'a pas de raison... Ce qui compte c'est l'intérêt scientifique. » (FG2)

« Bezoek van delegee: komt met Folia (ik dacht dat dit niet mocht). Delegee zegt dat Folia juist dit wel zegt: maak maar reclame met uw product met de Folia. Ik weet niet of dit mag... » « Dag mag niet: staat van voor in de Folia. » (FG6)

« Demotte spreekt over vertegenwoordigers vanuit het ministerie, naast de delegees. Dat is zottenwerk maar wel een nuttig iets. Dan wordt je niet enkel meer gebrainwasht door de firma's. Dan krijg je opleiding of informatie vanuit het RIZIV of de gezondheidssector. » (FG6)

« Als je kritischer of minder gaat voorschrijven, dan zal reactie van farmaceutische industrie zijn: beangstigen. Angst-marketing, vb. patiënt wordt niet oud genoeg. » (FG6)

« Delegee zegt: is goed voor uw profiel. » (FG6)

« Delegees spreken vanuit bepaalde optiek. » « Optiek ? Brainwashing noem ik dat ! » (FG6)

« Wat mij opvalt: van al die antibiotica die hier aangeprezen worden, wordt eigenlijk door de vertegenwoordigers met geen woord meer over gerept. Nitrofuranen, amoxi, bactrim: noem maar op. Het gaat alleen nog over amoxi-clav, avelox. En voor de rest hoor je over antibiotica niet praten. En je bent eigenlijk een idioot volgens die mannen als je dat niet gebruikt. » (FG9)

« Ja maar, zeker ook de farmaceutische industrie. Ik zie dus geen medische vertegenwoordigers meer uit gebrek aan tijd. In de periodes dat die quinolones op de markt kwamen, kwam er een tussenin met een boodschap van het labo. Dat is al zowat anders: die kan je niet zomaar aan de deur zetten. En die kwam daar met zo'n nieuw quinolone. Ik zeg: dat is toch bijna tweede en zelfs derde keuze, want we moeten toch opletten voor de resistentie. Maar, hij praatte mij gewoon onder tafel. En dan verwonder ik mij niet meer dat de collega's dat allemaal voorschrijven als ze ganse dagen niets anders horen. » « En ze praten u toch ook schuldgevoelens aan. Het moet toch, zo met die resistentie enzovoort. » (FG9)

« Ik denk dat die andere invloeden veel meer op u afkomen. Die aanbevelingen krijg je één keer in de bus, soms nog eens een tweede keer door de overheid. Je ziet die maar één keer. En dit ook. Het was zo van: ik zal dat wel een keer lezen. Tegen met de vertegenwoordigers: die staan daar gewoon en die zie je dus om de zoveel tijd. Die kunnen je veel meer beïnvloeden. » (FG10)

Un médecin a fait remarquer qu'il était possible de se soustraire à la pression de ces firmes. Un autre explique que dans son Glem, un confrère prescrit uniquement de l'amoxycilline, et que cela peut s'expliquer par le fait qu'il ne reçoit plus les délégués pharmaceutiques.

« Je dirais que c'est la seule pression que là je dirais qu'on a encore la possibilité de... – Là tu peux, oui voilà. » (FG5)

« Ik denk dat dat de reden is dat X aan 100% amoxi zit: zij ziet geen vertegenwoordigers meer. Ik denk dat wij dat onderschatten. Zij doen u twifelen, hé! Wat je goed weet, begin je toch in vraag te stellen: zou ik mij nu toch vergissen? En dan moet je sterk zijn en zeggen: nee, je vergist je niet, zij maken u iets wijs. » (FG9)

Les autres actions des firmes

Le sponsoring d'activités de loisirs est évoqué par quelques médecins : Un médecin a fait remarquer que les firmes, auparavant, pouvaient financer les activités de loisirs qui permettaient aux médecins de se retrouver dans des conditions de convivialité. Il trouve dommage que cela ne puisse plus se faire, à cause d'abus de certains. Dans un autre groupe, un médecin trouve que les firmes devraient pouvoir encore financer des activités de détente des médecins, mais pas les activités scientifiques. Ainsi, les Glems pourraient faire des réunions plus scientifiques indépendantes, et de temps en temps des activités de détente, plus festives, sponsorisées. Mais un autre médecin trouve que les médecins devraient pouvoir organiser ce type d'activité eux-mêmes.

« Malgré tout, ces petits WE qu'on pouvait avoir de temps en temps avec les firmes pharmaceutiques, je trouve qu'on a perdu énormément dans ce domaine là. On voyait vraiment qu'il y avait de l'abus. Donc un jour ou l'autre, on allait nous couper les ponts, et c'est ce qui s'est passé, on a eu des réglementations, terminé, plus rien, zéro. Donc on était parti de là-bas, on est retombés à zéro, moi je trouve qu'on a perdu un contact, une relation, entre confrères, épouses, conjointes, ça faisait des nœuds, ça faisait des groupes, et maintenant plus rien n'existe. – voilà – c'est l'abus qui a conduit à cela. – mais l'abus ce n'est pas les petits week-end, hein. » (FG4) *[NB ce médecin est favorable au feedback, trouve qu'il y eu des abus, que le prix est important].*

« Oui mais enfin si on est trop radins pour se payer un petit resto en groupes, ça c'est un peu dommage aussi. – c'est pas qu'on est radins c'est qu'il y en a qui ont du mal à nouer les deux bouts. – il ne faut quand même pas exagérer, on peut faire des petites fêtes qui ne coûtent pas très cher, pour nouer des liens entre confrères. Moi je ne suis pas d'accord avec cela. On n'est quand même pas en train de mendier... » (FG4)

« Geen firma's en geen specialisten in de LOK! Wij doen het zelf. Ik organiseer wel eens iets met de firma's, maar dat is dan op een andere dag dan de LOK. Zo bijvoorbeeld een nieuwjaarsreceptie, om de sfeer eens op een amicale manier op te wekken. Als je enkel theoretisch bijeenkomt, krijg je alleen maar agressie en ambetantigheid: het is altijd die zever! Het moet ook eens plezierig zijn in de groep. » (FGAn)

Quelques médecins évoquent le fait que la formation continue soit en partie financée et donc aussi influencée quant au contenu, par les firmes pharmaceutiques. D'autres évoquent le financement de certains professeurs lors de ces formations.

« Moi je trouve que c'est une vraie question parce que si on n'arrive pas à financer nous même notre formation continue, je pense qu'il y a des problèmes. Au CUMG de ***, moi je trouve qu'il y a un gros problème quand on discute du choix des sujets et qu'on dit 'si on prend ce sujet là on ne va pas avoir de sponsors'. Et ça c'est très très grave. – oui mais c'est parce que nous ne savons pas payer. C'est tout. Nos séminaires à l'étranger sont sponsorisés – c'est vrai que notre formation continue c'est les firmes qui la paient. – un congrès on ne peut pas l'organiser sans les sponsors. » (FG4)

« Er zijn toch goede professoren die dit snel kunnen brengen, ook op mijn niveau. Maar je moet wel gerust kunnen zijn dat het niet gesponsord is. » (FG8)

Un médecin trouve que même si les firmes sponsorisent certaines formations, le contenu se négocie, et la liberté des médecins est donc préservée, ce qui est moins vrai quand le financement vient de l'Inami.

« A l'Inami, nous serons sous la couverture de l'État et soumis à des dictats. Et moi je préfère avoir le sponsor encore des firmes pharmaceutiques pour organiser nos congrès ; Au moins on aura la liberté. » (FG4)

« Il y a des personnes qui disent qu'on n'a plus de libertés avec les firmes pharmaceutiques. Moi je ne suis pas d'accord mais je l'ai déjà entendu plusieurs fois. – C'est nous qui devons imposer les thèmes. » (FG4)

« On a parfois l'image de se soumettre aux volontés des firmes. Ce qui est tout à fait faux. Mais on joue un peu le marketing, par rapport à certains sujets. [...] A partir du moment où il y a un partenariat [...], il est évident que, bon, il y a des formations un peu plus difficiles, où si tu parles d'ORL, il faut quand même mettre un sujet, mais ce n'est pas l'entièreté du sujet. S'il faut choisir entre l'Inami ou les firmes, ben je crois que les firmes restent quand même plus ouvertes à la discussion que les fonctionnaires. » (FG4)

Un seul médecin a expliqué qu'il considère comme inhérent à la profession médicale, libérale et commerciale, d'avoir des cadeaux en fonction de la vente.

« Il faut comparer notre profession à une profession commerciale. Une profession commerciale, c'est dans la coutume, votre garagiste, s'il a vendu autant de voitures de je ne sais pas quelle marque, il sera invité à aller à Tahiti ou n'importe. C'est comme cela que ça va. Nos ministres c'est cela aussi. Mais quand ce sont les docteurs alors ça ne va pas. » (FG4)

Nous l'avons vu plus haut, les firmes financent aussi des campagnes médiatiques visant les patients, lesquels arrivent ensuite avec des demandes induites.

3.3.3.4. La maladie ou le traitement

La prescription du médecin va encore être influencée par des éléments liés aux maladies rencontrées ou au traitement lui-même.

L'augmentation des résistances aux antibiotiques

La prise de conscience d'une augmentation des résistances bactériennes aux antibiotiques est un facteur évoqué à plusieurs reprises comme ayant une incidence sur la prescription. Les médecins acceptent de mettre leur prescription d'antibiotiques en question pour cette raison.

« Mais je pense que les médecins acceptent surtout cela vu les dangers des résistances. » (FG4)

« Le mal du siècle qui vient c'est les infections multirésistantes. Il suffit de voir les MRSA qui prolifèrent partout partout. Qu'on attire notre attention sur les résistances aux antibiotiques, je trouve cela très important. » (FG1)

« Heureusement qu'il y a eu une réaction, parce que regardez le nombre de quinolones qui était prescrit, c'était invraisemblable. (*beaucoup acquiescent*) Donc c'est il y en avait quand même pas mal qui prescrivait cela pour des angines et pour n'importe quoi. Il était temps de réagir. » (FG2)

Dans un focus groupe, les médecins participants, mais surtout l'un entre eux a tout de même nié l'existence de résistances aux antibiotiques. Pour lui, les antibiotiques disponibles dans les hôpitaux sont encore suffisants pour soigner toutes les infections.

« Ik heb eerlijk gezegd nog nooit een patiënt gehad met een infectie-pathologie die men in het ziekenhuis niet kon behandelen. Voor elk antibiogram is er in het ziekenhuis nog wel een juist antibiotica waarop reactie komt. Ik heb nog nooit een multiresistente bacterie gehad die niet meer te behandelen was. Wat zijn eigenlijk de cijfers van multiresistentie? Hoe neemt dat toe? Hoe reëel is dat? Ik zie wel bacteriën die ik niet meer thuis kan behandelen, per os, maar als je dan ziet naar het antibiogram -ik heb de laatste tijd al de meest exotische collectie gehad-, dan ben ik toch altijd blij dat er in het ziekenhuis antibiotica zijn die gevoelig zijn, zelfs meerdere. » (FG8)

« Je kunt niet echt zeggen dat de geneeskunde en de behandeling van infecties slecht gaat. Je kunt eigenlijk zelfs zeggen dat de geneeskunde hier in België goed is, ook qua behandeling van infecties. Dus dat het antibiotica-voorschrijfgedrag dat zij hier weergeven, eigenlijk een weergave is van een gedrag dat al bij al niet zo slecht is. » (FG8)

Certains médecins généralistes trouvent que d'autres abus, réalisés en d'autres lieux, sont bien plus importants que ceux de la médecine générale, et peuvent aussi être responsables des résistances ou des coûts. Ils citent principalement les prescriptions hospitalières et vétérinaires. Un médecin envisage que ces idées peuvent freiner les médecins dans leur volonté de changer leurs prescriptions.

« La résistance, en effet, n'est pas uniquement la conséquence des prescriptions en médecine générale. » (FG2)

« Chaque individu est persuadé qu'il fait bien les choses, par rapport à lui-même. Quand on commence à comparer par rapport à d'autres, il se pose des questions. Mais son mécanisme de défense c'est « ok, mais moi je fais cela, mais à l'échelon au-dessus, l'hôpital on fait, cela, et les spécialistes, on fait cela » » (FGaf)

« C'est vrai qu'il y en a qui prescrivent beaucoup, mais ce n'est pas là qu'il y le plus d'abus. – l'abus est hospitalier. » (FG4)

« Et quand on parlait des sous on s'est bon ok, nous on fait ça, mais n'importe quel patient qui est hospitalisé à Erasme ou à St Luc, cela coûte des dizaines de fois plus. [...] il faut aussi voir la visibilité et la place que même nous comme prescripteurs à la base, on a une place relative dans

un contexte général, il faut le savoir aussi. Je trouve que on n'a quand même pas un pouvoir si énorme que cela, par rapport aux sous. » (FGaf)

« Lors d'une conférences sur les résistances aux antibiotiques à la SSMG, j'ai entendu que la résistance aux quinolones n'est pas dû à la prescription des médecins mais bien à la médecine vétérinaire: il y a une rapport direct entre le pourcentage d'utilisation pour la volaille et le pourcentage de résistance dans le pays. Donc est-ce que c'est nous par nos prescriptions ou les vétérinaires et les vendeurs d'antibiotiques pour le bétail qui font les résistances ? » (FG1)

« Moi je me demande aussi si c'est vraiment la médecine générale qui est responsable des antibiotiques. Quand on voit comment les vétérinaires soignent par antibiotiques la bonne viande qu'on mange, les doses qu'ils donnent, .. » (FG2)

« En ce qui concerne les antibiotiques on est les premiers prescripteurs. » (FGaf)

« 85% du volume des antibiotiques en Belgique est prescrit par des généralistes. » (FGaf)

« Wij zien ze dan nog. Maar in veevoederbedrijven wordt de antibiotica met de schup gegeven. Ze kunnen zich niet permitteren dat één kip ziek wordt, want dan kunnen ze het bedrijf opruimen. Antibiotica worden met tonnen gegeven. Ze moeten wel. Ze kijken niet naar: die kip wel, die kip niet. Het zijn gewoon alle kippen! Daar kweek je gewoon resistentie. » (FG8)

« Ik kwam zo ooit op huisbezoek, 's nachts, bij een boer voor zijn ziek kind. Ik schrijf een antibiotica voor. Hij pakt het voorschrift vast en zegt: ha, dat is een heel goed, dat geef ik ook aan mijn varkens. Dat is geen mop, dat is echt gebeurd. Als zij dan hetzelfde antibiotica aan hun dieren beginnen te geven als wij, dan vraag ik mij waar we mee bezig zijn. » (FG8)

« Resistente pneumonieën: ik heb daar niets mee te maken. Ik zie zelfs nauwelijks pneumonieën met de veralgemeende vaccinatie tegen pneumokokken. En dat het dikwijls een probleem van de ziekenhuizen is: daar waar de resistente bacteriën zijn. » (FG8)

Les types de pathologies ou de symptômes rencontrés

Plusieurs médecins expliquent que certains symptômes ou modes de présentation de la maladie vont déterminer leur décision de prescrire un antibiotique. Des exemples donnés sont la fièvre, une douleur importante, les caractéristiques cliniques d'une otite moyenne aiguë, etc.

« Une otite moyenne aiguë, allez je vais pousser très loin, une moyenne aiguë avec un liquide transtympanique et un tympan bombant, je crois que j'en mets. Mais alors une moyenne aiguë avec un tympan rouge, je crois que je ne mets pas. » (FG5)

« C'est la fièvre » [*deux médecins*] (FG5)

« Et un enfant abattu qui meurt de mal ... » (FG5)

« Il suffit d'avoir quelques infections démontrées à mycoplasme, une personne qui tousse depuis 10 jours, on se demande si ce n'est pas un mycoplasme, et sûrement que cela entraîne.. » (FGaf)

« Maar er staat toch niet in de guidelines dat je bij sinusitis geen antibiotica mag geven? » « Er staat wel in dat je weinig kans op succes hebt. » « Om heel kritisch te zijn. Ik was daar [op eerstelijns symposium] ook : het ging wel over een sinusitis die niet gepaard ging met hoge koorts, en ernstig algemeen ziek zijn. » « Ik zeg dat altijd tegen mijn patiënten: als je echt hoge koorts hebt, als het langer dan 3 weken duurt, of als je echt met uw kop tegen de muren loopt, dan wil ik u een antibiotica voorschrijven. » « En dan heb je mensen met zo'n hoge pijndrempel dat het fout loopt. Ik heb ooit patiënt met geperforeerde appendicitis gehad die vroeg of ze tot morgen mocht wachten om binnen te gaan. » « Je moet toch nog altijd boerenverstand gebruiken. » (FG9)

Un médecin signale que même si on rencontre beaucoup de pathologies différentes dans la pratique de médecine générale, d'après lui il y a tout à fait moyen de résoudre les problèmes rencontrés sans avoir recours à des quinolones.

« Moi je ne sais pas si je prescris une boîte de quinolones par an, et pourtant j'ai une patientèle large. Il y a quand même moyen de se débrouiller avec des antibiotiques simples. » (FG4)

L'incertitude diagnostique et la crainte des complications

Quelques médecins expliquent que la médecine générale dispose de peu de moyens de confirmer ou préciser un diagnostic avec certitude. La décision thérapeutique est alors parfois un pari. Des médecins expliquent qu'ils ont le choix face à cette incertitude diagnostique, entre ne pas prescrire et rester inquiets, ou prescrire et être tranquilisés.

« Parce que vous pouvez prescrire d'emblée une quinolone à quelqu'un chez qui vous suspectez une pneumonie à germe atypique, et où il ne faut quand même pas attendre 8 jours avant de lui donner, mais c'est un pari qu'on est parfois amené à faire. Il n'y a qu'après qu'on pourra dire que c'était une bonne idée ou pas une bonne idée. » (FG2)

« Le problème c'est si on avait des moyens d'évaluation corrects, (...) Quand on est devant un malade on n'a pas toujours des outils rapides pour savoir. Et alors il y a eu chez le malade, et chez nous aussi je pense en partie, le fait qu'en en prenant ça rassure. » (FG2)

« Het is ook erg arbeidsintensief om iemand te screenen of hij antibiotica nodig heeft of niet, of het veilig genoeg is om hem naar buiten te sturen zonder. Om een straf antibioticum voor te schrijven, heb je geen onderzoek nodig. Het onderzoek is dan gewoon een show rond het kind. Je weet immers al wat je gaat voorschrijven. » (FG8)

« Ik denk niet dat je alleen daar naar moet zien: je hebt het geheel. Je ziet de patiënt voor u en misschien is dat stom om te zeggen, maar: hoe ziek is hij? Dat kan je niet vertellen, maar er zijn veel meer indrukken die belangrijk zijn. Ik zeg niet dat ik die al allemaal onder de knie heb, maar ik weet dat ik in een aantal van de gevallen toch kan zien. En dat evolueert en dat leer je door de patiënt te kennen en door hem te onderzoeken. Je zit in de huisartsgeneeskunde altijd vast. Je kunt nooit zeggen, nu ben ik 100% zeker: deze gaat zeker niks verder doen, dat komt in orde. Dat kun je gewoon niet. Dat vond ik heel lastig in het begin, die onzekerheid. Wat gaat er nu verder van komen? Tja, daar moet je mee leren leven. Ofwel moet je zeggen: iedereen door de molen. » (FG8)

« Terwijl ik toch zelf de neiging heb om iets losser te zijn in het voorschrijven, omdat ik 's nachts niet wakker wil worden met de idee dat ik beter antibiotica had voorgeschreven. » (FG8)

Les complications possibles d'une pathologie non traitée par antibiotiques, sont souvent évoquées. Face à ces risques, les médecins ont tendance à avoir une attitude défensive : il vaut mieux traiter trop que rater quelque chose. Les médecins racontent leurs propres expériences de complications, ou celles qui leur ont été rapportées : par exemple, les risques de rhumatisme articulaire aigu suite aux angines non traitées par antibiothérapie, d'abcédation d'amygdalites, de pneumonies, ou de méningite.

« Oui mais dans les angines blanches ils disent qu'il ne faut pas traiter systématiquement. Ils ont fait cela en Hollande, on a vu une augmentation des RAA de façon monumentale. Or il faut bien savoir que si on a une complication d'infection comme cela, le coût par patient va être multiplié par 100 ou 200. Hospitalisation, antibiothérapie sur le long terme, plus toutes les complications qui peuvent être rénales, cardiaques etc, je ne sais pas si c'est toujours... » (FG5)

« Moi je veux quand même dire une chose c'est que en 35 ans maintenant de pratique, moi je n'ai quand même plus jamais vu un rhumatisme articulaire aigu, hors avant que je ne m'installe, on a vu, en commençant à s'installer, des conséquences de rhumatisme articulaire aigu. Je ne suis pas certain que dans 20 ans on n'en reverra pas. Parce que avec l'usage des antibiotiques, on ne voit plus de RAA, hein? - Ils nous ont fait croire que le sérotype avait changé. - Il n'y a que l'avenir qui nous le dira. - ou c'est qu'on l'a bien tué. » (FG2)

« d'un autre côté, moi j'ai déjà eu un cas, un patient de 85 ans qu'on n'avait pas soigné pour une amygdalite aiguë, ben il a fait un abcès, il a été très malade, et il a changé de médecin. Quelque part on a parfois été trop restrictifs, on a été trop impressionnés par ces guidelines, et je crois qu'il faut garder toute sa sagacité dans des cas comme ça. » (FG1)

« c'est vrai que il y a parfois des angines qui ne sont pas assez soignées, qui donnent des catastrophes, c'est vrai que parfois on en rate, on ne donne pas d'antibiotiques et puis on se rend compte qu'on aurait dû en donner parce que la situation s'est compliquée. » (FG1)

« J'en ai déjà eu à qui je ne prescrivais pas et que je voyais revenir avec une pneumonie. » (FG2)

« Voilà ce que j'ai entendu dire. Ou encore, j'ai eu un gosse qui a eu une méningite, et depuis lors je suis beaucoup plus réticent à suivre les recommandations. » (FGaf)

« Het enige dat nog niet gezegd is en waarmee ik nog in mijn achterhoofd zit, dat is dat we toch veel verwikkelingen voorkomen door toch antibiotica voor te schrijven. » (FG8)

« Er is nog niemand doodgegaan van antibiotica te krijgen, er zijn al wel doodgegaan van geen antibiotica te krijgen. » (FG8)

« Kind vrijdagavond gezien met unilaterale adenopathie en koorts. Verder niets. Niks, niks, niks. Als het maandag niet beter is, kom dan maar terug. In het weekend dan is kind opgenomen met retrotonsillair abces. De dokter had maar antibiotica moeten geven! » (FG9)

« Ik heb heel mijn stageperiode niks anders gehoord dan Augmentin. Ik merk hoe zwaar zoiets bij mij doorweegt. Het heeft echt een brandmerk gezet. Zelfs na dit te lezen ben ik nog altijd bang: oei, het is toch wel een ernstige infectie, ga ik er wel komen? » (FG10)

« Dan heb ik een tweede LOK-animatie gedaan. Ik wist niet waarom dat zo slecht ging. Dat was een Siberische discussie. En al de leden van die kolchoze zaten daar ja te knikken en dachten nee. Het heeft dan 2 maanden geduurd en toen wist ik hoe dat kwam: in de straat waar 3 van die collega's woonden, was er een miskende meningokokkenmeningitis geweest. » (FGAn)

« We moeten een verschrikkelijk groot verschil maken tussen 2 totaal verschillende zaken. Dat is het begrijpen, het inzien van de kernboodschappen, het aanvaarden van de logica ervan. En anderzijds het handelen. En de logica hiervan zit volgens mij in iets anders. Wat wil het beleid, wat de economie wil: dat is gestuurd door een logica waarbij men gaat zien naar: wat is waarschijnlijk, wat zijn de aanvaardbare risico's? Maar de problemen van de artsen komen daar niet van: die komen van incidenten. En incidenten zijn zeldzaam, ze zijn niet kosten-verantwoord. Maar die bepalen uw praktijk: die maken of breken uw praktijk. Dus als jij een kleine hebt met een peritonsillair abces, dan zul jij de komende 6 maand niet veel kleinmannen meer zien. Dat is het probleem. Gaat er een meningitis in de straat zijn, dan mag je nog 25 LOK's doen, dat gaat het gedrag niet veranderen, er gaat niet minder antibiotica voorgeschreven worden. Dus de incidenten bepalen de problemen van de artsen. » (FGAn)

Un médecin fait remarquer que l'incertitude diagnostique a un coût dans tous les cas : qu'elle fasse augmenter le nombre de prescriptions, ou d'exams, ou de consultations de suivi. Certains médecins considèrent que la prescription d'antibiotiques, en protégeant des complications, sera aussi bénéfique pour la sécurité sociale, car une hospitalisation ou une invalidité coûtent encore bien plus cher.

« C'est vrai que parfois on est confronté, [à des situations] où on sait que potentiellement on va devoir peut-être donner un antibiotique. Alors est-ce qu'il faut faire une examen complémentaire, est-ce qu'il faut faire un frottis de gorge ? est-ce qu'il faut commencer à faire des dépistages ? Si tous les médecins commencent à faire des frottis de gorge, on va avoir un ministre qui va venir 'vous faites trop d'exams complémentaires, arrêtez d'en faire'. » (FG5)

« J'ai lu un article justement aujourd'hui, et ils disaient que finalement prescrire des antibiotiques pour la grippe c'était pas idiot parce que ça raccourcissait le temps de maladie et les complications » (FG2) [NB article dans le Journal du Médecin]

« On nous reproche quand même de prescrire trop d'antibiotique, mais moi, j'ai l'intime conviction qu'on économise quand même des journées d'hospitalisation et il faut imaginer le coût que tout cela peut entraîner... » (FG2)

« Ik denk dat je ook moet kijken naar de middelen die je hebt. Er zijn genoeg pneumonieën -dat is een reëel percentage- dat -als je uw stethoscoop erop legt dat je niks hoort. Het krakt niet altijd. En je maakt er een foto van, en het is wel een pneumonie. [...] » « Als je bij iedereen een thorax gaat nemen om zeker te zijn: dat gaat ook veel geld kosten. » « Ook nog het feit dat je vandaag een negatieve Rx hebt en de patiënt heeft binnen 3 dagen toch een pneumonie. » « Ik denk dat weinig huisartsen een pneumonie missen. » « Pas op: als je te veel Rx-en doet, dan krijg je weer een lijst van uw radiologie! » « Je kunt ook nog altijd meer labo's doen. Ik trek al eens sneller bloed als ik twijfel. Dat kost ook geld. Het alternatief is toch een antibioticum te schrijven. » (FG8)

« Moest je dat nu echt toepassen zoals dat hier gezegd wordt, dan denk ik, dat er nog heel wat zware infecties zullen optreden met blijvende invaliditeit. Deze worden nu voorkomen door het op tijd voorschrijven van antibiotica. En daar ben ik 100% zeker van. Er zullen blijvende gevolgen komen van pneumonieën, pleuritis, meningitis, zware sinusitis. Daar twijfel ik geen moment aan. En de kosten zullen zoveel groter en hoger worden. » (FG8)

« Je doet dat dan volgens de richtlijnen en als de patiënt na enkele dagen terugkomt dat je toch iets anders moet voorschrijven, dan ben je ook niet economischer bezig. En met zo'n voorval ben je dan geneigd om zo'n aanbeveling in vraag te stellen. » (FG7)

Un médecin trouve qu'il n'y a pas plus de complications en prescrivant moins d'antibiotiques : le tout est de poser le bon diagnostic. Des médecins qui prescrivent beaucoup d'antibiotiques peuvent aussi voir survenir des complications chez leurs patients.

« Als je diagnoses kunt stellen en je volgt de guidelines, dan ga je geen problemen hebben. Het is die boodschap die overgebracht moet worden. We moeten afstappen van het gedacht: ik ga iets missen als ik dat niet voorschrijf. Dat is de klik, die dat je moet proberen te maken. » (FGAn)

« Het is niet omdat je minder antibiotica gaat voorschrijven, dat je dan een pneumonie gaat missen. Dat heeft er niks mee te maken. [...] De diagnose van een pneumonie heeft niks te maken met het al dan niet voorschrijven van een antibiotica bij een infectie. » (FGAn)

« Ik stoer me er toch aan dat dat vanuit een verkeerde redenering vertrekt. Mensen die altijd antibiotica voorschrijven, hebben ook complicaties voor. Het is niet omdat je geen antibiotica voorschrijft dat je dat voorhebt, ook diegenen die veel antibiotica voorschrijven, hebben dat voor. Het kan altijd naar een abces evolueren, zelfs al schrijf je antibiotica voor. Je hebt mastoiditis als je

antibiotica geeft. » [...]« Het gaat erom dat al het mogelijke geprobeerd is. Want dat gaat u verweten worden. Ik weet bijvoorbeeld dat dat geval van meningitis voor de rechtbank gekomen is. »« Maar dat is het missen van een diagnose: dat heeft niks te maken met al dan niet voorschrijven van antibiotica. »« Als je antibiotica start bij een meningitis, dan pas ga je ze missen. »« Het probleem ligt bij de diagnose, niet bij de antibiotica. »« Dat zijn mensen die drijven op emoties en die heel slecht ingelicht zijn. Men heeft schrik om te falen: dat zit niet in het profiel, dat is geen vangnet voor. Dat is het probleem. » (FGAn)

Pour un médecin, avec le temps, on réapprendra à identifier les personnes chez qui on peut prendre le risque de ne pas prescrire et les personnes chez qui il vaut mieux prescrire. Il s'agit de prendre ses responsabilités.

« on a vu quelques complications qu'on ne voyait plus parce qu'on a prescrit des antibiotiques à tout le monde. Maintenant on apprend à repérer plus ou moins les gens qui ont malgré tout besoin d'antibiotiques. On commence à prendre un peu ses responsabilités aussi. C'est vrai que c'est plus facile de donner un antibiotique à tout qui a un mal de gorge que de dire je n'en donne pas et puis de se rendre compte après ». (FGI)

Quelques médecins ont évoqué le fait que la prescription peut être induite par une méconnaissance de l'évolution naturelle de la maladie : ne pas savoir que la guérison survient la plupart du temps naturellement pour certaines pathologies. Le fait de savoir que pour certaines pathologies, on peut attendre sans prendre de gros risque, peut aider à ne pas prescrire.

« On ne sait pas toujours l'évolution naturelle de la maladie. On a reçu à un moment donné un papier sur la rhino sinusite. Ça a été éclairant, on a commencé à comprendre que la moitié des sinusites n'était pas d'origine bactérienne... » (FGI)

Par exemple, les macrolides, moi je ne prescris plus cela. Sauf pour les pneumonies atypiques. Mais ce n'est pas grand-chose. – et pourtant le message qu'on reçoit c'est qu'il y en a toujours un gros pourcentage, ça revient chaque année : qu'il y a beaucoup de pneumonies atypiques. – oui mais quelqu'un ne va jamais mourir si il n'est pas soigné directement par un macrolide. Donc on peut corriger cela. » (FG4)

« Als jonge huisarts heb ik tijdens de opleiding, en toch ook nadien, geleerd over het beeld van zelflimiterende aandoeningen. We zijn opgeleid om veel ziekten te behandelen en te genezen, maar ik denk dat heel veel ziekten zelflimiterend zijn, waar we eigenlijk niet bij moeten ingrijpen. Daar zien we toch heel veel zaken van op onze raadpleging. » (FG8)

Plusieurs médecins évoquent le fait que chacun peut avoir des domaines de prédilection, ou une prévalence plus grande de certaines pathologies ou de certains types de patients dans sa patientèle. Les médecins seront plus à l'aise dans la prise en charge de ces pathologies ou types de patients qu'ils connaissent bien, et oseront plus facilement ne pas prescrire d'antibiotique.

« Dans mon Glem, ce qui ressortait c'est que l'aisance qu'on avait dans une pathologie... Celui qui soigne plus de vieilles personnes avec BPCO était quand même plus à l'aise pour ne pas prescrire des antibiotiques chez les BPCO, mais si il avait peu d'enfants, il était plus craintif et il allait plus vite un antibiotique. Et à l'inverse ceux qui avaient beaucoup de jeunes étaient à l'aise pour ne pas prescrire chez les enfants, mais chez les vieux ça leur faisait peur et ils étaient plus rapides à prescrire un antibiotique. L'aisance dans laquelle on est par rapport à une pathologie joue aussi. » (FG2)

« Dan hebben we toch in ons cliënteel heel veel gonorroe. Een keer of 50 meer dan in de omgeving. Dus dan ook over SOA's en allerlei mogelijke zaken gesproken. En dan besloten: we hebben op een aantal zaken een echt afwijkend profiel » (FGAn)

Les effets néfastes des antibiotiques

Des médecins évoquent aussi les effets néfastes (effets secondaires ou allergies) de l'antibiothérapie, comme élément qui pousserait à ne pas en prescrire ou à choisir d'autres classes. Les antibiotiques cités pour leurs effets secondaires sont les quinolones, l'amoxycilline-clavulanate, les céphalosporines et le sulfamethoxazole+triméthoprime.

« Moi je prescrivais très peu de quinolones, en tout cas jamais en première intention, [...] parce que un de mes collègues avait raconté [...] qu'il avait un patient qui avait eu une quinolone en première intention, et la personne s'était fait une rupture de tendon, enfin le truc affreux. [...] quand on prescrit quelque chose qui est justifié, on est en paix avec sa conscience. Moi je verrais quelqu'un pour une pneumonie, pas exemple, je lui donne en première intention une quinolone, il se fait une rupture du tendon, je serai un peu mal à l'aise. » (FG4)

« Moi je lis encore le Stanford, un petit livre très bien fait, et souvent c'est assez d'accord avec cela. Mais par exemple, ils préconisent encore le Bactrim parce que ce n'est pas cher, mais j'ai eu un collègue qui a eu un syndrome de Lyell avec le Bactrim, et moi je ne donne jamais le Bactrim sauf aux gens qui en ont déjà pris. – si l'antibiogramme dit qu'il n'y a que cela. Sinon on ne l'emploie plus. – oui mais souvent ils disent encore que c'est bien. Et si on n'a pas de recul ou d'expérience on se dit qu'on peut y aller puisque c'est recommandé. Mais en fait c'est dangereux pour le patient. » (FG4)

« Moi je ne prescris plus d'Augmentin aux enfants. Depuis qu'on en avait donné à mon fils une année parce qu'il avait une infection respiratoire. [...] Il était KO après 2 jours alors que c'était un gamin qui mange et tout, on a fait une analyse sanguine, il avait vraiment tous les stigmates de l'hépatite, donc on arrête. Puis j'entends un ami qui avait un gamin aussi que j'avais soigné à l'Augmentin quelques semaines auparavant, et qui me dit, oui oui mon fils il a été un peu KO, il avait de la diarrhée il ne mangeait pas, mais on s'est dit que c'était le médicament, il n'a pas fait de prise de sang, et c'est passé aussi comme une lettre à la poste. Il a récupéré, aussi, mais depuis lors je ne donne plus d'Augmentin aux enfants. » (FG4)

« Il y a beaucoup de patients qui ne supportent pas les effets secondaires de l'amoxyclav. Finalement ils sont plus malades de leur gastroentérite que de leur mal de gorge! » (FG1)

« Wat antibiotica toch als onterechte hospitalisaties geeft: nierstoornissen, leverfalen. Wat dat kost die neveneffecten? Dat is toch een extra kost. »« Of langdurig ziek zijn. Bijvoorbeeld op een antibioticum een hepatitis: zij wil nu geen antibiotica meer. »« Of een kindje helemaal vervelt door Stevens-Johnson. »« Op Bactrim: collega schrijft dit nooit meer voor. »« Ceclor schrijf ik nooit meer voor, want ik heb ooit een half proces gehad met een Henoch-Schönlein. Dan moet die firma er zelfs bijkomen. Ik schrijf het alleszins nooit meer voor. » (FG9)

« Als je nieuwe medicatie hebt en je probeert die uit en de allereerste patiënt die je daarop zet reageert daar allergisch op, dan ben je ook niet geneigd dat opnieuw voor te schrijven. We zijn ook maar mensen hé. » (FG7)

Le conditionnement, le mode de prise du médicament

Enfin, le mode de présentation du médicament, et sa posologie, vont influencer les choix des médecins. Un médecin cite les quinolones comme faciles à expliquer et à prendre, parce que nécessitant une seule prise par jour. Un autre explique que même si on est convaincu par l'Evidence based medicine, on peut refuser de prescrire la Furadantine parce que le conditionnement contient 50 comprimés alors qu'un traitement en nécessite beaucoup moins : le risque d'automédication ultérieure est trop grand. Les médicaments recommandés sont parfois aussi trop peu disponibles sur le marché.

« Oui les quinolones c'est facile : un par jour. » (FG2)

« Il y a des problèmes. Regardez point de vue urinaire, on avait la Furadantine qui marche bien et qui n'a quasiment pas de résistances, et puis pouf plus de Furadantine sur le marché. On était bien embêtés. » (FG2)

« Un médecin qui disait « de la furadantine pour une infection urinaire moi je n'aime pas de prescrire ». Pourtant c'est quelqu'un qui a une pratique assez evidence based medicine, « parce que c'est des boîtes de 50 comprimés, donc il y a de l'automédication systématique en cas de récurrence, ou traitement incomplet, j'ai déjà eu tel et tel problème », et donc voilà. C'est une condition de conditionnement, bêtement. Il dit « moi je serais d'accord si le pharmacien délivrait le nombre de comprimés à prescrire. Mais des boîtes de 50 pour une cystite qu'on préconise de traiter 3 jours, je refuse de prescrire ». » (FGaf)

Le coût des traitements

Certains médecins expriment leur souci par rapport aux dépenses publiques induites par leur prescription. Certains évoquent le fait que les médecins ne connaissent pas assez le coût de ce qu'ils prescrivent. Ils disent vouloir préserver la sécurité sociale dans un contexte où les moyens ne sont pas illimités, avoir un rôle à jouer dans cette limitation des dépenses. Ils en tiennent compte dans leur pratique. Mais d'autres considèrent que ces questions ne sont pas les leurs, que leur priorité est la qualité de la pratique face à chaque patient.

« Il y a une réalité quand même c'est que si nous prescrivons n'importe quoi, les finances de l'Etat ne savent pas suivre non plus. Donc il est logique qu'on réfléchisse et qu'on ne prescrive pas n'importe quoi. » (FG3)

« Il faut voir le montant de ce qu'on prescrit chaque année, hein. Je sais pas si chacun de nous est conscient, mais probablement que nous prescrivons chacun plus de 3 fois le montants de nos revenus bruts par an... Les moyens ne sont pas élastiques. Moi je préfère peut-être prescrire de façon rationnelle et être payé un peu mieux. » (FG1)

« La médecine évolue, on est dans un système qui coûte de plus en plus cher et je crois qu'il n'y a rien à faire, on doit en tenir compte si on veut sauvegarder la sécurité sociale qui fonctionne quand même bien, et que d'autres pays nous envient. » (FG1)

« le prix ça ne dépend pas de nous, aussi. – ben si tu prescrit un amoxy-clav à la place d'une amoxy ca dépend de toi quand même. – oui mais si l'amoxy-clav était nettement moins chère, c'est pas pour cela qu'il faut la prescrire. C'est quand l'indication se pose qu'il faut donner. » (FG2)

« Tandis que les antibiotiques quand on mettait la fréquence de prescription avec le montant total, les différences d'individu à individu étaient énormes. Et là quand même le message, nous médecins nous utilisons l'argent de la communauté, je crois quand même que en dehors de toute discussion sur générique ou pas générique, je crois qu'on peut mettre une pénicilline, on peut mettre une amoxy sans nécessairement aller mettre des quinolones dernière génération ou des choses comme cela. » (FGaf)

« On est obligés d'en tenir compte, à l'heure actuelle, quand même. » (FGaf)

« La question c'est de savoir est-ce que le médicament, en l'occurrence l'antibiotique ici, est prescrit à bon escient ou non. Je crois que c'est ça la seule et unique question qu'on doit se poser. Et qu'il coûte cher ou qu'il ne coûte pas cher. » (FG2)

3.3.3.5. Les recommandations de bonne pratique et l'EBM

Les discussions concernant les messages de recommandation du document de feedback, ont spontanément conduit à des considérations sur l'Evidence Based Medicine en général.

Les attitudes face à l'EBM

On retrouve face aux recommandations de bonne pratique ou guidelines, des attitudes similaires à celles rencontrées face au feedback. Ainsi, certains citent l'Evidence based médecine comme un élément qui entre en ligne de compte dans les décisions des médecins, et reconnaissent son importance pour soutenir une pratique de qualité.

[*par opposition à l'avis du spécialiste*] « Moi je trouve que c'est intéressant d'avoir quand même des résultats d'études sur des plus larges populations représentatives du milieu dans lequel on vit, et qui permettent justement d'exclure tout ce qui est pratiques locales, petites habitudes de l'un ou l'autre... »(FG5)

« C'est pas mal, les informations qu'on tire de là, pour combattre la peur de mal faire. La peur de mal faire, on l'aura moins si on examine les gens, si on lit des revues comme prescrire, ou les folia, où on se dit que cela repose sur quelque chose. Ça a une crédibilité plus grande que les firmes qui doivent vendre leurs médicaments. »(FG4)

« Mais c'est vrai qu'en général on essaie quand même de suivre les recommandations de manière générale. Avec quelques exceptions. » (FG2)

« Je pense que la plupart sont influencés par les règles de bonne pratique. Je pense que c'est le moteur essentiel de la plupart d'entre nous ici. » (FG2)

Quelques autres sont a priori méfiants voire opposés aux recommandations de bonne pratique. Un seul médecin a exprimé un rejet de principe vis-à-vis des Recommandations de bonne pratique en général, parce qu'il avait trouvé le contenu de l'une d'elles inacceptable.

“Je ne suis pas d'accord avec des références EBM, moi. (...) Depuis qu'on reçoit les RBP, je les lisais au début, et depuis qu'on a eu celle sur les otalgies et non, c'était trop là. On ne met d'antibiotiques dans rien du tout, on attend presque dix jours, que l'enfant ait plus que 39 de fièvre,... Depuis cela, moi, ...” (FG5)

Beaucoup sont partagés, et expriment un accord avec le principe de l'utilisation de l'EBM ou de guidelines, mais à certaines conditions. Nous avons aussi pu percevoir chez une partie des médecins interrogés un manque de connaissances quant à la façon dont des recommandations de bonne pratique sont réalisées, tant pour les guidelines d'Evidence Based Medicine en général que pour les messages du feedback en particulier.

Les conditions à l'utilisation de l'EBM

Les recommandations doivent être rédigées dans un souci de qualité de la pratique et pas uniquement dans un souci économique.

« A condition qu'on les fasse dans un esprit de recommandations vraiment de bonne pratique, et pas de recommandations de bonne économie. Là les intérêts sont tout-à-fait différents. » (FG2)

« Onlangs, ik weet niet of het juist is, kreeg ik bezoek van een vertegenwoordiger van antihypertensiva die zei dat we nu nieuwe studies hebben. Daaruit blijkt dat de effecten in primaire preventie op CVA's als je start met ACE-inhibitoren en calcium-antagonisten versus betablokkers plus diuretica, dat dat significant verschilt. En dan krijgen wij als richtlijn dat je moet starten met een diureticum en een betablokker. Dan denk ik: draait het hier dan enkel om geld? » (FG8)

Les recommandations de bonne pratique ou guidelines doivent garder un statut consultatif, être une information pour aider à la décision, mais ne peuvent pas devenir des obligations : Les médecins attachent de l'importance à la différence entre les avis qui résultent d'études, et les spécificités rencontrées au cas par cas en pratique, qui doivent permettre une latitude d'initiative. Les médecins considèrent que les décisions peuvent varier au cas par cas, en fonction des caractéristiques des patients, de leur santé et de leur contexte de vie. Ils trouvent que l'expérience professionnelle et la connaissance de chaque patient doivent rester des éléments importants à prendre en compte dans la décision thérapeutique. Les guidelines ne peuvent donc pas tout dire.

« De toute façon l'art médical fait que devant une situation plusieurs médecins réagiront de façon différente. — heureusement. — les guidelines ou les recommandations de bonne pratique nous donnent les grandes lignes mais on doit quand même prendre nous même nos décisions. » (FG2)

« Moi je pense que ce qui est important c'est se faire son opinion personnelle, en fonction à la fois des informations qu'on reçoit et de sa pratique et des résultats qu'on obtient. Je pense que cela c'est l'essentiel. » (FG4)

« Ca dépend de la pathologie. Il faut tenir compte du terrain. Les bonnes recommandations de pratique, c'est une voie à suivre. Mais il y a des écarts. Il y a un flou. Qui doit rester parce que les traitements doivent être adaptés à la personne. » (FG4)

« La RBP c'est une information qui se veut objective et le résultat de beaucoup d'observations de la littérature et autres expériences, mais enfin, qui est précieuse, mais peut-être que sur le terrain tu vas agir parfois différemment. Autrement alors on arrive à la règle des normes opposables : si tu ne fais pas cela, crac. » (FG4)

« Moi je trouve cela intéressant d'avoir de l'EBM pour avoir un peu de références. Mais je me dis toujours que ce sont des références et que il n'y a pas d'obligation. Je trouve cela intéressant quand même. » (FG5)

« Parce que c'est que la médecine, on ne peut pas dire, on a tous des patients différents, et qui vont réagir différemment à tout cela, et donc c'est vrai que on peut faire des traitements qui sont des canevas mais on doit parfois adapter un traitement à la personne. » (FG5)

« il faut avoir à l'idée que les grandes idées de l'EBM restent. Mais en faire un cheval de bataille et une obligation, là non, je crois que tout le monde était d'accord pour dire 'jamais'. » (FGaf)

« Je crois qu'il faut qu'on se batte pour que les recommandations ne deviennent pas des obligations. — Voilà — Ca doit rester des références, mais il ne faut pas que ce soit attaquant — Il ne faut pas que cela devienne 'c'est comme cela que vous devez faire' » (FG5)

« Mais c'est cela la difficulté de la médecine c'est qu'on ne sait pas catégoriser les patients, les mettre tous dans le même schéma. (6) — Il n'y a pas une otite moyenne aiguë, il y a des patients qui ont une OMA. (5) — Voilà, qui le sentent. » (FG5)

« Qu'on nous convainque par des arguments scientifiques d'EBM, mais en nous laissant la possibilité de s'écarter de cette EBM. Sinon on n'a plus besoin de nous, s'il s'agit seulement de faire ce qu'on nous dit d'en haut. Il y a des tas de situations particulières où on va s'écarter, parce qu'on sait très bien que ça ne va pas marcher pour telle personne. Il faut laisser la place à notre expérience. Nous connaissons nos patients. » (FG1)

« Je kan patiënt nooit in protocol stoppen. Patiënt komt niet terug als hij zich beter voelt, zelfs al is hij niet beter. Hij komt dan pas terug als hij in een verder stadium zit. De categorieën van de patiënten waarop het protocol van toepassing is, zijn nogal ruim omschreven. Wij werken met individuen. Is iemand gezond? Gezond leeft? Rookt? Longaanastig? Vatbaar voor infecties? Zich verzorgt of verwaarloost hij ziek is? Of hij blijft werken of in de zetel gaat liggen om te rusten als hij ziek? Daar houdt zo'n protocol geen rekening mee, en een arts wel. Of hij al dan niet snel contact opneemt als zijn toestand verslechtert. Ik heb patiënten met COPD die ik 1x/maand zie, ik heb er ook die ik 1x/jaar zie, op het moment dat het echt niet meer gaat. Hier houdt de

protocolaire geneeskunde geen rekening mee. In de praktijk is zo'n richtlijn niet werkbaar. » (FG8)

Pour quelques médecins, l'application stricte des recommandations actuelles dans certaines maladies serait déjà trop contraignante ou inacceptable pour les patients eux-mêmes.

« Il suffit de faire chez un diabétique tout ce qu'on doit ou devrait faire, et vous perdrez votre diabétique, il ira voir ailleurs. Il va nous dire, 'eh oh ras le bol, hein'. » (FG5)

« Nous dans le premier feedback, on voyait bien que nos patients ne recevaient pas d'antibiotique chez nous, mais pour les antibiotiques qu'ils recevaient ailleurs, ils étaient dans la moyenne. On a un peu changé de tactique depuis, puisqu'on s'est dit : quand on suit trop les recommandations, c'est rigide : si on les suit vraiment, on prescrit très peu d'antibiotiques, il y a peu d'indications. On est devenu plus souples. » (FG2)

« Ik probeer het toe te passen wanneer ik denk dat het aanvaard zal worden. Maar als ik denk dat de patiënt het niet gaat aanvaarden, dan doe ik het niet. Dat wil dus zeggen dat de feedback aangekomen is, maar waarschijnlijk patiënt per patiënt beleefd wordt als een algemeen iets waardat je in een individuele situatie niet altijd iets mee kan doen. » (FGAn)

Certains médecins semblent bien maîtriser les principes qui sous-tendent l'utilisation de l'EBM, être conscients que les recommandations basées sur les preuves servent d'appui et ne sont pas des obligations.

« De nouveau, les recommandations, on nous a dit souvent, je ne sais plus comment on appelle ces 3 ronds, là, mais l'Evidence based medicine c'est vraiment, c'est un des éléments importants à la prise de décision du médecin, et il y a des autres choses qui jouent. Et c'est aussi intéressant d'entendre ces autres choses. (...) Donc c'est intéressant aussi d'avoir tous ces autres avis, cela permet de réfléchir à tout ce qui amène à la prise de décision médicale et qui n'est pas 'evidence based medicine' ou recommandations ». (FGaf)

« L'EBM c'est pas des lois non plus. C'est des propositions. Moi je parle beaucoup dans les Glems des niveaux de preuve aussi, pour un peu relativiser les messages [...]. Le diagramme de Heinz, avec les trois ensembles, celui-là est très bien, parce que cela permet vraiment de replacer l'EBM par rapport au patient et à sa propre expertise. Son passé son vécu, son travail et ainsi de suite, c'est vraiment en mettant les 3 ensemble qu'on a une bonne expertise clinique. L'EBM cela ne fait force de loi, ce n'est pas la loi. » (FGaf)

« C'est quoi ce diagramme ? – C'est trois anneaux, et au centre il y a l'activité clinique qui dépend de 3 paramètres : l'evidence based medicine, le médecin et le patient. » (FGaf)

Mais d'autres pensent que le risque est grand que ces recommandations acquièrent un caractère contraignant. Ce sont presque toujours ces mêmes médecins qui ont considéré le feedback comme un outil à risque de le devenir un outil de contrôle.

« Mais l'EBM ça aussi cela systématise beaucoup tout. Ça veut dire que si tu n'as pas mis, je n'ai pas d'exemple qui me vient en tête comme ça, mais dans les EBM t'as 1,2,3 points à respecter pour telle pathologie, et tu sais que si on extrapole vraiment très loin, si tu donnes deux points sur 3 et que ça tourne mal, on peut venir te dire après 'eh là mon ami, 1,2,3, où est le numéro 3 ?' EBM, moi je ne suis pas trop trop EBM. » (FG5)

[le même médecin] : « Que ce soit 'gardez bien conscience que'. On va dire c'est une recommandation mais pas une obligation. C'est de dire voilà, on pense que en faisant comme cela, on n'est pas dans le faux et ça devrait bien se passer. A adapter. » (FG5)

« Les bonnes pratiques, ça me semble intéressant d'en avoir parce que c'est vrai qu'il nous faut des guides, mais j'ai tellement peur que quand on systématise tellement, ben tu ne puisses plus y échapper finalement. » (FG5)

Les recommandations doivent être plus facilement accessibles en peu de temps, et être simples à comprendre et utiliser. En effet, d'après certains médecins, un médecin surchargé de travail trouve difficilement l'information dont il a besoin au moment où il en a besoin. Il y a un manque d'outils d'utilisation facile. Les recommandations sont aussi considérées comme complexes, il est difficile d'en tirer l'information pratique utile.

« Mais pour avoir un bon esprit critique, il faut aussi connaître les guidelines, les recommandations. Je crois qu'il y en a peu qui ont accès, qui ont la possibilité de trouver les recommandations (...) Mais c'est vrai que pour un médecin qui est surchargé, il faut que ce soit rapidement accessible ; si tu dois commencer à chercher ton guideline, ... » (FG3)

« Il y a tout le problème de la disponibilité de l'information par rapport au temps dont on dispose. Lors d'une après-midi scientifique sur l'Evidence-based medicine, on avait demandé à *** [un

intervenant] de venir parler de « adresses internet pour médecin généraliste pressé ». Il avait dit qu'il ne faut pas être pressé pour consulter des recommandations. (...) Cela rend déjà pour toute une frange de la population médicale l'information inaccessible puisqu'on ne peut pas être pressés pour rechercher cette information. A partir du moment où on doit commencer à interroger le moteur de recherche, à éplucher à chercher ce qu'on veut, à cadrer ce qu'on veut etc, cela devient une marche à suivre qui est lourde. » (FG3)

« Pour les antibiotiques, on est encore bien servis, il y a l'antibioguide, il y a quand même des outils faciles. C'est vrai que pour d'autres choses, parfois même en consultation, on a besoin de pouvoir regarder vite. » (FG3)

« Il faut aussi avoir des bons sites . » (FG3)

« Nos RBP à la SSMG sont actuellement trop complexes. Il faut vraiment avoir une volonté pour les ouvrir. Elles sont bien faites mais elles sont trop complexes » (FG3)

« Als je drukke praktijk hebt, dan heb je geen tijd meer om kennis op te doen. Ik voel me toch altijd veiliger met meer kennis, maar dit is wel arbeidsintensief. Het is allemaal niet zo simpel: dan moet je veel boeken lezen. » (FG8)

Les recommandations doivent être adaptées au contexte la pratique de médecine générale (qui est bien différente de la pratique hospitalière), et aux caractéristiques et difficultés particulières des populations prises en charge, comme par exemple les populations défavorisées. Certains médecins font remarquer que souvent les études sur lesquelles se base l'évidence sont réalisées sur des groupes de patients sélectionnés, et ne peuvent pas toujours être extrapolées à la population générale rencontrée dans la pratique. De même un médecin faisait remarquer que des recommandations réalisées dans un pays et un contexte particulier, ne sont pas toujours applicables dans un autre.

« On ne peut pas appliquer des recommandations dans un pays comme la Belgique comme on va les appliquer dans un pays d'Afrique ou un truc comme cela. Donc je crois qu'il faut uniformiser cela. Est-ce qu'on ne peut pas aussi avoir des consensus européens, ou plus Benelux ou des choses comme cela. Parce que c'est bien beau, on vient nous sortir un truc des Etats-Unis, et maintenant ça vient des Etats-Unis donc forcément, c'est un label. (...) Je crois qu'il faut peut-être essayer d'opter plus européen et de voir un peu plus chez nous et d'adapter » (FG5)

« L'EBM est souvent construite sur des expériences hospitalières, pas sur la médecine générale » (FG1)

« Ces recommandations sont faites sur des études où des patients sont fort sélectionnés, et c'est parfois difficile d'appliquer sur des populations bien déterminées. Surtout dans des quartiers défavorisés, où c'est quand même compliqué. Je ne sais pas revenir voir les patients tous les 2 jours pour voir si leur otite évolue convenablement et s'il faudra quand même finalement mettre un antibiotique ou pas, c'est quand même compliqué. » (FG2)

« Ik vrees dat het [de feedback] opgesteld is door mensen die niet weten wat ze zeggen. Die een studie doen en ze zien 100 mensen met een verkoudheid waarvan er volgens mij 10 mensen naar de dokter zullen komen en zij gaan op die 100 zeggen dat niemand dat nodig heeft. Maar ik denk dat wij juist die 10 zien. Ik zie in mijn praktijk niemand met een verkoudheid van 1 dag. Ik zie dat bijna nooit. Ze komen altijd als ze al 4, 5 dagen ziek zijn en wat moet je dan zeggen? Ik denk dat die dingen zo opgemaakt zijn, want ik begrijp niet wat men hier zegt. » (FG8)

Les recommandations doivent prendre en compte les différents aspects de la prise en charge d'une pathologie, de façon plus globale : un médecin a fait remarquer qu'il avait trouvé la nouvelle recommandation sur l'hypercholestérolémie très intéressante parce qu'elle prenait en considération les différents facteurs de risque cardiovasculaires.

« Les fameuses recommandations qui je crois sont très intelligentes pour une fois, au niveau de l'hypercholestérolémie. Je trouve que les nouveaux critères sont géniaux. Pour une fois on a vraiment l'impression qu'on a inclus un tas de critères et que quelque part on ne se base plus sur un bête chiffre, c'est plus ou c'est moins. Pour une fois je trouve que ça a été super bien fait. » (FG5)

L'application des recommandations ne peut pas faire courir de risques au patient ou au médecin lui-même : un médecin explique que pour lui, les guidelines induisent parfois des risques de complications, qu'il refuse de faire courir à son patient. Quelques médecins ont aussi évoqué les risques juridiques au fait de pratiquer en respectant les recommandations.

« Mais par exemple, ils préconisent encore le Bactrim parce que ce n'est pas cher, mais j'ai eu un collègue qui a eu un syndrome de Lyell avec le Bactrim, et moi je ne donne jamais le Bactrim sauf aux gens qui en ont déjà pris. (...) Mais souvent ils disent encore que c'est bien. Et si on n'a pas

de recul ou d'expérience on se dit qu'on peut y aller puisque c'est recommandé. Mais en fait c'est dangereux pour le patient. »(FG4)

« Hoeverre zou de patiënt de overheid verantwoordelijk kunnen stellen als blijkt dat hij schade heeft geleden door het voorschrijven of het instellen van richtlijnen? » (FG8)

Autres barrières à l'utilisation de l'EBM

Outre les conditions citées ci-dessus, certains facteurs freinent l'application de recommandations EBM dans la pratique médicale.

L'évolution constante des recommandations de prise en charge dans le temps est évoquée par certains médecins comme une difficulté, et parfois un facteur de mise en doute du bien fondé de ce qui est recommandé : ce qu'ils ont appris auparavant n'est plus juste aujourd'hui, et ce qui était considéré comme faux auparavant peut être devenu vrai aujourd'hui.

« C'était quand même un sujet de discussion à ce moment là. Nous on avait les amoxy, puis quand on a vu arriver l'Augmentin, on nous a présenté cela comme l'antibiotique miracle, qui solutionnait tout, on était contents de prescrire mieux. Tout cela c'était mieux, chaque fois du mieux, et quand les délégués venaient nous en parler c'était du mieux. Donc chaque fois on avait toujours envie de prescrire « mieux ». – les experts le disaient aussi à cette époque. » (FG4)

« A l'époque c'était une faute de ne pas traiter directement une otite ; parce que cela allait se compliquer. Ce n'est pas le message qu'on donne maintenant. » (FG4)

« Je crois qu'on ne peut pas déduire d'un feedback que quelqu'un prescrit trop. C'est peut-être les autres qui ne prescrivent pas assez. Moi j'ai travaillé un moment sur le cholestérol, en ce temps là, dans les profils qu'on recevait à ce moment là, en statines j'étais beaucoup plus haut placé que la majorité des généralistes de mon coin, et nettement moins en fibrates, et bien actuellement on pousse la statine et plus les fibrates. Donc, en quelque sorte j'étais en avance sur mes confrères » (FG3)

« On a plus de 20 ans de pratique, donc on a bien vu que la Persantine, cela a servi à tout » (FGaf)

La contradiction entre recommandations et discours d'experts spécialistes : beaucoup de médecins citent les spécialistes comme source importante d'information, et sont influencés par le discours ou les pratiques de ceux qu'ils reconnaissent comme experts. Cela pose problème lorsque, souvent, ces spécialistes ne transmettent pas les messages concordants par rapport aux recommandations de bonne pratique ou ne prescrivent pas dans ce sens. Face à cela, certains généralistes vont continuer à écouter une personne qu'ils reconnaissent pour ses compétences.

« Par exemple, à *** [cite un hôpital universitaire] on ne prescrira jamais une furadantine pour une infection urinaire chez une personne âgée, à cause des effets secondaire que cela entraînait. Jamais. Or ici c'est le premier choix. Donc nous ne sommes pas d'accord. » (FG4)

« Nos référents, consultants spécialistes de qualité nous donnent d'autres types de prescription, d'autres guideline » (FG1)

« Le Glem suivant [le feedback] c'était les bonnes pratiques dans l'ORL. (...) Cela nous a fait rebondir dans les bonnes pratiques ORL. - Avec un spécialiste ORL. Et lui disait systématiquement que il faut mettre un antibiotique. » (FG5)

D'autres vont considérer que les recommandations, éditées pour être adaptées à la pratique de médecine générale, et basées sur de nombreuses études, ont plus de valeur que l'avis d'experts.

« Je crois que la parole d'un ténor a plus de poids qu'une méta-analyse. – Et un ténor qui n'a peut-être pas de références très solide non plus. Tout simplement parce qu'il est connu et reconnu dans la région. Parfois ils peuvent dire des âneries. Et c'est dommage. »(FG3)

« MAIS est-ce que les guidelines des spécialistes valent pour la médecine générale ? » « Est-ce que les spécialistes se basent sur des guidelines ? » (FG1)

« Je pense qu'on doit éviter d'avoir trop dans les glems la présence d'une université, de profs d'unif. Parce qu'ils ont une toute autre vue que nous »

« L'avis d'expert c'est niveau C en EBM »

Plusieurs médecins (déjà versés dans l'evidence based medicine) identifient le fait que les spécialistes ne prescrivent pas toujours selon des recommandations EBM.

« Dans mon expérience, je suis quand même étonnée aussi, parce que, soit aux formations continues soit en lisant des documents, moi par exemple je lis Prescrire, si vous voyez la place du

Ketek (plusieurs : moi je n'ai jamais prescrit le Ketek), et je vois des patients qui reviennent de chez le pneumologue avec des prescriptions de Ketek en masse. 'Docteur on m'a donnée cela et justement cela a été très bien'. C'est très très gênant parce que... » (FG4)

« Il y a des confrères de services de garde qui ne respectent pas beaucoup les guidelines. Exemple le nombre d'angines qui ressortent toujours avec de l'amoxyclav ! » (FG1)

« À l'hôpital, pour la moindre infection, les patients ont 4 gr d'amoxyclav. Si on va voir des patients hospitalisés, ils n'ont que ça. » (FG1)

« Je suis étonné aussi du nombre de patients qui dérivent vers l'hôpital et qui sortent fièrement avec leur boîte d'antibiotiques. » (FG2)

« Quand on voit là ce qui est prescrit, on se dit Nom d'un pétard, ce n'est pas nous qui devrions nous réunir, c'est les responsables et les soi-disant BMA qui devraient aller suivre une formation. Quand on voit les aberrations sans vouloir juger qui que ce soit de prescription en médecine d'urgence, alors là... » (FGaf)

De plus, certains médecins contestent le fait que des spécialistes hospitaliers puissent être de bon conseil pour la médecine générale : ils ne voient pas les mêmes types de patients, leurs guidelines ne sont pas les mêmes.

« Les hospitaliers ne voient pas les mêmes patients que nous. Ils ne voient que les ratés de chez nous, des gens qu'on n'a pas réussi à guérir. » (FG1)

« La pratique hospitalière ne peut pas être la bonne parole pour l'ambulatoire » (FG1)

« Les guidelines sur lesquels se basent les spécialistes sont-ils les mêmes que les nôtres, parce que nous on a quand même une pratique essentiellement extra hospitalière, et c'est pas le même genre de profil de patient. Exemple j'ai demandé à un laboratoire extra-hospitalier de me donner toutes les données bactériologiques. Et bien j'ai été agréablement surpris de la bonne sensibilité des germes aux tétracyclines, par exemple. » (FG1)

« Specialisten doen helemaal anders. Misschien is dit tekortkoming bij dit project. » (FG6)

Dans deux focus groupes, la question a été posée de savoir quel était l'avis le plus important, entre spécialiste, professeur d'université, ou guidelines. La majorité de ce groupe a expliqué que l'avis du spécialiste de terrain, proche d'eux, aura la priorité. Les professeurs d'université étant considérés comme trop spécialisés. D'autres médecins insistent sur l'importance d'études plus larges par rapport à l'expérience d'un seul spécialiste.

[mod : Qui avez-vous envie de croire le plus vite ou le plus facilement : l'expert, le spécialiste, le professeur d'unif, ou plutôt l'inconnu qui a écrit en collaboration avec ses collègues une RBP ?]

« Le spécialiste »

« le prof d'unif »

« pas trop. Les profs d'unif... il paraît que les cours ne sont même pas, enfin j'ai entendu dire, je ne sais pas si c'est vrai, que les cours ne sont même pas soumis à relecture, à critique. »

« Moi j'aurais plus confiance à un spécialiste de terrain. – Qui voit tout le temps la pathologie. »

« Parce quand tu prends le prof d'unif, il est hyperspécialisé, dans un domaine bien particulier, et de toute façon... – Oui mais ça le spécialiste aussi – Oui mais quand tu as un ORL qui voit le tout venant, tu as des ORL qui voient beaucoup de gosses et tout cela, qui ont l'habitude, donc ils savent, ils ont une certaine pratique une certaine habitude, avec du bon sens. Quand tu vas chercher le prof d'unif qui fait sur son type d'opération, qui a la clientèle hyper select, c'est vrai que sur le plan théorique, on va avoir tout ce qu'on veut, mais on vient bien quand on a fait nos stages au CHU, c'était toujours LE cas clinique, qu'on verra une fois tous les 50 ans et encore – le mouton à 5 pattes »

« Je n'ai rien contre ceux qui ont fait les EBM parce que finalement c'est des généralistes aussi je suppose de terrain, donc ils mettent leur savoir en commun et c'est gai aussi de savoir quelles sont les bonnes pratiques en-dehors de notre petite vie, quoi ; donc cela ne me dérange pas de lire ce qu'ils disent. Par contre, un prof d'unif, il connaît des trucs, hen je ne veux pas critiquer, mais je préférerai un spécialiste que je connais peut-être ou qui a une pratique, je mettrai plus à crédit ce qu'il dit. J'aurai plus facile de le suivre. » (FG5)

« Moi je trouve que c'est intéressant d'avoir quand même des résultats d'études sur des plus larges populations représentatives du milieu dans lequel on vit, et qui permettent justement d'exclure tout ce qui est pratiques locales, petites habitudes de l'un ou l'autre... mais c'est vrai que les spécialistes sont quand même en deuxième recours et nous on tempère on tempère jusqu'à ce qu'ils aillent chez le spécialiste qui frappe fort, avec de l'Augmentin et ceci cela. Il y a un biais, alors ? Oui. D'avoir une idée de ce que l'ensemble des généralistes voient et traitent sur le terrain. » (FG5)

[Mod : Entre ce que dit une RBP et ce que dit un spécialiste de la région ou qui fait une conférence, qui aurez-vous le plus tendance à écouter ?]
 [trois MG] : « les recommandations de bonne pratique. »
 « Les spécialistes c'est de la médecine hospitalière. »
 « L'avis d'expert c'est un mauvais niveau de preuves. » (FG4)

[mod : Pourtant j'ai entendu ici plus tôt que lorsqu'un spécialiste dit que tel ou tel antibiotique est mieux et que ce n'est pas dans la recommandation, on ne va pas vraiment suivre la recommandation ?]

« C'est vrai que les antibiotiques dans l'acné, c'était très décrié, dans Prescrire il est écrit qu'il ne faut pas le faire, mais le Professeur *** [Nom d'un professeur d'université en dermatologie] a dit l'année passée 'écoutez, je n'ai jamais eu de toute ma carrière aucun problème, il faut d'ailleurs que les gens prennent leur antibiotique à une dose supérieure à ce qu'on vous dit, il faut leur donner 100 mg, pendant 6 mois, 9 mois, n'ayez pas d'inquiétude, vous sous-prescrivez'. Là c'est un cas où les recommandations de bonne pratiques, même dans Prescrire, sont en fait trop frileuses. »

« Mais par rapport à un avis d'expert ! – oui mais c'est le professeur ***, il est dermato, il n'est pas acheté par une firme, il a fait la dermato pendant 50 ans – non mais c'est un avis d'expert. Même si tu l'admires beaucoup, ce n'est qu'un expert. – oui mais quand même... – Il ne faut pas prendre la RBP non plus comme des dogmes. – non bien sûr, mais un professeur, aussi éminent qu'il soit, il dit son avis. – mais dans son domaine précis – oui bien sûr dans son domaine précis c'est ça, c'est un avis d'expert. » (FG4)

Ce problème de discordance des discours apparaît aussi avec les messages transmis par la délégation pharmaceutique.

« Onlangs, ik weet niet of het juist is, kreeg ik bezoek van een vertegenwoordiger van antihypertensiva die zei dat we nu nieuwe studies hebben. Daaruit blijkt dat de effecten in primaire preventie op CVA's als je start met ACE-inhibitoren en calcium-antagonisten versus betablokkers plus diuretica, dat dat significant verschilt. En dan krijgen wij als richtlijn dat je moet starten met een diureticum en een betablokker. Dan denk ik: draait het hier dan enkel om geld? » (FG8)

Un médecin évoque aussi les limites de l'EBM, dépendant des publications et des recherches réalisées, souvent financées par des firmes pharmaceutiques. Cela le pousse à considérer avec prudence l'information fournie par les sources d'EBM, même s'il continue à les considérer.

« Chez nous on est allés plus loin par rapport à l'EBM, parce qu'on ne parle que de médicament, mais on disait par exemple que on n'a jamais prouvé que les habitudes alimentaires pouvaient baisser le cholestérol. On affirme cela comme cela, mais on n'a jamais prouvé qu'elles étaient efficaces, mais il n'y a jamais personne qui a financé une étude prouver ce genre de chose. Parce que ceux qui financent ce genre d'étude c'est ceux qui font des médicaments. Et les médicaments, ben évidemment qu'est-ce qui est derrière c'est les firmes, et qui finance, c'est les firmes. [...] Il y a quand même un biais, là, qu'il ne faut pas perdre de vue. » [...] « D'accord mais tu as lu le Folia de ce mois-ci ? Je n'ai même pas très bien suivi la conclusion, m'enfin j'en retiens qu'on fait dire ce qu'on veut aux études, et manifestement on ne peut plus très fort y croire. » [...] « Et puis on sait aussi les enjeux qu'il y a derrière, quoi. Qui font que quand même on doit relativiser aussi. » (FGaf)

3.3.3.6. Facteurs propres à la personnalité du médecin

Il a été conclu dans un Glem que le niveau d'anxiété inhérent à la personnalité du médecin est un facteur important pour expliquer les variations de prescriptions : un médecin naturellement plus anxieux sera plus enclin à prescrire plus et plus souvent qu'un médecin d'un naturel plus « zen ».

« Finalement la consommation de prescriptions d'antibiotiques est parallèle au degré d'anxiété du médecin, point final. Il n'y a rien d'autre que cela qui fait qu'on prescrit ou qu'on ne prescrit pas un antibiotique. [...] Malgré tout les guidelines, celui qui n'ose pas dire « je ne vous prescris rien et je vous revois dans 48 heures », prescrira. Parce que c'est au-delà de ses possibilités psychologiques. Il a trop peur, il n'ose pas, « oui, mais enfin, il va y avoir des problèmes, si je ne le fais pas il va aller chez un confrère, qui va le faire... » et finalement une des conclusions de notre Glem c'était que on n'allait pas voir de grand changement, peut-être au niveau des classes, mais au niveau de la fréquence, chez certains médecins, parce que c'est le caractère. » (FGaf)

« Finalement c'était « comment je vis ma pratique ? » « moi, je suis un perpétuel angoissé, donc j'ai des ordonnances, il m'en faut une deuxième parce que une ne suffit pas », ou bien au contraire, « moi je suis un cool, et je peux dire aux gens je vous revois dans une semaine si cela ne va pas et vous repartez avec rien. » et voilà, là c'est une question de caractère. » (FGaf)

Un médecin a émis l'hypothèse, soutenue par des exemples apportés par d'autres participants, qu'une expérience personnelle de la maladie ou du traitement apporté, pourrait avoir une influence sur la manière dont le médecin va traiter ses patients.

[un médecin qui n'est pas d'accord avec la recommandation selon laquelle il ne faut pas d'antibiotiques dans l'otite] : « Il faut en avoir eu des otites pour savoir ce que c'est. » (FG5)

« Je me demandais s'il nous arrive de prendre un antibiotique soi-même si on est malade. –Moi j'en prends – Moi aussi. J'ai déjà essayé sans et je me suis déjà trouvé très mal. » (FG2)

« Les nouvelles recommandations c'est de taper fort, et pas longtemps. – moi j'ai déjà tapé fort sur moi, et ça marche. » (FG2)

Un médecin s'exprime comme convaincu de l'efficacité de l'homéopathie chez les personnes qui l'utilisent. Pour ces personnes, il ne prescrira pas d'antibiotique.

« Si c'est quelqu'un qui se soigne par homéopathie, je ne vais pas lui prescrire d'antibiotique dans la majorité des cas parce que je sais qu'il ou son enfant va guérir sans antibiotique. Malgré tout, je suis convaincu de cela. » (FG3)

La routine ou les habitudes de prescription qui ont la vie dure, ne sont pas citées explicitement par les participants. Mais un médecin explique qu'il faudra du temps pour changer une pratique, et ce même pour ceux qui sont d'accord avec l'Evidence based medicine.

« Moi je crois qu'il faut inscrire les choses dans le temps. Tant pour nous que pour les patients. On ne change pas de comportement rapidement. Par rapport aux recommandations il y a la question de savoir si on s'écarte d'une recommandation parce qu'on a dans un cas particulier telle ou telle raison de le faire, et l'autre question, est-ce que on est d'accord avec cette recommandation. Alors on peut être d'accord en théorie intellectuellement, mais avoir une pratique pour telle et telle raison qu'on avait avant, et il faudra quelques mois, quelques années avant de changer une pratique, même si intellectuellement on se sent tout-à-fait...il faut aussi inscrire les choses dans le temps. » (FG2)

[Mod: « Dus aanbevelingen en feedback: niet altijd toepasbaar. »] « Dat is een zeer goede samenvatting. » « Dat geldt voor iedere guideline. Ik werk toch nog vaak experience-based. » (FG9)

3.3.3.7. Autres facteurs externes

La formation universitaire

Plusieurs médecins font référence à leur formation universitaire de base comme ayant une influence sur la manière de pratiquer. Certains envisagent que c'est surtout vrai pour ceux qui sont récemment de leur formation : les jeunes médecins prescrivent ce qu'ils ont prescrit au cours de leurs stages.

« Quand on sort de dernier doc, on prescrit ce qu'on a dans la plume, c'est ce qu'on a vu quand on était étudiant, ce qu'on a pu prescrire, on n'a pas l'habitude d'autre chose. » (FG1)

« Les étudiants connaissent quelques médicaments, parce qu'ils les ont vus et au départ on commence avec ceux-là. Chez les jeunes, c'est très fort comme à l'unif. » (FG1)

« C'est vrai que l'université a une mauvaise influence sur les jeunes médecins. » (FG1)

« Als oudere dokter heb ik nooit geleerd om studies te bekijken. Ik zou maar wat al te graag ideeëngoed gehad hebben om naar voorschrijfgedrag te kijken. » (FG8)

« Bij mij zit het niet in de farma-industrie, maar wel in mijn opleiding. Ik heb heel mijn stageperiode niks anders gehoord dan Augmentin. Ik merk hoe zwaar zoiets bij mij doorweegt. Het heeft echt een brandmerk gezet. Zelfs na dit te lezen ben ik nog altijd bang: oei, het is toch wel een ernstige infectie, ga ik er wel komen? » (FG10)

Un médecin fait remarquer que ce qui est enseigné aujourd'hui est très différent de ce qui lui a été enseigné à l'université auparavant : tout peut changer en quelques années.

« Voorschrijfgedrag wijzigt in jaren: ik zou nu met antwoorden van toen buizen op de examens nu en andersom. Vb. toen was breed voorschrijven het simpelste. Nu zou ik dat niet meer durven te zeggen. Op een paar jaar kan dit allemaal omslaan. » (FG6)

Un médecin envisage qu'il y ait des différences entre universités, lesquelles peuvent se ressentir aussi dans la pratique des généralistes qui en sortent.

« (...)les idées des universitaires, parce que on peut dire ce qu'on veut, à Liège, on va prescrire d'une manière, à Louvain ce sera différent, à Bruxelles ce sera encore différent, à Gand ce sera encore différent. » (FG5)

« Mais moi je serais quand même curieux [...] de voir un peu en fonction des régions et des médecins sortis de telle et telle université, si les antibiotiques ou les antihypertenseurs sont les mêmes ou pas. [...] donc moi je serais curieux de savoir si dans les antibiotiques, par exemple de savoir si à Arlon on prescrit plus de quinolones, que dans la région liégeoise, etc. » (FG5)

Certains généralistes ont fait remarquer qu'il y a discordance entre ce qu'ils ont appris dans leurs cours universitaires et les messages de recommandations de bonne pratique. Un médecin trouve qu'il y a un manque de concordance entre la logique « EBM », basée sur les études épidémiologiques sur des grands nombres, et la logique d'explication physiopathologique qu'il a apprise à l'université.

« De nouveau à *** [cite une université] ce n'est pas du tout ce qu'on nous apprend (...) ce qu'on a eu dans nos cours de pédiatrie, et ce qu'on nous demande de faire maintenant. » (FG5)

« Il faut que ce soit logique. On a été à l'université, on a appris la physiopathologie, il y a une certaine logique. Si on nous dit sur base de statistiques, « voilà on a traité 100000 patients, ils vont beaucoup mieux avec des bêta-bloquants qu'avec des IEC, alors il faut prescrire des bêta-bloquants », et bien ça c'est le genre de discours qui ne nous convainc absolument pas. D'autant plus qu'on se rend compte que dans la pratique ce n'est pas vrai. Nous on fonctionne d'une façon assez logique, parce qu'on a été formés comme cela. Si on nous explique logiquement, de façon objective ce qui se passe, ça va. » (FG1)

Un autre médecin a fait encore remarquer que la démarche d'évaluation de la pratique n'a pas fait partie de la formation.

[à propos de l'évaluation] « Le problème est aussi au niveau de la formation des universités. » (FG2)

Certains médecins plus âgés ont évoqué l'idée que la formation universitaire évolue, et que les jeunes médecins devraient, de par une formation plus récente et plus adaptée, avoir plus de facilités à utiliser des informations « evidence based ». De plus, les médecins plus jeunes, qui ont toujours connu les feedbacks, auraient moins de difficultés à être évalués et remis en question que des médecins plus âgés et plus individualistes. Nous ne sommes pas en mesure de confirmer ou infirmer cette information.

« Les mentalités vont changer petit à petit. Moi je fais partie de l'ancienne école, il n'y avait pas de méta-analyse à l'époque, pas d'evidence based medicine, donc c'étaient les gens qui avaient pignon sur rue qui donnaient leur opinion, les leaders d'opinion. Tandis que les jeunes maintenant sont formés d'avantage à l'analyse critique durant leurs études, et j'espère qu'ils ont la garder par après. Je pense qu'il ne faut pas désespérer. Je pense que ça va changer progressivement. » (FG3)

« On voit, notamment en médecine générale, ils ont une analyse critique, ils peuvent mieux faire face à un spécialiste, ne pas être de leur avis, et dire, mais moi j'ai lu article qui est fiable... Si on a les bases, ... Les jeunes ont de meilleures bases que je n'ai reçues. Je suis sortie plus tard que vous, mais je n'avais pas reçu ce type de formation. Par rapport aux spécialistes, mais aussi par rapport aux délégués des firmes pharmaceutiques. Je crois que les plus jeunes ont un autre discours, sont mieux armés, que moi je ne l'étais. » (FG3)

« Je pense que l'individualisme des médecins plus âgés est en cause, et fait qu'ils se sentent mis en cause quand ils reçoivent ce type de document, par rapport à d'autres de la région et que ça les met en difficulté. Et donc ils deviennent agressifs par rapport à ce type de document ou de réunion, simplement parce que ils n'ont pas eu l'habitude d'être évalués, de discuter sur des choses de manière, simple, objective, ... » (FG3)

Ces hypothèses ne sont pas partagées par tous. Parmi les jeunes médecins interrogés, certains évoquent une meilleure sensibilisation à l'Evidence based medicine, mais expriment encore des difficultés à trouver et utiliser des recommandations. D'autres, quand on les interroge, n'évoquent pas une meilleure formation en statistiques. Nous avons rencontré des résistances dans tous les groupes d'âge. Mais les très jeunes médecins (moins de 5 ans de pratique) ont été peu nombreux et souvent isolés dans les groupes, ils se sont assez peu exprimés.

[médecin sorti en 2001] : « Moi j'ai été sensible, dans la formation de médecine générale, quand même aux recommandations de bonne pratique. Parce que je n'ai pas connu autre chose. On était déjà aux recommandations de bonne pratique quand j'ai terminé mes études et donc on était assez sensibilisés, par exemple, à ne pas traiter toutes les otites. Et j'ai l'impression qu'en tout cas, mes amis, les gens de mon âge, sont assez sensibilisés à cela. Même si on ne suit pas toujours,

c'est au cas par cas. » « On a aussi été fort sensibilisés à la résistance aux antibiotiques en cours de doctorat, ça oui. » (FG4)

[jeune med] : « C'est vrai que nous depuis notre sortie, on l'a quasi systématiquement connu, on n'a pas eu 10 ans sans cela, et le temps de se mettre dans une pratique où on a des habitudes et on n'en sort pas...C'est peut-être un peu plus naturel. Quand le premier feedback est sorti on était dans un Glem de jeunes, on était tous sortis dans les 4 ou 5 années précédentes... J'ai pu comparer entre ce Glem là et le deuxième puisque après j'ai changé de Glem, avec des médecins un peu plus âgés, et là il y avait quand même des réactions très différentes, avec des blocages, oui. » (FG3)

[a propos des guidelines, med sorti en 98] « Moi j'ai eu le sentiment que j'avais un outil pratique en mains. C'est plutôt le fait d'avoir travaillé avec d'autres qui les utilisaient, que j'ai appris à les utiliser, à les rechercher. [...] Mais je n'ai pas eu le sentiment d'être sortie en sachant où aller les chercher quand j'en aurais besoin. J'ai dû l'apprendre sur le terrain. [...] Mais j'avais quand même plus que des médecins qui étaient sortis plus tôt, l'idée que cela existait. Parce qu'il y avait des médecins plus âgés que moi qui ne savaient pas ce que c'était qu'une recommandation. J'avais l'idée que je savais qu'ils existaient mais je ne savais pas où aller les chercher. » (FG3)

[Mod : Comme on a interviewé beaucoup de médecins de plus de 40 ans, on s'est dit nous les jeunes on a eu une formation peut-être plus poussée en statistiques ?] [plusieurs] : « Faux ». « A part les cours de math en première candi... ? »

[mod, montre les box plot : Est-ce que avant de voir ceci, vous aviez déjà vu ceci pendant vos cours ?]

« Non »

« Si, dans des articles »
 « Des boîtes à moustaches qu'ils appellent cela [...] J'ai du présenter le Glem sur les antihypertenseurs et c'est là que j'ai appris le terme, mais je en comprends toujours pas pourquoi cela s'appelle comme cela : 'boîte à moustache' »
 « On ne peut pas vraiment dire qu'on a appris à .. on l'a vus dans certains graphiques, que cela pouvait exister, mais »
 « Il n'y avait pas un cours sur cela »
 « On n'a pas eu de cours spécifique là-dessus, non » (FG5)

[les participants de ce FG sortent tous de la même université]

« Dans mon Glem moi j'ai eu des gens assez désabusés : « ça sert à rien », il y en a quelques uns irréductibles. Ils n'ont pas tellement envie de se mettre en question. – et ils ont quel âge ?- oh euh la quarantaine facilement. – je crois que c'est de tous âges. » (FG2)

La formation continue

Plusieurs médecins considèrent aussi l'importance de la formation continue pour l'évolution de leurs connaissances et de leur pratique.

« Je crois que la médecine c'est aussi revoir régulièrement un petit peu ses connaissances et il y a beaucoup de choses qui changent au cours du temps, donc il faut se remettre à jour régulièrement aussi, quoi. » (FG5)

« Je crois que de la formation continue, il en faut, comme tu dis, à quarante ans, ce qu'on aura vu à l'unif cela ne vaudra plus la peine. » (FG5)

« En fin de compte comme je prescris énormément d'amoxicilline, je me situe bien. Finalement c'est le message que j'ai retiré de toute la formations continue...C'est ça aussi, hein, ça joue. » (FG2)

« De courante pathologieën en de behandeling daarvan: daar zit weinig evolutie in. Een bronchitis of een longontsteking: ik weet niet of dat zo geweldig anders behandeld wordt als 10 jaar geleden. En als er dan toch wijzigingen zijn, haal ik dat af en toe uit een standaard of kom je via bijscholing te weten. Er zijn toch een heleboel kanalen langswaar je dat te weten komt. » (FG8)

Certains ont constaté que la formation continue a parfois été un lieu où on les a poussés à prescrire beaucoup d'antibiotiques. Ils reconnaissent alors l'influence de ces formations sur leur prescription. Comme cité plus haut, certains évoquent le fait que cette formation soit financée par les firmes pharmaceutiques comme un problème. D'autres ne sont pas dérangés par ce fait.

« Quand vous voyez l'exemple des quinolones, (...) je trouve qu'on a vraiment abusé. Quand on allait à ces conférences avec des discours, malgré tout, de professeurs d'universités, dans des lancements et tout cela, c'était cela qu'il fallait prescrire. On a eu trop de matraquage. » (FG4)

« C'est ce qui était dit, souvent dans les formations de *** [cite une organisation de formation continue]. C'était Augmentin Augmentin. » (FG4)

« Oui, c'était enseigné vraiment, on n'avait plus que cela en bouche » (FG4)

« Oui, mais on parlait des avis d'experts et des firmes pharmaceutiques, on a reçu pendant des années des messages où pour toute indication c'était de l'amoxy-clav. Quand c'est des profs d'unif, c'est les [*journées de formation*], ... je suis d'accord que le niveau de preuve est bas, mais en attendant, c'est très influençant. » (FGaf)

« Et puis comme message, il fallait nettoyer l'infection et donc il fallait l'antibiotique le plus puissant qui nettoie l'infection, point. C'était le message simple qu'on a eu à un moment donné. Ce n'est plus le même maintenant. » (FGaf)

« Il y a 25 ans, traiter une infection respiratoire haute avec de l'amoxycilline était descendu en flèche par les universitaires. C'était inconcevable, « vous faites n'importe quoi ». C'était peut-être n'importe quoi mais aujourd'hui c'est exactement le discours inverse, l'amoxycilline est comme par miracle l'antibiothérapie de première intention dans énormément de pathologies. Il y a 20 ans, c'était descendu en flèche [...] considéré comme absolument non défendable sur un plan scientifique, ce sont des informations qui ont été dites tant dans les journées de recyclage à *** [*cite plusieurs universités*] [...] Et puis aujourd'hui, il y a un certain nombre de médecins qui ont appliqué cela, ce qu'ils ont entendu et qu'on disait dans ces journées, et puis on retombe sur leur dos en leur disant « vous faites n'importe quoi, cela ne correspond pas à ... » D'accord, mais qu'on m'explique pourquoi il faut changer de méthode. » (FGaf)

« Er zijn toch goede professoren die dit snel kunnen brengen, ook op mijn niveau. Maar je moet wel gerust kunnen zijn dat het niet gesponsord is. » (FG8)

La place de la médecine générale

Au fil des conversations, des remarques ont été émises qui font appel à la place du médecin généraliste à sa fonction et ses tâches. Un médecin craint que les guidelines ne standardisent tellement la médecine que les médecins perdront leur rôle.

« Moi c'est juste cela qui me fait peur dans les bonnes pratiques, ça me semble intéressant d'en avoir parce que c'est vrai qu'il nous faut des guides, mais j'ai tellement peur que quand on systématise tellement, ben tu ne puisses plus y échapper finalement. [...] On nous le dira ben voilà, clac, clac, clac et voilà tu feras clac, clac, clac et quelque part cela ne servira plus à rien d'être toubib, tu auras juste le droit de ... » (FG5)

La question de l'EBM et du suivi de recommandations touche, pour certains, à la place du médecin, sa tâche, ses compétences et sa liberté de pratique.

« Qu'on nous convainque par des arguments scientifiques d'EBM, mais en nous laissant la possibilité de s'écarter de cette EBM. Sinon on n'a plus besoin de nous, s'il s'agit seulement de faire ce qu'on nous dit d'en haut. Il y a des tas de situations particulières où on va s'écarter, parce qu'on sait très bien que ça ne va pas marcher pour telle personne. Il faut laisser la place à notre expérience. Nous connaissons nos patients. » (FG1)

« L'EBM c'est juste une balise. (...) Mais après tout la médecine c'est quand même un art. » (FG5)

Un jeune médecin explique le pessimisme de collègues plus anciens qui l'entourent par rapport à l'avenir de sa profession.

« On en a encore 45 ans devant nous à faire de la médecine générale. Comment est-ce qu'on va faire pour pendant 45 ans pour toujours être en train de faire de la qualité ? Moi je travaille avec des « vieux » médecins, des médecins qui 55 – 60 ans. (...) Ils sont assez pessimistes. Je ne sais pas, je n'ai pas trop envie de verser dans le pessimisme, en me disant que ça va s'arranger, que cela devrait aller, mais c'est vrai que quand on vit un peu vers où on va, cette suspicion permanente, ces gros doigts, « docteur, si vous faites cela, vous risquez de... » ben ça fout un peu les jetons au sujet de l'avenir. » (FG5)

Un médecin explique que les soins deviennent un produit de consommation comme un autre.

« la médecine ça devient un bien de consommation comme les autres, ça a perdu tout le charisme de la médecine que nous avions avant » (FG1)

Un autre évoque le fait que la télévision a aujourd'hui plus de crédit auprès des patients que le médecin.

« Quand le docteur l'a dit c'est pas vrai mais quand la télé l'a dit alors... » (FG1)

Un médecin, enfin, explique que les médicaments soumis à prescription (comme les antibiotiques) ou les certificats, sont les deux seuls actes qui restent à la médecine générale. Cela a aussi été la conclusion d'un Glem, telle que rapporté par son animateur : « Finalement on ne sert plus à rien ».

Un autre envisage que la médecine générale puisse réaliser des tâches autres, comme la prévention, pour lesquelles on ne lui donne pas les moyens.

« Et qu'est ce qu'il nous reste d'autre choses, c'est l'antibiotique, finalement, puisque tout le reste est en vente libre – et le certificat, éventuellement. » (FG2)

« Et je crois que malheureusement, ça c'était une conclusion : « mais finalement on ne sert plus à rien ! ». C'était un peu la conclusion après avoir... quand on a eu le mal de gorge, ben, « qu'est-ce qu'on fait finalement ? avant on croyait qu'on servait à quelque chose, on était prescripteurs d'antibiotiques, et maintenant, on doit donner deux aspirines, comme tout le monde, c'est... quelque part ça fait mal. » » (FGaf)

« Je pense qu'en médecine générale, le médecin généraliste de terrain a sa place pour faire de la prévention aussi, mais on ne nous en laisse pas l'occasion, et l'Etat ne fait rien, pour nous aider là dedans. C'est un placement à long terme, et c'est là-dessus qu'il faut voir. » (FG5)

Un médecin fait remarquer que la profession se sent parfois discréditée par la presse et certaines campagnes.

« Il y a quand même quelque chose d'assez mal perçu aussi, c'est que c'est vrai que de façon médiatique, le médecin généraliste devient très discrédité, on dit souvent qu'on prescrit mal, trop, on n'est pas au courant, enfin bref, l'an passé il y a eu une campagne comme cela, qui a été assez négativement perçue. » (FGaf)

Un médecin a encore exprimé la « compliance » des généralistes face aux modifications incessantes des règles, face auxquelles ils se sentent impuissants et peu respectés dans la complexité de leur travail.

« On devrait évaluer la compliance des médecins à la paperasserie. On râle beaucoup, mais on fait absolument tout : le formulaire change, on doit changer etc (*font référence à plusieurs exemples de formulaires de demande qui changent, qu'il faut recommencer etc*). Si on veut résister, c'est le patient qui est sanctionné. Et les médecins conseil des mutuelles se retranchent derrière l'Inami. » (FG2)

La politique du médicament

Quelques médecins soulignent que la politique exercée en matière de médicaments ne leur paraît pas toujours cohérente avec les messages qu'on leur envoie. Les exemples donnés sont ceux de médicaments chers qui sont remboursés alors que l'EBM n'apporte pas de preuves importantes de leur utilité, ou le fait que les anti-inflammatoires non stéroïdiens soient en vente libre alors qu'en même temps on demande aux médecins d'en prescrire avec prudence. Les règles de remboursement des Inhibiteurs de la pompe à protons sont aussi évoquées.

« Et je crois que Monsieur Demotte doit être le premier à être coincé dedans aussi, je veux dire, par rapport aux choix qu'il doit faire pour les remboursements, le Zocor plutôt qu'un autre et tout cela, tout ça c'est pas très net... » (FGaf)

« [...] Minerva, voilà : Ils disaient qu'en fait, pratiquement, le médicament, honnêtement n'améliorait pas la qualité de la vie, qu'on n'avait jamais pu prouver cela, et jamais au-delà de 6 mois – quel médicament ? l'Aricept. – Moi j'ai été estomaquée, on rembourse le médicament, avec des prix incroyables, et puis on te dit, en fait cela ne sert pas à grand-chose, si pas à rien du tout. » (FGaf)

« Moi ce qui m'a fait réagir c'est l'histoire des anti-inflammatoires. Au même moment qu'on recevait le truc où on devait faire un Glem sur les anti-inflammatoires, il y a quelques années, qu'en même temps, on libérait la vente en produits OTC les anti-inflammatoires. Et donc c'est vachement contradictoire qu'au même moment on nous dit qu'on prescrit trop d'anti-inflammatoires à tort, et en même temps, la pharmacie donne de l'Alève et tout ça. J'ai encore vu ce matin un type qui prenait à la fois du Rofénid et du Spidifen, il ne savait pas que c'était la même chose. Et les deux à dose maximum, et il avait mal à l'estomac. – et tu lui as donné un ipp ? (rires) – non, je dois mettre « non remboursable ! » (FGaf)

Les aspects juridiques

Quelques médecins ont évoqué les risques juridiques qu'ils encourent s'il appliquent des recommandations de bonne pratique et s'il ne prescrivent pas d'antibiotiques. Il semble qu'ils considèrent que le fait d'avoir suivi des recommandations ne puisse pas être un argument de défense en cas de complications ou de plainte d'un patient. Voire le contraire, si les complications semblent être la conséquence du fait d'en avoir « trop peu » fait.

« La peur du tribunal c'est une des raisons aussi qui pousse à prescrire. J'ai entendu dans mon Glem des gens dire : si ça tourne mal et que je dois aller au tribunal il y en aura toujours un expert qui arrivera pour dire qu'il fallait prescrire un antibiotique. » (FG3)

« Et il ne faut pas oublier qu'on a aussi une obligation de moyens donc ça veut dire qu'on peut faire une faute de diagnostic, ça ne peut pas nous être reproché, mais dans les moyens thérapeutiques et dans les moyens diagnostiques, on est obligés d'utiliser ce que l'on a à notre portée. Or le législateur est en train de nous dire, 'faites un diagnostic mais prenez votre boule de cristal, et coûte le moins possible'. Donc quelque part il y a un paradoxe entre ce que nous on doit faire en bon père de famille et d'un autre côté ce qu'on nous dit, 'vous devez faire comme cela', sur un plan économique. Le problème c'est que le jour où on va faire une connerie, si la famille porte plainte, l'avocat va se foutre de ce que Demotte raconte. – Il ne viendra pas nous défendre. » (FG5)

« Et c'est vrai que quand on a un enfant avec une otite moyenne, je suis désolé, mais c'est vrai que par prudence on met un antibiotique, en tout cas moi je le fais parce que si tu as des séquelles au niveau auditif, tu es responsable. » (FG5)

« Le jour où on a une complication qui était normalement prévisible, et c'est cela qu'il faut bien se dire, le jour où le patient porte plainte, et c'est la tendance, pas tellement chez le généraliste mais bien chez le spécialiste et on risque de voir arriver cela petit à petit chez le généraliste, le jour où cela arrive, on ne va pas se retrancher en disant 'le ministre ou l'Inami a dit que'. On nous dira, 'docteur, vous avez examiné le patient, qu'avez-vous constaté ?' 'j'ai constaté, ça, ça, ça et ça – et qu'est-ce qu'il fallait faire ? – ben il fallait mettre un antibiotique – vous n'en avez pas mis. Pourquoi ? – parce que j'ai suivi la recommandation. » (FG5)

« Moi en tout cas je ne me vois mal dire à un type de 40 ans, qui est plutôt pas mal et qui pourtant à 60 ans s'il a ses 240 sera en trop, je me vois mal de lui mettre directement un hypolipémiant. Le problème que si ce gars se tape un infar et vient vous trouver ensuite en disant 'Docteur, j'ai appris qu'en fait j'aurais dû prendre depuis mes 40 ans éventuellement une cardioaspirine, en tout cas un hypolipémiant selon ce que vous me racontez', qu'est-ce que tu vas lui répondre ? je lui dirais « Ecoutez, il me semblait que... et je n'aurais pas fait ... » je lui dirais que j'ai fait comme j'aurais fait avec mon papa etc, mais c'est pas une réponse scientifique, hein ça. La réponse scientifique c'est de dire 'ben oui, j'aurais dû et je suis fautif (...), en disant « écoute, il a fait son AVC, il est incapable à 50%, il y a quelqu'un qui doit payer », et pour finir ce sera pour nous. » (FG5)

« Het enige dat nog niet gezegd is en waarmee ik nog in mijn achterhoofd zit, dat is dat we toch veel verwikkelingen voorkomen door toch antibiotica voor te schrijven. En dat we toch meer en meer aansprakelijk gesteld worden als er zulke dingen zijn. En dat je dan maar kunt gaan uitleggen dat je op dat moment het klinisch beeld zo en zo was, maar dan moet je dat toch heel sterk gaan documenteren in het dossier om dat op te schrijven. Als huisarts is dat toch heel moeilijk als je elk kwartier of 20 minuten een patiënt wil zien. » (FG8)

D'autres considèrent tout de même que les RBP peuvent être des arguments pour se défendre en cas de plainte.

« Door wat laat je u leiden? Ik ben nogal een angsthaas. Dit moet ik uit de lucht plukken, maar er is ergens ooit een proces geweest van een patiënt die een hersenabces deed vanuit een sinusitis. En de huisarts is veroordeeld wegens het niet behandelen van een acute sinusitis met antibiotica. Sla me dood: vraag me niet of dit 3 of 5 jaar geleden is. » « Net daarvoor hebben we die guidelines nodig. Omdat op dat moment uw advocaat kan zeggen dat zijn cliënt de guideline gevolgd heeft. En als we ze niet hebben, dan zijn we pas in gevaar. Dan komt de specialist NKO als expert en hij zal zeggen dat we een fout gemaakt hebben. Maar als we een guideline hebben, komt onze advocaat met onze beroepsgroep. » (FG9)

Un médecin a exprimé que pour lui, cette crainte n'est pas une bonne raison pour prescrire des antibiotiques à tout va.

« Moi il y a une chose qui m'a fait réagir dans ce que vous disiez, c'était les moutons à 5 pattes, tout ce qui était les risques de poursuites, je crois aussi que ce n'est pas. Enfin, c'est ce qui me semble, peut-être qu'un jour j'aurai des retours de cela, mais, ce n'est pas une assez bonne excuse pour mettre des antibiotiques à... vous parliez d'otites séreuses ou purulentes – Moyenne aiguë (6) – Oui, voilà et qui peut donner une surdité, ce n'est quand même pas non plus la majorité des cas. Si on doit y penser chaque fois. » (FG5)

Différentes sources d'information

Au fil des interviews, les médecins citent diverses sources d'information écrite qu'ils lisent et qui pourraient les influencer dans leur pratique.

La presse médicale (le Journal du Médecin, le généraliste) n'est pas toujours citée explicitement, mais plusieurs médecins ont fait références à des articles qui, après vérification, venaient de ces publications. Un médecin a signalé que cette presse contribuerait à entretenir la méfiance vis-à-vis du feedback.

« J'ai lu un article justement aujourd'hui, et ils disaient que finalement prescrire des antibiotiques pour la grippe c'était pas idiot par ce que ça raccourcissait le temps de maladie et les complications » (FG2) [*Article paru dans le Journal du Médecin*]

« J'ai lu qu'un pneumologue dit qu'il voit arriver plus de pneumonies qu'avant, parce qu'il y a trop peu d'antibiotiques prescrits » (FG1)

« Cela avait été rapporté par les média comme un outil pervers, une menace pour le corps médical, coercitif. » (FG2)

« Dat is waar, maar wij halen nu heel veel van onze informatie van de delegees. » « Of van de Artsenkrant en zo. » « Dat is ook gekleurd. » (FG9)

Diverses sources d'information plus « evidence based » sont également citées par certains médecins : les Folia sont assez fréquemment cités, Prescrire, Minerva, l'antibioguide (Sanford), les recommandations de la SSMG et de la WVVH, le site du CBIP (tout-à-fait inconnu pour d'autres), le projet Farmaka. L'antibioguide est cité par un médecin comme distribué par les firmes, mais écrit par des gens « valables », des profs d'unif. Le carnet concernant la liste comparative des prix des médicaments génériques est aussi cité comme information utile provenant du gouvernement.

« Il y a un document qui est favorable, qui est le document du CBIP, le Folia. Ils sont faciles à lire, ils ne sont pas très longs, et à mon avis ce sont quand même des outils de sensibilisation, d'information, auprès des médecins. – mais il est vécu aussi par beaucoup de gens comme étant au service de l'économie et du politique. Mais je partage ton avis, c'est un très bon outil, sur le plan qualité c'est très bien. » (FG3)

« Pour les antibiotiques, on est encore bien servi, il y a l'antibioguide, il y a quand même des outils faciles. C'est vrai que pour d'autres choses, parfois même en consultation, on a besoin de pouvoir regarder vite. » (FG3)

« Prescrire m'a déçu parce que il y a beaucoup de parti pris là dedans. Moi je suis abonné à medical letter, qui est une revue tout-à-fait indépendante des firmes pharmaceutiques, et qui donne son opinion sur les médications. Mais c'est américain. » (FG4)

« Los van deze formulieren is er ook nog wel wat werk verricht rond antibiotica in de eerste lijn. Andere instanties hebben daarrond ook allerlei zaken doorgestuurd, o.a. WVVH en ik denk dat dat ook meespeelt. » (FG7)

« Dat zijn dezelfde kernboodschappen die je in de folia krijgt. » (FG7)

« Dat klopt helemaal: die Folia. » « Dat is wat hier ook instaat. » « Die antibiogids die je van de firma's krijgt. » « Dat is voor ziekenhuizen. » (FG9)

« We hebben tegengewicht nodig [voor de delegées]. » « Die dunne Folia Farmaceutica: als je die iedere maand leest, dan ben je toch ongeveer bij op vlak van medicamenten. » (FG9)

Quelques médecins ont tout de même émis des doutes quant à l'objectivité de sources financées par les pouvoirs publics : pour eux, des intérêts économiques influencent aussi ces publications.

« Une revue comme le folia moi je trouve que cela sent beaucoup trop le téléguidage. – mais bien sûr. – on sent qu'on a économiquement décidé qu'il faut prescrire le moins cher. Je trouve cela gênant. » (FG4)

« Minerva aussi, c'est bien fait, mais c'est fait avec une certaine surveillance du politique. – c'est évident : ils ont reçu des subsides pour faire cela. » (FG4)

« Mais il y des RBP où on trouve des choses intéressantes. Mais c'est une revue de la littérature, - clairement, oui oui – confrontée à la pratique. Je connais des gens qui sont dedans, comme Pierre Chevalier qui font cela très bien, mais il y a ce souci, vraiment, quand même, quelque part, de l'économique, à tout crin. » (FG4)

« Moi je les lis parce que je trouve qu'il y des choses à pêcher là-dedans. Mais... » (FG4)

Il semble que certains médecins ne sachent pas toujours si une publication vient du gouvernement ou d'un organisme indépendant : ainsi, un médecin évoque les Folia comme une information venant du gouvernement, mais il est contredit par un collègue qui rappelle que les Folia viennent d'un organisme indépendant.

« Ik heb daar [de overheid] nog nooit iemand van gezien. Ik vind dat de overheid zwaar in gebreke blijft wat betreft de informatie over medicatie, kostprijs van medicatie, noem maar op. Op alle gebied blijven zij in gebreke. Ze spelen altijd maar de bal naar ons, en wij moeten maar gaan zoeken.» « We hebben nu toch een boekje van Demotte gekregen. Dat wit, in september. » « Dat van het Riziv. » « Maar dat is toch al heel lang achterhaald! » « Wie heeft er hier een computer? www.bcfi.be. Je drukt op het eurootje en je krijgt de ranglijst volgens de prijs. » « [Mod.] En is de overheid voor jullie onafhankelijke informatie? » « Ah ja. Maar we krijgen heel weinig. Enkel die Riziv-boekjes. » « Wat we krijgen is niet veel, maar toch degelijk: die Folia. » « Folia is bcfi, maar dat is niet echt wat je noemt de overheid. Het is niet gesponsord. Het komt vanuit de universiteiten: het zijn de proffen farmacotherapie. » (FG9)

Certains médecins trouvent que le gouvernement ne fournit pas assez d'informations utiles aux médecins. Deux médecins ont fait remarquer la disproportion entre la quantité d'informations reçues des firmes et celles des informations indépendantes. Il a aussi été fait remarquer que l'information indépendante est peu accessible: difficile à trouver, ou coûteuse, comme les livres ou revues.

« il y a un problème de disproportion de visibilité de l'information entre les informations de qualité, type EBM, et les informations matraquage pharmaceutique. D'ailleurs pour les nouvelles modalités de remboursement des IPP, qui nous a informé, qui nous on fait des plans, pour nous aider à comprendre ? ce sont les délégués ! C'est malheureux, ça. Et du côté u ministre, on a reçu une petite lettre laconique en disant d'aller voir sur le site, et tire ton plan.» (FG1)

« On aimerait bien mais d'avoir une information comme cela, le Folia, par mois, et à côté de cela ça (montre un tas) de pubs déguisées, finalement tous les machins qu'on reçoit des firmes, le journal du médecin généraliste, quand on lit cela avec un certain regard, franchement, plus de la moitié des articles c'est de la pub déguisée. Et on n'a que ce Folia à côté, comme contre-partie. Je trouve que c'est que vraiment le bât blesse. » (FGaf)

« Ik moet regelmatig veel betalen. Ik heb me geabonneerd op dat boek van EBM, maar dat kost allemaal veel geld. » (FG6)

L'organisation de la pratique

Le temps, la charge de travail, la taille de la patientèle

Quelques médecins expliquent qu'il est parfois plus facile et plus rapide de prescrire un antibiotique que d'expliquer pourquoi on n'en prescrit pas.

« [...] ou ce jour là on n'a pas envie de chicaner et on donne l'antibiotique, ça arrive aussi, même....On n'a pas envie d'expliquer, que c'est viral, 'elle m'énerve celle-là', donc on lui donne l'antibiotique, ça va plus vite. » (FG5)

C'est souvent la charge de travail, notamment liée aux phénomènes saisonniers, qui explique qu'on ne prenne pas ce temps.

« Oui, on va faire plus attention à tout cela au mois d'août que en décembre, quoi. – C'est qu'en pleine épidémie de grippe, tu ne vas pas... – Oui mais pour la grippe justement... [rises] – Non, non tu ne vas pas mettre d'antibiotiques, mais je veux dire, tu as ton schéma qui est fait, tu arrive, bon c'est une grippe, tu sais déjà ce que tu vas faire. » (FG5)

Quelques médecins font le lien entre le fait d'avoir une grande patientèle et le fait de prescrire beaucoup d'antibiotiques. Les raisons envisagées sont le manque de temps pour expliquer, ou le fait que à la fois la taille de la patientèle et le comportement prescripteur, soient en lien avec la personnalité du médecin qui s'oppose très peu aux demandes des patients.

« Je me suis rendu compte dans mon Glem que les gros prescripteurs étaient aussi ceux qui avaient une grosse clientèle. Je me dis tiens il y a certainement...- ça va plus vite de prescrire un antibiotique. » (FG2)

« Ils travaillent beaucoup tout seuls. Et je pense que les résistants c'est les gros prescripteurs, c'est ceux qui ont leur GSM allumé tout le temps, et qui ne refusent jamais un patient, et qui sont prêts à n'importe quoi. » (FGaf)

« In de tijd dat artsen 60 prestaties per dag deden, dan moesten ze gewoon maar een kind met koorts hebben of dat er wat ziek uit zag om dan amoxicilline voor te schrijven. Ze hadden daar geen tijd voor. Ze gingen het oor niet goed bekijken, bv. door eerst de smeer eruit te halen. Dat was niet simpel. Die collega's hadden maar 10 minuten tijd, dus dan moesten ze wel buiten gaan met een groot wapen. Anders voelden ze zich niet gerust of moesten ze het kind nog eens zien. Dus het aantal prestaties is belangrijk. Toen ik begon, deed ik ongeveer 40 prestaties per dag. Dan kan je al net iets meer doen. In begin werd ik uitgelachen als ik wat temporeerde en geen

antibiotica voorschreef. Dan kwam patiënt nadien bij collega terecht die zei: ha, snoepjes gekregen? En daar kreeg hij dan toch antibiotica. Zo verlies je, terwijl je nog maar net begonnen bent, al patiënten. Dat is niet leuk. Nu zit er wel evolutie in. Het aantal prestaties per dag daalt en de informatie stijgt. Ik weet niet of dit degelijkere informatie is, maar je krijgt toch wel vaak dezelfde informatie, het is congruenter en die zal dan wel juist zijn. » (FG8)

« Als ik soms een trommelmvies wil zien, doe ik daar 5 minuten over. » « Weten of het een otitis is of niet: dat duurt 5 seconden. » « Niet als er smeer voorzit. » « Om te weten of het een banale of een ernstige infectie is, wil ik het trommelmvies gezien hebben. Nuances zoeken naar gradaties in infecties is arbeidsintensief. Ik vind dat we hier niet voor betaald worden. Je moet toch 5 mensen kunnen zien op 1 uur tijd. Ik slaag daar niet in. » (FG8)

« Dus uw argument is dat het veel tijds- en energierovender is om geen antibiotica voor te schrijven. Die ervaring heb ik ook. » (FG9)

« Het is ook de patiënt die ons manipuleert en liefst nog als de wachtzaal vol zit. » « Dus om de vraag te beantwoorden: is het ten eerste de tijd die je kan besteden aan de uitleg voor de patiënt bepaalt voor een stukje het voorschrijfgedrag. » « Als dat zo is, moeten we besluiten: hoe groter de praktijk, hoe meer antibiotica-voorschriften. » « Ik geloof dat. » (FG9)

Le manque de temps est aussi évoqué par certains pour la recherche d'informations indépendantes : cela prend du temps, d'autant plus si on ne sait pas bien où trouver l'information correcte.

« Je moet niet-gesponsorde kennis kunnen opdoen. Ze moeten ons zoveel of genoeg geld geven om vrijheid te kunnen kopen, zodat we tijd krijgen om dat te doen. Dan was al deze nest niet nodig! » (FG8)

Le mode de financement de la pratique

Il a été évoqué que le mode de financement de la pratique au forfait à la capitation, permet plus facilement de demander au patient de revenir pour être revu, ce qui peut postposer la prescription d'antibiotique.

« Dans le système forfaitaire, Je crois que nous on peut plus facilement dire aux gens venez dans deux jours si ça ne va pas. Ça ça a changé complètement notre pratique. Le fait de pouvoir dire aux gens, dans le système forfaitaire, si ça ne va pas de toute façon, dans deux jours, vous revenez, et que les gens ne sentent pas qu'on dit cela pour une question d'argent, ça ça change beaucoup. » (FG2)

[*med travaillant au forfait*] : « J'ai eu une fois un patient qui se fâchait sur moi parce qu'il ne comprenait pas que je ne voulais pas prescrire d'antibiotique. Devoir revenir, il comprenait qu'un autre médecin fasse ça parce qu'il avait une deuxième visite, mais moi il ne comprenait pas que je fasse ça : 'ça vous fait plus de travail, vous gagnez la même chose' ! » (FG2)

La pratique de groupe

Quelques médecins évoquent le fait que de travailler en groupe facilite l'interaction et l'influence entre confrères, notamment concernant les modes de prescription, et l'utilisation de l'EBM.

« Quand on travaille ensemble, journallement, il y a quand même une confrontation, tiens, j'ai un problème, qu'est-ce que toi tu ferais ? » (FG2)

« Moi je suis arrivée chez mon maître de stage, et alors j'ai travaillé 4 ans avec, et puis la quatrième année on a pris, il a pris un nouvel assistant. Et alors c'est souvent lui qui me remplace pendant que je suis en vacances, et alors il me dit « oh tiens, t'as vu là, t'as mis cela, il faudrait peut-être mettre ça ». Ou alors moi quand j'ai des patients de mon ancien maître de stage, je lui dis « tiens tu as mis cela, j'aurais peut-être fait différemment » Donc on en parle vraiment ouvertement » (FG5)

[*med qui a travaillé en groupe*] « C'est plutôt le fait d'avoir travaillé avec d'autres qui utilisaient les guidelines, que j'ai appris à les utiliser, à les rechercher. Un de mes collègues a été d'une aide précieuse, parce que il était là tout le temps, il en parlait tout le temps. » (FG3)

Pour certains, cette pratique de groupe peut aussi influencer indirectement la pratique, en facilitant la formation continue, ou en stimulant l'auto-évaluation de la pratique.

« Quand on travaille en groupe ça va pour se libérer une journée [*pour aller en formation si elles étaient organisées en journée*]. Mais quand on est en solo... » (FG5)

« Quand on va à des formations continues, on ne va pas toujours aux mêmes forcément, et alors le lendemain, on essaie de manger ensemble, on décroche à ce moment là le téléphone, et on fait un petit résumé pour les deux autres de nos formations continues. Je veux dire, il y a un échange

aussi. Même si on n'a pas été présent, et justement on essaie d'aller à le plus de formations continues qu'on peut, que les autres soient au courant de ce qu'on a ressenti et sorti de la formation. » (FG5)

« Par rapport aux formations, c'est vrai que, je travaille dans une maison médicale, (...) on a droit à deux jours de congé par an, de formation. Donc c'est du temps qu'on peut prendre et ce n'est pas en plus du travail. Donc cela je pense que c'est intéressant. – Mais c'est quand même toujours en soirée les formations. – Donc on récupère. On les répartit comme on veut. C'est du temps qu'on a en plus pour soi. » (FG5)

[*Med en solo*] « Je crois que c'est la pratique qui fait aussi la différence. En solo, on n'a quand pas l'habitude, même avec un autre confrère, de s'évaluer, on est seul dans son coin, si on travaille déjà à deux, je pense que c'est déjà modifié, tandis que quand on est seul, on est seul pour tout, on n'a pas de point de repère. » (FG2)

« Moi travaillant en équipe depuis tout le temps, où fatalement on a toujours le regard de l'autre, la question [*de l'évaluation*] ne se pose même pas. C'est vrai que ça ne pose pas de problème, mais parce qu'on est dans une dynamique comme ça » (FG2)

« Wij hebben het eerst in de praktijk besproken en het voorgaande rapport ook. » (FG10)

Mais ces avis sont nuancés par d'autres : la pratique de groupe n'amène pas toujours tous ces avantages, et les médecins solos peuvent s'organiser pour améliorer leur interaction.

[*med en groupe*] : « Mais je ne trouve pas qu'on s'évalue entre nous. Non, on a d'autres choses à discuter. On peut demander l'avis d'un collègue mais de là à s'évaluer, à demander « tu prescrites autant »... » (FG5)

[*med solo*] : « Ça ne doit pas être facile de s'évaluer comme cela. Enfin, je ne sais pas si c'est facile d'aller dire à une personne avec qui tu travailles 'dis, j'ai remarqué, systématiquement, que...' enfin, je ne sais pas. » (FG5)

« Mais c'est vrai que quand tu travailles en solo, quand tu te plantes, qui peut te dire que tu t'es planté, [...] Maintenant, moi je le fais quand même, quand je ne sais pas, je téléphone à un confrère en lui disant « Dis qu'est-ce que tu ferais toi dans tel cas ? » (FG5)

« On travaille beaucoup plus en réseau qu'avant. » (FG2)

Quelques médecins ont aussi fait remarquer que la pratique de groupe peut avoir une influence positive comme négative : la pratique de groupe peut aider à adopter un nouveau mode de prescription, en construisant un consensus commun sur la prise en charge des patients. Mais si dans une pratique de groupe, certains médecins prescrivent plus d'antibiotiques que d'autres, les patients qui ne reçoivent pas un antibiotique chez l'un iront voir son collègue, ce qui ne stimule pas beaucoup à ne pas prescrire !

Des initiatives en cours pour aider à changer

Les campagnes médiatiques

Beaucoup de médecins évoquent l'effet positif des campagnes de sensibilisation des patients concernant les antibiotiques ou les médicaments génériques : ces campagnes ont apporté un soutien précieux aux généralistes pour prescrire moins d'antibiotiques.

« J'ai l'impression qu'une campagne média comme celle qu'il y a eu et qui a quand même pas mal interpellé les patients, [...] j'ai plus l'impression que cela a de l'impact, une campagne comme cela, qui touche aussi bien les toubibs que les patients (...) » (FG5)

« Mais on a été aidés par les campagnes à la télévision. » (FG4)

« Je ne pense pas que c'est uniquement des feuilles comme ça qui nous ont fait changer. On a eu plus facile aussi avec la publicité qu'ils ont fait, qu'on entendait, et qu'on pouvait dire aux gens quand on n'avait pas envie, maintenant je dis tiens vous n'avez pas entendu à la télé? » (FG2)

« Il y a aussi les médias qui nous ont quand même aidé. Il y a un discours qui change. Maintenant les gens demandent qu'on ne leur donne pas d'antibiotiques » (FG1)

« Les mass-médias étaient auparavant très mal informés. Maintenant ils le sont beaucoup mieux. Il y a un changement d'opinion de la population. Avant les gens voulaient des antibiotiques. Il y a une meilleure synergie entre ce qui nous est dit et ce qui est dit à la population, de manière à préparer les patients. » (FG1)

« Si on l'a dit à la télé c'est que c'est vrai! » (FG2)

« Evidemment il y a eu couplé à ça des informations au grand public... donc quelque part les gens sont moins demandeurs d'AB qu'autrefois, c'est déjà une bonne chose » (FG1)

« Ils veulent un nouveau, mais un générique ! » (FG2)

« C'est vrai qu'on a fait une campagne de prévention. Mais la campagne disait les médicaments on en consomme de trop etc, mais le message passait en disant de toute façon vous prescrivez trop de médicaments vous coûtez cher, (...) et les patients le voyaient parfois un peu comme cela aussi, en disant docteur, il ne faut pas prescrire de médicament parce que ça coûte cher. Non, ce n'était pas ça le message et les gens ne comprenaient pas toujours. » (FG5)

« Wat antibiotica-voorschrijfgedrag betreft, als dit effect heeft, komt dat ook omdat er campagne naar patiënten is geweest. De folders waren bij mij snel weg. Er is ook de angst bij voor antibiotica bij de patiënten: ze gaan niet meer werken! » « Eventjes » (FG6)

« Die foldertjes van de overheid, met dat bicske, ik vind dat heel goed. Het is heel goed dat er tegelijk gewerkt wordt naar ons en naar het publiek. » (FG7)

« Wij hebben een tijdje die geel-zwarte folderkes in de wachtzaal gehad. Ik denk dat ik in die periode gekeken had naar de hoeveelheid antibiotica dat ik toen voorschreef, dan denk ik de helft. Omdat toen de patiënten al geprepareerd waren. Dat was ook de tijd van het spotje op de TV. Dan moet je minder weerleggen. » « Het is makkelijker. De richtlijn is nu zo. Lees maar na in dit boekje, pak uw Sedergine en uw hoestsiroop dat het even goed is. En met zijn boekje aan de deur gezet. Dan ging dat ook wel sneller vooruit. » « Ik moet zeggen dat dat mijn voorschrijfgedrag echt heeft doen aanpassen. » « Ik heb ooit iemand in de wachtzaal gehad die aan iedereen aan het uitleggen was dat ze nu al voor de derde keer moest komen om eindelijk dan toch eens een antibiotica te krijgen. Want sinds dat dat spotteke op TV kwam, schrijft den diene hier niks meer voor. » (FG9)

« Er is ook veel hulp geweest van de bevolkingscampagne. Want dat heeft ook veel invloed gehad, waardoor wij niet elke keer de discussie met onze patiënten moesten aangaan van: dat heb je nu wel of niet nodig. Integendeel zelfs, je krijgt soms reactie: je gaat me toch geen antibiotica geven! En vroeger waren ze niet geholpen zonder antibiotica. Dat maakt toch -ik schreef al weinig antibiotica voor- dat ik nu nog minder antibiotica voorschrijf dan vroeger. » (FG10)

Un seul médecin a pourtant trouvé que ces campagnes ne devraient pas avoir lieu.

« Die BAPCOC-sensibiliseringscampagnes vond ik niet goed. Mijn klinische ervaring sprak dit tegen. Deze is natuurlijk beperkt. Maar volgens mij is het ook heel specialistisch opgesteld. » (FG8)

Les visiteurs indépendants

Dans un groupe, certains médecins ont raconté qu'ils ont reçu des visiteurs indépendants (dans le cadre du projet Farmaka). Ils en évoquent aussi l'influence sur leur prescription, ils apprécient l'information pertinente et scientifique qu'ils en ont reçu, ils trouvent que c'est un bon contrepois face aux visites des délégués des firmes. Un autre médecin, qui ne connaît pas le principe des visiteurs indépendants, a exprimé une certaine méfiance a priori vis-à-vis de cette initiative. Un autre encore a dit qu'il ne ferait pas plus confiance à ces visiteurs qu'à ceux des firmes : le gouvernement aussi a ses intérêts économiques.

« Onafhankelijke artsenbezoekers, ik denk dat dat een dringende nood is. Bijvoorbeeld in Gent hebben ze dat project Farmaka en daar zouden toch een paar mensen zijn opgeleid en ik denk dat dat een goed tegenwicht zou zijn tov. de vertegenwoordigers van de firma's. » « Ik ben daar ook al lang pleitbezorger voor. » « Ik weet niet wat die onafhankelijke artsenbezoekers bij ons gaan komen doen. Gaan zij een richtlijn geven? » « Nee, het is gewoon een tegenwicht, want nu is dat er niet hé. Er is niemand die bij u op de praktijk komt en zegt: Pfizer heeft gezegd dat je dat moet voorschrijven. Ik ben van het project Farmaka, wij bekijken dat van de andere kant en volgens ons moet je dat niet voorschrijven. » « Dan krijg je relevante wetenschappelijke informatie. » « Ik moet toegeven, ik zou al die onafhankelijke artsenbezoekers niet betrouwen. » « Hangen toch af van de overheid. » « Die moeten ook hun kost verdienen. » « Moesten die onafhankelijke vertegenwoordigers er alleen zijn, OK dan, maar als die komen na die 4 andere, of na die onafhankelijke komen er 5 andere, dan heeft dat geen zin. Dan is dat 1 op de zoveel. En die mannen hebben altijd de gewoonte om in uw praktijk te komen en te zeggen: dokter smijt dat allemaal weg, dit moet je pakken. En elke keer opnieuw doen die dat, zo kan je niet werken. Maar het scheelt wel in champagne, dat is waar... » « Misschien moeten die onafhankelijke vertegenwoordigers juist naar die praktijken gaan waar vertegenwoordigers ook naartoe gaan. Die vertegenwoordigers gaan naar grote praktijken, monsterpraktijken. Wij zijn waarschijnlijk klein grut voor die mannen die ons uit beleefdheid af en toe nog eens bezoeken. Maar het is geweten dat de grote praktijken systematisch heel grondig worden bezocht, zij zijn diegenen die

het meeste voorschrijven en misschien is het de taak van de overheid om daar ook een onafhankelijke vertegenwoordiger naar toe te sturen. » (FG7)

3.3.4. Propositions des médecins participants

Lors de focus groupes, nous avons demandé aux participants quelles seraient leurs propositions pour améliorer l'intervention feedback, le document ou la discussion en Glem, mais aussi de façon plus générale quelles sont leurs propositions pour soutenir les médecins généralistes dans une démarche d'amélioration de la qualité de leurs pratiques.

3.3.4.1. Propositions pour améliorer l'intervention feedback

Concernant l'intervention en général

Continuer à envoyer des feedbacks

Globalement, une majorité des médecins rencontrés sont demandeurs que les feedbacks continuent.

« Moi j'aimerais bien que cela continue. » (FG3)

« Het mag meer komen. » (FG10)

« Het zou toch ook nuttig zijn om die vergadering om de 2-3 jaar terug te doen. » (FGan)

Les raisons peuvent être variables. Certains, sensibilisés à l'intérêt de l'autoévaluation, souhaitent continuer à pouvoir observer leur pratique. D'autres trouvent que l'initiative suscite le questionnement, toujours utile. D'autres trouvent qu'il est temps de sensibiliser les professionnels sur des sujets de bonne pratique, sur les résistances aux antibiotiques, voire sur la problématique économique de la prescription.

« Moi ça m'intéresse de savoir où je me situe sur tel ou tel sujet. » (FG3)

« Mais non, cela amène à de la réflexion et toute réflexion est utile. Pour moi il faut continuer. » (FG4)

« Continuer. Cet outil permet de sensibiliser, et c'est pour cela qu'il faut continuer. » (FGaf)

« Et puis j'avais été à certaines journées de mise à jour, quand on voit le pourcentage de prescriptions pour les angines, il y a des gens qui prescrivent de l'Augmentin à tout le monde dès qu'ils voient une gorge rouge. C'est 15% des gens, je me dis, ne fut-ce que pour ces 15% là, moi je ne me sens pas visé, mais cela ne me dérange pas qu'on leur dise qu'ils sont en train de le faire. Si ils trouvent que c'est justifié, je ne vois pas comment ils peuvent le justifier scientifiquement [...] On peut toujours informer les gens. Leur dire : votre attitude économiquement n'est pas très bonne, mais scientifiquement aussi. » (FG4)

« [l'initiative] Moi je trouve que c'est nécessaire. Quand vous voyez l'exemple des quinolones, c'est flagrant en tout cas. On a abusé. Moi pour ma part je suis tranquille, j'en ai très très peu prescrit, mais je trouve qu'on a vraiment abusé. Quand on allait à ces conférences avec des discours, malgré tout, de professeurs d'universités, dans des lancements et tout cela, c'était cela qu'il fallait prescrire. On a eu trop de matraquage. Et surtout qu'on ne nous disait quand même jamais le prix. Il faut quand même être un peu honnête, il faut revenir de temps en temps au prix des choses, et de savoir qu'on peut obtenir le même résultat avec le quart du prix, moi je trouve cela intéressant. » (FG4)

Un médecin trouve que dans le climat actuel, il vaut mieux avoir l'air de coopérer avec les décideurs.

« Je crois que dans les circonstances présentes on est bien obligés de dire que ça doit continuer. Sinon on va se faire passer pour des réactionnaires. Dans les circonstances présentes il vaut mieux que cela existe. » (FG4)

Quelques-uns préféreraient que le feedback soit arrêté, car il ne sert à rien, il est vexatoire, et entraîne un gaspillage d'argent. Mais ils ajoutent que si ces profils sont de toute façon faits au niveau des décideurs, alors, ils préfèrent avoir un œil dessus.

[mod : Si on devait améliorer le document, qu'est-ce que vous pourriez proposer concrètement?]

« De ne plus l'envoyer. (...) On arrête. ça coûte de l'argent du temps, et ça embête tout le monde. » [3 acquiescent]

« On a beaucoup d'autres sources d'informations qu'on peut avoir. Et elle ci c'est un peu un truc trop. »

« Faites passer le message qu'on est des adultes responsables. Qu'on arrête de nous infantiliser. » (FG5)

« Ils vont arrêter de nous l'envoyer mais ils vont le garder pour eux. Ils vont quand même faire les chiffres [rires] – Oui si vous les faites envoyez-les nous quand même. (3) – Tenez-nous au courant. » (FG5)

Plus souvent, et sur de nouveaux thèmes

Plusieurs médecins demandent que le feedback soit envoyé plus régulièrement, de façon récurrente : cela multiplie les rappels et permettra peut-être de mieux soutenir un changement. Une autre raison est que les médecins souhaitent observer leur évolution dans le temps.

« De façon plus régulière qu'une fois tous les 2 ans » (FG1)

« L'intérêt c'est de voir l'évolution d'une fois à l'autre : est-ce que j'ai changé quelque chose ou pas. Un tout seul une fois dans le temps ça ne sert à rien à mon avis. Mais le recevoir régulièrement... » (FG1)

« On a compris mais on oublie entre les deux » (FG1)

« Je pense que une des critiques que je pourrais peut-être faire à l'outil c'est que sa fréquence n'est pas assez soutenue. Cela devrait être beaucoup plus fréquent de les recevoir. Si on veut évaluer effectivement l'impact des réunions que l'on fait, il faudrait pouvoir à 6 mois, un an ou plus, avoir un outil d'évaluation et se dire, voilà, on a eu le profil, par exemple en mai 2004, on a fait le Glem en septembre ou octobre 2004, il serait intéressant de savoir quel est le résultat du score en mai 2005 ou en septembre 2005. » (FGaf)

« Herhaling is belangrijk. Vergelijk maar met de delegees: zij proberen 6-7x met zelfde product te komen, zodat je het hoort. Dit is van april 2003, ik weet niet wie dit nog heeft, maar ik weet nu vb. het document niet meer liggen. Boodschap 1x brengen werkt maar heel even. Je moet dat nog eens terug bekijken. Je vergeet toch veel. » (FG6)

« Stom, maar misschien nuttig voorstel: zelfde document moet in september terug opgestuurd worden. Dat is het moment dat infecties terug opkomen. Dan terug oprispen. » (FG6)

« Ik denk dat die andere invloeden veel meer op u afkomen. Die aanbevelingen krijg je één keer in de bus, soms nog eens een tweede keer door de overheid. Je ziet die maar één keer. En dit ook. Het was zo van: ik zal dat wel een keer lezen. Tegen met de vertegenwoordigers: die staan daar gewoon en die zie je dus om de zoveel tijd. Die kunnen je veel meer beïnvloeden. Je zou zo'n soort herhaling moeten hebben van die aanbevelingen. » (FG10)

« Het zou repetitief moeten blijven. Nu ja, zoveel zal er aan die kernboodschappen misschien niet veranderen. Maar het is goed om het nog eens opnieuw te lezen. Je gaat het niet opnieuw zoeken om terug te lezen, maar als het nog eens opnieuw in de bus valt, denk je: ik zal het nog eens opnieuw doornemen. Als ik het nu zou moeten bovenhalen, ga ik al heel hard moeten zoeken waar dat zit. » (FG10)

« Zou dat na een aantal jaren niet een andere gedachtengang teweeg brengen? Wat is de bedoeling? Eerst moet je de cijfers leren interpreteren en dan heb je al die gewoontes: zowel de positieve als de negatieve. Denk je niet dat dat helpt als je dat een paar keer doet? » (FGan)

Certains voudraient que de nouveaux thèmes soient ajoutés : les chiffres de prescription mais surtout les messages de recommandations, succincts et pratiques, les intéressent, ils voudraient en avoir sur tous les sujets possibles.

« On avait appris que la prescription de mammographies et de mammothèses ferait l'objet d'un prochain feedback. Et je trouvais cela très bien. On sort vraiment des prescriptions de choses coûteuses ou pas coûteuses...si c'est peut-être plus cher de faire un bilan sénologique complet qu'un mammothèse, m'enfin, on se rapproche quand même davantage de choses vraiment scientifiques. » (FG3)

« Avec un groupe de généralistes on a été demander au ministre si on pouvait recevoir toute une série de chiffres, si possible même trimestriellement, parce que je pense que avoir ses chiffres de prescription, ce qui est très facile avec l'infrastructure informatique des mutuelles, pour moi c'est un petit peu le tachymètre, hein. L'EBM c'est un peu les panneaux de limitation de vitesse, et il est peut-être intéressant de savoir ce que le tachygraphe donne... avant d'éventuellement se faire flasher » (FG1)

« De generieken dat komt hier niet aan bod hé? » (FG7)

« Wat ik in de tabellen nog mis: is dat geweten hoeveel percent in elk van de categorieën ik generieken voorschrijf. » « Zeker nu met de nieuwe richtlijnen. » (FG9)

« Dat mag meer gebeuren. Over diverse dingen: niet enkel antibiotica of antihypertensiva.» (FG9)

« Ik zou dit alleen nog willen hebben in andere hoofdstukken, hé: de psychofarmaca, NSAID, hormoontherapie,... » (FG9)

« Ik mis wel profielen voor de generieken. » (FG10)

Certains médecins proposent que le feedback soit accessible par internet : cela permettrait d'en avoir plus souvent à moindres frais, et en plus cela permettrait de mettre en couleurs. Cette solution pose problème à ceux qui ne sont pas informatisés ou vont peu sur internet. Les deux formes devraient donc rester disponibles.

« S'ils nous l'envoient pas internet ils pourraient mettre de la couleur. Et ce serait moins cher. – mais ce n'est pas accessible à tous. Il y a encore pas mal de médecins qui ne travaillent pas avec internet. – mais ceux qui travaillent par internet pourraient le recevoir. » (FG4)

« Qu'on puisse le recevoir par internet – mais pas uniquement » (FG4)

« Un site internet avec accès sécurisé pour un accès on-line à nos données de prescriptions, quand on le souhaite. Les mutualités chrétiennes font cela, mais elles sont les seules, et elles ne donnent pas tous les chiffres. Pouvoir avoir accès régulièrement et selon notre demande. » (FG1)

« Op website zetten... met login, zodat je het constant kan nakijken. » (FG6)

Un médecin a encore suggéré qu'on associe au feedback d'autres moyens d'informations. Il propose un cycle : feedback, discussion en Glem, puis en cercle, puis informations complémentaires, et ainsi de suite.

« Misschien in ander circuit. Je krijgt gegevens aan, eventueel op site. Dan bespreken in LOK of daarna zelfs in Kring: iedereen bespreekt dit. Niet om te vergelijken, maar wel om het bespreekbaar te maken. En dan nog in derde tijd iets: je trekt met LOK bepaalde conclusies, en daarna kan je nog aangepaste navorming krijgen, vb. over rationeel antibiotica-gebruik. » (FG6)

Toutefois, quelques autres trouvent que la multiplication des feedback n'est pas une bonne idée : cela sera compliqué à gérer en pratique, les médecins n'ont pas le temps.

A certaines conditions

Les médecins souhaitent que le feedback reste un outil de soutien à la qualité et à l'auto-évaluation, et ne devienne pas un support à des actions de contrôle.

« Il faut peut-être demander au KCE que cela reste un instrument de travail et pas un instrument coercitif et qui aille vers une sanction. Que ce soit vraiment dans le but d'une amélioration de la qualité de la pratique. » (FG4)

« Il faudrait peut-être un outil plus pertinent parce que on est tous d'accord de dire que cela ne nous intéresse pas de savoir que le ministre sait qu'on dépense autant. » (FGaf)

« Il faut veiller, moi j'insiste là-dessus, pour qu'on n'arrive pas, comme au Canada dans certaines circonstances, où tu as l'inspecteur qui vient voir ta pratique et qui remarque que tu prescribes certaines choses pas vraiment comme les RBP, et alors 'monsieur vous essayez de corriger pendant les 3 mois ou les 6 mois qui viennent votre prescription pour par exemple les benzodiazépines' et après on va revoir et s'il n'a pas fait, 'on vous conseille d'aller suivre un petit recyclage...' » (FG4)

« C'est un outil de travail et pas autre chose. Avec des garanties. [par rapport au contrôle] » (FG3)

En lien avec cette demande, il est suggéré que les objectifs de l'intervention soient clarifiés et plus explicites dans le document.

« Tja, hetgeen al gezegd is: welk beleid zit daarachter? Wat wil men daarmee doen? Kadert dat in een groter geheel? Naar wat wil men streven? Wat wil men hiermee bereiken? Er is ook heel veel discussie over de praktijk. Is dit over goede medische praktijkvoering? We hebben het hier niet gehad over de financiële kant van deze actie, maar dat speelt toch ook bij velen. Hier wordt vooral rond resistentie gefocust, maar bij antihypertensiva is dat toch anders. Het is belangrijk dat je dat weet hoe dit zich kadert. Ook zo bijvoorbeeld of de pediaters dit krijgen. De vraag is: hoe kadert zich dat in een algemeen beleid? Is dit in het kader van kwaliteitspromotie? Of is dat een budgettaire kadering? » (FG10)

« Ik denk toch dat velen in het begin dachten: oei, mijn profielen. En dat daar sancties aan verbonden waren. Misschien dat het toch belangrijk is dat er duidelijk instaat wat de bedoeling is. » (FG10)

Une suggestion d'un médecin est de mieux faire savoir que les données sont détruites après l'envoi, comme preuve que ce feedback n'est pas utilisé à des fins de contrôle.

« il faut certainement prévenir les médecins de l'utilisation qui en est faite parce que quand je vois la manière dont cela rebute certains médecins il faut essayer d'éviter cela en les prévenant de l'utilisation qui en est faite. » (FG3)

L'idée que toutes les données sont détruites ça devrait être stipulé quelque part. – le travail se synthèse. Parce que les données elles-mêmes sont toujours dans les mutuelles. Si jamais ils veulent le refaire, ils peuvent. Mais c'est vrai que ça vaut la peine de le mentionner. » (FG3)

Une autre condition évoquée par les médecins est la nécessité d'un climat plus serein, de « paix sociale », entre les décideurs et les médecins.

« Je pense qu'il faut un climat plus serein. » (FG2)

« Il faut le présenter autrement qu'avec le système coercitif qu'on a maintenant. » (FG2)

« Une paix sociale » (FG2)

« Si je dois dire un slogan c'est OUI à l'évaluation, mais NON à l'autoflagellation. Je trouve qu'on a déjà assez donné. » (FG2)

« Ne perdons quand même pas de vue que on a affaire à des gens qui ont passé 7 ans à l'unif, et qui ont acquis une certaine compétence, et s'amener en disant « je vais vous dire comment il faut faire », c'est la meilleure manière de se faire foutre à la porte. 'On va enfin apprendre aux médecins, leur expliquer comment ils doivent pratiquer, comment ils doivent faire'. Je crois que c'est un peu court comme raisonnement. Un premier, si pas le premier travail que j'ai tenté d'effectuer dans le Glem c'est de dire « si on part sur cette base là avec ce type d'outil, on raccroche et je m'en vais, je vais vendre des cravates, moi. Parce que cela ne m'intéresse pas du tout de fonctionner comme cela. On va quand même essayer d'avoir une autre approche et de se dire qu'on dispose là d'un outil qui est UN outil dont il convient de bien cerner les limites » (FG4)

« Overheid is foutief bezig. Altijd repressief ipv. samenwerken. Ze moeten het positiever stellen: wat is haalbaar? In de media: huisartsen zijn negatief, alles is fout. Niet enkel voor antibiotica, maar voor alles. Ik denk dat persoonlijk niet. Overheid moet heel hard werken aan ander beeld: van samenwerken. Huisartsen willen in die richting gaan. » (FG6)

Une condition explicitée pour que cette paix soit possible est que le rôle de chacun des acteurs du système soit mieux précisé : une démarche d'auto-évaluation chez les médecins est difficile à encourager si elle est initiée par un organisme de contrôle.

« Il y aurait plus une paix, où chacun a ses rôles et tout, ça faciliterait clairement les choses. » (FG2)

« Moi ce que je trouve qui est dangereux, ...on a une formation et une pratique qui n'est pas habituée à l'évaluation. (...) je pense que les choses commencent à bouger un peu, à différents lieux, mais quand l'essentiel de l'évaluation vient d'une instance qui est en même temps un contrôle, là c'est effectivement difficile pour les gens, comment peuvent-ils entrer dans une démarche d'évaluation et d'auto-évaluation, quand le premier qui vient montrer le bout du nez c'est celui qui peut lui retomber dessus après ? C'est vrai que c'est pas le moyen le plus propice. Quand on voit au Canada, au cours de leur formation, ils sont en continuel contrôle etc, et ça ne pose pas de problème, quand ça vient dans un contexte comme ça, ben ça se passe bien. Mais soit il faut d'abord cet apprentissage dans le milieu, ... » (FG2)

Il a été suggéré que le document soit envoyé par un autre organisme que l'Inami, parce que l'enveloppe de l'Inami donne l'impression aux médecins d'être contrôlés. La question est alors de savoir qui doit l'envoyer. Qu'il ne s'agisse pas non plus d'hypocrisie : ce ne doit pas être envoyé par la société scientifique si ce n'est pas réalisé par la société scientifique. Et d'autres lieux peuvent aussi réellement s'occuper de qualité. Un médecin a cité comme autres possibilités, la plateforme de qualité ou la commission d'accréditation.

« C'est envoyé par l'Inami. Si c'était envoyé par les SSMG ce serait mieux perçu. » (FG5)

[Mod : *Serait-ce plus facile si c'était envoyé par la SSMG ?*]

« Oui, puisqu'on est parfois vécu comme des porteurs d'un message de l'Inami »

« Oui mais alors pourquoi pas la plateforme pour la qualité, ou la commission d'accréditation puisque cela concerne les glems ? pourquoi la SSMG ? »

« Il ne faut quand même pas se leurrer, on sait que c'est fait par l'Inami, de tout façon. » (FGaf)

Une autre proposition est que les données chiffrées soient envoyées telles quelles aux médecins par l'Inami, et que les sociétés scientifiques se chargent des recommandations correspondantes, ce qui

ôterait toute suspicion quant à l'impartialité des messages émis, puisque l'indépendance serait mieux garantie.

Pour quelques-uns, les feedbacks devraient même être entièrement dans les mains de la profession : que les sociétés scientifiques des généralistes puissent se charger de proposer ces auto-évaluations aux médecins. Mais ils sont aussi conscients que la profession n'a ni les données ni les moyens financiers pour se charger de cette fonction. D'autres médecins trouvent que c'est le rôle des décideurs d'envoyer ce type d'information.

« Moi je préférerais avoir un document qui émane d'autorités scientifiques. – tout-à-fait d'accord. – Mais les scientifiques n'ont pas les profils de prescriptions. – ils peuvent les avoir quand même, on peut les leur donner. » (FG4)

« On aurait du le faire entre nous, au niveau de groupements médicaux. Malheureusement on ne l'a pas fait, donc le politique s'en mêle. Moi je trouve cela dommage que le politique a dû s'en mêler. On a scié la branche sur laquelle on était assis. » [*un autre médecin marque son accord*]: « c'est ça, ben oui. » (FG4)

« Sortir un document comme cela avec toutes ces données statistiques, ce n'est pas nous qui pourrions le faire. – ah non. – parce qu'on n'a pas les données. – Les données ce sont les mutuelles qui les ont. » (FG4)

« Ik vind dit nieuw, dat dat gebeurt door de overheid, het is daarvoor nog nooit gebeurd en ik vind het een heel belangrijke taak van de overheid, ik ben eigenlijk heel blij dat dat bestaat. » (FG7)

« Er wordt veel gesponsord door farmaceutische firma's. De overheid zou toch kunnen eisen: wat je daaraan geeft, geeft een bepaalde som aan de huisartsen om objectieve informatie onder hun leden te verdelen. » « Maar dan schieten ze in hun eigen. » « Ja, dat weet ik, maar de overheid kan dat eisen: zeggen dat ze van hen geen objectieve informatie krijgen, enkel informatie die hen aanbelangt. Een bepaald volume van geld gaat naar de WVVH of zo. » « Nog iets anders is: moeten we niet vragen aan de overheid dat ze de wetenschappelijke verenigingen die onafhankelijk zijn ondersteunen om onafhankelijke boodschappen te brengen. » (FG9)

« Ik zou dit alleen nog willen hebben in andere hoofdstukken, hé: de psychofarmaca, NSAID, hormoontherapie,... » « Al die dunne bundeltjes in een klein pocket-boekske dat je handig kan meenemen. » « En dat wij dat krijgen vanuit de overheid: voila, hier zijn guidelines. » « De overheid brengt nu 2x per jaar zo'n wit boekske (riziv). Als ze dat nu maar 1x per jaar geven en de andere keer guidelines geven. En dat voor alle klasse medicatie. » « Ja! De kernboodschappen van de guidelines bijeen gebracht. » « Maar liefst per pathologie. » « Maar ja, dan wordt het al hele boek. Zoals de Nederlandse standaarden. Dat zijn nu al 2 boeken! » « Guidelines naar huisartsen toe, zodat wij naar de patiënten duidelijk kunnen zijn. » (FG9)

Un autre élément exprimé est que l'intervention doit toujours être réalisée avec la participation de praticiens.

« Absoluut onder controle van de wetenschap en van artsen. » (FG6)

« Schrik voor invloed van overheid in voorschrijfgedrag en in nascholing. Ze moeten informatie ter beschikking stellen, maar navorming moet in eigen handen blijven. Kwaliteit in gezondheidszorg is belangrijk, maar navorming moet mogelijk en haalbaar zijn voor elke individuele arts. Ik ben bang dat als overheid dit gaat regelen, dat zij dan met andere criteria gaat komen. » (FG6)

« Waakzaamheid van artsen moet blijven. Het gaat niet op dat de cijfers gewoon moeten minderen, er moet controle zijn vanuit de medische wereld of dit wel goed is. » (FG6)

Enfin, les généralistes trouvent que des feedbacks doivent aussi être envoyés aux spécialistes, et aux vétérinaires.

« Moi je me demande aussi si c'est vraiment la médecine générale qui est responsable des antibiotiques. Quand on voit comment les vétérinaires soignent par antibiotiques la bonne viande qu'on mange, les doses qu'ils donnent. – La résistance, en effet, n'est pas uniquement la conséquence des prescriptions en médecine générale. – On est attaqués, nous, on pourrait aussi attaquer [*les vétérinaires*...] » (FG2)

« Ca a changé. Maintenant ce qu'ils prescrivent est très contrôlé, pour tout ce qui est alimentaire et tout ça. Mais pour donner un antibiotique ça un petit chien. Tout est suivi maintenant. – mais que peut-on mettre comme pression contre eux ? On ne sais pas les... il n'y a pas de remboursement... qu'est-ce qu'on peut leur faire ? » (FG2)

« Dit moet ook voor specialisten! Als dit zinnig kan zijn, moeten specialisten betrokken worden. Als dat tip voor overheid kan zijn? » (FG6)

« Gaat dat ook naar specialisten? » (FG7)

« Nog iets dat bij antibiotica dan specifiek noodzakelijk was, ik denk dat de pneumologen en de mensen met specialiteiten die hun job wel kennen hun aanbevelingen wel hebben, maar de kinderartsen, wat doen die? Is daar hetzelfde mee gebeurd, dat weet ik niet. Als je soms ziet wat er met kinderen gebeurt, ook in het hospitaal... » (FG7)

Accompagnés d'une discussion en Glem

Il est bien encore répété que le document doit être accompagné d'une discussion en Glem, pour toutes les raisons citées plus tôt (voir intérêt de la discussion en Glem).

« Et sûrement l'accompagner d'une explication en Glem. Ne pas le laisser à la seule lecture parce que cela c'est un peu... » (FG3)

« Le Glem c'est important parce que cela permet d'expliquer, et les échanges sont utiles aussi. » (FG3)

« Cela amène à de la réflexion et toute réflexion est utile. Pour moi il faut continuer. – Surtout la réflexion en groupe entre confrères. – ce n'est pas coercitif, chacun peut dire son avis, et modifier sa pratique si c'est nécessaire, ou la continuer si... » (FG4)

« Het document eenvoudiger maken, dus meer aandacht aan de eenvoud van het document en dan zal de LOK sowieso interactiever zijn, omdat je veel meer tijd hebt om te LOK-en zal ik maar zeggen en veel minder tijd gaat steken in de uitleg van het document. » (FG7)

« Het geeft heel veel informatie, beknopt bij elkaar. Ik denk dat het moeilijk is om dat veel duidelijker te brengen. Als je het dan eens goed uitgelegd krijgt, dan lukt het wel. Maar als dat niet is, dan is dat wel een moeilijk document om ermee te werken. » (FG10)

L'importance du rôle des animateurs dans ces Glems est été évoquée plusieurs fois.

« Si le Glem est bien géré par l'animateur, je pense que les échanges qui peuvent se faire dans le Glem peuvent être très utiles. » (FG3)

« Animator is essentieel. Hij moet het goed kennen en goed voorbereid zijn. Dit vraagt grote inspanning. Dan komt er wel iets uit. » (FG6)

Pas de feedbacks spécifiques aux « gros prescripteurs »

Même si certains médecins considèrent que quelques déviants posent problème à toute la profession, la plupart des médecins interrogés ne sont pas favorables à l'envoi de feedbacks à certains d'entre eux. Pour certains, ce serait la preuve que l'objectif n'est pas de soutenir la qualité mais bien de brandir la menace du contrôle.

[Mod : Si les prochains feedback sont seulement envoyés aux gros prescripteurs, quelle est votre réaction ?]

« Ca veut dire qu'on quitte le côté scientifique pour entrer dans l'économique. Et que là on donne des arguments aux adversaires des premiers feedbacks. » (FG3) ^c

« C'est dommage. » (FG3)

« d'entendre cela ça me déçoit. » (FG3)

« Ca risque d'enterrer l'idée d'un feedback, de l'impartialité de la chose. » (FG3)

« Et le contrôle, c'est la notion même de contrôle alors qui déborde. 'vous l'avez reçu, maintenant attention à la suite'. » (FG3)

« Mais ça veut dire que 366 d'entre nous ont reçu une lettre qui n'était pas forcément charmante, et la prochaine ce ne sera probablement plus pour leur dire qu'ils surprescrivent, mais qu'ils doivent rembourser. » (FG5)

Cela pourrait aussi créer un climat tendu et peu favorable au partage en confiance dans les Glems.

« Et puis dans le discussions entre les médecins, le premier qui va arriver, 'j'ai reçu cela, t'as rien reçu, toi ?' 'ben, non, c'est les gros prescripteurs'. » (FG3)

D'autres sont demandeurs de recevoir des feedbacks plus souvent et sont donc mécontents de ne pas en recevoir en même temps que les gros prescripteurs.

« Cela dit à titre personnel si on l'envoie aux gros prescripteurs, j'ai envie d'être un gros prescripteur par ce que j'ai envie de savoir. Moi ça m'intéresse de savoir où je me situe sur tel ou tel sujet. » (FG3)

^c Il s'agit ici d'un focus groupe a priori très favorable aux feedbacks

« Je serai déçue que certains en reçoivent un et pas moi. » (FG3)

« Non, le feedback, il faut l'envoyer à tout le monde. Parce que on peut voir quelle allure les prescriptions ont. » (FG4)

La réaction de certains est de dire « à tout le monde ou à personne ».

« On ne peut pas envoyer juste à 15% des gens. Il faut envoyer à tout le monde. Ca c'est logique. » (FG4)

« On l'envoie à tout le monde ou à personne. » (FG5)

Pourtant, quelques médecins trouvent qu'il faudrait s'occuper prioritairement des quelques pourcents de médecins qui prescrivent top, parce que cela permettrait de « laisser tranquilles » tous les autres qui travaillent honnêtement.

« Moi j'attends toujours qu'il y en ait un qui me dise je suis dans le mauvais coin. J'en ai pas encre vu ? Je ne sais pas si vous en avez rencontré. – C'est à ceux-là qu'on devrait s'intéresser. Parce on passe beaucoup de temps à faire des machins pareils, et... » (FG2)

« Des comités d'évaluation, on en a 36 et demain on va passer un temps fou, parce qu'il y a une dizaine ou une quinzaine de pourcent, dans notre métier comme dans tous les métiers, qui se comportent très mal, et on emmerde tout le monde. (...) et voilà on embête absolument tout le monde – au lieu de vouloir sanctionner ceux qui sont très bien connus » [*plusieurs acquiescent*]. (FG2)

[Mod : *Faut-il envoyer le feedback à tout le monde ou seulement aux surprescripteurs ?*] « Ca dépend si le but c'est de faire peur il faut juste envoyer aux surprescripteurs. » « Ce n'est peut être pas le but [*de faire peur*] mais au moins les informer convenablement. C'est important. » (FG4)

Quelques médecins proposent que si des actions doivent être réalisées vers les gros prescripteurs, ou dans le cadre d'un contrôle, alors que cela soit réalisé en-dehors du cadre du feedback.

« Qu'ils fassent une distinction profil- feedback et que ce soit une autre cellule qui envoie les profils que celle qui envoie les feedback, parce que c'est le coup de grâce qui va être donné aux feedbacks. » (FG3)

Contenu et forme du document

Messages de recommandations

Les messages de recommandation ne suscitent pas de grandes propositions de modification.

« Au niveau de la recommandation ça peut rester la même chose. » (FG3)

« Ik denk dat wij ons moeten beperken tot bepaalde kernboodschappen die belangrijk zijn, want als men over alles wat gaat beginnen zeggen dan zit je in de literatuur en de gegevens die je overal al tegenkomt. Dan zie je door het bos de bomen niet meer. » (FG7)

« Ik zeg nog eens, als men dat over alles gaat doen en een grote uitleg bij de documenten gaat maken, dan gaat dat zijn effect missen. » (FG7)

Certains médecins trouvent que ces messages devraient être plus élaborés, plus détaillés, tandis que d'autres les apprécient justement parce qu'ils sont compacts, rapides à lire, pratiques. Certains médecins voudraient trouver des informations concernant les doses des traitements, ou concernant l'antibiotique de second choix au cas où le premier choix ne serait pas possible. Un médecin a suggéré que le lien entre les feedbacks et les recommandations de bonne pratique devraient être plus explicite. Une autre suggestion a été de partir plus de questions ou cas cliniques, d'être moins théorique. Quelques-uns voudraient que les messages de recommandations soient personnalisés, adaptés selon les chiffres de prescription de chaque médecin.

« Het zou ook nuttig zijn dat men er een evidence-based rapport bijstuurt: zoals de gids van Peetermans. Zo zou je moeten voorschrijven. Je doet dat boekje open en daar staat bijvoorbeeld angina en je ziet wat die mensen voorschrijven. Dat is onafhankelijk, dat is neutraal. [...]» « Ik ben akkoord met wat er hier daarstraks gezegd is: op 5 à 6 A4-tjes staat het volledige antibiotica-beleid van de huisarts. Je hebt Peetermans niet meer nodig. Er staat hier letterlijk wat je moet doen met een keel, met een pneumonie, met COPD. » « Dit is nog moeilijk. In het antibio-gidske staan kinderen apart van volwassenen, 100 bladzijkes, maar je hebt het op 1 sec. gevonden. Het is veel overzichtelijker. » « Dit is veel directer. In de gids staat ook nog 2e en 3e keus in. En dan heb

je snel de neiging om te zeggen: ha, 2e keus zal dan ook wel goed zijn. Tegen hier staat toch wel echt: duidelijk niet! » « Bijvoorbeeld voor allergieën. » (FG9)

« Misschien een kadertje hierbij: de aanbevolen dagdosis bij kinderen. » (FG10)

« Misschien iets didactischer formuleren. Zeker de guidelines mooier presenteren. Nu staat dat allemaal op 1 of 2 blaadjes geperst. » « Misschien de boodschap vereenvoudigen. Er moeten een aantal kernpunten zijn, bijvoorbeeld: waarom clavulaanzuur? Waarom geen furadantine? Waarom geen bactrim? Dan gaan we tot een eenvoudigere vraagstelling komen die het geheel meer gaat veranderen dan de zaak in zijn globaliteit te zien, waar uiteindelijk niet zoveel uitkomt, en de zaak toch wel heel moeilijk maakt. Dus gewoon zeggen: dit is de vraag, dit is wat ons interesseert. Waarom zit die verhouding amoxi / amoxi-clav zo? Waarom zit die verhouding fluoroquinolones tegen furadantine zo? Wat kunnen we daaraan doen? Wat gaan we daarmee verliezen? Of winnen? » (FGan)

« Met die gegevens kan je alle kanten uit. Het zou misschien nuttig zijn dat een aantal van die dingen meer uitgewerkt worden om te bespreken. Die guidelines [achtergrondinformatie en kernboodschappen] zijn wel bruikbaar, maar niet altijd even simpel te lezen. Je kunt moeilijk vragen aan alle LOK-leden om die guidelines eens te lezen. Ik denk dat men dat zeker niet gaat doen. Misschien enkelen, maar niet de meerderheid. Die guidelines zijn een beetje ingewikkeld, en misschien zijn er presentatiemogelijkheden om die op een simpelere manier naar voor te brengen. Als ondersteuning van de LOK. » (FGan)

Un médecin voudrait encore trouver des informations sur l'évolution des résistances.

« Ce qui serait bien aussi c'est qu'on dise aussi un peu le suivi des résistances » (FG2)

Certains voudraient plus d'informations sur la façon dont ces messages de recommandation sont élaborés et par qui.

« Nous informer de comment c'est fait [*recommandations*] » (FG5)

« C'est vraiment dommage qu'ils ne sachent pas comment c'est élaboré. On essaie d'être les plus rigoureux possibles. Il faudrait pouvoir expliquer aussi la manière dont c'est élaboré. Mais c'est vrai qu'il faut faire confiance évidemment à ces publications. Mais c'est vraiment dommage que les généralistes ne fassent pas confiance dans ce type de recherche parce que c'est rigoureux. C'est dommage que les médecins ne se rendent pas compte de la façon dont cela est contrôlé, analysé, revu, ça devrait aussi être un message qui devrait passer. (...) Mais il faudrait qu'il soit dit quand même. Que ce soit clairement expliqué, mais bon je ne sais pas si c'est si simple. Mais bon, c'est trop bête qu'ils passent à côté de références qui en sont de réelles références. » (FG3)

« Qu'ils citent leurs sources » (FG1)

A noter que des médecins qui connaissent des recommandations de bonne pratique par ailleurs ont reconnu les messages du feedback comme concordants, mais d'autres attendent que soient données des références qu'ils reconnaissent (ces médecins semblent souvent peu au fait des règles de l'écriture de guidelines)

« Oui mais en fait ils nous donnent des références qui sont des références qu'ils ont tirées de choses que, on va dire, l'Inami, a mis au point. Donc, pour moi c'est pas des bonnes références. » (FG5)

« Si ils nous disaient ceci est tiré, de l'encyclopédie Sanford, telle page, ou de dire, c'est un consensus de pneumologues et on nous donne les références, à ce moment là on sait qu'il y a des gens plus intelligents que nous qui ont fait cela. Mais là moi j'ai l'impression que c'est un ministre qui commande, ou le directeur de l'Inami, qui dit, ben voilà vous me pondez un truc, on a un peu cette impression là. » (FG5)

Quelques médecins ont trouvé que les termes utilisés prêtaient à confusion, qu'ils doivent être mieux définis (exemple : qu'est-ce qu'un mal de gorge ?).

« En ik vraag me ook altijd af als men zegt: we behandelen bijvoorbeeld een keelonsteking. Maar wat bedoelen ze hiermee? Is dat iemand met een valling? Met een rode keel? Is dat iemand met een keelontsteking met koorts die al 5 dagen duurt? Wat is een keelontsteking? » (FG8)

Graphiques et données

La question de la simplification du document induit tout un débat : certains estiment qu'il faut simplifier le document pour qu'il soit plus facile à lire rapidement pour des médecins peu au fait des statistiques, d'autres trouvent qu'il faut le laisser tel quel parce qu'il est important de pouvoir aller dans le détail et de pouvoir vérifier la méthode de travail si on le désire. Un médecin trouve qu'il devrait être possible de combiner les deux objectifs : être complet sans être complexe. Certains ont

proposé que le document soit en deux parties : une sorte de résumé, avec les interprétations globales des chiffres, puis le document plus détaillé pour ceux qui désirent approfondir.

« Simplifier » (FG2)

« Aller à l'essentiel » (FG2)

« Maintenant au niveau de la présentation des résultats, ça peut être simplifié. Aller plus à l'essentiel, pas commencer à rentrer dans des définitions statistiques. »
« D'un autre côté, moi je trouve que ce qui fait la richesse, c'est que c'est bien étayé, sur le plan scientifique, c'est un travail costaud qui est bien charpenté. Mais c'est ce qui le rend indigeste justement. »

« Ou bien faire un résumé, mettre les titres et quelques articles en avant, et puis derrière le plus complet »

« Il me semble que quelque chose de plus simplifié entraînerait plus vite une réaction de 'mais c'est pas possible, c'est pas juste'. Parce que on ne pourrait pas aller lire et se rendre compte que quand on lit les définitions, on se rend compte que c'est remis dans des proportions qui font que c'est quand même ... » (FG3)

« Au niveau de la présentation, une présentation complète, précédée d'un digest ou d'un... Quelque chose qui donne envie d'aller voir la présentation complète. Ou bien si on n'a pas envie d'aller voir la présentation complète, on puisse faire rapidement le tour de la question. » (FG3)

« Non, je ne suis pas d'accord avec la complexité. Ça doit être complet, et pas complexe. » (FG3)

« Als je het opendoet, moet je het onmiddellijk snappen. Niet nodig om daar 2u in uw weekend aan te besteden. » (FG6)

« Het document eenvoudiger maken, dus meer aandacht aan de eenvoud van het document en dan zal de LOK sowieso interactiever zijn, omdat je veel meer tijd hebt om te LOK-en zal ik maar zeggen en veel minder tijd gaat steken in de uitleg van het document. Maar ja, het zal wel eens één keer nodig zijn geweest, die uitleg. » (FG7)

« Om impact te hebben moet het vooral simpel blijven. » (FG7)

« Als ze dit toch nog willen verbeteren, dan zouden ze er een blad moeten bijsteken voor snelle doorbladeraars, want dit is te moeilijk. En de meesten bekijken het op deze manier. » (FG8)

« Dunner. » (FG9)

« Ik vind dat er qua lay-out wel wat kan veranderen. » (FG10)

« Je hebt eerst 8 pagina's algemene informatie. Velen geraken daardoor niet aan pagina 9, terwijl het vanaf pagina 10 juist interessant wordt, want dan zie je je eigen patiënten. » « Misschien beter beginnen met de cijfers. » « Of het mengen van deze 2. » (FG10)

« Het kan ook wel prikkelender opgesteld worden. » (FG10)

« Over de grafieken: als je die papieren krijgt, is het zeer gecomprimeerd. Het lijkt bijna niet te doen om dit door te worstelen. Het is natuurlijk ook zeer beperkte informatie. Er staat de essentie op en ik weet niet of het mogelijk is om dit uit te breiden: dan wordt het echt al een dik boek. » (FGan)

Une autre suggestion émise par des animateurs, est que le feedback garde les mêmes types de graphiques : les médecins commencent à s'y habituer et à savoir les lire, il ne faut pas changer. Un médecin a suggéré que ces documents passent par des généralistes pour avis et améliorations des explications avant d'être envoyés.

« C'est pour cela qu'il faut garder quand même l'outil aussi, garder les mêmes trucs, maintenant les plots tout le monde est familiarisé avec cela. » (FGaf)

« Avant de sortir leur feuille ils devraient passer par certains confrères qui leur expliqueraient de manière simple. » (FG2)

« De volgende keer zal het al gemakkelijker zijn, als je het al ongeveer kent, natuurlijk. » (FG7)

« Die grafieken zijn voor mij zeer verhelderend. Dat leest gemakkelijk. Je leest de grafieken en je ziet al direct: waar sta ik? Waar zit ik gemiddeld? Dat is gemakkelijker dan de tekst die errond staat. Voor mij mogen er veel grafiekjes instaan, omdat dat direct een beeld geeft van waar je staat. Voor mij mogen er zelfs ietske meer in staan. » (FG9)

Quelques médecins ont évoqué la possibilité de mettre le document en couleurs, ou les parties importantes en gras, pour améliorer la lisibilité des graphiques.

« Evidemment ils ne vont pas nous mettre de la couleur, ce serait trop coûteux. » (FG4)

« Ca manque de couleur, je trouve. – Qu'ils colorient les box plot. » (FG2)

« Wij zijn zo gewoon om alles diagonaal te lezen. Het gebeurt heel zelden dat je alles leest. Daarom: goed om in vet te zetten, vb. gevoeligheid van de streptokokken. Dit heb je dan toch al gelezen, en wil je dan meer weten, lees je al de rest errond. De kernwoorden er uit laten komen. Zoals de samenvattingen vroeger. » (FG9)

Certains suggèrent que le tableau 1, intéressant mais trop dense et complexe, soit divisé en plusieurs graphiques.

« Die vond ik verschrikkel (tabel 1). Zoveel opeen! Het duurde lang eer ik het doorhad. Moest dat kunnen ook in grafieken gezet worden, zou dat toch handiger zijn. Of sowieso al apart. Ipv. 3 soorten kolommekes, 3 soorten grafieken. Te veel ineens: te veel Dos, te weinig Windows. » (FG9)

Plusieurs médecins ont exprimé le désir de pouvoir observer leur évolution par rapport au feedback précédent, par l'ajout d'information sur leur position antérieure. Un médecin voudrait même que l'évolution des prescriptions soit corrélée à l'évolution de la patientèle.

« Ce qui serait bien ce serait qu'on s'y intéresse depuis le début de la pratique, et de chaque fois de voir, la progression qu'on a fait et de corréliser cela à la progression de la patientèle. » (FG5)

« Et dans l'ensemble, l'attitude des généralistes s'est améliorée ? parce que ça on ne nous le dit pas. » (FG2)

« Ca ce serait intéressant justement encore de l'évaluer, la différence entre ce qu'on croit faire et ce qu'on fait. Et je me dis, d'avoir une évaluation comme cela, moi je me disais, d'une année à l'autre, ce serait chouette d'avoir cela, mais d'avoir aussi un outil, un graphique, en fait, qui nous permette de voir s'il y a une différence significative ou pas. » [*plusieurs acquiescent*] (FGaf)

« Moi aussi je dirais, suite à ce que vous disiez, que ce serait intéressant aussi d'avoir l'évolution de nos feedbacks dans le temps, d'avoir une évolution dans le temps de notre pratiques, parce que si par exemple, on a des patients pour lesquels on est amené à prescrire davantage d'antibiotiques, ou d'autres choses – on pourrait voir la diminution de prescription d'amoxy-clav – Oui et puis on verrait l'impact aussi de nos Glems sur la prescription. » (FGaf)

« L'intérêt c'est de voir l'évolution d'une fois à l'autre : est-ce que j'ai changé d'une fois à l'autre ? » (FG1)

« Het zou heel interessant zijn om een volgend document te krijgen en die trendbreuk of verandering te zien. » (FG7)

Un élément souvent cité comme manquant dans ce document est l'information concernant les types de pathologies de la patientèle, et la corrélation des données de prescription avec ces pathologies. Mais les médecins sont conscients du fait que ces informations ne sont pas accessibles.

« Moi je pense que l'élément qui manque surtout c'est par pathologie. C'est ça qui est important parce que les pratiques diffèrent par pathologies qu'on voit. – d'une année à l'autre. » (FG2)

« Tant qu'on n'a pas l'indication, ce n'est pas un outil d'évaluation très intéressant. [...] Parce que c'est pas parce que on va avoir apparaître, je ne sais pas moi, une diminution d'amoxy-clav, il y a peut-être une diminution d'amoxy-clav mais il y a peut-être aussi moins d'infections qui justifiaient la prescription de cet antibiotique-là. Donc, c'est intéressant parce que cela suscite une discussion, mais en soi ce n'est pas un outil d'évaluation très valide. » (FGaf)

Deux médecins trouveraient intéressant que les résultats soient comparés à certaines caractéristiques des médecins : l'âge, l'université qui les a formés, la région linguistique, etc.

« Mais moi je serais quand même curieux de savoir, je ne sais pas si cela a été fait, de voir un peu en fonction des régions et des médecins sortis de telle et telle université, si les antibiotiques ou les antihypertenseurs sont les mêmes ou pas. Parce que je suis toujours un peu interpellé parce que du côté néerlandophone, ils n'utilisent jamais le Simtron, ils utilisent toujours le Marcoumar. (...) Donc moi je serais curieux de savoir si dans les antibiotiques, par exemple de savoir si à Arlon on prescrit plus de quinolones, que dans la région liégeoise, etc. Et de savoir pourquoi, parce que il faut voir aussi l'hygiène de vie des gens, il faut voir toute une série, si on vit en milieu rural, etc, parce que cela serait utile » (FG5)

« J'aurais bien aimé qu'on compare par rapport à l'âge du praticien. » (FG2)

Certains demandent que toutes les données de la thématique soient analysées, pas seulement certains aspects : par exemple pour un feedback sur les antibiotiques certains médecins ont repéré un déficit d'information concernant certaines classes d'antibiotiques.

« Ne pas négliger certaines classes d'antibiotiques, comme les céphalos, cibler un peu plus large » (FGaf)

Quelques médecins ont exprimé des demandes de données qui sont déjà présentes dans les graphiques. Un exemple est de pouvoir identifier les prescriptions faites par le médecin traitant, des prescriptions faites par d'autres médecins aux mêmes patients (information qui est déjà décrite dans le scatterplot, par un rond et un triangle).

« Il faut trouver un système pour différencier notre propre pratique de prescription et la prescription faite à nos patients. Je n'ai pas de certitude que les prescriptions pour les patients qui me sont attribuées sont uniquement les miennes. Le triangle n'est pas suffisant. Ce n'est pas clair. Il y a une différenciation à faire qui n'est pas possible. » [*il montre le scatterplot. Les autres ne corrigent pas*] (FG1)

Interprétation des résultats

Nombreux sont les médecins qui ont exprimé leur difficulté à tirer des conclusions des données qui les concernaient. Notamment par manque de référence à laquelle se situer, ou parce qu'il est difficile d'interpréter des résultats aussi complexes.

« Het zou interessant zijn als je daar dan ook een interpretatie bij krijgt, welke specificiteiten van uw praktijk gaan leiden tot meer of minder gebruik van dat soort antibiotica. Dat hangt samen met de verdeling van uw doelgroep, dat zou interessant zijn, voor interpretatie ben je wel volledig op jezelf aangewezen. Je krijgt informatie en dan weet je niet of je die interpretatie juist maakt. Daar blijf je toch wel met wat vragen zitten. Hoe komt het dat ik dat antibioticum meer gebruik dan dat, is dat een puur dokterseigen gebruik, is dat mijn pen? Is dat alleen maar dat of is dat ook omdat ik bvb. 80 rusthuispatiënten heb in mijn bestand, wat een serieuze verschuiving van uw beeld kan geven. Of is dat omdat ik actief ben in palliatieve zorg? Dat zijn allemaal dingen die je moet uitzoeken. » (FG7)

Pour certains, les messages de recommandation devraient être répétés, mélangés dans les graphiques, pour que chaque message soit en regard du graphique qui montre les données correspondantes.

« Dire plus clairement (*où on se situe*). Moi j'aurais voulu un message plus clair. Parce que je ne comprends pas : d'un côté je suis dans le bon, je suis dans le carré là, (*montre le quart en bas à gauche*), et dans les autres tableaux, je vois que je prescris plus quand même, par rapport à la patientèle attendue, je pense. Donc finalement, je ne sais pas, quoi. » (FG2)

Pour d'autres, il faudrait que le texte rédigé sous chaque graphique propose une interprétation des résultats par rapport à ce qui est recommandé.

« Moi j'aurais voulu qu'ils le mettent : voilà vous êtes bon en voyant cela. » (FG2)

Mais d'autres médecins ne sont pas d'accord : ils trouvent que les deux parties doivent rester telles quelles, séparées

« Je crois qu'il faut bien séparer les deux. D'une part les chiffres et d'autre part les recommandations. » (FG2)

« Ils devraient se limiter à nous positionner, et pas nous donner des conseils. Eventuellement nous donner des endroits où on peut trouver des informations scientifiques. Et pas mélanger les deux choses. C'est comme les firmes pharmaceutiques c'est la même chose sauf qu'ils nous donnent l'information contraire. » (FG2)

[*Mod. « Wat vinden jullie van meer interpretatie van de cijfers? » « Dat doen we zelf wel! »*] « Te belerend. Anderzijds wel makkelijk. » « Als je dat zelf moet beginnen zoeken, gaat dat meer blijven hangen dan dat je dat weer diagonaal moet lezen. Maar ja, daar kruipt weer tijd in. » « Gaat wel sneller. » « Zo'n interpretatie: daar ben ik wel voor te vinden. » « Maar interpretatie schrijven is moeilijk, omdat diegene die het moet schrijven de praktijk niet kent, maar toch al wel beeld van jonge-oude praktijk, mannen-vrouwen. » (FG9)

Si la moyenne ne leur semble pas être une bonne référence, les médecins font peu d'autres suggestions. Quelques uns précisent qu'utiliser les moyennes de pays voisins n'est pas une meilleure solution, parce que le contexte de la pratique est trop différent. Un médecin imagine qu'il serait possible de faire une estimation des prévalences de pathologies, et une estimation des prescriptions nécessaires, pour proposer une référence à laquelle se situer.

« L'idéal c'est à partir des recommandations et de ce qu'on sait de l'épidémiologie, on pourrait faire une projection et dire quel devrait être le volume de prescription, et c'est par rapport à ce genre de chose qu'il faudrait nous situer. – Mais non, tu vas entrer dans une moyenne, et dès que sorts de la moyenne, tu vas être sanctionné. – non, je ne parle pas de système économique, mais en système de bonne pratique, c'est ce qui nous faudrait et c'est ce qu'on aimerait. C'est de pouvoir se situer par rapport à cela. Bon, après on en fait effectivement le mieux qu'on peut, mais ça ce serait intéressant. » (FG2)

Un médecin a expliqué que pour lui il est très important d'avoir les nombres absolus en plus des proportions.

« Wat ik spijtig vind: in de allereerste feedbacks die vanuit het comite voor de evaluatie van het geneesmiddelenvoorschrift komen, zag je ook aantallen. Hier heb je alleen het percentage ten opzichte van. Het zijn dus percenten: je ziet hoeveel mannen en vrouwen, hoeveel ouden en jongen in vergelijking met het gemiddelde, maar je ziet geen aantallen. Omdat ik part-time werk vraag ik mij dat toch altijd af. Zie ik nu maar de helft van het aantal patiënten van de gemiddelde praktijk? » (FG9)

Déroulement des Glems

Les animateurs interviewés ont trouvé que la formation proposée dans les sociétés scientifiques est enrichissante pour eux et utile pour l'animation de leur Glem. Toutefois, des médecins des autres focus groupes proposent tout de même que cette formation soit encore améliorée, plus soutenue. Il s'agit de donner aux animateurs les compétences pour à la fois apporter les arguments nécessaires, expliquer suffisamment les messages et les graphiques et gérer un débat.

« Peut-être aussi prévenir davantage les responsables de Glems de la manière dont va se dérouler la réunion, et de la manière de gérer le Glem par rapport à ses contenus, parce que j'ai eu l'impression que l'animateur n'était pas assez au courant de ce qu'il devait faire par rapport à ce qu'il avait reçu. Information et formation des animateurs. » (FG3)

Un médecin a suggéré d'envoyer des animateurs externes dans les Glems où cette discussion est difficile et les attitudes négatives.

« Je kunt hier niet spreken dat er iets opgelegd moet worden. Maar voor die LOK's die iets minder goed functioneren, is het daar niet mogelijk om toch mensen ter beschikking te stellen om die uitleg te geven in de LOK. Waarschijnlijk bestaat het zelfs binnen de WVVH. Moesten de LOK-moderatoren aangeschreven worden van: dit moet besproken worden, dan is dat wel goed. » (FG10)

« Moeten ze daar een document van maken dat je zonder al te veel moeite kan begrijpen? » « Dat zou toch interessant zijn, tenzij er zoveel kandidaten zijn om LOK-animator te worden, zodat elke LOK over 1 bevoegd iemand beschikt. Maar het eeuwige probleem is: waar vind je die kandidaten? » « Of dat er één animator is die alle LOK's afaat. » « Er zijn heel veel LOK's. Als die die allemaal moet doen! Ik voel mij niet geroepen. » « Dat zijn dan superanimatoren. » (FG10)

Les discussions en Glem doivent pouvoir avoir lieu plus rapidement après la réception du document. La régularité des feedbacks envoyés devrait suivre un calendrier précis et connu, ou bien l'envoi des feedbacks et leur thème devrait être annoncé à l'avance aux responsables de Glems, pour qu'ils puissent prévoir ces discussions dans leur planification.

« On avait décidé de le faire sur les antihypertenseurs, parce que juste avant que ne sorte le feedback sur les antibiotiques, on avait fait un dodécagroupe sur l'antibiothérapie. Donc on n'allait pas resservir juste un Glem après. Et alors on comptait sur celui sur les antihypertenseurs et puis on n'a jamais reçu le feedback. Donc on a été obligés de se rabattre sur le feedback d'antibiotiques. Malheureusement deux ou trois mois après on a reçu les 2ème Feedback sur les antibiotiques. Ça ça peut être quelque chose à indiquer, c'est de dire quand sortira le prochain feedback, et sur quoi, qu'on ait un calendrier à l'avance, qu'on sache ce qu'on va parler éventuellement au Glem. » (FG3)

« En tant qu'animateur de Glem j'aimerais qu'on soit informés suffisamment à l'avance de ce qui va sortir et quand. Parce qu'on nous demande de faire des animations de Glems et c'est pas la première fois qu'on reçoit un sujet, et on en a discuté avant d'avoir le document. Si on sait les calendriers de sortie de ces feedbacks on échelonnera différemment nos réunions. » (FG3)

« Ik denk het document simpeler maken en de LOK korter op de ontvangst van het document, want ik denk dat daar 1,5 jaar tussen is geweest. Dat was veel te lang. En zeker proberen te regelen via de LOK-animatoren dat men daar binnen de 3 maanden een LOK moet over doen. » « Dat is moeilijk natuurlijk, de agenda's worden lang op voorhand vastgelegd, maar ik denk dat je er inderdaad belang bij hebt om dat soort documenten in de LOK te bespreken. » (FG7)

« Ik denk wel dat de tijd die ertussen is, lang is. Misschien beter per half jaar komen. » « Ja, dat vind ik ook. Op het moment dat je dit krijgt, ben je -door de richtlijnen die al gekomen zijn- al op een andere manier aan het voorschrijven, dan dat je daar krijgt. » (FG9)

Certains médecins ont encore souligné l'importance d'avoir à disposition des outils adéquats pour réaliser cette animation. Mais que les choix de type d'animation reste à la liberté de l'animateur. Un seul médecin trouve, au contraire, qu'un mode opératoire de l'animation devrait être rédigé par les organisateurs, et suivi par les animateurs.

« Ze zijn vooral geïnteresseerd in de cijfers. Dat moet zo helder mogelijk. Dat is prachtig. Wat ze er mee doen, hoe het verder moet: ik denk dat de LOK daarin de vrijheid moet hebben om zelf de richting te bepalen. Wat niet wil zeggen dat er geen materiaal moet zijn, maar er moet vrijheid van discussie in de LOK zijn. Niet opgelegd: zo dat, dat en dat. Wel de interpretatie van het individueel schema. Dat is belangrijk: begrijpen waar je staat. Wat er daarna gebeurt: dat is iets dat de LOK zelf moet bepalen. » (FGan)

Certains médecins expriment leur désaccord avec le fait que les thèmes de certains Glems soient imposés, comme par exemple, la discussion sur le feedback. Il n'y a que 4 Glems par an, les médecins ont le choix de leurs thématiques, pour certains il n'est pas acceptable qu'on en impose.

« Rappelez-vous que les Glems ont été faits pour évaluer la pratique et après de nombreuses batailles on a réussi à ce que cette évaluation se fasse entre pairs. Cela aurait pu être autrement. Pour que cela continue à se faire entre pairs, il y a une carotte qui est de temps en temps de devoir parler de cela et donc il faut quand même s'y plier un peu. Sinon on nous l'imposera d'une autre façon. Mais jusqu'où on va avec l'imposition de ces sujets ? Tant que ce sont les antibiotiques, qui sont vraiment le quotidien dans notre pratique, et les antihypertenseurs et tout... et que ce n'est pas coercitif, surtout, que c'est informatif. » (FG4)

« Cela a été souligné par certains. Ils disaient qu'on nous avait dit que ce serait nous-même qui choisirions les sujets et puis là on se voyait quand même... Donc plus d'un ont quand même souligné le fait : une faille qui s'introduisait dans la philosophie et qu'on pouvait s'agrandir au fil du temps. » (FG3)

3.3.4.2. Propositions pour améliorer la pratique des médecins généralistes

Formation continue

Certains médecins estiment qu'il est déjà suffisant d'aller à des séances de formation continue, qui permettent de se tenir informé. Ils considèrent les Glems et les dodécagroupes comme faisant partie de cette formation continue.

« On suit des cours, on va à des formations, là on acquiert aussi des informations » (FG1)

« L'information valable viendra des dodécagroupes, des formations. » (FG1)

« Ceux qui iront à un recyclage convenable ils auront l'information. – mais ils ne sont pas 100%. » (FG4)

« Je pense que l'accréditation est déjà un bon truc, parce que on est déjà la seule profession, je pense, où on se remet en permanence en question. Une des seules. – En informatique, si ils ne font pas des accréditations, ils sont vite largués... – Oui, mais je veux dire, nous sur le plan de notre connaissance, et pour pouvoir bénéficier de certaines conditions, on se remet de façon obligatoire en question tout le temps. » (FG5)

Certains médecins trouvent que la formation doit rester libre : chacun doit pouvoir choisir les formations qui l'intéressent.

« En ce qui concerne la formation, je n'ai aucun problème, quand il y a des choses qui m'intéressent, de m'inscrire, d'aller à une formation. (...) Je les sélectionne et je suis contente de... Mais si cela devient une obligation, ...enfin... ce sera moins marrant. » (FG5)

« Oui, c'est ça le problème qu'on a en Belgique. Pourquoi obliger, en disant, 'vous avez besoin', 'si vous ne faites pas cela vous n'aurez pas cela', etc. Je crois qu'on est quand même assez grands, on est assez responsables, on joue avec la vie des gens, ce n'est quand même pas une mince affaire, je pense que c'est à nous à savoir nos limites et à savoir là où on doit faire des progrès, et de pouvoir se former. Il y a des trucs qu'on aime bien, quand on voit le congrès, ou la réunion, on se dit 'je vais y aller parce que cela ça m'intéresse'. Et on le fait. Et c'est vrai que le problème c'est que c'est souvent en soirée et tout ça. On a quand même envie d'avoir une vie de famille, quoi. On le fait parce qu'on aime bien de le faire, si on n'avait pas envie de le faire on ne le ferait pas. »

Mais pourquoi nous obliger...c'est systématiquement des obligations. J'ai l'impression qu'on est des gosses de maternelles »(FG5)

Quelques médecins ont suggéré qu'on utilise des incitants, comme les points d'accréditation, ou d'autres, pour stimuler les médecins à suivre des formations sur des thématiques spécifiques choisies en fonction de leur importance en santé publique.

« Par exemple dans l'accréditation, on a l'obligation d'avoir un certain nombre d'unités en éthique et économie. Si il y des grands problèmes de santé publique, pourquoi ne pas nous dire vous devez aussi participer à des groupes de réflexion sur les antibiotiques ou les antihypertenseurs ? Avec une garantie sur le sérieux des informations, un contrôle. Plutôt que d'aller à des trucs de l'accréditation où on a l'impression de perdre son temps »

« Par contre moi je trouve que l'accréditation ça c'est vraiment un truc bien dans le sens où il est normal pour pouvoir continuer de prouver que tu t'intéresses. Mais je me dis qu'on ferait passer...euh, qu'on ne ferait que 200 points sans nécessairement les Glems, ou qu'on ferait passer les Glems obligatoires et éventuellement 300 points mais pas de bazar comme cela [feedback], ben moi je signe à deux mains » (FG5)

« Combineren met bijscholingen: die vaak zinloos zijn en enkel gevolgd worden voor de punten. Ze zouden kunnen zeggen: je moet er een doen over antibiotica, een over antihypertensiva, ... Zo wordt er meer gecontroleerd op kwaliteit. Nu maakt het niet uit wat je bijleert, als je maar punten verzamelt. » (FG6)

« En ik denk dat een incentive de zaak wel zou doen verbeteren. Nu wordt men eigenlijk afgestraft. » (FGan)

Certains suggèrent encore la formation continue via internet.

« Excellensis^d: un site internet pour confronter nos connaissances sur un thème particulier. C'est sous forme de choix multiples. C'est basé sur des informations scientifiques, il y a chaque fois des explications ». (FG1)

« Le ministre a accepté que ces formations en ligne soient reconnues pour l'accréditation. » (FG1)

« Mais c'est très dur. Moi ça m'a excité quelques fois et puis voyant que je me plantais chaque fois j'ai arrêté ». (FG1)

Quelques médecins soulignent la difficulté d'imposer des formations aux médecins, alors qu'elles s'ajoutent à de lourdes journées de travail, dans des horaires peu compatibles avec une vie de famille. Une suggestion est que ces formations soient réalisées en journée et rémunérées comme des journées de travail, par exemple. Il est aussi envisagé que la pratique de groupe facilite ce mode d'organisation.

« Mais encore une fois est-ce que les médecins seront intéressés d'y aller ? Le problème qu'il y a c'est que tu te tapes des journées qui sont parfois impossibles. Tu rentres chez toi, t'as pas vu ton gosse, t'as pas vu ta femme, ou ton mari, t'es fatigué, est-ce que tu vas encore aller un jour soir à 8 heures ½ à une réunion en sachant que tu auras fini à 11h 11h1/2 et le lendemain, tu te lèves à 7 heures du matin, tu dois faire cela quoi ? une fois, deux fois, trois fois par semaine, aller passer tout ton samedi à un congrès ? tout cela, c'est ... honnêtement on nous en demande beaucoup. » (FG5)

« En ce qui concerne la formation, je n'ai aucun problème, quand il y a des choses qui m'intéressent, de m'inscrire, d'aller à une formation, et c'est vrai que de temps en temps, que c'est à 8 heures et il est 8h moins le quart, 'j'y vais, j'y vais pas ?', pour finir on y va, mais bon, quand on y est, ben c'est intéressant, on est contents, on a appris des choses. » (FG5)

« Ce qui est embêtant c'est que c'est en surplus toujours de notre travail. Soit en soirée, soit le week-end,... Alors que c'est nécessaire dans notre travail, c'est nécessaire de continuer à se former. » (FG5)

« Alors ou bien on devrait nous dire, chaque médecin a le droit, une fois par mois à une journée de remise à niveau payée. – Une journée par mois où on va se remettre en question. » (FG5)

« C'est vrai que parfois moi je trouve qu'on pourrait avoir des formations en journée, je crois qu'en France c'est organisé. En France, je crois que les médecins généralistes, et même les spécialistes, ont des journées bien définies, et en fait, c'est comme si ils travaillaient. » (FG5)

Envoi d'informateurs scientifiques

^d note : ce site est financé par une firme pharmaceutique.

Plusieurs médecins ont suggéré que des délégués scientifiques fassent des visites chez les généralistes, comme le font les délégués des firmes pharmaceutiques, mais pour apporter un message plus indépendant.

« Au lieu de recevoir des délégués médicaux qui vont vendre leur produit, on devrait recevoir des informateurs scientifiques » (FG1)

« Moi je pense que des délégués qui ne soient pas des délégués pharmaceutiques mais des délégués indépendants... » (FG2)

« Il faut un délégué scientifique et pas marketing. Il faudrait que ça existe. » (FG2)

[Mod : *et vous prendriez du temps avec eux ?*] « Ah oui, il n'y a pas de problème » « C'est bien plus marrant. » « C'est plus intéressant, bien sur. » (FG2)

« Demotte^e spreekt over vertegenwoordigers vanuit het ministerie, naast de delegees. Dat is zottenwerk maar wel een nuttig iets. Dan wordt je niet enkel meer gebrainwasht door de firma's. Dan krijg je opleiding of informatie vanuit het RIZIV of de gezondheidssector. » « Ik vraag naar info vanuit mensen die daar zelf niet mee verdienen. Ik pleit niet voor onafhankelijke vertegenwoordigers, wel voor ergens info. » (FG6)

Mais d'autres trouvent cela inutile.

« on suit des formations c'est suffisant ». (FG1)

« L'information on la trouve tout seuls, on n'a pas besoin d'avoir un délégué de l'INAMI pour venir nous le dire » (FG1)

Toute la question est de savoir quel message ils vont apporter en fonction de qui les finance. L'Inami n'est pas acceptable aux yeux de certains, l'information indépendante doit être organisée par un organisme indépendant. Des exemples cités d'organismes indépendants sont les sociétés scientifiques ou le CBIP (mis en doute par quelques-uns).

« Mais le point indépendant ne va pas être facile non plus. Un délégué financé par l'Inami c'est pas ce que j'appelle indépendant non plus. – OK c'est à déterminer qui est indépendant. » (FG2)

« Peut-être des délégués engagés par des généralistes » (FG2)

A noter que quelques médecins ont suggéré de ne plus recevoir les délégués des firmes pharmaceutiques : cela permettrait d'épargner suffisamment de temps pour pouvoir lire les recommandations de bonne pratique.

« Ik ben grote pleiter van het niet ontvangen van vertegenwoordigers. Dat is veel beter en je krijgt meer dan informatie genoeg, als je een beetje interesseert, dus je hebt geen artsenvetegenwoordigers nodig en het gaat veel beter zonder om u te houden aan de kernboodschappen. Ikzelf ontvang al 5 jaar geen artsenvetegenwoordigers meer. » « Dan heb je tijd om de aanbevelingen te lezen. » (FG7)

Autres outils d'autoévaluation

Plusieurs médecins, dans plusieurs groupes différents, ont évoqué la méthode d'évaluation par petits échantillons (méthode LQAS) comme un bon moyen de s'auto-évaluer en tenant compte de données de morbidité, à l'échelle de la pratique, en se basant sur des recommandations de bonne pratique. Ainsi, certains trouvent cette méthode très complémentaire au feedback.

« Chez nous la deuxième fois qu'on a parlé du feedback, chacun devait venir avec 5 prescriptions d'antibiotiques ou le même pour 5 patients hypertendus, et alors tu fais l'exercice pour toi-même : est-ce que j'avais suivi la recommandation. Moi j'avais fait l'hypertension, on regardait la recommandation on voyait si on avait bien fait, on s'auto évaluait, et on était sûr de bien s'évaluer, tandis qu'ici on est dans le doute, par rapport à quoi est-ce que je suis comparé, on essaie d'en tirer des conclusions, mais on ne sait pas trop quoi, alors je trouve qu'il vaut mieux imposer, ou encourager des feedback qui vont dans ce sens là, où c'est aussi scientifique, de se dire quand on fait cela 3-4 fois, vous avez vraiment une bonne idée si vous suivez ou pas les recommandations. Chacun peut tirer ses conclusions. » (FG2)

« Il y existe des outils d'évaluation qui sont peut-être un peu plus difficiles mais pas tellement et qui ne prennent pas tellement de temps, comme la méthode d'évaluation par petits échantillons, où on a les indications, cela ne prend pas tellement de temps, on peut faire son analyse sur 5

^e Ministre Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, au moment de cette recherche

dossiers, qu'il faut répéter, et c'est beaucoup plus intéressant pour évaluer une pratique que des mesures globales de prescriptions d'antibiotiques. » (FGaf)

« C'est notamment en abordant ces outils là [*feedback*] qu'on peut arriver à sensibiliser les confrères à faire, à sortir eux-mêmes leur propre évaluation, avec notamment la méthode par petits échantillons, qui est une méthode extrêmement pratique et extrêmement simple. Il ne faut pas avoir fait 20 ans de statistiques pour comprendre comment cela marche. C'est très facile. Et en plus c'est très gai. » (FGaf)

« Wat kan je hebben tegen kritisch bekeken te worden? Dat begrijp ik niet. Dit is toch positief naar ons toe: je leert hier iets uit. 20 jaar lang heb ik niet geweten waar ik sta met mijn antibiotica. Het is de eerste keer dat ik te weten kom: ik schrijf te veel van dit voor. Voor mij mogen ze dat gerust nog voor andere zaken doen ook. » (FG9)

Autres sources d'informations que le feedback

Certains animateurs ont émis le désir d'avoir à disposition d'autres sources de données et de recommandation, qui leur permettent une lecture critique des informations qui leur sont envoyées dans le feedback.

« Il faut pouvoir, effectivement, opposer à ce type de données, d'autres données avec d'autres sources. » (FGaf)

« C'est UN outil, mais j'aimerais qu'il ne soit pas le seul. J'aimerais pouvoir disposer d'autres outils, notamment par l'APB, d'autres sources d'informations, pour pouvoir faire moi-même des comparaisons. Faute de quoi il y a discrédit et manque de confiance dans la fiabilité des informations qu'on reçoit. Autre exemple : l'IRDM : leurs messages changent par rapport au messages de l'Inami. » (FGaf)

Des médecins expriment le besoin de recevoir plus d'information scientifique indépendante et fiable.

« Je moet niet-gesponsorde kennis kunnen opdoen. Ze moeten ons zoveel of genoeg geld geven om vrijheid te kunnen kopen, zodat we tijd krijgen om dat te doen. Dan was al deze nest niet nodig! » (FG8)

« Ik zou wel veel boeken willen kopen, maar evidence-based boeken zijn duur! Dat is toch 4-5000 frank. Je wilt dat gebruiken. Je krijgt van de firma's een etentje, mij interesseert dat niet, maar dat zal toch ook wel gemakkelijk zo iets kosten. Geef mij dan liever die boekenbon of dat je iets kan gaan halen. » (FG9)

Une suggestion pour l'aide à la pratique a été la conception d'un antibioguide belge.

« Ik ben altijd heel blij als een firma mij iets geeft dat objectief is en niet gesponsord. Dat antibiogidske gebruik ik zeer veel. Dat lijkt mij niet gesponsord en objectief te zijn. Dat gebruik ik heel veel, maar zo'n boekje mis ik nog. » (FG9)

D'autres médecins ont demandé à avoir un accès facilité à des données d'EBM, si possible via internet. Ils demandent la possibilité d'avoir accès gratuitement à plusieurs sites scientifiques, avec un moteur de recherche pratique. Mais d'autres répondent que cela ne garantit pas le fait que les médecins iront lire l'information.

« Il faut aussi avoir des bons sites. » (FG3)

« Overheid moet gratis alle informatie geven om goed voorschrijfgedrag te bekomen. Het toegankelijk maken van alle informatie, vooral via het Internet. Ik moet regelmatig veel betalen. Ik heb me geabonneerd op dat boek van EBM, maar dat kost allemaal veel geld. Ze moeten objectieve, correcte informatie geven, vb. de Folia. Dat is eerste goede initiatief, maar er moet nog veel meer komen. Informatie van vertegenwoordigers is zeker niet objectief. » « Gaat dit wel gelezen worden? Je moet er toch ook actief achter zoeken. » « Nu moet je veel te veel zoeken. Zij moeten zeggen: wat zijn goede sites? Gratis toegang, gefinancierd door overheid. En makkelijke zoekrobot geven. » (FG6)

« Ze zouden ons beter een abonnement geven op EBM, of tot databank vb. CEBAM. Kost 100 euro, moest gratis zijn. Dit is beter alternatief dan ons pakketten toe te sturen die niemand vraagt. Niemand van ons vraagt dit. » (FG6)

« Er bestaan toch goede oplossingen? Ik ben voor gratis sites. Maar... We zijn toch redelijk bezette mensen. Gecondenseerde, vrij toegankelijke informatie is nodig. » (FG6)

Information sur les coûts

Quelques médecins répètent qu'ils trouveraient intéressant d'avoir une information sur les coûts de leur prescription : ils sont conscients de n'avoir aucune idée de ce que coûte ce qu'ils prescrivent à leurs patients, que ce soit en prescriptions ou en examens techniques. Cette information est demandée par certains dans le cadre du feedback, mais est aussi demandée de manière générale.

« On devrait savoir ce que nos prescriptions coûtent à la société. » (FG1)

« Parfois ce serait intéressant de connaître le coût de notre pratique. Je trouve que c'est quelque chose parfois qui manque. On prescrit de la biologie, on fait des radios, puis on est étonné que finalement une colonne lombaire coûte aussi cher que ça. » [*plusieurs acquiescent*] (FGan)

« Dans mon nouveau Glem on a abordé cette histoire de coût, donc moi j'avais reçu un programme qui permet de savoir combien cela coûte au patient et combien cela coûte à l'inami, toutes les prescriptions de biologie clinique. Et on a passé le Glem en restant plus longtemps que prévu, ça vraiment tout le monde était très intéressé. » (FGaf)

« Ook nog nodig: de kostprijs. Hoeveel geef ik per jaar uit? En niet alleen ik, maar waar schrijven huisartsen veel of weinig generieken. [...] » « Wat je op een jaar voorschrijft, wat dat kost: dat kan je hier niet uithalen. Dan kan je dat ook nog vergelijken achteraf. Over een paar jaar: zit daar verandering in? » (FG9)

Outils informatiques d'aide à la décision

Un médecin a proposé, un peu sur le ton de la boutade, que l'informatique puisse suggérer au médecin ce qu'il faut faire.

« Of met programma dat ineens zegt hoe het moet, of niet moet. » (FG6)

Actions coordonnées visant tous les groupes cibles potentiels

Un médecin fait remarquer que le changement est plus facile si plusieurs actions, avec des groupes cibles différents, sont organisées simultanément, et qu'ainsi tout le monde se sente porté dans le même sens.

« ils gagneraient à synchroniser mieux les campagnes, ciblées aux médecins et au public. Les informations aux médecins, les publicités, les dépliants... Par exemple quand on avait reçu le stylo vide, il y avait en même temps une campagne à la télé. » (FG1)

« C'est parce que on allait tous dans le même sens. Tous les médecins généralistes diminuaient la quantité de prescription, le public est averti par la télé, qu'il faut faire attention, qu'il y a des résistances, on va tous dans le même sens. (...) C'est plus facile que de se battre tout seul contre un géant. » (FG2)

Parmi les actions possibles, les campagnes à large public à propos des antibiotiques ont été reconnues comme utiles pour le changement des habitudes de prescription, des médecins demandent que d'autres campagnes soient organisées pour d'autres sujets.

« Dans le même ordre d'idée, moi j'ai l'impression que je prescris trop d'antidépresseurs, mais que les patients sont empêtrés là-dedans, et qu'on a parfois du mal à... Si il y avait un message de ce genre là à la télé, ça m'aiderait ! »

« Il y a une manipulation de l'information par les médias. Par exemple, pour le Psoriasis : trois journaux du même groupe, avec des publics différents, font un article sur le même message. Cela crée un besoin. » (FGaf)

« Men had dat toch ook via de media kunnen doen. Ze hebben dat eventjes gedaan, maar dat zou veel langer en veel frequenter mogen zijn. Dus ook de mensen responsabiliseren en niet alles overlaten aan de huisarts. » (FG7)

« Steeds herhaling nodig, zowel voor arts als voor patiënt. » (FG6)

Une autre suggestion est que des outils soient mis à la disposition des médecins pour soutenir l'argumentation avec les patients qui ont une demande de prescription.

« Quand je vois certains patients à qui j'ai quand même dû donner des feuilles d'évidence based medicine, en disant, regardez, sur 100 personnes qui ont une angine, il y en a 12 qui vont guérir un jour plus tôt, mais il y en a 18 qui vont avoir des effets secondaires. Quand on a un document papier en plus, et qu'on a eu une information ensemble, je crois qu'on se sent plus fort dans une position qu'on peut adopter vis-à-vis du patient. » (FG1)

Recherche en médecine générale

Certains médecins évoquent l'intérêt de pouvoir faire de la recherche en médecine générale, pour générer des informations directement à partir de la pratique et ses spécificités de terrain. Notamment pour observer les éventuelles conséquences en termes de santé de la population, des changements de prescriptions des généralistes : si les médecins prescrivent moins d'antibiotiques, ou d'autres classes, il faudrait pouvoir observer les conséquences : plus de complications ou pas ?

« Par rapport à ce que tu disais de ta collègue pédiatre, ça ce serait un avis d'experts, ce qui serait intéressant ce serait qu'on soit à même non pas de dire voilà ce qu'on prescrit mais de faire une espèce de petite étude de recherche en médecine générale, avec des résultats. » (FG4)

This page is left intentionally blank.

KCE reports

1. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. D/2004/10.273/1.
2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase I). D/2004/10.273/2.
3. Antibioticagebruik in ziekenhuizen bij acute pyelonefritis. D/2004/10.273/5.
4. Leukoreductie. Een mogelijke maatregel in het kader van een nationaal beleid voor bloedtransfusieveiligheid. D/2004/10.273/7.
5. Het preoperatief onderzoek. D/2004/10.273/9.
6. Validatie van het rapport van de Onderzoekscommissie over de onderfinanciering van de ziekenhuizen. D/2004/10.273/11.
7. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. D/2004/10.273/13.
8. Financieringssystemen van ziekenhuisgeneesmiddelen: een beschrijvende studie van een aantal Europese landen en Canada. D/2004/10.273/15.
9. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel I. D/2005/10.273/01.
10. De kost van tandprothesen. D/2005/10.273/03.
11. Borstkankerscreening. D/2005/10.273/05.
12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele bloedderivaten in de ziekenhuizen. D/2005/10.273/07.
13. Endovasculaire behandeling van Carotisstenose. D/2005/10.273/09.
14. Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardinfarct in België. D/2005/10.273/11.
15. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. D/2005/10.273/13.
16. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid. Fase II : ontwikkeling van een actuariael model en eerste schattingen. D/2005/10.273/15.
17. Evaluatie van de referentiebedragen. D/2005/10.273/17.
18. Prospectief bepalen van de honoraria van ziekenhuisartsen op basis van klinische paden en guidelines: makkelijker gezegd dan gedaan.. D/2005/10.273/19.
19. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. D/2005/10.273/21.
20. HTA Moleculaire Diagnostiek in België. D/2005/10.273/23, D/2005/10.273/25.
21. HTA Stomamateriaal in België. D/2005/10.273/27.
22. HTA Positronen Emissie Tomografie in België. D/2005/10.273/29.
23. HTA De electieve endovasculaire behandeling van het abdominale aorta aneurysma (AAA). D/2005/10.273/32.
24. Het gebruik van natriuretische peptides in de diagnostische aanpak van patiënten met vermoeden van hartfalen. D/2005/10.273/34.
25. Capsule endoscopie. D/2006/10.273/01.
26. Medico–legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen. D2006/10.273/05.
27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. D2006/10.273/07.
28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België. D2006/10.273/10.
29. Nationale Richtlijnen College voor Oncologie: A. algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek B. wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker. D2006/10.273/12.
30. Inventaris van databanken gezondheidszorg. D2006/10.273/14.
31. Health Technology Assessment prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening. D2006/10.273/17.
32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport : deel II. D/2006/10.273/19.

